

das höchstversicherte Einkommen Fr. 6000.— = S. 8400.— und die 100 proz. Vollrente 70 Proz. davon beträgt.

Nach versicherungstechnischen Berechnungen beträgt die durchschnittliche Lebensdauer eines Versicherten 15 Jahre (jetzt ist sie tatsächlich höher geworden). Wenn die volle Rente von 100 Proz. S. 1600.— ausmacht, so müssen einem Verletzten, der eine Erwerbsbehinderung von 100 Proz. hat, d. h. der arbeitsunfähig ist, in 15 Jahren S. 24 000.— an Renten ausbezahlt werden. 1 Proz. Rente macht in 1 Jahr S. 16.— und auf 15 Jahre berechnet, S. 240.— aus.

Wie stark die Zahl der dauernd entschädigten Unfälle und die Höhe der ausbezahlten Renten bei den im Unfallkrankenhaus behandelten Unfällen gegenüber jenen von 1911 zurückgegangen ist, erschen Sie aus folgenden Tabellen:

Renten bei Knochenbrüchen.

	Nach 2 jähriger Beobachtungszeit entschädigte:		Durchschnittsrente:	
	1911	1929	1911	1929
	%	%	%	%
Oberschenkelbrüche	89,2	70,0	42,17	29,44
Unterschenkelbrüche	80,7	25,0	27,39	5,71
Sprungelenkverletzungen	66,8	15,6	14,25	5,03
Oberarmbrüche	78,1	44,4	20,50	4,11
Vorderarmbrüche	62,0	24,4	13,08	4,22

Die Summe der ausbezahlten Renten betrug nach 2 jähriger Beobachtungszeit:

	1911	1929	Ersparnis
	Schilling	Schilling	Schilling
bei 19 Oberschenkelbrüchen	192 295,20	134 246,40	58 048,80
„ 24 Unterschenkelbrüchen	157 766,40	32 889,60	124 876,80
„ 31 Sprunggelenkverletzungen	106 020,00	37 423,20	68 596,80
„ 9 Oberarmbrüchen	43 308,00	11 037,60	32 270,40
„ 41 Vorderarmbrüchen	128 707,20	41 524,80	87 182,40
bei 124 Knochenbrüchen	628 096,80	257 121,60	370 975,20

Es wurden also bei 124 Brüchen der langen Röhrenknochen, die im Unfallkrankenhaus behandelt wurden, im Jahre 1929 im Vergleich zum Jahre 1911 S. 370 975.— erspart.

Die Betriebskosten des Unfallkrankenhauses waren im Jahre 1929 S. 396 000.—. Diese Kosten konnten durch die Ersparung an Renten bei den 124 Knochenbrüchen fast vollständig gedeckt werden, so daß die anderen 6000 Verletzten eigentlich umsonst behandelt werden konnten.

Man könnte nun einwenden, daß nicht nur in Wien, sondern auch anderswo sich die Behandlungsergebnisse in den letzten 20 Jahren gebessert haben. Daß dies nicht überall der Fall ist, geht aus einer Statistik hervor, die kürzlich von Rütz erschienen ist. Er hat aus dem Material der Nordostdeutschen Holzberufsgenossenschaft die Ergebnisse bei 1000 Knochenbrüchen veröffentlicht und dabei gefunden, daß

von 47 Oberschenkelbrüchen beziehen	47 = 100 %	eine Dauerrente
„ 86 Unterschenkelbrüchen beziehen	82 = 95 %	„
„ 44 Knöchelbrüchen beziehen	41 = 93 %	„
„ 37 Oberarmbrüchen beziehen	36 = 97 %	„
„ 41 Vorderarmbrüchen beziehen	37 = 90 %	„
„ 11 typischen Speichenbrüchen beziehen	9 = 82 %	„

Bei diesen Fällen ist hervorzuheben, daß sie unter den schlechtesten äußeren Verhältnissen, in den weiten Waldgebieten von Ostpreußen behandelt wurden.

Bei allen Besprechungen über Unfallchirurgie wird gewöhnlich nur über Knochenbrüche gesprochen. Sie machen aber von den zur Entschädigung gelangten Unfällen nur 8—9 Proz. aus. Zahlenmäßig am meisten vertreten sind die Hand- und Finger-Verletzungen. Die Handverletzungen machen 7 Proz., die Finger-Verletzungen 37 Proz., beide zusammen also 44 Proz. aller zur Entschädigung gelangten Unfälle aus. Die Handverletzungen wurden im Jahre 1911 im Durchschnitt mit 10 Proz. entschädigt, die Finger-Verletzungen im Durchschnitt mit 5,54 Proz.

