

## Das Abortproblem

S. Cloeren und M. Mall-Haejeli

### Zusammenfassung

Nach einer Skizzierung der Abortsituation und des Einflusses der gesetzlichen Regelung der Schwangerschaftsunterbrechung in den verschiedenen Ländern auf diese Entwicklung werden die Verhältnisse in der Schweiz und speziell an der Universitäts-Frauenklinik Basel im einzelnen besprochen.

Die Abortziffer (= Verhältnis von Aborten zu Geburten) ist am Frauenspital Basel seit 1900 von 1:20 auf 1:8 in den Jahren 1960 bis 1963 angestiegen.

1000, resp. 1666 nicht ausgewählte Patientinnen mit Abort, die in den Jahren 1958 bis 1961 an der Universitäts-Frauenklinik Basel hospitalisiert waren, wurden im einzelnen analysiert. In 20% dieser Fälle handelte es sich um zugegebene Tentamina und um febrile Aborte.

Eine mögliche Lösung des Abortproblems liegt in einer ärztlich geleiteten, gut organisierten Familienplanung und Geburtenregelung.

### Résumé

Après une brève allusion à la situation des avortions et à l'influence de la juridiction concernant l'interruption de la grossesse dans différents pays, on traite les conditions en Suisse et, plus spécialement, à la Clinique gynécologique universitaire de Bâle.

Le chiffre d'avortions (relation entre avortions et naissances) à la Clinique gynécologique de Bâle a passé de 1:20 en 1900 à 1:8 dans les années 1960-63.

1000, resp. 1666, patientes non sélectionnées avec avortion (hospitalisées entre 1958 et 1961 à la Clinique gynécologique universitaire de Bâle) furent soumises à des examens individuels. Dans le 20% des cas il s'agissait de «tentamina» admis et d'avortions fébriles.

Une possibilité de résoudre le problème des avortions consiste dans un planning familial et un contrôle des naissances bien organisés sous surveillance médicale.

### Bevölkerungsbilanz

Gegen Ende des 18. Jahrhunderts schrieb Malthus sein «Bevölkerungsgesetz».

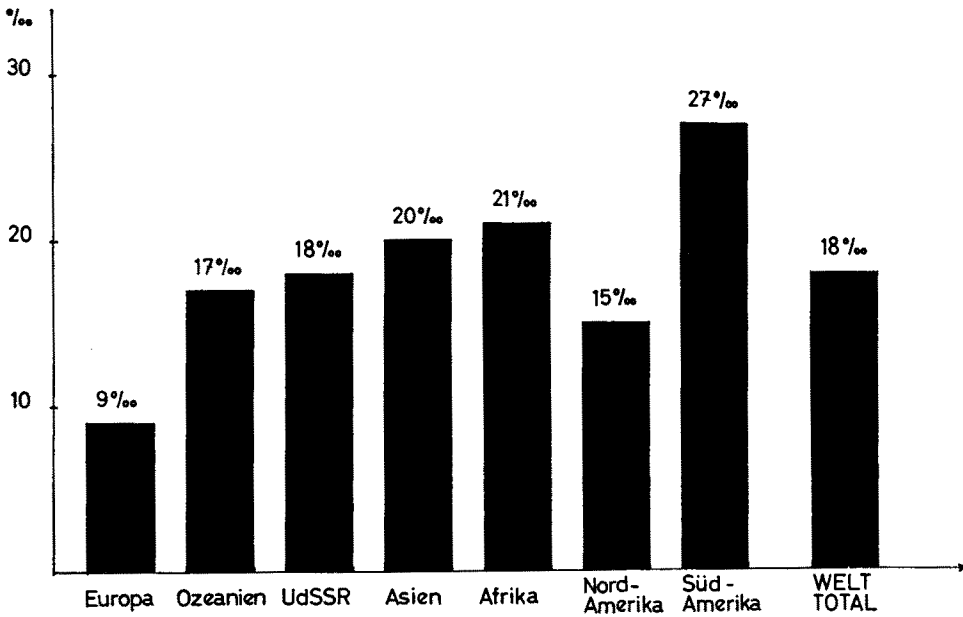
Das Problem der Überbevölkerung und seine Auswirkungen sind heute erneut aktuell geworden. Nach den Angaben von Soziologen und Demographen vermehrt sich die Erdbevölkerung immer schneller. Man hat berechnet, daß nach der letzten Verdoppelung der Menschheit zwischen 1850 und 1950 die nächste Verdoppelung bereits in weiteren 40 Jahren erreicht sein wird (Baade).

Diese Zunahme der Erdbevölkerung erfolgt immer mehr zugunsten der farbigen Völker, der Ostblockstaaten und der Entwicklungsländer.

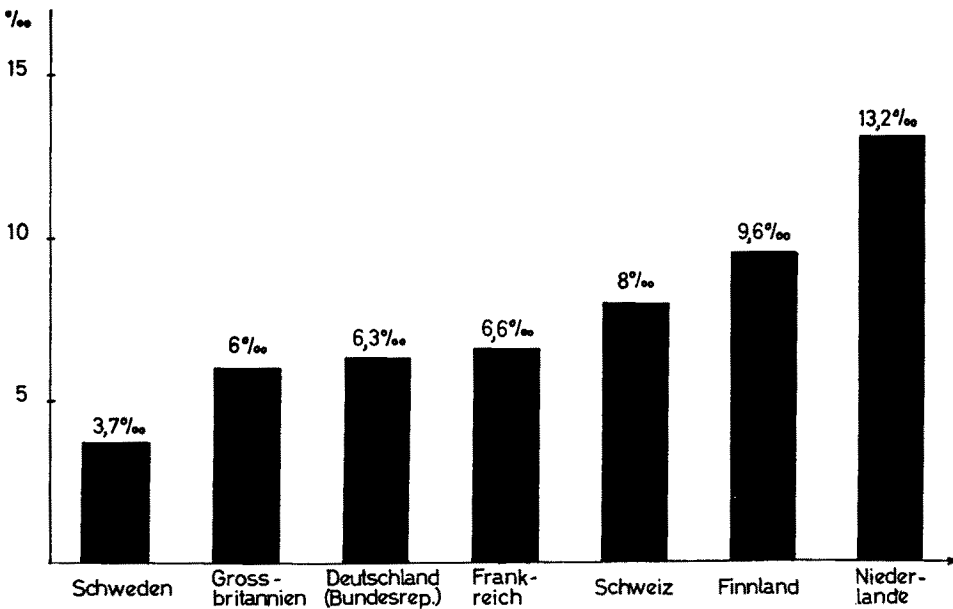
Der Geburtenüberschuß in Europa liegt weit unter demjenigen der übrigen Kontinente.

