

Amtsblatt der Reichsärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands

Schriftleitung: Dr. med. Rudolf Ramm, Berlin NW 7, Robert Koch-Platz 7, Fernspr.: 41 24 14. Reichsgesundheitsverlag Berlin-Wien, Berlin SW 68, Lindenstr. 44, Fernspr.: 17 48 71. Bankkonto: Dresdner Bank, Depositenkasse 39, Ritterstr. 48. Postcheckkonto: Berlin 407 88. Drahtanschr.: Gesundheitsverlag Berlin. Bezugspreis: Für Nichtmitglieder RM 1.50 monatlich. Alle Postanstalten nehmen Bestellungen an. Die Zeitschrift erscheint wöchentlich. Schriftsätze für den Textteil nur an die Schriftleitung des Deutschen Ärzteblattes, Berlin NW 7, Robert Koch-Platz 7. Sendungen betr. Anzeigen, insbesondere Kennziffer-Anzeigen, usw. stets an den Reichsgesundheitsverlag, Berlin SW 68, Lindenstraße 44.

Inhaltsverzeichnis

Dr. F. Reichert: Die Fehlgeburten 1931-1938 und ihre Behandlung in Krankenanstalten 555
 Konsul E. Timm: Die sanitären Einrichtungen in den deutschen Kolonien bei Ausbruch des Weltkrieges 558

Dr. H. Raefler und Dr. G. Gampert: Der ärztliche Sonntagsdienst in Nürnberg 561
 Wochenschau 563
 Bekanntmachungen der Reichsärztekammer 564
 Persönliche Nachrichten 564
 Neues Schrifttum 564

Die Fehlgeburten 1931-1938 und ihre Behandlung in Krankenanstalten;

zugleich ein Beitrag zum Problem der Abtreibungen

Don Dr. F. Reichert, Berlin

(Schluß)

II

Bei der Betrachtung der Fehlgeburten, die in Anstalten behandelt sind und deren Zahl, wie eingangs bereits betont worden ist, in den Berichtsjahren nicht wesentlich abgenommen hat, kommt es nun zunächst auf die Feststellung an, welchen Dornhundertfuß sie von allen Fehlgeburten ausmachen. Die Übersicht 7 gibt darüber Aufschluß:

Übersicht 7

	Dergebliche Schwangerschaften (1932-35 geschätzt)	Fehlgeburten in Anstalten				Fehlgeburten in der Wohnung	
		in Entbindungsanstalten		in den übrigen Krankenhäusern			
		in v. H.		in v. H.			
1931	?	43 312	?				
1932	227 000	40 069	17,7				
1933	216 858	40 881	18,9				
1934	202 494	36 518	18,0				
1935	202 591	33 422	16,5	53 760	26,5	111 258	54,9
1936	201 375	35 817	17,8	52 850	26,2	109 726	54,5
1937	199 168	36 179	18,2	52 069	26,1	108 426	54,4
1938	199 550	35 636	17,9	51 263	25,7	110 754	55,5

1) Die an 100 fehlenden Prozentsätze entfallen auf Unterbrechungen

Nach unserer Schätzung der Fehlgeburtenzahlen für die Zeit vor dem Jahre 1936 und aus den Reichszählungen von 1936 bis 1938 ergibt sich nicht nur eine ziemliche Konstanz der absoluten Zahlen, sondern auch des relativen Anteils, der auf die eigentlichen Entbindungsanstalten trifft. Sehr merkwürdig ist ferner der hohe Dornhundertfuß (55 v. H.) der außerhalb der Anstalten verbliebenen Fehlgeburten in den Jahren 1935-1938.

Würde die Schätzung von Philipp u. a. zutreffen, daß im Jahre 1932 insgesamt 660 000 Fehlgeburten anzunehmen seien, und wollte man unterstellen, daß die Reichszählungen in den Jahren 1936-1938 jeweils rund 100 000 Fehlgeburten nicht erfaßt hätten, dann wären um das Jahr 1932 nur 6,1 v. H. und in den letzten drei Beobachtungsjahren nicht mehr als etwa 12,0 v. H. aller Fehlgeburten in die eigentlichen Entbindungsanstalten gelangt. Wir müßten dann ferner damit rechnen, daß noch immer mehr als zwei Drittel aller Fehlgeburten im Hause behandelt werden. Nach den Erfahrungen in Klinik und Praxis ist eine derartige Verteilung der Fehlgeburten aber ganz unwahrscheinlich und unsere Schätzung erscheint um so glaubhafter.

