

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<sup>1</sup> 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<sup>2</sup> 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.*

<sup>1</sup> Kongreßverhandlungen der Nordischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie, Helsingfors 1950.

<sup>2</sup> 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

Glauben und aus angeborener Achtung vor orthodoxen Grundsätzen immer ablehnend gegen jede künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft verhalten. Diese Auffassung wurde in einer Reihe von ärztlichen Tagungen, wie z. B. in dem 1924 in Sevilla abgehaltenen Spanisch-Portugiesischen Gynäkologenkongreß vertreten und in einschlägigen Werken bedeutender spanischer Fachärzte, wie Prof. VALLEJO NÁJERA, Dr. HORNO und Dr. ZARCO und bei vielen anderen Gelegenheiten in Sitzungen unserer Ärzte-Akademien und Gesellschaften grundsätzlich zum Ausdruck gebracht. Die spanische Ärzteschaft befindet sich mit dieser ablehnenden Haltung in der Vorhut der Nichteingriffstheorie, die sich nach und nach mit zunehmender Deutlichkeit auch unter den Frauenärzten der übrigen Welt durchzusetzen scheint.

Juristisch betrachtet wurde in Spanien durch Gesetz vom 24. Juni 1941 über „Fehlgeburten und Geburtenschutz“ die Verfügungen des Strafgesetzes §§ 417 und 420 und in seinem 1. Kapitel die Beihilfe zur Herbeiführung einer künstlichen Fehlgeburt unter Strafrecht gestellt. Die gleiche Verordnung bezeichnet nicht nur jeden Eingriff zur unnatürlichen Ausstoßung des Fetus, sondern auch die rechtswidrige Herbeiführung des Todes des Embryos im Mutterleib als strafbar. Die Gesetzgeber wurden anlässlich dieser strengen Verordnungen durch die einschlägigen technischen Organe des Landes im Anschluß an eingehende Diskussionen in der spanischen Gynäkologen-Gesellschaft beraten, bei welcher zwar kein einstimmiger Beschluß gefaßt wurde, jedoch eine überragende Mehrheit sich energisch gegen die Vornahme des therapeutischen Abortus aussprach, durch den die natürlichen Rechte des Fetus verletzt werden und dessen Bewertung im vollen Sinne als bedeutendster Merkpunkt der modernen Geburtshilfe anzusehen ist.

Es muß trotzdem festgestellt werden, daß seit Veröffentlichung genannten Gesetzes in Spanien kein einziger Urteilsspruch gegen ein Mitglied der Ärzteschaft wegen Herbeiführung eines therapeutischen Abortus erfolgt ist.

Um in unseren Ausführungen keine einseitige Darstellung zu geben, möchten wir betonen, daß diese sich nicht nur auf die Erfahrungen unserer eigenen Klinik, sondern die sämtlicher öffentlichen Geburtsanstalten von Madrid mit rund 90000 Geburten im Zeitraum von 10 Jahren und der entsprechenden umfangreichen poliklinischen Beratung stützt. Es ergibt sich hieraus, daß in keinem einzigen Falle eine Unterbrechung der Schwangerschaft vor dem Datum der Lebensfähigkeit herbeigeführt wurde.

Als Lebensfähigkeit in diesem Sinne verstehen wir, daß der Fetus mehr als 1000 g wiegt und seine Länge 31,1 cm überschreitet, d. h. von der 29. Woche der Schwangerschaft an gerechnet. Wenn diese Bedingungen vorliegen und geeignete Einrichtungen zur Verfügung stehen,

um der Fehlgeburt die notwendige Pflege angedeihen zu lassen, sind die Möglichkeiten, um seine Überlebung zu erreichen, zwar nicht optimal günstig, jedoch auch keineswegs als verzweifelt anzusehen. Es muß hierbei natürlich in Rechnung gezogen werden, daß besondere Umstände in jedem Falle die Lebensfähigkeit beeinträchtigen können, besonders beim Fetus von herz- oder nierenkranken Patientinnen, im Vergleich zu gesunden Frauen.

Die ablehnende Haltung der spanischen Frauenärzte zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft steht im starken Gegensatz zu der Vielzahl von Frauen, die uns von praktischen Ärzten in unsere Sprechstunde geschickt werden mit der Aufforderung, aus therapeutischen Gründen eine Unterbrechung der Schwangerschaft vorzunehmen. Diese Tatsache bringt unsere ablehnende Haltung gegenüber diesem Problem, die wir unbeirrt weiterhin zur Geltung bringen, nicht ins Wanken. Wir nehmen diese Frauen grundsätzlich in die Klinik auf und betreuen sie gemeinsam mit den in Frage kommenden Spezialärzten bis zum Ablauf ihrer Schwangerschaft. Von 50 Patientinnen, die sich unserer Verordnung unterwarfen, hatten wir bisher nur einen Todesfall vor der Lebensfähigkeit des Fetus zu beklagen, und zwar handelte es sich um eine Herzkrankte, die nach erreichter Kompensation plötzlich an einer Herzembolie starb. Alle übrigen erreichten das Ende der Schwangerschaft bzw. den Zeitpunkt, an dem der Fetus völlige Lebensfähigkeit aufwies.

