

letzt. Der vertragslose Zustand wird künftighin auf Antrag der Kassen von einer Behörde verfügt. Eine solche Bestimmung widerspricht dem Rechtsempfinden jedes billig Denkenden. Es wäre eigentlich Pflicht der Versicherungsbehörden, den vertragslosen Zustand völlig auszuschalten, statt ihn einseitig als Waffe gegen die Aerzte zu benutzen. Das sind Ungeheuerlichkeiten, die man nicht verstehen kann. Es ist eine Streitfrage, ob der Vertrag mit den Aerzten und das Zulassungsverfahren wieder auflebt, wenn der vertragslose Zustand vorüber ist, oder will man den Krankenkassen die Gelegenheit geben, fixierte Aerzte anzustellen? Die Abwehr der Aerzte würde sich im Falle der Anwendung des § 370 in erster Linie gegen die Behörden, also gegen den Staat, richten müssen. Liegt dies im Interesse des Staatsgedankens oder sollte nicht vielmehr der Staat wie bisher der neutrale Vermittler zwischen Krankenkassen und Aerzten sein? Es war sogar beantragt, den Krankenkassen zu überlassen, von sich aus den § 370 anzuwenden. Jetzt hat man wenigstens die Entscheidung einer Behörde übergeben und eine Schonfrist für die Aerzte bei Kündigung der Verträge eingeschaltet. Es kann also wieder — wie früher — zu lokalen Kämpfen kommen. Die Aerzte werden genötigt sein, dagegen Abwehrmaßnahmen zu treffen. Dieser neue § 370 scheint ein Sprungbrett zu sein zum Zuschußkassensystem, das Herr Becker-Arnberg auch für die RVO.-Krankenkassen empfiehlt, eine langsame Loslösung der Aerzte von den Krankenkassen. Es gibt Aerzte, welche diesen „Weg ins Freie“ wünschen. Ob er aber für die Aerzte und die Versicherten z. Z. wünschenswert erscheint, ist zu bezweifeln.

Ganz unmöglich aber ist die Bestimmung, daß die Aerzte bei einem solchen, behördlich verfügten, vertragslosen Zustand gesetzlich verpflichtet sind, die Mitglieder der Krankenkassen nach den Mindestsätzen der Gebührenordnung zu behandeln. Eine solche einseitige Bindung ist ein vertragsrechtliches und staatsbürgerliches Unikum!

Die Forderung in § 368 Abs. I: „Der Vertrag muß Bestimmungen gegen eine übermäßige Ausdehnung des kassenärztlichen Dienstes bei einem Arzt enthalten. Die Bestimmungen können auch die Vergütung dieser Aerzte betreffen“ — ist für einen freien Beruf eine merkwürdige Maßnahme. Sie soll das sog. Kassenlöwentum bekämpfen. Wir halten Schema-F-Bestimmungen — wie wir schon oft ausgeführt haben — für völlig verkehrt. Der Mensch ist keine Maschine und keine Ware, die gleichmäßig behandelt werden können. Es wird eine Nivellierung die Folge sein, die beim ärztlichen Beruf kein Segen für die Kranken ist. Die ärztlichen Spitzenverbände haben in verschiedenen Denkschriften wirksame Maßnahmen in dieser Beziehung vorgeschlagen, auf die wir nicht näher eingehen wollen, da sie zur Genüge bekannt sind.

Ganz besonders hart aber trifft die Notverordnung den ärztlichen Nachwuchs. Man will die Zahl der Kassenärzte verringern in der irrigen Annahme, daß dadurch die Finanzen der Krankenkassen gerettet würden. Der Arztzahl wird eine übertriebene Bedeutung beigemessen. Die Denkschrift der ärztlichen Spitzenorganisationen führt ganz richtig aus „daß mit der Zulassung der Anspruch auf eine Entschädigung durch die Kassen nicht verbunden ist“. Daß Arztzahl und Arztsystem keinen überwiegenden Einfluß auf die Gesamtausgaben haben können, zeigen die Beobachtungen in der knappschaftlichen Krankenversicherung. Die Aufwendungen hierfür sind sogar in der Reichsknappschaft stärker angestiegen, als bei den übrigen reichsgesetzlichen Krankenkassen. Es ist eine Grausamkeit, den ärztlichen Nachwuchs dem Verhungern preiszugeben. Es wäre weit gerechter und zweckmäßiger, wenn man dem von der Aerzteschaft propagierten Gedanken der Planwirtschaft nähergetreten wäre.