In der Übersicht 8 wird in ähnlicher Weise der Anteil der septischen Fälle in den beiden Anstaltskategorien und in der

Hauspraxis ermittelt, wobei die Sterbefälle nach Ziffer 140 des Todesursachenverzeichnisses an die Stelle unserer Fehlgeburten-schätzung als Beziehungszahlen treten:

Übersicht 8

	Sterbefälle nach 140	Todesfälle nach septischem Abort					
		Entbind.-Anstalten	v. H.	übrige Anstalten	v. H.	Haus	v. H.
1932	1505	400	26,6				
1933	1442	303	21,0				
1934	1342	274	20,4				
1935	1130	205	18,1	294	26,0	631	55,8
1936	1053	197	18,7	270	25,6	586	55,7
1937	809	136	16,8	226	27,9	447	55,3
1938	618	122	19,7	194	31,4	302	48,9

Es liegt nun freilich auch zum Teil an der Methode unserer Schätzungen der ehemaligen Fehlgeburten, daß sich die Todesfälle nach septischem Abort auf die beiden Anstaltskategorien und die Behandlung in der Wohnung fast ebenso verteilen wie die behandelten Fehlgeburten überhaupt auf die von uns geschätzten Gesamtsummen. Nur bei den eigentlichen Entbindungsanstalten entfallen bis zum Jahre 1934 höhere Dornhundertzahlen der Sepsistodesfälle als in der Übersicht 7 Fehlgeburten. Auf diesen Unterschied wird noch zurückgekommen.

Die nächste Fragestellung betrifft den Anteil der in Anstalten behandelten septischen Fälle an den von uns geschätzten bzw. errechneten Abtreibungen. Hierbei kann die Hauspraxis nicht erfaßt werden, weil die von der Reichszählung ermittelten „Fehlgeburten mit fieberhaften Komplikationen“ nicht mit den fieberhaften Fehlgeburten, wie sie als ausgesprochen septische Fälle in den Anstalten gezählt werden, identisch sind. In der Übersicht 9 werden die Entbindungsanstalten im engeren Sinne in die drei Gruppen der öffentlichen, freien-gemeinnützigen und privaten aufgeteilt, weil sich hier besondere Beobachtungen anstellen lassen.

An diesen Zahlenreihen, insbesondere an den auf Tausend berechneten Relativzahlen, fällt der besonders niedrige Wert im Jahre 1933 auf, der in allen Kategorien der Entbindungsanstalten in Erscheinung tritt. Dies braucht keineswegs auf eine Unzuverlässigkeit unserer Schätzung zurückzugehen, es ist vielmehr

Übersicht 9

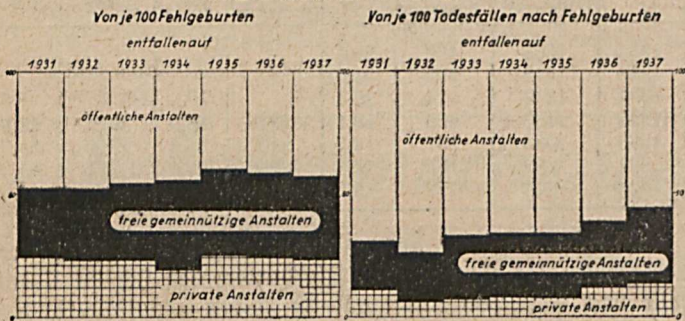
	Abtreibungen (geschätzt)	Fieberhafte Fehlgeburten (septische Fälle) in den Anstaltsgruppen									
		öffentliche	v. T.	fr. gemein.	v. T.	priv.	v. T.	alle Entb.-Anst.	v. T.	übr. Krankenh.	v. T.
1932	105 000	2 484	23,6	696	6,6	279	2,7	3 459	32,9		
1933	102 500	1 849	18,1	481	4,7	219	2,1	2 549	24,9		
1934	70 361	1 865	26,5	574	8,2	200	2,8	2 639	37,5		
1935	64 884	1 398	21,5	450	6,9	250	3,9	2 098	32,3	2 570	39,6
1936	63 643	1 349	21,2	355	5,6	195	3,0	1 899	29,8	2 097	32,9
1937	62 494	1 456	23,3	363	5,8	187	3,0	2 006	32,1	1 955	31,3
1938	57 043	—	—	—	—	—	—	2 298	40,3	2 051	36,0

