

Fachgruppen, deren jede als *Ganzes bestanden* werden muß, ist allgemein von den Fakultäten als undurchführbar abgelehnt worden. Eine brauchbare und gerechte Lösung bietet aber, wie ich glaube, das von SCHIECK¹² vorgeschlagene *Punktsystem*, auf dessen Einführung zahlreiche Prüfer hoffen. Eine Kombinierung dieses Verfahrens mit dem englischen, bei welchem nicht der bodenständige Professor an seiner Universität prüft, sondern durch Austausch der Prüfer dafür gesorgt wird, daß der Student grundsätzlich nicht von seinem Lehrer geprüft wird, erscheint diskutabel. Aber dies Verfahren gestattet keine Berücksichtigung der Leistungen des Studenten während seines Studiums; auch kann es bei Nervösen und Gehemmten eher Fehlresultate geben. Am besten wäre vielleicht die Einführung von *Kollegialprüfungen*, in denen mindestens drei Vertreter des betreffenden Fachs gleichzeitig prüfen; vielleicht könnten diese Prüfungskollegia zum Teil aus nicht bodenständigen Professoren bestehen. Es ist klar, daß eine solche Abänderung unseres Systems für die Prüfer selber eine schwere Belastung bedeuten würde; aber mit Rücksicht auf die wenig befriedigenden Ergebnisse des jetzigen Systems und angesichts dessen, was von der Prüfung abhängt, scheint mir kein Opfer zu hoch zu sein.

Wir müssen uns indessen darüber klar sein, daß der Verschärfung der Prüfungen Grenzen gesetzt sind; macht man sie zu rigoros, so wächst die Gefahr, daß der routinierte, aber mittelmäßig befähigte Gedächtniskünstler auf Kosten des tüchtigen und begabten, aber nervösen und gehemmten Studenten bevorzugt wird.

Die Bekämpfung des Andrangs zum Medizinstudium

Durch ein noch so wohl durchdachtes System von Prüfungen kann es nicht gelingen, die Überzahl der Medizinstudenten hinreichend einzuschränken. Auch der Gedanke der Abschreckung der Studenten durch Verlängerung der vorgeschriebenen Ausbildungszeit (in Schweden 8—10 Jahre) versagt in Zeiten großer Erwerbslosigkeit, zumal der Gebührenerlaß weitgehend für die Unbemittelten sorgt. Eine weitgehende Beschränkung der Studentenzahl ist aber zur Zeit unerlässlich zum Wohl der Studenten, für welche die vorhandenen Lerngelegenheiten nicht entfernt ausreichen und jetzt nicht erweitert werden können, vor allem aber mit Rücksicht auf die Lebensnotwendigkeit des ärztlichen Standes. Als letztes, hoffentlich nur vorübergehendes Mittel bleibt zur Zeit nur der *Numerus clausus* übrig. Es sei erwähnt, daß diese Maßregel an mehreren der besten amerikanischen Universitäten seit Jahren besteht; an der Johns Hopkins Universität z. B. hat man sogar in den letzten Jahren die Zahl der jährlichen Medizinerimmatrikulationen von 100 auf 66 herabgesetzt.

Die einzige Schwierigkeit besteht in der Auffindung eines gerechten Ausleseprinzips. Aber in Zeiten solcher Not wie der heutigen ist wichtiger als absolute Gerechtigkeit *der Entschluß zur Tat*. Ein Weg muß gefunden werden. Man hat eine einseitige Begrenzung der Zahl der Studentinnen vorgeschlagen; ihr Anteil unter den Medizinstudierenden ist von etwa 5% im Jahr 1911 auf etwa 25% angestiegen, und man will jetzt zu jenen 5% zurückkehren. Abgesehen davon, daß der Vorschlag dem § 109 der Reichsverfassung widerspricht, wäre er eine bedenkliche kontraselektorisches Maßregel. Arzt und Ärztin sind einander nicht gleich, sie ergänzen einander in wertvoller Weise. Einseitige weitgehende Beschränkung des Frauenstudiums würde viele tüchtige Frauen ausschließen, während nach wie vor die untüchtigen „Vielzuvielen“ unter den Männern ungehemmt studieren könnten; wir würden also nicht befreit von den untüchtigen Elementen, die Semester für Semester absitzen und schließlich doch ihr Ziel erreichen — zum Schaden der Menschheit und zum Nachteil des Ärztestandes. So leicht darf man sich bei einer so verantwortlichen Frage die Arbeit nicht machen.

