

kommis uns erinnern, werden wir nicht leicht eine epigastrische Hernie in ihrer Bedeutung überschätzen, aber ebensowenig zum Schaden des Kranken zu harmlos beurteilen.

Aerztliche Standesangelegenheiten.

Berufstätigkeit des Arztes und der Entwurf zu einem neuen Strafgesetzbuch von 1925.

Von Geh. Obermedizinalrat Dr. Balsler in Darmstadt.

Von allen Aenderungen, die die verschiedenen Entwürfe zu einem neuen Strafgesetzbuch vorgeschlagen haben, ist keine für den Aerztestand bedeutungsvoller als § 238 des Amtlichen Entwurfes von 1925. Während die Aenderung der Begriffsbestimmung über Zurechnungsunfähigkeit, die Aufnahme der geistigen Minderwertigkeit in das Strafgesetzbuch, die strafrechtliche Behandlung der Trinker, die Sicherungsmassregeln vorwiegend die als Sachverständige vor Gericht tätigen Psychiater und Gerichtsärzte oder die in Strafanstalten tätigen Aerzte angehen, bezieht sich § 238 des neuesten Entwurfes auf die Berufstätigkeit des Arztes überhaupt. Er findet sich in keinem der vorausgegangenen Entwürfe, sucht also eine ganz neue Regelung des vielerörterten Problems und lautet:

„Eingriffe und Behandlungsweisen, die der Uebung eines gewissenhaften Arztes entsprechen, sind keine Körperverletzungen oder Misshandlungen im Sinne dieses Gesetzes.“

Hier wird also klipp und klar mit der Auffassung des Reichsgerichts gebrochen, nach der der ärztliche Eingriff, trotzdem er zur Beseitigung oder Linderung einer bestehenden Krankheit dient, eine Körperverletzung ist, die nur dadurch nicht rechtswidrig ist, dass „der Verletzte“ zu dem Eingriff seine Einwilligung gegeben hat oder der Arzt die Einwilligung mit Recht voraussetzen durfte. Diese Begriffsverschärfung des Reichsgerichts ist schon lange von massgebender Seite angefochten worden, z. B. 1908 von van Calcker in „Frauenheilkunde und Strafrecht“; sie setzte sich über die Anforderungen hinweg, die die Ausübung seines Berufes dem Arzt nicht selten stellt — aber noch die Strafrechtskommission hat sich der Entscheidung des Reichsgerichts gebeugt; um die Rechtsunsicherheit, die die bisherige Nichtregelung der Frage im Gesetz zur Folge hatte, zu beseitigen, war im § 293 von 1913 bestimmt worden: „Nicht rechtswidrig handelt, wer eine Körperverletzung mit Einwilligung des Verletzten vornimmt. Das gilt nicht, wenn die Tat trotz der Einwilligung gegen die guten Sitten verstösst.“ Der Entwurf von 1919 gab die Auffassung des Reichsgerichts preis und führte in der Begründung aus:

„Eine Handlung, die von irgend jemanden nach den Regeln der ärztlichen Kunst zu Heilzwecken vorgenommen wird, kann niemals als körperliche Misshandlung oder Gesundheitsschädigung angesprochen werden, mithin niemals eine Körperverletzung sein. Die Einwilligung des Betroffenen ist nicht notwendig, um die Strafbarkeit wegen Körperverletzung auszuschliessen, sondern es bedarf ihrer nur deshalb, weil eine Heilbehandlung gegen den Willen des Betroffenen einen Eingriff in seine Willensfreiheit enthält, den der Gesetzgeber nicht ungestraft geschehen lassen kann.“

Folgerichtig hatte der Entwurf von 1919 den ärztlichen Eingriff nicht unter dem Abschnitt über Körperverletzung behandelt, sondern in dem Abschnitt über die Verletzung der persönlichen Freiheit den § 313 aufgenommen:

„Wer einen anderen gegen seinen Willen zu Heilzwecken behandelt, wird mit Gefängnis bis zu 3 Jahren oder mit Geldstrafe bestraft. Die Strafe tritt auch dann ein, wenn der Täter fahrlässig angenommen hat, dass der andere mit der Behandlung einverstanden war.“

Auch diese juristische Konstruktion wurde den Anforderungen des vielgestaltigen ärztlichen Berufs nicht gerecht; sie musste die berechnete Empfindung der Aerzte verletzen, weil man glaubte, das Selbstbestimmungsrecht der Kranken vor den Aerzten durch eine besondere Strafandrohung schützen zu müssen. Denn wenn auch die Strafandrohung sich auf jedermann bezog, da man vor der Freigabe der Krankenbehandlung einen heiligen Respekt hat, so unterlag es doch keinem Zweifel, dass die Aerzte damit so gut wie ausschliesslich getroffen wurden, sprach doch auch die Begründung von Eingriffen nach den Regeln der ärztlichen Kunst. Welche Erfahrungen berechtigten zu der Annahme, dass die Aerzte auf die Willensfreiheit der Kranken nicht die gebührende Rücksicht genommen hätten oder in Zukunft nehmen würden, berechtigten zu dieser Einengung der ärztlichen Berufstätigkeit? Dass die Zurücknahmemöglichkeit des Strafantrags gelegentlich die Möglichkeit zu Erpressungsversuchen gegen den Arzt gegeben hätte, sei nur nebenbei erwähnt.