zwanglos aus der politischen Situation des Jahres 1933 erklärbar. Der erste Schreck über den Umschwung kann sich in den Kreisen der Abtreiber sehr wohl dahin ausgewirkt haben, daß ganz im Gegensatz zu vorher kriminelle septische Fälle weniger unbedenklich in Anstalten überwiesen worden sind. Dafür spricht u. a. auch der Rückgang des Anteils der Todesfälle nach septischem Abort in den Entbindungsanstalten von 26,6 v. H. auf 21,0 v. H. (Übersicht 8) von 1932 zu 1935. Als jedoch dann im Jahre 1934 etwa 30 000 Abtreibungen, deren Urheber wohl größtenteils Ärzte gewesen sein werden, in Wegfall gekommen waren, ist die sprunghafte Zunahme der septischen Fälle in den Anstalten im Jahre 1934 schon deshalb verständlich, weil nun die Ärzte — nachdem sie selber viel weniger beteiligt waren — durch vermehrte Einweisungen in die Kliniken jeden Anschein einer Mitschuld an dem septischen Verlauf dieser Fälle vermeiden wollten. Würde hier der Zufall eine Rolle spielen, dann könnte die Entwicklung nicht gut in allen drei Kategorien gleichsinnig verlaufen sein.

Wie unbedenklich die schweren Fehlgeburtsfälle vor 1934 den Anstalten, und zwar vor allem den öffentlichen, überwiesen worden sind, geht aus dem Schaubild 4 eindeutig hervor.

Schaubild 4

Anstaltsstatistik 1931-37



Hier ist der jeweilige Anteil der Fehlgeburten (links) und der Todesfälle (rechts) dargestellt, wie er auf die drei Gruppen der Entbindungsanstalten entfallen ist. Die schwersten Risiken, d. h. die unsaubersten Fälle, wurden und werden den öffentlichen Anstalten zugewiesen. In allen sieben Beobachtungsjahren, insbesondere jedoch vor 1933, treffen 70 und mehr v. H. aller Todesfälle in Entbindungsanstalten eben auf diese Gruppe, obwohl sie noch nicht mit der Hälfte der Fehlgeburten beteiligt ist. So wirkt sich auch der zahlenmäßige Rückgang der Fehlgeburten in den Entbindungsanstalten nur bei den öffentlichen Anstalten aus, wie aus dem Schaubild 5 eindeutig hervorgeht.

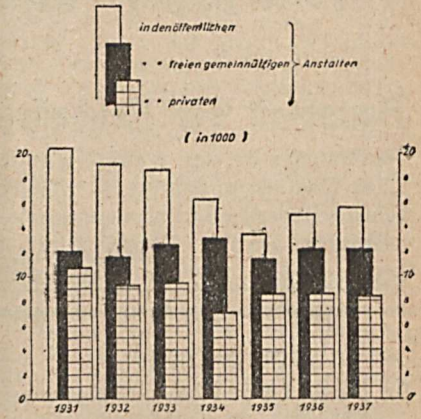
Wenn nun allerdings von 1932 bis 1938 die Zahlen der Fehlgeburten in Entbindungsanstalten nur um 11 v. H., die Zahlen der Todesfälle aber um 67 v. H. zurückgegangen sind, so bedeutet das eine um so viel günstigere Zusammensetzung des Krankengutes, daß man nach 1935 eine immer häufigere Überweisung auch der spontanen Aborte in klinische Behandlung annehmen muß.

