C3097

mit dem Gutachten nicht einverstanden sind; sie verlangen eventuell ein Obergutachten oder besprechen sich mit dem Begutachter.

Zur Frage der Sterilisierung besteht in der Schweiz keine gesetzliche Regelung. Im allgemeinen wird die unterschriftliche Einverständniserklärung beider Ehegatten verlangt; notwendig ist aber nur die Unterschrift der Patientin, falls sie volljährig und nicht bevormundet ist, sonst ihres Vaters oder Vormundes. Die Einstellung zur Sterilisierung ist nach Religion und Lebensanschauung sehr verschieden. Zurückhaltung ist geboten und genaue Klärung der seelischen und sozialen Situation notwendig, eventuell vorsichtshalber, besonders bei Jugendlichen, eine psychiatrische Beurteilung zu empfehlen. Nach mehreren schweren Geburten und körperlicher Erschöpfung, sowie beim zweiten Kaiserschnitt kann die Frau die Unterbindung wünschen, beim dritten Kaiserschnitt raten wir dazu. Auch bei Vielgebärenden, chronisch Kranken, Psychopathen und eventuell mißlichen sozialen Verhältnissen ist nach reiflicher Abklärung eine Tubensterilisation angezeigt, wodurch manche kriminelle Schwangerschaftsunterbrechung vermieden werden kann.

Zum Schutz des keimenden Lebens und im Kampfe gegen den kriminellen Abort sind 4 Punkte wichtig:

1. Behebung der sozialen, wirtschaftlichen und seelischen Notlage der Schwangeren (allgemeine sozialpolitische Maßnahmen).

2. Frühzeitige, individuelle Schwangerenfürsorge durch speziell dafür ausgebildete Fürsorgerinnen, eventuell zeitweise Hospitalisation.

3. Diagnose und Therapie der extragenitalen Erkrankungen bei Schwangeren nach neuesten klinischen Grundsätzen.

4. Erziehung der Studenten und Ärzte zu einem hohen Berufsethos!

---

3. Herr ALF SJÖVALL-Lund: **Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisierung in Schweden.** (Mit 5 Textabbildungen.)

Das schwedische *Sterilisierungsgesetz* vom Jahre 1934 berücksichtigt nur dauernde Rechtsunfähigkeit. Seit 1941 können aber auch rechtsfähige Personen sterilisiert werden. Die Rechtsunfähigkeit braucht nicht von Dauer zu sein. Laut Gesetz (1941) wird eine Sterilisierung indiziert:

1. Falls erbliche Geisteskrankheiten, Geistesschwächen, andere schwere Krankheiten oder Leiden der Nachkommenschaft aus guten Gründen befürchtet werden können.

2. Falls jemand auf Grund von Geisteskrankheit, Geistesschwäche, anderen Störungen der Geistestätigkeit oder asoziale Lebensweise offenbar ungeeignet ist, in der Zukunft die Fürsorge für Kinder zu übernehmen.

3. Falls wegen Krankheit, Körperfehler oder Schwäche der Frau durch Schwangerschaft eine ernste Gefahr für deren Leben oder Gesundheit besteht.

Sterilisierung ist grundsätzlich freiwillig. Ist jemand auf Grund von Geistesstörung nicht fähig, selbst seine Zustimmung zu geben, kann jedoch sterilisiert werden. Ein Zwang dazu besteht aber nicht.

Nur im Krankheitsfall oder bei Körperfehler können 2 Ärzte — der Chefarzt eines Krankenhauses und ein Amtsarzt, andere Ärzte kommen nicht in Frage — die Indikation begutachten. Im Anschluß daran wird

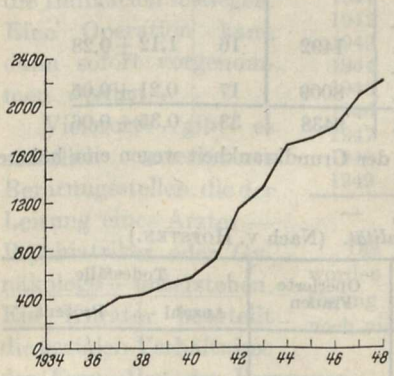

Abb. 1. Sterilisierungen in Schweden 1935 bis 1948 nach v. Hofsten.

