

Hermann Hepp:

MÖGLICHKEITEN UND GRENZEN DES MEDIZINISCHEN EINGRIFFS IN DER FRAUENHEILKUNDE UND GEBURTSHILFE

Denken wir über Möglichkeiten und Grenzen des medizinischen Eingriffs in der Frauenheilkunde nach, so sollte zunächst auf eine Tatsache hingewiesen werden, die dieses Fach innerhalb der praktischen Medizin besonders kennzeichnet. Jede Krankheit der Frau wird durch die geschlechtseigentümliche und ganz auf die Fortpflanzung ausgerichtete anatomische und funktionelle Wechselbeziehung in irgendeiner Weise bestimmt. Aus den die Pathogenese wie auch den Krankheitsablauf der Frau in besonderer Weise bestimmenden Wechselwirkungen zwischen Körper und Seele wird deutlich, wie sehr jeder medizinische Eingriff in der Frauenheilkunde schwerwiegende Verantwortung des Arztes fordert. Die Forderung, nach bestem Wissen und Gewissen zu handeln, steht zu Recht über jeder unserer Handlungen und Eingriffe — das Ziel des Eingriffes ist stets der Mensch.

Fragen wir nach neuen Möglichkeiten, die sich uns etwa während der letzten 20 Jahre in Gynäkologie und Geburtshilfe eröffnet haben, so sind hier für die operative Behandlung vor allem die durch die Fortschritte der Anästhesie verringerte Narkosebelastung, durch Antibiotikaschutz herabgesetzte postoperative Infektionsgefahr, durch Antikoagulantien möglich gewordene Embolieprophylaxe und vor allem die durch Plasmaexpander und Blutkonserven ermöglichte Verringerung des operativen Schocks zu nennen³⁸.

Auf ein für die Behandlung in der Gynäkologie wichtiges und bisher wohl zu wenig beachtetes Gebiet machte kürzlich *Picha*²⁴ wieder aufmerksam, indem er auf Störungen in der Sexualfunktion durch gynäkologische Eingriffe hinwies. Er forderte, das Wesentliche nach Operation oder Bestrahlung, zum Beispiel eines Genital-Carcinoms, nicht ausschließlich in der Heilung selbst zu sehen, für die der Patient Sexualstörungen gleichsam als Preis für das durch den Eingriff errettete Leben hinnehmen muß, sondern den Patienten durch besonders taktvolles Vorgehen und ein intensives Eingehen auf jedes einzelne seiner persönlichsten Probleme aus diesen psychischen Notlagen herauszuführen.

Ein weiteres Feld neuer Möglichkeiten eröffnete sich durch die gewaltige Entwicklung der gynäkologischen Endokrinologie. Die synthetische Darstellung der Sexualhormone und die intensive physiologische Grundlagenforschung der Sexualfunktion haben die Möglichkeit erbracht, tief in die zentralen (Zwischenhirn-Hypophysensystem) und peripheren endokrinologischen Regulationsmechanismen einzugreifen.

Zunächst sind die häufig zu beobachtenden Blutungs- und Zyklusanomalien zu nennen, die heute — eine genaue Diagnostik vorausgesetzt — durch rhythmusgerechte Gabe von Oestrogen und Gestagen zu beeinflussen sind. Durch Gabe des Hypophysenhormons Gonadotropin kann die Eireifung eingeleitet und der Eisprung ausgelöst werden. Wirkung und Ablauf dieses tiefgreifenden medizinischen Eingriffs vermögen wir seit der Entdeckung des thermogenetischen Effektes des Gelbkörper-

hormons durch Messung der Basaltemperatur und andere klinisch-diagnostische Verfahren zu beobachten. Stimulation der Ovarien und Basaltemperaturmessung sind auch in den Fällen von Sterilität, deren Ursache in einer funktionellen Störung, d. h. einer regelwidrigen Ovarialfunktion zu suchen ist (20% bis 40%) die Therapie der Wahl. Hier sei eingefügt, daß vor jedem in der Sterilitätssprechstunde durchgeführten diagnostischen Eingriff (Hormonbestimmungen, Pertubation, Hysterosalpingographie usw.) und selbstverständlich vor jedem therapeutischen Eingriff, der Ehemann auf Zeugungsfähigkeit zu untersuchen ist, da, wie nachgewiesen, die Ursache einer sterilen Ehe in etwa 30% bis 50% in der Zeugungsunfähigkeit des Mannes zu finden ist. Hier tut sich zwar eine Grenze auf, indem die Gewinnung des für die Untersuchung notwendigen Samens von moraltheologischer Seite nicht für gut geheißen wird. Es ist aber schwerlich einzusehen, daß ein solcher Eingriff, mit dem Ziel, eine sterile Ehe zu retten, als Masturbation, also in sich schlecht, bezeichnet werden kann.

Eine weitere Ursache einer kinderlosen Ehe sind, wie man heute weiß, in sehr erheblichem Maße spontane Fehlgeburten in Form der sogenannten Abortiveier³⁵. Keimplasmadefekte und eventuell ungünstige Nidationsbedingungen sollen von ursächlicher Bedeutung dieser Frühstamortalität der Embryonen sein²¹. Man glaubt also, daß spontane Fehlgeburten neben organischen mütterlichen Störungen oder Mißbildungen, die vielfach operativ behandelt werden können, und den seltenen Spermaanomalien, vor allem ovulärer Genese (60%—80%) sind.

Wenn es im Einzelfalle auch sehr schwer und oft unmöglich ist, die Ursache der Infertilität festzustellen, so hat doch auch hier die Hormontherapie neue Wege geöffnet. Das Ziel der Hormongabe ist, durch Gabe von Corpus-luteum-Hormon die bestmöglichen Bedingungen zur Nidation des befruchteten Eies in der Gebärmutter zu schaffen. In der Sterilitätssprechstunde findet diese Behandlung immer häufiger prophylaktisch bereits ab dem Zeitpunkt einer möglichen Konzeption Anwendung.

In Fällen von bereits drohender Fehlgeburt wird mit Hilfe des Corpus-luteum-Hormons versucht, durch Ruhigstellung des Uterus das Absterben und die Ausstoßung der Frucht zu verhindern.

Schon diese wenigen Hinweise auf die hormonale Beeinflussung organischer und besonders funktioneller Störungen zeigen neue Möglichkeiten gynäkologischer Therapie. Gleichzeitig aber markieren sich auch neue Grenzen, denn je differenzierter und schwerer überschaubar ein medizinischer Eingriff wird, desto mehr Verantwortung ist geboten.

Man könnte beispielsweise unter Hinweis auf die Tatsache, daß die drohende Fehlgeburt über einen Sauerstoffmangel durch Oxydationshemmung teratogen auf den Embryo wirken kann, jede Behandlung unterlassen, um die nach Abortus imminens in der Frühgravidität statistisch gesicherte erhöhte Mißbildungserwartung nicht zu unterstützen. Andererseits muß man sich aber der Meinung von *Hollstein*¹⁴ und *Mey*²⁰ anschließen, daß der Therapie sogar eine Mißbildungsprophylaxe zukommt, indem ein Sistieren der Blutung und der daraus resultierenden mangelnden Sauerstoffversorgung des Embryos erreicht werden kann.

