

anstandslos vertragen, so sehen wir auch hier wieder sehr verschiedene Wirkungen von einem und demselben Nahrungsstoff.

Allen diesen verschiedenen Möglichkeiten müssen wir also Rechnung tragen, wenn wir Säuglinge ernähren wollen. Wir müssen uns darüber klar sein, daß niemals eine Nahrung für alle Säuglinge passen kann, auch wenn ihre Zusammensetzung dem Durchschnittsgehalt der Frauenmilch entspricht. In jedem einzelnen Falle müssen wir uns darüber klar zu werden suchen, welche Wirkung wir von den einzelnen Bestandteilen der Nahrung zu erwarten haben, und danach handeln.

Leider sind alle Methoden, über die wir verfügen, um die Reaktion eines Säuglings auf einen bestimmten Nahrungsstoff zu prüfen, heute noch nicht von der für die Praxis notwendigen Einfachheit. Wir können auch weder beim gesunden noch beim kranken Säugling aus dem klinischen Befunde mit Sicherheit ablesen, wie er auf eine bestimmte Nahrung reagieren wird. Auch bei alimentär erkrankten Säuglingen liefert die Anamnese bzw. die Genese der Erkrankung in dieser Beziehung keine sicheren Anhaltspunkte. Ist z. B. ein Säugling durch Kohlehydrate geschädigt worden, sei es akut bis zu heftigen Durchfällen, sei es chronisch bis zur Entstehung des Krankheitsbildes, das wir als Mehlährschaden bezeichnen, so dürfen wir bei der weiteren Ernährung dieses Kindes durchaus nicht ohne weiteres von der Annahme ausgehen, daß es auf Kohlehydrat schlecht reagiert, daß daher dieses zu meiden und etwa Milch bzw. Fett zu bevorzugen sei. Es kann sich dabei sehr wohl um ein Kind handeln, daß gerade Fett schlecht verträgt und mit Kohlehydraten gut gedeiht: so geartete Individuen verleiten leicht zum Mißbrauch der Kohlehydrate, und erst hierdurch wird der Mehlährschaden, werden die Durchfälle hervorgerufen.

Die wissenschaftliche Pädiatrie muß daher nicht nur darauf verzichten, eine für alle Säuglinge passende künstliche Nahrung zu finden, sie kann auch nicht einmal für einzelne Fälle alimentärer Erkrankung dem Praktiker generelle Ernährungsvorschriften an die Hand geben, eben weil die Reaktion des Säuglings auf einen bestimmten Nahrungsstoff niemals als konstanter Faktor in Rechnung gestellt werden kann. Für den, der Säuglinge ernähren will, bleibt demnach als einziges zuverlässiges Kriterium die Beobachtung des Ernährungserfolges im einzelnen Falle, d. h. eine kritische Würdigung dessen, was mit einer bestimmten Nahrung bei einem bestimmten Säugling zu erreichen ist. Hier ist eine möglichst reiche Erfahrung am Krankenbette von Nutzen. Wer sie nicht besitzt, der wird oft in Verlegenheit kommen, auch wenn ihm die modernsten Nahrungsmische trinkfertig zur Verfügung stehen. Wer aber über genügende Erfahrung verfügt, der wird sich mit den einfachsten Mitteln zu helfen wissen. Leiter größerer Säuglingsstationen pflegen bestimmte Ernährungsmethoden — vielfach von ihnen selbst eingeführt — zu bevorzugen; so verschieden diese Methoden unter sich sind — jeder kommt mit der seinen zum Ziel, weil er die Wirkung der betreffenden Nahrung genau kennt, die Fälle richtig auszuwählen und den Ernährungserfolg richtig zu beurteilen versteht, während in anderen Händen dieselben Ernährungsmethoden nicht immer dasselbe leisten.

Es muß daher immer wieder betont werden, daß Studierenden wie Aerzten nicht genug Gelegenheit gegeben werden kann, durch eigene Beobachtung Erfahrungen in der Ernährung von Säuglingen zu sammeln. Nur so können sie, was für die Praxis unerlässlich ist, sich mit all den Erscheinungen vertraut machen, nach denen die Indikation für eine bestimmte Nahrung gestellt und ihr Erfolg beurteilt werden muß.

## Die Stellung der Aerzte zur Frage des Geburtenrückgangs.<sup>1)</sup>

Von Dr. Theodor Hoffa, Leitender Arzt des Säuglingsheims und Städtischer Kinderarzt in Barmen.