Nach den heute geltenden Rentensätzen hätten im Jahre 1911

für 32 Oberarmbrüche	S. 153 960.—
„ 174 Unterarmbrüche	S. 543 283.—
„ 37 Oberschenkelbrüche	S. 364 320.—
„ 166 Unterschenkelbrüche	S. 1 071 571.—
„ 217 Sprunggelenkverletzungen	S. 742 284.—

für 626 Brüche der langen Röhrenknochen	S. 2 875 418.—
„ 589 Handverletzungen	S. 1 345 151.— und
„ 2905 Finger-Verletzungen	S. 3 859 466.—

für diese 3 Verletzungsarten S. 8 080 036.— an Renten gezahlt werden müssen.

Die Renten für die Hand- und Finger-Verletzungen allein machen also fast das Doppelte aus wie jene für die Brüche der langen Röhrenknochen. Deshalb ist auch diesen eine ganz besondere Aufmerksamkeit zu widmen.

Bei den Hand- und Finger-Verletzungen sind es besonders die Infektionen nach offenen Wunden, welche die schweren Gebrauchsstörungen verursachen. Durch primäre Wundausschneidung läßt sich dies zum größten Teil vermeiden.

Zur Ergänzung soll noch beigefügt werden, daß für die nach Abzug der Knochenbrüche des Oberarmes und Unterarmes und der Hand- und Finger-Verletzungen verbleibenden

327 Armverletzungen	S. 1 450 838.—
1657 Beinverletzungen (nach Abzug der Knochenbrüche)	S. 2 527 718.—
257 Kopfverletzungen	S. 593 306.—
345 Augenverletzungen	S. 1 435 200.—
256 Rumpferletzungen	S. 775 792.—
26 Verletzungen der Wirbelsäule	S. 115 192.—
408 Verletzungen mehrerer Körperteile	S. 886 485.—
25 Verletzungen durch elektrischen Strom	S. 25 560.—
3380 Verletzungen	S. 7 810 093.—

ausbezahlt werden mußten.

Die Summe aller Renten für die Verletzten aus dem Jahre 1911 würde nach den heute geltenden Rentensätzen für 15 Jahre S. 15 890 129.— ausmachen. Davon entfallen $\frac{1}{5}$ auf die Brüche der langen Röhrenknochen und $\frac{1}{2}$ auf die Hand- und Finger-Verletzungen.

Mit der Aufzählung der Rentensummen ist jedoch das volkswirtschaftliche Problem keineswegs erfaßt, denn die Rente macht bei guten Arbeitern nur einen Teil dessen aus, was sie vorher verdient haben. Ein hochqualifizierter Arbeiter verdient S. 300.— bis S. 400.—. Wenn er nach einer schweren Verletzung auf 50 Proz. Erwerbseinbuße geschätzt wird, bekommt er im Monate S. 66.—. Mit der ihm verbliebenen Erwerbsfähigkeit von 50 Proz. kann er nichts anfangen, weil er keine Arbeit findet und er ist, besonders wenn er Frau und Kinder hat, dem Elend preisgegeben.

Es ringt sich auch deshalb immer mehr die Erkenntnis durch, daß es besser ist, durch früh einsetzende zweckmäßige Behandlung schwere Unfallsfolgen zu verhüten, als Renten zu bezahlen.

Schrifttum:

Demel, Hoche und Moritsch: „Die Unfallstation der I. chir. Klinik der Universität Wien.“ Springer 1925. — 2. Hochenegg: „Jahresbericht der II. chir. Klinik in Wien 1904/05.“ — 3. Kaufmann: „Vier Jahre Unfallstation der I. chir. Universitätsklinik in Wien 1924—1928.“ Wien. klin. Wschr. 1929, Nr. 31. — 4. Moritsch: „Das Unfallmaterial der I. chir. Klinik im Jahre 1928.“ Wien. klin. Wschr. 1929, Nr. 19. — 5. Rutz: „Beitrag zur Frakturbehandlung unter besonderer Berücksichtigung der Rentenbegutachtung.“ Dtsch. Z. Chir. Bd. 216, H. 5/6. — 6. „Statistik der Unfälle der Jahre 1906—1911. Bearbeitet im Ministerium des Innern nach den Karten der Arbeiterunfallversicherungsanstalten in Oesterreich.“ Wien, Hölder 1917. — 7. Steindl: „Bericht aus der Unfallstation der II. chir. Universitätsklinik.“ Wien. med. Wschr. 1920, Nr. 14, 26 und 27.

Von Erblichkeit, Eugenik und Bevölkerungspolitik. Stellungnahme zur Indikation der künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung.

Prof. M. Henkel - Jena.