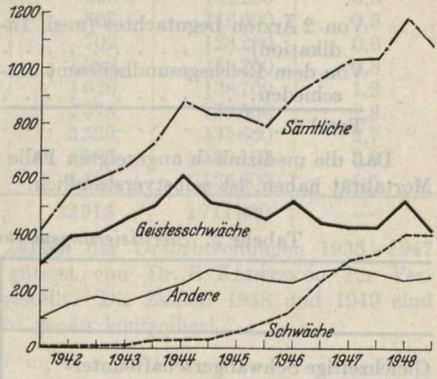

Abb. 2. Sterilisierungen in Schweden 1941 (1/7) bis 1948 nach v. Hofsten.

sofort zur Operation geschritten. In allen anderen Fällen entscheidet das Reichsgesundheitsamt das Gesuch und erst darauf kann operiert werden.

Die Anzahl der Sterilisierungen von 1935—1948[1] ist aus Abb. 1 ersichtlich.

2200 Operationen pro Jahr entsprechen etwa 0,03% der Bevölkerung, sowie 1,7% der Geburtenanzahl.

Bis Februar 1949 wurden von 15486 Sterilisierungen 12108 an Frauen und 3378 an Männern vorgenommen.

Die verschiedenen Indikationen sind in Abb. 2 dargestellt.

Die Zunahme in den letzten Jahren beruht hauptsächlich auf der Indikation Schwäche, d. h. in Fällen überarbeiteter Mütter mit mehreren Kindern. Die Beurteilung derartiger Fälle ist eine heikle Angelegenheit. Persönlich neige ich zu der Ansicht, daß das Gesetz unter Umständen zu unnötigen Eingriffen verlocken kann.

Die Sterilisierungsmortalität der *Frauen* ist 0,35%.

[1] Abb. 1 und 2 sowie die Zahlenangaben sind aus Prof. N. von Hofstens Arbeit in Svenska Läkartidningen 1946 (S. 1364) entnommen.

Eine eugenische Verbesserung des Volkbestandes dürfte wohl kaum durch Sterilisierungen in noch größerem Maßstab erreicht werden. Die Geburt erbkranker Kinder wird jedoch im großen Ausmaß verhindert. Sonst leistet aber eine vernünftige Anwendung des Sterilisierungsgesetzes medizinisch als auch sozial viel Gutes.

Tabelle 1. *Sterilisierungsmortalität.* (Nach v. HOFSTEN.)

1. Juli 1941 bis 31. Dezember 1948	Operierte Frauen	Todesfälle	
		Anzahl	Prozent
Von 2 Ärzten begutachtet (med. Indikation)	1492	16	$1{,}12 \pm 0{,}28$
Von dem Reichsgesundheitsamt entschieden	8009	17	$0{,}21 \pm 0{,}05$
Total	9438	33	$0{,}35 \pm 0{,}06$

Daß die medizinisch angezeigten Fälle der Grundkrankheit wegen eine höhere Mortalität haben, ist selbstverständlich.

Tabelle 2. *Sterilisierungsmortalität.* (Nach v. HOFSTEN.)

	Operierte Frauen	Todesfälle	
		Anzahl	Prozent
Gleichzeitige Schwangerschaftsunterbrechung bzw. Kaiserschnitt	etwa 4780	27	$0{,}55 \pm 0{,}11$
Nur sterilisierende Operationen	etwa 4570	6	$0{,}13 \pm 0{,}05$

Es ist, wie aus der Tabelle 2 hervorgeht, auch einleuchtend, daß die Kombination mit anderen Eingriffen ungünstig ist.

Eine *Schwangerschaftsunterbrechung* (Gesetze 1938 und 1946) darf in folgenden Fällen vorgenommen werden:

1. Wenn auf Grund von Krankheit, Körperfehler oder Schwäche die Geburt eines Kindes eine ernste Gefahr für das Leben und die Gesundheit der Mutter bedeuten würde.

2. Wenn angenommen werden kann, daß die Lebensverhältnisse und sonstigen Umstände, die sich durch die Geburt und Fürsorge für das Kind ergeben, die körperlichen oder seelischen Kräfte der Frau ernstlich beeinträchtigen können.

3. Bei Schwangerschaften durch Notzucht, Minderjährigen, Blutschande und anderen strafrechtlichen Delikten.

4. Falls aus guten Gründen angenommen werden kann, daß die Mutter oder der Vater des zu erwartenden Kindes durch ihre Erbanlagen Geisteskrankheit, Geistesschwäche und andere schwere Krankheiten oder Gebrechen fortpflanzen können.

