ZEITSCHRIFT

für

MEDIZINAL-BEAMTE.

Zentralblatt für das gesamte Gesundheitswesen,
für gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Irrenwesen.

Herausgegeben

von

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Otto Rapmund
Reg.- und Medizinalrat in Minden.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Mecklenburgischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamten-Vereins.

XXXI. Jahrgang. 1907.

Berlin W. 35.
FISCHER'S MEDIZIN. BUCHHANDLUNG.
H. KORNFELD.
Herzogl. Bayer. Hof- und Erzherzogl. Kammer-Buchhändler.

30. Jahrg. 1917.

Zeitschrift
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Anzeigen nehmen die Verlagshandlung sowie alle Anzeigenannahmestellen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 1. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats. | 5. Jan.

Hebammenwesen und Säuglingsfürsorge.[1])

Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Kehrer**-Dresden (I), San.-Rat Dr. **Mann**, Direktor der Provinzialhebammenlehranstalt in Paderborn (II) und Dr. **Rißmann**, Direktor der Provinzialhebammenlehranstalt in Osnabrück (III).

I. Leitsätze (Dr. Kehrer).

1. Fürsorge für Kinder im frühesten Lebensalter ist eine sozial-medizinische Aufgabe, deren Lösung gerade im jetzigen Zeitpunkt auf großzügige Weise geschehen muß.

2. Diese große Aufgabe kann nicht nur durch Säugling- und Kleinkinderschutz, sondern muß auch durch gleichzeitige weitgehende Fürsorge für Schwangere und stillende Mütter gelöst werden; daher muß von Mutter-, Säugling- und Kleinkinderfürsorge gesprochen werden.

3. Von der verwaltungstechnischen Organisation abgesehen,

[1]) Die Vorberichte zu der am 21. Oktober d. J. abgehaltenen außerordentlichen Tagung zur Förderung des Deutschen Hebammenwesens enthalten auch für die Tätigkeit der Medizinalbeamten so viele wertvolle Anregungen, daß die Wiedergabe ihres Wortlautes berechtigt ist.

ist die Fürsorge auf diesem Gebiet Aerzten und Fürsorgerinnen anzuvertrauen.

4. Für das Amt der Fürsorgerin scheinen zunächst die Hebammen die geeigneten Personen.

5. Indessen ergibt eine genaue objektiv-kritische Prüfung, daß an die zu leitender Stellung berufenen Fürsorgerinnen so hohe Anforderungen in bezug auf Zeit, Fähigkeiten, organisatorisches Geschick, körperliche und geistige Kräfte, Schulbildung und Ausbildung gestellt werden müssen, — die letztere hat sich auf Kenntnis in der Wohnungsaufsicht und -Pflege, Krüppel-, Rachitis-, Blinden-, Taubstummenfürsorge, Tuberkulose- und Syphilisbekämpfung, Vormundschaftswesen, Einrichtung und Betrieb von Milchküchen, Krippen, Kindererholungsmöglichkeiten u. a. m. auszudehnen — daß eine nebenberufliche Beschäftigung, wie sie bei der ausschließlichen Uebertragung der Fürsorge an die Hebammen allein möglich wäre, die Erreichbarkeit der Fürsorge-Ziele ausschließen würde.

6. So läßt sich bei allem aufrichtigen Streben den Hebammenstand sozial und finanziell zu heben, die Anstellung von besonderen Fürsorgerinnen in leitender Stellung nicht umgehen. Freilich muß dann auch erwartet werden, daß die Gemeinden resp. der Staat an dem Standpunkt festhalten, daß die besten Persönlichkeiten für den Beruf der Fürsorgerin gerade gut genug sind. Auch möchte denjenigen Hebammen, welche unter Verzichtleistung auf ihren Hebammenberuf die Stelle einer Bezirksfürsorgerin einnehmen wollen und besondere Fähigkeiten dazu zeigen, eine Bevorzugung bei der Ausbildung und Anstellung zuteil werden. (Anrechnung des 9monatlichen Hebammenkurses. Ausbildung nur je 3 Monate in einer Säuglingskrankenanstalt und in der sozialen Fürsorge).

7. Aber möglichst weitgehende Mitwirkung und Mitverantwortung geeigneter, noch lernfähiger Hebammen ist erwünscht und notwendig. Sie sollten unter Leitung des Fürsorgearztes und der Fürsorgerin sich betätigen und im allgemeinen auch an die Stelle der bis jetzt in der Säuglingsfürsorge beschäftigten Gemeindeschwestern treten.

8. Die Aufgabe der Hebammen besteht im wesentlichen in Mutterfürsorge, d. h. in Beratung und Belehrung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen an Hand von besonderen Merkblättern. Auch mit der Säuglingsfürsorge wären die dazu geeigneten Hebammen so viel wie möglich zu betrauen. Ihre Aufgabe ist Förderung und Kontrolle des Stillens, Ermahnung zum regelmäßigen Besuch der Mutterberatungsstellen und Aufklärung über die Einrichtungen und die oft verkannten Ziele der Säuglingsfürsorge.

9. Angemessene Entschädigung der in Mutter- und Säuglingsfürsorge beschäftigten Hebammen durch die Gemeinden ist zu fordern. Nicht zu niedrige Hebammenstillbelohnungen für das erfolgreiche Anhalten zu 3—5monatlicher Brusternährung möchten unabhängig von dieser Besoldung gewährt werden.

10. Eine künftige ausführlichere Unterweisung der Hebammen über die medizinischen und sozialen Aufgaben der Mutter- und Säuglingsfürsorge von seiten der Hebammenlehranstalten ist notwendig; zu diesem Zweck ist auch die Angliederung von Wöchnerinnen-Heimen an die bestehenden Entbindungsanstalten erforderlich, damit die Hebammen, sowie die Wochen-Säuglingspflegerinnen auch die Beobachtung und Pflege älterer Kinder praktisch und theoretisch erlernen können.

Bemerkungen zu den Leitsätzen.

Zu 1: Es ist in erster Linie die Aufgabe zu lösen, die in Deutschland noch sehr hohe Säuglingssterblichkeit von 16,2% mindestens auf 10% und auch die Säuglingsmorbidität wesentlich herabzudrücken. Selbst Ziffern von 6—7% Säuglingsmortalität müssen, wenn sie auch nicht allgemein im Deutschen Reich erhofft werden können, doch für viele Bezirke (Land und kleinere Städte) als erreichbar bezeichnet werden, da sie lange schon angeblich von Schweden und Norwegen und nachgewiesenermaßen auch in Deutschland in den beiden oberen Gesellschaftsklassen und bei ausschließlicher mehrmonatlicher Brusternährung erreicht worden sind.

Zu 2: Die bisher allgemein beliebte Bezeichnung Säugling- und Kleinkinderfürsorge ist auf die intensive sozial-medizinische Betätigung der Pädiater zurückzuführen; man sollte diesem Gebiet auch von gynäkologischer Seite nähertreten. Da die Zukunft des Volkes sehr wesentlich auch vom Schutz der Mütter in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett abhängig ist und schon in der Schwangerschaft die Fürsorge für das Kind zu beginnen hat, weil im allgemeinen nur von gesunden Müttern gesunde Kinder geboren werden können, wird die Mutterfürsorge künftig größeren Ausbau verlangen.

Zu 3: Die Fürsorge muß im allgemeinen zentralisiert, in gewisser Hinsicht (z. B. Einrichtung von Mutterberatungsstellen) dezentralisiert werden. In jedem Bundesstaat wären unter der als beratendes Organ dem Ministerium zur Seite stehenden Landes-Fürsorgezentrale Fürsorgeausschüsse zu errichten (im Königreich Sachsen z. B. je ein Fürsorgeausschuß in jeder der 28 Amtshauptmannschaften). Jeder Fürsorgeausschuß ruft u. a. eine Reihe von Mutterberatungsstellen in den größeren Gemeinden ins Leben; ihm gehören etwa an: die leitenden Aerzte der Mutterberatungsstellen, je eine Bezirksfürsorgerin, je ein Vormundschaftsrichter, Berufsvormund, Vertreter von Krankenkassen, Hebammen und Fürsorgevereinen (Frauenvereinen, Säuglingsschutzvereinen usw.). Jede Mutterberatungsstelle wird von einem vom Fürsorgeausschuß im Einvernehmen mit dem zuständigen ärztlichen Bezirksverein ernannten Arzt geleitet. Die Bezirksfürsorgerin ist in der Mutterberatungsstelle dem Fürsorgearzt unterstellt, außerhalb derselben aber selbständig, jedoch unter Verantwortung des Fürsorgeausschusses tätig (wie in Bayern und Hessen).

Zu 4: Ich hatte mich — nicht beeinflußt von dem Urteil der Hebammenlehrer und den Wünschen der Hebammen — anfangs dafür eingesetzt (vgl. Zentralbl. f. Gyn.; Nr. 24, 1916), daß mit der Säuglingsfürsorge in leitender Stelle die Hebammen betraut werden möchten, denn es wird fast allgemein und auch von mir stets die Ansicht vertreten, daß der Hebammenstand sozial und finanziell gehoben werden muß; sozial, damit ihm mit gründlicherer Schulbildung ausgestattete und aus besseren Kreisen stammende Persönlichkeiten zugeführt werden, finanziell, weil die Einnahmen der Hebammen an sich gering sind, Ruhestandsversorgung im allgemeinen nicht erfolgt und der Krieg eine wirtschaftliche Bedrohung gebracht hat. Auch meine ich, daß die Zeit der Hebammen, besonders auf dem Lande, so wenig ausgefüllt ist, daß es vom geburtshilflichen Standpunkt aus nur begrüßt werden kann, wenn den Hebammen an Stelle der zuweilen betriebenen Nebenbeschäftigungen ein neues Betätigungsgebiet überlassen werden könnte; endlich hatte ich Bedenken, ob für die Säuglingsfürsorge in den nächsten 2—3 Jahren genügend ausgebildete Fürsorgerinnen gewonnen werden könnten.

Zu 5 und 6: Nach reiflicher Prüfung der Bedeutung und des Anfanges der Fürsorge zeigt sich jedoch, daß das letzgenannte Bedenken nicht

zurecht besteht und daß die Leitung der Fürsorgestellen nur besonderen Fürsorgerinnen übertragen werden kann und zwar nur den allerbesten, gut vorgebildeten, sehr gut ausgebildeten und über 25 Jahre alten Persönlichkeiten, die sich auf Grund einer Probezeit in leitender und organisatorischer Hinsicht als tüchtig erwiesen haben. Im anderen Fall wird man nur Mißerfolge erleben und damit die ganze Fürsorge-Organisation gefährden. Zur Uebernahme so wichtiger, vor allem auf organisatorischem Gebiet liegender Aufgaben sind die Hebammen im allgemeinen nicht geeignet. Die Fürsorgerin sollte die ersten 3 Monate als Wochen- und Säuglingspflegerin in einer Entbindungsanstalt (womöglich mit angegliedertem Wöchnerinnenheim), das zweite Vierteljahr als Säuglingspflegerin in einem Säuglingsheim, danach ¾ Jahre in einer Säuglingskrankenanstalt und zuletzt 3 Monate in sozialer Fürsorge (Mutterberatungsstelle mit Milchküche und Krippe der großen Städte ausgebildet werden.

Zu 7: Nur geeignete Hebammen sind in der Säuglingsfürsorge verwertbar. Allen Hebammen diese anzuvertrauen wird nicht möglich sein. Ein großer Teil von ihnen hat, wie jeder Arzt auf Grund seiner Erfahrungen bestätigen kann und wie die Hebammen selbst zugeben, nicht genügend Interesse für Säuglingsfürsorge. Die Gemeindeschwestern sollten schon wegen ihrer Beschäftigung mit ansteckenden Krankheiten möglichst allgemein von der Fürsorge ausgeschlossen und durch Hebammen ersetzt werden.

Zu 8: Der Mutterschutz muß von den Hebammen in viel weitgehenderem Maße gefördert und betrieben werden wie bisher. Durch ihre Hilfe muß und kann auch vermieden werden, daß die Frauen erst am Ende der Schwangerschaft oder gar erst in der Geburt ärztliche Hilfe nachsuchen (es muß schon frühzeitig in der Schwangerschaft eine richtig sitzende Schwangerschaftsbinde unter ärztlicher Kontrolle gegeben werden, frühzeitige Beckenmessung, Belehrung über die Gefahren und Möglichkeit der Infektion usw. erfolgen). Jeder Bundesstaat sollte Merkblätter unter Mitwirkung von führenden Frauen-, Kinder- und Ziehkinderärzten, gesetzlichen Berufsvormündern, Frauenvereinen, Krankenkassen- und Gemeindevorständen verfassen, aus denen nicht nur, wie bisher geschehen, Maßregeln über hygienisches Verhalten, Pflege und Ernährung von Mutter und Kind zu ersehen sind, sondern die auch über Aufnahmebedingungen in die Entbindungsanstalten, Schwangeren- und Wöchnerinnenheime und Säuglingskrankenhäuser und endlich über Vormundschaftsangelegenheiten, Lehrkurse für Mütter usw. Auskunft geben sollen. Diese Merkblätter wären durch Zusätze der einzelnen Bezirke über die lokalen wirtschaftlichen Unterstützungen für Schwangere, Wöchnerinnen, Stillende und Säuglinge (Kassen-, Kriegs- und Vereinsunterstützungen, Lebensmittelverabreichung) über polizeilich genehmigte Pflegestellen usw. zu ergänzen. Mit der Säuglingsfürsorge hätten sich die dazu geeigneten Hebammen auf Anleitung des Fürsorgearztes und der Fürsorgerin in den Mutterberatungstellen (Mutter- und Säuglingsfürsorgestellen) und in Hausbesuchen zu beschäftigen. Im allgemeinen sind alle Säuglinge den Mutterberatungsstellen zuzuführen; erst in zweiter Linie und auf Veranlassung der letzteren erfolgen die Hausbesuche der Hebammen. Die Hausbesuche erfolgen bei allen unehelichen und denjenigen Säuglingen, denen die betreffende Hebamme ins Leben geholfen hat oder deren Geburt nicht durch eine Hebamme geleitet worden ist (Kurpfuscherinnen-Hilfe).

II. Leitsätze (Dr. Mann).

I. Eine auf breiter Grundlage aufgebaute Hygiene des Bevölkerungsstandes muß Fürsorge erstreben für die tragende und die gebärende Frau, für Mutter und Kind im Wochenbett und darüber hinaus für beide noch wenigstens für 9 Monate, während derer das Kind körperlich noch vollkommen von der Mutter abhängig bleibt. Nur so kann eine umfassende Sicherung des Lebens des Kindes erzielt werden.

Es bedeutet daher eine widersinnige Trennung der Einheitlichkeit der von altersher umgrenzten Geburtshilfe, wenn die geburtshelferisch ausgebildeten Personen der Sorge für den

Säugling enthoben werden und diese anderen Organen übertragen wird.

Die Fürsorgebestrebungen für den Säugling sind also der Geburtshilfe anzugliedern.

II. Zur Wahrnehmung der Funktionen von Fürsorgerinnen für Säuglinge im **Wochenbett** sind die Hebammen befähigt. Denn:

1. Sie haben sich durchschnittlich schon jezt als gute Pflegerinnen bewiesen, wozu sie ja ausgebildet worden sind.
2. Ihre Ausbildung hierin läßt sich ohne Schwierigkeiten noch vertiefen.
3. Sie haben in der Mehrzahl zur Ausübung dieser Funktion hinreichend Zeit.
4. Gegenteilige Erfahrungen beziehen sich auf Einzelfälle und beruhen auf Mißständen im Hebammenberuf, die beseitigt werden können und müssen.

III. Sie haben auch das Recht zu beanspruchen, daß ihnen die subalterne Ausübung der Fürsorge für den Säugling im Wochenbett überlassen bleibt. Denn:

1. Gemäß ihrer Ausbildung können sie sich eine gleichstehende Person (Säuglingsfürsorgerin anderer Ausbildung) als Kontrollperson verbitten.
2. Die Fürsorge für das Neugeborene gehört sachlich zu ihren Berufsobliegenheiten.
3. Eine Beschränkung auf diesem Gebiete bedeutet auch eine Beeinträchtigung ihres berechtigten Einkommens.

IV. Die Entziehung der Pflege und Beaufsichtigung der Säuglinge im Wochenbett von der Hebamme und deren Ueberweisung an besondere anderweitig ausgebildete Säuglingspflegerinnen ist

1. unnötig und daher mit unnötigen Kosten für die Allgemeinheit verbunden;
2. gefährlich, da hiermit zwischen Hebammen und Pflegerinnen störende Gegenstände unausbleiblich werden;
3. unwirksam, da sich die jungen Mütter an erster Stelle naturgemäß an die Hebamme ihres Vertrauens halten werden.

V. Eine **erweiterte Fürsorge** für ältere Säuglinge nach dem Wochenbett ist in erster Linie den Hebammen zu übertragen. Denn:

1. Die Hebammen erfahren schon jetzt in den Schulen eine gründliche Ausbildung über die Lebensäußerungen der kleinen Kinder, die Gefahren, welche ihnen drohen, und deren Verhütung. Daher ist bei den Hebammenschülerinnen nur eine Erweiterung des Unterrichts und bei den praktischen Hebammen nur eine Fortbildung notwendig.
2. Es sind unter den Hebammen zahlreiche für diese Aufgabe geeignete Personen vorhanden, welche in kurzer Zeit dafür mobil gemacht werden können.

3. Die Allgemeinheit erhält mit der Erfüllung der Forderung diesen Dienst für nicht zu große Kosten. Eine Besoldung aus der Tätigkeit als Säuglingspflegerin stellt für die Hebammen nur eine Nebeneinnahme dar; diese Einnahme kann geringer bemessen werden, da die Hebamme die Säuglingsbesuche ihren sonstigen Berufsgängen anschließen kann. Eine besondere Berufssäuglingspflegerin müßte aus dieser Tätigkeit allein mit dem Einkommen so gestellt werden, daß sie davon leben kann.

VI. Für den Hebammenstand bedeutet die Ueberweisung der erweiterten Säuglingsfürsorge eine Hebung des Ansehens und eine Vermehrung des Berufseinkommens. Die dauernde Vorenthaltung dieser Ueberweisung vernichtet also einen im Interesse der Hebung des so notwendigen Standes höchst wichtigen Fortschritt.

VII. In größeren Städten, wo die Bestellung besonderer Säuglingspflegerinnen sich als notwendig herausstellen sollte, sind hierfür Personen zu wählen, welche Einsicht und Erfahrung auf dem ganzen Gebiete besitzen. Das sind Hebammen.

VIII. Es besteht kein innerer Grund, die Leitung der gesamten Säuglingsfürsorge, die ein Teil der praktischen Hygiene ist, den Organen des bewährten staatlichen Medizinalwesens, also an der Einzelstelle den Kreismedizinalbeamten nicht zuzuweisen. Da schon jetzt die Hebammen den Kreisärzten unterstehen, so würde mit Ueberweisung der erweiterten Säuglingsfürsorge an die Hebammen eine wesentliche Beschleunigung der allgemeinen Fürsorge sich ergeben.

IX. Es ist daher zu fordern:

1. Die Hebammenschulen müssen die erweiterte Säuglingsfürsorge theoretisch und praktisch in den Lehrplan aufnehmen.
2. Die Kreisärzte müssen unter den ihrer Aufsicht anvertrauten Hebammen die dafür geeigneten Personen feststellen und zur Weiterbildung vorschlagen.

X. Die Säuglingsfürsorge ist außerdem ein Grenzgebiet der praktischen Geburtshilfe und Pädiatrie. Beide haben an ihrer Verwirklichung mitzuwirken. Vor allem käme der Kinderarzt bei pathologischen Fällen in Betracht. Von dem praktischen Arzt ist dabei ebenso ausreichende Kenntnis in der Kinder- wie in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe zu verlangen. Besondere Säuglingskrankenpflegerinnen wären jedenfalls erwünscht.

XI. Es ist nie zu vergessen, daß 95% aller Frauen sich bei der Geburt und im Wochenbett der Hilfe einer Hebamme bedienen; daß also eine schnelle und (fast) allgemeine Beeinflussung der jungen Mutter hinsichtlich der Führung der Pflege ihres Kindes nur durch die Hebammen möglich ist.

XII. Wiederum ergibt sich die dringende Notwendigkeit

der Hebammenreform im völkischen Interesse auch bei der vorliegenden Sache.

Begründung:

Gewiß war es ein denkwürdiger Augenblick, als am 16. Mai 1904 Graf Oppersdorf, offenbar von ärztlicher Seite inspiriert, der Regierung die für Deutschland beängstigend werdende Säuglingssterblichkeit vor Augen hielt und schloß: „Sparen wir, wo immer möglich, aber nicht länger auf dem Gebiete der Kinderheilkunde. Es ist nachgerade lebensgefährlich geworden, in Preußen ein Säugling zu sein.“ Denn von da an sehen wir eine lebhafte Tätigkeit aller daran interessierten Kreise einsetzen, um diesen Flecken von der deutschen Kultur zu tilgen. Vor allem, als sich unsere Landesmutter an die Spitze der Bewegung stellte, konnte es nicht ausbleiben, daß außer den von Berufswegen zur Beschäftigung mit der Frage verpflichteten Personen: Soziologen, Aerzte, Verwaltungsbeamte, auch die Spitzen der Behörden und die Stützen der Gesellschaft, die Frauenbewegung und schließlich auch die Hierarchie mit großem Eifer auf die modern gewordene, auch äußere Erfolge versprechende Sache sich warfen.

Trotz dieser, man könnte sagen hier und da fieberhaften Tätigkeit sind einsichtige Leute mit dem Erfolge nicht ganz zufrieden geblieben.

Aber noch ein weiterer Schädling arbeitet an der Verminderung unserer Bevölkerungszahl: Die ständig sinkende Geburtenzahl. Sie war schon vor dem Beginn des Weltkrieges Gegenstand der Besorgnis der Politiker, sie tritt durch den und nach dem Weltkrieg noch gefährlicher in Wirksamkeit. Nicht nur der Abgang zahlreicher junger Männer, die bestimmt waren, Ehen einzugehen, ist in Betracht zu ziehen, sondern noch ein dritter gefährlicher Feind, die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten mit ihrem Einfluß auf die Zeugungstätigkeit bei beiden Geschlechtern.

Also einerseits eine Abnahme der Geburtenzahl, die sich auf die Bevölkerungsziffer in zunehmender arithmetrischer Progression ungünstig naturgemäß geltend machen wird, und anderseits dazu noch ein Abgang zu zahlreicher Neugeborener, Grund genug, oder vielmehr erst recht, daß schon jetzt in Kriegszeiten im Hinblick auf den kommenden Frieden, der für uns nur ein bewaffneter werden kann und nach dem wir durch die Kraft unseres Volkes die furchtbaren Schäden des Krieges wieder gut machen müssen, mit vollem Ernst und ganzer Tatkraft im nationalen Interesse an der Beseitigung dieser Schädlinge am Volkswohl gearbeitet werden muß!

Bevölkerungspolitisch sind nun in letzter Zeit im Hinblick auf die Säuglingsfürsorge zwei bedeutsame Handlungen erfolgt, die, wie wir bald sehen werden, die Hebammenlehrer eigentlich in erster Linie interessieren müssen.

Am 21. Juni 1916 fand in Berlin unter reger Beteiligung die Gründungsversammlung der unter dem Protektorat der Frau Herzogin von Braunschweig stehenden „Deutschlands Spende für Säuglings- und Kleinkinderschutz“ statt. Ich hatte Gelegenheit, ihr beiwohnen zu können. Leider konnten von unseren speziellen Kollegen nur noch Ellerbrock-Celle teilnehmen, da die Kriegslage offenbar die Reise nach Berlin den meisten unmöglich gemacht hatte. Prof. Dr. Langstein vom Augusta-Victoria-Hause legte in längerer Rede die Ziele der Säuglingsfürsorge und damit der neugegründeten Einrichtung dar, welche nach Wiedereintritt friedlicher Zeiten eine breite Sammlung von Mitteln für den in der Bezeichnung enthaltenen Zweck in die Wege leiten, die gesammelten Mittel verwalten und verteilen, aber bis zu ihrer Auflösung nach erfüllter Aufgabe auch auf die Organisation der Säuglingsfürsorge selbst tunlichst einwirken soll. Gerade das Letzte behandelte Langstein. Die wirklich großzügig gedachte Einrichtung an und für sich verdient die größte Beachtung und die Unterstützung aller zur Verwirklichung ihres Zweckes. Leider wird diese aber noch lange auf sich warten lassen, wenn ein durchschlagender Erfolg erwartet werden soll. Die Sorge für die Beseitigung der Schäden, welche der Krieg in den Reihen unserer Krieger gesetzt hat, und des Kummers in den Familien der gefallenen und invaliden Soldaten erfordert gegenwärtig ja alle unsere ver-

fügbaren Mittel. Auch nach dem Kriege wird es noch lange dauern, bis diese Sorgfalt aufhören kann. Der Staat vermag nicht alles zu leisten. Besser situierte Bürger müssen daher diese soziale Aufgabe lösen helfen und werden gewiß nicht versagen. Ich glaube aber, daß damit auch die Leistungsfähigkeit der besitzenden Klassen völlig in Anspruch genommen sein wird, da deren Einkommen demnächst durch die Schulden des Reiches hoch besteuert werden muß und bei der allgemeinen Verarmung Europas durch die Kriegslasten mit einer Deckung unserer Kriegsschuld durch Kriegsentschädigungen schwer gerechnet werden kann. Die Finanzierung aller öffentlichen Lasten und auch privater Aufgaben wird daher sehr schwer werden. Die weitere Einführung jener gewiß sehr wünschenswerten Einrichtungen, wie Säuglingsstationen, Milchküchen, Wöchnerinnenheime usw. wird noch lange nicht in dem Maße möglich sein, wie es im Interesse der Allgemeinheit erforderlich erscheint. Am nächsten liegt es also schon jetzt mit aller Tatkraft die intensivste Ausnutzung der bereits vorhandenen Kräfte zu erstreben und zu fördern.

Schon aus diesem Grunde, noch mehr aber als Arzt und vor allem als Hebammenlehrer hat mich in dem Langsteinschen Vortrag beunruhigt, daß der Mitwirkung der Aerzte an den Aufgaben des Säuglingsschutzes und besonders deren Gehülfen in der Gebär-, Wochen- und Säuglingsstube, der Hebammen, die nach meiner Kenntnis des praktischen Lebens als Pioniere an erster Stelle in Betracht kommen, nur gewissermaßen beiläufig Erwähnung getan, während die breitere Einführung von Säuglingspflegerinnen und Säuglingsschwestern als unbedingte Notwendigkeit betont wurde. Langstein denkt sich, daß in deren Reihen Schwestern, die jetzt für das Rote Kreuz dem Vaterlande dienen und nach dem Frieden dem Pflegeberuf weiter nachgehen wollen, willkommene Gelegenheit für eine dauernde Beschäftigung erhalten können, übersieht aber, daß damit einem uralten verdienten Stande, wie wir weiter sehen werden, unnötige Beschränkung und soziale Einschränkung dauernd auferlegt werden würde. Gewiß, schlimm für den Hebammenstand wird es werden, wenn auf dem Lande „nur durch den Besuch und den Rat ausgebildeter Fürsorgerinnen die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit stattfinden wird," daß „die Einrichtungen für Säuglingsschutz Mittelpunkte für den Unterricht der Hebammen" sein sollen.

Fast gleichzeitig hiermit, nämlich am 27. Juni 1916, las ich dann im Aerztlichen Vereinsblatt einen der „Täglichen Rundschau" entnommenen Bericht über einen Vortrag Geheimrat Krohnes vor dem Brandenburgischen Verbande der Vaterländischen Frauenvereine über „eine großzügige deutsche Bevölkerungspolitik nach dem Kriege", worin die unbedingte Notwendigkeit einer vermehrten Säuglingsfürsorge dargetan wird. Krohne erwähnt, daß unter diesem Gesichtspunkt eine Reform des Hebammenwesens bereits in die Wege geleitet ist. Er findet aber weiter einen großen Stamm von Säuglingspflegerinnen, Fürsorgeschwestern, Gemeindepflegerinnen usw. für notwendig, da wir in Zukunft die Ueberwachung aller Säuglinge haben müssen. „Dazu werden Aerzte kaum in Betracht kommen, die Hebammen nicht ausreichen, da müssen Säuglingspflegerinnen sein, für die nach einjähriger Ausbildung eine Staatsprüfung geschaffen werden soll." Auch hier wird also den Aerzten nur eine untergeordnete Bedeutung zugemessen. Hinsichtlich der Hebammen läßt zu meiner Befriedigung Krohne die neu zu schaffenden Säuglingsbeamtinnen nur als Ergänzung dienen. Ob und wieweit eine solche Ergänzung notwendig sein wird, bleibt später noch zu untersuchen.

Auf jeden Fall aber lassen mich meine persönlichen Erfahrungen als Hebammenlehrer auf dem Gebiete der Säuglingsfürsorge im Verkehr mit den charitativen Damen und Führerinnen der Frauenbewegung mit Sicherheit erwarten, daß die Bedeutung der beiden vorgenannten Autoren und die Natur des Auditoriums Krohnes überhaupt und die Zusammensetzung der Gründungsversammlung der „Deutschlands Spende" in ihrem großen Teil aus Damen eine rege Agitation unter der Frauenschaft für die Zuführung von Kandidatinnen für den so dringend gewünschten Beruf, mit dem schon an einigen Orten Versuche gemacht worden sind, hervorrufen wird, zumal beide Reden in der Tagespresse weit verbreitet worden sind. Es ist mir auch nicht

zweifelhaft, daß sich ohne Gegenmaßregeln vor allen unter den Langsteinschen Voraussetzungen ein solcher Andrang für diese „moderne" Sache ergeben wird, daß den Hebammen ihre Stellung noch unerträglicher gemacht wird. Die Hebammenlehrer haben daher nicht nur das Recht, sondern die Pflicht, ihrerseits Stellung zu der Frage zu nehmen, damit durch Einspruch an maßgebender Stelle ihren Schülerinnen Schade verhütet wird. Es darf nicht zu spät geschehen. Das ist die Veranlassung zu dem nachstehenden Referat.

Das uralte Institut der Hebammen stellt einen integrierenden Bestandteil der praktischen Geburtshilfe dar. Wer die Notwendigkeit ihrer Existenz für das Gemeinwohl leugnet, spricht über eine Sache, die er nicht versteht. So gewiß sie existieren müssen, müssen sie auch ihren Beruf mit Erfolg ausüben. Wenn nun nicht zu verkennende Mißstände im Hebammenstande sich eingeschlichen haben, so ist es nicht in der Sache selbst begründet, sondern äußere Umstände haben es verschuldet. Diese Mißstände soll man zu heben versuchen, und nicht durch unbesonnenes Handeln sie noch verschlimmern.

Auf dem Gebiete der Säuglingsfürsorge ist der Geburtshelfer dem Pädiater wenigstens gleichwertig. Die Geburtshilfe ist die ältere Tochter der Heilkunde. Ehe es Pädiater gab, waren die Geburtshelfer schon Säuglingsärzte. Sie sind es auch heute noch. „Mutter und Kind" lautet ihre Devise. Wer darüber im Zweifel ist, braucht nur unsere Lehr- und Handbücher bis zum letzten „Döderlein" aufzuschlagen oder unsere Spezialzeitschriften zu verfolgen, um sich zu belehren, daß wir uns die Bearbeitung auch der Behandlung der Neugeborenen nicht nehmen lassen. Und demgemäß ist auch unser Hebammenlehrbuch eingerichtet.

Die Bestrebungen, die Existenz der Kinder zu sichern sind ohne die Mithilfe der Geburtshelfer und Hebammen unvollständig. Seitz (Kindersterblichkeit unter der Geburt und ihre Bekämpfung. Münchener Medizin. Wochenschrift; 1910, Nr. 3) hat über 23 Jahre der Tätigkeit der Münchener Frauenklinik mit 25900 Geburten berichtet. 779 Kinder waren vor der Geburt abgestorben und wurden mazeriert geboren. Hier war also der Geburtshelfer machtlos. Aber 782 (also 3% aller Kinder) erlagen dem Geburtstrauma, 20% davon bei engem Becken, 10% bei ungünstiger Kindslage, 65% bei Komplikationen durch Weichteilschwierigkeiten, nur 5% bei sonstigen Krankheiten der Mutter oder bei kranken bezw. mißbildeten Kindern. Hier hat die moderne klinische Geburtshilfe durch Eintritt in die erweiterte chirurgische Aera gründliche Besserung geschaffen. — In ähnlicher Form stellt in These I v. Franqué (I. Deutscher Kongreß für Säuglingsschutz in Dresden 1909) fest: „Kurz vor, während und nach der Geburt starben in Deutschland 140000 Kinder = 1/5 der Gesamtsäuglingssterblichkeit, von denen 115000 durch bessere Sorge hätten gerettet werden können." — Beide, sowie auch Kupferberg (Mutter und Kind; Jahrg. 1912, Nr. 9) und Cramer (Geburtshilfe und Säuglingsfürsorge. Zeitschrift für soziale Medizin; 1909, Nr. 4) fordern eine Vermehrung der Entbindungsanstalten, dem sich auch der Pädiater und Mitberichterstatter v. Franqués Salge anschließt mit seiner These: „Die Entbindungsanstalten geben die beste Aussicht für die Erhaltung des mütterlichen und kindlichen Lebens während und nach der Geburt und schützen das Kind während einer außerordentlich gefährdeten Zeit". Vorher sagte Dietrich im gleichen Sinne auf demselben Kongreß: „In den ersten 4 Tagen nach der Geburt werden 1/3 aller derjenigen hingerafft, die im ersten Lebensjahr überhaupt sterben." Birk (Zeitschrift für Säuglingsschutz; 1909, Nr. 3) verspottet in dieser Hinsicht die Verlegenheitsdiagnose „angeborene Lebensschwäche" als Todesursache und sagt, daß die gesundgeborenen Neugeborenen in der ersten Zeit (vermeidbare!) Schädigungen getroffen haben. Hieraus ergibt sich mit zwingender Notwendigkeit, daß unter diesen Verhältnissen die Säuglingsfürsorge schon in der Schwangerschaft, während der Geburt und im Frühwochenbett einzusetzen hat. v. Franqué, Salge, Dietrich sehen daher gemeinsam die vermehrte Tätigkeit der klinischen Behandlung als notwendig ein, vor allem sagt Dietrich, daß hilfsbedürftig sind: Mütter aus wirklich armen Familien, Eheverlassene, Ehelose, im Dienste stehende Frauen und Mädchen. Für diese ist gewiß die Unterbringung in einer Entbindungsanstalt auch unter

dem Gesichtswinkel der Fürsorge für das Kind eine Notwendigkeit. Sie sind aber nur ein kleiner Bruchteil der Mütter überhaupt. Sie alle in Gebäranstalten unterzubringen, wird nie gelingen, denn dazu werden sich die Frauen nicht verstehen, es ist auch nicht notwendig, so viele Entbindungsanstalten können gar nicht unterhalten werden und es wird an dem verständlichen Widerstand der Praktiker aus wirtschaftlichen Gründen scheitern. Jedoch bleibt strikt zu verlangen, daß jene Fälle, wobei eine schwerere klinische Behandlung notwendig ist, ungesäumt auch der Klinik zugeführt werden. Zurzeit werden noch 95 % aller Geburten von Hebammen geleitet; sie müssen also darüber urteilen, ob Mutter oder Kind gefährdet sind und danach die Zuziehung des Arztes veranlassen. Hier setzt somit schon die Fürsorge der Hebammen ein. Wir verlangen von ihnen weitgehende Kenntnisse und reife Entschlußfähigkeit, beides Eigenschaften, welche sie auf den Hebammenschulen sich aneignen müssen und können. Wie dann der zugezogene Arzt, dem die Hebammen bei seinem Eingriff meist der Assistent sein muß, sich verhält, gehört nicht hierher. Für dessen Ausbildung und moralische Schulung ist der akademische Lehrer und er selbst verantwortlich. Das gleiche gilt für das Wochenbett, das die Hebamme instruktionsgemäß meist pflegt. Jedenfalls ergibt sich aber schon hieraus, daß die Hebammen bereits jetzt einen nicht geringen Anteil an der Fürsorge für die Neugeborenen haben und seit Jahrhunderten hatten.

Schon im Wochenbett wird der Hebamme ihre Tätigkeit hinsichtlich des Neugeborenen zu entziehen gesucht. Als Beispiel gebe ich sofort den Notruf, den die Hebamme Marie Bohlmann aus Charlottenburg auf dem II. internationalen Hebammenkongreß Dresden 1911 hören ließ, wieder: „Die Fürsorgeschwester besucht jedes standesamtlich gemeldete Kind 24 Stunden nach erfolgter Geburt mit Ausnahme der Familien, denen man nach dem Stande des Vaters diese Kontrolle und Fürsorge nicht anbieten darf. Nach den Erfahrungen der Charlottenburger Hebammen beschränken diese Schwestern ihre Tätigkeit nicht bloß auf die Pflege von Mutter (! Ref.) und Kind, sondern kritisieren bei jedem kleinsten Anlaß die Tätigkeit und die Verordnungen von Arzt und Hebammen, wodurch sehr unerquickliche Verhältnisse entstehen. — Wir protestieren energisch gegen die Beratung der Fürsorgeschwester während der Zeit, wo die Hebamme oder der Arzt und die Hebamme aus- und eingeht. — Wir verlangen, daß die Tätigkeit der Hebamme gerechter beurteilt wird.“ Hierin liegt eigentlich alles. In den Häusern, wo man gewärtig sein kann, daß die Säuglingsschwester abgewiesen werden wird, bleibt die Hebamme also die ordentliche Fürsorgerin. Wenn sie hier genügt, weshalb denn nicht auch bei den anderen? Wie zieht man die Grenze? Der Stand des Vaters ist in der Großstadt wirklich kein absoluter Maßstab für die Fürsorgebedürftigkeit. Welche Aufgaben bleiben der Hebamme als Wochenpflegerin und welche fallen der Schwester zu? Die Entwicklung der Stillfähigkeit ist ein Teil des Wochenbetts; soll dies die Hebamme oder die Schwester beobachten? Sollen die beiden Komparenten gemeinsam besuchen oder darf eine hinter der anderen herlaufen? An wen soll sich der Arzt halten? Wessen Meinung hat zu gelten? Alles Dilemmen, die am besten zu lösen sind, wenn eine von beiden fortbleibt. Was liegt da näher, als daß die Hebamme, die über die Pflege von Mutter und Kind vollkommen belehrt ist und die sich auch in den meisten Fällen, wo die Pflegerin nicht hingehen soll, die ganze Pflege zufriedenstellend leistet, überhaupt die ganze Pflege behält?! Die Schwester ist überflüssig; sie schafft zu leicht Kollisionen der Pflichten.

v. Franqué hat (l. c.) in These VIII verlangt, daß den Hebammen die Wochenbettpflege überhaupt entzogen werden soll. Dafür müssen dann staatlich geprüfte und organisierte Wochenbettpflegerinnen eingestellt werden. Daß das Institut der Wochenbettpflegerinnen bislang so wenig beachtet worden ist, ist recht bedauerlich; denn sie stellen eine sehr wichtige Ergänzung des Geburts- und Wochenbettwesens dar. Ich darf wohl hierzu bemerken, daß nur in Westfalen ordnungsmäßige Kurse dafür mit einem Schlußexamen vor einer staatlichen Prüfungskommission und eine Dienstanweisung auf meine Anregung hin eingerichtet worden sind. Trotzdem halte ich die allgemeine Einführung von Wochenbettpflegerinnen

sowohl für unnötig, wie auch für unmöglich. Ich verstehe wohl, daß v. Franqué in der Großstadt und bei Hebammen mit sehr zahlreicher Praxis die Einsetzung von solchen Pflegerinnen für notwendig hält. Die meisten Hebammen haben aber auch in der Großstadt Zeit genug, den im Grunde doch physiologischen Vorgang des Wochenbettes zu beobachten sowie Mutter und Kind die nötige Pflege angedeihen zu lassen; ihnen die Pflege abzunehmen und damit auch ihr Einkommen empfindlich zu schmälern, wird kein Medizinalbeamter oder Hebammenlehrer für zulässig halten. In der Kleinstadt und auf dem Lande können ganz bestimmt alle Hebammen einer ordentlichen Pflege genügen; denn sie haben gelernt und haben auch die Zeit dazu. Wollte man aber trotzdem, um die Kollision von Hebamme und Säuglingsschwester, wie ich oben dartat, zu vermeiden, der Hebamme das Wochenbett ganz nehmen, so müßte man aus der Säuglingsschwester eine Wochenbettpflegerin machen. Das würde aber den Damen, die sich für den Stand als Säuglingsschwester interessieren, nicht sehr angenehm sein. Ihre Ausbildung würde dann auch nicht den Säuglingsheimen, sondern den Entbindungsanstalten zufallen.

Es ist und bleibt also das Zweckmäßigste, die Pflege von Mutter und Kind im Wochenbett den Hebammen allein unter Leitung der Aerzte zu lassen und sie, wo notwendig, vor allem in Krankheitsfällen, durch staatlich geprüfte und bestellte Wochenbettpflegerinnen zu ergänzen. Schon unter diesem Gesichtspunkte bedürfen beide einer gründlichen theoretischen und praktischen Unterweisung in der Pflege des Säuglings und der Eingliederung in das ganze System der Säuglingsfürsorge.

Mit Ablauf des Wochenbetts ist aber die Notwendigkeit einer Fürsorge für den Säugling anerkannter Weise noch nicht vorbei. Man hat als naheliegend die Hebammen für die geeigneten Personen angesehen, über die Zeit des Wochenbetts hinaus im Sinne der Säuglingsfürsorge sorgen zu können.

Zum ersten Male hat im preußischen Abgeordnetenhause der Abgeordnete Landesrat Geheimrat Dr. Schmedding am 5. März 1906 gesagt, daß im Interesse der Herabsetzung der Säuglingssterblichkeit eine bessere und weitere Ausbildung der Hebammen in der Säuglingspflege erfolgen möge. Der Regierungsvertreter hat diese Anregung dankbar aufgenommen und die Hoffnung ausgesprochen, daß die Provinzialverwaltungen in dieser Hinsicht entgegenkommend sein würden. Ein Erlaß des preußischen Kultusministeriums vom 6. Dezember 1906 weist schon auf die Notwendigkeit hin, den Hebammen in der Säuglingspflege einen eingehenden theoretischen und vor allem praktischen Unterricht zu erteilen, zu welchem Zwecke Wöchnerinnen mit ihren Kindern länger wie bisher in den Lehranstalten verpflegt werden möchten. Dagegen protestierte Mangel im ärztlich-sozialen Teil des Aerztlichen Vereinsblattes, da hiermit der Kurpfuscherei bei den Hebammen Vorschub geleistet würde. Schon damals suchte ich diese Bedenken zu zerstreuen, was mir aber nicht gelang, da sich Mangel auf ein namenlos mitgeteiltes Urteil in seinem Sinne eines „erfahrenen Hebammenlehrers“ berufen konnte. Dieser Autor hat dann mir gegenüber seine Anonymität gelüftet. Er ist heute ein energischer Verfechter des Anrechtes der Hebammen auch auf dieses Gebiet.

Uns haben sich dann viele Autoren angeschlossen. Kindler (Säuglingsfürsorge und Hebammen. Zeitschrift für Medizinalbeamte; 1913, Nr. 22) sagt: „Die bislang geübten Mittel haben den gewünschten Erfolg noch längst nicht erreicht. Sie können wirksam werden in der Stadt, versagen auf dem Lande. Die Fürsorge muß zu den Leuten gehen, welche nicht selbst zu der Fürsorge kommen. Der persönliche Verkehr zieht. Auch ist es für viele beschämend, „Almosen“ zu nehmen; dagegen wird die Hilfe angenommen, wenn der Staat Personen hierzu verpflichtet. Hebammen sind dazu genug vorhanden. Eine Vermehrung ihres Einkommens ist erwünscht. Also: Bessere Ausbildung, bessere Besoldung; „Hebung des Hebammenstandes.“

Liedig (Concordia; 1911, Nr. 4) sagt: „Das Wort der Hebamme bleibt lebendig, weil es von der Beraterin und Helferin in ernsten Stunden und von einer Frau kommt.“ Berger (Hatten die Stillbestrebungen Erfolg? Mutter und Kind; I, Nr. 4): „Ja. Am wichtigsten scheint die Hilfe der Hebammen zu sein.“ Pistor (IV. Kongreß für Säuglingsschutz; 1910): Die Hebammen sind im Kampfe gegen

die Säuglingssterblichkeit nicht zu entbehren. Schloßmann (Ueber die Fürsorge pp. in Dresden. Archiv für Kinderheilkunde; 1906, Nr. 43): Die Stillunfähigkeit liegt in der mangelhaften Fürsorge derjenigen, die für die Durchführung des Stillens zu sorgen haben: Hebammen und Aerzte. Baum-Breslau (Vorbericht für die V. Versammlung zur Förderung des deutschen Hebammenwesens München; 1911) begrüßt die Anregung von oben, besondere Abteilungen für ältere Säuglinge für den Hebammenunterricht zu gründen, und versteht nicht, wie diese Einrichtung in Dresden (wo die letzte Sitzung der Vereinigung stattfand; Referent) bekämpft werden konnte. Pfuscherinnen werden die Schülerinnen eher, wenn sie ohne gute Kenntnisse in die Praxis ziehen. Die Säuglingsfürsorge muß auf die breiteste Basis gestellt werden, dazu gehören die Hebammen kraft ihrer vielfachen und einflußreichen Beziehungen zu den Müttern. Wichtiger noch, als Säuglingsstationen, erscheint ihm die Angliederung von Säuglingsberatungsstellen und Milchküchen an Hebammenschulen. Hierzu auch Riesel (Hebammen- und Säuglingsfürsorge. Zeitschrift für Hebammenwesen; 1911): „Die Hebammen geben Rat, die Mütter vertrauen ihnen. Wir müssen damit rechnen. Wenn nun die Hebammen falsch raten, so kann man ihnen dieses nicht verargen, da sie es nicht besser wissen. Jedenfalls sind die gegenwärtigen Hebammen ihrer Aufgabe nicht gewachsen. Daher Reform des Unterrichts.“ Rühle und Freund fordern demgemäß in ihren Vorberichten zu dem nächsten Kongreß der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens in Halle 1913 die Einrichtung von Säuglingsabteilungen an Hebammenschulen. Brennecke, Fritsch und Frau Krukenberg (XIV. internationaler Kongreß für Hygiene; Berlin 1907) sprechen sich gleichmäßig für die Durchbildung der Hebammen in der Säuglingshygiene und für Hebung des Hebammenstandes aus. Im gleichen Sinne äußern sich: Zimmer (Ein Wort zur Hebammenfrage. Zeitsch. für Säuglingsschutz; 1909, Nr. 3), Denecke (Leitende Gesichtspunkte der Organisation für Säuglingsfürsorge in der Provinz Sachsen. Hygiene; 1912, Nr. 13 u. 14), Meyer (Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Hildesheim am 5. Dez. 1911), Obermayer (Versammlung der Med.-Beamten Oberfrankens am 28. April 1912), Graßl (Versamml. des Schwäbischen Medizinalbeamtenvereins in Augsburg am 18. April 1908), Erhard (Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Erfurt am 14. Dezember 1912), der die Ausbildung der Hebamme lieber Kinderärzten anvertraut wissen will. Schloßmann (I. Kongreß für Säuglingsschutz in Dresden) erklärt: „Für die großzügige Durchführung der Säuglingsfürsorge ist die Mithilfe der Hebammen unerläßlich. Unsere Hebammenschaft ist in der Lage und befähigt hierzu, dem entgegen stehen mangelhafte Bekanntschaft mit den Anforderungen neuzeitlicher Säuglingsfürsorge.“ Baum-Breslau (Unterricht der Hebammen in der Säuglingspflege und Fürsorge. Zeitschrift für Säuglingsschutz; 1911, Nr. 12): „Wer gegen die Zuziehung der Hebammen zur Säuglingsfürsorge ist, versteht die Sache nicht richtig. Tatsächlich werden sie manchen Orts mit gutem Erfolg herangezogen. Zu verlangen sind für Unterrichtsanstalten Stationen mit älteren Säuglingen.“ — Selbst Langstein (Internationaler Kongreß für Säuglingsschutz; Berlin, 1911): „Als wichtige Helferinnen auf dem Gebiet der populären Belehrung haben die Hebammen zu gelten, die leider oft versagen.“ — Langerhans (Beteiligung der Hebammen beim Säuglingsschutz. Zeitschrift für Medizinalbeamte; 1911, Nr. 16) äußert sich ebenfalls in diesem Sinne.

Auch ablehnende oder zweifelnde Stimmen sind laut geworden. Landesversicherungsrat Hansen (Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit in Schleswig-Holstein. Annalen für Hebammenwesen; 1912, Nr. 2) führt aus: „Wenn er auch bessere Ausbildung der Hebammen und Strafandrohung für solche verlangt, die künstliche Nährmittel empfehlen, so soll die Ueberwachung von Kostkindern und Säuglingen in den Familien fortlaufend unterstützter Armer durch den Kinderarzt und durch ausgebildete, besoldete, dem Kinderarzt unterstellte Pflegerinnen ausgeübt werden.“ — Salge (II. Deutscher Kongreß für Säuglingsschutz; München, 1910): „Nicht den Hebammen, sondern den Aerzten liegt die Aufklärung der Bevölkerung ob.“ — Beigeordneter Klein (Die Organisation zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit in Neuß. Mutter und Kind; II, S. 304): „Eine direkte Mitwirkung der Hebamme ist nur erforderlich unmittelbar nach der Geburt hinsichtlich der Bescheinigung, ob die Mutter

selbst nährt. Alles Andere macht die städtische Deputation durch Stillprämien, Zuschüsse zur Führung der Lebenshaltung pp." — Uffenheimer (Münchener Medizinische Wochenschrift 1911) „Die Fürsorgeschwestern müssen die Kinder gleich nach der Geburt aufsuchen, damit die Säuglinge schon in den ersten Tagen unter der Aufsicht der Beratungsstelle stehen." — Baum-Düsseldorf (Säuglingsfürsorge auf dem Lande. Zeitschrift für Säuglingsschutz; 1912, H. 2 und 3 und 1911, H. 1) und Salge (Säuglingsfürsorge und ärztliche Ausbildung. Zeitschrift für Säuglingsschutz; 1909, H. 3) ignorieren die Hebammen gänzlich. — Vor allem hat sich Köstlin (Ueber Säuglingsfürsorge und Hebammen. Verhandlungen der Vereinigung zur Förderung des deutschen Hebammenwesens; Dresden 1907) besonders scharf gegnerisch ausgesprochen: „These 3. Für Säuglingspflege späterer Monate kann die Hebamme nie wesentlich in Betracht kommen; hierzu fehlt es ihr an Zeit und Gelegenheit, hierdurch werden sie ihrem eigentlichen Beruf zu sehr entzogen, ihre Pflegebefohlenen gefährdet und sie zum Pfuschen verleitet. These 5. Ausbildung in Säuglingsheimen mit oder ohne Kinderarzt ist zwecklos (und gefährlich); ebenso ist ein Nutzen von monatelangem Zurückhalten von Säuglingen in der Anstalt zu Unterrichtszwecken nicht zu erwarten. These 6. Für die Säuglingsfürsorge späterer Monate sind — abgesehen von sonstigen Organisationen — ebenso wie für die ganze Wochenpflege Wöchnerinnen- und Säuglingspflegerinnen, welche unter staatlicher Aufsicht stehen, dringend nötig." — Er meint nur in These 4: „Die Ausbildung soll mit etwas Erweiterung innerhalb des Rahmens des Hebammenlehrbuchs bleiben." — Demgemäß können Werz und Wackers (Erfahrungen der Säuglingsfürsorgestelle I der Stadt Cöln. Zeitschrift für Säuglingsschutz, 1911, H. 7) sagen: „Was die Frage anbelangt, ob die Hebammen nicht eine bessere Unterweisung als bislang in der Säuglingsfürsorge erhalten sollen, so ist zu beachten, daß nach Meinung der meisten Geburtshelfer und Hebammenlehrer die Hebammen gar nicht imstande sind, außer ihrem geburtshilflichen Unterricht noch weitere Gebiete zu bewältigen. Erst muß ihr Stand gehoben werden. Sie können aber schon jetzt durch Propaganda mitwirken." — Esser (Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit und die Tätigkeit der Hebammen. Zentralblatt für allgemeine Gesundheitspflege; 1907, H. 3 und 4) sagt: „Es fehlt bei unserem heutigen Hebammenmaterial leider noch sehr an Verständnis für die Pflege und Ernährung der Säuglinge." Er befürwortet deshalb Hebammenreform und Stillprämien für Hebammen.

Mehrere Autoren gedenke ich noch illustrativ in der nachfolgenden Darlegung zu verwerten. Rißmann und Kehrer werden selbst berichten. Aber auch ohnedem soll die vorstehende Zusammenstellung keinen Anspruch auf Vollständigkeit machen. Was ich in meiner immerhin nicht kleinen Bücherei gefunden habe, genügt mir für die Klärung der vorliegenden Frage.

Viel zahlreicher wie diese Publikationen sind die Gegner und Gegnerinnen der Zulassung der Hebammen zur Säuglingsfürsorge in agitatorischen Kreisen der Bevölkerung, die jetzt naturgemäß durch die vorn angezogenen Aeußerungen von Langstein und Krohne erst recht gutes Wasser auf ihre Mühle bekommen haben dürften. Hier hat schon früher Köstlin mit seinen Thesen m. E. ungünstig gewirkt. Ich weiß nicht, ob er heute noch seinen ablehnenden Standpunkt beibehält. Jedenfalls enthalten seine Ausführungen das wichtigste Rüstzeug der Gegner, so daß es sich lohnt, zuerst hierauf einzugehen.

„Der Hebamme soll es an Zeit und Gelegenheit fehlen, in späteren Monaten bei der Säuglingsfürsorge mitzuwirken und sie soll dadurch ihrem eigentlichen Berufe zu sehr entzogen werden." Gelegenheit hat sie genug, wie jeder Praktiker weiß (s. oben auch Risel); Zeit dazu haben jene Hebammen der Großstadt mit den Riesenpraxissen von 150—200 Geburten freilich nicht. Solche Hebammen haben nicht einmal Zeit zu einer gewissenhaften Verarbeitung ihrer geburtshilflichen Verrichtungen. Das sind keine guten Hebammen, wie ich in Dresden Leopold gegenüber betont habe. Das sind rutinierte Geldjägerinnen, die wohl verstehen, dem Publikum zu imponieren, aber gewissenlos sich über ihre Dienstanweisung hinwegsetzen. Ich habe noch vor kurzem eine solche Hebamme bei einer Nachprüfung genossen. Sie war die schlechteste unter ihren Kolleginnen und der Kreisarzt stimmte mir völlig bei. Das Gros der Hebammen hat aber Zeit dazu; es wird

die neue Aufgabe gerne auf sich nehmen und sie bei ausreichender Beaufsichtigung auch ohne Schaden für ihre sonstigen Berufsaufgaben erledigen können. Für die Kleinstadt und für ländliche Verhältnisse vor allem wird niemand, der die Verhältnisse wirklich kennt, dem widersprechen. Leider haben eben bei weitem die meisten Hebammen noch viel zu viel Zeit neben ihrer Berufserfüllung, so daß sie gezwungen sind, sich andere erwerbbringende Beschäftigung suchen zu müssen. Diesen wäre ein großer Dienst erwiesen, wenn sie durch die bezahlte Ausübung der Säuglingsüberwachung eine standeswürdige mit ihrem Beruf zusammenhängende Nebenbeschäftigung zugewiesen erhielten.

Wie die Beschäftigung der Hebammen auf dem Gebiete der Säuglingsfürsorge gefährlich für die Gesundheit ihrer Klientel werden kann, ist mir noch nicht ganz klar. Ich denke mir, daß damit Verschleppung ansteckender Krankheiten gedacht sind. Wenn dem so ist, so muß man der Hebamme konsequenter Weise immer nur einen Fall zu pflegen erlauben und ihr aufgeben, jeglichen Verkehr, mit Ausnahme mit dieser Wöchnerin, zu unterlassen, denn überall ist sie in der Gefahr, mit Bakterienträgern in Berührung zu kommen. Die ärztlichen Praktiker gehen auch von Haus zu Haus. Wir Aerzte haben gelernt, uns und unsere Pflegebefohlenen weitgehendst vor Gefahren zu schützen und können doch diese Kunst unseren Gehilfen, wozu auch die Hebammen gehören, mitgeben. Wenn Köstlin den vorliegenden Einwand weiter aufrecht erhalten sollte, so muß er ihn auch auf Gemeindeschwestern, ambulante Wochenbett- und Säuglingsfürsorgerinnen und Pflegerinnen ausdehnen und eine solche Zahl von diesen Personen verlangen, daß jeder Fall seine eigene Person zuerteilt erhält. Die Pflege ansteckend erkrankter Säuglinge ist natürlich den Hebammen ebenso zu verbieten, wie der Umgang mit sonstigen ansteckend erkrankten Personen. Dazu bedürfte es nicht einmal einer neuen Anweisung, da es schon in der jetzigen Dienstanweisung für Hebammen enthalten ist.

Vielfach wird als das größte Bedenken gegen die Verwertung der Hebammen in der Säuglingsfürsorge eine mangelnde Befähigung der jetzigen Hebammenschülerinnen, die sich meist aus dem sog. arbeitenden Stande rekrutieren, für den Unterricht erhoben. Die Hebammenlehrer haben sich ja dahin geeinigt, daß die jetzige Rekrutierungsweise der Schülerinnen durch das Postulat der nachgewiesenen Mittelschulbildung zu ändern sei. Wenn man dies haben kann, warum nicht? Im Interesse des sog. äußeren Ansehens würde ich auch gerne diesen Wunsch erfüllt sehen. Wenn man aber sagt, daß die gegenwärtigen Schülerinnen an und für sich versagen, so ist dies nicht wahr. Im Gegenteil habe ich in 22jähriger Tätigkeit als Hebammenlehrer mit etwa 60 Schülerinnen im Jahre sowohl mit der geistigen Aufnahmefähigkeit, als auch mit den moralischen Eigenschaften der westfälischen Schülerinnen durchschnittlich gute Erfahrungen gemacht. In anderen Provinzen ist man weniger zufrieden, jedoch bezweifle ich, daß damit zu sagen ist, daß die „einfache Frau" sich überhaupt nicht für den Unterricht eignet. In den Krankenpflegegenossenschaften entstammt auch das Gros dem „arbeitenden Stande" und doch wird niemand wagen, deren Tüchtigkeit in Frage zu setzen. Eine besondere Pädagogik vermag bei jeder braven Frau mit gesundem Menschenverstand, gutem Willen und einiger Veranlagung zu dem Berufe durchaus hinreichende Kenntnisse und Fertigkeiten für die praktische Ausübung der Hebammenkunst zu wecken. Wenn man mir nicht glauben will, so frage man die Examinatoren. Wenn nun das gegenwärtige Hebammenschülerinnenmaterial geeignet ist, das große Gebiet, welches das Hebammenlehrbuch in sich schließt, zu bewältigen, so ist es auch fähig, den nicht großen Schritt weiter zu machen und genügende Kenntnisse in der Säuglingsfürsorge sich anzueignen, was um so leichter ist, da ja die Schülerinnen als Wochenbettpflegerinnen den größten Teil der Säuglingspflege schon theoretisch und praktisch bewältigt haben. Gegen eine Verlängerung des Kursus habe ich aber selbstredend nichts einzuwenden, auch nicht dagegen, daß die Anforderungen für die Zulassung erhöht werden, indem das Abgangszeugnis einer Mittelschule verlangt wird. Absolut notwendig ist es aber bei uns zu Lande nicht. Hier gebe ich nur zum Teil Köstlin recht, wenn er (These 2) sagt: „Daß die Hebammen in der Säuglingsfürsorge nicht das leisten, was man von ihnen erwartet, liegt nicht an ihrer Ausbildung,

sondern vielmehr an dem Schülerinnenmaterial und in den trostlosen pekuniären Verhältnissen." Das erstere mag für Westpreußen zutreffend sein, für Westfalen nicht, das zweite ist auch hier vielerorts zu beklagen, wenigstens auf dem Lande. Ausbildungsfähig sind unsere Schülerinnen; sie werden auch jetzt schon gut in jeder Hinsicht ausgebildet. Viele degenerieren aber wieder durch die Ungunst der größeren Verhältnisse. Hier hat eigentlich und zuerst die Reorganisation des Hebammenstandes einzusetzen.

Es ergibt sich demnach die weitere Frage:

Sind aber die praktischen Hebammen fähig, den erweiterten Säuglingsschutz den Säuglingspflegerinnen entsprechend zu übernehmen? Ohne weiteres nicht, sie müssen erst darin eingeführt werden. Daß dieses möglich ist, ist schon praktisch dargetan. Wegener (Zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit. Zeitschrift für Medizinalbeamte, 1905, H. 21) betont zunächst, daß außer der Gesundheitskommission auch der Minister der Ansicht beigetreten ist, daß die Mitwirkung der Hebammen bei der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit nicht zu entbehren ist, indem er die Kreisärzte angewiesen hat, bei jeder Gelegenheit die Hebammen über Pflege und Ernährung der Säuglinge zu unterweisen und von ihnen zu fordern, daß sie ihrerseits wieder diese Lehren in die Familie tragen. Als er früher in einer Versammlung von Medizinalbeamten (des Reg.-Bez. Posen, 1904) vorgetragen habe, die Hebammen sollten besser dotiert und vorgebildet werden, dann könnten sie auch die Ueberwachung der Säuglinge und Haltekinder übernehmen, denn die Hebammen seien durch ihre Vertrauensstellung und Vorbildung bei den jungen Frauen wie bestimmt für die Säuglingsfürsorge, habe er großen Widerspruch gefunden. Stein Standpunkt werde aber jetzt allseitig gebilligt: Auf dem Lande und in kleinen Städten ist es am zweckmäßigsten, Hebammen mit kleinen und besser dotierten Bezirken zugleich die Säuglingsfürsorge zu übertragen. In großen Städten ginge das nicht, weil nur frei praktizierende Hebammen in Frage kommen. Hier seien festangestellte Pflegerinnen notwendig. Aber auch hier kann aus der Zahl der Hebammen eine Auswahl hierfür getroffen werden. Die Hebammen eigneten sich überhaupt dazu besser, wie fremde Pflegerinnen, da sie mit der Mutter und dem Kinde von Anfang an zu tun hätten. — Danach brachte Wegener für seine Ansicht auch den praktischen Beweis. Er berichtet darüber in der Zeitschr. f. Medizinalbeamte, Jahrg. 1908, H. 12) und zwar über seine Erfahrungen in den Jahren 1905, 1906 und 07 in seinem Kreise Lissa, also weit hinten in Ost-Elbien. Er gab anfangs 1905 seinen Hebammen ein Büchelchen zur Eintragung ihrer Beobachtungen bei ihren Besuchen bei Säuglingen. Dabei gab er den Hebammen auf, nicht bloß 10 Tage, sondern das ganze erste Lebensjahr hindurch die Kinder im Auge zu behalten. Sie sollten beobachten:

a) Lagerstätte, Kleider, Körper der Kinder;
b) Brust der Mutter;
c) bei künstlicher Ernährung 1. die Milch, 2. deren Aufbewahrungsort, 3. Milchflasche und Sauger;
d) die ganze Wohnung.

Die Januar 1906 vorgenommene Revision des Büchelchens ergab noch viele Ungenauigkeiten. Es erfolgte eine neue Belehrung. Danach waren in den nächsten beiden Jahren die Büchelchen richtig geführt. Die Hebammen waren sehr erfreut über diese neue Tätigkeit, die auch gut von den Leuten aufgenommen wurde. Als Entgelt erhielten die Hebammen hierfür je 10 M. (!!! Ref.). Die frühere Kindersterblichkeit sank von 20 % auf 15 bezw. 16,5 %. — Wegener glaubt daraus den Beweis erbracht zu haben, daß die Hebammen geeignete Beraterinnen sind und daß die Mütter den nicht geforderten Rat auch gerne annehmen. Die Mütter müssen erst erzogen werden. Für diese Erziehung sind die Hebammen, die den Müttern schon in den Kindesnöten beigestanden haben, die berufensten Personen. — Gleiche Erfahrungen hat Dörfler, wie ich einer Redaktionsmitteilung Rapmunds in der Zeitschrift für Medizinalbeamte, Jhg. 1913, H. 24) entnehme, — die Originalarbeit steht mir leider nicht zur Verfügung — gemacht. In seinem Bezirk betrieben sämtliche Hebammen praktische Säuglingsfürsorge. Er hat sie einer Prüfung unterzogen. Von 25 Hebammen konnten 8 als vorzüglich, 12 als gut, 2 als mittelmäßig und 3 als nicht

geeignet dafür bezeichnet werden. (Ein Resultat, das mit den Examensergebnissen meiner Schülerinnen fast übereinstimmt! Ref.)

Ueberhaupt verlangen die ländlichen Verhältnisse unsere besondere Beachtung. Kirchner wies in den Verhandlungen der verstärkten Haushaltungskommission über den Medizinaletat am 17. Februar 1916 darauf hin: „Bedenklich ist, daß die Kindersterblichkeit auf dem Lande früher geringer, jetzt aber größer ist, als in den Städten. Deshalb muß auf dem Lande mehr geschehen." Landrat Rademacher sagte auf dem II. deutschen Kongreß für Säuglingsschutz München 1910, daß den Hebammen auf dem Lande schon deswegen eine große Bedeutung zufalle, weil 95 % der Geburten von ihnen allein gehoben werden. Mit ihrer Hilfe ist in seinem Kreise (Westerburg) eine Statistik aufgemacht worden, wonach 7,5 % der Säuglinge künstlich genährt werden mußten. Wenn auf dem Lande die Wochenbettpflege noch sehr im argen liege, so haben die traurigen Besoldungsverhältnisse der Hebammen daran schuld. — Sehr treffend schildert Hillenberg (Mitwirkung der Hebammen bei der ländlichen Gesundheitspflege. Zeitschrift für Medizinalbeamte; 1907, H. 24) das Land: „Bei der ausgesprochenen Eigenart der ländlichen Bevölkerung mit ihren Vorzügen und Nachteilen, bei dem starren Festhalten an ererbten Sitten, bei dem Mißtrauen, das allem Neuen entgegengebracht wird, sofern es nicht mit sichtlichem materiellem Vorteil für den einzelnen verknüpft ist, bei der Anspruchslosigkeit, entspringend einem Mangel an Verständnis für die geistigen, sittlichen und materiellen Errungenschaften und Forderungen des modernen Kulturlebens bedarf es ganz besonders geschulter und kundiger Pioniere, die fähig sind, den von großstädtischen Ideen noch wenig ergriffenen, nur reinsten Erdgeruch verbreitenden Mann der Scholle aufzurütteln, ihm möglichst in seiner Sprache moderne hygienische Anschauungen zu predigen und einzuflößen." — „Von den heutigen, d. h. den jüngeren Hebammen kann man wohl im allgemeinen mit einem gewissen Recht sagen, daß sie unter dem Gros ihrer Dorfschwestern geistig um eine Haupteslänge emporragen, ein Vorzug, der auch meist neidlos anerkannt wird; wird doch die sage-femme in allen möglichen glücklichen und unglücklichen Zufällen und Ereignissen des Lebens um Rat und Hilfe angegangen." — Unter diesen Erwägungen schlägt er den Kreisärzten vor, einer Anregung Rapmunds folgend, sich der Hebammen gewissermaßen als Adjutanten bei ihren Bemühungen für Fortschritte der Hygiene auf dem Lande zu bedienen. Er greift dann auch auf die Darlegung Wegeners hinsichtlich der Säuglingsfürsorge, die nach anfänglichem Widerstand heute allgemein angenommen worden sei, zurück. Die Hebamme soll allgemein das Selbststillen fordern, muß aber künstlich genährt werden, so muß die Hebamme über Aufbewahrung und Behandlung der Milch im Haushalt, Behandlung der Saugflaschen pp. Belehrung erteilen und vor allem durch das Beispiel zeigen, wie und was alles gemacht werden soll.

Diesem noch etwas beizufügen, ist überflüssig. Nur möchte ich von meinem Standpunkte aus, nachdem ich auch 14 Jahre allgemeine Praxis mit vorwiegend ländlicher Klientel betrieben habe, die Richtigkeit der vorstehend angeführten Darlegung Wort für Wort decken.

Man sieht also, daß das Gebiet der Säuglingspflege durch Hebammen fleißig beackert worden ist. Ich habe mit Vorbedacht tunlichst alle mir zugänglichen Autoren berücksichtigt und ihnen teilweise auch breiter das Wort gegeben, weil ich es nicht hätte besser sagen können, aber auch um endlich den Vorwurf ein für alle mal abzutun, daß wir Hebammenlehrer nur unsere eigene Sache vertreten, wenn wir in unseren Versammlungen Fortschritte dieser oder jener Art für unsere Anstalten und für unsere uns lieb gewordenen Schülerinnen nach ihrem Eintritt in das praktische Leben mit seinen Schwierigkeiten zu erkämpfen suchen. Wir handeln hier bewußt im allgemeinen völkischen Interesse; denn wir wollen eben durch die gründliche Ausbildung und weitere Sicherung einer nach allen Seiten hin nutzbringenden Organisation des Hebammenwesens dem Volke das Wertvollste erhalten, das Leben und die Gesundheit von Mutter und Kind, die während der Schwangerschaft, im Wochenbett und später noch lange eine untrennbare Einheit bilden. Das sollen auch unsere Kollegen von der Pädiatrie beachten und uns den Einfluß auf den Säugling, den wir beanspruchen müssen, nicht verwehren.

Den Hebammen die Pflege des Säuglings im Wochenbette nehmen zu

wollen, wäre ein fundamentaler Fehler. Ihnen den Weg generell versperren zu wollen, nach dem Wochenbett die Fürsorge älterer Säuglinge zu übernehmen, deren Durchführung endlich zielbewußt in die Hand zu nehmen ist, wozu sie Zeit und Gelegenheit durchschnittlich sehr wohl haben und zu welchem Zwecke sie gewiß weitergebildet werden können, wenn man es richtig anfaßt, wäre ein großer, sehr bedauerlicher Mißgriff, der nur einem Vorurteil entspringt. Wir müssen also als Lehrer auch die Einbeziehung der theoretischen und vor allem praktischen Belehrung in der Säuglingspflege und Fürsorge verlangen und zu diesem Zwecke die Einfügung dementsprechender Stationen oder wenigstens — oder vielmehr besser dazu von Polikliniken oder Beratungsstellen in unseren Lehranstalten erstreben. Ob hier ein Geburtshelfer oder ein Pädiater lehrt, ist mir gleichgültig, wenn nur der Unterricht ein einheitlicher bleibt, insofern dem Direktor der Lehranstalt sein Einfluß erhalten bleibt. Das wird von der Größe der geburtshilflichen und gynäkologischen Stationen und der pekuniären Mittel der Lehranstalt abhängen. Ich z. B. glaube mit meiner frauenärztlichen Tätigkeit und dem Unterricht auf meiner geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung hinreichend Arbeit zu haben, so daß mir ein pädiatrisch vorgebildeter Oberarzt sehr willkommen wäre. Eine Verlängerung der Kursusdauer wird auch nicht zu umgehen sein.

Damit ist es aber nicht allein getan. Für den Uebergang müssen auch die Kreisärzte dem Beispiele Wegeners folgen und an ihre Hebammen herantreten. Was diesem möglich war, wird doch auch den übrigen Medizinalbeamten nicht unmöglich bleiben.

Aber noch weiter! Wenn wir noch mit einem so großen Bruchteil der Hebammen mit Recht unzufrieden sein müssen, so wollen wir doch nicht, wie Agnes Blum sagt, über die Hebammen die Schale unseres Zornes ausgießen und bedenken, daß sie lange genug von Faktoren, die dazu berufen waren, ihnen weiter zu helfen, vernachlässigt worden sind, so daß die Degeneration nicht ausbleiben konnte. Die Provinzialverwaltungen haben ihre Schuldigkeit getan, indem sie die Lehranstalten ausgiebig reformierten; wenn jetzt die Erweiterung der Anstalten durch Säuglingsstationen als notwendig anerkannt sein wird, bleiben sie gewiß nicht zurück. Hoffentlich wird recht bald aber auch die uns von Krohne zu unserer Freude angekündigte fortschrittliche Inangriffnahme der Hebammenfrage (Sitzung des preußischen Landtags vom 24. bis 25. Februar 1916) befriedigende Ergebnisse bringen. Man vergesse aber dabei nicht, daß die Hebammen durch eine bezahlte Mitwirkung in der Säuglingsfürsorge eine wertvolle soziale Hebung des Standes-Niveau erfahren werden.

Dabei bleibt immer noch der hohe Wert aller sonstigen Bestrebungen gegen die Säuglingssterblichkeit bestehen: Wöchnerinnenasyle, Säuglingsasyle, Mütter- und Säuglingsberatungsstellen, Milchküchen usw. Wenn auch die Hebammenschulen an ihrem Platze diese für sich heranzuziehen suchen müssen, so bleiben doch noch Orte genug, wo solche selbständig ihre wohltätige und sozial nicht hoch genug einzuschätzende Arbeit leisten können und müssen. Sie verdienen sogar viel weitgehendere Pflege, so daß wir alle der „Deutschlands Spende für Säuglings- und Kleinkinderschutz“ demnächst einen vollen Erfolg wünschen wollen und daran jeder an seinem Platze so gut er es kann fördernd mitwirken wird.

Schließlich noch eins! Wenn die Frauenbewegung wünscht, daß jene Kriegsschwestern, die sich nach dem Frieden in dem Dienst der Bevölkerung weiter betätigen wollen, eine passende Stellung in der Säuglingsfürsorge finden sollen, so können wir nur den Rat geben, keine Halbheit zu beschützen und nur einseitig gebildete Säuglingspflegerinnen zu erstreben, sondern man lasse sie einen ordnungsmäßig erweiterten Kursus der gesamten Hebammenkunst absolvieren. Dann lassen sie sich ohne Schaden in die gesamte geburtshilfliche Ordnung eingliedern, wovon die Säuglingsfürsorge ein Teil ist. Da ja aber der Mensch einmal Aeußerlichkeiten nicht entbehren kann, so wollen wir für die Hebammenreform auch wünschen, daß hier die Bezeichnung „Schwestern“ und eine dementsprechende Berufskleidung in Schwesterntrachtform genehmigt wird. Ueberhaupt würde die Frauenbewegung eine große Tat begehen, wenn sie sich einmal auch der für sie doch hochwichtigen Hebammenfrage eingehender und zwar wohlwollend widmete.

Den Kinderärzten aber kann es vorbehalten bleiben, für eine genügende

Anzahl von Säuglings- bezw. Kinderkrankenschwestern zu sorgen. Für deren Ausbildung besteht in der Tat ein dringendes Bedürfnis nicht nur für Kliniken, sondern auch für die offene Behandlung.

III. Trübe Aussichten für den deutschen Hebammenstand (Dr. Rißmann).

Leitsätze.

