

**vormals Ärztliches Vereinsblatt und Ärztliche Mitteilungen**

Beilagen: „Neues Volk“ Blätter des Rassenpolitischen Amtes der NSDAP (monatlich 1 mal),  
„Der Erbarzt“ (monatlich 1 mal), Sozialwissenschaftliche Rundschau

Herausgeber:

**Deutscher Ärztevereinsbund und Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund)**

Postkass.: Berlin 40788 / Verlag der Deutschen Ärzteschaft Berlin SW 19 / Bankkonto: Dresdner Bank Depositenkasse 39, Ritterstraße 43

Schriftleitung: Dr. med. Haedenkamp, Berlin SW 19, Lindenstraße 42. Fernsprech-Sammelnummer A 7 Dönhoff 4871

Bezugspreis: Für Nichtmitglieder M. 1.50 monatlich. Alle Postanstalten nehmen Bestellungen an. Die Zeitschrift erscheint wöchentlich

**Inhalt**

Familienlastenausgleichskasse	731
Dr. Tornau: Die Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reich	731
Diphtheriebekämpfung	734
Rechtsfragen:	
Reichsgerichtsrat i. R. Dr. Gunkel: Sachgemäße Beratung wegen einer Operation	738
Dr. jur. M. Küper: Die Verlesung des Arztscheins im Falle § 176 Ziff. 3 StGB	741

Dr. jur. M. Küper: „Als Kreisarzt approbiert“	741
Amtsgerichtsrat Coermann: Gerichtsentscheidungen	741
Wochenschau	742
Gesetze, Verordnungen und Erlasse	744
Ärztliche Fortbildung	745
Tagungen und Versammlungen	745
Ungarnfahrt deutscher Ärzte nach Budapest	745
Ämtliche Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands	746
Ämtliche Bekanntmachungen des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund)	749

**Familienlastenausgleichskasse**

Auf Grund des Punktes 8 der Anordnung über die Errichtung einer Ausgleichskasse der Rassenärztlichen Vereinigung Deutschlands vom 22. Februar 1934 gewährt die Familienlastenausgleichskasse ihre Leistungen unter entsprechender Anwendung der für sie geltenden Richtlinien bis auf weiteres und ohne Rechtsanspruch auch an Waisen von Rassenärzten, die bis zu ihrem Tode Kinderzulagen erhalten haben.

Die Entwicklung der Familienlastenausgleichskasse gestattet es, die Leistungen auch Waisen von Rassenärzten, soweit sie Zulagenbezieher waren, zukommen zu lassen, ohne daß eine Beitragserhöhung sich notwendig macht.

Berlin, den 24. Juli 1935

S. W.: Dr. Grote

**Die Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reich**

Von Dr. Tornau, Berlin

Für den Bevölkerungspolitiker, der Volkszahl und Nachwuchsgröße im wesentlichen unter statistischen Gesichtspunkten betrachtet, ist die Säuglingssterblichkeit nach ihrem heutigen Stande ziemlich bedeutungslos. Es spielt rein zahlenmäßig keine große Rolle, ob 6—8 v. H. der Lebendgeborenen oder, in absoluten Zahlen ausgedrückt, rund 75 000 Säuglinge wieder sterben, wenn man auf der anderen Seite durch Werbemittel aller Art eine Geburtensteigerung um mehrere Hunderttausend erreicht. Betrachtet man die Säuglingssterblichkeit jedoch historisch, vergleicht man ihre heutige Höhe mit der vor 20—50 Jahren, so gewinnt sie auch für den Bevölkerungsstatistiker ein ganz anderes Gesicht, denn es ist sicherlich nicht gleichgültig, ob uns 20—25 v. H. oder nur 6—7 v. H. der Neugeborenen wieder verloren gehen. Träfe heute die einstmalige hohe Säuglingssterblichkeit mit dem tatsächlich eingetretenen Geburtenrückgang zusammen, so würde unsere bevölkerungspolitische Lage noch viel bedenklicher sein. Nur die Tatsache, daß wir von den hohen Geburtenziffern der Jahrzehnte um die Jahrhundertwende einen erheblichen Abstrich für wieder gestorbene Säuglinge machen dürfen, während heute doch rund 93 v. H. von ihnen am Leben bleiben, gibt dem Nachwuchsvergleich zwischen heute und früher eine kleine tröstende Note.

