

von den Frauenärzten Knaus und Ogino übereinstimmend durchgeführten Ermittlungen, daß der weibliche Organismus im Ablauf des allmonatlichen Zyklusses, ohne jedes menschliche Zutun, eine Frist zeitweiliger Unfruchtbarkeit durchläuft, werden anerkannt. Diese könne und dürfe benutzt werden. Die Beschränkung des ehelichen Verkehrs auf diese Zeitspanne sei ein von der Natur selbst gewiesener praktischer Weg. Freilich darf nicht verkannt werden, daß die ermittelten Zeiten zwar in vielen Fällen sich

bewährt haben; in anderen aber hat deren Beachtung die Empfängnis nicht zu verhüten vermocht.

Nach wie vor steht in einer Zeit wirtschaftlicher Verelendung, die nur allmählich überwunden werden kann, die Abwehr der Schwangerschaftsunterbrechung, sozial gesehen, im Zeichen menschlicher Ausweglosigkeit. Gegen sie muß mit sozialpolitischen Mitteln immer wieder angegangen werden.

Anschrift d. Verf.: Geheimrat Prof. Dr. Chr. Eckert, Köln, Universität.

Medizinische Indikationen zur Schwangerschaftsunterbrechung

von Prof. Dr. J. Meinertz, Worms

Die Frage der Schwangerschaftsunterbrechung steht, wie bekannt, nicht nur in medizinischen, sondern auch in Zusammenhängen rechtlicher, sozialer, eugenischer, ethischer, religiöser, psychologischer Natur, so daß eine isolierte ärztliche Beurteilung im Einzelfall nur selten erfolgt und mehr oder weniger bewußte Erwägungen anderer Art fast immer das Urteil färben. Mit diesem Vorbehalt wollen wir versuchen, einiges Grundsätzliche und Praktische aus dem Bereich der medizinischen Indikationen herauszustellen.

Da erhebt sich zunächst die Frage, ob eine medizinische Indikation überhaupt anzuerkennen ist. Hierbei ist die gegenwärtige **Rechtslage**, die medizinische Indikationen und nur solche gelten läßt, ganz klar (auf die Frage, ob de lege ferenda eine Änderung erwünscht wäre und noch andere Indikationen zuzulassen seien, auf diese Frage gehe ich als viel zu weit führend hier nicht ein). Die Rechtslage deckt sich, nicht unbedingt mit der ethischen, religiösen (gegebenenfalls auch sozialen und eugenischen) Haltung vieler Menschen. Bekanntlich nimmt die **katholische Kirche** hier den strengsten Standpunkt ein, indem sie eine Schwangerschaftsunterbrechung aus medizinischer (wie aus jeder anderen) Indikation unter allen Umständen ablehnt. Sie gründet das Verbot auf ihre Auffassung vom unverlierbaren Wert der Einzelseele. „Dieser absolute Wert des Menschenlebens geht allen relativen, durch die irdischen Verhältnisse und Gegebenheiten bedingten Werten vor¹⁾.“ „Die Tötung eines Unschuldigen ist eine in sich schlechte Handlung. Eine ihrer Natur nach sittlich schlechte Handlung kann niemals erlaubt sein, auch nicht als Mittel zu einem guten Zweck, denn der gute Zweck heiligt das in sich schlechte Mittel nicht²⁾.“ Die Schwangerschaftsunterbrechung „ist auch aus dem Grunde so verwerflich, weil durch sie eine Menschenseele der Taufgnade beraubt wird³⁾“. So kommt die Kirche zu einem absoluten Verbot. Den Einwand, daß es sinnlos sei, zwei Menschenleben zugrunde gehen zu lassen, wenn man das eine durch Opferung des anderen, erst werdenden, retten könnte, läßt sie nicht gelten.

Daß aber auch die kirchlichen Stellen die Schwierigkeiten der Sachlage und den Ernst der dadurch heraufbeschworenen Gewissenskonflikte nicht verkannt haben, und daß denen, die die schwierige Aufgabe haben, diese Entscheidung zu verteidigen, dabei nicht immer ganz wohl zumute ist, geht aus folgenden Tatsachen hervor:

1. Die Kirche hat ihre Entscheidung keineswegs vorschnell und leichtfertig getroffen, sie hat lange gezögert und alle Gründe für und wider sorgfältig erwogen. So hat das heilige Offizium am 28. November 1872 auf eine diesbezügliche Anfrage die Antwort umgangen („consulat probatos autores“) und dann zweimal (am 31. März 1884 und am 14. August 1889) eine unbestimmte Antwort gegeben, und erst am 24. Juli 1895 und am 4. Mai 1898 das klare Verbot ausgesprochen⁴⁾. Die Kirche hat sich also ihre Entscheidung weit mehr als 20 Jahre lang überlegt.

