

XXI.

Aus der psychiatrischen und Nervenklinik zu Königsberg i. Pr.
(Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Meyer).

Die künstliche Sterilisierung der Frau vom psychiatrischen Standpunkt.

Von

W. Stengel,
approb. Arzt.

I. Allgemeiner Teil.

Die vorliegende Betrachtung der Sterilisierung der Frau bei Geisteskrankheiten beschränkt sich von selbst fast ausschliesslich auf die Tubensterilisierung, denn wenn auch bei der Kastration der Endeffekt eine Unfruchtbarmachung bedeutet, so geht diese doch von einer kurativen Indikationsstellung aus, deren Berechtigung nach dem jetzigen Stande der Wissenschaft mindestens sehr in Zweifel gezogen wird. Ja die heutige Anschauung geht sogar noch weiter. Rieger hat in seinem Buch „Die Kastration“ in origineller und überzeugender Weise dargetan, dass die Folgen einer Kastration an Körper und Geist, wie sie von Aerzten und Laien als bewiesen bisher gläubig hingenommen sind, zum grössten Teil in das Reich des medizinischen Aberglaubens verwiesen werden müssen.

Wenn ich einzelne Sterilisierungsfälle mit ausgeführter Uterusamputation in den Rahmen dieser Ausführungen einfüge, so bei der Chorea gravidarum, so geschieht das aus dem Grunde, weil hier trotzdem die prophylaktische Indikation im Vordergrunde steht und erst in zweiter Linie durch die Entfernung des Uterus eine heilende Beeinflussung in Betracht kommt. Von der Sterilisierung durch Röntgenstrahlen will ich als von einem zu unsicherem Verfahren abssehen. Doch sei hier ihrer erwähnt. Auch hier sei eingangs noch des natürlichssten „Sterilisierungsverfahrens“ gedacht, der sexuellen Abstinenz. Vor allem bei den Fällen, bei denen eine zeitliche Unfruchtbarkeit gefordert werden muss, wird der Arzt ihrer, wenn er von Präventivmitteln abssehen will, nicht entraten können, wenn er auch skeptisch genug deren gewissenhafte Befolgung bezweifeln mag. Ist doch nicht allein das medizinische Urteil und hygienische Gewissen in allen Bevölkerungs-

schichten ein nur mangelhaftes, sondern fehlt es doch auch oft bei aller Einsicht des ärztlichen Rates den Patienten an der genügenden moralischen Festigkeit, um Jahre hindurch Abstinenz zu bewahren. Die fakultative Sterilisierung, ermöglicht durch mannigfache Präventivmittel, ist ein Faktor, mit dem der Arzt wohl meist rechnen darf, kann sich aber namentlich als Dauersterilisierung an Sicherheit nicht mit der operativen Tubensterilisierung messen.

Eine selbstständige geschlossene Darstellung der Tubensterilisierung aus psychiatrischen Gesichtspunkten heraus fehlt meines Wissens, wenn ich von den Ausführungen Strohmayer's „Künstliche Fehlgeburt und künstliche Unfruchtbarmachung vom Standpunkt der Psychiatrie“ im Handbuch von Placzek absehe, und doch verdient die Sterilisierungsfrage im allgemeinen wie im besonderen bei Geisteskrankheiten mindestens ebenso in den Brennpunkt des staatlichen wie medizinischen Interesses gerückt zu werden, wie der Abort, denn zukünftig wird die künstliche Unfruchtbarmachung wohl mehr und mehr in ärztlichen und Laienkreisen Verbreitung finden und demgemäß wachsenden Einfluss auf die Volksvermehrung gewinnen. Dieser Eingriff erscheint in bevölkerungspolitischem Lichte noch folgenschwerer als der künstliche Abort, insofern, als durch den letzteren jeweils nur ein Individuum vernichtet wird, durch die Sterilisierung jedoch eine ganze Generation; so darf auch hier nur ein strenger Massstab der Indikationsstellung angelegt werden. Dem steht jedoch noch in weit höherem Masse als bei der Abortfrage die Schwierigkeit der festen Umgrenzung, der Aufstellung von allgemein gültigen Normen der Indikationsstellung im Wege, von Grundsätzen, die Mediziner wie Juristen in der Beurteilung von Zweifelsfällen Wegweiser sein können. Das spiegelt sich auch in der divergierenden Urteilsbildung der verschiedenen Autoren, die zur Sterilisierungsfrage Stellung genommen haben, wieder.

Nachdem schon vorher von Froriep, Koks u. a. in verschiedenen Operationstechniken Tubensterilisierung ausgeführt wurde, hat Kehrer im Jahre 1897 als erstes selbstständiges Sterilisierungsverfahren Durchschneidung der Eileiter und darauf folgende Ligatur der Stümpfe vorgenommen. Gegenwärtig ist die meist geübte Operation die partielle oder vollständige Tubenresektion.

Uns interessiert vor allem die Indikationsstellung der verschiedenen Autoren, die sich praktisch oder theoretisch mit der Sterilisierungsfrage im Hinblick auf Geisteskrankheiten beschäftigt haben.

Auch hier hat Kehrer als erster eine geschlossene Zusammenfassung der Indikation zur Sterilisierung vorgenommen. Nach ihm müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

1. Es ist zu fordern, dass antikonzeptionelle Mittel vorher vergeblich versucht sind.
2. Müssen mehrere lebende Kinder vorhanden sein (ausgenommen bei absoluter Beckenenge).
3. Volle Uebereinstimmung der Ehegatten, schriftlich niedergelegt.
4. Schriftliche Zustimmung zweier erfahrener Kollegen.

Sind diese Punkte entschieden, so kann Sterilisierung in folgenden Fällen in Betracht gezogen werden:

I. — — — — —

II. Ungünstige konstitutionelle Zustände und schwere chronische Allgemein- und Lokalkrankheiten, welche im Einzelfall als Komplikation von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett stets zu lebensgefährlichen Zufällen geführt haben und durch eine entsprechende anderweitige Behandlung nicht gebessert oder gar beseitigt werden konnten, und ihrer Natur nach unheilbar sind, so dass durch weitere Schwangerhaft der Eintritt von Marasmus oder gar Tod zu befürchten ist.

Zu dieser Gruppe rechnet Kehrer unter anderen Erkrankungen;

1.—6. — — — — —

7. „von Nervenkrankheiten scheinen mir weniger die mit degenerativen Veränderungen zusammenhängenden Hirn- und Rückenmarkskrankheiten in Frage zu kommen, weil dabei wie bei paraplegischen entweder keine Schwangerschaft eintritt oder andererseits Schwangerschaft und Geburt normal verlaufen können, als vielmehr die schweren Formen von Psychosen, zumal die Manie, wenn sie zu Mordversuchen führen kann.“

Chroback übt an einzelnen von Kehrer's Ausführungen Kritik. So sei das Verlangen, dass lebende Kinder vorhanden seien, nicht in allen Fällen begründet. Im übrigen sieht er die Sterilisierung bei Nerven- und Geisteskrankheiten als eine ziemlich unaufgeklärte Sache an. Wenn auch in vielen Fällen infolge des Fehlens von Konzeptionsbedingungen Sterilisierung nicht in Frage komme, so gebe es doch Psychosen von solch ungünstiger Beeinflussung der Schwangerschaft, dass doch Sterilisierung eintreten muss, die jedoch nur auf Grund eingehendster Entscheidung der Psychose vorgenommen werden dürfe.

Küstner verlangt: „Nur mit Sicherheit vorauszusehende Gefahren, die durch erneute Schwangerschaft involviert werden, können es sein, die uns in Uebereinstimmung mit dem Wunsche der Kranken und eventl. des Ehemannes veranlassen dürfen, operativ einen Zustand zu setzen, der das Eintreten der Schwangerschaft verhindert.“

Ebenso Stoeckel: „Ich erkenne als alleinige Indikation für die Unterbrechung und Verhütung der Schwangerschaft nur die tatsächlich vorhandene oder nach fachmännischem Urteil mit Sicherheit zu erwartende Bedrohung des mütterlichen Lebens durch die Schwangerschaft an.“

Auch Hofmeier: „Wenn bei Frauen, die schon mehrfach oder vielfach geboren haben, so schwere pathologische Störungen vorliegen, dass durch wiederholte Schwangerschaft mit Sicherheit eine weitere schwere, unter Umständen lebensgefährliche Verschlummerung des Gesamtzustandes vorauszusehen ist, so ist der Arzt wohl berechtigt, seine aktive Mitwirkung zur Verhütung weiterer Konzeption zu gewähren.“

Danach könnte, wenigstens bei psychischen Krankheiten, niemals die Sterilisierung ausgeführt werden, da mit Sicherheit niemals das erstmalige Auftreten oder die Wiederkehr psychischer Störungen während der Generationszeit vorausgesehen werden kann.

Haeberlin, der in 8½ Jahren 41 Sterilisierungen vorgenommen hat, hat Grundsätze aufgestellt, die den strengen der vorerwähnten Autoren z. T. zuwiderlaufen und in das Lager derjenigen führen, die die aussermedizinischen Indikationen sozialer, sozialpolitischer und eugenetischer Natur für berechtigt ansehen. Wenn er auch sagt, dass als oberster Grundsatz gelte, durch die operative Sterilisierung prophylaktisch andauernde Gefahren abzuwenden, welche einer Frau durch Schwangerschaft drohen, so zieht er den Kreis der Gefahren eben sehr weit; denn nach ihm ist die operative Sterilisierung angezeigt bei Epilepsie und allgemeinen Schwächezuständen, welche Folgen sind angeborener verminderter Widerstandsfähigkeit, häufiger schwerer Geburten und dauernder misslicher wirtschaftlicher und sozialer Verhältnisse. Komplizierter sieht er die Indikationsstellung bei der grossen Gruppe von Patientinnen an, welche an allgemeiner psychischer und physischer Erschöpfung aus verschiedensten Ursachen leiden. „Denn nicht die absolute Zahl der überstandenen Geburten der lebenden Kinder, nicht der absolute Grad der Schwangerschaftsbeschwerden, nicht der momentane Ernährungs- und Kräftezustand allein oder zusammen darf oder kann ausschlaggebend sein, sondern allein die Patientinnen in ihren wirtschaftlichen und häuslichen Verhältnissen.“

Diese weitherzige Indikationsstellung wird von Strohmayer wenigsten für die Fälle schwerer Erschöpfung als wohltuend begrüßt, denn es handelte sich doch nicht um eine verwerfliche rein soziale Indikationsstellung, sondern nur um Befolgung eines in der ganzen Medizin gültigen Satzes, dass man die Person und nicht die Krankheitssymptome zu behandeln habe. Auch Meyer erscheint es bei Erörterung des

Aborts geboten bei Schwangerschaftsdepressionen wie bei allen anderen psychischen Störungen das Urteil nur auf Grund der Kenntnis der ganzen Persönlichkeit und aller in Betracht kommenden Verhältnisse zu fällen. Das ist ein Grundsatz, der, wie später bei dem Kapitel „soziale Indikationen“ zu erörtern sein wird, seine volle Berechtigung hat.

Um zur Sterilisierungsindikation zurückzukommen, so äussert sich Meyer zu ihr im allgemeinen in dem Sinne, dass, falls eine Frau eine Puerperalpsychose überstanden hat, darauf zu dringen ist, dass eine erneute Konzeption vermieden wird, wenn wir auch vielfach sehen, dass weitere Geburten ohne Störung verlaufen. So genügt ihm schon die Wahrscheinlichkeit der Wiederkehr psychischer Störung, um konzeptionsverhindernd einzutreten. Im Besonderen erscheint Meyer die Sterilisierung berechtigt bei schubweise rezidivierender Dementia praecox, bei Epilepsie und bei Frauen mit mehrfachen Geburten, insbesondere da, wo in der grossen Anzahl der Geburten das Hauptmoment für die Erschöpfung des Nervensystems zu liegen scheint. Dagegen würde man überall da, wo es sich um psychopathische Konstitution und pathologische Reaktion, überhaupt von äusseren Einflüssen abhängige Störungen handelt und wo erstmalig Gravidität besteht, Bedenken fragen über die einfache Entfernung der Frucht hinauszugehen. In jedem Falle sei der Einzelfall bei der Frage der Sterilisierung aufs sorgfältigste zu analysieren.

Im wesentlichen ist Strohmayer zu denselben Ergebnissen gekommen. Nach ihm ist Sterilisierung angebracht:

1. „Bei den rezidivierenden Psychosen melancholischen (und eventl. manischen) Charakters, die dem Kreise des manisch-depressiven Irreseins angehören.“

2. Bei den schubweise zur Verblödung führenden Fällen der Dementia praecox oder Katatonie.

3. Bei habitueller Häufung epileptischer Anfälle in der Schwangerschaft oder regelmässiger Verschlummerung des Leidens im Wochenbett.“

Er sagt allgemein, dass man in Fällen wiederholter Puerperal- und Laktationspsychosen nicht allzulange warten soll.

Bei dieser Verschiedenheit der Beurteilung der Sterilisierung und ihrer Indikation erscheint es angebracht den Wurzeln nachzugehen, aus denen die Sterilisierung ihre Berechtigung zieht, und die dabei gewonnenen Grundsätze jeweils bei den einzelnen psychischen Erkrankungsformen in Anwendung zu bringen.

Die Indikationsstellung der Sterilisierung geht im allgemeinen von ähnlichen Voraussetzungen aus wie der künstliche Abort,

sie deckt sich im Besonderen mit der des prophylaktischen Abortes. Nach Winter muss die Schwangerschaft unterbrochen werden, wenn dieselbe dauernde und irreparable Schädigung lebenswichtiger Organe mit Sicherheit herbeiführt. Aus dieser Indikation leite man z. B. bei gewissen Formen der Psychose den Abort ein, den man somit einen prophylaktischen nennen könne. Es sei klar, dass diese Indikationsstellung die schwierigste sei und eine grosse Erfahrung in Bezug auf Pathologie und Prognose der komplizierenden Krankheit verlange.

Wie nach diesen Ausführungen Winter's der prophylaktische Abort also zur Abwehr einer in der vorliegenden Schwangerschaft mit Sicherheit zu erwartenden Gefahr für die geistige Gesundheit der Patientinnen ausgeführt wird, so wird demnach die Sterilisierung zur Verhütung eben dieser doch in künftigen, noch nicht bestehenden Schwangerschaften mit Sicherheit zu erwartenden geistigen Störungen vorgenommen. Auf diese Analogie werden wir uns hier bei kritischer Betrachtung der später ausgeführten Fälle nicht stützen können, insofern, als bei der geforderten Sicherheit der Prognosestellung der prophylaktische Abort bei psychischen Krankheiten genau genommen überhaupt nicht ausgeführt werden kann und insofern als den meisten Autoren bei nur vorhandener Wahrscheinlichkeit des zukünftigen Auftretens von geistigen Störungen in der vorliegenden Schwangerschaft dem prophylaktischen Abort keine Berechtigung zugestanden wird. Da, wie oben schon festgestellt, die Sterilisierungsfrage sich mit der des prophylaktischen Abortes deckt, das „für“ und „gegen“ bei dieser für die Sterilisierungsfrage ebenfalls von grundlegender Bedeutung ist, so ist eine grundsätzliche Betrachtung des prophylaktischen Abortes am Platze.

Von der strengen „Sicherheits“-forderung Winter's weichen vor allem Saenger und Lienau bewusst ab. Saenger weist auf Grund seines Materials darauf hin, dass der Umstand, dass eine psychische Erkrankung in der Gravidität einen günstigen Verlauf genommen hat, durchaus nicht zu der Annahme berechtigte, dass ein zweites oder drittes Mal ein Gleichter Fall sein würde, und kommt infolgedessen zu dem Schluss, dass gewiss manche Frau vor der Geisteskrankheit bewahrt geblieben wäre, wenn rechtzeitig ein Abort eingeleitet wäre. Lienau lässt sich in seinen zahlreichen künstlichen Abortfällen von dem Grundsatz leiten, dass, wenn eine Frau während der Generationsvorgänge zwei Mal nacheinander geisteskrank würde, der Abort, selbstverständlich zu einem möglichst frühen Zeitpunkt, unter allen Umständen auszuführen ist. Vor der Verallgemeinerung dieser Auffassungen warnt Meyer, denn es könnte keineswegs mit genügender Sicherheit gesagt

werden, ob wirklich in der nächsten Gravidität ein neuer Anfall der Psychose sich einstellt, und man würde sich daher zum mindesten schwer zum Eingreifen entschliessen. Allerdings erscheine jetzt ein Eingriff bei der Dementia praecox eher berechtigt auf Grund der Ueberlegungen im Anschluss an die Abderhalden'sche Reaktion, doch verlange er aus rechtlichen Gründen das Bestehen gegenwärtiger geistiger Störungen.

Denselben Standpunkt vertritt Siemerling, indem er darauf hinweist, dass die Disposition zur Wiedererkrankung eine so schwere sein kann, dass die Gefahr eines Rückfalles und ernste Geistesstörung als sehr erheblich und gleich einer schon bestehenden Erkrankung als schwerste Gefahr für das Leben und Gesundheit der Frau angesehen werden muss.

Auch Alzheimer und Quensel weisen auf die ungenügende Sicherheit der Prognose hin. Alzheimer: „Die Konstellationen der einzelnen Schwangerschaften sind so verschiedene, dass eine folgende die Gefahren einer früheren nicht notwendig zu bringen braucht und tatsächlich auch nicht bringt.“ „So ist es durchaus angebracht abzuwarten und seine Indikation lediglich nach der vorliegenden Gravidität zu stellen.“ Quensel: „Zwar kann man von einer gesetzmässigen und regelmässigen ursächlichen Verbindung nicht sprechen. Doch kann man die auslösende Wirkung der Generationsphasen für Anfälle periodischer Geistesstörung nicht ganz bestreiten in Fällen, wo, wie in einzelnen von mir beobachteten, mehrfach die Psychose an eine Entbindung usw. sich anschliesst und nie ohne solche zur Beobachtung kam.“ Doch daraus folge noch keine Indikation zur prophylaktischen Unterbrechung, zumal man nicht sicher wisse, ob der Eingriff nicht die Psychose, die man verhüten wolle, hervorrufe.

Mit dieser Negierung oder als unzulänglich abgelehnten inneren Beziehung und der daraus folgenden Zurückweisung des prophylaktischen Abortes würde somit der berechtigten Sterilisierung der Boden entzogen werden, wenn nicht doch in einem Punkte in praktischer Hinsicht ein Unterschied zwischen prophylaktischem Abort und Sterilisierung bestände. Es ist vor allem beim Abort die Scheu auf solche, auf blosser Wahrscheinlichkeit basierende Indikationsgründe hin, das vorhandene Leben zu vernichten, eine Scheu, die durch die diesbezüglichen gesetzlichen Bestimmungen nur noch vermehrt wird.