Es ist die Absicht der Schriftleitung der Münch. med. Wschr., durch eine Umfrage in ein so umstrittenes Gebiet wie die Indikationsstellung zur Schwangerschaftsunterbrechung, Klarheit zu bringen. Ob das gelingen wird, läßt sich nicht voraussehen, jedenfalls ist das Bestreben außerordentlich zu begrüßen.

Wenn ich auf die langen Jahre fachärztlicher Tätigkeit zurückschaue, so muß ich offen bekennen, daß es in der ganzen Geburtshilfe und Gynäkologie für mich keine undankbarere Aufgabe gibt, als die Entscheidung der Frage: Soll im konkreten Falle eine Schwangerschaft unterbrochen werden oder nicht? Und von allen Operationen ist ganz zweifellos die unbefriedigendste die der künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung.

Soll eine Schwangerschaft unterbrochen werden oder nicht? Das mag ganz einfach klingen. In Wirklichkeit sind hinter dieser Frage eine ganze Reihe schwerwiegender Probleme verborgen. Zunächst einmal: Wenn im konkreten Falle die Schwangerschaft nicht unterbrochen wird, so kann das für die Frau Siechtum und Tod bedeuten. Für das Kind liegen die Dinge in diesem Falle klarer, indem es mit der Mutter leidet und zugrunde geht. Im anderen Falle: Wird

die Schwangerschaft unterbrochen, so kann das zu Unrecht geschehen — in guter und in böser Absicht. — Ueber Abtreibungen wollen wir hier nicht reden. Zweifellos kann der gewissenhafteste Arzt auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Ergebnis gelangen, daß er die Schwangerschaft unterbrechen muß. Hinterher stellt sich heraus, daß es doch nicht richtig war. Für nachdenkliche Aerzte bedeutet das eine schwere innere Belastung, die noch dadurch erhöht wird, daß die Aufgabe, eine in der Entwicklung befindliche Frucht zu vernichten, sicher als das Negativste, das an den Arzt herantreten kann, betrachtet werden muß.

Dazu kommt dann noch, daß Schwangerschaftsunterbrechungen durchaus nicht so harmlose Eingriffe sind, als welche sie immer hingestellt werden. Es ist gar nicht so selten, daß sich daran chronische Unterleibsleiden anschließen, die die Frau in ihrer Arbeits- und Erwerbsfähigkeit schwer beeinträchtigen und ihr das Glück neuer Mutterschaft rauben.

Das ist die eine Seite des Problems, die andere Seite liegt unter der Decke. Das ist die kritische Beurteilung dieser Art der Ausübung der ärztlichen Tätigkeit durch einen anderen Arzt. Niemand, der Gelegenheit gehabt hat, näher in diese Dinge hineinzublicken, wird in Abrede stellen können, daß Neid und Mißgunst nur zu oft bereit sind, Fallstricke zu legen. Und die Sauberkeit des ärztlichen Vorgehens bei der Frage der Unterbrechung einer Schwangerschaft öffentlich auch nur zur Diskussion zu stellen, genügt vielfach schon, um das Ansehen des Kollegen zu schädigen. Nicht selten nimmt dann auch der Staatsanwalt Veranlassung, sich näher mit den Dingen zu beschäftigen. Semper aliquid haeret! Dem Ansehen des ärztlichen Standes ist das nicht förderlich, zumal, wenn sich dann hinterher herausstellt, daß alles nur leeres Gerede und bei Lichte betrachtet nichts weiter als Verleumdung gewesen ist.

Es unterliegt für mich gar keinem Zweifel, daß sich jeder dieser Situation aussetzt, der beruflich gezwungen ist, zur Frage des künstlichen Abortes aus medizinischer Indikation Stellung zu nehmen. Man kann es wirklich anfangen, wie man will. Bei der bestehenden Gesetzgebung, und so wie die Verhältnisse nun einmal liegen, täte man tatsächlich am klügsten, wenn man in jedem Falle die Schwangerschaftsunterbrechung ablehnte. Aber wer kann das mit seinem Gewissen vereinbaren? Besonders eindringlich sind nach der Richtung hin Beobachtungen wie die folgenden:

Eine junge Frau kommt in die Klinik herein mit Schwangerschaft im 4. Monat. Sie klagt nur über hartnäckige Obstipation. Die Aufnahme erfolgte hauptsächlich deshalb, weil die Frau zu Hause keine Pflege hatte. Nach 7 Tagen ist sie tot an akuter gelber Leberatrophie. Am Tage nach der Aufnahme traten die ersten Anzeichen einer Leberbeteiligung auf in Gestalt eines leichten Icterus. Natürlich haben wir sofort die medizinische Klinik zu Rate gezogen und gemeinsam die Bedeutung der Leberschädigung in diesem Falle eingehend erörtert. Der nächste Tag brachte eine schwere Verschlimmerung. Die Entleerung des Uterus, die jetzt dringend gefordert wurde, konnte den bald darauf eintretenden Tod nicht aufhalten.