Der Rückgang der Säuglingssterblichkeit ist in der Hauptsache den Fortschritten der ärztlichen Kunst und des medizinischen Wissens überhaupt zu danken. Geburtsfälle, die früher vielleicht zwangsläufig mit dem Tode des Kindes oder gar der Mutter endeten, werden heute in der Klinik operativ behandelt, wodurch beide am Leben bleiben. Über die Fort-

schritte in den medizinischen Behandlungsmethoden kann ich unzuständigshalber nicht sprechen. Sicher ist aber, daß dieses medizinische Wissen auch auf die Hebammen, denen heute noch die meisten Entbindungen zufallen, übertragen worden ist, und daß als Folge aller neuen Erkenntnisse auf gesundheitlichem Gebiete eine Verbesserung der Hygiene allerorts eintrat, von der jede deutsche Familie mehr oder weniger stark betroffen wurde. Hierzu kommt noch eine weitere Ursache, gleichsam eine Gesetzmäßigkeit in der Absterbeordnung bei kinderreichen Familien, die in Beziehung zum Geburtenrückgang steht: Je kinderreicher eine Familie ist, desto höher ist der Anteil der wieder gestorbenen Kinder. Jeder von uns hat diese Tatsache schon an einer Reihe von Beispielen beobachten können. Familien mit sechs und mehr Kindern haben gewöhnlich unverhältnismäßig mehr Kindersterbefälle, und zwar zu meist im ersten Lebensjahre, aufzuweisen als solche mit etwa 1—4 Kindern, bei denen weit seltener eins zugrunde geht. Und da es früher weit mehr kinderreiche Ehen gab, wirkte sich dies nicht unerheblich auf die Gesamtzahl der Säuglingssterbefälle aus. Woran dies liegt, kann hier nicht untersucht werden. Gewiß wird in einer großen Kinderzahl jedes einzelne nicht so ängstlich umsorgt und so pfleglich behandelt wie bei etwa nur zwei Kindern, so daß irgendwelche Lebensschwächen zur Auswirkung kommen und schließlich zum Tode führen können.

Die Statistik der Säuglingssterblichkeit beginnen wir mit einer Ubersicht über die Entwicklung in den letzten 50 Jahren nach Durchschnitten von Jahren oder Jahr-

zehnten. Wir erfassen unter „Säuglingssterblichkeit“ nur die Sterblichkeit im ersten Lebensjahre. Alles andere nennt sich „Frühsterblichkeit“ oder „Kindersterblichkeit“.

Sterbefälle von 100 unter 1 Jahr alten Säuglingen im Deutschen Reich

1881/90 . . . . .	22,4	1930 . . . . .	8,5
1901/10 . . . . .	18,6	1931 . . . . .	8,3
1913 . . . . .	15,1	1932 . . . . .	7,9
1924/26 . . . . .	10,5	1933 . . . . .	7,6
1929 . . . . .	9,6	1934 . . . . .	6,6

Es handelt sich hier um reine Prozentzahlen. Jeweils werden die in einer bestimmten Zeit gestorbenen Säuglinge bis zu einem Jahre den in gleicher Zeit Lebendgeborenen gegenübergestellt. Man vergleicht mithin nicht in jedem Falle die gleichen Menschen, weil ja auch noch Säuglinge aus der vorigen Zählperiode vorhanden sind. Doch das läßt sich in der Bevölkerungsstatistik niemals vermeiden, es sei denn, man würde ganz bestimmte Personengruppen namentlich erfassen und beobachten. Es gehen uns hier in der Hauptsache nur die Relativzahlen an, weil wir nur sie vergleichen können. Dem Interessenten sei jedoch mitgeteilt, daß in den Jahren 1933 und 1934 73 022 bzw. 77 380 Kleinkinder bis zu einem Jahre starben. Dies geschah bei einer Lebendgeburtensziffer von 956 915 bzw. 1 181 179 in den beiden Jahren.

