

S. Karger. — *Schottländer*, Zur Histologie und Histogenese des Uteruskarzinoms etc. Verhandl. d. dtsh. Ges. f. Gyn. Bd. 12. — *Schridde*, Die ortsfremden Epithelgewebe des Menschen. Jena 1909. — *Sitzenfrey*, Über mehrschichtiges Plattenepithel der Schleimhautoberfläche des Uterus etc. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 59. — *Ssamschin*, Eine seltene Form von Uteruskarzinom. Wratsch 1913. Ref. Frommel 1913. — *Stein*, Carcinosarcoma uteri mit Metaplasie des Zylinderepithelkarzinoms in Plattenepithel. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 33. — *Stoerk* und *Zuckerkandl*, Über Cystitis glandularis und den Drüsenkrebs der Harnblase. Ztschr. f. Urologie. Bd. 1. — *Stoerk*, Über Cystitis cystica. Zieglers Beitr. Bd. 50. — *Strong*, Über Heteroplasie bei Karzinom des Uterus. Arch. f. Gyn. Bd. 104. — *Verse*, Das Problem der Geschwulst malignität. Jena 1914. — *Waldeyer*, Die Entwicklung der Karzinome. Virch. Arch. Bd. 55. — *Weinbrenner*, Eigenartige Drüsenhyperplasie mit Mehrschichtung des Epithels. Münch. med. Woch. 1903.

## II.

### Sollen wir Bevölkerungspolitik treiben?

Von

Professor G. WINTER,  
Königsberg i. Pr.

Im Anfang des Jahres 1916 habe ich unter dem Eindruck der schweren Verluste, welche der Weltkrieg schon damals unserer männlichen Bevölkerung zugefügt hatte und in Erwägung der daraus entstehenden neuen Schwächung unseres an und für sich in ungenügender Weiterentwicklung befindlichen Bevölkerungszuwachses die deutschen Geburtshelfer zur Sammlung für gemeinschaftliche Arbeit in der Bevölkerungspolitik aufgerufen<sup>1)</sup>. Ich habe die Ansicht ausgesprochen, daß neben Sozialpolitikern, Hygienikern und neben den Staatsbehörden wir Geburtshelfer vor allem befähigt und verpflichtet sind, mitzuarbeiten an der großen Aufgabe der Bevölkerungspolitik und habe ein Programm unserer Arbeit aufgestellt. Die Hauptpunkte desselben waren folgende:

1. Die *Bekämpfung der ehelichen Sterilität*;
2. die *Vermeidung des spontan eintretenden Aborts*;
3. die *Einschränkung des künstlichen Aborts*;
4. die *Bekämpfung des kriminellen Aborts*;
5. die *Besserung der kindlichen Mortalität in der Geburt*;
6. der *Schutz der Neugeborenen durch Vorbereitung und Einleitung der natürlichen Ernährung*.

<sup>1)</sup> Ztbl. f. Gyn. 1916. No. 5.

Ich unterlasse es, hier noch einmal die einzelnen Punkte dieses Programms aufzuzählen und ihre Durchführbarkeit zu begründen.

Mein Aufruf hat vielseitig Zustimmung erfahren und eine Reihe von bedeutenden Geburtshelfern zu Meinungsäußerungen veranlaßt; ich führe dieselben in der Reihenfolge ihrer Veröffentlichung an:

*Seitz*<sup>1)</sup> „stimmt aus vollem Herzen meinen Ausführungen bei“; er bearbeitet eingehend die wichtige Frage, aus welchen Veränderungen der Herztöne man auf eine Lebensgefahr des Kindes während der Geburt schließen könne und formuliert die Indikation für die Beckenausgangszange im Interesse des Kindes.

*Stöckel*<sup>2)</sup> hält „meine Ausführungen für ungemein wichtig und stimmt ihnen im Prinzip durchaus bei“; er übt eingehende und teilweise ablehnende Kritik an meinen detaillierten Vorschlägen für die Einstellung unserer geburtshülflichen Therapie auf das Leben des Kindes. Als neuen Gedanken bringt er den Wunsch hinzu, daß die Geburtshilfe bei pathologischen Fällen im Interesse von Mutter und Kind eine „mehr klinische werden müsse“.

*von Jaschke*<sup>3)</sup> „vermißte bis zu meiner Veröffentlichung ein Besinnen auf die speziellen Aufgaben, welche den Geburtshelfern in ihrem engeren Wirkungskreise im Hinblick auf die Vermehrung der Volkszahl erwachsen“. Er arbeitet ein sehr eingehendes Programm aus für unsere Aufgaben in der Ernährung und Pflege der Neugeborenen und erörtert, in welcher Weise der klinische Unterricht die Ärzte für die Teilnahme an denselben vorbereiten müsse.

*Opitz*<sup>4)</sup> „schließt sich meinen Ausführungen vielfach an“, weicht aber in manchen Dingen von meinen Vorschlägen ab und erweitert andererseits dieselben; so z. B. wünscht er, daß die Ärzte die gewollte Sterilität bekämpfen sollen durch Rat und Tat; er unterstützt ferner vor allem mein Verlangen, den künstlichen Abort auf die Basis sicherer Indikation zu stellen und erörtert die Besserung der kindlichen Mortalität in der Geburt und unsere Aufgaben zum Schutz der Neugeborenen. *Opitz* wendet sich an die Ärzteswelt und zieht damit schon die Konsequenzen unserer Erörterungen für die tägliche Praxis.

