

Die Fehlgeburten 1931-1938 und ihre Behandlung in Krankenanstalten;

zugleich ein Beitrag zum Problem der Abtreibungen

Don Dr. F. Reichert, Berlin

I

Die Krankenanstaltsstatistik, wie sie seit 1931 geführt wird, könnte wertvolle Einblicke in das Problem der Fehlgeburten und damit der Abtreibungen vermitteln, wenn es nicht bis vor kurzem nahezu unmöglich gewesen wäre, sich ein einigermaßen zutreffendes Bild darüber zu machen, welcher Ausschnitt aus der Gesamtmasse der Fehlgeburten uns in der stationären Abortbehandlung eigentlich entgegentritt. Daß die Abtreibungen seit der Machtübernahme ganz erheblich zurückgegangen sind, ist allgemein bekannt. Um so schwerer fällt den Klinikern die Erklärung der merkwürdigen Tatsache, daß die Fehlgeburten in den Anstalten seit dem Jahre 1934 nur wenig abgenommen haben, ja mancherorts sogar zahlreicher geworden sind. Über die Entwicklung in den Anstalten gibt die Übersicht 1 sowohl hinsichtlich der behandelten Fehlgeburten als auch der Zahl der Todesfälle Aufschluß.

stärkeren relativen Verminderung dieser Todesfälle gleichkommt (z. B. bei den Ziffern 141 und 142). Auf den ersten Blick wird bei dieser Darstellungsart überzeugend klar, daß dem septischen Abort (Ziffer 140) eine ganz überragende Bedeutung für die Fehlgeburtssterblichkeit zukommt. Von 1932 bis 1938 ist bei den absoluten Zahlen der Ziffer 140 ein Rückgang um 59 v. H., bei den absoluten Zahlen der Todesfälle nach Kindbettfieber in den Entbindungsanstalten i. e. S. ein solcher von 67 v. H. zu verzeichnen. Diese Übereinstimmung bestätigt die Auffassung der Kliniker über die Ursachen dieser hocherfreulichen Entwicklung, die auch Optimisten in Erstaunen setzen konnte. Dabei sind alle Altersgruppen an der Verminderung der Todesfälle ziemlich gleichmäßig beteiligt. Wenn die 20- bis 25jährigen Frauen besonders günstig abschneiden, so kommt dies vor allem in den letzten beiden Beobachtungsjahren hauptsächlich daher, daß jetzt die schwachbesetzten Kriegsgeburtenjahrgänge in diese Altersgruppe eingerückt sind.

Übersicht 1

Die Fehlgeburten in Krankenanstalten 1931 bis 1938

	Fälle in den Entbindungsanstalten		davon Todesfälle		Mortalität		Fälle in d. übrig. Krankenhäusern absolut	davon Todesfälle	Mortalität auf 1000
	absolut	= 100	absolut	= 100	auf 1000	= 100			
1931	43 312	108	521	99	12,0	91			
1932	40 069	100	528	100	13,2	100			
1933	40 881	102	417	79	10,2	77			
1934	36 518	91	366	69	10,0	76			
1935	33 422	83	280	53	8,4	64	53 760	476	8,8
1936	35 817	89	307	58	8,6	65	52 850	417	7,9
1937	36 179	90	221	42	6,1	46	52 069	343	6,6
1938	35 636	89	176	33	4,9	37	51 263	267	5,2

Der Abnahme der behandelten Fehlgeburten in den Entbindungsanstalten i. e. S. um 11 v. H. gegenüber 1932 steht ein Rückgang der Sterblichkeit von 67 v. H. gegenüber. Daraus geht zunächst eine grundsätzliche Änderung in der Zusammensetzung des klinischen Krankengutes hervor. Die seit 1935 festgestellten Behandlungsfälle in den übrigen Krankenhäusern sind — ganz im Gegensatz zu den Entbindungen — wesentlich zahlreicher als die in den Entbindungsanstalten i. e. S. Während aber die übrigen Krankenhäuser in der Geburtshilfe mehr als doppelt so hohe Mortalitätsziffern aufweisen, ist die Sterblichkeit bei den Fehlgeburten in beiden Anstaltskategorien so gut wie gleich.

Philipp, Kiel, hat in Nr. 24/25 des „Deutschen Ärzteblattes“ und wesentlich ausführlicher in Nr. 6 des „Zentralblattes für Gynäkologie“ über den heutigen Stand der Bekämpfung der Fehlgeburt berichtet und dabei die obigen Zahlen bis zum Jahre 1936 verwertet. Die Streitfrage, warum mit der gewaltigen Senkung der Sterblichkeit nur ein so geringer Rückgang der Fehlgeburten in den Anstalten verbunden gewesen ist, hat Philipp ebensowenig wie andere Autoren zu klären vermocht.

Inzwischen sind zwei weitere Arbeiten erschienen, die neues wertvolles Material zu dem Problem der Abtreibungen beigebracht haben. Zunächst veröffentlichten E. Meier und H. Schulz in Nr. 18 des Reichs-Gesundheitsblattes „Die neue Reichsstatistik der Fehlgeburten. Ergebnisse für die Jahre 1936 bis 1938“. Auf die sehr klaren Darlegungen über die bei der Fehlgeburtenstatistik zu überwindenden methodischen Schwierigkeiten kann hier nicht eingegangen werden, ebensowenig auf die in der Literatur immer wieder aufgeworfene Frage, ob über diese „bekannt werdenden“ Fehlgeburten der Aufbau einer zuverlässigen Statistik der Schwangerschaften zu ermöglichen ist. Es ist ja unbetritten, daß die erfassbaren Fehlgeburten nur einen Teil jener Konzeptionen ausmachen, die zu keiner ausgetragenen Schwangerschaft führen. Diese Früchte werden bald nach der Empfängnis wieder ausgestoßen, ohne daß die betreffende Frau diesen Vorgang als etwas anderes als eine um wenige Tage oder Wochen verzögerte Menstruation wertet. Sie nimmt dieserhalb gar keine ärztliche Hilfe in Anspruch. Diese Frühaborte mögen auf dem Lande, wo der Arzt schwer erreichbar ist, noch viel zahlreicher sein als in der Stadt. So wird die Grenze zwischen diesen prästatistischen Fehlgeburten (v. Pfaunders) und den statistisch erfassbaren spontanen Aborten regional und in den verschiedenen Bevölkerungsschichten fließend sein. Alle diese Dinge haben jedoch für das praktische Problem, das hier im Vordergrund steht, keine ausschlaggebende Bedeutung. Es kommt jetzt nur darauf an, ob es möglich ist, ausgehend von den in den Jahren 1936—38 gezählten Fehlgeburten auf deren Häufigkeit in den Jahren vor 1934 Schlüsse zu ziehen. Meier und Schulz haben lediglich darauf hingewiesen, daß die Ergebnisse der Reichsfehlgeburtenstatistik tief unter den früher geschätzten Abtreibungszahlen liegen. Hillmann, Lübeck, setzte in Nr. 21 des Reichs-Gesundheitsblattes seine Veröffentlichungen der Lübecker Fehlgeburtenstatistik bis zum Jahre 1939 fort; sie ist besonders aufschlußreich gegliedert. Einzelheiten müssen in der Originalarbeit nachgelesen werden, sie sind gerade im Zusammenhang mit der Zählung für das ganze Reich von besonderem Wert.