Für die gleichmäßige und möglichst gerechte Auslese kommt vielmehr nur ein Weg in Betracht, der auf den Schulleistungen oder einer Aufnahmeprüfung der Universität begründet ist. Ich halte den von den Deutschen Medizinerschaften¹³ vorgeschlagenen Plan grundsätzlich für durchführbar. Nur ist es sicherlich unmöglich, die Auswahl auf der Universität einem einzigen Dreierausschuß zu überlassen. Hierfür käme meines Erachtens ein Dreierausschuß eher in Frage, der z. B. aus je einem Professor eines vorklinischen, eines theoretisch-medizinischen und eines klinischen Faches bestehen würde. Zweckmäßig würde man diesem Ausschuß einen vom Vorstand der Klinikerschaft gewählten

älteren Medizinstudierenden mit beratender Stimme beordnen. Wie im einzelnen Fall die Auswahl erfolgt, muß der örtliche Ausschuß selbst bestimmen. Daß auch hierbei keine vollkommene Gerechtigkeit erzielt werden kann, ist zuzugeben. Aber es scheint mir besser, in Ausnahmefällen den einen oder anderen nicht ganz Ungeeigneten zu opfern, als die heutigen untragbaren Zustände aus übertriebener Zaghaftigkeit fortbestehen zu lassen — zum irreparablen Schaden der Allgemeinheit.

KRITISCHE UMSCHAU

Periodische Enthaltung in der Ehe und die jüdischen Sexualgesetze

Von Dr. JACOB LEVY in Berlin

In Nr. 32 ds. Wschr. bespricht EDUARD MARTIN die Schrift SMULDERS, „Periodische Enthaltung in der Ehe“. Daß der temperamentvoll-polemische Charakter dieser Schrift zur kritischen Reserve mahnt, ist begreiflich. Es ist aber zu begrüßen, daß MARTIN ohne Rücksicht auf die Reserve die der Arbeit zugrunde liegende Theorie Ogino-Knaus (T.O.K.) von der *periodischen Sterilität der Frau* einer sachlich kritischen Betrachtung unterzieht. MARTIN erwähnt die wissenschaftlichen Einwände FRAENKELS, die allerdings der Problematik nicht entbehren (NIEDERMEYER [1]). Es ist darum beachtenswert, daß MARTIN ein neues Moment gegen die T.O.K. in die Waagschale wirft. Er sucht sie durch Hinweis auf „die seit Jahrtausenden bestehenden religiösen Vorschriften der Juden“ gewissermaßen historisch ad absurdum zu führen: „Wenn die Auffassung von KNAUS und OGINO, der sich SMULDERS vollinhaltlich anschließt, zu Recht bestünde, so würde das jüdische Volk mit größter Wahrscheinlichkeit längst ausgestorben sein.“

Zur Prüfung dieses Einwandes werden wir davon ausgehen müssen, daß nach dem jüdischen Religionsgesetz eheliche Abstinenz befolgt wird

1. während der Menstruation, deren gesetzliche Mindestdauer mit 5 Tagen festgelegt ist,
2. nach Verschwinden jeder Blutungsspur während weiterer 7 Tage.

In der Regel wird also nach Ablauf von 12 Tagen das rituelle Tauchbad stattfinden, mit dem die abstinente Phase ihr Ende findet.

Nach der T.O.K. bestehen nun aber am 13.—15. Tage des Zyklus besondere Chancen für eine Befruchtung. *Damit ist die Fortpflanzung der Juden nach der T.O.K. genügend erklärt.*

Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, daß eine besondere religiöse Pflicht zu ehelichem Zusammensein *direkt* im Anschluß an das Tauchbad besteht. Hierdurch wird geradezu eine Auslese der chancenreichsten Tage bewirkt. Die fast zweiwöchige strenge Abstinenz verstärkt noch die *psychischen* Faktoren, die das Zustandekommen einer Konzeption begünstigen. Somit erscheint im Sinne der T.O.K. die früher sprichwörtliche Fruchtbarkeit der Juden nicht nur kulturell, sondern auch *biologisch* begründet. Sie ist keineswegs als genotypische Erscheinung zu erfassen.