Demgegenüber bedeutet § 238 des Entwurfes von 1925 eine Lösung die wir Aerzte lebhaft begrüessen müssen. Nach der Begründung „bildet den Massstab, nach dem die Zulässigkeit des Eingriffs oder der Behandlungsweise zu beurteilen ist, die Uebung eines gewissenhaften Arztes. Der Eingriff oder die Behandlung muss somit nicht nur nach den Regeln der ärztlichen Wissenschaft angezeigt sein, sondern auch vom Standpunkt der ärztlichen Ethik aus statthaft erscheinen.“ Das starre, den Verhältnissen des Lebens nicht Rech-

nung tragende Dogma von der Notwendigkeit der Einwilligung des Kranken ist fallen gelassen worden. Es ist für uns Aerzte eine Selbstverständlichkeit und gehört deshalb zur ärztlichen Ethik, auf die § 238 abgestimmt ist, dass wir das Selbstbestimmungsrecht der Kranken aufs äusserste achten. Wir erkennen den Standpunkt des Reichsversicherungsamtes durchaus an, dass ein Unfallverletzter oder ein Invalide nicht zu einer Operation gezwungen werden kann, auch wenn durch sie die Arbeitsfähigkeit erheblich verbessert oder die Invalidität beseitigt würde und mit ihr keine erhebliche Gefahr oder Schmerzhaftigkeit verbunden wäre. In der Bestimmung des § 254, Abs. 2 d. BGB., nach der ein Beschädigter keinen Ersatzanspruch für Schaden hat, den zu mindern er unterlassen hat, erblicken wir höchstens einen sanften Druck, in eine Operation einzuwilligen, die ungefährlich ist, die Arbeitsfähigkeit erheblich verbessern wird und für den Beschädigten kostenlos ist — aber keinen Zwang zur Duldung der Operation. Bei einem Bewusstlosen sind wir berechtigt, die Zustimmung zu dem nötigen Eingriff vorauszusetzen, etwa zur Trepanation des Schädels bei einem traumatischen extraduralen Bluterguss; auch bei einem lebensgefährlich Verletzten dürfen wir die Einwilligung zu dem lebensrettenden Eingriff vorauszusetzen, bei einem Selbstmordversuch sind wir an die Einwilligung, etwa zur Unterbindung der durchschnittenen Schlagadern nicht gebunden — wie aber wenn im Verlauf der Operation ein viel erheblicherer Eingriff sich als notwendig herausstellt, um den vom Kranken gewollten Zweck zu erreichen, wenn z. B. statt der vermuteten Osteomyelitis des Oberschenkels ein Knochensarkom gefunden wird und die Erhaltung des Lebens nur durch die Amputation des Oberschenkels erreicht werden kann? § 313 des Entwurfes von 1919 hätte den Arzt in solchen Fällen vor eine schwere Entscheidung zwischen die Rücksicht auf das Wohl des Kranken und auf seine eigene Sicherheit vor Strafverfolgung gestellt, der Entwurf von 1925 überlässt die Entscheidung dem pflichtgemässen Ermessen des Arztes; im Streitfall hat er nachzuweisen, dass er nach „der Uebung eines gewissenhaften Arztes“ gehandelt hat und es unterliegt keinem Zweifel, dass mit diesem „nachgebenden Recht“ (ein Ausdruck, den ich Herrn Prof. Grafen zu Dohna in Heidelberg verdanke, der ihn auf Rudolf Stammeler zurückführt) dem Wohl der Kranken und damit des Volkes am besten gedient ist, viel besser als durch Einengung des pflichtmässigen Handelns des Arztes durch ein starres Dogma. Selbst unvernünftigen Eltern gegenüber, die ihr zur Operation in das Krankenhaus eingewiesene Kind nicht wollen „schneiden“ lassen, obwohl jede Verzögerung der Operation den Durchbruch des entzündeten Wurmfortsatzes bringen kann, kann sich die Uebung des gewissenhaften Arztes durchsetzen. Der Paragraph schützt auch die Eingriffe des Arztes an gesunden Personen, die zu Heilzwecken an anderen vorgenommen werden, wie z. B. die Entnahme von Haut zur Ueberpflanzung oder von Blut zur Transfusion. Selbstverständlich setzt die Uebung des gewissenhaften Arztes die Einwilligung des Spenders voraus. Der Paragraph gilt ferner nicht nur für Eingriffe zu Heilzwecken. Die Begründung sagt ausdrücklich:

„Auf den Gesichtspunkt der ärztlichen Ethik wird es vor allem ankommen, wenn zu entscheiden ist, ob der Arzt eine Frau auf ihr Verlangen, aber ohne medizinische Notwendigkeit unfruchtbar machen durfte.“

Damit ist die „soziale Indikation“ für Sterilisierung einer gesunden Frau grundsätzlich anerkannt — der Einzelfall unterliegt der Beurteilung nach den Grundsätzen der ärztlichen Ethik, sie lässt keinen Zweifel darüber, was nicht erlaubt ist. Schon K e h r e r, der die Tubenresektion zur Unfruchtbarmachung einführt, erklärte, dass die Operation nicht dazu sei, liebesbedürftigen Frauen oder Mädchen den folgenlosen Geschlechtsverkehr zu ermöglichen; der Arzt, der aus der Sterilisierung gesunder Frauen ein schmutziges Geschäft macht, handelt gewiss gegen die ärztliche Ethik und macht sich damit — auch nach dem Entwurf von 1925 — einer „schweren Körperverletzung“ schuldig. Denn wenn auch im Entwurf im Gegensatz zu § 224 Str.G.B. der Verlust der Zeugungsfähigkeit als Tatbestand für schwere Körperverletzung nicht genannt ist, so sieht doch die Begründung in der Zerstörung der Fortpflanzungsfähigkeit „eine bedeutende Beeinträchtigung im Gebrauch des Körpers“ im Sinn von § 234 d. Entw. — Da der Eingriff nicht rückgängig gemacht werden kann, kann man auch von „Verstümmelung“ reden. Das „nachgebende Recht“ überlässt es der von sittlicher Empfindung getragenen Entwicklung, die Tragweite der nun gegebenen Möglichkeit abzugrenzen.

Merkwürdig aber ist, dass in diesem Zusammenhang immer nur von der Unfruchtbarmachung der Frau, nie von der des Mannes die Rede ist, obwohl der Eingriff beim Manne soviel einfacher ist und der Mann nicht selten derjenige ist, der die Frage aufrollt. Nach dem Wortlaut des § 238 d. Entw. ist auch zulässig die Unfruchtbarmachung von Personen, von denen nach feststehender Erfahrung eine entartete oder asoziale Nachkommenschaft zu erwarten ist. Man kann Herrn Medizinalrat Dr. B ö t e r s in Zwickau, der durch sein Vorgehen nicht nur das Verständnis für die soziale Bedeutung der Frage in weite Volkskreise getragen hat, sondern auch zur Entscheidung durch die Gesetzgebung gedrängt hat, die Genueztung nachempfinden, die in seiner neuesten Veröffentlichung in Nr. 13 des Korrespondenzblattes für die ärztlichen Vereine in Sachsen zum Ausdruck kommt. Er nennt Herrn Oberreichsanwalt Dr. Eber-

mayer als den, dem die jetzt klare Rechtslage zu danken ist; auch Lönne erwähnt in seiner ausgezeichneten Schrift: das Problem der Fruchtabtreibung, der Herr Dr. Ebermayer ein treffliches Geleitwort vorausgeschickt hat, dass Ebermayer sich neuerdings der eugenischen Indikation gegenüber nicht so ablehnend verhalte wie der Entwurf von 1919.

Der § 238 des Entwurfs von 1925 gibt uns Aerzten also das, was Schickele in seinem „Strafrecht und Frauenheilkunde“ (Wiesbaden 1909) „klares Wetter und gute Fahrt“ nannte. Um so mehr muss uns der Satz in der Begründung befremden, dass „auf approbierte Aerzte die Vorschrift nicht beschränkt ist. Auch andere Heilkundige können sich auf sie berufen, wenn sie ihre Voraussetzungen erfüllen.“ Unter der „Uebung eines gewissenhaften Arztes“ ist auch nach der feststehenden Rechtsprechung das Handeln eines in Deutschland approbierten Arztes zu verstehen. Die erneute Verbeugung vor der Freigabe der Krankenbehandlung ist sachlich um so weniger begründet, als im nächsten Paragraphen die Eingriffe und Behandlungsweisen von Nichtärzten ausreichend berücksichtigt sind. Er hat den gleichen Wortlaut wie § 293 des Entwurfs von 1913: Rechtswidrig handelt nicht, wer eine Körperverletzung mit Einwilligung eines anderen vornimmt, insoweit die Tat nicht trotz der Einwilligung gegen die guten Sitten verstößt. Eingriffe eines Arztes fallen nicht unter diese Bestimmung, denn entweder entsprechen sie der Uebung eines gewissenhaften Arztes, dann sind sie keine Körperverletzung, oder sie tun das nicht, dann verstossen sie gegen die guten Sitten und können auch nach § 239 des Entwurfs nicht geduldet werden. Durch § 239 des Entwurfs werden die Eingriffe des sog. niederen Heilpersonals, wie etwa der approbierten Bader geschützt und die der sog. Heilkundigen umgrenzt. Die Auffassung, dass § 238 die Tätigkeit der Aerzte betrifft, § 239 die von Nichtärzten wird dadurch nicht widerlegt, dass unter § 239 auch die Körperverletzungen bei Sportkämpfen fallen, ebenso die Bestimmungsmensuren denen 1913 ein besonderer Paragraph gewidmet war. —