Wenn schon Lienau sagt, dass er im Hinblick auf seine Fälle wenigstens sich mit allen Psychiatern damit einig sehen dürfe, dass der Gatte in allen den ihm zum Abort berechtigten Fällen wenigstens vor erneuter Konzeption dringend gewarnt würde, so deutet er schon an, was mehr oder weniger klar schon von anderen ausgesprochen

wird, dass man sich leichter zur Empfängnisverhütung als zum Abort entschliessen wird. Und das liegt ja in der Natur der Sache. Auch hierzu einige Stimmen:

Engelhardt gibt auf die Frage, soll man bei rezidivierender Psychose unterbrechen oder nicht, die Antwort, dass man nicht zum Unterbrechen schreiten wird, doch später durch antikonzeptionelle Mittel oder durch Operation das Auftreten neuer Schwangerschaften unmöglich machen wird. Meyer ist der Ansicht, dass man im allgemeinen bei den neurasthenisch-hysterischen Psychosen die Unterbrechung der Schwangerschaft ablehnen wird, desto mehr Gewicht jedoch auf die Vermeidung weiterer Schwangerschaften eventl. auf spätere Sterilisierung legen wird. Sarwey: „Um die Schwangeren vor sicherer Lebensgefahr zu bewahren, nehmen wir das Recht für uns in Anspruch, die Gravidität durch den künstlichen Abort zu beseitigen und, um diesen zu vermeiden, greifen wir zu der einfacheren therapeutischen Verordnung und suchen durch Anwendung von Präventivmitteln der Konzeption vorzubeugen.“ Auch Quensel sagt, dass man in Fällen, wie sie oben bei ihm erwähnt sind, wohl zur fakultativen Sterilisierung, aber nicht zur Schwangerschaftsunterbrechung zuraten kann.

Wenn da nur die fakultative Sterilisierung zur Schwangerschaftsverhütung ins Auge gefasst wird, so bleibt sich dies im Grunde gleich, denn Saenger urteilt richtig, dass, wer die Berechtigung der vorübergehenden Sterilisierung bei vorübergehender Indikation anerkennt, auch logischerweise die Dauersterilisierung bei fortbestehender Indikation anerkennen muss. Und letzten Endes ist die Wirkung dauernd angewandter Präventivmittel ja die der operativen Sterilisierung, nur dass letztere den Vorzug der unbedingten Sicherheit bietet. Allerdings deutet Naecke auf eine eventl. Gefahr hin, wenn er sagt, dass man, wo ein Zusammenhang zwischen Gravidität und Psychose so gut als gesichert angesehen wird, um weitere Erkrankung der Frau zu verhüten, statt des Abortes lieber Sterilisierung anwenden soll, allerdings dabei bedenken muss, dass durch diese kleine Operation ein Anfall von Geistesstörung ausgelöst werden kann.

Danach genügt also, um das Facit zu ziehen, den meisten Autoren schon ein gewisser Grad von Wahrscheinlichkeit des Wiederauftretens psychischer Störungen in einer neuen Generationsphase, um zur Sterilisierung zu berechtigen.

Nun gibt es wirklich in der Literatur eine Anzahl von psychiatrischen Fällen, die durch die Regelmässigkeit ihres Auftretens im Anschluss an die Generationsphasen (Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, Laktation) eine Abhängigkeit von ihnen und innere Beziehungen zu

ihnen aufweisen, so dass mit grosser Wahrscheinlichkeit bei ihnen ein Psychosenrezidiv in erneuter Schwangerschaft usw. vorausgesagt werden kann. Dass dabei diejenigen Fälle unter diesen, bei denen mit einer genügenden Berechtigung der prophylaktische Abort ausgeführt wurde, ohne weiteres Objekte einer vollberechtigten Sterilisierung sind, ist nach obigen Ausführungen nur logische Folgerichtigkeit.

Demnach halte ich folgende Formulierung der Indikationsstellung zur operativen Sterilisierung von Geisteskrankheit für berechtigt: Die Sterilisierung ist bei den Frauen geboten, die im engen Anschluss an eine oder mehrere vorausgegangene Generationsperioden (Schwangerschaft usw.) geistige Erkrankungen zeigten, mit deren Wiederkehr im Anschluss an eine neue Generationsperiode mit Sicherheit oder grosser Wahrscheinlichkeit zu rechnen ist; die dann, wenn die geistigen Störungen eingetreten sind, durch deren fortschreitenden bösartigen Charakter innerhalb der Generationsphase oder durch die bestehenbleibenden Folgen ausserhalb der Generationsphase eine Gefahr für Leben und geistige Gesundheit der Frau und bei Gefährdung der letzteren auch für die Umgebung bedeuten würden, so dass zu deren Anwendung in der Schwangerschaft deren prophylaktische Unterbrechung ausgeführt werden müsste. Vorbedingung ist, dass diese Geisteskrankheiten durch keine andere Behandlung geheilt oder wesentlich gebessert werden können.

Es sind natürlich die Frauen besonders die gegebenen Objekte der Sterilisierung, bei denen ein verschlimmender Einfluss der Gravidität usw. auf die schon bestehende oder in derselben entstandene Geisteskrankheit in dem Grade vorliegt, dass eine absolute Indikation zum künstlichen Abort vorhanden ist, und bei denen dann dieselben krankhaften Erscheinungen in demselben oder auch verstärktem Masse mit Sicherheit oder hoher Wahrscheinlichkeit bei erneuter Gravidität wieder auftreten und somit wieder die künstliche Schwangerschaftsunterbrechung indizieren würden.

Bei obiger Indikationsstellung muss in dreierlei Hinsicht der Praxis Rechnung getragen werden, wobei dem subjektiven Entscheiden die Beurteilung überlassen werden muss.

1. In der Definition der Gefahr. Im allgemeinen unterscheiden wir Gefahren, die dem körperlichen Leben der Frau drohen — vitale Gefahr —, und die die geistige Gesundheit zu beeinträchtigen oder zu zerstören drohen — psychische Gefahr —, die der ersten gleichwertig zu setzen ist. Denn mit Zerstörung der geistigen Gesundheit ist auch der persönliche und soziale Wert des Einzelnen vernichtet.

Bei der Sonderstellung der psychischen Krankheiten kommt noch die Gefahr hinzu, die aus der Geisteskrankheit der Mutter für sie selbst durch die Suizidgefahr, für ihre Umgebung namentlich die schon vorhandenen Kinder durch die Mordgefahr entsteht.

2. Der Begriff „mit grosser Wahrscheinlichkeit“ ist ein allgemeiner und wird je nach dem jeweiligen Stande der psychiatrischen Wissenschaft sowie je nach Erfahrung des Einzelnen verschiedene Auslegungen erfahren.

3. Wird der Kreis der medizinischen Indikationen enger oder weiter gezogen, insofern, als z. B. bei den Erschöpfungspsychosen neben der Häufung der Geburten die Anzahl der vorhandenen Kinder, die Mehrbelastung der erschöpften Mutter durch das neue Kind, wirtschaftlicher Notstand und so weiter als auslösende oder verschlimmernde Faktoren in Frage kommen können. Gilt doch gerade bei diesen Erschöpfungszuständen nach dem Typ von Hoche nach Meyer die Kenntnis der Verhältnisse und der ganzen Persönlichkeit. Dass dabei eine scharfe Grenze zu den rein sozialen und eugenetischen Indikationen nicht zu ziehen ist, liegt in der Natur der Sache.

Und so gilt gerade bei der Frage der Sterilisierung ganz besonders die Notwendigkeit den Einzelfall aufs Sorgfältigste zu analysieren (Meyer).

Da, wie nach Winter, bei der Frage des künstlichen Abortes die Grundlage für die Aufstellung einer Indikation allein durch die wissenschaftliche Erforschung des Zusammenhangs zwischen Schwangerschaft und der sie komplizierenden Krankheit geschaffen wird, diese Forderung für die Sterilisierungsfrage von derselben grundlegenden Bedeutung ist, so gilt es als Erstes, die Beziehungen zwischen Generationsphase und Geisteskrankheit im einzelnen zu untersuchen.

Findet sich eine Beziehungsmöglichkeit in der Statistik ausgedrückt? Nach dem Durchschnitt der Angaben machen die Puerperalpsychosen etwa 4 bis 5 pCt. aller in Anstalten und Kliniken aufgenommenen geisteskranken Frauen aus. Eine besondere Häufung ist also nicht vorhanden. Die Prädilektionszeit der Puerperalpsychosen, die etwa zwischen dem 20. und 30. Lebensjahre liegt, fällt mit der psychiatrischen Erkrankung zusammen. Hiernach erscheint die Beziehung ungeklärt und demnach auch den Erwägungen einer spezifischen Aetiology der Boden entzogen.

Somit kann letzten Endes nur die Betrachtung der einzelnen Geisteskrankheiten auf Grund der Fälle, bei denen ein zu Tage liegendes Zusammentreffen von Psychose und Generationsphase besteht, zur Klärstellung der inneren Beziehung und Entscheidung der Sterilisierungsfrage führen.

Dass diese Fälle selten sind, ist klar, denn

1. machen die Puerperalpsychosen nur einen Bruchteil aller Psychosen der Frauen aus;
2. ist innerhalb dieser Gruppe die Anzahl der Frauen, die an vital und psychisch dauernd bedrohlichen Geisteskrankheiten erkranken oder bei denen sogar aus psychischer Indikation der künstliche Abort indiziert ist, gering;
3. ist die Wiederkehr dieser psychischen Störungen in dem Grade, dass sie in erneuter Schwangerschaft zum Abort indizieren würden, extrem selten und diese Gruppe enthält ja die Sterilisierungsfälle.

Wenn allerdings zu der medizinischen Indikation noch wirtschaftliche, sozialpolitische und eugenetische Motive hinzutreten, so steigt die Zahl der für Sterilisierung in Betracht kommenden Fälle beträchtlich (siehe das Material von Oberholzer, Haeberlin usw.). Bei der folgenden Betrachtung der einzelnen Formen der Geisteskrankheiten sollen die Fälle, soweit sie mir in der Literatur zugänglich waren, aufgeführt werden, bei denen:

1. Sterilisierung ausgeführt worden ist;
2. Von dem berichtenden Autor zwar künstliche Sterilisierung nicht ausgeführt, jedoch als geboten angesehen wurde oder bei denen andere Autoren epikritisch die Ausführung der Sterilisierung für geboten gehalten haben;
3. Von mir epikritisch auf Grund der oben festgelegten Indikationsnormen die Ausführung der Sterilisierung für berechtigt angesehen wird. Bei der relativ grossen Anzahl der Fälle unter 3 sind nur die typischsten angeführt.

Aus dieser Zusammenstellung wird sich ein vollständigeres Bild ergeben als es die wenigen Sterilisierungsfälle der Literatur geben können. Die aus sozialpolitischer wie aus eugenetischen Indikation ausgeführten Sterilisierungen sind dabei natürlich ausgeschaltet. Einigangs sei erwähnt, dass eine spezifische Puerperalpsychose von fast allen Autoren abgelehnt wird. Bei der Betrachtung der einzelnen Geisteskrankheiten folge ich nach Meyer der „Heidelberg-Illenauer Bearbeitung“. In einigen Fällen erscheint die Einreihung in eine Krankheitsgruppe bei der oft unbestimmten und unklaren Diagnose anfechtbar.

Eine Anzahl Fälle sind nur auszugsweise wiedergegeben.

II. Spezieller Teil.

Unter den „angeborenen Anlagen und konstitutionellen Zuständen“ stehen an erster Stelle die originär-paranoischen Zustände, die oft in der Generationsphase ein starkes Hervortreten des Eifersuchtwahnes zeigen, der dann wieder verschwindet. Meyer sieht die Beziehungen zur Generationsphase zum grossen Teil in der in dieser Zeit erzwungenen Trennung der Ehegatten und der damit verbundenen sexuellen Enthaltsamkeit der Frau. Zwar ist ihm kein Fall bekannt, bei dem die Paranoia zum künstlichen Abort indiziert hätte, doch könnte man sich wohl vorstellen, dass im regelmässigen und verstärkten Auftreten des Eifersuchtwahnes in jeder Schwangerschaft eine Gefahr für die Umgebung, namentlich für den Mann liegen kann, abgesehen von einer etwaigen Selbstmordgefahr, die an Sterilisierung denken lassen kann. Folgender Fall von Meyer gibt nach dieser Richtung hin zu denken.

Fall 1. Hereditär stark belastete Frau, deren Kind schwer psychopathisch ist. Stete Eifersucht, besonders in der Gravidität. Obwohl der Mann Gravidität vermeiden wollte, täuschte die Frau über den Termin der Menses, denn sie hatte den Wunsch gravide zu werden, was auch eintrat. Die Eifersucht wurde stärker, die Frau war erregt, deprimiert, sie hielt sich für überflüssig, sprach von Selbstmord. Doch im Hinblick darauf, dass die Frau später Vorwürfe machen könnte, wird der Abort abgelehnt.

Wenn man in erneuter Schwangerschaft bei vorliegendem Fall wiederum diese Regelmässigkeit des Verlaufes feststellen könnte, wäre der Gedanke an Sterilisierung, namentlich im Hinblick auf die Suizidgefahr sehr nahe liegend.

Wie sinnlos weit oft die Zurückhaltung gegen die Sterilisierung getrieben wird, will Strohmayer mit folgendem Fall illustrieren.

Fall 2. 38jährige Frau; mit 23 Jahren geheiratet, 8 mal geboren. Im 2. und 7. Wochenbett machte sie eine Psychose durch „vom Charakter der akuten halluzinatorischen Paranoia“. Auch in den übrigen Wochenbetten war sie verändert. 8 Tage nach der 8. Geburt brach eine Psychose los unter dem Bilde schwerer maniakalischer Erregung mit gefährlichen Zerstörungs- und Wutparoxysmen. Allmählich flaute die Erregung ab, aber Pat. behielt ihre schwachsinnig-megalomanischen Ideen bei, starb nach zweijähriger Anstaltsbehandlung ungeheilt.

Im Hinblick auf diesen Fall fragt er: Könnte man da nicht vorher helfen durch Tabensterilisierung?“

Die nächste Gruppe ist die der manisch-depressiven Krankheitsformen.

Wenn wir hier alle die in der Literatur dieser Gruppe zugeschriebenen Formen eingliedern wollten, so würden wir auch für unsere Frage ein falsches Bild von der manisch-depressiven Krankheitsgruppe bekommen. Sind doch nach Meyer die als so zahlreich bezeichneten Fälle des manisch-depressiven Irreseins in Gravidität und auch in Laktation nur selten, da viele der in dieser Gruppe angeführten Fälle entweder zur Dementia praecox oder zu den Depressionen der Psychopathen gehören. Doch soll hier weniger auf eine kritische Betrachtung der Fälle hinsichtlich ihrer Einreihung in die eine oder andere Krankheitsgruppe Gewicht gelegt werden, sondern es soll vor allem die Sterilisierungsfrage im Vordergrunde stehen. Die also nicht sehr zahlreichen Fälle der manisch-depressiven Gruppe treten namentlich unter dem Bilde der Melancholie in der Generationsphase auf. Charakterisiert sind diese reinen Melancholien wie auch sonst durch gegenstandsloses Angstgefühl, seltener durch Versündigungsideen, Kleinheitswahn und Selbstanklagen. Die Selbstmordgefahr ist sehr gross. Die Kranken sind still, gedrückt, Erregungszustände sind selten; der Ideeninhalt wird garnicht oder nur in geringem Grade von der Schwangerschaft beherrscht.

Es würde nun nach Meyer an und für sich die Anzeige für den künstlichen Abort bei diesen Formen gegeben sein, wenn eine Wiederkehr des manisch-depressiven Irreseins in einem neuen Wochenbett mit Bestimmtheit oder erheblicher Wahrscheinlichkeit befürchtet werden muss, und andererseits erwartet werden kann, durch die Unterbrechung der Schwangerschaft dem vorzubeugen; ebenso, wenn die Tatsache erwiesen wäre, dass sich in wiederholten Schwangerschaften das Bild des manisch-depressiven Irreseins entwickeln würde. Doch diese Beziehungen bestehen nicht, vielmehr haben äussere Einflüsse keinen nennenswerten Einfluss auf Verlauf und Auftreten der Melancholie, so dass nur ein rein zufälliges Zusammentreffen vorliegt. Dies hat Alzheimer als Erster an der Hand eines Materials von 21 Fällen festgestellt. Nur bei 4 Kranken fand er ein zeitliches Zusammentreffen mit Schwangerschaft. So handele es sich um nach ihm eine reine Koinzidenz, wenn auch extrem seltene Fälle vorliegen, wo Depression jedesmal mit der Gravidität auftrat. Zu demselben Resultat kommen auch andere Autoren wie Jolly, Herzer, so dass von ihnen im allgemeinen der künstliche Abort abgelehnt wird.

Mithin ist auch die Frage der Sterilisierung bei den Formen der manisch-depressiven Gruppe zu verneinen oder doch wenigstens auf die extrem seltenen Fälle zu beschränken, auf die Alzheimer hinweist. Vielleicht wäre folgender Fall Siemerling's einer von diesen.

Fall 3. Bei einer Frau stellten sich nach jeder Geburt im Wochenbett melancholische Verstimmungen ein, zuweilen von ganz kurzer Dauer. Behandlung in einer Klinik war niemals notwendig. Bei der 6. Gravidität bildete sich im 6. Monat eine melancholische Verstimmung heraus, dieses Mal sehr ausgesprochen. Hinzu kam, dass der Mann im Felde stand und die Gatten bisher in 18jähriger Ehe nie getrennt waren. Das Gefühl der Einsamkeit und des Verlassenseins war sehr ausgesprochen. Es kam zu wiederholten Selbstmordversuchen. Nach der gut verlaufenen Entbindung trat völlige Heilung langsam ein.

Wenn man von dem die Depression ungünstig beeinflussenden Moment der Gattentrennung absieht, das ja bei neuer Gravidität vermieden werden kann, so legt die Selbstmordgefahr bei der in allen Schwangerschaften so regelmässig eintretenden Verstimmung den Gedanken an Sterilisierung nahe, wenn auch dieser Gefahr durch geschlossene Anstaltsbehandlung mehr oder weniger wirksam vorgebeugt werden kann.