Es wäre zu einseitig, wollte man in den dargestellten günstigen Fertilitätsbedingungen den *Zweck* der jüdischen Sexualgesetzgebung erblicken. Das aber wird man anerkennen müssen, daß sie in ihren *Folgen* positive biologische Werte in sich birgt. Diese Werte erfahren noch eine Steigerung, indem durch regelmäßige abstinente Zeiten in der Ehe eine erotische Erschlaffung verhütet und so die Ehe selbst gefestigt wird.

Zu dieser Beurteilung wird man auch vom Standpunkt FRAENKELS kommen müssen, der der T.O.K. kritisch gegenübersteht. Auch wenn man die völlige Sterilität der bestimmten Phasen nicht anerkennt, wird man doch in dem 13.—15. Tage der Periode ein Optimum der Fertilität erblicken können.

Um so mehr bedarf das Wort WINTERS von den „unbiologischen“ rituellen Vorschriften der Juden entschieden der Revision. Es sind zwar vereinzelt in der Literatur (FLESCH [2]) Fälle mitgeteilt, in denen die Nichtbeachtung der rituellen Vorschriften eine vorher vorhandene Sterilität behoben hätte. Unterstellen wir, daß diese Einzelfälle exakt und kritisch beobachtet seien. Im Gegensatz zur ungeheuren Fülle der kinderreichen orthodoxen Juden beweisen sie nur, daß es sich

bei ihnen um pathologische, zumindest aber *abnorme* Zustände gehandelt haben mag.

Man mag mit FLESCH an psychische Hemmung frigider Naturen denken, die durch die gesteigerte Libido kurz nach der Menstruation gesprengt sein mag. Man könnte auch Abnormitäten des Menstruationsablaufs zur Erklärung solcher Einzelfälle heranziehen. Wenn in ungewöhnlicher Weise der Zyklus von 28 auf regelmäßig 23 Tage sinkt, fällt die Zeit des rituellen Tauchbades nach der T.O.K. bereits in die sterile Zone. In anderen Fällen könnten krankhaft verlängerte Menstruationsblutungen, die regelmäßig länger als 10 Tage dauern würden, den Termin des Tauchbades so lange hinauschieben, daß eine Konzeption verhindert wird.

Aber solche auf *Abnormitäten* beruhende Einzelfälle von Sterilität *berechtigten nicht zu einer biologischen Verurteilung der Ritualgesetze*. Statt die betreffenden Ehepaare zu religionsgesetzwidrigem Verhalten zu animieren (FLESCH) und sie so in schwere Gewissenskonflikte zu bringen, sollte man doch versuchen, einen zugrunde liegenden pathologischen Zustand zu beseitigen, wozu unter anderem die hormonale Therapie Aussichten bietet.

Gegen die T.O.K. wendet FRAENKEL (3) ein, daß eine derartige temporäre Sterilität der Frau — wenn sie wirklich existierte — von der Kulturwelt im Laufe der Jahrtausende als Gesetz hätte erkannt sein müssen. KNAUS (4) weist demgegenüber auf die Schwierigkeiten einer Empirie auf diesem Gebiete hin. Es dürfte dem Kritiker entgangen sein, daß in der religionsgesetzlichen Literatur der Juden, im *Talmud* (5), bereits die Auffassung vertreten wird, daß eine Befruchtung der Frau nur unmittelbar im Anschluß an das rituelle Tauchbad (in der Regel nach dem 12. Tag der Periode) stattfände. Diese Lehrmeinung des Rabbi JOCHANAN (um das Jahr 200) würde *mit der T.O.K. harmonieren*. Es findet sich allerdings auch eine Meinung vor, die die Befruchtung kurz vor Beginn der Menstruation annimmt. Doch scheint die erstere Lehrmeinung vorherrschend gewesen zu sein: der bedeutende Talmudlehrer und Arzt MAR SAMUEL, der ebenfalls um das Jahr 200 lebte, bestimmte das Alter eines Fetus, indem er als *Zeugungstermin* ohne weiteres den Tag nach dem Tauchbad ansetzte (6).