M. H.! Das bedrohlich schnelle Sinken der Geburtenziffer in fast allen Kulturländern hat in den letzten Jahren zu einer äußerst lebhaften

<sup>1)</sup> Nach einem Vortrag im Barmer Aerzteverein am 18. II. 1914.

Erörterung in der breitesten Öffentlichkeit, in Parlamenten, Volksversammlungen, Kongressen, Tagespresse, in den Fachzeitschriften der Volkswirtschaftler, Statistiker und Aerzte Anlaß gegeben. Eine ganze Reihe größerer Werke ist der Frage des Geburtenrückganges gewidmet. Die Tatsachen an sich sind daher allgemein bekannt und sollen hier nur in aller Kürze rekapituliert werden. Der starken Bevölkerungszunahme, die fast alle europäischen Länder mit Ausnahme von Frankreich im 19. Jahrhundert aufwiesen, folgt seit den 80er Jahren des vorigen Jahrhunderts eine stetige, anfangs langsame, dann immer rapidere Abnahme der Geburtenziffer.

Es kamen im Gebiet des jetzigen Deutschen Reiches auf je 1000 Einwohner:

Geburten		Lebendgeburten	
1860	37,9	—	—
1870	40,1	—	—
1876	42,6	—	—
1880	39,1	—	—
1890	37,0	—	—
1891	38,2	—	—
1892	36,9	—	—
1893	38,0	—	—
1895	37,3	—	—
1900	36,8	35,7	—
1902	36,2	—	35,1
1903	34,9	—	33,9
1904	35,2	—	34,1
1905	34,0	—	33,0
1906	34,1	—	33,1
1907	33,2	—	32,2
1908	33,0	—	32,0
1909	32,0	—	31,0
1910	30,7	—	29,8
1911	29,5	—	28,6

Ein Rückgang der Geburtenziffer um 1<sup>0</sup>/<sub>100</sub> bedeutet für Deutschland im Jahre 1911 ein Minus von 65 000 Geburten! Hätten wir im Jahre 1911 auch nur noch die Geburtenfrequenz des Jahres 1906 gehabt, so hätte das ein Mehr von etwa 300 000 Geburten im Jahr gegeben.

Das Sinken der Geburtenziffer ist wesentlich bedingt durch eine Verminderung der ehelichen Fruchtbarkeit, die Zahl der Unehelichen ist kaum geringer geworden. In Frankreich existieren zurzeit 11 Millionen Familien, davon sind 2 Millionen Familien kinderlos, in 3 Millionen ist je ein Kind vorhanden (Seeberg).

In Berlin betrug die eheliche Fruchtbarkeit, d. h. die Zahl der jährlichen Geburten auf 1000 Ehefrauen im Alter von 15—50 Jahren: 1875 : 238; 1912 : 90!

In Berlin kommen gegenwärtig auf 100 eheliche Erstgeborene 74 Zweitgeborene und 44 Drittgeborene, d. h.:  $\frac{1}{4}$  der Ehen sind Einkinderehen, über die Hälfte Zweikinderehen.

Auf dem Lande liegen in Deutschland die Verhältnisse noch günstiger, doch macht sich etwa seit dem Jahre 1902 auch hier ein starker Rückgang bemerkbar, zum Teil allerdings veranlaßt durch die Abwanderung vieler gebärfähiger Frauen in die Städte.

Die gleichzeitige Verminderung der Sterblichkeit hat für Deutschland bis jetzt trotzdem noch einen starken Geburtenüberschuß bewirkt; er betrug 1910 noch etwa 880 000 Menschen, verminderte sich allerdings im Jahre 1911 durch fortschreitende Minderung der Geburten und Ansteigen der Sterbeziffer (Sommerhitze!) auf 740 000. Im gleichen Jahr hatte Frankreich eine effektive Verminderung der Bevölkerung durch Ueberwiegen der Sterbefälle über die Geburten um 34 000!

Ueber die Zukunftsaussichten Deutschlands gehen die Meinungen weit auseinander; optimistische Beurteiler (Steinmann-Bucher u. a.) nehmen an, daß Deutschlands Bevölkerung bis zur Mitte des Jahrhunderts trotz des Geburtenrückganges 100 Millionen betragen werde, andere ebenso kompetente Fachleute befürchten, daß wir in 40 Jahren, vielleicht schon weit eher, auf dem jetzigen Standpunkte Frankreichs angelangt sein und uns damit dem Schreckgespenst der Entvölkerung gegenübersehen könnten.