§ 238 des Entwurfs stellt lediglich fest, was ärztliche Eingriffe und Behandlungen, die der Uebung eines gewissenhaften Arztes entsprechen, nicht sind. Wie steht es nach dem Entwurf mit den Eingriffen, die einen Tatbestand objektiv erfüllen, der als solcher vom Gesetz mit Strafe bedroht ist: die Tötung des zur Geburt stehenden Kindes durch den Arzt und die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft? Auch diese Frage ist im Entwurf in einer Weise gelöst, die wir Aerzte begrüssen müssen. Die Leistung der „Nothilfe“ ist nicht mehr wie im jetzigen Strafgesetzbuch auf Angehörige des im „Notstand“ Befindlichen beschränkt, sie ist bei jedem zulässig zur Abwendung der gegenwärtigen Gefahr eines erheblichen Schadens, der auf andere Weise nicht abgewendet werden kann und den zu dulden dem im Notstand Befindlichen nicht zugemutet werden kann. Damit sind alle Fälle gedeckt, in denen der Arzt zur Rettung der Mutter aus drohender Lebensgefahr das zur Geburt stehende Kind tötet oder zur Abwendung eines beträchtlichen Schadens für die Gesundheit der Mutter eine bestehende Schwangerschaft unterbricht, also alle Indikationen zu diesen Eingriffen aus ärztlichen Gesichtspunkten. Denn unter „gegenwärtiger Gefahr“ ist zu verstehen „die nahe Wahrscheinlichkeit eines erheblichen Schadens,“ der jedoch erst nachträglich, also etwa im weiteren Verlauf der Schwangerschaft oder bei der Geburt einzutreten braucht; unter „nicht anders abwendbar“ ist nicht etwa die theoretische Möglichkeit einbegriffen, den Schaden auch in anderer Weise abwenden zu können, sondern die Tatsache, dass nach den Umständen des Einzelfalls, namentlich auch nach der Vermögenslage eine andere Art der Hilfe nicht durchführbar ist. Unterbrechung der Schwangerschaft bei einer Arbeiterfrau wegen Lungentuberkulose, die durch die Schwangerschaft ausgelöst oder zum raschen Vorschreiten gebracht wurde, ist deshalb nicht rechtswidrig, weil die Krankheit bei einer Frau in guter Vermögenslage vielleicht durch monatelangen Aufenthalt in Davos trotz Fortbestehens der Schwangerschaft vielleicht zum Stillstand gebracht werden kann. Die „Uebung des gewissenhaften Arztes“ gebietet sorgfältige Abwägung, ob im Einzelfall der Stand der Krankheit noch die begründete Aussicht auf Erhaltung der Mutter zulässt, denn Tuberkulose ist keine erbliche Krankheit und tuberkulöse Erkrankung der Plazenta ist äusserst selten. — Ob die gegenwärtige Gefahr selbstverschuldet ist, kommt für den Nothelfer nicht in Betracht (nach dem jetzigen Entwurf auch nicht für die Selbsthilfe des in Notstand Befindlichen) — trotzdem glaube ich nicht, dass der Arzt die Schwangerschaft einer ledigen Frau unterbrechen darf, um sie vor dem Schaden an ihrer Ehre zu bewahren, der durch das Offenbarwerden der Schwangerschaft entstehen wird. Denn ihre Ehre ist schon durch den ausserehelichen Geschlechtsverkehr geschädigt und den daraus sich ergebenden Schaden zu tragen, ist sie doch wohl „rechtlich verpflichtet“. Eine andere Auffassung müsste zu einer unerträglichen unterschiedlichen Behandlung der einzelnen Gesellschaftsschichten führen. Auch die Schwangerschaft einer ledigen Frau darf nicht aus anderen Gründen unterbrochen werden als die einer verheirateten. Der naturgemässe natürliche Druck über die Schwangerschaft und ihre peinlichen Folgen genügt nicht zur Rechtfertigung des Eingriffs, es müssten vielmehr drohende Anzeichen für geistige Erkrankung nachweisbar sein.