Nur das Reichsgesundheitsamt hat das Recht zu einer eugenischen Indikation. Es gibt bei Rechtsunfähigkeit die Erlaubnis und kann

Gesuche mit Gutachten nur eines Arztes alle Indikationen genehmigen. Sonst können 2 Ärzte — der Chefarzt eines Krankenhauses („Operateur") und ein Amtsarzt — mit den beiden erwähnten Ausnahmen die Indikation festlegen. Eine Operation kann dann sofort vorgenommen werden.

Vielerorts gibt es staatlich unterstützte Beratungsstellen, die der Leitung eines Arztes — Psychiatriker oder Gynäkologe — unterstehen. Ein Kurator beurteilt die sozialen Verhältnisse der Frau. Von der Beratungsstelle in Malmö[1] (etwa 200000 Einwohner) werden in 60% der Ratsuchenden die Beurteilungen der Fälle dem Reichsgesundheitsamt überlassen. 40% werden also sogleich abgewiesen. 43% gebären. In 14% hat das Reichsgesundheitsamt keine Genehmigung erteilt und von diesen 14% haben rund 19% spontan oder kriminell abortiert.

Bei Unterbrechungen aus eugenischen Gründen muß, abgesehen von gewissen Ausnahmen, auch sterilisiert werden. Lediglich wenn Geistesstörung

Tabelle 3.

Jahr	Legale Unterbrechungen[2]	Lebend- und Totgeburten in ganz Schweden	Prozent Unterbrechungen
1935	133[3]	88300	(0,4)
1936	433	91500	0,5
1937	453	93000	0,5
1938	443	96600	0,5
1939	474	100100	0,5
1940	507	98600	0,5
1941	496	102200	0,5
1942	567	116600	0,5
1943	702	128200	0,6
1944	1082	138200	0,8
1945	1620	138700	1,2
1946	2378	135500	1,8
1947	3539	131600	2,7
1948	4585	129100	3,6
1949	5503	123600	4,5
—	22915	1711800	—

Die Zahlen der Unterbrechungen 1935—1947 wurden gütigst von Dr. E. KLINTSKOG zur Verfügung gestellt. Die Zahlen 1948 und 1949 sind noch nicht genau kontrolliert.

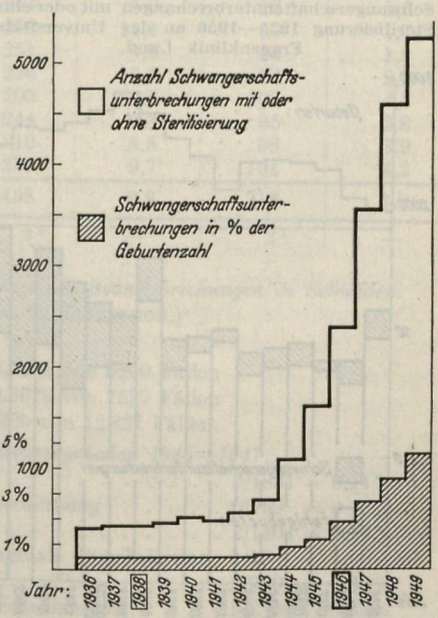

Abb. 3. Legale Schwangerschaftsunterbrechungen in Schweden 1936—1949. 1938 Einführung des Gesetzes, 1946 Einführung sozialmedizinischer Indikation.

[1] Persönliche Mitteilung des Vorstehers der Beratungsstelle in Malmö, Dr. T. HEGNELIUS.

[2] Mit oder ohne Sterilisierung.

[3] Nur das letzte Halbjahr 1935.

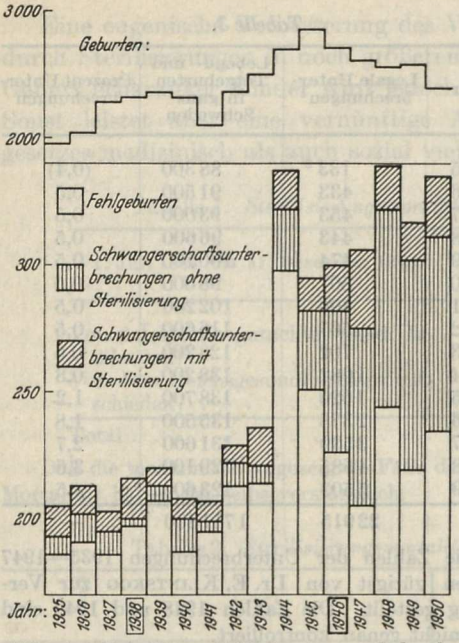

Abb. 4. Geburten, Fehlgeburten und legale Schwangerschaftsunterbrechungen mit oder ohne Sterilisierung 1935—1950 an der Universitäts-Frauenklinik Lund.