*Hengge*<sup>5)</sup> erweitert den Wunsch *Stöckels*, daß die patholo-

<sup>1)</sup> Ztbl. f. Gyn. 1916. No. 26.

<sup>2)</sup> Jahreskurse f. ärztl. Fortbild. 1916. Juliheft.

<sup>3)</sup> Ztbl. f. Gyn. 1917. No. 3.

<sup>4)</sup> Med. Klin. 1917. No. 22.

<sup>5)</sup> Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1917. Augustheft.

gische Geburtshilfe mehr und mehr klinisch werden solle dadurch, daß er die ganze Geburtshilfe in die Anstalt verweist und innerhalb derselben freie Ärzewahl verlangt.

*Fehling*<sup>1)</sup> wendet sich ebenfalls an die Ärzte und legt ihnen ein eingehendes Programm für ihre Mitarbeit an den Aufgaben der Bevölkerungspolitik vor; die einzelnen Punkte seines Programms entsprechen im allgemeinen den von mir zur Erörterung gestellten; es sind:

1. Ursachen und Bekämpfung der ehelichen Sterilität,
2. Vermeidung der Aborte,
3. Vermeidung der Sterblichkeit in der Geburt,
4. Vermeidung der Sterblichkeit der Kinder im ersten Lebensjahr.

Aus den Kreisen der Ärzte selbst führe ich die Stimme *Heils*<sup>2)</sup> an, welcher gelegentlich einer eingehenden Besprechung meiner Veröffentlichung seinen ärztlichen Lesern zuruft, daß sie alle mitberufen seien, an diesen großen Fragen des Tages und der Zukunft mitzuarbeiten und das Beste leisten müßten, um das Kind, den kostbarsten Teil der Zukunft unseres Volkes, zu erhalten.

*Martin*<sup>3)</sup>, der weitsichtige und rührige Redakteur der Monatschrift, stellt in einem Rundschreiben im Anschluß an meine „eindrucksvolle Anregung“ und die anderen oben erwähnten Veröffentlichungen seine Zeitschrift zur Verfügung und will sie zum Sammelpunkt der Meinungsäußerungen über Bevölkerungspolitik machen.

Es ist hier nicht meine Absicht, ausführlich zu dem Inhalt obiger Aufsätze Stellung zu nehmen, sondern ich wollte nur beweisen, daß mein Sammlungsruf zu gemeinschaftlicher Arbeit an den Aufgaben der Bevölkerungspolitik Erfolg gehabt hat, daß einzelne Kollegen das von mir aufgestellte Programm um fruchtbare Ideen bereichert und einzelne schon begonnen haben, die praktischen Ärzte in dem Sinne des Programms zu belehren und zur Ausführung desselben in der Praxis aufzurufen. Die für das Vaterland so wichtige Arbeit war aufgenommen und in erfolgreichem Gange.

Im Juli 1917 erschien aber ein Aufsatz von *Bumm*<sup>4)</sup>, welcher sich gegen unsere bevölkerungspolitische Beteiligung aussprach; der Grundgedanke desselben ist der, daß wir auf die Hauptur-

<sup>1)</sup> Deutsche Revue. Januar 1917. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 45 S. 366.

<sup>2)</sup> Der praktische Arzt. 1916. Heft 14.

<sup>3)</sup> Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 45. S. 364.

<sup>4)</sup> *Bumm*, Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn. 1917. Juliheft.

sache des Geburtenrückganges, d. i. die gewollte Sterilität und den kriminellen Abort keinen Einfluß haben, daß die Erfolg versprechende Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und Hebung der Säuglingsfürsorge nicht unsere Sache sei, und daß unsere eigentliche Aufgabe, die Besserung der geburtshülflichen Leistungen, einen im Vergleich zum Ganzen nur sehr unbedeutenden Erfolg in Aussicht stelle.

Das Ansehen, welches *Bumm* genießt, und die Tatsache, daß er als augenblicklicher Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie unseren gemeinschaftlichen Beratungen Platz gewähren oder versagen kann, machen es notwendig, etwas genauer auf die Gründe für seine Ablehnung unserer Bestrebungen einzugehen.

*Bumm* sagt, daß wir Ärzte keinen Einfluß gewinnen können auf die gewollte Sterilität; dieselbe entspringe den wirtschaftlichen Verhältnissen und sei eine Sache der öffentlichen Moral. Das ist zweifellos richtig, und ich habe deshalb selbst in meinem Programm ausgesprochen, daß „Erforschung und Bekämpfung der gewollten ehelichen Sterilität nicht Sache der Gynäkologen sei“. Trotzdem möchte ich auch hier unsere Mitarbeit nicht für gleichgültig und ergebnislos halten. Zunächst möchte ich hervorheben, daß die jetzt allgemein gültige Anschauung, der Geburtenrückgang beruhe nicht auf Entartung oder Beschränkung der Zeugungs- und Geburtsfähigkeit der Frau, sondern wesentlich auf gewollter Sterilität, doch aus ärztlichen Erfahrungen gewonnen ist. Erst die Erfahrungen und Aussagen der Frauenärzte, Kreisärzte, Medizinalkollegien, Ärztekammern, welche s. Z. das Ministerium für die Abfassung seiner bekannten Denkschrift erbat, haben in Deutschland das Material geschaffen für die eindeutige Festlegung der eigentlichen Ursachen des Geburtenrückganges und damit für die folgerichtige Bekämpfung desselben. Eine Reihe der hierfür notwendigen Maßnahmen, z. B. die Verkehrsbeschränkung mit empfängnisverhindernden Mitteln, kann sich nur auf den Rat-schlägen und Bedenken erfahrener Ärzte und insbesondere von Frauenärzten aufbauen und diese wird vom Ministerium selbst als Voraussetzung zu einem Verkehrsverbot verlangt. Das Ministerium stellt unter seinen Maßnahmen zur Bekämpfung der gewollten Sterilität die Aufklärung des Volkes durch die Ärzte auf, und wer wäre hierfür wohl geeigneter als der Frauenarzt oder der das Vertrauen der Frau genießende Hausarzt? Selbst in diesem undankbarsten und erfolglosesten Punkt unserer ärztlichen Aufgaben dürfen wir nicht einen reinen Verzicht auf unsere Mitarbeit aussprechen, wenn auch natürlich ein