Einen für den Arzt sehr dankenswerten Fortschritt bringt § 22 des jetzigen Entwurfs gegenüber den früheren damit, dass die Nothilfe nicht mehr an die Zustimmung des im Notstand Befindlichen gebunden ist. Der Entwurf von 1919 sah in § 288 vor:

„Wer gegen den Willen einer Schwangeren ihre Frucht oder ihr in der Geburt begriffenes Kind tötet, um von ihr eine nicht anders abwendbare schwere Gefahr für Leben oder Gesundheit abzuwenden, wird mit Gefängnis bis zu 3 Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.“

Dem Dogma zulieb sollte der Arzt das Todesurteil über ihr Kind, das zur Rettung ihres eignen Lebens perforiert werden muss, der Mutter zuschieben! —

Da eine aus „sozialer Indikation“ vom Arzt vorgenommene Unterbrechung der Schwangerschaft nicht aus dem Begriff der Nothilfe gerechtfertigt werden kann und auch nicht unter § 238 des Entwurfs fällt, da es sich nicht um „Körperverletzung“, sondern um eine im Gesetz anders qualifizierte Handlung dreht, so ist sie auch nach dem jetzigen Entwurf strafbar. Die „Gewissenhaftigkeit“ des Arztes kann bei dieser Indikationsstellung nicht das Unterscheidungsmerkmal bilden. Die Stellung des einzelnen Arztes zur Unterbrechung der Schwangerschaft aus sozialer Indikation, wie überhaupt zur Frage der Strafbarkeit der Fruchtabtreibung ist heute wesentlich durch seine Weltanschauung und seine politische Parteizugehörigkeit bestimmt. Ich darf einem Arzt deshalb nicht die Gewissenhaftigkeit absprechen, weil er nach seiner gesamten Einstellung zur Unterbrechung der Schwangerschaft aus sozialer Indikation eine andere Stellung einnimmt als ich; aber wir Aerzte müssen uns bewusst bleiben, dass § 238 des Entwurfs unser Handeln nur dann als rechtlich zulässig ansieht, wenn andere beachtliche Rechtsgüter, die das Gesetz aufgestellt hat, nicht verletzt werden. Für die Stellung der sozialen Indikation ist der Arzt überhaupt nicht zuständig, mindestens nicht allein, denn seine Wissenschaft kennt diese Indikation überhaupt nicht: was selbstverständlich nicht ausschliesst, dass wir bei unserem Handeln die sozialen Verhältnisse des Kranken berücksichtigen, die uns häufig genug zwingen, eine Behandlungsweise einzuschlagen, die wir unter günstigeren äusseren Verhältnissen nicht wählen würden. —

Dagegen ist durch den Wortlaut des § 22 des Entwurfs die Unterbrechung einer Schwangerschaft, die unzweifelhaft Folge einer Notzucht ist, zulässig. Der Russeneinfall in Ostpreussen und die an Frauen verübten Schandtaten im besetzten deutschen Gebiet lassen uns diese Frage nicht mehr mit dem achselzuckenden Hinweis abtun, dass Schwängerung nach Notzucht ausserordentlich selten ist. Dass für ein ehrbares Mädchen die Veränderung ihres Körpers durch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett und das Dasein eines unehelichen Kindes, für das es allein sorgen muss, ein „erheblicher Schaden“ bedeutet, den zu dulden, man ihm nicht zumuten kann“, insbesondere mit Rücksicht auf sein Fortkommen, kann nicht bestritten werden. —

Hindeuten will ich noch auf die Beschränkung der Schweigepflicht (§ 300 Str.G.B.) des Arztes durch den Zusatz, der auch schon in den vorhergehenden Entwürfen enthalten war:

„Die Offenbarung (eines Privatheimnisses) ist nicht rechtswidrig, wenn sie zur Wahrnehmung berechtigter privater oder öffentlicher Interessen erforderlich war, vorausgesetzt, dass dabei die sich gegenüberstehenden Interessen pflichtgemäss berücksichtigt worden sind.“

Also auch in dieser Frage haben wir uns nach der Ethik des ärztlichen Standes zu richten und nicht nach einem starren Paragraphen des Strafgesetzbuchs, der seither den Arzt nicht selten in Zwiespalt zwischen berufsgemässen Handeln und Sicherung vor Strafanzeige gebracht hat.

