

# ZENTRALBLATT FÜR GYNÄKOLOGIE

64. Jahrg.

10. Februar 1940 / Nr. 6

## Inhalt:

Originalmitteilungen:

I. E. Philipp (Kiel), Der heutige Stand der Bekämpfung der Fehlgeburt. (Mit 10 Abbildungen.) S. 225.

Neue Bücher: Brock, Joachim, Knauer, de Budder, Becker u. Klink, Biologische Daten für den Kinderarzt. Grundzüge einer Biologie des Kindesalters. (S. 255.) — Sonntag, Die Chirurgie des praktischen Arztes. (S. 256.)

Aus der Universitäts-Frauenklinik Kiel. Direktor: Prof. Dr. E. Philipp

## Der heutige Stand der Bekämpfung der Fehlgeburt<sup>1</sup>

Von E. Philipp

Mit 10 Abbildungen

### I.

Im Kampf gegen die katastrophale Abnahme der Geburten und damit gegen die Abtreibung als eine wichtige Ursache derselben erließ die nationalsozialistische Regierung im Zuge der Gesetzgebung auf dem Gebiet der Gesundheitspflege unter anderen, dasselbe Ziel verfolgenden Maßnahmen im Jahre 1935 die Verordnung, wonach jede Fehlgeburt zu melden ist.

Daran, daß seit dem Umbruch auf dem Gebiet der Bevölkerungsbewegung durch Geburtenzuwachs ein grundlegender Wandel eingetreten ist, kann kein Zweifel herrschen.

Wir Geburtshelfer wissen aus unserer Arbeit am besten, wie seit 1933 überall vermehrt neues Leben sproßt. Der Geburtentiefstand von 1933 ist überwunden, und die Geburtenzahlen steigen seitdem stetig an:

Im Altreich wurden lebende Kinder geboren

im Jahr 1932:	993126	1936:	1278583	
	1933:	971174	1937:	1275212
	1934:	1198350	1938:	1346911
	1935:	1263976		

Die erste zu beantwortende Frage geht dahin, ob parallel diesem Ansteigen der Geburten- eine Senkung der Abortzahlen einhergeht, ob also an diesem erfreulichen Ergebnis die gelungene Beseitigung der Abtreibung maßgebend beteiligt ist.

<sup>1</sup> Vortrag, angemeldet zu dem verlegten Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie 1939.

Die Antwort hierauf ist nicht einfach. Das liegt daran, daß wir die Abortziffern aus den Jahren vor 1935 überhaupt nicht kennen, da eine verlässliche Statistik damals nicht geführt wurde. Aber auch für die letzten Jahre stehen die amtlichen, aus den Abortmeldungen gewonnenen Gesamtzahlen noch nicht zur Verfügung. Immerhin ist es mir möglich, ein Bild, das der Wirklichkeit entspricht, zu zeichnen.

Die Ansichten über die Frage, ob die Fehlgeburtenzahlen zurückgehen oder nicht, gehen weit auseinander.

a) Fragt man die Ärzte der Praxis, so erhält man meist ein Achselzucken mit dem Bemerken, daß ein Rückgang kaum zu verzeichnen sei. Doch liegt das daran, daß die Zahl der auf einen Arzt fallenden Fehlgeburten zu klein ist, als daß er hieraus bindende Schlüsse ziehen könnte.

b) Viele Kliniker sind der gleichen Ansicht und stützen ihre verneinende Antwort darauf, daß die Zahl der die Klinik mit einer Fehlgeburt aufsuchenden Frauen nicht kleiner, sondern ständig größer geworden sei. In der Tat weisen die meisten Klinikstatistiken keinen Rückgang, sondern eine deutliche Zunahme der Fehlgeburten auf. Als Belege bringe ich die Zahlen der Universitäts-Frauenkliniken in Greifswald und in Kiel.

In Greifswald ist die Zahl der Aborte von 126 im Jahr 1929 auf 160 im Jahr 1938 gestiegen; in Kiel von 175 im Jahr 1924 auf 321 Fehlgeburten im Jahr 1938.

Es ließen sich diese Beispiele beliebig vermehren; alle zeigen die gleiche Aufwärtsbewegung.

Auch die Statistik der Anstaltsaborte des Deutschen Reiches weist eine Zunahme derselben auf. Die Tabelle I zeigt eine Unterteilung der in Kliniken in den Jahren 1935 und 1936 behandelten Schwangerschaften, deren Gesamtzahl für das Jahr 1935 sich auf etwa 412600 und 1936 auf rund 440700 beläuft. Davon waren rechtzeitige Geburten 1935: 303699, 1936: 328903; es spiegelt sich hier die besprochene Aufwärtsbewegung der Geburtenziffer wieder. Aber auch die Fehlgeburten haben in den Krankenanstalten zugenommen; ihre Gesamtzahl belief sich 1935 auf 87182 und 1936 auf 88667.

Tabelle I  
In Krankenanstalten wurden behandelt:

	1935	1936
Schwangerschaften insgesamt	412643	440741
Rechtzeitige Geburten	303699	328903
Fehlgeburten	87182	88667
Davon gestorben	756	724

☞ Diese Zunahme der Fehlgeburten in den Kliniken ist aber nicht auf eine Zunahme der Aborte überhaupt zurückzuführen, wenn man dies auch fälschlich behauptet hat; sie ist vielmehr der Ausdruck dessen, daß viele Ärzte Aborte nicht mehr im Hause behandeln, sondern gleich in die Klinik einweisen. Diese Tatsache zeigt ganz allgemein — nicht nur für das Gebiet der Fehlgeburten —, wie vorsichtig der Kliniker in der Auswertung seiner Klinikstatistiken sein muß.

Schon hier mache ich darauf aufmerksam, daß bei den Klinikaborten sich die Zusammensetzung des Krankengutes gegenüber den früheren Jahren geändert hat. So ist die Mortalität nicht unerheblich gesunken, wie aus der Tabelle II hervorgeht. Ich habe darauf die Gesamtzahl der in den Jahren 1931—1936 in Kliniken und An-

Philipp, Der heutige Stand der Bekämpfung der Fehlgeburt

Tabelle II  
Mortalität der Anstaltsaborte

Jahr	Gesamtzahl der Fehlgeburten	Davon gestorben	%
1931	43312	521	etwa 1,2
1932	40069	528	1,3
1933	40881	417	1,0
1934	36518	366	1,0
1935	87182	756	0,86
1936	88667	724	0,82

stalten behandelten Fehlgeburten verzeichnet, sowie die Zahl der an der Fehlgeburt verstorbenen Frauen; sie ist demnach von etwa 1,3% im Jahr 1932 auf 0,82% im Jahre 1936 abgefallen. Wir bekommen hier einen ersten wichtigen Hinweis, daß die Zahl der schweren Infektionen, d. h. der Abtreibungen, im Abnehmen begriffen ist.

Auch sonst können dem aufmerksamen Kliniker die Veränderungen nicht entgehen, die sich trotz der Zunahme an seinen Aborten bemerkbar machen und die Statistik anders gestalten, wobei ich nur zwei Punkte herausgreife. So hat sich das Verhältnis der febrilen und afebrilen Aborte zugunsten der letzteren verschoben. Während vor dem Umbruch die febrilen (also die kriminellen) Aborte häufiger waren, überwiegen heute die fieberfreien; das Verhältnis betrug an der Kieler Klinik 1933 52% febrile zu 48% afebrilen Aborten, und heißt heute 32% febrile Aborte zu 68% afebrilen (Tabelle III). Das drückt sich nach meinen Beobachtungen auch darin aus, daß die früher in der Klinik so häufigen schweren Puerperalfieberfälle nach Abort heute fast eine Rarität darstellen.

Ferner ist bemerkenswert, daß der Abort bei Ledigen seltener geworden ist. 1933 war der Abort bei Verheirateten und Ledigen etwa gleich häufig; heute beträgt das Verhältnis 69% Verheiratete zu nur 31% Ledigen (Tabelle III). Dieser deutliche Rückgang der fieberhaften Fehlgeburt und des Abortes bei der ledigen Frau weisen ebenfalls auf die Abnahme der Abtreibungen hin.

Tabelle III  
Abortstatistik der Kieler Klinik  
Häufigkeit der febrilen und afebrilen Aborte

	1933	in%	1934	in%	1935	in%	1936	in%	1937	in%	1938	in%	Zus.	in%
Afebril	108	48,2	130	51,2	119	52,4	121	50,8	163	58,0	252	67,8	893	55,9
Febril	116	51,8	124	48,8	108	47,6	117	49,2	118	42,0	120	32,2	703	44,1

Familienstand der Patientinnen

	1933	in%	1934	in%	1935	in%	1936	in%	1937	in%	1938	in%	Zus.	In %
Verheiratet	114	50,8	155	61,0	140	61,6	134	64,7	206	73,3	256	68,8	1025	64,2
Ledig	110	49,2	99	39,0	87	38,4	84	35,3	75	26,7	116	31,2	571	35,8
													1596	Fälle

c) Der Kriminalist und der Jurist, den wir nach seiner Ansicht befragen, wird uns im allgemeinen ebenfalls versichern, daß die Zahl der Fehlgeburten kaum abgenommen habe. Dieser Schluß wird aus der erhöhten Tätigkeit und der dadurch gelungenen vermehrten Aufdeckung von Abtreibungsfällen gezogen und erscheint berechtigt, wenn man sich die Polizeistatistiken anschaut. So erfahren wir aus der Statistik der Kriminalpolizei in Kiel, daß die Zahl der Abtreibungsvorgänge von 62 im Jahre 1932 auf 477 im Jahr 1938 gestiegen ist! Anderwärts liegen die Dinge ähnlich. Wer jedoch hieraus auf eine Zunahme der Abtreibungen schließt, irrt gewaltig, da die Polizeistatistik nur ein Spiegelbild der jeweiligen Aktivität der staatlichen Organe abgeben kann.

Es ist interessant und lehrreich, sich die Verurteilungen wegen Abtreibung im Deutschen Reich daraufhin anzusehen. Bis zur Jahrhundertwende spielte die Abtreibung praktisch keine große Rolle, wenn auch die Zahlen langsam anstiegen. Im Jahr 1882 wurden insgesamt nur 191 Personen wegen dieses Verbrechens bestraft, 1900 etwa doppelt soviel (411 Personen). Dann aber zogen die Zahlen bis

Bestrafte Abtreibungen in den Jahren 1882—1934.  
Verurteilte auf 100000 der jeweilig strafmündigen Bevölkerung (Kriminalitätsziffer)

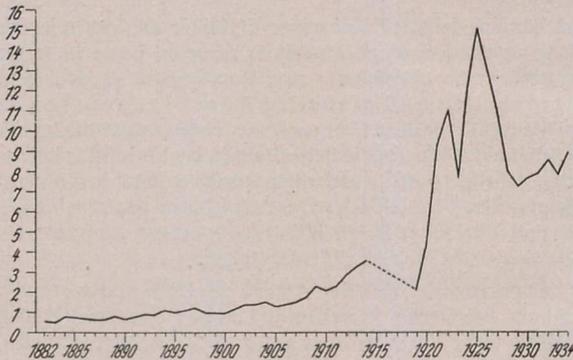


Abb. 1

zum Weltkrieg erheblich an: 1914 kam man auf 1755 Verurteilungen. Im Krieg sinken die Zahlen etwas ab, um danach mit einem Gipfel von fast 8000 Verurteilungen im Jahr 1925 rapid in die Höhe zu gehen. Wie sehr danach das Interesse des Staates an der Verfolgung erlahmte, erhellt daraus, daß 1931 nur halb so viel Abtreiber verurteilt wurden (3882 Personen), obwohl die Abtreibung als solche bis dahin stetig zugenommen hatte. Die Kurve auf Abb. 1 gibt ein anschauliches Bild von diesem scheinbaren Schwanken der »Kriminalitätsziffer« bis zum Jahr 1933.

Danach ändert sich das Bild zunächst nur wenig; im Jahr 1934 wurden 4539 Abtreiber verurteilt. Wenn auch für die allerletzten Jahre die Zahlen der Verurteilungen noch nicht feststehen, gewinnt man doch aus der »Angeklagtenstatistik« nunmehr ein ganz anderes Bild. Die Zahl der wegen Abtreibung Angeklagten weist von 1936 zu 1937 eine Zunahme von 70% auf, wobei allerdings zu berücksichtigen ist, daß im Jahr 1936 infolge der Amnestie eine Reihe leichter Fälle gar nicht zur Anklage gekommen sind. Das Ergebnis des ersten Vierteljahres von 1938 liegt wieder um 44% über dem Durchschnitt von 1937.

Es wäre grundfalsch, aus diesem Ansteigen der Angeklagtenziffern in den letzten Jahren auf vermehrte Abtreibungen zu schließen, wie man dies tatsächlich

## Philipp, Der heutige Stand der Bekämpfung der Fehlgeburt

im Ausland getan hat. Die Zahlen sind lediglich der Ausdruck des systematischen und, wie wir sehen werden, wirksamen Kampfes, den der Staat in Ergänzung der großen bevölkerungspolitischen Aufgaben gegen die Abtreibungspest unternommen hat, und zeigen lediglich, wie vorsichtig man in der Beurteilung von Teilergebnissen sein muß.

d) Eine immerhin etwas festere Grundlage für die Beurteilung unserer Frage erhalten wir durch die amtlichen Fehlgeburtenmeldungen, die vom Jahr 1936 ab verwertbar sind. Das Meldewesen hat sich mittlerweile gut eingespielt, so daß wir bald imstande sein werden, die Höhe der Fehlgeburtenzahlen genau festzustellen und hieraus wichtige Schlüsse zu ziehen.

Mir stehen die amtlichen Fehlgeburtenzahlen von zwei Provinzen zur Verfügung.

In der Provinz A sind die Zahlen ab 1936 ziemlich gleich geblieben:

1936:	5315	Fehlgeburten
1937:	5298	»
1938:	5372	»

In der Provinz B ist eine geringe Abnahme in diesen Jahren unverkennbar.

1936:	4881	Fehlgeburten
1937:	4741	»
1938:	4580	»

Dazu bringe ich die Zahlen eines Staates, die ebenfalls eine leichte Abnahme aufweisen.