einschneidender Erfolg von ganz anderen Faktoren abhängt. *Opitz* spricht sich energisch für die Mitarbeit der Ärzte aus und verlangt von ihnen die Aufklärung der Frauen aus vaterländischen und auch aus ärztlichen Gründen im Hinblick auf die Gefahren des Präventivverkehrs und des Schutzpessars.

*Bumm* schätzt die *Gonorrhoe* als *Ursache der ehelichen Sterilität* geringer ein als andere Autoren und glaubt, daß ca. 20 pCt. der Ehen durch dieselbe kinderlos bleiben; die Beseitigung dieser Ursache der ehelichen Sterilität setzt sich aus zwei Aufgaben zusammen, der Vermeidung und Behandlung der männlichen *Gonorrhoe* als Ursache der Azoospermie und Quelle der weiblichen *Gonorrhoe* und aus der Behandlung der weiblichen *Gonorrhoe* selbst; erstere ist in der Tat nicht unsere Aufgabe und den Syphilidologen zu überlassen; die Behandlung der weiblichen *Gonorrhoe*, deren alleiniger Anteil an der ehelichen Sterilität bislang nicht zu schätzen versucht worden ist, sicher aber der wichtigste ist, ist Sache der Gynäkologie; sie sieht ihre Aufgabe in der Beseitigung der Infektion, ehe diese die Tuben und das Peritoneum ergriffen hat. Leider ist bekanntlich diese Behandlung eine sehr schwierige und bislang keineswegs aussichtsreiche; gerade in letzter Zeit ist sie vielfach Gegenstand wissenschaftlicher Diskussion gewesen immer im Hinblick auf den Verlust der Konzeptionsfähigkeit; hier ist noch viel Arbeit zu leisten.

*Bumm* sieht die *Hauptursache der weiblichen Sterilität* in den *Entwicklungshemmungen* (70 pCt.). Die Beseitigung oder wenigstens erfolgreiche Behandlung derselben ist natürlich alleinige Aufgabe der Gynäkologie; es erscheint aber *Bumm* zweifelhaft, „ob sich durch vermehrten Eifer und Verbesserung der Behandlungsmethoden die Zahl der sterilen Ehen wird heben lassen“. Der Ansicht bin ich auch, wenn wir nicht weiter forschen. Ich halte aber eine Einwirkung auf den Entwicklungszustand der inneren Genitalien, z. B. durch Anwendung von Ovarialpräparaten, keineswegs für aussichtslos und die chirurgische Behandlung derselben hat schon sehr gute Resultate ergeben; *Bumm* macht selbst die erfreuliche Mitteilung, daß er durch operative Beseitigung der infantilen Retroflexio uteri zahlreiche Erfolge erzielt habe. Wenn wir in diesem bis jetzt als recht undankbar angesehenen Gebiet weiter forschen und unsere Erfolge uns mitteilen, wird sich die Zahl der auf Entwicklungshemmungen beruhenden sterilen Ehen merkbar verkleinern. Hier liegt ein interessantes und aussichtsreiches Gebiet für Forschung und klinische Arbeit bereit.

*Bumm* hat eine Ursache der weiblichen Sterilität nicht berücksichtigt und auch ich habe ihr in meinem früheren Programm keine Stellung eingeräumt, d. i. *die operative Sterilisierung der Frau*. Diese Operation hat einen ungeheuren Umfang angenommen und macht heute Tausende von Ehen steril, und ich muß sofort hinzusetzen, unnötig. Diese Operation, hinzugefügt den Kaiserschnitten und künstlichen Aborten, in der Absicht, der Frau eine Wiederholung des Kaiserschnittes zu ersparen oder sie vor der Gefahr einer abermaligen Schwangerschaft, z. B. bei Tuberkulose, zu bewahren, hat lange ihren segensreichen Wirkungskreis überschritten. Es gibt heute viele Praktiker, welche prinzipiell jedem künstlichen Abort die Sterilisierung hinzufügen und gar nicht mehr in Erwägung ziehen, ob nicht inzwischen die die Schwangerschaft komplizierende Krankheit ausheilen kann. Die Sterilisierung hat sich ferner ebenso wie der künstliche Abort der sozialen und eugenetischen Indikation bedient und wird heute aus den wichtigsten Gründen und selbst ohne diese ausgeführt, nur um dem Kindersegnen Einhalt zu gebieten. *Hier ist ein Einschreiten unbedingt notwendig*. Wir müssen wie für den künstlichen Abort so auch für die künstliche Sterilisierung die Indikationen ausarbeiten oder sie zum größten Teil überhaupt erst neu festlegen; dabei werden wir hoffentlich wie bei jenem zu sehr weitgehenden Einschränkungen kommen. Hier bedarf es einer ernstesten wissenschaftlichen Arbeit und klinischer Erfahrung, deren Erfolg ein jetzt gar nicht abzuschätzender Kindergewinn sein kann.

