

Es gibt zur Zeit in England 442 Tuberkulosefürsorgestellen mit 349 Fürsorgeärzten. Es sind für England und Wales im ganzen 19 386 Betten für Tuberkulose vorhanden. Es gab im Jahre 1922 rund 200 000 lebende Personen mit behandlungsbedürftiger Tuberkulose in England und Wales, so dass für jeden 10. Kranken ca. ein Bett zur Verfügung steht, wobei noch zu berücksichtigen ist, dass ein grosser Teil der Betten mindestens 2—3 mal jährlich belegt werden kann*).

Die Isolierung und Ueberwachung des Kranken ist, wie wir schon gesehen haben, eine Hauptsorge der englischen Fürsorgetätigkeit. Von autoritativer Seite wurde sogar ein Gesetz verlangt, nach dem man ihre Isolierung wie die der Pockenkranken durchführen könne. Die Engländer sind sich der Schwierigkeiten auf diesem Gebiete wohl bewusst. Da in England vielfach die Wohnverhältnisse der ärmeren Klasse bedeutend bessere sind, als auf dem Kontinent — seit Jahrzehnten geht die englische Wohnungspolitik dahin, nicht möglichst billige, sondern vor allem gesunde Wohnungen zu schaffen —, so ist dort die Isolierung der Kranken in seinem eigenen Heim eher möglich, zumal der Engländer an sich für hygienische Belehrung sehr empfänglich ist. Man versucht nun neuerdings auf zweierlei Wegen die Versorgung der Lungenkranken mit ihren Familien zu erreichen. Man behält dabei aber immer im Auge, dass der Kranke bei einer Verschlechterung seines Leidens möglichst rasch in ein Sanatorium oder Krankenhaus gebracht werden kann. Einerseits also sollen die Lungenkranken so lange wie möglich in einer Heilstätte bleiben, um, nachdem sie sich erholt haben und dort langsam wieder an Arbeit gewöhnt worden sind, mit ihrer Familie in einer ländlichen Kolonie unter staatlicher Unterstützung angesiedelt zu werden, wo sie schliesslich unter ärztlicher Ueberwachung lernen sollen, sich durch eigene Arbeit ihren Unterhalt zu verdienen. Es ist aber dabei weniger an direkte Landarbeit als an leichtere, industrielle Heimarbeit in ländlicher, hygienisch einwandfreier Umgebung unter einigermaßen auskömmlichen wirtschaftlichen Verhältnissen gedacht, wodurch auch indirekt ein Weiterschreiten der Krankheit verhütet werden soll. Eine solche ländliche Kolonie, die auch ein Heim für Unverheiratete enthält, besteht in Cambridgeshire, sie umfasste im November 1923 im ganzen 152 Insassen. Andererseits versucht man in weitgebaute Städten oder Gartenvorstädten Siedlungen für die tuberkulösen Familien zu errichten, wo sie unter Ueberwachung des Fürsorgearztes bleiben und bei einem Rückfall in die nächstgelegene Spezialabteilung eines Krankenhauses gebracht werden können. Auch hier sollen sie mittels ihnen zugewiesener, je nach ihrem Krankheitszustand gestaffelter und geeigneter Arbeit ihren Unterhalt, soweit wie möglich, selbst verdienen. Eine Siedlung nach diesem Plan ist in Leeds hergestellt worden. Ein ähnlicher Versuch wurde neuerdings in London selbst angefangen. Aber das Endziel, tuberkulöse Familien in ländlichen Städten oder in den Gartenvorstädten in der Nähe der Industriezentren isoliert unter geeigneten Arbeitsbedingungen anzusiedeln, ist noch nirgends voll erreicht worden. Die Sorge um die aus der Heilstätte Entlassenen, die im Wirtschaftskampfe ihren gesunden Kameraden gegenüber im Nachteil sind und eine schwere Gefahr für ihre Umgebung darstellen können, ist überall eine grosse. Um so bedeutungsvoller sind die englischen Versuche nach beiden Richtungen hin, diese so schwierige soziale und hygienische Aufgabe zu lösen, da sie ganz neue Wege zeigen.