Noch kurz wollen wir auf zwei Neuerungen hinweisen. Der eine Punkt betrifft die Einsetzung eines sogenannten Hauptausschusses, in dem auch die Aerzte vertreten sind, seltamerweise neben „Vertretern der sozialen Medizin“. Dieser Hauptausschuß wird in Kompetenzstreitigkeiten mit dem Reichsausschuß für Aerzte und Krankenkassen kommen müssen. Es werden sich vielfach die Befugnisse überschneiden. Offenbar soll der Reichsausschuß zurückgedrängt werden. Die nächste Aufgabe dieses Hauptausschusses soll z. B. in der Herausgabe eines allgemeinen Verordnungsbuches bestehen, eine Angelegenheit, die doch Sache des Reichsausschusses ist.

Der zweite Punkt betrifft das Einschalten der „ärztlichen Gruppe im Zulassungsausschuß“, die das Recht hat, Beschwerde an das Reichsversicherungsamt einzulegen bei Anwendung von § 370 und in Zulassungsfragen. Es ist dies eine schiefe und weitergeholtete Konstruktion, nur um die verhasste ärztliche Organisation auszuschalten. Diese Bestimmung ist charakteristisch für die Einstellung gegenüber der Aerzteschaft; sie ist auch höchst unzumutbar.

Es ist auf das tiefste zu bedauern, daß die ruhige Entwicklung der Arztfrage, die sich — wie auch die Herren Kassenvertreter zu geben müssen — durch die positive Zusammenarbeit im Reichsausschuß angebahnt hatte, jäh unterbrochen wurde.

Die neuen Aufgaben, die nach der Notverordnung der Reichsausschuß zu übernehmen hat, werden nicht ohne schwere Auseinandersetzungen gelöst werden können. Die Arztfrage kommt so nicht zur Ruhe. Alle diese ärztföindlichen Bestimmungen wirken verbitternd und sind geeignet, die Aerzte zu radikalisieren.

Es würde nicht im Interesse der Öffentlichkeit und der Kranken liegen, den Arzt in ein Beamtenverhältnis zu überführen. Das Vertrauen zum Arzt, ein wichtiger Heilfaktor, muß zur Voraussetzung haben die völlige Unabhängigkeit des Arztes. Eine äußere oder innere Abhängigkeit verstößt gegen das ureigenste Wesen des wahren Arzttums.

Wir Aerzte wollen nicht die Krankenversicherung gefährden, sondern lediglich ein besseres Verhältnis zu ihr gewinnen, eine bessere und würdigere Stellung innerhalb derselben erreichen.

Der zweckmäßigste und beste Ausweg — worauf wir Aerzte immer wieder hinweisen müssen — ist der moderne Weg der Selbstverwaltung. Die Form einer solchen Organisation ist eine Reichsärztekammer mit öffentlich-rechtlicher Stellung, die die Wahrung und Verwaltung aller ärztlichen Belange übernimmt, insbesondere gegenüber der sozialen Gesetzgebung. Eine solche Reichsärztekammer würde den Versicherungsträgern ärztliche Behandlung und Begutachtung sichern. Diese Lösung der Arztfrage würde den Aerzten und den Krankenkassen volle Freiheit bringen.

Dann würde die Krankenversicherung wirklich zum Segen des Volkes werden; denn wie der Referent auf dem letzten Deutschen Krankenkassenkongreß in Köln auch sagte, ist „Gesundheit das höchste Lebensglück“. Aber man darf nicht die Hüter der Volksgesundheit unterdrücken und ihnen die Freude an ihrem Berufe vergällen, sondern muß ihnen für große Aufgaben freie Hand lassen.

(Anschr. d. Verf.: München, Arcisstr. 4.)

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

Von Hugo Sellheim.

Ein Fehler wird dadurch nicht verbessert, daß er immer wieder gemacht wird. Schwangerschaftsunterbrechung wäre richtig, wenn die Schwangerschaft wieder fortgesetzt würde, wie etwa eine auf einer Zwischenstation unterbrochene Reise fortgesetzt wird. Die Schwangerschaft wird aber nicht unterbrochen, sondern definitiv beendet, also „abgebrochen“. Die Operation heißt mit Fug und Recht „Schwangerschaftsunterbrechung“.