2. Die Verteidiger des Verbotes suchen seine Auswirkung gewissermaßen zu bagatellisieren, seine praktische Bedeutungslosigkeit nachzuweisen. So führt **Algermissen** von einzelnen Gynäkologen Äußerungen an (die allerdings jahrzehntelang zurückliegen), daß sie niemals zu einer Unterbrechung genötigt gewesen seien (der Autor hätte freilich objektiverweise auch die abweichenden Erfahrungen vieler anderer Beobachter aus den letzten Jahrzehnten anführen müssen).

3. Sie bringen Einschränkungen der strengen Auffassung, die in ihrer Dialektik fast einer Aufhebung gleichkommen. **Algermissen** betont, daß eine Maßnahme nicht zu verwerfen sei, bei der es sich nicht um die Tötung des Kindes zur Rettung der Mutter, sondern um einen zur Rettung des mütterlichen Lebens notwendigen Heilprozeß handle, „wobei das Sterben des Kindes als unvermeidlicher und bedauernswerter Nebenumstand nicht gewollt, sondern nur zugelassen sei¹⁾“, wenn also berechtigte Zwecke verfolgt werden, „auch wenn sich im irdischen Zufallsspiel schmerzliche Begleiterscheinungen anhängen²⁾“. „Allgemein gilt in der Moral der Grundsatz, daß eine gute oder wenigstens in sich nicht schlechte Handlung . . . , falls sie gute und böse Folgen hat, dann erlaubt ist, wenn sich die Absicht des Handelnden nur auf die gute Handlung richtet, diese gute Wirkung wenigstens ebenso unmittelbar aus der Handlung folgt wie die böse . . .³⁾.“ So sei die operative Entfernung der von einer Krebswucherung befallenen Gebärmutter einer schwangeren Frau erlaubt. — Hier scheint doch aber kaum mehr ein Unterschied von dem Falle der Schwangerschaftsunterbrechung zur Rettung des Lebens der Mutter vorzuliegen, wenn auch das eine Mal die „böse“ Folge mehr direkt (aber ohne daß sie das eigentliche Ziel der Handlung wäre!), das andere Mal mehr indirekt (aber ebenso zwangsläufig!) erreicht wird. (Der Taufgnade vollends, um auch dieses Argument zu berücksichtigen, würde das Kind in dem einen genau wie in dem andern Falle beraubt.)

Auch viele von den Ärzten, die sich an dieses vor 50 Jahren erlassene absolute Verbot noch gebunden erachten, werden annehmen, daß es den Erfahrungen der letzten Jahrzehnte nicht mehr genügend Rechnung trage und somit revisionsbedürftig sei. Bei aller Anerkennung der Notwendigkeit, das ungeborene Leben zu schützen und diesen Schutz mit den denkbarsten Kautelen zu umgeben, und bei allem Respekt vor der Konsequenz, mit der hier ein bestimmter Standpunkt aus idealen Gründen vertreten wird, dürfte auch bei ihnen die Auffassung Raum gewinnen, daß, wie überall im Leben, so auch hier jede auf die Spitze getriebene Konsequenz leicht zur Absurdität wird. Und wahrscheinlich sträubt sich bei allen das natürliche Gefühl gegen die völlige Gleichsetzung des Lebens eines bewußtlosen Embryo, das einen Persönlichkeitswert erst keimhaft in sich trägt, mit dem bewußten Leben der Frau, dessen Eigenwert und dessen Bedeutung für das Wohl der ganzen Familie außer Frage steht — zumal da dieses Leben völlig zwecklos geopfert

¹⁾ Algermissen, Das werdende Menschenleben im Schutze d. christl. Ethik. Celle 1947, S. 12. — ²⁾ Algermissen, S. 25. — ³⁾ Algermissen, S. 15. — ⁴⁾ Algermissen, S. 24.

¹⁾ Algermissen, S. 33. — ²⁾ ebenda zit. n. Mausbach. ³⁾ Algermissen, S. 33/34.

wird. Gewiß, im allgemeinen steht es uns nicht zu, darüber zu richten, welches von zwei Leben das wertvollere sein könnte. Daß wir aber, um diese Entscheidung nicht treffen zu müssen, nunmehr beide Leben zugrundegehen lassen, das erinnert etwas an den Buridanschen Esel, der zwischen zwei gleichwertigen Heubündeln verhungert.