1937:	4577	Fehlgeburten
1938:	4476	»

Zu diesen Zahlen ist kritisch zu sagen, daß sie für das Jahr 1936 sicher zu niedrig sind, da die Meldungen damals vielfach noch nicht vollzählig erstattet wurden, für das Jahr 1938 aber der Wirklichkeit ziemlich entsprechen werden; es bleiben jetzt nur wenige Fälle, die durch die Meldungen nicht erfaßt werden.

Bei Berücksichtigung dieser Tatsache ist eine rückläufige Bewegung der Fehlgeburten in der allerletzten Zeit unverkennbar, selbst dort, wo die Meldungszahlen gleich geblieben sind.

Doch geben uns diese Feststellungen noch keinen Aufschluß darüber, inwieweit eine grundlegende Änderung und Besserung gegenüber den früheren Jahren eingetreten ist. Dazu gelangen wir jedoch auf anderen Wegen.

e) Lehrreich ist in dieser Beziehung zunächst die im Statistischen Jahrbuch veröffentlichte Todesursachenstatistik. Wir können daraus entnehmen, daß der Tod an Kindbettfieber, der ein Sammelbegriff für die Todesfälle sowohl nach Geburt als auch nach Fehlgeburt ist, trotz steigender Geburtenzahl in den letzten Jahren nicht zu-, sondern erheblich abgenommen hat. Auf Tabelle IV sind neben den Geburtenzahlen die Todesfälle an Kindbettfieber aufgezeichnet, und zwar vom Jahr 1924 bis zum Jahr 1936. Bei näherer Betrachtung erkennt man, daß die letzteren stetig im Rückgang sind; in diesem Zeitraum ist ein Sturz von 3628 auf 2358 Fälle erfolgt. Der stete Abfall bis zum Jahr 1933 ist verständlich; er hat natürlich nichts mit einer Abnahme der Aborte zu tun, sondern geht vielmehr der Abnahme der Geburten parallel, denn noch im Jahre 1934 haben wir entsprechend der steigenden Geburtenzahl einen vorübergehenden Anstieg der Puerperalfieberfälle um etwa 250. Dann aber sinken die Zahlen erneut ab, obwohl die Geburtenzahlen weiter steigen. Hierin drückt sich eindeutig

Tabelle IV  
Mortalität an Kindbettfieber im Deutschen Reich

Jahr	Lebend Geborene	Auf 1000 Einwohner kamen lebend Geborene	Tod an Kindbettfieber (nach fieberhafter Fehlgeburt und Geburt zusammen)
1924	1 290 763	20,6	3628
1925	1 311 259	20,8	3342
1926	1 245 471	19,6	3125
1927	1 178 812	18,4	3126
1928	1 199 998	18,6	3407
1929	1 164 062	18,0	3348
1930	1 144 151	17,6	3096
1931	1 047 775	16,0	2508
1932	993 126	15,1	2485
1933	971 174	14,7	2409
1934	1 198 350	18,0	2657
1935	1 263 976	18,9	2511
1936	1 277 052	19,0	2358
1937	1 275 212	18,8	—
1938	1 346 911	19,7	—

die Abnahme der Fehlgeburtsinfektionen aus. Vergleichen wir die beiden Jahre 1924 und 1936, die annähernd gleiche Geburtenzahlen aufweisen, so finden wir, daß 1936 1270 Frauen weniger an Puerperalfieber starben als 1924.

Daß dieser Rückgang nicht auf andere Ursachen, z. B. eine bessere Therapie des Puerperalfiebers, sondern auf die Abnahme der schweren Abtreibungsinfektionen zurückzuführen ist, wird eindeutig klar, wenn man die Puerperalfiebertodesfälle in solche post partum und post abortum unterteilt, was für die Jahre 1933 bis 1936 möglich ist. Aus Tabelle V ersehen wir dann, daß die Wochenbettsfieberfälle

Tabelle V  
Todesursachenstatistik für das Deutsche Reich

	1933	1934	1935	1936
Sepsis und Blutvergiftung nach Geburt (einschließlich Starrkrampf)	967	1315	1381	1305
Fieberhafte Fehlgeburt mit Entzündung an den Geschlechtsorganen	1442	1342	1130	1053

post partum nicht etwa abnehmen, sondern entsprechend der steigenden Geburtenzahl sogar ansteigen, und zwar von 967 Fällen im Jahre 1933 auf 1305 im Jahr 1936. Im Gegensatz dazu haben die Todesfälle post abortum gewaltig abgenommen, und zwar von 1442 Fällen im Jahr 1933 auf 1053 im Jahr 1936!

Man kann sich das in den letzten Jahren veränderte Verhältnis der Wochenbettsfieberfälle post partum und post abortum veranschaulichen, indem man einen Kreis, der 100 Wochenbettsfieberfälle umfaßt, unterteilt, wobei die Wochenbetts-

## Philipp, Der heutige Stand der Bekämpfung der Fehlgeburt

fieberfälle post partum gestrichelt, die post abortum schwarz gezeichnet sind (Abb. 2). Es kommt dann deutlich zum Ausdruck, daß 1933 noch 60%, 1936 aber nur noch 45% aller Puerperalfiebertodesfälle auf Kosten der Fehlgeburt kommen.

Reichsstatistik  
Todesursache: Fieberhafter Abort und Sepsis im Wochenbett  
Von 100 Todesfällen an Kindbettfieber (Kreisfläche) entfielen auf fieberhaften Abort (schwarzer Sektor), auf Geburt (gestrichelter Sektor)

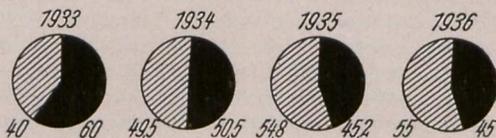


Abb. 2

f) Die im Statistischen Jahrbuch des Deutschen Reiches veröffentlichte Todesursachenstatistik weist also eindeutig den Rückgang der Puerperalfiebertodesfälle nach Abort auf. Zu derselben Feststellung kommt man bei Berücksichtigung der sanitätspolizeilichen Meldungen über Kindbettfieber. Wenn diese auch nicht so vollständig und zuverlässig sind wie die obige Todesursachenstatistik, führe ich sie vor allem deshalb an, weil sie auch, im Gegensatz zur letzteren, Auskunft über die allerletzten Jahre gibt.

Tabelle VI

Sterbefälle und Erkrankungen an Kindbettfieber (Sanitätspolizeiliche Meldungen)

Jahr	Deutsches Reich				In Großstädten über 100 000 Einwohner	
	Sterbefälle		Erkrankungen		Sterbefälle	
	Kindbettfieber nach standesamtlich gemeldeter Geburt	Fieberhafte Fehlgeburt	Kindbettfieber nach standesamtlich gemeldeter Geburt	Fieberhafte Fehlgeburt	Sepsis Starrkrampf im Wochenbett	Fieberhafte Fehlgeburt
1931	676	822	3305	2050	225	472
1932	664	829	3255	2090	163	450
1933	692	742	2824	1882	211	466
1934	784	732	3765	2124	291	401
1935	842	581	4136	2685	270	338
1936	780	551	3936	3304	255	316
1937	671	438	3402	3015	192	215
1938	548	344	2991	2862	209	196

Wie aus Tabelle VI ersichtlich, nehmen im Deutschen Reich die sanitätspolizeilich gemeldeten Sterbefälle an fieberhafter Fehlgeburt ständig ab. Während im Jahr 1931 822 Frauen an fieberhafter Fehlgeburt starben, beträgt ihre Zahl 1938 nur noch 344. Noch deutlicher kommt der Rückgang der Abtreibungen in der Statistik der Großstädte mit über 100000 Einwohnern zum Ausdruck. Hier starben 1931 472 Frauen an fieberhafter Fehlgeburt, im Jahr 1938 nur noch 196 Frauen. Gerade in den letzten Jahren ist der Rückgang am stärksten.

Der Vollständigkeit halber habe ich auf derselben Tabelle, obwohl völlig unbrauchbar, die Zahlen für die Erkrankungsfälle an Kindbettfieber nach Geburt und Fehlgeburt mit aufgezeichnet. Danach wären die Erkrankungen an fieberhafter Fehlgeburt von 2050 im Jahr 1931 auf 2862 im Jahr 1938 gestiegen! Der Hauptanstieg erfolgte vom Jahr 1934 auf 1935. Jedem Kenner der Verhältnisse ist klar, daß an diesem Widerspruch zwischen dem Sinken der Todesfälle und Ansteigen der Erkrankungen lediglich die früher sehr mangelhafte Durchführung der Meldungen schuld ist, während nach dem Umbruch der Meldepflicht besser nachgekommen wurde. Aber selbst wenn in späteren Jahren dieser Fehler ausgemerzt sein wird, dürfte es sich empfehlen, die Erkrankungsfälle zu statistischen Auswertungen nicht zu benutzen, da die Diagnosenstellung nicht selten schwer, zuweilen auch subjektiv ist und oft unterbleibt. Die Erkrankungsfälle sollten darum besser aus den Erhebungen verschwinden, im Gegensatz zu den Todesfällen, bei

Von 100 Sterbefällen nach Kindbettfieber und fieberhafter Fehlgeburt (Kreisfläche) entfielen auf Kindbettfieber (gestrichelter Sektor) und auf fieberhafte Fehlgeburt (schwarzer Sektor). (Sanitätspolizeiliche Meldungen)



Abb. 3

denen ein Irrtum oder eine Fälschung der zugrundeliegenden Todesursache nicht so einfach möglich ist.

Das Verhältnis der Puerperalfiebertodesfälle nach Geburt und Fehlgeburt auf Grund der sanitätspolizeilichen Meldungen geht aus Abb. 3 hervor. Im Deutschen Reich ist demnach ein Rückgang der sanitätspolizeilich gemeldeten Todesfälle nach fieberhaftem Abort von 55% aller Puerperalfiebertodesfälle im Jahr 1931 auf 38,6% im Jahr 1938 festzustellen. Es sind diese fast dieselben Zahlen, die wir aus der Berücksichtigung der Todesursachenstatistik gewannen (Abb. 2). In den Großstädten erfolgte der Rückgang in demselben Zeitraum von 67,8% auf 48,4% (Abb. 3). Hier ist also das Schuldkonto des Abortes hinsichtlich des Todes an Puerperalfieber damals wie heute besonders hoch; der Rückgang ist zwar auch hier erfolgt, aber doch nicht so tief, wie bei der Gesamtbevölkerung. Es wird also auch heute noch in den Großstädten mehr abgetrieben als anderwärts.

Trotz aller Schwächen der sanitätspolizeilichen Meldungen ist auch bei ihrer Berücksichtigung nicht daran zu zweifeln, daß die Todesfälle nach fieberhafter Fehlgeburt absolut und relativ sehr viel geringer geworden sind als vor dem Umbruch. Das muß auf ein Seltenerwerden der Aborte überhaupt und insbesondere der Abtreibung zurückgeführt werden.

g) Wir haben somit durch die Feststellung der Abnahme der Puerperalfiebertodesfälle sowohl in der Todesursachenstatistik des Deutschen Reiches wie in den sanitätspolizeilichen Meldungen einen indirekten Beweis für den Rückgang der Fehlgeburten bekommen. Er läßt sich aber auch direkt, und damit noch eindrucksvoller führen, wenn wir uns mit den Statistiken der Krankenkassen befassen. In diesen finden wir die Zahl der Geburten, die sich aus Lebend- und Totgeburten zusammensetzen, und die Zahl der Fehlgeburten verzeichnet. Um einen brauchbaren Vergleich zu bekommen, empfiehlt es sich, die Zahl der Geburten (Lebend- und Totgeburten) zur Zahl der Fehlgeburten ins Verhältnis zu setzen, oder noch besser zählt man die Geburten (Lebend- und Totgeburten) mit der Zahl der Fehlgeburten zusammen und berechnet die Zahl der Fehlgeburten auf diese Zahl der »Schwangerschaften mit bekanntem Ausgang«.

Ich bringe zunächst die Zahlen der Ortskrankenkasse Kiel, die mir von 1914 ab lückenlos zur Verfügung stehen und in besonders eindrucksvoller Weise den Rückgang der Fehlgeburten illustrieren.

1914 kamen hier bei Kassenmitgliedern auf 320 Geburten 308 Fehlgeburten. Mit Ausnahme des Jahres 1915, wo die Aborte ein wenig über der Zahl der Geburten lagen (376 Aborte zu 361 Geburten), überwogen bis zum Jahr 1920 die Geburten. Dann nahmen die Geburten ab, während die Fehlgeburten in die Höhe schnellen. Im Jahr 1924 kamen auf 187 Geburten 433 Fehlgeburten! Wenn hier auch vielleicht besondere ungünstige Umstände eine Rolle gespielt haben mögen, so liegt bis zum Jahr 1933 einschließlich die Zahl der Fehlgeburten über der der Geburten.

1930: 567 Geburten	647 Fehlgeburten
1931: 477 »	662 »
1932: 437 »	563 »
1933: 407 »	470 »

Jetzt aber setzt der Umschwung ein. Die Geburtenzahlen steigen, während die Fehlgeburten in raschem Tempo absinken:

O.K.K. Kiel. Verhältnis der Fehlgeburten zu den Geburten  
Auf 100 Geburten kommen — Fehlgeburten in den Jahren

1934: 628 Geburten	293 Fehlgeburten
1935: 714 »	244 »
1936: 873 »	232 »
1937: 995 »	172 »
1938: 1131 »	126 »

Abb. 4 stellt das Verhältnis der Fehlgeburten zu den Geburten (Lebend- und Totgeburten) auf einer Kurve dar. Es kamen bei den Kassenmitgliedern auf 100 Geburten

1914: 96 Fehlgeburten
1920: 83 »
1924: 231 »
1933: 115 »
1934: 46,6 »
1935: 34,1 »
1936: 26,5 »
1937: 17,2 »
1938: 11,1 »

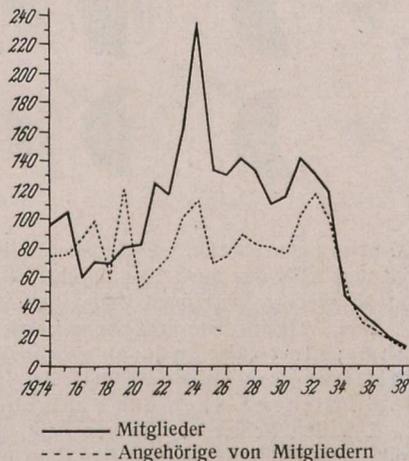


Abb. 4

Hiermit ist ein Tiefstand in der Zahl der Fehlgeburten erreicht, der nur noch wenig zu unterbieten ist, da er fast an der unteren Grenze des Erreichbaren liegt. Die Kurve für die Kassenangehörigen verläuft ähnlich. Absolut und relativ liegen die Verhältnisse heute also besser als 1914!