Der Geburtenrückgang ist zweifellos eine schwere Krankheit am sozialen Körper der Kulturvölker. Die Prognose ist hier wie bei den Krankheiten des Einzelindividuums abhängig von der Möglichkeit, die Krankheitsursache, bzw. eine Mehrzahl solcher Ursachen zu beheben. Hauptursache des Geburtenrückganges ist — darin sind alle Beurteiler einig — eine willkürliche Beschränkung der Kinderzahl, es fehlt immer mehr „der Wille zum Kind“. Alle anderen Momente, die daneben geltend gemacht werden, die angebliche physische Degeneration unseres Volkes, der Alkoholismus, die Zunahme der Geschlechtskrankheiten, die Verminderung bzw. Verspätung der Eheschließungen, spielen keine entscheidende Rolle.

Warum aber greift die willkürliche Verhütung der Geburten durch antikonzeptionelle Maßnahmen oder durch Fruchtatreibung so rapide um sich?

Die mannigfachsten, einander diametral entgegengesetzten Ansichten werden laut bei der Beantwortung dieser Kardinalfrage. Der Pauperismus einerseits, die zunehmende Verteuerung der Lebenshaltung (in Deutschland nach Julius Wolf seit 1907 um 28 %), der steigende Wohlstand andererseits werden dafür verantwortlich gemacht. Julius Wolf sieht den Grund in der „Rationalisierung des Geschlechtslebens“, die aus der fortgeschrittenen Bildung und dem fortgeschrittenen Ordnungssinn der Massen folge. Andere Autoren wieder legen das Hauptgewicht auf das Verlangen nach gesteigertem Lebensgenuß, auf den Wunsch besserer Versorgung der Kinder. Weiter kommen sicherlich in Betracht: die Emanzipation der Frauen, die rapide Zunahme der weiblichen Erwerbstätigkeit, die „Urbanisierung“ der Nationen, d. h. die Landflucht mit ihrer Loslösung von familiärer, sittlicher und religiöser

Tradition (Borntraeger) und last not least die enorme Verbreitung der Präventivtechnik durch eine skrupellose Reklame und durch Propaganda der Neomalthusianisten.

[Es ist hier nicht der Ort, auf alle Einzelheiten einzugehen, ich verweise vor allem auf die Arbeiten von Julius Wolf und Borntraeger. Ich persönlich bekenne mich zu der Ansicht, daß der erschreckende Sturz der Geburtenziffer in Deutschland ganz wesentlich ein ethisches Problem ist. Das Streben nach gesteigertem Wohlstand und Wohlleben, die Scheu vor den Beschwerden der Schwangerschaft und Mutterschaft, die Verminderung des Verantwortungsgefühls gegenüber der Allgemeinheit sind die Triebfedern; das Beispiel der höheren Stände hat infizierend gewirkt auf die breiten Massen: die erleichterte Gelegenheit zur Anwendung antikonzeptioneller Mittel sowie zur Fruchtabtreibung — letzteres durch die leider unter Duldung und Förderung von Regierung und Volksvertretung so üppig ins Kraut geschossene Kurpfuscherie — haben das ihrige dazu getan, um erst das Zweikindersystem, dann auch bald das Einkinder- und schließlich das Keinkindersystem modern zu machen.

[Dabei müssen die Unschuldigen mit den Schuldigen leiden. Die sinkende Achtung vor der Mutterschaft und vor dem Wert des kindlichen Lebens erschwert auch den Kinderwilligen das Dasein bis zur Unträglichkeit: Kinderreiche Familien haben die denkbar größten Schwierigkeiten, eine anständige Wohnung zu bekommen; die Dienstbotenfrage ist zu einer wahren Kalamität geworden für kinderreiche Mütter, die der Hilfe am dringendsten bedürfen. Koeppe betont mit Recht, wie sie sogar dem Spott und Hohn ihrer sterilen oder kinderarmen Geschlechts-genossinnen ausgesetzt sind. Die Methoden der Konzeptionsverhütung, ja sogar der Fruchtabtreibung werden vielfach ganz ungeniert im geselligen Kreis besprochen.