Unsere Übersicht beweist den wirklich gewaltigen und erfreulichen Rückgang der Säuglingssterblichkeit. Obgleich von 1880—1913 schon ein Abfall um etwa ein Drittel erfolgt war, ist seit 1913 nochmals mehr als eine Halbierung eingetreten. Hiermit dürfte nach dem Urteil vieler Sachverständiger die untere Grenze annähernd erreicht sein, denn was jetzt noch zugrunde geht, ist durch Umwelteinflüsse, also durch Arzt und Pflege kaum noch zu retten, sondern ist offenbar lebensunfähig.

Die Lebensunfähigkeit ist bei männlichen Säuglingen allgemein größer als bei weiblichen; sie entspricht im Verhältnis aber der allgemein höheren Sterblichkeit des Mannes und zeigt sich auch schon bei den Totgeborenen, unter denen sich mehr Knaben befinden. Dafür werden dann im Verhältnis wieder mehr Knaben geboren, so daß bis zu bestimmten Altersklassen ein Ausgleich erreicht wird.

Sterbefälle von 100 unter 1 Jahr alten Säuglingen nach dem Geschlecht

Jahr	männlich	weiblich
1881/90	24,2	20,7
1901/10	20,2	17,1
1924/26	11,5	9,4
1929	10,6	8,5
1930	9,3	7,5
1931	9,1	7,2
1932	8,6	7

Dem Rückgang sind beide Geschlechter im gleichen Verhältnis betroffen worden.

Außerst ungleich ist die Sterblichkeit bei ehelichen und bei unehelichen Säuglingen. Bei letzteren ist sie in allen Jahren um die Hälfte höher, in manchen sogar — wie 1919 — doppelt so hoch.

Auf 100 Lebendgeborene kamen im 1. Lebensjahre Gestorbene, unterschieden nach Ehelichkeit und Unehelichkeit

Jahr	ehelich	unehelich	zusammen
1905	19,4	32,6	20,5
1910	15,2	25,7	16,2
1913	14,2	23,7	15,1
1919	13	26	14,5
1925	9,6	17,3	10,5
1929	9	14,5	9,6
1930	7,9	12,4	8,5
1931	7,8	12,3	8,3
1932	7,4	11,6	7,9

Diese Ungleichheit ist auffällig. Über ihre Gründe liegen keine allgemeingültigen Angaben vor. Es ist aber anzunehmen, daß ein großer Teil der Unehelichen in Verhältnisse hinein geboren wird, die denkbar ungünstig sind; und zwar sind es nicht nur die sozialen und materiellen Verhältnisse der Mütter, sondern auch deren mangelnder Wille, die Kinder mit aller Liebe und Sorgfalt aufzuziehen. Genau so, wie in den Abtreibungen und Totgeburten — die zum Teil künstlich hervorgerufen sind — bei den unehelich empfangenden Müttern die Ablehnung des Kindes zum Ausdruck kommt, genau so hält bei vielen von ihnen auch nach erfolgter Geburt das Bestreben an, sich, wenn möglich, des Kindes jetzt noch zu entledigen. Und das ist, besonders bei Lebensschwachen, durch mangelnde Pflege möglich.

In der Beurteilung der unehelichen Geburt ist vor allem in den letzten Jahren eine beachtliche Wandlung eingetreten. Von der Diffamierung, der eine solche Mutter in vielen Kreisen ausgesetzt war, ist zwar noch einiges übrig geblieben, aber die sozusagen amtliche Behandlung der Mutter und des unehelichen Kindes ist eine andere geworden. Abgesehen von der Umwertung der moralischen Werte wollen wir heute, in Anbetracht unserer ungünstigen Geburtenverhältnisse, grundsätzlich auf diese Kinder, soweit sie erbgesund sind, nicht Verzicht leisten und sorgen deshalb für sie, indem wir sie materiell fördern und rechtlich besserstellen. Diese Politik hat bisher bereits den Erfolg gehabt, die Abtreibungen zurückgehen zu lassen. Leider fehlen hierüber Einzelangaben, so daß man nicht mit Gewißheit sagen kann, in welchem Maße die Unehelichen daran beteiligt sind. Daß sie aber beteiligt sind, scheint sicher und daß vor allem die Väter unehelicher Kinder sich heute eher bequemen, die Mütter ihrer Kinder zu heiraten, ist aus allem ersichtlich. Hier handelt es sich nicht mehr um moralische Erfordernisse im landläufigen Sinne, sondern um nationale und völkische Belange, deren Verletzung mit Recht makelhaft ist.