Durch die Errichtung des Wohlfahrtsministeriums im Jahre 1919, das alle in Betracht kommenden Faktoren, die bis dahin unter den verschiedensten Behörden zersplittert waren, in sich zusammenfasste und bei dem ein besonderer ärztlicher Referent für Tuberkulosefragen bestellt wurde, ist dem Kampf gegen die Tuberkulose ein neuer, starker Impuls gegeben worden. Dieses Ministerium arbeitet auch in enger Verbindung mit dem Leiter des schulärztlichen Wesens beim Unterrichtsministerium. Schon 1907 war durch die Einführung der staatlichen, schulärztlichen Aufsicht ein wichtiges Moment für die Erfassung der Tuberkulose des Kindesalters geschaffen worden. Diese Einrichtung konnte aber erst zur vollen Auswirkung gelangen, als auch allenthalben Tuberkulosefürsorgestellen eingerichtet wurden und als schliesslich die Möglichkeit gegeben war, namentlich in den kleineren Bezirken, Schularzt und Tuberkulosefürsorgearzt in einer Person zu vereinigen. Die Erkrankungs- und Sterblichkeitszahl der Kinder an Tuberkulose ist in England in einem dauernden und erfreulichen Rückgang begriffen.

Im Jahre 1912 wurde vom Ministerium des Innern ein Departmental Committee eingesetzt, das sich mit allen Fragen der Tuberkulosebekämpfung zu befassen hatte. Diese Kommission kam zu dem Schlusse, dass ein einheitlicher Plan für das gesamte Land aufgestellt werden müsse, dessen Ausführung am besten in die Hände der Grafschafts- und städtischen Behörden zu legen sei, und dass die staatliche Ueberwachung und Behandlung nicht vor den Versicherten halt zu machen habe. Diese Anregung wurde grundlegend für alle weiteren Massnahmen.

Nach dem Versicherungsgesetz von 1911 lag die Fürsorge der Tuberkulösen zum Teil den Versicherungskommissionen ob. Eine Hälfte des Defizits der erforderlichen Kosten wurde von den lokalen Behörden durch Steuern aufgebracht, die andere Hälfte vom Staate durch vom Parlament zur Verfügung gestellte Gelder erstattet. Dieses

*) Auf alle lebenden tuberkulösen Personen berechnet, ergäbe sich immerhin noch theoretisch ein Manko von rund 30 0000 Betten.

Zusammen- und Nebeneinanderarbeiten zweier getrennter Behörden wurde je länger, je mehr unerträglich, zumal für den Kranken oft dadurch unnütze und kostbare Zeit vergeudet wurde. Durch ein Gesetz von 1919, das im Jahre 1920 in Kraft trat, wurde daher die Sanatoriumsbehandlung im Versicherungsgesetz gestrichen und die Ausführung der gesamten Tuberkulosefürsorge den städtischen und Grafschaftsbehörden übertragen. Damit fiel gleichzeitig der künstliche Unterschied zwischen versicherten und nichtversicherten Kranken, die nun alle, gleichgültig welchen Standes und welchen Berufes, der Wohltaten der Fürsorge teilhaftig wurden. Die Kosten werden nun zur Hälfte vom Staate, zur Hälfte durch Steuern der „örtlichen“ Behörden gedeckt. Die Ausgaben betragen insgesamt in den letzten Jahren mehr als 2½ Millionen Pfd. Sterl. jährlich. Für den ländlichen Bezirk Lancashire mit 1¼ Millionen Einwohnern ist im Jahre 1923 die Gesamtsumme der Kosten für beide Teile der Einnahmen auf 4 Schill. von 1 Pfd Sterl. der Steuerrate errechnet worden. Diese Ausgaben sind also durchaus nicht unerwünscht, sondern, ein einigermaßen normales Wirtschaftsleben vorausgesetzt, als durchaus mässig zu bezeichnen. Hinzukommt, dass in England die Hauptlast der Steuern auf die tragfähigen Schultern der wohlhabenden Bevölkerung abgewälzt ist.