Wenn wir die Bestimmungen des neuen Entwurfs mit den Vorschlägen vergleichen, die früher von Juristen oder Aerzten gemacht wurden, u. a. von der Aerztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin, von von Franqué, van Calcker u. a., so müssen wir anerkennen, dass der Entwurf die soviel behandelte Frage auf die befriedigendste Weise löst. Er erfüllt die Forderung Schickeles: „Der Arzt muss wissen, dass er in seinen medizinisch berechtigten Handlungen und Eingriffen durch das Gesetz gedeckt bzw. vor einer Kollision mit dem Gesetz geschützt ist.“ Der Massstab für die aus ärztlichen Gründen vorgenommenen Eingriffe und Behandlungsarten ist die Uebung des gewissenhaften Arztes. Wir dürfen erklären, dass der deutsche Aerztestand dieses Vertrauen des Gesetzgebers verdient und rechtfertigen wird. Damit schon ist der Entwurf abgetan, dass schliesslich ja doch alles beim alten bleibt, denn auch bisher hätte sich kein Staatsanwalt gefunden, der die medizinisch berechnete Handlung eines Arztes zu verfolgen versucht hätte. Die für einen konservativen Juristen unerhörte Wendung im Strafgesetzbuch von der Uebung eines gewissenhaften Arztes wird voraussichtlich auf Widerstand stossen; wir Aerzte haben allen Grund zu betonen, dass es eine bessere Lösung des Problems nicht gibt; wir müssen wünschen und darauf hinarbeiten, dass wir aus den Erwägungen herauskommen und an Stelle des in wesentlichen Punkten längst veralteten Strafgesetzbuches ein neues erhalten, das den gänzlich veränderten Verhältnissen unseres Landes und Volkes Rechnung trägt. Es ist mir wohl bekannt, dass von hervorragenden Lehrern des Strafrechts der Entwurf verworfen wird und dass sehr fortschrittlich gesinnte Richter in der weitgehenden Freiheit, die

der Entwurf dem Richter in der Strafzumessung zuweist, die Gefahr eines Danaergeschenks erblicken, namentlich unter Hinweis auf die Verunglimpfung eines Richters durch politische Gegner und die mögliche Beschränkung der richterlichen Freiheit aus diesem menschlich verständlichen Gesichtspunkt. Aber über diese Meinungsverchiedenheiten, die, weil sie grundsätzlicher Natur sind, zum Teil überhaupt nicht ausgeglichen werden können, sollte man doch jetzt hinwegkommen, nachdem aus mehr als zwanzigjähriger Vorarbeit vier Entwürfe hervorgegangen sind und die Unzulänglichkeit des jetzigen Strafgesetzbuchs von keiner Seite bestritten wird. Das Strafgesetz aber greift aufs tiefste in die Verhältnisse unseres Volkes ein, Strafrechtspflege geht in ihrer sozialen Bedeutung vor der Ziviljustiz. Auf eins aber muss gerade von uns Aerzten immer wieder mit Nachdruck hingewiesen werden: durch kein noch so gutes Strafgesetz wird die Zahl der Rechtsbrecher und der Verbrechen eingeschränkt. Das kann nur geschehen durch die vorbeugende Fürsorge, die den „sozial Gefährdeten im weitesten Umfang“ zuteil werden muss. Dazu gehört in erster Linie die Fürsorge für die Unehelichen, die in noch ganz anderem Umfang auf die Persönlichkeit des Schützlings eingestellt werden muss, als dies bisher der Fall ist. Das Geld, das für die vorbeugende Fürsorge ausgegeben wird, wird um ein Vielfaches an den Strafanstalten, Arbeitshäusern, Sicherungsanstalten und Trinkerheilstätten gespart.

Das Strafgesetzbuch war seither eine Kodifizierung des zur Zeit seiner Entstehung geltenden Rechts, entstanden aus der jeweiligen Auffassung über den Zweck des Strafrechts. Die Folge war, dass das Strafgesetz um so rascher veraltet, je rascher sich die sozialen Verhältnisse des Volkes änderten; unser Strafgesetzbuch von 1871 ist dafür ein Musterbeispiel. Soweit das hier behandelte Gebiet in Frage kommt, baut der Entwurf nirgends der Entwicklung vor, ja er ist für uns Aerzte wegweisend. Denn wenn der Massstab auch für die strafrechtliche Beurteilung der beruflichen Tätigkeit eines Arztes die ärztliche Ethik sein soll, dann ist es Aufgabe der ärztlichen Standesvertretung die Sicherungsmassregeln bekannt zu geben, die den Missbrauch des „nachgebenden Rechts“ ausschliessen. So haben u. a. die ärztlichen Kreisvereine Mainz und Darmstadt für ihre Mitglieder Vorschriften herausgegeben, die bei der Einleitung des künstlichen Aborts beachtet werden müssen (vgl. d. Zschr. Nr. 21/25, S. 882). Es dürfte Sache des Deutschen Aerztevereinsbundes sein, das hier gegebene Beispiel unter entsprechender Erweiterung zu Richtlinien für die deutschen Aerzte auszubauen. Darüber hinaus aber wird, wenn auch vielleicht ungewollt, durch den amtlichen Entwurf der Weg gewiesen auf eine Deutsche Aerzteordnung. Einen bescheidenen Beitrag zur Lösung dieser Frage hat die Aerzteordnung für den Volksstaat Hessen geliefert, deren Urheber zu sein, ich beanspruchen darf. —

Soziale Medizin und Hygiene.