Lassen wir also medizinische Indikationen zur Schwangerschaftsunterbrechung unter bestimmten Bedingungen gelten, so will ich von den zahlreichen **Indikationen**, die angegeben werden, nur einzelne, nach eigener Erfahrung praktisch besonders wichtige nennen.

Daß die **Eklampsie** und **Präeklampsie** eine absolute Indikation darstellt, darüber sind sich alle Erfahrenen einig; glücklicherweise handelt es sich dabei fast immer um ein bereits lebensfähiges Kind.

Von den **Herzkrankheiten** kommen nur nachgewiesene organische Herzleiden in Betracht. Bei ausreichender Kompensation ist Unterbrechung nicht indiziert, auch nicht bei der besonders gefürchteten Mitralstenose, wohl aber bei schwerer, nicht mehr zu beeinflussender Dekompensation. Da aber die schwerste Belastung des Kreislaufs vor allem in der Geburtsarbeit liegt, so wird es wohl meistens gelingen, durch Kaiserschnitt ein lebensfähiges Kind zu erzielen. Dazwischen stehen die Fälle von mäßiger Dekompensation. Hier kommt es auf den Einzelfall an. Man hat dabei den bisherigen Verlauf, die frühere Neigung zu langdauernder Dekompensation, Progressivität, ausgesprochene nachweisbare Herzmuskelveränderungen usw. zu beachten. Allgemeine Regeln lassen sich nicht aufstellen. Immerhin sieht man häufig, daß Schwangerschaft und Entbindung auch bei ernsteren Veränderungen erstaunlich gut überstanden werden.

Ganz ungeklärt ist die Sachlage bei der **Lungentuberkulose**. Der sichere Beweis, daß hier der Verlauf durch eine Schwangerschaft ungünstig beeinflußt wird, ist bisher nicht erbracht. Nicht selten schreitet allerdings die Krankheit nach der normalen Entbindung rapide fort; daselbe sieht man aber auch nach der Unterbrechung. So findet man denn hier alle Anschauungen vertreten, von der völligen Ablehnung der Lungentuberkulose als Indikation (Eymers) bis zu sehr weitgehender Indikationsstellung. Daß eine aktive, progressive Tuberkulose Voraussetzung ist, darüber herrscht heute Übereinstimmung (im Gegensatz zu der Zeit, in der mit dem „Spitzenkatarrh“ als Indikation ein weitverbreiteter Unfug getrieben wurde). Die meisten Beobachter sind heute der Auffassung, daß, wenn diese Bedingungen erfüllt sind, die Unterbrechung angezeigt ist (vorausgesetzt, daß Heilung aller Voraussicht nach überhaupt noch im Bereiche der Möglichkeit liegt). Erfahrene Kenner (Lydtin) halten Frühinfiltrat und Frühkaverne für besonders gefährlich, ohne allerdings dafür überzeugende Beweise anzuführen.

Was die **Geistes- und Nervenkrankheiten** betrifft, so sagt Bumke mit Recht, es gebe kein Gebiet, worin medizinische Gründe so häufig zu Unrecht vorgeschützt werden, wenn man eugenische oder soziale nicht nennen kann oder will. Psychosen erkennt Bumke überhaupt nicht als Indikation an, auch nicht die reaktive Depression; sie ist durch Schwangerschaftsunterbrechung nicht zu beeinflussen, und es besteht entweder Selbstmordgefahr, dann sei Anstaltsbehandlung notwendig, oder nicht, dann liege kein Anlaß zur Unterbrechung vor. Was aber die reaktive Depression betrifft, so hat Bumke wiederholt Fälle gesehen, in denen aus diesem Grunde die Schwangerschaft unterbrochen wurde, in denen aber nachher Selbstmord erfolgte, weil die Frauen mit den Selbstvorwürfen wegen der Abtreibung nicht fertig wur-

den¹⁾. Dieser Standpunkt erscheint etwas schematisch und der wirklichen Wirklichkeit, in deren Raum sich oft „hart die Sachen stoßen“, nicht völlig Rechnung zu tragen. Andere Psychiater haben keineswegs eine so strenge Auffassung. Ja, aus der Universitätsfrauenklinik in Göttingen berichtet Nordmeyer²⁾ eine ganz ungewöhnlich große Zahl von Unterbrechungen wegen reaktiver Depression, nämlich 18 von 26 beantragten in der Zeit vom 1. Juli 1945 bis 30. Juni 1946, also in einem einzigen Jahr; die aus dieser Indikation erfolgten Unterbrechungen bilden sogar weitaus die Mehrheit in der Gesamtzahl! Die Ansichten der Psychiater über diese Frage sind offenbar sehr geteilt. Für den Arzt bzw. die mit der Entscheidung betraute Kommission ergibt sich daraus die zwingende Notwendigkeit, ihr Urteil von der Beobachtung in einer psychiatrischen Klinik abhängig zu machen.