Der Rückgang wird noch anschaulicher zur Darstellung gebracht, wenn man, wie ich dies eben ausführte, die Fehlgeburten zu den »Schwangerschaften mit bekanntem Ausgang« in Beziehung setzt und eine Kreisfläche, die 100 Schwangerschaften darstellen soll, in Geburten und Fehlgeburten unterteilt (Abb. 5). Von

O.K.K. Kiel. Von 100 Schwangerschaften (Kreisfläche) endigten als Aborte (schwarzer Sektor)

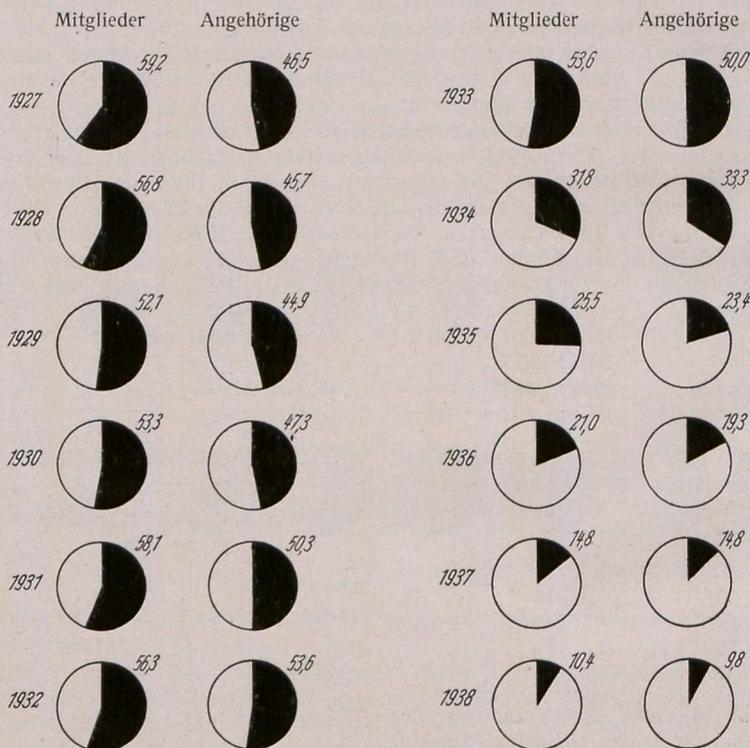


Abb. 5

100 Schwangerschaften bei Kassenmitgliedern endeten demnach 1927: 59,2, 1932: 56,3 und 1938 nur noch 10,4 durch Fehlgeburt. Das Endresultat bei Angehörigen von Mitgliedern liegt noch tiefer, bei 9,8.

Die Allgemeine Ortskrankenkasse Kiel ist keineswegs eine Ausnahme; sämtliche anderen von mir untersuchten Ortskrankenkassenstatistiken lassen eine ähnliche Aufwärtsbewegung der Geburten und ein ähnliches Sinken der Fehlgeburten erkennen.

Um den Fehler der kleinen Zahl, der bei der eben angeführten Kasse eine Rolle spielen könnte, und sonstige Einwände auszuschalten, führe ich die Zahlen der Allgemeinen Ortskrankenkasse Hamburg für die Jahre 1925—1938 an (Tabelle VII):

Philipp, Der heutige Stand der Bekämpfung der Fehlgeburt

Tabelle VII

Jahr	Durchschnittlicher Mitgliederbestand weiblich	Geburten	Fehlgeburten	Geburten und Fehlgeburten	Fehlgeburten auf 100 Geburten und Fehlgeburten	Auf 1000 weibliche Mitglieder entfallene Fehlgeburten
1925	145 333	2420	2481	4901	50,62	17,071
1926	138 764	2741	2348	5089	46,14	16,921
1927	128 435	2927	2310	5237	44,11	17,986
1928	131 269	3333	2156	5489	39,28	16,279
1929	137 084	3539	2222	5761	38,57	16,209
1930	137 908	3611	2187	5798	37,72	15,858
1931	124 570	3035	1904	4939	38,55	15,285
1932	104 330	2387	1562	3949	39,55	14,972
1933	91 228	1757	1295	3052	42,43	14,195
1934	86 811	2367	1034	3401	30,40	11,911
1935	82 779	2681	783	3464	22,60	9,459
1936	86 928	2741	700	3441	20,34	8,053
1937	90 687	3055	681	3736	18,23	7,509
1938	137 071	4518	838	5356	15,65	6,114

Das Verhältnis der Fehlgeburten zu den Schwangerschaften ist auf Abb. 6 dargestellt. Die Endsumme (15,65%) liegt nicht ganz so tief wie bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse Kiel. Hier spricht sicher die Großstadt mit.

A.O.K. Hamburg 1925—1938. Von 100 Schwangerschaften (Kreisfläche) endigen als Abort (schwarzer Sektor)

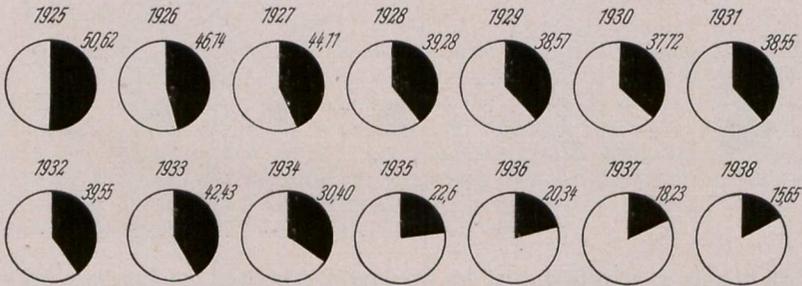


Abb. 6

Das Verhältnis der Geburten zu den Fehlgeburten ist leicht zu errechnen. Während 1925 auf 100 Geburten noch 103 Fehlgeburten kamen, waren es 1933 noch 74; 1938 aber nur noch 18!

Ich kann darauf verzichten, weiteres Zahlenmaterial anderer Ortskrankenkassen beizubringen, da ich mich damit nur wiederholen würde, und beschränke mich darauf, den Rückgang der Fehlgeburten im Verhältnis zu den Gesamtschwangerschaften für weitere fünf große Ortskrankenkassen für die Jahre 1933—1938 graphisch darzustellen (Abb. 7). Das Endergebnis ist für Leipzig (1937) 17%, Dresden 17,8%, Frankfurt a. M. 18,1%, Breslau 19% und liegt am höchsten in

Berlin bei 20,3%. Es schwankt also, wie wir sehen, zwischen 10% (Kiel) und 20% (Berlin) der Schwangerschaften und zwischen 11% (Kiel) und 25% (Berlin) der Geburten. Bei allen Ortskrankenkassen, ohne Ausnahme, kommt dieser enorme Rückgang zum Ausdruck.

Von 100 Schwangerschaften (Kreisfläche) endigten als Abort (schwarzer Sektor)

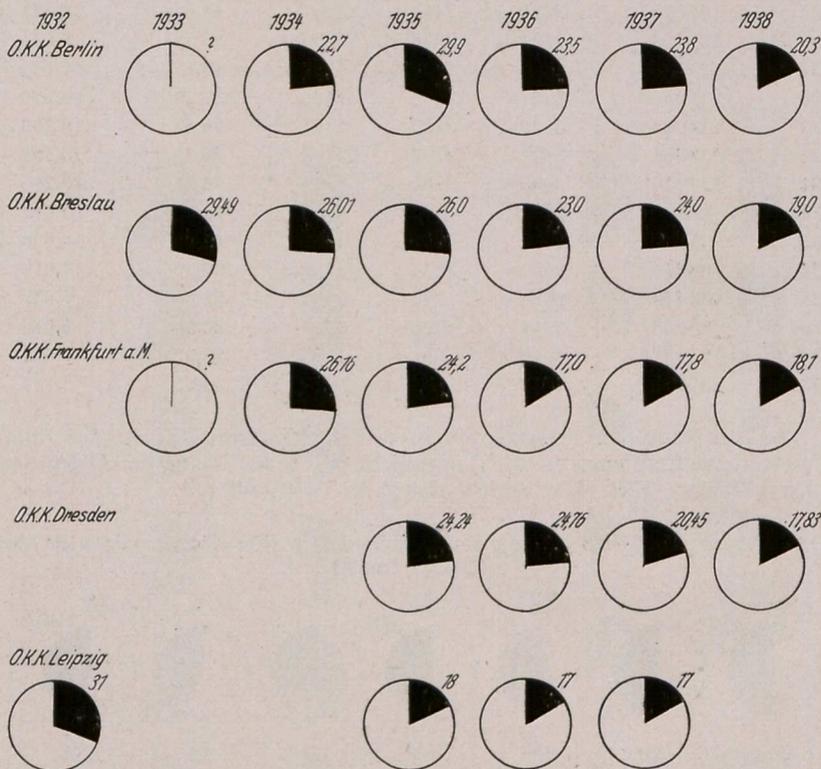


Abb. 7

Nicht ganz so günstig wie bei den Ortskrankenkassen ist das Ergebnis, das aus der Untersuchung von zwei großen Betriebskrankenkassen gewonnen wurde, deren Mitglieder in der Industrie tätig sind. Indem ich auch hier davon absehen kann, das absolute Zahlenmaterial zu bringen, zeige ich graphisch die Entwicklung bis zum Jahre 1938 (Abb. 8).

Bei der Betriebskrankenkasse der AEG. hatten wir 1933 fast ebensoviel Geburten wie Fehlgeburten (51,2%); 1934 sind die Fehlgeburten bereits erheblich gesunken (auf 29,8%), tiefer ist die Zahl seitdem nicht mehr gegangen; sie betrug 1937 wieder 32% und 1938 30%.

Ähnlich ist das Resultat der Betriebskrankenkasse von Siemens; hier ist ein Rückgang der Fehlgeburten von 53,4% der Schwangerschaften im Jahre 1933 auf nur 27,1% im Jahre 1938 erfolgt.

## Philipp, Der heutige Stand der Bekämpfung der Fehlgeburt

Daß hier tatsächlich Besonderheiten bestehen müssen, zeigt der Vergleich mit einer großen Innungskrankenkasse, und zwar der Bäcker in Berlin<sup>1</sup>. Hier haben wir 1934 dasselbe Ausgangsbild, d. h. ebenso viele Aborte wie Geburten; bis 1938 ist jedoch ein Rückgang der Fehlgeburten bis auf 17% der Schwangerschaften erfolgt, ist also erheblich größer als bei den Betriebskrankenkassen der A.E.G. und von Siemens und liegt etwa im Rahmen der Ergebnisse der Ortskrankenkassen.

Von 100 Schwangerschaften (Kreisfläche) endigten als Abort (schwarzer Sektor)

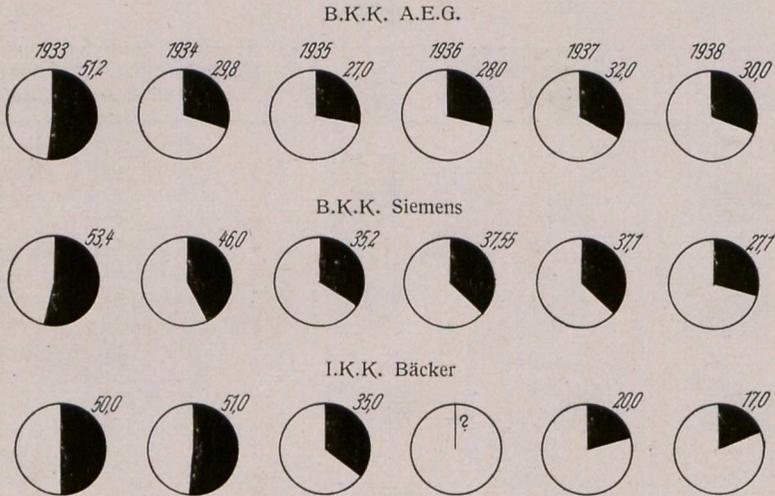


Abb. 8

Die großen industriellen Betriebskrankenkassen nehmen also in meinem Material eine Ausnahmestellung ein. Da man nicht behaupten wird, daß bei den Mitgliedern dieser Kassen die Abtreibungsseuche größer als bei der sonstigen Bevölkerung ist, wird man in der Annahme nicht fehlgehen, daß wir in der Industriearbeit den Faktor suchen müssen, der den Eintritt der Fehlgeburt begünstigt. Industriearbeit und Schwangerschaft vertragen sich schlecht miteinander. Die Aufdeckung dieser noch wenig erforschten Zusammenhänge gibt ein weites und wichtiges Betätigungsfeld für die Betriebsärzte ab.

h) Nachdem wir somit dieses Teilergebnis des überall zu beobachtenden Rückganges der Fehlgeburten bei einer Reihe großer Krankenkassen gewonnen haben, bleibt die Frage nach dem Zustand bei der Gesamtbevölkerung, wobei man von vornherein annehmen darf, daß die aus der Untersuchung der Ortskrankenkassen gewonnenen Ergebnisse auch hier Gültigkeit haben werden.

