

im Zusammenhang mit der Refertilisierung sehr schwierige Fragen, die Rechtslage ist ganz unsicher. Diese Unsicherheit muß beseitigt werden.

Daß es nur der *Bundesgesetzgeber* sein kann, der hier zur gesetzgeberischen Lösung aller einschlägigen Probleme aufgerufen ist, versteht sich von selbst. Die heutige Rechtszersplitterung ist beschämend. Die Probleme aber, um die es geht, sind für die Volksgesundheit, für die sozialpolitischen Interessen und für die berufsrechtlichen wie -ethischen Anliegen des Ärztestandes zu wichtig, als daß der Bundesgesetzgeber hier lange säumen dürfte. Richten Sie einen dringenden Appell an ihn!

Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisierung.

Von

H. NAUJOKS-Frankfurt a. M.

Die allgemein interessierenden Probleme der Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisierung in einem medizinischen Referat zu behandeln, ist keine dankbare Aufgabe. Es ist zuviel darüber geschrieben und diskutiert worden, die verschiedensten berufenen und unberufenen Stellen haben sich beteiligt, fernerliegende und unsachliche Gesichtspunkte sind allzuoft mit herangezogen worden; die Zeitumstände wechselten und entfachten die Streitfragen immer von neuem. Eine Einigung ist nie erzielt worden, sie ist wohl auch schwer zu erreichen. Konfessionelle Bindungen, politische Überzeugung, weltanschauliche Einstellung lassen sich nicht ausschalten und machen das ganze Problem unentwirrbar kompliziert.

Und doch ist die Fragestellung so brennend und tritt so häufig und zwingend an die Ärzteschaft heran, daß wir uns einer möglichst weitgehenden Klärung und einer einheitlichen Fixierung des Standpunktes im Interesse der kranken Frauen, aber auch im Interesse der Würde des Ärztestandes nicht entziehen können. Gerade in Zeiten, in denen große soziale Umschichtungen, in denen Not, Unruhe, Unsicherheit die Menschen erschüttern, in denen die Begriffe von Recht und Unrecht schwanken, treten auch die uns hier beschäftigenden Fragen mit neuer Dringlichkeit hervor, führen zu Zweifel und Verwirrung, besonders auch in den Köpfen der jungen Kollegen, die jetzt in so großer Zahl und bisweilen ohne genügenden Halt in die praktische Tätigkeit hinaustreten.

Darum hat unser Herr Präsident es für richtig gehalten, diese wichtigen und aktuellen Fragen vor dem in allererster Linie zuständigen Forum, der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie verhandeln zu

lassen, die mit ihrer Autorität den hoffentlich zu erreichenden Richtlinien die notwendige Geltung zu verschaffen imstande und bereit ist.

Wir haben in einem hervorragenden Referat erfahren, wie kompliziert die Dinge auf dem juristischen Sektor liegen, wie unsicher und uneinheitlich die bestehenden Vorschriften sind. Ich habe mit großer Freude festgestellt, daß ich mit meinem verehrten Herrn Korreferenten in den Hauptpunkten weitgehend übereinstimme. Der gesetzgeberische Rückhalt aber, soweit er überhaupt vorhanden ist, enthebt uns Ärzte nicht der Pflicht, unseren eigenen Standpunkt uns zu verschaffen, ihn zu begründen und zu fixieren, denn letzten Endes stützt sich die juristische Definition und Entscheidung meist auf das ärztliche Urteil und Gutachten. Und Gesetzgeber und Richter können nicht die Aufgabe haben, die ärztlichen Handlungen festzulegen und dem Arzt die Verantwortung abzunehmen.

Es soll hier keineswegs meine Aufgabe sein, etwa einzelnen Krankheiten in ihrer Bedeutung für die Schwangerschaft nachzugehen, die ganze Frage der medizinischen Indikationen aufzurollen, darüber zu diskutieren, ob man bei einer Tuberkulose eine Schwangerschaft unterbrechen muß oder nicht, sondern hier sollen nur die übergeordneten, grundsätzlichen Fragen, die Berechtigung und Durchführung der Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisierung und ihre organisatorische Umgrenzung eine Erörterung finden. Es soll unsere Aufgabe sein, den Erfordernissen der Praxis, den Bedingtheiten der Zeit und den Interessen unserer Patientinnen gerecht zu werden und den Kollegen möglichst klare Anweisungen in die Hand zu geben, nach denen sie sich richten können.

Weder die Schwangerschaftsunterbrechung, noch die Sterilisierung ist eine rein ärztlich-wissenschaftliche oder gar technische Angelegenheit, sondern es handelt sich hier um ein wichtiges *sittliches Problem*, um die ethische Grundhaltung des Arztes überhaupt. Die Fragen bewegen nicht nur unseren kleinen Kreis allein, sie betreffen nicht unseren heutigen Zeitabschnitt. Zu allen Zeiten hat dieses Problem die Ärzte und Menschen beschäftigt. Wir sehen hier Schwankungen und Wandlungen, die von der schärfsten Verurteilung der Schwangerschaftsunterbrechung, der Todesstrafe in grausamster Form, bis zu einer lächelnden Duldung oder einer zynischen Bagatellisierung reichen.

In allen Ländern wird um dieses Problem gerungen, wie ich aus den Antworten auf meine vielfachen Umfragen ersehen konnte; und in sehr verschiedener Weise hat man versucht, diese Dinge zu meistern.

Eine Patentlösung gibt es nirgends. Die praktische Bedeutung der ganzen Fragen hängt sehr wesentlich von der religiösen Auffassung, von den sozialen Verhältnissen, von der allgemeinen Lebensauffassung ab. In der Türkei, in Spanien z. B. und manchen anderen Ländern spielt

die ganze Fragestellung zahlenmäßig kaum eine Rolle, in Japan bei der stark zunehmenden Bevölkerungsdichte ist sie sehr aktuell und drohend. Auf weitere Einzelheiten kann ich nicht eingehen. Ich danke allen Kollegen aus dem Ausland für die ausführlichen, mir zur Verfügung gestellten Berichte. In den Korreferaten werden wir sicher noch sehr interessante Ergänzungen hören.