GEBURTENÜBERSCHÜSSE DER EINZELNEN ERDTEILE (1957 - 1961)\*

(\* Demographic Yearbook UNO, New York 1962, S. 124)



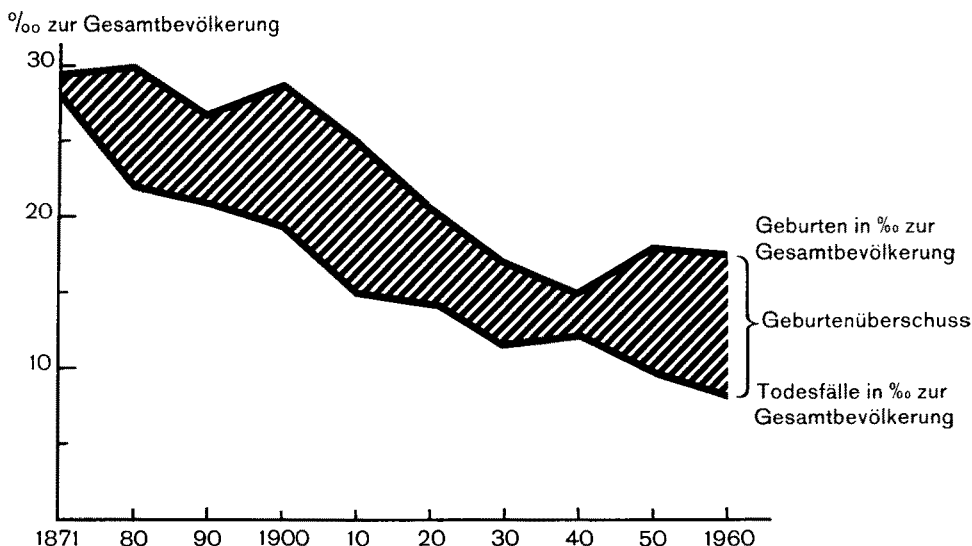
GEBURTENÜBERSCHÜSSE IN VERSCHIEDENEN EUROPÄISCHEN LÄNDERN (1960)<sup>1</sup>



<sup>1</sup> Statistisches Jahrbuch der Schweiz 1961, S. 546 Birkhäuser-Verlag, Basel.

Entsprechend wie in den übrigen europäischen Ländern haben die Geburtenzahlen und Sterblichkeitsquoten bezogen auf die Gesamtbevölkerung in der Schweiz zunächst abgenommen. Seit 1940 verzeichnen wir in der Schweiz jedoch bei steigender Geburtenzahl und weiter sinkender Sterblichkeit einen zunehmenden Geburtenüberschuß, der von 3,2‰ anno 1940 auf 7,9‰ 1960 angestiegen ist. Für das Jahr 1962 beträgt der Geburtenüberschuß in der Schweiz 8,7‰.

### Bevölkerungsbilanz der Schweiz (1871–1960) <sup>1</sup>



Die Bevölkerung der Schweiz hat sich innert 100 Jahren so wie die gesamte Erdbevölkerung verdoppelt. Würde die Bevölkerungszunahme, die sich aus dem Geburtenüberschuß und dem Zustrom der Ausländer zusammensetzt, in demselben Maße anhalten wie im Zeitraum von 1950 bis 1960, so wäre eine weitere Verdoppelung bereits in 50 Jahren erreicht. Der über Jahrzehnte verfolgte Trend der Bevölkerungszunahme, den Bickel 1962 errechnete, spricht jedoch gegen eine derartige Entwicklung. Allerdings ist die Zunahme der Schweizer Bevölkerung von 1950 bis 1960 größer, als nach den Berechnungen Bickels zu erwarten war. Eine genaue Analyse der Zahlen ergibt, daß nur 52% der Bevölkerungszunahme durch den Geburtenüberschuß, die übrigen 48% (714 000 Personen) durch den Zuzug der Fremdarbeiter bedingt sind (Kaufmann, berechnet auf den Zeitraum von 1950 bis 1960).

### Die Fertilität

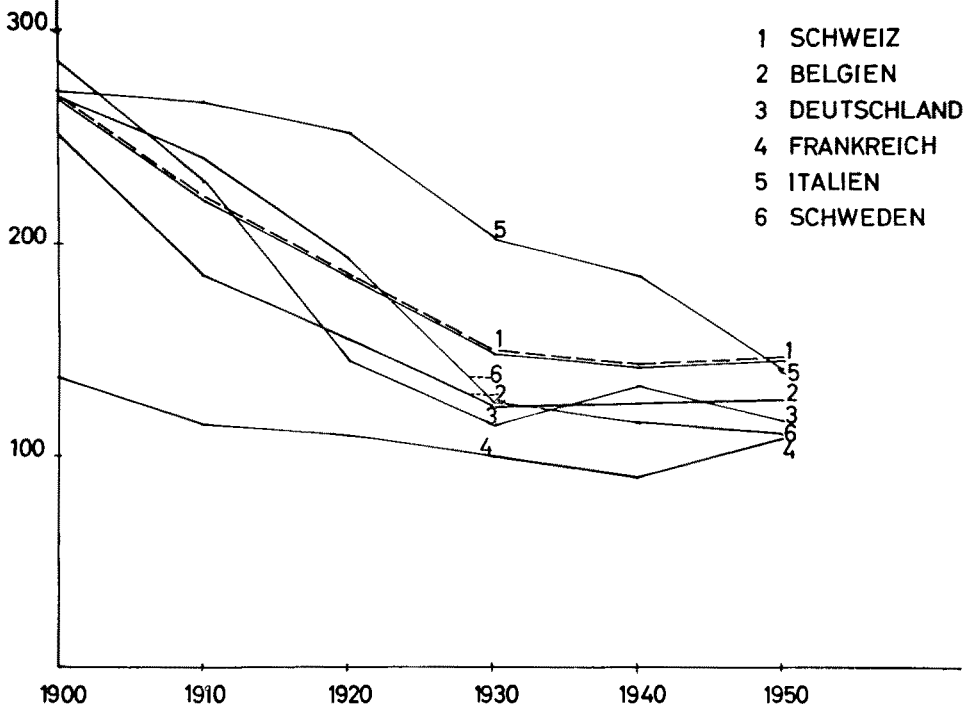
Die Bevölkerungsexpansion in Europa beruht nicht etwa auf steigenden Geburtenzahlen, sondern vor allem auf den sinkenden Sterblichkeitsziffern.