Geteilter oder ungeteilter Unterricht?*)

Von Hofrat Dr. Eugen Doernberger.

Bei den diesjährigen Beratungen des Kultusetats im Haushaltsausschusse des Landtags sagte der Kultusminister: „Was die Klagen über die Ueberbürdung der Lehrer und Schüler anbetrifft, so scheint der Grund der zu sein, dass die Zeit infolge des zusammengelegten Unterrichts nicht mehr entsprechend ausgenützt und verteilt ist. Ich halte dieses System überhaupt für grundsätzlich verfehlt. Seine Beseitigung ist aber besonders in den Grossstädten schwer durchführbar. Wo nicht zwingende Gründe vorhanden sind, besonders in mittleren und kleineren Städten, bestehen wir darauf, dass der Unterricht vor- und nachmittags erteilt wird.“

Diese Aeusserung gab der Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde Veranlassung, die Frage des geteilten oder ungeteilten Schulunterrichts einer Aussprache zu unterwerfen.

Die Frage ist ja durchaus nicht neu, sondern schon vor vielen Jahren und sehr oft in aller Welt, auch in Deutschland und speziell in Bayern lebhaft erörtert worden. Galt es doch an Stelle von altem Gewohntem neues Ungewohntes zu setzen. Es existiert eine gewaltige Literatur für und wider, aus welcher im Folgenden nur einiges hervorgehoben sei.

Der ungeteilte Unterricht war in zahlreichen nicht deutschen Ländern schon längst eingeführt, ehe man bei uns darüber zu debattieren und ihn versuchsweise einzuführen begann. So besteht er in Dänemark seit über 60 Jahren. Chalbaeus in Dresden war wohl 1878 der erste, der ihn in Deutschland forderte. In Berlin besteht er teilweise seit über 40 Jahren, auch an Elementarschulen. Weitere Aufzählungen seien mir erlassen.

Auf dem ersten internationalen schulhygienischen Kongress in Nürnberg 1904 [1] fand der ausschliessliche Vormittagsunterricht lebhaft Fürsprecher, nicht nur durch Theoretiker, sondern vor allem,

*) Nach einem der Münchener Gesellsch. f. Kinderhkl. am 25. VI. 25 erstatteten Referat unter Berücksichtigung der Aussprache. Dasselbe wurde nebst einem Schreiben der Gesellschaft und der Schulkommission des ärztl. Vereins dem Unterrichtsministerium und dem Landtag zugeleitet.

nach bereits gemachten Erfahrungen, durch Praktiker. So sagte Prof. Hertel aus Kopenhagen: „Es denkt niemand mehr daran, zum geteilten Unterricht zurückzukehren.“

Dass sich bei Umfragen die Eltern in grosser Zahl, dass sich Lehrervereinigungen aller Schulgattungen unter voller Würdigung der technischen und pädagogischen Schwierigkeiten dafür, wenige dagegen aussprachen, sei kurz erwähnt.

In Bayern gab wohl neben den Nürnberger Erörterungen kräftigen Anstoss zur Neuerung einer der Leitsätze, welche von Dr. Neustätter und mir im Namen der Schulkommission des ärztlichen Vereines diesem im Jahre 1904 vorgelegt, von ihm gebilligt und dem Kultusministerium zugeleitet wurden:

„Am besten wird der gesamte Unterricht auf den Vormittag verlegt. Jedenfalls müssen die anstrengenden Lehrgegenstände Vormittags erledigt werden, den leichteren Fächern und der körperlichen Ausbildung soll der Nachmittag gewidmet sein.“

Der genannte Verein erklärte sich nach einem Referat von Rommel über Mittelschulreformen im Jahre 1907 [2] neuerdings für die Meinung seiner Schulkommission gegen eine einzige Stimme.

Die ersten Versuche mit hauptsächlichem Vormittagsunterricht wurden durch den Erlass des Staatsministeriums für Kirchen- und Schulangelegenheiten vom 30. Juli 1904 ermöglicht, welcher lautete:

„Das Königliche Staatsministerium verkennt keineswegs, dass das Zusammenfassen der Unterrichtszeit an den Mittelschulen auf den Vormittag in hygienischer und anderer Beziehung Vorteile mit sich bringt. Andererseits muss aber auch betont werden, dass eine wirksame Durchführung der Massnahme sich nur dann erwarten lässt, wenn die vormittägige Arbeitszeit nicht bloss an den Mittelschulen, sondern auch bei allen anderen Schulgattungen und namentlich im öffentlichen Leben überhaupt allenthalben im grossen Massstab zur Einführung gelangt, wovon zur Zeit und wohl auf Jahre hinaus in München nicht die Rede sein kann. Es wurde versuchsweise für die drei unteren Klassen des Theresiengymnasiums je ein Parallelkurs mit ungeteiltem Unterricht genehmigt.“