1. Die „Vereinigung“ sollte an sämtliche deutsche Regierungen die dringliche Bitte richten, nach Möglichkeit überall Hebammenschwestern in der Fürsorgetätigkeit zu verwenden und die Anstellung anderer Personen zu unterlassen. Unsere Anträge sind in der politischen Tagespresse bekannt zu geben.

2. Die Ausbildung der Hebammenschwestern für ihren Beruf muß in ihrer ganzen Ausdehnung in der Regel nur in Hebammenschulen erfolgen.

3. Die Länge der Ausbildungszeit muß mindestens die gleiche sein, wie die der Kranken- und Säuglingsschwestern.

4. Es muß nicht Säuglingschutz in Deutschland heißen, sondern Mutter- und Säuglingsschutz, deshalb bedarf das Kaiserin Auguste Viktoria-Haus ebensowohl einer Ergänzung wie die Säuglingsfürsorgestellen und die Säuglingsheime. Dasselbe gilt für „Deutschlands Spende für Säuglings- und Kleinkinderschutz“.

Es ist möglich, daß der Weltkrieg dazu beiträgt, die Bemühungen derjenigen Aerzte zu unterstützen, die in der jetzigen Art der Fürsorgetätigkeit eine große Geld- und Kräftevergeudung mit bedenklichen Nebenerscheinungen sehen. Absolut nötig ist zunächst eine Zentralisation der gesamten Volkswohlfahrtspflege, wie ich sie hier 1904 versucht habe und wie sie Ascher in Hamm eingerichtet hat (Fürsorgeämter). Die Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens hat ihrerseits allen Grund, auf die schweren Gefahren hinzuweisen, die der Zukunft der deutschen Hebammenschwestern drohen, wenn hier keine Aenderung eintritt. Einen Erfolg verspreche ich mir nur dann, wenn die „Vereinigung“ mit ihren Beschlüssen und Anregungen an die breiteste Oeffentlichkeit tritt.

Schon im Jahre 1911 habe ich auf dem III. Internationalen Säuglingskongresse in Berlin die Heranbildung und vermehrte Zuziehung der Hebammenschwestern zu der Pionierarbeit im Dienste der Volkshygiene gefordert und darauf hingewiesen, daß eine Reihe von Medizinalbeamten den gleichen Standpunkt einnehmen. Hinsichtlich der Säuglingsfürsorge haben sich die Hebammen auch schon wiederholt zur Mitwirkung bereit erklärt; allerdings nicht nur als Zuschauer, wie man hier in Osnabrück geplant hatte. Vergleicht man die Summen in den wenigen Bezirken, die leider erst den Hebammenschwestern das Amt einer Säuglingsfürsorgerin übertragen haben (225—500 M. jährlich) mit denjenigen, die andere Säuglingsfürsorgerinnen bekommen (1700 M.), so muß man im höchsten Grade erstaunt sein, daß solche Unsummen vertan werden. Die Hebammenreform würde gar nicht die gefürchteten Riesensummen verschlingen, wenn man die Kräfte des Hebammenstandes nicht brach liegen ließe, sondern sie zur Fürsorgetätigkeit heranzöge. Man braucht sich aber keineswegs nur auf die Säuglingsfürsorge zu beschränken. Es könnte zweifellos jede im übrigen tüchtige Bezirkshebamme unter Aufsicht des Kreisarztes in der Trinkerfürsorge, Wohnungs- und Säuglingsfürsorge Verwendung finden. Statt dessen will v. Behr-Pinnow (Deutsche mediz. Wochenschrift; 1910) neben den Hebammen noch Kreisfürsorgerinnen in der Säuglingsfürsorge beschäftigen. Während ich also mindestens drei Gebiete der Fürsorge in kleineren Städten und auf dem Lande allein den Hebammen zuerteilen möchte, will v. Behr-Pinnow auf einem Gebiete der Volkswohlfahrtspflege

2 Personen tätig sein lassen. In meiner Duplik gegen v. Behr-Pinnow — die Replik stand in der Deutschen med. Wochenschrift 1915 — mußte ich dann noch betonen, daß ich eine gemeinsame Arbeit von Hebammenlehranstalten und Säuglingsheimen zur besseren Ausbildung der Hebammen, allgemein gesprochen, für überflüssig erachte. So lange wir überhaupt Schulen für Hebammen haben, müssen sie auch alles gewähren können, was zu dem Berufe einer Hebamme gehört oder demnächst gehören soll. Die Ansichten v. Behr-Pinnows sind aber nicht nur Theorie geblieben; vielmehr hat der Regierungspräsident in Liegnitz über die „Weiterentwicklung der Säuglingsfürsorge auf dem Lande" (vgl. Zeitschrift für Säuglingsschutz; Jahrg. 1916, Heft 8) eine Verfügung an Landräte und Kreisärzte gerichtet, in der gesagt wird: „Säuglingsfürsorgeschwestern (Gemeindeschwestern) sind in bereits bestehenden Fürsorgestellen zu unterrichten und auszubilden." Hebammen werden in der angezogenen Verfügung nur als „vermittelnde und beratende Organe" zusammen mit Pastoren- und Lehrerfrauen genannt, aber nicht als zur Fürsorgeschwester geeignet. Im Gegenteil werden schon 33 Teilnehmerinnen, die aus Gemeindeschwestern, Landpflegeschwestern, Hauswirtschaftslehrerinnen und Hilfsschwestern vom Roten Kreuz bestanden, in einem „Lehrgange für Säuglingsfürsorge" ausgebildet. — Leider sind auch die Thesen, die die „Vereinigung deutscher Hebammen" auf dem 18. Deliertentage angenommen hat, zweideutig. Wenn der Delegiertentag einen Halbjahrkursus in einem Krankenhause, einen Halbjahreskursus Säuglingspflege und ein Jahr Unterricht in der Hebammenschule verlangt, so weiß ich nicht, weshalb die Hebammenschule dann noch Säuglingspflege und Mutterberatung „einüben" solle. Das ist, mit einem Worte gesagt, eine sehr kostspielige Kräftezersplitterung.

Eine andere große Gefahr für die Zukunft des deutschen Hebammenberufs besteht darin, daß man das aus dem Kriege zurückkehrende Lazarett-Pflegepersonal zu einer Konkurrenz der schon jetzt schwer kämpfenden Hebammenschwestern machen will. Besonders weit in dieser Beziehung geht Kreisarzt Dr. Vollmer (Zeitschrift für Medizinalbeamte; 1916, Nr. 14). V. will in 6 Monaten derartige Krankenpflegerinnen an einer Hebammenschule zu Hebammen ausbilden lassen und alsdann solche Damen in „gehobene Stellen von Kreishebammen" bringen zur wirksamen Beaufsichtigung der anderen Hebammen und zur Unterstützung des Kreisarztes bei seiner Fürsorgetätigkeit, besonders auch bei der Säuglingsfürsorge.

Ich wende mich zu dem dritten Ereignisse, das geeignet ist, die Aussichten der Hebammenschwestern trübe erscheinen zu lassen: es ist die Ankündigung des Geh. Ober-Med.-Rates Krohne auf der Jahresversammlung des Brandenburgischen Verbandes der Vaterländischen Frauenvereine, daß in Aussicht genommen sei, die Ausbildung von Säuglingspflegerinnen staatlich auf 1 Jahr festzusetzen. Es unterliegt gar keinem Zweifel, daß in Preußen schon die staatliche Festsetzung einer 1jährigen Lehrzeit für Krankenpflegepersonen im Jahre 1907 dem Ansehen der Hebammenschwestern stark geschadet hat.

Mußte man nicht damals schon die Lehrzeit der Hebammen auf 1 Jahr festsetzen?! So wie man in Deutschland fragen muß, geschieht es auch in Oesterreich. Torggler-Klagenfurt ruft kürzlich in der Gynäkol. Rundschau Jhg. 1916, H. 13 u. 14) aus: „Hier Krankenflegerinnen, die stets unter Aufsicht des behandelnden Arztes ein Individuum zu pflegen haben, dort in 95% aller Geburten völlig selbständige Leiterinnen und Beistandleistende, denen Mutter und Kind anvertraut ist! Ist das Konsequenz?" Torggler meint, der Grund für solche merkwürdigen Tatsachen sei in Oesterreich darin zu suchen, daß zwei verschiedene Ministerien die betreffenden Anordnungen gemacht hätten. Woran liegt's in Deutschland? Man könnte dafür leicht eine Reihe von Gründen anführen; jedoch würde das die mir gestellte Aufgabe überschreiten. Ich beschränke mich deshalb auf den Hinweis, daß der Hebammenlehrer in Deutschland ohne jeden Einfluß auf die Reichsbehörden ist und ferner im größten deutschen Bundesstaat der provinzielle Hebammenlehrer seiner ganzen Stellung nach geradezu prädestiniert ist zu gänzlicher Bedeutungslosigkeit. — Nicht für unwichtig halte ich, wie schon früher a. a. O. ausgeführt, die Bewilligung einer Amtstracht für Hebammenschwestern.

Als letzten Vorschlag, der sich in der neueren Literatur findet und der mir höchst bedenklich für den Hebammenstand erscheint, erwähne ich, daß die

Säuglingsfürsorgerinnen Hausbesuche bei Schwangeren machen sollen, um sie zu verständigen und zum Besuche der Beratungsstellen anzuhalten. Man weiß eigentlich nicht, was schließlich der Hebamme noch zu tun übrig bleiben soll! Leider werden ja auch immer noch viele der besseren Geburten durch Arzt und Wochenbettpflegerin ohne Hebammen geleitet. Auf der anderen Seite beweist jedoch der Wunsch und die Forderung der Kinderärzte, daß die Säuglingsfürsorgerin schon die schwangere Frau besuchen soll, schlagend, daß sich in Wirklichkeit Mutterschutz und Säuglingsschutz nicht trennen lassen und mahnt, nicht wie bisher sie ungebührlich zu scheiden, sondern vielmehr sie baldigst enger zu vereinigen. Man beginne damit, daß man

1. das Kaiserin Auguste-Viktoriahaus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit ausbaut zu einem Hause zur Bekämpfung der Mütter- und Säuglingssterblichkeit. Eine Begründung für diese Forderung vom rein wissenschaftlichen Standpunkt aus habe ich gegeben im „Frauenarzt" (Jahrg. 1915, H. 1 u. 2). Das Gleiche gilt für „Deutschlands Spende für Säuglings- und Kleinkinderschutz";
2. statt Säuglingsfürsorgestellen Mütter- und Säuglingsfürsorgestellen betreibt, in denen möglichst überall Hebammenschwestern unter dem Fürsorgearzte wirken. Hier können auch Mütterschulkurse stattfinden, die ich dem Kinderunterrichte in 10 Stunden bei weitem vorziehe;
3. Säuglingsheime in Mütterheime verwandelt.

Vorbildlich für Mütterheime kann das in München kürzlich gegründete Institut sein. J. Meier, selbst ein Kinderarzt und Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Säuglingsschutz, setzt in einer Denkschrift auseinander, daß Müttern und deren Kindern durch dieses Haus hygienischer, wirtschaftlicher und sozialer Schutz gewährt werden soll. Dringend notwendig sei oft ein Obdach für die entkräfteten und schwachen Mütter, die wenige Tage nach der Entbindung mit ihren Kindern die Frauenkliniken verlassen und für diejenigen Mütter, die völlig mittellos und verlassen in der Großstadt stehen, deren junge Säuglinge ihr kaum gewonnenes Leben nur zu oft der harten Not zum Opfer bringen müssen. Meier hebt noch besonders hervor, daß es der schlechte Gesundheitszustand des Kindes war, der in den meisten Fällen die Aufnahme der Mutter bedingte.

Es ist nicht unwichtig in unserm Kampfe um Anschluß eines Mutterheims an die Hebammenschule daran zu erinnern, daß noch ein zweiter Kinderarzt (Salge auf dem I. Deutschen Kongresse für Säuglingsschutz 1909) sagte: „Es müssen Wöchnerinnenheime geschaffen werden, die in Verbindung mit der Entbindungsanstalt stehen und diejenigen Wöchnerinnen mit ihren Kindern aufnehmen, die außerhalb nicht in solche Behandlung kämen, daß eine normale Entwicklung des Kindes und eine genügende Erholung der Mutter wahrscheinlich ist." Persönlich kann ich nur immer von neuem darauf hinweisen, daß viele Kindsmorde in Deutschland auf diese Weise verhindert werden könnten. Ferner scheint mir bislang nicht genügend betont zu sein, daß etwa bei jeder 2. oder 3. Entlassung aus der geburtshilflichen Klinik es sich als wünschenswert herausstellt, entweder der Mütter oder der Kinder wegen nach einiger Zeit nochmals eine ärztliche Untersuchung vorzunehmen.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin.

Enorm lange Uvula als Ursache für einen Erstickungsanfall. Von Körbl. Offizielles Protokoll der k. und k. Gesellschaft der Aerzte in Wien. Sitzung vom 1. Dezember 1916. Wiener klin. Wochenschrift; 1916, Nr. 50.

Die Uvula ist zu einem 6 cm langen Stiel ausgezogen, trägt an ihrer Spitze ein bohnengroßes Papillom und reicht, nach vorne gezogen, bis zu den Schneidezähnen. Der Patient besitzt die Anomalie seit seiner Kindheit und wurde hauptsächlich dadurch belästigt, daß er sich beim Essen auf das Zäpfchen biß und sich sehr häufig verschluckte. Nachts erlitt er im Schlaf einen schweren Erstickungsanfall, der aber wieder vorüberging.

In der Besprechung erinnert O. Chiari an einen Fall aus der Klinik von Dittl, der in den 80er Jahren vorkam und bei dem der Assistenzarzt

die Tracheotomie vornahm. Der Patient starb bald darauf. Erst die Leichenöffnung wies nach, daß der Erstickung eine abnorm lange Uvula mit Papillom zugrunde lag. Ein Blick in die Rachengegend während des Lebens würde die Ursache der behinderten Atmung gefunden haben.

Dr. Mayer-Simmern.

B. Gerichtliche Psychiatrie.

Anonymität und Sexualität. Von Prof. Dück-Innsbruck. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1916, Nr. 24.

Verfasser hat seine früheren dahin gehenden Untersuchungen erweitert, nunmehr 200 Fälle aus seiner Praxis zusammengestellt und daraus das schon früher gewonnene Ergebnis bestätigen können, daß anonyme Anzeigen mit sexuellem Inhalt sehr viel häufiger bei weiblichen Beschuldigten zu treffen sind als bei männlichen (52 gegen 5 Proz.). Zieht man alle die Fälle herbei, wo die Verheimlichung der Wahrheit überhaupt eine Rolle spielt (Arrestbruch, Verletzung der Eidespflicht, Hehlerei u. a.), so ergibt sich gleichfalls, daß derartige Verbrechen und Vergehen viel häufiger beim weiblichen Geschlecht vorkommen, während beim männlichen Geschlecht die Verbrechen überwiegen, die ein aktives, mehr oder weniger kampfartiges Vorgehen nötig machen. Verfasser regt eine Nachprüfung seiner Untersuchungen auf möglichst breiter Grundlage an. Dr. Solbrig-Königsberg.

C. Sachverständigentätigkeit auf militärärztlichem Gebiete.

Zur Frage der Simulation bei Soldaten. Von Dr. G. Voß, fachärztlicher Beirat für Nervenkrankheiten. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 48.

Simulation ist unter unseren Soldaten verhältnismäßig selten, häufiger kommt Aggravation vor. Geringe Grade angeborenen Schwachsinns scheinen der Entwicklung der Täuschungsabsichten förderlich zu sein. Unter vielen als simulationsverdächtig zur Untersuchung und Beobachtung gelangenden Leuten erwiesen sich nur wenige als echte Simulanten. Krankhafte Uebertreibung findet sich häufiger als bewußte. Man sollte deshalb mit dem Verdachte der Simulation zurückhaltender sein, insbesondere Leuten gegenüber, die sich im Felde bewährt oder Wunden davongetragen haben.

Besondere Vorsicht ist Schädelverletzten gegenüber geboten, deren Charakter nicht selten durch die Einrichtungen ungünstig beeinflußt wird. In allen simulations- oder aggravationsverdächtigen Fällen ist fachärztliche Untersuchung oder gegebenenfalls Beobachtung zu veranlassen. Die Entscheidung sollte nur auf Grund eingehender Kenntnis der Gesamtpersönlichkeit des Verdächtigen gefällt werden. Auch diese Untersuchungen sollten zu den Aufgaben schon jetzt zu schaffender und für die Friedenszeit berechneter Beratungsstellen gehören. Dr. Roepke-Melsungen.

Die Versorgung der funktionellen Kriegsnervösen. Von Prof. Dr. Hoche-Freiburg i. Br. Münchener med. Wochenschrift; 1916. Feldärztliche Beilage zu Nr. 50.

Verfasser teilt eine Erklärung mit, die die Zustimmung fast sämtlicher Professoren der Psychiatrie an den deutschen Universitäten und anderer hervorragender Psychiater erhalten hat, und in der auf die Notwendigkeit der Kapitalabfindung derartiger Kriegsgeschädigten hingewiesen wird. Sie lautet:

„Es ist mit Sicherheit zu erwarten, daß unter den gesundheitlichen Nachwirkungen des Krieges, die den Feldzugsteilnehmern den Anspruch auf eine Entschädigung gewähren, Störungen nervöser Art eine zahlungsmäßig sehr bedeutende und in ihrem Einfluß auf die Volksgesundheit und die nationale Arbeitskraft verderbliche Rolle spielen werden.

Die tatsächlichen nervösen Kriegsschädigungen werden, wie wir das aus tausendfacher Berührung mit nervösen Unfallsfolgen im Frieden ableiten können, in ihrer Tragweite vervielfacht werden durch die Verquickung mit den seelischen Einwirkungen des Entschädigungsverfahrens.

Insbesondere werden wir mit einer großen Anzahl von Neurosefällen zu rechnen haben, bei denen durch die Form der Entschädigung in einer fortlaufenden Rente, die nach den Militärpensionsgesetzen ausschließlich in

Frage kommt, eine Wiederkehr der Arbeitsfähigkeit verzögert oder gänzlich verhindert wird („traumatische Nervöse", „Rentennervöse" usw.).

Für Erkrankungen dieser Art ist im Interesse der einzelnen Geschädigten von der gesamten Volks-Arbeitskraft die endgültige Erledigung der Entschädigungsansprüche in Form der Kapitalabfindung als das wirksamste Heilmittel zu erstreben.

Es ist ein dringendes Erfordernis, daß durch gesetzliche Regelung die Möglichkeit der Kapitalabfindung für diejenigen Fälle nervöser und psychischer Kriegsschädigung geschaffen wird, deren Heilungsaussichten auf diesem Wege besser sind, als auf dem des fortlaufenden Rentenbezuges. Rpd.

D. Sachverständigentätigkeit in Unfall- und Invaliditäts- und Krankenversicherungssachen.

Zur Frage der traumatischen Neurose. Von Generalarzt Professor Dr. Goldscheider. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 46.

Auf Grund der Beobachtungen im Kriege unterscheidet Oppenheim fünf Gruppen von Neurosen nach Kriegsverletzungen: 1. traumatische Hysterie, 2. traumatische Neurasthenie. 3. traumatische Hysteroneurasthenie, 4. traumatische Neurose im engeren Sinne, d. h. Symptombilder vom Charakter der Neurose, die in einzelnen oder in den wesentlichen Erscheinungen aus den Grenzen der Hysterie und Neurasthenie heraustreten, 5. die Kombination von organischen Erkrankungen des Nervensystems mit Neurosen traumatischen Ursprungs. Die Meinungsverschiedenheit betrifft den Einfluß der psychischen Momente bei dem Zustandekommen des Krankheitsbildes. Oppenheim läßt der „psychischen Erschütterung", dem „Affektschock" einen gewissen Wirkungsbereich zukommen, erblickt aber doch das Wesentliche in der mechanischen Erschütterung.

Nach Goldscheider kann der traumatische Reiz rein somatisch keine Neurose erzeugen, sondern nur eine vorübergehende Veränderung der Erregbarkeit sowohl im Sinne der Steigerung, wie der Herabsetzung. Diese Umstimmung betrifft zunächst die Sensibilität, kann sich aber auf Motilität, Vasomotion, Sekretion und vielleicht auch auf viszerale Funktionen ausdehnen; sie irradiiert in spinalen Zentren. So erscheint ein posttraumatisches nervöses Syndrom als möglich. Von traumatischer Neurose könnte man sprechen, wenn diese Symptome für längere Zeit fixiert und rein, ohne allgemeine nervöse Symptome vorhanden sind bezw. letztere sich erst sekundär angliedern. Auch solche Fälle, der sogen. lokalen traumatischen Neurose entsprechend, sind meist durch gleichzeitig ausgelöst psychische Momente (Emotion, Schreck) bedingt, wenn auch rein somatisch ein Zustandekommen und eine gewisse Dauer möglich erscheint. Die Fälle grundsätzlich der Hysterie zuzurechnen, besteht keine Veranlassung. Hierher gehören auch die dynamischen Lähmungen, die Oppenheim als Reflexlähmung bezw. Akinesia amnestica bezeichnet; die emotionelle Mitwirkung dürfte bei ihrer Entstehung die Regel bilden.

Die Vorstellungstätigkeit ist für die Fixierung der Krankheitsbilder wichtig; sie kann bei der Entwicklung der letzteren mitwirken und beteiligt sich bei der Bildung nervöser Allgemeinsymptome.

Feine materielle Veränderungen der Nervensubstanz durch den traumatischen Reiz wie durch schreckhafte Erschütterung sind wahrscheinlich, können aber nicht als spezifisch für traumatische Neurose und auch nicht als unausgleichbare Dauerzustände angesehen werden.

Die nervösen Folgezustände des Traumas müssen, da sie zum wesentlichen Teil psychisch bedingt und durch psychische Momente fixiert werden, psychisch behandelt werden. Die Prognose ist überwiegend von psychischen Faktoren abhängig. Die Beeinflussung der inneren und äußeren Willenstätigkeit ist von größter Bedeutung.

Goldscheider erkennt eine traumatische Neurose in dem weitschichtigen Sinne Oppenheims nicht an, hält es aber für richtig, alle sich an ein Trauma anschließenden funktionellen Nervenerkrankungen als Hysterie oder Neurasthenie anzusehen. Es gibt vielmehr ein Symptombild, das man als eine durch den traumatischen Nervenreiz bezw. durch diesen in Verbindung mit

gleichzeitiger schreckhafter Erschütterung ausgelöste krankhafte Umstimmung der Nervenerregbarkeit auffassen kann. Dr. Roepke-Melsungen.

Vereinbarung zur Durchführung der §§ 219, 220 und 222 der Reichsversicherungsordnung betreffend Krankenhilfe, Krankenpflege und Krankenaufsicht. Rundschreiben des Reichsversicherungsamts vom 18. Oktober 1916.

Der Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen, e. V., Sitz Dresden, der Verband zur Wahrung der Interessen der deutschen Betriebskrankenkassen, Sitz Essen, der Gesamtverband deutscher Krankenkassen, e. V., Sitz Essen, der Verband deutscher Innungskrankenkassen, Sitz Hannover, der Allgemeine Verband deutscher Landkrankenkassen, Sitz Berlin, haben unter Mitwirkung des Reichsversicherungsamts zur Durchführung der §§ 219, 220 und 22 folgendes untereinander vereinbart:

§ 1. 1. Um Kranke, die sich nicht im Kassenbezirk aufhalten, schneller und gründlicher zu heilen, können sie der zuständigen Krankenkasse ihres Aufenthaltsorts nach § 219 der Reichsversicherungsordnung überwiesen werden.

2. Bei der Ueberweisung hat die ersuchende Kasse den satzungsmäßigen Umfang ihrer Leistungen mitzuteilen. Dabei ist anzugeben, ob die Kasse diesen Vereinbarungen beigetreten ist. Die aushelfende Kasse hat bei der Art der Fürsorge die Wünsche der Kasse des Mitglieds tunlichst zu befolgen.

3. Werden nach dem Gutachten des behandelnden Arztes besondere ärztliche Leistungen oder Heilmittel notwendig, so sind sie nach den vorher einzuholenden Anweisungen der Kasse des Versicherten zu gewähren.

4. Die überwiesenen Kranken sollen wie die eigenen kranken Mitglieder einer ausreichenden Krankenaufsicht unterstellt werden.

§ 2. Das gleiche gilt, wenn an einen Versicherten Leistungen auf Grund des § 220 der Reichsversicherungsordnung zu gewähren sind.

§ 3. Auf Erfordern einer an den Vereinbarungen beteiligten Kasse sind alle übrigen beteiligten Kassen in anderen Bezirken bereit, Kranke, die sich in ihrem Bezirk aufhalten, ihrer Krankenaufsicht zu unterstellen, auch wenn sie ihnen nicht nach § 219 der Reichsversicherungsordnung Krankenhilfe leisten.

§ 4. 1. Die Krankenkasse des Versicherten hat der aushelfenden Kasse die nachgewiesenen Kosten für ärztliche Behandlung, Arznei sowie kleinere Heilmittel bis zur Höhe von drei Achteln des Grundlohns abweichend von der Vorschrift des § 222 der Reichsversicherungsordnung zu ersetzen.

2. Andere besondere Leistungen der Krankepflege, denen die ersuchende Kasse zugestimmt hat, sind besonders zu erstatten, auch wenn der Betrag von drei Achteln des Grundlohns dadurch überschritten wird.

3. Krankenhauspflege ist nur mit Zustimmung der ersuchenden Kasse und zu möglichst niedrigen Sätzen zu gewähren. Bei mehreren gleichwertigen Krankenhäusern ist das mit den niedrigsten Sätzen zu wählen. Anzustreben sind Vereinbarungen mit den Krankenhausverwaltungen, wonach die auswärtigen Kranken zu den gleichen Sätzen wie die ortsansässigen verpflegt werden. Die Kosten der Krankenhauspflege sind in Höhe des nachgewiesenen Aufwandes zu ersetzen.

4. Als nachgewiesene Kosten für die ärztliche Behandlung gelten:

a) wenn für die ärztliche Behandlung des überwiesenen Kranken ein Pauschbetrag gezahlt worden ist, dieser Pauschbetrag. Dabei sollen die der Vereinbarung beigetretenen Krankenkassen in den Verträgen mit ihren Aerzten vereinbaren, daß die Leistungen an Kranke, die von anderen Krankenkassen überwiesen werden, mit dem gleichen Pauschsatz, wie er für die Kassenmitglieder festgesetzt ist, abgegolten werden;

b) wenn die ärztliche Behandlung des überwiesenen Kranken nach Einzelleistungen bezahlt worden ist, der hierfür aufgewendete Betrag, aber nicht über das im § 4 Abs. 1 bezeichnete Maß hinaus.

5. Als Ersatz der Kosten für die Krankenaufsicht nach § 3 sind der aushelfenden Kasse für jeden Besuch 50 Pf. und, wenn der Kranke in

einem Landbezirke wohnt und der Besuch nicht innerhalb der regelmäßigen Besuchsgänge liegt, die erforderlichen Fahrtkosten zu erstatten.

§ 5. Die Leistungspflicht der aushelfenden Kasse beginnt mit dem Tage, an dem das Ersuchen bei ihr eingeht. Mit dem gleichen Tage beginnt die Ersatzpflicht der ersuchenden Kasse.

§ 6. Hat eine Krankenkasse eine andere nach den §§ 219, 220 der Reichsversicherungsordnung ersucht, Krankenhilfe zu leisten, ohne selbst zur Gewährung der Krankenhilfe verpflichtet zu sein, so sollen die Leistungen und der Ersatzanspruch so bemessen werden, als ob die ersuchende Kasse leistungspflichtig wäre.

§ 7. 1. Diese Vereinbarungen gelten für alle Kassen, die ihnen durch eine ausdrückliche Erklärung beigetreten sind. Der Rücktritt ist nur zum Jahresschlusse nach voraufgegangener dreimonatlicher Kündigung zulässig.

2. Laufende Versicherungsfälle werden durch den Beitritt oder Rücktritt nicht berührt.

§ 8. Die Beitrittserklärungen sind von den beteiligten Verbänden einzusammeln und dem Reichsversicherungsamt einzureichen. Das Reichsversicherungsamt ist bereit, die Namen der beigetretenen Kassen auf Antrag mitzuteilen.

§ 9. Diese Vereinbarungen gelten bis zum 31. Dezember 1917. Sie gelten stets auf zwei weitere Jahre, wenn nicht drei Monate vor Ablauf von einem beteiligten Verband Abänderungsanträge beim Reichsversicherungsamte gestellt werden.

E. Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

1. Bekämpfung übertragbarer Krankheiten im allgemeinen.

Die Antiserumbehandlung der akuten Infektionskrankheiten. I. Teil. Von Regts.-Arzt Dr. Karl Rösler. Aus dem k. u. k. Epidemiespital in Troppau (Kommandant: Regts.-Arzt Dr. med. et phil. Karl Rösler). Med. Klinik; 1916, Nr. 36.

Zunächst bespricht Verfasser die verschiedenen Behandlungsmethoden bei Typhus: Injektion von abgetöteten Typhusbazillen und Extrakten aus diesen, von Bazilleneiweiß, gewonnen durch Trysinverdauung, von Typhin-Typhusbazillenproteid, von Bact. wie Coli, Choleravibrionen, Paratyphus-B-Bazillen, Mäusetyphusbazillen in abgetöteten Zustande und Deuteroalbumosen; auch bei anderen Erkrankungen wurde die parenterale Einverleibung von Bakterieneiweiß angewandt. Die parenteral einverleibten Eiweißkörper rufen, unabhängig welcher Abstammung, Fieber hervor. Dieselben Erscheinungen folgen auf Injektionen artfremden Serums in bestimmten Dosen; sehr hohe Dosen bedingen Temperaturerniedrigung (Serumkrankheit). Die Temperatursteigerung ist das erste Zeichen der Infektionskrankheit. Der Organismus setzt dem eingedrungenen Antigen (-pyrogenetisches Element) einen Antikörper (pyrolytisches Element) entgegen. Holler führt die Wirkung auf die Entstehung eines Fermentes zurück. Nach negativen Erfolgen mit der passiven Immunisierung hat Königsfeld versucht, das von den Kranken selbst gebildete Immunserum zur Behandlung derselben Kranken zu verwerten. Nach des Verfassers Ergebnissen handelt es sich dabei nicht um die Wirkung von Bakteriolysinen; er führt den Erfolg vielmehr auf die raschere Entfaltung des pyrolytischen Körpers im Blut zurück; denn je früher die Antiseruminjektion erfolgte, desto günstiger der Erfolg. Daher wurde das Serum so schnell als möglich, stets aber auf der Fieberhöhe gewonnen und sofort reinjiziert. Gegen die Theorie der Bakteriolysinwirkung spricht ferner, daß eine Schädigung des Körpers durch frei werdende Bakterienendotoxine nicht stattfand, vielmehr erholte sich der geschwächte Organismus, besonders das Herz, sehr bald. Auch die Tierversuche sprechen dagegen. Die Injektion des eigenen Fieberserums bewirkt nur die stärkere Anregung der Bildung des pyrolytischen Körpers im Blut ähnlich dem Osterwaldschen Phänomen der Uebersättigung einer Salzlösung. Die Wirksamkeit des pyrolytischen Körpers wird erst ausgelöst, wenn entweder die Wirkung des pyrogenetischen Körpers der Bakterien oder eines Eiweißkörpers aufhört, oder durch die Rückgabe eines Teils des eigenen Serums, in denen vielleicht der pyolytische Körper in reinem Zustande frei geworden ist, ähnlich der plötzlich auftretenden Krystallisation einer übersättigten Lösung durch Eintragen

eines minimalen Krystalls. Nach dieser Idee müßte also nur im Fieberserum des Kranken, nicht im Rekonvaleszentenserum sich dieser Körper finden. Durch die Komplementablenkungsmethode ließ sich im Fieberserum ein Körper nachweisen, der thermostabil ist, im Serum in der Kälte wie auch in Zimmertemperatur sich lange hält und mit einem aus verschiedenen Bakterien gewonnenen Autolysat als Antigen sowie mit dem haemolytischen System Hemmung gibt. Mit der Gruber-Widalschen Reaktion und der Ausflockungsreaktion nach Porges konnten keine einwandfreien Ergebnisse erzielt werden. Die Ergebnisse am Krankenbett mit der Methode der Autoserumbehandlung, über die eine weitere Arbeit berichten wird, berechtigen zur Hoffnung auf günstige Erfolge in der Bekämpfung der Infektionskrankheiten.

Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

Weitere Mitteilungen über den Nachweis von Typhus, Ruhr und Cholera durch das Bolusverfahren. Von Philalethes Kuhn. (Aus dem Institut für Hygiene und Bakteriologie der Universität Straßburg; Dir.: Geheimrat Prof. Dr. Uhlenhuth, z. Zt. Oberstabsarzt im Felde; Abteilung für Typhusbekämpfung, Leiter: Prof. Dr. Ph. Kuhn, z. Zt. Oberstabsarzt.) Medizinische Klinik; 1916, Nr. 36.

Wiechowski und seine Mitarbeiter hatten die absorbierende Kraft der Blutkohle auf Bakterien festgestellt; Kuhn fand, daß die Absorption bei den einzelnen Bakterien verschieden ist. Er dehnte diese Untersuchungen auch auf Bolus salba aus mit dem Ergebnis, daß Bolus Typhusbazillen kräftiger absorbiert als Coli, und daß die Wirkung des Bolus auf beide Bakterien noch stärker ist als die der Blutkohle. Auf diese Beobachtungen hat Kuhn sein Verfahren zum besseren Nachweis des Typhus- und Paratyphusbazillen im Stuhl und Harn gegründet und in vielen tausend Fällen neben den Methoden der Malachitgrünabschwemmung und der direkten Originalaussaat vergleichsweise angewandt. Durch das Bolusverfahren (Beschreibung s. im Original!) wurden bei bekannten Bazillenträgern um 8% mehr, bei Umgebungsuntersuchungen sogar um 25%, bei der Gesamtzahl aller erfolgreichen um 19% mehr positive Resultate erzielt. Auch bei dem Nachweis der Ruhrbazillen erwies sich das Bolusverfahren überlegen; die positiven Ergebnisse wurden dadurch verdoppelt. Da Bolus unter dem Mikroskop auch sehr stark absorbierend auf Choleravibrionen wirkt, wird von der Methode vielleicht auch vorteilhaft zum Nachweis dieser Bakterien Gebrauch gemacht. Die Vorteile des Verfahrens liegen einmal darin, daß erheblich größere Mengen Material als bei den bisherigen Methoden zur Verarbeitung kommen, ferner ist es gegenüber den bekannten mechanisch-chemischen Fällungsverfahren einfach, auch schädigt Bolus alba, wie Blutkohle, die Keime in keiner Weise.

Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

---

2. Diphtherie.

Ueber die Gram-Festigkeit von Diphtherie- und diphtherieähnlichen Bazillen und ihre differentialdiagnostische Bedeutung. Von Dr. H. Landau. (Aus dem Kgl. Institut für Infektionskrankheiten „Robert Koch" zu Berlin, Abteilungsvorsteher: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Neufeld.) Berliner klinische Wochenschrift; 1916, Nr. 41.

Die von Langer und Krüger empfohlene verlängerte Gramfärbung als neues Differenzierungsmittel von Diphtherie- und Pseudodiphtheriebazillen (Einwirkung von 96% Alkohol während 15 Minuten zur Entfärbung) hat sich dem Verfasser bei einer Nachprüfung an einem vorläufig allerdings nur kleinen Material gut bewährt. Die echten Diphtheriebazillen sind nach dieser Methode vollständig entfärbt, die Pseudodiphtheriebazillen halten dagegen ihre Gramfärbung fest. Unbedingte Spezifität ist indes nicht vorhanden, da gewisse der Leptothrix nahestehenden Bakterienarten sich ähnlich wie die Diphtheriebazillen verhalten. Auch scheinen gelegentlich Stämme von echten Diphtheriebazillen eine größere Gramfestigkeit zu zeigen. Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Ein beschleunigtes Verfahren zur Diphtherie-Virulenzprüfung. Von Dr. J. L. Burckhardt, Priv.-Doz. Aus dem pathologisch-anatomischen

Institut der Universität Basel (Vorstand: Prof. Dr. E. Hedinger), Bakteriologische Abteilung (Vorstand: Dr. J. L. Burckhardt). — Berliner klinische Wochenschrift; 1916, Nr. 45.

Das Verfahren, das nach den hier gemachten Versuchen zur Anwendung kam, besteht, kurz gesagt, darin, daß man statt der Reinkulturen Mischkulturen, wie sie auf der Loeffler-Platte gewachsen sind, verwendet, diese in Kochsalzlösung aufschwemmt und nun damit die Versuchstiere intrakutan impft. Es wird durch dies Verfahren eine Beschleunigung des Tierversuches bezweckt und auch erreicht. Das Kriterium ist die starke Rötung oder Bräunung am ersten bis zweiten Tage und die am zweiten bis dritten Tage auftretende Nekrosenbildung, so daß eine Diagnose oft 48 Stunden, meist 3 Tage nach der Einsendung abgegeben werden kann. Auch ist die Methode mit Bequemlichkeit verbunden, weil das zeitraubende Isolieren einzelner Kolonien aus der Schmierplatte wegfällt. Die Methode erscheint dem Verfasser sicher genug, um empfohlen werden zu können.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Versuche über Abtötung von Diphtheriebazillen durch Optochin und Eukupin. Aus der bakteriologischen Abteilung des Hygienischen Universitätsinstituts zu Frankfurt a. M. (Abteilungsvorsteher: Dr. H. Braun, Direktor Prof. Dr. M. Neisser). Von H. Schaeffer. Berliner klin. Wochenschrift; 1916, Nr. 38.

Es gelang in vitro mit beiden genannten Mitteln in recht schwachen Lösungen Hemmungen in der Entwicklung der Diphtheriebazillen hervorzurufen, zin etwas stärkerer Konzentration die Bazillen abzutöten. Das Eukupin, ein Chininderivat, erwies sich in beiden Fällen dem Optochin überlegen. Da nun einprozentige Lösungen des Optochin und Eukupin ohne jedes Bedenken sowohl zum Gurgeln wie zum Pinseln der Tonsillen benutzt werden können und schon in schwächerer Konzentration eine Abtötung der Bazillen sicher erfolgt, wenigstens in vitro, so wird es darauf ankommen, in der Praxis Versuche mit den genannten Mitteln anzustellen. Dr. Solbrig-Königsberg.

Klinischer Beitrag zur Lokalbehandlung der Diphtherie mit Eukupin. Von Sekundärarzt Dr. Sommer. Aus der inneren Abteilung des Krankenhauses Magdeburg (Direktor: Prof. Dr. Schreiber) Berliner klinische Wochenschrift; 1916, Nr. 43.

Die Mitteilungen Schäffers über seine Laboratoriumsversuche (siehe vorstehendes Referat) ergänzt Verfasser nach der klinischen Seite durch seine — günstigen — Erfahrungen, die mit Eukupin (in 5prozentiger alkoholischer Lösung als Einspritzung oder Spray) bei Nasen- und Rachendiphtherie gemacht wurden. In 44 Fällen der schwersten dieser Formen wurde das Mittel angewandt; die Mortalität betrug einschließlich der in den ersten 24 Stunden Verstorbenen 12,5 Proz., was als niedrig zu bezeichnen ist. Die Serumtherapie, die daneben zur Anwendung kam, hat nach Ansicht des Verfassers dieses günstige Ergebnis nicht allein bewirkt.

Besonders bemerkenswert ist, daß die Fälle unter dieser lokalen Behandlung schneller bakterienfrei wurden.

Weitere Versuche, zu denen Verfasser auffordert, werden zu empfehlen sein. Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Beitrag zur Behandlung der Diphtheriebazillenträger. Von Dr. Hans Mühsam, Arzt in Berlin. Medizinische Klinik; 1916, Nr. 31.

Auch nach Ablauf der Diphtherie bleiben oft auf der Schleimhaut der Mandeln und des Rachens noch Diphtheriebazillen längere Zeit nachweisbar; ebenso findet man sie auch im Rachen von Gesunden. Das Persistieren der Keime und das Bazillenträgertum sind für die betreffenden Personen keineswegs gleichgültig, da sich hieran Rezidive bezw. Neuerkrankungen, auch toxische Schädigungen anschließen können. Die bisher zur Befreiung von den Bazillen angewandten Mittel, wie Gurgeln, Pinseln, Spray, Inhalationen, desinfizierende Mittel, Entfernung der Tonsillen, Immunisierung haben keinen vollen Erfolg gehabt. Einmal können die Diphtheriebazillen in den Lakunen

der Mandeln sitzen, näher liegt, wenigstens wenn die Mandeln ein normales Aussehen zeigen, die Vermutung, daß die Keime aus den Nebenhöhlen der Nase schubweise eingeschwemmt werden; letzteres ist allerdings wohl selten der Fall bei Diphtheriebazillenträgern. Eine weitere Einschwemmungsquelle scheinen die Zähne darzustellen. Die kariöse Pulpa, die langen Wurzelkanäle fauler Stümpfe und der poröse Zahnstein bieten den Bakterien gute Nahrung und einen geschützten Aufenthalt. Seit mehr als einem Jahr hat Verfasser bei den Dauerausscheidern und Bazillenträgern den Zähnen die größte Sorgfalt zugewandt und das Gebiß instand setzen lassen. Sämtliche Patienten sind bisher durch die Zahnbehandlung von ihren Diphtheriebazillen befreit worden. Der Nachweis der Diphtheriekeime in den Zähnen und im Zahnstein fehlt noch. In manchen Fällen müssen natürlich die Bazillennester in den zerklüfteten Mandeln und den Nasennebenhöhlen entfernt bezw. behandelt werden.

Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

Die Angina und ihre Folgeerscheinungen. Von Prof. Dr. Singer-Wien. Oesterreichisches Sanitätswesen; Jahrg. XXVIII, Nr. 27—30.

In einer großen Zahl von Fällen ist die entzündliche Erkrankung der Rachenorgane als erste Etappe einer Invasion anzusehen, die durch das Befallen lebenswichtiger Organe tödlich werden oder die Gesundheit schwer schädigen kann, z. B. Nierenentzündungen, akuter Gelenkrheumatismus.

Dr. Wolf-Hanau.

---

3. Rückfallfieber.

Klinische Formen des Rückfallfiebers. Von Regimentsarzt Dr. Ludwig Fejes, Privatdozent der Universität Budapest. — Berliner klinische Wochenschrift; 1916, Nr. 41.

In dem charakteristischen Fall der Erkrankung ist der Symptomenkomplex (nach kurzer Latenzdauer, vielfach mit Abgeschlagenheit verbunden, heftiger Schüttelfrost, Hinaufschnellen der Temperatur auf 39—41°, 3—6 Tage Febris continua, kritischer Abfall mit reichlicher Schweißabsonderung) so eindeutig, daß die Krankheit mit keiner anderen verwechselt werden kann. In einigen Fällen wird auch lytisches Absinken der Temperatur beobachtet. Starke Leberschwellung, meist mit mäßiger Gelbsucht, ist während der Fieberperiode vorhanden. Neben diesen klinisch typischen Fällen werden auch häufig Fälle beobachtet, bei denen die Diagnose erst durch den Spirillenbefund im Blut gesichert werden kann. Oefters handelt es sich dabei um typhoide Form des Rückfallfiebers. Als wichtigste differenzialdiagnostische Merkmale kommen hauptsächlich das Fehlen von Roseolen und das Verhältnis zwischen Puls und Temperatur in Betracht. Das Krankheitsbild des Rückfallfiebers kann auch dem der kroupösen Lungenentzündung sehr ähnlich sein. Weniger bekannt ist die anämische Form der Krankheit, von der Verfasser zwei Krankengeschichten mitteilt.

Therapeutisch ist Salvarsan das Mittel, das am Beginn des Fieberanfalles verwendet, die Krankheit auf einmal aufhält. Verfasser verwendete meist Neosalvarsan, intravenös in Dosen von 0,6 g.

Dr. Solbrig-Königsberg.

F. Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Säuglings- und Kleinkinderfürsorge.

Die Aerzte, die Fürsorgestellen-Schwestern, die Hebammen etc. im Dienste des Säuglingsschutzes in der Provinz Sachsen. Von Geh. Med.-Rat Dr. Deneke-Magdeburg. Zeitschrift für Säuglingsschutz; 1916, H. 11 u. 12.

Es wäre nach Ansicht des Ref. ein Unglück, wenn der Säuglingsschutz für sich allein in Deutschland organisiert würde, und zwar, weil ein Säuglingsschutz ohne Mutterschutz ein Schwert ohne Klinge ist, der das Heft fehlt. Die geplante Organisation für Säuglingsschutz in der Provinz Sachsen zeigt mannigfache Schwächen, die sich in erster Linie aus dem gerügten Mißstande ergeben. Säuglingsfürsorgestellen-Schwestern sind ebenso überflüssig, wie das Wort lang ist. „Die lebende Ueberlieferung der Fürsorgestelle" sollen die Aerzte sein. Wir Hebammenlehrer lehnen die Fürsorgestellen-Schwestern „besonders aus

dem Grunde ab, weil sie Vorgesetzte der Hebammen" werden sollen und wir in Hannover einstimmig den Leitsatz annahmen: „Bei der Mitwirkung der Hebammen am Säuglingsschutze dürfen sie nicht unter anderem weiblichen Hilfspersonal gestellt werden." Wir halten die Bedeutung einer Hebammenschwester in sozialer Hinsicht für viel größer, als die einer „Fürsorgestellen-Schwester". Warum hat man in der Provinz Sachsen die Kreise nicht dazu bringen können, den Hebammen für die Besuche bei Säuglingen eine Entschädigung zu geben? So lange derartige Verhältnisse existieren, soll man von Mutter- und Säuglingsschutz absehen, obwohl ich der Meinung bin, daß jüngere Hebammen schon jetzt an preußische Hebammenschulen und nicht, wie Verf. behauptet, die Säuglinge meist nur in den ersten 2–3 Lebenswochen beobachtet haben. Zwar wünschen die meisten Hebammenlehrer — schon im Hinblick auf die Kindsmorde — die Angliederung eines Mütterheims an die Hebammenschulen; werden aber in diesem Mütterheim besondere „Säuglingsfürsorgerinnen" ausgebildet, die den Hebammen gleichgestellt sein sollen wie in der Provinz Sachsen, so werden sie diese in der bei weitem größeren Mehrzahl für höchst bedenklich halten und deshalb hoffentlich ebenso ablehnen wie die Ausbildung von Lehrerinnen etc.

Die „Säuglingsfürsorgerinnen" der Provinz Sachsen sollen vier Monate ausgebildet werden, davon einen Monat in der Hebammenschule. Daß in dieser Zeit „die Säuglings- und Mutter-Fürsorge in den ersten 14 Tagen nach der Geburt kennen gelernt" werden kann, ist ausgeschlossen. Erinnerte man sich in der Provinz Sachsen nicht, daß schon jetzt Wochenbettpflegerinnen ausgebildet werden? Weshalb sollen aber überhaupt die „Säuglingsfürsorgerinnen" eine schwache Ahnung von Mutterschutz haben, da doch ihre Vorgesetzten, die „Fürsorgestellen-Schwestern" davon nichts gelernt haben. Die „Fürsorgestellen-Schwestern" sollen nämlich 1 Jahr Krankenpflege und 1 Jahr Säuglingspflege im Kaiserin Auguste Victoria-Hause gelernt haben. Geradezu bedenklich wird der 4wöchige Besuch der Hebammenschule seitens der „Säuglingsfürsorgerinnen" aber dadurch, weil sie „die Mütter mit vorbeugenden Ratschlägen in den Aufgaben der zweckmäßigen Säuglingspflege beraten" soll. Das soll die Hebamme tun! Kurz: überall Kollisionen! Der Grund liegt aber darin, daß es nur immer Säuglingsschutz heißt und nichts anderes. Hoffentlich haben die Hebammen der Provinz Sachsen so viel Selbstbewußtsein, unter diesen Bedingungen jede Mitarbeit am Säuglingsschutze abzulehnen. Der Vorstand der „Vereinigung Deutscher Hebammen" ist jedenfalls mit der Ansicht der „Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens" einverstanden, daß eine Unterstellung der Hebammen unter andere weibliche Fürsorgepersonen nicht stattfinden darf.

Dr. Rißmann-Osnabrück.

Kriegstagung deutscher Berufsvormünder in Leipzig September 1916.

Pastor Pfeifer berichtet über die „Bedeutung der Berufsvormundschaft für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge". Bislang verstreiche zu viel Zeit, bis sich die Gesellschaft um das neugeborene Kind bekümmert. Die dann einsetzende Fürsorge falle unter der allgemeinen Nichtachtung der unehelichen Kinder sehr mangelhaft aus. In der Zukunft müsse der Gemeindewaisenrat der Rahmen sein, in den sich alle Fürsorge für Säuglinge, Kleinkinder und uneheliche Minderjährige einzufügen habe. Es müsse ein hauptamtlich tätiger Berufswaisenrat bestellt werden. Ihm zur Seite stehen hauptamtliche und ehrenamtliche Pflegerinnen, die alle Säuglinge und Kleinkinder des Bezirks überwachen. Auf dem Lande empfiehlt Pastor Pfeiffer die Ausbildung von Hebammen zu diesem Berufe.

In jedem Waisenratsbezirke soll ein Beobachtungsheim für Säuglinge und Kleinkinder unter Leitung eines Arztes, für erkrankte Kinder besondere Abteilungen der Krankenhäuser eingerichtet werden. Der Kommunalverband soll die Pflegekosten für alle unehelichen Kinder im Bezirk von der Geburt an sicherstellen.

Dr. Rißmann-Osnabrück.

Kleinkinderhorte im Kriege. Von M. Pfaundler. Münchener Medizinische Wochenschrift; 1916, Nr. 56.

Die Ernährung der Kleinkinder (2—6 Jahre) ist noch strittig. Die Angaben Camerers kommen der Wirklichkeit am nächsten. Nach ihm braucht ein Kind pro Kilogramm Körpergewicht im Tage bei:

2—4 Jahre: Eiweiß 3,6; Fett 3,1; Kohlenhydrate 9,2; Bruttokalorien 81,0
5—7 „ : „ 3,3; „ 2,2; „ 10,9; „ 78,5

Mit Ausnahme der Fettmenge ist die in München an Kindern während des Krieges abgegebene Nahrungsmenge völlig ausreichend. Es empfiehlt sich, die Kinderkriegsernährung auch nach dem Kriege beizubehalten. Die schon vor Ausbruch des Krieges oft bekämpfte Ueberfütterung unserer Kinder ist schädlicher als die so gefürchtete . . . nur selten vorhandene Unterernährung. Die etwas knappe Fettmenge kann durch Kohlenhydrate gut ersetzt werden.

Dr. Graßl-Kempten.

2. Jugendfürsorge.

Die körperliche Erziehung der deutschen Studentenschaft. Von Prof. Dr. Sommer, Geh. Med.-Rat in Gießen. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1916, Nr. 9.

Im Wintersemester 1915 standen von den Studierenden auf den deutschen Hochschulen 83 Prozent im Felde, die zurückgebliebenen setzen sich hauptsächlich zusammen aus jüngeren, vom Militärdienst noch zurückgestellten, außerdem aus Studenten, die bereits im Felde gestanden haben und verwundet oder krank sind, ferner aus Studentinnen und Studenten aus neutralen Ländern.

Verfasser als akademischer Lehrer, Rektor der Universität und Leiter eines Vereinslazaretts hat Gelegenheit gehabt, einen Einblick in das Verhältnis der körperlichen Ausbildung der einzelnen Studenten zu ihren Leistungen im Kriege zu gewinnen; hierbei hat sich ihm die Ueberzeugung aufgedrängt, daß die körperliche Ausbildung vor dem Kriege auf die Leistungsfähigkeit während des Krieges außerordentlich begünstigend eingewirkt hat. Dabei scheint es auf die besondere Art der körperlichen Uebung durchaus nicht anzukommen. Die vielfachen Streitigkeiten zwischen den Vertretern der einzelnen Richtungen des Turnens, Fechtens, des Sportes usw. schwinden vor den ernsten Erfahrungen des Krieges. Die gemeinsame psychische Grundlage bleibt, daß es sich um die Uebung und Erziehung des Willenscharakters bei der Ausbildung körperlicher Leistungen handelt. Vielfach konnte Verfasser beobachten, daß aus dem Mißverhältnis zwischen den militärdienstlichen Aufgaben und der körperlichen Erziehung ein Zusammenbruch erfolgt, der zu körperlichen und besonders nervösen Störungen führt. Vielfach sind Spiel und Sport die besten Vorbereitungen auf bestimmte Teiltätigkeiten bei der Kriegsführung.

In Erkenntnis der großen Bedeutung der körperlichen Uebung für die Ausbildung der Kriegstüchtigkeit hat Sommer sich bemüht, an der Universität Gießen Einrichtungen zu treffen, die den Studenten das Turnen und Spielen ermöglichen. Der Turn- und Spielplatz, wie er hier beschrieben ist, kann als ein Muster für derartige Einrichtungen bezeichnet werden. Ebenso hat sich Verfasser dadurch verdient gemacht, daß er die systematische Messung körperlicher Leistungen, die ihm als eine Hauptaufgabe der akademischen Turn- und Spielplätze erscheint, besonders gefördert hat. An Beispielen wird das nähere hierüber erläutert. Daß Verfasser den Ausdruck „Sport“ als einen englisch-romanischen und völlig unnötigen, da er sich leicht durch „Spiel“ und „Wettkampf“ ersetzen lasse, verwirft, mag nebenher erwähnt werden.

Den Schlußworten Sommers, daß „die körperliche Erziehung der deutschen Studentenschaft einer der wichtigsten Punkte bei den Regenerationsbestrebungen ist, auf dem nach Schluß dieses Krieges die ganze Zukunft unseres Volkes beruhen wird“, wird man allgemein zustimmen.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

3. Soziale Hygiene.

Zur Frage der Kriegsneugeborenen. Von Dr. Tschirch. Münchener Medizinische Wochenschrift; 1916, Nr. 47.

Verfasser kommt, leider ohne Beigabe der absoluten Zahlen, zu folgenden Ergebnissen:

1. Die Kriegskinder sind nicht leichter als die im Frieden geborenen. Die Ernährung hat demnach keinen Einfluß auf die Fruchtentwicklung.
2. Die Kinder der Hausschwangeren sind schwerer als die Kinder von kreisend in die Klinik eingelieferten Frauen. Die Ursache ist nicht in der besseren Ernährung, sondern in der geringeren Arbeitsleistung und in der Ruhe der Hausschwangeren zu suchen.
3. Die Laktation wird durch die Kriegsernährung nicht beeinträchtigt.

Dr. Graßl-Kempten.

Aerztlicher Ehekonsens und Eheverbote. Von Prof. Dr. Trumpp. Arbeiten der vom ärztlichen Verein München eingesetzten Kommission zur Beratung von Fragen der Erhaltung und Mehrung der Volkskraft. Münchener Medizinische Wochenschrift; 1916, Nr. 50.

Trumpp schlägt unbesoldete, von den Ehebewerbern zu honorierende Eheberater vor, deren Zeugnis auch für den Staat die Grundlage der Ehebewilligung sein soll. Diese Eheberater sollen ad hoc geprüfte Aerzte sein. Die Geschlechtsuntersuchung der Mädchen soll nur in besonders gelagerten Fällen stattfinden. Der Konsens soll verweigert werden: a) bei ansteckenden Geschlechtskrankheiten, b) Lepra, c) schweren Geisteskrankheiten, namentlich epileptischer oder kretiwistischer Verblödung, progressive Paralyse, Dementia präcox, manisch-depressives Irresein ohne länger dauernde krankheitsfreie Zwischenzeiten, Imbezillität höheren Grades, schwere psychopathische Veranlagung oder Entartungshysterie, d) chronische Vergiftungen: ausgesprochener chronischer Alkoholismus, Morphinismus, Kokainismus.

Dr. Graßl-Kempten.

Die Schulpflegerin als soziales Hilfsglied. Von Gertrud Buetz-Dessau. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege 1916, Der Schularzt; Nr. 8.

Verfasserin weist darauf hin, daß alle die vielen Maßnahmen, die durch Schulärzte und Schulschwestern zur Hebung und Festigung der Gesundheit der Kinder getroffen werden, doch z. T. dadurch verloren gehen, daß eine unmittelbare Verbindung zwischen Schule und Elternhaus fehlt. In der Schulpflegerin sieht sie diese Lücke ausgefüllt. Ihre Tätigkeit ist nicht mit der der Schulschwester zu verwechseln. Während diese die rechte Hand des Schularztes ist, die dessen Aufträge auszuführen hat und vor allem innerhalb der Schule tätig ist, soll die Schulpflegerin meist außerhalb der Schule ihr Arbeitsfeld haben, indem sie 1. Ermittelungen betreffs Hilfsbedürftigkeit anstellt, 2. als Büroarbeiterin in Verbindung mit den Jugendfürsorgestellen darauf sieht, daß die Unterstützungen richtig verteilt werden, 3. praktisch die Schulspeisungen überwacht, überhaupt die soziale Fürsorge für das Kind in die Hand nimmt.

In Charlottenburg sind bereits 13 Schulpflegerinnen tätig, die zugleich Schulschwestern sind; eine Trennung dieser beiderseitigen Tätigkeit hält Verfasserin für erwünscht. Ist dies aber wirklich nötig? Wird nicht dadurch die Sache zu kompliziert, ohne daß Vorteile daraus entspringen? Zweifel sind berechtigt.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

---

4. Statistik.

Ein Jahr Todesursachenstatistik im Regierungsbezirk Arnsberg. Von Regierungs- und Medizinalrat Dr. Schneider-Arnsberg. Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltungen; V. Bd., 6. H. Berlin 1916. Verlag von Richard Schoetz. Gr. 8°, 81 S. Preis: 5 Mark.

Nachdem am 1. November 1912 durch Regierungs-Polizeiverordnung (vergl. Min.-Blatt für Med.-Angeleg.; 1913, S. 79) im Reg.-Bez. Arnsberg die Pflichtleichenschau durch Aerzte eingeführt war, hat Verfasser die Statistik der Todesursachen des Bezirks während des Jahres 1913 verarbeitet auf Grund der ärztlichen Todesbescheinigungen, die von den Kreisärzten durchgesehen und im Medizinalbüro der Arnsberger Regierung zusammengestellt sind. Eine fast verwirrende Summe von Zahlen, Tabellen und Kurven, aber eine Quelle reicher Belehrung. Es ist das vom Kaiserlichen Gesundheitsamt für die größeren Städte herausgegebene Schema von 50 Todesursachen ge-

wählt. In den Medizinalstatistischen Nachrichten erschien schon vorher eine ähnliche Zusammenstellung von dem Königl. Preußischen Statistischen Landesamt auf Grund der Angaben der Standesbeamten. Ein Vergleich zwischen beiden Statistiken zeigt die große Ueberlegenheit einer Zusammenstellung auf Grund ärztlicher Totenscheine: Die Erkrankungen der Kreislauforgane allein überwiegen z. B. bei insgesamt 3473 Fällen der Statistik des Landesamtes die Arnsberger Zusammenstellung um 1255 Fälle („Herzschlag" und „Herzlähmung" sind bei Standesbeamten besonders beliebt), die Alterschwäche mit 197 Fällen (in Arnsberg oft als Luftröhrenkatarrh, bezw. Darmkatarrh gezählt), die Lungenentzündung mit 206 Fällen (in Arnsberg als Grundkrankheit, z. B. Masern, Diphtherie gezählt). Umgekehrt überwiegen in der Arnsberger Statistik die Tuberkulose mit 313 Fällen (Miliartuberkulose, tuberkulöse Meningitis werden von Standesbeamten meist falsch bezeichnet), die Masern mit 234, Keuchhusten mit 99, Krebs mit 102 Fällen.

Die Gesamtsterblichkeit betrug 34769 Personen = 14,897 ‰ der Bevölkerung bei 2583824 Einwohnern auf 7701 qm Bodenfläche. Am günstigsten ist die Sterbeziffer in einem industriellen Kreise, der Stadt Lüdenscheid; die höchste Sterblichkeit findet sich in den ausgesprochenen Industriestädten Hörde, Bochum, Gelsenkirchen; umgekehrt haben aber auch die überwiegend ländlichen Kreise Soest, Lippstadt, Brilon eine ziemlich hohe Sterbeziffer. Weitaus an der Spitze der Todesursachen steht die Tuberkulose (einschließlich Meningitis, chirurgischer Tuberkulose und Miliartuberkulose) mit 3900 Todesfällen = 11,58 % aller Todesfälle und = 1,508 ‰ der Bevölkerung gegenüber 9,16 % der Todesfälle und 1,365 ‰ der Bevölkerung in ganz Preußen. An Bekämpfungsmaßnahmen wird Absonderung, Beschränkung im Gewerbebetriebe zum Schutze der Arbeitsgenossen und die Anzeigepflicht für alle Fälle offener Tuberkulose gefordert. Eine Steigerung der Todesfälle an Kindbettfieber von 96 im Jahre 1905 auf 140 im Jahre 1913 führt Verfasser besonders auf die Zunahme der Fruchtabtreibung zurück; er sieht die Möglichkeit weiterer Herabsetzung der Todesfälle nur in einem scharfen Vorgehen gegen die ärztlich nicht begründete künstliche Fehlgeburt und darin, daß innerlich nur noch mit Gummihandschuhen untersucht wird.

Mit 762 Diphtherietodesfällen = 2,263 % aller Todesfälle steht der Bezirk absolut und relativ an der Spitze sämtlicher preußischen Regierungsbezirke, mit 442 Scharlachtodesfällen = 1,321 % aller Todesfälle an dritter Stelle. Die Vorliebe dieser Krankheiten für Industriegebiete ist bekannt, für den Bezirk Arnsberg kommt hier wie auch bei den anderen Kinderkrankheiten in Betracht das Vorhandensein von vielen kleinen Kindern und wenig alten Leuten, ein Verhältnis, das mit der Eigenart des Industriegebietes, aber auch mit der polnischen Nationalität eines nicht geringen Teiles der Arbeiter zusammenhängt. Während der Typhus (93 Todesfälle) immer mehr abnimmt, gibt die Sterblichkeit an Masern mit 696 und von Keuchhusten mit 473 Fällen (= 2,067 und 1,405 % aller Todesfälle) zu um so mehr Bedenken Anlaß und mahnt, wie schon oft gefordert, die Seuchengesetze auf diese beiden Krankheiten auszudehnen.

Obwohl die Zusammenstellung auf Grund ärztlicher Todesbescheinigungen aufgestellt ist, enthält sie unter 2218 Todesfällen an Krankheiten des Gefäßsystems noch immer 553 Fälle von sogenanntem „Herzschlag" und „Herzschwäche", sicher oft nur eine Verlegenheitsdiagnose und kein Grund für angebliches Zunehmen der Herzkrankheiten. Die Vermutuug, daß eine Beziehung zwischen heißer Witterung und Blinddarmentzündung bestehen könnte, was aus dem häufigen Vorkommen dieser Krankheit in dem heißen Jahr 1911 gefolgert wird, ist interessant und widerspricht nicht der Auffassung Aschoffs vom Wesen der Blinddarmentzündung, der noch immer besten Erklärung der unheimlichen Krankheit (Ref.).

Ausführlich werden Säuglingssterblichkeit, Lungenentzündung und Krebs behandelt. Die Zahl der Geburten und der Geburtenüberschuß ist am höchsten in den industriellen Kreisen mit stark polnisch-masurischer Bevölkerung; den höchsten Geburtenüberschuß hat der Landkreis Gelsenkirchen mit 27,4 ‰ der Bevölkerung. Die industriellen Kreise mit überwiegend einheimischer Bevölkerung wie Hagen, Lüdenscheid und die ländlichen Kreise unterscheiden sich nicht wesentlich. Die Säuglingssterblichkeit war

im ganzen Bezirke mit 10208 = 12,07% der Geburten etwas niedriger als in dem etwa gleich bevölkerten Württemberg, wo sie im Jahre 1912 13,8% betrug. An Häufigkeit kommt an erster Stelle die Lebensschwäche mit 2660 Fällen = 26,05%, darunter 955 Fehl- und Frühgeburten, 124 Todesfällen infolge regelwidrigen Geburtenverlaufes, 109 Mißbildungen. Der ärztliche Totenschein sollte im Interesse der Statistik in jedem Falle die Ursache der Lebensschwäche angeben. Die Todesfälle an Magendarmkatarrh machen 22,45%, an Lungenentzündung 6,98% aus; an Keuchhusten starben 257 = 2,52%, an Masern und Röteln 176 = 1,72%, an Diphtherie nur 48 = 0,47%, an Scharlach 24 = 0,24% der Säuglinge. Auch hierin liegt eine Mahnung zu wirksamer Bekämpfung des Keuchhustens, der gefährlichsten Erkrankung des ersten Lebensjahres.

An Lungenentzündung starben 3469 Personen = 10,3% aller Todesfälle oder 1,342% der Bevölkerung gegenüber 1,365‰ in ganz Preußen. Die Bekämpfung der Krankheit ist daher nicht minder wichtig als die von Säuglingssterblichkeit und Tuberkulose, an die man in früheren Zeiten auch nicht dachte. Die Lungenentzündung fordert ihre Opfer hauptsächlich in den industriellen Kreisen, die Lungentuberkulose in den landwirtschaftlichen, eine Tatsache, auf die schon von anderer Seite hingewiesen wurde. Besonders bemerkenswert ist die hohe Sterblichkeit an Lungenentzündungen im Kreise Siegen, der zwar nicht im eigentlichen Industriegebiet liegt, aber doch Bergbau (Erzbergwerke) und lebhafte Industrie, namentlich Großeisenindustrie, aufweist: 1908—1913 starben z. B. in der Stadt Siegen durchschnittlich jährlich 2,19‰ der Bevölkerung, im Landkreis 1,57‰. Die dort namentlich vom Dezember bis April auftretenden Erkrankungen werden darauf zurückgeführt, daß durch die zu dieser Zeit vorherrschenden rauhen Ost- und Südostwinde der überall abgelagerte, scharfkantige Hüttenschlackensand aufgewirbelt wird und in die Atmungswege eindringt.

Auf Grund sorgfältiger Untersuchungen über den Einfluß des Wetters auf die Häufigkeit der Lungenentzündungen bestätigt Verfasser die schon auf anderen gemachte eigenartige Beobachtung, daß die Zahl der Todesfälle an Lungenentzündung am kleinsten ist, wenn die Regenmenge am größten ist. Der Einfluß einer bestimmten Windrichtung konnte dagegen nicht sicher nachgewiesen werden; daß der Ostwind dabei nicht allein in Frage kommen kann, zeigen schon die Föhngegenden, wo der Föhn, d. h. ein Südwind, die Erkrankungszahl steigert.

66,92% aller Todesfälle an Lungenentzündung unter der Bergarbeiterbevölkerung betreffen Kinder im Alter von 1—15 Jahren; während bei der Industriebevölkerung im ganzen nur 58,94 und bei der Landwirtschaft nur 23,47 der Pneumonietodesfälle auf diese Altersklasse entfallen. Die Bergarbeiter mit ihren Angehörigen stellen überhaupt 27,12% aller Todesfälle an Lungenentzündung, alle Erwerbstätigen dagegen nur 24,85%. Nach Ansicht es Verfassers ist die erhöhte Gelegenheit zu Erkältungen die Hauptursache dür die zahlreichen Lungenentzündungen bei Bergleuten und Hochofenarbeitern, nicht Rauch und Ruß, wie Ascher meint, die höchstens als Nebenursache gelten könnten. Von 1876—1912 nahm die Lungenentzündung zu, die ansteckenden Kinderkrankheiten dagegen nahmen ab. Kruses Ansicht, daß sekundäre Pneumonien bei ansteckenden Kinderkrankheiten ähnlich wie bei der Genickstarre in Industriegebieten durch weite Verbreitung der Pneumokokken die zahlreichen Lungenentzündungen bedingen, kann daher nicht zutreffen, vielmehr ist anzunehmen, daß die Bergleute ihre Kinder häufig mit Pneumokokken infizieren. An Bekämpfungsmaßnahmen werden ein Spuckverbot wie bei Tuberkulose, vor allem aber Abhärtungs- und andere Maßnahmen bei Industriearbeitern gegen die ursächlich so wichtige Erkältungsgefahr gefordert.

An Krebs starben 1528 Personen; 57,7%, davon betrafen Frauen (zum Teil, weil es mehr alte Frauen als Männer gibt). Die Verdauungsorgane waren in 79,58% betroffen, darunter Magen allein 33,44%, Leber allein 20,5%, Magen und Leber 3,53%. Es ist daher anzunehmen, daß der Krebserreger durch den Magen eindringt; die Salzsäure dürfte deshalb ein natürliches Schutzmittel gegen die Infektion darstellen und sollte prophylaktisch bei Salzsäuremangel in vorgerücktem Alter genommen werden. Krebshäuser wurden

nicht beobachtet. Wohnungen und Geschwürsabsonderungen von Krebskranken müssen desinfiziert werden. Dr. Willführ-Grottkau.

5. Aerzte.

Aerztliche Rechtsfragen. Von Dr. W. Stein. Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin. Jahrgang 24, Nr. 20.

Von den Rechtsfragen wird zunächst die über den Aerztekammerbeitrag erörtert, der nicht erhoben wird von den Aerzten, die im Heeresdienst stehen. Die Befreiung gilt aber nicht für diejenigen Zivilärzte, die sich vertragsgemäß dem Heereskommando zur Verfügung gestellt haben; sie behalten ihren Wohnsitz im Kammerbezirk auch dann, wenn sie von der Heeresverwaltung außerhalb des Ortes ihrer Niederlassung verwendet werden; sie bleiben also wahlberechtigt und damit beitragspflichtig.

Hierauf wird das Untergebenenverhältnis des Militärarztes, das in der Berufspflicht seine Grenze findet, besprochen. Auch das Verhältnis des Militärarztes zu seinen Patienten ist ein anderes als das, das zwischen Zivilarzt und Patient besteht. Der Militärarzt haftet nur dem Fiskus gegenüber, nicht dem einzelnen Soldaten. Kommt also durch fahrlässige Behandlung eines Militärarztes ein Soldat zu Schaden, so kann er nur den Fiskus, nicht den Militärarzt verantwortlich machen.

Die dem aktiven oder reaktivierten Militärarzt eingeräumte Steuerbefreiung kommt dem vertraglich verpflichteten Zivilarzte nicht zu. Der Entscheidung eines Thüringer Staates, die den Zivilarzt, der in Feindesland, in einem in Kriegsformation stehenden Teile des Heeres, Dienst tut, als zum aktiven Heere gehörig betrachtet, ist eine weiter gehende Bedeutung nicht beizumessen.

Für Diebstähle in dem Wartezimmer des Arztes ist der Arzt nicht haftbar, wenn die gebotene Einrichtung zum Ablegen der Garderobe nicht etwa die Gefahr des Diebstahls in sich schließt, also z. B. errichtet wäre auf einem jedermann zugänglichen Korridor oder dergl. Eine besondere Vorsicht im Einzelfalle würde geboten sein, wenn z. B. Diebstähle an Garderobe wiederholt vorgekommen wären.

Die Wahrung des Berufsgeheimnisses muß zurücktreten hinter höheren sittlichen Pflichten; ist der Kranke gestorben, so muß der Arzt die Verschwiegenheit wahren, wenn z. B. die Erhaltung des guten Namens des Verstorbenen in Frage steht; eine etwaige Geisteskrankheit des Verstorbenen ist kein Leiden, das den sittlichen Wert und das Andenken des Verstorbenen berührt. Deswegen hat auch das Kammergericht ganz allgemein für Prozesse über die Nichtigkeit eines Testamentes wegen Geisteskrankheit des Erblassers das Recht des Arztes zur Zeugnisverweigerung verneint.

Ein praktischer Arzt, der sich besonders mit Behandlung von Mundkrankheiten beschäftigt, kann sich wohl Spezialarzt für Zahnheilkunde und Zahnersatz nennen, darf aber den Titel Zahnarzt nicht führen, es sei denn, daß er auch die zahnärztliche Staatsprüfung abgelegt habe.

Dadurch, daß jemand sich Spezialarzt nennt oder eine ärztliche Autorität ist, steht er nicht außerhalb der Gebührenordnung, die er nur überschreiten kann, wenn ausdrückliche oder stillschweigende Vereinbarung über die Höhe des Honorars getroffen ist. Dr. Hoffmann-Berlin.

Berufsgeheimnis des Arztes und Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Von Dr. Placzek-Berlin. Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin; Jahrgang 24, Nr. 22.

Verfasser wendet sich gegen den Vorschlag, die Anzeigepflicht der Geschlechtskrankheiten einzuführen. Der Vorschlag, Geschlechtskrankheiten zu melden, sei schon früher gemacht worden; man habe die ärztliche Schweigepflicht damals sogar als gemeingefährlich bezeichnet. Die Folge der Anzeigepflicht würde die sein, daß sich die Kranken von den Aerzten abwenden würden, sich den im Dunklen arbeitenden Kurpfuschern auslieferten und dadurch eine Verschleppung begünstigt würde. Der Kranke offenbart sich dem

Arzte auf Grund eines besonderen Vertrauens; dieses Vertrauen darf der Arzt nicht täuschen. Man solle an der Grundlage der ärztlichen Vertrauensbeziehungen nicht rütteln; die Schweigepflicht sei mit der Ausübung des Berufes untrennbar und nur zu verletzen, wenn ihre Innehaltung schwere Gefahren heraufbeschwören würde. Alle Aerzte seien bereit, bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten zu helfen, aber nicht mit dem verfehlten Mittel des Anzeigezwanges. Dr. Hoffmann-Berlin.

Besprechungen.

Prof. Dr. M. Lewandowsky-Berlin: **Praktische Neurologie für Aerzte.** Zweite Auflage. Mit 21 Textabbildungen. Berlin 1916. Verlag von Julius Springer. Gr. 8°, 358 S. Preis: geb. 10 Mark.

Das vorliegende Werk bildet jetzt den 1. Band der von dem Verleger beabsichtigten Herausgabe einer Reihe ähnlicher praktischer Fachbücher, die nicht für die betreffenden Spezialärzte, sondern ausschließlich für diejenigen Aerzte bestimmt sind, die kein Sonderfach, sondern allgemein ärztliche Tätigkeit betreiben, für die aber anderseits eine kurzgefaßte und klare Darstellung eines solchen Sonderfaches ein Bedürfnis ist. Daß Verfasser die sich gestellte Aufgabe in vorzüglicher Weise gelöst hat, ist bereits bei der eingehenden Besprechung der vor vier Jahren erschienenen ersten Auflage seines Werkes (s. diese Zeitschrift, Jahrg. 1913, Nr. 1, S. 40) anerkannt; die neue Ausgabe verdient diese Anerkennung noch in erhöhtem Maße, denn wenn auch die Einteilung des Stoffes wie der Inhalt im großen und ganzen der gleiche geblieben ist, so hat der letztere doch überall wertvolle Ergänzungen und mancherlei Verbesserungen erfahren. Insbesondere hat Verfasser die Erfahrungen des Krieges z. T. in besonderen Abschnitten berücksichtigt, von denen namentlich der Abschnitt über Kriegsneurosen hervorgehoben zu werden verdient; dasselbe gilt betreffs eines neu hinzugefügten Abschnitts über „Begutachtung", der einen würdigen Schluß des vortrefflichen und deshalb warm zu empfehlenden Buches bildet. Rpd.