Die veränderte Stellung der unehelich gebärenden Mutter wird vielleicht eines Tages auch den Erfolg haben, daß die Sterblichkeit der unehelichen Säuglinge auf den gleichen Stand herabgedrückt wird, wie bei den ehelichen. Bis 1933 ist davon noch nicht viel zu merken gewesen, wenigstens nicht in den Städten ab 15 000 Einwohner, für die wir genauere Angaben besitzen. In den Gemeinden ab 15 000 Einwohner trafen auf 100 Lebendgeborene an Säuglingssterbfällen:

bei den	1921/24	1925/30	1931	1932	1933
ehelichen Säuglingen .	11,2	8,4	7,6	7,3	6,9
unehel. Säuglinge . .	23,3	13,3	11,2	10,6	10,6
unehel. in v. H. zu den ehelichen . . . . .	208	158	147	146,5	152,7

Unter Beachtung des Rückganges gegenüber 1921/24 ist die Sterblichkeit der unehelichen Säuglinge heute dennoch immer über halbmal so groß wie die der ehelichen; sie ist sogar wieder etwas höher als in den Jahren 1930—1932. Doch vielleicht läßt das Jahr 1934 hier bereits einen Wandel erkennen.

Die Säuglingssterblichkeit ist im Reich nicht gleichmäßig. Es bestehen Unterschiede zwischen Stadt und Land, zwischen Stadt und Stadt und zwischen Landesteil und Landesteil. Alles, was erhöhend oder vermindern auf die Sterblichkeit zu wirken geeignet ist, ist natürlich in unterschiedlicher Stärke hier und dort vorhanden. (Vgl. Zahlenübersicht auf Seite 735.)

In den zwei Jahrzehnten von 1913 bis 1933 ging die Säuglingssterblichkeit im Durchschnitt und auch in den einzelnen Teilen des Reiches auf die Hälfte zurück. Und sogar von 1933 bis 1934 finden wir noch überall einen Abfall, der insgesamt einen Säugling auf 100 Lebendgeborene ausmacht. — In manchen Bezirken ist die Sterblichkeit doppelt so hoch wie in anderen, Magima und Minima weichen recht erheblich voneinander ab. So stehen z. B. Oberschlesien, Bayern, Ostpreußen und die Grenzmark bei weitem an der Spitze, und Bremen, Hessen, Hessen-Nassau sowie die beiden Lippe am Ende der

Skala. Man kann nicht sagen, daß grundsätzlich das Land oder die Stadt besser dastünden. Die Entwicklung geht etwas durcheinander. Es gibt Industriegegenden mit geringer (Rheinprovinz, Westfalen, Sachsen) sowie mit hoher (Oberschlesien) und Landgegenden mit geringer (Oldenburg, Thüringen) und mit hoher (Ostpreußen, Bayern, Pommern) Säuglingssterblichkeit. Im Grunde sind es jedoch die Gegenden, die auf der einen Seite einen großen Kinderreichtum und auf der anderen Seite mangelhafte hygienische Verhältnisse sowie eine schwache Besetzung mit Ärzten, Hebammen und Krankenanstalten aufweisen, die heute noch als Sorgenkinder gelten müssen.