<sup>1</sup> Statistisches Jahrbuch der Schweiz 1961, S. 546, Birkhäuser-Verlag, Basel.

Die Zahl der ehelichen Lebendgeborenen hat in der Schweiz seit 1900 – wie in den übrigen europäischen Ländern – abgenommen. Einzig Belgien seit 1930 und die Schweiz seit 1940 zeigen erneut ein leichtes Ansteigen der ehelichen Fruchtbarkeit. In Frankreich haben sich die niedrigen Geburtenzahlen seit 1900 mit geringen Schwankungen nahezu konstant gehalten, sie liegen für das Jahr 1950 niedriger als in den übrigen europäischen Staaten.

#### EHELICHE FRUCHTBARKEIT EINIGER EUROPÄISCHER LÄNDER SEIT 1900

(bezogen auf 1000 Ehefrauen zwischen 15 und 44 Jahren) <sup>1</sup>



Die Fertilitätsdauer hat in den letzten Jahrzehnten eine Verlängerung erfahren (Hauser und Mitarbeiter).

Die Menarche tritt früher ein, die Menopause später. Die fruchtbare Zeit ist damit länger geworden.

Die Untersuchungen am Patientengut der Universitätsfrauenklinik Basel ergaben:

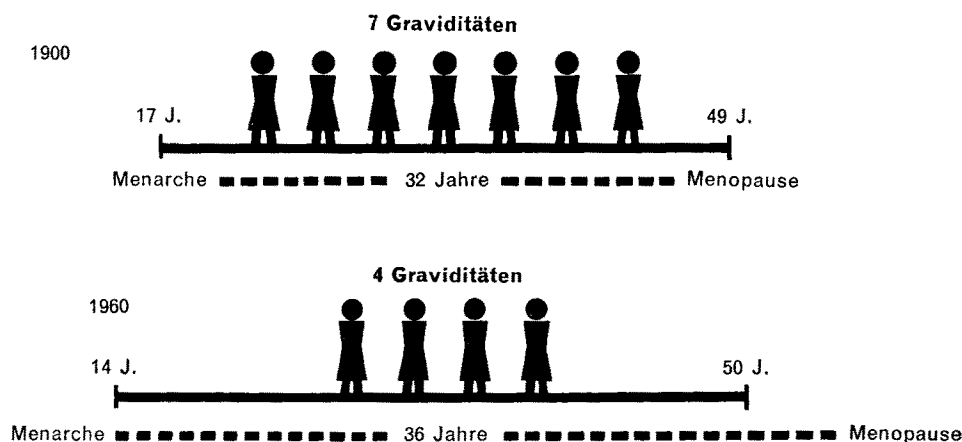
Im Jahre 1900 waren 8 Erstgebärende (= 2%) älter als 36 Jahre, während 1960 84 Frauen (= 3,5%) aller Primiparae älter als 36 Jahre waren.

Der prozentuale Anteil der sehr jungen Erstgebärenden zwischen 15 und 20 Jahren ist seit 1900 konstant geblieben. Die Prozentzahl variiert zwischen 12 und 14%. Die fertile Phase hat sich – entgegen unseren Erwartungen – nach oben in die frühere praeklimakterische Phase verschoben.

<sup>1</sup> Statistisches Jahrbuch der Schweiz 1962, S. 565, Birkhäuser-Verlag, Basel.

Trotz dieser Verlängerung der Reifezeit kommen heute auf die einzelne geschlechtsreife Frau in Basel weniger Schwangerschaften als früher. So entfielen 1900 auf jede verheiratete geschlechtsreife Frau in Basel bei einer Reifezeit von 32 Jahren 7 Schwangerschaften, während heute auf eine verheiratete Frau trotz verlängerter Reifezeit von 36 Jahren nur 4 Schwangerschaften entfallen.

### Anzahl der Schwangerschaften der verheirateten Frau des Kantons Basel-Stadt und die Verlängerung der Reifezeit (1900 und 1960)



#### Die Abortziffer (= Verhältnis von Aborten zu Geburten)

Gleichzeitig mit dem steigenden Geburtenüberschuß in allen Ländern der Erde ist die Zahl der Aborte angestiegen. Die Anhänger der Selbstregulierungstheorie sehen in dieser Tatsache eine Anpassung des Menschen an die bestehenden Verhältnisse. Die angegebenen Zahlen der Aborte, die durchwegs als zu niedrig anzusehen sind, werden für Frankreich auf 400 000 bis 1,2 Millionen, für Deutschland auf 600 000 bis 1 Million und für Japan auf etwa 2 Millionen geschätzt. Die Abortziffern in den einzelnen Ländern variieren zwischen 1 : 10 und 1 : 1 (siehe Tabelle Seite 10).

Am Frauenspital Basel verzeichnet man seit 1900 ein vermehrtes Ansteigen der Aborte im Verhältnis zu den Geburten. Die Abortziffer, das heißt das Verhältnis der Aborte zu den Geburten, ist von 1 : 20 (1900) auf 1 : 8 für die Jahre 1960 bis 1963 angestiegen.