In England kennt man, ebensowenig wie in Amerika, nicht den Unterschied zwischen offener und geschlossener Tuberkulose. Demgemäss ist in England seit 1912 jede Form der Tuberkulose anzeigepflichtig. Während bisher die Anzeige an den Kreisarzt ging, muss sie jetzt an den Tuberkulosefürsorgearzt direkt gerichtet werden, um ein besseres Zusammenarbeiten zwischen diesem und dem praktischen Arzt für die Frühfälle und die so wichtigen zweifelhaften Fälle zu ermöglichen. Nach eigener englischer Angabe wird aber der Erfolg dieser Massnahme so lange ein frommer Wunsch bleiben, als noch nicht überall Fachärzte, sondern oft Kreisärzte, die von einer feineren Diagnosenstellung sehr wenig wissen, Vorstand der Tuberkulosefürsorgestellen sind.

Für kriegsbeschädigte Schwindsüchtige ist besondere Vorsorge getroffen; von ihnen gibt es jetzt ungefähr 35 000; für diejenigen unter ihnen, bei denen der Prozess zur Abheilung gelangt oder wenigstens zur Ruhe gekommen ist, sind Arbeitsschulen bei den Heilstätten errichtet worden. In England selbst hatten 935 Kranke bis zum Ende des Jahres 1923 einen solchen Kursus durchgemacht oder waren dabei, es zu tun; 71 waren noch vorgemerkt. Die Kritik über den Wert dieser „Trainierungsschulen“ ist in England sehr verschieden; neben begeisterten Anhängern kann man auch Gegner hören, die behaupten, dass diese ehemaligen Soldaten erst recht zum Müsiggang erzogen würden, indem sie sich dauernd von einem Lernfach zum anderen überwiesen liessen, schon aus Angst, nach erfolgter Ausbildung einen Teil ihrer Rente zu verlieren.

In England befindet sich die Sterblichkeitsziffer für Tuberkulose, die nur in den letzten Jahren des Krieges sich erhöhte, wieder in dauerndem Abnehmen. Es wurden für England und Wales im Jahre 1922 982 Todesfälle von Männern und 741 von Frauen, zusammen 1723 auf 1 Million Einwohner an Schwindsucht bei einer Bevölkerungszahl von rund 35 Millionen festgestellt; die Sterblichkeitsziffer hat damit ihren bisher niedrigsten Stand erreicht, während gleichzeitig die Zahl von Erkrankungen und Todesfällen an Pneumonie in erschreckender Zunahme begriffen ist. Vergleicht man die Zahlen der englischen Statistik mit denen von Ländern des Kontinents, auch solcher, die nicht am Krieg beteiligt waren, so muss man doch zugestehen, dass sicherlich ein Teil des Erfolges den grosszügigen, einheitlichen Massnahmen des Staates zu verdanken ist. Glückliches England! ¹⁾

Aerztliche Standesangelegenheiten.

Aus Dr. Dreyers Privat-Frauenklinik in Koburg.

Wie soll sich der deutsche Arzt zur Frage des kriminellen Abortes einstellen?

Von Karl Dreyer.

Der Artikel von v. Jaschke im Zbl. f. Gyn. „Zum Kampfe gegen die Fruchtabtreibung“ ist jedem ethisch denkenden Arzt, der sich seiner Mission als Hüter der Volksgesundheit bewusst ist, aus dem Herzen geschrieben. Die Schamlosigkeit, mit der heute die Fruchtabtreibung, man kann fast sagen, öffentlich betrieben wird, greift so um sich, dass es für die deutsche Aerzteschaft unbedingt zur Pflicht wird, den Kampf gegen ein gewerbmässiges Verbrechen aufzunehmen, um in zwölfter Stunde dem Unheil, das unserem deutschen Vaterlande droht, zu steuern. In verhältnismässig kurzer Zeit haben wir sonst die Clemenceauschen Pläne selbst erfüllt und mit den 20 Millionen Deutschen aufgeräumt, die nach Ansicht unseres Erbfeindes zu viel in Germanias Gauen sind.