Auf 100 Lebendgeborene kamen im 1. Lebensjahre Gestorbene, unterschieden nach Landesteilen

	1913	1933	1934
Ostpreußen . . . . .	18,5	8,5	8
Berlin . . . . .	13,7	6,7	5,9
Brandenburg . . . . .	16,2	7,7	6,8
Pommern . . . . .	17,6	8,1	7,2
Grenzmark . . . . .	18,3	8,6	8
Niederschlesien . . . . .	19,4	8,7	7,8
Oberschlesien . . . . .		10,7	9,7
Sachsen . . . . .	15,9	7,8	6,9
Schleswig-Holstein . . . . .	12,2	7,1	6,2
Hannover . . . . .	10,8	6,3	5,4
Westfalen . . . . .	12,4	7,7	6,4
Hessen-Nassau . . . . .	9	5,3	4,5
Rheinprovinz . . . . .	12,7	7,3	6
Hohenzollern . . . . .	14,2	7,6	6,9
<b>Preußen . . . . .</b>	<b>15</b>	<b>7,6</b>	<b>6,6</b>
Bayern . . . . .	18,2	9,7	8,2
Sachsen . . . . .	16,7	6,4	5,3
Württemberg . . . . .	14	6,1	5,6
Baden . . . . .	13,8	6,3	5,9
Thüringen . . . . .	14,3	7,2	5,4
Hessen . . . . .	9,3	5,5	4,4
Hamburg . . . . .	11,3	6,4	5,4
Mecklenburg . . . . .	16,5	8,1	7,5
Oldenburg . . . . .	17,3	7	5,7
Braunschweig . . . . .	13,8	6,7	7
Bremen . . . . .	10,7	5,9	4,1
Anhalt . . . . .	15,7	8,9	6,6
Sippe . . . . .	9,5	5,8	4,6
Lübeck . . . . .	13,4	6,6	7,3
Schaumburg-Sippe . . . . .	7,6	5,6	4,7
<b>Reich . . . . .</b>	<b>15,1</b>	<b>7,6</b>	<b>6,6</b>

Führen wir den Vergleich in der Säuglingssterblichkeit zwischen Stadt und Land bis zum Ende durch, so finden wir doch die Stadt etwas im Vorteil. Das hat seinen Grund vor allem darin, daß in der Stadt weniger Kinder geboren werden und daß die Betreuung eine weit bessere ist. Fast in jeder Straße wohnt ein Arzt, und eine Hebamme ist auch sofort zu erreichen, während diese beispielsweise in Ostpreußen mitunter einen Flächenraum von 40 bis 50 Quadratkilometer zu betreuen hat, zu dessen Durchquerung sie viele Stunden benötigt.

Innerhalb der städtischen Gemeinden sind beachtliche Unterschiede vorhanden.

Säuglingssterblichkeit in den Gemeinden mit über 15000 Einwohnern auf 100 Lebendgeborene im Jahre 1934

Gemeindegröße Einwohnerzahl	Dierteljahre				Jahresdurchschnitt I. — IV.
	I.	II.	III.	IV.	
über 100 000	7,3	6,1	5,1	5,8	6,01
50 — 100 000	7,3	6,2	5,5	6,1	6,23
30 — 50 000	7,2	6,3	5,5	5,9	6,19
15 — 30 000	6,9	6,5	5,6	6	6,23
<b>zusammen</b>	<b>7,2</b>	<b>6,2</b>	<b>5,2</b>	<b>5,9</b>	<b>6,09</b>
<b>dagegen Reich</b>	<b>7,4</b>	<b>6,7</b>	<b>5,9</b>	<b>6,3</b>	<b>6,6</b>

Den niedrigsten Wert erreichten die Großstädte im dritten Dierteljahr mit 5,1 Sterbefällen. Dieses Dierteljahr ist überhaupt das günstigste. Ungünstig wirkt sich die kalte Zeit des ersten Dierteljahres aus. Verglichen mit den Ergebnissen des Reiches, ist die Sterblichkeit der Säuglinge in den Städten in allen Dierteljahren geringer gewesen.