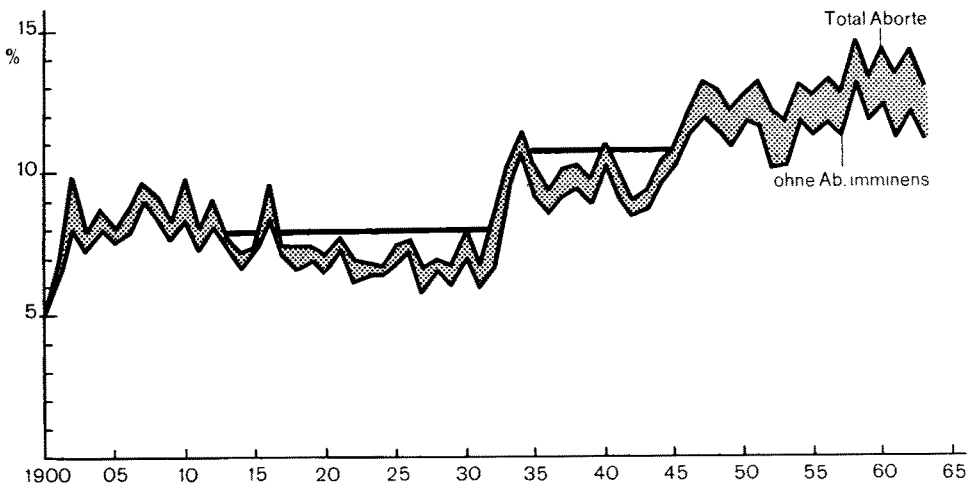
Mit der wachsenden Zahl der Krankenkassenversicherten und dem steigenden Lebensstandard sind immer mehr Patientinnen bei Geburten und Aborten im Spital hospitalisiert. Auffallend ist, daß die Zahlen der Abortpatientinnen im Verhältnis wesentlich stärker zugenommen haben als die Gesamtgeburtenzahlen im gleichen Zeitraum. Wir haben aus dieser Tatsache auf eine Zunahme

DAS VERHÄLTNISS VON ABORTEN ZU GEBURTEN AM FRAUENSPITAL BASEL  
SEIT 1900



der Aborte in der Bevölkerung geschlossen. Hinzukommt, daß heute die Dunkelziffer der Aborte sicher nicht geringer ist als früher, da die Penicillintherapie es heute vielen Patientinnen ermöglicht, Komplikationen ambulant behandeln zu lassen. Ein Teil der Aborte verläuft auch ohne jede Komplikation; diese Patientinnen werden in keinem Spital registriert, und ihre Zahl läßt sich deswegen nicht erfassen.

**Aborte in % zu den Geburten am Frauenhospital Basel 1900–1963**



Für die Schweiz liegen keine genauen Zahlen vor. Wenn man entsprechend den Verhältnissen am Frauenspital Basel mit einer Abortziffer von 1:8 für die Schweiz rechnet, so würden sich die Abortzahlen für das Jahr 1962 bei etwa 104 000 Geburten auf etwa 13 000 Aborte berechnen lassen. Man spricht von 20 000 bis 30 000 nicht ausgetragenen Schwangerschaften in der Schweiz.

Die Faktoren, die diese Entwicklung beeinflussen, sind – entgegen unseren Erwartungen – in der Schweiz nicht speziell die Krisen- und Kriegszeiten, in denen aus einer begründeten Lebensangst heraus die Schwangerschaftsfreudigkeit eingeschränkt ist, sondern die Abortzahlen steigen auch in der Zeit der Hochkonjunktur nach dem zweiten Weltkrieg. Die dauernde Unrast, die Tendenz, nach außen zu leben und die Sucht nach Luxus führen zu einer Abnahme des Verantwortungsbewußtseins und des Pflichtgefühls. Die Emanzipation der Frau, ihr Eindringen in ihr bisher verschlossene Berufszweige spielt ebenfalls eine nicht zu unterschätzende Rolle.

#### *Der Einfluß der gesetzlichen Regelung der Schwangerschaftsunterbrechung auf die Abortziffer*

Die Hoffnungen, durch strenge gesetzliche Regelungen der Schwangerschaftsunterbrechungen einerseits oder durch die Legalisierung der Aborte andererseits das Abortproblem zu lösen, haben sich nicht erfüllt.

Ganz allgemein manifestieren sich die religiösen, sozialen und politischen Vorstellungen eines Volkes in den Gesetzen, die es zum Schutze des keimenden Lebens erläßt. Auf Grund dieser gesetzlichen Regelung der Schwangerschaftsunterbrechung können wir 6 Gruppen von Ländern unterscheiden:

1. Staaten mit absolutem Verbot der Interruptio  
(Republik Irland)
2. Staaten, die gesetzlich die Interruptio verbieten, eine medizinische Indikation jedoch tolerieren  
(England, Griechenland, Israel, Portugal, Spanien)  
(wobei in der Praxis die Interruptio in diesen Ländern unterschiedlich behandelt wird. In den katholischen Ländern Portugal und Spanien kommt sie so gut wie gar nicht vor)
3. Staaten, die gesetzlich nur eine medizinische Indikation anerkennen: 3 Gruppen
  - a) Staaten, die nur die medizinische Indikation im engsten Sinne, das heißt die Vitalindikation, zulassen  
(Frankreich, Italien, Marokko)
  - b) Staaten, die eine etwas weiter gefaßte, jedoch strenge rein medizinische Indikation anerkennen  
(Bundesrepublik Deutschland)

c) Staaten, die gesetzlich nur die medizinische, in der Praxis jedoch eine erweiterte medizinische, vor allem die sozialmedizinische Indikation anerkennen (einzelne Kantone der Schweiz, Teile der USA)

4. Staaten, die gesetzlich neben der medizinischen gewisse nichtmedizinische (eugenische, juristische, soziale) Indikationen anerkennen (Argentinien, Brasilien, Dänemark, Finnland, Japan, Schweden)

5. Staaten, die die Schwangerschaftsunterbrechung unter bestimmten Bedingungen freigegeben haben (generelle Anerkennung der nicht-medizinischen neben den medizinischen Indikationen)

(Bulgarien, CSSR, Jugoslawien, Polen, UdSSR, Ungarn)

So ist zum Beispiel in der UdSSR Voraussetzung für den Eingriff, daß die Schwangerschaft nicht älter ist als 3 Monate und daß der Eingriff in einem Krankenhaus und von einem Arzt durchgeführt wird.