Übereinstimmend führen alle Kliniker den geradezu erstaunlichen Rückgang der Sterblichkeit bei den Fehlgeburten auf die Abnahme der unsauberen Aborte, d. h. der Abtreibungen, zurück. Die fieberhaften Fälle gingen von Jahr zu Jahr zugunsten der nichtfieberhaften zurück.

Auch die amtliche Todesursachenstatistik von der Sterblichkeit nach Fehlgeburt stimmt mit den klinischen Erfahrungen weitgehend überein. Im Schaubild I sind die absoluten Zahlen der Todesfälle, die hier in Betracht kommen¹⁾, dargestellt, und zwar mit einer Aufteilung nach Altersgruppen. Bei der Beurteilung dieser Zahlen muß man sich vergegenwärtigen, daß von 1934 an viel mehr Schwangerschaften eingetreten sind und daher eine auch nur mäßige Senkung der Sterblichkeit einer weit

Die wichtigsten Ergebnisse der neuen Reichsstatistik gibt die Übersicht 2 wieder:

Übersicht 2

Fehlgeburten im Altreich (einschl. Saarland) 1936—1938

	Fehlgeburten	davon mit fieberhaften Komplikationen
1936	198 393	12 627
1937	196 674	12 212
1938	197 653	10 743

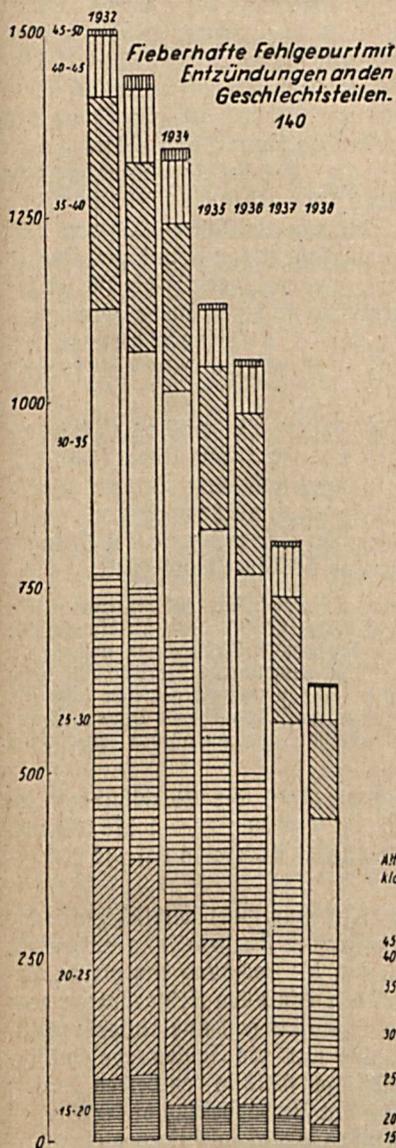
Meier und Schulz errechnen auf Grund dieser Zahlen der Fehlgeburten durch Addition der Lebend- und Totgeborenen und der

¹⁾ An m.: 140 Fieberhafte Fehlgeburt mit Entzündung an den Geschlechtsorganen.
 141 Sonstige Fehlgeburt und Schwangerschaftsblutung
 142 Schwangerschaft am unrechten Ort.
 143 Andere Schwangerschaftskrankheiten (ausschließlich 141, 142, 146, 147, 148).

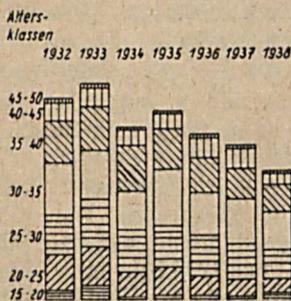
Sterbefälle nach Fehlgeburt und Krankheiten der Schwangerschaft

140 - 143

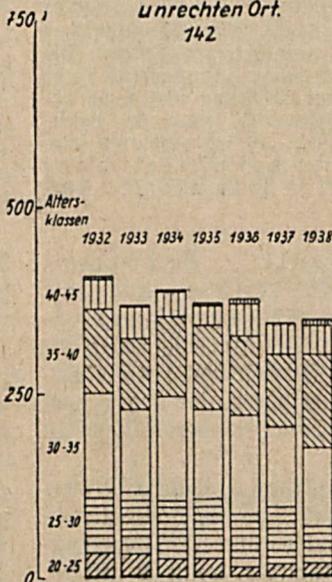
in den Jahren 1932 bis 1938
(absolute Zahlen)



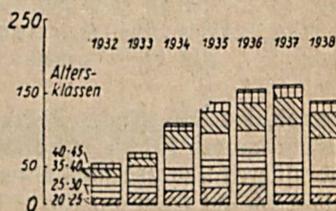
Sonstige Fehlgeburt und Schwangerschaftsblutung. 141



Schwangerschaft am unrechten Ort. 142



Andere Schwangerschafts-krankheiten außer 141, 142, 146, 147 u. 148. 143



nach § 14 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses gemeldeten Schwangerschaftsunterbrechungen die „bekanntgewordenen Schwangerschaften“.