Daß sich gerade im Talmud Äußerungen über unser Problem finden würden, lag nahe. Die religionsgesetzlichen Ehe- und Reinheitsbestimmungen setzen regelmäßige exakte Beobachtungen und Notizen der Frau über den jeweiligen Eintritt der Menstruation und die Dauer des Zyklus voraus. Auf solcher Basis konnte der Zusammenhang zwischen Menstruations- und Zeugungstermin untersucht werden, und es ist von Interesse, daß die Korrelation analog der T.O.K. erkannt wurde. Auf diese Analogie ist kürzlich auch von STERN hingewiesen worden (7).

Im Rahmen der jüdischen Sexualgesetze kommt der T.O.K. für die Praxis der *Geburtenregelung* in orthodoxen jüdischen Kreisen besondere Bedeutung zu. Nach dem jüdischen Sittengesetz wird die Anwendung künstlicher Antikonzeption nur in Fällen vitaler Indikation geduldet (8). Für die übrigen ersten wirtschaftlichen und gesundheitlichen Motive einer Geburtenregelung wäre eine periodische Abstinenz im Sinne der T.O.K. das Gegebene, wobei allerdings in der Regel an solche Ehen gedacht ist, die bereits die religionsgesetzlich vorgeschriebene Mindestzahl von Kindern (Knabe und Mädchen) gezeugt haben. Das viel erörterte Problem der Sicherheit der T.O.K. erfährt nun bei Beachtung der Ritualgesetze eine nicht unerhebliche Stütze. Einer der wesentlichen Einwände gegen die Theorie besteht in der Möglichkeit einer Verfrühung der Ovulation durch äußere Anlässe, insbesondere durch die Wirkung der Kohabitation selbst. Hieraus kann indes für rituell lebende jüdische Ehepaare keine Gefahr erwachsen, da die Phase *vor* der Ovulation ohnedies nicht für die Kohabitation in Betracht kommt. Mit einer zweiten Ovulation und Imprägnation im *letzten Teil* des Intermenstrums braucht man infolge der hormonalen Herrschaft des Corpus luteum kaum zu rechnen. Somit dürfte für eine erforderliche Empfängnisverhütung in konservativen jüdischen Kreisen die Beachtung der *periodischen Abstinenz* nach Ogino-Knaus bei *regelmäßig menstruierenden* Frauen zumindest die gleiche *Sicherheit* bieten wie die üblichen künstlichen antikonzeptionellen Mittel.

Nachschrift: Nach der Korrektur erscheint in Nr. 39 des Zbl. Gynäk. eine Arbeit von NIEDERMAYER „Zur Frage der empfängnisfreien Zeit“, in der das neueste Material kritisch verarbeitet ist. NIEDERMAYERS

Darlegungen bilden für die von mir vertretene Bewertung etwaiger „vorzeitiger“ und „überzähliger“ Ovulationen eine erwünschte Stütze.

1. Fakultative Sterilität. Limburg 1931. — 2. Arch. Frauenkde u. Konstitutionsforschg 12 S. 122. — 3. Die Empfängnisverhütung. 1931. — 4. Zbl. Gynäk. 1931 Nr. 39. — 5. Talmud Babli. Niddah 31B. — 6. Talmud Babli. Niddah 25 B. — 7. „Israelit“ 1931 Nr. 31. — 8. HERMANN KLEIN, Geburtenregelung. Frankfurt a. M., 1931; JACOB LEVY, Die sexuelle Not in jüdischer Schau. Frankfurt a. M., 1932.

VON DEUTSCHEN HOHEN SCHULEN

Anatomie und Klinik¹

Von ROBERT WETZEL in Würzburg

Die deutsche Hochschulausbildung des Arztes baut den Unterricht systematisch auf. Das Ziel soll stufenweise erreicht werden; erst wenn der Student gelernt hat, was er braucht oder brauchen könnte, um sich auf einer höheren Stufe von Grund aus zurechtzufinden, soll er sie betreten dürfen. Den wichtigsten Absatz zwischen zwei Stufen bezeichnet das Physikum, bzw. nach der neuen Prüfungsordnung sein anatomisch-physiologischer Hauptteil.