Tagesnachrichten.

Auf Veranlassung und unter dem Vorsitz des Ministerialdirektors Prof. Dr. Kirchner hat am 11. v. M. im preußischen Ministerium des Innern eine **vertrauliche Besprechung** über das **Verhältnis der Aerzte zum Gesetz über den ärztlichen Hilfsdienst** stattgefunden; an der außer den Mitgliedern der Medizinalabteilung ärztliche Vertreter des Kriegsamtes und anderer Behörden, sowie Vertreter der ärztlichen Standesvertretungen und der ärztlichen Presse teilnahmen. Ueber das Ergebnis wird später Mitteilung gemacht werden; allgemein war man der Ansicht, daß die Standesvertretungen möglichst gehört werden sollen, soweit Zweifel über die Verwendungsfähigkeit und Eignung der in Frage kommenden Mediziner obwalten.

Vermächtnis. Der auf dem Felde der Ehre im Oktober v. J. gefallene Oberamtsarzt Dr. **Stoll** in Tübingen hat außer dem der Universität Tübingen zugewandten Vermächtnis (s. diese Zeitschrift; 1916, Nr. 23, S. 721) auch der Württembergischen ärztlichen Unterstützungskasse die Summe von 5000 Mark vermacht.

Der **32. Deutsche Kongreß für innere Medizin** findet voraussichtlich Mitte April 1917 in Wiesbaden unter dem Vorsitz des Herrn Geh. Rat Prof. Dr. Minkowski-Breslau statt. Als Hauptverhandlungsgegenstände sind in Aussicht genommen: I. Die Ernährung im Kriege. Berichterstatter die Herren M. Rubner-Berlin und Fr. von Müller-München. — II. Die Konstitution als Krankheitsursache. Berichterstatter die Herren Fr. Kraus-Berlin und A. Steyrer-Innsbruck. — III. Die im Kriege beobachteten selteneren Infektionskrankheiten. — Außerdem sollen Kriegserfahrungen aus dem Gebiete der inneren Medizin ausgetauscht werden. Vortragsmeldungen nimmt der Vorsitzende des Kongresses, Herr Geh. Rat

Prof. Dr. Minkowski-Breslau, Birkenwäldchen 8, und der Schriftführer Herr Prof. Dr. Weintraud-Wiesbaden, Rosselstr. 20, entgegen. Vorträge, deren wesentlicher Inhalt bereits veröffentlicht ist, dürfen nicht zugelassen werden.

Die im vorigen Jahre neubegründete Badische Gesellschaft für soziale Hygiene gibt vom 1. Januar d. J. ab als Vereinsorgan die vierteljährlich erscheinenden **„Sozialhygienischen Mitteilungen für Baden"** heraus, von denen soeben das erste Heft zur Ausgabe gelangt ist. Es enthält eine Abhandlung über Ziele und Wege der Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene vom Schriftleiter des neuen Blattes, Dr. Alfons Fischer, ferner Abhandlungen über Säuglingsfürsorge und soziale Hygiene (Geh. Ob.-Med.-Rat Dr. Hauser), über die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten durch die Landesversicherungsanstalt Baden (Reg.-Rat Dr. Reiß) sowie einen Bericht über die Tagung des Großen Ausschusses der Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene und sonstige Mitteilungen. Den Mitgliedern der Gesellschaft (Vereinsbeitrag mindestens 3 M.) wird das Blatt unentgeltlich geliefert, für Nichtmitglieder kostet die Einzelnummer 30 Pf., der Jahresbeitrag 1 M. Beitrittserklärungen oder Bestellungen auf das Blatt nimmt die Geschäftstelle der betreffenden Gesellschaft in Karlsruhe, Herrenstraße 34, entgegen.

Pensionskasse für die deutschen Desinfektoren. Einem oft geäußerten Wunsche nach Pensionsberechtigung will der Vorstand des Deutschen Desinfektoren-Bundes (E V.) Rechnung tragen, in dem durch Gründung einer Pensionskasse innerhalb des Bundes den Desinfektoren die Möglichkeit geboten wird, eine bescheidene Rente im Falle der Erwerbsunfähigkeit oder Erreichung des 65. Lebensjahres zu erhalten. Auch den Wittwen und Waisen verstorbener Desinfektoren wird eine Rente gezahlt werden und für den Todesfall der Mitglieder erhalten die Frauen eine Sterbegeld von 50—200 M.

Der monatliche Beitrag ist auf 1,10 M. festgesetzt, für den das Fachblatt der Praktische Desinfektor noch unentgeltlich geliefert wird.

Der Bundesvorstand bittet in einem Rundschreiben alle Behörden, die beschäftigten Desinfektoren auf die Vorteile des Anschlusses an die Organisation aufmerksam zu machen und hofft auch, daß sich eine größere Anzahl von Behörden bereit erklären wird, die Beiträge für die Desinfektoren zu übernehmen. Die Herren Medizinalbeamten werden gebeten, den Behörden die Organisation, die auch durch ihre freiwillige Desinfektoren-Kolonne dem Vaterlande Hilfsdienste geleistet hat, zu empfehlen. Zuschriften sind an den 1. Bundesschriftwart, Oberdesinfektor R. Globert-Berlin, Elbingerstraße 14, zu richten.

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten:

Das Eiserne Kreuz I. Klasse:

Stabsarzt Dr. Hans Braun-Solingen.
Stabsarzt d. Res. Dr. Friedrich Brömse-Güstrow (Mecklenburg).
Oberstabsarzt Dr. Hauenschild-Erlangen.
Oberstabsarzt Dr. Hertel-Würzburg.
Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Kraus-Berlin.
Stabsarzt d. Res. Dr. **Kurpjuweit,** Kreisarzt in Swinemünde (Pommern).
Bataillonsarzt Dr. Lissauer-Berlin.
Oberarzt d. Res. Dr. Schmidt-Schwedt a. Oder.
Oberarzt d. Res. Dr. Edwin Schütte-Strausberg (Reg.-Bez. Potsdam).

Das Eiserne Kreuz II. Klasse am schwarz-weißen Bande:

Stabsarzt d. Res. Dr. Stein, Kreisarzt in Grimmen (Pommern) z. Z Kreisarzt in Ostrow (Polen).
Med.-Rat Prof. Dr. Walther, Stabs- und Chefarzt des Reservelazaretts I in Gießen.

Außerdem ist verliehen: Der Bayerische Verdienstorden IV. Klasse mit Schwertern am Bande für Kriegsverdienste: Dr. Sebastian Gröschl, Kreisarzt in Wloclawek (Russisch-Polen).

Ferner: dem Kriegsfreiwilligen Stud. med. Joachim Finger, Sohn des Geh. Ob.-Med.-Rat Dr. Finger, vortragender Rat im Ministerium des Innern in Berlin.

Ehren-Gedächtnistafel. Für das Vaterland gefallen oder gestorben:

Oberarzt Dr Heinrich Becker-Siegburg (Rheinland).

Stabsarzt d. L. Dr. Berton-Germersheim (Pfalz), gestorben in Folge Sturz vom Pferde.

Stabsarzt der Res. Dr. Wilhelm Bothe-Weißer Hirsch bei Dresden.

Feld- und Bataillonsarzt Dr. Friedrich, (gestorben in Suwalki).

Oberarzt Dr. Hans Höhne-Mainz.

Generaloberarzt und San.-Rat Dr. Koßwig-Köpenick-Berlin, (gestorben infolge von Krankheit).

Prof. Dr. L. Kredel-Hannover, chirurgischer Beirat beim X. Armeekorps, (gestorben infolge von Krankheit).

Assistenzarzt d. Res. Friedrich Müller-Leipzig.

Bataillionsarzt Dr. Leo Meißner-Lamsdorf (Oberschlesien), gestorben infolge von Krankheit.

Assistenzarzt der Res. Dr. H. Schönlank-Charlottenburg.

Bat.-Arzt Dr. O. Stamm-Kosten (Posen), gestorben infolge von Krankheit.

Assistenzarzt der Res. Dr. Friedrich Zagelmeier-München.

Pockenerkrankungen sind im Deutschen Reich während der Wochen vom 10.—23. Dezember 15 u. 26 vorgekommen; im Gouvernement Warschau in den Wochen vom 1. Oktober bis 9. Dezember: 5, 7, —, 6, —, 4, 5, 9 2 u. 5.

Fleckfieberfälle sind im Deutschen Reich in den letzten beiden Wochen nicht gemeldet; im Gouvernement Warschau betrug ihre Zahl in den Wochen vom 1. Oktober bis 16. Dezember: 100 (mit 3 Todesfällen), 120 (7), 145 (13), 160 (11), 129 (7), 278 (15), 232 (26), 183 (17), 193 (20), 259 (8) und 256 (19) (alles Zivilpersonen). In Ungarn sind vom 13. bis 26. Nov. 4 u. 9 Erkrankungen ermittelt.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 26. November bis 9. Dezember 1916 erkrankt (gestorben) an Pest, Gelbfieber, Cholera, Trichinose, Aussatz, Malaria, Fleckfieber, Rückfallfieber, Paratyphus, Rotz, Milzbrand, — (—), 1 (—); Tollwut: — (—), — (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 5 (—), 6 (—); Pocken: — (1), 3 (—); Unterleibstyphus: 239 (25), 218 (16); Ruhr: 88 (12), 53 (12); Diphtherie: 2617 (185), 2698 (212); Scharlach: 1044 (35), 1180 (49); Kindbettfieber: 70 (17), 77 (15); übertragbare Genickstarre: 5 (1), 7 (3); spinaler Kinderlähmung: 2 (—), — (—); Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung: 2 (—), 12 (—); Körnerkrankheit (erkrankt): 90, 64; Tuberkulose (gestorben): 701, 770.

Kalender für Medizinalbeamte.

Trotz aller Bemühungen ist es leider nicht möglich gewesen, den Kalender noch in der letzten Woche des vergangenen Jahres zur Versendung zu bringen, da es sowohl der Buchdruckerei, als der Buchbinderei wegen Mangels an Arbeitskräften unmöglich gewesen ist, ihre gegebene Zusage zu halten. Die Fertigstellung des Kalenders ist jetzt jedoch soweit gefördert, daß die Versendung Mitte dieses Monats erfolgen kann.

Der Herausgeber. **Die Verlagsbuchhandlung.**

Druckfehlerberichtigung. In Nr. 23, Seite 713, Zeile 9 von oben lies statt nach der „zehnten" Typhusschutzimpfung: nach der „zweiten" Typhusschutzimpfung; Zeile 35 von oben statt „Urtikurin" „Urtikaria" und Seite 715, Zeile 1 von unten statt „Symptome" „Systeme".

Redaktion: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

30. Jahrgang; Nr. 2. Ausgegeben am 20. Januar 1917.

ZEITSCHRIFT

FÜR

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. Otto Rapmund,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Bezugspreis für das Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: Gelsdorf & Co., G. m. b. H., Eberswalde (Mark).

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung; Nr. 2.

INHALT.

Original-Mitteilungen.

Zur Asphyxie der Neugeborenen. Von Dr. **Maximilian Miller** 37
Ueber eine Paratyphus B-Epidemie. Von Dr. **Stumm** 43
Kreisfürsorgegesetz und Kreisarzt. Von Dr. **Ascher** 48

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die außerordentliche Tagung der Vereinigung zur Förderung des deutschen Hebammenwesens vom 21. Oktober 1916 zu Hannover 50

Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

1. Paratyphus.

Paratyphus A. Sammelreferat von Dr. **Wolf** 58

2. Tuberkulose.

Otto Schlesinger: Die Verbreitung der Tuberkulose nach den Ergebnissen der v. Pirquetschen Kutanreaktion . . . 61
Dr. **O Porges**: Die Bedeutung der regionären Muskelempfindlichkeit für die Diagnose der Lungentuberkulose . . 62
Köhlisch: Ueber die Bedeutung der Milch für die Verbreitung der Tuberkulose. 62
Zwei Jahre Kriegstätigkeit des Tuberkuloseausschusses 63

Besprechungen 63
Tagesnachrichten 64

Beilage:
Medizinal-Gesetzgebung 9
Umschlag:
Personalien.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geheimer Regierungsrat: den Mitgliedern des Kaiserlichen Gesundheitsamtes Reg.-Rat Dr. Hamel und Reg.-Rat Prof Dr. Spitta; — das Prädikat Professor: den Dozenten an der Akademie für praktische Medizin in Düsseldorf Stadt- und Kreisarzt Med.-Rat Dr. Schrakamp, Stabsarzt Dr. W. Fromme und Stabsarzt d. Res Dr. Julius Bauer, dem Oberassistenten am Königl. Institut für Infektionskrankheiten „Robert Koch" Dr. phil. Croner in Berlin, den wissenschaftlichen Mitgliedern der Königl. Landesanstalt für Wasserhygiene Berlin-Dahlem Dr. phil. J. Klut und Dr. phil. R. Weldert, dem Abteilungs-

Medicinisches Waarenhaus
Aktien-Gesellschaft
Berlin NW. 6, Karlstraße 31.
Centralstelle aller ärztlichen Bedarfsartikel und für Hospitalbedarf.

Neues Instrumentarium
zur Wohnungs-Desinfection
mittels
flüssigen Formalins
nach
Prof. Dr. O. Roepke.
Ref. Nr. 7, 1905 der Zeitschrift f. Medizinalbeamte
D. R. G. M. Modell M. W.





Ausführliche Beschreibung steht zu Diensten.
Von den Königlich Preussischen und Königlich Bayerischen Staats-Eisenbahnen eingeführt

30. Jahrg. Zeitschrift 1917.

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. OTTO RAPMUND,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg H. Kornfeld,

Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.

Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Anzeigen nehmen die Verlagshandlung sowie alle Anzeigenannahmestellen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 2. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats. | 20. Jan.

Zur Asphyxie der Neugeborenen.

Von Landgerichtsarzt und Oberstabsarzt Dr. **Maximilian Miller** in Bayreuth.

Es gilt als Fundamentalsatz der Lehren der Geburtshilfe wie der gerichtlichen Medizin: Luftatmung beweist Leben nach der Geburt — aus luftleeren Lungen läßt sich nicht auf das Gegenteil schließen, auf Nichtgelebthaben nach der Geburt. Bei Luftleere der Lungen kann es sich entweder um Atalektase handeln, sei es durch den Eintritt des Todes vor der Geburt, sei es durch Unmöglichkeit der Atmung aus natürlichen Gründen (Verschluß der Luftwege, Unzulänglichkeit der Brustmuskulatur, Zerstörung des nervösen Atemzentrums), sei es infolge von Lebensschwäche mit allmählichem Stillstand der Atmung und langsamem Entweichen der bereits geschöpften Atemluft aus den Lungen oder um Füllung der Lungen mit Fruchtwasser (intrauterine Asphyxie). Letztere erfolgt, wie bis heute so ziemlich allgemein angenommen wird, intrauterin nur durch vorzeitige Atembewegungen des Kindes infolge Unterbrechung des plazentaren Kreislaufes.

Im Jahre 1888 erschien eine Veröffentlichung Ahlfelds[1]) über Beobachtung von intrauterinem kindlichem Atmen. Er stellte in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft bei der Mehrzahl der Frauen rhythmische Bewegungen der Bauchdecken fest, von denen er mit größter Wahrscheinlichkeit nachweist, daß sie von intrauterinen Atembewegungen des Kindes herrühren. Später brachte er eine Reihe von Versuchen bei, aus denen folgendes hervorgeht: Die Mehrzahl der Kinder macht vor dem ersten postnatalen Atemzug schon intrauterine Atembewegungen, die nur oberflächlich sind und das Fruchtwasser vermutlich nur in die Trachea, nicht in die Lungen-Acini befördern. Normalerweise geraten die Kinder in der Austreibungsperiode durch Verkleinerung des Uterus, also auch der Ansatzfläche der Placenta und somit durch verringerte Sauerstoffzufuhr in einen mehr oder minder starken Grad von Asphyxie. Diese ist manchmal während, normalerweise aber erst nach der Geburt Ursache des ersten tiefen Atemzuges. Die postnatale Atmung ist also nur eine Vertiefung der pränatalen.

Vor Ahlfeld hat Kehrer[2]) ähnliche Beobachtungen gemacht, später kam auch Reifferscheid[3]) auf Grund exakter kymographischer Aufzeichnungen zu dem Ergebnis, daß wirklich physiologische, periodische, intrauterine Atembewegungen des Fötus stattfänden.

Bei der weiteren Verfolgung des Studiums der strittigen Frage greife ich auf ein altes praktisches Handbuch der gerichtlichen Medizin von Johann Ludwig Casper, vierte Auflage vom Jahre 1864, zurück und finde im zweiten Band Seite 752 und 753 zu meiner Ueberraschung folgende Ausführungen über „Atmen vor der Geburt“:

„Bei der Behandlung des Erstickungstodes der Neugeborenen wurde bemerkt, wie der Entstehung der Petechial-Sugillationen keine andere Ursache beigemessen werden kann, als eine Art von instinktiver und gezwungener Atmung in utero, wenn der natürliche Vorgang des notwendigen Gasaustausches, wie ihn Mutterkuchen und Nabelschnur vermitteln, gestört oder aufgehoben wird.

Es darf gewiß als auffallend bezeichnet werden, daß die gerichtliche Medizin bis in die neueste Zeit hinein noch keine Notiz von einer physiologischen Lehre genommen hat, die schon Bohn vor 150 Jahren in Anregung gebracht und welche Physiologen und Geburtshelfer vielfach beschäftigt hat — Wenn es sonach nicht mehr bezweifelt werden kann, daß der Fötus instinktive Respirationversuche machen kann und unter gegebenen Umständen notwendig macht, so würde auch schon a priori — auch wenn man ihn nicht zuweilen im Mutterleibe schreien hörte — zugegeben werden müssen, daß derselbe auch wohl vollkommenere und gelungene Atembewegungen machen könne. Es kann also gar nicht bezweifelt werden, daß vom intrauterinen Fötus schon vor Trennung der Eihäute Versuche zum Atmen gemacht, und daß sogar dadurch der flüssige Eiinhalt in die Respirationswege aspiriert werden kann, sowie daß nach Trennung der Eihäute ebenfalls Atembewegungen zustande kommen und dennoch die Kinder tot geboren werden können. Aber welche Beziehungen haben diese physiologisch so interessanten Erfahrungen zur gerichtlichen Atem-

[1]) Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie; II. Kongreß in Halle, 1888; Leipzig.

[2]) Siehe Maschka: Handbuch der gerichtlichen Medizin; Tübingen 1881.

[3]) Archiv f. d. ges. Physiologie; Bd. 140.

probe? Die Lungen solcher Kinder sanken in allen Fällen unter Wasser unter, wenn nicht, wie in einigen wenigen, die bei den Rettungsversuchen erfolgreich eingeblasene Luft sie schwimmend gemacht hatte."

Bohn, Physiologe in Leipzig, war seinerzeit am schärfsten gegen die Thesen Schreyers aus den Erscheinungen der Lungenschwimmprobe (1683) aufgetreten. Aus der Ueberzeugung von der Erkenntnis der intrauterinen fötalen Atmung als eines natürlichen Vorganges läßt sich dies auch ohne weiteres verstehen; denn Schreyer hatte in dem historisch gewordenen Pegauer Fall keine lufthaltige schwimmende Lunge vor sich gehabt, sondern eine untersinkende und er hatte aus dem Untersinken der Lunge nicht nur ein Nichtgelebthaben des Kindes außerhalb des Mutterleibes abgeleitet, sondern auch auf Tod bereits im Uterus geschlossen — „quod pulmonum cadaveris cujuscunque gravitas, coarctatio et submersio excludat respirationem et vitam in utero, praebeatque indicium, animal tale extra uterum nunquam vixisse." Beides war Irrtum; denn es kann eine Luftlunge wohl Atmung und Leben nach der Geburt beweisen, wenn es keine Fäulnislunge ist und künstliche Lufteinführung ausgeschlossen werden darf, nicht aber läßt eine luftleere untersinkende Lunge den Schluß auf das Gegenteil, auf Nichtgelebthaben, in oder vor der Geburt zu.

Das Immerwiederkehren einer Idee spricht an sich schon für eine gewisse Wahrscheinlichkeit des Inhalts; sucht man in einschlägigen Wissensgebieten (Entwicklungsgeschichte, Biologie, Biogenese) nach Unterlagen für eine Beweisführung, so stößt man auf manches, was für die Anerkennung einer Hypothese physiologischer fötaler Atmung einnehmen und erwärmen kann.

Die Entwicklung der embryonalen Lungen erfolgt in erster Keimanlage nach Art der größeren, mit dem Darmrohr verbundenen Drüsen in Form zweier an einem gemeinschaftlichen Rohr sitzender Aussackungen der vorderen Schlundwand. Jedenfalls stehen diese ursprünglich und längere Zeit, wenn nicht für immer, für Einhalt und Fruchtwasser offen. Nun sind von den sogenannten automatischen Bewegungen die des Herzens, des Darmrohrs und der Schlingorgane als physiologisch längst auch für das Fötalleben anerkannt; die kindlichen Herztöne, der Gehalt des Mekoniums an Wollhaaren, Vernix und Hautepithelzellen lassen keinen Zweifel hierüber zu. Schwartz, vor ihm Winslow-Beclard beobachteten an trächtigen Kaninchen am freigelegten Uterus bei der bloßen Kompression der Uterinarterien durch die kontrahierte Muskulatur ein Aufsperren und Schließen des Mundes der Früchte, begleitet von einer blitzschnell zuckenden respiratorischen Erhebung der Rippen, die sich in unregelmäßigen Pausen, allmählich seltener und schwächer, wiederholten. Angesichts des unumstößlichen Nachweises der automatischen Bewegungen des Herzens und der Ernährungsorgane zu früher Zeit des Fötallebens hält es an sich schon schwer, ein fötales Einsetzen der

automatischen Bewegungen der Atmung auszuschließen, um so mehr, als man nicht annehmen kann, daß es in der Schwangerschaft an Schwankungen in der Plazentarernährung des Fötus zu der Auslösung von Reizen für Einleitung der Atembewegungen fehlt.

Auch Freyer hat schon behauptet, daß das Kind alles, was es nach der Geburt machen kann, schon intrauterin geübt haben muß. Im Neugeborenen ist alles schon vollkommen beweglich: Die Glieder rühren sich in allen Gelenken frei hinaus bis zu den Fingerchen und Zehen; prompt schließt sich das säugende Mündchen, wenn es die Brustwarze erreicht, schmerzhaft verzerrt sich am kleinen Gesicht die Miene, wenn innerlich Qual beschwert; der ganze Verdauungskanal ist in Tätigkeit, die Bewegungen des Herzens sind schon längst im Gang — überall, wo immer wir anfühlen und hinsehen, am ganzen Leib ist Leben, nicht erst seit heute und seit gestern, nein, seit Wochen und Monden — und nur die Brustmuskulatur mit den Lungen allein soll dabei lahm und untätig geblieben sein? — Natürlich und logisch genommen undenkbar, schon deshalb allein, weil nach dem biogenetischen Werdegang die einzelnen Entwicklungsphasen des fötalen Lebens eine Reihenfolge in sich vollendeter und lebensfähiger Ur- und Zwischenformen darstellen.

Biologisch-biogenetische Erfahrungssätze lassen sich ebenfalls zur Unterstützung der Annahme einer physiologischen fötalen Atmung anführen. Um nicht zu weit auszuholen, greife ich nach einem Kosmos-Bändchen: „Bölsche, die Abstammung des Menschen“ und entnehme diesem die Wandlungen des Molochfisches mit der nachfolgenden Darstellung:

„Wo wir den Embryo auch hernehmen mögen, von einer echten Eidechse, einer Schlange, einem Krokodil, von jener neuseeländischen Brückeneidechse, von einer Schildkröte, — oder von einem Strauß, einem Storch, Huhn oder Kanarienvogel — oder endlich von einem Schnabeltier, einer Beutelratte, einem Wallisch, Kaninchen, Pferd oder von einem Affen, der dem Menschen doch schon so viel näher ist — immer zeigt dieser Embryo auf bestimmter Stufe ein ganz unverkennbares deutliches Kaulquappen- oder Fischstadium. Da sitzen am Halse die Kiemenbögen und schneiden die charakteristischen Kiemenspalten ein, durch die beim Wasseratmer Fisch dieses Wasser frei zirkulieren und die Atemflächen der Kiemen bespülen kann.

Auch der Mensch steckte einmal im Fisch! Fragen wir uns aber, wie es möglich war und was dazu äußerlich veranlaßt haben kann, daß in entlegenen Urweltstagen schließlich aus kiemenatmenden Fischen lungenatmende Landtiere wurden, so gibt uns diesmal eine noch lebende Tierform den besten Fingerzeig. In einigen kleinen Flüßchen des östlichen Teiles des australischen Festlandes ist ein Geschöpf entdeckt worden, das äußerlich in Schuppen, Flossen und Kiemen vollständig den Eindruck eines großen Lachses oder Karpfens macht. Untersucht man es aber im Innern, so zeigt sich, daß es auch eine vollkommen gute und brauchbare Lunge besitzt. Verfolgt man jetzt seine Lebensweise, so erhellt, welchen Zweck diese doppelte Versicherung besitzt. In der dürren Jahreszeit trocknen die Flüßchen der Gegend fast ganz aus. Nur wenige Tümpel schlechten Brackwassers bleiben, in denen das Fischvolk sich wimmelnd zusammendrängt und sich gegenseitig die Atemluft streitig macht. In dieser Notzeit schwimmt das merkwürdige Doppeltier zur Oberfläche, schluckt Luft in seine Lunge und atmet so nach Art eines echten Lufttieres, das überhaupt kein Wasser zur Atmung mehr braucht. Die Lunge

des Molochfisches erweist sich bei genauer Betrachtung als Umformung bloß eines bei dem echten Fisch bereits vorhandenen Organs: — nämlich der sogenannten Schwimmblase. Diese bildet eine Art luftgefüllten Ballons im Fischleibe, der zunächst bloß dient, die Schwere im Wasser herabzusetzen, den Fisch dem Wasser „gleich" zu machen im Gewicht. Die Schwimmblase behielt also bei vielen Fischen eine offene Verbindung mit dem Darm und Munde zum Luftschlucken und Luftspeien. Von hier ist die „Lunge" ausgegangen. Im Verfolg wurde die alte Schwimmblase zum vollen Ersatz, sie wurde wirkliche Lunge, die Kieme konnte verkümmern bis auf den Embryorest — und das Landtier war fertig. Sagen wir im Blick auf die große Linie: Der Mensch war damit in sich selbst emanzipiert von seinem Melusinenstand — der Fischheit!"

Und der Fötus im Mutterleib? Neun Monate liegt er, atmend durch Nabelschnur und Plazenta, im Wasser, umschlossen vom Uterusballon, anhaltend unter wechselnd hohem Druck, der durch die Kontraktionen der Gebärmutter ganz gewaltige Steigerungen erfahren muß, derart, daß man wohl oder übel mit gelegentlich tieferem Eindringen von Flüssigkeit in Bronchen, Bronchiolen und Alveolen rechnen darf und muß; die Entfernung des aspirierten Fruchtwassers aus den Lungen erfolgt bei der Austreibung des kindlichen Rumpfes, offenbar durch die feste Umschnürung der Brust, und für einen derartigen Vorgang sprechen deutlich die Beobachtungen Ahlfelds, nach denen aus der Nase des entbundenen Kopfes meist Fruchtwasser und Vaginalschleim abfließt.

Bezüglich der Art des Einsetzens der Luftfüllung beim Beginn der extrauterinen Atmung wird allgemein angenommen, daß diese in ein paar Atemzügen vollständig erfolgt. Nach häufigen Befunden an Kindsleichen ist jedoch die allmähliche Füllung der Lungen mit Luft mindestens ebenso wahrscheinlich. Schon Casper macht in seinem Handbuch vom Jahre 1864 mit großem Nachdruck auf eine Lungenerscheinung bei Neugeborenen aufmerksam, die in der späteren Zeit kaum mehr eine besondere Beachtung gefunden hat. Er schreibt (S. 767):

„Im allgemeinen ist es naturgetreu, wenn man die Farbe der Lunge Neugeborener, welche geatmet hatten, als dunkelblaurot schildert, in welchem Grundton zahlreiche hellrot-marmorierte Inseln, umschriebene Flecken, sichtbar sind, während ebenso häufig die hellzinoberne Röte überwiegt und den Grundton bildet, in welchem dunkelblaurote Inseln hervorstechen. Die „inselartige Marmorierung" gibt eine sichere Diagnose, denn diese findet sich niemals bei ganz fötalen Lungen, während sie allerdings nur schwach ausgesprochen vorkommt in Fällen, in denen das Kind in Flüssigkeit geboren wird und nach einigen Atembewegungen sofort erstickt."

Was Casper bildlich darstellt, erklärt v. Hofmann in seinem Lehrbuch der gerichtlichen Medizin mit Worten, wenn er auf das häufige Vorkommen von Lungen mit partiellen Atalektasen von verschiedenster Menge und Ausdehnung bei Obduktionen Neugeborener aufmerksam macht und daraus den Schluß zieht, daß Neugeborene mit einem Minimum von Sauerstoff für einige Zeit ihr Leben zu fristen vermöchten.[1])

[1]) Auch die Atmung während des Winterschlafes scheint auf ein Mindestmaß herabgesetzt, und ältere Forscher behaupten sogar übereinstimmend,

Bei dem häufigen Vorkommen von Atalektasen, bildlich dunklen Flecken und rötlichem Grund, an den Lungen Neugeborener liegt aber nichts näher als die Annahme einer allmählichen Luftfüllung der Lungen, vielleicht verbunden mit langsamer Verdrängung aspirierten Fruchtwassers beim Beginn der extrauterinen Atmung, wonach sich wasserhaltige Luftlungen und lufthaltige Wasserlungen mit verschiedenster Verteilung von Luft und Wasser als wechselnde Zwischenbilder zwischen der typischen fötalen Fruchtwasserlunge und der vollkommenen Atemluftlunge des Neugeborenen, diese in ganzer Ausdehnung hellrot, jene dunkelblaurot ergeben würden.

Bei der Zugrundelegung einer physiologischen fötalen Atmung wäre das Einsetzen ausreichender Luftatmung abhängig zu machen: 1. Vom Geburtsverlauf — günstige Schädellage, ungünstige Beckenendlage, Dauer —, 2. von der ergiebigen Expression des durch die Atmung im Uterus aspirierten Fruchtwassers aus den Lungen bei der Austreibung des Kindes, 3. von der Intaktheit des nervösen Atemzentrums, 4. von dem kräftigen Einsetzen der kindlichen Brustmuskulatur.

Die Physiologie, das ist die Natürlichkeit fötalen Atmens, zwingt zu der Annahme des Vorhandenseins von Fruchtwasserresten in den Luftwegen und Lungen des Neugeborenen als einer Regel. Der Nachweis solcher im Lungensaft hätte demnach in der Hauptsache nur quantitativ Bedeutung. In diesem Sinne hält auch Ungar[2]) es nicht für zulässig, aus dem mikroskopischen Nachweis geringer Fruchtwasserbestandteile im Lungensaft weitere Schlüsse als solche einer Geburtsschädigung mit ihren Weiterungen für die Lebensfähigkeit zu ziehen. Für keinen Fall dürfe man davon allein ohne weiteres eine natürliche Todesursache ableiten und eine gewaltsame Todesart mit Bestimmtheit ausschließen. Auch nach Kolisko finden sich in jeder lufthaltigen Lunge Neugeborener geringe Mengen von Fruchtwasserbestandteilen.

An dem „vorzeitigen Atmen“ in der bisherigen Auffassung durch Unterbrechung des plazentaren Kreislaufes wäre als einer Vertiefung des „fötalen Atmens“ unverändert festzuhalten. Seine Wirkung wäre pathologisch-anatomisch die

daß sie beim Eintritt der gänzlichen Lethargie wenigstens zeitweilig völlig aufhöre. Die Lungen liegen während des ganzen eigentlichen Winterschlafes schlaff zusammengefallen neben der Wirbelsäule, enthalten fast gar keine Luft und befinden sich also im Zustande der höchsten Expiration. Auch der rätselhafte Todesschlaf der Fakire erscheint als nichts anderes als ein künstlich herbeigeführter Winterschlaf, ermöglicht nur durch genaueste Kenntnis der dabei mitwirkenden natürlichen Faktoren — Einhalten des Atems — und erleichtert vielleicht durch eine uralte atanistische Veranlagung des Menschen zum Winterschlaf. (Flöricke: Die Säugetiere des deutschen Waldes, 39, 40, Kosmos-Verlag, Stuttgart).

[2]) Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin usw. III. Folge; Bd. 43. Bericht über die Verhandlungen der 7. Tagung der Deutschen Gesellschaft für gerichtliche Medizin. Karlsruhe 1911.

maximale Fruchtwasserlunge im Gegensatz zu der reinen Luftatmungslunge.

Für die gerichtliche Medizin ergäbe sich aus einer Physiologie der fötalen Atmung der Leitsatz, daß der Nachweis von Fruchtwasserteilen im Lungensaft Neugeborener nur bei großen Mengen und großer Ausdehnung den Schluß auf intrauterine Asphyxie durch vorzeitiges Atmen und Tod in der Geburt zulasse. Für die Geburtshilfe erwüchse daraus mehr noch wie bisher die Indikation zu ausgiebigster und nachdrücklichster Anwendung der künslichen Atmung bei Neugeborenen mit mangelnder und zögernder Atmung. Gebärenden erhöhte sich in Ansehung derselben die Pflicht der Sicherung der erforderlichen Beihilfe bei der Geburt, der Staatsaufsicht böte sich bei ihrer Anerkennung ein triftiger Anlaß zur gesetzlichen Einführung einer „Mutterfürsorge", namentlich für unverheiratete Frauenspersonen.

Würden alle in anderen Umständen sich befindlichen Mädchen zur rechten Zeit auf ihren Zustand angehalten, so würden die Fälle von Kindstötungen bald auf ein Minimum herabgehen.

Ueber eine Paratyphus B-Epidemie.

Von Reg.- und Med.-Rat Dr. **Stumm** in Stralsund.

In den letzten Jahren sind zahlreiche Veröffentlichungen über Erkrankungen, die durch Paratyphus verursacht worden sind, erfolgt. In der Mehrzahl der Fälle handelte es sich um Einzelerkrankungen oder um kleinere Epidemien; größere Epidemien sind dagegen selten beobachtet worden. Deshalb dürfte die Schilderung der Epidemie, die im Januar d. J. in Greifswald zur Kenntnis kam, von weiterem Interesse sein.

Auf dem Gute Kunzow, Kr. Greifswald, erkrankten am 21. bezw. in der Nacht vom 22. Januar eine Arbeiterfrau K. und ihre 8 Kinder im Alter von 2–13 Jahren unter sehr heftigen Magen-Darmerscheinungen, Erbrechen, Durchfällen, Fieber und Kopfschmerzen. Der zugezogene Arzt hielt Fleischvergiftung für vorliegend und ordnete die sofortige Ueberführung in die medizinische Klinik nach Greifswald an. Frau K. hatte am 21. Januar aus Greifswald von dem Schlächtermeister E. Pferdefleisch und zwar 1 Pfd. gehacktes Fleisch, 1 Pfd. schieres Fleisch, 2 Pfd. Kochwurst und Würstchen kommen lassen. Von dem Fleisch war nur das gehackte Fleisch am 21. roh gegessen worden. Die Erkrankungen waren sehr schwer, gingen aber bei allen, ausgenommen bei dem jüngsten 2 Jahre alten Kinde, das am 23. Januar in der Universitätsklinik verstarb, in Genesung über. Zu gleicher Zeit erkrankten in Greifswald eine Frau K. und drei ihrer Kinder, die ebenfalls am 21. Januar rohes, von E. bezogenes Hackfleisch genossen hatten, unter denselben Erscheinungen; weiterhin gleichfalls nach dem Genuß von gehacktem rohem Pferdefleisch von E.

ein Tapeziermeister K. und drei Personen aus Stralsund, die bei den Kanalisationsarbeiten beschäftigt waren. Der erstere wurde, da die Erkrankung eine sehr schwere war, in die Medizinische Klinik überführt. Während bei zwei von den letzteren die Krankheitserscheinungen erst am 22. Januar auftraten und einen leichten Charakter zeigten, kam es bei dem dritten, dem 47 Jahre alten Dachdeckermeister D., der in der Nacht zum 22. Januar erkrankte, zu heftigen unstillbaren Erbrechen und Durchfällen, sowie zu Magen- und Wadenkrämpfen. Erbrechen und Durchfälle nahmen immer mehr zu und es trat am 23. Januar vormittags der Tod ein. Die Leiche wurde von der Staatsanwaltschaft beschlagnahmt. Die beiden anderen Arbeiter fuhren am 23. Januar zu ihren Angehörigen nach Stralsund und waren nach wenigen Tagen wieder hergestellt.

Von den Erkrankungen wurde am 22. Januar abends der Polizeibehörde Anzeige erstattet, worauf diese sofort den Laden des Schlächters E. schloß und Fleischproben an das Nahrungsmitteluntersuchungsamt in Stralsund, das hygienische Institut in Greifswald und den Tierarzt des Schlachthauses sandte.

Die sofort einsetzenden amtlichen Ermittelungen ergaben, daß noch weitere Erkrankungen infolge des Genusses von rohem gehacktem Pferdefleisch, das bei E. gekauft war, eingetreten waren. So waren von 29 Gefangenen, die bei den Kanalisationsarbeiten beschäftigt waren und am 21. Januar abends rohes gehacktes Fleisch von E. auf Brot erhalten hatten, 19 unter Uebelkeit und Durchfällen erkrankt. Die Erkrankungen waren leicht, am 27. Januar waren alle Erkrankten wieder hergestellt und in Arbeit. Der Unternehmer, der die Gefangenen beköstigte, sowie drei seiner Kinder und zwei Angestellte hatten auch von dem Fleisch gegessen, waren aber nicht erkrankt.

Am 22. Januar waren weiterhin eine Arbeiterfamilie Th., bestehend aus Mann, Frau und 7 Kindern im Alter von 3 bis 14 Jahren, darunter eins sehr schwer, erkrankt. Die Erkrankten hatten am 21. und 22. Januar mittags Pferdefleisch gebraten genossen.

Am 22. Januar hatten eine Frau P., ihr 19 Jahre alter Sohn und ihre 8 und 9jährigen Kinder ebenfalls gebratenes Pferdefleisch genossen. Die Kinder erkrankten am 23. leicht, der 19jährige Sohn am 24. schwer; bei der Frau traten erst am 25. Januar Uebelkeit und Durchfälle auf. Am 27. Januar waren die Frau und die Kinder wiederhergestellt.

Eine bei dem Schlächtermeister E. beschäftigte Frau M. hatte am 23. mittags ein Stück Fleisch angebraten genossen; sie erkrankte nur ganz leicht und war am 25. Januar bereits wieder in Arbeit. Dagegen war die Erkrankung des bei E. bediensteten Mädchens A., das am 23. Januar 1 Pfd. Fleisch in Kohl gekocht gegessen hatte, sehr schwer.

An den folgenden Tagen traten noch weitere Erkrankungen

auf, die aber im allgemeinen keinen schweren Charakter zeigten. Sämtliche Erkrankten hatten fast durchweg rohes Pferdefleisch von E. gegessen. Man sieht daraus, in welchem Umfange gerade in Arbeiterkreisen immer noch rohes Hackfleisch gegessen wird und wie wenig die Warnungen vor dem Genuß rohen Fleisches bisher genützt haben. Die letzten Krankheitsmeldungen gingen am 26. Januar ein und betrafen 5 Personen, die an demselben Tage erkrankt waren.

Insgesamt sind 93 Erkrankungen gemeldet, von denen 2 tötlich verlaufen sind. Von den Erkrankten waren 62 Erwachsene und 31 Kinder bis zu 14 Jahren. In der medizinischen Klinik wurden 7 Erwachsene und in der Kinderklinik 6 Kinder behandelt. In Greifswald erkrankten 80 Personen, außerhalb Greifswalds 13 Personen.

Die Krankheitserscheinungen bestanden in den leichteren Fällen in Uebelkeit, Erbrechen, allgemeiner Mattigkeit und gingen in wenigen Tagen in Genesung über, in den schwereren Fällen war die Schwäche sehr stark; es bestanden Kopfschmerzen, Schwindel und Fieber, bis zur Genesung vergingen einige Wochen.

In allen Fällen war das Fleisch von dem Schlächtermeister E. in Greifswald bezogen worden, der am 17. Januar ein von dem Abfuhrunternehmer W. gekauftes Pferd geschlachtet hatte. Das Pferd war nach einer besonderen Fütterungsart mit einem ausländischen Trockenfutter, das von der Landwirtschaftskammer geliefert worden war, mit anderen ebenso gefütterten Pferden — etwa 40 — an Durchfall erkrankt, befand sich aber in der Genesung; es erkrankte dann an einer Hufflederhautentzündung und Gehirnkrämpfen, so daß es notgeschlachtet werden mußte. Auf Grund der tierärztlichen Untersuchung im Schlachthof war das Fleisch, das frisch und gut aussah und keinen Anlaß zur Beanstandung bot, zum Verkauf freigegeben und von E. in Stücken, vorwiegend aber als Hackfleisch verkauft worden.

Am 21. Januar hatte E. noch 2 Pferde, die von Nepzin und Bartmannshagen stammten, geschlachtet und ebenfalls in Stücken und gemischt mit dem Fleisch des ersten Tieres als Hackfleisch verkauft. Fleisch von anderen Tieren war an die Erkrankten nicht verkauft worden.

Da die ersten Erkrankungen am 21. bezw. in der Nacht vom 21. zum 22. Januar einsetzten, entstand der Verdacht, daß diese Erkrankungen auf den Genuß von Fleisch von dem von W. stammenden Pferde zurückzuführen seien. Diese Erkrankungen verliefen auch wesentlich schwerer, als die späteren Erkrankungen, die durch den Genuß des mit dem Fleisch der Tiere von W., aus Nepzin und Bartmannshagen gemischten Hackfleisch verursacht worden waren. Das bei E. bedienstete Mädchen hatte, wie sie bestimmt angab, ein Stück Fleisch, das von dem Pferde von W. stammte, genossen.

Die Leichen der beiden Gestorbenen wurden obduziert, der Befund war bei dem Dachdecker D. folgender:

21. Auffallend ist die hellrote Färbung der gesamten Dünndärme, während der Dickdarm die gewöhnliche grauweiße Färbung zeigt.

24. Magen von weißgrauer Farbe, Magenwandungen fest, reichlicher flüssiger Inhalt in demselben. An der kleinen Krümmung treten vereinzelt die großen Gefäße prallgefüllt hervor.

28. Das Herz fühlt sich schlaff an, zeigt in seiner Muskulatur und in seinem Klappenapparat in keinerlei Weise eine Abweichung.

41. Die Milz fühlt sich weich an; Faserkapsel leicht gerunzelt, Farbe des Durchschnitts braunrot. Es entleert sich nur bei Druck aus den großen Gefäßen wenig Blut.

44. Magenschleimhaut ist unversehrt, von graurötlicher Farbe. Abschürfungen, Geschwüre, Blutaustritte in Gewebe sind nicht vorhanden, aber die Magenschleimhaut fühlt sich verdickt an.

45. Im Dünndarm reichlicher dünnflüssiger Inhalt, graubraun. Die Reaktion ist leicht alkalisch. Die Schleimhaut fühlt sich etwas verdickt an und hat durchweg eine graurötliche Farbe.

46. Auch im Dickdarm ist der Inhalt dünnflüssig, die Farbe ist grau, ebenso ist die Schleimhaut grauweiß, aber ebenfalls wie Magen-Dünndarmwände wässerig durchtränkt.

Die Obduktion der Leiche des Kindes K. ergab einen ähnlichen Befund; erhebliche Entzündung des Magendarmkanals, vornehmlich des Dünndarms, keine Milzschwellung.

Blut, Teile der Milz, des Dünndarms, des Magens und Dickdarmes, sowie die Gallenblase würden dem Hygienischen Institut zur bakteriologischen Untersuchung übergeben. Bei dieser wurde im Blut, den Dünndärmen, der Galle und der Milz die Anwesenheit des Paratyphusbazillus B. festgestellt, der auch in den Ausscheidungen einer Anzahl von Kranken (Stuhl und Urin) sowie in ihrem Blut gefunden war.

Damit war erwiesen, daß es sich um Erkrankungen infolge von Infektion mit Paratyphus handelte. Das explosive Auftreten der Erkrankungen deutete mit Sicherheit auf eine gemeinsame Ursache. Da von allen Erkrankten Pferdefleisch und zwar vorwiegend als rohes Hackfleisch, vereinzelt gebraten bezw. nicht vollständig durchgebraten, genossen und nach dessen Genuß die Erkrankungen aufgetreten waren, konnte nur das Fleisch als Krankheitsursache in Betracht kommen.

Wie schon erwähnt, war der Laden des Fleischermeisters E. in Greifswald, von dem das Fleisch in allen Fällen bezogen worden war, sofort geschlossen und Fleischteile, darunter Hackfleisch, zur Untersuchung entnommen worden. Das Fleisch war äußerlich von tadelloser Beschaffenheit und war, wie die Fleischproben, die bei der ersterkrankten Familie K. beschlagnahmt waren, von normalem Geruch, normalem Aussehen und nicht faulig. Die chemische Untersuchung ergab normale Reaktionen und das Fehlen von Fäulnisprodukten. Durch die bakteriologische Untersuchung wurde aber im gehackten Pferdefleisch, das aus Mischfleisch von den drei Pferden stammte und in Fleischstücken, die dem zuerstgeschlachteten Tiere W. entnommen waren, Paratyphus-

bazillen nachgewiesen, während das Untersuchungsergebnis beim Fleisch, das von den Tieren aus Nepzin und Bartmannshagen herrührte, negativ war.

Damit war die Krankheitsursache einwandfrei festgestellt.

Während sich im Hackfleisch massenhaft Paratyphusbazillen fanden, konnten in dem Fleisch trotz zahlreicher Proben nur vereinzelte Paratyphusbazillen nachgewiesen werden. Es bestand nun die Möglichkeit, daß bei der Bereitung des Hackfleisches eine Person beteiligt war, die als Bazillenträger das Fleisch mit Bazillen infiziert hatte. Die angestellten Untersuchungen haben dafür keinen Anhalt ergeben. Im Laden und Arbeitsraum des E. sah es sehr sauber aus und die Untersuchungen der Ausscheidungen der Familie E. und seines Personals hatten ein negatives Ergebnis. Trotzdem ist diese Möglichkeit nach der Ansicht von Uhlenhuth und Gärtner, der sich auch Friedberger anschließt, nicht ausgeschlossen.

Ferner können, da durch die Forschungen festgestellt ist, daß Mikroorganismen mit den Eigenschaften der Paratyphusbazillen im Organismus eines gesunden Menschen oder Tieres sich finden, vereinzelte Bazillen vor oder bei der Schlachtung aus dem Darm des Pferdes in den Körper eingedrungen sein und sich nachher im Hackfleisch vermehrt haben. Es ist nicht ausgeschlossen, daß dieser Fall bei dem Pferde W. eingetreten ist.

Schließlich kann auch eine sekundäre Infektion durch Fliegen usw. vorgelegen haben.

Nach den Veröffentlichungen ist der Paratyphusbacillus nicht nur beim Menschen, sondern auch bei Tieren, z. B. Rindern, Schweinen, Hammeln, Kälbern, Ziegen, Vögeln, Fischen, selten aber beim Pferde nachgewiesen worden.

Die Epidemie bot auch hier eine große Verschiedenheit des Krankheitsbildes, einmal unter dem Bilde einer Magendarmentzündung einsetzend und sich bis zu einem der asiatischen Cholera ähnlichem Bilde steigernd, manchmal auch das Bild einer schweren Influenza darbietend.

Die angeordneten sanitätspolizeilichen Maßnahmen bestanden im Schluß des Ladens des Schlachtermeisters E., Vernichtung der Fleischwaren nach Abschluß der Untersuchung, bakteriologische Untersuchung der Abgänge der E.schen Familienmitglieder und des Personals, Ausschluß des Dienstmädchens von der Beschäftigung bei E., bis durch wiederholte Untersuchungen erwiesen war, daß keine Bazillen mehr vorhanden waren, fortlaufende Desinfektion besonders der Abgänge der Erkrankten durch zwei Desinfektoren, die von Wohnung zu Wohnung in Greifswald gingen, tägliche Abfuhr der Kübel, in denen die Abgänge gesammelt wurden und Warnung der Bevölkerung vor dem Genuß rohen Fleisches.

Kreisfürsorgegesetz und Kreisarzt.

Von Kreisarzt Dr. Ascher-Harburg a. Elbe.

Sollte, wie zu hoffen, das von v. Behr-Pinnow vorgeschlagene Kreisfürsorgegesetz demnächst in Wirklichkeit treten, so dürfte hierdurch die Stellung des Kreisarztes in einer Weise verändert werden, wie niemals seit Erlaß des Gesetzes vom 16. September 1899 betr. die Dienststellung des Kreisarztes. Damit dürfte eine Bewegung zu einem vorläufigen Abschluß kommen, die von unserer Medizinalverwaltung vorauschauend und den Erfahrungen sich stets anpassend seit Jahren durch Erlasse und Ausbildungskurse gefördert wurde.

Alle die einzelnen Bestrebungen auf diesem Gebiete: Tuberkulose-, Säuglings-, Kleinkinder- usw. bis zur Wohnungs-Fürsorge bestehen aus Belehrung und Unterstützung; sie beginnen und enden in der Wohnung; sie brauchen Aerzte und Nichtärzte zu ihrer Ausführung; sie verlangen medizinisches und sozialpolitisches Wissen; sie haben als letztes Ziel die Verhütung von Krankheit und Hebung der Widerstandskraft.

Als praktische Hygieniker dürfen wir Kreisärzte uns nicht dadurch beirren lassen, daß dieser und jener Zweig zunächst von klinischer Seite bearbeitet wurde; auch die Gesundheitspflege entwickelte sich aus der Krankenpflege, zugleich auch aus der Armenpflege.

Wollen wir zu einem hygienischen Gesamtbild kommen, dann müssen wir an den Gegenstand herantreten, als ob er von uns ganz neu geschaffen werden müßte. Wir teilen hierzu die Bevölkerung in folgende Gruppen:

1. Schwangere, Wöchnerinnen und Säuglinge. Diese drei gehören zusammen, wollen wir das kommende Geschlecht von den ersten Anfängen an in unsere Obhut nehmen. Es kann das Material zu uns in besondere Beratungsstunden kommen; wahrscheinlich aber werden diese sich in kleineren Orten auf die Dauer nicht halten, wenn wir nicht durch besondere Meldungen und besondere Vergünstigungen für Erneuerung sorgen. Das geschieht am besten, wenn wir die Hebammen für die Sache gewinnen, ihnen die Meldungen auf jede Art erleichtern und sie an den Beratungen nach Möglichkeit teilnehmen lassen. Materielle Unterstützungen, zum Teil mit hygienischem Charakter, wie Milchküchen werden an manchen Orten wünschenswert sein. Die Hauptsache aber bleiben Hausbesuche; 3 Gruppen haben für uns besondere Wichtigkeit und sollten deshalb von den Hebammen gemeldet werden: Bedürftige, Uneheliche und nicht stillende Mütter. Die Beratungen der Schwangeren müßten gesondert werden, zumal hier vielfach das soziale Moment vor dem hygienischen überwiegen wird.

2. Das vorschulpflichtige Alter. Teils als Fortsetzung der Fürsorge für den Säugling, teils durch Besuche in Kinderhorten, Kleinkinderschulen werden wir zu unsern Schützlingen kommen. Die Beratung wird sich am besten an die für die Säuglinge anschließen. Die bisherige gelegentliche Auf-

suchung der Kinderhorte usw. durch den Kreisarzt müßte durch eine schulärztliche Ueberwachung des einzelnen Kindes ergänzt werden. Die Verbindung mit dem Elternhause müßte durch Besuche neben den Beratungen hergestellt werden.

3. Für die Schulzeit gilt dies in noch höherem Maße. Die alle 5 Jahre zu wiederholenden Besuche der Schulen durch den Kreisarzt müssen überall durch Ueberwachung der Schulkinder durch Arzt und Lehrer ergänzt werden. Besondere Beratungsstunden für Eltern, namentlich für die Berufswahl, und Elternabende müßten eingeführt werden.

4. Die Zeit nach der Schulzeit zeigt uns die Jugend in einer besonders gefährdeten Periode. Der Höhepunkt der Widerstandskraft ist überschritten, die Sterblichkeits- und Kränklichkeits-Kurve beginnt zu steigen, ganz besonders die der Unfälle und der Geschlechtskrankheiten; seelische Störungen machen sich in besonderem Maße geltend. Hierauf ist die Lehrerschaft, sowohl die in den Fortbildungsschulen, wie auch die im Berufe (Meister usw.) stets aufmerksam zu machen; Beratungen des einzelnen, gegebenenfalls mit seinen Eltern sind erforderlich, vorsichtige Ueberwachung häufig nicht zu umgehen.

5. Die Zeit des Heeresdienstes. Schon die Musterungsergebnisse, noch mehr die Bewährung im Dienst sind die besten Prüfsteine für die Erfolge in den vorhergehenden Lebensabschnitten. Die Aufstellung der Stammrolle sollte bereits gesundheitliche Momente berücksichtigen, die sich aus den hierfür zu führenden Aufzeichnungen der vorhergehenden Lebensabschnitte ergeben, besonders die für die Erkennung körperlicher oder seelischer Leiden wichtigen.

Die aus dem Heeresdienst mit einem Leiden Entlassenen bedürfen einer gesundheitlichen Ueberwachung.

6. Die Altersklassen nach der Militärzeit. Eine amerikanische Lebensversicherungs-Gesellschaft hat pekuniäre Erfolge mit der regelmäßigen jährlichen Untersuchung ihrer Versicherten erzielt, die sie in einem mit den besten diagnostischen Hilfsmitteln ausgestatteten Institut — Lebens-Verlängerungs-Institut — auf ihre Kosten ausführen läßt. Die Deutschen Lebensversicherungs-Gesellschaften beschäftigen sich, nach Mitteilungen von Florschütz, mit der Schaffung einer ähnlichen Einrichtung; für die soziale Versicherung dürfte hierzu noch mehr Anlaß gegeben sein, besonders nach dem Kriege, wo eine Menge berechtigter und unberechtigter Klagen über Kriegsschäden zu erwarten sind.

Nur wo das Bedürfnis für besondere Beratungsstellen für besondere Krankheiten sich herausstellt, sollten diese geschaffen oder erhalten werden; sonst soll die Beratung eine allgemeine sein. So, wie der praktische Arzt in kleineren Orten alle Zweige der Medizin ausübt, und zwar meist mit sehr gutem Ergebnis, muß der Hygieniker des kleineren Ortes neben der Gesundheitspflege auch die Gesundheitsfürsorge beherrschen. Hierzu bedarf es aber der Helfer und Helferinnen, ärzlicher

und nichtärztlicher. Die letzteren seien vollbesoldete, teilweise besoldete, ehrenamtliche. Die ärztlichen Helfer dürften sich am besten aus den Reihen der Aerzte ergeben; man sorge für eine entsprechende Entschädigung. In größeren Gemeinden dürfte diese Frage schon gelöst sein; für kleinere bedarf sie unbedingt der Lösung. Der von Berger geforderte Kommunalarzt wird nicht überall am Platze sein; es wird sogar besser sein, die Aerzte mindestens versuchsweise zur Mithilfe heranzuziehen. Es wird sich dann hieraus ein ähnliches Verhältnis wie bei der Pockenimpfung ergeben: Der Kreisarzt ist der hygienische Berater, — womöglich auch der Leiter —, in allen Fällen der Sammler und Sichter der Erfahrungen; an der Ausübung beteiligt er sich, wie die praktischen Aerzte.

Die Beschäftigung halbbesoldeter Helfer ermöglicht die Mitarbeit tüchtiger Hausfrauen oder besonders erfahrener Männer für einige Stunden täglich, die der ehrenamtlichen gibt Vereinen, Lehrern, Geistlichen, Schwestern Gelegenheit zur Mitarbeit. Die Anstellung von vollbesoldeten Kräften ist überall notwendig; gerade sie sichern die dauernde und gleichmäßige Arbeit. Hierzu ist aber eine ausreichende Bezahlung und die Sicherung gegen Schäden aus Krankheit, Invalidität usw. erforderlich.

Um aber die Mittel hierzu wie zu einem regelrechten fürsorgerischen Betriebe überall, auch in ärmlichen Kreisen aufzubringen, ist eine breite Grundlage erforderlich. Hierfür habe ich provinzielle Zweckverbände von Krankenkassen, Landesversicherungsanstalt, Provinz, Heer und Aerzteschaft (letztere als Berater) vorgeschlagen. Sie sollen überall für ein Mindestmaß sorgen; was darüber hinausgeht, bleibt Sache der örtlichen Verwaltung — Stadt, Kreis —; hierdurch ergibt es sich, daß die bestehenden Fürsorgeeinrichtungen keine Beeinträchtigung erfahren sollen, im Gegenteil ist, wie die Erfahrungen in Hamm gezeigt haben, von den regelmäßigen Musterungen bei Impfungen, Schulbesichtigungen usw. eine erhöhte Tätigkeit der Fürsorgestellen mit Sicherheit zu erwarten, und nicht nur der Fürsorgestellen, sondern aller Wohlfahrtsanstalten. Auch die private Liebestätigkeit wird ein größeres Feld finden und, was ihr bisher vielfach fehlte, eine sachverständige Beratung, gestützt auf allgemeine, wie auf örtliche Erfahrungen.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die außerordentliche Tagung der Vereinigung zur Förderung des deutschen Hebammenwesens vom 21. Oktober 1916 zu Hannover.

Der Vorsitzende, Dr. **Rißmann**, Direktor der Provinzialhebammenschule in Osnabrück, eröffnet 9½ vormittags die Versammlung. Er begrüßt zunächst die Teilnehmer, insbesondere die erschienenen Gäste: H. Geh Ob.-Med.-Rat Dr. Krohne-Berlin, Vertreter des preuß. Ministeriums des Innern, H. San.-Rat Dr. Herzau-Halle a. S., Vertreter des Deutschen Aerzteverbandes, H. Geh. Med.-Rat Dr. Langerhans-Celle, Vertreter des Deutschen und Preußischen Medizinalbeamtenvereins, H. Dr. Rott-Charlottenburg, Oberarzt am Augusta Viktoria-Haus und Schriftführer des Organisationsausschusses für Säuglingsschutz, H. Prof. Dr. Klumker-Frankfurt a. M. sowie Frau Olga Gebauer-

Berlin, Vorsitzende der Vereinigung deutscher Hebammen und Frau A. Schinkel, Hebamme in Frankfurt a. M., Vertreterinnen der Hebammenschaft; er dankt ihnen für ihr Erscheinen.[1]) Sodann teilt er mit, daß das Kgl. Sächs. Ministerium leider durch Lage der Geschäfte verhindert sei, einen Vertreter zu entsenden; auch von verschiedenen Mitgliedern der Vereinigung seien schriftliche Absagen eingegangen, in denen einige von ihnen schriftlich zu den Leitsätzen Stellung genommen hätten, deren Verlesung er sich vorbehalte.

Nachdem hierauf die Herren Prof. Dr. Burkhardt-Würzburg und San.-Rat Dr. Mann-Paderborn zu Schriftführern gewählt und einige geschäftliche Vorfragen erledigt sind, wird in die allgemeine Erörterung des Hauptgegenstandes der Tagesordnung

Hebammenwesen und Säuglingsfürsorge

und der dazu von Geh. Med.-Rat Kehrer-Dresden, San.-Rat Dr. Mann-Paderborn und Dr. Rißmann-Osnabrück erstatteten, den Teilnehmern schon vorher zugestellten Vorberichte (s. diese Zeitschrift, Nr. 1, S. 1 u. fol.) eingetreten.

Der erste Berichterstatter, Geh. Med-Rat Prof. Dr. Kehrer-Dresden, der leider am Erscheinen behindert war, hatte auf eine Anfrage des Vorsitzenden sich nachträglich noch zu einigen Punkten wie folgt geäußert:

„1. Ueber die Ausbildung der Bezirksfürsorgerinnen. Hier bin ich der Ansicht, daß sie zwei Jahre in Anspruch nehmen sollte. In den ersten 1½ Jahren würde sie in einem Säuglingsheim und danach in einer Säuglingsheilanstalt, im letzten halben Jahre im wesentlichen in sozialer Fürsorge theoretisch und vor allem praktisch in einer Mutterberatungsstelle und bei Hausbesuchen geschehen müssen. Die Kenntnisse über die Elemente der sozialen Fürsorge, der Grenzgebiete: Mutterschutz, Krüppel- und Rachitisfürsorge, Blinden- und Trinkerfürsorge, Tuberkulose- und Geschlechtskrankheiten-

---

[1]) Außer den oben genannten Gästen waren folgende Mitglieder der Vereinigung anwesend:

1. Dr. v. Alvensleben, Direktor der Provinzial-Hebammenlehranstalt in Magdeburg.
2. Geh. San.-Rat Dr. Brennecke, leitender Arzt des Wöchnerinnenheims in Magdeburg.
3. Prof. Dr. Burckhardt, Hebammenlehrer in Würzburg.
4. Dr. Dohrn, Kreis- und Stadtarzt in Hannover, z. Z. in Brüssel.
5. Dr. Ellerbrock, Direktor der Provinzial-Hebammenschule in Celle.
6. Dr. Fressel, leitender Oberarzt an dem Institut für Geburtshilfe und Hebammenlehrer in Hamburg.
7. Prof. Dr. H. Freund, Direktor der Hebammenschule in Straßburg i. E.
8. Prof. Dr. Hammerschlag, Direktor der Hebammenlehranstalt in Neukölln (Berlin).
9. Dr. Hartmann, Landesrat in Hannover.
10. Dr. Hunaeus, Kinderarzt in Hannover.
11. San.-Rat Dr. Hilden-Remels (Ostfriesland).
12. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Krukenberg, Vorsteher des Hebammenlehrinstituts in Braunschweig.
13. Med.-Rat Dr. Kupferberg, Direktor der Hebammenlehranstalt in Mainz.
14. San.-Rat Dr. Mann, Direktor der Provinzial-Hebammenlehranstalt in Paderborn.
15. Dr. Nacke, leitender Arzt und Hebammenlehrer des Wöchnerinnenheims am Urban, Berlin.
16. San.-Rat Dr. Poten, Direktor der Provinzial-Hebammenlehranstalt in Hannover.
17. Dr. Pulvermacher, Arzt am Wöchnerinnenheim Reinickendorferstraße in Berlin.
18. Dr. Prochownick, Frauenarzt in Hamburg.
19. Dr. Riehn, Arzt der Säuglingsabteilung der Kinderheilanstalt Hannover.
20. Dr. Rißmann, Direktor der Provinzialhebammenschule in Osnabrück.
21. Dr. Tietze, Bezirksarzt in Schwarzenberg (Sa.)
22. Dr. Weißwange, Frauenarzt in Dresden.
23. Med.-Rat Dr. Willers, Direktor der Hebammenlehranstalt in Oldenburg.

bekämpfung, Wohnungsaufsicht, Wohnungspflege, Kranken und Invalidenversicherung, Berufsvormundschaft etc. könnten m. E. am besten in einer der Säuglingsfürsorgezentralen in den größeren Städten erworben werden, deren Leitung in den Händen von großenteils vortrefflichen Ziehkinderärzten liegt. Diese Zentralen könnten also mit staatlicher Unterstützung zu Lehrstätten für die Bezirksfürsorgerinnen erweitert werden, in denen theoretischer wie praktischer Unterricht durch die bewährten Ziehkinderärzte erfolgt.

Wenn Sie sagen, die beste Grundlage für die Ausbildung der Bezirksfürsorgerin sei die einer noch besser als jetzt ausgebildeten Hebammenschwester und alles übrige Wissenswerte sei leicht nachzuholen, so bin ich anderer Ansicht. Man kann unmöglich zwei wichtige Hauptberufe, den der Bezirksfürsorgerin und den der Hebamme, von denen die Zukunft des Volkes in gleicher Weise und zu nicht geringem Teil abhängt, miteinander vereinigen. Eine Hebamme, die eine leitende Bezirksfürsorgerin wäre, wird ihren Hebammenberuf unbedingt vernachlässigen, mit infektiösen Kindern (Ekzeme, Infektionskrankheiten) in Berührung kommen müssen etc.

2. Weiter äußern Sie die Ansicht, daß ein Zusammenarbeiten zwischen Bezirksfürsorgerin und Hebamme nicht möglich ist. Ich meine, daß die Möglichkeit der Zusammenarbeit lediglich eine Frage des guten Willens, des Taktgefühls auf beiden Seiten und der Beeinflussung durch die Aerzte und die Hebammen-Organisation ist. Die besseren Elemente unter den Hebammen werden Taktgefühl und guten Willen gewiß besitzen; den ungeeigneten Hebammen kann die Säuglingsfürsorge höchstens im Notfall und bis auf weiteres auf dem Land übertragen werden. Ferner soll den Hebammen mehr der Mutterschutz, den Bezirksfürsorgerinnen mehr der Säuglings- und Kleinkinderschutz übertragen werden. Zudem steht der Hebamme jederzeit der Beschwerdeweg über die Bezirksfürsorgerin beim Fürsorgearzt, Fürsorgeausschuß, Bezirksarzt und Gemeindevorstand offen.

3. Daß die Bezirksfürsorgerinnen, die die Mutterberatungsstellen leiten wie Sie meinen, auch in Mutterschutz ausgebildet sein sollen, möchte ich nicht für notwendig und auch im Interesse der Hebammen nicht für nützlich halten. Gerade auf dem Gebiet der Mutterfürsorge soll neben dem Fürsorgearzt nur die Hebamme sachverständig und tätig sein. Die Fürsorgerin soll in dem letzten Halbjahr ihrer sozialen Ausbildung nur über die elementaren Kenntnisse des Mutterschutzes unterrichtet werden. Wir müssen uns von der Vorstellung freimachen, daß Aerzte und Hebammen bisher genug für den Mutterschutz geleistet hätten. Wie spät wird Auskunft gegeben über richtiges hygienisches Verhalten in der Schwangerschaft, wie oft werden noch Kohabitation, Sitzbäder, Scheidenspülungen, Behandlung der Brüste mit schmutzigen Salben etc. bis kurz vor der Geburt von den Frauen vorgenommen; wie selten kommen Frauen in der frühesten Zeit der Schwangerschaft zur Untersuchung und Beckenmessung! Endlich, wie wenig wissen die Hebammen von den wirtschaftlichen Unterstützungsmöglichkeiten der schwangeren Frau, wie oberflächlich üben sie die Stillprüfung aus u. a. m. Hier erwachsen wahrscheinlich den Hebammen Aufgaben in genügender Zahl. Erfüllen sie diese, dann bekommt der Hebammenberuf einen viel bedeutungsvolleren und idealeren Akzent; denjenigen Hebammen aber, die sich dieser Aufgaben fähig und würdig zeigen, wird die Regierung den Uebertritt zum Beruf der Säuglingsfürsorgerin auf Wunsch gewiß leicht machen.

Ich muß mich heute mit diesen kurzen Andeutungen begnügen. Meine Anschauungen im einzelnen werden in 1—2 Wochen in der Zeitschrift für Bevölkerungspolitik und Säuglingsfürsorge von Salge, Schlossmann und Opitz erscheinen.

Nur noch etwas darf ich Ihnen, sehr geehrter Herr Kollege, sagen: daß ich nicht der Anschauung bin, daß durch meine Leitsätze dem Hebammenberuf geschadet werden kann. Ganz im Gegenteil! Im Grunde sind wir — wie mir scheint — übrigens gar nicht so sehr verschiedener Ansicht! Sie betonen nur die leitende, ich mehr die untergeordnete Verwendung der Hebammen in Säuglingsfürsorge. Nachteil könnte dem Hebammenstand aber erwachsen, wenn man ihm die Uebertragung der Säuglingsfürsorge in leitender Stelle an Bezirksfürsorgerinnen als Eingriff in seine heiligsten Güter darstellt."

Der zweite Berichterstatter, San.-Rat Dr. **Mann**, verzichtet auf weitere Zusätze zu seinem Vorbericht.

Der dritte Berichterstatter, Dr. **Rißmann**, meint, daß Dr. Mann bei der Abfassung seines Vorberichts die Feder durchgegangen sei, weshalb seine Arbeit einen zu großen Umfang angenommen habe. — Er hält die in der Konferenz des Königl. Sächsischen Landes-Gesundheitsamtes am 9. September d. Js. zu Dresden angenommenen Leitsätze Dippes: „Die Mitwirkung der Hebammen ist namentlich für die erste Zeit, aber auch später, nach Durchführung des ganzen Planes, nicht zu entbehren. Sie müssen das Stillen noch mehr fördern als bisher, sie müssen die Mütter rechtzeitig mit den verschiedenen Einrichtungen der Fürsorge bekannt machen und ihnen deren Benutzung empfehlen. Die eigentliche Ausübung der Fürsorge aber ist der Hebamme, als Gehilfin des Arztes, nur ausnahmsweise zu übertragen und soll der eigens dafür ausgebildeten Fürsorgerin überlassen bleiben", für unzulänglich. — Er betont, daß mehrere Kreisärzte, vor allem Dörfler, ihre Hebammen schon jetzt mit glänzendem Erfolge in die Säuglingsfürsorge eingeführt haben. — Er weist ferner noch auf die durch Ascher in Hamm und Sieveking in Hamburg mit gutem Erfolg eingerichteten Fürsorgeämter auf breiterer Basis hin. — Auch habe Rapmund zu Rißmanns Artikel im „Frauenarzt" 1916 „Die Aussichten der Hebammenreform nach Friedensschluß" sich wörtlich zur vorliegenden Frage geäußert: „Rißmann steht mit Recht auf dem auch von dem Referenten und sicherlich auch von vielen beamteten und nichtbeamteten Aerzten geteilten Standpunkt, daß dasselbe Ziel (nämlich das Langsteins) durch eine zeitgemäße Reform des Hebammenwesens und durch eine Heranziehung entsprechend ausgebildeter und besser gestellter Hebammen viel einfacher und billiger zu erreichen ist, als durch Anstellung von besonderen Fürsorgerinnen." — Auch die Organisation der Hebammen habe sich auf denselben Standpunkt gestellt. — Die Grundlage für die Fürsorgerin könne gar nicht gedacht werden ohne die Kenntnisse, die eine tüchtige Hebamme haben muß. Es genügen ganz und gar nicht, wie das einzelne Kinderärzte immer wieder ausführen, die Kenntnisse einer Kinderkrankenschwester. Das müsse scharf betont werden. Gewiß müsse auf dieser Grundlage noch weiter aufgebaut werden und zwar nach verschiedenen Richtungen hin je nach dem Umfang, in dem man die Fürsorgeschwester verwenden will.

Dr. **Mann** erwidert Rißmann, daß er bei Abfassung seines Vorberichts seine Feder sehr wohl in Zügel gehalten habe. Der große Umfang der Literatur und die Aufgabe, erschöpfend zu werden, habe den längeren Tenor seiner Arbeit verschuldet. Er habe versucht, darzutun, daß die notwendige Arbeit des Säuglingsschutzes in erster Linie der Mitwirkung der Aerzte, also der Medizinalbeamten, vor allem der praktischen Aerzte und ihrer Gehilfinnen, der Hebammen, zufalle; das scheine nämlich völlig übersehen zu werden (Beifall).

Auf Vorschlag des Vorsitzenden erfolgt nun zunächst die Verlesung der eingegangenen schriftlichen Aeußerungen zu den Vorberichten.

Geh. Rat Prof. Dr. **Schulze**, Exz., Jena schlägt vor: „An die Regierungen der preußischen Provinzen und an die Regierungen der übrigen deutschen Bundesstaaten den Antrag zu stellen, vollständig zu brechen mit der bisher üblichen Einrichtung, daß die Gemeinden, die eine Hebamme gebrauchen, aus ihrer Mitte diejenige Person präsentieren, die sie zur Hebamme ausgebildet haben möchten. Statt dessen sollen Frauen und Mädchen von 19—30 Jahren mit Vorlegung der erforderlichen Zeugnisse für den Hebammenberuf frei sich melden dürfen; sie sollen dann ausnahmslos einem Examen unterworfen werden, das außer den unerläßlichen Schulkenntnissen vor allem einen aufgeweckten natürlichen Verstand und einen gewissen Grad von Beobachtungsgabe nachweisen soll. Die Schülerinnen zahlen, sofern nicht ein anderer für sie zahlt oder ihnen eine Freistelle zuteil wird, selbst die Kosten für Unterricht und Verpflegung. Die Gemeinden, die einer Hebamme bedürfen, melden sich bei der Behörde."

Prof. Dr. **Stumpf**, Lehrer an der Hebammenschule in München: „Ich stimme voll und ganz mit den Leitsätzen von Mann und Rißmann überein und bei der Anschauung, daß für die gesamte Mutter- und Säuglingsfürsorge

nur Hebammen in Frage kommen. Wenn wir nicht für die Verwendung der Hebammen im Mutter- und Säuglingsschutz eintreten, graben wir das Grab des Hebammenstandes und gefährden alle bisherigen Bestrebungen für dessen Hebung und Besserung. Wenn Kehrer sagt, daß nicht alle Hebammen für den erweiterten Mutter- und Säuglingsschutz sich eignen, so kann man ihm für die gegenwärtig im Beruf tätigen Hebammen recht geben; die künftigen Hebammen müssen aber für ihre erweiterte Aufgabe ausgebildet werden, und für einen großen Teil der jetzt tätigen Hebammen kann dies in Ergänzungskursen nachgeholt werden. Es steht außer Zweifel, daß geeignet ausgewählte Personen, die bisher zu guten Hebammen ausgebildet wurden, auch für die nun erweiterte Aufgabe ausgebildet werden können. Diese Ausbildung muß den Hebammenlehrern zufallen und an zu diesem Zwecke eingerichteten Anstalten geschehen. Zu solchen Anstalten können die bestehenden Hebammenlehranstalten erweitert werden, nicht aber die geburtshilflichen Universitätskliniken, deren Aufgaben andere sind und die durch eine derartige Erweiterung eine ungebührliche Belastung erfahren würden. Kehrer fordert für die Fürsorgerinnen eine 2jährige Ausbildungszeit; diese Zeit kann aber dadurch wesentlich abgekürzt werden, wenn bereits ausgebildete Hebammen zu Fürsorgerinnen herangebildet werden. Kehrers Ausführungen mögen für die Verhältnisse in großen Städten zum Teil zutreffen; vor allem werden nicht alle in großen Städten tätigen Hebammen in den Fürsorgedienst eintreten wollen, sondern sich eine Anzahl von ihnen auf das eigentliche geburtshilfliche Gebiet beschränken. Dagegen sind für das Land die Hebammen die sich von selbst bietenden geeignetsten Persönlichkeiten für die Leitung der gesamten Mutter- und Säuglingsfürsorge. Die Hebammen des platten Landes werden dadurch zu einer Tätigkeit herangezogen, die anderweitige herabwürdigende und auf ihre geburtshilfliche Tätigkeit schädigende Nebenbeschäftigungen ausschließen und ihnen eine auskömmliche Existenz schaffen würde. Alle Einwendungen, die gegen die Verwendung der Hebammen im ganzen Gebiete des Mutter- und Säuglingsschutzes erhoben werden, sind nicht stichhaltig.