Wie oben²⁾ nachgewiesen worden ist, machen im Jahre 1938 die spontanen Fehlgeburten etwa 70 v. H. aller vergeblichen Schwanger-

²⁾ Übersicht 5

Schaubild 5

Anstaltsstatistik 1931-37
Fehlgeburten in Entbindungsanstalten.



schaften aus. Auf die spontanen Aborte dürfen wir nicht entfernt so viele Todesfälle rechnen wie auf die Abtreibungen. Wenn also in den Jahren 1935 bis 1938 noch immer 55 v. H. aller Fehlgeburten und 55 v. H. aller Todesfälle außerhalb der Anstalten verbleiben, dann unterliegt es gar keinem Zweifel, daß in der Hauspraxis noch eine große Zahl der 57 000 Abtreibungen (1938) behandelt wird. Hier muß man wohl in erster Linie an die Fälle der Abtreibungen denken, die die Schwangeren an sich selber vornehmen. Nach einer Auszählung, die in München im Jahre 1938 stattgefunden hat, sollen fast zwei Drittel aller jetzt noch ermittelten Abtreibungen auf Selbstabtreibungen zurückgehen³⁾. Es steht zu vermuten, daß diese Frauen sich nicht gerne in eine Anstalt überweisen lassen.

Nachdem nun die Verteilung der Fehlgeburten, die wir teilweise geschätzt haben, der Todesfälle und der fieberhaften Fälle auf die Anstalten und — soweit möglich — auf die Hauspraxis ermittelt worden ist und sich dabei herausgestellt hat, wie zwanglos die Erfahrungen aus Klinik und Praxis damit übereinstimmen, gilt es nun, die Entwicklung der Mortalität zu betrachten. Dabei werden einmal die nach unseren Schätzungen sich ergebenden Verhältniszahlen für das Reichsgebiet denjenigen in den Anstalten gegenübergestellt (linke Hälfte des Schaubildes 6) und zum anderen die verschiedenen Anstaltskategorien berücksichtigt (rechte Hälfte).

Zunächst sei in der Übersicht 10 die Berechnung der Sterbefälle nach Ziffer 140 und 141 in v. T. der Fehlgeburten (spontan und Abtreibungen) vorausgeschickt und die Mortalität in den Entbindungsanstalten (aus Übersicht 1) hinzugefügt:

Übersicht 10

	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938
Sterbefälle 140+141	1776	1734	1574	1383	1274	1015	789
Fehlgeburten in 1000	216,0	208,4	198,0	198,4	198,4	196,7	197,7
Mortalität v. T.	8,2	8,3	7,9	7,0	6,4	5,2	4,0
Mortalität in d. Entbindungsanstalten v. T. (nach Philipp)	13,2 2,7	10,2 —	10,0 —	8,4 —	8,6 —	6,1 —	4,9 3,6

Die beiden Kurven E.A. und D.R. im Schaubild 6 (linke Hälfte) nähern sich von Jahr zu Jahr mehr. Da sich nach wie vor die schwereren Fälle in den Entbindungsanstalten häufen, liegt deren Kurve stets über der des Reichsdurchschnittes. Aus dem verminderten Abstand muß darauf geschlossen werden, daß die Unterschiede zwischen dem Krankengut der Kliniken und dem der freien Praxis immer kleiner geworden sind. Das stimmt mit dem, was oben dazu ausgeführt worden ist, überein.

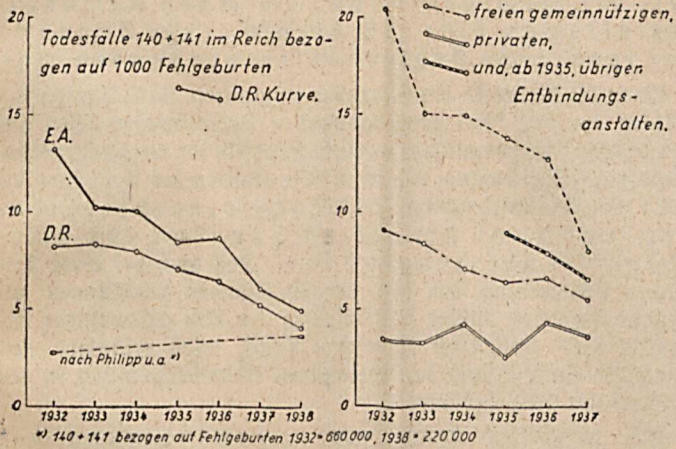
Mit einer gestrichelten Linie ist (links unten) angedeutet, daß an Hand der von Philipp und anderen Autoren geschätzten Fehlgeburtenzahlen (1932 und 1938) eine der Erfahrung und unseren Kurven völlig entgegengesetzt verlaufende Mortalitätskurve herauskäme. Auch diese Gegenüberstellung stützt unsere Berechnungen der für die Vergangenheit anzunehmenden Fehlgeburtenzahlen.