Wenn ich einen Vergleich ziehe zwischen der Zahl der sicheren artifiziellen Aborte, die ich während meiner Assistentenzeit an der grossen Universitäts-Frauenklinik in Freiburg i/B. gesehen habe,

¹⁾ Lit.: The Lancet vom 26. Jan. 1924 und 3. Nov. 1923 und 20. Okt. 1923, sowie briefliche Mitteilungen. Ich sage allen meinen englischen Helfern auf diesem Wege meinen besten Dank.

und der weitaus grösseren Menge, die ich hier in meiner kleinen Klinik in der Kleinstadt behandelte, so beweist dies vollkommen die Richtigkeit der Darstellung v. J a s c h k e s, der sagt, dass die Zunahme der artifiziellen Aborte selbst in ländlichen Gegenden so gross ist, dass diese Frage nachgerade eine brennende zu werden scheint. Wenn man die letzten 3 oder 4 Jahre statistisch verwertet, so sieht man sogar, wie die Kurve mit jedem Jahr steiler wird. Diese Beobachtung muss so ziemlich jeder Kollege machen, der mit offenen Augen sein Krankenmaterial betrachtet und die Notwendigkeit, dass hier aufs rascheste Wandel geschaffen wird, dürfte kaum mehr mit vielen Worten zu beweisen sein.

v. J a s c h k e s Vorschlag geht nun dahin, dass eine gemeinsame Eingabe unserer Fachvertreter an die gesetzgebenden Faktoren herantritt mit Umänderungsanträgen des § 218 des Strafgesetzbuches in dem Sinne, dass nur die abtreibende Person sich strafbar macht. Dieser Gedanke ist sehr zu begrüssen, nur müsste der Kreis der Eingaber erweitert werden. Die Regelung dieser Frage ist für die Allgemeinheit der deutschen Aerzte gemäss ihrer Stellung im deutschen Volkstum eine Pflicht, der sich keiner entziehen darf. Die einzelnen ärztlichen Standesvereine wie insgesamt der deutsche Aerzteverband müssen diese Frage zu der ihrigen machen. Dadurch würden wir vor allem auch in der ethischen Erziehung des Aerztestandes einen grossen Schritt vorwärts kommen. Es ist kein Geheimnis und darf hier offen ausgesprochen werden, dass neben den unzähligen gewerbsmässigen Abtreibern in Laienkreisen es leider auch im Aerztestand genug Vertreter gibt, die sich skrupellos über Gesetz und das Recht des kindlichen Lebens im Mutterleib hinwegsetzen. Hier verlangt es das Ansehen unseres Standes, dass wir zuerst den Hebel ansetzen. Hier ist die Selbstreinigung so notwendig, dass jedes Stillschweigen gebrochen werden muss. Nach den Schlachten von Jena und Auerstädt war es die rücksichtslose Selbstreinigung des Offizierskorps, welche die preussische Armee gesunden liess. Beherrigen wir dieses Beispiel! Hier beginnt für unsere ärztlichen Standesvereine ein Betätigungsfeld, das wahrhaft völkisch und vaterländisch genannt werden darf. Es muss der Brauch, der in den gynäkologischen Fachkreisen schon allgemein ist, in manchem Standesverein auch schon zur Pflicht gemacht ist, entweder gesetzgeberisch oder mindestens als Standesgesetz eingeführt werden, dass kein Arzt allein die Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft stellen und diese ausführen darf, sondern wenigstens ein zweites Gutachten, wenn möglich eines Internisten, vorliegen muss. Beide Gutachten müssen dann aktenmässig festgelegt werden, so dass sie jederzeit eingesehen werden können.

Ein weiterer Schritt nach oben dürfte in der ethischen Seite und in einer schärfer begrenzten Indikationsstellung zur Einleitung des künstlichen Abortes enthalten sein. Auch hier wäre Erziehung und Aufklärung durch die ärztlichen Standesvereine das Gegebene. Es muss jeder Kollege sich bei seiner Entscheidung klar sein, welche schwere Frage in der Vernichtung des werdenden Lebens ihm gegenübersteht. H i r s c h steht auf dem Standpunkt, dass es nicht Sache des Arztes sei, den Richter zu spielen in Fragen der Religion und Sittlichkeit. Uns ginge nur die medizinische, die volkshygienische und fortpflanzungshygienische Seite der Sache an. Wenn auch zugegeben werden muss, dass der Arzt kein Richter in Fragen der Ethik sein soll, so ist doch unbedingt das sittliche Moment in dieser Frage für sein ärztliches Handeln zu fordern. Die Biologie sieht auch im 3 Monate alten Fötus den werdenden Menschen. In diesem Bewusstsein muss er sich entschliessen. Des weiteren muss er hierbei die Zukunft seines Volkes im Auge haben. Vernichtet er durch seinen Eingriff nicht vielleicht einen Bismarck oder einen Goethe!