Wenn ein ärztliches Gremium zu der Frage der Schwangerschaftsunterbrechung prinzipiell Stellung nimmt, so ist es eine Selbstverständlichkeit, daß die Freigabe der unbegründeten Unterbrechung, die völlige Straflosigkeit, die juristische und moralische Sanktionierung der Abtreibung *kompromißlos abgelehnt werden muß*. Es ist auch nur höchst selten von ernst zu nehmenden Gruppen oder Personen diese extreme Forderung erhoben worden. Und in keinem Lande ist eine derartig schrankenlose Vernichtung der Schwangerschaft je zur Durchführung gelangt. Es hieße die Ethik des ärztlichen Standes erschüttern, ja überhaupt aufgeben, wenn hieran auch nur der geringste Zweifel auftreten sollte. An dieser prinzipiellen Einstellung kann auch nicht gerüttelt werden in Notzeiten, infolge Unsicherheit des Rechtszustandes oder aus anderen Gründen. Die bekannten Hinweise auf Übervölkerung, Arbeitslosigkeit, Mangel an Nahrung und Wohnung, auf das Recht der Frau auf den eigenen Körper, die Freiheit der eigenen Entschliebung und ähnliches brauche ich vor diesem Forum nicht zu erörtern. *Die willkürliche, unbegründete Vernichtung eines menschlichen Wesens, ob Krüppel, Idiot oder gesund, ob geboren oder ungeboren, kann niemals Aufgabe des Arztes sein.*

Wann und wie oft unter gewissen Umständen Gründe eintreten können, von dieser grundsätzlichen Haltung abzuweichen, das muß nun im einzelnen diskutiert werden.

An erster Stelle stehen hier die widerstreitenden Interessen von Mutter und Kind, die Schädigung der Gesundheit der Mutter oder sogar die Bedrohung ihres Lebens durch die Schwangerschaft, die sog. „medizinische Indikation“.

Der Standpunkt der überwiegenden Mehrzahl der Ärzte geht dahin, daß mütterliches und kindliches Leben nicht gleichberechtigt ist, daß bei wirklicher Bedrohung des mütterlichen Lebens die Frucht geopfert werden muß, sofern einerseits die Hoffnung, andererseits keine andere Möglichkeit besteht, die Mutter zu retten.

Diese Konsequenz ist nicht absolut zwingend, aber es besteht hierüber eine gewisse Einigung, die auch die juristische Billigung gefunden hat, wie wir aus berufenem Munde gehört haben. Es gibt aber eine gewisse Zahl von Kollegen, die auf Grund innerster Überzeugung oder infolge konfessioneller Bindung auch diese Begründung zur Vernichtung des Kindslebens ablehnen. Ja ganze Völker und Länder (ich nenne z. B.

Spanien, Holland, die mohammedanische Bevölkerung in Ägypten) stehen im Prinzip auf diesem Standpunkt, den wir nicht weiter zu analysieren und zu kritisieren uns für befugt halten, sondern als Faktum hinnehmen.

Bei der Anerkennung der Berechtigung, die Frucht im Interesse der Mutter zu opfern, muß allerdings gefordert werden, daß die Alternative „Mutter oder Kind“ auch wirklich besteht, daß die schwere Gefahr für Leben und Gesundheit der Mutter tatsächlich vorhanden ist, und daß die mütterliche Erkrankung nicht nur einen willkommenen Vorwand darstellt, eine unerwünschte Schwangerschaft straffrei, scheinbar legal zu beseitigen.

Nicht immer muß es eine unmittelbare akute Gefahr sein, sondern die Berechtigung kann auch dann anerkannt werden, wenn eine schwere Komplikation später mit einiger Sicherheit zu erwarten ist. Es würde sich hier um ein prophylaktisches Eingreifen bei drohender Gefahr handeln. Dabei soll nicht unerwähnt bleiben, daß es über die Größe einer solchen Gefahr weitgehende Meinungsverschiedenheiten gibt, wie an dem Beispiel der Tuberkulose leicht demonstriert werden kann, die bei dem größten Teil der Internisten, Tuberkulosefachärzte und Gynäkologen die häufigste Indikation zur Unterbrechung darstellt, von einer anderen, zunächst noch kleinen Gruppe aber überhaupt nicht mehr als Indikation zur Unterbrechung anerkannt wird. Auf diese sehr interessanten und bedeutsamen Ergebnisse der neuesten Zeit einzugehen, ist hier nicht der Ort.

Die Schwangerschaftsunterbrechung stellt bei der Behandlung eines Leidens in der Gravidität das *Ultimum refugium* dar. Sie gehört an das Ende, nicht aber an den Anfang aller therapeutischen Bemühungen. Der Gedanke, daß eine Schwangerschaftskomplikation in erster Linie und auf bequemste Weise durch Vernichtung der Frucht zu behandeln ist, muß in den Köpfen der Ärzte und der Frauen immer mehr zurückgedrängt werden. Man beobachtet leider recht häufig, daß diese Überlegungen primär bei dem Arzt auftauchen oder wenigstens von ihm schnell unterstützt werden, ja daß die Notwendigkeit der Unterbrechung den Frauen bisweilen geradezu von den Ärzten suggeriert wird. Eine große Zahl von Schwangeren ist relativ leicht im Sinne der Erhaltung der Gravidität zu beeinflussen, besonders wenn ihnen die Gefahren der künstlichen Unterbrechung geschildert werden. In diesem Punkte läßt sich durch Erziehung und Belehrung, durch Selbstdisziplin und feste Haltung noch sehr vieles ändern und bessern, und zwar ohne jeden größeren Zwang.

Die Frage bei den medizinischen Indikationen hat stets zu lauten: „Muß die Schwangerschaft beseitigt werden?“, nicht etwa: „Darf die Schwangerschaft unterbrochen werden?“

Abgesehen von diesen medizinischen Anzeigen, deren Rahmen wissenschaftlich exakt festgelegt ist (WINTER-NAUJOKS: Die künstliche Schwangerschaftsunterbrechung. 1949), werden recht häufig andere, nichtmedizinische Begründungen für die Beseitigung einer Schwangerschaft genannt. Da ist zunächst die sog. „soziale Indikation“, die so unendlich oft, so leidenschaftlich, von so verschiedenen Seiten und Standpunkten aus diskutiert, begründet und verteidigt, bekämpft und verworfen worden ist. Sie kann nicht mit einer Handbewegung abgetan oder ignoriert werden, sondern bedarf sorgfältigster Betrachtung. Den Verteidigern wie den Gegnern muß man von vornherein eine ernst zu nehmende Tendenz zuerkennen und ihren Argumenten ohne Voreingenommenheit nachgehen. Die zahllosen Begründungen, ebenso wie die verschiedenen Momente, die zu einer strikten Ablehnung führen, sind allzu bekannt, als daß ich sie hier aufführen müßte.