*Bumm* ist der Ansicht, daß die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft, so lange sie innerhalb der Grenzen ernster medizinischer Indikation bleibt, keinen merkbaren Einfluß auf die Verminderung der Geburten ausüben kann. Ich bin derselben Ansicht, wenn der Nachdruck gelegt wird auf das Wort „ernst“, d. i. bestehende oder drohende Lebensgefahr oder schwere Gesundheitsschädigung. Aber ist das der Fall? *Bumm* weiß doch ganz gewiß selbst, wie es in der täglichen Praxis aussieht und hat mitgeteilt, daß er in Dreivierteln der Fälle, welche zum Zwecke des künstlichen Aborts in seine Klinik geschickt wurden, denselben abgelehnt hat. Das waren doch immer noch Fälle, deren Kritik seitens der Klinik der Arzt nicht scheuen zu müssen glaubte; von ihm selbst oder von sehr aktiven Spezialisten werden noch ganz andere Indikationen aufgestellt und befolgt. Dabei handelt es sich gar nicht einmal, wie *Bumm* meint, um so laxen Indikationen oder Vorwände medizinischer Gründe, daß man an Abtreiben denken muß. Falsche medizinische Anschauungen und falsche Abschätzungen

der Gefahr sind neben Hyperaktivität auch bei Ärzten, welche keineswegs abtreiben wollen, der Grund für die sehr große Zahl unnötiger künstlicher Aborte. Die Ärzte befolgen keine einwandfreie Indikation, weil wir — sagen wir es ganz offen — selbst keine haben. Gibt es eine einzige Indikation für den künstlichen Abort, über welche wir wissenschaftlich forschenden und arbeitenden Kliniker derselben Ansicht sind? Ich sage ganz getrost: Nein! Alles ist hier unsicher; der eine stellt seine Indikation weit, und der andere stellt sie bei demselben Leiden äußerst eng. Hier bedarf es einer sehr ernsten und schwierigen wissenschaftlichen und klinischen Arbeit, um Indikationen aufzustellen, welche dem heutigen Stand unserer Erfahrung entsprechen; so lange wir diese Arbeit nicht erledigt haben, werden die Praktiker nach ihren Anschauungen weiter Aborte einleiten und jährlich Tausende von Früchten unnötig opfern. Wenn hier einmal Wandel eingetreten ist, wird auch der Einfluß auf die Frauenwelt, welche bei der geringsten Erkrankung die Entfernung der Frucht verlangt, nicht ausbleiben.

In Bezug auf den *kriminellen Abort* müssen wir uns alle *Bumms* Ansicht anschließen. Mögen es nun, wie *Bumm* berechnet, 200 000 oder wie ich geschätzt habe, 250 000, oder wie *Spiegel*, nach den Erfahrungen im tugendhaften Baden berechnet, nur 32 000 jährlich sein; das ändert an der Anschauung nichts, daß der kriminelle Abort die Hauptursache für den Verlust an gesunden Früchten in der Schwangerschaft darstellt. *Bumm* ist nun leider in Bezug auf die Bekämpfung dieser schweren Sünde vollkommen Pessimist. Er sagt: „Man kann vielleicht durch verschärfte Aufsicht die Zahl der Abtreiberinnen vermindern, aber die Frauen, die sich der Frucht entledigen wollen, nicht hindern, selbst alles mögliche zu unternehmen, um die Schwangerschaft zum vorzeitigen Ende zu bringen. Der Ärztestand kann seinen ganzen moralischen Einfluß anwenden, den Frauen, die mit Abtreibungsgedanken kommen, gut zureden und sie auf die Gefahren der Abtreibung hinzuweisen, das alles wird, wie die tägliche Erfahrung zeigt, Eheleute, die kein Kind mehr wollen, nur selten bestimmen, die Anwendung der Abtreibungsmittel zu unterlassen.“ Aus diesen Ausführungen spricht *Bumms* große Erfahrung und tiefer Einblick in die Nachtseiten der Psyche ehelicher und unehelicher Mütter; jeder erfahrene Gynäkologe wird ihm beistimmen. Aber folgt daraus, daß wir nichts daran bessern sollen? Im Gegenteil: je schlimmer es damit steht, um so größer und wichtiger und auch zwingender ist unsere Aufgabe, Hand an die Wurzel des Übels zu

legen. Hier bessert sich von selbst nichts; lassen wir Alles, die pessimistischen Hände im Schooß, seinen Gang weiter gehen, so wird das Übel nur größer. Gerade dieser Teil unserer Bevölkerungspolitik ist es, welcher alle Waffen mobil machen muß. Hier hat der Staat das Hauptwort; hier muß das Gericht mithelfen; hier haben Nationalökonomien und Sozialpolitiker, Volkshygieniker die Hauptaufgabe zu leisten; aber ist unsere Mithilfe, als wissenschaftliche Forscher, als Frauenärzte und Hausärzte gänzlich wertlos? Ich bin nicht dieser Ansicht und möchte nur ganz kurz skizzieren, nach welcher Richtung sie erfolgreich sein kann.