In der rechten Hälfte des Schaubildes 6 erscheinen die Mortalitätskurven der vier verschiedenen Anstaltskategorien bis zum Jahre 1937, und es bestätigt sich die Beobachtung, daß die schweren Abortfälle vor allem in die öffentlichen Anstalten eingewiesen worden sind. Dort ist infolgedessen auch die Mortalität am stärksten abgesunken. In den privaten Anstalten, deren Verhältniszahlen am niedrigsten liegen, ist so gut wie keine Änderung eingetreten.

³⁾ Merkel, Der gerichtsarztliche und kriminalistische Nachweis der Abtreibung. Dtsch. Ztschr. f. d. gef. gerichtliche Medizin, 32. Bd., Seite 201.

Schaubild 6

Alle Todesfälle nach Fehlgeburten bezogen auf 1000 der behandelten Fehlgeburten — E.A. Kurve.
Sterblichkeit je 1000 der behandelten Fehlgeburten in den öffentlichen, freien gemeinnützigen, privaten, und, ab 1935, übrigen Entbindungsanstalten.



Nun liegt aber ein Einwand sehr nahe, der sich aus den Schätzungen der kriminellen Aborte für die Jahre 1933 und 1934 herleiten läßt. Es wurde unterstellt, daß von 1933 zu 1934 etwa 30 000 ehemals von Ärzten lege artis eingeleitete Aborte in Wegfall gekommen seien; damit mußte zunächst ein erheblicher Anstieg der Mortalität im Reichsdurchschnitt verbunden gewesen sein (vgl. Übersicht 6 und Schaubild 5, III). Wenn daher unsere geschätzten Abtreibungszahlen einigermaßen stimmen sollen, dann müßte doch auch in den Entbindungsanstalten die Mortalität im Jahre 1934 gegenüber 1933 angefliegen sein. Das kommt aber im Schaubild 6 nicht zum Ausdruck.

Es trifft zu, daß die Todesfälle auf die behandelten Fehlgeburten in den Entbindungsanstalten von 10,2 v. T. im Jahre 1933 auf 10,0 v. T. im Jahre 1934 abgenommen haben. Wie viele Todesfälle nach Fehlgeburten in den Entbindungsanstalten intreten, hängt aber von zwei verschiedenen Faktoren ab: dem Anteil, den die septischen Fälle an allen behandelten Fehlgeburten ausmachen, und der Sterblichkeit je 100 behandelten septischen Fällen, d. h. dem Behandlungserfolg. In der Übersicht 11 werden nun die drei Zahlenreihen, auf die es hierbei ankommt, untereinander aufgeführt:

Übersicht 11

	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938
Sterbefälle 140							
1. je 1000 Abtreibungen (vergl. Übersicht 6)	14,3	14,1	19,1	17,4	16,6	13,0	10,8
2. Septische Fälle in E.-Anstalten je 100 behand. Fehlgeburten	8,6	6,2	7,2	6,3	5,3	5,5	6,4
3. Todesfälle in E.-Anstalten je 100 septische Fälle	11,6	11,9	10,4	9,8	10,4	6,8	5,3

Die septischen Fälle haben in dem Krankengut der Entbindungsanstalten demnach von 1933 zu 1934 von 6,2 v. H. auf 7,2 v. H. tatsächlich zugenommen, wie sich auch schon in der Übersicht 9 gezeigt hatte und dort erklärt worden ist. Durch den im Jahre 1934 mit nur 10,4 v. H. an Todesfällen erzielten besseren Behandlungserfolg gegenüber dem Jahre 1933 mit 11,9 v. H. ist aber die relative Zunahme der septischen Fälle völlig ausgeglichen worden. Die vermehrte Einweisung „unsauberer“ Abtreibungsfälle in die Entbindungsanstalten hat somit zweifellos zu einer beachtlichen Zahl von lebensrettenden Eingriffen geführt.