Die Ärzteschaft kann — bei allem menschlichen Verständnis der Zusammenhänge — unter keinen Umständen die soziale Indikation verteidigen, propagieren und praktisch anerkennen. Sie hat weder die Möglichkeit, die Aufstellung solcher wirtschaftlichen Gesichtspunkte zu kontrollieren und zu fixieren, noch kann sie sich das Recht nehmen, eine an sich strafbare Handlung unter gewissen äußeren Umständen als legal zu betrachten und selbst zu begehen. Armut, Wohnungsnot, Flüchtlingselend können nicht mit der Curette bekämpft werden; sie können nicht Maßnahmen sanktionieren, die sonst als Verbrechen gelten, wenn sie vielleicht auch ein menschliches Verständnis und eine mildere Beurteilung erklärlich machen, wie wir dieses vor einigen Jahren, in einer Zeit gewisser Rechtsunsicherheit bei manchen strafbaren Delikten beobachten konnten.

Der Ärztestand kann nicht für sich eine Sonderstellung in der Rechtsbeurteilung einer Handlung beanspruchen. Aber auch jedem einzelnen Vertreter muß es eine selbstverständliche innere Verpflichtung sein, in diesem Punkte von der festen ethischen Grundhaltung keinen Schritt abzuweichen.

Wohl aber kann der Arzt sekundär in diesen Fragenkomplex hineingezogen werden und damit in eine schwierige Konfliktstellung kommen; wenn nämlich der Staat oder seine verantwortlichen Führer in ihrer Verpflichtung, die Lebensverhältnisse des Volkes zu sichern und zu bessern, sich entschließen sollten, als letzte und äußerste Maßnahme zur Behebung des Notstandes die Tötung des keimenden Lebens als Recht zu proklamieren, so könnte für den Arzt die Pflicht erwachsen, dem Staate dabei zu helfen. Es würde sich also hierbei handeln um die Legalisierung der sozialen Indikation durch eine nichtärztliche, behördliche Stelle auf eine bestimmte, meist relativ kurz begrenzte Zeit unter dem Druck einer bestehenden Notlage. In welche entsetzlichen Konflikte

aber der Arzt, der zum Helfen und Heilen bestimmt ist, kommen kann, wenn er sich dazu verpflichten oder mißbrauchen läßt, auf Befehl zu töten, geistesranke Menschen, idiotische Kinder oder die Frucht im Mutterleibe aus wirtschaftlichen Gründen zu beseitigen, das haben in erschreckender Weise die Diskussionen, die Verhandlungen und Urteile der letzten Jahre gezeigt. Die Situation des Arztes bleibt in solchem Falle stets umstritten und gefährlich.

Jedenfalls müssen wir wohl als einheitliche Auffassung festlegen, daß die Proklamierung und Verteidigung einer solchen nichtmedizinischen Begründung, das Eintreten für die soziale Indikation, durch die Ärzteschaft unter allen Umständen abzulehnen ist.

In Verfolg dieser Betrachtungen kommen wir zu einer weiteren, sehr heiklen Fragestellung, das ist die von GEORG WINTER einst als „gemischt-sozial-medizinische Indikation“ genannte Anzeige, deren Berechtigung auch in diesem Kreise sehr verschieden beurteilt werden dürfte. Es handelt sich hierbei um die Frage: „Dürfen soziale Momente bei der Aufstellung medizinischer Indikationen, also bei der Bewertung echter Krankheitszustände mitberücksichtigt werden?“ Diese Entscheidung liegt in erster Linie in der Hand des Arztes. Er kann sich ihr nicht entziehen, und sie wird in praxi sehr häufig an ihn herantreten. Von den Vertretern der extrem-konservativen Richtung wird jede Konzession in diesem Punkte schärfstens abgelehnt, da die Mitberücksichtigung sozialer Gesichtspunkte bei der Beurteilung der Prognose einer Schwangerschaftskomplikation schon ein Abweichen und Abgleiten von seinen ärztlichen Aufgaben bedeute und sachlich auch dem Arzt nicht möglich sein könne. Andererseits muß aber betont werden, daß eine Einbeziehung des sozialen Milieus in die Betrachtung eines Krankheitszustandes unabweisbar ist, da wir nicht einen Herzfehler, eine Lungentuberkulose zu beurteilen haben, sondern eine kranke Frau in einer bestimmten, im Augenblick unabänderlichen Umgebung. Es ist klar, daß eine Lungentuberkulose in einer Baracke oder in einem Bunker prognostisch anders zu werten ist, als die Krankheit derselben Qualität im Rahmen eines hochwertigen Sanatoriums. Natürlich wäre es das Richtige, die Kranke aus dem Bunker in das Sanatorium zu schaffen, die Tuberkulose damit günstig zu beeinflussen und auf diese Weise die Schwangerschaft zu erhalten. Wenn dieses aber nicht möglich ist, so muß von dem ärztlichen Gutachter den Tatsachen Rechnung getragen werden. Es wird eine Krankheit bei ungünstigen sozialen Bedingungen, infolge Hunger, Überanstrengung, Arbeitslosigkeit, schwerster psychischer Belastung, ungesunder Wohnung gelegentlich zur Abbrechung der Schwangerschaft führen, die unter günstigerer äußerer Umgebung vielleicht erhalten werden könnte. Das bedeutet die Anerkennung sozialer Gesichtspunkte bei der Fixierung der medizinischen Indikation.

Ich halte es nur für wichtig, daß hierbei der unglückselige, irreführende Ausdruck „gemischt-sozial-medizinische Indikation“ verschwindet, der wie eine ängstliche Konzession anmutet, denn es handelt sich hier um eine durchaus medizinische Anzeige, die aber nicht allein theoretische Grundsätze berücksichtigt, sondern sich auf die tatsächlich vorhandenen äußeren Verhältnisse stützt.