In der folgenden Übersicht 3 ist eine ähnliche Aufrechnung durchgeführt. An Stelle der lebend und tot Geborenen werden jedoch durch Abzug der Mehrlinge, die etwa 1,25 v. H. der überhaupt Geborenen ausmachen, die Entbindungen, und als Zahlen der Schwangerschaftsunterbrechungen diejenigen eingesetzt, die in den Krankenhäusern tatsächlich ausgeführt wurden. Schließlich werden die Fehlgeburten in spontane und kriminelle derart aufgeteilt, daß als spontane 9 v. H. aller Schwangerschaften geschätzt werden. Mit 9 v. H. spontaner Fehlgeburten wird für die Zeit nach dem Weltkriege allgemein gerechnet; auch Philipp, Meier und Schulz halten diesen Dohndertersatz für der Wirklichkeit nahekommend.

Übersicht 3

Bekanntgewordene Schwangerschaften 1936 - 1938

	1936	1937	1938
Entbindungen	1 295 848	1 291 724	1 362 784
Spontane Aborte	134 750	134 180	140 610
Kriminelle Aborte	63 643	62 494	57 043
Schwangerschaftsunterbrechungen	2 982	2 494	1 897
	1 497 223	1 490 892	1 562 334

Im Jahre 1937 sind hiernach 7351 Schwangerschaften weniger zustande gekommen als im Vorjahr. Daß es sich dabei um die Folgen der Ende 1936 beobachteten Grippeepidemie handelt hat, wurde vom Statistischen Reichsamt bereits im Heft 9 von „Wirtschaft und Statistik“, Jahrgang 1938, nachgewiesen. Die Minderung der Zeugungen war auf 9000 geschätzt worden. Trotz dieser vorübergehenden Hemmung der Geburtenzunahme im Jahre 1937 sinken jedoch die kriminellen Aborte in den drei Beobachtungsjahren weiter deutlich ab.

Philipp ist bei seinen Berechnungen auf eine Schätzung von noch immer 120 000 kriminellen Aborten für das Jahr 1938 gekommen. In Wirklichkeit kann nur knapp die Hälfte dieser Zahl als berechtigt anerkannt werden. Noch schlimmer liegen die Dinge bei den Schätzungen der Abtreibungsfälle in der Zeit vor 1934. Wir wollen einmal ganz von jenen Autoren absehen, die ehemals mit einer Million Abtreibungen in den Jahren um 1932 rechneten. Sie haben ihre in Berlin und einigen anderen Großstädten gemachten Beobachtungen unbedenklich auf das Gesamtreich übertragen. In Philipps Arbeiten findet sich im Zusammenhang mit seiner Schätzung von 560 000 Abtreibungen im Jahre 1932 folgender Satz:

„Wenn im Jahre 1938 rund 375 000 Kinder mehr geboren wurden als im Jahre 1935, und wenn wir ausrechneten, daß im Jahre 1938 über 400 000 Fehlgeburten weniger stattfanden als 1932, so besteht hier ein direkter Zusammenhang.“

Sollte diese Ausgangszahl von 560 000 Abtreibungen im Jahre 1932 stimmen, dann würde dies bedeuten, daß die eheliche

Fruchtbarkeit seit der Machtübernahme nicht nur nicht gestiegen, sondern ganz erheblich abgesunken wäre, denn die Geborenen hätten ja allein durch das Austragen von 440 000 ehemals abgetriebenen Schwangerschaften um 65 000 mehr zunehmen müssen, als es in Wirklichkeit geschehen ist. Da ferner aus dem viel größeren Ehebestand des Jahres 1938 rund 125 000 Kinder auch ohne Steigerung der Fruchtbarkeit hätten mehr geboren werden müssen, bedeutet die Philippsche Hypothese, daß die Konzeptionen um mindestens 190 000 gegenüber 1933 abgenommen haben würden. Hier muß also ein verhängnisvoller Irrtum unterlaufen sein.

Die methodisch absolut zuverlässigen Berechnungen des Statistischen Reichsamtes, die zuletzt in Nr. 7, 1939 von „W. u. St.“ veröffentlicht wurden, geben für die Entwicklung der ehelichen Fruchtbarkeit des Jahres 1938 gegenüber 1933 folgendes an:

Die Gesamtzahl der ehelich Geborenen hat um 381 800²⁾ zugenommen. Wären jedoch die Eheschließungen des Jahres 1932 in der Folge nicht überschritten worden und würde die Fruchtbarkeit des Jahres 1933 weiterhin unverändert geblieben sein, dann wären im Jahre 1938 sogar noch 42 900 eheliche Kinder weniger geboren worden. Die wirkliche Geburtenzunahme hat folglich insgesamt 424 700²⁾ betragen, von denen aber nur 282 300²⁾ aus erhöhter Fruchtbarkeit stammen. Der Rest erklärt sich aus dem veränderten Ehebestand. Die erhöhte Fruchtbarkeit kann auf drei Ursachen zurückgehen: mehr gewollte Kinder, verminderte Konzeptionsverhütung und nicht abgetriebene Schwangerschaften. Letztere müssen also, soweit sie gegenüber 1933 abgenommen haben, in der Zahl 282 300 enthalten sein. Der Rückgang der Abtreibungen kann folglich auf gar keinen Fall größer gewesen sein als 282 300.

Anders ausgedrückt bedeutet das:

Selbst wenn man jeden gewollten Geburtenzuwachs seit 1933 ableugnete, könnten damals nicht mehr als 339 343 Abtreibungen²⁾ vorgekommen sein. Die Schätzung von Philipp muß daher um mindestens 220 000 zu hoch sein. In Wirklichkeit hat die eheliche Fruchtbarkeit eine Steigerung erfahren, die sogar zum größeren Teil auf einer gewollten Zunahme der Konzeption beruht.

Wieviele der 282 300 im Jahre 1938 aus erhöhter Fruchtbarkeit geborenen Kinder auf eine Zunahme der Konzeptionen zurückzuführen sind und nicht etwa auf verhinderte Abtreibungen, läßt sich nur dann annähernd bestimmen, wenn es gelingt, die in den Jahren 1932 oder 1933 vorgekommenen Abtreibungen annähernd genau zu schätzen. Eine brauchbare Handhabe bietet dafür die Todesursachenstatistik in Verbindung mit der Anstaltsstatistik.