Folgende zwei Fälle sollen hier erwähnt werden, wenn auch ihre Zugehörigkeit zur manisch-depressiven Gruppe zweifelhaft erscheinen mag. Kehrer hat in folgendem Falle Tubensterilisierung ausgeführt:

Fall 4. Frau, die in erster Schwangerschaft täglich an leichtem Kopfweh, Schwindelgefühl, Gedächtnisschwäche von Anfang bis zu Ende litt. Sie lag viel zu Bett; bei Aufregungen Anfälle von Lach- und Weinkrämpfen; Umherlaufen im Zimmer, zuletzt förmliche Tobsucht. II. Grav. Erscheinungen wie bei der ersten, ferner Rückenschmerzen in der Gegend des X. Wirbels, maniakalische Anfälle während der Gravidität, stundenlang dauernd. Nach der spontanen Geburt traten ebenfalls Aufregungen und Anfälle auf, jedoch nicht so heftig, wie in der Schwangerschaft selbst. III. Grav. Kopfweh, Schwindelanfälle mit Manie, Mordversuch an den Kindern, je 2 Stunden dauernd mit Luftmangel, etwa 30 mal. Geburt, Wochenbett normal. Die 3 Kinder leben. Beide Ehegatten baten mich dringend wegen der schwer maniakalischen und für die Umgebung gefährlichen Anfälle neue Schwangerschaft zu verhindern. Mit Rücksicht auf die Gefährlichkeit der maniakalischen Anfälle entschloss ich mich zuletzt zu sterilisieren. Am 15.11.1899 Operation. Am 3. 5. 1901 Befinden gut, Anfälle treten nicht mehr auf. Geringes Kopfweh stellt sich noch selten ein, auch sei sie noch etwas nervös.

In folgendem Fall hat Semon prophylaktisch die Schwangerschaft unterbrochen.

Fall 5. Frau F., 33 Jahre alt, hereditär belastet, 3 Geburten ohne Besonderheiten. Im 3. Puerperium Ausbruch einer akuten Manie ohne vorherige Erkrankung. 7 Monate Anstaltsbehandlung, danach leidlich gesund, doch noch Depressionszustände. Nach 1 $\frac{1}{4}$ Jahren neue Gravidität, die auf dringende Indikation der beratenden Psychiater, die die Pat. vorher behandelt hatten, unter-

brochen wird, um einem Rezidiv der Psychose vorzubeugen. Reaktionsloser Verlauf. Weiteres Schicksal unbekannt.

Auch hier sind die Bedingungen für eine Sterilisierung gegeben.

Jetzt kommen wir zu der Gruppe „andere psychopathische Formen.“

Wie die Betrachtung der künstlichen Abortfrage in dieser Gruppe von so grosser Bedeutung ist, so ist es auch die der Sterilisierungsfrage. Die zu dieser Gruppe gehörenden Formen hat Friedmann folgendermassen charakterisiert und damit auch der Betrachtung des künstlichen Abortes und der künstlichen Sterilisierung den Weg gewiesen: „Im Gegensatz zu einer echten Psychose entsteht die psychogene Erkrankung nicht allein deutlich in unmittelbarer Reaktion auf einen Reiz, sondern sie verschwindet auch oder schickt sich direkt zur Heilung an, sowie es gelingt, das oder die psychisch erregenden Momente zu beseitigen.“ Somit ist für unsere Frage entscheidend, inwiefern dieses „psychisch erregende Moment“ durch die Generationstätigkeit dargestellt wird. Diese ätiologische Beziehung ist am klarsten bei einer Krankheitsgruppe ausgeprägt, die von Friedmann und Meyer von den anderen psychogenen Erkrankungen abgetrennt ist. Es finden sich bei Frauen mit psychopathischer Veranlagung Depressionszustände mit Angstgefühl und Selbstmordneigung, deren Vorstellungsinhalt ausschliesslich von solchen affektbetonten Ideen beherrscht wird, die sich an die Schwangerschaft und ihre Folgen anschliessen. Das sind Befürchtungen, dass sie die Schwangerschaft und ihre Folgen nicht überstehen, dass das Kind geisteskrank sein wird, dass sie dem Manne und der Welt zur Last fallen; dabei ist Abneigung gegen Kinder sehr gross. Diese Ideengruppierung nennt Meyer „Schwangerschaftskomplex“ und sieht sie als diagnostisch ausschlaggebend für diese Form an. Nach Friedmann handelt es sich um eine psychische Reaktion, die durch die Schwangerschaft ausgelöst wird. Dafür sei der beste Beweis die Wirkung des Abortes, während jede andere Behandlung versage. Wie diese Krankheitsgruppe die Domäne für den künstlichen Abort vorstellt, so würde sie auch für die künstliche Sterilisierung in Frage kommen, sobald die Tatsache feststeht, dass diese abnorme psychische Reaktion durch neue Schwangerschaft wieder ausgelöst wird. Wenn auch nicht häufig, so ist doch in einzelnen Fällen dieses Psychosenrezidiv nachzuweisen, doch steht der uneingeschränkten Anwendung der Sterilisierung bei diesen Fällen die Erwägung entgegen, dass solcher affektive Zustand bei dem Psychopathen sehr stark wechselt. Man wird sich jedoch nach Meyer am ehesten zu dem Rate der Sterilisierung entschliessen,

wenn schon mehrere Geburten überstanden sind und der Körperzustand schon sehr schlecht ist.

Ein solcher Fall, der schon von Meyer anlässlich der Abortfrage mitgeteilt ist und bei dem nun vor kurzem die Sterilisierung ausgeführt wurde, sei hier auf Grund des Materials der Psychiatrischen und Nervenklinik zu Königsberg i. Pr. mitgeteilt:

Fall 6. Frau F., 36 Jahre alt. Ein Kind nervös, zwei gesund. Eine Tante geisteskrank, 4 Aborte (Knickung des Uterus). 1909 nach einer Frühgeburt erste Depression. Ein Vetter, der ihr sehr nahe stand, war damals nach schwerem längeren Leiden an Tuberkulose gestorben. Pat. war ängstlich, dachte, sie habe auch Tuberkulose, äusserte Selbstmordideen.

1915 wieder erkrankt. Die Angaben der Mutter über den Beginn des Leidens entsprachen denen, welche die Pat. nach ihrer Aufnahme machte.

Meyer war zu folgendem Ergebnis der Beobachtung gekommen: „Frau F. hat bereits 2mal eine Psychose — das letzte Mal in hiesiger Klinik (21. November 1915 bis März 1916) mit schweren Angstzuständen und Aufregungszuständen, Gehörshalluzinationen, Suizidideen durchgemacht. Sie leidet jetzt wieder an einer Depression mit Angstzuständen und hochgradiger Schlaflosigkeit, die zugleich mit der Gravidität eingesetzt hat. Die depressiven Vorstellungen behandeln alle den Graviditätskomplex, die Furcht ein krankes Kind zu bekommen, die Schwangerschaft nicht auszuhalten usw. Während der Beobachtung in hiesiger Klinik (3. bis 13. 10. 1917) haben sich die Beschwerden der Patientin gesteigert. Es handelt sich bei der Patientin um einen schweren Depressionszustand auf psychopathischer Basis, der psychogen und zwar durch den Graviditätskomplex bedingt ist. Es ist, besonders im Hinblick auf die früher durchgemachten psychotischen Schübe zu befürchten, dass sich ihr psychischer Zustand, solange die Causa morbi besteht, wesentlich verschlimmert und es erscheint deshalb indiziert eine Unterbrechung der Schwangerschaft auszuführen.“

Da bei der schwer psychopathischen Konstitution der Frau F. anzunehmen ist, dass späterhin eine Gravidität eine grosse Gefahr für ihren psychischen Gesundheitszustand bieten würden, wäre es zweckmäßig, eine Sterilisation anzuschliessen.

Der künstliche Abort (Mens. V) wurde am 24. 10. 1917 ausgeführt. Am 2. 4. 1919 wurde Pat. wieder in der Psychiatrischen Klinik zu Königsberg in Pr. aufgenommen. Es bestand wieder grosse, nervöse Angst, letzte Regel am 29. 2. 1919 (Graviditas Mens. II bis III). Der Kranken ist das Vorhandensein der Schwangerschaft bekannt.

Am 3. 4. 1919 wird nach Laparotomie Tubensterilisierung ausgeführt. Glatter Verlauf. Prima intentio. Menstruation ist nicht aufgetreten.

17. 4. Pat. klagt und stöhnt sehr viel. Zu Hause habe sie sehr viele Beschwerden gehabt, gibt wenig klare Auskunft. Sie habe viel Nervenreissen gehabt im letzten Sommer und Winter (ihre Mutter habe Januar 1919 ihr viele Einspritzungen in die Scheide gemacht). Durch die Nachricht, dass sie in anderen Umständen sei, sei sie sehr erregt, schlafé nicht mehr.

Mit Rücksicht auf diesen Befund wird der künstliche Abort von Meyer auf Grund folgenden Gutachtens für angezeigt gehalten: „Bei Frau F. bestehen auch jetzt wieder ausgesprochene und nervöse Störungen mit ausgesprochener Unruhe und Depression. Wenn dies auch bis jetzt nicht hochgradig ist, so halte ich doch mit Rücksicht auf unsere frühere Beobachtung den Abort für berechtigt“.

24. 4. 1919. Abort ausgeführt, reaktionsloser Verlauf.

Auch hier kommt zum Ausdruck, dass man sich eher zur Sterilisierung als zum Abort entscheiden wird.

In einem anderen Fall von Meyer wird die Sterilisierung wenigstens von Meyer verlangt. Nach längerer Beobachtung kam M. zu folgendem Ergebnis:

Fall 7. „Bei der Pat. bestehen ausgesprochene funktionell-nervöse Störungen mit grosser Neigung zu Depression und Unruhe; eine Besserung ist in absehbarer Zeit nicht zu erwarten, eher eine Steigerung durch längeres Bestehen der Gravidität und event. dauernde Verschlimmerung. Der Abort ist daher meines Erachtens berechtigt. Weiterhin wäre Gravidität streng zu vermeiden.“

Auch Siemerling hat Sterilisierung bei folgendem Fall (Beobachtung 11) ins Auge gefasst:

Fall 8. 28jährige Landsmannfrau; die beiden ersten Entbindungen 1911 und 1912 sehr schwer mit starken Blutverlusten, langdauernder Erschöpfung; sehr energisch und tüchtig. Gegenwärtig im 5. Monat gravide. Angst vor einer Entbindung, starke Depression, Lebensüberdruss. Alle Vorstellungen sind auf diesen einen Punkt, die Entbindung nicht zu überstehen, eingestellt. Schlaflosigkeit, Erbrechen, Abmagerung. Nach künstlichem Abort geheilt. Von einer Sterilisation wurde abgesehen, da Pat. den Wunsch hat, weitere Kinder zu bekommen.

Zu dieser Gruppe scheint mir auch folgender Fall von Semon zu gehören:

Fall 9. Frau R., hereditär nicht besonders belastet; bald nach der Konzeption ein Suizidversuch, Sturz aus dem Dachfenster, dadurch komplizierter Bruch beider Oberschenkel. Pat. überstand in den folgenden Jahren zwei Partus ohne wesentliche psychische Störungen bis auf vorübergehende Depressionszustände. Als sich in der III. Gravidität zu Beginn depressive

Wahnvorstellungen einstellten, die sich auf ihr Kind und ihre Mutter scharf konzentrierten, wurde nach erfolgloser Opiumbehandlung der Abort eingeleitet.

Hier scheint auch die Sterilisierung am Platze.

Fassen wir das Ergebnis zusammen, so scheint folgendes berechtigt: Wenn man aus zwei oder mehreren vorausgegangenen Schwangerschaftsdepressionen mit „Schwangerschaftskomplex“ die Ueberzeugung der grossen Wahrscheinlichkeit der Wiederkehr der Psychose in erneuter Schwangerschaft gewonnen hat, wird man bei voller Würdigung des Allgemeinzustandes zur Sterilisierung schreiten.

Diese Gruppe der psychogenen ideoplastischen Schwangerschaftsdepressionen leitet zu den psychopathischen Krankheitsformen vom neurasthenischen und hysterischen Typ über, von denen sie oft schwer zu trennen sind. Oft wird in dieser grossen Gruppe die Frage des künstlichen Abortes gestellt und somit wird sie auch für die Sterilisierungsfrage in Betracht kommen müssen.

Viele hierunter fallenden Fälle stellen Mischformen vom neurasthenisch-hysterischen Typ dar, bei denen eine scharfe Trennung der beiden Komponenten oft unmöglich erscheint. Ausserdem ist oft die Entscheidung bei den Uebergangsformen zur Melancholie, Paranoia usw. schwer, so dass einzelne Fälle der verschiedenen Autoren abweichende Beurteilung erfahren. So rechnet z. B. Siemerling bei einem Beobachtungsmaterial von 20 Fällen die Mehrzahl von ihnen zu den eigentlichen melancholischen Verstimmungen, während sie Meyer eher als Depressionszustände vom neurasthenisch-hysterischen Typ anspricht.

Am klarsten hebt sich noch eine Gruppe von Krankheitsformen heraus, die dem neurasthenischen Typ angehören; sie kommen für die Sterilisierungsfrage vorwiegend in Betracht. Das sind die Depressionszustände auf dem Boden „nervöser Erschöpfung“, die Erschöpfungszustände nach Hoche. Diese physische und psychische Erschöpfung wird durch schnell aufeinanderfolgende Geburten, allgemeine Körperschwäche, Blutarmut, missliche wirtschaftliche Verhältnisse hervorgerufen und gibt für das Entstehen von psychischen Störungen einen günstigen Boden ab. Bei ihnen ist die Suizidgefahr sehr gross. Zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft berechtigen diese Formen nach Meyer nicht, wohl aber zur aktiven Vermeidung weiterer Schwangerschaften, event. zur Sterilisierung.

Schon die Vielseitigkeit der Aetiologie, bei der die Schwangerschaft nur das grösste auslösende Moment bedeutet, zeigt, wie schwierig die Abgrenzung und damit eine allgemein gültige Indikationsstellung ist.

Hier ist eben dem subjektiven Ermessen des Arztes der weiteste Spielraum gelassen, sein Urteil kann sich nach Meyer eben nur auf die Kenntnis der ganzen Persönlichkeit, aller in Betracht kommenden Verhältnisse stützen. Bei diesen Formen muss, wie schon früher erwähnt, der Kreis der medizinischen Indikationen weiter gezogen werden, insoweit als die mannigfältigsten äusseren Schädigungen wie Kinderreichtum nach gehäuften Geburten, wirtschaftlicher Notstand usw. als dauernde Schädigungen auf die geschwächte Psyche der erschöpften Mutter anzusprechen sind. So ist es nicht verwunderlich, dass eine relativ grosse Anzahl von ausgeführten Abort- und auch Sterilisierungsfällen, deren Berechtigung zweifelhaft erscheint, zumeist in dieser Gruppe erscheint. Namentlich hat Haeberling eine grosse Anzahl von Sterilisierungen auf Grund von „Erschöpfungsindikationen“ vorgenommen. Er berichtet von 41 Sterilisierungsfällen in $8\frac{1}{2}$ Jahren. Von diesen Indikationen sind jedoch nur ein kleiner Teil medizinischer, die Mehrzahl sozialer Natur.

Er hat von 20 Kranken 4 mal sterilisiert bei „primär geschwächtem Nervensystem, Melancholie, schwerer Neurasthenie“. Dazu kommen zwei Sterilisierungen bei Neurasthenie aus zwei anderen Krankheitsgruppen (Fall 10 bis 15). Es lässt sich, da H. diese Fälle nur erwähnt hat, nicht feststellen, ob sie dem Masssabe der Erschöpfungspsychosen nach Hoche gerecht werden. Die relativ grosse Anzahl lässt es zweifelhaft erscheinen. Folgender Fall, bei dem er zum ersten Mal Sterilisierung vorgenommen hat, teilt H. ausführlicher mit:

Fall 16. „Es handelt sich da um eine 40jährige Frau, welche schon 8 Geburten und 2 Aborte durchgemacht hatte. Sie befand sich in den ärmlichsten Verhältnissen und im Zustande der äussersten physischen und psychischen Erschöpfung, so dass sie sich vor einer neuen Konzeption fast mehr als vom Tode fürchtete; dabei wurde sie trotz aller Vorsichtsmassregeln immer wieder und wieder schwanger. Der Abort hätte aller Wahrscheinlichkeit nach nur eine zeitlich eng begrenzte Hilfe gebracht und mit der Entlassung aus der Klinik hätte die alte, schwere Sorge und der tägliche Kummer von Neuem begonnen; die Gründe, welche die Frau total erschöpften, waren meist wirtschaftlicher Natur. 6 Monate nach der Sterilisierung war die Frau kaum wiederzu erkennen.“

Zwei Tubenresektionen hat Kehrer bei hochgradiger Entkräftung durch rasch aufeinanderfolgende Geburten ausgeführt (im Auszug).

Fall 17. In der 7. Geburt 4. Monat künstlicher Abort wegen Appetitlosigkeit, Blutleere, stetiger Gewichtsabnahme. Auf Wunsch der Eheleute anschliessende Tubensterilisation aus medizinisch-wirtschaftlicher sozialer Indikation. „Schliesslich siegte die Betrachtung, dass man als Arzt die Pflicht habe, dem Manne seine Frau und den hilfsbedürftigen Kindern die Mutter zu erhalten.“

Fall 18. 13 Geburten, darunter 8 Aborte, 3 Frühgeburten und 2 rechtzeitige Geburten. „Nach eingehender Besprechung mit dem Hausarzt, wegen der durch die vielen Geburten und durch starke Schwäche hervorgerufenen Erschöpfung ist Sterilisation vorgenommen.“

Griffith hat im folgenden Fall als Sterilisierungsmassnahme Uterusamputation gewählt:

Fall 19. „24jährige Frau, die 1906 niedergekommen war, Zange. 10 Tage nach Niederkunft wurde sie gleichgültig, melancholisch, trug sich mit Selbstmordgedanken. Sie genas dann wieder. Februar 1910 II. Partus. Nach 4 Wochen wieder psychische Depression; unter sorgfältigster Pflege gesundete sie. Am Ende des Jahres erneute Schwangerschaft (III), im 3. Monat traten Angstzustände usw. auf, so dass nach einem Konzilium mit Nervenärzten die Unterbrechung beschlossen wurde. Es wurde supravaginale Uterusamputation unter Erhaltung eines Stückes der Schleimhaut des Uterus, beider Tuben und Ovarien ausgeführt, die deswegen besonders empfohlen wird, weil die normalen Funktionen der Geschlechtssphäre unter Vermeidung einer erneuten Gravidität erhalten bleiben.“

Stoeckel hat im folgenden Falle Tubensterilisierung ausgeführt:

Fall 20. Pfarrersfrau, 5 Kinder in 5 Jahren geboren. Hat in den beiden letzten Schwangerschaften schwere Psychosen durchgemacht. Die zweite Psychose war schwerer und ging langsamer zurück als die erste. „Der jetzige Psychiater verlangt die Ausschaltung der Konzeption, und so wurde nach dem Wunsche der Frau nur zur fakultativen Sterilisierung durch Tubenverlagerung geschritten.“

Folgender Fall von Wollenberg spricht für sich selbst:

Fall 21. „Briefträgersfrau, Mutter von 4 Kindern, die zuerst mit 23 Jahren einen endogenen Depressionszustand gehabt hatte. Im Jahre 1906 trat 4 Wochen nach einer normalen Entbindung ein sehr schwerer und langdauernder Zustand gleicher Art ein, in welchem sie sich und ihre Kinder zu töten versuchte. In einer weiteren Schwangerschaft im Jahre 1909, über die der Arzt sie absichtlich in Unwissenheit gelassen hatte, trat im 3. Monat spontan Abort ein, ohne dass sich psychische Störungen gezeigt hätten. Dagegen reagierte sie auf eine weitere ihr bekannt gegebene Gravidität im Jahre 1911 mit schwerer Aufregung und Angst und schlief und ass nicht aus Furcht geisteskrank zu werden. Ein wiederum spontan aufgetretener Abort brachte Beruhigung. Im Jahre 1912 wurde dann wegen bedrohlicher psychischer Erscheinungen (also in einer neuen Gravidität) zum ersten mal künstlicher Abort eingeleitet und dieser Eingriff zu Beginn der nächsten Schwangerschaft (V) wiederholt, beide Male mit dem gewünschten Erfolg.“

Ebenfalls fügen sich 2 Fälle von Lienau in den Rahmen dieser Ausführungen ein.