Hier ist es besonders schwer, ein Urteil abzugeben, da es verlässliche große Statistiken aus früherer Zeit kaum gibt. Es haben zwar einige Städte (z. B. Magdeburg) Statistiken geführt, jedoch nur für einige Jahre; eine Ausnahme macht meines Wissens nur Lübeck. Wenn die Lübecker Statistik auch nur relativ kleine Zahlen

<sup>1</sup> Für die Überlassung dieser Zahlen bin ich Herrn Dr. Reichelt (Berlin) zu Dank verpflichtet.

umfaßt, ist sie insofern einzigartig, als sie die Fehlgeburtsszahlen lückenlos von 1927—1938 vermittelt. Wahrscheinlich haftet ihr der Fehler an, den wir bei allen Fehlgeburtssstatistiken vor 1933 beobachteten, daß nämlich die Zahlen für jene Zeit zu niedrig angegeben sind, da die Meldungen von seiten der Ärzte und Hebammen damals freiwillig erfolgten. Erst die heutigen Zahlen entsprechen der Wirklichkeit. Doch spielt das bei der Betrachtung des Gesamtproblems keine ausschlaggebende Rolle. Der Rückgang der Fehlgeburt ist trotz dieses Fehlers gewaltig. Ich bringe zunächst die absoluten Zahlen (Tabelle VIII):

Tabelle VIII

Jahr	Geburten (Lebend- und Totgeborene)	Fehlgeburten	Fehlgeburten auf 100 Schwangerschaften mit bekanntem Ausgang
1927	1954	947	33,6
1928	2115	956	31,1
1929	2047	915	30,9
1930	1923	899	31,8
1931	1728	878	33,7
1932	1591	1036	39,4
1933	1606	749	31,8
1934	2182	714	24,6
1935	2352	746	24,0
1936	2424	587	19,4
1937	2604	526	16,8
1938	2938	403	12,0

Die Zahl der Geburten ist also in dieser Zeit fast um 1000 gestiegen, die der Fehlgeburten mindestens um über 500 gefallen, wahrscheinlich aber noch mehr. Auf Abb. 9 sieht man in der 1. Reihe den Rückgang der Fehlgeburten, bezogen auf die Gesamtschwangerschaften, bei der Gesamtbevölkerung graphisch dargestellt. Die 2. und 3. Reihe bringt eine Unterteilung der Fehlgeburten bei Unehelichen und Ehehlichen. Dabei erhalten wir darüber Aufschluß, daß nicht nur früher, sondern auch heute noch bei den Unehelichen der Abort im Verhältnis zu den Gesamtschwangerschaften häufiger ist als bei den Verheirateten. 1932 gingen bei den Unehelichen 56% aller Schwangerschaften in eine Fehlgeburt aus, heute sind es noch 20,2%, bei den Ehehlichen dagegen 1932 35,6% gegenüber nur noch 11,2% im Jahr 1938. Bei den Unehelichen wurde und wird also auch heute noch mehr als bei den Verheirateten abgetrieben.

Auf die Geburtenzahl umgerechnet, kommen bei der Bevölkerung von Lübeck demnach heute auf 100 Geburten (Lebend- und Totgeburten) nur noch etwa 14 Fehlgeburten gegenüber fast 66 im Jahr 1932.

Dieses günstige Endresultat, das ich für Lübeck aufwies, gilt aber auch für die anderen von mir untersuchten Bezirke. So verfüge ich z. B. über die Gesamtzahlen der Lebend- und Totgeburten und der Fehlgeburten von Schleswig Holstein und von Hamburg für die letzten Jahre. Ich kann es unterlassen, die absoluten Zahlen zu bringen, und kann auf Grund meiner Berechnung feststellen (Abb. 10), daß in Schleswig-Holstein 1936 auf 100 Schwangerschaften mit bekanntem Ausgang (Geburten und Fehlgeburten) 13,52, 1937 13,34 und 1938 noch 12,02 Fehlgeburten kamen, ein Ergebnis, das dem von Lübeck

durchaus entspricht. Im Staat Hamburg, der die Großstadt enthält, entfallen auf 100 Schwangerschaften mit bekanntem Ausgang 1937 noch 22 und im Jahr 1938 19,12 Fehlgeburten. Das bedeutet, daß in Schleswig-Holstein heut auf 100 Geburten (Lebend- und Totgeburten) noch etwa 13,6 Fehlgeburten entfallen, im Staat Hamburg noch etwa 22!

Insgesamt kommen in den von mir untersuchten Landschaften jährlich auf 1 Million Einwohner rund 3333 Fehlgeburten. Angenommen, daß dieses Verhältnis in unserem Vaterland überall ungefähr das gleiche ist, würde das bedeuten, daß wir heute im Altreich bei einer Bevölkerung von etwa 67 Millionen mit etwa 220 000 Fehlgeburten zu rechnen haben. Auf 100 Geburten kämen danach etwa 15—16 Fehlgeburten.

Wie groß ist danach der Rückgang der Fehlgeburten überhaupt? Die früheren Angaben über die Häufigkeit der Fehlgeburt differieren außerordentlich, so daß ich mich darauf beschränke, drei Zahlen zu bringen, die mir einigermaßen zuverlässig erscheinen. Nach Prinzings Berechnungen hatten wir 1911 etwa 240000 Fehlgeburten, eine Zahl, die etwas höher ist als die, die ich für 1938 errechnete. Nach dem Krieg schätzt Lönne 1923 ihre Zahl auf 500000; 1927 und später kommen Benthin und andere gewissenhafte Autoren auf Zahlen, die nahe 1 Million und darüber liegen. Aus dem Rahmen fällt ledig-

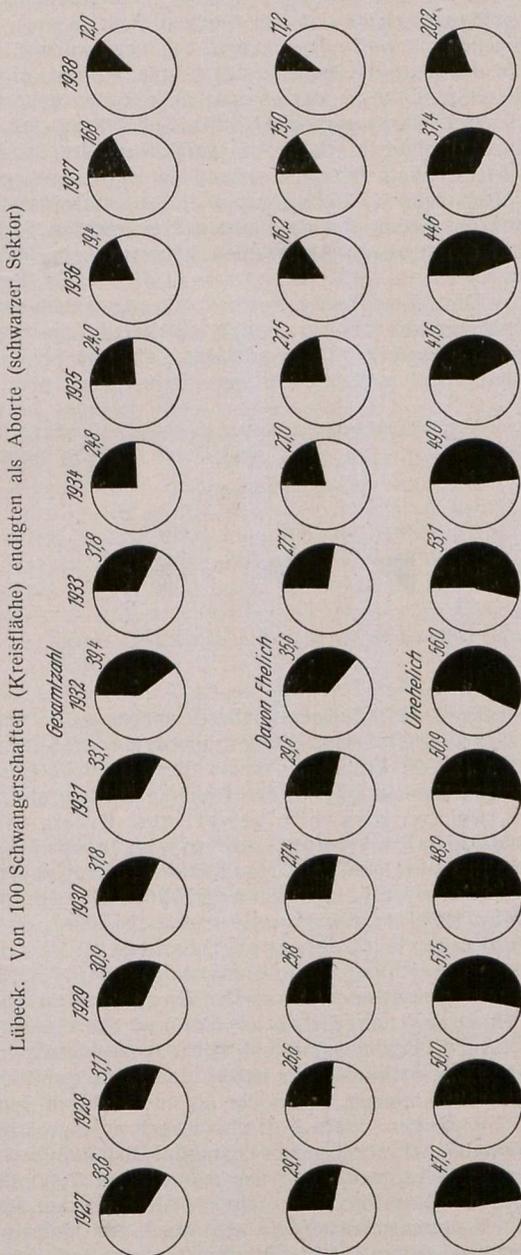


Abb. 9

lich die amtliche Schätzung aus dem Jahr 1930 mit nur 350000—400000 Fehlgeburten, die bestimmt zu niedrig und optimistisch war.

Wenn sich auch niemals mehr genau feststellen lassen wird, welche Vergeudung kostbaren Lebens sich das deutsche Volk in jenen Jahren leistete, und welche Verbrechen mit wertvollem Erbgut begangen wurden, ist soviel sicher, daß alle Kriege, die das deutsche Volk je hat führen müssen, nicht annähernd soviel Leben wie dieser schlimmste Massenmord aller Zeiten gekostet haben.

Bei sehr vorsichtiger Schätzung wird man für die Zeit vor dem Umbruch eine durchschnittliche Zahl von jährlich mindestens 660000 Fehlgeburten annehmen müssen. Diese Annahme scheint mir deswegen begründet, weil damals auf 100 Geburten rund 66 Fehlgeburten in der Durchschnittsbevölkerung kamen. **Demnach und auf Grund der oben von mir gebrachten Statistiken müssen wir feststellen, daß die heutigen Abortzahlen höchstens ein Drittel der früheren Zahlen ausmachen**

Die Abtreibungszahlen sind sogar noch stärker abgesunken. Die Zahl der Spontanaborte ist nämlich mindestens gleich geblieben, wahrscheinlich sogar heute entsprechend der größeren Zahl von Schwangerschaften und anderer Umstände noch größer als früher. Nehmen wir aber nur an, daß damals wie heute

Von 100 Schwangerschaften (Kreisfläche) endigten als Aborte (schwarzer Sektor) (auf Grund amtlicher Meldungen)

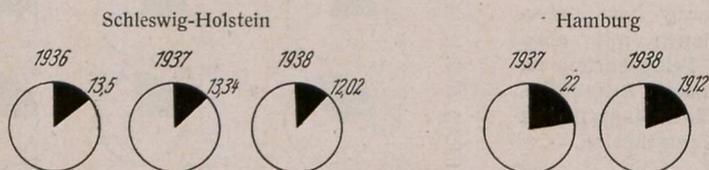


Abb. 10

insgesamt 100000 Spontanaborte vorkamen, so würde der Rest der Aborte artifizuell eingeleitet sein. Das würde bedeuten, daß für 1932 etwa 560000 und für heute etwa 120000 kriminelle Aborte übrig bleiben; **danach ist ein Abfall der Abtreibungen auf ein Fünftel der früheren Zahl erfolgt.**

Es ist dies ein gewaltiger Erfolg der nationalsozialistischen Gesundheitsführung, der um so größer ist, als entsprechend dem Sinken der Fehlgeburtszahlen die Geburtenzahlen ansteigen.

Wenn im Jahr 1938 rund 375000 Kinder mehr geboren wurden als im Jahr 1933, und wenn wir ausrechneten, daß im Jahr 1938 über 400000 Fehlgeburten weniger stattfanden als 1932, so besteht hier ein direkter Zusammenhang. Die Schwangerschaften, die vor dem Umbruch mit einem gewollten Abort ihr Ende fanden, werden heute zum größten Teil ausgetragen und erhöhen so die Gesamtgeburtenzahl.

Im Einklang damit hat sich das Verhältnis von Geburt zu Fehlgeburt weitgehend verschoben. Wir sahen, daß heute auf 100 Geburten noch etwa 16 Fehlgeburten kommen, gegenüber 60 und mehr in den früheren Jahren.

Wenn der erzielte Fortschritt auch riesengroß ist, stellt er doch noch kein Optimum dar. Ich werde später begründen, daß man heute auf 100 Geburten etwa 9 Spontanaborte rechnen muß; das würde bei 220000 Fehlgeburten bedeuten, daß wir noch etwa 100000 Aborte zuviel haben, die auf Kosten der Abtreibung kommen.

Wenn es gelungen sein wird, auch diese Schwangerschaften, die heut noch mit einem gewollten Abort ausgehen, zu erhalten, ist das Geburten soll, das wir zum

Fortbestand des deutschen Volkes gebrauchen, aber trotz der Geburtensteigerung noch nicht ganz erzielt haben, erreicht.

Wir müssen unter den für heut errechneten 220000 Fehlgeburten folgende Gruppen unterscheiden:

a) Aborte infolge von Schwangerschaftsunterbrechungen aus medizinischer oder eugenischer Indikation. Ihre Zahl ist in den letzten Jahren für das Deutsche Reich genau bekannt, da nach dem Gesetz Schwangerschaftsunterbrechungen nicht im Privathaushaus vorgenommen werden dürfen, und sie somit in der bereits oben erwähnten Fehlgeburtenstatistik der Krankenanstalten erscheinen. Die Zahl ist überraschend klein, indem sie im Jahr 1935 insgesamt 4151, im Jahr 1936 sogar nur 2982 Fälle umfaßte; sie macht also etwa 1,4% der Gesamtfehlgeburten aus. Das ist ein ganz anderes Bild als das vor 1933. Es ist sicher noch zu niedrig gegriffen, wenn wir die entsprechende Zahl für die Jahre vor dem Umbruch auf mindestens zehnmal so hoch ansetzen. Denn wir alle wissen, daß von vielen Ärzten damals die Indikationsstellung nicht nur weit gesteckt und lax gehandhabt wurde, sondern auch nicht selten medizinische Pseudoindikationen als Deckmantel für eine Abtreibung erfunden wurden. Deshalb war das Eingreifen des Staates erforderlich und ist, wie wir sehen, wirkungsvoll.

Diese von Jahr zu Jahr kleiner gewordenen Zahlen beweisen auch auf dem Gebiet der legalen Schwangerschaftsunterbrechung den uneingeschränkten Erfolg der nationalsozialistischen Gesundheitsführung und Gesetzgebung. Er ist deshalb noch größer, als in den Zahlen zum Ausdruck kommt, weil zu der medizinischen Indikation der Schwangerschaftsunterbrechung auch die eugenische hinzugekommen ist, die erst der nationalsozialistische Staat geschaffen hat. Dabei kann keiner behaupten, daß heute auch nur eine einzige Frau mehr sterben müßte, weil bei ihr die Schwangerschaftsunterbrechung abgelehnt wurde, oder daß sie deshalb sonstigen Schaden an ihrer Gesundheit nimmt.

Auch zeigen die Statistiken, daß nicht etwa die Selbstmorde bei Frauen mit unerwünschter Schwangerschaft zugenommen haben, wie vielleicht der eine oder andere vermutet. Da es zu weit führen würde, wenn ich darauf näher eingehen wollte, genüge die Angabe, daß 1932 5818 und 1936 5845 weibliche Personen Selbstmord verübten und die geringe zum Ausdruck kommende Zunahme in höheren Altersstufen liegt.

b) Schwieriger ist die Zahl der ungewollten, spontanen Fehlgeburten zu berechnen, da das Material der amtlichen Meldungen hierfür unbrauchbar ist. Immerhin bekommen wir eine annehmbare Vorstellung, wenn wir festlegen, wieviel Chancen für ein befruchtetes Ei bestehen, ausgestragen zu werden, sofern es nicht absichtlich beseitigt wird.

In dieser Beziehung sind die Vorkriegsuntersuchungen von Agnes Bluhm aufschlußreich, die an einem Material, das man hinsichtlich des Fehlens von Abtreibungen als einwandfrei ansprechen darf, die Häufigkeit der Fehlgeburt mit 7,5—7,6%, bezogen auf die Gesamtschwangerschaften, festgestellt hat; mit anderen Worten: auf 100 Geburten (Lebend- und Totgeburten) kamen damals etwa 8 spontane Fehlgeburten.