Wirkungsvoll sind auch die intensiven Bemühungen, durch stete Weiterentwicklung diagnostischer und therapeutischer Verfahren die prä- und postpartale kindliche Mortalität zu senken. Hierzu trägt einmal besonders eine intensive und systematische Schwangerenvorsorge bei, wo die Gefahren für Leben und Gesundheit von

Mutter und Kind rechtzeitig erkannt und möglicherweise abgewandt werden können; daneben ist es durch Entwicklung neuer intrauteriner diagnostischer Eingriffe — wie der Amnioskopie und Amnionpunktion zur Beurteilung des Fruchtwassers, sowie Blutgasanalyse an dem vorangehenden Kindsteil — möglich geworden, Aufschluß über das Befinden des Kindes schon vor und unter der Geburt zu erhalten^{16 32 33 34}.

Bedenkt man weiter, daß heute etwa drei Viertel der Neugeborenen-Todesfälle allein zu Lasten der Frühgeburt gehen, so wird die Bedeutung der Bemühungen auf dem Gebiet der Frühgeborenenaufzucht ersichtlich³⁹. Methoden der mechanischen O₂-Beatmung des Frühgeborenen unmittelbar nach der Geburt, Aufzucht im Inkubator unter günstigsten O₂- und Wärmebedingungen, genau abgestimmte Sonden-ernährung und fortlaufende differenzierte Stoffwechseluntersuchungen erreichten eine Erhöhung der Überlebenschancen, insbesondere bei den Kindern mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g. Von *Harnack*¹⁰ berichtet auf Grund seiner Beobachtungen in den USA, daß von Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht bis 1500 g nach 29 Tagen noch 50% lebten. Hier sind durch weitere Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen Geburtshelfer und Kinderarzt weitere Erfolge zu erwarten. Dennoch, so ermutigend die Erfolge sind, ist die Aufzucht der Frühgeborenen nicht ohne Problematik. Beachtet man die weiteren Angaben von *Harnacks*, daß bei 20,4% der Frühgeburten mit Geburtsgewichten bis 1500 g cerebrale Schäden beobachtet wurden, so zeichnet sich eine Grenze des Möglichen ab. Es gilt hier, eventuell eine schwere Verantwortung zu tragen, da nur selten der Charakter cerebraler Schädigung zu erkennen sein wird und im Einzelfalle ein an sich nicht lebensfähiges Kind künstlich am Leben erhalten wird.

Die nur stichwortartig aufgezeichneten neuen Möglichkeiten und Wege der Medizin zeigten, daß durch unser ärztliches Handeln, gleichsam während wir eingreifen, der Rahmen für unser Tun stets neu gesetzt wird. Es gilt, die durch die Fortentwicklung der Medizin für das ärztliche Handeln entstandene neue Situation stets zu erkennen.

Praktisch zwangsläufig und gleichzeitig mit den Bemühungen um die Senkung der perinatalen Mortalität, der erfolgreichen Behandlung der Infertilität und Sterilität gingen die Anstrengungen um einen wirksamen Ersatz für die dabei immer erfolgreicher zurückgedrängte „natürliche“ Regelung der Bevölkerungszunahme einher. D. h., z. B. parallel mit der Erforschung der hormonalen Stimulationstherapie zur Behandlung einer ovariellen Sterilität liefen die erfolgreichen Forschungen auf dem Gebiet der hormonalen Regelung und Unterdrückung der Ovulation.

Hormonale temporäre Ovulationshemmung

Mit den synthetischen und oral wirksamen Oestrogen-Gestagen-Misch-Präparaten (Anovlar, Enovid, Lyndiol, Ovulen etc.) ist es erstmals möglich geworden, bei täglicher Einnahme der Präparate vom 5. bis 25. Zyklustag über eine Bremsung der Zwischenhirnhypophysen-Funktion Follikelreifung und Ovulation absolut zuverlässig zu unterdrücken. Seitdem ist die Diskussion um die „Pille“ nicht mehr verstummt. Es soll hier bewußt nicht die ganze Problematik einer Geburtenkontrolle durch hormonale Antikonzption, oder wie vielfach auch benannt, hormonale Sterilisation, aufgerollt werden. Auch soll hier nicht in aller Ausführlichkeit über die viel-

fältigen medizinischen Möglichkeiten und Indikationen der Pille diskutiert werden. Lediglich in bezug auf den durch Gabe dieser Hormone gesetzten Eingriff seien hier einige Gedanken erlaubt.

Die moraltheologische Diskussion

Zunächst ist festzuhalten, daß mit der Entdeckung der Hormon-Tablette eine Methode gefunden war, welche im Gegensatz zu den früher örtlich anzuwendenden mechanischen oder chemischen Verhütungsmitteln den Vollzug des ehelichen Aktes — das opus hominis — unberührt läßt und lediglich in die natürlichen Folgen des Aktes — das opus naturae — eingreift. Hier ist die Frage zu stellen, ob, wie *Fuchs* behauptet, die Ausrichtung auf Zeugung wesentlich zur inneren Sinn- und Zielhaftigkeit der geschlechtlichen Begegnung gehört und das Zusammenwirken von opus naturae und opus personae so eng ist, daß ein Eingriff in den physiologischen Ablauf der Funktionen des Aktes bei Wahrung des ehelichen Aktes selbst, den Sinngehalt der ehelichen Vereinigung in unerlaubter Weise stört und pervertiert^{27 8 9} — Das hieße aber doch, den Wert des ehelichen Aktes für die Ehe selbst, losgelöst vom Ziel der Fruchtbarkeit, wie natürlicherweise während Schwangerschaft, Stillzeit, Klimakterium und bei periodischer Zeitwahl während der zweiten Zyklushälfte, leugnen.

Im Bemühen um eine Lösung dieser differenzierten Frage findet *Reuss* hier einen Ansatz seiner Argumentation²⁹. Er zeigt auf, daß mit der Zeitwahl die Ehegatten gerade den Vollzug einer sterilen Vereinigung intendieren. „... Die absolute sittliche Unerlaubtheit eines jeden Eingriffes in biologisch-physiologische Gegebenheiten und Abläufe, die mit der Zeugung in Zusammenhang stehen, ließe sich nur dann behaupten, wenn feststünde, daß im Zielgefüge der copula (finis operis) das Zeugungsziel die copula so grundlegend spezifizierte, daß es jedem anderen finis operis übergeordnet wäre. Das steht aber nicht nur nicht fest, sondern ist mit der sittlichen Erlaubtheit der Zeitwahl unvereinbar³⁰.“

Aus schwerwiegenden Gründen käme demnach einem kontrazeptiven Eingriff in den physiologischen Ablauf, der die Vereinigung selbst unangetastet läßt, keine absolute sittliche Unerlaubtheit zu. Es ist, bei Anerkennung der Tatsache, daß das Zeugungsziel die eheliche Vereinigung nicht absolut spezifiziert, für einen Eingriff, der ausschließlich auf das opus naturae des Aktes ausgerichtet ist, keine Ausnahmestellung gegenüber anderen medizinischen Eingriffen abzuleiten.

Nicht ohne Bedeutung für die Diskussion ist die im Zusammenhang mit den Vergewaltigungen im Kongo von einigen römischen Moraltheologen getroffene Entscheidung, daß wie *Fuchs*⁷ referiert, „die Unerlaubtheit direkter Sterilisierung sich nur auf die Unfruchtbarmachung freiwilligen (!) Geschlechtsverkehrs bezieht“. Das besagt, daß eine Frau in berechtigter Verteidigung ihres Körpers einem Angreifer gegenüber die Fortpflanzungsfunktion ihres Organismus durch Antikonzeption unterbrechen darf. Dies ist eine Entscheidung, die, so meine ich, auch einmal innerhalb einer Ehe Geltung erhalten kann.