Die Maximal- und Minimalwerte der Säuglingssterblichkeit in den Städten lassen sich für 1934 noch nicht angeben, wohl aber für 1933. Sie werden jedoch auch für 1934 noch etwa die gleichen sein. An Maximalwerten finden wir für 1933: Großstädte: Gleiwitz 10,6, Hindenburg 10,4, Altona 10,2, Beuthen 9,9, Gelsenkirchen 9,7; Mittelstädte: Regensburg 13,4, Lünen 11,6, Castrop-Rauzel 11,4, Gladbeck 10,6; Kleinstädte (bis 30 000): Wolfenbüttel 16, Straubing 15,4, Ahlen 14,8 und Aschersleben 12,9. Minimalwerte sind in: Großstädten: Remscheid 5,7, Frankfurt a. M. 5,5, Solingen 5,1, Bielefeld 5,1, Stuttgart 3,8; Mittelstädten: Reutlingen 4,4, Eßlingen 4, Offenbach 3,9, Heilbronn 3,3; Kleinstädten: Wernigerode 3,4, Coburg 3,2, Marburg 3,1, Bergedorf 1,6 und Heidenau 0,9.

Die Gründe der unterschiedlichen Säuglingssterblichkeit wollen wir nicht im einzelnen verfolgen. Wir werfen nur noch einen Blick auf die besonderen Todesursachen, die im ersten Lebensjahr in den Gemeinden ab 15 000 Einwohner beobachtet wurden. Es starben von 100 Lebendgeborenen an:

	1933	1934
Frühgeburt	1,82	1,51
angeb. Lebensschwäche und Mißbildung	2,31	1,91
Darmkatarrh	0,44	0,45
Syphilis . . . . .	0,05	0,03
	<b>4,62</b>	<b>3,90</b>

Die übrigen 2,19 v. H. der gestorbenen Säuglinge des Jahres 1934 gingen an sonstigen Krankheiten zugrunde.

Je jünger ein Säugling ist, desto größer ist die Sterblichkeitsgefahr. Sie nimmt bis zum Ablauf des ersten Lebensjahres gleichmäßig ab. Im ersten Lebensmonat ist die Sterblichkeit dagegen übermäßig hoch. Dies zeigt nachstehende Übersicht, die uns nur für das Jahr 1932 zur Verfügung steht, aber in jedem Jahre das gleiche Bild liefert:

Don 100 Säuglingen starben im Altersmonat

	männlich	weiblich
1. Monat	4,63	3,71
2. "	0,82	0,63
3. "	0,71	0,54
4. "	0,54	0,45
5. "	0,46	0,35
6. "	0,36	0,32
7. "	0,32	0,27
8. "	0,28	0,23
9. "	0,24	0,23
10. "	0,22	0,18
11. "	0,18	0,16
12. "	0,16	0,14
<b>1. Altersjahr</b>	<b>8,64</b>	<b>7,02</b>

Wir haben bisher die Säuglingssterblichkeit im ersten Lebensjahr behandelt, ohne auf ein besonderes Problem einzugehen; dessen Erwähnung jedoch nicht ganz unterbleiben darf. Es besteht kein prinzipieller Unterschied zwischen dem Sterben des Säuglings in der Woche vor oder in der Woche nach der Geburt. Für beides gelten die gleichen Ursachen, nämlich Lebensschwäche durch Mißbildungen oder durch ungenügendes Ausreifen der Frucht (Frühgeburten). Wir müssen also mit anderen Worten auch einen Blick auf die Totgeburten werfen. Die Frühsterblichkeit in der ersten Lebenswoche und die Totgeburtslichkeit fassen wir unter dem gemeinsamen