Zunächst will ich auf die wichtige Arbeit hinweisen, welche wir Ärzte schon geleistet haben durch Beschaffung des statistischen und kasuistischen Materials über Häufigkeit und Ursachen des kriminellen Aborts; ich führe z. B. die sehr eingehenden Untersuchungen *Benthins*<sup>1)</sup> an und erinnere nur an die bekannte Umfrage der Niederrheinisch-westfälischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, welche den schweren durch die Mutterspritze als Abtreibungsmittel verursachten Schaden aufdeckt. Alles ist hier ärztliche Erfahrung und Arbeit; auf ihr beruhen unsere Anschauungen über die Verbreitung und die Gefahren des kriminellen Aborts, und ohne diese wird eine Bekämpfung des Übels unmöglich.

Die Ärztekammern und Fachgesellschaften sind aber auch die ersten Instanzen gewesen, welche die Bekämpfung des kriminellen Aborts schon organisiert haben. Ich will hier wieder erinnern an die Eingabe der Niederrheinisch-westfälischen Gesellschaft an das Reichsjustizamt, diejenige der Breslauer gynäkologischen Gesellschaft an den Minister des Innern; diese ganze von den Fachgesellschaften ausgehende Bewegung ist leider durch den Krieg in den Hintergrund gedrängt worden. Wir wollen unsere Macht, namentlich diejenige der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie, nicht unterschätzen; wie repräsentieren die Gesamterfahrung der Frauenärzte und können Erfolg unserer Eingaben beanspruchen und erhoffen. Ich unterlasse es, hier auf Einzelvorschläge und auf die Prüfung ihrer Berechtigung und ihrer Erfolge einzugehen; das soll eben Aufgabe der Beratungen sein; daß dieselben sehr brauchbare Vorschläge ergeben und daß zum wenigsten einzelne derselben erfolgreich sein werden, ist mir nicht zweifelhaft.

Ein rücksichtsloser Kampf muß gegen die Abtreiber, gleichgültig welchen Standes sie sind, eröffnet werden; selbst die Schonung der unglücklichen Opfer sollte uns nicht immer abhalten,

<sup>1)</sup> Ztschr. f. Geburtsh. u. Gyn. No. 77.

professionellen Abtreibern, welche Dutzende von Leibesfrüchten jährlich vernichten, das Handwerk zu legen.

Auch die Aufklärung der Frauen über die Gefahren des Abtreibens für ihre Freiheit und Gesundheit halte ich nicht für so wirkungslos als *Bumm*; sie muß sich aber aus dem ärztlichen Sprechzimmer in die Öffentlichkeit begeben und anstatt an die eine Unglückliche sich an die Allgemeinheit der Frauen wenden; ich glaube doch, daß sich durch ernste Worte eines allseitiges Vertrauen genießenden Frauenarztes, namentlich in autoritativer Stellung, das Gewissen der Frauen aufrütteln läßt.

Ich bin ja durchaus der Ansicht, daß die Hauptaufgabe der Bekämpfung des kriminellen Aborts beim Staat und seinen Organen liegt; bin aber ebenso davon überzeugt, daß diese ohne Anregung und Unterstützung des ärztlichen Standes erfolglos bleiben muß. Über die Art dieser Hilfs- und Kampfmittel zu entscheiden, muß aber Sache unserer Beratung sein.

Die Zahl der *spontanen Aborte* schätzt *Bumm* sehr hoch ein (ca. 200 000). Die Verhinderung derselben ist aber nach ihm ziemlich aussichtslos, weil die eine Hälfte auf Mißbildungen, anormaler Entwicklung und Infektion des Eies und der Genitalien beruhen und diese Ursachen nicht ohne weiteres beseitigt werden können; die andere Hälfte beruht auf äußeren Schädlichkeiten, deren Ausschaltung weniger ärztliche als vielmehr soziale Maßnahmen verlangt.

Die ärztliche Aufgabe, einen bei gesunden Genitalien nur auf ein Trauma zurückzuführenden Abort zu verhindern, ist nicht schwer, wenn derselbe rechtzeitig in die Behandlung tritt, und noch leichter ist es für die Frau, denselben zu vermeiden, wenn sie den Anforderungen der Schwangerschaft Rechnung trägt; hier liegt die Aufgabe, die Schwangerschaft zu erhalten, mehr bei der Frau als beim Arzt. Unsere Aufgabe muß sich darauf beschränken, die Frau über die Schädlichkeiten des Traumas aufzuklären und sie davon abzuhalten; Hausarzt, Kassenarzt, Ärzte großer industrieller Verbände können hier durch Belehrung und Aufklärung der Frauen oder der Betriebsleiter sehr viel Nützliches tun; aber wir müssen uns rühren und im kleinen und großen den Schutz der Schwangeren zu unserer ärztlichen Aufgabe machen.

Schwieriger ist die Aufgabe der Erforschung und Beseitigung derjenigen Ursachen, welche auf Entwicklungsstörungen und Krankheiten der weiblichen Genitalien beruhen. Die Ursachen des nicht traumatischen spontanen Aborts sind sehr ungenügend bekannt und die Vermeidung derselben sowie die Behandlung der habi-

tuellen auf diesen Ursachen beruhenden Aborte noch recht undankbar. Hier hat zunächst die Wissenschaft noch vielseitige Aufgaben zu lösen; ich bin überzeugt, daß durch die Zusammentragung des jetzt schon vorliegenden Materials die Erforschung der Ursachen bedeutend gefördert werden würde; man denke z. B. an die Retroflexio, Endometritis, Lues als Ursache der spontanen Aborte, an die künstliche Entwicklung aplastischer Uteri usw.