Verhältnis Aborte zu Geburten<sup>1</sup>

| Aborte/Geburten         | Gesetzl. Regelungen der Schwangerschaftsunterbrechungen   | Autor                |
|-------------------------|---|----------------------|
| Tschechoslowakei 1 : 10 | weitgehend legalisiert                                    | Vojta 1959           |
| Schweiz 1 : 8           | nur med. Indikat. anerkannt                               | Cloeren u. Mall 1965 |
| Dänemark 1 : 8          | med., eug. u. soz. Indikat. anerk.                        | Hoffmeyer 1960       |
| Großbritannien 1 : 6    | med. Indikat. toleriert                                   | Jackson 1960         |
| USA 1 : 4               | nur med. Indikat. anerkannt                               | Tietze 1960          |
| DDR 1 : 2,5             | nur med. Indikat. anerkannt                               | Mehlan 1960          |
| Ungarn 1 : 2            | weitgehend legalisiert                                    | Hirschler 1959       |
| Bulgarien 1 : 1,6       | weitgehend legalisiert                                    | Mehlan 1958          |
| UDSSR 1 : 1             | weitgehend legalisiert                                    | Rohden 1963          |
| Deutschland 1 : 1       | nur med. Indikat.   | Harmsen 1963         |
| Frankreich 1,5 : 1      | jede SS-Unterbrechung verboten, Vitalindikation gestattet | Dourlen 1960         |
| Paris 1,5 : 1           | jede SS-Unterbrechung verboten, Vitalindikation gestattet | Mehlan 1960          |

<sup>1</sup> Winkler, H. Stamm u. M. Mall-Haefeli

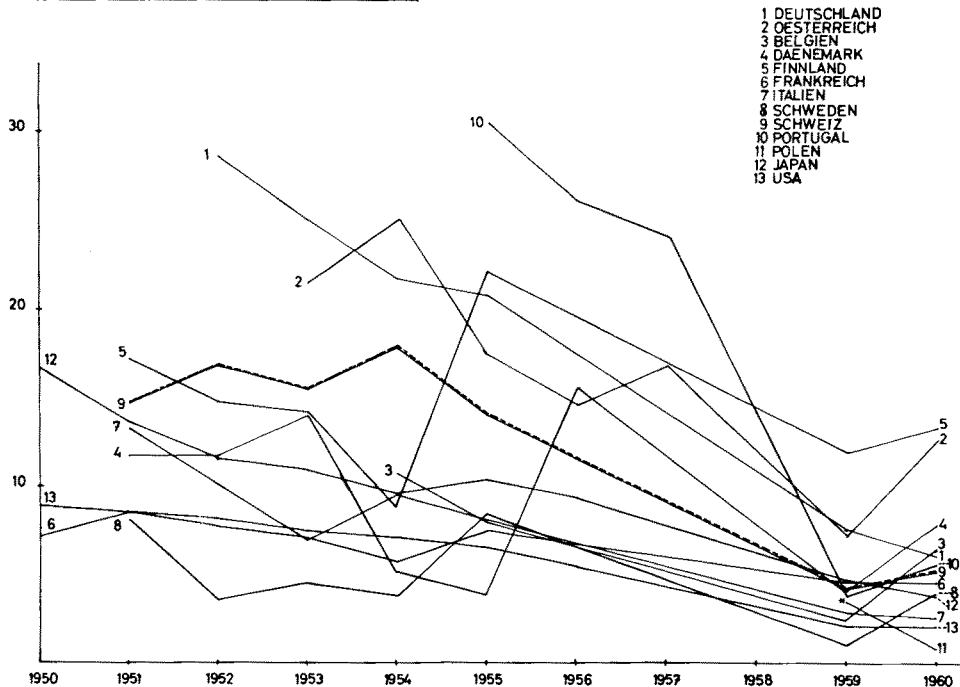
Trotz der Freigabe der Schwangerschaftsunterbrechungen in einzelnen Ländern hat auch dort, entgegen den gesetzlichen Bestimmungen, die Zahl der provozierten Aborte nicht abgenommen, wie das Beispiel der UdSSR zeigt. Japan mit einer Zahl von 1,16 Millionen legalen Interruptionen im Jahr 1956 hat ebenfalls eine starke Zunahme der ungesetzlich provozierten Aborte zu verzeichnen, die auf etwa 2 Millionen pro Jahr geschätzt werden.

In Ländern, welche die Schwangerschaftsunterbrechung gänzlich verbieten oder den Verkauf von Antikonzeptionsmitteln untersagen, sind die Abortziffern besonders hoch (Beispiel: Frankreich).

Die Mortalität der ungesetzlich provozierten Aborte ist seit der Penicillin-ära in allen Ländern zurückgegangen. 1960 starben in der Welt durchschnittlich 4 Frauen auf 100 000 Lebendgeborene an den Folgen eines Abortes. Die Abortmortalität steht in keinem sichtbaren Verhältnis zu den gesetzlichen Re-

gelungen der Schwangerschaftsunterbrechungen in den betreffenden Ländern. Wie ein Vergleich mit der Säuglingssterblichkeit in den gleichen Ländern zeigt, besteht jedoch ein Zusammenhang zwischen der Abortmortalität und dem mit den Jahren erreichten medizinischen Standard der entsprechenden Staaten.

ABORTMORTALITÄT IN VERSCHIEDENEN LÄNDERN (1:100.000 Lebendgeborene)<sup>1</sup>



<sup>1</sup> Rapport épidémiologique et démographique, WHO, Genf. Vol. 11, Nr. 11 (1958) und Vol. 16, Nr. 11 (1963).