Fall 22. 31jährige Akademikerfrau, erblich stark belastet. 4 Geburten. In jeder Schwangerschaft starke Erschöpfung mit ziemlicher Tendenz von

Schwangerschaft zu Schwangerschaft. Im 4. Wochenbett ausgesprochene psychische Veränderung von $\frac{1}{4}$ jähriger Dauer. Interesselosigkeit, menschenscheu, sprach kein Wort, sass den ganzen Tag und stierte mit ausdruckslosem Blick vor sich hin, konnte ihre Kinder nicht sehen. Sehr häufig Erbrechen, völlige Schlaflosigkeit, kam körperlich sehr herunter. Schwere melancholische Selbstanklagen und Selbstmordgedanken. Im 3. Monat Abort, prompte Besserung und Heilung im Laufe von 2 Monaten.

Die Frage liegt nahe, was geschieht, wenn sie wieder gravide wird. Die Antwort gibt das Schicksal ihrer Schwester.

Fall 23. Von Kind auf deutlich psychopathisch, litt an wiederholten leichten melancholischen Verstimmungen. Nach der ersten schweren Entbindung 1897 nährte sie kurze Zeit ohne besondere Nachwirkung. Auch nach der II. leichten Entbindung stillte sie kurze Zeit, war aber mehrere Monat körperlich erschöpft und seelisch gedrückt. Dasselbe war der Fall während einererneuten Schwangerschaft im Jahre 1902. Sie machte sich Selbstvorwürfe ihrer Stellung nicht gewachsen zu sein. Unmittelbar nach der Entbindung brach eine volle Geistesstörung aus. Pat. steckte ihr Bett in Braint, verletzte sich schwer und kam in eine Anstalt. Man diagnostizierte „Amentia“. Nach 7 Monaten trat eine Heilung mit „Defekt“ ein. Durch die Brandnarben blieb die Pat. dauernd entstellt.

Hier wäre in beiden Fällen Sterilisierung am Platze gewesen. Meyer berichtet von folgendem Fall:

Fall 24. „Bei der Frau, die 5 Geburten in 6 Jahren durchgemacht hatte, und deshalb nervös erschöpft war, trat im Bewusstsein der neuerlichen Schwangerschaft eine starke Depression mit dem Gefühl allgemeinen Versagens, Apathie und Lebensüberdruss auf. Eine 8 wöchige Behandlung blieb erfolglos; im Gegenteil, die Pat. wurde immer kräknher. Daher wurde der Abort wegen der Gefahr einer schweren Erkrankung beim Fortbestehen der Schwangerschaft eingeleitet.“

Von einem weiteren Fall berichtet Meyer:

Fall 25. „Vor 5 Jahren war angeblich wegen Nervosität Abort eingeleitet. Jetzt bestand Gravidität im 5. Monat. Psychische Depression, allgemeine Mattigkeit und Ermüdung, Suizidgedanken. „Schwangerschaftskomplex“ nicht sehr stark betont. Keine strikte Indikation, aber Berechtigung für den künstlichen Abort mit Rücksicht auf die nervöse Erschöpfung anerkannt.“

Schröder hätte nach meinem Dafürhalten bei einer Patientin in folgendem Fall dem prophylaktischen Abort die künstliche Sterilisierung folgen lassen müssen.

Fall 26. „Bei einer 41jährigen Frau, welche schon lange nervös, aber nicht eigentlich gemütskrank war, wurde im 3. Monat der X. Grav. vom Neurologen der künstliche Abort wegen Psychopathie mit drohender Psychose für dringend notwendig erklärt und ausgeführt. Ausgesprochene Besserung des Gemütszustandes.“

Noch folgender als Situationsmelancholie von Siemerling angeführter Fall, bei dem der Schwangerschaftskomplex anklingt, soll hier aufgeführt werden.

Fall 27. „39jährige Landfrau. 6 Geburten, nicht gestillt. 3 Kinder, 2 Töchter von 15 und 12 Jahren und das jüngste von 3 Jahren seien hochgradig schwachsinnig, idiotisch. Eine Tochter mit 12 Jahren in Idiotenanstalt in Schleswig gestorben. Jetzt VII. Gravidität. Letzte Periode am 17.1.1914; in der Klinik vom 8. bis 11. 4. 1914. Macht sich Sorgen, das Kind könne idiotisch sein. Sehr starke Verstimmung; weint leicht, trägt sich mit Selbstmordgedanken. Unterbrechung der Schwangerschaft angeraten. Am 11. 4. 1914 künstlicher Abort. 18. 4. 1914 gesund entlassen.“

Der Sterilisierungsgedanke würde hier durch den Gedanken an die minderwertige Nachkommenschaft nur noch gestärkt werden und so könnten noch einige Fälle aus der Literatur angeführt werden.

Die psychogenen Erkrankungen des hysterischen Typs nehmen für unsere Frage eine besondere Stellung ein. Die Labilität der Affekte, die seltene Schwere und lange Dauer der hysterischen Psychosen lassen wohl den meisten Autoren die künstliche Schwangerschaftsunterbrechung bei ihnen nicht gerechtfertigt erscheinen. Somit ist, zumal bei der Unregelmässigkeit des Wiederauftretens und der geringen Abhängigkeit der hysterischen Erkrankung von der Generationsphase die Sterilisierung im allgemeinen nicht geboten, doch mag es auch hier ganz extrem seltene Fälle, namentlich Mischformen geben, die eine künstliche Unfruchtbarmachung fordern können. 2 Fälle aus der Literatur scheinen mir hierher zu gehören. Bei dem Fall von Saenger scheint Strohmayer doch die Ueberlegung, ob man nicht gleich zur Sterilisierung schreiten soll, gerechtfertigt.

Fall 28. „38jährige Frau, die im 20. Lebensjahr wegen Verdachts auf Tuberkulose in der Schweiz war, damals auch eine schwere hysterische Psychose von 2jähriger Dauer durchmachte. Nach der Heilung Verlobung und Heirat. Sie überstand dann innerhalb 9 Jahren 5 Geburten, jedesmal während der Gravidität euphorisch, ja sogar submanisch. Jedesmal nach der Geburt trat ein schwerer hysterischer, ja oft stuporöser Zustand mit hochgradigem Kräfteverfall auf.“

Saenger hielt es daher für angebracht, in der VI. Gravidität den Abort einzuleiten. Jeder wird wohl mit Strohmayer sagen, dass wenn sich solch verhängnisvoller Kausalnexus mit grosser Regelmässigkeit zeigt, prophylaktisch gehandelt werden muss.

Auch im folgenden Fall von Lienau wird man, wenn nicht die Berechtigung des künstlichen Abortes, so doch die der künstlichen Sterilisierung zugeben müssen.

Fall 29. „Eine 36jährige Kaufmannsfrau, von Hause aus zart, viel kränklich, lang aufgeschossen, war 4 Jahre schwer nervös, an der Grenze ausgesprochener Alienation, Sie heiratete 1903. In den Jahren 1904, 1906, 1907 und 1908 war sie gravid. 3 Kinder leben. In der Schwangerschaft befand sich Pat. jedesmal in einer „Weltumarmungsstimmung“; im Wochenbett dagegen kam es ebenso zu einem vollständigen Kollabieren, das letzte Mal ganz besonders schwer. Sie hatte eine infektiöse Wochenbetterkrankung, war völlig erschöpft und willenlos, konnte nicht mehr gehen, keinen Urin lassen. In dem apathischen Zustande brachen vereinzelte Zornesausbrüche aus. Im Wochenbett zuvor war es ähnlich gewesen, nur nicht so schwer. Im Jahre 1910 kam es zu erneuter Schwangerschaft. Die Frau wünschte die Unterbrechung nicht, da sie sich wieder in ihrer „Weltumarmungsstimmung“ befand. Erst durch dringliches Zureden liess sie sich zur Einleitung des Abortes herbei. Der Eingriff verlief zwischen dem 3. und 4. Monat glatt. Die anfänglichen Selbstvorwürfe wichen unter der ärztlichen Behandlung, die Frau blühte danach auf.“

Doch gerade bei den Fällen vom hysterischen Typ wird man sich nur nach längerer Beobachtungszeit bei dem oft überraschenden Wechsel der Symptome zur Sterilisierung in diesen seltenen Fällen entschliessen. Zu bedenken ist dabei auch, dass gerade hier ein operativer Eingriff krankheitsauslösend wirken kann.

Wenn ich am Ende dieser ganzen Gruppe noch zwei von Hofmann bei Psychosen ausgeführte Sterilisierungen erwähne (Fall 30, 31), so tue ich das der Vollständigkeit halber, da über die Natur und Indikationen dieser Fälle in der Literatur keine Angaben zu finden sind. Hofmann erwähnt noch einen Fall mit Endometritis usw., an dem Sterilisierung ausgeführt wurde.

Fall 32. „Pat. litt zur Zeit der Beobachtung an Depressionen, beim Vater der Pat. waren auch manisch-depressive Zustände hervorgetreten; ihre grosse Kinderzahl erleichterte den Entschluss, sie im Anschluss an Alexander-Adams zu sterilisieren.“

Die nächste Gruppe ist die der Dementia praecox.

Bei der Betrachtung von Geisteskrankheiten in ihrer Stellung zur Sterilisierung findet man bei den einzelnen Autoren — wie aus eingangs zusammengestellten Auszügen ersichtlich — die Dementia praecox als besonders für die Sterilisierung in Frage kommend. Demnach muss eine besondere Beziehung der Dementia praecox zum Fortpflanzungsgeschäft bestehen.

Dass die meisten Puerperalpsychosen der Dementia praecox angehören, ergibt sich aus folgenden Zahlen:

Es fanden sich unter Generationspsychosen nach Winter 55,07 pCt. Katatonien, nach Aschaffenburg 38,89 pCt., nach E. Meyer 31,37 pCt.

Kraepelin sah 24 pCt. Katatonien geradezu während der Schwangerschaft sich entwickeln. Besonders nahegelegt wird diese Beziehungsmöglichkeit vor allem durch die Schübe der Dementia praecox, die bei einer Anzahl von Fällen im Anschluss an spätere Generationsphasen auftreten. Runge findet bei seinem Material im ganzen bei 15 Fällen == 36,5 pCt. schubweisen Verlauf, von denen waren bei 11 früher Schübe aufgetreten, bei 4 nach der Entlassung. Im ganzen erkrankten davon 5 mehrfach während des Generationsgeschäftes, darunter sind Fälle, bei denen in jedem Puerperium neue Schübe bis zur schliesslichen Verblödung aufraten. So sieht er eine gewisse Gefahr der Wiedererkrankung bei den Generationskatatonien als vorliegend an, besonders in den Fällen, die bereits früher in einer Phase des Generationsgeschäftes eine psychische Erkrankung durchgemacht haben. Herzer findet von 107 an Dementia praecox während der Generationstätigkeit Erkrankten 15, die früher einen Anfall psychischer Erkrankung durchgemacht haben, bei 8 zeigten sich anlässlich einer späteren Geburt Rezidive, nachdem die frühere Krankheit als geheilt oder wesentlich gebessert erschienen war. Das sind etwa 11 pCt. Aschaffenburg fand sogar bei 10 Dementia praecox-Kranken, bei denen die Erkrankung schon jahrelang bestand, ohne dass schwere Störungen, die einer Anstaltsbehandlung bedurft hätten, vorlagen, sogar bei 9 ein Wiederaufflackern durch ein neues Generationsgeschäft. Unter diesen 9 verblödeten definitiv infolge der zweiten Geburt 2. Diese Tendenz schwereren Verlaufes ist den meisten Rezidiven eigen, so dass durch sie die Gefahr der endgültigen Verblödung erheblich nahegerückt ist. So betont auch Siemerling, dass bei der Katatonie zuweilen bei jedem Puerperium ein neuer Schub folgt, bis zur Verblödung.

Diese zu Tage tretende Beziehung von Dementia praecox und Schwangerschaft, die auch in der Abderhalde'schen Reaktion eine neue Bestätigung zu finden scheint, fordert direkt zu prophylaktischem Eingreifen auf. Strohmayer hält es für erlaubt, die Schwangerschaft zu unterbrechen, wenn die Frau in einer früheren Generationsphase einen Schub der Erkrankung mit relativer Genese durchgemacht hat, denn in dem einmaligen Ueberstehen der Dementia praecox liege immer die Gefahr der Verblödung in dem darauffolgenden. Quensel sieht auf Grund seines Materials ebenfalls im allgemeinen in dem früheren Bestehen einer Generationspsychose eine Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung. Siemerling erkennt auch angesichts der Tatsache, dass die Disposition zur Wiedererkrankung eine so schwerwiegende sein könne, dass ein Rückfall sehr wahrscheinlich sein könnte und eine schon bestehende Erkrankung als schwerste Gefahr für Leben und

Gesundheit der Frau angesehen werden müsse, die Berechtigung des prophylaktischen Abortes an, verlangt jedoch, um der Forderung des Gesetzes nach einer gegenwärtigen, nicht mit mehr oder weniger grosser Wahrscheinlichkeit künftig in Erscheinung tretenden Gefahr zu genügen, den Nachweis einer bestehenden Erkrankung.

Erscheint somit der prophylaktische Abort berechtigt, so ist die Sterilisierung um so mehr am Platze. Sie fasst Meyer ins Auge im Anschluss an den künstlichen Abort nach Beendigung der Generationsphase, wenn auch damit eine irgendwie sichere prophylaktische Massgabe nicht gegeben sei. Raecke betont ebenfalls, dass die Tatsache, dass solch neue Schübe bei Dementia praecox mit Vorliebe während der Generationszeit einsetzen, es dringend wünschenswert mache, Patientinnen, die einen katatonischen Krankheitsfall erlitten hatten, vor jeder weiteren Konzeption zu bewahren, zumal der künstliche Abort sehr häufig auf den Verlauf des einmal eingetretenen neuen Schubes keinen Einfluss habe. Auch Runge weist darauf hin, dass eine besonders energische Warnung vor erneuter Konzeption bei solchen Individuen auszusprechen sei, bei denen bereits mehrere psychische Erkrankungen während des Generationsgeschäftes vorausgegangen waren, und bei denen die Psychosen Neigung zeigten, gerade immer im Anschluss an Gravidität usw. wiederzukehren.

Um so seltsamer ist es, dass die Literatur so verschwindend wenig Dementia praecox-Fälle zeigt, an denen aus dieser Indikation heraus Sterilisierung vorgenommen wurde. Ich habe nur 4 Fälle gefunden. Siemerling teilt folgenden Fall mit:

Fall 33¹⁾). „Frau N., 35jährige Frau, hereditär stark belastet. Anfangs Psychose mit manisch-depressivem Charakter. Im Alter von 15 und 17 Jahren Anfälle von leichter Melancholie. 18 Jahre alt, manische Erregung einige Monate anhaltend. Wiederholung des Anfalles 1900, jetzt mehr katatonischen Charakters. 1902 Heirat; 2 Entbindungen gut. 1905, nach III. Entbindung schwere katatonische Erregung, geheilt. 3 Entbindungen gut. Nach VII. Entbindung 1913 schwere katatonische Erregung, geheilt. 1916 gravide. Depressionszustand, Angst vor Entbindung. Künstlicher Abort; geheilt. „Bei der schweren Belastung, der ausgesprochenen Anlage zu geistiger Erkrankung und den wiederholten sehr schweren geistigen Störungen war die Gefahr des Wiederausbruches einer Psychose nach der Entbindung sehr gross. Die vorliegende Depression trug bereits einen bedenklichen Charakter. In dem Fortbestehen der Schwangerschaft musste eine schwere Gefahr für Leben und Gesundheit der Frau N. ge-

1) Der Fall ist insofern unsicher, als erstens seine Zugehörigkeit zur Katatoniegruppe zweifelhaft ist und zweitens nicht feststeht, ob die fakultative Sterilisierung eine operative ist.

sehen werden. Nach Beratung mit Herrn Kollegen Stoeckel wurde im Januar 1917 die Unterbrechung der Schwangerschaft ausgeführt. Im Anschluss daran die fakultative Sterilisierung. Geheilt“.

Zwei Sterilisierungsfälle von Oberholzer, dessen Indikationen im allgemeinen vorwiegend sozialer Natur sind (spricht er doch den medizinischen bei den unvollkommenen Kenntnissen von der pathogenen Bedeutung der generativen Vorgänge eine absolute Berechtigung ab), sollen hier auszugsweise Platz finden, da die medizinische Seite der Indikationsstellung wohl allein schon zur berechtigten Sterilisierung genügt.

Fall 34. (XIII. Fall.) Frau M., hereditär belastet, zeigt katatonische Symptome in der vorletzten Geburt; es trat ein neuer Schub im Anschluss an das Wochenbett auf. Die Kinder erschienen durch sie stark gefährdet. Nach 2 Jahren musste ihr das Kind gerichtlich genommen werden, da es schwer misshandelt wurde, was nach Gutachten in ihrer Krankheit begründet war. Sie wurde von Oberholzer sterilisiert, denn „es sei unter anderem nicht unmöglich, dass aus analoger Konstellation heraus ein neuer Schub einsetzen würde“.