Im Schaubild 7 sind nun die drei Zahlenreihen der obigen Übersicht 11 graphisch dargestellt, und es zeigt sich an dem parallelen Verlauf der Kurven I und II in den Jahren 1933 bis 1936, daß der vorhin erhobene Einwand gegen unsere Schätzung

der Abtreibungen nicht durchschlagen kann. Darüber hinaus wird nun ferner offenkundig, worauf die überraschend große Abnahme der Aborttodesfälle in den Jahren 1937 und 1938 zurückzuführen ist. In diesen beiden Jahren haben die septischen Fälle in den Entbindungsanstalten relativ und auch absolut (vgl. Übersicht 9) zugenommen. Es sind also wiederum mehr unsaubere kriminelle Fälle in klinische Behandlung gelangt. Die Kurve II steigt erneut an!

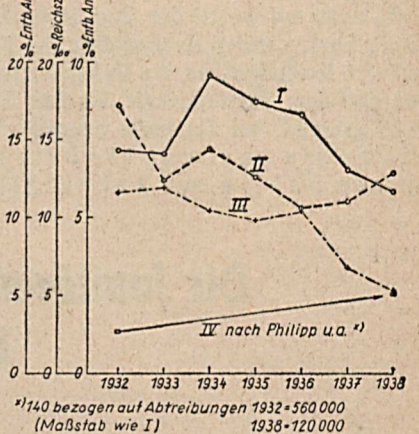
Der Behandlungserfolg (Kurve III) wird aber gleichzeitig infolge der allgemeinen Einführung der Sulfonamidverbindungen bei der Behandlung der Sepsis um so viel besser, daß die Sterbefälle nach Ziffer 140 um jeweils 200 in den beiden letzten Beobachtungsjahren abnehmen. Ein gewiß hervorragendes Ergebnis, das den Wert der modernen Chemotherapie in glänzendem Licht erscheinen läßt und den Streitern gegen die „Schulmedizin“ sehr zu denken geben sollte!

Auch hier sind die von Philipp u. a. geschätzten Zahlen der Abtreibungen (1933: 560 000; 1938: 120 000) zu den Sterbefällen nach Ziffer 140 ins Verhältnis gesetzt, um — mit der Kurve IV — zu zeigen, daß jegliche Möglichkeit, sie mit der tatsächlichen Entwicklung in Einklang zu bringen, fehlt.

Zum Abschluß des Berichtes über die Anstaltsbehandlung der Fehlgeburten bringt die Übersicht 12 einige wichtige Verhältniszahlen, bei denen nach operierten und nichtoperierten Fällen aufgeteilt wird.

Schaubild 7

III I II
I Reichsziffer 140 je 1000 Abtreibungen
II Entbindungsanstalten: Anteil der septischen Fälle i. v. H.
III Entbindungsanstalten: Mortalität je 100 septische Fälle.



140 bezogen auf Abtreibungen 1932=560 000, 1938=120 000 (Maßstab wie I)

Übersicht 12

Fehlgeburten	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938
Don 100 Fällen wurden operiert in Entbindungsanstalten in den übrigen Anstalten	74,5	81,2	81,4	78,4	71,0	83,9	86,1	84,4
1. Operative Fälle								
Don 1000 Fällen sind gestorben in Entbindungsanstalten in den übrigen Anstalten	10,9	10,4	8,5	8,3	7,9	6,9	5,2	4,6
Don 1000 Fäll. waren fieberhaft in Entbindungsanstalten in den übrigen Anstalten	67	71	58	67	66	42	45	59
Don 100 fieberhaften Fällen sind gestorben in Entbindungsanstalten in den übrigen Anstalten	13,5	10,8	11,4	9,6	8,8	10,8	7,1	5,1
2. Nicht operative Fälle								
Don 1000 Fällen sind gestorben in Entbindungsanstalten in den übrigen Anstalten	15,4	25,2	17,7	16,1	9,6	17,5	11,7	7,0
Don 1000 Fäll. waren fieberhaft in Entbindungsanstalten in den übrigen Anstalten	79	151	83	91	54	111	121	93,6
Don 100 fieberhaften Fällen sind gestorben in Entbindungsanstalten in den übrigen Anstalten	11,5	13,1	13,5	12,6	12,5	9,5	6,1	5,9

Die nichtoperierten Fälle stellen zweifellos eine ungünstige Auslese dar. Gerade bei unsauberer Abtreibungsfällen wird zuweilen der Allgemeinzustand einen operativen Eingriff verbieten. Die moderne Chemotherapie wirkt sich auch bei den

septischen Fällen dieser Gruppe recht günstig aus. (Mortalität je 100 fieberhafte Fälle 1938 = 5,9 v. H. gegenüber 13,5 v. H. im Jahre 1935.) Dabei schneiden allerdings die übrigen Krankenhäuser sehr viel schlechter ab (1938 = 16,4 v. H.).