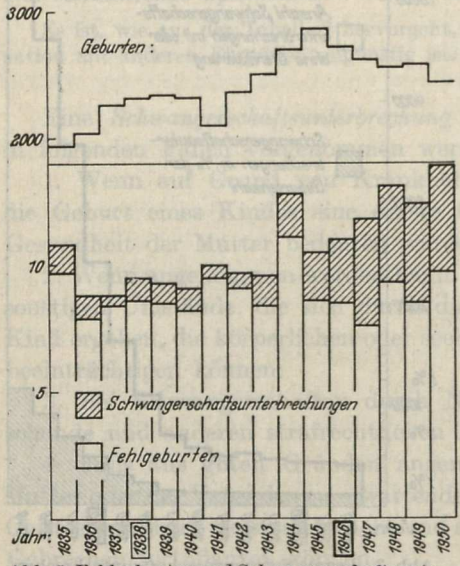

Abb. 5. Fehlgeburten und Schwangerschaftsunterbrechungen mit oder ohne Sterilisierung in % sämtlicher Geburten an der Universitäts-Frauenklinik Lund.

vorliegt, darf ohne Einwilligung der Frau operiert werden. Zwang ist aber ausgeschlossen.

Dem Reichsgesundheitsamt ist innerhalb eines Monats nach vollzogener Unterbrechung bzw. Sterilisierung Bericht zu erstatten.

Von 1935—1949 wurden rund 23000 Schwangerschaften unterbrochen.

Abb. 3 zeigt die enorme Zunahme in den letzten Jahren, besonders nach Einführung der sozial-medizinischen Indikation, der sog. vorausgesehenen Schwäche. 1949 betrugen die Unterbrechungen gut 4,5% der Geburtenzahl, d. h. mehr als die perinatale Mortalität (Kindersterblichkeit bei der Geburt und innerhalb der 1. Lebenswoche). Diese lag 1940/44 bei 3,9%[1].

Absicht des Gesetzes ist es, hauptsächlich die kriminellen Abtreibungen zu verringern. Es erscheint jedoch fraglich, ob nun aus sozialmedizinischen Gründen nicht so manche Schwangerschaft unterbrochen wird, wo eine kriminelle Abtreibung gar nicht zu befürchten wäre. Als Beispiel sei hier angeführt, daß die Zahl der in der Frauenklinik Norrköping[2] aufgenommenen Fälle an kriminellen

[1] THORÉN: Diss. Stockholm 1948.

[2] Diese Mitteilung verdanke ich Herrn Dr. med. L. SIMON.

Abtreibungen und Spontanaborten mit etwa 10 auf 100 Entbindungen die Jahre hindurch konstant verblieb. (Dortiger Chefarzt: Dr. med. L. SIMON.) Dagegen nahmen die legalen Unterbrechungen auffallend zu. Jetzt kommen dort auf 1500 Entbindungen 150 Fehlgeburten und 110 Unterbrechungen. An der Universitäts-Frauenklinik in Lund sind die Verhältnisse ähnlich gelagert (Abb. 4 und 5, Tabelle 4).

Wie aus der Tabelle 5 hervorgeht, ist die Totalmortalität bei Unterbrechungsoperationen für ganz Schweden nur gering und von der Operationsmethode abhängig.

Tabelle 4. *Geburten, Fehlgeburten und legale Schwangerschaftsunterbrechungen mit oder ohne Sterilisierung 1935—1948.* (Universitäts-Frauenklinik Lund.)

Jahr	Sämtliche Geburten	Fehlgeburten	Prozent Fehlgeburten	Unterbrechungen	Unterbrechungen in Prozent
1935	1952	186	9,7	19	1,1
1936	2038	191	7,9	22	1,1
1937	2271	186	8,4	17	0,4
1938	2316	197	8,6	19	0,9
1939	2362	207	8,5	13	0,8
1940	2320	187	8,2	21	0,9
1941	2098	195	9,5	12	0,5
1942	2367	213	8,4	16	1,3
1943	2503	214	8,0	22	1,6
1944	2714	298	11,1	39	1,7
1945	2866	251	8,6	44	1,9
1946	2717	226	8,5	74	2,5
1947	2628	205	7,6	101	4,2
1948	2588	244	9,3	95	3,8
1949	2591	219	8,5	98	3,9
1950	2410	234	9,7	101	4,2
Total	38741	3453	8,9	713	1,8
Todesfälle	—	5[2]	—	2[1]	—

Tabelle 5. *Mortalität der Schwangerschaftsunterbrechungen in Schweden.* (Nach Dr. E. KLINTSKOG.)