Hier tritt also der bei einem Rezidiv zu erwartenden Schädigung der Mutter die mit dieser eintretende und sogar erhöhte Gefahr für die Kinder als Indikation gleichwertig an die Seite.

Fall 35. (XIV. Fall.) Frau P., hereditär belastet. 1905 I. Gravidität wegen Hyperemesis (psychische Gründe) zum Abort. In II. Gravidität kam die bedrückende Stimmung, der sie schon in erster Gravidität unterworfen war, wieder und viel stärker als damals. Zwangsideen, dass ihr Kind schwachsinnig werden könne, dass sie es nicht erziehen könne. Im Wochenbett entwickelten sich Zwangsideen, dass sie das Kind töten müsse, Unlustgefühl gegen ihren Mann usw. Nach Vergiftung ihres Kindes (4 Monate nach Entbindung) wurde Dementia praecox festgestellt. Mit Zustimmung des Mannes wurde Sterilisierung vorgenommen. Durch soziale, ökonomische, eugenische und medizinische Gründe belegt, deren letztere sich aussprechen, dass durch Ausschaltung eines bekannten und wichtigen Faktors (Geburt) die Gefahr der Rezidive vermindert würde.

Fall 36. Oberholzer erwähnt noch einen Fall von Good (Schweiz. Zeitschr. f. Strafrecht, Jahrg. 23), bei dem, da Ausbruch von Dementia praecox im Anschluss an Geburt erfolgte, Sterilisierung ausgeführt wurde. Seitdem sei die Frau soweit gesund geblieben, dass sie nie mehr der Anstaltsbehandlung bedurfte und immer ihrem Haushalt vorstehen konnte.

Naheliegend erscheint Sterilisierung bei folgenden Fällen:

Fall 37. Kraepelin berichtet, dass sich vier Katatonieschübe bei einer Frau regelmässig an eine Geburt anknüpften, bis schliesslich die letzte die endgültige Verblödung brachte.

Fall 38. Fall von Hajos, 25jährige III. para, stammt aus vollkommen gesunder Familie, geistig normal entwickelt. I. Geburt normal; während der II. treten melancholieartige, zuweilen stuporartige Erscheinungen auf, welche nach erfolgter Geburt völlig aufhören. Die erwähnten Zustände kehren während der III. Gravidität in verstärktem Masse wieder, außerdem treten schwere Oedeme auf; bei der Geburt Eklampsie. Im IV. Monat der IV. Schwangerschaft tritt das Bild eines katatonischen Stupors auf (Krämpfe, Starrheit, melancholische Erscheinungen). Künstlicher Abort wird ausgeführt. Den anderen Tag normale Psyche. Zehn Tag später gesund.

Wenn hier die Wahrscheinlichkeit eines Rezidives in erneuter Schwangerschaft noch nicht als hinreichend gesichert erscheint zur Ausführung der Sterilisierung, so darf diese wohl überhaupt keine praktische Berechtigung für sich in Anspruch nehmen. Hierher gehören auch die beiden Fälle von Strohmeyer, an Hand deren er zeigt, wie sinnlos die Frage der Sterilisierung ausser Acht gelassen wird. (Im Auszug wiedergegeben.)

Fall 39. Arztfrau. Kurz hintereinander 4 Geburten. Davon 3. Zwillingssgeburt, 4. Abort. Ein Jahr darauf regelrechte Geburt, die bei der nervös erschöpfsten Mutter in der Laktation zum Ausbruch einer halluzinatorischen Verwirrtheit führte, die eine Katatonie einleitete, welche in einem Zuge zur Verblödung führte. Er sagte: „es braucht wohl kaum eine Auseinandersetzung, was in diesem Falle am Platze gewesen wäre.“

Fall 40. 34jährige Frau. Mit 19 Jahren geheiratet. In 15 Jahren 9 Geburten. Die ersten Wochenbette verliefen normal; vor fünf Jahren beim 6. Kinde stillte die Frau ein fremdes Kind mit. Damals hatte sie die ersten Zeichen psychischer Störung, „war verwirrt, Gedächtnisschwach, verlegte oft die Sachen“. Nach einigen Wochen Beserung. In der Häuslichkeit zweiter ähnlicher Anfall. Ein Jahr später in Laktation, im Anschluss an die 8. Geburt, als die Frau wieder ein zweites Kind mitstillte. Sie war damals etwa $\frac{1}{2}$ Jahr „nicht recht“. Ein Jahr später kam die 9. Geburt und brachte den Zusammenbruch. Eine schwere Psychose von ausgesprochenem Charakter der erregten Katatonie, die sich über ein Jahr hinzog, führte zu einer unverkennbaren Demenz. Nach Nachricht des Ehemanns geht es von Jahr zu Jahr schlechter mit ihr. Sie hat sogar noch ein 10. Kind geboren.

Fall 41. Saenger noch kann man den Vorwurf eines Mangels an medizinischer Folgerichtigkeit nicht ersparen, wenn er bei einer Frau, die zum zweiten Male gravide wurde, und eine beginnende Psychose mit depressivem Charakter zeigte, den prophylaktischen Abort ausführte, im Hinblick darauf, dass diese Frau nach der ersten Geburt wegen katatonischer Depression in Anstalt war. Hier hätte an den Abort Sterilisierung angeschlossen werden müssen, denn erneute Gravidität bringt ja dieselbe Konstellation mit sich.

Fall 42, 43, 44, 45. Kurz sei noch der 4 Fälle von Elfes gedacht, die mir allerdings keine Schulfälle für die Sterilisierungsfrage zu sein scheinen,

bei denen aber der Autor selbst prophylaktische Massnahmen für erwägungswert hält.

Hier sei noch auf eine Wirkung der Sterilisierung hingewiesen, die im übrigen von allen Autoren in Abrede gestellt wird. Oberholzer erwähnt einen Fall, bei dem durch die sterilisierende Operation eine latente Dement. praec. zum Ausbruch gebracht wurde. „Diese Pat. ist im Burghölzli, wo die Katatonie nach beiderseitiger Ovariektomie wegen Kystoms ausgebrochen ist und die psychischen Krankheitssymptome innige Beziehungen zum auslösenden Moment, resp. dessen Folgen haben.“ Dies ist jedoch der einzige Fall in der Literatur, den ich gefunden habe. Haeberlin, der über ein relativ grosses Material verfügt, hat niemals eins schädigende Wirkung der Sterilisierung gefunden.

Es interessiert noch die Frage, wann soll sterilisiert werden? Mit Recht sagt Chroback, dass im allgemeinen die Bestimmung, nach der wievielen Schwangerschaft zu sterilisieren ist, eine schwierige ist, die dem Ermessen des Arztes anheimgestellt werden muss. Strohmayer beantwortet diese Frage mit Bezug auf die Dement. praec., dass man in allen Fällen, wo eine Dement. praec.-Erkrankung in Anschluss an das Generationsgeschäft erstmalig glücklich endete, im schwangerschaftsfreien Intervall zur Abwendung eines neuen Schubes zu sterilisieren sei. Und auch Meyer gibt ähnlichen Rat: „Hat eine Frau eine Puerperalpsychose einmal überstanden, so ist, wenn wir auch vielfach sehen, das weitere Geburten ohne Störung verlaufen, doch darauf zu dringen, dass eine erneute Konzeption vermieden wird.“ Somit erscheint im allgemeinen Sterilisierung nach der ersten „Schwangerschafts-Dementia praecox“ vorbehaltlich natürlich einer besonderen Würdigung des Einzelfalles geboten.

Zum Schluss will ich noch einem prinzipiellen Einwande gegen die Sterilisierung begegnen, nämlich dem, dass das doch alles keine Sicherheits- sondern nur Wahrscheinlichkeitsindikationen sind, bei denen nicht ausgeschlossen ist, dass, abgesehen davon, dass ein Psychosenrezidiv nicht aufzutreten braucht trotz Bestehens der Schwangerschaft, ein neuer Schub trotz der Sterilisierung auftreten kann. Diesem Einwande, dass dadurch doch manche gesunde Nachkommenschaft dem Messer des sterilisierenden Operateurs zum Opfer fällt, ohne einen Nutzen für die Mutter, möchte ich den Vergleich entgegenstellen, dass auch bei einer schweren und lebensgefährlichen Operation in einem gewissen Prozentsatz der Erfolg ein zweifelhafter sein kann, nicht selten sogar ein negativer ist und doch die Einwilligung der Pat. vorausgesetzt, der Operateur sich nicht scheuen wird, zu diesem letzten Mittel zu greifen. So darf man sich auch hier nicht scheuen, zur eventl. Rettung der Mutter

einen Bruchteil von gesunder Nachkommenschaft, der eventl. kommen würde (weiss man doch garnicht, ob spätere Schwangerschaft überhaupt auftritt) zum Opfer zu bringen.

Nächst der Dementia praecox denken die meisten Autoren bei Erörterung der Sterilisationsfrage an die Epilepsie. Wenn hierbei auch meist eugenetische Gründe ins Feld geführt werden, so überwiegt doch immer noch die Angabe der medizinischen. Sind sie berechtigt? Die Beziehungen zwischen Epilepsie und Generationsphase sind sehr undeutlich. Jedenfalls nicht in jedem Falle ungünstiger Natur. Nach einer viel zitierten Statistik von Nerlinger ist die Zahl der durch Gravidität günstig beeinflussten Epilepsiefälle annähernd so gross wie die der ungünstig beeinflussten. Jedoch zeigen einzelne Fälle in auffallender und konsequenter Weise die Tatsache eines inneren Zusammenhangs zwischen Generationsphase und Epilepsie, insofern, als die Epilepsie im Anschluss an Gravidität zum ersten Mal auftritt oder in ihr eine schon vorher bestehende bedeutende Verschlimmerung erfährt oder häufig bei späteren Schwangerschaften rezidiviert. Mag nun theoretisch bei diesen allerdings seltenen Fällen eine seltene ätiologische Beziehung angenommen werden oder nicht, praktisch müssen Folgerungen gezogen werden. Die praktische Folgerung, die die Autoren bis jetzt vorwiegend beschäftigt hat, ist die der Einleitung der künstlichen Frühgeburt. Die Meinungen gehen hier schon sehr auseinander. Doch spricht wohl Sachs im Sinne vieler, wenn er bei allen Epilepsiefällen, die die Tendenz der Häufung von Anfällen bis zu dem Bilde des Status epilepticus zeigen, sowie diejenigen, bei denen psychische Störungen wie Verwirrtheits-, Dämmerzustände, Suizidgefahr, Nahrungsverweigerung usw. auftreten, als die gegebenen Objekte der künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung hinstellt.

Für unsere Frage ist die Feststellung wichtig, ob epileptische Anfälle solcher Art in späteren Schwangerschaften usw. rezidivieren. Dass man über diese Frage wenig in der Literatur findet, zeigt schon die relative Seltenheit dieses Vorkommens. So sagt Rissmann: „Wir wissen noch recht wenig über rezidivierende, während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett auftretende allgemeine Krämpfe, und es wäre wünschenswert, wenn mehrere geburtshilfliche Kliniken hierher gehörende Fälle sammelten.“ Die Stellung zum prophylaktischen Abort ist im allgemeinen eine ablehnende. Sachs sagt: „Die Epilepsie an sich genügt nicht, eine Schwangerschaft prophylaktisch zu unterbrechen aus Besorgnis, dass sich die Erkrankung unter dem Einfluss der Schwangerschaft verschlimmern könnte, nur die Tatsache der Verschlimmerung, die hier im Status epilepticus und im Auftreten geistiger Störungen

besteht, lässt überhaupt die Ueberlegung zu, ob eine Unterbrechung angebracht ist.“

Doch wie ja auch allgemein, so wird man sich auch hier leichter zur Sterilisierung als zum Abort entschliessen, wenn man von der grossen Wahrscheinlichkeit der Wiederkehr epileptischer Anfälle schwerster Form in neuen Schwangerschaften überzeugt ist. Eine Reihe von Fällen werden diese Berechtigung der Sterilisierung bei Epilepsie am besten zeigen.

Fall 46, 47. Wegen Epilepsie hat Haeberlin 2 mal Sterilisierung vorgenommen, doch liegen keine nähere Angaben vor.

Folgender instruktiver Fall hat Rissmann zur Sterilisierung veranlasst:

Fall 48. Frau H. 33 Jahre alt, 8 Wochen vor der ersten Niederkunft hatte sie den ersten Anfall mit Zungenbiss. Die Krämpfe traten auch im Wochenbett noch mehrmals auf. Pat. machte in den Jahren 1900—1902 drei weitere Geburten durch, und jedesmal traten Krämpfe auf, die besonders im Wochenbett stark gewesen sein sollen. 1903 Krampfanfälle. Da seit der letzten Periode schon 6 Wochen verflossen waren, wird angenommen, dass die Krämpfe in Beziehung zu einer Gravidität stehen, und die Pat. wird in die Anstalt geschickt, wo Sterilisierung vorgenommen wird.

R. will in den Anfällen eine Mischform eklamtisch-epileptischer Natur sehen und betont zugleich, dass er in der ihm zugänglichen Literatur keinen derartigen Fall beschrieben gefunden hat. Dass die operative Sterilisierung hier indiziert war, nimmt er als sicher an. Nach der Operation geht es der Pat. gut. Krämpfe sind nicht mehr aufgetreten.

Diesen 3 Fällen steht eine ungleich grössere Zahl von Literaturfällen gegenüber, die alle Voraussetzungen für eine berechtigte Sterilisierung in sich enthalten und demgemäß auch vereinzelten Autoren als gegebene Objekte der Sterilisierung erscheinen.

Folgenden Fall von Edel hält Naecke, der sich sonst dem Abort gegenüber ablehnend verhält, als für eine Kastration geeignet.

Fall 49. 35jährige Frau. Hereditär nicht belastet. Verheiratet 1904; Jan. 1905, am 9. Tage nach Frühgeburt eines toten Kindes schwere anhaltende Krampfanfälle mit 4 Tage langer Bewusstlosigkeit. Im Krankenhaus wurde chronische Nephritis festgestellt. Von dort wegen Tobsuchtsanfällen in Anstalt überführt. 1905 wesentlich ruhiger entlassen. Nach Angabe des Ehemannes stellten sich dann noch immer vereinzelt Krampfanfälle ein, die den Charakter des epileptischen hatten. Während der zweiten Schwangerschaft wiederholten sie sich alle 4 Wochen. Anfälle von Bewusstlosigkeit, Zuckungen, stundenlang nachher desorientiert. Tobsuchtsanfälle gaben zur Anstaltsbehandlung Veranlassung. Dort bekam sie in Gegenwart des Arztes einen typisch epileptischen Anfall mit Bewusstlosigkeit, tonisch-klonischen Krämpfen, Zungenbiss.

Nach unkomplizierter Geburt nach Hause entlassen. Die ersten Anfälle hält Edel für eklamtische, doch sieht er den letzten für einen typisch epileptischen an.

Fall 50, 51, 52. Curschmann berichtet von einem Fall von Fellner, bei dem epileptische Anfälle ausschliesslich während der Gravidität und niemals vor und nach derselben auftraten und zwei weitere Fälle, in denen eine schon in früher Jugend erloschene Epilepsie während der Gravidität rezidierte, ausserhalb der Schwangerschaft aber dauernd fortrief, er selbst erwähnt einen eigenen Fall (Fall 53) einer 38jährigen Frau, die erst in der VII. u. VIII. Gravidität an Epilepsie erkrankte, die die Tendenz der Steigerung bis zum Ausbruch einer Psychose mit Delirien zeigte. Strohmayer schliesst an die Referierung dieser Fälle drei weitere von Jolly (Fall 54, 55, 56) an, die alle Rezidive von Epilepsie in neuen Schwangerschaften zeigen, und kommt zu dem Ergebnis, dass alle diese und ähnliche Fälle gegebene Objekte der Sterilisierung sind.

Folgender Fall von Audebert ist besonders charakteristisch:

Fall 57. I. Schwangerschaft, spontaner Abort, Mens. II. im epileptischen Anfall. II. Gravidität im IV. Monat, künstliche Schwangerschaftsunterbrechung wegen starker Verschlimmerung der Epilepsie, wonach Anfälle nach 3 Monaten aufhörten. III. Schwangerschaft von A. in der Absicht geleitet, sie möglichst zu erhalten. Trotz klinischer Behandlung Befinden immer schlechter. Die Anfälle häufen sich, treten schliesslich in kurzen Intervallen von 2 Tagen auf, so dass Status epilepticus aufzutreten droht. Deshalb entschliesst sich A. nach langem Zögern zur Unterbrechung der Gravidität mit dem Erfolge, dass die Krämpfe am Tage des vollendeten Aborts aufhören und die Frau nach 7 Tagen geheilt entlassen werden kann.

Dieser Fall erscheint um so mehr geeignet zur Sterilisierung, als die Tendenz zur Steigerung der Epilepsie in jeder Schwangerschaft sehr stark ausgeprägt ist.

Dem stellt sich folgender Fall von C. Meyer an die Seite:

Fall 58. Frau P. Nach der ersten Geburt, 3 Wochen nachher Krampfanfälle epileptischen Charakters. Nach zweiter Geburt 3 bis 4 Wochen nachher wieder Krampfanfälle. Dritte Geburt wie zweite. IV. Gravidität erster Anfall 30 Tage vor der Geburt, letzter Anfall 26 Tage nach der Geburt.

Ein zweiter Fall von ihm zeigt den ungünstigen Einfluss auf Bestehen der Epilepsie.

Fall 59. Die Frau leidet seit dem 15. Lebensjahr an Epilepsie. In vier durchgemachten Schwangerschaften traten Anfälle häufiger auf. Zu Ende der 4. Schwangerschaft noch erheblichere Steigerung der Anfälle. Vor der Entbindung ein Verwirrtheitszustand mit Bewusstseinsstörung und zahlreichen Halluzinationen, bei dem besonders später bei Aufnahme in die Klinik kataton Symptome nicht fehlten. Erst 27 Tage nach Geburt wieder klar.

Endlich noch einen Fall von Binswanger.

Fall 60. 34jährige Dame, neuropathisch belastet. Mehrere vollentwickelte Anfälle zur Zeit der Pubertätsentwicklung. Heiratet im 20. Lebensjahr. Erneutes Auftreten epileptischer Insulte nach der Geburt eines Kindes im 22. Lebensjahr. Trennung der Ehe. In den nächsten 6 Jahren völlige körperliche und geistige Gesundheit. Wiederverheiratung im 28. Lebensjahr. In darauf folgender Gravidität schwere epileptische Konvulsionen, welche nach der Geburt sich häufen und in der Folge nie wieder verschwanden. Pat. gebar noch 2 Kinder. Während die Anfälle in den schwangerschaftsfreien Zeiten nur selten (ungefähr alle 3 Monate) und vereinzelt auftraten, brachte Gravidität und Wochenbett jedesmal Serien von Anfällen. Entschieden Abnahme der Intelligenz in den letzten 3 Jahren.“

Dass auch alle diese aufgeführten Fälle für Sterilisierung in Frage gekommen wären, bedarf danach wohl keines besonderen Beweises.