Heute liegen die Zahlen für Spontanaborte meines Erachtens etwas höher. Die Frau ist aus ihrem engen Kreis der häuslichen Pflichten herausgetreten; sie ist vielfach im Beruf, zum Teil auch schwer körperlich tätig; sie geht in die Fabrik, sie treibt Sport, und dies alles erhöht die Fehlgeburtssziffer, wenn auch nicht bedeutend, so doch sicher. Ich glaube der Wirklichkeit nahe zu kommen, wenn ich die Zahl der Spontanaborte auf 100000—120000 jährlich schätze und

dabei davon ausgehe, daß heute auf 100 Geburten etwa 9 spontane Fehlgeburten kommen.

c) Die restliche Hälfte der Aborte — also nochmals 100000 — würde demnach zu Lasten der Abtreibung gehen. Wenn es für die Nachkriegsjahre als feststehend gelten kann, daß etwa 85% sämtlicher Fehlgeburten kriminell waren, sind es heute also nur noch etwa 50%.

Die Frage, ob die Quellen, auf die sich diese meine Angaben stützen, zuverlässig sind, möchte ich uneingeschränkt bejahen.

Nach dem von mir gewonnenen Eindruck werden die Fehlgeburtsmeldungen — von praktisch kaum ins Gewicht fallenden Ausnahmen abgesehen — ordnungsgemäß erstattet. Die Schädlinge unter den Ärzten und Hebammen, die ein Interesse hatten, eine Fehlgeburt nicht anzuzeigen, sind ausgemerzt; die Ärzte sind an den Maßnahmen des Staates lebhaft beteiligt und arbeiten aktiv mit. Die wenigen Gleichgültigen werden zur Meldung angehalten, zumal mancherorts die Erstattung des Honorars vom Versicherungsträger davon abhängig gemacht wird, daß die Fehlgeburt vorschriftsmäßig gemeldet ist.

Gewiß sind eine Reihe von Fehlgeburten in den Meldungen nicht mit erfaßt. Wenn ihre Zahl auch gering ist — ich schätze sie höchstens auf 10% aller Aborte — müssen wir uns trotzdem damit kurz befassen; es sind drei Gruppen:

1. Spontanaborte, die von den Frauen als solche zwar bemerkt werden, aber so glatt und schnell verlaufen, daß weder Arzt noch Hebamme zu Rate gezogen werden. Ihre Zahl ist, wie ich aus der Befragung von Frauen, die einen Abort in der Anamnese haben, weiß, unbedeutend; denn die Frauen, die heute meistens in einer Kasse sind, haben kein Interesse, die Tatsache der Fehlgeburt zu verheimlichen.

2. Kriminelle Aborte, die verschwiegen werden sollen. Ihre Zahl ist größer, darf aber nicht überschätzt werden. Die meisten dieser Frauen kommen früher oder später zum Arzt, da die Laienabtreiber nur selten den Uterus entleeren und die von ihnen eingeleiteten Aborte im allgemeinen wenig Chancen auf Spontanerledigung haben. Immerhin wird in dieser Gruppe immer eine gewisse »Dunkelziffer« bestehen. Der Ansicht mancher Kriminalisten, daß die Zahl der nicht gemeldeten Aborte infolge Abtreibung mindestens ebenso hoch sei wie die der gemeldeten, kann ich auf Grund meiner Erfahrung nicht beipflichten.

3. Unerkannte Fehlgeburten in der ersten Zeit nach der Befruchtung; sie verlaufen vielleicht ganz symptomlos oder werden höchstens als Regelstörung empfunden. v. Pfaundler nimmt, von geistvollen Berechnungen ausgehend, ihre Zahl als sehr hoch an und beziffert allein die jährlichen Spontanaborte mit 280000; das wäre eine höhere Zahl als wir sie heute für die gesamten Aborte annehmen, wozu nach seiner Ansicht noch etwa 700000 Abtreibungen jährlich kommen. Die letztere Zahl hat, wie wir sahen, heute keine Gültigkeit mehr; aber auch die erste ist vom ärztlichen Standpunkt zu hoch gegriffen. Wir Frauenärzte können das daraus schließen, daß wir sonst bei den vielen Abrasionen, die wir vornehmen, öfters durch das Vorliegen eines frühen Abortes überrascht werden müßten, als dies der Fall ist; deckt doch nur ausnahmsweise die histologische Untersuchung einen jungen Abort auf, wo wir ihn nicht vermuten. Es bleibt somit als Stütze der Pfaundler'schen Theorie vom häufigen intrauterinen Früh Tod nur die Annahme übrig, daß er erfolgt, ehe er überhaupt nachweisbar ist. Wenn sie richtig sein sollte — bei der Verschwendung, mit der die Natur auf dem Gebiet der Fortpflanzung arbeitet, wäre dies biologisch verständlich — spielt dies Problem in der Frage der Abortbekämpfung nur eine untergeordnete Rolle. Auch werden dadurch unsere

aus ärztlicher Tätigkeit gewonnenen Zahlen über die Häufigkeit der Fehlgeburt keineswegs außer Kurs gesetzt, da man von »Fehlgeburt« nur dort sprechen kann, wo sie sich irgendwie nachweisen läßt.

Biologisch nicht minder interessant und wichtig ist auch die Behauptung von der hohen intrauterinen Sterblichkeit der männlichen Früchte, die v. Pfaundler auf Grund der von statistischer Seite allgemein anerkannten Berechnungen von Tschuprow erneut aufgestellt hat. Sollen doch auf 1000 Befruchtungen mit Gynäkospermien nicht weniger als 1462 Befruchtungen mit Androspermien kommen, wonach sehr viel mehr Knaben als Mädchen intrauterin absterben müßten! Ich enthalte mich hier eines Urteils, muß aber gewisse Bedenken über die Richtigkeit der gestellten Geschlechtsdiagnose anmelden. Nach meiner Erfahrung wird die große Klitoris kleiner Früchte oft auch von Erfahrenen fälschlich als Penis angesprochen, so daß man verlangen muß, daß derartige Schlüsse nur auf Grund einer histologischen Untersuchung gezogen werden, was nicht der Fall ist. Es wäre dringend wünschenswert, wenn diese Forschungen baldigst in großem Umfange und gründlich angestellt würden; die Geburtshelfer sind dazu am besten in der Lage. Ein wichtiges biologisches Problem wartet hier auf Lösung, die wenigstens bis zu einem gewissen Grade leicht zu finden ist.

Jedenfalls haben wir allen Grund, für die noch viel zu wenig bekannten Untersuchungen und Anregungen von v. Pfaundler dankbar zu sein und sie aufzunehmen, da sie uns in erster Linie angehen.

## II.

a) Maßnahmen zur Senkung der Spontanaborte sind schwer zu treffen.

Wir müssen eingestehen, daß bei den meisten, schätzungsweise 80%, eine Ursache nicht auffindbar und infolgedessen Prophylaxe und Therapie unwirksam sind. Die oft angegebenen Gründe: Trauma, Überanstrengung, Schreck usw. geben dem Kausalitätsbedürfnis nach, können aber nicht befriedigen. In diese Gruppe gehören vielmehr das Absterben der Frucht infolge von Letalfaktoren (Lenz) und von angeborenen Bildungsfehlern, die nach Mall überraschend häufig sind, aber fast nie erkannt werden. Auch spielen vielleicht schon in frühen Stadien der Entwicklung Umweltschäden, z. B. Erkrankungen der Uterusschleimhaut, eine das Ei schädigende und vielleicht auch mißbildende Rolle. — Auch wären hier die Blasenmole, falscher Eisitz und andere eibedingte Ursachen zu erwähnen.

Hier hat die Forschung ein noch sehr wenig bearbeitetes Betätigungsfeld.

Demgegenüber steht nur eine kleine Gruppe von spontanen Fehlgeburten, wo wir die Ursache kennen oder wenigstens vermuten, und deshalb manchmal helfen können.

1. Wird eine Frau, die kranke Fortpflanzungsorgane hat, schwanger, so bewirkt die bestehende Krankheit zuweilen den Eintritt der Fehlgeburt. Läßt sich auch oft die Schwangerschaft nicht mehr erhalten, so kann und muß man unter Umständen durch Beseitigung der Krankheit späteren Fehlgeburten vorbeugen. Ist — wie nicht selten — eine *Retroflexio uteri* schuld am Abortieren, so muß deshalb der Uterus unbedingt richtig gelagert werden; ein alter *Cervixriß* ist sorgfältig zu beseitigen, ein *Ovarialtumor* zu entfernen, ein *Myom* zu enukleieren, eine *Mißbildung* des Uterus manchmal zu beheben. Das sind mit die dankbarsten Operationen. Unterentwickelte Genitalorgane lassen sich durch entsprechende Behandlung, namentlich mit Hormonen, zuweilen funktionsfähig machen.

Wir begeben uns schon mehr auf das Gebiet der reinen Empirie, wenn wir eine hormonale Störung bei der Mutter annehmen und mit *Corpus-luteum-Hormon*, *Schilddrüsenpräparaten*, *Schwangerenserum*, *Vitamin E* usw. behandeln und zuweilen damit Erfolg haben. Hier mögen auch konstitutionelle Momente wichtig sein.

Immerhin ist bei der Beurteilung der Ursache des Abortus größte Kritik am Platze. Gewiß ist es richtig, daß es durch hormonale Behandlung eines Diabetes zuweilen gelingt, eine Gravidität zum Austragen zu bringen, wobei es fraglich bleiben mag, ob diese wünschenswert ist. Doch sollte die Behauptung, die man auch noch in neueren Abhandlungen, z. B. bei Prinzing, findet, daß die Syphilis eine häufige Abortursache sei, verschwinden. Die Lues war eine häufige Ursache der Frühgeburt, aber nicht des Abortus; heute ist sie ohnehin viel seltener geworden.

2. Wird eine gesunde schwangere Frau krank, so können wir, wenn es dabei zur Fehlgeburt kommt, diese nur selten aufhalten. Deshalb braucht die schwangere Frau besonderen Schutz. So können Infektionskrankheiten außer der Mutter das junge Ei schädigen. Auf Grund meiner Erfahrungen bin ich überzeugt, daß zu Zeiten sogenannter Grippeepidemien sich auch die ungewollten Spontanaborte häufen. Vielleicht aber werden die durch die Gonorrhoe verursachten Fehlgeburten in Zukunft durch die jetzt wirksam gestaltete Chemotherapie verhindert.

Hierher gehört auch das Trauma, das im allgemeinen überschätzt, aber doch nicht als Abortursache weggeleugnet werden kann. Ein vehement ausgeführter Koitus, namentlich zur Zeit der erwarteten Regel, bringt manchen Abortus in Gang. Darüber müßten die Ehefrauen aufgeklärt werden, da sie im allgemeinen davon nichts wissen.

Unfälle sind selten die Ursache einer Fehlgeburt; der ärztliche Sachverständige muß in der Feststellung des Zusammenhanges sehr kritisch sein. Ich hatte kürzlich eine Frau zu begutachten, der mehrere Ärzte bescheinigt hatten, daß die angeblich verschleppte Fehlgeburt durch einen Autounfall bedingt gewesen sei und konnte beweisen, daß sie zur Zeit des Unfalls noch gar nicht schwanger gewesen war. Der Ehemann verlangte übrigens von der Versicherung — wohl ein Unikum — 50000 RM. für den Verlust des »Sohnes«, der nach seiner Behauptung dem Unfall zum Opfer gefallen war.

Besonders lehrreich sind in diesem Zusammenhang die Erfahrungen, die bei dem letzten schweren Erdbeben in Italien gemacht wurden. In Aquitania waren 41 schwangere Frauen; obwohl einzelne lange Zeit unter den Trümmern der Häuser lagen, abortierte keine von ihnen. Eine Frau wurde erst nach 12 Stunden geborgen und war verschiedentlich verletzt, während die Eltern, Geschwister, der Gatte und ein Sohn erschlagen wurde. Im Gebiet von Lacedonia abortierte trotz des gewaltigen psychischen Traumas keine einzige von 150 schwangeren Frauen.

Darum hat Hüssy recht, wenn er zur größten Vorsicht mahnt, doch weiß ich aus Erfahrung, daß es durch Unfall bedingte Aborte gibt und stimme hierin durchaus mit Martius überein.

Daß neben dem körperlichen ein psychisches Trauma eine Fehlgeburt einleiten kann, ist ebenfalls unumstritten.

In diesem Zusammenhang muß ich auch auf die Bedeutung der körperlichen Arbeit als Ursache des Abortus eingehen. Normen lassen sich hierfür nicht aufstellen. Viele Frauen können in schwangerem Zustand anstrengendste Landarbeit vollbringen oder in der Fabrik beschäftigt sein, ohne Schaden zu nehmen; andere vertragen es nicht.

Es ist sicher kein Zufall, daß, wie ich zeigte, die Frauen der Betriebskrankenkassen der Industrie eine höhere Abortzahl aufweisen als andere; auch das leichte Ansteigen der Abortzahlen, das mancherorts in letzter Zeit beobachtet wurde, ist vielleicht auf den erhöhten Einsatz der Frau im Berufsleben zurückzuführen.

Man muß sich aber, genau wie beim Trauma, hüten, den Einfluß der körperlichen Arbeit über Gebühr zu bewerten. Gerade die in der Landwirtschaft tätige Frau, die sich am meisten zumuten muß, abortiert, soweit ich das übersehe, nicht sooft wie die Fabrikarbeiterin.

Die Behauptung Truzzi's, daß er in Gegenden mit ländlicher Bevölkerung eine Häufung der Aborte in den Monaten Juni, Juli, August fand, wird von anderen bestritten und kann auch ich nicht in diesem Umfang bestätigen. Ich habe die Aborte der Greifswalder Klinik, die mir hierfür besonders geeignet schien, nach Stadt- und Landkreisen getrennt und kam dabei zu der Feststellung, daß seit 1934 regelmäßig im Juli auf dem Land bei verheirateten Frauen ein leichtes Ansteigen der Abortzahlen zu bemerken ist. Es wäre möglich, daß der große Leutemangel, der die Frauen zwingt, selber sehr viel mehr anzupacken als früher, schuld daran ist. Da die Zahlen zu klein sind, um überzeugend zu sein, wäre eine Nachprüfung an geeigneten Orten dringend wünschenswert.