Das in der Münch. med. Wschr. von verschiedener Seite in Angriff genommene obige Thema ist weit verzweigt und trotz aller Bestrebungen, es scharf zu fassen, doch recht verschwommen aufgefaßt. Dazu trägt die geschichtliche Entwicklung ihr Teil bei. Man kann geradezu einen Auflockerungsprozeß in der Strenge der ärztlichen Anzeigestellung historisch verfolgen. Die älteste Fassung der Indikationsstellung verlangte eine „erhebliche, gegenwärtige, wirkliche, absolute Gefahr“ für die Mutter, dann folgte als genügender Grund „ernste Gesundheitsschädigung“. Eine weitere Etappe bildet „kommende zukünftige große Gefahr“ und schließlich genügt „große Gefahr unter Mitwirkung sozialer Faktoren“.

Dieser Entwicklung der Auflockerung der ärztlichen Indikationsstellung geht parallel eine Entwicklung des Lebens, auf deren Hintergrund und auf deren Veranlassung — kann man sagen — die ärztliche Indikation weitergestellt werden mußte. Sie läßt sich mit wenig Worten charakterisieren:

1. Steigerung der materiellen Not.
2. Auflockerung der Sexualordnung, wie jeder Ordnung überhaupt;

- a) bewußte Trennung des sexuellen Vergnügens von der reellen Fortpflanzungsarbeit,
 - b) Hochentwicklung der Präventivtechnik,
 - c) Verantwortungslosigkeit gegenüber dem Sexualverkehr und seinen Folgen, insbesondere dem Indieweltsetzen von Kindern.
3. Aenderung in der Auffassung der Schwangerschaftsabbruchung beim Volke, beim Juristen und Arzt.
 4. Fortschritte der ärztlichen Wissenschaft in der Erkennung der Schwangerschaftswirkung auf den Körper und der sozialen Verhältnisse auf Konstitution und Schwangerschaft.

„Große Gefahr unter Mitwirkung von sozialen Faktoren“ (was ja auch schon einen Kautschukparagraphen bedeutet, denn man kann ja niemanden ins Herze sehen) ist die äußerste Grenze, bis zu der nach dem heutigen Stand von Gesetz und Berufsehre die ärztliche Indikation gehen kann. So weit reichen natürlich auch nur die ärztlichen Belange. Es wird nun versucht, analog der Heilung von Krankheiten, soziale Schäden zu sanieren, also durch den gleichen ärztlichen Eingriff, der die Mutter verletzt und das Kind tötet. Das ist ein großer Gedankensprung und wird als die sogenannte „soziale Indikation“ bezeichnet. Sie gehört — wenn man der Sache nachgehen will — in die Belange des Staates. Zur Zeit ist sie vom Gesetz verboten; wer ihr folgt, hat zu gewärtigen, als Abtreiber bestraft zu werden. Ihr könnte nur Eingang verschafft werden durch eine Gesetzesänderung.

Diese Schwangerschaftsabbruchung soll das geeignete Mittel sein, uns aus der sozialen Not herauszuhelfen.

Interessant für den Arzt ist das Studium der Konkurrenz zwischen Selbsterhaltung und Fortpflanzung, wie sie sich bei dem Studium der Lebensverhältnisse darstellt¹⁾. Es ist kein Zweifel, diese Konkurrenz besteht. Die Frage ist, wie abhelfen. Die einen sagen, die Mißwirtschaft kann man nicht abstellen, also muß die Fortpflanzung erhalten und weichen, es wird abgetrieben. Ich möchte sagen, es ist der bequeme Standpunkt, bei dem die Mutter für die Unbedachtsamkeit des Vaters und vielleicht auch für die ihrige, eine nicht unbedeutende Verletzung erleiden muß und ein Kind geopfert wird.

Es läßt sich aber ausdenken, daß man auch ohne diese verzweifelten Mittel aus diesem Dilemma herauskommen könnte. Die Ueberlegung ist folgende:

Der Abort aus sozialer Indikation ist und bleibt eine Verzweiflungstat. Man kann die Bereitwilligkeit des Publikums dazu nur aus einer mangelhaften Aufklärung herleiten. Wir Aerzte pflegen, wenn wir den richtigen Ernst hinter eine Entscheidung setzen wollen, immer nur zu fragen, würdest Du bei Deiner Frau auch so handeln? Das sollte sich auch jeder einmal in diesem Sinne überlegen, der mit dem Gedanken der Abortfreigabe umgeht. Will er seiner Frau wirklich eine nicht unerhebliche Körperverletzung — man mag sie einmal mit einem tiefen Messerstich ins Fleisch vergleichen — zumuten, um sich einer Unbequemlichkeit zu entheben, nämlich ihre Schwängerung rechtzeitig zu vermeiden. Daß er aufs sexuelle Vergnügen verzichten soll, wird ja gar nicht einmal verlangt. Es gibt doch antikonzeptionelle Mittel. Also der puren Bequemlichkeit halber wird der Frau die Körperverletzung zugemutet, die an sich dadurch keineswegs besser wird, daß sie etwa der Arzt ausführt und ihr auch noch ein anderes, wenn auch erst im Werden begriffenes Menschenleben opfert. Es ist eigentlich kaum auszudenken, daß es Männer und Frauen gibt, die in so etwas einwilligen oder so etwas wünschen, da sich diese peinliche Situation doch in der angedeuteten Weise umgehen läßt.