Wir spanischen Frauenärzte sehen mit Verwunderung — und es erscheint angebracht, das Augenmerk der Autoren darauf zu lenken —, daß in jeder der vorliegenden Übersetzungen von Handbüchern über Geburtshilfe für Studenten und Ärzte mindestens 30 Indikationsstellungen zur Unterbrechung der Schwangerschaft angegeben werden. (Unter diesen befinden sich eine Reihe solcher, die jeder Grundlage entbehrend zu betrachten sind, wie die fortschreitende Schwerhörigkeit, und so veraltet wie das mutmaßlich unstillbare Erbrechen, oder die so wenig gerechtfertigt sind wie das mögliche Vorkommen einer Erythroblastose, die im vergangenen Karlsruher Kongreß zur Sprache kam und gegen die von mehreren Gynäkologen, unter anderen von Dr. RUMMEL-Nürnberg Stellung genommen wurde.)

Wir sind der Meinung, daß diese Tatsache eher geeignet ist, unter den Fachärzten und besonders unter den Studenten Verwirrung anzurichten, die zur Ursache hat, daß eher an die Zerstörung des keimenden Lebens gedacht wird, als an die vorhandenen therapeutischen Maßnahmen. Und das mag auch die Ursache sein, daß aus gleichen Gründen in unserer Klinik 82 Frauen vorstellig wurden, von denen kaum 10% ein therapeutisches Problem darboten.

Sehr verschieden hiervon ist das Problem der Sterilisation. Obwohl unter dem Gesichtspunkte der reinen Orthodoxie auch diese therapeu-

tische Maßnahme verwerflich ist, sind in Spanien in einer Anzahl von Kliniken als Präventivmaßnahme Sterilisationen von Frauen vorgenommen worden. In unserer eigenen Klinik z. B. hatten wir sie systematisch bei allen Frauen ausgeführt, bei denen zum dritten Male der Kaiserschnitt durchgeführt werden mußte. Jedoch sind wir auch von dieser Maßnahme schon seit längerer Zeit abgekommen, da heute das verringerte Risiko bei derartigen Operationen und die Herabsetzung des Vorkommens mangelhafter Vernarbung der Wundflächen zumindest eine systematische Sterilisation in solchem Falle nicht mehr rechtfertigt. Wir haben in unserer Klinik Frauen behandelt, bei denen der *Kaiserschnitt sechsmal* zur Ausführung kam, ohne daß sie uns ersucht hätten oder ihnen von uns vorgeschlagen wurde, eine Sterilisation vorzunehmen.

Trotzdem sehen wir uns mitunter veranlaßt, einer Sterilisation stattzugeben, wenn bei Ablauf der Schwangerschaft der Kaiserschnitt vollzogen werden mußte und ein erneuter Gravitätszustand angesichts der Schwere des vorhergegangenen äußerst bedenklich erscheint. In anderen Fällen führen wir sie als zusätzliche Operation zu den Eingriffen, die erforderlich sind (Interposition usw.). Dagegen halten wir die Vornahme einer Sterilisation als isolierten operativen Eingriff von viel zweifelhafterem Ergebnis, denn sie stellt ein positives Risiko dar, um ein hypothetisches, aber durchaus nicht sicheres, nämlich die mutmaßliche Schwangerschaft zu vermeiden. Eine Sterilisation zur Vermeidung der Schwangerschaft ist ein unerlaubter Eingriff, und es stehen hierzu andere gleichfalls unerlaubte Mittel zur Verfügung, deren Verwendung keine Mitwirkung des Arztes erforderlich macht.

Andererseits haben wir Gelegenheit gehabt, wiederholt Patientinnen in unserer Sprechstunde zu sehen, die sich einer Sterilisation unterworfen hatten, weil eine vorhergegangene Schwangerschaft einen äußerst schwierigen Verlauf genommen hatte und dem behandelnden Arzt diese Maßnahme daher angeraten erscheinen ließ, die aber im Anschluß an diese sich derart erholten, daß uns wie ihnen selbst große Zweifel über das Vorhandensein einer absolut sicheren Indikationsstellung für eine so ernste Maßnahme aufkamen.

Die Sterilisation als solche ist selbstverständlich völlig verwerflich, wenn nicht strikte ärztliche Gründe hierzu vorliegen und sie nicht durch die Patientinnen selbst wiederholt nachdrücklich verlangt wird. Selbst unter diesen Bedingungen erzeugt sie oft in der Frau eine Psychose, die geeignet ist, eine allgemeine Gleichgewichtsstörung auszulösen und sie schließlich veranlaßt, den Gynäkologen zu bitten, eine neue Operation vorzunehmen, die die Durchlässigkeit der Eileiter wieder herstellt.

Aus eugenischen Gründen werden in Spanien keine Sterilisationen ausgeführt und noch weniger ohne Einwilligung der Patientin, da sie einen Eingriff in die fundamentalen Rechte des Individuums darstellen.