Ein wichtiges und interessantes Kapitel ist schließlich auch die **hyperemesis gravidarum**. Ich habe mich darüber bereits einmal³⁾ auf Grund reichlicher Erfahrung geäußert (die zahlreichen Fälle von sog. unstillbarem Erbrechen der Schwangeren kamen während der Zeit meiner Leitung der Inneren Klinik unseres Krankenhauses, d. h. von 1913 bis 1949, sämtlich in diese Klinik). Um hier zu einem klaren Urteil zu kommen, muß man folgendes überlegen: Es werden drei Arten von Vorgängen angeführt, die geeignet sind, während der Schwangerschaft die Bahnen des vegetativen Nervensystems, die den Brechakt zustandebringen, zu beeinflussen:

1. die genau studierten **chemischen Vorgänge**, d. h. die in der Tat staunenswerten hormonalen Einflüsse, die zuerst von der Eizelle, später vorwiegend von der Plazenta ausgehen und eine Umstellung bedingen, die sich auf die verschiedensten inkretorischen Drüsen erstreckt und in der Veränderung des Stoffwechsels, des Blutchemismus, des Ionengleichgewichts, des Skeletts usw. zutage tritt⁴⁾;

2. die **mechanischen Vorgänge**, von denen gynäkologischerseits besonders die von der Dehnung des Peritonealüberzugs ausgehenden reflektorischen Einflüsse genannt werden;

3. der **seelische Weg**: die Frau erlebt ihre Schwangerschaft, und mit diesem Erleben sind seelische Konflikte verbunden, die im Erbrechen ihren psychosomatischen Ausdruck finden. Über die Bedeutung solcher Einflüsse sind sich wohl heute alle Beobachter einig, nur nicht darüber, wieweit sie in den Mittelpunkt zu stellen sind. Manche ältere Gynäkologen konnten sich mit dem Vorrang der seelischen Einflüsse nicht befreunden, weil die inkretorischen Vorgänge ihnen so faßbar im Vordergrund standen. Es wäre allerdings ungerecht zu verschweigen, daß hervorragende Gynäkologen, wie Kaltenbach und schon vorher Ahlfeld, bereits vor 50 Jahren das Schwangerschaftserbrechen klipp und klar für eine funktionelle Neurose erklärten und auch Winter schon vor 30 Jahren das seelische Moment stark in den Vordergrund stellte⁵⁾. Heute weiß man, daß hier gar kein eigentlicher Widerspruch vorliegt, daß inkretorische, sekretorische, vegetative und seelische Einflüsse mit einander verfilzt sind und eines der Ausdruck des andern ist. Beim Asthma, bei den nervösen Kreislauf-, Haut-, Darm- usw. Störungen ist es ja auch nicht anders.

Auf Grund unserer eigenen klinischen Erfahrungen halte ich mich für berechtigt zu sagen: die hyperemesis gravidarum ist da, wo diese Bezeichnung überhaupt am Platze ist — denn es gibt auch echte Schwangerschaftstoxikosen, die bekannteste die Eklampsie, aber auch von der mit Erbrechen einhergehenden seltenen Schwanger-

¹⁾ Die Auffassung von Bumke findet sich in: Richtlinien für Schwangerschaftsunterbrechung und Unfruchtbarmachung aus gesundheitlichen Gründen. J. F. Lehmann, München 1936. Das Werk enthält vieles wertvolle Material in medizinischer Hinsicht; die dort angeführten Rechtsvorschriften sind heute überholt. — ²⁾ Dtsch. med. Wschr. 1946, Nr. 21—24, S. 213. — ³⁾ Med. Klin. 1938, Nr. 12. — ⁴⁾ Vgl. Halban-Seitz, Biol. u. Pathol. d. Weibes. VII. 1. — ⁵⁾ Literaturang. in m. oben erwähnten Arbeit.