Derartige Beobachtungen können von dem einen Arzt natürlich mit einer großen Geste beiseite geschoben werden, andere werden dagegen recht nachdenklich über die Grenzen der ärztlichen Erkenntnis gestimmt. Hätte man auch nur ahnen können, welchen rapiden Verlauf dieser Fall nehmen würde, so wäre die Möglichkeit gegeben gewesen, die Frau durch die sofortige Unterbrechung der Schwangerschaft am Leben zu erhalten.

Ein anderer Fall der letzten Zeit: Eine Erstgebärende im 9. Monat der Schwangerschaft wird uns von dem behandelnden Arzt eingeliefert mit den Angaben, daß plötzliche Erblindung eingetreten sei. Im Urin war massenhaft Eiweiß (33 p. m.). Die Augenklinik stellte einen vollkommen normalen Augenhintergrund fest bei völliger Aufhebung der Sehfähigkeit. Sie sah diesen Fall nicht bedrohlich an und hielt die Indikation zur Einleitung der Geburt für nicht gegeben. Mich beunruhigte der Allgemeinzustand der Kranken. Wir zogen noch die medizinische Klinik hinzu Diese attestierte unmittelbare Lebensgefahr und hielt aus diesem Grunde eine sofortige Entleerung des Uterus für notwendig. Wie soll man sich in einem sol-

chen Fall verhalten? Wir kamen insofern aus dem Dilemma heraus, als bei der Frau ganz von selbst die Geburt eintrat, die wir dann allerdings dadurch beschleunigten, daß wir, sobald der Kopf zangengerecht stand, die Zange anlegten und das Kind entwickelten. Sehr bald darnach besserte sich der Zustand, das Sehvermögen trat rasch ein und schon 24 Stunden nach der Geburt war der Eiweißgehalt auf 17 p. m. zurückgegangen. Der Blutdruck, bei der Aufnahme 160/105, betrug jetzt nur noch 135/90. Oedeme bestanden nicht. Jetzt ist die Frau aus jeder Gefahr heraus, aber wenn die Geburt nicht spontan eingetreten, sondern vielmehr künstlich eingeleitet worden wäre, so könnte natürlich die Frage aufgeworfen werden: War die Schwangerschaftsunterbrechung nötig?

Die Dinge liegen tatsächlich so, daß in den meisten Fällen der Schwangerschaftsunterbrechung aus ärztlicher Indikation niemals mit absoluter Sicherheit vorausgesagt werden kann, wie der weitere Verlauf ohne die Unterbrechung der Schwangerschaft gewesen wäre. Ich kenne eine ganze Reihe von Tuberkulosen, bei denen im Verlaufe der Schwangerschaft nicht nur keine Verschlimmerung des Leidens, sondern eher eine Besserung des Allgemeinbefindens eingetreten ist. Und ich kenne wieder andere Fälle, in denen eine geschlossene Tuberkulose mit keinerlei gravierenden klinischen Erscheinungen eine ganz akute, letal endigende Verschlimmerung erfahren hat.

Zu verwundern ist das alles ja bei richtiger Betrachtung keineswegs. Sehen wir doch jeden Tag, wie ganz unterschiedlich der Einfluß der Schwangerschaft auf den gesunden weiblichen Organismus ist. Da, wo die Schwangerschaft aus allgemein ärztlichen Gründen (mangelhafte Entwicklung, Körperschwäche etc.) keineswegs erwünscht war, sehen wir, daß gerade durch die Schwangerschaft das Allgemein-körperliche einen mächtigen Entwicklungsimpuls erfährt. Solche Frauen blühen nicht selten unter dem Einfluß der Schwangerschaft geradezu auf, sie reifen erst richtig aus. In anderen Fällen wird der Körper der Frau durch die Schwangerschaft gar nicht berührt, und wieder andere — es sind nicht selten scheinbar gerade recht kräftig gebaute Frauen — leiden unter der Schwangerschaft, werden mehr oder weniger dem Siechtum entgegengeführt oder sterben daran. Das Konstitutionelle spielt hierbei eine entscheidende Rolle, und das läßt sich im Einzelfall nie mit Sicherheit voraussehen.