### Eigene Untersuchungen

An der Frauenklinik Basel betrug die Mortalität nach Abort in den Jahren 1921 bis 1946 20‰ (81 von total 4490 Patientinnen mit Abort), Winkler, H. Stamm u. M. Mall-Haefeli. Durch die verbesserte Therapie und die zunehmende Schwangerenfürsorge konnte die Abortmortalität in den Jahren 1947 bis 1961 auf 1,3‰ gesenkt werden (9 von total 7092 Patientinnen mit Abort).

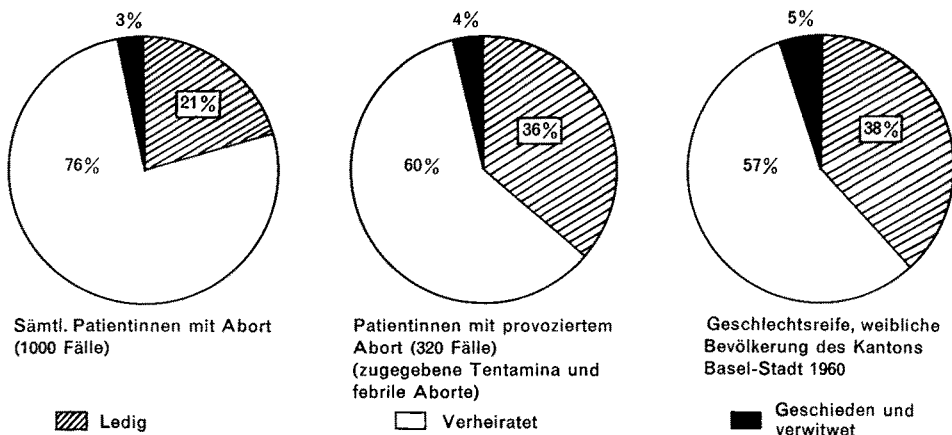
Es erweist sich in der Praxis als außerordentlich schwierig, zwischen provozierten und spontanen Aborten zu unterscheiden, da heute ein großer Teil der provozierten Aborte ohne Temperatursteigerungen oder sonstige Komplikationen verläuft. Wir haben bei unserem Material als provozierte Aborte außer den Patientinnen mit zugegebenen Tentamina alle Patientinnen mit febrilen Aborten gezählt, wobei uns durchaus bewußt ist, daß längst nicht jeder febrile Abort provoziert ist, und diese Einteilung ziemlich willkürlich ist. Diese Gruppe

der sogenannten «provozierten» Aborte macht in der Zeit von Anfang 1958 bis einschließlich das 1. Halbjahr 1961 am Frauenspital Basel 20% von sämtlichen Aborten aus (320 von total 1666 Patientinnen mit Abort). Etwa 15 bis 30% der Sterilitätsursachen sind auf durchgemachte Aborte zurückzuführen (Da Rugna).

Eine Analyse von 1000 nicht ausgewählten Patientinnen mit Abort, die von 1959 bis 1961 im Frauenspital Basel hospitalisiert waren und speziell untersucht wurden, ergab folgende Anhaltspunkte:

Der Anteil der verheirateten Frauen mit Abort betrug in unserem Material 80% gegenüber 20% ledigen Abortpatientinnen.

ZIVILSTAND DER PATIENTINNEN MIT ABORT (FRAUENSPIITAL BASEL 1958-1961)



Der Anteil der ledigen Patientinnen unter den Abortierenden hat seit 1900 leicht zugenommen, obwohl der Anteil der Ledigen unter der Gesamtzahl der geschlechtsreifen Frauen im Kanton Basel-Stadt abgenommen hat.

So betrug das Verhältnis der Ledigen zu den Verheirateten im geschlechtsreifen Alter in Basel im Jahr

|      |                       |
|------|-----------------------|
| 1900 | etwa 1:1 <sup>1</sup> |
| 1960 | etwa 1:1,5            |

Das Verhältnis der ledigen zu den verheirateten Patientinnen mit Abort betrug am Frauenspital Basel im Jahr

|      |            |
|------|------------|
| 1900 | etwa 1:4,5 |
| 1960 | etwa 1:4   |

<sup>1</sup> Absolute Zahlen

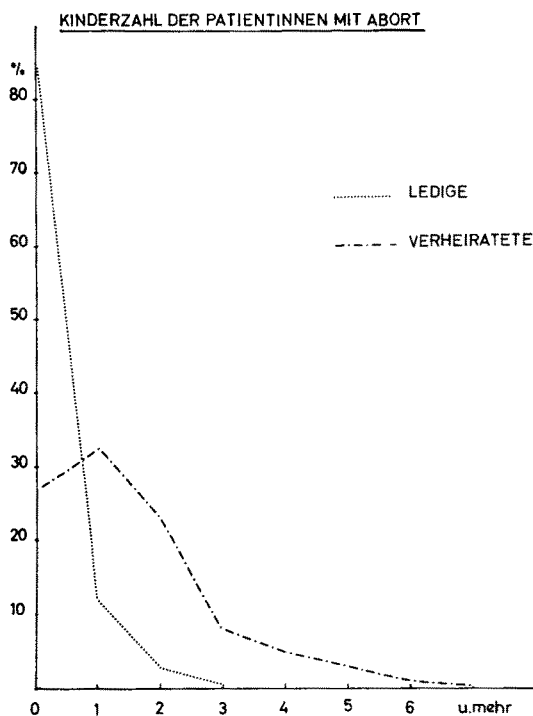
|                 | Ledige | Verheiratete |
|-----------------|--------|--------------|
| 1900 (17-49 J.) | 17.210 | 15.053       |
| 1960 (14-50 J.) | 27.256 | 35.287       |

(Eidgenössische Volkszählung 1. Dezember 1960 des Kantons Basel-Stadt, Band 6; Statist. Quellenwerke Schweiz, Heft 354 Eidg. Stat. Amt Bern; Graph. stat. Handbuch des Kantons Basel-Stadt, Mitteilung 60)

Daß die verheiratete Frau häufiger abortiert als die ledige, ist eine Folge ihrer vermehrten Schwangerschaften. Die Zahl der Aborte bei den Ledigen ist seit dem Jahr 1900 nicht abgesunken, sondern prozentual sogar etwas angestiegen, ein Beweis dafür, daß die ledige Frau heute offenbar trotz der sogenannten Gleichberechtigung mit denselben Vorurteilen und Schwierigkeiten zu kämpfen hat wie früher.