schaftshepatopathie haben wir einen Fall gesehen, wo die Unterbrechung unbedingt indiziert war, ferner gibt es natürlich auch zufällige Kombinationen mit einer zu Erbrechen führenden Krankheit —, aber abgesehen davon ist das Schwangerschaftserbrechen seelisch verursacht und durch seelische Beeinflussung — und nur durch solche! — zu heilen, unbeschadet der durch hormonale und mechanische Einflüsse bedingten erhöhten Reaktionsbereitschaft des vegetativen Nervensystems. Die hyperemesis gravidarum ist somit niemals eine Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft. Tatsächlich haben wir in unserem Krankenhaus keinen einzigen Fall von Schwangerschaftsunterbrechung aus dieser Indikation gehabt, auch nicht in den schwersten Fällen, denjenigen, die ich die 3. Stufe genannt habe. Die 1. Stufe ist die, wo das Erbrechen — und das ist bei weitem die Mehrzahl der Fälle — durch Wechsel der Umgebung prompt aufhört; Überführung in das Krankenhaus ist hier die ausreichende Therapie. Die 2. Stufe umfaßt die Fälle, in denen eine Aussprache über die der Patientin oft ganz bewußten Gründe für die Abneigung, das Kind auszutragen, notwendig ist. Hier führen Beruhigung, Aufklärung über unbegründete Befürchtungen und vor allem die bestimmte Versicherung, daß eine Unterbrechung gar nicht in Frage komme, meist rasch zum Erfolg.

Auf der 3. Stufe führt Beruhigung und Belehrung nicht zum Ziele, ebensowenig irgendwelche medikamentöse Behandlung, strenge Hungerdiät usw. In diesen Fällen hat man die Schwangerschaft früher oft unterbrochen. Ich nenne einige Zahlen (zit. bei Anselmino¹⁾: Siegert (1927): 8 Unterbrechungen unter 40 Fällen; Winter (1919): 12 Unterbrechungen unter 40; Anselmino (1935): 7 unter 58. — Und doch sind diese Fälle die psychotherapeutisch dankbarsten (ich zitiere hier verkürzt meine früheren Ausführungen über diesen Punkt²⁾: „Nur muß man sich die Zeit und Mühe nehmen, seelisch in die Tiefe zu dringen; denn die Konflikte liegen nicht an der Oberfläche des Bewußtseins.“ „Ich will kein Kind“, „Ich will jetzt kein Kind“, immer aber mit dem Unterton: „Ich will von diesem Manne kein Kind“, das sind die Formeln, auf die sich diese seelische Haltung oft bringen läßt. Keineswegs handelt es sich dabei jedesmal um eine „zerrüttete“ Ehe. Diese kann vielmehr leidlich gut sein, aber die Frau (ich denke an bestimmte Beispiele) fühlt sich nicht genügend in den Lebenskreis des Gatten hineingenommen, weniger als ihrem Hingabe- und Teilnahmebedürfnis entspricht. Ihr Riesenanspruch an Selbststeigerung ist nicht erfüllt. Dieser Anspruch erwächst seinerseits aus einer glücklosen Kindheit, aus der Fixation an einen Elternteil, aus dem Vergleich mit früherem Erleben. Die Frigidität, die häufig vorhanden ist, kann nur als Ausdruck des mangelhaften Gesamterlebens gelten. Lust oder Schmerz, gleichviel — nur leer soll das Leben nicht sein. Es scheint ihr aber leer zu sein, und der Empfängnis hat die Würde gefehlt, die auch der Mutterschaft zugute gekommen wäre. So überträgt sie ihre Mißempfindung gegenüber dem Gatten auch auf das „Pfand der Liebe“, sie will es los sein, „von sich geben“. Enttäuschung, Abneigung, Ekel, aber auch Trotz, Rache, Notwehr kondensieren sich in dem einen ausdrucksreichen Akte, dem Erbrechen, nicht zu vergessen das Bedürfnis nach Selbstbestätigung, Selbstdarstellung, kurz ein wenig „Theater“. Solche Zusammenhänge findet man in ständiger Wiederkehr und unerschöpflichen Abwandlungen. Gelingt es, den Schutt der unechten Haltungen wegzuräumen, das Mißverhältnis zwischen dem Riesenaufwand und dem fiktiven Ziel zu „entlarven“, die Möglichkeit und das Glück einer unverkrampften Haltung aufzuzeigen, so hat man gewonnenes Spiel.

¹⁾ S. m. oben zit. Abh. — ²⁾ Med. Klin. 1938.