Die Frage der Schwangerschaftsunterbrechung aus ärztlichen Gründen ist daher oft so außerordentlich schwierig zu beantworten, gerade für den gewissenhaften Arzt. Trotzdem setzt er sich dabei, wenn er die Unterbrechung vornimmt, einer abfälligen Kritik aus, die durchaus nicht immer böswillig zu sein braucht. Ich habe mich bei zahlreichen Gutachten, die ich gelegentlich in anhängig gemachten Strafverfahren zu sehen bekommen habe, immer gewundert, wie leicht sich manche Sachverständige die Entscheidung machen. Auf Grund einiger Niederschriften über den Fall, deren Unvollständigkeit oft genug deutlich zutage tritt, wird dann kurzerhand entschieden: Die Schwangerschaftsunterbrechung war nicht nötig. Und dahinter steht dann die ganze Schwere des Gesetzes, das in seiner unklaren doppelsinnigen Fassung ganz gewiß die Sache noch weiter kompliziert.

Aber auch dann, wenn im konkreten Falle der Arzt alles tut, um für die spätere Kritik seines Vorgehens eindeutige Unterlagen zu haben, so erreicht er damit doch nicht den Schutz, den er glaubt, sich damit zu schaffen. Erst jüngst habe ich die Akten eines Prozeßverfahrens in der Hand gehabt, in dem der beschuldigte Arzt die Angaben des drohenden Abortes in Gestalt der beobachteten Blutungen sich von der Kranken schriftlich bestätigen ließ und ebenso auch von der Hebamme, die zugezogen worden war, die von dieser beobachtete Wehentätigkeit. Das wurde von dem Sachverständigen als unausgesprochenes Bekenntnis der kriminellen Fruchtartreibung betrachtet.

Weiter kompliziert wird dieses ganze Problem noch durch die sogenannte soziale oder wirtschaftliche In-

dikation. Es ist ganz selbstverständlich, daß theoretisch diese Art der Indikationsstellung zur Schwangerschaftsunterbrechung legal keine Gültigkeit haben kann. Aber das schließt natürlich nicht aus, daß unausgesprochen im konkreten Falle diese Gesichtspunkte praktisch doch eine gewisse Rolle spielen. Wie kompliziert diese Dinge liegen, kam bei einer Aussprache der Berliner Aerztekammer im vergangenen Jahre zum Ausdruck. Ein Antrag, daß „unabhängig von der medizinischen Indikation auch die soziale und wirtschaftliche Indikation für die legale Unterbrechung der Schwangerschaft maßgebend sein sollte“, wurde abgelehnt. Dagegen wurde ein anderer Antrag, „bei Stellung der gesundheitlichen Indikation sollen die sozialen Verhältnisse mitbestimmend berücksichtigt werden“, angenommen. Sehr groß, scheint mir, praktisch genommen, der Unterschied dieser beiden Anträge nicht zu sein. Aber das muß man offen bekennen, daß dieser Beschluß die schon bestehende, verschwommene gesetzliche Fassung nicht klarer macht. Aber das ist es gerade, worunter die anständigen Aerzte, für die das Problem der Schwangerschaftsunterbrechung ein tiefstes medizinisches und sittliches ist, am meisten leiden.

Ist so schon die ganze Frage der Schwangerschaftsunterbrechung in den Fällen, in denen es sich darum handelt, intakte Schwangerschaften zu beseitigen, von großer Verantwortung, so wird sie noch weiter kompliziert durch die Fälle, die vor der ärztlichen Uebernahme durch kriminelle Abtreibung oder den Versuch einer solchen mit mehr oder weniger unzulänglichen Mitteln kompliziert sind.

Die kriminellen Fruchtabtreibungen haben in den letzten Jahren eine bedenkliche Zunahme erfahren. Die Kliniken bekommen diese Fälle in zweierlei Gestalt zu sehen: Einmal als sogenannte drohende Aborte, bei denen man nicht weiß, läßt sich die Schwangerschaft erhalten oder ist das nicht mehr möglich resp. involviert das Bestreben der Erhaltung der Schwangerschaft vom gesundheitlichen Standpunkt der Frau aus einen Fehler, und dann als ausgesprochen infizierte resp. schon septische Fälle.

Von den Verletzungen, die bei den kriminellen Fruchtabtreibungen leider oft genug vorkommen, soll hier gar nicht geredet werden. Ein Teil dieser Verletzungen läßt sich erkennen, ein anderer nicht, und ebenso ist es mit der Prognose: Verhältnismäßig geringe Verletzungen können zum Tode führen, andere größere brauchen es nicht unbedingt.

Ebenso mehren sich die Fälle in den Kliniken, bei denen von unberufener Hand die Schwangerschaftsunterbrechung angestrebt und sobald darnach Blutungen oder Schmerzen auftreten, die weitere Behandlung der Klinik überlassen wird.