Es ist klar, daß sich für den Einzelfall in der Praxis große Unsicherheiten, Ungleichmäßigkeiten und verschiedene Auffassungen ergeben können. Aber diese Schwierigkeiten dürfen für uns kein Anlaß sein, gegenüber bestehenden Tatsachen die Augen zu verschließen. Das ärztliche Verantwortungsgefühl, die Ehrlichkeit und der Wunsch nach Wahrheit müssen die Richtschnur und die Grundlage unseres Handelns sein.

Gegenüber diesen praktisch und zahlenmäßig so bedeutsamen Indikationen treten andere nichtmedizinische Anzeigen durchaus in den Hintergrund. Sie haben eigentlich mehr prinzipielle Bedeutung. Bei der sog. „eugenischen Indikation“ handelt es sich um die Frage, ob es zu verantworten ist, ein Kind zur Welt kommen zu lassen, das infolge erbter Krankheiten nicht imstande sein würde, körperlich und geistig ein selbständiges und nützlichendes Leben zu führen, das für die Umgebung eine dauernde Quelle schwerster Sorgen und für die Familie oder auch für die Allgemeinheit eine psychische und finanzielle Belastung darstellt, abgesehen davon, daß es bei erhaltener Zeugungsfähigkeit durch Vererbung körperliche und geistige Erkrankungen weitertragen müßte.

Hier besteht also keinesfalls die Alternative: „Mutter oder Kind“; hier ist die Mutter gesund und nicht in Gefahr, aber es erscheint unsinnig, eine kranke, lebensunfähige oder lebensunwerte Frucht mit aller Sorgfalt zu behüten und bis zum Ende der Schwangerschaft zu schützen und zu pflegen, wenn diese schließlich zur Geburt eines Monstrums oder Idioten führt. Es liegt also keineswegs eine zwingende Anzeige vor, sondern mehr eine logische Indikation, bei der allerdings immer noch die große Unsicherheit der einwandfreien Diagnose und Prognose besteht.

Die ärztliche Wissenschaft ist im Prinzip bereit, die eugenische Indikation, die schon vor mehr als 40 Jahren von dem Frauenarzt MAX HIRSCH scharf herausgestellt, ausführlich begründet und warm befürwortet wurde, anzuerkennen, aber nur unter größten Kautelen und weitestgehender Sicherung. Juristisch ist es wohl, wie wir vorhin gehört haben, ungeheuer schwer, einen solchen Eingriff zu legalisieren, der lediglich die menschliche Gesellschaft befreien will von einem Wesen, dessen Existenz ihr unbequem und kostspielig ist, vielleicht noch aus einem gewissen Mitleid mit dem Wesen selbst. Praktisch sind die Fälle, bei denen man mit genügender Exaktheit den vollkommenen Unwert des kindlichen Lebens voraussagen kann, so daß sich daraus logisch die vorzeitige Vernichtung ergäbe, außerordentlich selten. Vielfach wird hier

eine Kombination mit einer mütterlichen Schädigung oder Gefährdung bestehen, z. B. beim Hydramnion. Dann wird der Entschluß leichter sein. Die Hauptaufgabe der Ärzteschaft ist zunächst nur, immer festere Grundlagen für die Auswertung der Erkenntnisse zu schaffen.

Ähnlich steht es mit einer anderen Indikation, die jetzt viel Aufsehen erregt und eine nicht unerhebliche zahlenmäßige Bedeutung gewonnen hat, das ist die sog. Notzuchtsindikation, die man auch als „ethische“ bezeichnet hat. Hier liegen die Dinge noch etwas komplizierter. Die Mutter ist gesund, das Kind wahrscheinlich auch; und doch gibt es viele plausible, ernste Gründe, die die Fortnahme dieser durch ein Verbrechen erzeugten Frucht rechtfertigen und in hunderten von Fällen in den letzten Jahren auch veranlaßt haben. Wer wollte hier die ethische Begründung leugnen? Kann man den unter entsetzlichen Umständen vergewaltigten Frauen, die oft noch entwurzelt, heimatlos, auf der Flucht oder sonst in größter Not sind, zumuten, die unerwünschte, gewaltsam erzwungene Schwangerschaft auszutragen? Es wäre eine unverständliche Grausamkeit, die arme Frau ein Kind zur Welt bringen zu lassen, zu dem sie nicht die geringsten Bindungen haben kann, dem sie mit Ablehnung und Haß gegenüberstehen muß, dessen Erzeuger sie gar nicht kennt, an den sie nur mit Abscheu und Entsetzen sich erinnern wird. (Es ist eine selbstverständliche Forderung der Billigkeit, daß der Staat, sofern er die Mutter zum Austragen der Schwangerschaft zwingt, auch die Sorge für die Aufzucht und den Unterhalt dieses Wesens nach seiner Geburt übernimmt.) Unter dem Eindruck der Ereignisse der Nachkriegszeit neigt man in ärztlichen Kreisen dazu, diese Indikation als offiziell berechnete anzuerkennen, auch wenn keine schwere psychische oder seelische Schädigung der Frau festzustellen ist, die ja im Hinblick auf die Selbstmordgefahr eine klare medizinische Indikation bedeuten würde. Mit den verschiedensten juristischen Künsteleien sind vor einigen Jahren manche Lösungen geschaffen, die einigermaßen den wirren Zeitverhältnissen Rechnung getragen haben. Viel Elend und manche Katastrophe ist dadurch verhindert worden. Aber zweifellos wurde auch in einer ganzen Reihe von Fällen Mißbrauch getrieben; die Klärung des Tatbestandes einer wirklichen Vergewaltigung ist im Einzelfalle ungeheuer schwierig.

Ich weiß nicht, wieviel Fälle von Vergewaltigung zur Beendigung der Schwangerschaft und zur Geburt eines lebenden Kindes geführt haben. Jedenfalls ist mir kein Fall bekanntgeworden, bei dem von der unglücklichen Mutter später der Staat oder eine Wohlfahrtsorganisation für den Unterhalt des Kindes in Anspruch genommen wurde.