Daraufhin geschah an dieser Anstalt für die Schüler, deren Eltern nach Rundfrage einverstanden waren, die Bildung von drei unteren Klassen und zwar so, dass ein wirklich ausschliesslich vormittägiger Unterricht stattfand unter Wegfall des gesamten Nachmittagsunterrichtes. Ueber die dabei gemachten Erfahrungen später. Jedenfalls fand der Versuch Nachahmung und wurde zur ständigen Unterrichtsform an vielen bayerischen höheren Knaben- und Mädchenschulen.

Der Schulleiter bedarf (nach § 9 der Schulordnung nebst Kommentar) für Einführung des ungeteilten Unterrichtes der Genehmigung des Ministeriums. Die Genehmigung kann in der Regel nur für ein Schuljahr und nur mit Zustimmung der Elternmehrheit geschehen. Ausserdem muss der Lehrerrat einverstanden sein. Also genügend Mittel, einer Neuerung den Eingang zu erschweren, die trotzdem an Ausbreitung gewann.

Und heute, einundzwanzig Jahre nach dem ersten Einführungsversuch, erklärt man das System für verfehlt! Mit Recht oder mit Unrecht? Haben sich wirklich ernstliche Schäden gezeigt? Sind die gepriesenen Vorteile nicht vorhanden?

Sehen wir, wie man zur Forderung ausschliesslichen vormittägigen Unterrichts kam: Die Lehrer hatten erkannt, dafür liegen in Menge Kundgebungen vor, dass wissenschaftlicher Unterricht nach der Mittagspause, also hoch in die Verdauungsperiode fallend, nicht erspriesslich, nicht von der nötigen Aufmerksamkeit begleitet war, mehr Tadel und Strafen erforderte, dass auch der Lehrer nicht immer mit voller Arbeitskraft und Freude in die Schule kam. Prof. Fischer [3] spricht direkt von den Stunden zwischen 2 und 3 Uhr als die jedem Lehrer bekanntesten martervollen. Der frühere Töchterschuldirektor Winter [3] spricht von vollen Bäuchen und schläfrigen Köpfen, einer Qual für Lehrer und Schüler, nutzlosem Zeitdiebstahl und Versündigung an der Gesundheit.

Plenus venter non studet libenter, sagt das Sprichwort. Warum? Weil während der Verdauungstätigkeit verhältnismässig viel Blut zu den Digestionsorganen, verhältnismässig wenig zu den Gehirnzellen strömt, weshalb diese zu gleicher Zeit nicht sehr in Anspruch genommen werden sollen und dürfen.

„Wir brauchen gar nicht erst den Ergographen oder das Aesthesiometer zu befragen,“ sagt der jetzige badische Staatspräsident Hellpach [4], „ob eine dreistündige Pause in der Vormittagsperiode ausreichen würde lassen. Selbst, wenn es der Fall wäre, so bleibt die Verlegung geistiger Anstrengung mitten in die Verdauung der Hauptmahlzeit hinein ein für den Arzt schlechterdings undiskutierbares Unternehmen. — Für uns ist der übliche Nachmittagsunterricht hygienisch absolut erledigt.“

Bei der schlechten Ernährung unseres Volkes, meint Graupner [5], hätte man nicht das Recht, durch Erzwingung geistiger Leistung während der Verdauung die Kinder zu schädigen, mehr noch als durch die quantitative Ueberbürdung.

Man soll, meint Hecker, auch nicht nur davon sprechen, dass die Denkarbeit durch die Verdauungsvorgänge beeinträchtigt wird, sondern geistige Anstrengung und Aufregung kann auch die Magen- und Darmfunktionen schädigen.

Wenn auch die von Ley, Stein u. a. beim Nachmittagsunterricht gefundenen hohen Ermüdungswerte nach Meumann [6] nicht ausschlaggebend sind, so hält doch auch er den Nachmittagsunterricht für sehr ermüdend. Kräpelin [7] betont, dass wohl infolge des erholenden Schlafes sich die Leistungsfähigkeit während des Vormittags am längsten auf einer gewissen Höhe erhalte. Griesbach [8] findet beim Nachmittagsunterricht eine erschreckend hohe und leichte Ermüdbarkeit, ein Nachteil, welcher noch dadurch vergrössert werde, dass nach Unterrichtschluss der Schüler ja nicht wie etwa ein Büroarbeiter nach Büroschluss fertig sei, sondern neuerdings, also zum dritten Male, an Gehirnarbeit, nämlich an die Hausaufgaben, heran müsse.