Namen: perinatales Sterben zusammen (vgl. hierzu den Aufsatz: Dr. Pohlen: „Das perinatale Sterben der Frühgeborenen“, Deutsches Ärzteblatt, Heft 18, 1935). Wir erkennen aus der obigen Übersicht, daß die meisten der sterbenden Säuglinge im ersten Monat zugrunde gehen. Von ihnen fällt ein sehr großer Teil, gewiß der überwiegende Teil, auf die erste Lebenswoche. Daß wir diese, so kurze Zeit lebenden Säuglinge mit erfassen und zu der Gesamtzahl der Lebendgeborenen in Beziehung setzen, während wir die Totgeborenen gar nicht berücksichtigen, ist eigentlich nicht ganz exakt. Vielfach ist es nur ein Zufall, daß das Kind noch wenige Tage lebt, und andererseits nimmt man an, daß früher viele Säug-

linge ohne weiteres zu den Totgeborenen gerechnet wurden, die man heute mit allen möglichen Methoden noch zum Leben erweckt und auch am Leben erhält. Die Zahl der Totgeborenen betrug im Jahre 1934 31 830, das sind über 40 v. H. der im ersten Lebensjahre gestorbenen Säuglinge. Wenn man nun annimmt, daß von den zunächst lebenden, aber wieder zugrunde gehenden Säuglingen ebenfalls 40 v. H. in der ersten Lebenswoche sterben, so ergibt sich daraus, daß rund 60 v. H. der nicht lebensfähigen Früchte „perinatal“ sterben.

Diese Ableitung sollte dazu dienen, auf das Problem und die Bedeutung des perinatalen Sterbens hinzuweisen.

(Berlin SW 19, Lindenstr. 42)

## Diphtheriebekämpfung

### Stellungnahme des Reichsgesundheitsamts zur Frage der Diphtherieschutzimpfung<sup>1)</sup>

Die Diphtherieschutzimpfung befindet sich noch im Stadium der Erprobung, so daß ein endgültiges Urteil über ihren Wert noch nicht abgegeben werden kann. Indessen sind nicht nur die im Ausland, sondern auch die in Deutschland bisher erzielten Ergebnisse erfolversprechend und berechtigen zur Fortsetzung der Impfungen.

Eine allgemeine Einführung der Diphtherieschutzimpfung ist abzulehnen. Die Impfung ist zunächst nur dort anzuwenden, wo die Diphtherieerkrankungsziffern und -sterbeziffern besonders hoch sind. Es ist anzustreben, daß in den betreffenden Bezirken die Impfung an möglichst vielen Kindern vorgenommen wird; jedoch muß die Schutzimpfung stets eine freiwillige sein.

Die Impfung ist, soweit sich bisher erkennen läßt, ungefährlich. Die Impfreaktionen sind zumeist geringfügiger Art. Um aber etwaigen Schäden durch die Impfung auf alle Fälle vorzubeugen, sind Kinder, die an akuten oder chronischen, die Ernährung beeinträchtigenden oder die Säfte verändernden Krankheiten — insbesondere Tuberkulose — leiden, von der Impfung zurückzustellen.

Bis zur Ausbildung nennenswerter Schutzkräfte vergehen etwa 8 bis 10 Wochen; erst nach etwa 3 Monaten ist der Impfschutz voll ausgebildet. Die Dauer des Impfschutzes kann noch nicht mit Sicherheit angegeben werden.

Die Impfung erfolgt bei Kindern im Alter von 1 bis 8 Jahren zweckmäßig mit Diphtherietoxoid (Anatogin), bei älteren Kindern der besseren Verträglichkeit wegen mit TAF-Impfstoffen. Der Impfstoff wird in Zwischenräumen von 1 Woche dreimal eingespritzt; die einzuspritzenden Mengen sind in den Impfstoffpackungen der Fabriken angegeben.

Die in Deutschland zur Verwendung kommenden Impfstoffe unterliegen der staatlichen Kontrolle, geben also eine Gewähr für Wirksamkeit und Unschädlichkeit. An der Verbesserung der Impfstoffe in der Richtung, daß möglichst nur eine Einspritzung erforderlich ist, ist weiter zu arbeiten.

### Ratschläge an Ärzte zur Bekämpfung der Diphtherie

Bearbeitet im Reichsgesundheitsamt, in Verbindung mit Professor H. Kleinschmidt, Direktor der Universitätsklinik in Köln

Die Diphtherie tritt in jedem Lebensalter auf, am häufigsten im vorschulpflichtigen Alter, aber auch noch oft genug im Schulalter, hier sogar nicht selten in besonders böser Form. Auch der Erwachsene wird von Diphtherie nicht verschont.