W i n t e r s Verdienst ist es, die Frage der Indikationsstellung zur Einleitung des Abortes erneut aufgerollt zu haben. Er will, dass die medizinischen Indikationen auf einem wissenschaftlichen Fundament gegründet sein müssen. Diese wissenschaftlichen Grundlagen müssen Allgemeingut aller Aerzte werden, die in dieser Frage Entscheidungen treffen. Man muss sich aber bei der Aufstellung der Indikationen auch vor einem allzu starren System hüten. Wenn die vielumstrittene soziale Indikation auch keinesfalls als selbständige aufgestellt werden darf, so soll sie doch unbedingt neben der medizinischen Indikation zur definitiven Entscheidung mit berücksichtigt werden.

Dass der Antrag von v. J a s c h k e im Kampfe gegen die skrupellose Abtreiberei kein Allheilmittel bedeutet, ist klar. Es wird immer minderwertige Individuen geben, die auf so leichte Weise Geld verdienen wollen, denen es gleich ist, ob dabei Mutter und Kind zugrunde gehen. Eine Einschränkung der Abtreiberei werden wir aber unbedingt dadurch erreichen. v. J a s c h k e schreibt: „Man lasse doch die durch Krankheit, Angst und Gewissensqual, oftmals durch Siechtum und dauernde Unfruchtbarkeit oder Verstümmelung genug bestrafte Sünderin straffrei ausgehen und halte sich an die abtreibende Person, die in jedem Fall exemplarisch zu bestrafen wäre. Die gesundheitlich Geschädigten, die oft auch noch verhältnismässig hohe Summen für den Abtreibungsakt bezahlen müssen, werden in den meisten Fällen geneigt sein, den Abtreiber anzugeben, wenn sie selbst nicht mehr die Furcht vor der entehrenden Strafe haben müssen. Je grösser aber die Gefahr der Entdeckung ist, um so mehr wird die Gilde der Abtreiber kleiner werden, die jetzt ganz genau wissen, dass ihr bester Schutz die ärztliche Schweigepflicht ist.“

Eine weitere Forderung zum Antrag v. J a s c h k e s dürfte sein, dass es in jeder Beziehung vermieden werden muss, dass der Name

der in Frage kommenden Fruchtmutter bekannt wird. Jede derartige gerichtliche Verhandlung muss hinter geschlossenen Türen stattfinden. Diese Tatsache muss auch allgemein bekanntgemacht werden. Nicht allein die Angst vor Strafe, in fast gleich hohem Masse die Angst vor der Schande, vor der Schwatzhaftigkeit der Mitmenschen wird die Fruchtmutter zum Schweigen zwingen.

Fällt die Anregung, dass die Gesamtheit der deutschen Aerzte wie auch die ärztlichen Organisationen sich dieser Frage annehmen, auf fruchtbaren Boden, dann ist sicher ein grosser Schritt auf dem Gebiete der Volksgesundheit vorwärts getan.

Bücheranzeigen und Referate.

R. Tigerstedt-Helsingfors: **Die Physiologie des Kreislaufes.** 4. Band. 2. stark vermehrte und verbesserte Auflage. 392 Seiten mit 43 Abbildungen im Text. Verlag Walter de Gruyter & Co. Berlin und Leipzig 1923. Preis 25 M.

Der 4. Band des Tigerstedtschen Monumentalwerks über den Kreislauf ist seit einiger Zeit erschienen und damit das ganze Werk noch kurz vor dem Tode des wissenschaftlich und menschlich so hochgeschätzten Verfassers zum Abschluss gelangt.

In diesem Bande, der das Vorwort des ganzen Werkes enthält, erfährt man, dass das Manuskript zum 1. Bande schon im Juni 1914 abgeliefert wurde, der Krieg hat aber die Herausgabe des Werkes so verzögert, dass erst im März 1922 der Druck dieses 4. Bandes in Angriff genommen werden konnte. Angestrebt wurde eine möglichst vollständige Berücksichtigung der Literatur, der Krieg ist aber diesem Streben hinderlich gewesen. So betrachtet der Verfasser sein Werk als einen Torso, eine Vorarbeit zu einer umfassenden Darstellung der Lehre vom Kreislauf, die aber nur durch stetiges Zusammenwirken des Physiologen, Klinikers und Anatomen zustande kommen könne.