Der Gesetzgeber und Richter befindet sich bei diesen Überlegungen, sofern nicht von ärztlicher Seite die mütterliche medizinische Indikation anerkannt wird, in einer äußerst schwierigen Situation, bei der eine

befriedigende Lösung und Klärung trotz zahlreicher Versuche der letzten Jahre nicht gefunden worden ist. Aber auch bei diesen ganzen Überlegungen handelt es sich nur um eine prinzipielle Frage, die nach Beruhigung der äußeren Verhältnisse zahlenmäßig keine Rolle mehr spielt, und die wohl keinen ausreichenden Anlaß gibt, grundsätzliche Änderungen in juristischen und ärztlichen Prinzipien eintreten zu lassen.

Die Aufstellung und Anerkennung einheitlicher Richtlinien für die Schwangerschaftsbeseitigung gehört zu den ernstesten Allgemeinproblemen der gesamten Medizin. Ihre leichtfertige und gedankenlose Negierung würde eine Bankrotterklärung der ethischen Grundhaltung des Arztes bedeuten und gerade in der heutigen Zeit vernichtende Konsequenzen haben, in der die Ärzteschaft nach Jahren schwerster Wirren und Irrungen um ihr Ansehen und ihre Achtung ringt.

Auf die Technik der Unterbrechung der Schwangerschaft brauche ich vor diesem Forum nicht einzugehen, wohl aber seien einige Worte zu den *schädlichen Folgen* dieser Maßnahmen gesagt:

Der Abortus artificialis ist kein harmloser und ungefährlicher Eingriff. Das wissen wir! Das scheint aber den Frauen vollkommen unbekannt zu sein, und auch die Gutachter der einzelnen Gebiete nehmen hiervon nicht genügend Notiz. Darum stimmt ihr Urteil mit dem des Gynäkologen oft nicht überein.

Über die Schädigungen durch die ärztliche Schwangerschaftsunterbrechung, die unmittelbaren und Spätfolgen auf somatischem und psychischem Gebiet ist schon vor 25 Jahren umfangreiches statistisches Material veröffentlicht worden; auch neuere Untersuchungen in deutschen Kliniken, z. B. in Rostock, Frankfurt usw. haben Komplikationen in 15—20%, bei Einrechnung auch kleinerer Unregelmäßigkeiten gar in 30% aller Fälle ergeben; dazu auch schwere Zwischenfälle, insbesondere Verletzungen, ja sogar eine Mortalität des Eingriffes von 1—2%.

Gerade auf das psychische Trauma im Gefolge einer oder mehrerer Schwangerschaftsunterbrechungen hat AUGUST MAYER mehrfach nachdrücklich hingewiesen; auch er hat betont, daß die Kenntnis der Gefahren und der Schädigung durch eine Schwangerschaftsunterbrechung wahrscheinlich manche Frau davon abhalten würde, sich um die Ausführung des Eingriffes zu bemühen, und für manchen Gutachter die Veranlassung wäre, mit seinem Urteil etwas zurückhaltender zu sein und die Gefahren der Grundkrankheit und die Konsequenzen der Unterbrechung gegeneinander abzuwägen.

Jedenfalls liegt in der Prognose des Eingriffes eine weitere Mahnung, bei der Indikationsstellung einen sorgfältigen und strengen Maßstab anzulegen. Als ein bequemes Mittel zur Geburtenregelung kann jedenfalls die Schwangerschaftsunterbrechung unter keinen Umständen jemals in Betracht kommen!

Wir haben noch eine Reihe formaler und organisatorischer Fragen zu erörtern, vor allem mit dem Ziel, eine möglichst gleichmäßige und einheitliche Regelung zu erhalten. Wer stellt die Indikation? Wer trägt die Verantwortung für die Anzeige und das Ergebnis des Eingriffs? Ist eine behördliche Kontrolle, eine Genehmigung oder wenigstens eine Registrierung der Anzeige oder des ausgeführten Eingriffes angebracht? Diese Dinge werden in den verschiedenen Bezirken sehr unterschiedlich gehandhabt. Ich hoffe, daß wir zu einer Einigung kommen.

Wer stellt die Indikation? Der Hausarzt, der Facharzt, ein Konsilium, der Gynäkologe, eine Behörde? Jeder Vorschlag läßt sich begründen und widerlegen. Die früher bestehende Ansicht, die auch WINTER noch vertrat, daß der Gynäkologe die Indikation allein zu stellen habe, kann heute bei der Fülle und der Kompliziertheit der in Betracht kommenden Krankheiten nicht aufrechterhalten werden. Der einzelne Arzt kann nicht genügend Erfahrung auf allen Gebieten haben, um die Verantwortung für eine so ernste Entscheidung zu tragen. Die Begutachtung durch mehrere Ärzte, die auf den speziellen Gebieten besondere Kenntnis haben, ist unbedingt notwendig. Damit kommen wir zum Begriff des Konsiliums! Allerdings muß streng darauf geachtet werden, daß ein solches Konsilium nicht lediglich ein Konsortium, eine zweckbedingte Symbiose, also eine Abtreiberorganisation darstellt. Die Fachgutachten bedeuten keine unumstößliche Anordnung; sie können nur die Grundlage für die Indikation bieten, die am besten von einer neutralen Stelle, einer Gesundheitsbehörde, einer Ärzteorganisation oder einer besonderen Kommission geprüft und festgelegt wird, aber nicht im Sinne einer Genehmigung oder einer Anweisung oder eines Befehls, sondern im Sinne der Einverständniserklärung. Die letzte Entscheidung muß der Operateur haben, der den Eingriff ausführt und zu verantworten hat. Wenn er die Indikation nicht für ausreichend hält, die Operation für zu gefährlich, die Schwangerschaft für zu weit fortgeschritten, dann hat er selbstverständlich das Recht, den Eingriff abzulehnen; denn gegen ihn würden sich letzten Endes alle Vorwürfe, vielleicht sogar Ersatzansprüche, Strafanträge usw. richten, wenn ein Zwischenfall eintritt oder der erhoffte Erfolg ausbleibt.

Diese letzte Entscheidung trotz aller Fachgutachten in die Hände des Operateurs zu legen, ist keine Unlogik, wie ein Referent meines Buches meinte, sondern das selbstverständliche Recht des verantwortlichen Operateurs. Und dieser darf sich auch der letzten Entscheidung nicht entziehen.