Vergleichen wir die Zahl der bei Epilepsie ausgeführten Sterilisierungen mit der Anzahl von aufgeführten Fällen, die wohl ohne Frage als Sterilisierungsobjekte bezeichnet werden müssen und von den einzelnen Autoren als solche auch bezeichnet sind; so ergibt sich das Verhältnis von 3 : 11, worin doch eine unberechtigte Zurückhaltung gegenüber der künstlichen Sterilisierung zum Ausdruck kommt.

Die Chorea gravidarum gehört zu der grossen Gruppe der symptomatischen Psychosen (nach Bonhoeffer) im Gegensatz zu den eben betrachteten sog. idiopathischen. Die symptomatischen Psychosen kommen auf dem Boden einer Infektion, Intoxikation usw. vor, und kommen insofern schon wenig für den künstlichen Abort in Betracht, als das schädigende Moment ja nicht allein in der Schwangerschaft, sondern in der Infektion usw. wie zum Beispiel bei der Amentia zu suchen ist und sich dementsprechend die Therapie gegen diese wenden muss. Auch für die Sterilisierung sind sie im allgemeinen keine Objekte, da mit der Wiederkehr einer Infektion usw. in erneuter Schwangerschaft nicht zu rechnen ist, und diese Erkrankung ja ausserdem durch die Aufhebung der Schwangerschaft nur wenig beeinflusst werden kann. Zu diesen Krankheitsformen gehört auch die Chorea gravidarum, nimmt jedoch eine Ausnahmestelle ein.

Die Chorea gravidarum fügt sich in den Rahmen der Betrachtung der Geisteskrankheiten insofern ein, als ihr Auftreten mit psychischen Störungen verknüpft ist. Den alten Satz Wicke's: „Keine Chorea ohne psychische Alteration“ hält Mühlbaum vor allem in bezug auf die Chorea gravidarum für vollberechtigt.

Schon der Name Chorea gravidarum weist auf eine enge Beziehung der Erkrankung zur Generationsphase hin. Und es handelt sich in der

Tat um keine blosse Koinzidenz, denn wohl keine psychische Erkrankung weist so enge innere Beziehungen auf zur Gravidität wie die Chorea gravidarum, wohl keine von den besprochenen Krankheitsformen erscheint daher so sehr das gegebene Objekt für die Sterilisierung wie sie. Ich will mich bei meinen folgenden Betrachtungen vor allem auf die Ausführungen von Kroner und Mühlbaum stützen.

Die Chorea gravidarum ist eine relativ seltene Erkrankung, die fast ausschliesslich im Anschluss an die Generationsphase auftritt. Die Beziehungen zur Gravidität sind trotz zahlreicher Theorien nicht geklärt. Als alleiniger ätiologischer Faktor kommt sie sicher nicht in Betracht. Vielmehr scheint die Gravidität nur eine erhöhte Disposition für das Auftreten der Chorea zu schaffen. Die Chorea gravidarum tritt also erstmalig in der Gravidität auf, oft ist ihr eine Jugendchorea vorausgegangen. Sie rezidiviert in späteren Schwangerschaften und zeigt dabei eine Steigerung der Erscheinungen. Für die Sterilisierungsfrage ist es wichtig, in welchem Grade diese Abhängigkeit von der Gravidität besteht. Pineles fand in 29 pCt. Chorea gravidarum-Fällen frühere überstandene Chorea minor. Am meisten sind also zur Chorea gravidarum solche Frauen disponiert, die schon vor ihrer Gravidität eine Jugendchorea durchgemacht haben. Kroner fand diese Wiederkehr in 21,1 pCt. Mühlbaum fand aus dem Material der Charité-Klinik der letzten 7 Jahre auf 65 Jugendchoreafälle 18 Fälle von Chorea gravidarum, also 27,7 pCt. Diese Rezidivierung kann in jeder Gravidität eintreten, sie kann aber auch eine oder mehrfache Schwangerschaften überspringen. Auf Grund des Kroner'schen Materials habe ich die Rezidivierungsquote besonders klar herauschälen wollen. Danach war der Gesamtprozentsatz der Rezidive (mit Hineinrechnung der Jugendchorea) 45,4 pCt. Die erstmaligen Rezidive machten 35 pCt. aus, die zweitmaligen 9 pCt., die drittmaligen und viertmaligen Rezidive 0,7 pCt. So waren unter 151 Fällen 58 mal Jugendchorea zu finden, 55 mal Chorea gravidarum in erster, 26 in zweiter, 9 in dritter, 6 in vierter, 2 in fünfter und 1 in sechster Gravidität zu finden. Auf 151 Fälle verteilten sich 173 Choreaerkrankungen. Bei dieser Zusammenstellung habe ich die unsicheren Fälle weggelassen. Dabei aber alle anamnestischen Angaben mit hinein gerechnet. Diese Zahlen sprechen eine bedeckte Sprache. Noch eindringlicher wird sie durch den Satz von Kroner: „Rezidiviert eine Schwangerschaftschorea in einer der folgenden Schwangerschaften, pflegt dieselbe stets stärkere Erscheinungen zu machen und grössere Lebensgefahr zu bringen als die erste“. Auch nach Mühlbaum bestätigt sich die Tatsache, dass bei jeder neuen Konzeption die Erkrankung zu einem früheren Termin als vorher zu

beginnen, die Intensität der Krankheitserscheinungen zu wachsen scheint, wobei sie gewöhnlich eine frühzeitige Vernichtung der Frucht bedingt und schon beim zweiten oder dritten Rückfall den Tod der Mutter zur Folge hat.

In ihrem Verlaufe unterscheidet man eine leichte und schwere Form der Chorea gravidarum. Die leichte setzt langsam ein und zeigt in der Regel einen schnellen und günstigen Verlauf, insofern, als sie in der Schwangerschaft abheilt. Die schwere Chorea gravidarum setzt meist ohne Prodromalerscheinungen oft als Rezidiv ein mit schwerer choreatischer Unruhe, rapider Abnahme des Ernährungszustandes usw. Selten kommt es zur normalen Geburt. Bei dieser Form treten sehr häufig als Komplikation schwere psychische Störungen meist vom Charakter der infektiösen Delirien wie Amentia auf, die die Prognose sehr trüben. Der Verlauf kann ein rapider sein und zum Tode führen oder günstigerfalls bei Uebergang in Genesung sich bis zu 6 Monaten und darüber in die Länge ziehen. Der letale Ausgang in der Schwangerschaft ist selten, gewöhnlich erfolgt Abort oder Frühgeburt und nach der Aussössung der Frucht der Tod. Demgemäß ist die Mortalität der Mutter eine sehr hohe und schwankt nach den Angaben vieler Autoren zwischen 29 und 30 pCt. An dieser schlechten Prognose ist aber die leichte Form der Chorea gravidarum nicht unbeteiligt, kann sie doch nicht eben selten in die schwere übergehen. So können nach Jolly Fälle, die anfangs unbedenklich erscheinen, im Verlaufe zu sehr bedenklichen Störungen führen. Somit ist die Prognose auch in Fällen harmloser gutartiger Chorea gravidarum mit grosser Zurückhaltung zu stellen (Mühlbaum). Noch kurz sei die Prognose der Frucht gestreift. Sie ist, wie schon aus obigen Ausführungen zu ersehen, eine sehr schlechte. Kroner's 36,8 pCt. Mortalität stehen von anderen Autoren 60 bis sogar 80 pCt. gegenüber. Eine Zahl, die eben aus der Tendenz Choreakranker zum Abort, bzw. Frühgeburt und der allgemeinen Schwäche ihrer lebend geborenen Kinder erklärliech erscheint.

Bei diesem Gesamtbild der Chorea gravidarum finden sich die meisten Autoren in einer teils absoluten, teils eingeschränkten Indikationsstellung zum künstlichen Abort zusammen. Nach Anton liegt bei keiner Graviditätserkrankung häufiger die Indikation zum künstlichen Abort vor als bei Chorea gravidarum. Hammerschlag betont, dass eine ganz besondere Indikation zum Abort bei öfters rezidivierender Chorea gravidarum vorliegt, da diese prognostisch am ungünstigsten zu bewerten ist. So soll nicht allein in schweren, sondern nach Zweifel, Anton, Bumm u. a. in leichteren Fällen möglichst frühzeitig die künstliche Schwangerschaftsunterbrechung ausgeführt werden, da sie sonst zu spät

kommt und ein Uebergang in die schwere Krankheitsform oder auch ein unerwartet schwerer Ausgang zu befürchten ist. Wie ist die Prognose des künstlichen Abortes? Sie ist im allgemeinen nicht ungünstig, schwankt jedoch nach den Angaben der einzelnen Autoren. Erschwerend tritt noch der Umstand hinzu, dass die Einleitung der Frühgeburt einen verschlimmernden Einfluss auf die Krankheit ausüben kann, so dass sogar Engelhardt einen geburtshilflichen Eingriff als ungerechtfertigt und gefährlich darstellt. Auch Bonhoeffer sagt, dass in der Mehrzahl der Fälle die Chorea und die Psychose durch den Eingriff nicht zum Stillstand gebracht wird, und dass in einer Reihe von Fällen sogar akute Verschlimmerung eintritt.

Stellt also der künstliche Abort kein sicheres Kurativum und Prophylaktikum dar, ja kann er sogar als auslösendes Moment wirken, so ist die Sterilisierung um so mehr am Platze. Ein Blick auf die Prognose der Frucht kann diesen Entschluss nur erleichtern. Somit halte ich folgende Forderung für nicht zu weitgehend, dass bei jedem in der Gravidität erstmalig aufgetretenen Choreafall, der den Charakter eines mittelleichten und schweren Verlaufes zeigte, an die Entbindung oder den künstlichen Abort die Sterilisierung angeschlossen werden muss. Eine allgemeine Gesamtwürdigung des Falles in Bezug auf Heredität, Bestehen und Schwere einer Jugendchorea, allgemeine, namentlich neuropathische Konstitution, Rheumatismus, Herzerkrankungen, Schwere der vorliegenden Schwangerschaftschora, namentlich seiner psychischen Komplikationen wie Manie, Delirien, Tobsucht, die Berücksichtigung der Tendenz der Steigerung der Symptome wird die Indikationsstellung zur Sterilisierung um so klarer umgrenzen und berechtigter hinstellen. Dabei wird man bei leichten Fällen zuerst expektativ verfahren. Ein Bedenken gegen die Sterilisierung kann auch hier vorgebracht werden, die Sterilisationsoperation kann als krankheitsauslösendes Moment wirken. Das liesse sich dadurch wohl umgehen, dass man die Operation in anfallsfreier Zeit ausführte. Hier sollen zur Illustrierung der obigen Ausführungen zwei von mir aus der ganzen mir zugänglichen Literatur aufgefundene Fälle folgen, bei denen allerdings als Sterilisationsoperation aus anderen Gründen Uterusamputation ausgeführt wurde.

Mühlbaum berichtet von folgendem Fall (im Auszug).

Fall 61. Bertha L., 1884 geboren, hereditär nicht belastet. Nach Heirat im Jahre 1904 wurde sie 1905 schwanger. Im 6. Monat erkrankte sie plötzlich an motorischer Unruhe, psychischen Störungen. Im Januar 1906 5 Wochen vor dem normalen Ende der Schwangerschaft leichte Geburt, Kind starb nach 3 Wochen. Der Zustand begann allmählich abzuklingen bis zur Heilung im

März. In II. Gravidität Mitte Juni verschlechtert sich schon im September ihr Allgemeinbefinden, starke Unruhe, psychisch unlustig, Nahrungsverweigerung. Der von dem behandelnden Arzt geforderte Abort wird vom Psychiater abgelehnt, da ein sicherer Zusammenhang, mit der Gravidität nicht nachzuweisen sei. Entlassung. Am 23. September 1906 sollte in einer Privatklinik künstlicher Abort ausgeführt werden; er wurde jedoch durch einen so heftigen maniakalischen Anfall behindert, dass Pat. in eine Irrenanstalt übergeführt werden musste.

Schwere choreatische Erscheinungen. Einleitung des künstlichen Abortes am 26.9.1906. Da die Erscheinungen der Chorea schnell jetzt abklingen, wird Pat. als gebessert am 7. 10. in Familienpflege entlassen, wo bald völlige Heilung eintrat. III. Gravidität. Dezember 1909. Am Anfang derselben wieder starke choreatische Erscheinungen, psychische Alteration. Zur Verhütung weiterer Schwangerschaften und choreatischer Erkrankungen wird mit Zustimmung der Pat. Totalexstirpation in Aussicht genommen, deren Ausführung am 26. 3. 1907 stattfand. Nach Erwachen aus Chloroformnarkose starke choreatische Zuckungen. Am 27. 3. Exitus.

Hier wäre die Sterilisierung mindestens im Anschluss an den künstlichen Abort der II. Gravidität am Platze gewesen.

Ein zweiter ähnlicher Fall von Hannes zeigt besonders deutlich die Tendenz der choreatischen Symptome in den einzelnen Schwangerschaften (nach Strohmayer).

Fall 62. „Bei einer 20jährigen Frau setzte die Chorea in der ersten Schwangerschaft im 7. Monat ein. Es kam zur spontanen Frühgeburt und die Pat. genas. In der zweiten begannen die Zuckungen bereits im 3. Monat und komplizierten sich mit Erregungsvorgängen, so dass die Schwangerschaft unterbrochen werden musste. Es trat Heilung ein. In der III. Gravidität begann die Chorea gleich nach dem Aussetzen der Menstruation. Im 4. Monat war bereits die Erregung so stark, dass sich Hannes zur Totalexstirpation des Uterus entschloss. Trotzdem kam es zum Exitus.“

Ein dritter Fall reiht sich diesen beiden an, allerdings ist bei ihm keine Uterusamputation ausgeführt (Fall Lawson Tait).

Fall 63. „Die Pat., die in der Kindheit an Rheumatismus und Chorea gelitten hatte, bekam im 4. Monat der I. Gravidität wieder Chorea, die ziemlich leicht verlief und im Moment der Geburt aufhörte. Im Anfang der II. Gravidität rezidierte die Chorea wieder, verlief heftiger wie die erste, endete aber mit der zur normalen Zeit erfolgenden Geburt. Das Rezidiv in der III. Schwangerschaft war auch sehr schwer und endete mit einem spontanen Abort im 3. Monat. Als auch in der IV. Gravidität ein Rezidiv einsetzte, sah man sich zum künstlichen Abort veranlasst, ohne Erfolg, denn am 3. Tage post part. erlag die Pat. der Krankheit.“

Ein weiterer Hinweis erübrigts sich bei diesem Falle.

Nur die relative Seltenheit dieser Fälle lässt die Tatsache, dass Sterilisierung bei Chorea noch so wenig in Frage gezogen wird, erklärlich erscheinen. Um so leichter müsste man sich bei dieser Seltenheit obigen weitgehenden Sterilisierungsforderungen in jedem Falle anschliessen, da auch bei häufiger Ausführung der Operation ein merkbarer ungünstiger Einfluss auf den Bevölkerungszuwachs nicht zu erwarten ist, demgegenüber aber auch manche Frau vor sicherem geistigen Siechtum oder dem Tode bewahrt wird.

Kurz sei hier noch auf die Sterilisierung aus wirtschaftlichen, sozialen und eugenetischen Gründen eingegangen. Das ist eines der namentlich in jüngster Zeit im Hinblick auf den Abort vielumstrittensten Probleme der Rechts- und Aerztewelt. Strafgesetzlich ist die Sterilisierung wie jeder operative Eingriff aus diesen Indikationen heraus verboten. Und im allgemeinen mit Recht, denn der Schwerpunkt der Beurteilung der Gründe, die zu einer Sterilisierung führen sollen, wird ausserhalb der Kranken verlegt, und muss sich demgemäß der ärztlichen Fachkenntnis entziehen. Doch vielen Stimmen, die diese juristische Entscheidung der Strafbarkeit als zurecht bestehend erklären, steht eine Anzahl gegenüber, die dieser juristischen Auffassung ganz oder teilweise die Berechtigung abspricht. Wohl täglich kann dem Praktiker, namentlich auf psychiatrischem Gebiet die Frage entgegentreten, in wieweit er in seinem ärztlichen Handeln sozialen und eugenetischen Gründen ein Recht einräumt, inwiefern er sich von ihnen leiten und beeinflussen lässt. Sind sie bei den Geisteskrankheiten ohne weiteres von der Hand zu weisen?

Wie schon bei der Besprechung der Erschöpfungszustände nach dem Typ von Hoche ausgeführt wurde, ist wenigstens bei dieser Krankheitsgruppe eine scharfe Grenze zwischen medizinisch- und sozial-ätiologischem Moment nicht zu ziehen. Stellen sich doch soziale Missstände wirtschaftlicher Natur oder im Familienleben als auf die abnorme psychische Reaktionsdisposition der Psychopathen wirkende krankheitsauslösende Faktoren dar, die den medizinischen gleichwertig sein können. Wo können wir schliesslich die Trennung machen, wenn bei einer Frau, die durch ihre soziale Notlage zu harter Arbeit und Entbehrungen gezwungen ist, durch Schlag auf Schlag aufeinander folgende Schwangerschaften der psychische Zusammenbruch erfolgt, ob die rein physiologische Arbeitsleistung des Generationsgeschäftes allein die psychischen Schädigungen gesetzt hat oder ob sie auf das Konto der sozialen Not zu setzen sind? Beide zusammen haben eben auf die Psyche der Frau als Schädigungen gewirkt.

Der Einwand, dass die sozialen Verhältnisse willkürlichen und zufälligen äusseren Veränderungen unterworfen sind und damit diese schädigende Komponente bei Erschöpfungszuständen obiger Art plötzlich wegfallen kann, ist als Hauptgegengrund gegen die soziale Indikationsstellung im allgemeinen vollauf berechtigt, wird aber bei der Einzelwürdigung solcher Fälle zurücktreten müssen. Denn um ein krasses Beispiel anzuführen, was nützt der Frau der Gewinn des grossen Loses, wenn sie in ihren besten Jahren durch Raubbau an ihren Kräften infolge Geburtenhäufung, harter und ungesunder Arbeit, Entbehrungen psychisch zusammengebrochen ist. Hier ist der Eingriff des Arztes bei Gesamtwürdigung der Verhältnisse doch insofern berechtigt, als er dem Staate ein vital und sozial brauchbares Glied erhält, der Frau aber selbst Lebensenergie, durch die sie über den sozialen Notstand hinwegkommen kann. Doch muss dabei immer festgehalten werden, dass die medizinischen Gründe die ausschlaggebenden sind, die sozialen den Entschluss zur Sterilisierung nur erleichtern werden. So kann auch nach Winter eine kombinierte medizinische und soziale Indikation vorläufig im Prinzip anerkannt werden.