[Alle diese Dinge sind dem aufmerksamen Beobachter unseres Volkslebens längst geläufig, ich begnüge mich deshalb mit diesen kurzen Andeutungen. Es erscheint mir wichtiger und interessanter, einmal die örtlichen Verhältnisse in einem kleinen, genau gekannten Bezirk zu untersuchen. Es wäre sehr wünschenswert, wenn solche lokalen Untersuchungen und Individualstatistiken für möglichst viele Bezirke Deutschlands angestellt würden; nur so kann es gelingen, ein wirklich getreues Bild über die Ursachen und die Bekämpfung des Geburtenrückgangs zu gewinnen. Außerdem sind derartige Untersuchungen vielleicht eher dazu geeignet, die Gewissen zu schärfen, als die Berufung auf die allgemeine Statistik, bei der man sich nur zu gerne mit dem Gedanken tröstet: „Ja, in Berlin, das glaube ich wohl; bei uns liegen doch die Dinge noch lange nicht so schlimm.“

Ich beabsichtige, die Entwicklung der Geburten- und Sterblichkeitsverhältnisse in Barmen demnächst in einer ausführlichen Arbeit zu erörtern; für diesmal möchte ich darüber nur in aller Kürze berichten. In den 70er Jahren des vorigen Jahrhunderts betrug hier in Barmen die Geburtenziffer rund 47 ‰; 1877 wurden bei einer Einwohnerzahl von 88 000 etwa 4200 Kinder lebend geboren. In den 80er Jahren sinkt die Ziffer bis etwa 36 ‰, in den 90er Jahren schwankt sie um 33–34 ‰, beträgt 1905 noch 31,2 ‰ und stürzt dann von Jahr zu Jahr unaufhaltsam bis auf 19,5 ‰ im Jahre 1913, in acht Jahren also eine Abnahme um 11,7 ‰, prozentual um 37 ‰! Im Jahre 1913 wurden bei einer Einwohnerzahl von etwa 171 000 Menschen 3339 Kinder lebend geboren; bei der Geburtenziffer von 1905 wären es rund 5400 gewesen, mit der Natalität von 1877 rund 8000!

Die allgemeine Sterblichkeit sank in Barmen von 18,1 ‰ im Jahre 1900 auf 14,9 ‰, (1905) 11,2 ‰, (1910) 10,3 ‰, (1913). Der Geburtenüberschuß betrug 1906 noch 16,4 ‰, er sinkt seitdem langsam und beträgt 1913 noch 10,3 ‰. Die Verminderung der allgemeinen Sterblichkeit ist wesentlich bedingt durch die mittels einer planmäßigen Säuglingsfürsorge erreichte Verringerung der Säuglingssterblichkeit. Es starben in Barmen von je 100 Lebendgeborenen im ersten Lebensjahr:

Im Durchschnitt der Jahre

1900–1905 : 14,3	1908 : 9,9	1911 : 11,2
1906 : 11,9	1909 : 9,6	1912 : 10,1
1907 : 10,4	1910 : 9,1	1913 : 9,7

Wir beobachten also seit dem Jahre 1906 ein stetiges Absinken der Säuglingssterblichkeit bis zum Jahre 1910. Der heiße Sommer 1911 bringt nochmal ein geringes Ansteigen — die Mehrsterblichkeit betrug in diesem Jahre 45 Kinder und betraf, nebenbei bemerkt, nur die ehe-lichen Kinder — seither ist die Sterblichkeit wieder auf den Stand der Jahre 1908–1910 zurückgekehrt. Eine weitere nennenswerte Verminderung der Säuglingssterblichkeit ist kaum noch zu erwarten. Von den gesamten Säuglingssterbefällen in Barmen entfällt jetzt genau die Hälfte auf den ersten Lebensmonat, ist also im wesentlichen bedingt durch Schädigung der Mütter während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, durch Frühgeburt u. dgl. Mit den Maßnahmen der eigentlichen Säuglingsfürsorge ist das wenig zu erreichen, sondern nur durch einen weitausblickenden Mutterschutz. Zweifellos wirkt die zunehmende industrielle Beschäftigung der Mütter hier als schädigendes Moment, dann aber steigt mit abnehmender Geburtenziffer der prozentuale Anteil der Erstgeburt, die ja bekanntlich in weit höherem Maße gefährdet sind als die zweiten und dritten Kinder. (Vgl.

hierzu vor allem die interessanten Ausführungen von Koeppe: Säuglingssterblichkeit und Geburtenziffer. Wien 1913.)