In vielen dieser Fälle wäre es vom rein ärztlichen Standpunkt von großem Nutzen, wenn man Näheres über die vorangegangene Fruchtabtreibung erfahren könnte. Aber das ist nur ganz selten der Fall, weil sich ja nach dem bestehenden Gesetz diese Frauen beim Geständnis strafbar machen würden.

Ich habe einmal Gelegenheit genommen, an Hand einiger, mich tief erschütternder Beobachtungen einen höheren Richter zu fragen, warum denn das Gesetz in diesen Fällen nicht den wirklichen Verhältnissen entsprechend gestaltet würde. Ich begründete meine Anfrage damit, daß ich sagte, wir würden viel weiter kommen und die kriminellen Fruchtabtreibungen sicher auf ein Minimum reduzieren können, wenn die Frau, bei der die Fruchtabtreibung gemacht worden ist, straffrei bliebe, wenn sie den Namen desjenigen, der den Eingriff vorgenommen hat, angibt. Dieses lehnte der Richter ab mit der Begründung, das ginge nicht, vor dem Gesetz wäre der Fehler dem Dieb gleichzustellen. Es ist das eine Auffassung, die ich dann auch weiterhin von namhaften Juristen wiederholt bestätigt bekommen habe. Mir

scheint dieser doktrinär juristische Standpunkt nicht der richtige zu sein, wenn sich derselbe so auswirken kann, wie es tatsächlich der Fall ist, daß Jahr für Jahr zahlreiche Frauen sterben müssen, weil demjenigen, der das Unglück so vieler Frauen auf dem Gewissen hat, aus den genannten Gründen nicht beizukommen ist.

Kommt nun so eine Frau, bei der der Versuch gemacht worden ist, kriminell den Abort einzuleiten, zum Arzt, so befindet sich dieser in einem sehr großen Dilemma, denn er weiß nicht, wenigstens in einer großen Anzahl von Fällen trifft das zu, ob er den Versuch machen kann, die Schwangerschaft zu erhalten, oder ob das nicht nur zwecklos, sondern sogar schädlich ist. Die klinischen Erhebungen hierfür lassen oft genug im Stich, denn die Angaben sind zum Teil bewußt unrichtig.

Wir sahen einen Fall, bei dem nach einer kriminellen Fruchtabtreibung angeblich eine geringe Blutung eingetreten war. Wir konnten nichts mehr davon feststellen, der Zervikalkanal war geschlossen, das Allgemeinbefinden war gut, der Uterus entsprach dem 3. Schwangerschaftsmonat. Nirgends war eine Druckempfindlichkeit vorhanden. Wir machten eine Röntgenaufnahme und fanden im Uterus den abgebrochenen Hartgummiansatz der zur Aborteinleitung verwendeten Spritze. Damit war die Situation geklärt. Aber wie leicht hätte das auch nicht festgestellt werden können?!

Auch bei drohenden Aborten liegen die Verhältnisse genau so wie da, wo es sich darum handelte, ob aus medizinischen Gründen eine Schwangerschaftsunterbrechung in Frage kommt. Es kann praktisch ein Fehler sein, einen drohenden Abort aufzuhalten, ebenso kann man sich darüber täuschen, daß man die drohenden Symptome als zwingend ansieht, den Uterus zu entleeren, und doch ist es gar nicht nötig.

Es ist selbstverständlich, daß, je größer die Erfahrungen des einzelnen in diesen Dingen sind, um so richtiger seine Beurteilung sein wird. Dazu kommt noch, daß die Behandlung eines Abortes eine Aufgabe ist, die auch wieder klinische Erfahrungen und technisches Können zur Voraussetzung hat. Durch unsachgemäße Behandlung eines Abortes werden viele Frauen siech und elend für ihr ganzes Leben.

Daß das ganze Abortproblem, so wie die Dinge z. Zt. liegen, gleichviel ob es sich darum handelt, eine junge Schwangerschaft zu unterbrechen, oder die Behandlung eines kriminell angebahnten Abortes durchzuführen, oder schließlich auch die Behandlung eines im Gange befindlichen, nicht mehr aufzuhaltenden Abortes zu übernehmen, für die Volksgesundheit von großer Bedeutung ist, liegt auf der Hand. Und es ist meines Erachtens wirklich an der Zeit, hier klare und eindeutige gesetzliche Bestimmungen zu treffen. Es wird von vielen Seiten angestrebt, die reifen Geburten, und namentlich natürlich solche, bei denen Komplikationen zu erwarten sind, den geburtshilflichen Anstalten zuzuweisen. Mehr noch entspräche es meines Erachtens den ärztlichen und den gesundheitlichen Interessen des Volkes, die Frauen den Kliniken zu überweisen, bei denen die Unterbrechung der Schwangerschaft aus ärztlichen Gründen in Frage kommt und solche, bei denen kriminelle Fruchtabtreibungen in Frage stehen. Der mich leitende Gedanke ist, abgesehen von der medizinischen Forderung, der Volksgesundheit zu dienen, auch die ethische, den gewissenhaften Arzt zu schützen. Denn das sind wir unserem Stande schuldig.