Es muß überhaupt in der heutigen Zeit davor gewarnt werden, sich in allem und jedem auf einen anderen zu verlassen, sich immer auf ein fremdes Gutachten zu berufen und zu stützen, auf eine behördliche Anordnung zu warten, einen Gesetzesparagrafen als Grundlage des

ärztlichen Handelns herbeizusehen und heranzuziehen. *Es ist unbedingt notwendig, das Verantwortungsgefühl und die Verantwortungspflicht des einzelnen Arztes wieder wachzurütteln.* Wer ein gutes Gewissen, genügend Erfahrungen und ausreichendes Können besitzt, braucht die Entscheidung und Verantwortung auch in schwierigen Situationen nicht zu scheuen und sie auf andere abzuwälzen.

Über die Zweckmäßigkeit der Mitteilung der stattgefundenen Unterbrechung an eine zentrale Stelle, wie sie jetzt wohl in den meisten Ländern üblich ist, könnte man verschiedener Meinung sein. Von manchen Seiten wird darin ein unnützer Bürokratismus, eine unberechtigte Bevormundung des Arztes gesehen. Ich möchte unbedingt dazu raten, diese Meldung beizubehalten und auch den Kollegen, die ihrer Erfahrung, ihrem Wissen und ihrer Stellung nach eine solche Kontrolle für sich selbst für entbehrlich halten, empfehlen, sich dieser Registrierung nicht zu widersetzen, da sie am ehesten die Gewähr bietet und auch am besten demonstriert, daß alles legal und offiziell abgelaufen ist, und jeden Verdacht eines heimlichen Tuns von vornherein ausschaltet. Dazu kommt noch, daß eine solche Aufbewahrung des gesamten Materials der künstlichen Aborte im Bezirk einer Ärztekammer oder eines Landes eine bequeme Grundlage für statistische Auswertung und wissenschaftliche Bearbeitung bietet. Ich kann nur immer wieder mit Anerkennung und Dankbarkeit über die reibungslose und fruchtbare Zusammenarbeit zwischen der Ärztekammer Frankfurt, meiner Klinik und der gesamten Ärzteschaft des Bezirkes berichten.

Der Gang der Handlung wäre also etwa folgender: Der Hausarzt macht einen wohlbegründeten Antrag auf Schwangerschaftsunterbrechung an die zentrale Stelle (ich würde die *Ärzttekammer* vorschlagen). Diese Stelle bestimmt 2 Gutachter, die auf dem in Betracht kommenden Gebiet eine besondere Kenntnis und Erfahrung besitzen. Diese Fachgutachten gehen wieder an die zentrale Stelle, diese zieht das Fazit in Form einer Zustimmung zu der von beiden Gutachtern gestellten Indikation, oder sie zieht bei Differenzen einen Obergutachter heran. Danach erhält der operierende Gynäkologe die ganzen Unterlagen des Falles und führt den Eingriff aus, sofern er ihn für richtig hält und nicht besondere Gründe bestehen, von der Operation Abstand zu nehmen. Über die erfolgte Unterbrechung wird dann eine kurze Notiz wiederum der Ärztekammer zur Vervollständigung ihrer Listen zugestellt.

Diese Methode hat sich an vielen Stellen in den letzten Jahren durchaus bewährt, wird auch von den Patientinnen, sofern es sich um ernst zu nehmende Anzeigen handelt, durchaus anerkannt. Zu beanstanden ist bisweilen nur der zu spät gestellte Antrag oder der Zeitverlust bei der verzögerten Ausstellung der Gutachten. Aber hierin ist wohl unschwer eine Besserung zu erreichen.

Wesentlich anders zu bewerten als die Schwangerschaftsunterbrechung ist die

Sterilisierung.

obgleich bei beiden Maßnahmen gleichgerichtete Tendenzen bestehen. Die Unfruchtbarmachung stellt die extremste und definitive Form der Konzeptionsverhütung dar, denn die temporäre Sterilisierung ist ein ungelöstes Problem geblieben. Bei der Sterilisierung handelt es sich nicht um die Vernichtung eines Lebewesens, wie es die werdende Frucht ist, sondern lediglich um eine operative Maßnahme an einem Organismus mit Zerstörung einer sehr wesentlichen Funktion desselben, also mit einer Verstümmelung. Eine solche tiefgreifende Maßnahme ist — wie jede andere Operation — eine Körperverletzung, bei der die Strafbarkeit nur wegfällt, wenn sie zu Heilzwecken, nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausgeführt wird und nicht „wider die guten Sitten verstößt“. Wenn also ein Arzt zu Heilzwecken, aus medizinischer Indikation die Sterilisierung ausführt oder ausführen will, so hat er keinerlei Behörden oder gar juristische Stellen zu befragen oder um Genehmigung zu bitten. Er trägt allein, aber auch voll und ganz die Verantwortung in ärztlichem, menschlichem und juristischem Sinne. Er wird gut tun, sich hierfür breiteste Sicherung zu verschaffen durch genügende Aufklärung der Patientin, durch schriftliche Einwilligung der Beteiligten, durch protokollarische Fixierung der zugrunde liegenden Indikation, eventuell unter Einholung von Fachgutachten, damit er jeder Kontrolle und jedem Vorwurf — etwa wegen Verstoßes gegen die Sitten des ärztlichen Standes — begegnen kann.

Die Fixierung der in Betracht kommenden medizinischen Indikationen, wie sie GEORG WINTER vor 30 Jahren vorgenommen hat, wäre für den Arzt vielleicht erneut erwünscht; sie decken sich aber weitgehend mit den Indikationen zur Schwangerschaftsunterbrechung, erfordern für die Sterilisierung nur einige besondere Zusätze, z. B. daß das Leiden weiterbesteht, daß eine Besserung nach dem Abortus artificialis nicht oder nur vorübergehend zu erreichen ist, daß mit Rezidiven und Exacerbationen sicher zu rechnen ist, daß immer wieder weitere Unterbrechungen notwendig werden, die ihrerseits die Gesundheit gefährden. Bei ernster, gewissenhafter, fachärztlicher Prüfung wird sich hier meist unschwer die Entscheidung treffen lassen, auch ohne daß ein neues Indikationsbuch erscheint.