¹⁾ Sellheim, Hugo: Produktionsgrenze und Geburtenrückgang. Verlag F. Enke, Stuttgart, 1914.

Der Hauptgrund ist, daß wir keine rechte Sexualordnung haben und die etwa noch vorhandenen Reste in heller Auflösung begriffen sind. Trennung des sexuellen Vergnügens von der reellen Fortpflanzungsarbeit, uneheliche Kinder, Sichdrücken der Männer von den Alimenten, Abtreibung, Sitzenlassen der unehelich geschwängerten Mutter, Selbstmord der Mutter bilden die Signatur des Verfalles einer Geschlechtsordnung. Die Geschlechtsordnung ist unentbehrlich. Kein Staatswesen und keine Partei, die an die Regierung kommt, kann auf die Dauer ohne sie auskommen²⁾.

Die Frage nach dem besten Wege aus diesem Dilemma läßt sich in ein übersichtliches Schema bringen.

Abhilfe:

- | | |
|--|-------------------------|
| 1. Wiederbefestigung der Sexualordnung,
Strafe für Uebertretung, | } heute
zulässig, |
| 2. Präventivmittel, | |
| 3. Fürsorge anderer, Staatshilfe,
Schwangerschaftsabbruchung aus sozialer Indikation, | } heute
verwerflich. |
| | |

Der Arzt soll bei der Indikationsstellung der künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung mit offenen Karten spielen, sich mit einem oder besser mit zwei Kollegen, die sich in dem betreffenden Spezialfach auskennen, beraten, alle Hilfsmittel der Diagnose und Prognose in Anwendung bringen und unter Umständen eine kurze Beobachtungsfrist einschließen, um gegen jeden Fehlschluß und auch jeden Angriff gesichert zu sein.

Viel wichtiger als das Sichauseinandersetzen mit dem Gesetze ist die Befriedigung des ärztlichen Gewissens.

Für die Indikationsstellung zur Schwangerschaftsabbruchung besteht schon an sich oft genug eine große Unsicherheit und Schwierigkeit. Die Entscheidung, daß eine Lebensgefahr, der man auf andere Weise als durch künstlichen Abort nicht aus dem Wege gehen kann, vorliege, gilt nicht immer für die Gegenwart, sondern muß oft kürzere oder längere Zeit voraus genommen werden. Wir sollen uns ganz im Anfange der Tragzeit dahin aussprechen, ob eine akute Lebensgefahr im weiteren Verlaufe der Schwangerschaft, bei der Geburt oder gar erst im Wochenbett zu erwarten sein wird. Dabei ist unter Berücksichtigung aller einschlägigen Faktoren die Lage des Arztes noch leicht, wenn er sich in einer den Abort ablehnenden oder bejahenden Richtung bestimmt aussprechen kann.

Nicht immer liegen die Verhältnisse aber so klar und einfach. Der Arzt selbst bleibt zweifelhaft, wie er sich entscheiden soll. Diese Zweifelsfälle sind die schwierigsten und somit für die Praxis die wichtigsten.

Was soll man aber im Zweifelsfalle tun? Manche dürften geneigt sein, auch in solchen Fällen die Ablehnung des Abortes auszusprechen. Ich kann das nicht für gerechtfertigt halten. Zweifellos täte solch rigoroser Standpunkt, zum mindesten soweit der Zweifel reicht, den Kranken unrecht.

Ich neige in solchen Fällen — aber auch nur in solchen Zweifelsfällen — dazu, der Trägerin des Kindes ein gewisses Selbstbestimmungsrecht einzuräumen. Sie trägt ihre Haut zu Markte. Daher soll sie sich selbst entscheiden, ob sie dem Kinde oder einem weiteren Kinde zuliebe eine Lebensgefahr auf sich nehmen will, oder ob ihr die Gesundheit, an deren Erhaltung außer ihr der Ehemann und ihre bereits vorhandenen Kinder interessiert sind, vorgeht.