In diesem 4. Bande wird in Buch 6 Der kleine Kreislauf und die respiratorischen Druckschwankungen im grossen Kreislauf, in Buch 7 Die Einwirkung der inneren Sekrete und der Organextrakte auf den Blutstrom, in Buch 8 Die Innervation der Gefässe und in Buch 9 Die Blutverteilung im Körper behandelt.

Alle diese Themata sind mit Ausnahme des letzten sehr eingehend bearbeitet, bei der Fülle des Stoffes vielfach mehr referierend als entscheidend, unter Beigabe zahlreicher instruktiver Kurven und sonstiger Abbildungen; die Gesamtzahl der Figuren in allen 4 Bänden beträgt nicht weniger als 523.

Ein Monumentum aere perennius — so hat es C. G. S a n t e s s o n - Stockholm in einem im Skandinavischen Archiv für Physiologie Bd. 45 erschienenen Nachrufe auf Tigerstedt genannt — ist in der Tat dieses Werk, das Lebenswerk eines Mannes, der bis in sein hohes Alter unermüdet im Dienste seiner Wissenschaft und besonders auf dem Gebiete des Kreislaufes tätig war.

K. B ü r k e r - Giessen.

E. Abderhalden: **Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden.** Abt. IV. Angewandte chemische und physikalische Methoden, Teil 3, Heft 2. Blutuntersuchungen. Lief. 106. Urban & Schwarzenberg, 1923.

In dieser Lieferung finden wir zunächst von H. J. H a m b u r g e r - Groningen eine klare und übersichtliche Darstellung von Methoden der Blutkörperchenresistenzbestimmung, besonders seiner eigenen. Er betont u. a., dass die Resultate der verschiedenen Forscher selten miteinander vergleichbar sind, weil sie eben nach verschiedenen Methoden arbeiteten. Es folgt ein Abschnitt von E. R e i s s - Frankfurt über die refraktometrische Blutuntersuchung. Es kommen hauptsächlich die Abbéschen und Pulfrichschen Apparate in Betracht, das Verwendungsgebiet ist umfangreich, so sind auch Methoden zur quantitativen Albumin-Globulinbestimmung mit sehr kleinen Blutmengen eingehend beschrieben. H. K l e i n m a n n - Berlin behandelt die Kolorimetrie und Nephelometrie, Methoden, von denen die ersteren dem Kliniker unentbehrlich geworden sind, wenn er auch meist nicht über wirkliche Präzisionsinstrumente verfügt. Verf. hebt mit Recht hervor, dass der grösste Missstand des so viel gebrauchten A u t e n r i e t h s - schen Apparates darin zu sehen ist, dass die Färbung der untersuchten Flüssigkeit durch unkontrollierbare Variation der Herstellungsbedingungen nicht immer gleich der des Vergleichskeils ausfällt. Für die Klinik hält Kleinmann den einfachen Hehnerschen Zylinderkolorimeter für völlig ausreichend, für verhöhtere klinische Ansprüche empfiehlt er begeistert das Pleschische Chromophotometer. Der gleiche Autor gibt dann von der Apparatur und Leistungsfähigkeit der noch jungen Nephelometrie, an deren Entwicklung er nicht geringen Anteil hat, ein anschauliches Bild. F a r r h a e u s - Stockholm berichtet über das von ihm erfolgreich bearbeitete Gebiet der Suspensionsstabilität des Blutes, woran sich eine eingehende Darstellung der Methodik der Blutplättchenuntersuchung von R. D e g k w i t z - München reiht, dessen Plättchenzählmethode allgemein bekannt und geschätzt ist. Die Lieferung beschliessen umfangreiche und erschöpfende Kapitel von H. S c h l e c h t - Duisburg über die Mikroskopie des Blutes und von E. F r a n k und S. S e l i g e r - Breslau über die Untersuchungsmethoden der haematopoetischen Organe. Das Heft ist mit einigen guten farbigen Tafeln und vielen Textbildern ausgestattet und