Im Jahre 1938 entfallen auf 199 550 Fehlgeburten und Unterbrechungen (vergebliche Schwangerschaften) 789 Todesfälle der Ziffern 140 und 141. Die Mortalität beträgt somit rund 4 v. T. Aus der Anstaltsstatistik (Übersicht 1) wissen wir, daß die Sterblichkeit aller Fehlgeburten in den Entbindungsanstalten i. e. S. im Jahre 1932 mit 13,2 gegenüber 4,9 (1938) mehr als doppelt so hoch gewesen ist, und nach der Todesursachenstatistik war damals die Zahl der Todesfälle (1776) ebenfalls höher als das Zweifache. Da zudem in Pragis und Klinik sich die allgemeine Überzeugung durchgesetzt hat, daß die Sterblichkeit nach Fehlgeburten um mehr als die Hälfte zurückgegangen ist, dürfen wir unbedenklich für das Jahr 1932 im Durchschnitt aller Fehlgeburten mit einer Mortalität von mindestens 8 v. T. rechnen. Das bedeutet aber, daß im Jahre 1932 höchstens (1776 mal 1000 : 8 =) 222 000 vergebliche Schwangerschaften vorgekommen sein können. Nehmen wir dazu die 1 010 900 ausgetragenen Schwangerschaften, so gelangen wir zu 1 232 900 Konzeptionen. Dieser Zahl würden 111 000 Spontanaborte entsprechen, so daß die gleiche Zahl als Abtreibungen und Unterbrechungen für das

Jahr 1932 übrig bleibt. Wollte man dagegen mit Philipp für 1932 etwa 660 000 Fehlgeburten annehmen, dann würde damals eine Sterblichkeit von nur 2,7 v. T. anzunehmen sein, d. h. eine noch weitaus niedrigere Mortalität als im Jahre 1938 mit 3,95 v. T. tatsächlich erreicht ist. Folglich müßte mit einer Abnahme der Fehlgeburten von 660 000 auf 200 000 eine Erhöhung der Sterblichkeit um die Hälfte verbunden gewesen sein. Eine ganz unmögliche Konstruktion! Erst bei einer Annahme von 450 000 Fehlgeburten im Jahre 1932 würden die 1776 damaligen Todesfälle die gleiche Mortalität wie im Jahre 1938 von 3,95 ergeben. Da nun aber nach der Erfahrung in Klinik und Pragis die Mortalität der Fehlgeburten auf weniger als die Hälfte zurückgegangen ist, geht ohne weiteres auch aus dieser Überlegung hervor, daß die gesuchte Zahl der Fehlgeburten im Jahre 1932 nicht weit von 200 000 entfernt liegen kann.

Zu dem gleichen Ergebnis führt die andere Überlegung, daß die Sterblichkeit nach septischem Abort (140) mit der Zahl der Abtreibungen in unmittelbarem Zusammenhang stehen muß. Auch hierbei handelt es sich nicht um eine mehr oder weniger vage Hypothese, sondern um eine gesicherte Erfahrungstatsache und für den Arzt um eine Selbstverständlichkeit.

Bei der Rückrechnung benutzen wir jedoch diesmal die Mortalität des Jahres 1937 mit rund 15 v. T. (809 : 62 494), weil die Mortalität des Jahres 1938 aus später zu erläuternden Gründen zu niedrig ist. Die in den Jahren 1932 und 1933 zu vermutende Sterblichkeit beim septischen Abort kann jedenfalls nicht niedriger gewesen sein als 15 v. T. Diese für unsere Rechnung ausschlaggebende Voraussetzung wird jedenfalls kein Sachverständiger als ansichtbar bezeichnen wollen.

Dann ergibt sich aber, daß die Zahl der Abtreibungen im Jahre 1932 nicht höher als (1505 × 1000 : 15 =) 116 000 und im Jahre 1933 nicht höher als 1442 × 1000 : 15 =) 111 000 gewesen sein kann.

Mit dieser letzten Schätzung trifft man wohl ziemlich genau die beiden Zahlen, auf die es für unsere Fragestellung ankommt, und es ist gewiß kein Zufall, daß die Rechnung das gleiche Ergebnis zeitigt, gleichgültig, ob wir von allen Fehlgeburten oder nur von den zu vermutenden Abtreibungen und Unterbrechungen ausgehen. Für letztere sind nur die Zahlen der Entbindungsanstalten i. e. S. mit 5537 bzw. 4242 in den beiden Jahren 1932 und 1933 bekannt. Mit einer Verdoppelung dieser Größen glauben wir der Zahl der in allen Krankenhäusern ausgeführten Unterbrechungen nahe zu kommen. Dann setzen sich die verbleibenden Schwangerschaften in diesen Jahren folgendermaßen zusammen:

Übersicht 4
Vergebliche Schwangerschaften 1932 und 1933

	1932	1933
Spontane Aborte	111 000	105 858
Abtreibungen	105 000	102 500
Unterbrechungen	11 000	8 500
dazu die Entbindungen	1 010 905	959 339
Schwangerschaften insgesamt	1 237 905	1 176 197

Nun ist es nicht mehr schwierig, vom Jahre 1933 auf die beiden noch fehlenden Jahre 1934 und 1935 zu schließen. Dabei erscheint es naheliegend, die Abnahme der Abtreibungen und Unterbrechungen von 111 000 im Jahre 1933 auf 66 625 im Jahre 1936 in gleicher Weise auf die Jahre 1934 und 1935 zu verteilen, wie gleichzeitig die aus erhöhter Fruchtbarkeit ehelich Geborenen zugenommen haben (nach den Untersuchungen des Stat. Reichsamtes 1934 um 182 900, 1935 um 212 400 und 1936 um 224 600 gegenüber 1933). Das ergibt für 1934 an Abtreibungen 70 361 und an Unterbrechungen 4500 (geschätzt wie oben) und für 1935 64 884 Abtreibungen und 4151 Unterbrechungen. Jetzt kann die Übersicht 3 für die Jahre 1932—1935 ergänzt werden und ergibt

²⁾ Nach Mitteilung des Statistischen Reichsamtes berichtet (endgültige Zahlen).

²⁾ Bestand 1938 = 57 043, dazu der Rückgang von höchstens 282 300.