²⁾ Hugo Sellheim: Moderne Probleme der Geburtshilfe. Gynäkologie und Frauenkunde. Jahreskurse für ärztl. Fortbildung, J. F. Lehmanns Verlag, München, Juliheft 1928.

Derselbe: Ohne Fortpflanzungsverantwortlichkeit keine Fortpflanzungsregulierung. Zbl. Gynäk. 1928, Nr. 46, S. 2562.

Derselbe: Natürliche Ordnung im Wirrwarr der Geschlechtsbeziehungen. Der Orkan, September 1929, Heft 6.

In der Mehrzahl der Fälle werden die Frauen geneigt sein, die Schwangerschaftsabbruchung zu wählen. Es gibt aber auch Mütter, die anders denken. Ich habe den Fall erlebt, daß zwei interne und zwei gynäkologische ordentliche Universitätsprofessoren einer Frau den dringenden Rat zur Schwangerschaftsabbruchung wegen florider Lungentuberkulose geben zu müssen glaubten. Die Frau wollte aber trotz dieser autoritativen Entscheidungen nicht. Sie hat, soweit ich sehe, auch recht behalten. Das Kind wurde ausgetragen. Es ist prächtig gediehen. Auch die Mutter ist gesund geworden. Der Fall ist zugleich ein Beispiel dafür, daß man sich auch bei der größten Vorsicht und noch so eifrigem Konsultieren mit erfahrenen Kollegen in der Prognose irren kann.

Die meisten Schwierigkeiten für die Entscheidung machen die Nervösen und psychisch Kranken. Das Gefährliche ist dabei weniger die Steigerung der Nervosität und der Psychose, als vielmehr die aus der damit oft verbundenen seelischen Verstimmung entspringende akute Selbstmordgefahr. Zur Beleuchtung dieser Situation nur eine Bemerkung. Wie oft ist es schon vorgekommen, auch ohne daß eine psychische Störung vorlag, daß ein Mädchen lediglich auf den vom Arzte unvorsichtigerweise geäußerten Verdacht der Schwangerschaft hin sich das Leben genommen hat? Nachher konnte, um die Tragik voll zu machen, Schwangerschaft überhaupt nicht nachgewiesen werden! Solche Fälle mit Selbstmordabsichten sind freilich schwer zu beurteilen. Sie bedürfen zur Entscheidung der allergrößten Vorsicht. Es begegnen einem aber Frauen und vor allen Dingen Mädchen, bei welchen man wirklich überzeugt sein darf, daß sie sich das Leben nehmen werden, wenn man den Zustand nicht abbricht. Das ist doch gewiß eine „akute direkte Lebensgefahr“, die auch wohl kaum auf andere Weise beseitigt werden kann*), wenn man diesen Begriff als Indikation für die ärztliche Schwangerschaftsabbruchung gelten lassen will.

Ich habe den Scharfsinn und den diagnostischen Mut bewundern gelernt, mit dem Psychiater und Nervenärzte in einzelnen Fällen (z. B. Notzucht) mit großer Sicherheit das Unvermeidbare des Selbstmordes voraussahen und das Unglück durch das Anraten der Schwangerschaftsabbruchung abgewendet haben; im Gegensatz zu anderen, die solcher eigenartigen Situation ziemlich fremd und ratlos gegenüberstanden.

Noch eine praktische Frage, die bei jeder künstlichen Schwangerschaftsabbruchung genau zu überlegen ist. Wird es bei diesem einen künstlichen Abort bleiben, oder wird man (oder ein anderer Kollege, denn in solchen Fällen ist Wechsel beliebt) die Schwangerschaftsabbruchung über kurz oder lang zu wiederholen haben? Besteht Unheilbarkeit des Leidens, oder muß an eine Wiederholung des Prozesses, welcher diesmal die Abbruchung rechtfertigte, gedacht werden, dann ist es oft besser, der Schwangerschaftsabbruchung die künstliche „Sterilisierung“ hinzuzufügen. Die Empfehlung