Während sich Masern kaum, Keuchhusten und Scharlach nur selten bei den gleichen Individuen wiederholen, ist bei der Diphtherie durchaus mit der Möglichkeit wiederholter Erkrankung zu rechnen.

Die Diphtherie kann sehr schnell im Anschluß an den Kontakt mit einem Diphtheriekranken auftreten, d. h. nach zwei Tagen oder etwas später. Viel häufiger aber erfolgt die Infektion durch einen gesunden Bazillenträger oder abortiv Erkrankten.

Bei gesunden Personen, die Diphtheriebazillen in ihrem Rachen beherbergen, besteht stets die Gefahr zu erkranken. Irgendeine Beeinträchtigung der Abwehrkräfte, insbesondere auch der lokalen Abwehrkräfte der Schleimhäute kann aus dem Bazillenträger einen Kranken machen. Bei der großen Verbreitung der Bazillenträger in der Bevölkerung (1 bis 2 v. H. und mehr) sieht man deshalb plötzlich Diphtherieerkrankungen auftreten unter dem Einfluß besonderer Witterungsverhältnisse, im Anschluß an körperliche Überanstrengung oder Unpäßlichkeit, im Gefolge von leichten und schweren Erkrankungen, besonders solchen, die die Schleimhäute der oberen Luftwege angreifen. Hierzu gehören auch Masern und Scharlach. Von einer normierten Inkubationszeit der Diphtherie kann unter solchen Umständen nicht gesprochen werden. Die Diphtherie ist eine Krankheit, die eine Infektion zwar zur Voraussetzung hat, zu deren Angehen aber eine bestimmte Verfassung des Körpers besonders entscheidend ist.

Das sieht man besonders deutlich bei Beobachtung der Erkrankung in größeren Familien. Gehäufte Erkrankungen können hier zwar am gleichen Tage oder innerhalb weniger Tage vorkommen, vielfach folgt jedoch die Erkrankung eines weiteren Familiengliedes erst nach Wochen, ja oft genug kommen weitere manifeste Diphtherieerkrankungen selbst in einer größeren Familie überhaupt nicht vor. Die Familienmitglieder entgehen indessen der Diphtherieinfektion meist nicht; diese kann aber bei kräftiger Resistenz oder früherer Spontanimmunsierung des Organismus in stummer (symptomloser) Form verlaufen. Bei den im Anschluß an eine Diphtherieerkrankung weiter Bazillen ausscheidenden Personen, den sogenannten Dauerausscheidern, ist vielleicht auch mit einer Virulenzabschwächung der Diphtheriebazillen zu rechnen.

### Krankheitsercheinungen

Für eine erfolgreiche Behandlung der Diphtherie ist die frühzeitige Erkennung der Erkrankung erste Voraussetzung.

1. Rachen diphtherie. Hinweis durch Schluckbeschwerden nicht immer gegeben. Bei jedem kranken Kinde, mag es an Kopfweh, Appetitlosigkeit oder Durchfall leiden, ist die Besichtigung des Rachens erforderlich, und zwar durch schonendes Niederdrücken des Zungengrundes mittels Löffel oder Spatel. Der Belag auf den Gaumenmandeln kann im Umfang von kleinsten Stippchen bis zur vollständigen Bedeckung beider Mandeln mit Übergang auf die Gaumenbögen, den Gaumen und die hintere Rachenwand schwanken. Sind die charakteristischen dicken grau-weißen Membranen in irgendeinem größeren Umfange vorhanden, so ist die Diagnose ohne weiteres zu stellen. Schwierigkeiten bestehen nur im Anfangsstadium. Zuweilen kommt es sehr früh zu Blutungen in die Beläge, wodurch diese eine schmutzig braune Farbe annehmen („Rachenbräune“). Bei dieser hämorrhagisch-nekrotisierenden

<sup>1)</sup> Aus dem Reichsgesundheitsblatt, Heft 17, 1935.