„Sehr eindrucksvoll war mir in dieser Hinsicht eine Frau mit „unstillbarem“ Erbrechen, die bereits vor der Krankenhausaufnahme 4 kg abgenommen hatte und auch im Krankenhaus nicht das geringste bei sich behielt, so daß sie in einer Woche weitere 2 kg und im ganzen noch einmal 4 kg abnahm¹⁾. Jede Therapie war vergebens. Der Allgemeinzustand war bereits recht elend. Nach einem mehrfachen, mehrstündigen, von bestimmter Technik geleiteten Eingehen auf ihre Konflikte (wobei alle die genannten Fehlhaltungen zutage traten) sagte sie eines Morgens bei der großen Visite strahlend: „Ich fühle es, daß ich mich umgestellt habe (dieser Ausdruck war bei der Aussprache gefallen); so hat aber aber noch niemand zu mir gesprochen.“ Von Stund an hörte das Erbrechen auf, die Patientin erhielt keinerlei Diät mehr, vertrug alle Speisen und holte sehr rasch das verlorene Gewicht ein; die Entbindung verlief normal.“

Ich führe aus der letzten Zeit noch einen zweiten Fall von „unstillbarem“ Erbrechen an, bei dem der seelische Zusammenhang eindrucksvoll zutage trat. Es handelt sich um eine Schwangerschaft im 3. Monat, bei der die Patientin infolge des unaufrührlichen Erbrechens sehr elend wurde (Gewichtsabnahme im ganzen 5,8 kg), so daß die Unterbrechung ernsthaft erwogen wurde. Hier konnten durch eingehende Aussprachen Konflikte aufgedeckt werden, die der Patientin zum Teil nicht bewußt gewesen waren und u. a. in völliger Frigidität ihren Ausdruck fanden. Der günstige Einfluß dieses Vorgehens auf das Erbrechen war bereits unverkennbar, als plötzlich eine neue seelische Erschütterung eintrat: der Ehemann ging infolge eines Fabrikunfalls schnell und unerwartet zugrunde. Sofort hörte das Erbrechen restlos und dauernd auf; nach dem ersten Schock erholte sich die Patientin rasch, kam bald auf ihr altes Gewicht und darüber hinaus, die Entbindung erfolgte zur rechten Zeit in normaler Weise.

Der günstige Einfluß dieser seelischen Erschütterung war offenbar mehrfach bedingt: im Vordergrund stand wohl der Eindruck der plötzlichen Befreiung von dem nicht oder nicht vollständig bewußten, aber um so quälenderen Konfliktstoff und das infolge dieser ambivalenten Wirkung des Ereignisses entstandene Schuldgefühl, das es der Frau gewissermaßen zur heiligen Sühnpflicht machte, nunmehr das Kind als Pfand der Liebe anzuerkennen und zu behalten und es als Vermächtnis und Lebensauftrag zu bewahren.

Ich möchte zum Schluß noch erwähnen, daß in letzter Zeit einzelne Gynäkologen geneigt sind, wieder die alten Gift- und Stoffwechseltheorien in den Vordergrund zu stellen. Nordmeyer²⁾ leugnet die Bedeutung der psychischen Einflüsse mit der Begründung, die hyperemesis gravidarum sei in den letzten Jahren sehr selten geworden. Das lasse sich nur aus einer Änderung des Stoffwechsels infolge der unzulänglichen Ernährung erklären. Tatsächlich liegt es vielleicht nahe, folgendermaßen zu argumentieren: Wenn die hyperemesis gravidarum auf seelische Einflüsse zurückzuführen wäre, so müßten in den Jahren nach dem Zusammenbruch, in denen sich die seelischen Belastungen in unerhörtem Maße häuften, auch die Fälle von h. g. häufiger geworden sein, während sie in Wirklichkeit sehr viel seltener geworden sind (das entspricht auch unseren Erfahrungen). Also könnten hier nur chemische Einflüsse der durch die Unterernährung veränderten Stoffwechsellage die ausschlaggebende Rolle spielen. Aber diese Auffassung läßt die überwältigende Wucht all der Tatsachen, die den Einfluß psychischer Faktoren direkt beweisen (ich erinnere nur an die meistens entscheidende Wirkung des Milieuwechsels), außer acht, um an ihre Stelle eine Hypothese zu setzen, die einer tatsächlichen Grundlage entbehrt; denn von einer solchen, das Erbrechen verhindernden Änderung des Stoffwechsels durch Unterernährung ist nichts bekannt. Viel eher könnte man in dem Seltenwerden der h. g. während der Hungerzeit gerade eine Bestätigung des psychischen Zusammenhangs sehen. Bekanntlich stand die Frage der Ernährung in den vergangenen Jahren allerwärts im Mittelpunkt; es war kaum noch von etwas anderem die Rede. Die Nahrungsbeschaffung nahm das Interesse der meisten Menschen völlig in Anspruch. Das Essen erlangte geradezu sakrale Bedeutung, die Speisen erhielten einen Wertakzent wie noch nie. Kein Wunder, daß diesem hohen

¹⁾ Écalle u. Barbaro (Gaz. Hôp. Bd. 96 (1923): 1577, 1611, raten zur Unterbrechung, falls der Gewichtsverlust täglich regelmäßig 200 g und mehr beträgt; zit. nach Anselmino a. a. O. — ²⁾ a. a. O.