*) Anm. d. Schriftl.: Gewiß muß in solchen Fällen die unerwünschte Frucht aus dem Leben des Mädchens herausgenommen werden — meist handelt es sich bei derart Verzweifelten um Töchter guter Familien, deren Zukunft durch das uneheliche Kind zerstört werden würde. Aber gibt es denn wirklich keinen Ausweg, als Tötung des Kindes? Die Aerzte sollten viel mehr daran denken, daß das Kind, über dessen Existenz die leibliche Mutter verzweifelt, der Glückseligkeit zweier anderer Menschen werden kann, die in steriler Ehe leben, wenn die Mutter veranlaßt wird, das Kind in einem von der Heimat abgelegenen Entbindungsheime unbemerkt auszutragen und zu gebären. Unmittelbar nach der Geburt, bevor noch die Mutter seiner recht bewußt geworden ist, wird das Kind fortgeschafft in ein anderes Heim, wo es zur Verfügung einer Adoptionsvermittlungsstelle steht (vgl. den Aufsatz von M. zur Nieden, ds. Wschr. 1928, S. 2017). Die Nachfrage nach adoptionsfähigen Kindern guter Herkunft ist weit größer als das Angebot! Hier liegt ein aussichtsreicher Weg zur Bekämpfung des Abtreibungselends, um dessen Ausbau sich die Aerzteorganisationen bemühen sollten, und zu dem jeder Arzt ein Weiser sein könnte.

von antikonzptionellen Mitteln führt erfahrungsgemäß nicht zum Ziele, und bei welcher Zahl der künstlichen Aborte soll die Grenze sein?

Durch die zeitliche Zusammenziehung von Schwangerschaftsabbruchung und Sterilisierung wird der Eingriff gegenüber getrennter Abtreibung und Sterilisierung wesentlich erleichtert. In einer Narkose, in einer Sitzung kann man, wie ich das früher angegeben habe³⁾, den Uterus durch glatten Schnitt entleeren und die Eileiter wegnehmen. Im Notfall läßt sich, wie von anderer Seite angegeben wurde, die Operation auch auf vaginalem Wege ausführen. Abgesehen davon, daß man die Frau vor einer Wiederholung der Gefahr schützt und das Eheleben der mit der Menstruationswelle synchron verlaufenden Beunruhigung über etwaige neue Konzeption entkleidet, hat diese Operation gegenüber dem Erzwingen des Abortes auf natürlichem Wege, oft genug durch mehrfach wiederholte Eingriffe und Narkosen, den Vorzug der Einfachheit, vorausgesetzt, daß mit dem Austragen einer späteren Schwangerschaft doch nicht mehr gerechnet werden darf.

Menge hat es (laut seiner Äußerung zur Frage der Münch. med. Wschr.) durchgesetzt, ca. 20 Jahre überhaupt keine vorzeitige künstliche Schwangerschaftsabbruchung an der Heidelberger Klinik auszuführen. Ihm liegt ganz besonders das Problem vom Zusammentreffen der Frühschwangerschaft mit der Tuberkulose am Herzen. Die Leipziger Klinik ist insofern in seine Fußtapfen getreten, als wir in Sachsen in größerem Maßstabe versuchen, an Stelle der Schwangerschaftsabbruchung bei Lungentuberkulose die Heilstättenbehandlung mit allen Mitteln der Neuzeit besonders des Pneumothorax treten zu lassen.

Das Insulin ist ein glänzendes Mittel im Kampfe gegen die Hyperemesis, seitdem wir dieses Medikament anwenden, kennen wir diese Indikation zur Schwangerschaftsabbruchung so gut wie nicht mehr.

Es ist erfreulich, von G. Winter zu hören, daß die sogenannte Notzuchtsindikation sich immer mehr Anerkennung in Wissenschaft und Praxis erwirbt, sofern der Tatbestand der Notzucht und Schändung unanfechtbar ist. Grundsätzliche Anerkennung hat sich im Reichsausschuß für das neue Strafgesetzbuch nicht gefunden.

Rußland ist das große Versuchsfeld für die Auswirkung der Abortfreigabe. Entgegen den vielen Versuchen, ein Sand in die Augen zu streuen, finden wir in der über russische Literatur gut orientierten Schrift von Dr. med. Serge Krassilnikian ein freimütiges Bekenntnis.

1. Die Freigabe bzw. Legalisierung der Abtreibung in der Sowjetunion hat eine enorme Zunahme der Abtreibungen zur Folge gehabt.
2. Trotz dieser Legalisierung haben die Kurpfuscheraborte (krimineller Abort) zugenommen.
3. Der Prozentsatz der septischen Erkrankungen hat sich nach der Freigabe wesentlich erhöht.
4. Die Abbruchung der Schwangerschaft — selbst lege artis ausgeführt — hat sich als ein ernster und schwerer Eingriff für den weiblichen Organismus erwiesen.

Diese Schlußfolgerungen sind in der Sowjetunion selbst gezogen worden aus den Erfahrungen der letzten 13 Jahre seit der Freigabe der Abtreibung. Die russischen Autoren bezeichnen diese Folgezustände als „großes soziales Uebel“.