*Ich glaube, wenn ich alles zusammenfasse, daß der Schutz der Schwangerschaft in erster Linie auf ärztlichem Wissen und Handeln beruht, zum weiteren, daß er ohne unsere Mithilfe überhaupt nicht durchführbar ist und daß uns in demselben eine bevölkerungspolitische Aufgabe von eminenter Bedeutung gestellt ist.*

In Bezug auf den Kinderverlust in der Geburt sagt *Bumm*, daß theoretisch sich für alle Geburtsstörungen ein Weg zur Rettung des Kindes aus den Gefahren derselben angeben läßt, daß die Praxis sich aber in ihren Resultaten weit davon entfernt hält. Selbst in der Universitäts-Frauenklinik in Berlin konnten 46 pCt. der Kinder nicht aus der Lebensgefahr gerettet werden, „teils weil die Frauen zu spät mit schon gestorbenen oder sterbenden Kindern in die Klinik gebracht wurden, teils weil die Kinder während oder kurz nach der Entbindung an Asphyxie oder Verletzungen zugrunde gingen“. Man kann wohl annehmen, daß der Prozentsatz der Außenpraxis noch erheblich größer ist, weil ärztliche Hilfe noch später eintrifft und außerdem viel ungeeigneter ist als in der Klinik. Man müsse, meint *Bumm*, zufrieden sein, „wenn man die Mortalität der Kinder um ein Viertel bis ein Drittel bessern könne“. Ich möchte an Stelle des Gegensatzes, welchen *Bumm* zwischen Theorie und Praxis macht, mich lieber so ausdrücken, daß wir das Ideal, „alle Kinder aus der Lebensgefahr zu befreien, noch nicht erreicht haben“. Es ist ja selbstverständlich, daß wir dasselbe nie erreichen werden, aber wir müssen ihm doch immer näher kommen. Wie weit wir uns ihm durch die Verbesserung unserer geburtshülflichen Organisation und Technik im Laufe der letzten Zeit schon genähert haben, vermag ich augenblicklich durch Gegenüberstellung der entsprechenden Zahlen nicht nachzuweisen; ich weiß aber, daß z. B. beim engen Becken, fehlerhaften Lagen, Asphyxie erheblich mehr Kinder gerettet werden als früher und bin überzeugt, daß wir dem Ideal immer näher kommen werden und einen viel größeren Prozentsatz gefährdeter Kinder, als *Bumm* glaubt, am Leben erhalten könnten, wenn die Rettung in der Praxis mehr in den Vordergrund gestellt wird als bislang. Ich habe eine Reihe von Gesichtspunkten in meinem

Programm angedeutet und will darauf jetzt nicht weiter eingehen; ich will nur *Stöckel* gegenüber betonen, daß ich die Besserung der kindlichen Mortalität selbstverständlich nicht auf Kosten der Mutter erstreben will. Ich bin mit *Bumm* ganz derselben Ansicht, daß es hier „auf rechtzeitige Diagnose, auf richtige Indikationsstellung und kunstgerechte Durchführung der Hilfe, auf das Können der Ärzte und Hebammen, auch auf die äußeren Verhältnisse ankommt“; das sind aber alles Dinge, welche zu beeinflussen sind und deren Besserung eben teils Aufgabe der wissenschaftlichen Forschung und praktischen Erfahrung, teils des Unterrichts der Ärzte und Hebammen ist. Wie diese zu gestalten sind, wollen wir aber unserer gemeinschaftlichen Arbeit und Beratung vorbehalten. Hierzu ist nun von *Stöckel* und *Hengge* ein Vorschlag gemacht, dessen Bedeutung ich selbst ebenfalls weit höher einschätze, als die von mir vorgeschlagenen und auch von *Bumm* angeführten Verbesserungen in Unterricht und Indikationsstellung: Wenn es gelänge, die ganze pathologische Geburtshilfe (*Stöckel*) oder die gesamte Geburtshilfe (*Hengge*) in die Kliniken oder Entbindungsanstalten zu verweisen, wäre ein ungeheurer Fortschritt im Interesse der Kinder erreicht; wir könnten dann doch zunächst einmal die Hälfte aller Kinder, wie in der Frauenklinik in Berlin, am Leben erhalten, und dann müßte eben die Verbesserung unserer Indikation weiter helfen. Das sind Aufgaben von weitgehender Bedeutung, auch in bevölkerungspolitischer Hinsicht, deren Lösung sich wohl einer ernsten Arbeit und Beratung lohnte. Wir wollen nicht vergessen, daß wir hierin zu umso größerer Arbeit geradezu verpflichtet sind, je weiter wir noch von dem Ideal der sicheren Rettung der Kinder aus Lebensgefahr entfernt sind.

*Die Erhaltung des kindlichen Lebens im Wochenbett weist Bumm ganz der Säuglingsfürsorge zu.* Dieselbe ist gewiß nicht unsere eigentliche Aufgabe; ich möchte aber doch erinnern an die ausgezeichnete Organisation, welche *Kehrer*<sup>1)</sup> derselben zu geben gedenkt und an seinen Aufruf an die Geburtshelfer zur Beteiligung an derselben. Die Hebammenlehrer werden schon jetzt durch die Erweiterung des Unterrichts in diesem Gebiet sich wissenschaftlich, praktisch, organisatorisch mit derselben zu befassen gezwungen sein. *Bumm* hat aber gar nicht der Fürsorge gedacht, welche wir dem Neugeborenen während des Aufenthaltes der Mutter in der Anstalt angedeihen lassen müssen und der Aufgabe, welche

<sup>1)</sup> *Kehrer*, Ztbl. f. Gyn. 1916. No. 24.