Erlebniswert der aufgenommenen Nahrung ein unbewußter Widerstand entsprach gegen die Nötigung, so kostbare Dinge zu verschleudern und ungenutzt zurückzugeben, nämlich durch Erbrechen. Der Magen-Darm-Kanal als Ausdrucksorgan seelischer Vorgänge — dazu gibt es ja zahlreiche Analogien.

Daß übrigens die Neurosen im Laufe der Zeit ihren Charakter wandeln können, das sieht man an dem Verschwinden der sog. „großen“ Hysterie und der Zunahme der Zwangsneurosen. In dieser Beziehung ist die schon erwähnte Mitteilung Nordmeyers bemerkenswert über die außerordentliche Zahl von Depressionen, die sogar bei weitem die Mehrzahl der Fälle von Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung in dieser Klinik bildeten (während andere Autoren hierin, wie erwähnt, überhaupt keine Indikation sehen). Hier hat man den unabweislichen Eindruck, daß ein Teil der Frauen, die unter anderen Verhältnissen die Erscheinungen der Hyperemesis gezeigt hätten, jetzt in die Depression flüchteten.

So komme ich zu dem Schluß, daß die h. g. keine Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft bildet. Um aber noch einmal einen Blick auf die allgemeine Frage der medizinisch indizierten Unterbrechung zu werfen, so werden hier bei der in vielen Fällen bestehenden Unsicherheit der Sachlage an das Gewissen und die Erfahrung des Arztes oft große Anforderungen gestellt. Unbemerkt wird sein Entschluß wohl immer von sozialen, eugenischen, ethischen, religiösen, psychologischen Gesichtspunkten mitbestimmt werden. Vielfache Erfahrung

lehrt aber, daß die Unterbrechung keineswegs ein harmloser Eingriff ist, daß er oft genug eine akute Gefahr und sehr häufig auch eine Dauerschädigung bedeutet. Auch hierbei ist das seelische Moment nicht zu unterschätzen. Das mütterliche, und das ist ja das eigentlichste weibliche Gefühl, kann bei differenzierteren Frauen durch die Schwangerschaftsunterbrechung an der Wurzel getroffen werden. Von dem geliebten Manne ein Kind zu haben ist der tiefste Wunsch jeder Frau, der freilich durch soziale, wirtschaftliche, gesundheitliche Bedenken verschüttet sein kann. Aber das erlebt man gar nicht selten: selbst bei unverheirateten Frauen ist dieser natürliche Wunsch so stark, daß er alle gesellschaftlichen, familiären, beruflichen, wirtschaftlichen Bedenken und damit den Willen zur Schwangerschaftsunterbrechung überwinden kann. Greift man in den natürlichen Ablauf gewaltsam ein, so besteht die Gefahr, daß man sowohl das mütterliche Gefühl wie auch die zwischenmenschlichen Beziehungen zu dem Manne unheilbar schädigt. So ist neben dem rein medizinischen Gesichtspunkt auch der psychologische zu beachten. Das ist keine unbedingte Grenzüberschreitung. Denn die unserem Problem allein angemessene Betrachtungsweise ergibt sich erst aus der Vereinigung beider Blickpunkte, des medizinischen im engeren Sinne und des psychologischen, zu einem einzigen, nämlich dem ärztlichen im höchsten Sinne, der den ganzen Menschen, die Persönlichkeit als leibseelische Einheit erfaßt.

Anschr. d. Verf.: Worms, Gewerbeschulstr. 1 (Ehem. leitender Arzt d. Inn. Klin. d. Stadtkrankenhauses Worms).