58% sämtlicher Abortpatientinnen waren Hausfrauen ohne Doppelberuf. Die verheirateten Abortpatientinnen mit Doppelberuf abortieren häufiger. So waren etwa  $\frac{1}{4}$  der verheirateten Abortpatientinnen der Jahre 1958 bis 1961 berufstätig, während 1960 in Basel nur 9% aller verheirateten Frauen einen Doppelberuf ausübten.

Wie nicht anders zu erwarten war, überwogen bei den Ledigen die Abortpatientinnen ohne Kinder. Bei diesen werdenden Müttern geht es um die Grundpfeiler ihrer Existenz. Beruf, Familie, Heirat, alles wird durch eine im Moment unerwünschte Schwangerschaft in Frage gestellt. Der einfachste Ausweg ist in den Augen vieler dieser Frauen der Abort.

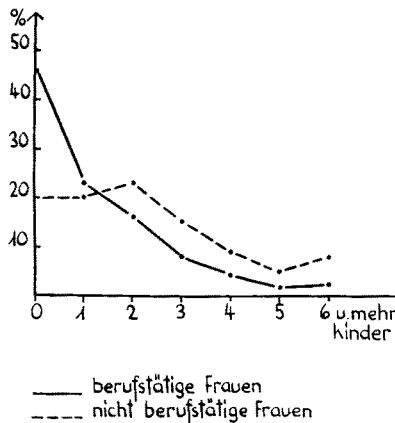


Bei den verheirateten Frauen überwogen Patientinnen mit einem Kind, wobei auch hier der Anteil der kinderlosen Patientinnen hoch war. Auch bei den kinderlosen verheirateten Frauen ist sicher ein großer Teil der auftretenden Aborte provoziert. Bei der Ablehnung dieser Schwangerschaften spielen schlechte

wirtschaftliche Verhältnisse die dominierende Rolle, die Notwendigkeit des zusätzlichen Verdienstes der jungen Ehefrauen, Schulden, die bei der Einrichtung des jungen Hausstandes entstanden sind, eventuell auch Unterstützungspflichten gegenüber Eltern oder Geschwistern. Ebenso wird häufig nach einer Mußheirat bei einer neuen Schwangerschaft die einzige Lösung in einer Schwangerschaftsunterbrechung gesehen.

Die Kurve der Kinderzahl der ledigen Patientinnen mit Abort zeigt eine auffallende Ähnlichkeit mit der Kurve der Kinderzahl der berufstätigen verheirateten Frauen. Das bedeutet, daß die verheiratete Frau mit Doppelberuf ihre Kinderzahl bewußt niedrig hält durch entsprechende Antikonception und zum Teil auch mit Hilfe des Abortes, wie man aus dem bereits erwähnten relativ hohen Anteil der verheirateten Frauen mit Doppelberuf unter den Abortierenden ersieht.

Kinderzahl der verheirateten, nicht berufstätigen Frauen im Verhältnis zur Kinderzahl der verheirateten, berufstätigen Frauen.

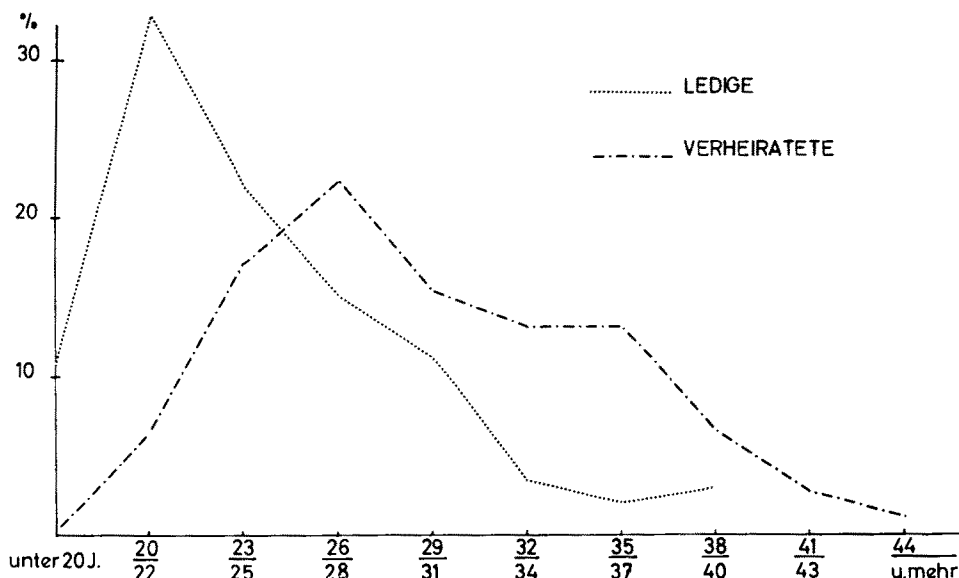


Auch hier überwiegen Frauen ohne Kinder und mit einem Kind. Die Berufstätigkeit der Frau schließt ein beliebiges Anwachsen der Familie von vornherein aus, und es kommt vor, daß die werdende Frucht dem Wohleben der Eheleute oder auch der Betriebsamkeit und dem Ehrgeiz der emanzipierten Frau geopfert wird. Sind mehrere Kinder vorhanden, so hat sich die Frau meist auf ihre Familie umgestellt und ein Eigenleben teilweise aufgegeben. In diesen Fällen sind für die Ablehnung einer Gravidität das Verhältnis zum Ehemann und die soziale Situation (hier vor allem das Wohnungsproblem) entscheidend.

Bei der Alterskurve der Patientinnen mit Abort findet man für die Ledigen einen Gipfel bei 21 Jahren und für die verheirateten Frauen einen bei 27 Jahren.

Die physiologisch stark vermehrte Aborthäufigkeit im Praeklimakterium wird auf unserer Tabelle nicht sichtbar.