Unsere Kenntnisse über den Einfluß der Arbeit auf die schwangere Frau sind jedenfalls trotz der vielen Publikationen noch mangelhaft und harren der Erweiterung.

Auch zweifle ich nicht daran, daß in unserem Zeitalter des Sports diesem die eine oder andere Fehlgeburt zu Lasten fällt. Ein besonderes Schuldkonto besitzt in dieser Beziehung das Motorrad.

Viel wäre gewonnen, wenn die Schwangerenberatung sich grundsätzlich auch auf die erste Hälfte der Gravidität erstrecken würde. Durch Aufklärung und entsprechende ärztliche Leitung ließe sich vielleicht manche Fehlgeburt vermeiden.

b) Um die Abtreibung auszurotten, hat der Staat unternommen, was in seiner Macht steht. Es sind das vor allem die vielen Maßnahmen, die darauf abzielen, den höchsten Beruf der Frau, die Mutterschaft, ideell und materiell zu sichern; sie finden im Werk »Mutter und Kind« sichtbaren Ausdruck; erst in zweiter Linie kommt die Bekämpfung der Abtreibung selber. Der Erfolg stellte sich bald ein; eine geistige Umkehr wurde in vielen Bevölkerungsschichten bewirkt. Man darf es als Wunder bezeichnen, daß manche Frau, der früher die Schwangerschaft eine unerwünschte Last bedeutete, heut darin Erfüllung ihrer Sendung sieht.

Wir Ärzte sind dabei Helfer des Staates. Eine unserer Hauptaufgaben besteht darin, in das Dunkel der Abtreibung, die immer noch nicht ganz beseitigt ist, Licht zu bringen.

In der Art und Weise der Abtreibung hat sich gegenüber früheren Jahren viel geändert.

Die Selbstabtreibung nimmt relativ zu, während die Abtreibung durch fremde Personen seltener wird, wobei der Wunsch maßgebend ist, keine Mitwisser des Verbrechens zu haben. So wurde in Kiel unter 574 zugegebenen Abtreibungen der letzten 3 Jahre in 196 Fällen Selbstabtreibung, in 378 Fällen Abtreibung durch eine dritte Person eingestanden. Auch anderwärts habe ich den Eindruck gewonnen, daß rund ein Drittel der Abtreibungen durch Eingriffe der Schwangeren an sich selbst, zwei Drittel durch fremde Personen zustande kommen mögen. Meist werden die Selbstabtreibungen instrumentell vorgenommen. Außer dem berichtigten spitzen Ansatz der Mutterspritze, des Gummiballons oder des Chlosopomps werden denkbar primitive Hilfsmittel benutzt: Stricknadeln, Häkelnadeln, Federhalter usw. Die meisten Frauen führen das Instrument im Hocksitz ein, andere im Stehen, indem sie ein Bein auf den Stuhl stellen, wenige auch im Liegen. Uns Frauenärzte, die wir wissen, wie schwer es ist, den Muttermund zu treffen, muß die Fertigkeit überraschen, mit der vorgegangen wird. Die Kenntnis stammt meist von einer Bekannten, die es auch gemacht hat. Mancherorts sind richtige kleine »Epidemien« von Selbstabtreibungen aufgedeckt und zugegeben.

Wenn vielleicht auch manche zugegebene Selbstabtreibung in Wirklichkeit durch eine andere Person ausgeführt ist, die geschont werden soll und deshalb nicht genannt wird, ist doch die Kenntnis der Selbstabtreibung gestiegen und spielt

heute eine beachtliche Rolle. Da oft kein Mitwisser der Schuld vorhanden ist, bleiben die meisten Fälle unentdeckt.

Auch bei den Abtreibungen durch eine dritte Person ist ein gründlicher Wandel eingetreten. Mit der Reinigung des Ärzte- und Hebammenstandes sind die professionellen Abtreiber aus unseren Reihen verschwunden und werden nie wiederkehren. Wer heute noch eine Abtreibung vornimmt, kann damit rechnen, bald zur Strecke gebracht zu werden; denn wer einmal dazu seine Hand hergegeben hat, muß es auch ein zweites und drittes Mal tun. Und das spricht sich bald herum. Vielfach sind die Täter Frauen, meist alte Weiber, seltener Männer. Das Hauptabtreibungsinstrument ist auch heute noch die »Mutterspritze«, mit der Seifenwasser in den Uterus injiziert wird.

Daneben gibt es unzählige andere Mittel, mit denen der Uterus sondiert oder ein Eihautstich vorgenommen wird. In einem Abtreibungsprozeß der jüngsten Zeit spielte auch die Einspritzung der Aretussalbe unseligen Angedenkens eine wichtige Rolle.

Wenn auch das Feilbieten verboten ist, ist es doch ein leichtes, ein zur Abtreibung brauchbares Instrument zu kaufen, auch mit einem langen, spitzen Ansatz. Hier könnte meines Erachtens noch mancherlei geschehen. Der freie Verkauf von zur Abtreibung tauglichen Spritzen und Duschen sollte verboten werden, oder er dürfte, wenn das nicht möglich ist, zum mindesten nur auf ärztliches Rezept erfolgen. Am besten würde schon die Herstellung solcher Apparate unterbunden, denn sie sind nicht nur unnötig, sondern richten nur Schaden an. Ich kenne keinen Zustand der Frau, der ihre Anwendung notwendig machte. Auch die Sterilets und andere Instrumente, die offensichtlich der Abtreibung dienen, sollten dem Handel entzogen werden.

Der Versuch einer Abtreibung durch innerlich einzunehmende Mittel wird häufig gemacht und hat manchmal Erfolg. Es gibt im Gegensatz zur Behauptung mancher Lehrbücher eine Abtreibung per os, auch ohne allgemeine Vergiftung. Ich habe gutachtlich bei der Verurteilung eines Arztes mitwirken müssen, der eine wahre Kunst darin besaß, durch eine geschickte Kombination von aloehaltigen Abführmitteln mit Mutterkornpräparaten, die in den üblichen Dosen gegeben wurden, die Schwangerschaft zu unterbrechen. Bei Aberdutzenden von Frauen hat er auf diese Weise ohne jede instrumentelle Hilfe den Abortus herbeigeführt.

In Laienkreisen ist das bekannteste Mittel, das den Ruf der Abtreibung besitzt, das Chinin. Ich bin auf Grund von glaubwürdigen Aussagen überzeugt, daß man tatsächlich zuweilen damit zum gewünschten Ziel kommt, namentlich mit hohen Dosen, wobei ich sehr wohl weiß, daß die Ansichten hierüber auseinandergehen, und daß man früher das Chinin sogar als ein Mittel empfohlen hat, einen Abort zu verhüten. Das ist bestimmt nicht richtig. Man sollte die Möglichkeit, Chinin zu verbrecherischen Zwecken zu erwerben, dadurch erschweren, daß es unter Rezeptzwang gestellt wird, was bisher nicht geschehen ist. Und der Arzt, der einer Schwangeren Chinin verschreibt, soll sich überlegen, ob er nicht besser ein anderes, nicht auf den Uterus wirkendes Mittel verordnet, um nicht in den Verdacht der Abtreibung zu kommen. Natürlich werden sich trotz Rezeptzwanges immer Wege finden, sich unerlaubt Chinin zu verschaffen.

Über Menolysin, das nach den Aussagen abtreibender Frauen ebenfalls gelegentlich gebraucht wird, besitze ich keine eigene Erfahrung. Da es unter Rezeptzwang steht, ist seine Anwendung erschwert. Das Apiol, das im Ausland hoch im Kurse steht, spielt bei uns keine große Rolle mehr.

Der Erwerb sonstiger abtreibender Mittel, die angepriesen und leicht erhältlich waren, ist heute glücklicherweise erschwert, z. B. die vielen Menstruationstropfen, die Frebar-Tropfen, die Eubejanperlen, die Perles de Lenclous usw., wie sich auch das

Verbot von Zeitungsinseraten, die versteckt oder eindeutig Hilfe zur Abtreibung anpriesen, sehr bewährt hat.

Über die modernen Hormonpräparate läßt sich in diesem Zusammenhang noch nichts Abschließendes sagen; Vorsicht ist jedenfalls am Platze.

Die Aufdeckung einer stattgefundenen Abtreibung würde erleichtert, wenn die Fehlgeburtsmeldungen von den Ärzten sorgfältiger erstattet würden, als es vielfach der Fall ist, und wenn namentlich der Rubrik »Veranlassung« mehr Aufmerksamkeit geschenkt würde. Kann der Arzt auf Grund des Befundes oder seiner Kenntnis der Frau und der Familie sagen, daß eine Abtreibung nicht vorliegt, sollte das hier betont werden, um unnütze Nachforschungen zu ersparen. Ebenso sollte bei sicherer oder, was sehr viel häufiger ist, bei vermeintlicher Abtreibung ein Vermerk gemacht werden. In den vielen Fällen, wo der Arzt beim besten Willen keine Entscheidung treffen kann, genügt ein Fragezeichen; eventuell unter Hinzufügen der Angaben der Frau »auf der Treppe ausgerutscht« usw.

Ebenso muß die Rubrik der »Komplikationen« sorgfältiger behandelt werden, als es bisher geschieht.

Allerdings ist auch der Meldebogen selber an einigen Stellen verbesserungsfähig.

Es herrscht auch keine völlige Klarheit darüber, ob, wie es im Gesetz steht, lediglich der erfolgte Fruchtabgang gemeldet werden soll oder ob die Meldung auch in den Fällen zu geschehen hat, wo der Arzt nur Placentarestes oder andere fetale Elemente findet und der Fruchtabgang nicht bemerkt wurde. Für mich besteht kein Zweifel, daß der Gesetzgeber auch das letztere verlangt, und der Arzt auch in diesem Fall seine Meldung erstatten muß. Eine Äußerung von maßgebender Stelle zu diesem Punkte wäre zu begrüßen.

Es wäre weiter wünschenswert, daß die Frauen, die einen Arzt aufsuchen, um sich die Diagnose »Schwangerschaft« sichern zu lassen, weiter so betreut werden, daß der Weg der Abtreibung für sie nicht mehr gangbar ist. Es ist leider oft der Fall, daß sie einige Tage, nachdem sie über ihren Zustand Klarheit bekommen haben, mit einem künstlich eingeleiteten Abort irgendwo behandelt oder aufgenommen werden. Dies zu verhindern, wäre eine Frage der Organisation, die vielleicht am besten in den Rahmen der Schwangerenfürsorge mit eingebaut werden könnte.

Oft wundert sich der Jurist oder der Kriminalist, daß der behandelnde Arzt mit seiner Entscheidung, ob eine Abtreibung vorliegt oder nicht, so außerordentlich zurückhaltend ist.

Der Grund liegt darin, daß objektive Zeichen einer Abtreibung in den seltensten Fällen vorhanden sind. Sie bestehen dann in Verletzungen der Geschlechtsorgane oder der Frucht; aber selbst deren Beurteilung kann Schwierigkeiten machen und hat mit größter Kritik von seiten eines Erfahrenen zu geschehen.

Fehlen Verletzungen, wird man aus dem klinischen Befund allein höchstens eine Vermutungsdiagnose stellen können.

Es gibt kein sicheres Zeichen, das den Verlauf des kriminellen vom Spontanabort unterscheidet.

Der kriminelle Abort ist lediglich dadurch ausgezeichnet, daß bei ihm sehr viel häufiger hohes Fieber und Schüttelfröste oder andere Komplikationen auftreten als beim spontanen.

Von 82 sicher kriminellen Aborten der Kieler Klinik verliefen 63 mit und 19 ohne Fieber; 30 mit und 52 ohne sonstige Komplikationen (siehe Tabelle IX); also etwa dreiviertel dieser Frauen bekommen Fieber und mehr als ein Drittel noch andere Komplikationen dazu.

Bei Frauen mit sicherem Spontanabort sind diese Nebenerscheinungen seltener, brauchen aber nicht zu fehlen. Mindestens 10%, wahrscheinlich aber auch mehr,

bekommen ebenfalls Fieber, wenn es auch nicht so stürmisch ist, wie dies beim kriminellen Abort zuweilen der Fall ist.

Ich betone dies ausdrücklich, da aus der Anwesenheit bzw. dem Fehlen von Fieber manchmal ganz falsche Schlüsse gezogen werden.

Tabelle IX  
Verlauf von sicher kriminellen Aborten

Art der Abtreibung	Gesamtzahl	Verlauf			
		Fieber		Andere Komplikationen	
		mit	ohne	mit	ohne
Injektionen	66	53	13	25	41
Instrumentell	9	6	3	4	5
Sonstige Mittel	7	4	3	1	6
	82	63 (= 76,8%)	19 (= 23,2%)	30 (= 37%)	52 (= 63%)

Nicht alle fieberhaften Aborte sind kriminell, und längst nicht alle kriminellen verlaufen mit Fieber.

Auch der Kriminalist und der Richter, der auf diesem Gebiet arbeitet, sollte diese Dinge wissen, wie es überhaupt wünschenswert wäre, daß dieser auserwählte Personenkreis auf diesem Gebiet weitgehend vorgebildet und geschult ist. In allen Zweifelsfragen sollte ein erfahrener Geburtshelfer als Sachverständiger so früh wie möglich hinzugezogen werden.

Die Erfahrungen der Ärzte sollten den Richtern und umgekehrt zugänglich gemacht werden. Ich würde es begrüßen, wenn einschlägiges Material, das massenhaft vorhanden, aber meist in Akten vergraben und unzugänglich ist, zentral gesammelt würde, wie dies auch Preiser vorschlägt. Es müßte dann den interessierten Stellen nach Bearbeitung mitgeteilt werden.

Jeder soll sich dessen bewußt sein, daß es neben den gewollten Fehlgeburten, die scheinbar Erlösung und Befreiung bedeuten, einen schicksalsgemäßen Abbruch der Schwangerschaft gibt, der für die Frau oft nicht weniger bedeutet als der Tod eines Kindes und der Quell tiefer Trauer wird.