Wenn mich jemand fragt, ob es obligate medizinische Indikationen gibt, die zwingend eine Unterbrechung der Schwangerschaft fordern, so sage ich: Nein. Die Gründe ergeben sich aus den vorstehenden Ausführungen. Sie werden aber noch weiter dadurch unterstrichen, daß auch der Zeitpunkt der Schwangerschaftsunterbrechung im konkreten Falle eine umstrittene Frage ist. Die leitenden Gesichtspunkte bei dem ganzen Problem sind ja doch die: Es soll durch die Schwangerschaftsunterbrechung die Frau vor

dem Tod resp. vor schwerer dauernder Gesundheitsschädigung bewahrt werden.

Ich habe viele Fälle gesehen, bei denen durch die Schwangerschaftsunterbrechung dieses Ziel nicht erreicht worden war. Zum Teil hängt das mit der Technik zusammen, zum Teil auch damit, daß im allgemeinen die Schwangerschaftsunterbrechung als eine harmlose Angelegenheit betrachtet wird. Das ist sie ganz gewiß nicht. Zunehmend mit der Fruchtentwicklung wachsen die Gefahren der Schwangerschaftsunterbrechung. Und abgesehen hiervon ist ohne weiteres zuzugeben, daß bei der üblichen Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung nur derjenige eine klare Vorstellung über die Auswirkung des die Indikation abgegebenen Krankheitsprozesses hat, der über eine ganz spezielle Fachkenntnis verfügt.

Universitätsprofessor Dr. W. Liepmann, Direktor des Deutschen Instituts für Frauenkunde und der Frauenklinik und Entbindungsanstalt Cecilienhaus in Berlin.

Die Indikationsstellung zur Unterbrechung der Schwangerschaft, die unter der jetzigen Gesetzgebung lediglich aus medizinischen Gründen stillschweigend geduldet wird, richtet sich einzig und allein nach der Rechtsprechung, die sich auf einen Entscheid des Reichsgerichtes stützt:

Die Unterbrechung wird nur anerkannt, wenn eine Lebensgefahr besteht, die auf andere Weise nicht zu beseitigen ist. Ein solch schwerwiegender Entscheid kann meines Erachtens nicht von einem einzelnen gestellt werden.

Es ist unmöglich, in einer kurzen Anfrage alle die Indikationen zu besprechen, die im Rahmen des Entscheids des Reichsgerichtes als geduldete Unterbrechungen angesehen werden. Im wesentlichen wird es sich jedoch um 2 Krankheitsgruppen handeln, um die Tuberkulose auf der einen und die Herzfehler auf der anderen Seite. In jedem Falle ärztlich indizierter Unterbrechungen die Tatsachen protokollarisch festzulegen, scheint mir selbstverständlich zu sein, und man begreift nicht, wieviele junge und alte Kollegen unter Vernachlässigung dieser staatsbürgerlichen Pflicht sich selbst in die schwerste Gefahr begeben.

Auf der anderen Seite muß man an dieser Stelle betonen, daß ebenso, wie es strafbar ist, ohne effektiv gesicherte Indikation den Abortus artificialis auszuführen, das Gewissen des Arztes schwer belastet wird, wenn er in Fällen schwerster Erkrankung eine Schwangerschaftsunterbrechung ablehnt und dann der Ausgang am Ende der Geburt ein unglücklicher ist.

Statt des § 218 Str.G.B. würde gegebenenfalls hier der § 222 Str.G.B. Anwendung finden können.

Zwei Fälle dieser Art, der eine eine schwere Mitralinsuffizienz, der andere eine Basedowkrankung, die beide in der Geburt in der mir unterstellten Klinik ad exitum kamen, sind mir begreiflicherweise in lebhafter Erinnerung.

Geheimrat C. Menge-Heidelberg.

Meine Stellungnahme zu dem vom Arzt vorgenommenen Abortus artificialis ergibt sich ohne weiteres aus der Tatsache, daß in der Heidelberger Frauenklinik, in welcher jetzt jährlich etwa 1200 geburtshilfliche Fälle zur Beobachtung kommen, seit zirka 20 Jahren überhaupt keine vorzeitige künstliche Schwangerschaftsunterbrechung nötig war.

Nähere Einzelheiten über meine diesbezüglichen Anschauungen sind aus einer Diskussion zu ersehen, welche im Zbl. Gynäk. 1920, Bd. 44, S. 151, abgedruckt ist.