Als Abhilfe erscheint dringend notwendig:

1. Die Schwangerschaftsabbruchung darf nur aus medizinischen (wissenschaftlichen) Indikationen ausgeführt werden.
2. Die soziale bzw. wirtschaftliche Lage der Bevölkerung ist durch staatliche Hilfsmaßnahmen zu heben. Der Mutterschafts- und Kinderschutz müßte besser ausgebaut werden, damit die „Angst vor dem Kinde“ verschwinde.

³⁾ Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisation in einer Sitzung auf abdominalem Wege. Mschr. Geburtsh. 1913, 38, H. 2.

3. Das sittliche Niveau der Bevölkerung, besonders der Jugend, muß wieder gehoben werden.
4. Um die Zahl der Abtreibungen herabzusetzen, muß die Zahl der Schwängerungen vermindert werden. Dies würde am besten erreicht werden durch die Beratungs- und Fürsorgestellen, in welchen Aerzte die Bevölkerung in der Anwendung von schwangerschaftsverhütenden Mitteln zu unterweisen hätten.

Wie die trüben Erfahrungen in Sowjetrußland aufs eindringlichste gelehrt haben, hat die Legalisierung der Abtreibung trotz der staatlichen Kontrollmaßnahmen zu einer Verschärfung, statt zur Abnahme der Abortseuche geführt.

Die besonderen sozialen und wirtschaftlichen Verhältnisse des völlig proletarisierten Rußlands können in keiner Weise mit den deutschen Verhältnissen verglichen werden.

Nur durch zielbewußte und weitgehende Aufklärung der minderbemittelten Bevölkerungskreise über Schwangerschaftsverhütung ist ein Erfolg im Sinne der Verminderung der Abtreibungen und ihrer verderblichen Folgen für die Volksgesundheit zu erwarten.

Durch wirtschaftliche Besserstellung kinderreicher Familien von Staatswegen ist eine Hebung des gesunkenen Fortpflanzungswillens anzustreben.

A. Mayer betrachtet in den Antworten auf die Rundfrage die künstliche Schwangerschaftsabbruchung mit Recht als eine Operation, die auch in den besten Händen eine gewisse Mortalität hat. Wir machen, so sagt er, daher die Laien immer wieder aufmerksam, daß der Eingriff gar nicht so harmlos ist, wie sie das meinen.

Jeder von uns sucht nach der unschuldigsten und ungefährlichsten Methode. Der Zufall hat mich ein Verfahren kennenlernen lassen, das wir in einer ziemlich großen Anzahl von Fällen probiert und ganz vorzüglich und empfehlenswert befunden haben.

Ich hatte die Aufgabe, das Buch von J. Leunbach über das Problem der Geburtenreglung zu besprechen^{*)}. Ich las dort die Notiz, daß der Berliner Apotheker Heiser ein einfaches Verfahren zur Unterbrechung der Schwangerschaft gefunden habe, mit dem er eine große Anzahl von Abtreibungen (widerrechtlichen) ohne Nachteil für die Frauen durchgeführt habe. Der Arm der Gerechtigkeit hat ihn gepackt.

Ich habe mich auf diese Anregung hin aufs genaueste orientiert. Mit einer Metallspritze wird eine Salbe, die alle möglichen, im Rufe der Abortiva stehenden Mittel in einer aseptischen Zusammensetzung enthält, in den Uterus langsam hineingedrückt. Nach 1—2 Tagen erwacht eine geregelte Wehentätigkeit, die das Ei ausstößt. Wir gaben zur Unterstützung noch etwas Chinin hinzu und tasteten nach der Ausstoßung, wenn nötig, nach. Die Einleitung der künstlichen Schwangerschaftsabbruchung ist auf diese Weise äußerst einfach. Sie ist auch schmerzlos (also ohne Narkose möglich, was wichtig ist z. B. bei schwerem Herzfehler usw.). Reizzustände oder Fieber haben wir in unseren über ein Dutzend Fällen von ärztlich angezeigter Schwangerschaftsabbruchung nie gesehen.

Vielleicht gibt es Kollegen, die wegen der Herkunft des Mittels die Nase rümpften. Es wäre nicht das erstemal, daß von Nichtärzten etwas medizinisch gut Brauchbares gefunden worden wäre. Ich habe mich anfänglich auch etwas daran gestoßen, daß mir die Zusammensetzung des Mittels nur ungefähr bekannt war. Wir haben deshalb auch Versuche gemacht, etwas Aehnliches selbst herzustellen.