Nach diesem Hinweis auf die moraltheologische Diskussion soll im folgenden mit einer ausschließlich medizinischen Argumentation versucht werden, zu zeigen, daß ein Eingriff in das opus naturae zum Zwecke der Empfängnisverhütung nicht unbedingt ein Akt wider die Natur sein muß.

Natürliche Regulationsmechanismen zur Verhinderung einer Schwangerschaft

Es lassen sich im Leben der Frau physiologische Regulationsmechanismen mit eindeutig antikonzeptionellem Prinzip aufzeigen, die praktisch immer natürliche Abwehrreaktionen des Organismus gegen zeitweilige und zeitbedingte Überforderung darstellen³⁶. Eine solche Abwehrreaktion ist die physiologische Sterilität durch hormonale Unterdrückung der Ovulation während der Laktationszeit. Nun gelingt es heute immer seltener, eine volle Laktation post partum zu erreichen, und außerdem scheint auch während des Stillens die Fähigkeit verloren, ausschließlich zugunsten der Versorgung des Neugeborenen durch optimale Stilleistung auf die Fortpflanzungsfunktion zu verzichten. Diesen so sinnvollen Ruhezustand der Ovarien nach einer Geburt zu erhalten oder wiederherzustellen, liegt, so meinen wir, in der Richtung der natürlichen Funktion des Organismus selbst und ist, so gesehen, eine therapeutische und nicht im eigentlichen Sinne antikonzeptionelle Sterilisierung. Es handelt sich hier zwar um einen ärztlichen Eingriff im Sinne einer direkt gewollten Unfruchtbarkeit, die jedoch von der Natur selbst angestrebt wird oder, wie *Fuchs* formulierte: „... um die künstliche Herbeiführung einer von der Natur selbst gewollten Sterilität und Ruhezeit des mütterlichen Organismus⁷.“

Diese teleologische Unterstellung eines antikonzeptionellen Prinzips als natürliche Abwehrmaßnahme des Körpers läßt sich vielfach aufzeigen. Auf Notstände aller Art reagiert der weibliche Organismus sehr oft mit einer, wie treffend bezeichnet, Notstandsamenorrhoe. Diese Reaktion kennzeichnet nicht so sehr einen pathologischen Vorgang als vielmehr eine Schutzmaßnahme des Körpers gegenüber dem Notstand³⁷: zugunsten der Erhaltung des Individuums selbst, wird in bestimmten Notfallsituationen auf die Erhaltung der Art, d. h. auf die Fortpflanzungsfunktion, verzichtet.

Diese bei schweren Krankheitszuständen von der Natur normalerweise gegebene Schutzmaßnahme gegen eine Empfängnis wird nun vielfach durch moderne chirurgische und medikamentöse Eingriffe unterbrochen und der weibliche Organismus somit der Möglichkeit einer Empfängnis zu einem Zeitpunkt ausgesetzt, da diese für die noch kranke Frau eine schwere, wenn nicht lebensgefährliche Belastung bedeutet. So wird beispielsweise der Diabeteskranke seit Einführung des Insulins in die Therapie des Diabetes auf eine bestimmte Insulinmenge „eingestellt“, ohne dabei von seinem Leiden geheilt zu werden. Gleichzeitig wird aber durch diese immer exakter durchführbare Steuerung der Zuckerstoffwechsellage die dem Notstand entsprechende Ovarruhe im Sinne einer physiologischen Abwehrreaktion des zwar „eingestellten“ aber immer noch kranken Organismus abgeschwächt oder gar verdrängt. Das heißt, eine Gravidität bei einer Diabetikerin ist heute kein seltenes Ereignis mehr. Die Gefahr einer schweren Stoffwechsellage während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, ganz abgesehen von den bei Diabetikerinnen vermehrt beobachteten Mißbildungen Neugeborener, bleibt jedoch bestehen. Ausschließlich auf die Stoffwechsellage ausgerichtete Therapie kann also sehr einseitig und unvollkommen sein, wenn dabei gleichzeitig natürliche Abwehrmechanismen des Körpers verdrängt werden.

In gleich eindrucksvoller Weise läßt sich das zum Beispiel für die Tuberkulose aufzeigen. Auch hier reagiert der weibliche Organismus, je nach individueller Reak-

tionslage, mehr oder weniger stark ausgeprägt mit einer ovariellen Insuffizienz im Sinne einer natürlichen Anpassung an den gegebenen Notstand. Hier vermag moderne tuberkulostatische Therapie diese natürliche Abwehrreaktion ebenfalls vor völliger Ausheilung des Grundleidens zu durchbrechen.

Unsere Folgerung aus diesen Beobachtungen ist, daß eine Therapie, welche bei schweren konsumierenden Krankheiten, wie z. B. auch beim Carcinom, in einseitiger Ausrichtung natürliche Abwehrmechanismen mehr zurückdrängt als diese aktiviert, unvollkommen und inkonsequent ist. So gesehen, ist ein Eingriff in die Ovarialfunktion zum Zwecke der Ovulationshemmung zu Zeiten schwerer Krankheit, in denen Sterilität von der Natur selbst intendiert wird, eine funktionelle und ergänzende Behandlung im Sinne natürlich gegebener Beispiele.

Eine solche direkte Sterilisierung durch hormonalen Eingriff aus therapeutischer Konsequenz und um eines therapeutischen Zieles willen, halten wir aus strenger medizinischer Indikation für dringend notwendig und voll gerechtfertigt, auch wenn dadurch keine unmittelbare Heilbehandlung gegeben ist. Ein Eingriff, auch mit dem Ziele direkt gewollter Unfruchtbarkeit, muß also nicht wider die Natur und damit widersittlich sein, sondern liegt sehr oft im Sinne einer Abwehrreaktion in Richtung der Natur selbst.

Abschließend sei noch die Frage gestellt, ob ein Eingriff durch ein ovulationshemmendes Hormon, das weder ein Organ noch die Eizelle zerstört, sondern ausschließlich eine Funktionsruhe der Ovarien — wie natürlicherweise während der Schwangerschaft — bewirkt, als Sterilisation zu bezeichnen ist?

Wenn hier in voller Absicht nicht auf das ganze Problem der Geburtenregelung eingegangen wurde, sondern die Frage nur aus der Sicht des auf die Gesamtfunktion des menschlichen Organismus ausgerichteten ärztlichen Eingriffes erläutert wurde, so soll doch noch betont werden, daß durch die Möglichkeit der hormonalen Ovulationshemmung aus vielerlei *und* auch medizinischen Gründen noch keineswegs eine befriedigende Lösung gefunden ist. Fernziel sollte sein, den Zeitpunkt der Ovulation durch Entwicklung einer exakten Methode schon 1 bis 2 Tage vorausbestimmen zu können oder an einem selbst gewählten Zyklustag herbeizuführen. Dabei könnte durch die Fortentwicklung der Medizin manches heute noch umstrittene Problem überholt und bedeutungslos werden, was aber nicht besagt, daß derzeit jede medizinisch-theologische Diskussion überflüssig wäre. Es geht stets und immer von neuem in der jeweiligen Situation um die rechte Interpretation der aufgestellten Normen und ihre Begründung.