Was den Gedanken Langsteins betrifft, die zahlreichen nach dem Friedensschluß frei werdenden Pflegekräfte zur Fürsorge heranzuziehen, so halte ich die Ausführung desselben für praktisch unmöglich. Vor allem ist es unmöglich, gleich nach dem Friedensschluß die Heimat-Lazarette aufzulösen, denn gerade die Sanitäts-Organisation des Krieges kann nur allmählich abgebaut werden. Nicht nur werden voraussichtlich die schweren Kämpfe bis kurz vor dem tatsächlichen Friedensschluß fortdauern, sondern es werden zunächst die in Kriegs- und Etappenlazaretten befindlichen zahlreichen Verwundeten in die Heimatlazarette nach dem Friedensschluß erst recht überführt werden. Anderseits können aber noch die Kriegs- und Etappenlazarette nicht vollständig aufgelöst werden, weil sie für die laufenden Erkrankungen der Truppen, die voraussichtlich noch längere Zeit an der Front und in den besetzten Gebieten zu verbleiben haben werden, dienen müssen. Es wird voraussichtlich Monate und sogar über ein Jahr dauern, bis die Zahl der Heimatlazarette verringert oder gar auf den Friedensstand zurückgeführt werden kann. Dies geht schon daraus hervor, daß wir in unseren Heimatlazaretten noch heute Verwundete und Kranke aus dem zweiten und sogar aus dem ersten Kriegsjahre liegen haben. Dazu kommt, daß eine immer größere Zahl von Pflegerinnen an den an Zahl und Umfang immer mehr zunehmenden Invalidenfürsorgelazaretten notwendig werden und dort noch länger beschäftigt bleiben werden.

Eine weitere Frage ist, ob nach dem Friedenschluß die etwa verfügbaren freiwilligen Pflegekräfte auch wirklich noch weiterhin sich der Pflege widmen können und wollen. Nach meiner im Lazarettdienst gewonnenen Erfahrung verbrauchen sich diese Pflegekräfte sehr rasch, denn von 48 freiwilligen Pflegerinnen, die am Ende 1914 an einem mir bekannten Militärlazarett tätig waren, sind jetzt nur mehr 20 vorhanden. Die übrigen waren teils durch Ermüdung und Erkrankung, teils durch häusliche Verhältnisse, Verlobung, Verheiratung pp. veranlaßt abzugehen, auch die große Mehrzahl der gegenwärtig noch Tätigen freut sich, wie ich bestimmt weiß, schon jetzt auf den Tag, an dem sie nach Friedensschluß wieder in die Familie zurücktreten können. Da sie nun obendrein noch vor dem Uebergang in die Säuglings-

Fürsorge sich einer besonderen Ausbildung unterziehen müßten, werden sie erst recht nicht gewillt sein, diesen Weg zu beschreiten. Ich halte daher den Plan Langsteins lediglich für einen am grünen Tisch ausgedachten Gedanken, der sich in Wirklichkeit in die Tat nicht umsetzen läßt."

Geh. San.-Rat Dr. **Baumm**, Direktor der Provinzialhebammenlehranstalt in Breslau, und Dr. **Scheffzeck**, Direktor der Provinzialhebammenlehranstalt in Oppeln, haben sich gemeinsam wie folgt geäußert:

„1. Eine auf breiter Grundlage aufzubauende Bevölkerungspolitik kann sich nicht auf Säuglings- und Kleinkinderschutz beschränken; sie muß gleichzeitig die Fürsorge für Schwangere, Gebärende und junge Mütter umfassen. Beide sind für den erstrebten Zweck von gleicher Wichtigkeit.

2. Die Fürsorge für Schwangere, Gebärende, Wöchnerinnen und Säuglinge in den ersten Tagen ruht von altersher überwiegend in den Händen der Hebammen. Es ist am einfachsten, natürlichsten, billigsten und am schnellsten zum Ziele führend, ihnen auch die Fürsorge für ältere Säuglinge und kleine Kinder, so weit möglich, zu übertragen.

3. Zugegeben, viele der vorhandenen Hebammen sind dafür nicht geeignet, so ist doch folgendes zu bedenken: Ohne Bereitstellung erheblicher Mittel ist großzügige Bevölkerungspolitik nicht zu machen. Sie werden da sein. Anstatt nun damit tausende neu auszubildender Fürsorgeschwestern anzustellen, verwende man sie dazu, dem Hebammenwesen endlich die längst als notwendig empfundene Reform angedeihen zu lassen unter gleichzeitiger Uebertragung der Säuglingsfürsorge. Die Gelegenheit ist günstig wie nie, zwei Forderungen der Zeit auf einmal gerecht zu werden. Die Hebammen sind kraft ihres Berufes und kraft der Zusammengehörigkeit von Mutter- und Säuglingsschutz die berufenen Fürsorgerinnen.

4. Stellenweise — in großen Städten etc., in leitenden Stellungen der Fürsorgeorganisation — können praktizierende Hebammen allerdings nicht nebenamtlich wegen Zeitmangel als Fürsorgerinnen tätig sein. Es wäre aber ein Unglück, für solche Fürsorgestellen Nichthebammen zu berufen. Reibungen wären mit den einmal nicht zu umgehenden Hebammen mindestens — zum Schaden des Ganzen — unvermeidlich, die Fürsorgerinnen höherer Instanz aber müssen Kenntnisse und Fertigkeiten auf dem Gesamtgebiet der Bevölkerungshygiene, also auch der Schwangerschafts-, Geburts- und Wochenbetthygiene besitzen, wenn anders sie den nötigen autoritativen Einfluß auf die nachgeordneten Stellen üben sollen. Jede Fürsorgerin muß demnach das Hebammenexamen hinter sich haben, gleichgültig welche Gestalt die Organisation der Bevölkerungshygiene annehmen mag und welche Spezialausbildung den Fürsorgerinnen noch zuteil werden soll.

5. Schluß: Von einem großzügigen Bevölkerungsproblem ist nur dann umfassender Erfolg zu erwarten, wenn es an das Hebammenwesen anknüpft, es reformiert und ausbaut."

H. Dr. **Eckstein**-Zell a. See: „Mutter- und Säuglingsschutz seitens der Hebamme" wurde auf der VI. Tagung der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens als Thema für die VII. Tagung angenommen, für das ein Hebammenlehrer, ein Kinderarzt und ein Kreisarzt den Vorbericht ausarbeiten sollten, damit das Thema von allen Seiten beleuchtet wird.

Der europäische Waffengang vereitelte diese VI. Tagung 1915 und unter immer noch währenden Kanonendonner im Osten, Westen, Süden und Norden setzt dieser rührige Vorstand eine außerordentliche Tagung in Hannover an, zu der sogar ein Vorbericht in stattlichem Umfange vorliegt.

Die hohe Wichtigkeit des Themas gerade in dieser großen, wenn auch schweren Zeit rechtfertigt nicht nur das Vorgehen des Vorstandes, eine außerordentliche Tagung einzuberufen, sondern nötigt in Rücksicht auf die Möglichkeit so einschneidende Fragen zu diskutieren, Vorstand und Referenten Dank und Hochachtung auszusprechen. Bedauerlich muß es erscheinen, daß Pädiater und Kreisarzt in diesem Vorbericht nicht zum Worte gelangen konnten, was wohl nur die Kriegszeit verschuldete. „Audiatur et altera pars" muß daher einer späteren Zeit überlassen werden.

An der Hand dieses vielleicht etwas einseitig gebliebenen Vorberichtes, aus der Feder dreier Hebammenlehrer, möchte ich auch den Standpunkt des Praktikers in folgendem ins Treffen zu führen versuchen.

Eine zeitgemäße Fürsorge für Säugling und Kind ohne zeitgemäßer Fürsorge für die Mutter bedeutet, gelinde gesagt, eine Ungerechtigkeit sowohl vom wissenschaftlichen als auch sozialen Standpunkt. Gerade in der jetzigen Zeit, in der die Daseinsberechtigung der Fürsorge allgemein so voll und ganz zum Bewußtsein und Ausdruck gelangte, muß eine wissenschaftlich einwandfreie Basis geschaffen werden, auf der nach Friedensschluß logisch harmonisch aufgebaut werden kann. Was uns in der langjährigen Friedenszeit nicht gelang, auf dem von der Vereinigung zu bearbeitenden Boden zu verwirklichen, muß in dieser katastrophalen Zeit, dieser Zeit der unbegrenzten Möglichkeiten, zu schaffen und zu verwirklichen gelingen. Die auf der heutigen Tagung zu bearbeitende Materie, eines Gliedes unserer leider immer noch so notleidenden Geburts- und Wochenbettshygiene, muß in erster Reihe jedes persönliche Interesse ausschließen, womit ich eine gewisse Rivalität zwischen Geburtshelfer und Pädiater, weiter aber zwischen Hebamme, Wochenpflegerin, Säuglingspflegerin und Säuglings- und Kinderfürsorgerin meine.

Es ist ganz unleugbar, daß die zu Beginn des XX. Jahrhunderts einsetzende moderne Richtung „Für's Kind" in unverhältnismäßig kurzer Zeit Dank der wissenschaftlichen und charitativen Tätigkeit die Bahn ganz gewaltig geebnet wurde, wie wir Geburtshelfer dies für unsere Geburts- und Wochenbetthygiene leider noch nicht erreicht haben. Ueber die Gründe dieses geringeren Erfolges zu sprechen ist hier nicht der Ort.

Die Bewegung für's Kind hat nun, wie nicht anders möglich, zwei Gebiete, Geburtshilfe und Pädiatrie, aneinander gebracht, so daß es, um eben logisch zu arbeiten, wohl in erster Reihe darauf ankommen muß, streng zu trennen, wo in der Lösung dieser Frage der Geburtshelfer aufhört und der Pädiater einsetzt.

Der Zeit entsprechend soll und muß die Pädiatrie sich mit der Hygiene und Sozialhygiene des Säuglings und Kindes außerklinisch beschäftigen und Verbreitung finden und demzufolge dann eine Vermehrung der Lehrstätten eintreten. Das Naheliegende ist, daß diese Lehrstätten der praktischen Pädiatrie allen Anstalten angegliedert werden, in denen eben Kinder zur Welt kommen, das sind in erster Reihe geburtshilfliche Kliniken und Hebammenanstalten.

Wie an den geburtshilflichen Kliniken Aerzte und an den Hebammenlehranstalten Hebammen ausgebildet werden, so sollen an den Gebäranstalten, die zum Teil Hebammenausbildungszwecken dienen, Abteilungen für Pädiatrie geschaffen werden, die Lehrzwecken für Säuglings- und Kinderpflege und Fürsorge dienen sollen. Daß zwingende Gründe für diese Neugründung vorhanden sind, liegt wohl durch das zeitgemäße Bedürfnis klar zu Tage. Nur sind dabei zwei Fragen zu lösen: Soll der Hebammenlehrer Leiter der pädiatrischen Abteilungen und soll die Hebamme zur Säuglings- und Kindespflege und Fürsorge herangebildet werden.

Es ist nicht das erste Mal, daß ich vom Standpunkte des ausschließlich geburtshilflich-gynäkologischen Praktikers die Behauptung aufstelle, daß es eine wissenschaftlich unanfechtbare Tatsache ist, daß Geburtshilfe und Pädiatrie eine strenge Trennung erfahren müssen und die so häufig in Haupt- und Großstädten von Aerzten gebrauchte Titulatur „Frauen- und Kinderarzt" allen Prinzipien unserer Asepsis widerspricht.

Aus diesem nicht wegzuleugnendem Grunde müssen der Pädiatrie eben neue Bahnen geebnet werden, klinisch wie praktisch, um eben die im Werden begriffene Hygiene und Sozialhygiene des Säuglings und Kindes analog auszubauen, wie wir dies für unsere Geburts- und Wochenbettshygiene anstreben; wenn auch behauptet werden kann, daß die ganze pädiatrische Forderung eine Teilforderung unserer Neuorganisation der Geburts- und Wochenbettshygiene bildet.

Entsprechend dem Wesen unserer Asepsis, die die einwandfreien Erfolge unserer Geburtshilfe zeitigte, soll der Geburtshelfer und die geburtshilflichen Beistände nur so lange mit dem Säugling sich befassen, als sie sich mit der Wöchnerin zu befassen haben, vorausgesetzt, daß der Säugling eine normale Entwicklung aufweist. Im Erkrankungsfalle hat des Pädiaters Tätigkeit einzusetzen. Dies gilt für die Klinik ebenso, wenn nicht noch viel mehr, als wie für die Praxis. Die Angliederung von pädiatrischen Abteilungen an Gebäranstalten muß demnach zwar als wünschenswert, vielleicht sogar dringlich er-

scheinen, aber rein äußerlich, ein innerer Kontakt ist weder erstrebenswert noch opportun, worüber nach dem Vorhergesagten nicht gesprochen werden braucht.

Der Hebammenlehrer soll und darf nicht Pädiater sein, trotzdem seiner Anstalt die Pädiatrie angegliedert werden muß, weil, wie schon erwähnt, Säuglings- und Kinderfürsorge heute bereits wissenschaftliche Spezialgebiete geworden sind, die seit einigen Jahren sich der größten Beachtung und Unterstützung der allgemeinen charitativen Tätigkeit erfreuen, deren sich leider unsere Geburts- und Wochenbettshygiene nicht erfreut.

Wir Geburtshelfer sowie alle Geburtshilfe Lehrenden sollen und müssen uns aber bestreben, auf unserem Gebiete der Geburts- und Wochenbettshygiene, wo alljährlich noch Hekatomben Mütter geopfert werden, reinen Tisch zu machen.

Die Uebernahme der Säuglings- und Kinderfürsorge durch Leiter von Gebäranstalten bedeutet aber eine Zersplitterung unserer Kräfte.

In Rücksicht auf die Folgen des Weltkrieges muß sich die Vereinigung zur Förderung deutschen Hebammenwesens mehr denn je ihrer Aufgabe bewußt werden, dahin zu arbeiten, daß unsere zahlreichen, immer noch nicht realisierten Forderungen speziell auf dem Gebiete des Hebammenwesens ihrer Realisierung zugeführt werden. Ueberlassen wir dem Pädiater, was seines Amtes ist. Die wissenschaftliche Qualifikation desselben garantiert, daß alle Forderungen der Hygiene und Sozialhygiene des Kindes wohl organisiert werden werden und daß die Verwirklichung derselben erreicht werden wird, wenn die Anteilnahme der Staatsregierung und Allgemeinheit aufrechterhalten bleibt.

Unseren jetzigen Durchschnittshebammen-Säuglingschutz im engeren und Kinderfürsorge im weiteren Sinne noch aufbürden zu wollen, muß einen Schlag ins Wasser bedeuten.

Daß es da in erster Linie gerade die Neuorganisation des Hebammenwesens ist, die von ihrer zeitgemäßen Umgestaltung noch weit entfernt ist, spricht für die zur Besprechung stehende Frage eine ganz deutliche Sprache. Unsere Hebammen sind heute in 90% nicht fähig, unseren zeitgemäßen Anforderungen entsprechenden Mutterschutz durchzuführen, wie sollte da noch von einer Hebamme der Säuglings- und Kinderschutz aufgenommen und geleistet werden. Dazu sind das Hebammenmaterial von heute und die Hebammenaspirantinnen unter den gegenwärtigen Aufnahmebedingungen absolut nicht geeignet, in erster Reihe in Rücksicht auf ihr geistiges Niveau. Dazu kommt, daß die Hebamme oft zur Betätigung des Mutterschutzes kaum Zeit findet und die Wochenpflegerin eben ihres Amtes walten muß. Ist die Hebamme frei und würde sie sich in der Säuglings- und Kinderfürsorge betätigen, so besteht die große Gefahr der Infektionsverschleppung in die Wochenstube, wenn sie eben plötzlich zu einer Geburt gerufen wird. Die Hebamme von heute ist noch viel weniger wie ein großer Teil der Aerzte einer strengen Wahrung des Status Auto-non-infectionis gewachsen und die Konsequenzen davon werden eben nicht ausbleiben.

Daher glaube ich behaupten zu können, Hände weg! von der Verwendung der Hebamme zum Säuglingsschutz.

Erfordert es die neue Richtung unserer Zeit, daß dem Säugling und dem heranwachsenden Kind wissenschaftliche und soziale Fürsorge zuteil wurde, so ist es Sache der Staatsregierung, in der gleichen Weise wie Schulärzte u. a. m. Pädiater staatlich anzustellen, die lediglich für diese Zwecke Personal auszubilden haben, das wiederum von staatlich angestellten Pädiatern in der Praxis organisiert und überwacht wird. Geburtshelfer wie Hebamme haben aber damit nichts zu tun.

Wie die Dinge in unserer Geburts- und Wochenbettshygiene jetzt liegen, soll an einem veralteten und kranken Organismus herumkuriert und ihm eben neue Funktionen noch zu seiner Disfunktion aufgebürdet werden. Vielleicht sehe ich diesbezüglich zu schwarz und anderseits zu rosig, wenn ich behaupte, daß wir eigentlich Utopien anstreben, wenn die Hebamme die normal verlaufende Geburt und das normale Wochenbett leiten soll, die Wochenpflegerin dabei die Hebamme unterstützt, die Säuglingspflegerin den Säugling übernimmt, wonach das heranwachsende Kind den Schutz der Kinderfürsorgerin genießen soll, um dasselbe dann dem Schularzt zu überlassen.

Die Bewertung des einzelnen Menschenlebens sollte eigentlich auf dieser Höhe stehen, den Werdegang eines jeden Säuglings in diese Bahn geleitet, zu fordern. Dazu kommt aber unweigerlich die Forderung, daß die Intelligenz und die materielle Kraft des Volkes auf der Höhe stehen muß, solche Fürsorge anzunehmen, richtig zu bewerten und zu fördern; ohne einheitliche staatliche Fürsorge und Organisation wird dies Ziel aber nicht zu erreichen sein.

Zusammenfassend stelle ich die Schlußsätze auf:

1. Säuglings- und Kinderfürsorge sind an den Hebammenlehranstalten zu lehren, hierzu aber räumlich vollständig getrennte Anstalten zu schaffen und nur Pädiater als Lehrer zu bestellen, die dem Leiter der Hebammenlehranstalt gleichgestellt, dem Direktor aber unterstellt sind.

2. Hebammen sind weder für Säuglings- noch für Kinderfürsorge auszubilden, ohne Rücksicht auf eine vielleicht eintretende materielle Schädigung derselben.

3. Der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens obliegt es, sich lediglich fördernd dieser ganzen Bewegung anzuschließen und gerade in der gegenwärtigen Kriegszeit auf eine baldige und einheitliche Neugestaltung des Hebammenwesens in vermehrter Weise zu drängen."

(Schluß folgt.)

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

1. Paratyphus.

Paratyphus A. Sammelreferat von Kreisarzt Dr. Wolf-Hanau.

Zu den Infektionskrankheiten, die uns während des Krieges in erhöhtem Maße beschäftigt haben, gehört auch der Paratyphus A. Da die Literaturangaben sehr verstreut sind, so soll an dieser Stelle eine kurze Zusammenstellung gebracht werden.

Der Bacillus paratyphus A (Typhus Brion-Kayser) steht dem Typhusbacillus nahe, unterscheidet sich aber von ihm, daß er Lackmusmolke rötet (Säurebildung) und Gas bildet im Traubenzuckeragar (weniger als Paratyphus B), während Paratyphus B zwar Gas, aber keine Säure bildet. Er findet sich im Blute und wird ausgeschieden durch Fäzes, Galle und oft auch durch den Urin. Seine Uebertragung erfolgt vermutlich durch Nahrungsmittel, hauptsächlich durch Milch und Wasser. Jochmann[1]) unterscheidet eine typhöse Form, die einen mittelschweren Typhus ohne besonders eigenartige Züge gleicht, und eine akute gastroenteritische Form ähnlich dem Paratyphus B. Pathognomonisch sind die Roseolen auf der Haut des Abdomens an der Seite und am Rücken. Die Tierpathogenität gleicht derjenigen des Typhusbacillus. Nach Kolle-Hetsch[2]) werden hochwertige spezifische Tierseren genommen; auch ist die Widalreaktion für diese Erkrankung brauchbar. Vor dem Kriege hielt man den Erreger nicht für weit verbreitet, da er nur selten festgestellt wurde; nur Netter hat über 19 Fälle berichtet.

Nach der Zusammenstellung von Reiche[3]) haben sich Paratyphus A-Erkrankungen im Verlaufe des Krieges gezeigt; die angeführten Autoren (Klose, A. Schmidt und Kirschner, Klinger, Walko, Bieling) weisen darauf hin, daß er in erster Linie durch Kontakt und vor allem durch Dauerausscheider verbreitet wird; der oft leichte Verlauf der Affektion begründet weitgehende Verschleppungsmöglichkeit. Mäuler und Schricker sahen eine durch einen Dauerausscheider eingeschleppte, mindestens 27 Fälle und 3 Bazillenträger umfassende Epidemie, bei der Kontakt auf Abort und Zimmer eine große Rolle spielt. Im Falle Löwenthals wurde das Krankheitsbild zu Beginn und wochenlang ganz von einer diffusen Bronchitis beherrscht; für Typhus ungewöhnlich waren der rasche Temperaturanstieg und kleine weißliche Herde mit Bläschen- und Pustelbildung im Zentrum der Roseolen. Die Unfähigkeit, Xylose zu zerlegen, unterscheidet die Bazillen von

---

[1]) Lehrbuch der Infektionskrankheiten; 1914.
[2]) Experimentelle Bakteriologie; 1916, Bd. I.
[3]) Jahreskurse für ärztliche Fortbildung; 1916, H. 10.

Typhus und Paratyphus B. Löwenthal[4]) ist der Ansicht, daß, falls eine Namenänderung notwendig erscheint, der Paratyphus A als Typhus A bezeichnet wird, während Paratyphus B schlechtweg Paratyphus genannt werden könnte. Bezüglich des Fieberverlaufs läßt sich etwas typisches nicht angeben. Wenn auch die Regel wohl eine kurze oder überhaupt keine Continua darstellen mag, so kommen doch Fälle mit typischer, sich über mehrere Wochen erstreckender Continua vor. Das einzige, was schon bei Beginn der Erkrankung klinisch den Verdacht auf Paratyphus erwecken sollte, ist der schnelle Anstieg des Fiebers innerhalb von 1—2 Tagen. Eine sichere Diagnose ist einstweilen nur durch positive Blutkultur möglich. Verfasser beobachtete 4 Fälle sowie eine Pneumopleurotyphus A und einen Pyelitis paratyphose im Anschluß an die entsprechende Darminfektion.

Lehmann[5]) vertritt folgende Ansicht:

Trotz nächster Verwandtschaft besitzt Paratyphus A oder besaß wenigstens vor dem Kriege eine geographisch beschränkte, hauptsächlich tropisch-subtropische Verbreitung im Gegensatz zu dem ubiquitären Typhus. Jetzt im Kriege hat Paratyphus A nun außerordentlich an Bedeutung gewonnen. Ganz im Gegensatz zu Paratyphus B treten bei Paratyphus A Nahrungsmittel als Ueberträger völlig zurück. Es steht wohl außer allem Zweifel, daß bei der Verbreitung von Paratyphus A den Dauerträgern die wichtigste Rolle zukommt. Unter epidemiologischen Gesichtspunkten aber ist dann noch der häufig milde Verlauf von Paratyphus A von besonderer Bedeutung. Die praktische Bedeutung geht hauptsächlich nach drei Richtungen; alle aber beruhen auf der fundamental wichtigen Tatsache, daß der Erreger des Paratyphus A ein vom Bacillus typhosus ebenso grundsätzlich verschiedener Bacillus ist, wie vom Bacillus paratyphus B. Daher steht fest:

1. Ein durchgemachter Typhus oder Paratyphus B schützt nicht gegen Paratyphus A und umgekehrt.
2. Typhus- oder Paratyphus B-Impfung hilft nicht das mindeste gegen Paratyphus A.
3. In epidemiologischer Beziehung ist scharf zwischen Paratyphus A und Paratyphus B zu scheiden.
4. Die Prognose wird, wie schon längst bekannt, durch die richtige und frühzeitige Diagnose ganz erheblich beeinflußt.

Ferner vertritt Stephan[6]) die Ansicht, daß der Typhus A-Bacillus „der Typhusbacillus der warmen Länder“ ist. Der Verlauf seiner Fälle entsprach dem des Paratyphus B, während die von Kaliebe[6]) beobachteten 53 Fälle dem Typhus ähnelten.

Nicht selten begegnet man einer Symbiose von Typhus und Paratyphus A-Bazillen, oft sogar auch noch von Para B-Bazillen; oft ist es nicht möglich, zu entscheiden, welcher Krankheitskeim den Ausschlag gibt. Nach der Mitteilung von Stintzing[7]) trat Paratyphus A vereinzelt, aber auch gruppenweise in einzelnen Truppenteilen auf; in seiner Armee zuerst im Oktober 1915. Die letzten Fälle fielen in den Februar 1916. Aetiologisch konnte nichts sicheres festgestellt werden. Einer Verallgemeinerung der Anschauung Lehmanns, daß der Paratyphus A überhaupt aus tropischen Ländern eingeschleppt sei, steht seiner Verbreitung im Wege, insbesondere auch das Vorkommen bei Truppen, die keine Berührung mit ausländischen Kolonialtruppen gehabt haben. Die Krankheitsfälle betrugen nicht den 10. Teil derjenigen von Paratyphus B und verliefen meist unter dem Bilde eines leichten bis mittelschweren Typhus, gewöhnlich mit akutem Beginn, öfters mit Frost. Klinisch ist die Unterscheidung von der B-Form nicht möglich. Die Ausscheidung der Bazillen dauerte mindestens 4 Wochen nach Beginn, in maximo 13 Wochen. Die Gesamtsterblichkeit betrug, soweit bekannt, im Heere 2,1 %. In einem Falle, der ohne Fieber und sonstige Erscheinungen verlief, fanden sich im Erguß eines Fußgelenks Paratyphus A-Bazillen. — Verfasser rät, in Zukunft mit der Schutzimpfung gegen Typhus diejenige

[4]) Münchener medizinische Wochenschrift; 1916, Nr. 46.
[5]) Zentralblatt für Bakteriologie; Bd. 78, H. 2.
[6]) Münchener Medizinische Wochenschrift; 1916, Nr. 33.
[7]) Vortrag auf der Warschauer Tagung für innere Medizin; 1916.

gegen A zu verbinden und alle Stuhlproben auch auf Paratyphus A zu untersuchen.

Mayerhofer und Jilek[8]) kommen zu folgenden Schlüssen:

1. Der Paratyphus A wurde im Felde zuweilen in Form kleiner Epidemien beobachtet; von einer Epidemie kann man dann sprechen, wenn unter den gehäuften Paratyphusfällen der sonst viel seltenere A-Typus über den B-Typus überwiegt.

2. Der klinische Verlauf der A-Fälle weist eine sehr große und bei einem und demselben Falle auch noch im Verlaufe der Erkrankung wechselnde Mannigfaltigkeit auf.

3. Die klinische Verlauf der B-Fälle des gleichzeitig beobachteten Materials und auch anderer Autoren (v. Reuß, Schmitz, Kirschner und anderer) zeigt im allgemeinen dieselbe bunte Erscheinungsform.

4. Eine exakte Diagnosenstellung des Paratyphus A ist daher unmöglich. Man kann höchstens eine Paratyphusinfektion im allgemeinen und auch die nur vermutungsweise in Betracht ziehen. Das beste Leitsymptom ist nach der Erfahrung der Verfasser die eigentümliche Vereinigung von typhösen Erscheinungen mit gastroenteritischen, toxischen, dysenterischen und choleraformen. Das Bild der Krankheit gleicht sehr oft einer Imitation oder schlechten Reproduktion des klassischen Bauchtyphus; diese Kopie verrät sich durch manche Uebertreibungen neben ausgesprochen falschen Farbentönen. So z. B. fanden die Verfasser beim Paratyphus recht oft ein außergewöhnlich starkes Roseolenexanthem, das rubeolär oder selbst masernartig den ganzen Körper überzog.

Die exakte Feststellung kann nur durch die bakterielle Untersuchung geschehen, und zwar am besten zur Zeit des Roseolenexanthems aus dem Blute; in zweiter Linie kommt die Untersuchung des Kotes, in dritter Linie die des Harnes in Betracht. Einmal gelang die Diagnosestellung aus dem frühzeitig punktierten Parotitiseiter. Es muß jedoch bei kritischer Betrachtung der bakteriologischen Ergebnisse auf mancherlei Unstimmigkeiten hingewiesen werden.

5. Differentialdiagnostisch kommen bei diesen mannigfaltig gemischten Krankheitserscheinungen mancherlei Erkrankungen in Betracht. Besonders im Beginn des Leidens muß man den Paratyphus gegen Dysenterie, Abdominaltyphus, Gastroenteritis oder gegen eine einfache Intoxikation unbekannter Ursache abgrenzen. Während des Stadiums der Roseolen muß der Paratyphus zuweilen gegen Rubeolen, Masern und gegen Fleckfieber unterschieden werden; eine mäßige oder auch starke Conjunctivitis, eine oft spontan oder sehr leicht künstlich eintretende petechiale Umwandlung des Exanthems kann die Diagnose mitunter sehr erschweren. Manche Formen gleichen wieder vom Beginne an oder im Rezidiv der asiatischen Cholera. Außerdem muß stets eine Mischinfektion des A- oder B-Typus mit T. abdominalis in Erwägung gezogen werden; diese Fälle können leicht oder schwer sein und zeigen keinerlei Besonderheiten.

Koehler[9]) berichtet über seine bakteriologischen Erfahrungen über Paratyphus A-Erkrankungen im Felde: In der 1. und 2. Krankheitswoche waren die Prozentsätze positiver Stuhl- und Blutbefunde ganz außerordentlich hoch. Besonders aussichtsvoll ist die Blutkultur; später verschwanden die Bakterien rasch aus dem Blute; ein Dauerausscheider wurde beobachtet. Eine einigermaßen bestimmte Diagnosestellung auf Paratyphus A, allein auf Grund der Widalschen Reaktion, ist bei den wenigsten der durch Bakteriennachweis sichergestellten Paratyphus A-Kranken möglich gewesen, die vorher schutzgeimpft waren. In jedem Falle aber liegt die praktische Bedeutung der Widalschen Reaktion nach allgemeiner Einführung der Schutzimpfungen bei der Truppe hauptsächlich darin, daß sie in vielen Fällen durch ihren positiven Ausfall die Aufmerksamkeit des Untersuchens der Plattenkulturen schärft.

Schmitz und Kirchner[10]) sahen Paratyphus A bei Soldaten, die aus

[8]) Medizinische Klinik; 1916, Nr. 41.
[9]) Zentralblatt für Bakteriologie; Orig.-Bd. 78, H. 6.
[10]) Münchener Medizinische Wochenschrift; 1916, Nr. 1.

dem wolhynischen Festungsgebiete kamen. Oesterlein[11]) konnte bei 23 Soldaten in Galizien Paratyphus feststellen. Klose[12]) gelang es, von August bis Dezember 1915 im Westen 35 Paratyphus A-Stämme aus dem Blut mittels Gallekultur zu züchten. Quadflieg[13]) beschreibt eine Epidemie von 29 Fällen in einem Gefangenenlager von Juni bis August 1915. Einen atypischen Fall von Paratyphus A mit letalem Ausgang erlebte Frensel.[14]) An diesem Fall von Paratyphus A ist zunächst von Wichtigkeit, daß eine akute hämorrhagische Nephritis dem schweren Krankheitsbilde der ersten Zeit den Stempel aufdrückt. Von Interesse ist weiterhin der Ausgang in ein Krankheitsbild, in welchem Blutungen in die Haut, sowie aus dem Zahnfleisch und aus der Nase, mithin Erscheinungen einer hämorrhagischen Diathese im Vordergrunde stehen. Da die bisherigen klinischen Beobachtungen dafür sprechen, daß der Paratyphus A dem Typhus sehr nahe verwandt ist und erheblich nähersteht als dem Paratyphus B — es werden z. B. nirgends Fleischvergiftungen durch Paratyphus A-Bazillen erwähnt, vielmehr wird überall von einem typhusähnlichen Verlauf der Erkrankung berichtet, — so ist sein Auftreten in einer dem Nephrotyphus entsprechenden Variation durchaus nicht überraschend. Ganz ähnlich verhält es sich mit dem Auftreten einer hämorrhagischen Diathese.

Mühlens[15]) hat ebenfalls Paratyphus A in Palästina 1915 beobachtet, desgleichen in Bulgarien und Mazedonien. Die Erkrankungen boten klinisch die größte Aehnlichkeit bezw. Uebereinstimmung mit dem von Kaliebe geschilderten Krankheitsbild. Insbesondere war auch die Neigung zu Nachschüben bezw. Rückfällen sehr ausgesprochen, so daß nicht selten eine der Maltafieberwelle ähnliche Temperaturkurve zustande kam. Auch die Neigung zu großen Temperaturschwankungen (Remissionen und Intermissionen) wurde oft beobachtet.

Becker[16]) sah einen Soldaten, bei dem die bakteriologische Untersuchung zunächst negativ war. Es bestand mäßig hohes, uncharakteristisches Fieber (vor- und intermittierend), daneben relative Pulsverlangsamung, vermehrte Leukozyten, palpabele Milz und wechselnde Diazoreaktion; zuerst schleimige Blutungen, Durchfälle, keine Roseolen. Schließlich fand man einmal Paratyphus A-Bazillen im Blute.

Schmeutzer[17]) berichtet über 31 Fälle, deren konstantestes Symptom neben dem Fieber die Milzschwellung ist, ab und zu auch Herpes labialis. Paratyphus A ist prognostisch günstiger als Typhus und Paratyphus B. Für die Diagnose ist der bakteriologische oder serologische Befund unentbehrlich

2. Tuberkulose.

Die Verbreitung der Tuberkulose nach den Ergebnissen der v. Pirquetschen Kutanreaktion. Von Otto Schlesinger-Berlin. Zeitschrift für Tuberkulose; Bd. 26, H. 3.

Verfasser bespricht die Spezifität und die Methoden der Tuberkulosereaktionen. Von den auf der Körperhaut sich abspielenden Tuberkulinproben ist die v. Pirquetsche Kutanreaktion bei zahlreichen Untersuchungen über die Tuberkulosehäufigkeit in den einzelnen Lebensaltern und in den verschiedenen Gegenden angewandt worden.

Die Zusammenstellung der damit gewonnenen Ergebnisse zeigt, daß in Gegenden, die nur wenig Verkehr mit den tuberkulosereichen Kulturstaaten haben, die Tuberkulose keine oder nur geringe Ausbreitung besitzt, daß sie um so häufiger wird, je mehr die betreffenden Gegenden von Ansiedlern aus den Kulturstaaten bereits aufgesucht sind. Bei uns gewinnt die Tuberkulose in verkehrsarmen Dörfern und Kleinstädten nur langsam, offenbar erst in der Schule erhebliche Ausdehnung, während sie in den Mittelstädten schon vor

[11]) Wiener klinische Wochenschrift; 1916, Nr. 9.
[12]) Münchener Medizinische Wochenschrift; 1915, Nr. 14.
[13]) Zeitschrift für Medizinalbeamte; 1916, Nr. 6.
[14]) Deutsche medizinische Wochenschrift; 1916, Nr. 33.
[15]) Münchener Medizinische Wochenschrift; 1916, Nr. 42.
[16]) Münchener Medizinische Wochenschrift; 1916, Nr. 48.
[17]) Med. Klinik; 1916, Nr. 49.

der Schulzeit, in den Großstädten sogar schon in den allerersten Lebensjahren einen erheblichen Teil der Kinder ergriffen hat.

Die Beobachtung der schwereren Formen und schnelleren Verlaufsarten der Tuberkulose bei den Naturvölkern erklärt sich daraus, daß uns die in unseren Gegenden herrschende, wenn auch unvollkommene und durch Reinfektion oft genug aufgehobene Immunität gegen die Tuberkulose schützt, den erstmalig mit Tuberkulose durchseuchten Menschen in Verkehr tretenden Völkern aber fehlt. Mit dieser allmählich stärker werdenden Immunität der miteinander in Verkehr stehenden Völker läßt sich auch der Rückgang der Tuberkulosesterblichkeit erklären, der in den letzten Jahrzehnten in Deutschland und England beobachtet wird.

Die v. Pirquetsche Reaktion hat danach besser als alle anderen Untersuchungsmethoden bewiesen, daß bei der Verbreitung der Tuberkulose der Verkehr der Menschen untereinander, wenn auch nicht allein, so doch in hohem Grade ausschlaggebend ist. Dr. Roepke-Melsungen.

Die Bedeutung der regionären Muskelempfindlichkeit für die Diagnose der Lungentuberkulose. Von Priv.-Doz. Dr. O. Porges, Reg.-Arzt im Tuberkulosespital in Wien. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 37.

Unter Bezugnahme auf die von Pottenger, Head und Mackenzie vertretenen Ansichten über die segmentär zugeordneten Muskelhyperästhesien und gestützt auf mehrjährige eigene Erfahrungen betont Porges die Verwertbarkeit der regionären Muskelempfindlichkeit für die Feststellung aktiver Lungenprozesse bei Militärpersonen. Es ist anzunehmen, daß die Muskelhyperästhesie ein Symptom einer Neuritis ist, die sich in den sensiblen Muskelnerven infolge der Lungenerkrankung entwickelt. Um ihren diagnostischen Wert zu prüfen, wurden 250 tuberkuloseverdächtige Soldaten nach sorgfältiger klinischer und röntgenologischer Untersuchung der diagnostischen Tuberkulininjektion unterworfen und das Ergebnis aller dieser Untersuchungen mit der Muskeldruckempfindlichkeit verglichen.

Dabei zeigte sich mit großer Regelmäßigkeit auf der sonst klinisch unverdächtigen Seite der gesteigerten Muskelempfindlichkeit nach Injektion einer wirksamen Tuberkulinmenge Knisterrasseln als klinischer Beweis einer aktiven Erkrankung. In manchen Fällen erschien eine Muskelempfindlichkeit erst nach wirksamer Tuberkulindosis gleichzeitig mit Rasselgeräuschen als Herdsymptom. In anderen Fällen steigerte sich die schon zuvor angedeutete Muskelempfindlichkeit nach der Tuberkulininjektion zu deutlicher Schmerzempfindung gleichzeitig mit Auftreten von Rasselgeräuschen als Herdsymptom, um nach einigen Tagen wieder abzuflauen.

Nach diesen Beobachtungen weist also die regionäre Muskelempfindlichkeit auf das Bestehen eines aktiven tuberkulösen Lungenprozesses hin; ihr Auftreten nach diagnostischer Tuberkulininjektion ist als Herdsymptom der Lunge zu werten. Dr. Roepke-Melsungen.

Ueber die Bedeutung der Milch für die Verbreitung der Tuberkulose. Von Köhlisch. Zeitschrift für Hygiene; Bd. 81, Heft 2.

Es wurden verschiedene Milchsorten, Dominialmilch, Molkereimilch und Bauernmilch auf den Gehalt an Tuberkelbazillen in der Weise untersucht, daß je 3 Meerschweinchen verschiedene Verdünnungen, als stärkste 1 : 1000, injiziert bekamen. Von den angestellten 26 Versuchen fielen 12 positiv aus, am häufigsten mit der Molkereimilch, die 57 % positive Ergebnisse lieferte. Mit der Verdünnung von 1 : 1000 gelang nur ein einziges positives Ergebnis; dieses entspricht einer Zahl von etwa 500000 Tuberkelbazillen im halben Liter Milch. Bei den anderen positiven Versuchen wird die Zahl der Tuberkelbazillen auf 5—10000 geschätzt. Diese Zahl genügt aber nach Ansicht des Verfassers selbst bei fortgesetztem Rohgenuß der Milch nicht, um eine intestinale Infektion hervorzurufen, für deren Zustandekommen nach Reichenbachs Versuchen sehr viel mehr Bazillen notwendig sind.

Dr. Roepke-Melsungen.

Zwei Jahre Kriegstätigkeit des Tuberkuloseausschusses.

Der Tuberkuloseausschuß trat bald nach Kriegsausbruch infolge des Aufrufes der Zentralstelle des Roten Kreuzes für Kriegswohlfahrtspflege unter der Leitung des Präsidenten des Reichsversicherungsamtes Dr. Kaufmann und des Ministerialdirektors Prof. Dr. Kirchner ins Leben. Der bei weitem größte Teil der Tätigkeit des Ausschusses bestand in der Unterbringung von Kranken in geeigneten Anstalten, wie Lungenheilstätten, Walderholungsstätten, Krankenhäusern usw. sowie in Gewährung von Kurbeihilfen, kleinen Beihilfen zur Bestreitung des Fahrgeldes zu den Erholungsstätten, zur Beschaffung von Lebensmitteln, Milch und Stärkungsmitteln. Die Mehrzahl der versorgten Kranken stammt aus Berlin und der Provinz Brandenburg; aber auch in anderen Provinzen und Landesteilen wurden Heilverfahren für Lungenkranke ganz oder teilweise vom Tuberkuloseausschuß übernommen. In den beiden Kriegsjahren wurden für 954 Erwachsene und 922 Kinder, insgesamt für 1876 Personen, Kuren bewilligt.[1])

Die Gesamteinnahmen des Tuberkuloseausschusses während der beiden ersten Kriegsjahre beliefen sich auf rund 350 000 M., darunter vom Zentralkomitee vom Roten Kreuz 85 000 M., vom Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose 90 000 M., von den Landesversicherungsanstalten Berlin und Brandenburg je 85 000 M. Die Gesamtausgaben betrugen 329 000 M., davon für die Aufrechterhaltung des Betriebes in Fürsorgestellen für Lungen- und Alkoholkranke 92 000 M., für Freiplätze in Lungenheilstätten, Pflegeheimen, Heimstätten, Kinderheilstätten, Walderholungsstellen usw. 222 000 M., für kleine Beihilfen 15 000 M.

Es ist zu wünschen, daß der Tuberkuloseausschuß auch im dritten Kriegsjahre seine segensreiche Tätigkeit mit ebenso reichen Mitteln fortzusetzen imstande sein möge. Es ist dies unbedingt notwendig, um die bei der Länge des Krieges unvermeidlich steigende Gefahr einer erneuten Zunahme der Volkskrankheit Tuberkulose abzuwenden, die in langen Friedensjahren in Deutschland mit so glänzendem Erfolg zurückgedrängt war.

Dr. Roepke-Melsungen.

Besprechungen.

Dr. Manfeld Fraenkel-Charlottenbueg: **Die doppelhändige Ausbildung und ihr Wert für Schule und Staat.** Mit Berucksichtigung der Vorteile der Steilschrift. Nebst einem praktisch-didaktischen Teil „Zur doppelhändigen Ausbildung“ von Stadt- u. Kreisschulinspektor F. Tromnau-Königsberg i. Pr. Mit 33 Abbildungen im Text und 3 Tafeln. Zweite Auflage. Berlin 1915. Verlag von Richard Schoetz. 150 S. Preis: geh.: 4 M.

Der auf dem Gebiete der Linkskultur bekannte Verfasser tritt mit seinen Bestrebungen nochmals in die Oeffentlichkeit mit der Hoffnung, in der gegenwärtigen Zeit, die größte Kraftanstrengung der Gesamtheit unseres Volkes verlangt und viele Kriegsverletzte zwingt, aus verkrüppelten Gliedern das Höchstmaß der Leistungsfähigkeit herauszuholen, dafür mehr Verständnis zu finden. Ausgehend von den Körperschäden des Kindesalters, die in erster Linie dem Schulbesuch zur Last gelegt werden: Rückgratverkrümmungen, Tuberkulose und Kurzsichtigkeit, befürwortet er dringend die allgemeine Einführung der Steilschrift, durch die die Grundursache jener Leiden, die schiefe Haltung des Kindes, ausgeschaltet wird. Besonders warm tritt er für die doppelhändige Ausbildung in der Schule ein. Wenn die Theorie der Rechtshändigkeit auch noch keineswegs geklärt ist, letztere aber wahrscheinlich auf zerebraler Anlage beruht, so ist das sicher, daß der Mensch auch die linke Hand und damit die rechte Hirnhälfte gleichfalls und in der Schule ohne besonderen Zeitverlust ausbilden kann. Diese Fertigkeit macht ihn leistungsfähiger und gewährleistet auch eine geringere Ermüdbarkeit und Abnutzung der sonst nur einseitig ausgebildeten und arbeitenden Hirnzentren. Dafür liegen jetzt auch bereits eine Reihe praktischer Beweise vor, die bei Behandlung und Beobachtung einseitig Hirngelähmter und namentlich in letzter Zeit auch in Schulen gewonnen wurden, in denen die doppelhändige Ausbildung, wie z. B. in einzelnen Stadtschulen Königsbergs, in den Lehrplan aufgenommen wurde.

---

[1]) Siehe Beilage zu Nr. 20 dieser Zeitschrift, S. 166.

Von einigen Schlußfolgerungen, mit denen der Verfasser den Boden der tatsächlichen Erfahrung verläßt, abgesehen, bringt die vorliegende Schrift sachlich alles Wissenswerte über den Gegenstand und verdient wie alles, was die Leistungsfähigkeit unseres Volkes fördern kann, Beachtung.

Dr. Rehberg - Rathenow.

Tagesnachrichten.

Das preußische Medizinalwesen im Staatshaushaltsplan für das Rechnungsjahr 1917. Der neue Haushaltsplan, in dem diesmal Fremdwörter tunlichst vermieden sind, bringt ebenso wie im Vorjahre mit Rücksicht auf den Krieg fast gar keine Aenderungen: Eine Vermehrung der vollbesoldeten Kreisarztstellen hat wiederum nicht stattgefunden. Von den sonstigen ordentlichen Ausgaben ist der Betrag für Reisekosten ebenfalls niedriger eingestellt; eine Kürzung der Reisepauschvergütungen der Reg.- und Med.-Räte und Kreisärzte soll aber nicht stattfinden, da genügend Ersparnisse aus den Vorjahren vorhanden sind, um den bisherigen Betrag (865 000 M.) zu decken.

Die einmaligen und außerordentlichen Ausgaben sind selbstverständlich auch möglichst niedrig bemessen. Die Beträge für die Granulose- und Typhusbekämpfung sowie für Anstellung von Untersuchungen über den Schutzpocken-Impfstoff konnten niedrig gehalten werden, da der Mehrbedarf aus Ersparnissen aus dem Vorjahre gedeckt werden kann; für die Teilnahme der Medizinalbeamten an der Ausbildung der Desinfektoren sind jedoch wieder wie früher 5000 statt 1000 Mark eingestellt.

A. Dauernde Ausgaben.

1.	Besoldung von 39 Mitgliedern (mit 600—1200 M.) und 36 Assessoren (mit 600—1050 M.) der Provinzialmedizinalkollegien	59 850,— M.
	Besoldung von 37 Regierungs- und Medizinalräten mit 4200—7200 M.	245 400,— „ [1]
	Außerdem für 13 Regierungs- und Medizinalräte pensionsfähige Zulagen von 600 Mark	7 800,— „
	Vermerk: Die Regierungs- und Medizinalräte und die Direktoren der hygienischen Institute in Beuthen und Saarbrücken erhalten bis zu einem Drittel der Gesamtzahl der etatsmäßigen Stellen je 600 M. pensionsfähige Zulage.	
	Besoldung von 7 vollbesoldeten Kreisärzten als ständige Hilfsarbeiter bei den Regierungen in Königsberg, Potsdam, Breslau, Oppeln, Arnsberg und Düsseldorf, sowie bei dem Polizeipräsidium in Berlin (mit 3000—7200 M.)	31 800,— M. [2]
2.	Besoldung von 73 vollbesoldeten Kreisärzten (3000—7200 M.), 447 nicht vollbesoldeten Kreisärzten, darunter 18 nicht vollbesoldete Gerichtsärzte, mit mindestens 2100, höchstens 3900 M., im Durchschnitt 3000 M., sowie für sonstige Besoldungen	1 802 571,— „ [3]
3.	Wohnungsgeldzuschüsse	109 400,— M.
4.	Vergütung an 36 Kreisassistenzärzten und Hilfsarbeitern im Büro-, Kanzlei- und Unterbeamtendienst bei den Provinzial-Medizinalkollegien sowie zu Beihilfen für die Wahrnehmung der Obliegenheiten des Kreisarztes durch Gemeindeärzte	77 550,— „
5.	Stellenzulagen für nicht vollbesoldete Kreisärzte, einschließlich der Gerichtsärzte	208 650,— „
5a.	Entschädigungen an die vor dem 1. April 1908 angestellten vollbesoldeten Kreisärzte für den Fortfall der Fuhrkostenentschädigung und der übrigen ihnen bisher zugeflossenen Gebühren für Dienstgeschäfte	5 000,— „

[1]) Mehr: 600 M. nach Maßgabe des Dienstalters der Reg.- u. Med.-Räte.
[2]) Mehr: 600 M. nach Maßgabe des Dienstalters der betr. Kreisärzte.
[3]) Mehr: 13 200 M. nach Maßgabe des Dienstalters der vollbesoldeten Kreisärzte.

6.	Geschäftsbedürfnisse der Provinzial-Medizinalkollegien (320 M.), Dienstaufwandsentschädigung für 2 Regierungs- und Medizinalräte in Berlin (je 1200 M.), für Vertretung von Reg.- und Medizinalräten und von als ständige Hilfsarbeiter bei den Regierungen beschäftigten vollbesoldeten Kreisärzten (3000 M.), Vergütungen für die Prüfung der Rezepte und Rechnungen über die für Staatsanstalten gelieferten Arzneien (3500 M.), Dienstaufwandsentschädigungen für die vollbesoldeten Kreisärzte bis zu 1150 M., im Durchschnitt 900 M., für die nicht vollbesoldeten Kreisärzte einschl. der Gerichtsärzte bis zu 900 M., im Durchschnitt 400 M. (245 500 M.), nicht abgelöste Postporto- und Gebührenbeträge, einschließl. Fernsprech-, Telegramm- und sonstige Frachtgebühren für dienstliche Sendungen der Kreisärzte (380 M.) sowie Reisekosten für auswärtige Mitglieder der Provinzial-Medizinalkollegien, Reisekosten und Entschädigungen für die Erstattung schriftlicher Gutachten und Berichte an die psychiatrischen Mitglieder der Besuchsausschüsse für die Beaufsichtigung der Privat-Irren- usw. Anstalten und Reisekosten für die auswärtigen Mitglieder des Beirats für das Apothekenwesen (14 050 M.)	269 150,—	M.
7.	Beihilfen zum Studium medizinal-technischer wichtiger Einrichtungen und Vorgänge	3 000,—	„
8.	Reisekosten der Medizinalbeamten, darunter 365 000 M. für Reisepauschvergütungen und 5000 M. für Gebühren der Kreismedizinalbeamten für die dienstlich vorzunehmende Untersuchung und Begutachtung des Gesundheitszustandes von Beamten, ausschließlich derjenigen der Königl. Polizeiverwaltungen, jedoch einschließlich der Bauverwaltungen, sowie 105 00 M. für Reisekosten der Regierungs- und Medizinalräte	475 000,—	„ [4]
9. u. 10.	Vergütung an die Mitglieder und Beamten der Ausschüsse für die Staatsprüfung der Aerzte, Zahnärzte, Apotheker, Kreisärzte und Nahrungsmittelchemiker . . .	106 000,—	„
11.	Institut für Infektionskrankheiten	266 091,—	„ [5]
12.	Landesanstalt für Wasserhygiene in Berlin	191 820—	„ [6]
13.	Bad Bertrich	76 870,—	„
14.	Hygienisches Institut in Posen	77 500,—	„ [7]
15.	Hygienisches Institut in Beuthen (Oberschl.)	49 730,—	„ [8]
16.	Institut für Hygiene und Infektionskrankheiten in Saarbrücken	88 050,—	„ [9]
17.	Medizinal-Untersuchungsämter (11 vollbesoldete Kreisärzte (in Gumbinnen, Danzig, Potsdam, Stettin, Breslau, Magdeburg, Hannover, Stade, Münster, Koblenz und Düsseldorf), 11 Kreisassistenzärzte als Assistenten dieser Aemter und 2 Kreisassistenzärzte als Leiter der Untersuchungsstellen in Bromberg und Sigmaringen	198 170,—	„ [10]
18.	Zuschüsse für einige Krankenanstalten	5 610,—	„
19. u. 20.	Impfwesen (Vergütungen an die Vorsteher, Assistenten, Tierärzte, sächliche Ausgaben, Impfprämien usw.) . . .	107 981,—	„
21.	Kosten der amtlichen Apothekenbesichtigungen durch die hierzu Bevollmächtigten	57 500,—	„

[4]) Es sind so viel Ersparnisse vorhanden, daß ebenso wie in den Vorjahren 865 000 M. zur Bestreitung der Reisekosten der Kreismedizinalbeamten zur Verfügung stehen.

[5]) Mehr: 1880 M.

[6]) Weniger: 14 060 M.

[7]) Weniger: 8[illegible]4 M.

[8]) Mehr: 1100 M.

[9]) Mehr: 980 M.

[10]) Mehr: 4700 M.

22. u. 23.	Unterstützungen für aktive Medizinalbeamte (7500 M.), für ausgeschiedene Medizinalbeamte sowie für Witwen und Waisen von Medizinalbeamten (60000 M.)	67500,— M.
23 a.	Unterstützungen für die auf Grund des § 15 des Kreisarztgesetzes auf Wartegeld gestellten Medizinalbeamten (künftig wegfallend)	15000,— „
24.	Almosen an körperlich Gebrechliche zur Rückkehr in die Heimat, sowie für arme Kranke	900,— „
25.	Für medizinalpolizeiliche Zwecke, einschließlich 8000 M. zur Bestreitung der Kosten der sanitätspolizeiliehen Ueberwachung behufs Abwehr der Choleragefahr und 25987 M. für das Lepraheim im Kreise Memel	284700,— „
26.	Hafen- und Schiffsüberwachung einschließlich der Quarantäneanstalten	55280,— „
27.	Ausführung des Gesetzes, betr. die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten	100000,— „
28.	Unterstützung des Bezirkshebammenwesens	100000,— „
29.	Verschiedene andere Ausgaben (Zuschuß für Aerzte auf verschiedenen Ost- und Nordseeinseln, Beihilfe zu Fortbildungskurse für Aerzte, Zahnärzte und Apotheker (28000 Mark) usw.	48837,— „
30.	Umzugskosten	27000,— „
	Zusammen:	5168836,— M.
	Im Vorjahre:	5160710,— „
	Danach mehr:	8126,— M.

B. Einmalige und ausserordentliche Ausgaben.

a) 5000 M. zur Teilnahme der Medizinalbeamten an der Ausbildung der Desinfektoren (im Vorjahre 1000 M.).[11])

b) 17000 M. zur Unterhaltung einer Forschungsstätte der Landesanstalt für Wasserhygiene in Berlin für die Zwecke der Mainwasseruntersuchung in Wiesbaden (wie im Vorjahre).

c) 1000 Mark Zuschuß zwecks Anstellung von Untersuchungen über den Schutzpocken-Impfstoff bei dem Institut für Infektionskrankheiten „Robert Koch“ in Berlin (wie im Vorjahre).[12])

d) Bekämpfung der Granulose 1000 M. (wie im Vorjahre).[12]).

e) Bekämpfung des Typhus im Regierungsbezirk Trier 51000 M. (wie im Vorjahre).[12])

f) 10000 M. zu Beihilfen zur Krebsforschung (wie im Vorjahre).

g) 9000 M. zu Beihilfen zur Anstellung von hauptberuflichen Sachverständigen behufs Durchführung des Weingesetzes vom 7. April 1909 — R. G. Bl. S. 393 — (wie im Vorjahre).[12])

Zusammen:	94000,— M.
Im Vorjahre:	153000,— „
Demnach weniger:	59000,— M.

Laut Rund-Erlaß vom 2. Januar d. J.[13]) wird in **Preußen von der Erstattung des Jahresgesundheitsberichts** für 1916 einstweilen Astand genommen. Es ist wie im Vorjahre die Erstattung eines Bericht über den zweijährigen Zeitabschnitt 1916/17 in Aussicht genommen.

Die mit dem 1. Januar d. J. in Kraft getretene **neue Deutsche Arzneitaxe** hat in bezug auf die allgemeinen Bestimmungen nur insofern eine Aenderung gebracht, als für die Gläser und grauen Korken der Preis etwas erhöht

---

[11]) Der Mehrbedarf wird aus vorhandenen Ersparnissen gedeckt.

[12]) Der Mehrbedarf wird aus den vorhandenn Ersparnissen gedeckt.

[13]) Der Abdruck des Erlasses wird in der Beilage „Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung“ zur nächsten Nummer der Zeitschrift erfolgen.

ist. Bei den Arzneimitteln sind dagegen der auf dem Arzneimittelmarkt herrschenden Preissteigerung entsprechend fast überall die Preise z. T. sehr erheblich erhöht, dagegen haben nur drei Arzneimittel eine Preisermäßigung erfahren.

Im Anschluß an die schon länger bestehende **Reichsdeutsche Waffenbrüderliche Vereinigung** soll jetzt auch eine **ärztliche Abteilung der Reichsdeutschen Waffenbrüderlichen Vereinigung** gebildet werden, als deren Aufgaben in erster Linie folgende in Frage kommen:

1. Herstellung persönlicher Beziehungen zwischen den Aerzten der verbündeten Völker;
2. Studium der Einrichtungen zur Behandlung und Pflege der Kranken sowie der Bäder und anderer Heilfaktoren der waffenbrüderlich verbündeten Staaten, mit dem Ziele, unseren heimischen Bädern außerdeutsche Besucher zuzuführen, ebenso wie den Strom unserer Kranken in österreichische, ungarische, bulgarische und türkische Bäder zu lenken;
3. Austausch ärztlicher Veröffentlichungen zwischen den deutschen, ungarischen, türkischen und bulgarischen Sprachgebieten;
4. Erleichterung des ärztlichen Studiums für Deutsche im verbündeten Auslande und für Angehörige der verbündeten Länder an deutschen Universitäten und Akademien für praktische Medizin;
5. Entsendung deutscher Aerzte als akademische Lehrer und als Leiter von Krankenhäusern und Polikliniken in das verbündete Ausland;
6. Veranstaltung gemeinsamer wissenschaftlicher Konferenzen und Kongresse, Studium der Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse in den verbündeten Ländern und gemeinsame Bearbeitung der Bevölkerungspolitik;
7. Studium der Seuchen in den verbündeten Ländern und Fernhaltung und Bekämpfung ausländischer Seuchen;
8. Förderung von Studienreisen deutscher Aerzte nach den verbündeten Ländern und von ausländischen Aerzten nach Deutschland.

Am 20. Januar d. J. findet die erste Sitzung des vorbereitenden Ausschusses in Berlin (im Sitzungssaal des Ministeriums des Innern, Unter den Linden 78) statt.

Die **Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Schulgesundheitspflege** findet am 17. Februar d. J. in Berlin im Königl. hygienischen Institut (Dorotheenstraße Nr. 28) statt. Auf der Tagesordnung sind gestellt: 1. Wirkung des Krieges auf die Gesundheit der Schüler; Berichterstatter: Stadtschulärzte Dr. Thiele-Chemnitz und Prof. Dr. Buchauer-Augsburg. — 2. Notwendigkeit der schulärztlichen Ueberwachung für die gesamte Jugend und ihre Ausgestaltung nach dem Kriege; Berichterstatter: Stadtarzt Prof. Dr. Gastpar-Stuttgart, Rektor Höhne-Berlin und Oberlehrer Dr. Roller-Darmstadt. Am Tage zuvor wird eine **Sitzung der Vereinigung der Schulärzte Deutschlands** abgehalten werden, in der über die Mindestforderungen an den schulärztlichen Dienstanforderungen verhandelt werden sollen.

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten:

Das Eiserne Kreuz I. Klasse:

Marinestabsarzt Dr. Agena-Wilhelmshaven.
Vertragspflichtiger Zivilarzt Dr. Leopold Cohn-Berlin.
Stabsarzt d. Res. Dr. Fenger-Norden (Ostfriesland).
Oberstabsarzt d. Res. Dr. Goeze, Polizeiarzt in Hamburg.
Assistenzarzt d. Res. Dr. Keudel-Dorstfeld bei Dortmund.
Stabsarzt d. Res. Dr. L. Koppen-Aachen.
Oberstabsarzt d. L. Dr. Hugo Rees-Albersweiler (Pfalz).
Oberstabsarzt Dr. L. Ruidisch-Augsburg.
Oberstabsarzt d. Res. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. v. Wassermann.
Oberstabsarzt Dr. Wiedemann-Karlsruhe i. B.
Stabsarzt d. Res. Dr. Würkert-Dresden.

Das Eiserne Kreuz II. Klasse am schwarz-weißen Bande:
Feldarzt Dr. Schulz, wissenschaftlicher Hilfsarbeiter im Kaiserlichen Gesundheitsamte in Berlin.

Das Eiserne Kreuz II. Klasse am weiß-schwarzen Bande:
Dr. Bumm, Präsident des Kaiserlichen Gesundheitsamtes in Berlin.
Dr. Liedke, Kreisarzt in Wohlau (Schlesien).

Ehren-Gedächtnistafel. Für das Vaterland gefallen oder gestorben sind ferner:

Stabsarzt d. L. Dr. Walter Goebel-Siegen (gestorben infolge von Blutvergiftung).
Marinestabsarzt d. Res. Dr. H Hauffe-Breslau.
Oberarzt Dr. H. Hoehne-Mainz.
Stabsarzt d. Res. Dr. W. Krebs.
Privatdozent Prof. Dr. Pappenheim-Berlin (gestorben an Fleckfieber).
Generaloberarzt Dr. Ph. Peltzer-Berlin-Steglitz.
Feldunterarzt W. Reckendorf-Recklinghausen.
Oberarzt Dr. Max Schur-Kitzingen (Unterfranken).
Stabsarzt d. Res. Dr. Walter Rein-Gottleuba (Königreich Sachsen).
Oberstabsarzt Dr. R. Zedler-Falkenberg (Reg.-Bez. Potsdam).

Pockenerkrankungen sind im Deutschen Reich während der Wochen vom 24. Dezember 1916 bis 6. Januar 1917 45 und 28 amtlich gemeldet, im Deutschen General-Gouvernement Warschau vom 17. bis 23. Dezember 1916: 3 (bei Zivilpersonen). In Oesterreich betrug die Zahl in den Wochen vom 23. Juli bis 26. August v. J.: 75, 22, 23, 15 und 14; in Bosnien und in der Herzegowina vom 16. Juli bis 15. August: 16, 11, 5 und 1.

Fleckfieberfälle sind im Deutschen Reich nicht mehr vorgekommen; im Deutschen Gouvernement Warschau vom 17. bis 23. Dezember v. J.: 247 mit 26 Todesfälle (sämtlich bei Zivilpersonen). In Oesterreich betrug ihre Zahl vom 23. Juli bis 26. August: 193, 134, 134, 97, 85; in Bosnien und in der Herzegowina vom 9. Juli bis 22. August v. J.: 2, 2, 2 —, — und 2; in Ungarn vom 27. November bis 10. Dezember v. J.: 11 und 10.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 10. bis 23. Dezember 1916 erkrankt (gestorben) an Pest, Gelbfieber, Cholera, Trichinose, Aussatz, Malaria, Fleckfieber, Rückfallfieber, Paratyphus, Rotz, Tollwut: — (—), — (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 10 (—), 2 (—); Milzbrand: — (—), 1 (—); Pocken: 1 (—), 9 (1); Unterleibstyphus: 224 (26), 192 (29); Ruhr: 84 (12), 31 (11); Diphtherie: 2685 (207), 2522 (204); Scharlach: 1016 (41), 968 (40); Kindbettfieber: 57 (22), 79 (24); übertragbare Genickstarre: 6 (5), 8 (—); spinaler Kinderlähmung: 2 (—), 3 (—); Fleisch-, Fisch-, Wurst- und Pilzvergiftung; 3 (—), 3 (1); Körnerkrankheit (erkrankt): 36, 45; Tuberkulose (gestorben): 765, 825.

Berichtigung. In Nr. 1 dieser Zeitschrift muß es heißen: 1. Auf S. 28 Zeile 9 von oben: „daß jüngere Hebammen schon jetzt an preußischen Hebammenschulen dazu genügend ausgebildet sind und nicht usw.“. 2. Auf S. 32 Zeile 22 von oben: „Von allen Pneumonietodesfällen stellen die Bergarbeiter mit ihren Angehörigen 27,12 v. H., von allen Erwerbstätigen stellen sie nur 24,85 v. H.“ 3. Auf S. 32 Zeile 6 von unten: „Die Verdauungsorgane waren in 79,58 v. H., Magen und Leber in 53,9 v. H., der Magen allein in 33,4 v. H. betroffen.“

Redaktion: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.
Bezugspreis für das Jahr: 15 Mark.

Ausserdem eine besondere, nur vierteljährlich erscheinende Beilage:
Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege.
Offizielles Organ der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens.
Bezugspreis für das Jahr: 8 Mark, für die Bezieher der Zeitschrift: 4 Mark.

VERLAG VON FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: Gelsdorf & Co., G. m. b. H., Eberswalde (Mark).

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung; Nr. 3.
Ausserdem: Probenummer der Sonderbeilage: Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege; Nr. 1.

INHALT.

Original-Mitteilungen.

Die Unfall-Leichenöffnungen als nachahmenswerte Muster für die gerichtlichen Leichenöffnungen. Von Dr. Keferstein 69

Wachstumsverhältnisse der Schulkinder des Bezirksamts Augsburg von 1913—1916. Von Dr. Sendtner 79

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die außerordentliche Tagung der Vereinigung zur Förderung des deutschen Hebammenwesens vom 21. Oktober 1916 zu Hannover. (Schluß.) 80

Besprechungen 96

Tagesnachrichten 97

Beilage:

Rechtsprechung 17

Medizinal-Gesetzgebung 20

Umschlag:

Personalien.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Ernannt: Arzt Dr. Waldemar Lenz in Niddon zum Kreisassistenzarzt unter Ueberweisung an den Kreisarzt des Stadtkreises Königsberg i. Pr.; Prof. Dr. Beitzke in Lausanne zum ordentlichen Mitgliede und Professor für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie an der Akademie für praktische Medizin in Düsseldorf.

Versetzt: Die Kreisärzte Dr. Gundlach in Wernigerode in den Stadt- und Landkreis Bielefeld, Med.-Rat Dr. Richter-Königsberg i. Pr. nach Berlin, Dr. Jankowski in Bromberg nach Königsberg i. Pr.

Königreich Bayern.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Titel und Rang eines Geheimen Hofrats: dem Hofstabsarzt Ober-Med.-Rat Dr. Ludwig Becker und dem ordentlichen Prof. Dr. M. v. Frey in Würzburg; — der Titel eines Sanitätsrats: dem Stadtarzt Dr. Emil Stark in Fürth; — der Verdienstorden vom heiligen Michael III. Klasse: dem ordentl. Prof. Ober-Med.-Rat Dr. Ernst v. Romberg-München; — derselbe Orden



Medicinisches Waarenhaus

Aktien-Gesellschaft

Berlin NW. 6, Karlstraße 31.

Centralstelle aller ärztlichen Bedarfsartikel und für Hospitalbedarf.

Neues Instrumentarium

zur Wohnungs-Desinfection

mittels

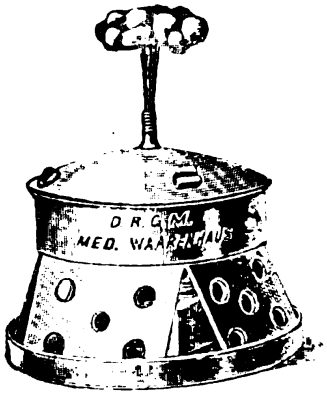
flüssigen Formalins

nach

Prof. Dr. O. Roepke.

Ref. Nr. 7, 1905 der Zeitschrift f. Medizinalbeamte

D. R. G. M. Modell M. W.





Ausführliche Beschreibung steht zu Diensten.

Von den Königlich Preussischen und Königlich Bayerischen Staats-Eisenbahnen eingeführt

30. Jahrg. 1917.

Zeitschrift
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Anzeigen nehmen die Verlagshandlung sowie alle Anzeigenannahmestellen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 3. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats. | 5. Febr.

Die Unfall-Leichenöffnungen als nachahmenswerte Muster für die gerichtlichen Leichenöffnungen.

Von Med.-Rat Dr. **Keferstein**, Gerichtsarzt in Magdeburg.

Die Unfall-Leichenöffnungen in Preußen werden geregelt durch eine Verfügung des preußischen Ministers für Handel und Gewerbe vom 3. Oktober 1903. In dieser Verfügung heißt es:

„Die Orts-Polizeibehörden haben vom Amtswegen gemäß § 65 Abs. II G. U. G. die Frage nach der Notwendigkeit der Eröffnung der Leiche, wenn nötig nach deren Ausgrabung, zu prüfen und eine Leichenöffnung herbeizuführen, wenn eine solche von den Hinterbliebenen beantragt wird. Auf Ersuchen des Vorstandes einer Genossenschaft oder einer Sektion sind die Orts-Polizeibehörden jedoch verpflichtet, die Oeffnung und Ausgrabung der Leiche in die Wege zu leiten."

Nach der Entscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 23. Mai 1902 spricht die Vermutung solange für eine Herbeiführung des Todes durch einen Betriebsunfall bei einem innerhalb der Betriebsstätte tot aufgefundenen Arbeiter, als nicht ein überzeugender Gegenbeweis erbracht wird. Durch eine derartige Leichenöffnung soll Klarheit über die Frage geschaffen

werden, ob ein Zusammenhang zwischen einem Unfall und dem Tode vorhanden ist, wie solcher meistenteils von den Hinterbliebenen behauptet wird.

Der Geschäftsgang bei den Unfallleichenöffnungen ist meistenteils folgender:

Die Hinterbliebenen behaupten nach dem Tode des Ernährers, daß dieser Tod herbeigeführt sei durch einen Unfall, oder vielmehr durch die Folgen eines Unfalles, der den Verstorbenen vor Jahren betroffen hat. Sie wenden sich daher häufig unmittelbar an die Polizei und verlangen selbst die Leichenöffnung. Die Polizei fragt dann bei der betreffenden Berufsgenossenschaft an, ob sie mit einer solchen Leichenöffnung einverstanden ist und die entstehenden Kosten tragen will. Die Berufsgenossenschaft gibt in den meisten Fällen ihre Zustimmung, da eine Unterlassung der Leichenöffnungen der Berufsgenossenschaft zu ihren Ungunsten ausgelegt werden kann. Alle diese Verhandlungen mit der Berufsgenossenschaft werden telephonisch oder telegraphisch erledigt, so daß ein besonderer Zeitverlust nicht entsteht. Jetzt geht von der Polzei das Ersuchen an den betreffenden Gerichtsarzt oder Kreisarzt, die Leichenöffnung auszuführen, so daß dieser Tag und Stunde bestimmen kann. Er zieht dann den Arzt hinzu, der den Verstorbenen zuletzt behandelt hat. Der beamtete Arzt kann aber auch ohne weiteres die Leichenöffnung allein ausführen; denn es ist nicht vorgeschrieben, daß diese Oeffnung von zwei Aerzten vorgenommen werden muß. Der beamtete Arzt bringt sich auch seinen Schreiber selbst mit, so daß er in keiner Weise durch bureaukratische Vorschriften gehindert wird; es ist auch die Regel, daß er außer der Leichenöffnung auch stets den Auftrag zu einem begründeten Gutachten über die Todesursache erhalten hat. So ist es hier möglich, möglichst frische Leichen zur Leichenöffnung zu erhalten, da durch irgendwelche Weitläufigkeiten keine Zeit verloren wird.

Nachdem dann die Leichenöffnung vollzogen ist, hat der beamtete Arzt das Gutachten auszuarbeiten. Hierzu hat er selbst zu entscheiden, welche Unterlagen er sich dazu verschaffen muß, da auch in dieser Weise irgendwelche Vorschriften nicht bestehen. Es ist bisher meistens nur von der Polizei eine Verhandlung mit den Hinterbliebenen aufgenommen worden, worin die Leichenöffnung gefordert ist und worin der Tod mit dem früheren Unfall in Zusammenhang gebracht wird. Es ist dem beamteten Arzt natürlich erlaubt, sich die Angehörigen vorzuladen, mit ihnen selbst zu verhandeln und sich nähere Aufschlüsse über den früheren Unfall geben zu lassen. Man kann sich auch Augenzeugen dieses Unfalles angeben lassen, um später den Antrag bei der Polizei zu stellen, daß diese Zeugen noch besonders vernommen werden. Man fordert sich weiter die Unfallakten der Berufsgenossenschaft ein, soweit diese über den betreffenden Unfall geführt worden sind. Sind auch bei der Polizei derartige Unfallakten vor-

handen, so läßt man sich diese ebenfalls geben. Auf jeden Fall muß man sich aber auch an die Krankenkasse wenden und sich einen Auszug der Krankheiten geben lassen, an denen der Verstorbene in den letzten Jahren behandelt worden ist, besonders auch der Krankheiten, an denen der Verstorbene vor dem Unfall gelitten hat. Hat man nämlich bei der Leichenöffnung krankhafte Veränderungen an den Organen vorgefunden, so ist es von der größten Wichtigkeit, zu wissen, ob derartige Veränderungen mit dem Unfall in Verbindung stehen, oder ob diese Veränderungen durch Krankheiten herbeigeführt sind, die der Verstorbene schon vor dem Unfall gehabt hat. Alle diese Akten und Aussagen muß sich der beamtete Arzt selbst verschaffen; es ist dies manchmal schwierig, dafür hat man aber die Freude, daß man vollständig selbständig arbeiten kann.

Wie anders sind dagegen die gerichtliche Leichenöffnungen:

Die gerichtlichen Leichenöffnungen werden geregelt durch die Strafprozeßordnung in den §§ 87 und 88. Hier heißt es:

„§ 87. Die Leichenöffnung wird im Beisein des Richters von zwei Aerzten, unter welchen sich ein Gerichtsarzt befinden muß, vorgenommen. Demjenigen Arzte, der den Verstorbenen in der dem Tode unmittelbar vorausgegangenen Krankheit behandelt hat, ist die Leichenöffnung nicht zu übertragen. Derselbe kann jedoch aufgefordert werden, der Leichenöffnung anzuwohnen, um aus der Krankheitsgeschichte Aufschlüsse zu geben.

§ 88. Vor der Leichenöffnung ist, wenn nicht besondere Hindernisse entgegenstehen, die Persönlichkeit des Verstorbenen festzustellen; ist ein Beschuldigter vorhanden, so ist ihm die Leiche zur Anerkennung vorzuzeigen."