Auf weitere Einzelheiten, die aus diesen Zahlen noch herauszulesen sind, soll in diesem Zusammenhang nicht eingegangen werden. Ebenso wird auf die Aufgliederung der Entbindungsanstalten in öffentliche, freie-gemeinnützige und private verzichtet, und es genüge der Hinweis, daß sich dabei die ungünstige Risikomischung im Krankengut der öffentlichen Anstalten auf der ganzen Linie nachweisen läßt.

Merkwürdig ist die Zurückhaltung, mit der in den Jahren 1934 und 1935 an den Entschluß zum operativen Eingriff herangegangen worden ist. Vom Jahre 1936 an werden dann nur noch 15 v. H. aller Fälle ohne Operation behandelt. Wie weit die aktivere Therapie mit dem chemotherapeutischen Erfolg Hand in Hand geht, kann nur der Kliniker beurteilen.

Zusammenfassung:

Es wird auf Grund der Anstaltsstatistik über die behandelten Fehlgeburten unter Berücksichtigung der Todesursachenstatistik und der Reichsstatistik der Fehlgeburten sowie der Entwicklung der ehelichen Fruchtbarkeit, die das Statistische Reichsamts seit 1933 verfolgt, der Nachweis erbracht, daß die bisher für die Gegenwart und die Zeit um 1932 angenommenen Zahlen der kriminellen Aborte viel zu

hoch angesehen worden sind. Dabei ließ sich ferner zeigen, warum die Erfahrungen aus Klinik und Praxis mit den ehemaligen Schätzungen nicht in Einklang zu bringen sind, und wiesomit der Abnahme der kriminellen Aborte seit der Machtübernahme durch den Nationalsozialismus eine fast ebenso große Zunahme der spontanen Fehlgeburten verbunden war.

Wenn die bisher in der Literatur genannten, stark überhöhten Zahlen der vor 1933 vorgenommenen Abtreibungen etwa auf den dritten Teil vermindert werden, stellt sich der wirkliche volkshygiologische Aufschwung, wie er in dem Anstieg der Geburten seit 1934 zum Ausdruck kommt, als Folge einer bedeutenden und zwar gewollten Zunahme der Empfängnisse überzeugend dar. Daß auch bei einer kritischen Beurteilung der den vorgenommenen Schätzungen zugrunde liegenden Zahlen das Resultat von dem rechnerischen Ergebnis nicht wesentlich abweichen kann, wird erläutert und durch die Entwicklung der stationären Abortbehandlung in den Jahren seit 1933 erhärtet.

Der großartige Erfolg einer Verminderung der Aborttodesfälle um 1000, d. h. um weit mehr als die Hälfte, wird insbesondere in den letzten Beobachtungsjahren auch auf die Fortschritte auf dem Gebiet der modernen Chemotherapie zurückgeführt. (Berlin NW 87, Klopstockstraße 18)

Die Sanitären Einrichtungen in den deutschen Kolonien bei Ausbruch des Weltkrieges

Don Konsul E. Timm, Hamburg

Prof. Dr. Külz hat in einer Rede auf dem Deutschen Kolonialkongress 1910 über Wesen und Ziele der Eingeborenenhygiene den Begriff der Kolonialwirtschaft mit dem der Kolonialhygiene in eine Formel gekleidet, nach der von unseren Ärzten während der deutschen Kolonialverwaltungszeit mit so großem Erfolg gearbeitet ist. Diese Formel lautete:

„Es ist die Aufgabe der Kolonialwirtschaft im allgemeinen, den Neger möglichst für uns zu aktivieren, die Aufgabe der Hygiene im besonderen, die Gesamtheit aller dieser zu aktivierenden Wirtschaftskräfte leistungsfähig zu erhalten und nach Möglichkeit zu vermehren. Oder kurz und konkret: Die Kolonialwirtschaft soll sich die Neger arme dienstbar machen, die Hygiene soll sie stark erhalten und ihre Zahl erhöhen. So wird sie zur unerlässlichen Grundlage der Entwicklung unserer kolonialen Bevölkerung und deshalb aller kolonialen Entwicklung überhaupt, denn mit dem Bestande unserer Eingeborenenbevölkerung stehen und fallen die meisten unserer Kolonialwirtschaftlichen Projekte.“