Die Frage, welches die weitergehende, schwerer wiegende Maßnahme ist, die Schwangerschaftsunterbrechung oder die Sterilisierung, wird verschieden beantwortet. Meist wird den Frauen gesagt: „Wären Sie doch früher gekommen! Dann hätten wir Sie sterilisieren und die Schwangerschaft verhüten können. Nun ist es zu spät, nun wird eine

Unterbrechung kaum möglich sein.“ Oder: „Tragen Sie diese Schwangerschaft nur aus! Nach der Geburt können wir dann ohne weiteres die Sterilisierung ausführen.“

Andererseits las ich kürzlich die Entscheidung einer hohen Medizinalbehörde, die mich sehr in Erstaunen setzte: Bei einer etwas schwierigen medizinischen Indikation wurde seitens dieser Behörde entschieden, daß eine Sterilisierung nicht ausgeführt werden dürfe, daß man aber warten könne, bis die Frau schwanger würde, dann könnte man unterbrechen! Ich habe diese Entscheidung für vollkommen abwegig und absurd erklärt, abgesehen davon, daß die Medizinalbehörde überhaupt nicht darüber zu entscheiden hat, ob eine medizinische Indikation für die Sterilisierung besteht oder ausreichend ist.

Es darf kein Zweifel darüber aufkommen, daß für eine zu Heilzwecken ausgeführte Sterilisierung kein Antrag, keine behördliche Genehmigung und keine Registrierung notwendig ist.

Die praktisch sehr wichtige Frage, wieweit soziale Momente herangezogen werden können, eventuell die medizinische Anzeige beeinflussen dürfen, ist hier nicht so schwerwiegend wie bei der Schwangerschaftsunterbrechung, da es sich hier nicht um die Vernichtung eines Lebewesens aus wirtschaftlichen Überlegungen handelt, sondern lediglich um die Berechtigung einer — allerdings verstümmelnden — Operation.

Ich bin der Ansicht, daß bei dem Problem der Sterilisierung die scharfe Trennung in medizinische und soziale Momente etwas unglücklich und allzu formalistisch ist. Wir trennen auch sonst bei anderen Operationen nicht absolut streng nach medizinischen und nichtmedizinischen Gesichtspunkten. Wird z. B. eine Senkung bei einer schwerarbeitenden Frau, ein alter, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Adnextumor nicht zum Teil auch aus sozialen Gründen operiert? Es gibt auch andere Operationen, für die nicht allein Heilzwecke die Indikation darstellen. Welche Indikation besteht bei der Bildung eines künstlichen Vaginalrohres zu Kohabitationszwecken? Welche Indikationen liegen bei den zahlreichen kosmetischen Operationen vor?

Auch die Frage der Operationstechnik muß hier kurz gestreift werden. Wenn ein Arzt bei einem Descensus die Interpositio uteri bevorzugt, so darf und muß er die Tuben unterbinden. Wenn er eine andere Technik wählt, so soll er dieses Recht nicht haben? Muß es nicht seiner alleinigen Entscheidung überlassen werden, ob er bei einer abgearbeiteten 40jährigen Frau mit 8 Kindern an die Senkungsoperation eine Sterilisierung anschließt? Wenn der Arzt das Recht hat, ganze Extremitäten und große Organe nach eigenem Ermessen zu entfernen, so braucht man wohl die Tuben nicht unter eine besondere behördliche oder juristische Kontrolle zu stellen, wie das in den vergangenen Jahren geschehen ist, als wir sogar die Exstirpation eines carcinomatösen Uterus melden und

genehmigen lassen sollten, wenn es sich um eine jüngere, gebärfähige Frau handelte.

Natürlich sind die Folgen einer Tubenexstirpation wesentlich weiterreichend als die einer Beinamputation. Aber diese Tatsache rechtfertigt noch nicht eine unmittelbare behördliche Kontrolle der ärztlichen Maßnahmen.

Wenn mein Bestreben dahingeht, bei der operativen Sterilisierung den Arzt von allen formalistischen Fesseln zu befreien, ihm allein die Entscheidung zuzuschieben, so muß ich andererseits die ungeheure Verantwortung aufzeichnen, die er übernimmt und die er dann auf niemand abwälzen kann: die Verantwortung gegenüber dem Individuum und den Angehörigen, gegenüber der Allgemeinheit und gegenüber dem ärztlichen Stande.

Die Sterilisierung ist etwas Definitives. Darüber sind sich die Eheleute meist nicht ganz klar. Es ist unbedingt erforderlich, daß Frau und Mann, vielleicht noch andere Angehörige, mit allem Ernst darauf hingewiesen werden, daß die Maßnahme keinesfalls rückgängig zu machen ist, daß sie immerhin eine Operation darstellt, daß die Möglichkeit des Verlustes der vorhandenen Kinder in Betracht zu ziehen ist, daß psychische Konsequenzen, ein Gefühl der Minderwertigkeit das Sexualleben in der Ehe gefährden könnte, daß das Eingehen einer neuen Ehe vielleicht durch die Folgen der Operation verhindert oder zum mindesten erschwert wird. Diese sehr ernsten Überlegungen werden manchen Ehepartner von dem geplanten oder vorgeschlagenen Eingriff abbringen. Bittere Vorwürfe könnten später den Arzt treffen, wenn er leichtfertig die Indikation gestellt hat. Die Sterilisation ist nicht dem Kauf eines Occlusivpessars gleichzusetzen.

Noch ernster zu bewerten sind die Auswirkungen einer weitgehenden Sterilisierung auf die Allgemeinheit, auf die gesamte Bevölkerung in quantitativer Beziehung, auf den Gebärwillen der Frauen, ihre Pflicht zur Sicherung des Nachwuchses und ähnliches. Wenn auch die bevölkerungspolitischen Momente, die manchem etwas abgedroschen vorkommen mögen, in Notzeiten keine große Rolle zu spielen scheinen, so dürfen sie doch keinesfalls bagatellisiert werden. Durch eine Propaganda für die Sterilisierung würden Tausende gesunder Kinder dem Volke vorenthalten bleiben. Der Arzt darf sich keineswegs leichtfertig dazu hergeben, dem bevölkerungspolitischen Massenmord Vorschub zu leisten. Allerdings muß zugegeben werden, daß die Nachwuchseinbuße durch Sterilisierungsoperationen in keinem Verhältnis stehen kann und je stehen wird zu der Vernichtung des keimenden Lebens durch die Abtreibung, die trotz des Verbotes und der zahlreichen Paragraphen in praxi eine so milde, bisweilen kaum ernst zu nehmende Abwehr erfährt.