Es fragt sich nun, ob das Beisein des Richters, wie es durch die Strafprozeßordnung vorgeschrieben wird, tatsächlich nötig ist. Durch das Beisein des Richters wird nämlich eine schnelle Ausführung der Leichenöffnung meistenteils gehindert. Nicht der beamtete Arzt bestimmt den Termin zur gerichtlichen Leichenöffnung, sondern der Richter; die Staatsanwaltschaft stellt das Ersuchen nicht beim Gerichtsarzt, sondern beim Richter. Dadurch geht immer Zeit verloren; denn wenn der Richter nicht gleich den Termin der Leichenöffnung festsetzen kann und ihn wegen Verhinderung durch andere Termine auf eine spätere Zeit festsetzen muß, können zwei bis drei Tage vergehen, ehe die Leichenöffnung ausgeführt wird. In der heißen Sommerzeit kann sich die Leiche dann durch Fäulnis derartig verändern, daß beim besten Willen nicht Sicheres mehr festgestellt werden kann. Bei den jetzigen gerichtlichen Leichenöffnungen ist die Hauptsache der Richter, trotzdem er für die Leichenöffnung selbst und für deren Ergebnis vollkommen nebensächlich ist.

Es wird nun gesagt, die Anwesenheit des Richters sei nötig, um festzustellen, ob wirklich die richtige Leiche vorliegt. Das kann aber ebensogut auch der beamtete Arzt; in dem jetzigen Gesetze über die Feuerbestattung wird auch von dem beamteten Arzt verlangt, daß er stets feststellt, ob die Persönlichkeit des Verstorbenen auch die richtige ist. Kann

man es bei der Feuerbestattung dem beamteten Arzt überlassen, eine derartige Feststellung zu treffen, so wird man es bei der gerichtlichen Leichenöffnung ihm ebensogut überlassen können. Deshalb den Richter zu bemühen, ist tatsächlich nicht nötig.

Es wird weiter gesagt, der Richter müsse zugegen sein, um durch eigene Wahrnehmung sich eine selbständige Ueberzeugung bei der Leichenöffnung bilden zu können. Was der Richter sich für eine selbständige Ueberzeugung hier bilden will, ist ziemlich gleichgültig. Jemand, der eine derartige selbstständige Anschauung nötig hätte, ist der Staatsanwalt, aber nicht der ersuchte Richter, der mit der ganzen Verhandlung nachher kaum noch etwas zu tun hat. Der Richter ist bei der Leichenöffnung häufig gar nicht in demselben Zimmer; wenn der Leichengeruch sehr stark ist, begibt er sich ins Freie; er hat kein besonderes Interesse an der ganzen Sache, die ihn später gar nicht beschäftigen wird, da nachher wahrscheinlich das Landgericht die Sache abzuurteilen hat und eine derartige Todessache, wenn ein Verbrechen vorliegt, nicht Sache des Amtsgerichtes ist.

Der Richter ist also sehr wohl bei der Leichenöffnung zu entbehren; die Leichenöffnungen würden sogar häufig weit schneller vollzogen werden können, wenn ein Richter nicht dabei sein müßte. Weit schneller könnte die Angelegenheit erledigt werden, wenn die Staatsanwaltschaft das Ersuchen um Leichenöffnung unmittelbar an den Gerichtsart bezw. Kreisarzt stellen würde. Dieser würde mit größter Beschleunigung die Leichenöffnung in Aussicht nehmen, er würde sich mit dem zweiten beamteten Arzt in Verbindung setzen und diesen zur Leichenöffnung laden; er würde der Staatsanwaltschaft Nachricht geben, wann die Leichenöffnung stattfinden solle; es bleibt ihr dann unbenommen, den Beschuldigten vorzuführen, damit diesem die Leiche zur Anerkennung vorgezeigt wird. Auch würde dann die Staatsanwaltschaft wahrscheinlich häufiger zugegen sein, damit sie sich ein Bild von den Verletzungen und den ganzen Vorgängen machen könnte. Hier könnte sie dann durch eigene Wahrnehmungen sich eine selbständige Ueberzeugung bilden, was der Staatsanwaltschaft häufig weit wertvoller ist, als dem unbeteiligten Amtsrichter.

Zum Schluß möchte ich hier ein Gutachten über eine zweifelhafte Unfalltodesursache veröffentlichen. Dieses Gutachten ist angreifbar, wie ich mir nicht verhehlen will, bedenkt man aber, daß die ganze Unfall-Gesetzgebung dazu erlassen ist, um den Arbeitern und ihren Hinterbliebenen in Unfällen und später nach dem Tode des Ernährers zu helfen, so wird man geneigt sein, zugunsten der Hinterbliebenen einzutreten, sobald die ärztliche Wissenschaft eine Handhabe gibt, die einigermaßen sicher begründet ist.

Bei Tötung nach Unfall ist der § 586 der Reichsversiche-

rungsordnung maßgebend. Hiernach ist bei Tötung außerdem zu gewähren:

1. als Sterbegeld der fünfzehnte Teil des Jahresarbeitsverdienstes; jedoch mindestens fünfzig Mark; der § 203 ist entsprechend anzuwenden,
2. vom Todestage ab den Hinterbliebenen eine Rente; sie besteht in einem Bruchteil des Jahresarbeitsverdienstes nach Vorschrift der §§ 588 bis 595.

Begründetes Gutachten.

In Sachen des verstorbenen Invaliden J. W. gingen dem Unterzeichneten von dem Polizeipräsidium die Akten zu mit sämtlichen Vorgängen mit dem Ersuchen, ein begründetes Gutachten über die Todesursache zu erstatten, bezw. über den Zusammenhang des Todes mit einem früheren Unfall. Dieses Gutachten wird hiermit erstattet und zwar sind zu diesem Gutachten als Grundlage folgende Akten und Vorgänge benutzt worden:

1. Die polizeiliche Aussage der Ehefrau des Verstorbenen.
2. Die Leichenöffnung und die Leichenöffnungsverhandlung.
3. Weitere Behauptungen der Ehefrau dem Sachverständigen gegenüber.
4. Auskunft über den angeblichen Augenzeugen des früheren Unfalles.
5. Auskunft der Krankenkasse über die früheren Krankheiten des Verstorbenen.
6. Polizeiliche Unfallakten.
7. Unfallakten des Stadtausschusses als Sektionsvorstand der Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft.

Am 11. Mai 1916 war der Invalide J. W. im Städtischen Krankenhause verstorben. Die Ehefrau des Verstorbenen meldete sich bei der Polizei mit der Angabe, daß der Tod ihres Ehemannes an den Folgen eines Schlages eingetreten sei, den er vor Jahresfrist von einem Pferde seines Arbeitsgebers auf dem Felde im landwirtschaftlichen Betriebe erhalten habe, und zwar habe der Schlag den Brustkorb getroffen. Die Ehefrau beantragt daher die Leichenöffnung ihres Ehemannes, da nach Angabe des behandelnden Arztes eine derartige Leichenöffnung für die Beurteilung des Unfalles unbedingt notwendig sei. Ihr Ehemann sei lange Jahre bei seinem Arbeitgeber im landwirtschaftlichen Betriebe als Kutscher tätig gewesen; er sei dann arbeitsunfähig geworden und habe zuletzt eine Invalidenrente bezogen.

Es wurde hierauf der unterzeichnete Sachverständige von dem Polizeipräsidium mit der Leichenöffnung beauftragt, die am Tage darauf ausgeführt wurde und folgende wesentliche Ergebnisse hatte:

1. Die Leiche des 59 Jahre alten Mannes ist 160 cm groß, von regelmäßigem Knochenbau und mäßigen Ernährungszustand.

13. Am linken Unterschenkel bemerkt man einen alten Knochenbruch; der innere Fußknöchel ist hier stark verdickt und der Fuß steht in starker Plattfuß-Stellung, während am rechten Fuße kein Plattfuß zu bemerken ist. Beide Beine sind bis zu den Waden hinauf wassersuchtig geschwollen. Da die Todesursache in der Brust und Bauchhöhle vermutet wird, wird mit der Oeffnung dieser Höhlen begonnen.

14. Das Fettgewebe am Bauch ist 1½ cm stark. Bei der Oeffnung der Bauchhöhle strömt in reichlicher Menge gelbliche wässerige Flüssigkeit aus. Die ganze Bauchhöhle ist von dieser Flüssigkeit angefüllt; es werden

1½ Liter gemessen. Die Baucheingeweide liegen regelrecht und zeigen glänzende Oberfläche. Die Leber schneidet mit dem Rippenrande ab.

15. Die Brustmuskeln sind dünn und wassersüchtig durchtränkt. Auch das Fettgewebe zeigt wassersüchtige Durchtränkung.

16. Im linken Brustfellsack ½ Liter wässeriger Flüssigkeit. Im rechten ebensoviel. Die graurotmarmorierten Lungen schwimmen in dieser Flüssigkeit. Die linke Lunge ist nicht verwachsen, hingegen findet sich der rechte Oberlappen in der Höhe der vierten und fünften Rippe mit dem Rippenfell auf halb Handgröße verwachsen. Diese Verwachsungen lassen sich leicht lösen.

17. Der Herzbeutel ist grauweiß und enthält 30 Gramm gelblicher Flüssigkeit. Seine Innenhaut ist mit der Vorderfläche des Herzens flächenartig verwachsen, so daß sich die Vorderseite des Herzbeutels vom Herzen nicht abtrennen läßt. An der Hinterseite findet sich keine Verwachsung. Hier ist auch die Flüssigkeitsansammlung.

18. Das Herz ist zusammengefallen und weich. Seine Größe entspricht der Faust der Leiche. Sämtliche Herzhöhlen sind leer. Die beiden Vorhofskammer-Oeffnungen sind für zwei Finger durchgängig, sämtliche Klappen, die genau untersucht wurden, sind zart und ohne Auflagerungen.

25. Die tiefen Halsmuskeln, die Hals- und Brustwirbel sind unverletzt, ebenso die Rippen, welche genau untersucht wurden. Es finden sich auch keine Andeutungen früherer Rippenbrüche.

28. Die linke Nebenniere ist unverändert. Die linke Niere ist 12½ × 7 × 4 cm groß. Die Kapsel läßt sich mit einiger Gewaltanwendung abziehen. Es bleibt an der Kapsel kein Nierengewebe hängen. Die Niere selbst ist äußerlich weißlich, mit mehrfachen kleinen etwa linsengroßen narbigen Einziehungen und roten Sprenkelungen. Auf dem Durchschnitt ist die Rinde verbreitert, hellgraurot, mit roten Sprenkelungen. Das Mark ist hellbraunrot. Auf die Schnittfläche tritt wenig Blut. Nierenbecken und Harnleiter sind leer, grauweiß und unverändert. Die rechte Nebenniere und Niere zeigen ähnliche Verhältnisse.

Als vorläufiges Gutachten wurde folgendes gesagt:

„1. Der Tod erfolgte an Wassersucht, infolge chronischer Nierenentzündung. Es fand sich außerdem noch eine Verwachsung zwischen dem oberen rechten Lungenlappen und dem Rippenfell und eine Verwachsung zwischen der Vorderfläche des Herz und des Herzbeutels.

2. Inwiefern der Tod mit dem von der Ehefrau des Verstorbenen behaupteten Unfall ihres Ehemannes zusammenhängt, darüber muß sich der Sachververständige ein endgültiges Gutachten vorbehalten.

3. Nach den Unfallakten hat sich dieser Unfall am 20. März 1914 zugetragen. Es ist hier in der Unfallanzeige nur eine Quetschung der Brust am Brustbein und den rechten vorderen Rippen erwähnt, ohne weitere nähere Angaben.

4. Nach Angabe der jetzigen Witwe soll Augenzeuge dieses Unfalls der Arbeiter A. M. gewesen sein; dieser Augenzeuge muß auf jeden Fall polizeilich vernommen werden."

Der Sachverständige hatte vor der Leichenöffnung mit der Witwe des Verstorbenen gesprochen; es war ihm auch der Totenschein vorgelegt worden, auf dem als Todesursache Herzfehler und Nierenentzündung angegeben war. Die Polizei-Unfallakten hatte sich der Sachverständige von dem Polizei-Präsidium verschafft und in diesen gefunden, daß der Verstorbene am 24. März 1914 einen Unfall gehabt und dabei eine Quetschung der Brust am Brustbein und der rechten vorderen Rippen erlitten hatte, die allerdings in der Anzeige nur als leichte Quetschung bezeichnet worden war. Der Unfall sollte dadurch entstanden sein, daß die Pferde auf einem Ackerstück, das nahe des Bahndammes lag, durch

Herannahen eines Eisenbahnzuges scheu geworden waren. W. hatte die Pferde beim Kopfe festzuhalten versucht; trotzdem war das eine Pferd vorn hochgestiegen und hatte den W. mit dem Bein gegen die Brust getroffen. W. war dann am 18. Mai polizeilich vernommen worden; er hatte zwar nach einem Monat die Arbeit wieder aufgenommen, beanspruchte jedoch eine Unfallrente, weil er teilweise erwerbsunfähig bleiben würde und nicht wieder so arbeiten könne, wie vor dem Unfalle, da er beim Arbeiten Schmerzen habe. Es ist aber damals nichts weiteres veranlaßt worden, vielmehr findet sich die Aktennotiz, daß erst ein Untersuchungsantrag abzuwarten sei.

Alles dieses führte ich der Ehefrau damals vor, worauf sie mir erklärte, daß der Unfall, der jetzt die Schuld am Tode ihres Mannes trage, nicht, wie sie angegeben habe, vor Jahresfrist erfolgt sei, sondern wie in den Unfallakten stünde, schon am 20. März 1914. Es sei das von ihr eine Verwechselung, da ihr Ehemann auch ein Jahr später einen weiteren Unfall gehabt hätte. Der Unfall aus dem Jahre 1914 wäre aber der Grund der späteren Krankheit ihres Ehemannes gewesen. Ihr Ehemann habe ihr mehrfach von diesem ersten Unfall erzählt; sie selbst sei nicht zugegen gewesen, doch wisse sie die Erzählungen ihres Ehemannes noch ganz genau. Damals habe er nicht nur einen Schlag vor die Brust erhalten, sondern die Pferde hätten ihn umgestoßen, so daß er zu Boden gefallen sei. Die Pferde hätten ihn dann überrannt, so daß er unter der Egge gelegen habe. Als er nach Hause kam, habe er über Schmerzen in der Brust geklagt; auch habe er hinten bei den Nieren geklagt. Er habe auch den einen Arm nicht hochheben können; sie wisse nicht mehr, welchen Arm. Der Sachverständige machte die Ehefrau später auch darauf aufmerksam, daß bei der Leichenöffnung sich ein alter Unterschenkelbruch gefunden habe. Sie gab darauf an, daß der Unterschenkelbruch aus dem Jahre 1907 stamme; damals habe ihr Ehemann einen Unfall mit dem Fuß gehabt, der gänzlich verstaucht gewesen sei. Augenzeuge vom Unfall 1914, auf welchen es hauptsächlich ankomme, sei der Arbeiter A. M. gewesen.

Auf Ersuchen des Sachverständigen ist dann die Vernehmung des Arbeiters M. erfolgt. Dieser stellte sich aber als ein stark geistesschwacher Mensch heraus, der infolgedessen nicht vernommen werden konnte. Der Zeuge war zwar körperlich rüstig, gebärdete sich aber vollständig kindisch, so daß von ihm eine bestimmte Angabe nicht zu erlangen war.

Der Sachverständige hielt weiter die Einholung einer Auskunft bei der Krankenkasse für notwendig, deren Mitglied der Verstorbene gewesen war. Es sollte hauptsächlich festgestellt werden, ob der Verstorbene schon vor dem Jahre 1914 an einem Herz- oder Nierenleiden gelitten hätte. Diese Auskunft lautete folgendermaßen:

„Bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse ist ein landwirtschaftlicher Arbeiter J. W. Mitglied geworden. Er ist als krank geführt:

1. Vom 20. März 1914 bis 18. April 1914 durch Unfall, Quetschung der Brust und des linken Zeigefingers;
2. vom 10. Nov. 1914 bis 16. Jan. 1915 Luftröhrenkatarrh und Asthma;
3. vom 25. Jan. 1915 bis 28. April 1915 Herzleiden und Muskelschwäche.

Nach dieser Zeit soll er von der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft unterstützt worden sein. Vor dem Unfall hat W. der S. Krankenkasse angehört; diese ist eingegangen und mit der Allgemeinen Ortskrankenkasse verschmolzen."

Weitere Auskunft war von der Krankenkasse nicht zu erlangen.

Wie schon erwähnt, hatte W noch einen zweiten Unfall am 22. Januar 1915 erlitten und sich hierbei eine Quetschung des rechten Beines und der Hüfte zugezogen; auch war die linke Hand verstaucht und abgeschürft. An der Abschürfung bildete sich eine Entzündung, die in Eiterung überging. Die Quetschung war dadurch entstanden, daß der Verstorbene damals durch Ausrutschen vom Mistwagen gefallen war. Auch dieses Mal beantragte W. eine Rente und hatte nunmehr Erfolg. Näheres ergeben die Unfallakten des Stadtausschusses als Sektionsvorstand der Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft:

Hier findet sich auf Blatt 12 die Verhandlung und vorher (Blatt 10 und 11) die Aussage des Verletzten. Auf Blatt 10 Rückseite findet sich die Angabe verzeichnet, daß der Verletzte schon im März 1914 einen Unfall erlitten habe, aber mit seinen Ansprüchen auf Unfallrente von der Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft abgewiesen sei. Weiter ist zu ersehen, daß der Verletzte von der Allgemeinen Ortskrankenkasse Krankengeld wegen des zweiten Unfalles vom 22. Januar 1915 bis zu seiner Vernehmung am 7. April 1915 bezogen hat. Hier ist nun als Unfallfolgen eine Quetschung des linken Beines, also nicht des rechten, und der linken Hüfte angegeben, sowie eine Verletzung der linken Hand. Der Verletzte will auf einem Mistwagen gestanden und das Gleichgewicht beim Fahren auf dem hartgefrorenen und unebenen Boden verloren haben; er sei deshalb vom Wagen gefallen. Er habe am nächsten Tage weitergearbeitet, da jedoch die Schmerzen heftiger wurden, habe er zum Arzt geschickt, der aber erst am 25. Januar 1915 gekommen sei und eine Verstauchung des linken Beines und der Hüfte festgestellt hatte; auch sei die Verletzung der linken Hand in Eiter übergegangen. Da W. angeblich wegen der Verstauchung nicht ohne Stock gehen konnte, auch die linke Hand vollständig steif war, erhob er Anspruch auf Unfallrente. Er behauptete, vor seinem Unfall gesund gewesen zu sein und seine Arbeiten vollständig versehen zu haben. Ein Verschulden seinerseits habe bei dem Unfall nicht vorgelegen. Es findet sich dann Blatt 15, eine ärztliche Bescheinigung und Gutachten über den Unfall des Verletzten. Hier sagt der Arzt in der Vorgeschichte, der Kranke sei ihm seit länger bekannt und von ihm vom 20. November 1914 bis 16. Januar 1915 wegen asthmatischer Beschwerden, starken Luftröhrenkartarrh und sich später während der Behandlung entwickelnden Herzmuskelschwäche behandelt worden. Nach Besserung dieser Erscheinungen habe W. die Arbeit wieder aufgenommen; kurz darauf habe sich der Unfall ereignet. Vom 20. November 1914 bis 16. Januar 1915 habe W. auch an Krampfaderentzündungen in beiden Beinen sehr zu leiden gehabt. Es folgt dann der Befund vom 25. Januar 1915. Hier heißt es, im Vordergrund der Beobachtung stehe das alte Herzleiden, eine Herzmuskelschwäche mit unregelmäßiger und verstärkter Tätigkeit des Herzens. Daneben fände sich als Folge der Herzmuskelschwäche eine starke Schwellung beider Füße und Unterarme (Oedeme). Als unmittelbare Folge des Unfalles vom 22. Januar 1915 sehe man in der linken Hand und zwar in der Hohlhand unmittelbar unter den Wurzelgliedern der vierten und fünften Finger eine große Hautabschürfung mit entzündlicher Schwellung der Ränder. Es werden dann vom Arzte die Folgen des Unfalles 1915 näher beschrieb[illegible] hier übergangen werden können, da sie mit der späteren

Nierenentzündung und mit dem Herzfehler keinen Zusammenhang haben. Es heißt auch in dem ärztlichen Gutachten, daß die Erkrankung des Herzens durch den neuen Unfall nicht verschlimmert sei. Der Arzt zieht sein Ergebnis dahin zusammen, daß eine chronische und bedenkliche Schwäche des Herzmuskels, verbunden mit Oedeme beider Beine bezw. Wassersucht bestände. Von der Krampfaderentzündung seien noch Reste vorhanden, außerdem starker Plattfuß seit längerer Zeit. Syphilis, Brüche, Bruchanlagen, Altersverkrümmungen, Versteifungen der Wirbelsäule oder anderer Gelenke wären nicht vorhanden.

Es fragt sich nun, ob die chronische Nierenentzündung, die Verwachsung zwischen dem oberen rechten Lungenlappen und dem Rippenfell und die Verwachsung zwischen der Vorderfläche des Herzens und dem Herzbeutel durch den Unfall vom 20. März 1914 hervorgerufen sind, wie die Witwe jetzt behauptet. Gerade Stöße gegen die Brust, und besonders gegen die linke Brustseite sind geeignet, eine Herzbeutelentzündung hervorzurufen. Wohin der Hufschlag des Pferdes getroffen hat, ist nicht ganz klar, da es eine Quetschung der Brust und des Brustbeines gewesen sein soll, und der rechten vorderen Rippen. Wenn das Brustbein getroffen wird, so genügt das schon, daß der Herzbeutel in Mitleidenschaft gezogen wird, da Herzbeutel und Herz zum Teil unterhalb des Brustbeines liegen. Wenn das Brustbein und die Herzgegend eine derartige Quetschung erleidet, so kann sich unmittelbar an diesen Unfall eine Herzbeutelentzündung anschließen, die als eine Entzündung nach Quetschung aufzufassen ist. Bleiben dann Verwachsungen zwischen den Herzbeutelblättern zurück, so können sich Störungen der Herztätigkeit zeigen. Diese Herzbeutelentzündungen können einen schleichenden Verlauf nehmen, wobei eine stärkere Verletzung der Rippen nicht vorzuliegen braucht. Es kann nach einer derartigen Quetschung eine Verwachsung des Herzens mit dem Herzbeutel eintreten, wie das mehrfach nach Hufschlag gegen die Brust ebenso wie im vorliegenden Falle beobachtet ist. Die Behauptung der Ehefrau, daß ihr Ehemann von den Pferden umgestoßen sei, ist nicht widerlegt, allerdings auch nicht bestätigt worden, da der angebliche Augenzeuge als geistesschwacher Mensch vernehmungsunfähig ist. Es kann daher bei dem Unfall vom 20. März auch mit einer Nierenquetschung gerechnet werden. Im allgemeinen hat man zwar Bedenken, daß eine chronische Nierenentzündung nach einer Nierenquetschung herbeigeführt werden kann; meistens nimmt man an, daß eine derartige Nierenentzündung schon vor dem Unfall bestanden hat und höchstens durch den Unfall eine Verschlimmerung entstehen konnte. Das Vorhandensein einer bestehenden Nierenentzündung vor dem Unfall ist kaum auszuschließen, da man wohl selten in der Lage sein wird, den Urin Unfallverletzter kurz vor dem Unfall zu untersuchen. Ob eine Rückenquetschung eine chronische Nierenentzündung verursachen kann, ist zweifelhaft; jedoch muß man eine Nieren-Bindegewebsentzündung durch Nierenquetschung zugeben, da eine solche durch Versuche an

Tieren festgestellt ist. In einer Rekursenstcheidung des Reichsversicherungsamtes vom 11. Juli 1907 ist der ursächliche Zusammenhang zwischen Unfall und chronischer Nierenentzündung anerkannt worden, obgleich die erheblichen Bedenken gegen eine solche Annahme nicht verkannt wurden. Hier war eine Erschütterung des Rumpfes mit Quetschung der linken Brustseite und der unteren Bückengegend voraufgegangen. Unmittelbar nach dem Unfall fanden sich keine Anzeichen einer Nierenentzündung oder Nierenverletzung; erst $3^1/_2$ Monate später wurden die Anzeichen einer chronischen Nierenentzündung bemerkt. Trotzdem wurde vom Reichsversicherungsamt der Zusammenhang dieser chronischen Nierenentzündung mit dem Unfall anerkannt, da man zugeben mußte, daß eine chronische Nierenentzündung sich nicht immer aus einer fieberhaften entwickeln müsse, sondern auch von vornherein als eine schleichende Krankheit auftreten könne. Heftige Erschütterungen des Körpers könnten durch unmittelbare Gewalteinwirkung auf die Nieren oder durch die Erschütterung veränderte Blutdruck- und Blutströmungsverhältnisse hervorbringen und so den Boden für eine schleichende chronische Nierenentzündung abgeben. Es sei daher eine traumatische chronische Nierenentzündung anzuerkennen. Im vorliegenden Falle war aber bei dem verstorbenen W. noch durch den Pferdehufschlag eine Herzbeutelentzündung mit Verwachsung zwischen Herzbeutel und Herz entstanden, die eine bedeutende Schädigung der Herztätigkeit verursachte. Es war somit hier ein besonderer Anlaß zu veränderten Blutdruck- und Blutströmungsverhältnissen gegeben. Der Tod des W. erfolgte zweifellos an hochgradiger Wassersucht infolge der chronischen Nierenenzündung. Es hat sich nicht erweisen lassen, daß der Verstorbene schon vor dem Unfall 1914 an chronischer Nierenenzündung gelitten hat; es ist vielmehr die hohe Wahrscheinlichkeit gegeben, daß diese Nierenentzündung sich als schleichende Krankheit längere Monate nach dem Unfall eingestellt hat, wahrscheinlich im Zusammenhang mit der Nierenquetschung durch den Unfall und im Zusammenhang mit der durch den Unfall entstandenen Verwachsung zwischen Herzbeutel und Herzmuskel.

Es ist daher ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Unfall vom 20. März 1914 und dem am 11. Mai 1916 erfolgten Tode des Verletzten nicht von der Hand zu weisen; er muß vielmehr anerkannt werden. Ich komme deshalb zu dem Schlußgutachten, daß der Tod des W. so, wie die Ehefrau behauptet, mit dem Unfall, den der Verstorbene am 20. März 1914 erlitt, im ursächlichen Zusammenhang steht.

Auf Grund eines Gutachtens ist von der betreffenden Berufsgenossenschaft ein solcher ursächlicher Zusammenhang und damit auch die Berechtigung des von der Ehefrau des Verstorbenen erhobenen Anspruches anerkannt.

Wachstumsverhältnisse der Schulkinder des Bezirksamts Augsburg von 1913—1916.

Von Med.-Rat Dr. Sendtner, Bezirksarzt in Augsburg.

Die 6-, 8- und 12jährigen Schulkinder wurden gelegentlich der schulärztlichen Untersuchungen gemessen und gewogen. Das Ergebnis dieser Feststellungen ist gerade unter den gegenwärtigen Verhältnissen von einer gewissen Bedeutung.

Zeit der Untersuchung	Durchschnittliche Größe									Zahl der Untersuchten
	I. Klasse			III. Klasse			VII. Klasse			
	Knaben	Mädchen	zusammen	Knaben	Mädchen	zusammen	Knaben	Mädchen	zusammen	
10. III—13. V. 1913	114.3	112.8	113.5	125.1	124.3	124.7	143.7	144.2	143 9	2008
3. II.—6. IV. 1914	112.1	113.5	112.7	124.1	123.3	123.7	142.2	141.6	141.8	1672
3. IX. 14.—26. IV. 15	112.6	111.5	112.0	122.5	120.2	121.4	138.7	142.8	140 8	2001
2. X.—26. XI 1915	111.1	110.2	110.7	122.0	121.4	121.8	138.7	139.2	138.9	1675
2. X.—23. XI 1916	110.1	109.8	109.9	121.4	120.4	120.9	141.2	141.4	141.3	1802

	Durchschnittliches Gewicht								
	I. Klasse			III. Klasse			VII. Klasse		
	Knaben	Mädchen	zusammen	Knaben	Mädchen	zusammen	Knaben	Mädchen	zusammen
1913	21.5	20.4	20.9	25.8	24.3	25.0	35.9	35.8	35.9
1914	21.2	21.8	21.4	26.3	25.0	25.6	36.2	37.3	36.9
1915	20.3	19.6	20.5	25.5	24.7	25.2	35.0	38.9	37.2
1915/16	20.6	19.3	19.9	24.8	24.0	24.5	34.4	34.9	34.7
1916/17	19.3	19.5	19.4	24.8	23.3	24.6	34.2	35.1	34.7

Da der Termin der Untersuchungen nicht immer in die gleiche Jahreszeit fiel, so muß bei einem Vergleich der Werte der Umstand berücksichtigt werden, daß das durchschnittliche Längenwachstum im Laufe eines Jahres etwa 5 cm und die Gewichtszunahme 2,5 Kilo betragen. Die im Jahre 1913 Untersuchten waren im Zeitpunkt der Untersuchung um 5, die vom Jahre 1914 um 6 und die vom Jahre 1914/15 um einige Monate älter als die in den letzten 2 Jahren Untersuchten. Um diese Unterschiede auszugleichen, müssen bei den Durchschnittswerten der 3 ersten Untersuchungen 1 bis 2 cm, bezw. 0,5 bis 1 Kilo abgezogen werden. Der sodann verbleibende Unterschied im Wachstum und Gewicht der Schulkinder, der der Kriegsernährung zur Last gelegt werden könnte, wäre dann nicht als bedeutend anzunehmen und würde etwa 1 cm in der Länge und 0,5 Kilo im Gewicht ausmachen. Ein Vergleich der diesjährigen Werte mit denen des Vorjahres ergibt allerdings bei den Sechs- und Achtjährigen ein geringes Zurückbleiben von etwa 1 cm an Länge, während sich im Gewicht nur bei den Sechsjährigen ein erheblicherer Unterschied (0,5 Kilo) zuungunsten

des heurigen Jahrganges ergibt. Die Kinder der Oberklasse zeigen jedoch nicht nur dasselbe Gewicht wie im Vorjahre, sondern sogar größeres Längenwachstum (+ 2 cm).

Ein Vergleich der Wachstums- und Gewichtsverhältnisse der beiden Geschlechter fällt im 6. und 8. Lebensjahr fast durchweg zugunsten der Knaben aus, während im 12. Lebensjahre die Mädchen den Vorsprung haben.

Die Bevölkerung des Bezirkes ist in der Weise gemischt, daß von 38 Gemeinden 11, darunter 3 der größten, vorwiegend Industriekreisen angehören, während in den übrigen Gemeinden landwirtschaftliche Betriebe vorherrschen. Die Messungs- und Wägungsergebnisse der beiden letzten Jahre wurden nun auch unter Berücksichtigung dieser Verhältnisse zusammengestellt. Das Ergebnis ist folgendes:

	1915			1916		
Durchschnittsgröße:	I. Kl.	III. Kl.	VII. Kl.	I. Kl.	III. Kl.	VII. Kl.
Gemeinden mit vorwiegend landwirtschaftl. Bevölker.	109.5	121.6	136.7	108.9	119.8	141.3
Gemeinden mit vorwiegend Industriebevölkerung . .	111.5	121.8	140.9	110.8	121.6	141.5
Durschschnittsgew.:		**1915**			**1916**	
Gemeinden mit vorwiegend landwirtschaftl. Bevölker.	19.9	24.3	34.5	18.9	24.0	34.1
Gemeinden mit vorwiegend Industriebevölkerung . .	20.1	24.6	34.8	19.8	24.1	35.2

Die Schuljugend der Industriebevölkerung übertraf somit in beiden Jahren die der landwirtschaftlichen fast durchgehend um 1 bis 2 cm an Länge, während die Gewichtsunterschiede im allgemeinen im Vorjahre unwesentlich waren, heuer aber bei den 8- und 12jährigen Kindern etwa 1 Kilo betrugen zugunsten der Industriebevölkerung. Die Erklärung dieses unerwarteten Ergebnisses dürfte darin liegen, daß Wachstum und Gewicht der Bauernkinder durch die frühzeitige und ausgiebige Heranziehung zu landwirtschaftlicher Arbeit beeinträchtigt wurden.

Im ganzen ist das Ergebnis dieser Zusammenstellung dahin zusammenzufassen, daß unsere Schuljugend unter den Verhältnissen des Krieges erfreulicherweise nicht in erheblichem Maße gelitten hat.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die außerordentliche Tagung der Vereinigung zur Förderung des deutschen Hebammenwesens vom 21. Oktober 1916 zu Hannover.

(Schluß.)

Es wird hierauf in der mündlichen Aussprache fortgefahren:

H. Dr. v. Alvensleben sagt, daß er nur kurze Zeit zur Verfügung habe, weil er sogleich die Versammlung verlassen müsse, um in derselben Angelegenheit zu Hause eine Sitzung mit zu machen. Er wolle daher nur der Ver-

sammlung kurz den Plan für eine Landfürsorge in der Provinz Sachsen, der sich mit seinen eigenen Anschauungen völlig decke, darlegen: Es sollen Säuglingsfürsorgestellen über das flache Land hin unter Leitung der Kreisärzte bezw. praktischen Aerzte eingerichtet werden. Ihnen zur Hilfe sollen Säuglingsfürsorgeschwestern mit 2jähriger Ausbildungszeit beigegeben werden. Diesen Fürsorgeschwestern sollen untergeordnet sein: Fürsorgende Hebammen und, wo diese aus Zeitmangel oder wegen örtlicher Verhältnisse nicht verwendbar sind, ad hoc ausgebildete Säuglingsfürsorgerinnen, die durch Vermittlung der Hebammenschule mit Hilfe eines Säuglingsheims in 4monatigem Lehrgang (3 Monate Säuglingsheim, 1 Monat Hebammenlehranstalt) ausgebildet werden sollen. Damit werde man allen Ansprüchen gerecht.

H. Dr. **H. Freund**: Es ist in diesen kriegerischen Zeiten nicht ganz leicht, sich wissenschaftlich zu konzentrieren. Um so dankbarer müssen wir den Herren Berichterstattern sein, daß sie uns in so ausführlicher Weise mit ihrem Thema bekannt gemacht haben. Wenn ich aber die drei Berichterstatter überblicke, so komme ich nicht zu dem Eindruck, daß sie denselben Gegenstand voneinander entgegengesetztem Standpunkt aus darstellen, sondern daß nur das eine — das Kehrersche — durchweg auf realen Tatsachen fußt. Die beiden andern vertreten hauptsächlich Vorschläge und Wünsche, die anscheinend durch die Entwicklung der ganzen Angelegenheit größtenteils schon überholt sind. Mann und Rißmann stellen die Sache so dar, als ob zu Säuglingsfürsorgerinnen die Hebammen allein wünschenswert wären, sie wollen Fürsorgerinnen neben den Hebammen nicht gelten lassen. Mann erklärt das sogar für gefährlich. Kehrer aber weist nach, daß sich zum mindesten für die leitenden Stellungen eigene Fürsorgerinnen nicht umgehen lassen, und, indem er die mannigfachen Obliegenheiten einer Fürsorgerin einmal einzeln aufführt, behält er zweifellos Recht. Wünschen denn die beiden anderen Herren ernstlich, daß Hebammen sich mit Wohnungsaufsicht, Tuberkulose- und Syphilisbekämpfung, kranken Kindern eingehend beschäftigen? Das widerspricht einfach allem, was wir lehren, und würde uns bei wirklich ernster Durchführung der Fürsorge, wie sie z. B. v. Behr-Pinnow, Krohne u. a mit den modernen Pädiatern verstehen, wieder zurück bringen in die Zeiten, wo die Hebammen alles mögliche, was mit ihrem Beruf näher oder entfernter noch zusammengebracht werden kann, anfaßten, wobei wenig vernünftiges herauskam, während die Geburtshilfe Schaden litt.

Gewiß ist Herrn Mann und Rißmann zuzugeben, daß junge, intelligente, in moderner Art unterrichtete Hebammen zum Fürsorgeamt durchaus befähigt sind. Das ist aber keine prinzipielle Frage, sondern eine individuelle. Die staatlichen Organe, die keine Hebammen, sondern eigene Fürsorgerinnen ausbilden und anstellen wollen, bestreiten das auch gar nicht, sie werden auch entschieden nichts dagegen haben, daß einmal eine qualifizierte Hebamme Fürsorgedame wird, aber daß sie es, wie Kehrer richtig sagt, nebenamtlich wird, das wollen sie nicht, und darin haben sie vollkommen recht, denn das ist nicht im Interesse der Geburtshilfe und im übrigen fast unmöglich, immer vorausgesetzt, daß man eine umfassende Fürsorgetätigkeit im Auge hat. — Daß eine Hebamme eine gute Fürsorgerin sein kann, sehe ich in Straßburg. Aber die Herren Mann und Rißmann können eine solche, scheinbar zugunsten ihrer Forderungen sprechende Erfahrung, nicht für sich in Anspruch nehmen, denn die genannte Hebamme ist nicht mehr imstande, Geburten zu leiten, sie widmet sich mehr und mehr ausschließlich ihrem neuen Amt. Hat sie doch im Jahre nicht weniger als 2200 Hausbesuche gemacht und eine beträchtliche Anzahl Besuche empfangen! — Was lehrt nun die Straßburger Erfahrung bezüglich der angeblichen Gefahren eines gleichzeitigen Nebenarbeitens von Hebamme und Fürsorgerin? Im Anfang gab es Mißtrauen seitens des Publikums und der praktizierenden Hebammen. Sehr bald ist das aber verschwunden, da die betreffende Fürsorgerin mit Takt auftritt, guten Rat erteilt und in andere Kompetenzen nicht eingreift. Darauf kommt es an. Es können also Fürgerinnen sehr wohl neben Hebammen arbeiten.

Die allgemein sich immer mehr herausarbeitende Anschauung geht also dahin, daß es Fürsorgerinnen neben Hebammen geben kann, vielleicht geben

muß. Will man einen „Ausgleich“ zwischen beiden Berufen herstellen, so hat ein solcher stets etwas Künstliches, Kompromißlich-Mißliches, und trägt von vornherein die Zeichen des provisorischen an sich. Kehrer zeigt, ohne besondere Begeisterung dafür zu verraten, einen Weg: Man soll die approbierten Hebammen noch 3 Monate in einer Säuglingskrankenanstalt und in der sozialen Fürsorge ausbilden. Das werden nun zum mindesten die Pädiater für ungenügend erklären und wird — bei richtiger Ausgestaltung — von Hebammen, die ihr Examen gemacht haben, nur ausnahmsweise gewählt werden.

Mann hält jede Hebamme für eine fertige Fürsorgerin. Er will aber, daß die staatliche Säuglingspflegerin noch einen „ordnungsmäßig erweiterten Kursus der gesamten Hebammenkunst absolviere“. Er macht dann also die Hebammen zu Säuglingspflegerinnen und die Säuglingspflegerinnen zu Hebammen. Das ist nicht nur „gehupft, wie gesprungen“, sondern in seinen praktischen Folgen gar nicht auszudenken!

Rißmann endlich macht Vorschläge bezüglich der Ausgestaltung von Säuglingsheimen zu Mütterheimen und Anschluß von letzteren an die Hebammenschulen. Was er in bezug auf das Kaiserin Auguste-Viktoriahaus verlangt, daß es nämlich ein Haus zur Bekämpfung der Mütter- und Säuglingssterblichkeit werden solle, das besteht schon. Es hat Entbindungssaal unter einer Oberhebamme, Schwangeren- und Wöchnerinnensäle und ist bekanntlich auch Mütterheim (s. S. 27 der Festgabe, jede Wöchnerin muß mindestens 6 Wochen dableiben). Das von Rißmann als mustergültig angeführte neue Münchener Mütterheim (S. 19) hat nur Platz für 8 Schwangere und 12—14 Wöchnerinnen.

Ich kann aber an dieser Stelle meine Verwunderung nicht unterdrücken, daß den Berichterstattern bestehende Einrichtungen in deutschen Hebammenschulen unbekannt sind, die seit Jahren das mit Erfolg leisten, was sie als Vorschläge bringen. Die Straßburger Hebammenschule besitzt eine mustergültige Säuglings- und Kinderabteilung von 21 Betten mit Quarantäne, Isolierzimmern vorschriftsmäßiger Milchküche, Terrassen, Nebenräumen. Sie liegt durch eine Treppe verbunden im selben Flügel wie die Abteilung der Neugeborenen. Dieses alles untersteht einem pädiatrisch gebildeten Assistenten und einer im Kaiserin Auguste-Viktoriahaus noch besonders fortgebildeten Oberpflegerin. Kinder bis zu 1 Jahr Alter werden dort gehalten, alle Lernpflegerinnen und Schülerinnen werden dort regelmäßig und gründlichst theoretisch und praktisch ausgebildet — kurz, es ist alles vorhanden, wie es die schönste Säuglingsstätte für die Zwecke, die wir verfolgen, nur bieten kann. Aber was soll man tun, daß davon gebührend Notiz genommen wird? Ich habe das alles mehrmals demonstriert und vorgetragen und in meinem von Herrn Mann allerdings nur gestreiften Referat in Halle ausführlich mitgeteilt. (Vorbericht S. 143.) Aber immer noch kommt das als neuer Vorschlag in Artikeln und Referaten.[1]) Statt sich beklagen wie Rißmann, daß „der Hebammenlehrer in Deutschland ohne jeden Einfluß auf die Reichsbehörde ist“, sollte man gegebenenorts eher darauf hinweisen, daß das, was in Straßburg, und in gewissem Umfang auch anderwärts besteht, nachgemacht werden muß.

Ebensowenig hat man davon Notiz genommen, daß der Unterricht in Straßburg schon rund 1 Jahr dauert!

Was schließlich die Angliederung von Mütterheimen an Entbindungsinstitute anlangt, eine Forderung, die ich für höchst wichtig und richtig halte, so läßt sich das vielfach in einfacher Weise erreichen, wenn man mit den Ortsarmenverbänden, Spitalverwaltungen etc. vereinbart, bedürftige Mütter, Elende und Kranke, noch die nötige Zeit, eventuell wochen- und monatelang nach der Entbindung in der Anstalt zu behalten. Seit Kriegsbeginn habe ich dies in Straßburg durchführen dürfen. Allzuviel Gebrauch machen gerade die Verheirateten nicht davon, Unverheiratete wohl. Jedenfalls ist das ein weniger kostspieliger, aber brauchbarer Ausweg.

Ich kann also meine Ansichten über das heutige Thema

[1]) Auch Epstein macht in seiner Schrift „Ueber die Notwendigkeit eines systematischen Unterrichts in der Säuglingspflege in Hebammen-Lehranstalten“ (Wien 1916) Vorschläge, die in Straßburg längst erfolgreich in die Tat umgesetzt sind.

in kurze Sätze zusammenfassen: Die gut vorgebildete und in einer modernen Anstalt gut ausgebildete Hebamme ist wohl geeignet zur Fürsorgetätigkeit. Das gleichzeitige Betreiben der Fürsorge- und Hebammen-Tätigkeit ist aber nur ein unzureichender Notbehelf. Vollkommen ausgebildete Fürsorgerinnen sind nötig und können ohne Schaden neben den Hebammen wirken.

H. Geh. Ob.-Med.-Rat Dr. **Krohne** frägt an: Sollen die Fürsorgerinnen auf dem Lande nur Säuglingspflege und Mutterberatung treiben oder auch die anderen von Kehrer genannten Aufgaben erfüllen?

H. Dr. **Rißmann** erwidert Freund zur faktischen Berichtigung, daß er mehrfach an anderen Orten der Straßburger Einrichtungen Erwähnung getan habe.

H. Dr. **Mann** (zur Erwiderung) kennt die Straßburger Einrichtungen auch. Man müsse aber nicht nur auf die bestehenden Einrichtungen hinweisen, da diese vielleicht als nicht nötig bezeichnet werden könnten. Es sei heute Aufgabe, diese Notwendigkeit erst zu beweisen. In Preußen seien die Provinzen durch die Dotationsgesetzgebung verpflichtet, die Hebammenlehranstalten zum Unterricht der Hebammen zu unterhalten und zu pflegen. Die Verwaltungen wehren sich gegen jede neue Einrichtung, die nicht zu diesem Zwecke diene, aus finanziellen Gründen. Die Priorität, eine solche Einrichtung zuerst geschaffen zu haben, verbleibe Freund.

H. Dr. **Herzau** bekennt sich zu Kehrers realem Standpunkt und empfiehlt dessen Leitsätze zur Annahme. Er verteidigt den von der Konferenz des Königl. Sächsischen Landesgesundheitsamtes vom 9. Sept. d. J. zu Dresden angenommenen Leitsatz Dippes gegen den von Rißmann gemachten Vorwurf der Unzulänglichkeit und führt aus, daß die Haupttätigkeit der Hebamme immer die Fürsorge für die Schwangere, Kreißende und Wöchnerin bleiben müsse. Wo diese Arbeit die Hebamme nicht ganz in Anspruch nimmt, kann sie sehr wohl zur Säuglingsfürsorge mit herangezogen werden. In sehr vielen Bezirken Deutschlands sind auch bereits Fürsorgestellen — es sollen schon über 700 sein — geschaffen worden, in denen lediglich Fürsorgerinnen die Säuglingspflege übernommen haben und zur vollen Zufriedenheit ihre Leitung ausführen. Hier könnte doch von einer Beseitigung der angestellten Schwestern nicht wohl die Rede sein, sondern es kann sich hier nur darum handeln, brauchbare Hebammen, die über genügend Zeit und Kenntnisse verfügen, in die lokalen Organisationen einzufügen. Ohne Bedenken sei aber zuzugeben, daß diejenigen Hebammen, die ihren eigentlichen Beruf aufgeben, vermöge ihrer bereits gewonnenen Erfahrungen auf dem Gebiete der Säuglingspflege nach Vervollständigung ihrer Kenntnisse in einem weiteren, geeigneten Unterricht als Säuglingsfürsorgerinnen zweifellos den Vorzug verdienen; denn sie haben das, was sich eben nur durch langjährige praktische Uebung erwerben läßt, das Geschick, mit der Mutter des Pfleglings vertraut zu sein oder zu werden.

Redner verweist wiederholt auf die mit der Aerztekammer der Provinz Sachsen vereinbarten Bestimmungen, nach denen für den Vorstand der Kreis- und Ortsstellen auch der Kreisarzt und mindestens ein praktizierender Arzt vorgesehen sind, und der die Aufsicht über das Fürsorgepersonal führende Leiter der Fürsorgestelle ein Arzt sein muß, der auch der Vorgesetzte des Pflegepersonals sein wird, so daß Uebergriffe der Fürsorgerinnen den Hebammen gegenüber nicht wohl zu befürchten sind. Er ist also für möglichste Mitbeteiligung der Hebammen in der Fürsorgearbeit, hauptsächlich für die Zeit vor, während und bis kurz nach dem Wochenbett, aber er lehnt die alleinige Uebertragung des ganzen Säuglingsschutzes auf die noch im Beruf befindlichen Hebammen (ohne besondere Fürsorgeschwestern) entschieden ab, ebenso die alleinige Erteilung des erforderlichen Unterrichts in den Hebammenschulen.

H. Dr. **Mann** betont den fundamentalen Unterschied zwischen Land und Stadt und deren verschiedenen Bedürfnisse. Wenn er auf seine persönliche Erfahrung, die er in seiner Jugend in den Moselkreisen Zell und Cochem mit ihren Gebirgsdörfern, als Polikliniker in Vorpommern, als Vertreter in Ostpreußen und der Uckermark, in seiner Praxis in Paderborn mit großer ländlicher Klientel und gelegentlich der Revisionsreisen in einem großen Teile von

Westfalen habe sammeln können, zurückblicke, könne er nur immer wieder darauf hinweisen, daß ein wirklich aussichtsreicher Kampf — auf großzügiger Grundlage — gegen die Säuglingssterblichkeit ohne die Hebammen als Säuglingsfürsorgerinnen unmöglich sei. Für dichter bevölkerte Gegenden sei die Einsetzung besonderer Säuglingsfürsorgerinnen der Erwägung wert.

H. Dr. **Brennecke** bemerkt, daß die günstige Gelegenheit zur Herbeiführung einer gründlichen Reform des Hebammenwesens leider schon vor 12 bis 14 Jahren verpaßt sei, — nicht ohne Schuld der Geburtshelfer und insbesondere der geburtshilflichen Lehranstalten. Man habe bis heute nicht streng genug das Hebammenschulwesen und das Hebammenwesen geschieden, und nicht scharf genug die Bedürfnisse des geburtshilflichen Unterrichts von denen der geburtshilflichen Praxis zu sondern gewußt. Während die Universitäts-Frauenkliniken und die Hebammenschulen ausschließlich den Interessen der Wissenschaft und des Unterrichts dienen sollten, seien die Wöchnerinnenasyle (Kreisentbindungsanstalten) berufen, den mannigfachen Forderungen der geburtshilflichen Praxis und den Bedürfnissen der Sozialhygiene gerecht zu werden. Bedauerlicherweise aber widersetzten sich die Lehranstalten vielfach dem Aufkommen der Wöchnerinnenasyle als vermeintlich überflüssiger und für den Lehrbetrieb bedenklicher Konkurrenzanstalten. Sie hemmten damit die Herbeiführung einer durchgreifenden Reform der geburtshilflichen Ordnung und des Hebammenwesens, das nur in engster Anlehnung an die Wöchnerinnenasyle und die mit ihnen geschaffene Organisation der Frauenhilfe (des Wochen-, Säuglings-, Hauspflege- und Helferinnen-Wesens) wirklich gesunden und sich zu einem sozial-hygienisch wertvollem Faktor gestalten kann. Er schildert in kürze die Organisation des Magdeburger Wöchnerinnenasyls und weist als auf ein erfreuliches Zeichen eines anscheinend nahenden Umschwungs der bisherigen Anschauungen auf den Erlaß des Preuß. Ministers des Innern vom 18. Mai 1915 an die Herren Regierungspräsidenten hin, in dem es heißt: „Es kommt weiter in Frage auf eine Vermehrung der Entbindungsanstalten hinzuarbeiten, die im allgemeinen noch in zu geringer Zahl, in manchen, selbst größeren Gemeinden überhaupt nicht vorhanden sind. Es mag dahingestellt bleiben, ob es möglich ist, die Errichtung solcher Anstalten noch während des Krieges durchzusetzen. Jedenfalls sollte versucht werden, in dieser Hinsicht baldtunlichst Wandel zu schaffen.“ Da man es aber unterließ, die Reform der geburtshilflichen Ordnung in Anlehnung an Wöchnerinnenasyle zu fördern, so war es angesichts der großen hygienischen Schäden fast selbstverständlich, daß unter Umgehung und zum Nachteil des Hebammen- und Wochenpflegewesens eine einseitig-pädiatrische Säuglingsfürsorge mit aller Kraft einsetzen mußte, obschon es für jeden Sachverständigen auf der Hand lag, daß der Schutz, der mit einer gründlichen Reform der geburtshilflichen Ordnung den Müttern und Kindern gewährt werden kann, sehr viel weiter reicht und zur Verhütung der Säuglingssterblichkeit sehr viel mehr würde leisten können, als die jetzt unter pädiatrischer Leitung in Szene gesetzte Säuglingsfürsorge-Ordnung. Zur Bekräftigung dessen weist Brennecke auf die von Prof. v. Franqué auf dem ersten Säuglingsfürsorge-Kongreß in Dresden 1907 mitgeteilten statistischen Daten hin, denen zufolge nicht weniger als 200000 Kinder, die jährlich in Deutschland direkt geopfert oder in höchste Gefahr gebracht werden, der zahlenmäßige Ausdruck für die Wirkung der Schwangerschafts- und Geburtsschädigungen infolge unserer mangelhaften Schutzmaßnahmen für die Mütter sind.

B. hält es für eine bedenkliche, das Hebammenwesen herabsetzende und schädigende Einmischung der Pädiatrie in das den geburtshilflichen Organen (den Hebammen und Wochenpflegerinnen) von jeher und von Rechts wegen zustehende Arbeitsgebiet, wenn die Säuglingsfürsorge den Hebammen mehr oder weniger entzogen und besonderen, pädiatrisch geschulten Säuglingsfürsorge-Schwestern unterstellt werden soll. Durch Angliederung von Säuglings- und Mutterheimen (für unverehelichte Mütter) an die Hebammenschulen sollte vielmehr für eine gründlichere Ausbildung der Hebammen auch in der Säuglingspflege gesorgt werden und den praktizierenden Hebammen grundsätzlich die Säuglingsfürsorge während der ersten 6 Lebenswochen und darüber hinaus überlassen bleiben, sofern das Kind in natürlicher Weise an der Mutterbrust

genährt wird. Der pädiatrische Apparat mit seinen geschulten Fürsorge-Schwestern würde erst dann einzutreten haben, wenn künstliche Ernährung der Säuglinge in Frage kommt.

H. Dr. **Hammerschlag:** Ich stehe im allgemeinen auf dem Boden der Vorschläge v. Alvenslebens, habe jedoch besondere grundsätzliche Vorbehaltungen zu machen. — Nach meiner Ansicht müßte an der Spitze der Säuglingsfürsorge der Kreisarzt stehen. — Unter ihm ständen 1. Säuglingsfürsorgerinnen, die jedoch nicht 2 Jahre nur in Säuglingsheimen, z. B. im Auguste Victoriahause, sondern ebenso etwa in der Hälfte der Zeit in den Hebammenschulen ausgebildet werden müssen, um besonders die Mutterfürsorge gründlich bis zur staatlichen Prüfung zu erlernen. 2. Hebammen, die zu diesem speziellen Zwecke eine erweiterte Ausbildung in der Säuglingsfürsorge in den Hebammenschulen erfahren müßten. Hierzu müßte der Lehrgang auf ein Jahr verlängert werden. — Die Ausbildung von Fürsorgerinnen in der Zeit von 4 Monaten nach dem Vorschlag v. Alvenslebens möchte ich dringend widerraten; in einer so geringen Zeit können nur Pfuscherinnen entstehen. — Im übrigen möchte ich betonen, daß in vielen ländlichen Bezirken die Hebamme als Fürsorgerin allein in Frage kommt. Nach meiner Erfahrung in Ostpreußen ist die Hebamme die alleinige Frau des Vertrauens für die weibliche Bevölkerung, wo ihr Standpunkt an sich schon durch die Pfuscherinnen außerordentlich erschwert ist.

H. Geh. Ob.-Med.-Rat Dr. **Krohne**-Berlin spricht zunächst seinen Dank für die Einladung zur heutigen Sitzung und seine Freude darüber aus, daß es ihm dadurch ermöglicht sei, zu den heute erörterten Fragen Stellung zu nehmen und dabei auch einige Mißverständnisse aufzuklären, die hinsichtlich seiner Auffassung entstanden zu sein scheinen.

Wie den Anwesenden vielleicht bekannt sei, seien innerhalb der Staatsregierung schon seit längerer Zeit Beratungen darüber im Gange, wie man dem seit Jahren drohenden Geburtenrückgang Einhalt tun und gleichzeitig durch eine großzügige Bevölkerungspolitik die schweren Verluste dieses Krieges an Hunderttausenden blühender Männer wieder ausgleichen könne. Unter den hierfür in Frage kommenden vielfachen Maßnahmen seien besonders wichtig diejenigen, die geeignet wären, eine größere Zahl von Menschen am Leben und gesund zu erhalten als bisher. In erster Linie käme hierfür eine wesentliche Verbesserung unseres Säuglings- und Mütterschutzes in Frage, da gerade auf diesem Gebiet noch unendlich viel zu tun sei. Noch immer stürben jährlich viel zu viel Mütter an den Folgen einer Entbindung, noch immer sei die Säuglingssterblichkeit in Deutschland trotz erheblicher Besserung gegenüber den früheren Verhältnissen mit 15% Sterblichkeit viel zu hoch. Um in dieser Hinsicht Wandel zu schaffen, sei es notwendig, endlich eine gründliche Hebammenreform durchzuführen und alle Bestrebungen auf dem Gebiete des Mütter- und Säuglingsschutzes zu fördern und weiter auszubauen. Ueber die Notwendigkeit einer Hebammenreform brauche er in diesem Kreise nur wenig zu sagen. Seines Erachtens sei es dringend erforderlich, die Lösung dieser brennenden Angelegenheit namentlich nach der Richtung zu versuchen, daß die wirtschaftliche Stellung der Hebammen verbessert, daß mehr als bisher weibliche Personen aus den gebildeten Schichten dem Hebammenberuf zugeführt werden, und daß die Ausbildung der Hebammen verlängert und vertieft würde. Ob eine solche Hebammenreform sich angesichts der vielfachen Schwierigkeiten, die ihr namentlich in finanzieller Hinsicht gerade infolge dieses Krieges noch entgegenstehen, schon in allernächster Zeit werde durchgeführt werden können, lasse sich noch nicht übersehen. Aber die Versammlung dürfte überzeugt sein, daß an der Lösung dieser Frage mit allen Kräften gearbeitet wird, und er hoffe zuversichtlich, daß in nicht zu ferner Zeit etwas Brauchbares in dieser Hinsicht geschaffen werde. Jedenfalls lege er Wert darauf, zu erklären, daß er sich dieser Aufgabe mit warmem Herzen unterziehen werde, und daß niemand mehr als er bestrebt sein könne, alles zu tun, was nur irgendwie geeignet wäre, den Hebammenstand zu verbessern und in seinem Ansehen zu heben.

Die Befürchtungen, die in den Referaten der Herren Rißmann und Mann zum Ausdruck gebracht wären, als ob an maßgebender Stelle daran gedacht würde, bei einer Regelung der Säuglingsfürsorge den Hebammenstand

beiseite zu stellen, seien vollkommen ungerechtfertigt; gerade das Gegenteil sei der Fall. Er könne nur lebhaft bedauern, daß die Herren Rißmann und Mann, wie aus ihren Referaten hervorgehe, seinen im Juni im Reichstagsgebäude gehaltenen Vortrag „Ueber Verbesserung der Säuglingsfürsorge" nicht bezw. nicht vollständig gelesen, sondern sich ihr Urteil über diesen Vortrag aus unvollkommenen Zeitungsnotizen gebildet hätten. Hätten die Herren Referenten seinen Vortrag mit angehört oder vollständig gelesen — der Vortrag ist in mehreren Zeitschriften veröffentlicht worden — so hätten sie sich überzeugen können, daß er dabei hinsichtlich der Säuglingsfürsorge und der Absicht, eine staatliche Prüfung für Säuglingspflegerinnen einzuführen, nichts gesagt habe, was die Befürchtung wegen einer Benachteiligung des Hebammenstandes rechtfertigen könnte. Es sei richtig, daß die Absicht erwogen würde, eine staatliche Prüfung für Säuglingspflegerinnen einzuführen. Wie eine solche Prüfung im einzelnen gestaltet werden würde, sei noch nicht entschieden. Einer der Vorschläge gehe dahin, eine einjährige Ausbildung und zwar ein halbes Jahr in allgemeiner Krankenpflege und ein weiteres halbes Jahr in Säuglingspflege zu verlangen. Er sei nun der Ansicht, daß man in eine solche Prüfungsordnung eine Bestimmung aufnehmen solle, wonach Hebammen mit Rücksicht auf ihre vorausgegangene 9monatliche Ausbildung nur noch einen Kursus von etwa 3 Monaten in Säuglingspflege zu nehmen brauchen, um zur staatlichen Prüfung als Säuglingspflegerin zugelassen zu werden. In diesem Zusammenhange möchte er noch folgendes bemerken:

Wenn Herr Rißmann es als bedauerlich bezeichne, daß durch die im Jahre 1907 eingeführte staatliche Krankenpflegeprüfung für die zuzulassenden Pflegepersonen eine einjährige Ausbildung verlangt worden sei, während die Hebammen nur eine 9monatige Ausbildung brauchten, und wenn Herr Rißmann ferner der Meinung Ausdruck gegeben habe, daß dadurch und durch weitere Einführung einer einjährigen Ausbildung der Säuglingspflegerinnen das Ansehen der Hebammen geschädigt sei bezw. werden würde, so finde er das bis zu einem gewissen Grade durchaus verständlich. Auch er halte es für bedauerlich, daß die Ausbildungszeit der Hebammen zurzeit kürzer bemessen sei, als die der Krankenpflegerinnen. Das dürfe aber doch kein Grund für die Staatsregierung sein, etwa die Ausbildung der Krankenpflegerinnen zu verkürzen oder für die in Aussicht genommene staatliche Prüfung von Säuglingspflegerinnen etwa eine kürzere Ausbildungszeit, als sie für notwendig gehalten würde, festzulegen. Seines Erachtens müsse man vielmehr, um hier den erforderlichen Ausgleich zu schaffen, bestrebt sein, die Ausbildung der Hebammen zu verlängern; denn die jetzige Ausbildung mit nur 9 Monaten halte auch er für zu kurz. Die Gründe, warum bisher noch die verschiedenartig bemessene Ausbildungszeit für Krankenpflegerinnen und für Hebammen zuungunsten der letzteren bestünde, liege einfach darin, daß die Festsetzung der Ausbildungszeit für Krankenpflegepersonen seinerzeit keinerlei Schwierigkeiten gehabt habe, da die Anmeldung zur Krankenpflegeprüfung eine private Sache der betreffenden Personen sei und keinerlei finanzielle Wirkung für Gemeinden usw. habe, daß dagegen die Dauer und jede Verlängerung der Ausbildungszeit für Hebammen für Gemeinden, Kreise und Provinzialverwaltungen eine Geldfrage sei, deren Lösung immer auf Schwierigkeiten stoße.

Er habe vorhin schon angedeutet und möchte das mit allem Nachdruck wiederholen, daß auch die Medizinalverwaltung der Ansicht sei, daß die Hebammen bei der Säuglingsfürsorge nicht nur nicht ausgeschaltet, sondern in möglichst weitem Umfange mit beteiligt werden sollten; denn es könne ja gar keinem Zweifel unterliegen, daß namentlich in vielen Landkreisen noch auf lange Zeit hinaus die Hebammen überhaupt die einzigen Personen sein würden, die für praktische Säuglingsfürsorge in Frage kämen. Gerade aus dem Grunde lege er großen Wert darauf, daß bei einer künftigen Verlängerung der Hebammenausbildung die Hebammen in der Säuglings- und Kleinkinderpflege weit mehr als bisher unterrichtet würden.

Wenn er nun auch durch die weitgehendste Mitwirkung der Hebammen in der Säuglingsfürsorge wünsche und mit allen Kräften unterstützen würde, so könne er doch nicht zugeben, daß die Hebammen für die gesamte Fürsorge innerhalb eines Kreises allein in Frage kämen. Die Herren möchten doch nicht vergessen, daß schon jetzt — insbesondere in einer größeren Zahl

von Kreisen im Westen der Monarchie — besondere Säuglingsfürsorgerinnen oder Kreisfürsorgerinnen angestellt seien, daß diese Entwicklung zweifellos noch weiter gehen würde, und daß die Regierung gar nicht in der Lage wäre, diese Entwicklung zu verhindern. Er könne aber auch nicht einsehen, daß die Anstellung solcher Fürsorgerinnen, die in der Mehrzahl eine vorzügliche Ausbildung bekommen hätten, irgendwelchen Bedenken begegne. Er habe sich erst kürzlich gelegentlich einer Dienstreise in die Rheinprovinz davon überzeugt, daß diese Fürsorgedamen in den einzelnen Kreisen sehr Gutes leisteten, daß sie auch mit den Hebammen zusammen arbeiteten, und daß bei dieser Zusammenarbeit sich noch nirgends Schwierigkeiten ergeben hätten. Allerdings müsse auch er dem zustimmen, daß, wie die Herren Rißmann und Mann fordern, die Hebammen in den einzelnen Kreisen nicht etwa den Kreisfürsorgerinnen unterstellt sein dürfen. Wo etwa solche Absichten bestünden, würde die Medizinalverwaltung sich entschieden dagegen aussprechen. Die Hebammen sollen auch in Zukunft nur eine direkt vorgesetzte Stelle haben, nämlich den Kreisarzt. Wollte man zwischen den Kreisarzt und die Hebammen etwa noch eine Fürsorgedame als besondere nächste Vorgesetzte der Hebammen einschieben, so würde dies nur zu unliebsamen Reibungen und Schwierigkeiten führen, die er niemals billigen würde. Desgleichen sei es entschieden zu verwerfen, wenn, wie in einigen Kreisen vorgekommen sein soll, die besonders angestellten Fürsorgeschwestern schon in den ersten 10 Tagen nach einer Entbindung die Wöchnerinnen besuchen und in die Anordnungen der Hebammen hineinreden. Was nun gar den erwähnten Vorschlag des Kreisarztes Dr. Vollmer betreffe, nach dem Kriege geprüfte Krankenpflegerinnen in nur 6 Monaten zu Hebammen auszubilden, um sie dann in gehobene Stellen von Kreishebammen zu bringen, so könne er erklären, daß die Medizinalverwaltung diesem Gedanken völlig fernstehe und nicht die Absicht habe, irgend etwas Aehnliches einzuführen. Er betone also nochmals, daß die Befürchtungen hinsichtlich einer Beiseiteschiebung der Hebammen auf dem Gebiete der Säuglingsfürsorge ungerechtfertigt seien. Das allerdings wolle er mit Nachdruck hervorheben, daß zwar die Hebammen in Zukunft in verstärktem Maße auf den drei Hauptgebieten ihres Berufes — Geburtshilfe, Wochenbettpflege und Säuglingsfürsorge — beschäftigt werden sollen, daß aber die Medizinalverwaltung es grundsätzlich ablehnen müsse, die Hebammen auch auf allen anderen Fürsorgegebieten mit heranzuziehen, wie dies heute für die Wohnungsfürsorge, Tuberkulose-, Trinker-, Krebsfürsorge usw. verlangt worden sei. Hiergegen beständen die allergrößten Bedenken. Es hieße seines Erachtens den Grundsatz, die Hebammen von allen ansteckungsverdächtigen Personen und Gegenständen möglichst fern zu halten, verleugnen, wenn man die Hebammen beispielsweise in der Wohnungs- und der Tuberkulosefürsorge regelmäßig beschäftigen wollte. Würde man die Hebammen bei dieser Art Fürsorgetätigkeit in zahlreichen Wohnungen herumschicken, so würden sie nur zu leicht mit Diphtherie, Scharlach und allen möglichen anderen Infektionskrankheiten in Berührung kommen und diese Erkrankungen in ihrer Praxis auf die Wöchnerinnen übertragen! Aus diesen Gründen wäre die regelmäßige oder gar hauptamtliche Beschäftigung der Hebammen in der allgemeinen Fürsorge, Wohnungs-, Tuberkulosefürsorge usw. eine ganz undiskutierbare Forderung. Er würde jedenfalls für eine derartige Regelung niemals zu haben sein. Er hoffe, daß die Versammlung im übrigen die Ueberzeugung gewonnen habe, daß die Medizinalverwaltung bestrebt ist, das Wohl des Hebammenstandes nach Möglichkeit zu verbessern, das Ansehen der Hebammen zu heben und ihre wertvollen Kräfte auch in den Dienst der Säuglingsfürsorge zu stellen, wo es nur immer möglich ist.

H. Dr. **Langerhans**-Celle als Vertreter des Deutschen und Preußischen Medizinalbeamtenvereins: Die kurzen Ausführungen, zu denen ich mir das Wort erbeten habe, werde ich nicht als langjähriger Hebammenlehrer, sondern als Medizinalbeamter an Sie richten, als Vertreter des Deutschen und des Preußischen Medizinalbeamtenvereins, die Sie zu der heutigen Tagung freundlichst eingeladen haben. Ich bin von beiden Vereinen beauftragt, für die Einladung verbindlichsten Dank und zugleich die sichere Erwartung auszusprechen, daß durch Ihre sachkundige Beratung der wichtige Gegenstand, den Sie auf die Tagesordnung gesetzt haben, eine wesentliche Förderung erfahren wird. Ich

bin aber in voller Uebereinstimmung mit den Ausführungen eines der Herren Vorredner fest überzeugt, daß dieser Erfolg nur zu erreichen sein wird, wenn man sich auf den Boden der Tatsachen stellt, wie sie doch nun einmal vorhanden sind. Die überwiegende Zahl der Geburten findet in den Landgemeinden und kleinen Städten statt, wo die Hebamme bisher die einzige Beraterin bei der Pflege und der Aufzucht des Kindes ist und bleiben wird. Es ist ein schwerer Schaden des Hebammenwesens, daß auf dem Lande, zumal in dünnbevölkerten Gegenden, aber auch im Gebirge, wie auch sonst unter ähnlichen schwierigen Verhältnissen die Hebammen in ihrem Beruf nicht ausreichend beschäftigt sind, so daß sie auf Nebenbeschäftigungen angewiesen sind, die zu ihrem Beruf oft nicht recht passen. Entzieht man diesen Hebammen durch Anstellung besonderer Wochenpflegerinnen aber noch einen Teil ihrer bisherigen Berufsarbeiten, so werden diese beklagenswerten Zustände weiterhin verschlimmert, und, wo bisher eine unzureichend beschäftigte Hebamme saß, sitzt neben ihr noch eine unzureichend beschäftigte Wochenpflegerin. Will man aber einer Wochenpflegerin größere, sich über den Wirkungskreis mehrerer Hebammen erstreckende Bezirke anweisen, dann stehen ihrer gedeihlichen Tätigkeit dieselben Verhältnisse entgegen, die die Anstellung vieler, wenn auch wenig beschäftigter Hebammen notwendig gemacht haben, nämlich die weiten Entfernungen und die Ungunst von Wetter und Wegen. Es ist aber auch mit Sicherheit zu erwarten, daß eine solche, in einem größeren aber entfernt gelegenen Verkehrsmittelpunkt wohnende Wochenpflegerin nicht in der nötigen täglichen Fühlung mit der Landbevölkerung stehen und daher nicht annähernd dieselbe Wirksamkeit entfalten kann, wie die im selben Dorf oder Kirchspiel wohnende Hebamme. Die Bauerfrau wird auch ihr Vertrauen lieber stets derjenigen Frau schenken, die ihr in den schwersten Stunden beigestanden hat, als einer fremden Frau, die nachträglich von fernher dazukommt. Wir Medizinalbeamten, die wir mitten im Leben stehen, müssen die ernste Befürchtung aussprechen, daß jede Einrichtung, die das Ansehen und die Einkünfte der Hebammen beeinträchtigt, notwendig auch zu einer Schädigung der gesundheitlichen Verhältnisse im Wochenbett führen wird. Wenn es im Laufe der Jahre gelungen ist, mit wesentlicher Hilfe der Hebammen zahlreiche Mißbräuche, Schädlichkeiten und Vorurteile aus den Wochen- und Kinderstuben zu verbannen, und wenn wir für die Zukunft von der freudigen Mitarbeit besser und gründlicher ausgebildeter Hebammen eine weitere Besserung hoffen dürfen, so besteht die dringende Gefahr eines Rückfalls in alle Schädlichkeiten, sobald wir den Hebammen einen guten Teil der seit allem Anbeginn ihnen zukommenden Tätigkeit entziehen und sie zu Helferinnen untergeordneten Ranges herabdrücken. Nach der Ansicht der überwiegenden Mehrheit der Medizinalbeamten gilt es weiter zu bauen auf dem vorhandenen durchaus gesunden Fundament des im ganzen zuverlässigen, auf jeden Fall aber im hohen Grade verbesserungsfähigen Hebammenstandes. Wir sind auch überzeugt, daß ohne große grundumstürzende und überaus kostspielige Neuerungen es gelingen wird, mit Hilfe der Hebammen sehr bedeutende Erfolge zu erzielen, die gleicherweise den Müttern und den Säuglingen zugute kommen werden. Dazu müssen Einrichtungen geschaffen werden, die es den Hebammen ermöglichen, länger wie bisher den Müttern mit Rat und Tat zur Seite zu stehen. Sie müssen die Gelegenheit haben, ihre Tätigkeit auch da fortzusetzen, wo die Mütter selbst — häufig des Kostenpunktes wegen — weitere Besuche nicht ohne weiteres wünschen. Wie lange diese Besuche der Hebammen nach Ablauf des eigentlichen Wochenbettes fortgesetzt werden sollen, wer die Kosten für diese Besuche trägt und in welches Formular oder Tagebuch die Hebammen ihre Beobachtungen eintragen, das sind Einzelfragen, die freilich sehr wichtig sind, die aber späterer Beratung überlassen werden kann. Zwei Dinge aber scheinen mir schon jetzt festzustehen, einmal, daß die Hebammen für die ihnen zugedachte vermehrte Tätigkeit in der Säuglingsfürsorge eine erweiterte und vertiefte Ausbildung erhalten müssen und daß diese ihre Tätigkeit der Aufsicht der Medizinalbeamten, und nicht etwa derjenigen des ganz unkontrollierbaren Vereines oder eines vielköpfigen Damenkomitees unterstehen müssen. Ob die Hebammen ihre Ausbildung im Säuglingsschutz in der hierzu besonders einzurichtenden Hebammenlehranstalt,

oder in einem Säuglingsheim, oder in einer Kinderklinik erhalten sollen, ist eine Frage von untergeordneterer Bedeutung; wichtiger ist die Forderung, daß niemandem eine verantwortungsvolle Tätigkeit in Wochen- und Kinderstube eingeräumt werden wird, der nicht die Grundlage einer geburtshilflichen Ausbildung, mindestens als Hebamme, sein Eigen nennen kann.

Ganz anders liegen die Dinge in der Großstadt, aber auch in der Mittelstadt, ja auch in denjenigen Landgemeinden, die nach der Einwohnerzahl oder den Verkehrsverhältnissen städtischen Zuständen nahegerückt sind. Hier haben die Hebammen der Regel nach eine ausreichende, ihre Zeit ausfüllende Praxis. Hier ist auch ihre persönliche Fühlung und ihr Einfluß auf Anschauungen und Lebensgewohnheiten der Bevölkerung nicht annähernd so groß, wie auf dem Lande. Hier läßt sich eine reinliche Scheidung zwischen der geburtshilflichen Tätigkeit der Hebamme und der pflegenden und beaufsichtigenden sowie beratenden Tätigkeit der Wochenpflegerin und der Säuglingsschutzschwester recht wohl erreichen. Hier hat auch die Erfahrung gezeigt, daß Säuglingsberatungsstellen ein sehr dankbares Feld für ihre Tätigkeit finden. Ich selbst habe die Erfahrung gemacht, daß die von mir, zunächst für die Haltekinder in das Leben gerufene, der Hebammenlehranstalt Celle angegliederte Säuglingsberatungsstelle sowohl unter meiner, als namentlich unter meines Amtsnachfolgers Leitung von Müttern aus allen Bevölkerungskreisen in immer zunehmendem Maße aufgesucht wurde. Man wird auch hier nicht schematisch vorgehen können. Es hat sich vielmehr gezeigt, und es wird sich immer mehr zeigen, daß verschiedene Wege zum Ziel führen. Auch wird sich hierbei für den gemeinnützigen Tätigkeitsdrang in reichem Maße Verwendung finden, nur muß auch hier nachdrücklich daran festgehalten werden, daß die Tätigkeit der Säuglingspflegerinnen nicht aus dem Rahmen der staatlich geordneten Medizinalverwaltung heraustritt, daß sie unter allen Umständen der Beaufsichtigung durch den Kreisarzt oder Stadtarzt untersteht, am besten auch wohl wie das gesamte übrige niedere Medizinalpersonal regelmäßige Nachprüfungen unterworfen wird, und daß ihnen eine Tätigkeit auf dem Gebiete der Wohnungsaufsicht, der Lungenfürsorge und anderen ähnlichen Zweigen unter keinen Umständen zugebilligt werden kann.