gleicherweise unsere Schüler, Ärzte oder Hebammen während des Wochenbettes zu leisten haben. Die Neugeborenen sollen von den Schäden der Geburt befreit werden, neu auftretende Krankheiten vermieden oder erfolgreich behandelt werden und die natürliche Ernährung eingeleitet werden. *v. Jaschke*<sup>1)</sup>, der wissenschaftlich erfolgreiche und praktisch erfahrene Kenner der Gefahren in der Neugeborenenzeit, hat diesen Teil meines Programms außerordentlich vertieft und erweitert und eine Reihe von Fragen der Organisation und des Unterrichts in die Diskussion gestellt, deren richtige Beantwortung für die Bevölkerungspolitik sehr erfolgverheißend ist. Ich gehe hier auf seine Vorschläge nicht ein und will nur betonen, daß die richtige Stellung zu denselben nur durch gemeinschaftliche Arbeit und Beratung gewonnen werden kann. Ich muß demnach *Bumm* gegenüber betonen, daß wir auch in der Säuglingsfürsorge ernste Aufgaben zu lösen und bei ihrer Organisation ein gewichtiges Wort mitzusprechen haben.

*Bumm* hat nun einen anderen Weg beschritten, um die Bedeutungslosigkeit unserer bevölkerungspolitischen Bestrebungen nachzuweisen, d. i. die Berechnung der Höhe des Kinderverlustes, welche wir durch unsere Bestrebungen eventl. beseitigen könnten. *Bumm* stellt folgende Berechnung auf:

Durch Totgeburten gehen jährlich verloren . . . . .	55 000
durch Aborte . . . . .	200 000
durch Sterilität der Ehe . . . . .	200 000
Dazu kommen als Verlust durch gewollte Sterilität . .	800 000
und als Opfer des Abtreibens . . . . .	100 000

Von diesem Abgang an lebenden Kindern sind nach *Bumm* auszugleichen:

Durch Verbesserung der Geburtshilfe . . . . .	9—12 000
durch Bekämpfung der Syphilis . . . . .	3 000
Vermeidung und Einschränkung der Aborte . . . . .	30 000
Vermeidung und Bekämpfung der Gonorrhoe . . . . .	10 000
durch Besserung der Säuglingsfürsorge . . . . .	100 000
also etwa 160 000 Gewinne gegen 1 400 000 Verluste.	

Von dem Gewinn entfalle der bei weitem größere Anteil auf Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Verbesserung der Säuglingsfürsorge und allgemeine soziale Maßnahmen, und für eigent-

<sup>1)</sup> *v. Jaschke*, Ztbl. f. Gyn. 1917. No. 3.

<sup>2)</sup> Ich will nur erwähnen, daß *Benthin* in einer demnächst erscheinenden Arbeit den Verlust lebensfähiger Kinder in der Geburt auf 70—80 000 berechnet hat.

liche geburtshülfliche Maßnahmen bliebe nur ein Gewinn von etwa 12 000 Kindern.

Ich bin nicht in der Lage, die Richtigkeit dieser Zahlen nachzuprüfen oder ihnen andere entgegenzustellen. Ich muß aber betonen, daß wenn man meine auf einem gewissen Optimismus beruhenden Ansichten und Verbesserungsvorschläge anstatt der pessimistischen Anschauungen und Berechnungen *Bumms* zum Ausgangspunkt für unsere bevölkerungspolitischen Bestrebungen machte, gewaltig andere Erfolge herauskämen. Aber sollen wir unsere Bestrebungen davon abhängen lassen, ob 12 000 Kinder zu erhalten sind oder etwa 100 000; lohnt es sich nicht der Mühe, unsere Geburtshilfe durch gemeinschaftliche Beratungen und unternehmungen zu bessern, wenn der Erfolg sich mehr *Bumms* Befürchtungen nähert als meinen Hoffnungen; es klingt etwas aus *Bumms* ablehnendem Standpunkt, wie ein „tant de bruit pour une omelette“. Ich denke doch, daß es sich lohnt, zu arbeiten, zu beraten, zu bessern, solange noch Menschenleben in Abgang kommen, welche zu erhalten in unserer Macht steht, und unser Vaterland wird, so denke ich, jede Frucht unserer Bemühungen dankbar annehmen.

Ich glaube doch bewiesen zu haben, daß man über den Erfolg unserer bevölkerungspolitischen Unternehmungen und über die Mittel zur Erreichung derselben anderer Ansicht sein kann als *Bumm*; die Zukunft wird ja lehren, wer der Wahrheit näher gekommen ist. Es ist mir aber nicht zweifelhaft, daß Fortschritte auf diesem Gebiet nicht zu erzielen sind ohne die tätigste Mithilfe der Geburtshelfer. Ich glaube dargetan zu haben, daß eine Reihe von Aufgaben ohne unsere Mithilfe nicht zu lösen sind, daß andere einzig und allein in unser Arbeitsgebiet fallen und, daß es nur sehr wenige sind, welche gänzlich außerhalb unseres Tätigkeitsbereichs liegen. Bei allen diesen großen Unternehmungen ist aber ein gewisser Optimismus nötig; er beflügelt die Arbeitskraft und hilft zum Erfolg. Pessimismus lähmt und macht untätig. Bei meinen Unternehmungen zur Bekämpfung des Uteruskrebses ist es mir nicht anders gegangen. Wäre ich nicht Optimist gewesen, so hätte ich niemals den unsäglich schwierigen Kampf gegen die Sorglosigkeit und Fahrlässigkeit der Ärzte und Hebammen und gegen die Indolenz des Publikums aufgenommen, und ich glaube es nicht zum wenigsten meinem Optimismus und den durch ihn gewonnenen Erfolgen zu danken, daß es mir gelungen ist, meine Berufsgenossen in fast allen Kulturländern zu gleicher Arbeit aufzurufen und wohl Hunderten oder gar Tausenden von Frauen das Leben zu erhalten.