Von dieser Gruppe der medizinisch-sozialen Indikation sind die rein sozialen Indikationen zu trennen, über deren innerliche Berechtigung der Kampf der Meinungen noch tobt¹⁾. Gerade das psychiatrische Gebiet gibt den Anhängern dieser Richtung schwerwiegende Waffen. Die Divergenz der Meinungen lässt sich auf die Grundfrage zurückführen: Ist das Recht des Individuums auf sich selbst ein unbeschränktes, nicht anzutastendes oder nicht? Denn bei der Sterilisierung aus sozialen Gründen wird das betreffende Individuum vollständig ausgeschaltet, der Eingriff geschieht im Interesse der Gesellschaft.

Sterilisierungen aus wirtschaftlich-sozialen Gründen hat, wie schon oben erwähnt, Haeberlin ausgeführt. Bei einer Gruppe von 20 Kranken hat er sie 6 mal wegen zu grossen Kinderreichtums, 6 mal wegen schlechter sozialer Verhältnisse, Armut, übermässiger Arbeitslast, Sorge, Unzufriedenheit usw., die alle eine Erschöpfung herbeigeführt hatten, ausgeführt. Als Beispiel rein sozialer Sterilisierungen seien folgende zwei aufgeführt (nach Oberholzer und Friedel!).

Fall 64. 29jährige Frau N. Hereditär schwer belastet, leidet auch an Epilepsie. Ihre Gemeinde forderte die Unfruchtbarmachung, da sie bei ihrem ungehemmten Sexualtrieb die Möglichkeit dauernder Geburten bot, die, da 2 Kinder der Gemeinde schon zur Last fielen, derselben eine steigende Mehr-

1) Hauptvertreter dieser Richtung sind vor allem Hirsch und Schickel.

belastung auferlegt haben würde. Von Dauerinternierung in einer Anstalt wurde, da die Kosten der Anstaltsbehandlung auch der Gemeinde zur Last fielen, und zumal auch keine absolute Unmöglichkeit der erneuten Gravidität gegeben war, abgesehen. So führte O. mit Einwilligung der Kranken die Kastration aus.

Fall 65. O. S. hereditär belastet. Intellektuell minderwertig, 2 uneheliche Kinder. Seit dem 24. Lebenjahr versumpft sie mehr und mehr. Uebersexuelle Erregungszustände. Ueberführung in Landesirrenanstalt, wo Imbezillität-diagnostiziert wird. Eine Entlassung ist nicht möglich, da die Kranke sehr bald wieder schwanger werden würde.

Auch bei den eugenetischen Indikationen liegen die zur entscheidenden Beurteilung kommenden Momente ausserhalb der Patientin, insofern, als hier die Frage der psychischen und physischen Unversehrtheit der Nachkommenschaft und damit ihre Garantie als zukünftige sozial brauchbare Staatsmitglieder die ausschlaggebende ist. Nur die Vererbungswissenschaft kann diese Frage lösen. Die mehr oder weniger strengen Forderungen, die an sie und ihre bis jetzt vorliegenden Ergebnisse gestellt werden, führt hier zur Trennung in 2 Lager. Wenn Veit mit seiner Forderung, erst muss das Studium der Vererbung feststellen, wann notwendigerweise erbliche Belastung zur Schädigung der Progenitur führen muss, die augenblickliche Berechtigung der eugenetischen Indikationsstellung leugnet, so hält eben Strohmayer diese von der Vererbungswissenschaft geforderte Voraussetzung für zu weitgehend, ja für unmöglich, und spricht demgemäß schon jetzt der Sterilisierung aus eugenetischen Gründen eine gewisse Berechtigung zu. Naecke ist auch dafür, die Fehlerquellen, die eine rassenhygienische Sterilisierung fassend auf den bisher vorhandenen Vererbungstatsachen in sich schliesst, ruhig mit in Kauf zu nehmen, denn deshalb, weil die Psychosen nicht immer vererbbar seien, die so oft segensreiche Operation zu unterlassen, scheint ihm nicht richtig: „Wir nehmen ja so manche überflüssige Operation vor. Wir geben nach der grösseren Wahrscheinlichkeit und handeln danach.“ Bei manchen Psychosen, z. B. bei der Epilepsie, erscheint wirklich die Vererbungstendenz genügend ausgeprägt; so erscheint es Placzek bei der Epilepsie gerechtfertigt, hier schon die Möglichkeit der Vererbung als Leitmotiv unseres Handelns gelten zu lassen und die Unfruchtbarkeit weitgehend zu sichern.

Bekannt ist es ja, dass in der Schweiz, und namentlich in Amerika Sterilisierungen aus rassenhygienischen Gründen, die gesetzlich gestattet sind, ausgeführt werden. Bei der relativ verschwindenden Anzahl der Fälle können wir natürlich von dem als Endziel geforderten, verbesserten Einfluss auf die Güte des Volksmaterials noch nichts gewahr-

werden. Diese Sterilisierungen stellen vielmehr erst Experimente mit ungewissem Ausgang dar.

Mag das Hin und Her der Aeusserungen über die Berechtigung der sozialen und eugenetischen Indikationen noch lange dauern, für den deutschen Praktiker sind vorerst durch das Strafgesetz die Richtlinien seines Handelns gegeben.

Allgemeine Zusammenfassung.

Voraussetzung zur Tubensterilisierung:

1. In voller Uebereinstimmung abgegebene schriftliche Einwilligung der Ehegatten.
2. Es ist im allgemeinen wünschenswert, in einzelnen Fällen geboten, dass mehrere Kinder vorhanden sind.
3. Das Kollegium, das über Sterilisierungen entscheidet, besteht am besten aus einem Psychiater, einem Gynäkologen und einem erfahrenen praktischen Arzte.

Indikationsstellung zur Sterilisierung:

I. Im allgemeinen:

Die Sterilisierung ist bei den Frauen geboten, die im engen Anschluss an eine oder mehrere Generationsperioden geistige Erkrankungen zeigten, mit deren Wiederkehr im Anschluss an eine neue Generationsphase mit grosser Wahrscheinlichkeit zu rechnen ist; und die, wenn die geistige Störung eingetreten ist, durch deren fortschreitenden bösartigen Charakter innerhalb der Generationsphase oder durch die bestehen bleibenden Folgen ausserhalb der Generationsphase eine Gefahr für Leben und geistige Gesundheit der Frau, in letzterem Fall auch für die Umgebung bedeuten würde, zu deren Abwendung die prophylaktische Unterbrechung der neuen (hypothetischen) Schwangerschaft ins Auge gefasst werden müsste; die letzten Endes durch keine andere Behandlung nach ihrem Ausbruch geheilt oder wesentlich gebessert werden könnte.

II. Im besonderen:

1. Die angeborenen Anlagen und konstitutionellen Zustände.
 - a) Die originär-paranoischen Zustände berechtigen im allgemeinen nicht zur Sterilisierung,
 - b) Bei der manisch-depressiven Gruppe ist im allgemeinen im Hinblick auf das Fehlen einer inneren Beziehung usw. die Sterilisierungsfrage zu verneinen.

2. Andere psychopathische Formen:

- a) Bei der Schwangerschaftsdepression mit „Schwangerschaftskomplex“ erscheint bei Feststellung der rezidivierenden Tendenz die Sterilisierung als in Frage kommend.
- b) Bei den Erschöpfungspsychosen nach Hoche ist in den höheren Graden Sterilisierung am Platze.
- c) Bei den psychopathischen Formen vom hysterischen Typ muss im Hinblick auf die Labilität der Affekte die Sterilisierung im allgemeinen verneint werden.

Bei den Erkrankungsformen dieser Gruppe ist das Vorhandensein von mehreren Kindern gebotene Voraussetzung.

III. Bei der Dementia praecox wird im allgemeinen in allen den erstmalig im engen Anschluss an Gravidität usw. aufgetretenen Fällen nach ihrem Abklingen Sterilisierung am Platze sein, mindestens erscheint nach dem ersten Dementia praecox-Schub in der Schwangerschaft Sterilisierung geboten.

IV. Bei den Epilepsiefällen, die erstmalig oder als Rezidive im Anschluss an die Generationstätigkeit auftreten und die Tendenz der Entwicklung „in einer oder mehreren Schwangerschaften“ zum Status epilepticus oder zur Epilepsiepsychose in bedrohlichem Masse zeigen, muss zur Sterilisierung geschritten werden.

V. Nach jedem in der Gravidität erstmaligen Fall von Chorea gravidarum von mittelschwerem oder schwerem Verlauf muss im Hinblick auf die grosse Rezidivierungsgefahr mit der Tendenz des schweren Verlaufes Sterilisierung vorgenommen werden.

Medizinisch-soziale Indikationen haben bedingte Geltung, soziale und eugenetische sind nicht berechtigt.

Somit ergibt eine Zusammenstellung der aufgeführten Fälle ein Verhältnis von 25 : 63 sterilisierten und nicht sterilisierten Fällen, ein Verhältnis, in dem eine unberechtigte Zurückhaltung gegenüber der Sterilisierung aus psychiatrischen Gründen ausgedrückt erscheint.

Juristischer Teil.

Die Sterilisation unterliegt wie jeder körperlichen Eingriff des Arztes den Gesetzesbestimmungen. Auf die künstliche Unfruchtbarmachung sind die §§ 224/225 des RStGB. vom 15. Januar 1871 anwendbar: „Hat die Körperverletzung zur Folge, dass der Verletzte ein wichtiges Glied des Körpers, das Sehvermögen auf einem oder beiden Augen, das Gehör, die Sprache oder Zeugungsfähigkeit verliert, oder in erheb-

licher Weise dauernd entstellt oder in Siechtum, Lähmung oder Geisteskrankheit verfällt, so ist auf Zuchthaus bis zu 5 Jahren oder Gefängnis nicht unter 1 Jahr zu erkennen“. „War eine der vorbezeichneten Folgen beabsichtigt und eingetreten, so ist auf Zuchthaus bis auf 2 Jahre zu erkennen“.

Bei der Frage, inwieweit Sterilisierung durch ärztlichen Eingriff straffrei ist, muss kurz auf die diesbezüglichen grundlegenden juristischen Richtlinien eingegangen werden.

Im allgemeinen unterscheidet die Rechtswissenschaft drei Erfordernisse, damit der Täter strafbar ist:

1. Die Handlung muss einen strafgesetzlichen Tatbestand verletzen.
2. Die Handlung muss rechtswidrig sein.
3. Der Täter muss schuldhaft handeln.
 - a) vorsätzlich oder
 - b) fahrlässig.

Auch in der Frage der Sterilisierung müssen Tat und Täter, in diesem Falle der Arzt, soll Straffälligkeit bestehen, diesen drei Erfordernissen unterliegen. Somit wäre eine gesonderte Betrachtung der drei Punkte im Hinblick auf die Sterilisierung anzustellen.

ad 1. Ist der strafgesetzliche Tatbestand für die künstliche Unfruchtbarmachung wie allgemein für jeden operativen Eingriff in den Körperverletzungsparagraphen 224/225 gegeben.

Doch soll nicht unerwähnt bleiben, dass gegenwärtig von angesehenen Juristen die Ansicht vertreten wird, dass der ärztliche Eingriff gar nicht unter den Begriff „Körperverletzung“ fällt, da der äussere und innere Tatbestand der Körperverletzung fehle, eine Heilung keine Verletzung sei. Diese Ansicht führt aus, dass der Arzt weder „misshandelt“, noch „an der Gesundheit schädigt“. Danach wäre der Arzt also straffrei.

ad 2. Die herrschende Ansicht ist die, dass eine Operation, mithin auch die Sterilisierung zwar unter den Tatbestand der Körperverletzung fällt, jedoch nicht rechtswidrig ist, weswegen aber die Rechtswidrigkeit fehlt, ist bestritten.

Die Praxis, insbesondere das Reichsgericht, sieht den Grund des Ausschlusses der Rechtswidrigkeit in der Einwilligung des Patienten; danach muss der Arzt stets die Einwilligung des Patienten oder seines gesetzlichen Vertreters einholen, wenn er straflos sein will. Gegen diese Auffassung hat sich die Theorie gewandt, und den springenden

Punkt darin gesehen, dass die staatlichen oder kulturellen Interessen entscheiden sollen. Entspricht der ärztliche Eingriff dem Staatswohle, so ist er nicht rechtswidrig.

ad 3. Ist im Hinblick auf eine Operation im allgemeinen und die Sterilisierung im besonderen eine medizinisch-juristische Frage, insofern es sich um die Entscheidung handelt, ob der Arzt vorsätzlich oder fahrlässig die allgemein begründeten Regeln seiner Wissenschaft verletzt.

Bei diesem Stande der Frage kommt man zu folgendem Ergebnis: Die künstliche Unfruchtbarmachung ist nicht strafbar, wenn bei vorhandener Einwilligung des Patienten staatliche Interessen durch die *lege artis* ausgeführte Operation nicht verletzt werden. Wird durch die Sterilisierung nun ein staatliches Interesse verletzt und, wenn ja, auch in jedem Falle?

Das setzt die Beantwortung der Frage voraus, zu welchem Rechtsgut gehört die Zeugungsfähigkeit. Die Rechtswissenschaft unterscheidet drei Arten von Rechtsgütern:

1. Die verzichtbaren Rechtsgüter, z. B. Eigentum, Vermögen, Ehre.
2. Die unverzichtbaren Rechtsgüter, wie z. B. das Leben.
3. Als Mittelform Rechtsgüter, die nur insoweit verzichtbar sind, als an ihrer Unversehrtheit der Staat kein Interesse hat.

Zu ihnen gehört der Körper. Klar ausgesprochen hat der Staat diese Unverzichtbarkeit im § 142 StGB. insofern, als die Einwilligung in eine Körperverletzung nicht zulässig ist, wenn die Erfüllung zur Wehrpflicht untauglich machen würde.

Die Zeugungsfähigkeit würde zur Mittelform gehören. Ausgesprochen ist es nirgends. Von vornherein ist ja klar, dass ein ärztlicher Eingriff, durch den, allerdings unter Aufhebung der Zeugungsfähigkeit, eine Lebensgefahr verhütet oder beseitigt wird, mit den Interessen des Staates in Einklang steht, insofern als ihm dadurch gegenüber der doch immerhin unsicheren Aussicht auf Nachkommenschaft von Seiten des betreffenden Individuums in diesem durch den Eingriff vital und sozial ein Mitglied erhalten wird. Mithin wird dieser Eingriff wie jede andere Operation straffrei bleiben.

In den Fällen jedoch, bei denen die Sterilisierung nicht aus medizinischer Indikation ausgeführt wird, also kein Gesundheits- oder Lebensgefahr beseitigender Eingriff ist, könnte der Staat, der ja gegenwärtig aus bevölkerungspolitischen Gründen sein Interesse an der Volksver-

mehrung in den Vordergrund schiebt, die Zeugungsfähigkeit des Individuums als sein unverzichtbares Rechtsgut hinstellen, über das der Besitzer nicht frei verfügen kann. Wenn der Staat ein berechtigtes Interesse an der Volksvermehrung besitzt, so müsste er demnach bei einem gesunden Individuum die nicht zur Verhütung oder Beseitigung drohender Lebensgefahr auch mit Bewilligung des Betreffenden ausgeführte Sterilisierung als rechtswidrig, als straffällig bezeichnen. Es wäre eine Körperverletzung.

Weiterhin musste in logischer Weiterführung des Gedankens, wie v. Lilienthal ausführt, der Gesetzgeber die Abtreibung als einen Angriff auf die Volksvermehrung ansehen, mithin die Pflicht, Nachkommenschaft zu erzeugen, aussprechen, und dann folgerichtig wenigstens die unmittelbare Verhinderung der Erzeugung für strafbar erklären. „Früher wäre diese Ansicht“, führt v. Lilienthal weiter aus, „als Einmischung in die persönlichen Rechte des Bürgers unzulässig gewesen, heute ist das etwas anderes unter der Erkenntnis, dass das grösste Hemmnis der Volksvermehrung nicht die Abtreibung, sondern die Verhinderung der Empfängnis ist.“

Danach müsste der Staat auch die fakultative Sterilisierung durch Präventivmassnahmen als rechtswidrig ansehen. Damit würde er aber gewissermassen seine Polizeiverordnungen einerseits ins Schlafzimmer hängen müssen, andererseits hätte er gegen die zeitweise Ausschaltung der Zeugungsfähigkeit durch natürliche und einfache Massnahmen keine polizeiliche Handhabe. Man könnte zu der Annahme geneigt sein, dass die fakultative Sterilisierung durch Präventivmassnahmen aus nicht ärztlichen Gründen einer gewissen Strafbarkeit unterworfen ist, da seit längerer Zeit der Vertrieb der empfängnisverhindernden Mittel durch Polizeiverbot eingeschränkt wird. Doch geschieht das unberechtigt, der Staat kann nur den Vertrieb als solchen oder die öffentliche Anpreisung verbieten. Folgender origineller Fall von Veit, kurz wiedergegeben, zeigt auch, dass der Staat gegen die Konzeptionsmittel keine juristische Handhabe hat. Das Dienstmädchen eines Arztes reiste in dessen Auftrag herum und vertrieb und applizierte persönlich intrauterine Pessare. In einer mittelgrossen Stadt, durch die Kundschaft von etwa 100 Frauen verdächtigt, wird sie verhaftet. Ihre Bestrafung konnte nur wegen fahrlässiger Körperverletzung, nicht wegen des Einlegens der Instrumente erfolgen.

Innerlich ist ja auch der Durchsetzung des Staatsinteresses an der Zeugungsfähigkeit seiner Bürger eine Grenze gezogen, insofern als der Staat niemanden zum Zeugen zwingen kann.

Besonders klar nimmt, von dieser Tatsache ausgehend, v. Franqué zu dieser Frage Stellung: „Die künstliche Sterilisation geht den Staat und den Juristen gar nichts an“. Die juristische Stellung des Arztes kennzeichnet er mit folgenden Worten: „Ob der Arzt die Sterilisierung ausführen soll oder darf, ist keine juristische, sondern eine rein medizinisch-ethische, fast möchte man sagen, eine Geschmacks-sache“.