H. Dr. **Burckhardt**: Ich muß Ihnen offen gestehen, ich war früher absolut dagegen, daß die Hebammen zur Säuglingsfürsorge mit herangezogen würden; allein die Referate der Herren Rißmann und Mann haben mich veranlaßt, meine Ansicht zu ändern.

Die Hebammen sind nun einmal als hygienische Hilfspersonen nicht zu entbehren; es scheint mir auch, daß sie, bei entsprechender Ausbildung in der Fürsürge Entsprechendes zu leisten imstande sind. Die Forderung v. Franqués (vgl. Referat von Mann, Vorberichte S. 10), daß den Hebammen die Wochenpflege überhaupt zu entziehen sei, wird wohl niemand, der mit den Verhältnissen vertraut ist, für diskutabel erachten; daß aber in absehbarer Zeit selbständige Fürsorgerinnen aufgestellt werden können, ist nicht zu erwarten. Dem Staate und den Gemeinden werden, wie bereits erwähnt wurde, nach dem Kriege so ungeheure Lasten erwachsen, daß dafür kein Geld vorhanden sein wird. Und unter diesen Umständen sind die Hebammen die gegebenen Personen für die Säuglingsfürsorge.

Fürsorgerinnen werden in der breiten Schicht des Volkes von vornherein auf großes Mißtrauen stoßen, in vielen Familien wird es ihnen nicht gelingen, sich Eintritt zu verschaffen; ein weiterer wichtiger Punkt ist, daß sich sehr viele Familien an den ihnen dadurch erwachsenden Mehrkosten stoßen werden, sind sie doch oft schon ungehalten, wenn die Hebamme den Arzt zuziehen will.

Wenn Kehrer fordert, es sollen nur geeignete Hebammen in der Säuglingsfürsorge ausgebildet werden, so muß man unwillkürlich fragen, wo die Grenze zu ziehen ist; gewissermaßen Hebammen erster und zweiter Güte dürfen wir aber nicht schaffen. Es müssen deshalb unbedingt alle Hebammen in gleicher Weise in der Säuglingsfürsorge unterwiesen werden. Ich halte mich jedoch für verpflichtet, noch einmal ganz entschieden zu betonen, wie in früheren Tagungen schon ausgesprochen wurde: Wir dürfen die Hebammen nur in der Physiologie und Diätetik der Säuglinge unterrichten, nicht in der Pathologie

oder gar in der Therapie. Damit würden wir unfehlbar nur ein Heer von Pfuscherinnen heranbilden. Wenn die Hebamme die normalen Lebensäußerungen des Säuglings genau kennt, dann weiß sie auch zu erkennen, wenn etwas nicht stimmt, wenn pathologische Vorgänge Platz greifen, und dann muß sie den Arzt holen.

H. Dr. **Poten**-Hannover: Das Kriegsfürsorgeamt in Hannover hat etwa 12 Fürsorgeschwestern, die in den christlich-sozialen Frauenvereinen vorgebildet und auch in der Säuglingspflege unterrichtet sind, um in den Familien von Kriegern den jungen Müttern helfend und beratend zur Seite zu stehen und für die Neugeborenen zu sorgen. Aus Hebammenkreisen sind mir Befürchtungen ausgesprochen, daß diese Schwestern die Hebammen aus dem ihnen zustehenden Wirkungskreise der Wochenbetts- und Säuglingspflege verdrängen könnten. Ich teile diese Besorgnis nicht; der Krieg stellt eben besondere Anforderungen, die nur durch besondere Mittel befriedigt werden können. Den Hebammen würde die Erledigung der Aufgaben, die diesen besonderen Fürsorgeschwestern zufällt und die sich auf die ganze wirtschaftliche und rechtliche Lage der Kriegerfamilien bezieht, gar nicht möglich sein, und mit der Rückkehr der Friedensverhältnisse wird ja das Kriegsfürsorgeamt seine Tätigkeit einstellen und das Amt dieser Schwestern hinfällig werden. Ich bin überzeugt, daß dann die Hebammen die geeigneten Persönlichkeiten sein werden, um eine über das Frühwochenbett hinausgehende Ueberwachung der Säuglinge auszuüben; in ländlichen Kreisen werden sie noch viel mehr als in größeren Städten dazu in der Lage sein.

Der Krieg hat durch die Knappheit der Lebensmittel einen fördernden Einfluß auf das Stillen geübt und dadurch die Säuglingsfürsorge außerordentlich vereinfacht und erleichtert. Wie könnte noch besser für einen Säugling gesorgt werden als durch die Mutterbrust? Die Hauptsorge aller künftigen Fürsorge wird bleiben, die Mütter zum Selbststillen anzuhalten; ich kann mir daher nicht vorstellen, daß irgendwelche besonderen Berufsschwestern hier ebenso erfolgreich wirken könnten wie die Hebammen. Daß diesen Gelegenheit gegeben werden muß, die Entwicklung der Kinder länger als in den 14 Tagen schon während ihrer Ausbildungszeit kennen zu lernen, wie dies in der hiesigen Anstalt geschieht, ist freilich Voraussetzung, wie überhaupt eine bessere Vorbildung und erweiterte Ausbildung der Hebammen, die uns die lang erwartete Reform des Hebammenwesens bringen soll, Vorbedingung für jeden Fortschritt auf unserem Gebiete ist. Ob ich selbst die Morgenröte einer durchgreifenden Reform noch erleben werde, ist mir zweifelhaft.

H. Landesrat Dr. **Hartmann**-Hannover war als Vertreter des „Deutschen Vereins gegen den Mißbrauch geistiger Getränke“ anwesend und erklärte, daß der Verein das größte Interesse an der Ausdehnung der Trinkerfürsorge auf dem Lande und in kleineren Städten nehme und daß zu diesem Zwecke die Mitarbeit der Hebammen ihm sehr willkommen sein würde.

H. Dr. **Klumker**: Gestatten Sie mir als Gast, der ich im Grunde auf Ihre liebenswürdige Einladung nur hören und lernen wollte, ein paar Worte zu sagen, weil ich hier wieder das Gefühl habe, daß die Klärung der Ansichten dadurch gehindert wird, daß sich die Einzelheiten gegenüber den großen Grundlinien vordrängen. Gerade solche Strömungen wie die Bevölkerungspolitik geben nicht nur guten Wind in die Segel mancher älteren Bewegungen, sondern sie wirken vielmehr wie Wirbel, die alles durcheinander reißen und auf denen nun zufällig diese oder jene Dinge obenauf schwimmen.

Die Säuglingsfürsorge ist so ein kleines Einzelgebiet, dessen Ausbau für sich allein zu nichts Brauchbarem, Dauerndem führen kann. Sie sehen schon daran, daß man sie jetzt mit einem anderen kleinen Stück, der Kleinkinderfürsorge verkuppelt, daß man selber einsieht, daß in dieser Vereinzelung nicht vorwärts zu kommen ist. Die Säuglingsfursorge kann man entweder wesentlich vom hygienischen Gesichtspunkt aus betrachten; dann muß man dahin gelangen, sie jetzt mit anderen Aufgaben der öffentlichen Hygiene zusammen zu tun und so den Säuglingspflegerinnen weitere hygienische Aufgaben zu übertragen, oder sie wenigstens in enge Verbindung damit zu bringen. Das ist der Weg, den Ascher eingeschlagen hat, der auch in manchen Kreisen zu

jenen Kreisfürsorgerinnen geführt hat, von denen der Herr Ministerialvertreter vorhin gesprochen hat.

Man kann aber auch einen anderen Weg gehen, und ich glaube, daß er wahrscheinlich nach und nach eingeschlagen werden wird. Die Säuglingsfürsorge steht in ihren Zielen und ihren Arbeitsformen ganz auf den Boden der viel älteren Unehelichen-Fürsorge. Lange bevor man in moderner Weise von Säuglingspflege redete, gab es Säuglingspflegerinnen, die ausgebildet waren, und in erster Linie das Selbststillen der Mutter und anderes durchführen sollten. Aus ihnen sind in der Unehelichen-Fürsorge längst Kinderpflegerinnen, Kinderfürsorgerinnen geworden. Mit einem groben Worte, das ich nicht ganz vertreten möchte, hat man gemeint, es sei doch sinnlos, Säuglinge am Leben zu erhalten, wenn sie nachher doch in dem allgemeinen Wirrwarr unserer zusammenhangslosen Fürsorge zugrunde gehen oder zum großen Teil Rekruten für die Jugendgerichte, die Fürsorgeerziehung, die Idiotenanstalten und dergleichen liefern, was uns ja leider bedauerliche Zahlen auf das schroffste vor Augen führen. So wird die Säuglingsfürsorge aus ihrer Vereinzelung heraus zu einem Teil einer allgemeinen Kinder- und Erziehungsfürsorge werden müssen. Dieser Weg wird schon gerade da eingeschlagen, wo man über den Sturm der Modestimme hinaus den Dingen auf den Grund geht. In Frankfurt a. M. werden gerade jetzt die Säuglingsberatungsstellen mit dem Jugendamt, das eben zu einem Mittelpunkt aller Erziehungsfürsorge werden soll, vereinigt.

In diesem Zusammenhang werden dann eben mehr als Säuglingspflegerinnen gebraucht. Der Herr Ministerialvertreter hat vorhin die Ausbildung der Kölner Wohlfahrtsschule erwähnt; ich bin selbst an einem solchen Frauenseminar für soziale Hilfsarbeit beteiligt. Wir verlangen als Vorbildung durchgängige höhere Töchterschulbildung, abgelegtes Krankenpflegerinnen-Examen oder eine entsprechende praktische Vorbildung. Darauf folgt dann eine zweijährige praktische und theoretische Ausbildung. Sie sehen das ist eine Ausbildung, die man nebenbei einer Hebamme nicht geben kann.

Aber das entscheidende ist, daß die Säuglingsfürsorge — wenn dieser augenblickliche Wirbel vorüber geströmt ist — entweder in jenem ersten oder in diesem zweiten großen Zusammenhang gestellt werden muß, wenn sie wirklich etwas Dauerndes leisten soll. Dann kann nur die Frage sein, wie die Mitarbeit der Hebammen in die großen Organisationen eingefügt werden kann, denn nicht einzelne Fürsorgerinnen, sondern Einrichtungen großer Art, in denen sie nur ein Teil sind, werden künftig die Arbeit zu leisten haben. Die Besorgnis mancher Herren, daß sie zu spät kämen bei der Regelung der Stellung der Hebammen in diesen Dingen, halte ich für unnötig; die Entscheidung dieser Dinge wird viel später in größerem Zusammenhang erfolgen, und ich glaube, daß darin die Hebammen eher einen guten Platz finden werden, als wenn man fragt, ob und wie die Hebammen Säuglingspflegerinnen werden können, was nur eine nebensächliche Frage von vorübergehender Bedeutung ist.

H. Dr. **Rott:** Als Vertreter des Kaiserin Auguste Victoria-Hauses zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche und der Deutschen Vereinigung für Säuglingsschutz habe ich die Aufgabe, Ihnen in der hier diskutierten Frage den Standpunkt der Säuglingsfürsorge darzulegen. Ich habe den Eindruck, daß in Ihren Kreisen keine vollkommene Klarheit über die Zwecke und Ziele der Säuglingsfürsorge herrscht. Die Säuglingsfürsorge, die auch die Mutterfürsorge umfaßt, bezweckt in erster und letzter Linie, die gesund geborenen Kinder gesund zu erhalten. Wir wissen, daß weitaus die meisten Kinder gesund geboren werden, ein nicht unbeträchtlicher Teil von ihnen stirbt, weil Fehler in der Ernährung und Pflege gemacht werden; sie sterben also an vermeidbaren Ursachen. An erster Stelle stehen als Todesursache die Magendarmerkrankungen. Es sind die Flaschenkinder, die sterben, während die Brustkinder am Leben bleiben. Das Brustkind kann sogar Mängel der Pflege überwinden, ohne krank zu werden. So erweist es sich also, daß der Kern jeder Säuglingsfürsorge die Stillpropaganda ist. Ist es uns möglich, alle Neugeborenen oder wenigstens den größten Teil derselben natürlich zu ernähren, so haben wir gewonnenes Spiel. Sie sehen, welch wichtigen Faktor hier die Hebamme darstellt. 4/5 aller Geburten finden lediglich im Beisein der Hebamme statt; die Hebamme ist also in weitaus den meisten Fällen die einzige und wichtigste Beraterin der Mutter. Sie entscheidet

in der Regel die Art der Ernährung; sie ist also ein integrierender Bestandteil jeglicher Säuglingsfürsorge. Würden wir erreichen, daß sämtliche Hebammen durch alle ihnen möglichen Mittel ihre Mütter zum Selbststillen anhalten, dann würden wir jedenfalls eine so ausgedehnte Fürsorge, wie wir sie jetzt anstreben, nicht brauchen. Dies ist aber leider nicht der Fall. Die Mütter wissen nicht Bescheid; von den Hebammen werden sie aber nicht überall richtig beraten. Als Ursachen des Nichtstillens sind daher zu nennen: 1. die Unkenntnis der Mütter und Pflegepersonen und 2. Mängel der wirtschaftlichen Verhältnisse der Mutter. Um den namentlich aus Punkt 1 sich ergebenden Nachteilen nach Möglichkeit zu begegnen, beabsichtigt eine planmäßige Säuglingsfürsorge, neben sonstigen Mitteln zur Belehrung der Mütter (Presse, Merkblätter, Mutterschulen, Schulkurse etc.) das ganze Reich mit Mutterberatungs- und Säuglingsfürsorgestellen zu überziehen und in ihnen nach Möglichkeit alle fürsorgebedürftigen Säuglinge zu erfassen. Neben diesen Mutterberatungsstellen, die man als offene Säuglingsfürsorge bezeichnet, und für die in erster Linie die Tätigkeit der Hebammen in Frage kommen würde, braucht man noch Einrichtungen der geschlossenen und halbgeschlossenen Säuglingsfürsorge, auf die ich aber hier nicht näher eingehen will und kann, da für diese die Hebamme in der Regel nicht in Frage kommt.

Die heutige Säuglingsfürsorge ist also ein bestimmtes, festes System, von dem nicht mehr abgewichen werden wird. Daß ein Wirrwar in der Säuglingsfürsorge herrschen soll, wie Herr Klumker soeben bemerkte, davon ist mir nichts bekannt; ein solcher ist auch nicht zu bemerken. Im Gegenteil, die Wege, die die Säuglingsfürsorge zu beschreiten hat, sind ganz klar vorgezeichnet. Es ist ein natürlicher Vorgang, daß sich die Säuglingsfürsorge, die, wie ich anfangs bereits bemerkt habe, die Mutterfürsorge eo ipso mit umfaßt, allmählich auch auf Kleinkinderfürsorge ausdehnt. Ich glaube auch nicht, daß die Säuglingsfürsorge mit der Zeit ganz in der Jugendfürsorge aufgehen wird, wie Herr Klumker meint, wohl aber, daß die Säuglingsfürsorge infolge Aufnahme der Kleinkinderfürsoge in ihr Tätigkeitsbereich mehr und mehr mit der Jugendfürsorge Hand in Hand arbeiten wird.

Die Tätigkeit in der Mutterberatungs- und Säuglingsfürsorgestelle ist in erster Linie Aufgabe des Arztes, in zweiter Linie Aufgabe der Pflegerin. Sie geht dem Arzte zur Hand, sie kontrolliert auch bei ihren Hausbesuchen, ob die Anweisungen des Arztes richtig durchgeführt werden. In den dünnbevölkerten Gebietsteilen ist ihre Tätigkeit selbständiger als in Städten, wo sie jederzeit ihren Rückhalt am Arzte hat. Die in der offenen Säuglingsfürsorge tätige Pflegerin muß das gesamte Gebiet der Säuglingspflege und -fürsorge beherrschen und zu diesem Zwecke eine genügende Ausbildung erfahren haben. Daher werden auch an solche Pflegerinnen große Anforderungen gestellt; sie sollten in einem 1jährigen oder in einem 2jährigen Kursus mit der Säuglingspflege und allen Zweigen der Fürsorge vertraut gemacht werden. Noch ist es nicht möglich, überall Pflegerinnen mit einer so gediegenen Berufsausbildung einzustellen, sondern man muß sich vielfach noch mit geringeren Kräften begnügen. Auch eine Hebamme kann geeignetenorts für die Stelle einer Säuglingspflegerin und -fürsorgerin in Betracht kommen, aber auch nur, wenn sie sich die Kenntnisse angeeignet hat, die notwendig sind, um eine solche Stelle ausfüllen zu können. Wenn eine Säuglingspflegerin, die sich Kenntnisse erworben hat, Hebamme werden will, dann muß sie auch einen Hebammenkursus durchmachen. Ebenso muß von der Hebamme gefordert werden, daß sie sich mit dem Gebiete der Säuglingspflege und -fürsorge vertraut gemacht hat, wenn sie Säuglingsfürsorgerin werden will; dann steht ihrer Anstellung nichts im Wege. Es ist aber zu bedenken, daß der Beruf der Hebamme sowohl, als auch der Beruf der Fürsorgerin Hauptberufe sind; beide nebeneinander zu betreiben, mag da oder dort möglich sein, in der Regel werden sie sich jedoch nicht vereinigen lassen. Treibt die Hebamme Säuglingsfürsorge, und ist sie dadurch sehr beschäftigt, gewinnt diese Tätigkeit im Laufe der Jahre an Umfang, so geht sie für den Beruf als Hebamme verloren. Also grundsätzlich ist gegen die Einstellung einer Hebamme als Säuglingspflegerin und -fürsorgerin, sofern sie sich ausreichende Kenntnisse auf diesem Gebiete erworben hat, auch von seiten der Vertreter der Säuglingsfürsorge nichts einzuwenden. Ich möchte aber hierbei noch auf den grundsätzlichen Unterschied

unserer beiden Auffassungen über die Verwendung der Hebamme in der Säuglingsfürsorge hinweisen. Ich habe Ihnen gesagt, daß die Säuglingsfürsorge ein festes System hat, nachdem sie vorgeht. Herr Rißmann möchte nun, soviel ich erkannt habe, das System der Säuglingsfürsorge auf die Hebamme zuschneiden. Wir wollen aber versuchen, inwieweit die Hebamme in das vorhandene System der Säuglingsfürsorge eingegliedert werden kann.

Generell wird sich über die Einstellung der Hebamme in die Säuglingsfürsorge nichts festlegen lassen. Ihre Einstellung wird sich vielmehr nur von Fall zu Fall unter Berücksichtigung der jeweiligen lokalen Verhältnisse ermöglichen lassen. Welche Anforderungen an solche Hebammen zu stellen sein werden, welche sonstigen Gesichtspunkte hierbei zu beachten sein würden, darüber kann ich heute einen bindenden Vorschlag nicht machen. Vielleicht könnte sich — sofern die Versammlung zu dem Ergebnis kommt, daß die Einstellung der Hebamme in die Säuglingsfürsorge planmäßig durchgeführt werden soll — eine Kommission damit beschäftigen.

Ich bemerke noch zum Schluß, daß die Säuglingsfürsorge nicht — wie von verschiedenen Seiten heute betont worden ist — lediglich ein Arbeitsgebiet der Pädiater ist. Die Säuglingsfürsorge ist vielmehr im allgemeinen ein nationalökonomisches, im besonderen ein sozialhygienisches Arbeitsgebiet, an dem die Geburtshelfer wie die Pädiater in gleicher Weise beteiligt sind. Beide sollten auf diesem Gebiete Hand in Hand arbeiten. Unter diesen Gesichtspunkten glaube ich sicher, daß auch die Frage, inwieweit die Hebamme sich aktiv an der Säuglingsfürsorge beteiligen soll, in allerseits befriedigender Weise gelöst werden kann.

H. Dr. **Nacke**: Einen Teil dessen, was ich sagen wollte, haben Herr Poten und Herr Langerhans soeben mir vorweg genommen. Gestatten Sie, daß ich noch kurz zu einigen Punkten Stellung nehme. Wenn die Hebammen 1/4 Jahr Säuglingspflege treiben sollen, dann halte ich es für dringend nötig, daß den Säuglingsfürsorgerinnen eine ausreichende Unterweisung in der Geburtshilfe zuteil wird. Wer die Entwicklung des Kindes im Mutterleibe nicht kennt, wird auch kein genügendes Verständnis für seine Weiterentwicklung haben. Ein anderer Punkt: Herr Rißmann sagt in einem seiner Leitsätze sehr richtig, man solle nicht von Säuglingschutz, sondern von Mutter- und Säuglingsschutz sprechen. Ein wirkungsvoller Säuglingsschutz muß schon zur Zeit der Schwangerschaft beginnen; es wird leider jedoch immer nur für die Säuglinge gesorgt. Wollen wir aber gesunde Säuglinge haben, müssen wir mehr für die armen, kranken und schwachen Mütter tun. Herr Krohne meinte, die normale Entbindung sei allein Sache der Hebamme. Ja, wenn nur die Hebammen immer wüßten, wann eine normale Entbindung vorliegt. Das ist oft nicht mal leicht für den Arzt zu entscheiden. Vor allem sollte dann verlangt werden, und Herr Geheimrat Krohne müßte dafür eintreten, daß die innere Untersuchung nicht noch mehr eingeschränkt wird, sonst wird die Hebamme den geburtshilflichen Fall nicht immer richtig beurteilen können. Schließlich wollte ich noch erwähnen: Es ist Tatsache, daß die Sterblichkeit der Säuglinge im ersten Lebensvierteljahr am größten ist und Herr Rott hat ja auch zugegeben, daß, wenn der Säugling erst mal krank ist, weil seine Pflege und Ernährung falsch war, weil er nicht Mutterbrust erhalten konnte, er dann auch oft nicht zu retten ist. Demnach liegt die Hauptverantwortung und Pflege für den Neugeborenen zunächst in den Händen der Hebamme, die am besten nützen wird, wenn sie für das Selbststillen eintritt und darum und auch aus vielen anderen Gründen, die schon angeführt wurden, auch die geeignetste Säuglingsfürsorgerin ist; denn sie ist die früheste Beraterin von Mutter und Kind, in einer Zeit, wo eben der größte Teil der Säuglinge zu Grunde geht, hauptsächlich, weil niemand außer der Hebamme so energisch dafür eintritt, daß das Kind Mutterbrust bekommt.

H. **Krohne** ist nur für eine Betätigung der Hebamme auf dem Gebiete der Säuglingsfürsorge unter Ausschluß der übrigen, von Rißmann u. a. verlangten sonstigen Zweige der Fürsorge. Die Frage drehe sich ja auch darum, wenn er den Referenten Mann richtig verstanden habe, daß die Hebammen von der Säuglingsfürsorge als einem ihr zustehenden Gebiete nicht auszuschließen seien. Jede Betätigung auf Gebieten, wo Ansteckungsmöglichkeit, wie Tuberkulose, in Frage komme, dürfe man nicht zulassen.

Frau Gebauer (a. G.): Namens der Vereinigung Deutscher Hebammen danke ich der Vereinigung zur Förderung des deutschen Hebammenwesens auf das verbindlichste für die Gelegenheit, der heutigen Sitzung beiwohnen zu dürfen. Ich möchte nur kurz über den Standpunkt der Vereinigung gegenüber der Auswahl und Ausbildung der Hebammenschülerinnen in der Zukunft sprechen. Wir fühlen uns verpflichtet, auf das nachdrücklichste eine strengere Auswahl der Hebammenschülerinnen zu fordern, da die Anforderungen, die an die Hebammenschaft gestellt werden, immer größere werden; deshalb ist es Pflicht des Hebammenstandes zur Selbsterhaltung, die deutsche Hebammenschaft gleichwertig mit den heute durchschnittlich höher geachteten Schwestern zu stellen. Die Hebammen betonen nicht die Auswahl aus besseren Ständen, sondern die Auswahl solcher Personen, die über eine tüchtige Allgemeinbildung verfügen und die sich auf den Hebammenberuf schon dadurch vorbereitet haben, daß sie eine halbjährliche Ausbildung in Krankenpflege in einem Krankenhause und durch einen halbjährlichen Ausbildungskursus in der Säuglingspflege in einem Säuglingsheim sich für den Hebammenberuf vorbereitet haben. Der 18. Delegiertentag Deutscher Hebammen beschloß am 29. und 30. Mai ds. in Berlin, daß diese Vorbildung, wenn sie mit guten Zeugnissen belegt sein würde, den Maßstab für die Eignung zur Hebammenschülerin abgeben könnte. Die Ausbildung in der Hebammenschule, die wir uns mit einem Säuglingsheim verbunden denken, muß unbedingt ein Jahr dauern, damit alle erhaltenen Lehren den Schülerinnen so in Fleisch und Blut übergegangen sind, daß jede Verfehlung gegen die Dienstvorschrift unmöglich gemacht wird. Die Hebammen waren bisher in ihrer einfachen zurückgezogenen Stellung zufrieden. Sie können das nicht mehr sein, seitdem sie von allen Seiten angegriffen und besonders von den Säuglingsschwestern mehr und mehr aus ihrer Tätigkeit verdrängt werden. Das Ansehen des Hebammenstandes hat durch vielerlei Umstände in den letzten Jahrzehnten sehr gelitten. Die Hebammenschaft wird darum nicht eher ruhen, als bis sie durch Erfüllung ihrer langjährigen Forderung in bezug auf Auswahl und Ausbildung mit den Kranken- und Säuglingsschwestern gleichgestellt wird.

H. **Mann** (Schlußwort) erklärt sich durch den Verlauf der Verhandlung befriedigt, denn damit sei sein Wunsch, eine Erörterung der Angelegenheit in einem Kreise von vorwiegend Gynäkologen herbeizuführen, erfüllt. Er halte die Notwendigkeit der fürsorgerischen weitgehendsten Hinzuziehung von Aerzten und Hebammen in der Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Säuglingsalter im Interesse des Kindes weiter aufrecht. Es läge ihm fern, das Wohlwollen der Regierung und vor allem Herrn Krohnes für den Hebammenstand in Frage stellen zu wollen, denn er habe in seinem Referat auch der wohlwollenden Aeußerung Krohnes in dieser Hinsicht vor dem Abgeordnetenhause Erwähnung getan. Die Rede Krohnes vor dem Vaterländischen Frauenverein Brandenburgs habe er so benutzt, wie er sie veröffentlicht vorgefunden habe mit Angabe der Quelle. Wenn der Bericht ungenau oder nicht vollständig sei, so bedauere er dieses und freue sich über die von Herrn Krohne gegebene weitere Aufklärung. Hinsichtlich des effektiven Erfolges der heutigen Verhandlung sei er noch recht zweifelnd, denn die Entscheidung brächte nicht die Regierung mit Herrn Krohne, auch nicht die Beschlüse der Versammlung, sondern andere Einflüsse, vor allem die der schönen Augen der Führerinnen auf dem Gebiete der Frauenbewegung (Widerspruch Herrn Krohnes!) Er bäte nunmehr in eine Würdigung seiner Leitsätze eintreten zu wollen.

H. **Rißmann** (Schlußwort): Die Pläne im Königreich Sachsen hatten mich für den Stand der deutschen Hebammenschwestern sehr beunruhigt, dagegen haben mir die Worte des Herrn Vertreters des preußischen Ministers des Innern einen guten Teil meiner Sorgen genommen. Das A und Ω, worauf es ankommt, wenn wir nicht alle Aussichten für eine Hebammenreform vernichten wollen, ist, daß wir die Hebammen als Säuglingsfürsorgerinnen nicht unter irgendwelche andere weibliche Hilfskräfte stellen. Die Hebammen haben Vorgesetzte genug, die sie beaufsichtigen und kontrollieren können.

Besonders auffallend ist es für mich gewesen, daß in der ganzen Diskussion nicht von der Notwendigkeit einer Zentralisation der gesamten Für-

sorgetätigkeit gesprochen ist. Eine Ausnahme hat nur H. Prof. Klumker gemacht. Ich stimme ihm in jeder Hinsicht bei und hoffe, daß noch die Zeit kommt, wo auch Hebammenschwestern nicht nur in der Säuglingsfürsorge, sondern in der Alkohol- und Wohnungsfürsorge wirken werden. Herrn Krohne muß ich doch lebhaft widersprechen, daß dieses hinsichtlich der Wohnungsfürsorge wegen der Infektionsgefahr nicht möglich ist. Ich glaube, wir können viel eher von einer Infektionsgefahr reden, wenn eine sog. Fürsorgeschwester tätig sein soll in Tuberkulose-, Säuglingsfürsorge und vielem a. m.

Des weiteren hat mich gewundert, daß keiner der Diskussionsredner auf meine Worte eingegangen ist, die ich als Ergänzung zu meinem schriftlichen Referat geben mußte und die sich auf die Verdienste der deutschen Medizinalbeamten, namentlich Dörflers bezogen. Wenn Dörfler mit schlecht vorgebildeten Hebammen so vorzügliches in der Säuglingsfürsorge erreichte, so ist es klar, daß wir noch viel Besseres erreichen werden mit Hebammenschwestern, die wir in 9 Monaten ausbilden; wenn aber die sogen. Hebammenreform endlich durchgeführt ist, wird's glänzend gehen. Aber auch schon heute, wo wir Polikliniken mit Mutter- und Säuglingsschutz haben, brauchen wir dazu nicht noch das Kaiserin Auguste Victoria-Haus, wie Herr Hammerschlag meint; die Hebammenschule allein genügt vollauf, womit nicht gesagt sein soll, daß wir keine Wünsche als Lehrer mehr hätten. Herr Herzau meint, unsere Wünsche kämen zu spät! Das ist nicht richtig, er hätte sagen müssen: „Ihre Wünsche sind leider nicht gehört." Wir haben seit Jahren gemahnt, geschrieben und geredet und wenn Herr Brennecke, unser ältester und hochverdienter Mitkämpfer, beklagt, die Säuglingsfürsorge segelt jetzt in verkehrtem Fahrwasser, so müssen wir Hebammenlehrer auch die Schuld dafür ablehnen. Aber zu spät ist es doch noch nicht, wie Herr Herzau meint. Die Parlamente haben noch nichts bewilligt und werden sich hoffentlich erst überlegen, ob die ganze Fürsorgetätigkeit nicht billiger und besser zu machen ist, als wenn man immer nur allein die Säuglingsfürsorge ins Auge faßt. Ich erinnere hier nochmals an Sievekings Ausführungen in der Deutschen medizinischen Wochenschrift. Die Leitsätze Kehrers lehne ich ab, schon allein aus dem Grunde, weil er die Bezirksfürsorgerin der Hebammenschwester überordnet und sogar nach Bemerkung 3 selbständig wirken lassen will. Für mich ist der Kreis- (Bezirks-) Arzt der geborene Fürsorgearzt; neben ihm können natürlich Aerzte selbstständig wirken. Das gesamte andere Fürsorgepersonal muß aber unter sich koordiniert sein.

Die Zeit ist schon weit vorgeschritten und sie drängt, so daß ich nur noch folgende Anträge stelle:

1. Eine Unterstellung der Hebammenschwestern unter andere Fürsorgepersonen darf nicht erfolgen.
2. Der Anregung Rotts folgend: „Die Versammlung stimmt dafür, daß eine Kommission aus Pädiatern und Hebammenlehrern eingesetzt wird, um eine Einigung über die Mitwirkung der Hebammenschwestern in der Säuglingsfürsorge zu erreichen."

So wie die Sachen jetzt stehen, meine Herren, stören wir uns gegenseitig und schaden damit der guten Sache, die uns allen am Herzen liegt.

Herr **Krohne** betont danach nochmals, daß die Betätigung der Hebammen auf dem Gebiete der Fürsorge nur den Säugling betreffen müsse. Tuberkulosefürsorge sei auf jeden Fall auszuschließen.

H. **Rißmann** teilt sodann mit, daß ihm aus der Versammlung heraus eine Anregung zugegangen ist, die Leitsätze aller drei Referenten dem Verhandlungsergebnis entsprechend in eine für alle annehmbaren Form zusammenzufassen, die die Forderung für eine Hebammenreform auch in bevölkerungspolitischer Hinsicht und die Notwendigkeit der Mitwirkung der Hebamme auf dem Gebiete der Säuglingsfürsorge umschreiben sollte. Er selbst stimme dem bei und verzichte auf die Besprechung seiner Leitsätze.

H. **Mann** erklärt sich auf Befragen auch dazu bereit, seine Leitsätze unerörtert zu lassen, wenn die Fassung des beabsichtigten Beschlusses ihn befriedige.

Es wird danach unter lebhafter Beteiligung der Herren Rißmann,

Poten, Krohne, Herzau, Freund, Hammerschlag, Weißwange, Burckhard und Mann folgender

Beschluß

festgelegt:

„Die außerordentliche Versammlung der Vereinigung zur Förderung des Deutschen Hebammenwesens hat in ihrer heutigen Sitzung einstimmig beschlossen:

1. Die seit Jahren erstrebte Hebammenreform ist zur Zeit noch dringender notwendig, um nach dem Friedensschluß eine zweckmäßige Bevölkerungspolitik in die Wege zu leiten.

   Dazu bedarf es:

   a) einer wirtschaftlichen Besserstellung der Hebammen,
   b) einer besseren Vorbildung und sorgfältigeren Auswahl der Schülerinnen,
   c) einer längeren und gründlicheren Ausbildung in den Hebammenschulen und in der Säuglingsfürsorge durch geeignete Erweiterungen.

2. Die Hebamme ist berufen, in der Säuglingsfürsorge mitzuwirken.

   Eine Unterstellung der Hebamme unter andere weibliche Fürsorgepersonen darf nicht erfolgen."

Der Beschluß wird einstimmig angenommen.

Der Antrag Rißmann auf Einsetzung einer „Einigungskommission" wurde als zurzeit noch nicht notwendig abgelehnt. Jedoch stimmt die Versammlung der Einsetzung zu, wenn sich nach der Tagung der Vereinigung für Säuglingsschutz in Berlin das Bedürfnis dazu herausstellen sollte.

In gleicher Tagung beschloß die nur auf die stimmfähigen Mitglieder beschränkte Versammlung auf Antrag Rißmanns ohne Widerspruch:

„Die Veröffentlichungen der Vereinigung zur Förderung des deutschen Hebammenwesens geschehen in Zukunft als Beilage zu der Zeitschrift für Medizinalbeamte. Alle Mitglieder der Vereinigung müssen Bezieher dieser Zeitschrift sein."

Schluß 2½ Uhr nachmittags.

Besprechungen.

Dr. O. Rapmund, Prof. Geh. Med.-Rat in Minden i. W.: **Kalender für Medizinalbeamte.** XIV. Jahrgang für 1917. Berlin 1917. Verlag von Fischers medizinische Buchandlung (H. Kornfeld). Ausgabe A (für die preußischen Medizinalbeamten) Preis: 5 M., Ausgabe B (für die übrigen Medizinalbeamten) Preis: 4 M.

Das Wiedererscheinen des vorliegenden Kalenders wird gewiß von allen Medizinalbeamten mit großer Freude begrüßt werden, zumal Verfasser sich mit bestem Erfolg bemüht hat, den Inhalt des Kalenders nicht bloß mit den Fortschritten der Wissenschaft, sondern vor allem auch mit der inzwischen erfolgten Rechtsprechung und Gesetzgebung im Einklang zu bringen. Jedenfalls eine recht mühsame Arbeit, da fast drei volle Jahre zu berücksichtigen waren! Mit Recht sind die während der Kriegszeit und mit Rücksicht auf den Kriegszustand ergangenen gesetzlichen Bestimmungen nur insoweit erwähnt, als sie von allgemeiner und voraussichtlich auch von dauernder Bedeutung sind. Der Umfang des Kalenders wäre auch sonst ein viel zu großer geworden und dadurch seine Handlichkeit verloren gegangen. Mit Rücksicht auf diese ist wiederum bei beiden Ausgaben der Notizkalender in besonderen Vierteljahrsheften dem Kalender beigegeben, die nach Bedarf eingelegt werden können; gleichzeitig ist der Rücken etwas weiter gemacht, damit diese Einlage sich gut einfügt.

Infolge der namentlich im letzten Jahre eingetretenen außerordentlichen Steigerung der Kosten für Druck, Papier und Buchbinderpreis hat der Preis

etwas erhöht werden müssen. Dies wird aber sicherlich keinen Medizinalbeamten von der Anschaffung des Kalenders abhalten lassen, wie sein durch die obwaltenden Verhältnisse bedingtes etwas verspätetes Erscheinen; ist er doch für ihn und seine amtliche Tätigkeit ein praktischer, zuverlässiger und nicht zu entbehrender Ratgeber, der deshalb auch in den letzten beiden Jahren allseitig schmerzlich vermißt wurde. Dr. Fielitz-Halle a. S.

Deutscher Hebammenkalender 1917. Berlin 1917. Verlag von Eduard Staude. Preis: 1 M.

Es muß besonders anerkannt werden, daß trotz der stark gestiegenen Ausgaben der Preis des Kalenders derselbe geblieben ist. Dabei sind gegenüber den früheren Jahrgängen nur die „Dienstvorschriften für Hebammen in den einzelnen Bundesstaaten" sowie die losen Beilagen (Temperaturzettel etc.) fortgelassen. Die Medizinalbeamten sollten sich überall dafür verwenden, daß der Kalender den Bezirkshebammen neben der Hebammen-Zeitung von den Gemeinden geliefert würde. Dr. Rißmann-Osnabrück.

Prof. Dr. Heinrich Walther, Med.-Rat und Professor in Gießen: **Leitfaden zur Pflege der Wöchnerinnen und Neugeborenen.** Zum Gebrauche für Wochenpflege- und Hebammenschülerinnen. 5. vermehrte und verbesserte Auflage. Mit 37 Textfiguren und 25 Temperaturzetteln in Briefumschlag. Wiesbaden 1916. Verlag von S. F. Bergmann. Preis: geb. 2,80 M.

Prof. Dr. Engel und **Dr. Marie Baum**-Düsseldorf: **Grundriss der Säuglingskunde und der Säuglingsfürsorge.** 3. und 4. Auflage. Wiesbaden 1916. Verlag von S. F. Bergmann. Preis: geb. 5,50 M.

Wenn ich auf die beiden Bücher gemeinsam hinweise, so geschieht das besonders deshalb, weil nicht bloß die Medizinalbeamten, sondern auch sicherlich alle Aerzte, die jetzt vielfach volkstümliche Vorträge zu halten ersucht werden, vielleicht das Bedürfnis haben, sich in Kürze über gewisse Fragen sicher unterrichten zu können. Dazu kann man mit gutem Gewissen die angeführten kleinen Bücher bestens empfehlen. Dr. Rißmann-Osnabrück.

Tagesnachrichten.

Ministerialdirektor Prof. Dr. **Kirchner**-Berlin ist zum **ärztlichen Beirat des Kriegsernährungsamts** ernannt, eine Ernennung, die sicherlich in ärztlichen Kreisen mit besonderer Freude und Genugtuung begrüßt werden wird.

Der **verstärkte Staatshaushalts-Ausschuß des Abgeordnetenhauses** hat bereits am 26. v. Mts. den Haushalt der Medizinalverwaltung beraten. Abgeordneter Pappenheim berichtete über das Bevölkerungsproblem. Von 1000 Neugeborenen erreichen bei den unehelichen Kindern nur 312 das erste und 136 das 19. Lebensjahr, während bei den ehelichen die entsprechenden Zahlen 696 bezw. 512 sind. In gewissen Fällen sollten schon die neugeborenen unehelichen Kinder der öffentlichen Erziehung überwiesen werden, wodurch ein großer bevölkerungspolitischer Fortschritt erreicht würde. Ein Regierungsvertreter legte dar, daß die früher sehr bedrohliche Säuglingssterblichkeit stark zurückgegangen sei, insbesondere im Kriege, was vor allem in den Städten zu beobachten sei. Das Haltekinderwesen sei neu zu regeln: eingehende Beratungen hätten darüber schon stattgefunden. Ein fortschrittlicher Redner begründete den Antrag, besondere Mittel für Säuglings-Fürsorgestellen den weniger leistungsfähigen Gemeinden zur Verfügung zu stellen. Der Minister des Innern erklärte, leider ständen dem Staatshaushalt jetzt nicht genügend Mittel dafür zur Verfügung. Die Sache dränge aber; deshalb müßten recht bald Mittel dafür beschafft werden, jedoch könne er einen Nachtrag-Haushalt jetzt nicht gut verlangen. Ein Zentrums-Antrag verlangte besondere Mittel für diesen Zweck im nächsten Haushaltsplane. Ein fortschrittlicher Abgeordneter stellte außerdem den Antrag, aus den vorhandenen Mitteln des Etats leistungsschwachen Gemeinden jetzt schon Beihilfen für die Säuglingsfürsorge zu geben. Beide Anträge wurden einstimmig angenommen.

Darauf begründete ein fortschrittlicher Abgeordneter einen weiteren Antrag betr. die Reichswochenhilfe. Die Reichsversicherungs-Ordnung sehe hier

Regelleistungen vor; es müßten aber dafür feste Normen geschaffen werden. Ein Zentrums-Antrag forderte dagegen, daß die Regierung bei Besprechung der Bevölkerungsfragen auch die Beibehaltung der Reichswochenhilfe in Erwägung ziehen soll. Der Antrag wurde angenommen, der fortschrittliche Antrag abgelehnt.

Darauf gab ein Regierungskommissar Auskunft über den Stand der Geburten während des Krieges. Es müßten gegen den Vertrieb der Empfängnis verhütenden Mittel scharfe Bestimmungen erlassen werden. Der Vertrieb sei geradezu schamlos. Die kommandierenden Generäle hätten jetzt eingegriffen; nach dem Kriege höre dies aber auf. Eine Kommission habe sich bereits mit den Vorarbeiten für einen Gesetzentwurf befaßt, der dem Reichstage unterbreitet werden solle. Damit hoffe man, ein wirksames Mittel in die Hand zu bekommen. Ein sozialdemokratisches Mitglied führte einige soziale Momente an, die auf den Geburtenrückgang wirken. Man dürfe nicht etwa den Betrieb von Mitteln hindern, die gegen Geschlechtskrankheit schützen.

Weiterhin wurden im Ausschuß noch verschiedene hygienische und soziale Fragen behandelt, u. a. die Frage der Kriegerheimstätten, zu deren Lösung noch mehr Mittel nötig sein würden. Betreffs des allgemeinen Gesundheitszustandes erklärte der Herr Ministerialdirektor, daß dieser viel besser sei, als man erwartet habe. Viele Menschen hätten einfach keine Zeit, krank zu sein. Von vielen Aerzten werde behauptet, daß Krebs- und Darmleiden weniger vorkämen; genaues Material liege aber nicht vor. Dank der großen Energie der Militärbehörden sei man der Geschlechtskrankheiten in den besetzten Gebieten mehr Herr geworden. Die Bekämpfung dieser Krankheiten müßte hier im Inlande mit ganz anderer Energie in Angriff genommen werden. Demnächst, und zwar noch in dieser Session, werde dem Reichstage ein Gesetzentwurf dazu vorgelegt werden. Der Ministerialdirektor machte dann noch interessante Mitteilungen über die Wirkungen der Geschlechtskrankheiten auf die Geburten. Der Hauptkampf gegen diese Krankheiten könne nicht von den Eltern und Aerzten geführt werden.

Zu der am 20. Januar d. J. in Berlin im Ministerium des Innern abgehaltenen Versammlung zur **Gründung einer ärztlichen Abteilung der Reichsdeutschen Waffenbrüderlichen Vereinigung** waren eine größere Anzahl (etwa 60) von Vertretern der Medizinalverwaltungen, des Sanitätsoffizierkorps, der medizinischen Fakultäten, der ärztlichen Vereine und der medizinischen Presse erschienen. Als Vertreter des Deutschen Medizinalbeamtenvereins nahm Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Straßmann an der Sitzung teil, von den Vorstandsmitgliedern des Vereins waren außerdem Geh. Ob.-Med.-Rat Dr. Hauser-Darmstadt und Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Gumprecht-Weimar als Vertreter der Großherzoglich Hessischen und Großherzoglich Sächsischen Medizinalverwaltung anwesend.

Der Vorsitzende, Herr Ministerialdirektor Prof. Dr. Kirchner, berichtete zunächst über die Ziele der neu zu gründenden Gruppe, als deren Aufgabe vor allem die bereits in Nr. 2 dieser Zeitschrift mitgeteilten Vorschläge in Frage kommen. Diese Vorschläge fanden allgemeine Zustimmung. Einzelne in der Versammlung geäußerten Wünsche auf Erweiterung der Aufgaben, Behandlung auch der sozialen und Standesfragen usw. sollen gegebenenfalls später berücksichtigt werden. Anerkennung fand allgemein die Anregung von Geh. Med.-Rat Dr. Moritz-Cöln, den Vorschlag betreffs Entsendung deutscher Aerzte als Lehrer usw. in das verbündete Ausland und umgekehrt in der Weise zu erweitern, daß auch ein Assistentenaustausch stattfände. In bezug auf die Veranstaltung gemeinsamer wissenschaftlicher Konferenzen usw. wurde von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. v. Müller-München und Geh. San.-Rat Prof. Dr. Posner-Berlin, noch besonders darauf hingewiesen, daß an internationale medizinische Kongresse für die absehbare Zeit nicht gedacht werden könnte und hier ein Ersatz zu schaffen wäre. Die Versammlung beschloß die Gründung der vorgeschlagenen Gruppe, zu deren Vorsitzende Min.-Direktor Prof. Dr. Kirchner, Generalstabsarzt Exz. Dr. v. Schjerning, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. v. Müller und Geh. Med.-Rat Dr. Dippe-Leipzig, gewählt wurden. Als erster Schriftführer wurde San.-Rat Dr. Bratz-Berlin-Wittenau, als

zweiter Prof. Dr. Adam bestellt, zu Schatzmeistern die Bankiers Friedmann und Helfft-Berlin, zu Beisitzern die Geh. Med.-Räte Prof. Dr. v. Waldeyer., Prof. Dr. Orth, Dr. Stoeter und Dr. Wagner. Es wurde der Wunsch ausgesprochen, daß die Angehörigen der in der Sitzung vertretenen ärztlichen Verbände sich der Waffenbrüderlichen Vereinigung in reicher Zahl anschließen mögen, was am besten durch eine Anzeige an den ersten Schriftführer geschieht. Der Mitgliedsbeitrag für die Waffenbrüderliche Vereinigung beträgt 3 Mark, die darüber gezeichnete Summe wird den besonderen Zwecken der ärztlichen Gruppe zu Gute kommen. Es darf wohl erwartet werden, daß auch die Medizinalbeamten diesem Rufe gern Folge leisten und der neugegründeten ärztlichen Abteilung der Deutschen Waffenbrüderlichen Vereinigung als Mitglieder beitreten werden.

Am Schlusse der Sitzung legte H. Ministerialdirektor Kirchner die nachstehende von ihm entworfene Geburtstagsadresse an Seine Majestät den Kaiser vor, die von den Anwesenden unterzeichnet wurde und folgenden Wortlaut hat:

„Berlin, den 20. Januar 1917.

Allerdurchlauchtigster Großmächtigster Allergnädigster Kaiser, König und Herr!

Euere Kaiserliche und Königliche Majestät haben mit Allerhöchstihren hohen Verbündeten mitten in dem ruhmvollen Siegeszuge, der unsere unvergleichlichen Heere nach Osten, Süden und Westen weit in die Gebiete unserer Gegner hineingeführt und unsere Fahnen mit unvergänglichem Lorbeer geschmückt hat, in weiser Mäßigung zur Verhütung weiteren Blutvergießens unseren Feinden die Hand zur Einleitung von Friedensverhandlungen geboten.

Verblendet von Hochmut haben die Gegner nicht nur die so hochherzig dargebotene Hand zurückgestoßen, sie haben auch den Friedenswunsch als Zeichen der Schwäche gedeutet, unsere Völker und unsere Politik mit Schmähungen überhäuft und sogar vor der erlauchten Person Euerer Majestät nicht Halt gemacht. Sie haben aber auch ihre wahren Kriegsziele, die auf die Zertrümmerung unseres deutschen Vaterlandes gerichtet sind, nunmehr in schamloser Offenheit kundgetan.

In tiefer Empörung über dieses schmachvolle Verhalten unserer Gegner und in Wahrung der heiligsten Güter des deutschen Volkes haben Euere Majestät das Heer, die Flotte und das ganze deutsche Volk mit flammenden Worten zu neuem Kampfe, zu neuen Mühen und zum Ausharren bis zu einem ehrenvollen Siege aufgerufen.

Diese machtvollen Worte Euerer Majestät haben in allen Schichten des deutschen Volkes, bei hoch und niedrig, jubelnden Widerhall gefunden. Kein Stamm, kein Stand, kein Geschlecht will zurückstehen in dem heiligen Kampfe, zu dem sie aufgerufen worden sind. Wie Allerhöchstihr Herr Urgroßvater im Jahre 1813, so werden Euere Majestät nunmehr erfahren, was ein für seine Freiheit, seine Kultur, für Haus und Herd kämpfendes Volk zu leisten vermag.

Die Unterzeichneten bitten Euere Kaiserliche und Königliche Majestät alleruntertänigst, den Dank der deutschen Aerzte für Allerhöchsihre mannhaften Worte und das heilige Gelübde zu Füßen legen zu dürfen, daß die deutsche Aerzteschaft wie bisher so auch in den noch bevorstehenden ernsten Kriegszeiten treu zu Kaisnr und Reich stehen und nicht nur im Felde und in den Lazaretten die Wunden und Leiden unserer braven Truppen heilen oder lindern, sondern alles daran setzen will, daß unser Volk gesund und stark an Leib und Seele ausharre bis zu dem hoffentlich baldigen glorreichen Endsiege.

Wir erflehen den Segen des Himmels auf Allerhöchsihr erlauchtes Haupt. Möge das neue Lebensjahr Euerer Majestät Gesundheit und Kraft schenken und den heißen Wunsch Euerer Majestät erfüllen, Ihr geliebtes deutsches Volk im Besitz eines ruhmvollen Friedens zu sehen.

Glück und Heil unserem erlauchten Kaiser und König!“

Hierauf ist nachstehende telegraphische Antwort eingegangen:

„Ministerialdirektor Dr. Kirchner-Berlin.

Ihnen und den übrigen Unterzeichnern der im Namen der deutschen Aerzteschaft mir zum Geburtstage dargebrachten Glückwunsch-Adresse sage

ich herzlichen Dank. Der Weltruf der deutschen ärztlichen Kunst hat sich auch im gegenwärtigen Kriege glänzend bewährt. Die ausgezeichneten und schnellen Heilungen der Verwundeten und die glückliche Bewahrung des Vaterlandes und seiner Heere vor den Volksseuchen, den gefürchteten Begleitern der Kriegsfurie, geben beredtes Zeugnis von der Kunst, der Wissenschaft und der Pflichttreue der Aerzteschaft im Felde und in der Heimat. Mit umso größerer Befriedigung habe ich das Gelöbnis entgegengenommen, daß die deutsche Aerzteschaft in unerschütterlicher Treue zu Kaiser und Reich entschlossen ist, auch fernerhin alles daran zu setzen, um das für seine Freiheit und Zukunft kämpfende deutsche Volk gesund und stark zu erhalten.

Wilhelm I. R."

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten:

Das Eiserne Kreuz I. Klasse:

Stabsarzt d. Res. Prof. Dr. Karl Bürker-Tübingen.
Stabsarzt Dr. Clemens Dietrich-Bamberg.
Stabsarzt d. Res. Dr. Dörrie-Hannover.
Oberstabsarzt Dr. Glas-München.
Oberstabsarzt Dr. Graebner-Niederschlema (Königreich Sachsen).
Oberstabsarzt Dr. Holzinger-Ludwigsburg (Württemberg).
Stabsarzt d. Res. Gust. Meyer-Peine (Reg.-Bez. Hildesheim).
Stabsarzt d L. Dr. Walter Mylius-Görlitz.
Stabsarzt d. L. Dr. Pfleiderer-Nüstingen (Württemberg).
Stabsarzt d. L. Dr. Albert Scholz-Klein-Peisherau (Reg.-Bez. Breslau).
Stabsarzt d. Res. und Reg.-A. Dr. R. Schwarz-Stuttgart.
Stabsarzt Dr. Spitzner-Berlin.
Marinestabsarzt d. Res. Dr. Stade-Dortmund.
Oberarzt d. Res. und Bat.-Arzt Dr. Fritz Windelschmidt-Cöln a. Rh.

Ferner haben erhalten: Das Königl. Sächsische Kriegsverdienstkreuz: Ober-Med.-Rat Dr. Brackmann, Direktor der Landes-Heilanstalt Unterjöltzsch sowie die Kreisärzte in Russisch-Polen Dr. Rauh (Falkenstein) in Kolno, Bezirksarzt Dr. Werner (Blasewitz bei Dresden) in Minsk, Dr. Pötzsch (Blasewitz bei Dresden) in Alexandrowo; — die Fürstlich Waldecksche Friedrich-Bathildis-Medaille: Oberlandphysikus Med.-Rat Dr. Deetz in Arolsen.

Ehren-Gedächtnistafel. Für das Vaterland gefallen oder gestorben sind ferner:

Oberarzt d. Res. Dr. Anders-Berlin-Wilmersdorf.
Abteilungsarzt Dr. Karl Brömser-Wiesbaden (infolge von Krankheit gestorben).
Stabsarzt d. Res. Dr. Victor Cohn-Berlin (infolge von Krankheit gestorben).
Assistenzarzt d. Res. Dr. J. Daschner.
Feldarzt Dr. Th. Gieseler-Engter (Reg.-Bez. Osnabrück) (infolge von Krankheit gestorben).
Stabsarzt d. Res. Dr. Hadelich-Nürnberg.
Oberarzt d. Res. Dr. Fritz Königer-Oldenburg (Großherzogtum).
Feldhilfsarzt M. Kroitzsch.
Dr. Werner Müller-Ebersdorf.
Stabsarzt Dr. Otto Pistner-Würzburg.
Stabsarzt d. Res. Dr. Adolf Ritter-München.
Oberstabsarzt Dr. Otto Stumpf-St. Avold (Lothringen) (infolge von Krankheit gestorben).

Ferner ist auf dem Felde der Ehre gefallen: Hauptmann Wilhelm Niemeyer, Führer einer Feldflieger-Abteilung in Mesopotamien, Sohn des Med.-Rats Dr. Niemeyer, Kreisarzt in Neuß.

Redaktion: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

30. Jahrgang; Nr. 4. Ausgegeben am 20. Februar 1917.

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.
Bezugspreis für das Jahr: 15 Mark.

Ausserdem eine besondere, nur vierteljährlich erscheinende Beilage:
Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege.
Offizielles Organ der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens.
Bezugspreis für das Jahr: 8 Mark, für die Bezieher der Zeitschrift: 4 Mark.

VERLAG VON FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: Gelsdorf & Co., G. m. b. H., Eberswalde (Mark).

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung: Nr. 4.

INHALT.

Original-Mitteilungen.

Ein Vorschlag zur Organisation der öffentlichen Wohlfahrtspflege. Von Dr. **Döllner** 101

Verwaltungsmedizin — ein akademisches Lehrfach? Von Dr. **Döllner** . . . 108

Die Hebamme als Sachverständige vor Gericht. Von Dr. **Israel** 113

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Sachverständigentätigkeit auf militärärztlichem Gebiete.

Prof. Dr. **E. Meyer** und Dr. **R. Seyderhelm**: Ueber Blutuntersuchungen bei Fliegern 116

Dr. **C. S. Engel**: Beitrag zur Untersuchung des Harns von Kriegsteinehmern . . 117

Dr. **Wittgenstein**: Schnellheilung schwerer Kriegsneurosen 117

Dr. **A. Gottstein** und **F. Umber**: Diabetes und Krieg 117

Prof. Dr. **Arthur v. Sarbo**: Neue Beiträge zur Kriegstaubstummheit 118

B. Sachverständigentätigkeit in Unfall-, Invaliditäts- und Krankenversicherungssachen.

Prof. **Fritz König**: Eingeweidebrüche und Krieg 119

Die ärztliche Schweigepflicht in Angelegenheiten der Arbeiterversicherung . . . 119

C. Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

1. Bekämpfung übertragbarer Krankheiten im allgemeinen.

Dr. **R. Teichmann**: Glossinen und Trypanosomen 121

Dr. **Arno Lehndorff**: Erfahrungen über Infektionskrankheiten im Felde . . . 122

2. Ikwa- oder Wolhynisches Fieber.

Dr. **Wolf**: Wolhynisches Fieber 123

Dr. **Georg Stiefler** und Dr. **Arno Lehndorff**: Ikwafieber 127

Tagesnachrichten 127

Sprechsaal 132

Beilage:
Rechtsprechung 25
Medizinal-Gesetzgebung 25

Umschlag: Personalien.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Die Rote Kreuz-Medaille III. Kl.: den Kreisärzten Med.-Rat Dr. Bekker in Wongrowitz, Med.-Rat Dr. Feige in Marienburg (Westpr.), Dr. Hallwachs in Znin, Dr. Schlieben in Neustadt (Westpr.), Med.-Rat Dr. Wagner in Schwetz (Westpr.) und Dr. Wege-



Medicinisches Waarenhaus
Aktien-Gesellschaft
Berlin NW. 6, Karlstraße 31.
Centralstelle aller ärztlichen Bedarfsartikel und für Hospitalbedarf.

Neues Instrumentarium
zur Wohnungs-Desinfection
mittels
flüssigen Formalins
nach
Prof. Dr. O. Roepke.
Ref. Nr. 7, 1905 der Zeitschrift f. Medizinalbeamte





D. R. G. M. Modell M. W.

Ausführliche Beschreibung steht zu Diensten.

Von den Königlich Preussischen und Königlich Bayerischen Staats-Eisenbahnen eingeführt

30. Jahrg. 1917.

Zeitschrift
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Anzeigen nehmen die Verlagshandlung sowie alle Anzeigenannahmestellen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 4. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats. | 20. Febr.

Ein Vorschlag zur Organisation der öffentlichen Wohlfahrtspflege.

Von Privatdozent Gerichtsarzt Dr. **Döllner**-Duisburg.

Die seit Jahren gepflogenen Auseinandersetzungen, ob die öffentliche Wohlfahrtswege dienlicherweise zentralisiert werden solle oder nicht, dürfen, wenn man die Literatur und die Verhandlungen von Vereinen und Kongressen richtig deutet, wohl jetzt als entschieden betrachtet werden. Man ist allgemein zu der Ueberzeugung gelangt, daß eine Zersplitterung der freiwilligen und öffentlichen Bestrebungen nicht wünschenswert und erfolgverheißend sein kann, daß also eine einheitliche Zusammenfassung aller Arbeitskräfte und aller Mittel der richtige Weg ist.

Die Arbeiten des in der sozialen Fürsorge wohlbewährten Praktikers, Stadtrat Dr. Gottstein in Charlottenburg, haben in diesem Sinne sehr verdienstvoll gewirkt. Auch Effler-Danzig kommt in einer neueren Arbeit zu derselben Forderung, in der ebenfalls die Vorträge des Kabinettrats v. Behr-Pinnow und des Med.-Rats Dr. Berger-Crefeld — auf der III. preu-

ßischen Landeskonferenz für Säuglingsfürsorge — gipfeln. Nur über das „Wie“ gehen die Meinungen noch auseinander.

Den Gründen, die gegen eine zu straffe Zentralisation angeführt werden, ist ein gewisses Schwergewicht nicht zu versagen; es muß also die Zusammenfassung in einer Form geschehen, die diesen Gründen Rechnung trägt.

Unter restloser Umfassung aller Organisationen, die auf öffentlicher oder privater Grundlage dem Volkswohle — ich betone dem Wohle des Volkes, also in seiner Gesamtheit, nicht nur dem Wohle einzelner Volksschichten — dienen, muß diesen einzelnen Vereinen und Bestrebung tunlichst individuelle Bewegungsfreiheit bleiben.

In zahlreichen Großstädten Deutschlands hat man bei den Stadtverwaltungen zentralistische Einrichtungen geschaffen, aber erstens umfassen diese auch in den Großstädten vielfach nicht die freiwillige Tätigkeit, zweitens fehlt noch der Weg für die kleineren Städte und für die Landkreise und drittens ist in den Großstädten die Stellung der an die Spitze gesetzten Aerzte durchaus nicht in der wünschenswerten Weise geregelt. Während man nirgends anstand, dem „Hygieniker des unbelebten Objektes“, dem Hoch- und Tiefbaukünstler, der doch nur die von dem Mediziner gefundenen Tatsachen der Hygiene in die sachlich greifbare Form umsetzt, einen Platz unter den beamteten Magistratsmitgliedern einzuräumen oder ihn wenigstens als vollen Beamten anzustellen, verweigert man dem „Hygieniker des belebten Subjektes“, dem Verwaltungsarzt, die gleiche Stellung. Es dürfte bis jetzt wohl nur Cöln sein, das einen Mediziner im beamteten Magistratskollegium hat. Diese Form allein entspricht Gottsteins Forderung nach „reinen Verwaltungsmedizinern für die größeren Zentren“. Hat der Staat in dem Kreisarztgesetz vom 16. September 1899 den Kreisarzt auf eine viel breitere Grundlage gestellt und ihm einen bedeutend erweiterten Wirkungskreis zugewiesen, so kann von den Organen der Selbstverwaltung nicht gesagt werden, daß sie ein gleiches Verständnis für die neuzeitliche Notwendigkeit ärztlicher Mitarbeit bekundet hätten. Die Gründe sind ja manchmal bei Beratungen kommunaler Körperschaften über Anstellung von Stadtärzten herauszufühlen, ohne daß sie unmittelbar ausgesprochen werden. Die Befürchtung, an eigener Machtvollkommenheit Einbuße zu erleiden, Strömungen gegen die „Schul“-Medizin kommen zweifellos hierbei in Frage. Die Geldfrage, die ja natürlich bei Schaffung einer neuen Stelle von jenen, denen sie unwillkommen erscheint, vorgeschoben wird, kann wirklich nicht entscheidend in Betracht kommen; denn bei Städten, die für gärtnerische Anlagen 100000 Mark ausgeben, die für Sportzwecke gleiche Summen übrig haben, kann eine Summe von 10000 Mark für den Ueberwacher des Nationalgutes, eines kräftigen Menschenmateriales, nicht ernstlich im Haushaltsplane stören. Auch lassen sich die Gehälter oft durch

Zusammenlegen einiger bereits bestehender besoldeter Stellen (Impfarzt, Schularzt, Polizeiarzt) leicht beschaffen.

Mit diesem letzteren Weg, der Zusammenlegung bezahlter Stellen, läßt sich auch in kleineren Städten und Landkreisen die Frage der ärztlichen Zentralleitung regeln, ohne daß man gleich nach einem neu zu schaffenden „Kommunalkreisarzt" zu rufen braucht. Es liegt doch viel näher, diesen zusammengelegten Gehalt dem vorhandenen staatlichen Kreisarzt zu geben, diesen dadurch zum vollbesoldeten zu machen und ihm die Privatpraxis zu verbieten, da er durch die erweiterte Tätigkeit auch voll beschäftigt wird. Er hat ja auch die erforderliche Vorbildung; es gibt außerdem dann eine wirkliche Zentralisation gegenüber der Zweiteilung: Kgl. Kreisarzt — Kommunalkreisarzt. Der Kreisarzt kennt doch vermöge seines Amtes, das ihn pflichtgemäß in Verhältnisse führt, die dem Kommunalkreisarzt gesetzlich verschlossen bleiben, den Kreis und dessen Einrichtungen genau, hat mehr Einfluß auf das Unterpersonal (Hebammen, Desinfektoren), hat Fühlung zu Behörden, die dem Kommunalkreisarzt fehlen. Außerdem wird der Ausbau seiner Stellung zur Vollbesoldung nicht so viel kosten, als die Gehälter zweier nebeneinander wirkender Kreisärzte; auch würde er den in der Mitarbeit nicht zu entbehrenden praktischen Aerzten unparteiischer erscheinen, vertrauensvoller aufgenommen werden und williger unterstützt werden, als ein Kreisarzt, der in der Praxis als Konkurrent gilt.

Bei diesen in den Großstädten als medizinischen Beigeordneten oder Magistratsräten, in den kleineren Städten und in den Landkreisen vollbesoldeten Kreisärzten müßten nun die gesamten Fäden der Wohlfahrtspflege ihres Wirkungskreises zusammenlaufen, tunlichst von außen hingeleitet durch die an der Spitze der örtlichen Organisationen stehenden Aerzte.

Es wären also in Kreisen, die mehrere Städte oder größere Gemeinden enthalten, auch wieder Ortsorganisationen zu bilden, wo entweder an der Spitze der Gesamtorganisationen oder möglichst vieler Vereine und dergl. die ortsansässigen Aerzte stünden, so daß also alle Aerzte des Kreises in gleicher Weise tätig sein könnten, ohne Bevorzugung des einen oder Ausschaltung des anderen. Inwieweit sich einzelne Gemeinden und Städte gegenüber der Kreisorganisation selbstständig machen könnten, ähnlich den Großstädten, würde in gleicher Weise von der Zahl tätiger Mitarbeiter wie der finanziellen Leistungsfähigkeit abhängen.

Der praktische Betrieb dieser zentralisierten Tätigkeit wird sich nun auf 2 Aufgaben erstrecken:

1. Beratung gemeinsamer Maßnahmen und die Anregung neuer Tätigkeit und Erschließung neuer Arbeitsgebiete.
2. Ueberwachung des Ausgeführten.

Der erste Zweck ist zu erreichen durch gemeinsame Sitzungen von Abgeordneten aller mitwirkenden Organisationen

unter Vorsitz des berufenen Arztes. Hier können Erfahrungen ausgetauscht, vorgekommene Reibereien ausgeglichen, Neugründungen angeregt, die Abhaltung von Vorträgen, Verteilung von belehrenden Schriften, Verbesserung von Artikeln für Zeitungen, Lese- und Lehrbücher beschlossen, Wettbewerbe ausgeschrieben werden.

Es müssen aber tatsächlich alle Organisationen, auch die Schwesternschaften, Diakonien, Ordensgenossenschaften, wie die hygienischen Vereine, Bauvereine, die Unterstützungsvereine, wie endlich die Vereine für die Gesunden (also Sport- und Turnvereine, eugenetische Vereine) herangezogen werden.

Dies wird sich in der Praxis viel einfacher handhaben, als es sich auf den ersten Blick liest; denn einmal sind in vielen Orten solche Körperschaften nicht so zahlreich, wie vorstehend angedeutet, und zum anderen werden meistens mehrere Organisationen durch eine Person vertreten (Bürgermeister, Pfarrer, Aerzte, führende Personen im öffentlichen Leben oder auf charitativem Gebiete). Ein sehr förderlicher Weg zur Vereinfachung ist auch der Zusammenschluß aller freiwilligen Organisationen in einem „Verein für Gemeinwohl“ und dessen Unterordnung unter die Zentrale.

Bei der Zusammenfassung dieser Ausschüsse ist den eingangs angedeuteten Bedenken, die gegen die Zentralisierung an sich erhoben werden, in weitestem Maße Rechnung zu tragen.[1])

Hierher gehören vor allem folgende Punkte: Der Unterschied zwischen öffentlichen und privaten Einrichtungen, vorhandenes Eigenvermögen, konfessionelle Einrichtungen, und weiterhin die subjektiven Momente. Es steht als Erfahrungstatsache fest, daß ein selbständiger Verein leichter und energischer Mitglieder wirbt und daß deren Arbeitsfreudigkeit größer ist, als ein von oben reglementierter, und ebenso, daß bei der Verschmelzung von zwei oder drei ähnlich gearteten Bestrebungen in der Regel der Eifer nachläßt. Ferner ergeben die getrennten Sammlungen und Mitgliederbeiträge stets höhere Summen, als wenn gleichzeitig ein Pauschalbetrag für verschiedene Zwecke erhoben wird. Zudem dringen die Mitglieder mit mehr Verständnis und somit auch mit gesteigertem Erfolge in das Wesen und den Zweck einer Organisation ein, der sie sich ganz und mit Eifer widmen, als wenn sie sich gleichzeitig auf mehrere Materien werfen sollen, von denen ihnen die eine oder andere gar nicht „liegt“. Endlich hat aber auch die zu betreuende Bevölkerung stets zu den privaten Veranstaltungen mehr Zuneigung und Vertrauen als zu den behördlichen — noch dazu von der Gemeinde- oder Polizeibehörde überwachten; — auch haben sich bestimmte Einrichtungen seit Jahrzehnten, alte Stiftungen sogar seit Jahrhunderten in das Vertrauen des Volkes eingelebt.

[1]) Beachtenswert ist die Einrichtung des städtischen Fürsorgeamts in Düren, über die dessen Vorsteher ein instruktives Schriftchen veröffentlicht hat.

Aus all diesen Gründen darf denn auch die praktische Betätigung nur insoweit zentralisiert werden, als die Wesensart und Bewegungsfreiheit der einzelnen Einrichtungen hierdurch nicht gestört wird. Sie darf also nicht untergeordnet oder reglementiert werden, sondern die Zentrale soll nur die Fühlung unter den einzelnen Teilen vermitteln, diese auch selbständig von Bedarfsfällen in Kenntnis setzen, sie aber auch auf vorgekommene Mißgriffe aufmerksam machen. Dies wäre nun wohl am Einfachsten durch Einrichtung einer Kartothek zu erreichen:

Für jede Familie, aus der auch nur ein Mitglied der Ueberwachung, der Beratung oder der Unterstützung bedarf, wird eine „Familienkarte" angelegt. Auf dieser sind auch alle Fürsorgemaßnahmen oder Unterstützungen einzutragen, die der Familie als Ganzes zu gute kommen, z. B. Wohnungsbeihilfe, freies Gemeindeland, Steuerbefreiung, Kohlen, Brot, Milch usw. Jedes zu versorgende Familienmitglied bekommt nun seine besondere, kleinere Karte mit farbigen Rand je nach der Ursache der Fürsorge (es sind ausdrücklich keine farbigen Karten vorzuschlagen, da sich auf solchen oft sehr schlecht lesen läßt, es genügt ein farbiger Rand rundum). Also z. B. für den alkoholkranken Familienvater rot, für die tuberkulöse Tochter gelb, für ein uneheliches Kind grün u. dgl. Meldet sich nun die Familie oder wird sie von den Fürsorgepersonen gemeldet wegen einer Erkrankung oder sonstigen Bedürftigkeit bei einer der mitarbeitenden Organisationen, so genügt ein Griff in die Kartothek, um festzustellen, was für sie bereits geschieht und welcher Art die Fürsorgeursache ist. Man hat also sofort ein Bild über die ganze Familie und verhindert, daß eine mehrfache Unterstützung für ein und dieselbe Sache erfolgt.

Es ist aber noch viel mehr erreicht; die Fürsorgezentrale braucht nicht abzuwarten, bis eine Notwendigkeit des Eingreifens erfolgt, sondern auf Grund dieser genauen Kenntnis der Gesamtfamilienverhältnisse kann sie vorsorgende Maßnahmen ergreifen, regelmäßige Besuche veranlassen, belehrend und erziehend auf die Leute einwirken.

Die einzelnen Institute haben den Vorteil, daß sie jederzeit rasch ein Bild der Gesamtverhältnisse gewinnen, daß sie sich in bestimmten Fällen über gemeinsame Arbeit verständigen können und daß sie sich vor Ausnützung schützen können. Natürlich müssen sie ihrerseits die Kontrolle sofort in Kenntnis setzen, wenn sie ihre Tätigkeit irgendwie eingesetzt haben, damit alsdann das entsprechende Blatt angelegt werden kann.

Ist nun eine Zentrale mit einer solchen Kartensammlung eingerichtet, so daß jederzeit ein Blick über die derzeit wirkenden Kräfte und die Objekte ihrer Tätigkeit zu gewinnen ist, so erscheint noch ein Letztes höchst wünschenswert, in größeren Verhältnissen unentbehrlich, nämlich, ein geschultes Unterpersonal, dessen Aufgaben klar zu Tage liegen. Zunächst

handelt es sich um Ueberwachung der von einzelnen Teilen ausgeführten Maßnahmen, dann aber auch in der tätigen Mithilfe und Beratung bei deren Ausführung, dann im Aufsuchen neuer beratungs- oder hilfebedürftiger Fälle, in dem Studium der gesamten Ortsverhältnisse und in Berichten hierüber an die Zentrale, tunlichst mit Vorschlägen zur Verbesserung, Fortschritt und Weiterentwickelung; auch Werbetätigkeit und öffentliche Aufklärung können bei geeigneten Personen diesem Wirkungskreise zugeteilt werden.

An solchen geeigneten Personen wird es aber in Deutschland — Gott Lob! — nach diesem Kriege nicht fehlen! Viele Personen männlichen Geschlechts haben sich in nunmehr $2^1/_2$ Jahren ausgiebig auf dem Gebiet des Volkswohls und der Organisation praktisch betätigt; sie werden allerdings wohl nach dem Kriege sich wieder ihren bürgerlichen Berufen zuwenden und somit nur im Neben- und Ehrenamt für das Volkswohl weiterwirken; auch sind sie für viele notwendige Zweige (Säuglings-, Wochenpflege) nicht geeignet. Noch weit größer ist aber die Zahl weiblicher Personen, die sich in Krankenhäusern, Volksküchen, Hausfrauenvereinen, Säuglingsheimen, Bekleidungsstellen u. dgl. vorzüglich eingearbeitet und bewährt haben. Von diesen die besten zu gewinnen und in der Volksfürsorge weiter auszubilden, wird die nächste und vornehmste Aufgabe der Behörden und der privaten Vereinigungen sein. Außer einem Stab freiwilliger Helfer und Helferinnen, wie er ja jetzt besteht, wird noch eine gewisse Anzahl von berufsmäßigen Kräften notwendig sein, die die Behörden, Vorstände und Aerzte in der Leitung und Ueberwachung der praktischen Arbeit unterstützen, neue Bedarfsfälle festzustellen, die gesamten Lebensbedingungen der Einwohner ihres Bezirkes zu erforschen und vor allem auch den Schriftverkehr und die Werbetätigkeit zu übernehmen hätten. Daß sie, um sich einzig der Volkswohlfahrt widmen zu können, in Gehalt und Ruhegehalt sicher gestellt werden müssen, ist selbstverständlich; daß auch sie durch Fortbildungskurse und ein Fachblatt für Volksfürsorge[2]) beständig auf der Höhe der theoretischen Wissenschaft und der praktischen Bewegung zu halten sind, ist eine unerläßliche Forderung.

Vielerorts wird sich bereits eine passende Gemeindeschwester finden, auch manche Hebamme wird sich eignen, um bei mehrmonatlicher Ausbildung für kleine Verhältnisse die notwendige Hilfskraft zu gewinnen. An erster Stelle und für größere Verhältnisse werden jedoch die geschulten Kräfte des Roten Kreuzes zu werben sein. Ausbildungskurse in Säuglings- und Wochenpflege, in Tuberkulosefürsorge, daneben theoretische

[2]) Gerade in diesen Tagen beginnt die zu Anfang des Jahres 1916 gegründete „Badische Gesellschaft für soziale Hygiene“ mit der Herausgabe einer Vierteljahrsschrift „Sozialhygienische Mitteilungen für Baden“. Schriftleiter ist Dr. med. Alfons Fischer in Karlsruhe.