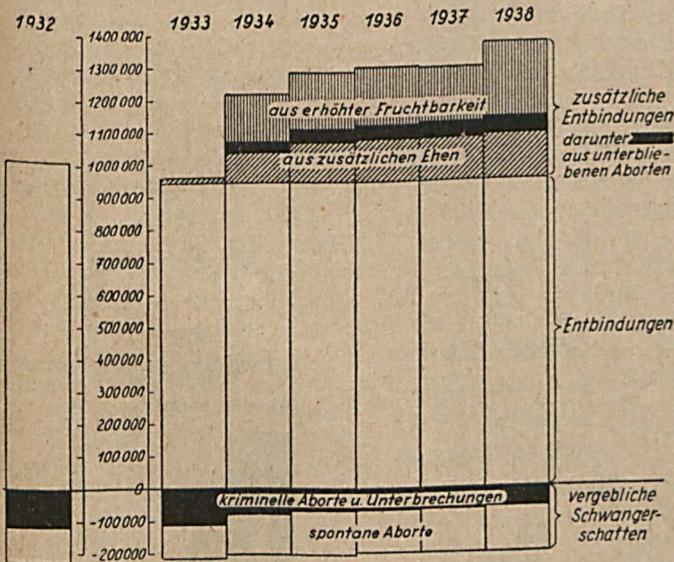
Überblick 5

	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938
1. Entbindungen	1 010 905	959 339	1 215 666	1 281 379	1 295 848	1 291 724	1 362 784
2. Spontane Aborte (= 9 v. H. der Schwangerschaften [5])	111 000	105 858	127 633	133 556	134 750	131 180	140 610
3. Abtreibungen	105 000	102 500	70 361	64 884	63 643	62 494	57 043
4. Schwangerschaftsunterbrechungen	11 000	8 500	4 500	4 151	2 982	2 494	1 897
5. Bekannt gewordene Schwangerschaften	1 237 905	1 176 197	1 418 160	1 483 970	1 497 223	1 490 892	1 562 334
Alle vergeblichen Schwangerschaften	227 000	216 858	202 494	202 591	201 375	199 168	199 550
Summe 2-4 in v. H. aller Schwangersch.	18,3	18,4	14,3	13,7	13,4	13,4	12,8
Nur die Abtreibungen (3) in v. H. aller Schwangerschaften	8,5	8,7	5,0	4,4	4,3	4,2	3,7

Die kursiv gesetzten Zahlen sind geschätzt oder aus geschätzten errechnet; sie wurden absichtlich nicht abgerundet, weil der Leser aus dem Text erfieht, daß es sich nur um Annäherungswerte handelt. Es ist ohnehin einleuchtend, daß selbst dann, wenn z. B. die Abtreibungen in der zurückliegenden Zeit in Wirklichkeit um 10- bis 20 000 höher gelegen haben, das Wesentliche der ganzen Beweisführung so gut wie nicht berührt würde.

Eine Schätzung, wie sie uns zu den Zahlenreihen der Übersicht 5 geführt hat, muß, wenn sie einigermaßen das Richtige getroffen hat, zu Ergebnissen führen, die mit den praktischen Erfahrungen übereinstimmen. Inwieweit dies der Fall ist, kann der Leser schon an dem Schaubild 2 beurteilen, in dem die Entwicklung in den 8 Beobachtungsjahren veranschaulicht wird. Zunächst zeigt sich, daß nur ein bescheidener Anteil der auf erhöhter Fruchtbarkeit beruhenden Zunahme der Entbindungen auf ehemalige Abtreibungen zurückgeführt werden darf. Der weit überwiegende Teil der Fruchtbarkeitssteigerung ist tatsächlich echt, d. h. es kommt hier unmittelbar die gewollte Zunahme der Empfängnisse zum Ausdruck. Wäre freilich die gleiche Darstellung der Entwicklung in Berlin möglich, dann würde nur der kleinste Teil der Fruchtbarkeitssteigerung echt sein und der weit größere auf jetzt ausgetragene Empfängnisse entfallen, die vor 1934 wieder beseitigt worden sind.

Schaubild 2



In Berlin sind die Abtreibungen seit 1933 etwa auf den vierten Teil zurückgegangen. Wer allerdings an großstädtischen Verhältnissen mit Fehlgeburtenzahlen von ehemals 50 v. H. der Empfängnisse sein Urteil bilden will, der wird zunächst nicht für möglich halten, daß in Schaubild 2 die vergeblichen Schwangerschaften nur so wenig abgenommen haben sollen⁴⁾. Tatsächlich hat die Zunahme

⁴⁾ An m.: Um dem Leser einen Eindruck der Entwicklung in den Großstädten zu vermitteln, gibt das Schaubild 3 oben die Lübecker Zahlen wieder, während unten eine Schätzung für Berlin versucht wird. Auf Grund der Berliner Krankenkassenstatistiken ist für das Jahr 1933 angenommen, die Geborenen entsprächen der Hälfte der eingetretenen Schwangerschaften. Die im Jahre 1937 Geborenen würden alsdann 81,5 v. H. der eingetretenen

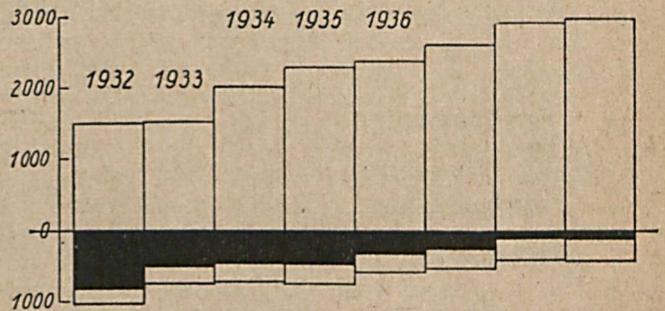
der spontanen Aborte — als Folge der vermehrten Schwangerschaften — fast den ganzen Rückgang der Abtreibungen wettgemacht. Gerade von 1937 zu 1938 wird dies besonders deutlich. So erklärt sich denn auch, daß die Fehlgeburten insgesamt seit 1934 fast unverändert 200 000 ausmachen und die Kliniken vergeblich auf eine Abnahme der Fehlgeburten insgesamt gewartet haben.