Für den Abtreiber aber darf es in unseren Augen kein Mitleid geben; er ist ein Schädling an Familie und Volksgemeinschaft. Schon im Altertum ist die Verquickung der persönlichen und der öffentlichen Belange, die auf diesem Gebiete zusammenlaufen, durch Cicero treffend gezeichnet; er verurteilt eine Frau, die die Frucht abgetrieben hat, mit der Begründung: »Sie hat den Vater der Hoffnung und der Fortpflanzung seines Namens, den Haushalt seines Erben und den Staat um einen Bürger beraubt.«

### III.

Außer der durch den Geburtenausfall bedingten, bevölkerungspolitischen Bedeutung verlangt die Fehlgeburt auch wegen der Schäden, die sie unendlich vielen Frauen zufügt, öffentliches Interesse und allgemeine Bekämpfung. Früh- wie Spätfolgen der Fehlgeburt spielen in volksgesundheitlicher Beziehung eine große Rolle; namentlich die letzteren sind im allgemeinen zu wenig bekannt, da der Zusammenhang der Erkrankung mit der einst durchgemachten Fehlgeburt oft unentdeckt bleibt.

## Philipp, Der heutige Stand der Bekämpfung der Fehlgeburt

a) Über die Mortalität des Abortes gibt es — wenigstens gilt dies für die Zeit vor dem Umbruch — keine zuverlässigen Zahlen. Die Todesursachenstatistik ist hierfür unbrauchbar, sowohl weil damals die Trennung in Puerperalfieber nach Geburt und Abort nicht durchgeführt ist, als auch, weil zahlreiche, auf einen Abort zurückzuführende Todesfälle unter einer anderen Diagnose gingen und die wahre Ursache, der Abort, verheimlicht wurde. So kommt es, daß wir im Schrifttum ganz abweichende, zum Teil auch völlig kritiklose Angaben finden. Wurde doch allen Ernstes behauptet, daß jährlich im Deutschen Reich 40000—50000 Frauen an den Folgen der Fehlgeburt sterben sollen. Damals wurde vom Preußischen Statistischen Landesamt auf die Unmöglichkeit dieser Behauptung hingewiesen und eine Maximalzahl von 5100 Todesfällen im Jahr 1927 für Preußen errechnet.

Bumm wird der Wirklichkeit nahe gekommen sein, wenn er die Todesfälle post abortum für Deutschland in den ersten Nachkriegsjahren mit etwa 7000 beziffert; eine Zahl, die groß genug ist, um erlauben zu lassen, wieviel blühende Menschenleben der Abtreibung zum Opfer gefallen sind. In der späteren Zeit ist diese Ziffer wohl auf 8000 und etwas darüber gestiegen.

Man kommt auf diese Zahl, wenn man der von uns für 1932 errechneten Gesamtzahl von 660000 Fehlgeburten die Klinikmortalität von 1,3% (siehe Tabelle II) zugrunde legt; das würde bedeuten, daß damals etwa 8500 Frauen nach Abort starben. Diese Zahl ist deswegen vielleicht etwas zu hoch gegriffen, weil die Klinikmortalität der Abortes sicher höher ist als die der draußen behandelten Fehlgeburten, da erfahrungsgemäß in die Klinik die schweren Fälle eingewiesen werden.

Wenn meine Behauptung, daß die Zahl der Abortes auf mindestens ein Drittel und die der Abtreibungen gar auf ein Fünftel der früheren Zahlen gesunken ist, stimmt, muß auch die Gesamtmortalität des Abortes heute entsprechend niedriger sein. Das ist in der Tat so. Die absolute Zahl der Todesfälle nach Fehlgeburt im Deutschen Reich beläuft sich heute auf etwa 1800, liegt also erheblich unter 2000. Zu dieser Feststellung gelangen wir bei Zugrundelegung der Todesursachenstatistik, die besagt, daß 1936 1053 Frauen an infektiösen Prozessen nach Abort und 751 an »anderen Zufällen nach Fehlgeburt«, zusammen 1804 Frauen, starben. Diese Zahlen des Jahres 1936 sind deshalb glaubwürdig, weil heute der Meldepflicht, auch auf den Totenscheinen, sorgfältiger nachgekommen wird als früher. Wenn auch unter den »sonstigen Zufällen nach Abort« sich eine Reihe von Todesursachen befinden, die mit der Fehlgeburt nichts zu tun haben, wird dieses Zuviel dadurch ausgeglichen, daß die eine oder andere Fehlgeburt als Todesursache vielleicht doch noch verheimlicht wird. Jedenfalls errechnet man bei Zugrundelegen der heutigen Anstaltsmortalität von 0,82% und bei der Annahme von etwa 220000 Fehlgeburten insgesamt ebenfalls eine Gesamtmortalität von etwa 1800 Frauen.

Ich wies bereits darauf hin, daß die Mortalität weitgehend davon abhängt, ob die Abortes kriminell sind oder nicht. Bei der kriminellen Fehlgeburt schwankt sie zwischen 1,5% und höchstens 2%; beim nicht kriminellen beträgt sie kaum 0,5%.

Das würde bedeuten, daß wir in Zukunft, nach Verschwinden der Abtreibung, bei etwa 100000 Fehlgeburten im Deutschen Reich, unter die wir kaum herunterkommen, jährlich etwa 500 mütterliche Todesfälle zu beklagen haben werden.

b) Die frühe Morbidität nach Abort erscheint auf den ersten Blick, selbst wenn ihre Zahlen die der Mortalität weit übertreffen, nicht beunruhigend.

Von 1600 Abortes der Kieler Klinik aus den Jahren 1933—1938 verliefen während des Klinikaufenthaltes 213 mit Komplikationen, d. h. 13,5%.

Die Häufigkeit der einzelnen Krankheitsfolgen geht aus Tabelle X hervor. Obenan steht die Endometritis als geringste Form der Schädigung, es folgen die Adnextumoren, die Pelveoperitonitis, Parametritis usw.

Wenn wir die Endometritis aus dem Kreis unserer Betrachtung fortlassen, bleiben 8% schwere Fröhschädigungen übrig. Es sind das zumeist Erkrankungen, die lange Zeit — oft wochen- und monatelang — dauern, oft auch die Frauen für immer siech machen und somit in einen Dauerschaden ausklingen.

Da dieser Prozentsatz mehr oder weniger für alle Anstaltsaborte gilt, müssen wir bei der Zahl von etwa 88000 Anstaltsaborten mit einer jährlichen Erkrankungsziffer von über 7000 Frauen allein in den Kliniken rechnen. Wenn man annimmt, daß die Hausaborte eine niedrigere Morbidität haben werden, kommt man auf rund 15000 Personen, die jährlich nach Abort akut schwer erkranken.

Tabelle X

Frühkomplikationen nach 1596 Aborten in den Jahren 1933—1938 (Kieler Klinik).

Komplikationen	Fälle	Auf 1596 Fälle %	Todesfälle
Endometritis	89	5,5	
Adnextumoren	34	2,1	
Douglasinfiltration	23	1,4	
Sepsis	22	1,4	14
Pelveoperitonitis	12	0,8	1
Peritonitis	10	0,6	6
Extragenitale Komplikationen	9	0,6	1
Parametritis	8	0,5	
Folgen nach Uterusverletzungen, Perforationen, Cervixrissen usw.	6	0,4	1
	213 (= 13,56%) von 1596 Aborten		23 (= 1,4%) von 1596 Aborten

Selbstverständlich kommen auch hier die meisten Erkrankungen auf das Schuldkonto der Abtreibung. Während nämlich von 893 fieberfreien Aborten der Kieler Klinik nur 65 Fälle = 7,3% mit Frühkomplikationen einhergingen (die zum Teil sicher auch Folge einer Abtreibung waren), wiesen unter 703 febrilen (d. h. oft kriminellen) Aborten nicht weniger als 151 Fälle = 21,5% Komplikationen auf.

Noch deutlicher kommt die verhängnisvolle Rolle der Abtreibung bei folgender Feststellung zutage: Von 105 schweren puerperalen Parametritiden der Greifswalder Frauenklinik waren nur 50 die Folge einer ausgetragenen Geburt, dagegen 55 die einer Fehlgeburt; davon gaben nicht weniger als zwei Drittel der Frauen kriminelle Eingriffe zu, sicher sind es noch mehr. Ähnliche Berechnungen stammen aus anderen Kliniken.

Wir gehen infolgedessen sicher nicht fehl, wenn wir annehmen, daß drei Viertel der schweren Erkrankungen die Folge einer Abtreibung und somit vermeidbar sind. Ich schätze demnach, daß eine Erkrankungszahl von 3500 schweren Frühkomplikationen die Höchstsomme darstellt, mit der wir jährlich als Folge der Spontanaborte im Deutschen Reich rechnen müssen, wahrscheinlich sind es noch weniger. Zur Zeit sind wir von diesem Idealzustand noch weit entfernt, zumal die genannten Erkrankungen sich oft über Jahre hinschleppen und wir die betreffenden Frauen immer wieder sehen. Doch wird der Nachschub an neuen Infektionen entsprechend der Abnahme der Abtreibung geringer und somit die Entlastung der

## Philipp, Der heutige Stand der Bekämpfung der Fehlgeburt

Versicherungsträger, die heut dadurch sehr beansprucht werden, bald in Erscheinung treten.

c) Das Bild von den Auswirkungen der Fehlgeburt wird aber erst bei Betrachtung der Spätfolgen vollständig, die sowohl auf geburtshilflichem wie gynäkologischem Gebiet liegen, und deren furchtbare Bedeutung uns erstmalig durch die von August Mayer herausgegebene Monographie über die Freigabe des Abortus in Rußland vor Augen geführt wurde. Ich darf sie und die daraufhin bei uns erschienenen Arbeiten als bekannt voraussetzen.

Immerhin hielt ich es für erforderlich, auch diese Seite der Fehlgeburt nochmals zu bearbeiten, zumal dort vor allem der vom Arzt in der Klinik eingeleitete Abort behandelt wird, und es fraglich schien, ob die Behauptungen der russischen Autoren auch für unser ganz anders zusammengesetztes Abortmaterial in diesem Umfang zutreffen. Zum großen Teil ist dies der Fall. Wenn ich hier trotzdem einige meiner in Gemeinschaftsarbeit mit meinen Assistenten gewonnenen Resultate bringe, geschieht dies, da sich zugleich wichtige Richtlinien für die Aborttherapie daraus ergeben.

Unter den letzten 10000 Entbindungen der Kieler Klinik hatten 1628 Frauen einen oder mehrere Aborte in der Anamnese, d. h. rund 16% der gesunden, geburtsfähigen Frauen haben einen Abort durchgemacht; eine Zahl, die heut für die Gesamtbevölkerung Gültigkeit haben wird. Wie wir sehen werden, ist diese Zahl für das gynäkologische Krankenmaterial erheblich höher.

Beim Vergleich der Geburten bei Frauen mit und ohne Abortanamnese müssen wir feststellen, daß diejenigen geburtshilflichen Erkrankungen und Komplikationen, die die Folge einer funktionsuntüchtigen Gebärmutterschleimhaut oder Uterusmuskulatur sind, bei den Frauen mit Abortanamnese mehr als doppelt so häufig sind als bei Frauen, die keinen Abort durchgemacht haben (27,5:14%). Der Abort schädigt Uterusschleimhaut und Muskulatur, und zwar so häufig, daß mehr als ein Viertel der Frauen (27,5%),

Tabelle XI

Es hatten	Unter 10000 Entbindungen	Davon 1628 = 16,28 % mit Abortanamnese	Davon 8372 = 83,72 % ohne Abortanamnese
Placenta praevia	119 = 1,19%	57 = 3,5 %	62 = 0,74%
Vorzeitige Lösung der Plazenta	56 = 0,56%	27 = 1,66%	29 = 0,35%
Manuelle Placenta- lösung	119 = 1,19%	46 = 2,83%	73 = 0,87%
Nachtastung	99 = 0,99%	34 = 2,09%	65 = 0,78%
Wehenschwäche	246 = 2,46%	92 = 5,65%	154 = 1,84%
Pathologische Nach- geburtsblutung	1001 = 10,01%	193 = 11,85%	808 = 9,65%
Komplikationen	1640 = 16,40%	449 = 27,58%	1191 = 14,23%
keine Komplikationen	8360 = 83,60%	1179 = 72,42%	7181 = 85,77%

die einen Abort hinter sich haben, damit rechnen müssen, bei einer späteren Geburt eine Störung zu erleiden (Tabelle XI). Bei den Frauen mit Abort ist die Placenta praevia fast fünfmal so häufig wie bei den anderen, das gleiche gilt von der vorzeitigen Lösung; eine manuelle Placentalösung und eine Nachtastung war bei den Frauen mit Fehlgeburt dreimal so häufig nötig; patho-

logische Nachgeburtsblutungen (Blutverlust über 500 ccm) kamen bei ihnen öfters vor. Ebenso tritt bei ihnen sehr viel häufiger eine Wehenschwäche unter der Geburt auf.

Was das alles bedeutet, wissen wir Geburtshelfer am besten. Das Gespenst der schweren Blutung bei der Geburt ist ein viel regelmäßigerer Begleiter der Frauen mit als der ohne Abort. Keine andere Erkrankung setzt eine ähnliche Bereitschaft dazu; das bleibt der Fehlgeburt vorbehalten.

Auf die Zunahme der Fehlgeburten ist zurückzuführen, daß die Placenta praevia und die Nachgeburtsstörungen im Laufe der letzten Jahrzehnte immer häufiger geworden sind, was aus Statistiken einwandfrei hervorgeht. Die prozentuale Häufigkeit des fehlerhaften Sitzes des Mutterkuchens betrug ausweislich der großen geburtshilflichen Statistik des Landes Baden, die die letzten 70 Jahre umfaßt, in dem Jahrzehnt 1875—1884 nur 0,25%, im Jahrzehnt 1925—1934 das Doppelte = 0,5%! Auch die Nachgeburtsoperationen sind prozentual immer häufiger geworden; 1865—1874 waren sie in 1,22% der Fälle erforderlich, 1925—1934 dagegen in 4,24%! Das ist kein Zufall, sondern einzig und allein die Folge der Zunahme der Fehlgeburt.