Vorträge über die sonstigen Forderungen des neuzeitlichen Fürsorgewesens und der Hygiene werden bei richtiger Auswahl in kurzer Zeit eine vortreffliche Armee dieses Friedensdienstes ins Leben rufen.

Wie groß das Gebiet der Tätigkeit, wie die Bezeichnung (Kreisschwester oder -Helferin, Bezirks-, Gemeindehelferin oder -Pflegerin) sein möge, wird sich nach den örtlichen Verhältnissen jeweils von selbst ergeben; doch liegt der Gedanke nahe, und er ist auch in der Literatur mehrfach zum Ausdruck gekommen, daß wenigstens der Zentrale solch eine Kreispflegerin beigegeben sei, die den Arzt der Zentrale, den Kreisarzt, in seiner Revisionsarbeit unterstützen und nach seiner Anweisung den Kreis bereisen dürfe. Wer selbst als Medizinalbeamter einen ausgedehnten Bezirk zu bereisen hatte, weiß recht gut, wie leid es ihm oft getan hat, daß er sich den Krüppelkindern, den Geisteskranken, den Taubstummen auf seinen Besichtigungsreisen nicht eingehender widmen konnte. Hier läge ein dankbares Gebiet für eine derartige Kreispflegerin.

In großen Verhältnissen wären einzelne Bezirke zu bilden, denen einzelne Pflegerinnen einer übergeordneten Stadt- oder Kreispflegerin unterstünden, die sie auch ihre Berichte und Meldungen zur Sammlung und Bearbeitung vorzulegen hätten, während ihnen in den Notfällen des praktischen Lebens natürlich der unmittelbare Verkehr mit der Zentrale zustände.

Zusammenfassung: Alle Bestrebungen für Volkswohlfahrt sind auf Grund der bestehenden Kreis- und Städteverfassungen zu zentralisieren. Eine Zersplitterung in Organisation wie Personal ist zu verhindern.

An die Spitze gehört in größeren Bezirken — besonders da, wo der Kreisarzt mit anderen Arbeiten schon genügend belastet ist — ein besonderer Verwaltungsmediziner, in kleineren der Kreisarzt, der voll zu besolden ist.

Ein Ausschuß der mitarbeitenden Organisationen überwacht und vereinigt die Tätigkeit, strebt Weiterentwickelung, Werbetätigkeit, Aufklärung und Fortbildung an. — Die einzelnen Einrichtungen und Vereine bleiben völlig selbständig.

Eine Kartensammlung stellt alle Leistungen fest und unterrichtet über die Verhältnisse der zu Versorgenden.

Einige geeignete Personen werden als berufsmäßige Fürsorgepfleger angestellt und haben die praktische Ausführung der getroffenen Maßnahmen zu überwachen, neue anzuregen und den Schriftverkehr zu besorgen.

Nachtrag.

Zu dem erst während der Durchsicht der Druckbogen zu meiner Kenntnis gelangten Aufsatz von Ascher in Nr. 2, 1917, dieser Zeitschrift kann ich mir — ohne auf Einzelheiten einzugehen — zwei Bemerkungen nicht versagen:

1. Ich habe das überzeugte Vertrauen zu unserer Regierung, daß sie sich jetzt nicht erst mit Stückwerk — wie es das

Kreisfürsorgegesetz ja trotz aller darin enthaltenen guten Bestrebungen, in der jetzt vorgeschlagenen Form ist und bleibt — auf dem Gebiete der Volkswohlfürsorge befassen wird, daß sie vielmehr großzügig die gesamte Materie in Angriff nehmen und mehr im Sinne meiner Darlegungen regeln wird.

2. Die von Ascher vorgeschlagene Form der Zentralisierung in der Hand des Kreisarztes wird in der Praxis unbedingt eine kraftlose und somit ergebnislose werden. Es darf der an der Spitze der Zentrale stehende Kreisarzt — und nur dieser kann aus den von mir angeführten Gründen an erster Stelle in Betracht kommen — nicht nur der „Berater", er muß der mit ausübender Gewalt ausgestattete „Leiter" sein. Auch darf er sich nicht nur an der „Ausübung wie die anderen Aerzte beteiligen", sondern er hat bereits jetzt schon nach dem Kreisarztgesetz ein viel umfassenderes Feld der Tätigkeit. Wird dieses durch eine Neuorganisation noch erweitert, so muß ihm auch eine größere Initiative zugestanden werden. Zudem läßt sich eine Zentrale — und diese nimmt ja Ascher auch als notwendig an — ohne ein gewisses Aufsichtsrecht (das natürlich nicht im Sinne des Polizeiknüppels, sondern mehr in jenem des wohlwollenden Aufsichtsrats anzunehmen ist) gar nicht denken.

Kurz und klar die Forderung:

1. Kein gesetzliches Stückwerk, sondern großzügige ganze Arbeit.
2. Der berufenste Mann zur Durchführung eines solchen Gesetzes ist der dazu bereits vorgebildete staatliche Kreisarzt! Dr. Döllner.

Verwaltungsmedizin — ein akademisches Lehrfach?

Von Privatdozent Gerichtsarzt Dr. **Döllner**-Duisburg.

Von Monat zu Monat kann man aus der Fachpresse wie aus der Tagespresse feststellen, daß das Verständnis für die Fragen der Sicherstellung unserer jetzigen und künftigen Volkskraft in erfreulichem Wachstum begriffen ist. In den Zeitschriften, wie auf Versammlungen und Kongressen werden von mehr oder minder Berufenen Vorschläge aller Art (zwar sämtlich wohlgemeint, jedoch nicht alle glücklich und erfolgverheißend) gemacht. Vor allem treten hierbei immer zwei Fragen in den Vordergrund:

1. Die Frage nach Zentralisation der bereits bestehenden und noch zu schaffenden Einrichtungen.
2. Die Frage nach Art und Vorbildung der notwendigen Aerzte.

Man verfällt bei der Organisation immer wieder in den bisherigen Fehler, nur auf diejenigen Bevölkerungsteile Rücksicht zu nehmen, die zur Erreichung des angestrebten Zweckes (nämlich Erhaltung, Verbesserung und Vermehrung unseres

Volkes) der öffentlichen und privaten Hilfe bedürfen, ohne zu bedenken, daß oft auch die ökonomisch Selbständigen hinsichtlich dieser Fragen sehr viel zu wünschen und zu tun übrig lassen. Es genüge der Hinweis auf Familienheiraten, Tuberkulose, Zwei-Kindersystem, um zu zeigen, daß auch diese Kreise mitunter einer soziologischen Beeinflussung ebenso bedürfen wie die sozial Unselbständigen.

Nicht minder schlimm ist aber der zweite Fehler, hier sofort wieder nach neuen Spezialisten (Soziologen, Kommunalärzten, Spezialisten für jeden Zweig der öffentlichen Fürsorge) zu suchen, anstatt die gesamte Aerztewelt mit dem nötigen Maße wissenschaftlicher Vorkenntnisse auszurüsten und gemeinsam zur Mitarbeit aufzurufen und so die ganze Bewegung auf tunlichst breite Grundlage zu stellen.

In einer vom Verfasser in dieser Zeitschrift (s. Jahrgang 1916, Nr. 14) veröffentlichten Arbeit „Neue Aufgaben für die deutschen Aerzte“ hat dieser sich gegen diese 2 Fehler bereits in anderer Form gewendet und erstens die Zerspezialisierung der neuzeitlichen Medizin und zweitens das Auseinanderfallen der öffentlichen und privaten Bestrebungen für Volkswohl bekämpft. Er hat dort im Interesse des Friedens- und Kriegsdienstes die Forderungen aufgestellt, daß jeder Arzt durch Wiederholungskurse (wohl bei den Aerztekammern mit staatlicher Unterstützung) sich auf der Höhe seiner Gesamtwissenschaft erhalten müsse; denn mit dem einseitigen Beherrschen eines Spezialfaches und dem Verluste der übrigen Allgemeinkenntnisse ist er nicht mehr diejenige Person, als die er seinerzeit die Approbation erhielt. Nun hat eine Entscheidung des Preußischen Oberverwaltungsgerichts aus diesem Grunde einer Hebamme gegenüber den Entzug der Approbation ausgesprochen; demnach könnte es nicht als unlogisch erscheinen, wenn für die Zukunft in der ärztlichen Approbationsordnung auch eine sinngemäße Vorschrift Aufnahme fände. — Die weitere Forderung war die, daß jeder Arzt (die bereits fertigen nunmehr ohne Zögern, die werdenden im letzten Studiensemester oder im Praktikantenjahre) sich in die bisher fast ausschließlich von den Medizinalbeamten studierte und betätigte Materie über öffentliches Volkswohl einarbeiten muß. Hieraus ergibt sich aber die einfache Folgerung, daß den Aerzten hierzu auch Gelegenheit geboten werden muß. Es muß also jener Zweig, der sich bisher nur mit einem Teil der Volksfürsorge befaßte, nämlich die soziale oder Versicherungsmedizin ausgebaut werden zur „Verwaltungsmedizin“ oder zur „Staatsarzneikunde“ — da das bisher mit dem letzteren Namen bezeichnete Fach sich ausschließlich auf die „gerichtliche Medizin“ beschränkte.

Um vorweg zwischen diesen Begriffen Klarheit zu schaffen, dürfte es sich empfehlen, alle Zweige der Medizin, die der Staat für sich in Anspruch nimmt oder die er unmittelbar auf seine Bürger anwendet, als den übergeordneten Begriff der „Staatsarzneikunde“ — also die gesamte dem Staate

dienende Arzneikunde — festzuhalten und ihre zwei angewandten Unterabteilungen entsprechend bestehenden staatlichen Einrichtungen als „gerichtliche Medizin“ und „Verwaltungsmedizin“ zu bezeichnen.

Die Grenzen der gerichtlichen Medizin sind durch die den Gerichten gezogenen Grenzen bereits fest bestimmt. Nur die Rechtsprechung im Gebiete der sozialen Gesetzgebung macht hiervon gewissermaßen eine Ausnahme, da sie den ordentlichen Gerichten entzogen und besonderen, bei den Verwaltungsbehörden errichteten Gerichtshöfen zugewiesen ist. Der Unterricht für den Mediziner über die soziale Gesetzgebung und ihre Rechtsprechung würde aber unbedingt dem Unterricht über gerichtliche Medizin anzugliedern sein, wo er nicht überhaupt als besonderer Zweig betrieben wird. Notwendig erscheint jedoch dieses letztere nicht, ja nicht einmal wünschenswert, weil 1. jede Zersplitterung des Unterrichts schädlich wirkt und 2. die Rechtsprechung der sozialen Gerichtshöfe nur formell von der Rechtsprechung der ordentlichen Gerichte abweichen kann und darf.

Nach dieser Abgrenzung des Gebietes der gerichtlichen Medizin bleiben für die „Verwaltungsmedizin“ als Lehrfach noch folgende Aufgaben bestehen:

1. Darstellung

a) der Interessen, die der Staat im Krieg und Frieden an seinem Menschenmaterial hat,

b) der Gefahren, die diesem wertvollsten Materiale des Staates seitens der gesamten Umwelt drohen,

c) der vorhandenen und zu beschaffenden Mittel zur Erhaltung, Vermehrung und Verbesserung des Menschenmaterials gegen die Gefahren und schädigenden Einwirkungen der Umwelt und der Anwendungsweise dieser Mittel.

2. Aufsuchen neuer Mittel und Wege zu 1c.

Es greift demnach diese Verwaltungsmedizin weit über das Gebiet der Hygiene, die zuerst von den gemeindlichen und staatlichen Für- und Versorgungsbestrebungen betätigt wurde, auch weit über das Gebiet der sozialen Hygiene hinaus, die sie zugleich umfaßt; sie schließt in sich die gesamte Hygiene des unbelebten Objektes zugleich mit der Hygiene des belebten Individuums, nämlich des werdenden, sich entwickelnden, vollkräftigen, geschädigten und greisenden Staatsbürgers. Sie beginnt also mit der Rassenzucht im Sinne der Eugenese und endigt mit der Fürsorge für den kranken, invaliden, absterbenden Menschen. Sie erweitert sonach den Wirkungskreis des Arztes über jenen des Krankenbehandlers hinaus in das Gebiet der volkswirtschaftlichen Prophylaxe. Es genüge, anzudeuten, daß Eugenese, Schwangerschafts-, Säuglings-, Wochen-, Schulpflege, Kampf gegen Tuberkulose, Alkoholismus und Geschlechtskrankheiten, jetzt besonders auch die Volksernährung und die Fürsorge und Ueberwachung der Kriegsbeschädigten aller Art zu diesem Pflichtenkreise gehört.

Es erhellt hieraus von selbst, daß mit der Vorbildung nach den jetzigen medizinischen Studien- und Prüfungsordnungen für diesen Zweck nichts getan ist; bis jetzt ist die Erkennung und Behandlung der Krankheiten in den Vordergrund gerückt, der Individual- und Sachprophylaxe sekundäre Bedeutung beigemessen. In der Tat handhabt sich in der Praxis die medizinische Wissenschaft ja auch bisher so, daß erst der kranke Mensch für $^9/_{10}$ der Aerzte in Betracht kommt, und nur die wenigen von Gemeinde- oder Staatswegen, sei es in öffentlichen Ehrenämtern, sei es in öffentlichen Berufsstellungen, mit der öffentlichen Hygiene Beauftragten für Prophylaxe im Großen oder Kleinen sorgen.

Aber auch diese Aerztekategorie war bis jetzt nicht in der Lage, sich einigermaßen für ihre Laufbahn auf der Universität vorzubereiten, da hierzu keine Möglichkeit geboten wurde. Selbststudium und Besuch des Institutes für Staatsarzneikunde in Berlin oder besondere (meist in der Landeshauptstadt für die Aspiranten des Staatsdienstes gehaltene) Kurse mußten das Fehlende geben. Die Zahl der Besucher beschränkte sich jedoch fast nur auf jene Aerzte, die sich dem Staatsdienste widmen wollen, war also eine verschwindend geringe. Die Universität als solche entließ bis jetzt ihre Jünger ohne genügende Vorkenntnisse über die Organisationen zur Bekämpfung der Tuberkulose, der Geschlechtskrankheiten, des Alkoholismus, über die Vereine vom Roten Kreuz, über Säuglingsfürsorge u. s. f. Gar bald treten aber in der Praxis Anforderungen auf diesen Gebieten an die jungen Aerzte heran; dann muß jeder einzelne suchen, sich zu unterrichten und einzuarbeiten. Wie vielen dies nicht gelingt, weil ihnen die Zeit oder die Orientierungsmittel fehlen, kann man gesprächsweise auf jeder größeren Aerzteversammlung mit Leichtigkeit feststellen.

Nun läßt sich zweifelsohne, wenn der bisherige klinische Unterricht etwas weitherziger gefaßt und nicht nur auf die Krankenbehandlung zugeschnitten wird, schon mancherlei bei den zuerst bestehenden Sonderfächern unterbringen, z. B. bei der Geburtshilfe, Kinderheilkunde, Hygiene usw. Allein diese zersplitterten Darstellungen werden weder ein einheitliches Bild noch auch übergeordnete Gesichtspunkte ergeben, werden stets große Lücken lassen — kurz keinen geordneten und erschöpfenden Unterricht darstellen können.

Erkennt man demnach die Notwendigkeit an, daß erstens künftighin die Fürsorge für unser Menschenmaterial auf breitere Grundlage gestellt werden muß, daß zweitens der berufene Fachmann hierfür der Mediziner ist, drittens, daß der Mediziner bereits vor Uebertritt in die praktische Tätigkeit mit den notwendigen Vorkenntnissen vertraut sein muß, so muß man auch anerkennen, daß die „Verwaltungsmedizin“ (als Einzelteil) oder die „Staatsarzneikunde“ (als übergeordneter Begriff mit Einschluß der gerichtlichen Medizin) im akademischen Unterricht gelehrt werden muß und als Pflichtfach zu bezeichnen ist.

Daß der Beflissene der Heilkunde dieses Fach erst studieren kann, wenn er die Reife seiner Fachwissenschaft besitzt, d. h. im letzten Studiensemester oder im Praktikantenjahre, erhellt aus dem Wesen der Materie von selbst.

Mit diesem auszubildenden Stab von Fachmännern allein würden sich aber die großen Ziele der neuzeitlichen Bestrebungen zur Erhaltung und Verbesserung unserer Volkskraft nie in die Tat umsetzen lassen. Hier kommen für die praktische Ausführung auch noch die Volkswirtschaftler, die staatlichen und kommunalen Verwaltungsbeamten, die ehrenamtlichen Verwaltungsorgane, die Geistlichen und Lehrer in Frage. Für diejenigen, die in den staatlichen oder kommunalen Verwaltungsdienst treten wollen, ist die Kenntnis der unter dem Begriffe der Verwaltungsmedizin zusammengefaßten Dinge mindestens ebenso wichtig, wie für den zukünftigen Arzt.

Es ist deshalb für den Studenten der Rechte, für den Hörer an den Akademien für Kommunalverwaltung, die Verwaltungsmedizin zum Pflichtfach zu machen und auch den Theologen und Lehrern wäre in abgekürzter Form über diese Materie vorzutragen.

Sehr bedauerlich erscheint es, daß in einer so wichtigen Frage, wie die Volksernährung in diesem Kriege ist, der berufene Mediziner, Geh.-Rat Dr. Abel, mit den Verwaltungsorganen nicht zu einem förderlichen Zusammenarbeiten gekommen ist und aus dem Kriegsernährungsamte ausgeschieden ist, und daß auch bis jetzt ein medizinischer Ersatzmann für ihn nicht einberufen worden ist.[1])

Verfasser hatte vor dem Kriege bereits mit Vorlesungen aus dem Gebiete der Verwaltungsmedizin begonnen, gemeinsam für Mediziner und Juristen, um beiden Fakultäten die Notwendigkeit der Zusammenarbeit auf dem Gebiete der Volkswohlfahrtspflege darzutun. Es hatten sich auch aus beiden Fakultäten Hörer gefunden, von denen die Juristen sogar die eifrigeren waren.

Zu der Forderung nach Ausbau der Verwaltungsmedizin als Lehrfach für Mediziner, wie auch für deren Weiterpflege in Fortbildungskursen ist auch Gottstein[2]) und Effler[3]) gekommen.

Der Aufsatz des Verfassers in dieser Zeitschrift (Jahrg. 1916, Nr. 17): „Neue Aufgaben für die deutschen Aerzte“ fand mehrfache Zustimmung; es mögen hier einige Worte eines Mitgliedes einer juristischen Fakultät als Schlußwort und treffliche Begründung unserer Forderung Platz finden:

„Daß der Krieg Sie zum Abbruch der frisch aufgenommenen,

[1]) Inzwischen ist Ministerialdirektor Prof. Dr. Kirchner in das Kriegsernährungsamt als sachverständiger Beirat berufen.

[2]) Gottstein: Regelung des Gesundheitswesens in den deutschen Großstädten. Deutsche med. Wochenschrift; 1908.

[3]) Effler: Die Zukunft der sozialen Hygiene. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 14.

verheißungsvollen Arbeit (der Vorlesungen über Verwaltungsmedizin) gezwungen hat, ist um so bedauerlicher, da gerade jetzt die neue Zeit herankommt, die verständnisvolles Zusammenarbeiten der Mediziner und Verwaltungsorgane für das Volkswohl erheischt. Und die Grundlage kann nur in gemeinsamem Unterricht gelegt werden, dem Unterricht in jener Materie, der Sie den Namen „Verwaltungsmedizin" gegeben haben." [1])

Die Hebamme als Sachverständige vor Gericht.

Von Medizinalrat Dr. Israel, Kreisarzt in Breslau.

Unter demselben Titel hat Herr Dr. W. Pryll in der Hebammenzeitung (Nr. 5/1916) einen Artikel veröffentlicht, in dem er den Hebammen an der Hand gesetzlicher Bestimmungen vor Augen führt, von welchen Gesichtspunkten aus sie gerichtliche Gutachten abzugeben haben. Er teilt dabei gleichzeitig ein Gutachten in einem Alimentationsprozeß mit, das von einer Hebamme abgegeben worden war und sich in der Beurteilung des Falles in schroffem Gegensatz zu dem von ihm selbst abgegebenen befand. Da die Fälle der Begutachtung über Schwangerschaftsdauer während der Kriegszeit sich naturgemäß sehr gehäuft haben, so werden die Hebammen mehr als sonst zur Abgabe von Gutachten herangezogen. Ich habe auch die Erfahrung machen müssen, daß Hebammen bei Gericht oder anderen Behörden nicht selten als Sachverständige für irgendwelche Begutachtungen betr. den Zustand der Geschlechtsteile herangezogen werden. So ist es z. B. vorgekommen, daß in meinem früheren Kreise von der Schulaufsichtsbehörde zuvörderst die Hebamme als Sachverständige herbeigerufen wurde, als eine Anzeige wegen geschlechtlicher Verfehlungen schulpflichtiger Knaben und Mädchen eingegangen war. Alle diese Beobachtungen haben mich veranlaßt, die einschlägigen Bestimmungen zu studieren. Das Ergebnis, das nicht nur den ärztlichen Sachverständigen, sondern mindestens ebensosehr den Richter interessieren wird, gebe ich in folgendem wieder:

Es fragt sich zunächst: Ist es der Hebamme nach dem Lehrbuch und ihrer Dienstanweisung gestattet, auf Erfordern eines Gerichts oder einer anderen Behörde ein Gutachten zu erstatten? Bestimmend ist hierfür der § 16 der Dienstanweisung, der von dem Verhalten bei behördlichen und gerichtlichen Untersuchungen handelt. Er lautet:

„Wird die Hebamme von einer Gerichts- oder sonstigen Behörde aufgefordert, den körperlichen Zustand einer für schwanger Gehaltenen oder sich dafür Ausgebenden festzustellen, oder zu ermitteln, ob eine Frauensperson geboren habe oder andere in ihren Beruf einschlagende Fragen zu beantworten, so hat sie sich bei ihrer Untersuchung streng an die Vorschriften des § 272 des Lehrbuches zu halten und dasjenige, was sie bei der Untersuchung gefunden hat, der Wahrheit gemäß und nach bestem Wissen anzugeben."

---

[1]) Letzteres ist ein Irrtum. Die Bezeichnung Verwaltungsmedizin stammt von Gottstein.

Der § 272 des Lehrbuchs handelt von der Feststellung einer vorausgegangenen Geburt und ermahnt zum Schluß die Hebamme, in ihrem Ausspruch sehr vorsichtig zu sein. „Ist längere Zeit seit der Geburt verstrichen, so wird die Entscheidung schwierig und kann nur von einem Arzt getroffen werden."

Nach diesen Vorschriften kann sich die Hebamme für berechtigt halten, als Gutachterin vor Behörden aufzutreten für alle „in ihren Beruf einschlagenden Fragen."

In welchen Fällen dürfte nun eine Zuziehung der Hebamme als Gutachterin in Frage kommen? Wir erwähnten schon den Fall, in dem eine Begutachtung nötig ist, ob eine Frau vor kurzem geboren hat, z. B. bei einem fraglichen Kindesmord. Dann kommen die §§ 1592 bis 1600 des B.G.B. in Betracht, die von den Bestimmungen über die eheliche Abstammung eines Kindes, die Empfängnis (180—302 Tage vor der Geburt des Kindes), von der Anerkennung und der Anfechtung der Ehelichkeit handeln. Sehr wichig ist ferner § 1313 des B.G.B., wonach eine Frau erst 10 Monate nach der Auflösung oder Nichtigkeitserklärung ihrer früheren Ehe eine neue Ehe eingehen darf, „es sei denn, daß sie inzwischen geboren hat. Von dieser Vorschrift kann Befreiung bewilligt werden." Nach dem Kommentar von Staudinger ist bei Würdigung der Gründe, aus denen Befreiung erteilt werden soll, die zuständige Behörde selbstredend in keiner Weise beschränkt. Hauptsächlich kommt es darauf an, daß die Frau nicht schwanger sein darf. Ueber die Befreiung entscheidet in Preußen das zuständige Amtsgericht. Gerade in diesen Fällen treten die Hebammen vielfach als Sachverständige auf, sei es, daß bei dem Gesuch um Befreiung eine Bescheinigung der Hebamme über das Nichtbestehen von Schwangerschaft vorgelegt wird oder das Gericht die Beibringung eines solchen Gutachtens erst veranlaßt.

Welche Gesichtspunkte sind nun für den Richter bei Zuziehung von Sachverständigen maßgebend? Nach § 104 der Zivilprozeßordnung erfolgt die Auswahl der zuzuziehenden Sachverständigen und die Bestimmung ihrer Anzahl durch das Prozeßgericht, das sich auf die Ernennung eines einzigen Sachverständigen beschränken kann. Das Gericht kann auch die Parteien (im Zivilprozeß) auffordern, Personen zu bezeichnen, die geeignet sind, als Sachverständige vernommen zu werden. Das Ermessen des Gerichts über die Auswahl der zuzuziehenden Sachverständigen unterliegt nicht der Anfechtung wegen der Revision. — Hiernach steht zweifellos fest, daß dem Richter bei Auswahl der Sachverständigen, also auch der medizinischen, freie Hand gelassen wird. Er kann also, sofern nicht entgegenlautende Verordnungen bestehen, auch Hebammen selbst zu Sachverständigen ernennen, wenn er sie für genügend sachkundig hält oder ihr Gutachten zulassen, wenn es von den Parteien gewünscht wird. Nach § 406 Z.P.O. kann ein Sach-

verständiger nur aus denselben Gründen, die zur Ablehnung eines Richters berechtigen, abgelehnt werden. (Mangel der Sachkunde ist nicht Ablehnungsgrund.) Endlich hat nach § 407 Z.P.O. der zum Sachverständigen Ernannte der Ernennung Folge zu leisten, „wenn er . . . . . das Gewerbe, dessen Kenntnis Voraussetzung des Gutachtens ist, öffentlich zum Erwerbe ausübt oder“ . . . .

Bei dem sehr wichtigen, vorhin erwähnten § 1313, der das Nichtbestehen einer Schwangerschaft vor der Wiederverheiratung vorschreibt, ist eine Ausnahme gemacht worden, allerdings meines Wissens nur in Bayern. Dort ist, wie aus dem Justiz-Min.-Erlaß vom 24. Dez. 1899 (Min.-Bl. 1900 S. 100) hervorgeht, in diesem Falle die Beibringung eines amtsärztlichen Zeugnisses (Landgerichtsarzt bezw. Bezirksarzt) vorgeschrieben. Im Interesse einer geordneten Rechtspflege wäre zu wünschen, daß eine ähnliche Verfügung auch für die anderen Bundesstaaten erlassen würde. Ist es doch vorgekommen, daß eine Hebamme bereits $2^1/_2$ Wochen nach dem Tode des Ehemannes eine Bescheinigung ausgestellt hat, daß die bet. Frau nicht schwanger sei, und dieses Zeugnis als Unterlage zur Befreiung vorgelegt wurde.

Viel schwieriger als die Untersuchung auf bestehende Schwangerschaft sind jedoch die Beurteilungen über das Alter eines Kindes mit Beziehung auf die Empfängniszeit. Gerade der vom Kollegen Pryll in der oben erwähnten Arbeit angeführte Fall beweist, wie wenig zuverlässig die Gutachten der Hebammen in manchmal recht schwieriger Materie sein müssen, selbst wenn die Hebammen praktisch noch so gut ausgebildet sind. Auch der Umstand, daß den in der Königl. Charité gemachten wissenschaftlichen Feststellungen ein auf einmaliger Untersuchung einer Hebamme begründetes Gutachten als gleichwertig gegenübergestellt wurde, gibt zu denken. Uebrigens hat sich P. in seinem Aufsatz an einer Stelle mißverständlich ausgedrückt. Er schreibt: „Bei vollkommenem Verständnis für den Wunsch des Gerichts, verläßliche Grundlagen für ein gerechtes Urteil zu gewinnen, hielt ich eine eingehende Auseinandersetzung mit meiner Gegengutachterin für nicht angezeigt.“ Wie er mir dann schriftlich mitteilte, hatte er dem Richter erklärt, dieses Hebammengutachten sei keins, weil es die zur Abfassung von solchen Gutachten allgemein anerkannten und unerläßlichen medizinischen Grundlinien nicht nur entbehrt, sondern auch überhaupt keine solche ersetzenden erkennen läßt. In dem Falle ist von dem Richter übrigens nach dem ärztlichen Gutachten entschieden worden.

Nach den Erfahrungen, die im allgemeinen gemacht worden sind, muß daher die Forderung aufgestellt werden, daß die Gutachtertätigkeit der Hebammen möglichst eingeschränkt werden soll. Diese Forderung wird wesentlich unterstützt durch ein Reichsgerichtsurteil, das vor vielen Jahren ergangen, aber leider viel zu wenig bekannt geworden ist. Es ist datiert vom 27. März 1884 und abgedruckt in den Ent-

scheidungen für Strafsachen Bd. 10, S. 340. Eine Hebamme war angeklagt, ein unrichtiges Gesundheitsattest zum Gebrauch bei einer Behörde ausgestellt zu haben. Sie war indessen freigesprochen worden, weil der Tatbestand des § 270 St.G.B. nicht vorlag. Nach diesem werden bestraft: „Aerzte und andere approbierte Medizinalpersonen, die ein unrichtiges Gutachten über den Gesundheitszustand eines Menschen zum Gebrauch bei einer Behörde oder Versicherungsgesellschaft wider besseres Wissen ausstellen." Gegen dieses Urteil war Revision eingelegt worden, die vom Reichsgericht mit folgender Begründung zurückgewiesen wurde:

„Zu den „approbierten" Medizinalpersonen des § 29 der Gewerbeordnung gehören die Hebammen unbedingt nicht und der Versuch, sie unter die ärztlichen „Geburtshelfer" zu subsummieren, ist haltlos. Die Hebammen bedürfen nur eines „Prüfungszeugnisses" nach den Landgesetzen, das in jeder rechtlichen Beziehung von der reichsgesetzlichen Approbation wesentlich verschieden ist. Auch die preußische Rechtsprechung hat die Hebammen niemals den approbierten Medizinalpersonen zugezählt. Der innere Grund der Strafvorschriften und ihr Ursprung im französischen Code pénal sind für diese Auffassung ebenfalls beweisend, denn in dem Code beschränken sich die Strafnormen auf „Tout médecin chirurgien ou autre officier de santé", der die Strafandrohungen gegen den Mißbrauch unwahrer Gesundheitsatteste für erforderlich erachtete, hatte daher ersichtlich als Aussteller solcher Atteste anders und höher qualifizierte Medizinalpersonen im Sinne als dies die Hebammen ihrer ganzen Stellung und der Natur ihrer Berufsgeschäfte nach sind."

Dieselbe Ansicht ist übrigens auch in dem bekannten Kommentar zum Strafgesetzbuch von Olshausen zu finden.

Können somit die Hebammen, da sie nicht zu den approbierten Medizinalpersonen gerechnet werden, wegen Ausstellung eines unrichtigen Gutachtens nicht bestraft werden, so dürfen sie m. E. auch nicht als vollwertige Gutachter vor Gericht angesehen werden. Diesen Tatbestand zur Kenntnis der richterlichen Kreise zu bringen, halte ich besonders in der jetzigen Zeit für angezeigt, da sonst unübersehbarer Schaden entstehen kann. Das Erkenntnis des Reichsgerichts war schon vor vielen Jahren den Kreisärzten des Regierungsbezirks Königsberg zur Kenntnis vorgelegt worden mit dem Ersuchen, gelegentlich der Nachprüfung die Hebammen auf die durch die Ausstellung von Attesten entstehenden Unzuträglichkeiten hinzuweisen. Es dürfte sich empfehlen, gerade jetzt diesem Hinweis allgemeine Verbreitung zu geben.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Sachverständigentätigkeit auf militärärztlichem Gebiete.

Ueber Blutuntersuchungen bei Fliegern. Von Prof. Dr. E. Meyer und Dr. R. Seyderhelm. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 41.

Bei 28 untersuchten Fliegern, die seit einem Jahre und länger fliegen, fand sich bei der Mehrzahl eine Hämoglobin- und Erythrozytenvermehrung, die der lange bestehenbleibenden, im Hochgebirge beobachteten entspricht. Dabei finden sich in einzelnen Fällen sicher kernhaltige rote Blutkörperchen. Eine Eindickung des Blutes wurde nicht festgestellt. Die Vermehrung der Hämoglobin- und Erythrozytenwerte dürfte demnach als der Ausdruck einer gesteigerten Blutbildung aufzufassen sein; ob infolge verminderter Sauerstoffspannung in großen Höhen oder aus anderen Ursachen, bleibt dahingestellt.

Dr. Roepke-Melsungen.

Beitrag zur Untersuchung des Harns von Kriegsteilnehmern. Von San.-Rat Dr. C. S. Engel-Berlin. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 47.

Von den der bakteriologischen Station zur Untersuchung eingesandten Harnen hatten 13 % Eiweiß. Die prozentualen Eiweißausscheidungen waren im großen ganzen nicht sehr erheblich. Ein Einfluß der Jahreszeit ließ sich nicht sicher feststellen, doch häuften sich die eiweißreicheren Fälle mehr während des Sommers. Nicht organisierte Sedimente wurden relativ selten gefunden.

Diabetes kam sehr selten zur Beobachtung. Die Diazoreaktion war vor der Durchimpfung der Armee häufig, hörte nach der Immunisierung gegen Typhus fast plötzlich auf. Blutzellen wurden in zahlreichen Fällen gefunden, doch bestand eine Parallelität zwischen Ausscheidung von Eiweiß und roten Blutkörperchen nicht. In zahlreichen Fällen wurden im eiweißfreien und eiweißarmen Harn pathologische, organisierte Sedimente gefunden.

Im Hinblick auf Dienstbeschädigungsansprüche erscheint eine Schlußuntersuchung auf Eiweiß und organisierte Sedimente bei entlassenen Mannschaften geboten. Auch bei Diensteinstellungen sollte aus diesem Grunde auf den chemischen und mikroskopischen Harnbefund großer Wert gelegt werden.

Dr. Roepke-Melsungen.

Schnellheilung schwerer Kriegsneurosen. Von San.-Rat Dr. Wittgenstein-Cassel. Zeitschrift für Bahnärzte; 1917, Nr. 1.

Wer sich an die Grundtatsache hält, daß es sich bei diesen Neurotikern um rein seelisches Geschehen, um Vorgänge im Unterbewußtsein handelt, wird den richtigen Weg unschwer zu finden wissen. Der Verfasser berichtet über seine Erfolge mit dem Kaufmannschen Verfahren. Von 42 Kranken sind 30 völlig geheilt, 8 bis auf Reste örtlicher Steifheit oder Muskelunruhe wieder hergestellt und nur 4 ungeheilt geblieben. Dr. Wolf-Hanau.

Diabetes und Krieg. Von A. Gottstein und F. Umber-Charlottenburg. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 43.

Die Kriegslage hat es ermöglicht, über die Häufigkeit der Diabetes ziemlich zuverlässige Zahlen zu gewinnen. Von den Anträgen auf Nahrungsmittelzusätze wegen ärztlich festgestelltem Diabetes mellitus betrafen 57—59 % das männliche Geschlecht. Das entspricht den Angaben des Berliner statistischen Jahrbuches, wonach von den Diabetestodesfällen der Jahre 1905 bis 1910 61 % Männer betrafen.

Auf die Einwohner Charlottenburgs berechnet, beträgt die Erkrankungszahl 2,3 auf 1000 Einwohner gegenüber 1,2—1,3 Diabetiker auf 1000 Einwohner in Klein-Berlin. Die obige Zahl muß also unter allen Umständen als eine maximale gelten. Nach dem Berufe sind die begüterten Schichten, nach dem Lebensalter die höheren Altersklassen überwiegend beteiligt. Die Kurve zeigt ein starkes Ansteigen bis zum 60.—70. Lebensjahre, in dem 33 % der Diabetesfälle liegen gegenüber 2 % im 20.—30. und 6,8 % im 30.—40. Lebensjahre. Bis zum 50. Lebensjahre überwiegen summarisch die zuckerkranken Männer, von da ab die Frauen, wahrscheinlich weil in den höheren Lebensaltern die Frauen zahlenmäßig die Männer überragen. Der Diabetes entsteht aber nicht erst während des höheren Lebensalters, sondern die Prognose inbezug auf das Leben ist um so günstiger, je später die Erscheinungen auftreten. Bei den Erkrankungen ergibt sich die größere Lebensgefahr in den frühesten und spätesten Altersklassen.

Die Dauer der Erkrankung wird in den Zeugnisformularen bei Diabetikern unter 40 Jahren auf 1, 2, 4 und nur selten bis zu 6 Jahren angegeben, bei den höheren Altersklassen erheblich länger. Für das Alter von 50—60 Jahren wird eine Dauer von 6 Jahren, für das Alter von 60—70 eine solche von mehr als 9 Jahren errechnet, in 26 Fällen wird sogar eine Dauer von 10—20 Jahren und in 5 Fällen eine Dauer von mehr als 20 Jahren angegeben.

Die Sterblichkeitsziffer der Diabetiker während des Krieges ist im allgemeinen ziemlich gleichmäßig. Es haben also die Einschränkungen, die den Diabetikern die Kriegslage auferlegt und die die Behörden möglichst durch Zulagen zu verringern suchen, bisher einen statistisch erkennbaren ungünstigen Einfluß auf das Leben nicht ausgeübt.

Besondere Aufmerksamkeit wird der Frage zugewendet, ob und inwieweit der Krieg mit seinen körperlichen und seelischen Strapazen und den abgerundeten Ernährungsverhältnissen im Felde die Entstehung und den Verlauf des Diabetes beeinflußt. Umber ist es direkt auffallend gewesen, eine wie geringe Rolle der Diabetes unter den verwundeten und erkrankten Soldaten spielt; es waren in der Lazarettabteilung des Krankenhauses Westend von 2282 Soldaten nur 11 = 4,9‰ Diabetiker. Es sind also die schwersten körperlichen und psychischen Traumen, die je die Welt erlebt, nicht imstande, ursächlich Diabetes hervorzurufen bei einem Menschen, der von Haus aus nicht dazu veranlagt ist; ja es werden nicht einmal alle Männer mit diabetischer Anlage durch den Krieg zu Diabetikern. Anderseits ist aber gutachtlich der Kriegsdienst mit seinen Traumen und vor allem mit der Möglichkeit diabetischer Rücksichten als verschlimmerndes Moment für einen latenten oder bereits manifesten Diabetes zu betrachten.

Umber empfiehlt für gutachtliche Beurteilungen folgenden Standpunkt: Offiziere, die bereits vor dem Kriege als geschulte Diabetiker im Heeresdienst gestanden haben, können auch weiter in ihm verbleiben. Im allgemeinen sollen aber diabetische Offiziere an solchen Stellen verwendet werden, in denen sie antidiabetisch leben können, d. h. im Etappen- oder Heimatsgebiet. Das gilt nicht nur für leichte, sondern auch für mittelschwere Diabetiker, sofern sie gut geschult sind. Ist diese Voraussetzung erfüllt, so gelten die gleichen Gesichtspunkte auch für nicht aktive Offiziere. Schwer diabetische, azidotische Offiziere können in keiner Stellung erfolgreich verwendet werden.

Leicht diabetische Mannschaften, die den gebildeten Ständen angehören und als geschulte Diabetiker zu betrachten sind, können lediglich im Bureaudienst der Heimat verwendet werden. Mittelschwere und schwere Diabetiker sind als Mannschaften überhaupt nicht zu gebrauchen.

Dr. Roepke-Melsungen.

Neue Beiträge zur Kriegstaubstummheit. Von OStA. Prof. Dr. Arthur v. Sarbo. Aus dem Kriegsspital István-ut und aus der neurologischen Abteilung des St. Stephan-Spitales in Budapest. Wiener klin. Wochenschr.: 1916, Nr. 50.

Zum Beweise für die Annahme, daß die Medulla oblongata der Sitz der Erkrankung bei der durch Luftdruckexplosionen entstandenen Taubstummheit sein muß, führt der Verfasser die experimentellen Untersuchungen von Jacob an, der bei Kaninchen und Affen nach ein- oder mehrmaligen Schlägen auf den Schädel die klinischen Zeichen der Kommission beobachten konnte und bei den Obduktionen herdförmige Schädigungen der Nervensubstanz fand, besonders in der Med. obl. und im oberen Halsmark. Die Ganglienzellenveränderungen finden sich besonders häufig in den Nervenzentren am Boden der Rautengrube. Bonhöffer beschreibt den Fall eines Infanteristen, der nach 18stündiger Bewußtlosigkeit infolge Luftdruckexplosion starb. Bei der Sektion fand sich ausgesprochene Hirnschwellung, an der das Kleinhirn stärker teilzunehmen schien; es war stark in das Foramen magnum eingepreßt.

Wird durch diese Autopsie der Nachweis geliefert, daß in gewissen Fällen von Granatfernwirkungen die Medulla oblongata sich einkeilt und es zu den Symptomen der Laesion medullärer Nerven kommen kann, so gibt es auch klinische Beweise für diese Annahme. Der Verfasser bespricht die Fälle von Kiproff, Fröschel, Goldmann, und gibt 2 eigene Beobachtungen im Anschluß an frühere Arbeiten.

Ganz frische Fälle von Taubstummheit durch Granatfernwirkung sind weder durch Suggestion, noch durch die an dem Nervus ulnaris angewandte faradische Pinselung (Jendrássik) zu beeinflussen. Sowohl der hysterisch Stumme, als der Stummheit Simulierende ist in einer Sitzung durch den faradischen Strom zu heilen; er bekommt seine helle Sprache wieder und spricht in normaler Weise. Dort aber, wo die Taubstummheit eine organische Grundlage hat, ist die Sprache, die sich nach „Wunderheilungen“ einstellt, eine von der Norm abweichende; sie ist skundierend, stotternd, einzelne Silben werden explosiv vorgebracht. Diese forzierten Heilungen sind sogar für den Patienten von Nachteil, weil sie zur Fixierung der krankhaften Sprechweise führen können.

Die durch Granatfernwirkungen entstandenen Fälle von Taubstummheit heilen von selbst ab, wenn man sie als organisch Kranke in Ruhe läßt; zu schweren Folgezuständen kommt es nur in vereinzelten Fällen, die dann den organischen Hintergrund der hierher gehörigen Fälle aufs Deutlichste beweisen. Dr. Mayer-Simmern.

C. Sachverständigentätigkeit in Unfall- und Invaliditäts- und Krankenversicherungssachen.

Eingeweidebrüche und Krieg. Von Prof. Fritz König-Marburg, Deutsche med. Wochenschrift; 1917, Nr. 1.

Der lange Krieg hat eine ganze Anzahl körperlicher Schädigungen auch bei der Zivilbevölkerung in der Heimat im Gefolge. Die Aenderung in der Ernährung, die lange Abwesenheit vieler Männer vom heimischen Herd, die wirtschaftliche Schwierigkeit der Zurückgebliebenen, die Notwendigkeit des Sparens, Verbergen und Verschleppen krankhafter Zustände, der Mangel an Aerzten und ihre ungeheure Ueberlastung, die Unmöglichkeit der Erlangung bezw. Gewährung sachgemäßer ärztlicher Hilfe usw. erklären das gehäufte Auftreten der Peritonitis bei Appendizitis, die zu späte Einlieferung von Kranken mit Brucheinklemmung.

K. sah unter der Einwirkung der Begleiterscheinungen des Krieges bei der Zivilbevölkerung einmal freie Hernien auftreten, dann aber ganz besonders die Schenkelbrüche mit einer abnorm gesteigerten Einklemmungsgefahr, während die Soldaten von diesen Erscheinungen nicht betroffen sind. Die Einklemmung dieser Schenkelbrüche zeigt hohe Gefahr durch die Fettentblößung der Bruchpfeiler und durch das gehäufte Auftreten von Darmwandbrüchen. Die Kenntnis hiervon hält K. für den Arzt und für das Publikum für sehr bedeutungsvoll.

Es muß jeder freie Bruch versorgt werden entweder durch ein gutsitzendes Bruchband oder durch Operation. Beim eingeklemmten Bruch ist alsbald chirurgische Hilfe nachzusuchen. Vollständig zu verbieten ist dabei die Taxis, da sie besonders bei der Möglichkeit eines Darmwandbruches und der beginnenden Gangrän hohe Gefahr bietet. Die Aussichten der Operation wegen Brucheinklemmung wie die der Resektion im besonderen haben sich fortdauernd gebessert. Die Gesamtmortalität ist in der Marburger chirurgischen Universitätsklinik im Jahre 1913 von 27% auf 10% im Jahre 1916, die bei der Resektion der brandigen Schlinge von 66% im Jahre 1913 auf 25% im Jahre 1916 herabgegangen. Dr. Roepke-Melsungen.

Die ärztliche Schweigepflicht in Angelegenheiten der Arbeiterversicherung. Bescheide des Reichsversicherungsamts vom 8. März (a) und 19. Juni 1916 (b). (Amtl. Nachr. d. Reichsversicherungsamts; 1916, S. 492 und S. 563.)

a. Der den bisherigen Versicherungsgesetzen fremde § 141 der Reichsversicherungsordnung ist dem § 300 des Strafgesetzbuchs nachgebildet und bezweckt wie dieser den Schutz von Privatgeheimnissen. Er soll, wie die Begründung des Entwurfs der Reichsversicherung ergibt, eine Lücke ausfüllen, die sich in der Praxis mehrfach unliebsam fühlbar gemacht hat. In der Tat kann eine Verbreitung von Mitteilungen über den Gesundheitszustand eines Versicherten gegenüber unberufenen dritten Personen nachteilig werden, mag auch die Absicht einer Schädigung bei dem Verbreiter der Nachricht fehlen. Anderseits ergeben die Verhandlungen der Reichstagskommission über die Beratung der Reichsversicherungsordnung, daß dem Gesetzgeber eine mißbräuchliche Ausdehnung der Schweigepflicht ferngelegen hat. Die Grenze soll durch das Wort „unbefugt" gezogen werden, das zwar nach den bei der Kommissionsberatung zu Tage getretenen Ansichten verschiedener Deutung fähig, durch einen schärferen Ausdruck kaum zu ersetzen ist. Von einem unbefugten Offenbaren kann hiernach keinesfalls die Rede sein, wenn der Versicherte der Mitteilung zugestimmt hat, wie dies häufig der Fall ist, wenn eine Krankenkasse im Auftrag des Versicherten bei der Landesversicherungsanstalt die Uebernahme eines Heilverfahrens, z. B. die Unterbringung in einer Lungenheilstätte, anregt. Ein unbefugtes Offenbaren ist aber auch dann nicht gegeben, wenn entweder eine gesetzliche Vorschrift von der Schweigepflicht entbindet (§ 1574 Abs. 1 Satz 2 der Reichsversicherungsordnung) oder sogar

eine Anzeigepflicht festsetzt, wie dies durch das Reichsgesetz, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, vom 30. Juni 1900 und durch das preußische Gesetz vom 28. August 1905, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, geschehen ist. Berühren auch diese seuchenpolizeilichen Gesetze die Träger der Arbeiterversicherung nicht unmittelbar, so verdient doch hervorgehoben zu werden, daß der im Jahre 1909 erschienene Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuche (S. 730) über den Rahmen jener Gesetze hinausgreifend ein unbefugtes Handeln auch dann verneint, wenn das Schweigen im allgemeinen Staatsinteresse — etwa zur Verhütung der sonst drohenden Verbreitung von ansteckenden Krankheiten — gebrochen wird. Endlich gilt nach der von der Kommission ohne Widerspruch entgegengenommenen Erklärung des Staatssekretärs des Innern (Kommissionsbericht S. 244) eine Mitteilung auch dann als befugt, wenn sie unmittelbar für die Zwecke des Gesetzes, insbesondere also in Ausführung amtlicher Aufgaben erfolgt.

Diese Voraussetzungen sind unbedenklich gegeben, soweit es sich um Mitteilungen von Krankheitsfällen seitens der Krankenkassen an die von den Landesversicherungsanstalten zu errichtenden Beratungsstellen für Geschlechtskranke handelt. Denn der Zweck dieser Einrichtung, die fortlaufende Ueberwachung solcher Personen und die Herbeiführung ihrer rechtzeitigen und gründlichen Heilung, liegt gleichmäßig im Interesse der Träger der Kranken- und der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung und dient somit den Zwecken des Gesetzes. Auch geschieht die Mitteilung in Erfüllung amtlicher Aufgaben, da § 116 der Reichsversicherungsordnung die Organe der Versicherungsträger verpflichtet, einander Rechtshilfe nach Maßgabe des § 115 a. a. O. zu leisten. Unter den Begriff der Rechtshilfe fallen aber auch Auskünfte über die persönlichen Verhältnisse der Versicherten, soweit sie dem ersuchten Versicherungsträger amtlich bekannt geworden sind, also auch über Krankheiten und ihre Ursachen. Die Versicherungsträger bedürfen dieser Mitteilung zur Durchführung ihrer Aufgaben (zu vergleichen Hanow, Kommentar zum Ersten Buche der Reichsversicherungsordnung 3. Auflage Anmerkung 3 zu § 141). Eines Ersuchens der Landesversicherungsanstalt im Sinne des § 115 a. a. O. im einzelnen Falle bedarf es nicht. Diesem Erfordernisse könnte auch in der Praxis nicht genügt werden, da ja die Namen der Beteiligten der Landesversicherungsanstalt erst bekannt werden sollen. Die Ermächtigung der Krankenkassen zur Auskunfterteilung über die vorkommenden Erkrankungsfälle kann vielmehr auch auf einer allgemeinen Vereinbarung der beteiligten Versicherungsträger beruhen. Infolgedessen kann dahingestellt bleiben, ob die Krankenkassen auch befugt wären, den Landesversicherungsanstalten unaufgefordert derartige Mitteilungen zukommen zu lassen. Aus der Tatsache, daß eine entsprechende Vorschrift des Entwurfs der Reichsversicherungsordnung (§ 128 Abs. 2), die sich an das frühere Recht (§ 144 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes, § 172 des Invalidenversicherungsgesetzes) anlehnte, von der Kommission gestrichen worden ist, könnte die Unzulässigkeit freiwilliger Mitteilungen nicht gefolgert werden. Denn die Vorschrift ist, wie der Kommissionsbericht a. a. O. S. 211 ergibt, nur deshalb gestrichen worden, weil man den öffentlichen Behörden eine so weitgehende Verpflichtung nicht auferlegen wollte, während die Interessengemeinschaft der Versicherungsträger es erheischt, auch unaufgefordert für die Geschäftsführung wichtige Tatsachen sich gegenseitig mitzuteilen.

b. An die Beratung des Entwurfs eines Gesetzes, betreffend die Altersrente und die Waisenrente in der Invalidenversicherung, in der Kommission des Reichstags hat sich eine Aussprache über die Tragweite des § 141 der Reichsversicherungsordnung und des § 300 des Strafgesetzbuchs vom Standpunkt der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten angeschlossen. Dabei führte ein Vertreter der verbündeten Regierungen aus, daß täglich von Aerzten zahlreiche Mitteilungen über Erkrankungen der Versicherten an Organe der beteiligten Versicherungsträger gemacht würden, die, wenn in angemessener Weise erstattet, nicht als unbefugt im Sinne des § 300 gelten könnten. Diese Auffassung habe eine Stütze in der Rechtsprechung des Reichsgerichts (zu vergleichen die Entscheidungen in Strafsachen Band 38 S. 62 und die Entscheidungen in Zivilsachen Band 53 S. 315). Auf dem gleichen Standpunkte stehe die nachfolgende Begründung zum § 268 des Entwurfs eines neuen

Strafgesetzbuchs: „Auch dann, wenn das Schweigen im allgemeinen Staatsinteresse gebrochen wird, etwa zur Verhütung der sonst drohenden Verbreitung von ansteckenden Krankheiten, kann von einem unbefugten Handeln nicht die Rede sein.“ Hiernach würde nicht angenommen werden können, daß ein Arzt seine Pflichten verletze, wenn er dem zuständigen Versicherungsträger von Fällen beobachteter Geschlechtskrankheiten Kenntnis gäbe. Davon sind Reichsversicherungsamt und Versicherungsanstalten gleichfalls bisher ausgegangen. Auch hinsichtlich des § 141 der Reichsversicherungsordnung trat der Vertreter der verbündeten Regierungen der Auslegung bei, die das Reichsversicherungsamt dieser Vorschrift in dem Bescheide vom 8. März 1916 (s. vorher) gegeben hat. Von anderen Kommissionsmitgliedern wurde auf die Wichtigkeit der vorliegenden Frage mit Nachdruck hingewiesen. Die Geschlechtskrankheiten seien eine große Gefahr für die Volksgesundheit. Es möchte daher die Auffassung der Regierung durch die Presse und die Krankenkassen bekanntgegeben werden. Der Meinung eines Kommissionsmitglieds, daß ohne Zustimmung des Kranken Mitteilungen nicht erfolgen dürften, wurde mit dem Hinweis widersprochen, daß höhere Interessen auf dem Spiele ständen und das Interesse des einzelnen zurückzutreten habe.

Das Ergebnis dieser Aussprache wird für die Verhandlungen mit den Krankenkassen und der Aerzteschaft über die Einrichtung der Beratungsstellen von Wert sein. Ergänzend sei noch darauf hingewiesen, daß die zur Beratung des Vorentwurfs eines Strafgesetzbuchs eingesetzte Kommission zu dem § 300 des geltenden Strafgesetzbuchs entsprechenden § 268 des Entwurfs einen Zusatz beschlossen hat, wonach die Handlung straflos ist, wenn die Offenbarung zur Wahrung berechtigter privater oder öffentlicher Interessen erforderlich war, vorausgesetzt, daß die sich gegenüberstehenden Interessen pflichtmäßig berücksichtigt worden sind.

E. Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

1. Bekämpfung übertragbarer Krankheiten im allgemeinen.

Glossinen und Trypanosomen. Von Privatdozent Dr. R. Teichmann-Frankfurt a. M. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 47.

T. bespricht in seiner öffentlichen Antrittsvorlesung die Beziehungen, die zwischen zwei ganz verschiedenen Arten angehörenden Organismen bestehen, zwischen Glossinen, die geflügelte, stechende Insekten und unserer Hausfliege verwandt sind, und zwischen Trypanosomen, jenen mikroskopisch kleinen tierischen Lebewesen, die als Protozoen bezeichnet werden. Die Kenntnis der Tatsache, daß gewisse Arten von Trypanosomen schwere Seuchen unter Menschen und Tieren hervorrufen und daß es die Glossine oder Tsetsefliege ist, die durch den Stich deren Uebertragung bewirkt, ist verhältnismäßig jung und klärt die Beziehungen zwischen Glossinen und Trypanosomen keineswegs auf. Die Auffassung, daß die Uebertragung rein mechanisch vor sich gehe, indem mit einem Tröpfchen das eben von der Fliege eingesaugten trypanosomenhaltigen Blutes, das an der Stechborste der Fliege haftet, Parasiten in die beim Stich entstehende Wunde gelangten, besteht nicht zu recht. Vielmehr muß nach den Forschungsergebnissen von F. K. Kleine angenommen werden, daß in der Glossine eine Entwicklung der Trypanosomen vor sich geht, bevor diese infektionstüchtig werden können. Für das Trypanosoma ist die Glossine ein — vielleicht — unersetzliches Mittel zur Erhaltung seiner Art, indem nur sie ihm die Gewähr bietet, sich vermehren und ausbreiten zu können. Bestände die Theorie von der mechanischen Uebertragung zu Recht, so wäre die Existenz der Parasiten in die Hand des Zufalles gegeben. Durch die Einschaltung einer Entwicklung in der Glossine ist das Trypanosoma von dieser Gefahr befreit; denn nun vollzieht sich die Uebertragung der Parasiten auf ein neues Wirtstier mit Notwendigkeit. Damit ist aber ihre ungehinderte Ausbreitung gesichert, zumal Glossinen, die einmal infektiös geworden sind, dies für lange Zeit bleiben.

Welcher Art die Entwicklung ist, die das Trypanosoma in der Fliege durchläuft, ist ebensowenig endgültig aufgeklärt wie der Einfluß, den diese Entwicklung auf das biologische Verhalten der Parasiten ausübt. Auch über die Bedingungen, die erfüllt sein müssen, damit Glossinen mit Trypanosomen

infektiös werden, sind vielfache Versuche nach den verschiedensten Richtungen hin notwendig gewesen. Soviel ist erwiesen, daß die Entwicklung der Trypanosomen in der Tsetsefliege von der Höhe der Temperatur abhängt, der die Fliegen ausgesetzt sind.

Die praktisch wichtigste Frage, ob die Uebertragung der verschiedenen Trypanosomenarten an bestimmte Glossinenarten gebunden ist oder nicht, kann heute im wesentlichen als beantwortet gelten. Es gibt im zentralen Afrika etwa 15 verschiedene Glossinenarten und zahlreiche Trypanosomenspezies. Lange Zeit herrschte die Meinung, daß bestimmte Glossinenarten nur mit bestimmten Trypanosomenarten infektiös sein könnten, so der Erreger der menschlichen Schlafkrankheit, das Trypanosoma gambiense nur durch Glossina palpalis. Es ist heute aber kaum noch zweifelhaft, daß zwischen dem Trypanosoma gambiense und dem Trypanosoma rhodesiense, dem Erreger der tierischen Nagana, kein wesentlicher Unterschied besteht, und daß die Verbreitung der Schlafkrankheit nicht an das Vorkommen der Glossina palpalis gebunden ist, sondern auch von einer anderen Glossinenart, so der Glossina morsitans, besorgt werden kann. Das ist von unheilvoller Bedeutung; denn das Verbreitungsgebiet der Glossina morsitans ist weit größer als das der Palpalis und deshalb möglich, daß jene Seuche sich nun auch auf alle Gebiete ausdehnt, in denen die Glossina morsitans zu leben vermag. Wahrscheinlich können sich auch noch andere Tsetsearten mit Schlafkrankheits-Trypanosomen infizieren, vielleicht sogar jede Glossinenart unter geeigneten Bedingungen mit jedem Säugetierpathogenen Trypanosoma. Es ist also die Gefahr der Verschleppung von Trypanosomenseuchen in Gegenden, in denen sie bisher fehlten, nicht unerheblich. Gelangt zufällig ein Parasitenträger, Mensch oder Tier, in ein solches Gebiet, so können dort Glossinen unter dafür günstigen Bedingungen eine Infektion erwerben und damit für deren Einbürgerung sorgen.

Daraus ergibt sich für die Praxis der Seuchenbekämpfung die Notwendigkeit, alle denkbaren Mittel aufzubieten, um die Verschleppung der verschiedenen Trypanosomenkrankheiten durch Parasitenträger zu verhindern: Glossinen sind für Trypanosomen notwendig; gelingt es, in Afrika die Tsetse zu vertilgen, so werden die Trypanosomenkrankheiten sehr bald verschwunden sein, denn ohne Glossinen gäbe es dort keine Trypanosomen.

Dagegen können Glossinen ohne Trypanosomen sehr wohl bestehen. Es entsteht schließlich auch noch die Frage, was die Trypanosomen für das Leben der Glossinen bedeuten. Die Trypanosomen leben auf Kosten der Glossinen in deren Körper, indem sie aus deren Säften ihre Nahrung ziehen; sie sind insofern als echte Parasiten anzusehen, scheinen aber die Fliege nur im geringen Grade zu schädigen. Weitere Untersuchungen darüber und über die Biologie der Glossine sollten nach Friedensschluß auch der deutschen Wissenschaft möglich sein. Dr. Roepke-Melsungen.

Erfahrungen über Infektionskrankheiten im Felde. Von Regts.-Arzt i. d. Res. Dr. Arno Lehndorff, Assist. der Mediz. Klinik R. von Jaksch in Prag. Medinische Klinik; 1916, Nr. 43.

L. äußert sich auf Grund seiner Beobachtungen über den Einfluß der Typhus-Schutzimpfung dahin, daß sie in einer großen Zahl der Fälle sicher einschneidende Veränderungen im Krankheitsbilde und zwar meistens im Sinne einer Milderung und Abkürzung des Krankheitsverlaufes bewirkt. Die Mortalitätsziffer betrug in seinem Epidemiespital bei geimpften Soldaten 4,3%, bei nicht geimpften Zivilpersonen 24,1%. Die Fieberkurve erfährt eine Verkürzung des Stadiums in- und decrementi; selten fällt das Stadium akmes ganz aus. Temperaturen über 40° und Delirien sind bei den Geimpften zweifellos seltener, dagegen ließ sich in der Häufigkeit und Schwere der Komplikationen kein Unterschied zu gunsten der Geimpften feststellen. Das Verhalten des Widal bei Geimpften ist nicht konstant. Nach der Impfung kann 4—6 Wochen ein positiver Widal bis 1 : 200 bestehen, das ist aber nicht die Regel; anderseits kann aber gerade ein Geimpfter während einer nachfolgenden Typhuserkrankung lange Zeit einen negativen Widal haben. Bei Geimpften ist ein positiver Ausfall erst bei 1/40 diagnostisch für Typhus verwertbar und dann prognostisch günstig, wenn dieser Wert im Beginn der Erkrankung sich findet.

Der Nachweis von Typhusbazillen durch Galle-Blutkultur und in den Faezes Geimpfter gelingt sehr oft nicht.

Die Paratyphus B- und A-Fälle waren verhältnismäßig selten; sie verliefen im allgemeinen viel milder und ohne ernstere Komplikationen. Sie sind mit Sicherheit nur bakteriologisch und serologisch zu diagnostizieren.

Die Fleckfieberdiagnose ist gegenüber den exanthematischen Erkrankungen ziemlich leicht zu stellen, schwerer gegen Typhus. Der Hauptstützpunkt für die Diagnose Fleckfieber ist das Exanthem. Dieses fehlt sehr selten, gelegentlich bei Kindern. In etwa 1/8 der Fälle fand sich ein charakteristisches Exanthem im Bereich des hinteren Teiles des harten Gaumens, der Uvula und der Gaumenbögen. Das Sensorium ist in den ersten 4 Tagen bei Fleckfieber trotz hohen Fiebers in der Regel frei, dabei besteht ausgesprochene Euphorie im Gegensatz zum Typhus in dem gleichen Stadium. Die Benommenheit erreicht bei Fleckfieber die höchsten Grade erst 2—3 Tage nach der Entfieberung. Ferner ist für Fleckfieber charakteristisch das refraktäre Verhalten des Fiebers gegen Antipyretica. Der Nachweis von Blut im Stuhl (auch chemisch) in der 3. Woche spricht für Typhus. Fehlender Widal und positive Agglutination nach Weil-Felix, die spezifisch zu sein scheint, erhärten die Diagnose.

Die Choleradiagnose wurde in jedem Falle bakteriologisch gestellt; die Mortalität betrug 52,6 %. Der Beginn war plötzlich, Erbrechen scheint im Teritialstadium nicht selten; in der 2. Woche fand sich in 1/8 der Fälle Choleraexanthem. Die Schutzimpfung zeigte auf den Verlauf der Erkrankung keinen deutlichen Einfluß, wohl auf die Häufigkeit der Erkrankungen. Von den Medikamenten hatten den besten Erfolg Digaleninjektionen (2 ccm p. Dosi). Das vollständige Versagen der Kochsalzinfusionen führt zu dem Schluß, daß der Symptomenkomplex des Stadium algidum nicht oder nur zum geringsten Teil in einer allgemeinen Wasserverarmung des Körpers zu suchen ist; er läßt sich durch eine toxische Lähmung der Vasomotoren erklären.

Ein besonderes Krankheitsbild wird vom Verfasser wegen seiner Aehnlichkeit mit dem Abdominaltyphus Typhoid genannt. Es zeichnet sich neben seinem Fieberverlauf besonders dadurch aus, daß Benommenheit, Milztumor, Roseolen und Exantheme stets fehlen. Mit Typhus, Fleckfieber und Rekurrenz hat diese Erkrankung nichts zu tun.

Ein anderes Krankheitsbild, das L. mit Stiefler gemeinsam studierte, (s. das Referat darüber, S. 127) zeigt intermittierendes Fieber mit ausgesprochen zyklischem Charakter. Es erstreckte sich über mehrere Wochen; die einzelnen Fieberanfälle (39°) währten 1—2 Tage, das apyretische Stadium dauerte 3—5 Tage und verlängerte sich allmählich. Die physikalische Untersuchung lieferte einen negativen Befund, Milztumor fehlt. Das charakteristische Symptom sind paroxysmale Schmerzen in den Schienbeinen, die auch zyklisch exazerbieren. Malariaplasmodien und Rekurrensspirillen fanden sich nicht im Blut; Chinin und Salvarsan versagten vollständig. Dem Auftreten im Sumpfgebiet der Ikwa verdankt diese Erkrankung ihren Namen „Ikwafieber", vielleicht ist sie identisch mit dem Wolhynischem Fieber. Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

2. Ikwa- oder Wolhynisches Fieber.

Wolhynisches Fieber. Sammelreferat von Kreisarzt Dr. Wolf-Hanau.

Im Verlaufe des Krieges hat man eine Reihe von periodisch wiederkehrenden Fieberzuständen kennen gelernt, die man, da sie zuerst in Wolhynien beobachtet wurde, mit dem Namen Wolhynisches Fieber (His) oder auch Fünftagefieber nach Werner[1]) nannte, der zuerst im Winter 1915/16 14 Fälle beobachtete und dabei den ausgesprochenen Fünftageturnus feststellte. Gleichzeitig hatte His[1]) die Krankheit beobachtet, der sie folgendermaßen beschreibt:

In Wolhynien kommt eine eigenartige, fieberhafte Erkrankung vor, die dadurch, daß sie in einzelnen Fieberanfällen auftritt, an Malaria erinnert und von den polnischen Aerzten auch dafür gehalten wird. Im Blute finden sich aber keine Malariaplasmodien. Die Milz ist oft während der Anfälle fühlbar und vielfach sehr schmerzhaft. Häufig sind Darmerscheinungen. Der Beginn ist plötzlich mit allgemeinen Gliederschmerzen und Temperatursteigerungen;

[1]) Münch. Med. Wochenschrift; 1916, Nr. 11.

nach ein bis zwei Tagen pflegt aber das Fieber aufzuhören. Die Attacken wiederholen sich mehrfach, um schließlich nicht mehr wiederzukehren. Todesfälle sind nicht beobachtet worden. Es scheint sich um eine durch einen Zwischenwirt übertragbare Protozoenkrankheit zu handeln. Jungmann hat im Blute Mikroorganismen nachweisen können.

Nach der Ansicht von Brasch[2]) nimmt die Erkrankung meist einen ganz typischen Verlauf, zeigt aber in späteren Stadien starke Abweichungen. Nach Hasenbalg[3]) ist das Eigenartige an dieser Erkrankung, daß außer den periodisch wiederkehrenden Fiebern und Schmerzen keinerlei andere Krankheitserscheinungen sich zeigen. Müller konnte als Erreger eine jedenfalls durch Läuse übertragbare Spirochäte nachweisen; auch Werner sah ein spirochätenähnliches Gebilde. In einer späteren Arbeit macht er mit Haenssler[3]) zusammen folgende Angaben:

Das Fieber ist charakterisiert durch einen Fünftageturnus. In Abständen von 5 zu 5 Tagen kommt es zu Fieberzacken, deren Höhe zwischen 30—40° beträgt. Der Abstand von 5 Tagen ist so zu verstehen, daß von der Höhe eines Fieberanfalls bis zur Höhe der nächsten 5 Tage vergehen. Nach Ablauf eines Anfalls besteht bis zum Beginn des nächsten kein Fieber. Die subjektiven Beschwerden der Erkrankten beziehen sich vorwiegend auf Gliederschmerzen, die in der Muskulatur der Extremitäten, besonders der unteren, in geringerem Maße auch in den Knochen geklagt werden. Die Beschwerden steigern sich mit Beginn des Fieberanfalls, hören aber auch in der fieberfreien Zeit nicht vollständig auf und sind noch wochenlang während der Rekonvaleszenz vorhanden. Daneben wird während der Anfälle über Kopfschmerzen und Druck in der Milzgegend geklagt. Auch Kreuzschmerzen, Stirn- und Augenhöhlendruck werden häufig angegeben. Von objektiven Veränderungen ist besonders Milzschwellung erwähnenswert, die etwa im 4. Teil der Fälle durch Palpation nachweisbar ist. Der Puls ist entsprechend der Fieberhöhe beschleunigt. In mehreren Fällen konnten schnell vorübergehende Herzstörungen schwereren Grades festgestellt werden. Es handelte sich um hochgradige Beschleunigung der Herztätigkeit und unreinen ersten Ton. Auf Anwendung von Digitalis gingen diese Störungen schnell zurück. Nierenschädigungen wurden in keinem Falle beobachtet. Auch Störungen im Bereich des Darmtraktes waren nicht nachweisbar. Dagegen waren anfänglich katarrhalische Reizungen, wie sie bei Influenza gewöhnlich sind, nicht selten festzustellen. Auch leichter Ikterus war in einigen Fällen vorhanden. Das Nervensystem ließ schwere Veränderungen nicht erkennen. Die direkte Untersuchung des frischen und gefärbten Blutes (dicke Tropfmethode, Giemsafärbung) hatte stets ein negatives Ergebnis. Weder Malariaparasiten, noch sicher als solche anzusprechende Spirochäten wurden gefunden. Bakteriologische Aussaaten des Blutes, auf der Fieberhöhe entnommen, hatten 3 mal ein negatives Ergebnis, 2 mal wurde ein kurzes Stäbchen bipolarer Form isoliert, über dessen ätiologische Bedeutung keinerlei sichere Anhaltspunkte genommen werden konnten. Mäuse wurden viermal teils subkutan, teils intraperioneal zu infizieren versucht, stets mit negativem Ergebnis; desgleichen 2 Hunde und 1 Meerschweinchen. Zweimal wurde je 0,25 ccm Blut aus der Fieberhöhe einem gesunden Menschen subkutan einverleibt, ohne daß es zu charakteristischen Temperaturanstiegen oder Parasitenbefunden gekommen wäre.

Moltrecht[4]) kommt zu folgenden Schluß: Die Erkrankung besteht aus mäßig hohen, in etwa 5tägigen Pausen wiederholt auftretenden 2—3tägigen Fieberanfällen mit lebhaften „rheumatischen" Schmerzen, besonders in der Schienbeingegend, mit Kopfschmerzen und mit häufig vorhandener Schwellung oder Druckschmerzhaftigkeit von Leber und Milz, hinterläßt eine erhebliche und langdauernde Erschöpfung der Kranken und neigt sehr zu Rückfällen.

Stiefflen und Lehndorf[5]) beobachteten die Erkrankung im Sumpfgebiet der Ikwa (Ikwafieber) mit Vermehrung der kleinen Lymphozyten und

---

[2]) Ebenda Nr. 23.
[3]) Ebenda Nr. 28.
[4]) Münch. med. Wochenschrift; 1916, Nr. 30.
[5]) Med. Klinik; 1916, Nr. 34; s. auch nachstehend S. 127.

besonders der eosinophilen, polynukleären Zellen. Zollenkopf[6]) fand im Blute des Fieberanfalls feine blaue (May-Grünwald-Färbung) Pünktchen und Stäbchen in einzelnen roten Blutkörperchen und erwägt, ob es sich um Bakterien handelt. Korbsch[7]) sah im Anfang April 1915 und dann wieder Ende November bei denselben Truppen das Krankheitsbild, dessen Fieberanfälle 3 Tage dauerten und mit Durchfall vorhergingen; er fand in den Tagen des Fieberanstieges feine, 7—10 μ langgestreckte und gewundene Fädchen im Blute. Sittmann[8]) beschreibt auch eine Reihe von Fällen, die sich durch Schienbeinschmerzen auszeichneten. Stühmer[8]) fand an der Knochenhaut des Schienbeins ein Oedem, aber kein Gebilde im Blute. Rumpel[9]) konnte ebenfalls nie Spirillen feststellen; er entschließt sich auch für den Namen „Fünftagefieber". Von englischen Autoren (Mc. Nee, Renshaw und Brunt[10]) wird die Erkrankung „Schützengrabenfieber" (Trench-fever) genannt; die Inkubation beträgt 6—22 Tage. Die Uebertragung ist durch Injektion des Blutes des Patienten, aber nicht des Serums übertragbar. Mikroorganismen wurden nicht gefunden.

Benzler[11]) fand keine Erythrozytenveränderungen außer leichten toxischen Schädigungen; Hyperleukozytose, bedingt durch Neutrophilie, sowie stabkernige Verschiebung während des Fieberanfalles, Lymphozytose, Eosinophilie oft, aber nicht konstant. Plasmodien und Spirochäten fehlen stets und kommen für die Aetiologie nicht in Betracht. Ihm gelang es zweimal, durch Ueberimpfen von Anfallsblut auf den gesunden Menschen die Krankheit zu übertragen.

Da Frese[12]) die Erkrankung von März bis Juli 1916 auch im Westen sah, so tritt er dafür ein, daß sie nicht „Wolhynisches", sondern „Fünftagefieber genannt wird; Recurrens hat viel steileren An- und Abstieg der Temperatur, höhere Maxima und langanhaltendes Fastigium, Parasiten wurden nie gefunden. Charakteristisch sind die heftigen Kopf-, Stirn- und Knochenschmerzen (Schienbein). Jahn[13]) sah 10 Fälle in Galizien von Ende Oktober 1915 bis Ende März 1916.

Werner, Benzler und Wiese[13]) ist es gelungen:

1. Mit Blut von Fünftagefieberkranken, intramuskulär übertragen, gesunde Menschen zu infizieren.

2. Das „Virus" des Fünftagefiebers 4 Wochen lang in einer anaëroben Kultur zu halten und mit diesem Virus Versuchstiere zu infizieren.

3. Die Erregernatur der in den anaëroben Kulturen gefundenen Körnchen vermochten die Verfasser jedoch aus dem Grunde bisher nicht sicherzustellen, da ähnliche Befunde auch im Blute Gesunder, nach gleicher Technik kultiviert, erhoben werden.

Toepfer[14]) hält Läuse für die Ueberträger der Erkrankung und fand im Darmkanal der infizierten Läuse kleine kurze Stäbchen, noch kürzer und dicker als die Bazillen des Fleckfiebers. Auch nach den Erfahrungen von Korbsch[15]) kommt als Ueberträger nur die Kleiderlaus in Frage, denn 1. war diese der einzige Parasit, der gleichmäßig bei allen Kranken anzutreffen war; 2. fiel die größte Anzahl der beobachteten Fälle in die Wintermonate, also in eine Zeit, wo die Mücke, an die man auch denken muß, in Wohnungen, Scheunen und Kasernen, abgesehen von den kellerartigen Unterständen, nicht anzutreffen ist; 3. haftet die Krankheit zäh an der Truppe; nie wird sprungartig ein Mann aus einer gesunden Formation befallen. Und wenn frische Mannschaften den von dieser Krankheit befallenen Truppenteil zufällig ablösen und die alten Quartiere beziehen, dann erkranken sie in gleicher Weise

[6]) Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 34.
[7]) Ebenda Nr. 12.
[8]) Münch. med. Klinik; 1916, Nr. 32.
[9]) Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 22.
[10]) Ebenda Nr. 21.
[11]) Münch. med. Wochenschrift; 1916, Nr. 35.
[12]) Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 41.
[13]) Münch. med. Wochenschrift; 1916, Nr. 38.
[14]) Ebenda Nr. 42.
[15]) Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 40.

an derselben Krankheit; 4. wurde nie nach gründlicher Entlausung eine Hausinfektion beobachtet.