Das Sinken der Geburtenziffer muß schließlich also ganz automatisch zu einem Wiederanstieg der Säuglingssterblichkeit führen. An dieser Tatsache kann auch die beste und umfassendste Fürsorge für Mutter und Kind nichts ändern.

Weiter ist es aber allgemein bekannt, daß die erstgeborenen und namentlich die einzigen Kinder nicht nur meist in körperlicher, sondern auch in intellektueller Beziehung den spätergeborenen nachstehen und ganz besonders schwer aufzuziehen und zu erziehen sind (Czerny, Neter u. a.). Unsere hervorragendsten Gelehrten, Akademiker und Staatsbeamte stammen aus kinderreichen Ehen des gebildeten Mittelstandes.

Wenn in Barmen innerhalb acht Jahren die Geburtenziffer sich um 37 ‰ vermindert hat, so ist das nur dadurch zu erklären, daß in dieser Zeit die Anwendung konzeptionsverhütender Mittel und die Fruchtabtreibung rapide um sich gegriffen haben.

Das schlechte Beispiel der höheren Stände hat unter dem Einfluß der gesteigerten Publizität (Presse, Geschäftsreklame, Kurpfuscherliteratur, agitatorische Bearbeitung in Volksversammlungen) auf die breiten Massen übergriffen. Ich möchte hier nur hinweisen auf die Broschüre des Berliner Arztes Dr. Alfred Bernstein: „Wie fördern wir den kulturellen Rückgang der Geburten? Ein Mahnruf an das arbeitende Volk.“ Von dieser Broschüre sollen in drei Wochen 10 000 Exemplare verkauft worden sein. Es bleibt tief bedauerlich, daß ein deutscher Arzt der Verfasser eines solch elenden und gemeingefährlichen Machwerkes ist.

Zwingende Gründe sozialer oder ökonomischer Art können für die willkürliche Beschränkung der Geburten in Barmen nicht geltend gemacht werden; als Beweggründe bleiben nur Bequemlichkeit, Genußsucht, Streben nach schnellerem Erwerb eines Vermögens — und sicher in vielen Fällen auch gedankenloses Mitmachen der Mode. Wie in den glücklicherweise entschwundenen Soxhletzeiten das Selbststillen für unmodern und nicht ganz anständig galt, so will „man“ jetzt nicht mehr als höchstens zwei Kinder. Mehr zu haben, gilt als unfein, nicht anständig und vor allem als Zeichen von Dummheit und Rückständigkeit („Gebärmaschinen“).

Der „Kindersgen“ wird wohl in der Mehrzahl der Fälle verhütet durch Anwendung antikonzeptioneller Mittel. Ich habe schon vor einigen Jahren (1910) in einem kurzen Artikel „Die Nahrungsmittelreklame als Feindin des Säuglings“ in der Zeitschrift für Säuglingsschutz darauf hingewiesen, in welcher schamloser Weise Anpreisungen antikonzeptioneller Mittel in ganzen Stößen jungen Eheleuten ins Haus geschickt werden, die vielleicht von solchen Sachen noch nie etwas gehört haben. Genaue Gebrauchsanweisungen werden gegeben, ja in einem derartigen Prospekt wird dem Empfänger eine Provision angeboten, für den Fall, daß er Adressen weiterer Abnehmer vermittelt. Kriege und Bornträger haben des genaueren die Praktiken derartiger Versandhäuser beleuchtet; massenhafte Schaufensterauslagen laden in mehr oder weniger verschämter Weise zum Ankauf solcher Mittel ein, ein schwunghafter Hausierhandel vertreibt sie sogar überall auf dem Lande. C. Alexander (Breslau) macht in der Med. Klinik 1913 auf die verheerende Wirkung der naturheilkundlichen Bücher, wie Bilz, aufmerksam, die „das Publikum zur Kinderbeschränkung direkt anreizen, alle hierfür in Betracht kommenden Methoden, selbst die gefährlichen, wie den Eihautstich, in ganz genauer Weise beschreiben und Bezugsquellen für die in Betracht kommenden Mittel und Instrumente angeben“. Daß diese kurpfuscherischen Lehren auch bei uns in Barmen auf einen recht fruchtbaren Boden gefallen sind, lehrt die allgemeine Erfahrung der Aerzte. Eine ganz enorme Zahl von Aborten, die sicherlich zum allergrößten Teil kriminell sind, wird alljährlich beobachtet. Genaue Zahlen anzugeben, ist natürlich nicht möglich. Einen gewissen Einblick gewähren uns die Zahlen der manuellen Ausräumungen und Kurettements des Uterus, für die wir aus der Kassenpraxis genaue Zahlen kennen. Es betrug die Zahl der manuellen Ausräumungen des Uterus und der Kurettements des Uterus bei sämtlichen Krankenkassenmitgliedern und deren Familienangehörigen in Barmen