Auf die Frage der Sterilisierung aus sozialen und eugenetischen Gründen wendet die Rechtswissenschaft einen bei Liszt sich findenden Grundsatz an: „Eine besondere Gruppe bilden jene Eingriffe in rechtlich geschützte Interessen, die sich als angemessene Mittel zur Erreichung eines staatlich anerkannten Zweckes darstellen. Sie sind nach allgemeinen Grundsätzen als rechtmässige Handlungen anzusehen, können also niemals unter den Begriff einer Straftat fallen“.

Ein ärztlicher Eingriff ist ein staatlich anerkannter Zweck, insoweit er eine heilende oder bessernde Wirkung haben soll oder hat, mithin also straffrei. Dagegen ist in Deutschland, im Gegensatz zur Schweiz und Amerika, die Rassenhygiene (Eugenik) wenigstens vorerst kein staatlich anerkannter Zweck und mithin Eingriffe sozialer oder eugenetischer Indikationen strafbar.

Wilhelm, der sich mit der juristischen Seite der Frage beschäftigt hat, ist zu dem Schluss gekommen, dass in Deutschland in absehbarer Zeit das Problem der Unfruchtbarmachung aus sozialer und sozial-politischer Indikation legislatorisch wohl kaum in Anspruch genommen wird, da doch selbst die Motive des Strafgesetzentwurfes es nicht der Mühe wert hielten, mit irgendeinem Wort die Unfruchtbarmachung oder Abtreibung aus sozialen oder sozialpolitischen Gründen auch nur zu erwähnen, geschweige die Frage des Näheren zu erörtern.

Trotzdem ist in neuester Zeit folgender Entwurf eines Gesetzes gegen Unfruchtbarmachung und Schwangerschaftsunterbrechung vorgeschlagen worden [Wissenschaftl. Rundschau, 18, S. 296¹⁾].

§ 1. Eingriffe oder Verfahren zum Zwecke der Beseitigung der Zeugung oder Gebärfähigkeit eines anderen oder der Tötung der Frucht einer Schwangeren sind nur zur Abwendung einer schweren, anders nicht zu beseitigenden Gefahr für Leib oder Leben der behandelten Person zulässig und nur einem staatlich anerkannten (approbierten) Arzte erlaubt.

1) Verfasser nicht zu ersehen.

§. 2. Der Arzt hat die im § 1 bezeichneten Eingriffe oder Verfahren unverzüglich nach ihrer Vornahme dem zuständigen beamteten Arzt schriftlich anzuzeigen. Die Anzeige muss Vor- und Zuname, Wohnort und Wohnung der behandelten Person sowie Tag und Grund des Eingriffes oder Verfahrens enthalten. Bei Erkrankungen ist Grad und Verlauf der Erkrankung anzugeben. Wer als beamteter Arzt anzusehen ist, bestimmt die oberste Landesbehörde.

§ 3. Wer vorsätzlich die Zeugungs- oder Gebärfähigkeit eines anderen mit dessen Einwilligung beseitigt, ohne nach § 1 hierzu befugt zu sein, wird mit Zuchthaus bis zu 3 Jahren, bei mildernden Umständen mit Gefängnis nicht unter 1 Monat bestraft.

Wer vorsätzlich seine Zeugungs- oder Gebärfähigkeit durch einen anderen beseitigen lässt, ohne nach § 1 hierzu befugt zu sein, wird mit Gefängnis bestraft. Der Versuch ist strafbar.

§ 4. Enthält Strafandrohung bei unterlassener Anzeige.

Nach den obigen Ausführungen fehlt diesem Gesetzentwurf die innerliche Berechtigung. Der innerliche Widerspruch und die Unmöglichkeit einer Abgrenzung ist vielleicht am besten ans folgendem Satze der allgemeinen Begründung zu ersehen: „Wenn indes der Entwurf von einer unter den obwaltenden Verhältnissen, zum mindesten moralischen und vaterländischen Verpflichtung gesunder Frauen, Kinder zu gebären, ausgeht und ihnen verbietet ohne zureichenden Grund sich der Möglichkeit dazu berauben zu lassen, so muss demgemäß auch die entsprechende Pflicht des Mannes, sich zeugungsfähig zu erhalten, aufgestellt werden“.

Auf Grund rein ärztlicher Vereinbarung hat der ärztliche Kreisverein Mainz in der Sitzung vom 15. Januar 1918 Leitsätze bei Sterilisierung und artifiziellem Abort aufgestellt, die einzuhalten, sich die Mitglieder des Vereins verpflichteten.

Im wesentlichen besagen diese Leitsätze, dass 1. der Arzt nur aus medizinischer Indikation eine Schwangerschaft unterbrechen darf, und nicht aus sozialen und rassehygienischen Gründen. 2. Die Indikation durch ein Konsilium dreier Aerzte gestellt wird, und dass ein Protokoll aufgenommen wird, unter dem unter anderem die Einwilligung beider Ehegatten schriftlich niedergelegt ist.

Auch hierin drückt sich das Bestreben aus, für die Sterilisierung praktische Normen zu finden.

Zusammenstellung der angeführten Fälle.

Lfd.-Nr.	Autor	Literatur	Indikationen	Sterilisierung ¹⁾
1	Meyer	Monatsschr. f. Geb. und Gyn. Bd. 38	Paranoia in Gravid., rezidivierend.	Geeignet.
2	Strohmayer	s. Literaturang. Nr. 39	Paranoia in II., VII., VIII. Gravidit.	Von St. angeraten
3	Siemerling	s. Literaturang. Nr. 48	Melancholie in 6 Graviditäten, rezidivierend	Geeignet.
4	Kehrer	Hegar's Beitr. z. Geb. u. Gyn. Leipzig.	Manie in 3 Graviditäten, rezidivierend	Ausgeführt.
5	Somon	Monatsschr. f. Geb. und Gyn. 1913	Manie in III. und IV. Gravidität, IV. prophylaktischer Abort	Geeignet.
6	Meyer	Med. Klin. 1918. Orginalfall.	Psychose mit Graviditätskomplex in 4 Geburten	Ausgeführt.
7	do.	Monatsschr. f. Geb. und Gyn. Bd. 38	Depression in Gravidität	Von M. angeraten
8	Siemerling	s. Literaturang. Nr. 48	Depression nach 3 schweren Geburten	Von S. angeraten
9	Semon	Monatsschr. f. Geb. und Gyn. 1913	Depression mit Graviditätskomplex III. Gravidität	Geeignet.
10	Haeberlin	Med. Klin. 1916.	Primär geschwächtes Nervensystem, Melancholie, schwere Neurasthenie	Ausgeführt.
11	do.	do.	do.	do.
12	do.	do.	do.	do.
13	do.	do.	do.	do.
14	do.	do.	Neurasthenie	do.
15	do.	do.	do.	do.
16	do.	do.	Psychische Erschöpfung durch 8 Geburten, 2 Aborte	do.
17	Kehrer	Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 5	Psychische Erschöpfung durch 7 Geburten	do.
18	do.	do.	13 Geburten	do.
19	Griffith	Frommels Jahresb. 1912	Depression mit Suizidgefahr im 3 Wochenbetten	do.
20	Stoeckel	Zentralbl. f. Gyn. 1915	Psychische Erschöpfung durch 5 Geburten	do.
21	Wollenberg	Arch. f. Gyn. 1917	Depression in IV. u. V. Gravidität, künstlicher Abort	Geeignet.
22	Lienau	Arch. f. Psych. Nr. 53	Depression in V. Gravidität, künstlicher Abort	Von Strohmayer angeraten.
23	do.	do.	Depression in 3 Wochenbetten. Suizidgefahr	do.
24	Meyer	Strohmayer im Placzek s. daselbst	Psychische Erschöpfung i. VI. Gravidität, künstlicher Abort	Geeignet.
25	do.	do.	Psychische Erschöpfung in I. und II. Gravidität, künstlicher Abort	do.
26	Schröder	Monatsschr. f. Gyn. 1913	Psychose in 10 Graviditäten, künstlicher Abort	do.
27	Siemerling	wie oben	Schwangerschaftskomplex, 7. Geburt	do.

1) Sterilisierung geeignet = von mir geeignet gehalten.

Zusammenstellung der angeführten Fälle. (Fortsetzung.)

Lfd. Nr.	Autor	Literatur	Indikationen	Sterilisierung
28	Saenger	Münch. med. Wochenschrift. 1912	Hysterie in VI. Gravidität	Von Strohmayer angeraten.
29	Lienau	Arch. f. Psych. Bd. 53	Hysterie in 5 Wochenbetten	Geeignet.
30	Hofmann	Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75	Psychosen in Gravidität	Ausgeführt.
31	do.	do.	do.	do.
32	Hohmann	Inaug.-Diss. Heidelberg 1910	Psychische Erschöpfung durch zahlreiche Geburten	do.
33	Siemerling	wie oben	III., VII., VIII. Gravidität, Katatonie	do. (?)
34	Oberholzer	Inaug.-Diss. Halle 1911	Dementia praecox-Schub in vorletzter Gravidität, Gefährdung der Kinder	do.
35	do.	do.	Dementia praecox, Mord d. Kindes	do.
36	Good	Bei Oberholzer	Dementia praecox, im Anschluss an Gravidität	do.
37	Kraepelin	Lehrb. d. Psych.	4 Katatonieschübe in 4 Geburten	Geeignet.
38	Hajos	Zentralbl. f. Gyn. 1905	Dement. praec. in II., III., IV. Gravidität, künstlicher Abort	do.
39	Strohmayer	Im Placzeks. Literaturangabe Nr. 49	Nach 4 Geburten, Dement. praec.	Von St. angeraten.
40	do.	do.	VI., VII. Laktation, X. Gravidität, Dementia praecox	do.
41	Saenger	wie oben	Katatonie in 2 Graviditäten, prophylaktischer Abort	Geeignet.
42	Elfes	Inaug.-Diss. Kiel 1912	Dementia praecox in Gravidität	Von E. angeraten.
43	do.	do,	do.	do.
44	do.	do.	do.	do.
45	do.	do.	do.	do.
46	Haeberlin	wie oben	Epilepsiepsychose in Gravidität	Ausgeführt.
47	do.	do.	do.	do.
48	Rissmann	Zentralbl. f. Gyn. 1913	Epilepsie in 6 Graviditäten	do.
49	Edel	Zeitschr. f. Psych. Bd. 64	Epilepsie in I. und II. Gravidität	Von Naecke ang.
50	Fellner	Nach Curschmann	Epilepsie im Anschl. an Gravid.	Von St. angeraten.
51	do.	do.	do.	do.
52	do.	do.	do.	do.
53	Curschmann	Münch. med. Wochenschrift 1904	Epilepsiepsychose in VII. und VIII. Gravidität	do.
54	Jolly	Nach Strohmayer	Epilepsierezidive in Gravidität	do.
55	do.	do.	do.	do.
56	do.	do.	do.	do.
57	Audebert	Zentralbl. f. Gyn. 1913	do.	Geeignet.
58	C. Meyer	Arch. f. Psych. Bd. 55	Epilepsie in 4 Wochenbetten	do.
59	do.	do.	do.	do.
60	Binswanger	Nothnagel Bd. 12, H. 1	Epilepsierezidive in Gravidität	do.
61	Mühlbaum	Prakt. Ergeb. d. Geb. u. Gyn. Bd. 6	Chorearezidive in 3 Graviditäten	Ausgeführt.
62	Hannes	Prakt. Ergeb. d. Geb. u. Gyn. 1911	do.	do.
63	Lawson Tait	Nach Strohmayer	do.	Geeignet.

Literaturverzeichnis.

1. Alzheimer, Indikationen für die künstliche Schwangerschaftsunterbrechung. Münchener med. Wochenschr. 1907.
2. Anton, Ueber die Geistes- und Nervenkrankheiten usw. Veit's Handb. d. Gyn. Bd. 5.
3. Aschaffenburg, Zeitschr. f. Psych. Bd. 58.
4. Audebert, Zentralbl. f. Gyn. 1913.
5. Chroback, Abortus und Psychose, Zentralbl. f. Gyn. 1907.
6. Derselbe, Ueber die künstliche Sterilisierung usw. Zentralbl. f. Gyn. 1905.
7. Curschmann, Ueber eine während der Gravidität rezidivierende Epilepsie. Münchener med. Wochenschr. 1904.
8. Elfes, Katatonie mit bes. Berücksichtigung des Verlaufes in Gravidität. Inaug.-Diss. Kiel 1912.
9. Engelhard, Ueber die Generationspsychosen und den Einfluss der Gestationsperiode auf schon bestehender psych. u. neurol. Krankh. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70.
10. Friedmann, Zur Indikationsstellung für den künstlichen Abort wegen psychischer Krankheiten. Deutsche med. Wochenschr. 1912.
11. Friedel, Sterilisation Geisteskranker aus sozialer Indikation. Deutsche med. Wochenschr. 1913.
12. Haberda, Ueber Berechtigung zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt. Wiener klin. Wochenschr. 1905.
13. Hamm, Indikation zur Sterilisierung des Weibes. Med. Klin. 1913. Nr. 35.
14. Hajos, Einleitung des künstlichen Abortes usw. Zentralbl. f. Gyn. 1905.
15. Hannes, Ueber die Anzeigestellung zum künstlichen Abort. Prakt. Ergebnisse d. Geb. u. Gyn. 1911.
16. Haeberlin, Ueber Indikationen und Technik der operativen Sterilisierung mittelst Tubenunterbindung. Med. Klin. 1906.
17. Hegar, Beiträge zur Frage der Sterilisierung aus rassehygienischen Gründen. Münchener med. Wochenschr. 1913.
18. Herzer, Beiträge zur Klinik der Puerperalpsychosen. Allg. Zeitschr. für Psychosen. Bd. 63. S. 244.
19. Hoche, Bemerkungen zur Frage des künstlichen Abortes bei Neurosen und Psych. Monatschr. f. krim. Psychol. u. Strafrechtsform. 1906.
20. Hohmann, Die künstliche Sterilisation des Weibes. Inaug.-Diss. Heidelberg. 1910.
21. Hofmann, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75.
22. Hofmeyer, Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft. Doederlein's Handb. d. Gyn. Ergänzungsband, Wiesbaden.
23. Wagner v. Jauregg, Die psych. und neurol. Indikation zur vorzeitigen Unterbrechung der Schwangerschaft. Wiener klin. Wochenschr. 1901.
24. F. Jolly, Die Indikation des künstlichen Abortes bei der Behandlung von Neurosen und Psychosen. Münchener med. Wochenschr. 1901.
25. Ph. Jolly, Beitrag zur Klinik und Statistik der Puerperalpsychosen. Arch. f. Psych. Bd. 48.

26. Kehrer, Ueber tubare Sterilisation. Hegar's Beitr. z. Gyn. u. Geb. Leipzig.
27. Kraepelin, Lehrbuch der Psychiatrie.
28. Kroner, Ueber Chorea grav. Inaug.-Diss. Berlin 1896.
29. Küstner, Zur Indikation und Methode der Sterilisierung der Frau. Deutsche med. Wochenschr. 1905.
30. Lienau, Ueber künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft usw. Arch. f. Psych. Bd. 53.
31. E. Meyer, Der künstl. Abort bei psych. Störungen. Arch. f. Psych. Bd. 55.
32. Derselbe, Die Puerperalpsychosen. Arch. f. Psych. 1911. Bd. 48.
33. Derselbe, Zur Frage des künstlichen Abortes bei psych. Störungen. Münchener med. Wochenschr. 1912.
34. Derselbe, Psychosen mit Einschluss der Hysterie und Neurasthenie. In Winter: Indikationen usw. Siehe daselbst Nr. 52.
35. C. Meyer, Epilepsie und Schwangerschaft. Arch. f. Psych. Bd. 55.
36. Mühlbaum, Die Prognose der Chorea grav. Prakt. Ergebni. d. Geb. u. Gyn. Bd. 6.
37. Naecke, Einfluss der Schwangerschaft usw. Zeitschr. f. Psych. Bd. 68.
38. Oberholzer, Ueber Sterilisierung Geisteskranker in der Schweiz. Inaug.-Diss. Halle 1911. Carl Marhold, vorgelegt in Zürich.
39. Placzeck, Künstliche Fehlgeburt und künstliche Unfruchtbarmachung, ihre Indikationen, Technik und Rechtslage. Handb. Leipzig, Verl. Thieme. 1918. (Literatur!).
40. Derselbe, Künstliche Fehlgeburt und künstliche Unfruchtbarmachung, vom Standpunkt der Neurologie. Im Handb. von Placzeck.
41. Quensel, Psychosen und Generationsvorgänge beim Weibe. Med. Klin. 1907.
42. Raecke, Ueber Schwangerschaftspsychosen mit bes. Berücksichtigung der Indikation zum künstlichen Abort. Med. Klin. 1912.
43. Rissmann, Zentralbl. f. Gyn. 1903.
44. Runge, Die Generationspsychosen des Weibes. Arch. f. Psych. Bd. 48. (Literatur!)
45. Saenger, Nervenkrankheiten in der Gravidität. Münchener med. Wochenschrift. 1912.
46. Semon, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1913.
47. Sachs, Erkrankungen des Nervensystems. In Winter: s. daselbst Nr. 52.
48. Siemerling, Psychosen und Neurosen in der Gravidität usw. Verlag Karger. Berlin 1917. (Literatur!).
49. Strohmayer, Künstliche Fehlgeburt und künstliche Unfruchtbarmachung vom Standpunkt der Psych. Im Handb. v. Placzeck, s. das. (Literatur!).
50. Sarwey, Ueber Methoden und Indikationen zur fakultativen Sterilisierung der Frau. Deutsche med. Wochenschr. 1905. Nr. 8.
51. Veit, Eugenik und Gynäkologie. Deutsche med. Wochenschr. 1914.
52. Winter, Indikationen zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft. Verl. Urban & Schwarzenberg. Berlin 1918.
53. Wollenberg, Zur Frage der Schwangerschaftsunterbrechung. Arch. für Gyn. 1917.

Juristische Literatur.

54. K. v. Lilienthal, Künstliche Fehlgeburt und Unfruchtbarkeit vom Standpunkt des Rechts. Im Handb. v. Placzek, s. daselbst.
 55. Wilhelm, Beseitigung der Zeugungsfähigkeit und Körperverletzung. *De lege lata und de lege ferenda*. Jurist.-psych. Grenzfragen. Bd. 7.
 56. v. Liszt, Lehrbuch des Deutschen Strafrechts. Berlin.
 57. Frank, Kommentar zum Strafgesetzbuch. Tübingen.
 58. Graf zu Dohna, Rechtswidrigkeit. Berlin.
 59. O. v. Franqué und Dr. Horch, Die Abtreibung der Leibesfrucht vom Standpunkt der *lex ferenda*. Jurist.-psychiatr. Grenzfragen. Halle 1910. Bd. 7. H. 4.
-