Schaubild 3

Lübeck

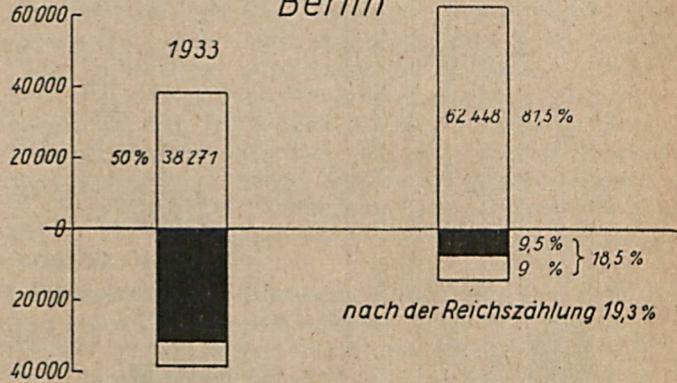
nach Hillmann

1937 1938 1939



Berlin

1937



nach der Reichszählung 1933%

Schwangerschaften ausmachen, wenn überhaupt keine Zunahme der Empfängnisse gegenüber 1933 eingetreten wäre. Die unter diesen Voraussetzungen übrigbleibenden 9,5 v. H. an Abtreibungen und 9 v. H. an spontanen Aborten machen mit 18,5 v. H. an Fehlgeburten nur 0,8 v. H. weniger aus, als die Reichszählung für 1937 (19,3 v. H.) ergeben hat.

Selbstverständlich hat auch in Berlin die Fruchtbarkeit in einigen Bevölkerungsgruppen eine Steigerung erfahren, wie ja auch auf die zusätzlichen Ehen zahlreiche Entbindungen gekommen sind. Nachdem jedoch seit 1934 die Möglichkeit, eine Schwangerschaft abzutreiben, kaum mehr besteht, ist offenbar in anderen Kreisen der Bevölkerung in größerem Ausmaß als früher Empfängnisverhütung betrieben worden, denn sonst hätten die Entbindungen noch stärker zunehmen müssen, als es geschehen ist.

Erst dann, wenn wir die früheren Schätzungen als unmögliche Phantazahlen erkennen und von Zahlen wie den oben errechneten ausgehen, lassen sich die Erfahrungen aus Klinik und Praxis überhaupt begreifen. Das wird noch deutlicher, wenn jetzt die Sterblichkeit auf Grund der gefundenen Zahlen der Abtreibungen und der gesamten Schwangerschaften errechnet wird. Die Übersicht 6 enthält nur die Zahlen der Sterbefälle nach septischem Abort (140), nachdem es nun hinreichend klar geworden ist, daß die übrigen Sterbefälle (141 bis 143) in diesem Zusammenhang von ganz untergeordneter Bedeutung sind.

Übersicht 6

	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938
Sterbefälle ⁵⁾ (Ziff. 140)	1505	1442	1342	1130	1053	809	618
Mortalität je 1000 Abtreibungen	14,3	14,1	19,1	17,4	16,6	13,0	10,8
Sterblichkeit auf 10 000 Schwangerschaften	12,2	12,3	9,5	7,6	7,0	5,4	4,0

⁵⁾ Auch diese Zahlen der Sterbefälle (140) könnten angezweifelt werden etwa aus der Befürchtung, daß vor dem Jahre 1934 eine größere Zahl von Todesfällen nach septischem Abort verschwiegen und absichtlich unter anderen Todesursachen gemeldet worden sei. Das Statistische Reichsamt ist jedoch immer schon durch mehrfache Rückfragen gerade diesen Fällen besonders aufmerksam nachgegangen. Schon aus dem Grunde wird hier keine irgendwie bedeutsame Fehlerquelle gesucht werden dürfen. Aber selbst wenn in den Jahren 1932 und 1933 jeweils 100 Todesfälle an septischem Abort unbekannt geblieben wären, kämen bei dem vorausgegangenen Rückschluß auf die Zahlen der Abtreibungsfälle nur etwa 7000 mehr heraus.

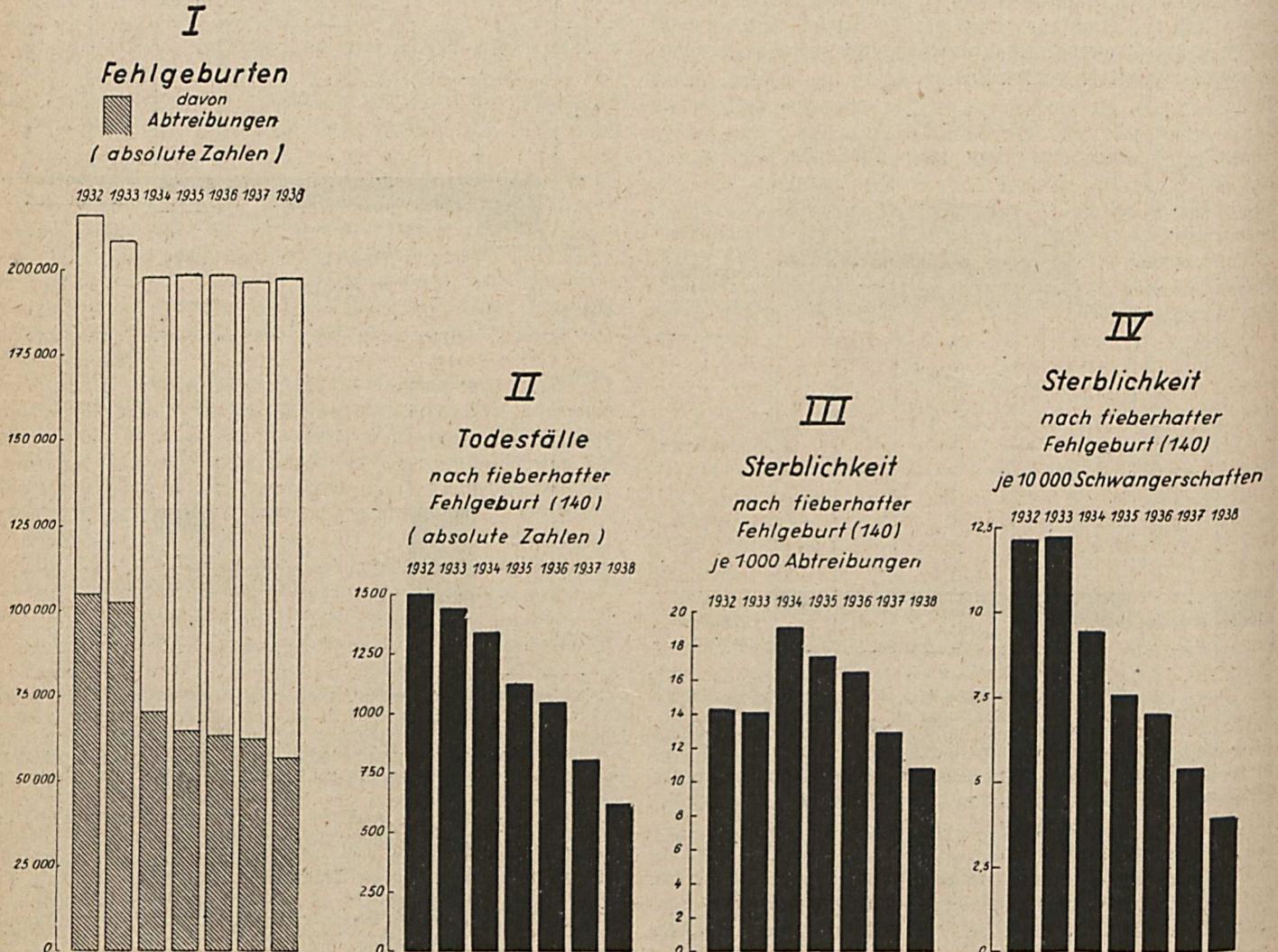
Das Schaubild 4 zeigt in der linken Hälfte die Entwicklung der absoluten Zahlen: Unter I die Gesamtzahlen der vergeblichen Schwangerschaften und den Anteil der in der Übersicht 5 verzeichneten Abtreibungen. Unter II die Sterbefälle an septischem Abort (140).