Die aufbauende Art des deutschen, ärztlichen Unterrichts erfreut sich bemerkenswerterweise in der außerdeutschen Welt großer Achtung. ABRAHAM FLEXNER, der beste Kenner aller irgendwo üblichen Arten des Medizinstudiums, zieht das deutsche System seinem Gegenpol, der französischen „Lehrlingsausbildung“, vor, obwohl er deren Vorzüge durchaus anerkennt². Wir mögen uns freuen, daß ein Unparteiischer doch noch Gutes sieht, wo wir selbst, in oft unerfreulichen Einzelerlebnissen einer zum Äußersten angespannten Unterrichtstätigkeit befangen, zweifelhafter zu urteilen geneigt sind. Die Anerkennung von außen soll uns aber nicht hindern, Schattenseiten zu sehen, wo sie sind und sie bei Namen zu nennen. Unser System *hat* seine Kehrseite. 2½ Jahre vorklinischen Studiums sind eine kurze Zeit, aber doch lang genug, um den Studenten ganz in die Richtung auf das besondere Abschlußziel dieser Jahre einzuspannen. Dieses Ziel heißt immer „bestandenes Examen“, und kaum je, wie es eigentlich sollte, naturwissenschaftlich-biologische Bildung *als* ärztliche Vorbildung. „Examensstoff“ wird gelernt und nach bestandem Examen weggeworfen. Das vorklinische Studium ist — übertrieben gesagt — eine Art von magischer oder auch nur bürokratischer Formalität, die man eben erfüllen muß, um dann endlich an die berufliche Ausbildung herangelassen zu werden. Was Anatomie, um hier nur von ihr zu reden, etwa mit diesem Beruf zu tun haben könnte, das wird dann allenfalls in den Jahren klinischen Studiums und ärztlicher Tätigkeit *zu spät* erkannt.

Der Student müßte eigentlich das, was er im Augenblick lernt, nicht nur als das, sondern immer auch eben als *Vorstufe*, letzterdings zu seinem späteren ärztlichen Beruf sehen, wenn er es richtig und im aufbauenden Sinne der Studienordnung lernen und behalten soll. Diese Anforderung unseres Systems an den Studenten ist aber zu hoch; sie ist ein psychologischer Fehler. Denn wie *kann* der Student dem Gegenstand seines Lernens einen Sinn geben, ihn auf ein Ziel beziehen, das er nicht kennt, wenn er nicht zufällig in einem Krankenhaus aufgewachsen ist oder einmal schwer krank in der Klinik lag, wenn er nicht, wie wir dies immer wieder vergeblich fordern, in einem das Studium einleitenden Pflegerdienst lernen mußte, was ein Kranker ist? Der französische Lehrling, der vom Beginn seines Studiums an mit Kranken zusammen kommt und alles, was er allmählich auch an Theorie zu hören bekommt, nur unter dem Zielpunkt seiner ärztlichen Ausbildung verarbeitet, ist *darin* dem systematisch erzogenen deutschen Kollegen gegenüber im Vorteil.

Wenn auch der Erfolg des ärztlichen Studiums durch die Krankferne seiner vorklinischen Zeit zweifellos schwer beeinträchtigt ist, so halten wir doch am System unseres deutschen Unterrichts fest. Nicht, weil FLEXNER es gut findet, auch nicht weil es schon organisatorisch unmöglich wäre, den Unterricht in absehbarer Zeit grundsätzlich umzugestalten, sondern weil sein Aufbau ein, wenn auch unvermeidlich formalisierter, so doch lebendig gültiger Ausdruck gerade unseres

¹ Ich folge gerne der Aufforderung der Schriftleitung, mich über in Würzburg seit einigen Jahren angebahnte Versuche zur Überbrückung der Kluft zwischen vorklinischem und klinischem Studium zu äußern. — ² Medical Education. Deutsch von Fischer, Berlin 1927.