im Jahre 1909 : 863	1912 : 1301
1910 : 1034	1913 : 1261
1911 : 1123	

Die enorme Steigerung um etwa 50 ‰ in fünf Jahren läßt sich nicht etwa durch eine wesentliche Zunahme der Zahl der Versicherten erklären. Letztere betrug

1909 : 58 254	1911 : 64 720
1910 : 62 450	1912 : 63 562 (Gesamtsteigerung ca. 9 ‰)

Die Zahl der weiblichen Versicherten (ausschließlich Familienangehörige) betrug im Jahre

1909 : 20 240	1911 : 23 152
1910 : 21 733	1912 : 22 533

Unter diesen Versicherten kamen vor Kurettements und Ausräumungen des Uterus:

1909 : 517	1911 : 653
1910 : 652	1912 : 755

d. h. es wurde z. B. im Jahre 1912 bei jedem 29. bis 30. weiblichen Kassenmitglied der Uterus ausgeräumt! Ungefähr zu dem gleichen Ergebnis kommen wir bei einer Berechnung nach der Zahl der gebärfähigen Frauen. Es betrug in Barmen 1910 die Gesamtzahl der weiblichen Individuen im Alter von 15—50 Jahren 48 990; nach einer hoch gegriffenen Schätzung können wir annehmen, daß von diesen etwa  $\frac{1}{6}$  = 39 000 als Mitglieder oder Familienangehörige Anspruch auf kassenärztliche Behandlung hatten. Auf diese 39 000 weibliche Individuen entfielen 1910: über 1000, auf eine nicht wesentlich höhere Zahl 1912 sogar 1300 Uterusausräumungen! Ich glaube, diese Zahlen bedürfen keines Kommentars. Normalerweise dürfte die Zahl der Aborte höchstens 10 % der Geburten betragen, das wären für Barmen überhaupt etwa 360—400 pro Jahr, für den in Kassen versicherten Bevölkerungsanteil höchstens 300—320! Die Zahl der Kurettements wegen sonstiger Erkrankungen des Uterus ist sicherlich nicht sehr groß, andererseits entgehen eine große Zahl von Aborten namentlich der ersten Wochen der ärztlichen Beobachtung oder werden wenigstens nicht operativ behandelt. Wenn wir bedenken, daß schon Olshausen angenommen hat, daß von 100 Aborten mindestens 80 kriminell sind, so unterliegt es hiernach keinem Zweifel, daß in Barmen eine geradezu horrende Anzahl solcher Fruchtabtreibungen alljährlich vorkommen, und zwar nicht etwa vorwiegend unter den unehelich Geschwängerten, sondern gerade unter den Ehefrauen.

Was können wir Aerzte nun tun, um der drohenden Entvölkerung entgegenzuarbeiten? Wir haben gesehen, daß der Geburtenrückgang im wesentlichen veranlaßt ist durch eine sittliche Degeneration. Wir müssen ihn daher auch bekämpfen durch sittliche Mittel.

Wir müssen uns vor allem dessen bewußt sein, daß der Arzt nicht nur Arzt, sondern auch Mensch ist und daß seine Wirksamkeit und seine Erfolge sehr wesentlich von seinen menschlichen, d. h. sittlichen Qualitäten abhängen. Wir alle wünschen doch, daß unser Stand ein vornehmer sei und bleibe und daß unser Volk im Arzt einen geistigen Führer sehe. Gewiß wollen wir nicht dem Pastor ins Handwerk pfuschen — ne sutor ultra crepidam! — aber die Fragen der Gesundheit sind ja nicht zu trennen von den Fragen der Sittlichkeit. Alles wirklich Gesunde ist nicht nur schön, sondern auch sittlich.