Aus dem Institut für Gerichtliche Medizin der Universität München (Vorstand: Prof. Dr. W. Laves)

Fruchtabtreibung und Betrug

von W. Laves und S. Berg

In der letzten Zeit mehrten sich die Fälle, in welchen Ermittlungsverfahren gegen Ärzte eingeleitet werden, die sich nicht nur auf den Verdacht eines Verbrechens nach § 218 StG., sondern auch auf den eines Betruges gründen. Es handelt sich dabei vor allem um solche Vorkommnisse, in denen der Tatbestand des § 218 medizinisch nicht erbracht werden kann oder auch nicht vorliegt, die aber doch durch Nebenumstände den Verdacht einer strafbaren Handlung erwecken. Die folgenden Beobachtungen mögen dazu dienen, die Aufmerksamkeit der Ärzte darauf zu lenken, daß sorgfältige Protokollierung von Anamnesen und therapeutischen Maßnahmen einen wichtigen Schutz gegen Verfahren bilden, die auf Grund des wachgewordenen Mißtrauens der Ermittlungsbehörden auch unberechtigt unter dem Verdacht der vollendeten oder versuchten Fruchtabtreibung oder der Beihilfe zu einer solchen gegen Ärzte eingeleitet werden können. Ist ein derartiges Verfahren einmal im Gange, so pflegt hieraus ein Schaden zu entstehen, dessen Höhe weit über das für möglich gehaltene Maß hinausgehen kann. Bei an sich harmlosen Tatbeständen ist es schon zur Erlassung eines Haftbefehls, Schließung der Praxis, Beschlagnahme von Einrichtungsgegenständen usw. gekommen. Bis sich schließlich die Sachlage auf Grund eingeholter Sachverständigenurteilen zugunsten des Kollegen klärt, vergeht oft lange Zeit; die erlittene Einbuße durch Verdienstaustausch, Verlust des Patientenkreises und des Ansehens kann meist durch eine Haftentschädigung nicht ausgeglichen werden!

Die Begutachtung erstreckt sich hierbei gewöhnlich auf die Frage, ob irgendwelche durch den Arzt verabfolgten Medikamente zur Abtreibung geeignet waren bzw. in Abtreibungsabsicht verabfolgt wurden, oder ob bestimmte von seitens des Arztes durchgeführte Maßnahmen eine Schwangerschaftsunterbrechung verursachen konnten oder sollten. Bei Verneinung dieser Fragen wurde nun neuer-

dings von seitens der Staatsanwaltschaften auch der Gesichtspunkt betrügerischer Manipulationen durch den inculpieren Kollegen zur Diskussion gestellt.

Folgende Fälle mögen das erläutern:

1. Frau H., deren Mann sich noch in russischer Gefangenschaft befindet, begibt sich zu Dr. J. in M. mit dem Vorbringen, sie sei von einem Liebhaber in die Hoffnung gekommen; er möge ihr doch helfen. Trotzdem Dr. J. rundweg ablehnt, kommt die Frau wieder; sie kommt nach abermaliger Abweisung zum drittenmal und erneuert ihre Bitten. Nach der späteren Darstellung der Frau hat nun Dr. J. schließlich doch einen Eingriff bei ihr durchgeführt; von diesem Zeitpunkt an seien ihre Regelblutungen wieder aufgetreten. Dr. J. rechtfertigte sich folgendermaßen: Er habe die Frau bei dem zweiten Besuch vaginal untersucht, jedoch keine Gravidität feststellen können. Da sie sich jedoch nicht beruhigen ließ und er wegen des früheren Zeitpunktes seiner Sache auch noch nicht sicher genug war, habe er sie wieder bestellt. Auch bei dieser dritten Vorstellung habe er keine Anzeichen einer Gravidität bemerkt und nunmehr das Vorliegen einer funktionellen Amenorrhöe angenommen. Da die Frau ihn gebeten habe, auf jeden Fall eine Auskratzung vorzunehmen, habe er sich schließlich hierzu entschlossen, da dieser Eingriff 1. als physiologischer Reiz den Zyklus wieder in Gang bringen könne, 2. kein Schaden entstehe und 3. eine „psychische Indikation“ gegeben gewesen sei. Die Sprechstundenhilfe des Dr. J. bezeugte, daß die Curette nur normale Schleimhaut und etwas Blut ergeben habe.

Die Staatsanwaltschaft bezweifelte die Glaubwürdigkeit dieser Rechtfertigung u. a. auch aus folgenden Gründen:

Dr. J. hatte für Frau H. keine Karteikarte angelegt; er und seine Sprechstundenhilfe hatten ein Honorar von DM 140.— je zur Hälfte erhalten. Die zur Begutachtung gestellten Fragen lauteten: „Hat Frau H. ihre Leibesfrucht abtöten lassen? — Liegt für den Fall, daß eine Schwangerschaft nicht als erwiesen anzusehen ist, ein Abtreibungsversuch am untauglichen Objekt vor? — Kommt auf seitens des Dr. J. ein Betrug in Betracht?“