Chirurgische Sterilisation

Die oben angeführten Gedanken über eine hormonale und damit temporäre Antikonzeption bzw. Sterilisierung haben zu zeigen versucht, daß eine medizinische Indikation zur hormonalen Ovulationshemmung oft nur im Blick auf die Gesamtfunktion des Organismus begründet werden kann, dabei aber oft zwingend gegeben ist. Diese Betrachtungsweise setzt sich auch für die irreversible chirurgische Sterilisation aus strenger medizinischer Indikation immer mehr durch. Damit ist nicht gemeint, daß das Problem des ärztlichen Eingriffs zur irreversiblen Unfruchtbarmachung durch

Tubenligatur oder Tubenresektion unter dem Gesichtspunkt der Antikonzeption zu betrachten wäre. Hier stellt sich primär die Frage, ob und inwieweit der dem Arzt anvertraute Patient ein freies Verfügungsrecht über seinen Leib besitzt. Wie für jeden medizinischen Eingriff ist dem Menschen dieses Recht stets eigen, wenn, wie Pius XII. in einer Ansprache 1950 sich ausdrückt, „das Verbleiben oder die Tätigkeit eines einzelnen Organs im ganzen Organismus einen ernsthaften Schaden verursacht oder eine Bedrohung darstellt“²⁷. Außerhalb aller Bedenken stehen demnach alle unmittelbar therapeutischen Eingriffe am Genitalsystem. Hierbei läßt nach oben angeführtem Zitat nicht nur das kranke Organ (z. B. Hydrosalpinx, Haematocele, Pyosalpinx), sondern auch die gestörte Gesamtfunktion einen Eingriff zur Heilung zu. Aus dieser Sicht der kranken Funktion hat Böckle³ mit Bezug auf die Ansprache Pius XII. die Problematik der chirurgischen Sterilisation aufgegriffen. Ist die Funktion selbst krank, folgert Böckle, „so kann die Ausschaltung einer a natura havarierten Funktion, die ihr naturgesetztes Ziel nicht mehr erreichen kann, kaum mehr als Zerstörung der Funktion angesehen werden. Wenn bei einer Frau die Fortpflanzungsfähigkeit im Genitalsystem so gestört ist, daß für die weitere Zukunft mit Sicherheit nicht mehr mit einem lebensfähigen Kind gerechnet werden kann, so bedeutet die Ausschaltung der so havarierten Funktion keine willkürliche Zerstörung, sondern eine direkte Therapie am Genitalsystem. Es wird nicht mehr die Fortpflanzungsfähigkeit, sondern lediglich eine sinnlos gewordene Konzeptionsfähigkeit ausgeschaltet, um andere Funktionen der Geschlechtlichkeit zu erhalten“ — oder, wie Faber⁶ sich ausdrückt — „um die leibliche Begegnung in ihrem psycho-physischen Individualsinn zu erhalten“. —

Wann im Einzelfall diese Situation gegeben ist, kann auch bei verantwortungsbewußter Beurteilung sehr schwer zu entscheiden sein. Als Beispiele führt Böckle den Zustand nach x-ter Sectio mit der Gefahr einer Uterusruptur und Fälle konservativer Behandlung von Prolapsen an. Damit ist durch Böckle erstmals gedanklich formuliert, was in der ärztlichen Praxis seit langem als in jeder Weise vertretbar erachtet wird. Eine Resektion der Tuben nach 3. Sectio wird als Sterilisierung im Rahmen von Heilmaßnahmen zur Funktionsausschaltung des durch die dreimalige Sectio narbengeschwächten und rupturgefährdeten Uterus angesehen, ebenso die Sterilisierung bei Interpositio uteri vesico-vaginalis und Exohysteropexie als plastische Operationen²³.

Der therapeutische Eingriff könnte in all diesen Fällen stets auch auf das geschädigte Organ selbst ausgerichtet sein. Nur um den operativen Eingriff nicht zu erweitern, wird z. B. nach 3. Sectio auf die Exstirpation des kranken Uterus selbst verzichtet und statt dessen durch Resektion der Tuben seine auf Fortpflanzung ausgerichtete Funktionsausschaltung bewirkt.

Als weiteres Beispiel führt Böckle schließlich noch extreme Fälle von Rhesusinkompatibilität an, wo bei Homozygotie des Ehepartners nach wiederholten Totgeburten mit einer Lebendgeburt nicht mehr gerechnet werden kann. Hier wird allerdings die Anwendbarkeit des auf einer „a natura havarierten Funktion“ beruhenden Prinzips zweifelhaft, da die Frau bei eventuell erneutem Eheschluß mit einem rh-negativen Partner oder bei Heterozygotie dieses Ehemannes durchaus ein lebendes, gesundes Kind gebären kann. Außerdem zeigen jüngste Ergebnisse von Preisler²⁸ aus unserer Klinik, daß auch nach wiederholten Totgeburten mit einer intensiven Cortisontherapie während der Schwangerschaft (ab 13. bis 15. Schwangerschaftswoche) und sofort

nach der Geburt erfolgter Blutaustauschtransfusion des Kindes ein Überleben der Kinder in über der Hälfte der Fälle erreicht werden kann. Diese über einen so langen Zeitraum sich erstreckende Prophylaxe mit Cortison bedarf selbstverständlich sorgfältigster ärztlicher Beobachtung und Betreuung. Zurückhaltung in der Indikationsstellung zur Sterilisierung auch in schweren Fällen von Rh-Inkompatibilität ist aus dargelegten Gründen zumindest zu raten.

Anders als bei einem sterilisierenden Eingriff im Rahmen von Heilmaßnahmen im oben dargelegten Sinne zeigt sich die Problematik bei der sogenannten prophylaktischen Sterilisation.

Die medizinische Indikation erstreckt sich hierbei praktisch auf alle schweren Erkrankungen, die unter der Schwangerschaft das sehr ernstere Problem, das der Tötung der Frucht, aufdrängen, „und die unter Berücksichtigung des heutigen Standes unseres Wissens einer Heilung oder einer Besserung, die das Austragen einer Schwangerschaft zu einem späteren Zeitpunkt ohne Gefahr möglich machen würde, nicht zugänglich sind“¹⁵.

Es handelt sich dabei stets um einen Eingriff in ein gesundes Organ bzw. in eine an sich gesunde Fertilität. Das oben angeführte Prinzip kann hier also keine Anwendung und damit der Eingriff der direkten Sterilisierung keine Rechtfertigung finden, da die Gefahr für die Mutter nicht in einer gestörten Funktion der Fortpflanzungsorgane selbst, sondern in einer möglichen Schwangerschaft liegt, die die erkrankten Organe (z. B. Herz, Niere usw.) bedrohen könnte. Es ist leicht einzusehen, daß der Arzt in der Praxis nicht selten mit Grenzfällen konfrontiert ist, in denen es für ihn sehr schwer, wenn nicht unmöglich ist, zu entscheiden, ob das eine oder andere Prinzip auf einen bestimmten Fall zutrifft. In vielen Fällen könnte meines Erachtens die in Zusammenhang mit der hormonalen Antikonzeption aufgezeigte Situation gegeben sein, in der eine „Sterilisierung auf Zeit“, wenn auch nicht als unmittelbare Therapie, so doch im dargelegten Sinne als konsequente Behandlung anzusehen ist.

Es ist vor allem immer zu bedenken, daß ernstlich die Gesundheit und das Leben der Frau bedrohende Erkrankungen möglicherweise durch eine mit allen Risiken verbundene Sterilisationsoperation verschlimmert werden könnten und zu einem späteren Zeitpunkt nach erfolgter Behandlung und Besserung des Grundleidens keine medizinische Indikation zur operativen Sterilisierung mehr darstellen.

Das eben Gesagte trifft in besonderer Weise für die von der Ärzteschaft immer häufiger in die Diskussion gebrachte medizinisch-soziale Indikation zu, die eine Weiterfassung der rein medizinischen Indikation darstellt und neben dem eigentlichen Organleiden die allgemeine körperliche Hinfälligkeit in der jeweiligen sozialen Familiensituation mitberücksichtigt sehen will.