Ich tröste mich aber mit dem Aussprüche Marquisitos, der, als er darüber gefragt wurde, wer die Lehrmeister der Japaner gewesen wären, ob die Amerikaner, die Deutschen, die Engländer oder die Franzosen, meinte,

„wir nahmen das Gute, wo wir es fanden und verbesserten es“. Man kann auch ohne die Ueberheblichkeit, die in diesem Aussprüche liegt, sagen, wir nehmen wenigstens das Gute, wo wir es finden. Sind wir doch alle froh, wenn wir die Gefahren der Schwangerschaftsabbruchung herabsetzen können.

(Anschr. d. Verf.: Leipzig, Univ.-Fr.-Klin.)

Alfred Ploetz zum 70. Geburtstag*).

Am 22. August wird Alfred Ploetz 70 Jahre alt; und ich folge gern der Aufforderung der Schriftleitung der Münch. med. Wschr., ihm an dieser Stelle einen kurzen Festartikel zu widmen. Ploetz ist durch sein Buch von 1895, die „Grundlinien einer Rassenhygiene“, durch die Herausgabe des Archivs für Rassen- und Gesellschaftsbiologie (seit 1904) und durch die Organisation der Gesellschaft für Rassenhygiene der Begründer der Rassenhygiene in Deutschland geworden. Die meisten Forscher und Autoren, die sich in Deutschland auf dem Gebiet der Rassenhygiene betätigen, sind direkt oder indirekt durch die von Ploetz ausgehenden geistigen Impulse dafür gewonnen worden. Wohl war in England des genialen Darwin genialer Vetter Francis Galton schon einige Jahre früher zur rassenhygienischen Einsichten und Zielsetzungen gekommen, wohl hatte bei uns Schallmayer im Jahre 1891 eine Schrift über die drohende körperliche Entartung veröffentlicht; ohne die bahnbrechende Wirksamkeit von Ploetz, der von Galtons gleichgerichteten Bestrebungen nichts wußte, wären wir in Deutschland auf dem Gebiet der Rassenhygiene aber vermutlich um Jahrzehnte zurück. Frankreich, dem ein solcher Pionier fehlte, hat bis heute keine nennenswerten wissenschaftlichen Leistungen auf dem Gebiet der Rassenhygiene aufzuweisen; auch gibt es dort eigentlich keine rassenhygienische Bewegung. Bei uns aber hat die rassenhygienische Forschung und Bewegung in den Jahrzehnten seit ihrer Begründung durch Ploetz im ganzen doch recht erfreuliche Fortschritte gemacht. Zumal im letzten Jahrzehnt hat sich die öffentliche Aufmerksamkeit in steigendem Maße diesen lebenswichtigen Fragen zugewandt. Daß eine Rassenhygiene großen Stils eine unerläßliche Bedingung der Erhaltung unserer Rassentüchtigkeit und der Fortführung unserer Kultur ist, dessen sind sich die meisten Zeitgenossen allerdings noch nicht bewußt und — was besonders bedauerlich ist — auch die meisten Aerzte nicht. Ohne großzügige rassenhygienische Maßnahmen kann es aber keine wirkliche Gesundung des Menschengeschlechts geben, ja nicht einmal eine wirksame Bekämpfung der Entartung. Man redet zwar viel von Gesundheitspflege und Volkserziehung, den Königsweg zu Kraft und Schönheit aber sehen bisher leider noch viel zu wenige. Und doch hat ihn Ploetz in den wesentlichen Linien schon 1895 vorgezeichnet.

Alfred Ploetz wurde im Jahre 1860 an der pommerischen Seeküste in Swinemünde geboren. Schon früh hatte er lebhaftes biologische Interessen; schon in der Schulzeit erwachte bei ihm auch die Begeisterung für die Rasse der Germanen und der Wille, den Dienst an ihrer Zukunft als eigentliche Lebensaufgabe anzusehen. Nach volkswirtschaftlichen, biologischen und medizinischen Studien in Breslau und Zürich ging er nach Amerika und war dort mehrere Jahre als praktischer Arzt in einer mittleren Stadt (Meriden) im Osten der Vereinigten Staaten tätig. Auf Drängen seines Jugendfreundes Gerhart Hauptmann, der erkannt hatte, daß Ploetz in Deutschland bessere Aussichten habe, seine Ideen zu verwirklichen, kehrte er dann aber wieder in die Heimat zurück. Durch die Ehe mit seiner verständnisvollen Frau Anita, geb. Nordenholz, die ihm auch drei gesunde,

*) Die Mathematisch-Naturwissenschaftliche Fakultät München hat Ploetz aus diesem Anlasse zum Ehrendoktor ernannt.