I. Totale Mortalität 1935—1947:

1935—1944: 0,83% von 5290 Fällen
1945—1947: 0,36% von 7537 Fällen
0,59% von 12827 Fällen.

II. Mortalität der verschiedenen Operationsmethoden 1945—1947:

Ausräumung in einer Sitzung	2/1831	= 0,11%
Laminariadilatation, danach Ausräumung	0/469	= 0 %
Vaginale Hysterotomie	2/1404	= 0,14%
Vaginale Hysterotomie und vaginale Sterilisierung	1/10	
Abdominale Hysterotomie	3/980	= 0,30%
Abdominale Hysterotomie und Sterilisierung	9/2306	= 0,39%

[1] 1. Toxikosis, 2. Ileus paralyticus.

[2] 1. Septicaemia, 2. Peritonitis, 3. Peritonitis, 4. Septicaemia, 5. Appendicitis c. peritonit.

C3098

Die primären Komplikationen werden sehr verschieden eingeschätzt. Bis zu 40,9% wurde angegeben. In Lund hatten wir bis 1948 rund 16% Primärkomplikationen.

Über Spätkomplikationen ist bis auf weiteres sehr wenig bekannt. Laut HOLTZ[1] waren sie in 500 Fällen sehr gering.

Zum Schluß möchte ich einige persönliche und von gynäkologischen Kollegen vorgeführten Gesichtspunkte, die ich billige, anführen:

1. Vielleicht wäre es am besten, die sozial-medizinische Indikation wieder aufzugeben.

2. Wenigstens sollte das Reichsgesundheitsamt eine rein soziale Indikation anerkennen und die Verantwortung dafür ganz übernehmen und sie nicht auf die Schultern der Ärzte wälzen.

3. Wenn 2 Ärzte die Indikation begutachten, so sollen sie dazu auch die nötige Qualifikation besitzen. Das wird nicht gefordert, wenn das Reichsgesundheitsamt, dem Urteil nur eines Arztes folgend, eine Unterbrechung genehmigt. Ich bin der Ansicht, daß, auch wenn der Fall dem Reichsgesundheitsamt unterstellt wird, stets 2 Ärzte, nämlich der Operateur und ein Amtsarzt, zuerst herangezogen werden sollten.

4. Eine Schwangerschaftsunterbrechung später als in der 20., in Ausnahmefällen 24. Schwangerschaftswoche, aus anderen als rein medizinischen Gründen ist verboten. Ich würde es lieber sehen, daß es verboten wäre, die Unterbrechung ohne ganz besondere Gründe *vor* der 20. Woche zu unternehmen. Man läuft dabei weniger Gefahr, ein Windei mit Schweiß und Mühe herauszureißen. Fast alle Fälle, die Schwangerschaftsdepression genannt werden und wo oft von Suicidalrisiko gesprochen wird, bessern sich ja, wenn die Molimina gestationis zur Zeit der Kindesbewegungen abklingen.

ARÉN[2] konnte in 30 von 83 Fällen, wo das Reichsgesundheitsamt aus sozial-medizinischen Gründen schon seine Genehmigung gegeben hatte, die Frauen überreden, ihre Schwangerschaft durchzuführen.

Das Auslöschen eines keimenden Lebens ist eine sehr ernste Angelegenheit, und ein Entschluß dazu sollte nicht unnötig schnell gefaßt werden. Wir sollten uns nicht zuerst fragen, was erlaubt und verboten ist, sondern was falsch und richtig.

[1] Kongreßverhandlungen der Nordischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie, Helsingfors 1950.

[2] Svenska Läkartidningen 1950 (S. 636).

4. Herr **E. PARACHE**-Madrid: **Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisation in Spanien.**

Der spanische Frauenarzt hat sich aus rein traditioneller Einstellung und zweifellos auch schon durch seine tiefe Verwurzelung im katholischen