ALTER DER PATIENTINNEN MIT ABORT

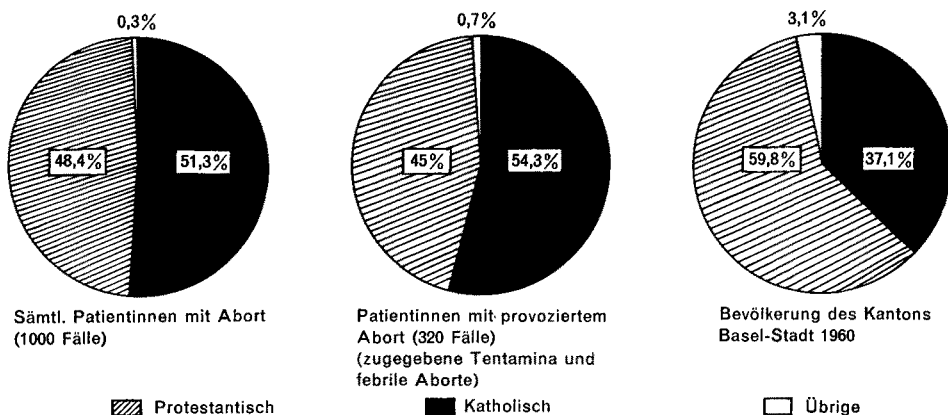


Konfessionelle Bindungen spielen heute im allgemeinen bei der Entscheidung der Frauen für oder gegen den Abort nicht die Rolle, die wir erwarteten. So ist der Anteil der Katholikinnen, eventuell als Folge der fehlenden oder unzureichenden Aufklärung unter den Patientinnen mit Abort, höher als ihr prozentualer Anteil an der Gesamtbevölkerung des Kantons Basel-Stadt. Das bedeutet, daß die Frauen heute offenbar in großem Ausmaß die Probleme der Fertilität unabhängig von konfessionellen Bindungen lösen.

Interessanterweise fanden wir unter 1000 Abortpatientinnen keine Jüdinnen, nur eine Angehörige einer Sekte und insgesamt 2 Frauen ohne Konfession. Die Erklärung dafür, daß Jüdinnen in unserer Serie fehlen, liegt – außer dem geringen Anteil von Jüdinnen an der Gesamtbevölkerung Basels (1962 nur 1%) – wahrscheinlich darin, daß es sich bei diesen Patientinnen meist um begüterte Frauen handelt, die eher Privatspitäler aufsuchen.

Um die Zahl der Schwangerschaftsunterbrechungen und Aborte zu reduzieren, wurde 1954 am Frauenspital Basel ein Arbeitsteam, bestehend aus Ärzten, Seelsorgern und Fürsorgerinnen, gebildet, welches über das weitere Schicksal der Schwangerschaft bei hilfeschwangeren zu entscheiden hat. Durch diese Institution konnte zwar die Zahl der legalen Schwangerschaftsunterbrechungen konstant gehalten werden; immer weiter zugenommen haben jedoch trotz verbesserter Schwangerenfürsorge und ärztlicher Betreuung weiterhin die Aborte.

KONFESSIONSZUGEHÖRIGKEIT DER PATIENTINNEN MIT ABORT (FRAUENSPITAL BASEL 1958-1961)



Die Lösung des Abortproblems liegt, im Einklang mit den Forderungen der ärztlichen Ethik und im Interesse der Frauen nicht in einer Freigabe der Aborte; ebenso wenig vermag nach unseren Erfahrungen eine sehr gute, ärztlich geleitete Fürsorgeinstitution allein wirksam zu helfen. Eine mögliche Lösung des Abortproblems liegt – wie Prof. Th. Koller bereits in den dreißiger Jahren auf Grund seiner Erfahrungen in der gynäkologischen und geburtshilflichen Poliklinik in Zürich forderte – in der Prophylaxe, das heißt in einer gut organisierten, individuellen Familienplanung und Geburtenregelung.

Literatur

- [1] Baade F.: Der Wettlauf zum Jahr 2000. Gerhard Stalling Verlag, Oldenburg.
- [2] Bickel W.: Bevölkerungsentwicklung und Wirtschaft. Z. Präventivmed. 7, 429 (1962).
- [3] Da Rugna D.: Mündliche Mitteilung.
- [4] Demographic Yearbook UNO, New York 1962.
- [5] Eidgen. Volkszählung 1. Dez. 1960 des Kantons Basel-Stadt, Band 6.
- [6] Epidem. Vital. Statist. Rep.: 1957, 1958, 1963 WHO, Genf.
- [7] Hauser G.A. und Mitarbeiter: Der Einfluß des Menarchealters auf das Menopausenalter. Gynaecologia 152, 279 (1961).
- [8] Graph. stat. Handbuch des Kantons Basel-Stadt, Stat. Amt Basel, Mitteilung Nr. 60.
- [9] Koller Th.: Zur Frage der Eheberatung in der Schweiz. Archiv f. soz. Hygiene und Demographie, Bd. 7, Heft 1, S. 31 (1932).
- [10] Mehlan K.H.: Internationale Abortsituation, Abortbekämpfung, Antikonzeption. Georg Thieme Verlag, Leipzig 1961.
- [11] Winkler, Stamm H. und Mall-Haefeli M.: Operationsrisiken bei Schwangerschaftsunterbrechungen und Tubensterilisationen. In Vorbereitung.
- [12] Statistische Jahrbücher der Schweiz, 1961 und 1962, Eidg. Statistisches Amt, Bern (Birkhäuser, Basel).
- [13] Statistische Jahrbücher des Kantons Basel-Stadt, Statistisches Amt des Kantons Basel-Stadt.
- [14] Statistische Quellenwerke Schweiz, Heft 354, Eidg. Statistisches Amt, Bern.

Adressen der Autoren: Fräulein Dr. Stella Cloeren, sozialmedizinischer Dienst, Universitätsfrauenklinik Basel.

Frau Dr. Marianne Mall-Haefeli, Leitung des sozialmedizinischen Dienstes, Universitätsfrauenklinik Basel.