In der rechten Hälfte erscheinen dann die obigen beiden Zahlenreihen der Mortalität. Dabei fällt gleich auf, daß hier ein wesentlicher Unterschied zutage tritt, den es aufzuklären gilt.

Der Abnahme der Abtreibungen um etwa 32 000 von 1933 zu 1934 steht kein gleichgroßer Rückgang der Sterblichkeit an septischem Abort gegenüber. Diese Sterbefälle sind nur um 100 weniger geworden, d. h. die in Wegfall gekommenen Abtreibungsfälle hatten nur eine Mortalität von 3,1 v. T. aufzuweisen gegenüber einer solchen von 14,1 bei allen Abtreibungen im Jahre 1933. Es liegt auf der Hand, daß es sich hierbei um den ersten großen, schlagartigen Rückgang der von Ärzten ehemals ausgeführten Abtreibungen handelt, die unter der Gesamtzahl als „saubere“ gelten können. So erklärt sich auch ganz einfach, warum dann vom Jahre 1934 an die übrig gebliebenen Abtreibungen eine wesentlich höhere Mortalität (III) haben. Aber auch diese unsauberen Fälle gehen dann von Jahr zu Jahr um einige Tausend zurück, und zwar scheint es so, als wäre den gefährlichsten Abtreibern mehr und mehr das Handwerk gelegt worden, denn sonst wäre der gegenüber den Fallzahlen weit größere Rückgang der Sterbefälle nicht recht zu verstehen. Vom Jahre 1937 an sinkt dann die Sterblichkeit (bei III und IV) nochmals in besonderer Weise ab. Hier spielt, wie an Hand des klinischen Materials erläutert werden wird, die Wirkung neuer Behandlungsmethoden eine bedeutende Rolle.

Bedenken wir nun, daß sich diese Erklärungen auf Grund der 3. T. geschätzten Zahlen ganz von selber darbieten, daß aber die Schätzungen von Philipp und anderen Autoren zwangsläufig unter III des Schaubildes 4 zu einem ganz erheblichen Anstie-

Schaubild 4



gen der Mortalität je 1000 Abreibungen von 1933 bis 1938 führen müßten, dann zeigt sich auch hier — gleichsam *ex juvantibus* — die annähernde Richtigkeit unserer Berechnungsmethode und die Unmöglichkeit jener überhöhten Zahlen, die bisher glauben gefunden haben.

Wir haben nun auf mehrere, z. T. voneinander unabhängige Arten den Nachweis erbracht, daß das Konto der Abreibungen vor dem Jahre 1934 nicht mit mehr als 100- bis 120 000 Fällen belastet gewesen sein kann und daß bereits im Jahre 1938 nur noch die Hälfte dieser Zahl erreicht worden ist.

Die Notwendigkeit zahnärztlicher Betreuung in Schutzgebieten

Don Dr. E. J. Martin, Kaldenkirchen

Während die sanitäre Betreuung in Schutzgebieten durch Ärzte mit besonderer Ausbildung zur Selbstverständlichkeit geworden ist, dürfte es nur wenig bekannt sein, daß gerade dem Zahnarzt in diesem Rahmen eine nicht unwesentliche Rolle zufällt. Wird auch der weißen Rasse — einerseits aus Gründen blutmäßiger Verbundenheit, andererseits wegen ihrer größeren Anfälligkeit unter veränderten klimatischen und anderen Lebensbedingungen — das Hauptinteresse zu widmen sein, so ist die Gesunderhaltung der eingeborenen Bevölkerung nicht nur aus menschlichen, sondern auch aus wirtschaftlichen Gründen geboten.

Der oft außerordentlich schwierigen Arbeit, die dem Zahnarzt bei Lösung dieser Aufgabe zufällt, ist in der Vergangenheit zu wenig Beachtung geschenkt worden. Es ist besonders in der Betreuung der eingeborenen Bevölkerung auf zahnärztlichem Gebiet eine Lücke entstanden, die heute keine Berechtigung mehr hat. In der Literatur ist über dieses Gebiet so gut wie nichts zu finden. Ich möchte deshalb ein Beispiel aus meinen eigenen Erfahrungen und Beobachtungen anführen. Wenn ich dabei die Verhältnisse in einem arktischen Gebiet schildere, sind die Erlebnisse ohne weiteres auf tropisches Gebiet übertragbar, handelt es sich doch um die Betreuung primitiver Völker durch den Schutzstaat, wobei die geographische Lage nur eine unwesentliche Bedeutung hat.