Ich hoffe das gleiche, wenn es sich jetzt darum handelt, unserem Vaterland einen Dienst zu erweisen durch Vergrößerung und Er-stärkung des Bevölkerungsnachwuchses.

Ich stelle mein in manchen Punkten durch mich und mehrere Kollegen erweitertes Programm für unsere bevölkerungspoli-tischen Bestrebungen noch einmal zusammen:

*I. Bekämpfung der ehelichen Sterilität:*

1. Beeinflussung der Frauen zur Einschränkung der frei-willigen Sterilität und Ablehnung der Mithilfe seitens der Ärzte (*Opitz*).
2. Erfolgreiche Behandlung der ehelichen Sterilität.
3. Einschränkung der operativen Sterilisierung.

*II. Vermeidung und Einschränkung des Aborts.*

1. Erforschung und Vermeidung der Ursachen spontaner Aborte.
2. Einschränkung des künstlichen Aborts.
  - a) Ausarbeitung der wissenschaftlich begründeten und praktisch erprobten Indikationen,
  - b) Abfassung einer Denkschrift an die Ärzte über ihre Stellung zum künstlichen Abort.
3. Bekämpfung des kriminellen Aborts
  - a) durch Eingaben an Staat, Behörden, Gerichte;
  - b) durch Aufsuchen und Anzeigen der berufsmäßigen Abtreiber;
  - c) durch Belehrung der Frauen.

*III. Besserung der kindlichen Mortalität in der Geburt*

- a) durch Revision unserer Indikationen im Interesse des Kindes;
- b) durch Ausgestaltung des akademischen und Hebammen-unterrichts;
- c) durch Überführung der pathologischen (*Stöckel*) oder der gesamten Geburtshilfe (*Hengge*) in Kliniken oder Entbindungsanstalten.

*IV. Erhaltung der Neugeborenen in der ersten Säuglingszeit.*

- a) Erfolgreiche Behandlung der Geburtsschädigungen, der Erkrankungen und der Lebensschwäche;
- b) Einleitung der natürlichen Ernährung;
- c) Besserung der Organisation unserer Säuglingsab-teilungen;
- d) Erweiterung des akademischen (*v. Jaschke*), des Heb-ammen- und des Wochenpflegerinnenunterrichts (*v. Jaschke*).

Das Programm ist vielseitig und sicher in den wichtigsten Punkten vielverheißend. Es ist nun die Aufgabe der Diskussion, die Erfahrungen der Geburtshelfer zu den einzelnen Punkten zusammenzutragen, eventl. neue Gesichtspunkte aufzustellen und Maßnahmen für die erfolgreiche Durchführung der einzelnen Vorschläge zu beraten. Hier aber ist der schriftliche Weg, obgleich er schon einige Gesichtspunkte zutage gefördert, ungangbar; er wird, wie es ja auch *Martin* in seinem Rundschreiben ausspricht, wesentlich ein vorbereitender sein, da für eine rein schriftliche Diskussion das Programm viel zu umfassend und die praktische Ausgestaltung der Maßnahmen zu schwierig ist. Das läßt sich nur in der Form einer mündlichen Besprechung machen. Ich habe dafür die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie vorgeschlagen. Dieselbe vereinigt die Gesamtheit der deutschen Geburtshelfer; sie besitzt als bedeutendste Fachgesellschaft die größte Autorität und kann mit Recht beanspruchen, bei allen Unternehmungen des Staates als beratende und vorbereitende Stimme gehört zu werden. Meinem Vorschlag haben sich *Seitz, Stöckel, v. Jaschke, Hengge, Martin* angeschlossen, und ich kann wohl annehmen, daß die Mehrzahl der Geburtshelfer, welche sich bislang zu unseren Aufgaben in der Bevölkerungspolitik nicht geäußert haben, nur in einer allgemeinen Aussprache auf einem der nächsten Kongresse die beste Gelegenheit für die Aufstellung eines allgemeine Anerkennung findenden Programms sehen werden. Es wird nicht schwierig sein, einen Weg zu finden, welcher diesen Beratungen den nötigen Spielraum gibt, ohne die anderen Zwecke des Kongresses zu gefährden. *Dabei ist zu bedenken, daß ein großer Teil der von uns aufgestellten Aufgaben nicht allein bevölkerungspolitischen Zwecken dienen, sondern unsere Wissenschaft und die praktische Betätigung derselben gerade in sehr wichtigen Punkten zu fördern imstande ist.*

Ich richte deshalb, und ich kann wohl annehmen, damit im Namen der Mehrzahl deutscher Geburtshelfer zu sprechen, noch einmal an den derzeitigen I. Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie, Herrn Kollegen *Bumm*, die dringliche Aufforderung, *auf dem nächsten Kongreß die Bevölkerungspolitik in irgendeiner Form zum Gegenstand der Beratung zu machen.* Es handelt sich um eine große und ernste Aufgabe für uns Geburtshelfer; wir können durch unsere Erfahrungen und Unternehmungen dem in seinem Bevölkerungszuwachs mehr als je gefährdeten Vaterlande unschätzbare Dienste leisten.