Aus strenger medizinischer Indikation wird aber im Einzelfalle sicher immer wieder auch die chirurgische Sterilisierung durchgeführt werden müssen, wenn mit Rücksicht auf das Leben der Mutter das Risiko eines Versagens der Antikonzeption nicht eingegangen werden kann.

Bei Befürwortung der rein sozialen Indikation zur operativen Sterilisation würde es sich nach *Bickenbach*² um nichts weiteres handeln als um eine Methode der Geburtenregelung. Die endgültige Sterilisation als Mittel der Geburtenregelung kann aber ärztlicherseits niemals gerechtfertigt werden. Wenn dennoch gelegentlich die Tubenresektion mit dem Argument, die Antikonzeption werde von den Patien-

tinnen unregelmäßig und unzuverlässig gehandhabt, durchgeführt wird, so ist dies Ausdruck falsch verstandener ärztlicher Verantwortlichkeit. Eine solche Einstellung führt den Arzt in eine Zone, in der er sich schließlich bei Anerkennung des absoluten Verfügungsrechtes des Menschen über Leib und Leben in seinen Entscheidungen zum ärztlichen Eingriff den Wünschen des Patienten unterwirft. Das Ziel zeichnet sich ab. Nur so konnte *Dohrn* schließlich auch die Zerrüttung einer Ehe durch Angst vor Schwangerschaft der von ihm neu geschaffenen „ärztlich-ethischen Indikation“ zuordnen. Dieser Einstellung entspricht auch das von *Dohrn* im überfüllten Auditorium maximum dieser Universität verkündete Postulat: „Nicht Geburtenkontrolle, sondern die Fruchtbarkeit zu mäßigen ist das letzte Problem.“

Der Freispruch im *Dohrn*-Prozeß — dies sei zur juristischen Seite der Sterilisation noch bemerkt — erfolgte, da es keine deutsche Strafvorschrift mehr gibt, die eine freiwillige Sterilisierung mit Strafe bedroht. Im Schlußsatz der Urteilsbegründung des Bundesgerichtshofes vom 27. 10. 1964 wird betont, daß der Senat nicht darüber zu befinden habe, „ob die Eingriffe des Angeklagten im Sinne des § 226a StGb gegen die guten Sitten verstießen. Er hatte auch nicht zu der Frage Stellung zu nehmen, inwieweit derartige Sterilisierungen der ärztlichen Standespflicht widersprechen. Das ist Sache der zuständigen ärztlichen Gremien“¹². Dieses Urteil steht noch aus.

Es ist zu wünschen, daß durch eine eindeutige, für alle Bundesländer gültige gesetzliche Regelung der Frage der Sterilisation die gegenwärtige Gesetzeslücke geschlossen und damit die allgemeine Rechtsunsicherheit aufgehoben wird.

Interruptio

Über dieses wohl heikelste Thema gibt es an sich nichts Neues zu sagen oder zu diskutieren. Dennoch soll und kann es bei einem Gespräch über die Problematik des medizinischen Eingriffs in der Frauenheilkunde nicht ausgeklammert bleiben. Denn nicht nur der Arzt als Ausführender des Eingriffes ist dabei in seiner ganzen Verantwortung gefordert, sondern jeder Arzt kann irgendwann, ob Antragsteller oder Gutachter, als Teilnehmer mitverantwortlich werden. Dies sei vorweg besonders betont, da mancher katholische Arzt für sich das Problem der *Interruptio* ganz einfach dadurch zu lösen glaubt, daß er die Patientin über eine Gutachterstelle der Staatlichen Klinik übergibt — so, als wirkten dort Ärzte, die für ihr Handeln weniger verantwortlich sind. Das aber ist eine unerträgliche Zumutung. Ablehnen einer Schwangerschaftsunterbrechung, gleich aus welchen Gründen, bedeutet für den Arzt Pflicht zur Hilfe durch persönlichen Einsatz. Wie viele Schwangerschaftsunterbrechungen durchgeführt — oder präziser ausgedrückt — Schwangerschaften vorzeitig beendet werden, ist zunächst nicht vom Operateur, sondern vom antragstellenden Arzt und Gutachter abhängig.

In der Frage der *Interruptio* wird entscheidend, wo wir als Ärzte die Maßstäbe für unser Handeln finden. Können wir sie alleine in der Medizin finden?

Für jeden Arzt und auch für den christlichen Arzt erwächst die Grenze zunächst aus dem naturrechtlichen Satz, daß es nicht erlaubt ist, unschuldiges Menschenleben zu töten, auch dann, wenn durch den Eingriff ein anderes Leben gerettet werden kann. Diese Aussage entspricht der kirchlichen Lehre, die Pius XII. so formulierte:

„Das schuldlose menschliche Leben, ganz gleich in welchem Zustand es sich befindet, ist vom ersten Augenblick seiner Existenz an jedem direkten absichtlichen Angriff entzogen. Dies ist ein Grundrecht der menschlichen Persönlichkeit und nach christlicher Lebensauffassung von allgemeiner Gültigkeit²⁷“.

Die entscheidende Frage also, die im Laufe der Geschichte immer wieder gestellt wurde, war die nach dem Zeitpunkt der Geistbeseelung des Menschen, denn Voraussetzung für die Unantastbarkeit auch des keimenden Lebens ist, daß es bereits Leben einer menschlichen Person, also eines geistbeseelten Lebens ist¹². *Mitterer* hat diese Frage in einer eingehenden Studie behandelt²¹. Er zeigte auf, daß nach der Lehre *Thomas' von Aquin* die Geistbeseelung des Menschen erst am Ende der embryonalen Menschwerdung erfolgt. In Anlehnung an die damalige Lehre der Erzeugungsbiologie, nach der embryonale Menschwerdung eine Reihenfolge von Anorganismen und Organismen war, entwickelte *Thomas* die Lehre von der Successivbeseelung. Diese Lehre, obgleich von *Albertus Magnus* abgelehnt und als widersinnig angeprangert, wurde im kanonischen wie im zivilen Recht aufgenommen und brachte folgerichtig sehr viel mildere Strafen für eine Abtreibung in den ersten Monaten der Schwangerschaft mit sich¹¹.

Die Ablösung der Erzeugungsbiologie durch die heute gültige Entwicklungsbiologie — homo est, qui futurus est — brachte schließlich durch die medizinische Forschung Fakten, welche die Entwicklung der katholischen Lehre, die Geistbeseelung stehe am Anfang und nicht erst am Ende der Embryonalzeit, sinnvoll unterstützte. Im Gegensatz zu jener früher aufgestellten Theorie ist die heute gesicherte Tatsache von entscheidender Bedeutung, daß der Embryo von Anfang an lebt. Das keimende Leben ist ein spezifisches Leben. Niemand streitet heute mehr ab, daß der Beginn des individuellen Lebens mit der Vereinigung von Ei und Sperma einsetzt. „Wer es (jedoch) nicht für sicher hält“, sagt *Hirschmann*, „welche der anthropologischen Theorien über den ‚Augenblick der Menschwerdung‘ die richtige ist, wird auch durch das 5. Gebot verpflichtet, einen Eingriff zu unterlassen, der möglicherweise ein direkter Eingriff in keimendes Leben einer bereits bestehenden menschlichen Person ist¹³“.