Und letzten Endes handelt es sich auch um die Wahrung der Würde des eigenen Standes, das Berufsethos, das schwersten Schaden nehmen müßte, wenn die Ärzteschaft die ihr zuerkannten Rechte durch willfähiges Eingehen auf alle Wünsche der Frauen und ihrer Ehemänner durch schrankenlose Sterilisierung mißbrauchte.

Aus allen diesen Gründen ist trotz freier Entscheidung des operierenden Arztes äußerste Zurückhaltung auf dem Gebiet der Unfruchtbarmachung dringendes Gebot.

Vernünftige Antikonzeption kann manche Sterilisierung ersetzen. Die Beratung der Ehepartner ist eine wichtige und ernste ärztliche Aufgabe. Letzten Endes muß noch eines betont werden: Bei Kinderreichtum und sozialer Not in einer Familie wäre es durchaus logisch, auch die Sterilisierung des Ehemannes ernstlich zu erwägen, anstatt ohne weiteres alle Last und Unbequemlichkeit auf die Frau abzuschieben. Ein solcher Gedanke scheint grotesk, ist aber durchaus berechtigt, wenn nicht eine medizinische Anzeige eine operative Maßnahme bei der Frau erfordert. Ein entsprechender Vorschlag an den Ehemann würde seine energisch vorgetragenen Sterilisierungswünsche schnell abkühlen und die zahlreichen Begründungen wohl stark zusammenschrumpfen lassen.

Nun bleibt noch zu besprechen die Frage der eugenischen Sterilisierung, deren Beantwortung vielleicht mit besonderem Interesse erwartet wird. Eine Fixierung des Standpunktes ist zur Zeit sehr schwierig, weil bei uns in Deutschland noch zuviel unerfreuliche Reminiszenzen, Gegensätzlichkeiten und Mißverständnisse, politische Schlagworte und Ressentiments bestehen und eine sachliche, ruhige Aussprache unmöglich machen, wie auch ein Versuch bewiesen hat, der vor einigen Monaten in Frankfurt vor einem besonderen Forum unternommen wurde.

Daß die Frage als solche einer ernsten Diskussion wert ist, beweisen die zahllosen Bemühungen und Versuche einer Lösung in fast allen Kulturländern; daß aber Extreme, wie Sterilisierung Gesunder mit lediglich krankhaften Erbmerkmalen, Anwendung von Zwang, gerichtliche Be- und Verurteilung abgelehnt werden müssen, ist ebenso selbstverständlich. Von ärztlicher Seite besteht durchaus die Bereitschaft, an der Lösung des Problems aktiv mitzuarbeiten, und juristisch scheint auch — wie wir vorhin von autoritativer Seite gehört haben — eine Legalisierung solcher Maßnahmen möglich, jedenfalls hier bei der Sterilisierung leichter als bei der Schwangerschaftsunterbrechung. Die Hauptaufgabe der Ärzteschaft wird zunächst darin bestehen, feste erbbiologische Grundlagen zu schaffen und einzelne Krankheiten mit weitgehend gesicherter Erbprognose herauszuarbeiten, sei es auf dem Gebiet immer wiederkehrender körperlicher Mißbildungen, sei es bei den durch die Generationen sich hinziehenden Geistes- und Nervenkrankheiten.

Neuerdings bietet die trostlose kindliche Prognose bei gewissen Fällen von Unstimmigkeit der Rh-Faktoren einen ernstesten Anlaß zur Erörterung der Sterilisierung der Mutter.

Die Lösung des gesamten Problems der eugenischen Sterilisierung ist natürlich nicht allein Sache des Arztes; für einen so tiefen Einschnitt in den Volkskörper und in die gesamte Rechtsauffassung kann er keinesfalls die Verantwortung tragen. Es ist noch nicht abzusehen, wie und wann sich eine Einigung der verschiedenen Auffassungen und eine behördliche Regelung über die Ausdehnung und die Form der eugenischen Sterilisierung erreichen lassen wird. Zu gegebener Zeit wird der Arzt seine Mitarbeit hierbei nicht versagen.

Ich komme zum Schluß!

Weder die Schwangerschaftsunterbrechung noch die Sterilisierung ist eine rein ärztliche oder gar technische Maßnahme. Sie sind beide eine Angelegenheit, ja direkt ein Prüfstein einwandfreien Standesbewußtseins und klarer ärztlicher Ethik.

Hüten wir uns davor, aus Gedankenlosigkeit oder falscher Rücksichtnahme in eine laxe Auffassung abzugleiten, die wir vor unserer Berufsehre nicht vertreten können. Scheuen wir uns aber auch nicht vor der Verantwortung. Wir wollen uns nicht hinter Vorschriften und Paragraphen verkriechen, die nicht immer den erhofften Schutz bieten, sondern bisweilen eher zu einer Suche nach Lücken im Gesetz anregen, durch die man hindurchschlüpfen kann. Wir wissen selbst, was richtig ist; und wir müssen im eigenen Haus selbst Ordnung halten.

Große Entscheidungen sind in unsere Hand gelegt. Wir wollen sie fällen zum Segen unserer Kranken, in Ehrfurcht vor dem Leben, unter Wahrung der Würde unseres Standes.

Korreferate.

1. Herr B. S. TEN BERGE-Groningen (Holland): Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisierung.

Hinsichtlich des provozierten Abortus kennt das holländische Gesetz folgende Artikel:

Art. 295: Eine Frau, die absichtlich die Abtreibung oder den Tod ihrer Frucht verursacht, oder durch andere verursachen läßt, wird mit Gefängnis bestraft bis höchstens 3 Jahre.

Art. 296: Wer absichtlich die Abtreibung oder den Tod der Frucht einer Frau ohne ihre Zustimmung verursacht, wird mit Gefängnis bestraft bis höchstens 12 Jahre. Wenn die Tat den Tod der Frau zur Folge hat, wird er mit Gefängnis bestraft bis höchstens 15 Jahre.