Während meiner Tätigkeit als beamteter Zahnarzt in den Vereinigten Staaten von Nordamerika bekam ich im Frühjahr des Jahres 1929 den Auftrag, mich nach Alaska zu begeben, wo auf einer Inselgruppe im Bering-Meer eine Art „Zahnkrankheit“ unter der eingeborenen Bevölkerung grassierte, die ein solches Ausmaß angenommen habe, daß die notwendigen öffentlichen Arbeiten darunter litten. Bei meinem Eintreffen auf den Pribiloffs fand ich auf den beiden Hauptinseln St. Paul und St. George eine Bevölkerung von etwa 450 Aläuten vor. Die ersten Untersuchungen zeigten einen katastrophalen Zahnzerfall bei der Masse der Inselbewohner. Jedoch war dieser nicht einheitlich, vielmehr waren ziemlich deutliche graduelle Unterschiede nach dem Alter festzustellen. Der Grad der Zerstörung nahm nicht, wie normalerweise zu erwarten war, mit dem Alter zu, vielmehr hatten die älteren und ältesten Bewohner ein völlig gesundes Gebiß. Die mittleren Jahrgänge zeigten weitgehende Zerstörungen der Zahnkronen und zahlreiche Fisteln, während die Zähne der Kinder geradezu haarsträubende Zustände offenbarten, wie ich sie weder vorher noch nachher in diesem Ausmaß zu Gesicht bekommen habe. Kinder von 15 Jahren wiesen vom bleibenden Gebiß nur noch Wurzelstümpfe auf, bei Kleinkindern fand ich die Milchzähne beim Durchbruch schon völlig entkalkt, die dann wenige Monate später bis zur Höhe des Zahnfleischrandes weggefault waren.

Der Verdacht einer Mangelkrankung drängte sich direkt auf. Überraschend war der Umstand, daß Allgemeinerscheinungen wie z. B. Rachitis bei den Kindern in größerem Umfang fehlten. So begann ich meine Nachforschungen mit der Geschichte der In-

Es ist kein Ruhmesblatt der deutschen Medizinalstatistik und nur durch ihre Auffplitterung in organisatorischer Beziehung erklärbar, daß über diese volksbiologisch so wichtige Teilfrage viele Jahre hindurch ganz falsche Vorstellungen geherrscht haben. Welche allgemeine Bedeutung unseren Feststellungen zukommt, braucht nicht weiter dargelegt zu werden.

Für die Betrachtung der Krankenanstaltsstatistik, soweit sie die Fehlgeburten betrifft, ist nunmehr die Möglichkeit gegeben, die stationäre Behandlung als Ausschnitt aus der Gesamtmasse zu betrachten und zu werten.

Berlin NW 87, Klopstockstr. 18. Reichsgesundheitsamt

(Der zweite Teil folgt)

seln und ihrer Bewohner. Dabei machte ich zunächst die Feststellung, daß die Eingeborenen auf den Pribiloff-Inseln gar nicht heimisch waren. Als die Russen bei ihrer Eroberung Sibiriens den Stillen Ozean erreicht hatten, entdeckten sie zu Beginn des 18. Jahrhunderts eine Kette von Inseln, die sich über 1000 Meilen ostwärts erstreckte und sie bis zum Festland von Alaska führte. Zweck dieser Entdeckungen war, neue Jagdgründe für den einträglischen Pelztierfang zu finden. Bewohnt waren diese Inseln von einer Bevölkerung mongoloiden Typs, die den Eskimos ähnelt und heute unter dem Sammelnamen Aläuten zusammengefaßt wird. Etwa 50 Jahre später, gegen Ende des 18. Jahrhunderts, wurden auch die Pribiloff-Inseln, die eigentliche Heimat der Pelzrobber (seals), die das noch heute begehrte Sealskin liefern, nach langem Suchen entdeckt. Diese unwirtlichen Inseln, die mitten im Bering-Meer liegen, sind vulkanischen Ursprungs und bis auf wenige Gräser, Moose und Flechten vegetationslos. Sie waren damals unbewohnt. Um Arbeitskräfte für das Töten und Pelzen der Robben zu haben, verschleppten die Russen Aläuten nach dort, die sie im Herbst, wenn ihre Schiffe mit der wertvollen Ladung angefüllt waren, aus Platzmangel oder Gleichgültigkeit nicht wieder einschifften, sondern auf den Inseln ihrem Schicksal überließen, wo die meisten elend zugrunde gingen. Es fand so im Laufe eines Jahrhunderts eine natürliche Auslese der Allerkräftigsten und Widerstandsfähigsten statt, so daß sich noch heute die Bewohner der Pribiloff-Inseln von denen der Aläuten-Inseln im Gesundheitszustand und körperlicher Widerstandsfähigkeit unterscheiden. Diese Feststellungen waren wesentlich für die Beurteilung der Lage, wie ich sie vorfand. Die Erfahrung hatte die Eingeborenen gelehrt, das rohe Fett der Pelzrobber, das als Wärmeschutz eine dicke Schicht unter ihrer Haut bildet (sog. blubber), zu essen. Sie hatten so instinktmäßig das Richtige gefunden, denn neben den nötigen Kalorien, der erbarmungslosen Witterung zu trotzen, enthält der rohe Blubber notwendige Vitamine, ähnlich dem Lebertran.

Im Jahre 1867 kam Alaska mit seinen Inseln durch Kauf an die Vereinigten Staaten von Nordamerika. An der Ausbeutung des Pelzreichtums der Inseln änderte sich zunächst nichts, nur daß sie vielleicht noch rücksichtsloser betrieben wurde, bis zu Beginn unseres Jahrhunderts die Pelzrobber auszusterben begannen. Von der viele Millionen zählenden Herde waren nur noch wenige Tausend übrig geblieben. Im Jahre 1912 wurde sie im Vertrag von London unter internationalen Naturschutz gestellt und für Jahre jegliches Töten untersagt. Damit fiel aber die ausschließliche Erwerbs- und Haupternährungsquelle für die Inselbewohner fort. Die USA-Regierung sah sich daher veranlaßt, die Bewohner dieses Reservats unter ihren Schutz zu stellen und mit Wohnung, Kleidung und Nahrung zu versorgen. Da es kein Holz auf den Inseln gibt, wurden Betonhäuser errichtet. Lebensmittel wurden in Form von Konserven eingeführt. Die Eingeborenen wurden so plötzlich auf eine ganz andere Ernährungs-