Wir Aerzte unterschätzen oft noch — sehr zu unserem eigenen Schaden — den Einfluß, den wir durch unsere Persönlichkeit, durch unser Wissen und Können auf den Einzelnen wie auf das Gesamtleben der Nation ausüben können. Dieser Einfluß kann sich geltend machen zum Guten wie zum Bösen. Das persönliche Beispiel, das der Arzt in seinem Leben und in dem seiner Familie gibt, wie die ernste und verständige Aussprache mit seinen Klienten in der Familie und im Sprechzimmer, beides ist zweifellos von der größten Bedeutung in Fragen von der Art, wie sie uns hier beschäftigen. Die deutsche Ärzteschaft hat in den letzten Jahrzehnten heiße Kämpfe führen müssen um die Sicherung ihrer materiellen und ideellen Selbständigkeit. Diese Kämpfe waren bitter nötig, und es wird weiterer jahrelanger Mühen bedürfen, um das Erreichte zu wahren und auszubauen. Aber alle Erfolge würden in Frage gestellt, wenn nicht im Aertzestand der sittliche Ernst und das hohe Verantwortungsgefühl lebendig bleiben, die uns durch unsere geistige Führerstellung auferlegt sind und durch die Deutschlands Aerzte in der Welt hervorragen.

Es unterliegt keinem Zweifel, daß neuerdings vielfach eine gewisse Weitherzigkeit und Laxheit Platz gegriffen hat in der Empfehlung antikonzepzioneller Mittel sowohl wie bei der Indikationsstellung zum artefiziellen Abortus. Wenn wir bedenken, wie ablehnend die ältere gynäkologische Schule (Fritsch, Ahlfeld) der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft gegenübersteht, wenn wir ferner sehen, daß z. B. in der Frage der Schwangerschaftsunterbrechung wegen Tuberkulose die internen Mediziner bei weitem zurückhaltender sind als die Geburtshelfer, deren Sorge doch gerade die Erhaltung des kindlichen Lebens sein sollte, so müssen wir unbedingt fordern, daß bei der Indikationsstellung zu diesem schwerwiegenden Eingriff die allergrößte Sorgfalt und Strenge obwaltet.

Der Entwurf zum neuen deutschen Strafgesetzbuch sieht folgende Bestimmung vor: „Die Tötung der Frucht ist gestattet, wenn sie ein Arzt nach den Regeln der ärztlichen Kunst mit Einwilligung der weiblichen Person vornimmt, um von dieser eine auf andere Weise nicht zu beseitigende, erhebliche Gefahr für Leib und Leben abzuwenden.“

Einen künstlichen Abort aus rassehygienischen (eugenischen) Gründen vorzunehmen, scheint mir vorläufig nicht erlaubt. Wir müssen offen eingestehen, daß unsere Kenntnisse von den Vererbungsgesetzen noch viel zu primitiv und lückenhaft sind, um ein derartiges Vorgehen zu rechtfertigen. Etwas ganz anderes ist natürlich das Eheverbot bei Geisteskranken, Schwachsinnigen, das vor allem durch eine vermehrte Unterbringung solcher asozialen Elemente in Anstalten durchzuführen wäre.

Durchaus zu verpönen ist m. E. auch der künstliche Abortus aus sogenannten sozialen Gründen, mit seiner Zulassung wäre der Willkür Tür und Tor geöffnet.

Wenn ich der größten Strenge bei der ärztlichen Indikationsstellung

zum Abortus das Wort rede, so tue ich das nicht, weil ich etwa glaubte, daß die Anzahl der ärztlichen Schwangerschaftsunterbrechungen quantitativ so sehr ins Gewicht fallen würde für die Volksvermehrung, sondern weil ich der Ansicht bin, daß der Arzt bei seinem Handeln die größte Ehrfurcht vor dem keimenden Menschenleben bekunden und dadurch vorbildlich auf die übrigen Menschen einwirken soll. Laxe Anschauungen der Aerzte müssen aus den oben angeführten Gründen verderblich aufs Volk wirken.

Eine ebenso große sittliche Verantwortung trägt der Arzt bei der Empfehlung antikonzepzioneller Mittel. Diese Verantwortung würde noch erhöht werden, wenn, wie zu erwarten steht, diese Mittel dem freien Verkehr entzogen würden und etwa nur auf ärztliche Verordnung abgegeben werden dürften.