Besonders interessant werden diese Untersuchungen, wenn man die Entbindungen nach Abort gesondert herausgreift und nach der Therapie, die bei dem Abort eingeschlagen wurde, unterteilt.

Ich beabsichtige nicht, in eine Diskussion über die Abortbehandlung einzutreten, da diese Fragestellung außerhalb des Bereichs der mir gestellten Aufgabe liegt. Es haben sich auf diesem Gebiet auch die Verhältnisse nicht so geändert, daß dies nötig wäre, doch kann ich eine grundsätzliche Feststellung machen.

Trennt man die Geburten so, daß auf der einen Seite die nach rein konservativer Behandlung des Abortes (ohne jeden operativen Eingriff) stehen, auf der anderen die nach operativer Beendigung der Fehlgeburt, gleichgültig ob diese im Sinne eines reinen aktiven oder einen expektativen Vorgehens geschah, ergibt sich eindeutig, daß die konservativ behandelten Aborte hinsichtlich der späteren Geburt besser abschneiden (Tabelle XII); denn von den Frauen

Tabelle XII

Es hatten	Unter 1628 Entbindungen nach Abort	922 = 56,63% davon operativ behandelte Aborte	706 = 43,37% davon rein konservativ behandelte Aborte
Manuelle Placentalösung	46 = 2,38%	41 = 4,45%	5 = 0,71%
Vorzeitige Lösung der Placenta	27 = 1,66%	23 = 2,49%	4 = 0,57%
Nachtastung	34 = 2,09%	29 = 3,14%	5 = 0,71%
Placenta praevia	57 = 3,50%	42 = 4,55%	15 = 2,11%
Pathologische Nach- geburtshblutung	193 = 11,85%	142 = 15,40%	51 = 7,22%
Wehenschwäche	92 = 5,65%	55 = 5,96%	37 = 5,24%
Komplikationen	449 = 27,58%	332 = 36,01%	117 = 16,57%
Keine Komplikationen	1179 = 72,42%	590 = 63,99%	589 = 83,43%

mit einem konservativ behandelten Abort in der Vorgeschichte haben weniger als die Hälfte Komplikationen, verglichen mit denen nach aktiv behandelter Fehl-

geburt (16,5 : 36%). Bei den Geburten nach operativ behandeltem Abort war eine manuelle Lösung der Placenta etwa sechsmal so häufig nötig als in der konservativ behandelten Gruppe; eine vorzeitige Lösung der Placenta wurde fast fünfmal so häufig beobachtet, Nachtastungen waren viermal sooft erforderlich, eine Placenta praevia und Nachgeburtsblutungen traten doppelt so häufig auf.

Eine Ausnahme macht lediglich die Wehenschwäche, die in beiden Gruppen mit etwa 5% gleich hoch ist.

Das bedeutet, daß ein operativer Eingriff bei einer Fehlgeburt die Schleimhaut und ihre Regeneration mehr schädigt als die Spontanerledigung des Abortus, und daß die durch den Eingriff gesetzte Schleimhautschädigung die Einnistung des Eies und Lösung der Placenta bei späteren Geburten oft schwer beeinträchtigt. Die muskuläre Insuffizienz des Uterus dagegen, die nach einem Abort oft zurückbleibt und sich bei einer späteren Geburt in Wehenschwäche ausdrückt, ist die Folge anderer Faktoren, wohl in erster Linie die der Infektion; sie ist aber jedenfalls unabhängig von der Therapie.

Daß die Schädigung der Uterusschleimhaut tatsächlich durch die operative Behandlung hervorgerufen wird und nicht andere Ursachen, z. B. Infektion, die Schuld tragen, ist aus der weitgehenden Übereinstimmung der von mir festgestellten Folgen nach operativer Abortbehandlung mit den Erfahrungen der russischen Autoren abzuleiten; denn die letzteren sind vorwiegend an von Ärzten nach allen Regeln der Kunst eingeleiteten und operativ beendeten Aborten gewonnen, bei denen die Infektion eine nebensächliche Rolle spielt.

d) Zahlenmäßig betrachtet, sind die gynäkologischen Spätfolgen noch häufiger als die geburtshilflichen, denn im geburtshilflichen Material sind die vielen Infektionsschäden des Abortes, die eine Erkrankung der Adnexe und damit Sterilität herbeiführen, nicht mit enthalten. Während wir auf der geburtshilflichen Abteilung nur bei 16% der Frauen einen Abort in der Vorgeschichte haben, beträgt diese Ziffer auf der Station der gynäkologisch kranken Frauen über das Doppelte = 38,5%. Der Abort ist also die Ursache vieler gynäkologischer Erkrankungen, die eine Klinikaufnahme erforderlich machen.

Die Schädigungen, die sich an Schleimhaut und Muskulatur des Uterus abspielen, kommen meist in Störungen der Menses zum Ausdruck. Poly- und Hypermenorrhoe sind häufiger als Oligomenorrhoe, Amenorrhoe und Dysmenorrhoe. Sie sind das Analogon der geburtshilflichen Störungen, können aber wegen der geringeren Gefährlichkeit kaum mit jenen verglichen werden. Auch der Fluor, über den viele Frauen nach einem Abort klagen, gehört hierher. Je öfter eine Frau einen Abort durchmacht, um so mehr ist sie von solchen Störungen bedroht. Und auch hier müssen wir feststellen, daß bei operativer Beendigung des Abortes diese Folgen mit größerer Wahrscheinlichkeit auftreten also sonst.

Sehr viel ernster sind alle Schäden zu bewerten, die infolge einer aszendierenden Infektion entstehen, seien sie intra- oder extraperitoneal. Die Bedeutung der chronischen Adnexitiden, der Parametritiden usw. für die Allgemeinheit habe ich bereits angedeutet. Aber auch dies alles tritt zurück gegenüber der dadurch sehr oft bedingten Funktionsausschaltung der beiden Eileiter, die zur Ursache der Sterilität wird.

Von den sekundär sterilen Frauen sind nach den Untersuchungen von G. K. F. Schultze, die ich durchaus bestätigen muß, fast die Hälfte (44%) durch Abort steril, wodurch allein schon die verheerende Wirkung der Fehlgeburt zum Ausdruck kommt.

Die Chance, danach steril zu werden, haben nach seinen Feststellungen nicht weniger als 15% der Frauen mit einer Fehlgeburt. Wahrscheinlich ist diese Zahl zu hoch, da sie auf Grund der Untersuchungen von Frauen, die in der Klinik ihre Fehlgeburt durchgemacht haben, errechnet wurde, und die Klinikaborte mehr kompliziert verlaufende Fälle umfassen als die Hausaborte. Aber selbst, wenn man nur 8—10% Sterilität nach Abort annimmt, würde das bedeuten, daß bei uns 10000—20000 Frauen jährlich infolge Abortes unfruchtbar werden.

Ich brauche nicht zu betonen, daß die fieberhaften und mit anderen Komplikationen verlaufenden Fehlgeburten ein besonders hohes Kontingent zu dieser Zahl stellen, die Abtreibung also auch hierbei als Ursache an erster Stelle steht und sie somit außer an der Tötung der Frucht oft auch an der weiteren Unfruchtbarkeit der Frau schuld ist.

Wir alle kennen die tiefe Tragik, die über dem Schicksal so vieler Frauen waltet, die vorehelich einen gewollten Abort durchmachten, später heirateten, dann nie mehr schwanger wurden und für ihr Leben unglücklich sind.

In ihrer Gefährlichkeit für die Fortpflanzungsorgane der Frau steht somit die Fehlgeburt der Gonorrhoe kaum nach. Daß die operative Behandlung der Fehlgeburt auch hier schlechter abschneidet als die Spontanerledigung, geht aus meinen und zahlreichen anderen Untersuchungen hervor (Rubin, Benthin, Zacherl), was allerdings von Holtz bestritten wird.

Ist die häufige Sterilität nach Abort, wie wir aus der Röntgendarstellung der Tuben wissen, meist durch einen doppelseitigen vollständigen Verschuß der Eileiter bedingt, wird die Tubengravidität zu einer nicht seltenen Folge einer erschweren Passage für das Ei infolge inkompletten Verschlusses. Von unseren 165 letzten Tubengraviditäten hatten 115 Frauen eine Abortanamnese, d. h. 69,6%; also fast doppelt soviel als sonst die gynäkologisch kranken Frauen und viermal soviel als gesunde Frauen. Allein aus dieser Überlegung geht die Bedeutung des Abortes auch für die Entstehung der Extrauterinravidität hervor; bei der Berücksichtigung der Schwere der Erkrankung und der Tatsache, daß die Fertilität der Frau danach oft ebenfalls beeinträchtigt ist, rundet sich das Bild der vielseitigen Schädigungen der Volksgesundheit durch die Fehlgeburt.

Da es mir darauf ankommt, die letzteren herauszustellen, muß ich darauf verzichten, auf viele sonstige körperliche Folgen einzugehen, z. B. die Verletzungen der Genitalien, die Schädigung der Cervix, die Entstehung der Endometriose und vieles andere mehr, wie ich mich auch mit den seelischen Folgen hier nicht befassen kann.

**Das Schuldkonto der Fehlgeburt hinsichtlich der Spätfolgen drückt sich also darin aus, daß etwa 8—10% der Frauen ein für allemal steril bleiben und schätzungsweise weitere 10—15% Störungen erleiden, die sich in einer veränderten und meist als krankhaft empfundenen Funktion der Geschlechtsorgane auswirken.**

Werden die Frauen nach dem Abort wieder gravid, so ist die Wahrscheinlichkeit, daß die Schwangerschaft oder die Geburt mit einer Komplikation einhergeht, bei ihnen doppelt so groß als bei anderen Frauen; mehr als ein Viertel von ihnen muß bei einer späteren Geburt auf eine Störung gefaßt sein.

Wo die Infektion Ursache der späteren Erkrankung ist, lag oft eine Abtreibung vor; diese Fälle werden sich mehr und mehr verringern. Aber auch die spontane Fehlgeburt ist keineswegs ein ungefährlicher Vorgang. Vor allem die an der Schleimhaut des Uterus sich abspielenden gynäkologischen und geburtshilflichen Spätfolgen sind oft damit verbunden.

Die eingeschlagene Therapie, die bisher meist unter dem Gesichtswinkel der Mortalität und frühen Morbidität diskutiert wurde, ist auch hinsichtlich des Auftretens von Spätfolgen von entscheidender Bedeutung. Je konservativer man

vorgeht, um so geringer der Dauerschaden. Die medikamentöse Behandlung des Abortes gewinnt auch aus diesem Grund erhöhte Bedeutung. Natürlich wird man ein operatives Vorgehen, sei es digital, sei es mit der Curette, niemals aus der Abortbehandlung bannen können; dann aber hat sie mit größter Schonung des Uterus und möglichst nicht bei Fieber und Infektion zu erfolgen.

Zum Schluß noch ein Wort über die wirtschaftliche Seite. Allein für Verpflegung in den Kliniken und für Arztkosten werden gewaltige Summen von seiten der Versicherungsträger aufgewendet. Noch im Jahr 1938 wurden z. B. von der Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin rund 287000 RM. für Fehlgeburten allein bei Mitgliedern verausgabt. Eine für Deutschland allgemein gültige Berechnung läßt sich kaum aufstellen, da das für den »Fall« gezahlte Krankengeld in den verschiedenen Städten ganz verschieden ist. Während Kiel auf eine Fehlgeburt nur 20 RM. Krankengeld rechnet, beträgt dieselbe Summe für Berlin etwa 35 RM.

Die klinische Behandlung der Fehlgeburt kommt natürlich teurer als die im Hause, sie beträgt nach Bofinger's Berechnung aus dem Jahr 1936 für Heilbronn etwa 67 RM, gegenüber etwa 37 RM. bei häuslicher Behandlung.

Legt man diese Summen zugrunde, so käme man bei etwa 88000 Anstalts- und 125000 Hausaborten auf eine Summe von 11 Millionen RM. im Jahr.

Doch ist dieser Satz viel zu niedrig, da hierbei noch keine einzige Komplikation einbegriffen ist, die sich im Anschluß an die Fehlgeburt leicht einstellen und die Kosten sofort erheblich erhöhen. Man mag das Richtige treffen, wenn man die Gesamtausgaben für Abort, die Neubauer 1933 bei 660000 Fehlgeburten auf 90 Millionen RM. beziffert, heute mit einem Drittel, etwa 30 Millionen RM., annimmt.

Diese Berechnung soll lediglich zeigen, welche Summen die Allgemeinheit für die Fehlgeburt, und namentlich für die Folgen der Abtreibung, aufbringen muß. Hier gilt das gleiche wie bei allen anderen Krankheiten, daß nicht nur die beste, sondern auch die billigste Art der Behandlung ihre Verhütung ist.

Dieser Bericht, der das Fehlgeburtenproblem von den verschiedensten Seiten beleuchtet, zeigt erstmalig den großen Wandel, der sich in den wenigen Jahren nach dem Umbruch auf diesem Gebiet vollzogen hat. Der Wiederaufstieg unseres Volkes spiegelt sich auch hier klar und durchsichtig wieder. Die Früchte dieser Gesundheit werden bald auf allen Gebieten unseres völkischen Lebens in Erscheinung treten.

---

### Neue Bücher<sup>1</sup>

- ◆ Brock, Joachim, H. Knauer, B. de Budder, J. Becker und K. Klink. *Biologische Daten für den Kinderarzt. Grundzüge einer Biologie des Kindesalters.* Berlin, Julius Springer, 1939. 389 S., 24 Abb. RM. 36.—, geb. RM. 37.20.

Mit dem vorliegenden Band ist das außerordentlich wichtige Werk, dessen Band 1 bereits im Zbl. Gynäk. 1933, H. 1 und dessen Band 2 im Zbl. Gynäk. 1935, H. 10 besprochen wurde, zum Abschluß gelangt. Es behandelt in der Hauptsache den Stoffwechsel, daneben die Biochemie der Körpersäfte, das wichtige Kapitel der Ernährung, die Haut und schließlich die Immunbiologie. Jeder auf dem Gebiet der Kinderheilkunde Arbeitende wird dieses Werk dankbarst begrüßen, er-

<sup>1</sup> Die in diesem Heft besprochenen oder vom Verlag angezeigten Bücher können durch jede Buchhandlung bezogen werden.