Einwände gegen die Unantastbarkeit des Lebens im Mutterschoß basieren einmal auf der Vorstellung, man könne der schwerkranken Mutter Notwehrrecht zubilligen. Notwehr setzt aber einen ungerechten Angreifer voraus, der die Mutter in ihrem Lebensrecht aktiv bedroht. Aus dieser Argumentation des Notwehrrechtes wie auch aus der Berufung auf einen außerordentlichen Notstand spricht die Meinung, die Schwangerschaft sei eine Komplikation der Krankheit. *Lexner* und *Eymer*¹⁷ verneinen dies ausdrücklich und fügen hinzu: „Die Krankheit ist eine Komplikation bei der zufällig schwangeren Frau“. Die Behandlung der komplizierenden Krankheit ist also stets die primäre Aufgabe, zumal, da die Schwangerschaftsunterbrechung niemals eine Krankheit heilen, sondern dem Organismus nur die zusätzliche Belastung durch die Schwangerschaft nehmen kann²⁴. Ist aber die Erfolglosigkeit aller Behandlungsmethoden nach exakter Diagnosestellung und klinischer Beobachtung erwiesen und wurde auch die Prognose ernsthaft in alle Überlegungen mit einbezogen, so kann sich auch heute noch bei allem Fortschritt der Medizin dem Arzt die furchtbare Alternative stellen: Sterbenlassen zweier Menschen oder Tötung eines Menschen.

Dieser schweren Konfliktsituation sieht sich der Arzt bei dem gegenwärtigen Stand

der Medizin und bei gewissenhafter Beachtung der angeführten Vorbedingungen zur exakten Indikationsstellung immer seltener gegenüber. Ist dennoch in einer derartigen Konfliktsituation eine Entscheidung gefordert, — wobei die letzte Verantwortlichkeit immer dem Gynäkologen zufällt — so glaube ich nicht, daß der gewissenhafte Arzt das Problem, wie immer wieder angenommen wird, auf dem Wege über die „Güterabwägung“ löst. Er vermag in Wirklichkeit nach Versagen aller Behandlungsversuche einfach nicht die tragische Situation anzunehmen und die innere Not zu ertragen, daß durch noch längeres konservatives Verhalten beide ihm anvertraute Menschenleben in ernste Lebensgefahr geraten oder gar sterben. Sein Eingriff gegen die Frucht und nicht gegen die Mutter, ist auf das medizinisch Mögliche, die Rettung wenigstens eines Menschenlebens ausgerichtet und entspringt nicht wertenden Überlegungen. Voraussetzung ist natürlich, daß nicht nur Gesundheit oder Leistungsfähigkeit, sondern das Leben der Mutter gleichsam als Äquivalent dem Leben des Kindes gegenüber in ernster Gefahr ist. Gewiß kann und soll dies keine Argumentation für den Eingriff sein, da ja die Erhaltung eines Lebens um den Preis des direkten Angriffs auf ein anderes Leben keine Pflicht sein kann. Wer aber vermag in einer solchen Konfliktsituation über die Handlungsweise eines gewissenhaften Arztes das Urteil „schuldig“ zu sprechen? In Anerkennung dieser Not konnte *Egenter* in seiner Antwort an *Martini* sagen: „Wenn wir bedenken, daß das Gewissenserlebnis sich nicht in einem nüchternen Vernunftschluß erschöpft, sondern ein komplexes Erleben ist, bei dem Impuls und Gefühle eine entscheidende Rolle spielen, so mag es als möglich erscheinen, daß der Arzt in der furchtbaren ‚Enge‘ seiner Situation bei allem klaren Grundsatzwissen die rechte Gewissensentscheidung psychologisch einfach nicht vollziehen kann, und in seiner inneren Qual sich zur Beseitigung der Leibesfrucht entschließt¹⁸“.

Es ist zu wünschen und mit aller Kraft anzustreben, daß in Zusammenarbeit aller medizinischen Fachdisziplinen durch Verbesserung der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten für den Arzt bald schon keine Situation mehr entsteht, in der ihm eine Interruptio „medizinisch indiziert“ erscheint. Beispielhaft für eine solche Entwicklung dank der Fortschritte der Medizin ist die Tatsache, daß durch die Möglichkeiten der Thoraxchirurgie, der Chemotherapie und die Aufhebung der Behauptung, die Gravidität habe einen verschlimmernden Einfluß auf die Lungen-Tuberkulose, sich in den letzten 20 Jahren die konservative schwangerschaftserhaltende Behandlung der Lungen-Tuberkulose in der Gravidität immer mehr durchgesetzt hat. Ähnlich erfolgreich konnte auch durch die moderne Herzchirurgie das früher nach der Lungen-Tuberkulose aktuellste Indikationsgebiet der Herzerkrankungen eng begrenzt werden. Erst im vergangenen Jahr war es z. B. durch Zusammenarbeit der hiesigen Kliniken gelungen, eine 27jährige Patientin, bei der im November 1962 wegen totalen atrioventrikulären Blocks (Herzkammerfrequenz zwischen 35 und 45 Schlägen in der Minute) ein künstlicher Schrittmacher implantiert worden war und dessen Impulsgeber wegen vorzeitigen Nachlassens der Batteriespannung im September 1963 während der 3. Woche des 2. Schwangerschaftsmonats ausgewechselt werden mußte, nach normalem weiterem Schwangerschaftsverlauf komplikationslos von einem 6 Pfd. schweren gesunden Knaben mit Hilfe der Vakuumextraktion zu entbinden⁵.

Wengleich unbestritten ein nicht geringer Teil früher geltender Indikationen zur Interruptio nicht mehr besteht, so können leider auch heute noch Krankheits-

bilder, wie etwa die maligne Nephrosklerose, die schweren Fälle der vaskulären Form der Glomerulonephritis, sowie die chronische Glomerulonephritis mit nephrotischem Einschlag, die dekompensierte Mitralstenose nach Valvulotomie oder auch die Kombination verschiedener Erkrankungen wie z. B. Diabetes und Glomerulonephritis etc. medizinisch eine Indikation zur Interruptio darstellen.

Vor einem so folgenschweren und zerstörenden Eingriff ist aber immer zu bedenken, daß der ärztliche Eingriff keine eigentliche Heilbehandlung ist, sondern durch Beseitigung der Schwangerschaft evtl. nur die Therapie des Grundleidens begünstigt werden kann. Nachdenklich müssen insbesondere Statistiken auf Grund von Nachuntersuchungen stimmen, die ergeben, daß im allgemeinen durch die Ablehnung der Schwangerschaftsunterbrechung keine ernstlichen Folgen entstehen, andererseits der Eingriff nicht zu der erhofften Besserung des Grundleidens führt. Dem entsprechen auch die jüngst von *Muth* und *Engelhardt* in ihrem Buch „Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisation in neuerer Sicht“ veröffentlichten Ergebnisse aus dem Einzugsgebiet der Gutachterstellen Münster und Dortmund: Von 150 Patientinnen, bei denen eine Schwangerschaftsunterbrechung durchgeführt worden war, verschlechterte sich in 17% das Grundleiden und 33 Patientinnen (= 21%) waren ihrem Grundleiden sogar erlegen. Andererseits sind von 87 Patientinnen der gleichen Untersuchungsreihe nach abgelehntem Antrag auf Interruptio 6 Patientinnen (= 7%) verstorben, deren Tod jedoch nachweislich unabhängig vom Gestationsprozeß als Folge der Grunderkrankung eingetreten war, so daß auch die Unterbrechung der Schwangerschaft zu keiner Besserung des Leidens bzw. der Prognose geführt hätte²³. Bei einem solchen medizinischen Vergleich über Wert oder Unwert der Schwangerschaftsunterbrechung ist es naturgemäß sehr schwierig, eine klare Aussage zu machen. Es kommt in jedem Falle auf die Ausgangssituation an, in der der Eingriff vorgenommen oder abgelehnt wurde. Von größerem Aussagewert sind zweifellos die Nachforschungen über den weiteren Krankheitsverlauf nach genehmigter, von der Patientin aber verweigerter Ausführung der Interruptio.