Wie sich der Arzt zur Empfehlung von Schutzmitteln gegen sexuelle Infektion stellen soll, kann nur im Einzelfall entschieden werden. Niemals aber sollte der Arzt den Hinweis darauf versäumen, daß es für den ledigen jungen Menschen nur ein sicheres und dabei unschädliches Mittel zur Verhütung der Geschlechtskrankheiten gibt — die sexuelle Abstinenz.

Der alte Grundsatz des „nil nocere“ erfordert, daß alle Intrauterinstifte, Sterilets u. dgl. unbedingt verpönt sein müssen. Der Barmer Aerzteverein hat auf meinen Antrag beschlossen, seinen sämtlichen Mitgliedern mitzuteilen: „Die Anwendung von Intrauterinstiften, Sterilets u. dgl. zur Verhütung der Konzeption ist standesunwürdig und eventuell kriminell strafbar.“

Eine planmäßige Fürsorge für Mütter und Säuglinge ist nicht nur ein unbedingtes Erfordernis zur Erhaltung eines genügenden Geburtenüberschusses, sondern sie wirkt auch sittlich, indem sie den Wert der Mutterschaft und den Wert des kindlichen Lebens dem Volke eindringlich vor Augen führt. Das wichtigste Mittel der Säuglingsfürsorge, die Stillpropaganda, ist gleichzeitig das einzig erlaubte, weil physiologische Mittel zur Beschränkung einer übergroßen Kinderzahl.

Durch tätige Mitarbeit an den Aufgaben des Mutter- und Kinderschutzes kann die Ärzteschaft dem Volkswohl unschätzbare Dienste leisten.

Das Gleiche gilt von dem Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten, wo ebenfalls der Arzt nicht nur sein Wissen und Können, sondern vor allem auch seine sittliche Persönlichkeit einsetzen soll.

In der Bekämpfung der Kurfuscherei endlich decken sich die Interessen des Arztes vollkommen mit denen der ganzen Nation; für beide ist der Kampf gegen den hier wuchernden Aberglauben, die Unwissenheit, Unlauterkeit und Unsittlichkeit allmählich zu einer Lebensfrage geworden.

## Feuilleton.

Paris—London—Rom.<sup>1)</sup>

Von G. Mamlock.

VIII.

Was hier in der Artikelreihe „Paris—London“ regelmäßig über Frankreichs Sanitätswesen mitgeteilt ist, scheint jetzt endlich zur Kenntnis weiter Kreise — die gallischen Auguren wußten schon um alles — gelangt zu sein. Dreht sich doch bei den Angriffen auf die Regierung das meiste um das Heeressanitätswesen. Jedenfalls ist es nun vorbei mit den gegenseitigen Bewehräucherungen der Entente-Freunde. Und wenn auch Clemenceau in seinem „L'homme enchainé“ nicht nur durch lautere Motive bestimmt wird bei seinen Anklagen gegen die Sanitätsbehörden, so hat doch die Deputiertenkammer ihm im wesentlichen recht gegeben. Man darf aber wohl nicht zuviel Hoffnungen auf den dem Ministerium von den Deputierten angedrohten „Conseil de Santé“ setzen.

Daß aber zahllose sanitäre Einzelmaßnahmen getroffen werden, soll nicht verschwiegen werden.

Die Regierung baut die Einrichtungen zur Tuberkulosebekämpfung planmäßig aus und läßt bei den versicherten sowie nicht-versicherten Tuberkulösen, die in poliklinischer Behandlung stehen, genaue statistische Feststellungen über Dauer und Grad der Erkrankung etc. machen. Außer 259 Sanatorien und Spitalern für Phthisiker sind 328 Polikliniken zurzeit vorhanden. 1913 kamen auf 1000 2,64 Tuberkulöse gegen 3,03 im Jahre 1912.

In der Armee werden jetzt für jede Division Brausebäder eingerichtet, und zwar auf Veranlassung eines Lütticher Industriellen. Die französischen Blätter verschweigen seinen Namen, damit er bei der Rückkehr nach Belgien keine Unannehmlichkeiten von seiten der Deutschen habe! Letzteres dürfte wohl ausgeschlossen sein; denn uns kann es nur recht sein, wenn die Franzosen, bevor wir sie in unsere Gefangenenlager schicken, recht rein gewaschen sind. Dagegen würde es wohl richtiger sein, dieser Wohltäter käme in sein Vaterland zurück

<sup>1)</sup> Die Artikel I—VII siehe D. m. W. 1914 Nr. 46, 49, 51; 1915 Nr. 5, 11, 19, 20, 29, 30.