Um die einzuschlagenden Wege zu erkennen, die von der Eingeborenenhygiene bei der Bekämpfung der Volkskrankheiten einzuhalten sind, ist es und war es die vornehmste Aufgabe unserer Ärzte, durch Forschung an Ort und Stelle einen sicheren und lückenlosen Einblick in die Krankheitserscheinungen und ihre Ursachen zu erhalten. Für diese Aufgabe bedurften sie einer gewissen Vor-Ausbildung.

Der Unterbau hierfür war in erster Linie das Hamburger Tropeninstitut, das um 1900 von Prof. Bernhard Nocht als eine Heimstätte für Forschung und Lehre der Tropenhygiene ins Leben gerufen wurde. Die Forschungsarbeiten des Hamburger Tropeninstituts waren das Rüstzeug für die in die Kolonien hinausgehenden deutschen Ärzte, und die von ihnen draußen geschaffenen sanitären Einrichtungen setzten sie in den Stand, die Segnungen der Hygiene auf die Eingeborenen zu übertragen.

Daß bei den vorhandenen Mitteln und der anfänglichen Scheu der Eingeborenen vor ärztlichem Zugriff und Behandlung der Entwicklungsgang der sanitären Einrichtungen ein langsamer und in den einzelnen Kolonien verschiedenartiger war, lag in den gegebenen Verhältnissen. Was jedoch in den rund 20 Jahren der Tätigkeit der deutschen Ärzte in unseren Kolonien erreicht worden ist, verdient mit Recht die Bezeichnung einer bewunderungs-

würdigen Leistung. Beschränken wir uns hier auf nur ein Urteil, und zwar das Urteil eines Neutralen. In seinem 1916 erschienenen Werk: „The new map of Africa“ sagt der bekannte Amerikaner Herbert Adams Gibbons: „Die Leistungen der Deutschen auf dem Gebiete der Krankheitsbekämpfung unter den Eingeborenen, der Fürsorge für die Gesundheit des einzelnen und ganzer Gemeinden sind wahrhaft bewundernswürdig.“

Wie sah es nun mit den sanitären Einrichtungen am Ende der deutschen Verwaltungstätigkeit, also bei Ausbruch des Weltkrieges aus? Hier scheint mir eine Darstellung, geordnet nach den einzelnen Kolonien, das Gegebene zu sein. Ich habe die Einzelheiten im großen und ganzen den „Medizinalberichten über die deutschen Schutzgebiete“ entnommen, die jährlich von der Kolonialabteilung des Auswärtigen Amtes herausgegeben sind. Aus den einzelnen Jahrbüchern geht u. a. hervor, und zwar an Hand der jeweiligen Berichte der betreffenden Hauptregierungsärzte, was in jedem Jahre an sanitären Einrichtungen hinzugekommen ist, welche Krankheiten behandelt sind, wie groß die Anzahl der Patienten war, ferner auch, welche Forschungsergebnisse erzielt wurden, und durch welche Maßnahmen sich der Gesundheitszustand der eingeborenen Bevölkerung weiter gehoben hat.

In unserer kleinsten afrikanischen Kolonie

Togo

waren zur deutschen Zeit 3 Krankenhäuser für Weiße und 5 Krankenhäuser für Eingeborene vorhanden. Das Nachtigal-Krankenhaus in Aneho gewährte bereits in den Jahren 1901, 1902 und 1903 58 bzw. 41 bzw. 27 Europäern Aufnahme, die zum Teil sogar aus der französischen Nachbarkolonie Dahomey kamen. Das in Lome unter Mitwirkung des Deutschen Frauenvereins vom Roten Kreuz 1908/09 errichtete Königin Charlotte-Krankenhaus bestand aus verschiedenen Gebäuden, z. T. mit 2 Stockwerken, und Pavillons. Es wurden dort 1908/09 77 Kranke mit 1101 Verpflegungstagen behandelt. In Palime war dem Arzthaus eine Einrichtung für die Aufnahme erkrankter Europäer angegliedert, in der 1908/09 49 Fälle behandelt wurden.