Nicht unerwähnt bleiben darf die Tatsache, daß auch heute noch bei allem Fortschritt der operativen Medizin eine unmittelbare Gefährdung der Patientin durch den Eingriff selbst gegeben sein kann. Vor allem droht immer die Gefahr der Uterusperforation, der schweren Blutung, der Peritonitis und der postoperativen Embolie. Auf die psychischen Schäden — vor allem die Gefühle der Insuffizienz und der Schuld — hat *A. Mayer* eindringlich hingewiesen¹⁹.

All diese Tatsachen lassen verstehen, daß *Naujoks* seinen 1954 im Auftrag des Präsidiums des Deutschen Ärztetages veröffentlichten „Leitfaden der Indikationen zur Schwangerschaftsunterbrechung“ mit der ernststen Mahnung abschließt, mit dem Abortus artificialis sehr zurückhaltend zu sein: „Die Schwangerschaftsunterbrechung ist nicht nur eine höchst unsichere Maßnahme bei Komplikationen der Gravidität, sondern sie bringt auch direkte Gefahren mit sich“²⁴.

Nach diesen Überlegungen braucht auf die soziale Indikation zur Interruptio nicht eingegangen zu werden. Es ist offenbar, daß sozialer Notstand niemals Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung sein kann. Not kann immer nur eine Indikation zu sozialer Hilfe sein⁴. Dies aber ist Aufgabe des Staates und nicht des Arztes.

Es bedarf aber ganz besonderer Wachsamkeit, daß der Begriff der medizinischen Indikation nicht ungerechtfertigt im Sinne einer präventiven bzw. prophylaktischen

Maßnahme erweitert wird, wie dies z. B. durch eine Verquickung der sozialen und der medizinischen Indikation immer wieder versucht wird. Es ist eine Erfahrungstatsache, daß soziale Notstände im Rahmen der medizinischen Indikation von großer Bedeutung sein können. Diese sollten aber, wie *Brücke*⁴ schon vor Jahren gefordert hatte, in getrennter Begutachtung erfaßt und dann durch entsprechende Hilfe von seiten der Fürsorge gemildert oder beseitigt werden.

Die in letzter Zeit immer häufiger geforderte Anerkennung der Interruptio aus kindlicher Indikation, die sich auf echte Erbleiden (eugenische Indikation im engeren Sinne) und alle nicht ererbten und nicht vererblichen Mißbildungen durch exogene Fruchtschädigungen bezieht, kann nicht nur aus den eingangs angeführten grundsätzlichen Überlegungen, sondern auch medizinisch nicht gerechtfertigt werden. Für die Erbleiden fehlt die Möglichkeit einer exakten eugenischen Beurteilung und auch bei den schweren Formen von Mißbildungen, wie sie als sogenannte Embryopathien z. B. nach Virusinfektion in der Frühschwangerschaft, Toxoplasmose und Listerioseinfektion, nach Cytostatica-Therapie und Röntgenbehandlung beobachtet werden, ist der Grad der Wahrscheinlichkeit einer schweren Schädigung niemals bestimmbar. Auf dem Boden der Wahrscheinlichkeit aber — und sei sie noch so eng begrenzt — kann niemals die so schwerwiegende Entscheidung zur Schwangerschaftsunterbrechung verantwortet werden.

Das hat auch für die fetale Erythroblastose bei Homozygotie des Ehepartners und nach wiederholten Totgeburten als Indikation zur Interruptio Geltung. Mit Sicherheit ist auch hier keine Prognose für das Kind möglich. Immer häufiger wird es heute durch Betreuung der graviden Frau — wie im Zusammenhang mit der Problematik der Sterilisation schon ausgeführt —, rechtzeitige Geburtseinleitung und sofortige Blutaustauschtransfusionen des Kindes möglich sein, das zwar kranke, aber lebensfähige Kind zu retten.

Ein letzter Hinweis soll noch erfolgen auf die in Diskussionen über eine mögliche Bevorzugung des kindlichen oder mütterlichen Lebens meistens angeführte ausweglose geburtshilfliche Situation.

Es ist heute für den in einem Krankenhaus tätigen Geburtshelfer bei Intensivierung der Schwangerenvorsorge und sorgfältiger Geburtsleitung, evtl. unter Anwendung aller medizinischen Hilfsmaßnahmen (Bluttransfusion, Narkose, Antibiotika etc.), nur noch äußerst selten möglich, in eine derart verfahrenere und ausweglose geburtshilfliche Situation zu geraten, daß das Leben der Mutter nur durch Zerstückelung des noch lebenden Kindes gerettet werden könnte. In der Hausgeburtshilfe freilich kann der Geburtshelfer auch heute noch vor diese schreckliche Alternative gestellt werden. Dies ist ein schwerwiegender Grund mehr, weshalb der Trend nach Krankenhausentbindung nur gutgeheißen werden kann.

Wir kommen zum Schluß. Im Rückblick auf die hier dargelegten Gedanken über die Problematik des medizinischen Eingriffes in der Gynäkologie und Geburtshilfe wird deutlich, daß es für einen Arzt sehr schwer sein kann, in der jeweiligen Situation die ganze Problematik zu übersehen und bis in ihre Details zu erkennen. Zu nahe grenzen die im Zusammenhang mit so vielen Eingriffen unseres Fachgebietes auftauchenden Fragen auch an nicht medizinische Bereiche. Dabei stellen sich dem Gynäkologen und Geburtshelfer mit der Fortentwicklung des Faches immer neue und unge löste Fragen, weshalb stets neu in Zusammenarbeit mit dem Theologen nach gewissen-

hafter Prüfung und Orientierung Position bezogen werden muß. Dies ist auch Sinn und Ziel dieser Gemeinschaftsarbeit.

Vor allem aber sind wir aufgerufen, im wirklichen Dienen dem Menschen in Not und Verlorenheit helfend und heilend beizustehen. Auf die Notwendigkeit dieses Dienstes hinweisend schrieb Alfred Delp: „Es wird kein Mensch an die Botschaft vom Heil und vom Heiland glauben, solange wir uns nicht blutig geschunden haben im Dienste des physisch, psychisch, sozial, wirtschaftlich, sittlich oder sonstwie kranken Menschen.“