Die „eugenische“ Indikation lehne ich vorläufig ganz und gar ab, weil die Vererbungswissenschaft noch in den Kinderschuhen steckt. Irgendwelche gesicherte Grundlagen, auf denen der Arzt sein Handeln aufbauen könnte, existieren nicht.

Die „soziale“ Indikation geht nach meinem Dafürhalten den Arzt als solchen überhaupt nichts an. Schwierigkeiten sozialer Natur, welche sich aus der Gestation ergeben, hat

die menschliche Gesellschaft, resp. der Staat ohne Abtreibung in irgendeiner Weise zu meistern.

Zu den „medizinischen“ Indikationen nur wenige Worte:

Bei der Tuberkulose halte ich auf Grund der Erfahrungen, die in einer meiner Klinik angegliederten besonderen Abteilung für tuberkulöse Schwangere gemacht worden sind, die Unterbrechung nicht für gerechtfertigt. Die Prognose der Tuberkulose ist in der Schwangerschaft und im Wochenbett bei entsprechender Therapie die gleiche, wie sie die Erkrankung außerhalb der Gestation aufweist.

Zur Hyperemesis gravidarum möchte ich ausdrücklich bemerken, daß ich in der Heidelberger Frauenklinik zahlreiche, darunter auch schwerste Fälle von Hyperemesis gravidarum beobachtet habe, ohne daß es je nötig wurde, die Gravidität zu unterbrechen. Zu einem Exitus letalis ist es nie gekommen.

Meine Ansichten über die sonstigen wichtigeren „medizinischen“ Indikationen finden sich in der oben erwähnten Diskussion.

Ludwig Rehn †.

Am 29. V. d. J. ist Ludwig Rehn, emeritierter ordentlicher Professor für Chirurgie und Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik zu Frankfurt a. M. im gottbegnadeten Alter von 81 Jahren verschieden. Mit ihm ist ein Mann dahingegangen, der lange Jahre der führende Chirurg in der alten Handelsstadt am Main war, den sein hervorragendes Wirken im chirurgischen Schrifttum und in der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie schon im Jahre 1911 durch den Vorsitz und 1922 durch die Ehrenmitgliedschaft an die Spitze der deutschen Chirurgen gestellt hatte, der den Ruhm deutscher Chirurgie über Deutschlands Grenzen weit hinausgetragen hat, und dessen Name unvergänglich in der Chirurgie leben wird.

Diese Wochenschrift wendet sich vorwiegend an praktische Aerzte: Rehn's Persönlichkeit ist in seltener Weise geeignet, Teilnahme, ja Begeisterung des Arztes zu wecken für seine Entwicklung als Arzt und als Chirurg und damit für die Chirurgie.

Das Interesse der Aerzteschaft an den Leistungen der Einzelfächer ist durchaus wechselnd in verschiedenen Zeiten. Die Anfänge Rehn's als Chirurg fallen in eine der glücklichsten Epochen der Chirurgie. Rehn hat von Bernhard v. Langenbeck gesagt, daß dieser (1811 geboren) in eine besonders günstige Zeit hineingeboren war wegen Hunters Reformen für prima intentio der Operationswunden, wegen Erfindung der Narkose, der künstlichen Blutleere. Was will das alles bedeuten gegenüber Listers Antiseptis und der daraus entwickelten Asepsis — Geschenke, die nach Richard v. Volkmann's Worten „Jahrtausende alte Rätsel lösten, und Tun und Denken der Chirurgen von Grund aus umgestalteten“. Wie bescheiden konnte mangels dieser Entdeckung die hohe Kunst eines Joh. Fr. Dieffenbach sich entfalten; wie wenig hat selbst Langenbeck noch von ihr gehabt. Rehn aber trat gerade zu Beginn der antiseptischen Ära in die Chirurgie ein, und als sie sich zur Asepsis durchgerungen hatte, da war er auf der Höhe chirurgischer Entwicklung. Damals erschloß sich der chirurgischen Kunst ein Gebiet nach dem anderen und Rehn war einer der erfolgreichsten Pfadfinder. Mit stauenden, wachen Sinnen hat die Aertzwelt diesen Siegeszug der Chirurgie erlebt — heute gibt es auch für den Chirurgen keine derartigen Lorbeeren mehr zu pflücken. Nicht mehr in immer neuen Glanzleistungen chirurgischer Kunst, vielmehr aus mühsamer wissenschaftlicher Forschungsarbeit erwachsen heute die Fortschritte der Chirurgie — sie fesseln den Allgemeinpraktiker nicht in dem Maße, der auch viel weniger wie damals selbst zu chirurgischen Operationen kommt.