LITERATURHINWEISE

- ¹ Anselmino, K. J., Frangenheim, H.: Zur Problematik der Handhabung der gesetzlichen Schwangerschaftsunterbrechung in der Bundesrepublik. Med. Welt, Nr. 11, 1958, S. 445.
- ² Bickenbach, W.: Insemination, Sterilisation und moderne Fragen der Geburtenregelung. Studien und Berichte der Kath. Akademie in Bayern, Echter-Verlag (Würzburg 1963), Hf. 20.
- ³ Böckle, F.: Insemination, Sterilisation und moderne Fragen der Geburtenregelung. — Moralthologisches Korreferat. Studien und Berichte der Kath. Akademie in Bayern, Echter-Verlag (Würzburg 1963), Hf. 20, S. 105.
- ⁴ Brücke, F.: Zum Schutz des Ungeborenen, Arzt und Christ, 1/1957, S. 1.
- ⁵ Büchner, Ch., Bilger, R., Overbecke, W., Miklaw, H., Reindell, H.: Geburt bei einer Patientin mit künstlichem Schrittmacher des Herzens, D. med. W. 41, 1964, S. 1932.
- ⁶ Faber, F. R.: Ärztliche Probleme bei ehelichen Mißverständnissen, die zur Trennung und Scheidung führen. In: „Vom Apostulat katholischer Ärzte in der Familie.“ Verlag Wort und Werk, Köln, S. 37.
- ⁷ Fuchs, J.: Moralthologisches zur Geburtenregelung, StdZ. 87/170 (1962), S. 354.
- ⁸ Fuchs, J.: Moralthologie und Geburtenregelung, Arzt und Christ, 2/1963, S. 69.
- ⁹ Fuchs, J.: Die Diskussion um die Pille, StdZ. 89/174 (1964), S. 401.
- ¹⁰ Harnack, von: Jahrestagung Nord-West-Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde, Hannover 1963.
- ¹¹ Herrlinger, R.: Die Geschichte der „medizinischen Indikation“ des Abortus artificialis. A. M., Nr. 41/12, 1963, S. 2181.
- ¹² Hess, A.: Der Bundesgerichtshof zur freiwilligen Sterilisation. A. M., Nr. 9 (1965), S. 520.
- ¹³ Hirschmann, H., SJ: Du sollst nicht töten, Arzt und Christ, 1/1957, S. 7.
- ¹⁴ Hollstein, K.: Das Schicksal der Frucht nach drohendem Abortus, Zbl. f. Gyn., 80 (1958), S. 16.
- ¹⁵ Kepp, R.: Ärztliche und rechtliche Gesichtspunkte für Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisierung. Med. Welt, Nr. 35, 1963, S. 1702.
- ¹⁶ Kubli, F.: Technik und klinische Interpretation der abdominalen Amnionpunktion. Zschr. f. Gebh., Stuttgart, 22 (1962), S. 134.
- ¹⁷ Lexer und Eymer, Zit. n. H. Uebermuth: Chirurgische Erfahrungen als Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung. Zbl. f. Gyn., 32 (1948) S. 1231.
- ¹⁸ Martini, P., Egenter, R.: Die Schwangerschaftsunterbrechung. Hochland 45, Heft 4 (1953), S. 341.
- ¹⁹ Mayer, A.: Körperliche und seelische Folgen der Schwangerschaftsunterbrechung. Zbl. f. Gynäk. 9, 1940, S. 354.
- ²⁰ Mey, R.: Über Geburtsverlauf und kindliche Mißbildungen nach drohenden Fehlgeburten. Med. Klinik, 54 (1959), S. 34.
- ²¹ Mey, R.: Über die Ätiologie und Pathogenese der Abortiveier. Fischer, Stuttgart, 1961.

- ²² Mitterer, A.: Die Beseelung des menschlichen Embryos. *Arzt und Christ* 1 (1967), S. 13.
- ²³ Muth, H., und Engelhardt, H.: Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisierung in neuerer Sicht. Urban & Schwarzenberg, München-Berlin, 1964.
- ²⁴ Naujoks, H.: Leitfaden der Indikationen für Schwangerschaftsunterbrechung. Ferdinand-Enke-Verlag, Stuttgart, 1954.
- ²⁵ Picha, E.: Zur Frage der Beeinflussung eines gestörten Sexuallebens nach eingreifender gynäkologischer Behandlung. *Gebh. u. Frauenheilk.*, Hf. 12 (1964).
- ²⁶ P. P. XII: Über Fragen der Familienmoral und der Nachkommenschaft *Utz-Groner I* Nr. 1 119, Ansprache vom 29. 11. 1951 an den Nationalen Kongreß der Front der Familie.
- ²⁷ P. P. XII: Der Arzt im Dienste der Ehe. *Utz-Groner I* (1953), S. 2 318, Ansprache vom 8. 10. 1953 anlässlich des 26. Kongresses der Italienischen Urologen-Vereinigung.
- ²⁸ Preisler, O.: Verhalten bei Sensibilisierung im Rh-System. *Therapeutische Umschau*, Bern, 1963, S. 346.
- ²⁹ Reuss, J.-M.: Eheliche Hingabe und Zeugung. *Tübinger Theologische Quartalschrift*, 143 (1963), S. 454.
- ³⁰ Reuss, J.-M.: Zu den Einwänden von A. Günther gegen J.-M. Reuss, „Eheliche Hingabe und Zeugung“. *Theologie der Gegenwart*, Heft 1 1965, S. 44.
- ³¹ Rumpf und Nöelle: Über abgelehnte Anträge auf Schwangerschaftsunterbrechung. *Mü. med. Wschr.*, 92 (1950), S. 47.
- ³² Saling, E.: Neues Vorgehen zur Untersuchung des Kindes unter der Geburt. *Arch. Gynäk.* 197 (1962), S. 108.
- ³³ Saling, E.: Die Amnioskopie, ein neues Verfahren zum Erkennen von Gefahrenzuständen des Foeten bei noch stehender Fruchtblase. *Zschr. Geburtsh.*, Stuttgart, 22 (1962), S. 830.
- ³⁴ Saling, E.: Neue Möglichkeiten der Diagnose einer perinatalen Hypoxie und Acidose des Foeten. *Ref. Gebfr.* 1, 1965, S. 84.
- ³⁵ Schultz, K. W.: Abortiveier und Unfruchtbarkeit, ein Beitrag zur Kinderlosigkeit genital gesunder Ehepartner. *Arch. Gynäk.*, 173 (1942), S. 254.
- ³⁶ Stegmann, H., Hepp, H.: Anwendung von Ovulationshemmern — keine naturwidrige Sterilisation. *Theologie der Gegenwart*, 1 (1965), S. 26.
- ³⁷ Tietze, K.: Biologie und Pathologie des Weibes, in: *Seitz-Amreich Bd. II*, 1952, S. 652.
- ³⁸ Uebermuth, H.: *Chirurgisch-Gynäkologische Grenzfragen*. Edition Leipzig, 1964, S. 279.
- ³⁹ V. Berlin-Heimendahl, E. L.: Physiologische und Pathologie des Neugeborenen, in: *Klinik der Frauenheilkunde und Geburtshilfe*, Bd. I, S. 57 (1964).

Christus, der Schöpfer und Führer aller Wissenschaften, hat sich nicht als einen Rechtsgelehrten, nicht als einen Lehrer der Redekunst, nicht als einen Philosophen, sondern als einen Arzt bezeichnet, indem er dort, wo er von sich spricht, sagt, einen Arzt hätten diejenigen nicht nötig, „die sich wohlbefinden“, indem er ferner als Samariter Öl und Wein in die Wunden gießt und mit Erde vermischten Speichel auf die Augen des Blinden streicht. Er hat sogar auch, als er noch in der Welt unbekannt war, gerade durch dieses gewinnende Auftreten allmählich die Herzen und die Zuneigung der Menschen erobert: nicht durch Gold, nicht durch Herrschermacht, sondern durch seine Heilmittel gegen Krankheiten. Was er durch seinen bloßen Willen bewirkte, dem eifert der Arzt, seinem Können gemäß, durch seine Behandlung nach; aber auch den Ärzten fehlt es nicht an einer göttlichen Kraft, weil offenbar von Gott die Kräfte des Heilens für diese Verwendung in die Dinge hineingelegt worden sind.

Erasmus von Rotterdam, Zum Lobe der Heilkunst