Linden[16]) sah 4 Fälle, die in fast regelmäßigen Abständen von 5 Tagen Temperaturanstiege bis 39° zeigten. Im Vordergrunde standen die heftigsten Schienbeinschmerzen, Gliederreißen und Kopfschmerzen. Der Magendarmkanal ist anscheinend mitbeteiligt. Der Erreger dieses Fünftagefiebers ist noch unbekannt. Sachs[17]) konnte seine Fälle in 3 Gruppen einteilen:

1. solche mit einem zyklischen, alle 5—7 Tage rekurrierenden Fieberturnus;
2. Uebergänge von 1—3;
3. solche mit atypischer Kurve.

Er lehnt sowohl die Bezeichnung: „Wolhynisches Fieber", als auch „Fünftagefieber" ab.

Schwinge[18]) beschreibt eine Reihe von Fällen, die im September 1915 zuerst auftraten, sich im 1. Vierteljahr 1916 mehrten und folgendes Krankheitsbild boten:

Im Beginn der gewöhnlich ziemlich plötzlich einsetzenden Erkrankung klagen die Kranken meistens über Frost und mehr oder weniger hohes Fieber; bei sofortiger Krankmeldung ist in der Mehrzahl der Fälle hohes Fieber nachweisbar. Gleichzeitig bestehen Muskel-, Knochen- und Kopfschmerzen vom gelinden Ziehen bis zu den heftigsten Schmerzen, außerdem eine große Ermattung und Schlaflosigkeit. Weniger hervortretend sind ab und zu sich findende Störungen im Magendarmtraktus und in den Atmungsorganen. Die Reihenfolge dieser Symptome ist nicht immer gleich, mitunter treten sie gemeinsam bei Beginn der Erkrankung auf, mitunter kommen sie erst nach und nach zur Erscheinung. Die Krankheit zieht sich sehr lange hin, gewöhnlich dauert es Wochen, bis Heilung eingetreten und bis das subjektive Gesundungsgefühl vorhanden ist. In einigen Fällen betrug die Krankheitsdauer mehrere Monate. Die Krankheit hat sich bis jetzt als gutartig gezeigt. Die Aetiologie ist dunkel. Die auch anderseits gemachte Beobachtung, daß geringe Anstrengungen unerwartet Fieber oder Fiebersteigerung zur Folge haben können, ist auffallend.

Schenbe[19]) berichtet über 2 Fälle, die er in Wolhynien erlebt hat im Dezember bis Februar 1915/16. Der Verlauf bestätigt die bisherigen Angaben. Becker[20]) sah periodisch wiederkehrende Fiebersteigerungen mit länger anhaltendem Durchfall bei Soldaten aus Galizien, bei denen es zu keiner sicheren Diagnose kam. Galambros[21]) beobachtete einen Fall auf dem südwestlichen Kriegsschauplatz. Der Kranke war nie in Wolhynien, sondern hielt sich seit mehr als einem Jahre an der hiesigen Front auf. Seit über 6 Monaten war er von seinem Bataillon überhaupt nicht abwesend. Sein Bataillon, sowie auch die Marschformationen kommen von Böhmen. Die Erkrankung — über 14 Wochen nach Beginn — blieb vollständig isoliert. Es folgten keine andere Fälle, obwohl der Kranke nicht isoliert wurde und weiter mit Typhus- und Paratyphuskranken in derselben Baracke verblieb. Die Richtigkeit der Diagnose ist außer Zweifel. Der typische Verlauf der Erkrankung, die absolut charakteristische Fieberkurve, sind vollständig beweisend. Auch der positive bakteriologische Diplokokkenbefund spricht für die Diagnose. Es ist dies der erste Fall, in dem es gelang, die Diplokokken zu züchten.

Auch Thörner[22]) sah die Erkrankung in größerer Anzahl im Westen im Anfang des Jahres 1916. Charakteristisch war mit Fieberanstieg eine Vermehrung der polynukleären Leukozyten auf Kosten der Lymphozyten. Als wesentlichstes subjektives Zeichen beherrschte das Krankheitsbild der in allen Fällen oft äußerst heftige Schmerz in beiden Unterschenkeln. Alle Bemühungen, den Erreger festzustellen, blieben ohne Erfolg.

---

[16]) Berliner klinische Wochenschrift; 1919, Nr. 44.
[17]) Münch. med. Wochenschrift; Nr. 46.
[18]) Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 48.
[19]) Münch. med. Wochenschrift; 1916, Nr. 48.
[20]) Ebenda.
[21]) Berliner klinische Wochenschrift; 1916, Nr. 46.
[22]) Münchener med. Wochenschrift; 1916, Nr. 50.

Das Ikwa-Fieber. Von k. u. k. Regimentsarzt in der Evidenz Dr. Georg Stiefler, ehemaliger Assistent der Nervenklinik C. Mayer in Innsbruck, und k. und k. Reg.-Arzt i. d. Reserve Dr. Arno Lehndorff, Assistent der med. Klinik R. v. Jaksch in Prag. Medizinische Klinik; 1916, Nr. 34.

Vom Dezember 1915 bis in die jüngste Zeit kamen in einem Feldspital 38 Erkrankungen mit rekurrierendem Fieber von ausgesprochen zyklischem Charakter zur Beobachtung. Die Kranken kamen aus ein und demselben Frontabschnitt an der Ikwa, einem Flusse Wolhyniens, und boten folgendes Krankheitsbild: Die Krankheit beginnt plötzlich ohne Prodrome; ausgesprochen initialer Schüttelfrost ist selten, wohl starkes Frösteln. Es besteht schweres Krankheitsgefühl, Mattigkeit und Hinfälligkeit. Die Temperatur steigt sehr rasch bis über 39°, die Kranken klagen über Kopf- und Gliederschmerzen. Als hervorstechendes Schmerz-Symptom treten intensive bohrende und reißende Schmerzen in den Unterschenkeln auf, die in den Schienbeinen lokalisiert werden. Hier und da zeigt sich Herpes lab. Das Fieber hält sich nur 1—2 Tage auf seiner Höhe, dann fällt die Temperatur unter leichtem Schweißausbruch kritisch zur Norm ab. Es folgen während 3 bis 5 Tagen normale Temperaturen. Die Kranken fühlen sich in dieser Zeit ziemlich wohl; die Schmerzen in den Schienbeinen lassen wesentlich nach. Es bleibt aber niemals bei dem einmaligen Fieberanstieg, sondern es treten mehr weniger Relapse auf mit den oben geschilderten Erscheinungen und Schmerzen. Mit der Zahl der Relapse verlängert sich das apyretische Stadium um einige Tage. Die Dauer der Krankheit erstreckt sich auf mehrere Wochen, wobei das fieberhafte Stadium durchschnittlich 3 Wochen beträgt. Die Untersuchung der Beckenorgane und der Lungen ergab immer einen negativen Befund. Auffallend war der niedrige Blutdruck (90—100 mm Hg nach Riva-Rocci). Obwohl in drei Fällen ein größerer derber Milztumor festgestellt wurde, gehört er nicht als konstantes Symptom zum Krankheitsbild. Dagegen finden sich die Schienbeinschmerzen konstant und sind als in ursächlichem Zusammenhang mit der Erkrankung stehend aufzufassen; denn einmal finden sie sich bei sämtlichen Kranken, dann zeigte auch die Intensität zyklische Schwankungen. Die roten Blutkörperchen boten keine pathologischen Veränderungen. Die Zahl der weißen Blutkörperchen war im Fieberanfall stets vermehrt (8000—15000). Besonders auffallend war die konstante Vermehrung der eosinophilen polynukleären Leukozyten (6—14% der Gesamtzahl). Therapeutisch waren Natriumsalze, Chinin. hydrochlor., Arsen (Sol. Fowleri) und Neosalvarsan ohne wesentlichen Einfluß. Pyramidon bewährte sich als zuverlässiges Analgeticum, Applikation von Wärme auf die unteren Extremitäten, Einreibungen von Kampferspiritus wurden angenehm empfunden, ebenso die Biersche Stauung. Die Prognose ist immer günstig. Differentialdiagnostisch kamen Malaria und Rekurrens in Frage, doch gelang es nie, Malaria-Plasmodien oder Spirillen nachzuweisen. Die merkwürdige Erkrankung kam in einem bestimmten, eng begrenzten Frontabschnitt und zwar nur im Gebiete der Ikwa zur Beobachtung. Nachdem die befallene Division aus der Stellung gezogen war, hörten bei dieser die Erkrankungen auf, traten aber dann bei den neu in diese Stellungen gekommenen Regimentern auf. Es handelt sich wahrscheinlich um eine Infektionskrankheit, bei der das Virus (Protozoen) durch einen Zwischenwirt, der der Insektengruppe (nicht Stechmücken!) angehören dürfte, übertragen wird. Berichte über ähnliche Krankheitsbilder liegen vom nördlichen Kriegsschauplatz vor, so von His über „Wolhynisches Fieber", so von H. Werner „Ueber rekurrierendes Fieber (Recurrens?) mit Fünftageturnus, Fünftagefieber, aus dem Osten. Weniger ähnlich ist das Krankheitsbild, das von Korbsch beschrieben wurde. Da der Erreger noch unbekannt ist, kann eine Identifizierung mit Sicherheit noch nicht erfolgen. Der Name Ikwa-Fieber ist in Ermangelung genauerer Kenntnis mit Rücksicht auf den Ort des Vorkommens gewählt.

Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

Tagesnachrichten.

Der politischen Presse zufolge beabsichtigt die Reichsregierung noch während des Krieges einige spruchreife Fragen der Bevölkerungspolitik durch Gesetzesvorlagen zu regeln. Insbesondere handelt es sich hierbei um die Bekämpfung des Verkehrs mit antikonzeptionellen Mitteln, sowie um

ein Gesetz, durch das die **Behandlung von Geschlechtskrankheiten** ausschließlich den Aerzten vorbehalten wird, wie dies bekanntlich in dem vor Jahren dem Reichstage vorgelegten Kurpfuschergesetz vorgesehen war. Weiter sollen namentlich behufs **Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten** besondere gesetzliche Maßnahmen zum Schutze der Heimatbevölkerung gegen Uebertragung ansteckender Krankheiten durch die aus dem Felde heimkehrenden Krieger ergriffen und behufs **Bekämpfung des Prostitutionswesens** die einschlägigen Bestimmungen des Strafgesetzbuchs geändert werden.

Der **Haushalt des preußischen Medizinalwesens** ist bereits am 17. d. M. im preußischen Abgeordnetenhause zur Verhandlung gekommen. Allseitig wurden hierbei die Leistungen der Medizinalverwaltung in bezug auf ihre vorbeugende Tätigkeit ebenso anerkannt, wie die Leistungen der Aerzteschaft auf diesem Gebiete. Außerdem fand insbesondere die Säuglingsfürsorge und der Mutterschutz sowie die Bekämpfung des Geburtenrückgangs und die Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten, insbesondere der Pocken und der Geschlechtskrankheiten, einer eingehenden Erörterung, an der sich außer dem Minister des Innern v. Loebell und dem Ministerialdirektor Prof. Dr. Kirchner Redner sämtlicher Parteien beteiligten. Ein ausführlicher Bericht darüber wird in der nächsten Nummer der Zeitschrift auf Grund des bis dahin vorliegenden stenographischen Berichts gebracht werden.

Durch Allerhöchst genehmigten Beschluß des preußischen Staatsministeriums vom 12. und 17. Februar ist die Einsetzung eines **Staatskommissars für Volksernährung** angeordnet und zu diesem Amt der Unterstaatssekretär im Finanzministerium Michaelis bestellt worden. Der Staatskommissar soll auf dem Gebiete des Volksernährungswesens nach einer näheren Anweisung des Ministeriums die Befugnisse in sich vereinigen, die bisher die Minister für Handel und Gewerbe, Landwirtschaft und des Innern auf Grund des einschlägigen Rechtsverhältnisses als Landeszentralbehörde gegenüber den Landesämtern in Preußen inne hatten. Gleichzeitig soll er in enge amtliche Verbindung mit dem Präsidenten des Kriegsernährungsamtes und dem Kriegsamt des Kriegsministeriums treten, soweit dessen Zuständigkeit für Volksernährung und Erntebestellung reicht. Dadurch wird nicht nur ein Zusammenarbeiten mit diesen Behörden, sondern auch eine Zusammenfassung der betreffenden Vrewaltung in Preußen gewährleistet. Dem Staatskommissar ist eine große Selbstständigkeit eingeräumt, die so weit geht, daß er unter Ausschaltung der Kompetenz der Oberpräsidenten, der Regierungspräsidenten und der Landräte insbesondere seine Exekutiv- und Kontrollmaßregeln, z. B. Schließung von Mühlen, die den gesetzlichen Bestimmungen zuwider handeln, Anordnungen von Revisionen gewerblicher Nahrungsmittelbetriebe usw., treffen kann. Er hat auch die Befugnis, widerspenstige Kommunalverbände in dem Rechte der Selbstverwaltung zu beschränken.

Der Finanzausschuß der Bayerischen Kammer der Abgeordneten beschäftigte sich in seinen letzten Sitzungen mit den dringenden Fragen der **Volksernährung.** Ministerialrat Prof. Dr. Dieudonné konnte über den Ernährungs- und Gesundheitszustand der Bevölkerung beruhigende Auskunft geben. Die befürchtete Unterernährung sei insbesondere bei den Kindern nicht eingetreten. Infolge des geringen Fleischgenusses habe die Häufigkeit der Gicht in auffälliger Weise abgenommen. Der Seuchenstand sei ganz gering.
(Münchener med. Wochenschrift; 1917, Nr. 7.)

Betreffs Errichtung von **Zwangsmassenspeisungen** hat der Staatssekretär des Innern Dr. Helfferich auf eine Anfrage des Münchener Magistrats sich dahin geäußert, daß zunächst zu prüfen sei, ob man nicht auch auf anderem Wege zum Ziele gelangen könne; jedenfalls müsse der äußerste Zwang das letzte Mittel sei. Je länger der Krieg dauere, desto mehr ließen die wachsenden Schwierigkeiten in der Lebensmittelbeschaffung das Bedürfnis für eine geeignete Massenspeisung hervortreten. Ihre Entwicklung müsse durch organisatorische Maßnahmen gefördert werden, dann werde sie sich besser und schneller vollziehen, als dies bei plötzlichem gesetzlichen Zwange geschehen könne. Die Gemeinden, in denen ein solches Bedürfnis vorliege, sollten deshalb schon

jetzt unverzüglich Einrichtungen treffen, die es jedermann möglich machen, aus öffentlicher Speisung genußfertige Speisen zu angemessenen Preisen zu erhalten. Die Einrichtung im einzelnen sei den Gemeinden zu überlassen, aber so auszugestalten, daß erforderlichenfalls sofort zur Zwangsspeisung übergegangen werden könne. — Dahin wird es hoffentlich nicht kommen; denn nach dem Ergebnis einer Umfrage, die der Kriegsausschuß über den jetzigen Stand der Massenspeisung veranstaltet hat, sprechen die heute gemachten Erfahrungen nicht sehr zugunsten der Massenspeisung. Die Umfrage erstreckte sich über 64 Städte mit insgesamt 223 Kriegs- (Volks-, Zentral-) Küchen, 26 Mittelstandsküchen, 15 Kinderspeiseanstalten und sieben fahrbare Küchen, in 32 Städten waren die Massenspeiseanstalten städtische Betriebe, in 19 Städten gemeinwirtschaftliche Unternehmungen in Verbindung mit Frauen- und Wohltätigkeitsvereinen, in 11 Städten von gemeinnützigen Gesellschaften gegründet und verwaltet, in 5 Städten reine Privatanstalten und Betriebe. Die Lieferung der Lebensmittel erfolgte meist durch die Stadt selbst (in 49 Städten); nur in 15 Städten sorgten die Speiseanstalten für sich selbst. Die Frage der Berechtigung zur Teilnahme war in den meisten Städten so geregelt, daß das Essen ohne Einschränkung an alle abgegeben und höchstens die vorherige Anmeldung und Ortsangehörigkeit gefordert wird. Die Preise des Essens schwankten zwischen unentgeltlicher oder sehr billiger Abgabe und 50 Pfg. oder darüber für das Essen in den Mittelstandsküchen. Fast überall waren die Massenspeiseanstalten auf Zuschüsse der Stadt oder gemeinnütziger Vereine angewiesen, nur in 8 Städten wurde das Essen zum Selbstkostenpreise abgegeben. In etwa der Hälfte der Städte erfolgte die Anrechnung der Lebensmittelkarte auf die verabreichten Speisen; bei der steigenden Schwierigkeit in der Beschaffung der Lebensmittel wird dies aber sicherlich noch häufiger gefordert werden und zum mindesten wohl die Fleisch- und Kartoffelkarten zur Anrechnung kommen. Der Besuch war nur in 29 Städten gut und blieb auch weiterhin rege. Als Gründe dafür werden in der Hauptsache die hohen Lebensmittelpreise angeführt, die es der ärmeren Bevölkerung unmöglich machen, ihren Bedarf auf dem freien Markte zu befriedigen. In 15 Städten war der Besuch gering und ließ außerdem noch nach; als Ursachen werden angegeben: bei 5 Städten mangelhafte Einrichtung oder schlechtes Essen, bei 3 Städten die Einführung der Anrechnung der Lebensmittelkarte, und bei 7 meist kleineren Städten der zunehmende eigene Anbau von Gemüse und Kohl seitens der Bevölkerung. In 12 Städten steigerte sich der anfangs geringe Besuch nach Ueberwindung anfänglichen Mißtrauens, und Verbesserung der Kost. Für den ganz geringen Besuch der Massenspeiseanstalten in 10 Städten bildete die Abneigung der Bevölkerung die Ursache. Erwähnenswert ist noch die Feststellung, daß in vielen Orten der Besuch stieg, wenn die Zufuhr von Kartoffeln schlecht war, dagegen bei guter Kartoffelversorgung abnahm. Nach dieser Beobachtung müßten gerade jetzt die Massenspeiseküchen besonders stark in Anspruch genommen werden, da infolge der Winterkälte und der dadurch bedingten großen Schwierigkeiten der Zufuhr, namentlich in den größeren Städten, ein so großer Kartoffelmangel herrscht, daß die Brot- und Fleischration hat erhöht werden müssen.

Deutschlands Gesundheitsfürsorge in Russisch-Polen. Die „Nordd. Allg. Ztg." bringt in der Nr. 24 vom 25. Januar d. J. folgenden zusammenfassenden Bericht:

„Eine große Aufgabe hatte die deutsche Verwaltung in Russisch-Polen zu lösen: die Sanierung des besetzten Gebietes. Mangel an behördlicher Fürsorge und an Volkserziehung, Schmutz, Armut und Verkommenheit bedingten zur Zeit der Russenherrschaft jene hygienischen Mißstände, unter denen Russisch-Polen seit langem leidet. Jahre angestrengter ärztlicher Arbeit werden zu einem dauernden Erfolge dort nötig sein, aber schon jetzt ist viel erreicht. Die Anzeigepflicht ansteckender Krankheiten und die Leichenschau wurden durchgeführt, bakteriologische Untersuchungsanstalten errichtet, Krankenhäuser erbaut und wiederhergestellt, Absonderungshäuser für Ansteckende geschaffen.

Zur Behebung des Aerztemangels auf dem platten Lande zog man Aerzte aus Deutschland und von den Besatzungstruppen heran und gestattete kriegsgefangenen russisch-polnischen Aerzten die Rückkehr in ihre Heimat.

In Warschau gründete das Generalgouvernement eine Desinfektoren-

schule und sandte ausgebildete Desinfektorenkolonnen und Desinfektionsapparate überall hin, wo Bedarf war.

Fast alle Brunnen des besetzten Gebietes wurden untersucht und hinsichtlich ihrer Brauchbarkeit mit Tafeln bezeichnet; neue Brunnen wurden erbohrt, alte wieder hergestellt. Jedes Militärgouvernement bildete einen militärischen „Sanierungstrupp", bestehend aus Technikern und Handwerkern, die unter ärztlicher Leitung Entlausungsanstalten im Lande bauten, Brunnen und Aborte „sanierten".

Besondere Fürsorge wandte man der Reinigung der unglaublich verschmutzten Häuser, Straßen und Plätze zu und überwachte die Verkaufsstände von Nahrungs- und Genußmitteln. Auch Fleischbeschau wurde eingeführt.

Zur Bekämpfung der Pocken, die sonst jährlich in den Weichselgebieten 11000 Erkrankungen verursachten, setzte der Impfzwang ein. Im Jahre 1916 fiel bereits der Krankenzugang seit Januar bis Oktober von 445 auf 17.

Das Fleckfieber, das bekanntlich durch Läuse übertragen wird, ist durch den Bau von über 100 Entlausungsanstalten und Badeeinrichtungen mit immer wachsendem Erfolge bekämpft worden. Seine Höchstziffer betrug im März 1916 noch 2634 Fälle, im Oktober nur noch 497. Leider haben zwei deutsche Militär- und vier Kreisärzte bei der Bekämpfung der Krankheit unter der Zivilbevölkerung den Tod gefunden. Das Preußische Kriegsministerium entsandte zwei namhafte deutsche Forscher nach Polen, um den Krankheitserreger und womöglich ein Heilmittel gegen ihn zu finden; ihre erfolgreichen Arbeiten sind dem Abschluß nahe. Der Schutz der deutschen Truppen gegen Fleckfieber gelang fast vollkommen; nirgends kam es zu einer Epidemie, auch die deutsche Heimat blieb vor Einschleppung einer solchen bewahrt.

Der Unterleibstyphus ist gleichfalls dank der durchgreifenden Hygiene wesentlich zurückgegangen: von 1933 Fällen im Monat März 1916 auf 841 im Oktober. — Die deutschen Truppen blieben infolge der Schutzimpfungen fast ganz davon verschont.

Eine einzige Choleraepidemie ereignete sich und zwar in einem Flüchtlingslager, wo Januar 1916 unter mehreren Tausenden von Flüchtlingen 112 erkrankten. Durch Schutzimpfung und gute hygienische Fürsorge wurde die Seuche schnell beendet; dadurch wurde auch die umwohnende polnische Bevölkerung völlig geschützt.

Die in Russisch-Polen verbreiteten Geschlechtskrankheiten sind durch Behandlung und Belehrung der Prostituierten ganz bedeutend zurückgegangen. Ein von Geheimrat Prof. v. Wassermann selbst eingerichtetes Untersuchungsinstitut leistet auf diesem Gebiete für Warschau wie für den ganzen Osten hervorragende Dienste.

Eine besonders hygienische und kulturelle Aufgabe löste das Generalgouvernement im Winter 1915/16: 35000 russisch-polnische und 5000 deutsche Flüchtlinge, die durch die Russen obdachlos geworden waren, mußten untergebracht, verpflegt, zum Teil bekleidet und vor allem auch saniert werden. Man badete, entlauste und impfte sie gegen Pocken, Typhus und Cholera und ließ sie eine mehrwöchige Quarantäne durchmachen, ehe sie im Lande angesiedelt wurden. So bewahrte man sie selbst und die polnische Zivilbevölkerung vor Not und Tod.

Die deutsche Verwaltung des Generalgouvernements und das ganze deutschen Volk können stolz auf diese große Leistungen sein. Sie zeigen, wie Deutschland sich mitten im Kriege mit allen Kräften des besetzten Gebietes annimmt. Was der Russe verwahrlost hat, was der Pole infolge Mangels an behördlicher Fürsorge unterließ, wird jetzt vom Deutschen mit Gründlichkeit und Fleiß schnell und erfolgreich nachgeholt."

Dem Psychiater Geh. Hofrat Prof. Dr. Kräpelin in München sind 2½ Millionen Mark übergeben, um an die dortige psychiatrische Klinik ein neues **Forschungsgebiet für Nerven- und Geisteskrankheiten** anzugliedern.

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten:

Das Eiserne Kreuz I. Klasse:

Dr. Alber-Cannstadt.

Assistenzarzt d. Res. Dr. Ernst Freudenberg-Heidelberg.

Stabsarzt d. L. Dr. Gabisch-Bad Rothenfelde (Reg.-Bez. Osnabrück).
Stabsarzt d. L. Dr. Hayd-Eßlingen (Württemberg).
Oberstabsarzt d. L. Dr. Heuschkel-Chemnitz.
Oberstabsarzt d. Res. Dr. Hufschmidt-Gleiwitz (Oberschlesien).
Oberstabsarzt d. L. San.-Rat Dr. Konrad Israel-Spangenberg.
Stabsarzt d. Res. Dr. Carl Kaufmann-Schömberg (Württemberg).
Oberstabsarzt d. L. San.-Rat Dr. Kluge, Direktor der Provinzialanstalt für Epileptische in Potsdam.
Generaloberarzt Dr. Kunick-Sangerhausen.
Stabsarzt d. L. Dr. Otto Meier-Säckingen (Baden).
Stabsarzt d. Res. Dr. Metz, Oberarzt an der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Neustadt in Holstein.
Generalober- u. Divisionsarzt Dr. Ernst Neubaur-Mülhausen (Elsaß).
Stabsarzt d. Res. Dr. Nolte-Heiligenstadt (Reg.-Bez. Erfurt).
Stabsarzt Dr. Lebrecht Pietzner-Lublinitz (Oberschlesien).
Oberarzt Dr. Ad. Rieth, Arzt an der Anstalt Tannenfeld (S.-Altenburg).
Oberstabsarzt d. L. Dr. Wilh. Rosenberger-Würzburg.
Assistenzarzt d. L. Dr. Schneider-Köln.
Stabs- und Bataillonsarzt Dr. Schnitzer-Weingarten (Württemberg).
Stabsarzt d. Res. Dr. Waldemar Schulz-Bramstedt (Holstein).
Stabsarzt d. Res. und Regt.-Arzt Dr. Fritz Schwarz-München.
Stabsarzt d. Res. Dr. Schwörer, Bezirksassistenzarzt in Kenzingen.
Stabsarzt d. Res. Dr. M. Senator-Berlin.
Stabsarzt Dr. Fritz Strauß-Mergentheim (Württemberg).
Oberarzt d. Res. Dr. Otto Thurn-Herbstein (Oberhessen).
Stabs- und Reg.-Arzt Dr. Adolf Weckerling-Gießen.
Stabsarzt d. L. Prof. Dr. Zöppritz-Göttingen.
Assistenzarzt d. Res. Dr. Zumbroich-Hagen i. W.

Das Eiserne Kreuz II. Klasse am schwarz-weißen Bande:[1])
Stabsarzt d. Res. Dr. Berg, Gerichtsarzt in Düsseldorf.
Oberstabsarzt d. L. Dr. Belin, Kreis- u. Stadtarzt in Straßburg i. Els.
San.-Rat Dr. Dobozynski, Stadtarzt in Allenstein.
Med.-Rat Dr. Geßner, Kreisarzt in Memel.
Dr. Röhrig, Kreisarzt in Duderstadt (Reg.-Bez. Hildesheim).
Med.-Rat Dr. Sandhop, Kreisarzt in Marienwerder.
Dr. Schirmer, Kreisarzt in Naugard.

Ehren-Gedächtnistafel. Für das Vaterland gefallen oder gestorben:
Stabsarzt Dr. A. Fischer-Metz.
Stabsarzt Prof. Dr. F. Fromme-Berlin (gestorben infolge von Krankheit).
Marineoberarzt d. Res. Dr. Ernst Goebels-Hochnenkirch (Reg.-Bez. Düsseldorf).
Feldunterarzt M. Grünebaum-Bamberg.
Stabsarzt d. Res. Dr. Jarnakowski-Posen.
Oberstabsarzt d. Res. San.-Rat Dr. Laureck-Gelsenkirchen.
Feldarzt Dr. Paul Lindstaedt-Hannover.
Stabsarzt d. L. Dr. Karl Simon-Siegen i. Westf. (inf. von Krankheit gest.).
Stabsarzt Dr. Wahn.

Pocken-Erkrankungen sind im Deutschen Reich während der Wochen vom 7. bis 10 Februar d. J. 83, 63, 72, 89, 76 und 90, im Deutschen Generalgouvernement Warschaum vom 29. Dezember bis 27. Januar 7 (—), — (2), 1 (2) — (1) und 1 (—) (bei der Zivilbevölkerung) gemeldet. In Oesterreich betrug die Zahl der Erkrankungen vom 27. August bis. 21. Oktober 1916: 6, 5, 3, 8, 12, —. 13 und 7; in Bosnien und der Herzegowina: vom 1. September bis 15. Oktober: 2, —, 4, 6, 6und 2.

Cholera-Erkrankungen sind im Deutschen Reich in den Wochen vom 14.—27. Januar 3 bezw. 4 unter Kriegsgefangenen mit 1 Todesfall festgestellt.

---

[1]) Zum großen Teil erst nachträglich zur Kenntnis der Schriftleitung gekommen.

Fleckfieber-Erkrankungen sind im Deutschen Reiche vom 7. Januar bis 10. Februar 2, 1, 6, 4 und 1, im Deutschen Gouvernement Warschau vom 24. Dezember bis 27. Januar 301, 213, 360, 243 und 325 (bei der Zivilbevölkerung) vorgekommen, in Oesterreich vom 27. August bis 21. Oktober: 111, 92, 121, 108, 74, 113, 222 und 201, in Ungarn vom 11. Dezember bis 7. Januar 6, 5, 7, 5, 2 und 9; in Bosnien und in der Herzegowina vom 23. August bis 22. Oktober: 1, —, —, —, 3, 1, 14 und 2.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 24. Dezember 1916 bis 27. Januar 1917 erkrankt (gestorben) an Pest, Gelbfieber, Aussatz, Malaria, Fleckfieber, Rückfallfieber: — (—), — (—), — (—), — (—), — (—); Cholera: — (—), — (—), — (—), — (—), 7 (1) [russische Kriegsgefangene]; Milzbrand: — (—), 1 (—), — (—), 1 (—) — (—); Rotz: — (—), — (—), — (—), 1 (—), — (—); Trichinose: — (—), — (—), — (—), 5 (—), — (—); Tollwut: — (—), — (—), — (—), — (1) — (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 7 (—), 4 (—), 5 (—), 8 (—), 5 (—); Pocken: 25 (4), 16 (1), 52 (13), 81 (7), 83 (12); Unterleibstyphus: 146 (15), 102 (16), 187 (17), 155 (17), 153 (11); Ruhr: 43 (12), 26 (11), 52 (13), 50 (15), 53 (9); Diphtherie: 2238 (192), 2495 (176), 2577 (207), 2265 (197), 1976 (295); Scharlach: 942 (49), 878 (40), 923 (40), 821 (46), 774 (34); Kindbettfieber: 72 (27), 75 (14), 54 (14), 68 (13), 66 (22); übertragbare Genickstarre: 5 (3), 7 (2), 5 (1), 4 (1), 6 (—); spinaler Kinderlähmung: 1 (2), — (—), — (—), 1 (—), — (—); Fleisch-, Fisch-, Wurst- und Pilzvergiftung, 3 (2), — (—), 6 (—), 1 (1), 5 (2); Körnerkrankheit (erkrankt): 26, 42: 52, 48, 45; Tuberkulose (gestorben): 782, 857, 937, 899 und 846.

Sprechsaal.

Anfrage des Bezirksarztes Dr. D. in M.: 1. Ist ein Unterarzt eines Landsturm-Infanterie-Bataillons, der noch nicht approbiert, sondern noch Medizinalpraktikant im Sinne der Prüfungsordnung ist, berechtigt, Privatimpfungen bei der Zivilbevölkerung vorzunehmen und Impfscheine auszustellen? 2. Sind diese Impfungen und Impfscheine gültig? 3. Bestehen Erlasse der Militärverwaltung, die die Bevölkerung vor der falschen, aber leicht möglichen Annahme schützen, daß nicht approbierte Unterärzte, Feldunterärzte usw. approbierte Aerzte sind? 4. Haben sich Militärärzte (d. i. wirkliche Sanitätsofffziere), falls sie Zivilpraxis ausüben, bei den Zivilbehörden zu melden?

Antwort zu 1 und 2: Nein. **Zu 3:** Derartige Erlasse sind mir nicht bekannt. **Zu 4:** Ja. Eine Meldung ist ihnen in allen Bundesstaaten durch polizeiliche Vorschriften auferlegt, im Königreich Preußen durch Bezirkspolizeiverordnungen, im Königreich Bayern durch Königl. Verordnung vom 9. Jan. 1912.

Anfrage des Kreisarztes Dr. F. in M.: Nach der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 12. Dezember 1901 (Zeitschrift für Med.-Beamte S. 7) ist für jedes taubstumme Kind vom Kreisarzt ein Vordruck auszufüllen. Wohin sendet der Kreisarzt die Vordrucke? An den Landrat, an die Ortspolibehörde oder an das Statistische Landesamt?

Antwort: Der Fragebogen ist der Ortspolizeibehörde, die dessen Kopf auszufüllen hat, nach Beantwortung der Fragen 1—12 wieder zurückzusenden. Die Ortspolizeibehörde hat ihn dann zur weiteren Ausfüllung der Taubstummenanstalt zuzustellen, in die der Taubstumme Aufnahme finden soll oder in der er schon Aufnahme gefunden hat. Von hier aus ist er in doppelter Ausfertigung bis zum 15. Januar und 15. Dezember jeden Jahres dem Königl. statistischen Landesamt in Berlin einsenden (s. Min.-Erl. vom 18. Dezember 1902; Zeitschrift für Medizinalbeamte, Beilage Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung zu Nr. 7, 1903, S. 75.

Redaktion: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

30. Jahrgang; Nr. 5. Ausgegeben am 5. März 1917.

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Bezugspreis für das Jahr: 15 Mark.

Ausserdem eine besondere, nur vierteljährlich erscheinende Beilage:
Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege.
Offizielles Organ der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens.
Bezugspreis für das Jahr: 8 Mark, für die Bezieher der Zeitschrift: 4 Mark.

VERLAG VON FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: Geisdorf & Co., G. m. b. H., Eberswalde (Mark).

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung; Nr. 5.

INHALT.

Original-Mittheilungen.
Die diesjährigen Verhandlungen des preußischen Abgeordnetenhauses über den Haushalt des Medizinalwesens. Von Dr. Rapmund 133
Tagesnachrichten 164
Sprechsaal 167
Beilage:
Rechtsprechung 33
Medizinal-Gesetzgebung 34
Umschlag: Personalien.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: der Charakter als Geheimer Medizinalrat: dem Reg.- und Med.-Rat Dr. Herrmann in Allenstein; — der Charakter als Sanitätsrat: den Oberärzten an den Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten Dr. O. Deiters in Düsseldorf-Grafenberg, Dr. K. Gallus in Potsdam und Dr. F. Resch in Eichberg, dem Oberarzt Dr. Klippstein an der städtischen Irrenanstalt Herzberge bei Berlin; — der Rote Adlerorden III. Klasse mit der Schleife: dem Geh. Med.-Rat Prof Dr. Salkowski in Berlin; — der Kronenorden III. Klasse: dem Kreisarzt a. D. Geh. Med.-Rat Dr. Huntemüller in Hoya; — die Rote Kreuz-Medaille III. Klasse: dem Bezirksarzt Dr. Droßbach in Mindelheim (Bayern), Medizinalamtmann Dr. Franke in Dresden, Med.-Rat Dr. Hermann, Landgerichtsarzt in München, Med.-Rat Dr. Lembke, Kreisarzt in Duisberg, Med.-Rat Dr. Karl Mayer, Landgerichtsarzt in Amberg (Bayern), Bezirksarzt Dr. Ferd. Mayer in Hersbruck (Bayern), Geh. Med.-Rat Dr. Paul Menschel in Bautzen, Geh. Med.-Rat Dr. Oehmke, Kreisarzt in Dessau, Geh. Med.-Rat Dr. Wex, Kreisarzt in Düren.

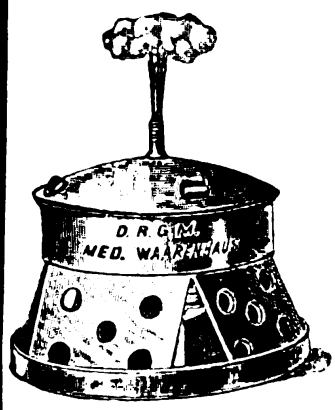
Ernannt: Kreisassistenzarzt Dr. Mende in Stettin zum Kreisarzt in Pillkallen; Prof. Dr. Fick in Innsbruck zum ordentlichen Professor und Direktor des ersten anatomischen Universitäts-Instituts in Berlin; Prof. Dr. Neuberg, Privatdozent und Mitglied des Kaiser Wilhelm-Instituts für experimentelle Therapie in Berlin-Dahlem, zum außerordentlichen Professor.

Versetzt: Der ordentliche Professor Dr. E. Kallius in Greifswald in die medizinische Fakultät der Universität Breslau.



Medicinisches Waarenhaus
Aktien-Gesellschaft
Berlin NW. 6, Karlstraße 31.
Centralstelle aller ärztlichen Bedarfsartikel und für Hospitalbedarf.

Neues Instrumentarium
zur Wohnungs-Desinfection
mittels
flüssigen Formalins
nach
Prof. Dr. **O. Roepke.**
Ref. Nr. 7, 1905 der Zeitschrift f. Medizinalbeamte
D. R. G. M. Modell M. W.





Ausführliche Beschreibung steht zu Diensten.
Von den Königlich Preussischen und Königlich Bayerischen Staats-Eisenbahnen eingeführt

30. Jahrg. **Zeitschrift** 1917.

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. OTTO RAPMUND,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg H. Kornfeld,

Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.

Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Anzeigen nehmen die Verlagshandlung sowie alle Anzeigenannahmestellen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 5. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats. | 5. März.

Die diesjährigen Verhandlungen des preußischen Abgeordnetenhauses über den Haushalt des Medizinalwesens.

Vom Herausgeber.

Ebenso wie im Vorjahre ist auch in diesem Jahre der Haushalt des Medizinalwesens schon verhältnismäßig früh im Abgeordnetenhause zur Beratung gelangt und ihm ein voller Sitzungstag — der 17. Februar — gewidmet. Leider war dies ein Sonnabend; die Sitzung war infolgedessen außerordentlich schlecht besucht, was mit Rücksicht auf die Wichtigkeit der zur Verhandlung stehenden Fragen sehr zu bedauern ist und auch von verschiedenen Rednern bedauert wurde. Mit Recht bemerkte z. B. der sozialdemokratische Redner, daß es in dem ganzen großen preußischen Etat in der Sache kaum ein einziges Gebiet gibt, das wichtiger und bedeutungsvoller für die ganze Zukunft unseres Volkes wäre, als das Medizinalwesen — was er lieber in Gesundheitswesen umtaufen und verdeutschen möchte —; seine Beratung hätte deshalb auch ein sehr viel besser besuchtes Haus verdient. Gleichzeitig sprach er den in ärztlichen Kreisen, namentlich in den Kreisen der Medi-

zinalbeamten und in dieser Zeitschrift wiederholt ausgesprochenen Wunsch aus, daß für dieses Gesundheitswesen, dem die Aufgabe obliegt, Menschenleben, Menschengesundheit und Menschenglück, also die wahrhaft höchsten Güter der Nation, zu erhalten, recht bald ein eigenes **Gesundheitsministerium** geschaffen werden möge. Ob das lebende Geschlecht die Erfüllung dieses Wunsches noch erleben wird, ist allerdings eine andere Frage, wenn auch jetzt in dieser Hinsicht die Verhältnisse günstiger liegen, als bei der sogenannten Medizinalreform, die nicht weniger als 50 Jahre bis zu ihrer Durchführung warten mußte und sich auch dann noch erhebliche Abstriche in bezug auf die jahrelang gestellten und in weiten Kreisen als berechtigt anerkannten Forderungen gefallen lassen mußte. Immerhin hat diese Medizinalreform sowie die inzwischen erfolgte Ueberweisung des Medizinalwesens an das Ministerium des Innern und namentlich die Uebertragung seiner Leitung an einen Fachmann wesentlich dazu beigetragen, daß sie jetzt auf allen Gebieten, insbesondere auf dem der Seuchenbekämpfung, eine viel segensreichere Tätigkeit als früher entfaltet hat. Die **Leistungen der Medizinalverwaltung** haben deshalb auch in diesem Jahre **allseitige Anerkennung** bei allen Parteien ohne Unterschied gefunden, ebenso wie die vorzügliche Tätigkeit der **deutschen Aerzteschaft** sowohl im Felde als in der Heimat. Der bei den früheren Verhandlungen des Abgeordnetenhauses über das Medizinalwesen niemals fehlende „übereifrige Kreisarzt" ist jetzt ganz von der Bildfläche verschwunden; auffallenderweise ist aber kein einziger der Redner auf den namentlich in Anbetracht der auf einzelnen Gebieten vorgebrachten Forderungen und Wünsche nahe liegenden Gedanken gekommen, daß deren Erfüllung doch nur möglich ist, wenn die zu ihrer Durchführung in erster Linie berufenen Beamten sich auch ausschließlich mit ihren amtlichen Aufgaben beschäftigen können und müssen, also vollbesoldet und nicht noch auf die Ausübung ärztlicher Tätigkeit angewiesen sind. Auf dem Gebiete des öffentlichen Gesundheitswesens machen sich jetzt immer mehr Bestrebungen geltend, die den staatlichen Gesundheitsbeamten möglichst beiseite schieben möchten; die Folge davon ist die schon jetzt sich in recht nachteiliger Weise bemerkbar machende Zersplitterung der auf diesem Gebiete tätigen Kräfte, obwohl gerade hier einheitliches Arbeiten dringend notwendig ist. Man soll jenen Bestrebungen deshalb bei Zeiten entgegentreten; Vorbedingung dazu ist allerdings, daß allen Kreisärzten nicht bloß die Tätigkeit eines vollbeschäftigten Beamten zu übertragen, sondern ihm auch die Rechte und das Gehalt eines solchen gewährt werden. Man kann sich in dieser Hinsicht nur den Ausführungen des Kollegen Dr. Döllner in der vorhergehenden Nummer dieser Zeitschrift (Nr. 4, S. 102—107) über die Organisation der öffentlichen Wohlfahrtspflege anschließen, die sicherlich bei der großen Mehrzahl der Medizinalbeamten volle Zustimmung gefunden haben.

Im übrigen wurden bei den diesjährigen Verhandlungen des Abgeordnetenhauses mehr oder weniger dieselben Fragen verhandelt wie im Vorjahre: Im Vordergrund stand wiederum die **Bevölkerungspolitik** und im Zusammenhange damit die Bekämpfung des **Geburtenrückganges** und der **Säuglingssterblichkeit;** die Notwendigkeit einer ausgedehnteren Säuglingsfürsorge als bisher durch Errichtung von Säuglingsfürsorgestellen und Säuglingsheimen, Anstellung von Fürsorgeschwestern, Regelung des Haltekinderwesens und bessere Fürsorge für die unehelichen Kinder, Regelung des Hebammenwesens sowie durch Beibehaltung der Reichswochenhilfe auch nach dem Kriege als Regelleistung der Krankenversicherung wurden ebenso anerkannt als die Notwendigkeit einer wirksamen Bekämpfung der **Geschlechtskrankheiten** und des **Verkehrs mit empfängnisverhütenden Mitteln.** Die in dieser Hinsicht gestellten Anträge fanden auch die Zustimmung des Hauses allerdings mit der Einschränkung, daß der von fortschrittlicher Seite gestellte Antrag, schon jetzt die zur Förderung der Säuglingsfürsorge erforderlichen Mittel in den Haushalt einzustellen, leider abgelehnt wurde. Wenn übrigens der nationalliberale Abg. Lohmann glaubt, daß man die Säuglingsfürsorge auch ohne viel staatliche Mittel durchführen könne, da die Mittel für solche Zwecke aus privaten Kreisen erfahrungsgemäß reichlich und gern fließen, so mag dies vielleicht für die großen und mittleren Städte zutreffen, aber nicht für die kleineren Städte und das platte Land. Will man überhaupt auf dem Gebiete der Bevölkerungspolitik Erfolge erzielen, dann muß der Staat tief in seinem Geldbeutel hineingreifen. Mit Aufklärung und Belehrung, also mit Worten ist hier ebensowenig zu helfen, als mit Privatmitteln; hier kann vielmehr nur durch Bereitstellung großer öffentlicher Mittel Abhilfe geschaffen werden, die auch mit Rücksicht auf sonstige als notwendig anerkannten Forderungen, wie anderweitige Regelung der Beamtenbesoldungen, Errichtung von Kriegerheimstätten, Durchführung der inneren Kolonisation, Verbesserung der Wohnungsverhältnisse usw. unabweisbar ist. Wir haben ja in bezug auf die Aufbringung von Geldmitteln während des Krieges Unglaubliches geleistet; um so mehr werden auch nach dem Kriege Mittel und Wege gefunden werden, um auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege großzügige Einrichtungen zu schaffen, die wirklich geeignet sind, die hier schon vor dem Kriege vorhandenen und während des Krieges wesentlich größer gewordenen Schäden zu beseitigen.

Außer diesen mit der Bevölkerungspolitik zusammenhängenden Fragen kamen noch der **allgemeine Gesundheitszustand** und die **Bekämpfung von Seuchen,** namentlich von Cholera, Pocken, Typhus, Ruhr und Fleckfieber, die **Volksernährung,** ihre durch den Krieg bedingte Einschränkung und die dadurch hervorgerufene Schädigung der Volksgesundheit, besonders der

Schulkinder, die Notwendigkeit von Schulspeisungen, die Beschränkung der **Frauenarbeit,** die **Ausbildung und Fortbildung der Aerzte,** die **ärztliche Schweigepflicht** usw. zur Erörterung; wir verweisen in dieser Beziehung auf den nachstehenden Bericht, dem der stenographische Bericht des Abgeordnetenhauses zugrunde gelegt ist:

Berichterstatter Abg. **von der Osten-Warnitz** (kons.): Die Zunahme der Säuglingssterblichkeit, namentlich der unehelichen Kinder, muß zu den ernstesten Besorgnissen Anlaß geben. In der Kommission wurde es als Pflicht des Staates anerkannt, sobald als möglich zu helfen, eventuell mit Hilfe der Fürsorgeerziehung. Man müsse die Fürsorgeerziehung beizeiten beginnen, um der Gefahr der sittlichen Verwahrlosung entgegenzutreten. Im Anschluß hieran sind zwei Anträge angenommen, ein Antrag Aronsohn, die Staatsregierung zu ersuchen, zur Förderung von **Säuglingsfürsorgestellen** besondere Mittel in den nächsten Staatshaushaltsplan einzustellen, und ein weiterer Antrag Aronsohn, der zur Erzielung eines ständigen Mutter- und Säuglingsschutzes ein Reichsgesetz wünscht, wodurch alle Leistungen der für die Kriegszeit eingerichteten **Reichswochenhilfe** Regelleistungen der Krankenversicherung werden. Seitens der Regierung wurden gegen diesen Antrag Bedenken geltend gemacht, weil seine finanzielle Tragweite nicht zu übersehen sei. Die Kommission schlägt vor, die Staatsregierung zu ersuchen, bei den Beratungen über die Bevölkerungspolitik die Beibehaltung der Reichswochenhilfe in Erwägung zu ziehen. Eine Petition der Vereinigung für Familienwohl in Düsseldorf um Maßnahmen gegen die **Vertreibung antikonzeptioneller Mittel,** schlägt die Kommission vor, der Staatsregierung zur Erwägung zu überweisen. Die Frage der **Bevölkerungspolitik** wurde in der Kommission als das Problem unseres Vaterlandes bezeichnet. Die Kommission war einstimmig der Ueberzeugung, daß mit allem Ernst und Nachdruck Mittel und Wege gesucht werden müssen, um dies wichtige Problem unseres Vaterlandes zu lösen. Die zur Klärung dieses Problems eingesetzte Ministerialkommission hat eine sehr große Tätigkeit entfaltet, ist aber bei dem großen Umfange des Stoffes naturgemäß noch zu keinem abschließenden Ergebnis gekommen, obwohl sie schnell, eingehend und gut gearbeitet hat. Endlich wurde noch auf die **verdienstvolle Tätigkeit der Aerzte** im Kriege hingewiesen. Von 33330 Aerzten sind nicht weniger als 28500 im Heeresdienst tätig, davon 19500 an der Front. Die Kommission war einig in dem Dank für die aufopfernde und erfolgreiche Tätigkeit unserer Aerzte, denen es zu verdanken ist, daß bei uns viel mehr Krieger geheilt worden sind als in den feindlichen Armeen.

Abg. **von Kessel** (kons.): Die **Bevölkerungspolitik** umfaßt nicht nur Probleme, die durch den Krieg, durch die Verluste an Menschenleben und die Verwundungen entstanden sind, sondern auch solche, die schon vor dem Kriege bestanden haben. Die für diese Fragen eingesetzte Kommission ist zu einem gewissen vorläufigen Abschluß gekommen; wenn ihre Behandlung auch am besten von einem einheitlichen Standpunkt aus geschieht, so darf man doch davon nicht die Anwendung des einen oder anderen Mittels abhängig machen. Freiherr von Bissing hat auf Grund der traurigen Erfahrungen im Etappengebiet bezüglich der Geschlechtskrankheiten im vorigen Jahre im Herrenhause einen Antrag eingebracht, in dem er mit seinem weichen Herzen für die Leiden der Menschheit energische Maßregeln verlangt. Mit diesen Maßregeln muß gewiß, wo es irgend geht, so schnell wie möglich eingegriffen werden. Zunächst muß der sittliche Neuaufbau auf diesem Gebiete stärker einsetzen als bisher. So lange gewisse Kreise die Auffassung haben, daß es empfehlenswert oder sogar elegant ist, nur ein oder zwei Kinder in die Welt zu setzen, werden wir mit unseren Maßregeln nur wenig vorwärts kommen. (Sehr richtig!) Leider nimmt ein Teil der Wissenschaft, die im wesentlichen materieller Natur ist, einen gegnerischen Standpunkt ein. In der Schrift eines Gelehrten wird der Anwendung antikonzeptioneller Mittel beinahe in jeder Lebenslage energisch das Wort geredet. Die Ausführungen dieses Buches haben den Redner geradezu mit Grauen erfüllt. Er hofft, daß die Medizinalverwaltung zu diesem Buche Stellung nehmen wird und die Staats-

regierung solche Aeußerungen der Wissenschaft nicht nur ablehnt, sondern ihnen feindlich gegenübersteht. Die öffentliche Meinung und die Presse hat sich vor dem Kriege mit diesen Dingen verhältnismäßig wenig beschäftigt; sie hat den sittlichen Standpunkt, den wir haben müssen im Interesse der Sittlichkeit des Volkes, nicht stark genug hervorgehoben. Hoffentlich wird dies in Zukunft anders sein, wenn alle auf diesem Gebiete mithelfen.

In einer kleinen Schrift: „Die staatliche Aufsicht unehelicher Kinder als Mittel zur Bekämpfung des Landarbeitermangels im Osten" wird auch die **Säuglingssterblichkeit** behandelt und insbesondere wird die Sterblichkeit der ehelichen und der unehelichen Kinder verglichen. Danach ist in manchen Orten die Sterblichkeit der unehelichen Kinder zwei bis dreimal so groß oder noch größer als die der ehelichen, während an einzelnen Orten ein solcher Unterschied nicht bemerkbar ist. Von 1000 Neugeborenen erreichen z. B. in Berlin bei den unehelichen Kindern nur 312 das erste und 136 das 19. Lebensjahr, während bei den ehelichen Kindern die Zahlen 696 und 512 sind. Würde die Sterblichkeit der unehelichen Kinder auf das Maß der Sterblichkeit der ehelichen Kinder geführt werden können, so würde unsere Bevölkerungsziffer jährlich um 25000 erhöht werden. Wir müssen uns deshalb in Zukunft um die unehelichen Kinder in ganz anderer Weise kümmern als bisher. Das wird nur durch eine Organisation geschehen können, die den schon bestehenden Organisationen eingefügt wird. Wir können auf diesem Gebiete sicherlich sehr große Erfolge erzielen; insbesondere gilt es, die sehr verderblichen Folgen des Ziehkinderwesens zu beseitigen. Eine nützliche und praktische Maßregel ist die Errichtung von Kleinkinderschulen, wo nicht nur die Kinder gepflegt und erzogen werden, sondern auch die Pflegerinnen einen ganz anderen Begriff von Hygiene bekommen, wie er Frauen und Müttern kaum zuteil werden kann. Deshalb sollte die Regierung an möglichst vielen Orten Mittel für diesen Zweck bereitstellen, damit Schulen errichtet und Schwestern ausgebildet werden können. — Der Gesetzentwurf gegen die **antikonzeptionellen Mittel** ist im Reichstag wegen der großen Schwierigkeiten unter den Tisch gefallen. Redner hofft, daß mit der Zeit die Schwierigkeiten beseitigt werden können. Es handelt sich hier auch um eine sittliche und religiöse Frage, eine Frage der Weltanschauung; wenn ein gewisser Ernst in das Volk kommt, werden wir auch diesen Uebelständen beikommen können. (Bravo! rechts.) — Ob bezüglich der **Geschlechtskrankheiten** die Strafbestimmungen verschärft werden können, erscheint zweifelhaft. Die Veröffentlichung der Soldatenbriefe, die uns der Abg. Mugdan hat zugehen lassen, wird eine außerordentlich praktische Wirkung für die Belehrung des Einzelnen haben. (Sehr richtig!) Es wird nötig sein, daß, wie die Urlauber, jeder Soldat nach dem Kriege erst entlassen wird, wenn er eine Bescheinigung über seine Gesundheit einreichen kann; das ist zwar eine Beschränkung der persönlichen Freiheit, aber hier handelt es sich doch um so große Dinge, um Verhütung der Uebertragung der Geschlechtskrankheiten, daß es darauf nicht ankommen kann.

Wenn man die allgemeine Gesundheit, die Gesundheit des Heeres und die des Volkes, wie sie sich in diesem Kriege darstellt, mit derjenigen in früheren Kriegen vergleicht, so kann man nicht dankbar genug sein. In dieser Beziehung haben die **Aerzte** ganz Außerordentliches geleistet; denn nach einer Mitteilung des Generalstabsarztes der Armee, Dr. v. Schjerning, ist der Gesundheitszustand des Heeres ganz außerordentlich gut, trotz der schwierigsten Verhältnisse, denen die Truppen in Rußland und in Mazedonien ausgesetzt sind, wo dauernd die schwersten, ansteckenden Krankheiten herrschen. Wenn man gesehen hat, was auf ärztlichem Gebiete geleistet wird, wie hinter der Front Gesundheitsheime errichtet sind, wie in kürzester Zeit bisherige Luxusbäder in Genesungsheime umgewandelt, und diesen alle ärztlichen Mittel zur Verfügung gestellt sind, dann kann man den Aerzten, die das geleistet haben, wirklich nicht dankbar genug sein. Redner glaubt deshalb in aller Sinne zu sprechen, wenn er den Dank, der in der Staatshaushalts-Kommission den Aerzten ausgesprochen ist, hier in aller Namen wiederholt. (Bravo! rechts.)

Abg. Dr. **Kaufmann** (Zentr.) gedenkt ebenfalls zunächst der hervorragenden **Leistungen der ärztlichen Kunst,** die gerade in diesem großen

Weltkriege in ganz ausgezeichneter Weise in die Erscheinung getreten sind. Diese außerordentlich guten Leistungen unserer Aerzte werden von unseren Soldaten besonders dankbar anerkannt werden, namentlich die so günstigen Erfolge, die man bei den verkrüppelten Soldaten gemacht hat. Redner hat selbst Gelegenheit gehabt, mit vielen solcher Soldaten zu sprechen, die jetzt schon wieder ihrem Berufe nachgehen können und die über die außerordentlich sorgsame Pflege und die ärztliche Kunst voller Dankbarkeit sind. Darum müssen wir hier an dieser Stelle unseren Aerzten, sowohl den Militär-, wie den Zivilärzten unseren Dank aussprechen und nicht an letzter Stelle auch den Aerzten, die in der Heimat zurückgeblieben sind und hier, teilweise mit Arbeiten ganz überlastet, trotzdem ihren ärztlichen Beruf erfolgreich ausüben. (Sehr richtig! im Zentrum.)

In engem Zusammenhange damit steht ein Zweites, wofür wir auch unseren Dank aussprechen müssen und das auch ein Triumph unserer ärztlichen Kunst, in mancher Hinsicht allerdings auch eine Folge unserer guten sozialen Verhältnisse ist, nämlich, daß während des großen Weltkrieges nicht bloß im Heere, sondern auch in der Heimat **Seuchen** fast gänzlich ohne irgend bedenkliche Erscheinungen aufgetreten sind. Wir müssen es dankbar anerkennen, daß es der sorgsamen Arbeit und der ganzen sorgsamen Organisation, vertreten durch die **Medizinalverwaltung** in glänzender Weise gelungen ist, die Seuchen sowohl im Heere, als auch bei dem Volke in der Heimat während des Krieges mit bestem Erfolg zu verhüten und zu bekämpfen. Bei diesem Danke dürfen wir aber auch nicht diejenigen vergessen, die während des großen Weltkrieges bis zu dieser Stunde als **Pfleger und Pflegerinnen** unseren armen Kranken in den Lazaretten und an der Front beigestanden haben, namentlich gilt es unseren Ordensgesellschaften, die sich im Kriege mit neuem Ruhm der christlichen Nächstenliebe bedeckt haben, unseren Dank auszusprechen. (Lebhafter Beifall im Zentrum.)

Erfreulich ist es noch, daß nach den eingehenden Nachfragen im Lande der **Gesundheitszustand unserer Schulkinder** als durchaus befriedigend zu bezeichnen ist. Dagegen ist leider ein Rückgang der **Tuberkulose** während des Krieges nicht festzustellen; es steht sogar zu befürchten, daß vielleicht gerade diese furchtbare Krankheit in Zukunft wieder mehr bisher um sich greifen wird. Hoffentlich wird jedoch die Medizinalverwaltung alles tun, um den Kampf gegen die Tuberkulose zu immer besseren Erfolgen zu führen. Nachdem Redner diese dann noch gebeten hat, die bei den Kriegsbeschädigten gemachten vorzüglichen Erfolge und Erfahrungen auch bei allen unbemittelten **Krüppeln** unter 16 Jahren nutzbar zu machen, geht er zur Erörterung der **Bevölkerungsfrage** über und bespricht die Mittel, die dazu dienen können, diese traurige Erscheinung zu bekämpfen. Er betont zunächst, daß neben der Familie, neben der Schule, neben der Wissenschaft, neben der Presse und neben dem Genossenschaftswesen auch die Kirche einen bedeutenden Anteil an der Bevölkerungsfrage hat (Sehr richtig! im Zentrum) und in dieser Hinsicht durchaus bündnisfähig ist; namentlich vermöge ihrer außerordentlich ausgebildeten organisatorischen Kraft und ihrer Geschichte. Prof. Dr. Schreiber in Regensburg hat in einer sehr beachtenswerten Abhandlung die bevölkerungspolitischen Maßnahmen der katholischen Kirche der Vergangenheit und der Gegenwart besprochen und nachgewiesen, daß sie auf diesem Gebiete unendlich viel Gutes geleistet und darum auch ein Recht darauf hat, bei allen Maßnahmen, die in Zukunft in dieser Frage getroffen, unbedingt mitgehört und berücksichtigt zu werden. Außerdem dürfen keine Maßnahmen geduldet werden, die mit der christlichen Sittlichkeit in Widerspruch stehen und die zuletzt auch die Grundlagen des gesellschaftlichen und staatlichen Lebens unterwühlen würden. Der Geburtenrückgang ist in den großen Städten immer viel stärker als auf dem Lande. Darum wird jeder, der den Geburtenrückgang bekämpfen will, ein Freund der kleinbäuerlichen Familien sein müssen; desgleichen muß die Staatsregierung in ihren gesetzlichen Maßnahmen danach trachten, unsere kleinbäuerlichen Familien zu kräftigen und zu erhalten. Oedländereien sind behufs Ansiedelung für die zurückkehrenden Krieger aufzuschließen, Kriegerheimstätten auf dem Lande zu schaffen und alle Bestrebungen in dieser Hinsicht durch staatliche Mittel zu unterstützen. Weiterhin ist auf eine möglichste Dezentralisation der In-

dustrie und demzufolge auf ein Ausbau des Kleinbahnnetzes Bedacht zu nehmen, um es den Arbeitern und den Arbeiterinnen an jedem Abend zu ermöglichen, nach ihrer heimatlichen Scholle zurückzukehren. Ferner muß den verheirateten und den kinderreichen Familien durch wirtschaftliche Maßnahmen in der Gesetzgebung mehr als bisher geholfen, der Steuernachlaß bei den Familienvätern mit mehr als zwei Kindern weiter ausgebaut sowie der Besteuerung der kinderlosen Familien und der Junggesellensteuer näher getreten werden. Die Erträgnisse einer solchen Steuer müssen aber ausschließlich im Sinne der Lösung des Bevölkerungsproblems benutzt und ausdrücklich als Zulagen für kinderreiche Familien verwendet werden. Den kinderreichen Beamten sind Gehaltszuschüsse (Kinderprämien) zu gewähren, wie solches schon in verschiedenen Gemeinden geschieht; auch die Gewährung eines erhöhten Wohnungsgeldzuschusses an verheiratete Beamte mit Kindern erscheint notwendig, gerade wegen der Schwierigkeiten, die vielfach kinderreiche Beamte bei der Beschaffung einer guten und gesunden Wohnung in den Städten haben. Ebenso muß bei der Anstellung in Staat und Gemeinde darauf geachtet werden, daß kinderreiche Beamte nicht etwa zurückgesetzt, sondern im Gegenteil unter Voraussetzung gleicher Tüchtigkeit bevorzugt werden. Das gilt namentlich von solchen Beamten, die für die Erziehung ihrer Kinder den Uebergang in eine Stadt notwendig haben, wo ihnen Erziehungsmittel geboten werden, die sie auf dem Lande nicht haben. Weiterhin müssen in das Wohnungsgesetz alle die Maßregeln hineingearbeitet werden, die es möglich machen, daß allen Familien, besonders aber den kinderreichen Familien, eine gesunde und nicht zu teure Wohnung verschafft wird. Der Staat und namentlich auch unsere im Kriege so sehr verdiente Industrie kann unseren zurückkehrenden Kriegern ihren Dank nicht besser aussprechen, als daß sie mehr als bisher für den Bau von Beamten- und Arbeiterwohnungen tun. Das ganze Bevölkerungsproblem kann im letzten Grunde nur durch die Förderung des Familienlebens gelöst werden. (Sehr richtig! im Zentrum).

Die auf dem Gebiete der **Empfängnisverhütung** und der **Schwangerschaft** bestehenden Mißstände werden hoffentlich durch den beabsichtigten Gesetzentwurf beseitigt; mit seiner Annahme im Reichstage darf um so mehr gerechnet werden als vorsichtigerweise bei der Beratung des Entwurfs Autoritäten der medizinischen Wissenschaft zugezogen und damit die begründeten Befürchtungen beseitigt sind, daß die medizinischen Autoritäten mit derartigen Maßnahmen nicht einverstanden wären. Betreffs der damit im engen Zusammenhang stehenden Frage der **Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten** sind wohl alle mit dem Vorgehen des Generals v. Bissing und des Reichsversicherungsamts einverstanden. Schon bestehen in Deutschland über hundert Beratungsstellen für Geschlechtskranke; der Gedanke des Ministeriums des Innern, auch für nichtversicherungspflichtige Kranke eine ähnliche Fürsorge zu treffen, ist zu begrüßen; am besten empfiehlt sich dafür eine Angliederung an die schon bestehenden Beratungsstellen. Eine gewisse Schwierigkeit hat diesen Beratungsstellen die **Schweigepflicht der Aerzte** gemacht. Redner ist der Ansicht, daß diese Schweigepflicht in dem Wohl der Allgemeinheit ihre Beschränkung finden muß. Sollte hierbei in bezug auf den notwendigen Schutz der Familie eine gesetzliche Aenderung des maßgebenden § 300 des Strafgesetzbuches ins Auge zu fassen sein, so wird dieser auch sicherlich vom Reichstage zugestimmt werden. Alle derartigen Bemühungen werden auch von unseren großen Frauenorganisationen unterstützt, die eine Aufhebung der in Frage stehenden Beschränkungen petitioniert haben. Jedenfalls wird unsere militärische Verwaltung im Verein mit der Medizinalverwaltung Mittel und Wege finden, daß die guten Einrichtungen der Beratungsstellen für Geschlechtskranke auch tatsächlich ihren Segen ausüben. Ebenso wird hoffentlich das von fast allen Generalkommandos während des Krieges ausgesprochene **Verbot der Kurpfuscherei** auch nach dem Kriege aufrecht erhalten, um die Kurpfuscherei gründlich auszurotten, die gerade auf dem Gebiete der Geschlechtskrankheiten so unheilvoll gewirkt hat. Ferner ist die Forderung von **Gesundheitszeugnissen** vor der Eheschließung zu erwägen, denn wir müssen uns alle immer mehr klar werden, daß es sich bei dem Kampfe gegen die Geschlechtskranken um ein hohes Gut, um die Gesundheit unseres ganzen

Volkes handelt, daß wir alle verpflichtet sind, dieses hohe Gut zu schützen und zu bewahren, und daß darum auch jeder einzelne als Glied der Gesamtheit die vaterländische Pflicht hat, sich an Leib und Seele gesund zu erhalten sowie alles zu tun und alles auf sich zu nehmen, was dazu dient, die Gesamtheit an Leib und Seele gesund zu erhalten.

Hinsichtlich der **Säuglingssterblichkeit** steht Deutschland leider noch immer an dritthöchster Stelle unter den Staaten des europäischen Kulturkreises und wird in dieser Hinsicht nur von Oesterreich und Rußland übertroffen. Norwegen hat 6,9 %, Deutschland 1910 noch 17,6 %, Oesterreich 23 %, Rußland, 27,2 %, Schweden 10 %. Wenn nun auch erfreulicherweise diese Sterblichkeit in Preußen gesunken ist (von 26,6 ‰ im Jahre 1911 auf 16,7 ‰ im Jahre 1913), so ist es doch notwendig, daß auf dem Gebiete der **Säuglingsfürsorge** mehr als bisher getan wird. Vor allem verdienen die Säuglingsfürsorgestellen, die Krippen, namentlich auch die sehr segensreichen Mutterberatungsstellen, die wirksamste Unterstützung. Auch die schon längst gewünschte Regelung des Hebammenwesens und des Haltekinderwesens sind endlich durchzuführen. Desgleichen muß die Staatsregierung dafür sorgen, daß die Frauen nach dem Kriege möglichst aus all den Verhältnissen wieder herauskommen, die mit dem Beruf als Frau und Gattin unvereinbar sind oder doch diesen Beruf schwer schädigen.

Der Gedanke, eine Herabsetzung der hohen Sterblichkeit der unehelichen Kinder durch Verbindung der Fürsorge für diese Kinder mit den gesetzlichen Bestimmungen des Fürsorgegesetzes zu erreichen, ist sicher zu erwägen, unsere Rettung in der großen Schicksalsfrage unseres Volkes — des Geburtenrückgangs — liegt aber nicht in der radikalen Forderung einer wahllosen Förderung der Fortpflanzung, sondern wir müssen an dem heiligen Mutterboden der Ehe festhalten. (Sehr richtig! im Zentrum). Die von mancher Seite ausgesprochene Ansicht, daß die bisherige Verfehmung der unehelichen Mütter aufhören und an ihre Stelle die Dankbarkeit der Gesellschaft treten müsse, ist höchst verwerflich und setzt die Heiligkeit der Ehe wie die erhabene Stellung der Familie in höchst bedenklicher Weise herab. (Sehr richtig! im Zentr.) Die Erhaltung und Mehrung unserer Volkskraft ist nicht nur ein reines Rassenproblem, nicht bloß ein medizinisch-biologisches oder sozial-wirtschaftliches Problem, sondern auch im höchsten Sinne ein religiös-ethisches. Die Gleichstellung der Mutter, die als Hausfrau und Mutter in ihrer Familie die erhabensten Aufgaben löst, mit der unehelichen Mutter hat unser deutsches Volk in Gewohnheit und Sitte bisher stets abgelehnt. Das Ideal deutscher Jungfräulichkeit und unbedingter Wertschätzung der Familie durch falsche Begriffe und irreleitende Aeußerungen darf nicht beeinträchtigt werden. Alle Maßnahmen in der Frage der Bevölkerungspolitik müssen vielmehr im letzten Ende dahin zielen, unser Familienleben zu erneuern und alle Behinderungen der gesunden Entwicklung der Familie zu beseitigen, aber auch alles zu befördern, damit die unheimlichen Gefahren, die unser Volk in seiner Fortentwicklung bedrohen, immer mehr verschwinden. (Bravo! im Zentrum.)

Abg. **Rosenow** (fortschr. Volksp.): Die Frage der **Bevölkerungspolitik** ist ja glücklicherweise keine Frage des Parteistreits; denn darin sind wir alle einig, daß allen Mißständen auf diesem Gebiete, insbesondere der Säuglingssterblichkeit und dem Geburtenrückgang, gesteuert werden muß, um uns wirtschaftlich und militärisch befähigt zu halten für alles, was zum Bestand unseres Volkes und Vaterlandes nötig ist. Betreffs der unehelichen Mütter und Kinder denkt Redner allerdings milder als der Vorredner. Wenn er auch wünscht, daß sich unsere Bevölkerung grundsätzlich auf dem Familienleben, auf der ehelichen Kindererzeugung aufbaut, so muß er doch sagen, daß wir die unehelichen Kinder und die unehelichen Mütter, die oft verlassen sind und alle Liebe entbehren, mit großer Sorgfalt und Liebe behandeln, und alles aufwenden müssen, um die große Sterblichkeit und das Zugrundegehen der unehelichen Kinder nach Möglichkeit zu vermeiden. Deshalb hat auch die Partei des Redners den Antrag gestellt, daß die Königliche Staatsregierung Mittel bereit stellen möge, um **Säuglingsfürsorgestellen** zu unterstützen, und die Möglichkeit ihrer Errichtung zu fördern. Wenn jetzt die Säuglingssterblichkeit gerade in den Städten zurückgegangen ist, so ist dies sicherlich zum Teil mit auf die hier

errichteten Säuglingsfürsorgestellen zurückzuführen. Ihre Tätigkeit soll man deshalb lebhaft unterstützen; denn mit jedem Kinde, das wir am Leben erhalten, stärken wir den Staat, nicht nur in militärischer, sondern auch in wirtschaftlicher Hinsicht. (Sehr richtig!) Wir sind deshalb der Meinung, daß für die Säuglingsfürsorgestellen mehr, viel mehr geschehen müßte als bisher, namentlich aber auch durch den Staat. Die in Aussicht gestellte Denkschrift der Ministerialkommission über die Förderung unserer Bevölkerung sollte möglichst bald der Oeffentlichkeit zugängig gemacht und mit der Durchführung der hier gemachten Vorschläge nicht bis nach dem Frieden gewartet, sondern schon jetzt Mittel zur Förderung der Säuglingsfürsorgestellen eingestellt werden, damit junge Menschenleben erhalten bleiben, die dem Staate nachher nützlich sind. Dasselbe gilt betreffs Abänderung der Reichsversicherungsordnung in der Richtung, daß alle Leistungen der für die Kriegszeit eingerichteten **Reichswochenhilfe** Regelleistungen der Krankenversicherung werden. Die Bevölkerungspolitik darf nicht erst in dem Augenblick einsetzen, wo das Kind schon da ist, sondern da, wo die Schwangerschaft beginnt, wo man der Mutter helfen kann, nun auch die Entbindung glücklich zu überstehen. Die Erfüllung dieser Forderung während des Krieges hat außerordentlich günstig gewirkt. Deshalb muß die Wochenhilfe auch nach dem Kriege gewährt werden. Die Kosten für ihre Beibehaltung, die angeblich 60—100 Millionen Mark betragen sollen, können nicht ins Gewicht fallen gegenüber der Tatsache, daß wir Menschenleben erhalten, daß wir Menschenleben, das Geborenwerden von Menschen fördern können, daß wir nicht zusehen, daß die Frau, die angehende Mutter, etwa in böser Absicht, aus Not oder aus anderen Gründen dazu übergeht, das keimende Leben zu beseitigen. Wenn die Mutter weiß, daß für sie gesorgt ist, dann kann sie viel ruhiger, sorgloser, gottergebener ihrer schweren Stunde entgegengehen. Die Arbeitgeber werden sicherlich bereit sein, die zur Durchführung dieser Forderung notwendigen höheren Beiträge zu zahlen, und die Krankenkassen imstande sein, die Mehrkosten zu tragen. Ein gutes Werk, das sich während der langen Dauer des Krieges bewährt hat, kann unmöglich nach dem Kriege wieder beseitigt werden. Das würde ein großer Rückschritt sein, der des Deutschen Reiches nach keiner Richtung hin würdig ist, nicht würdig all der großen Leistungen, die wir im Kriege gesehen haben, und nicht würdig der Leistungen, die wir nach dem Kriege vorzunehmen beabsichtigen. (Sehr richtig! links.) Der Grund für die Sterblichkeit der unehelichen Kinder ist die mangelnde Fürsorge, die Engelmacherei; will man deshalb die unehelichen Kinder in weitem Umfange der Fürsorgeerziehung überweisen, ein nicht unbedenklicher und nicht für alle Fälle passender Vorschlag, so soll man wenigstens dafür sorgen, daß zunächst die uneheliche Mutter in engem Zusammenhange mit ihrem Kinde bleibt und ihr Kind selbst stillt, und daß auch von seiten der Fürsorgeerziehung die Kinder in möglichst geeigneten Familien untergebracht werden. Zu begrüßen ist deshalb die von der Regierung beabsichtigte bessere Rechtsstellung des unehelichen Kindes; notwendig ist aber auch die endliche Durchführung der **Reform des Hebammenwesens.**

Will man den **Beamten** die Möglichkeit geben, eine größere Anzahl von Kindern zu haben, dann muß man sie in der Besoldung und in der Steuergesetzgebung berücksichtigen. Vor allem muß aber das **Wohnungswesen** gebessert werden. Da müssen sehr viele Mittel aufgewendet werden, um das Kleinwohnungswesen zu fördern; denn das Einfamilienhaus ist die beste Förderung sowohl in bezug auf die Zahl der Kinder, als in bezug auf das Wohl der Familien überhaupt. Die Erfahrung lehrt, daß überall da, wo der Boden nicht gebunden ist, die Kinderzahl der Familien größer ist, als da, wo der Besitz gebunden ist; von dem Fideikommißgesetz ist daher ein Heil überhaupt nicht zu erwarten, wohl aber von der inneren Kolonisation und der Schaffung freier Bauern.

Die Junggesellen- und Ledigensteuer wird, wie die Dinge nun einmal liegen, kaum zu entbehren sein. Bei der Genehmigung von Teuerungszulagen an Beamte muß auf die Zahl der Familienmitglieder Rücksicht genommen werden. Dasselbe gilt betreffs der nach dem Kriege notwendigen Beamtengehälter. Die Dezentralisation der Industrie kann natürlich viel helfen; zugleich muß aber auch für Wohnungen der Arbeiter

und Angestellten gesorgt werden. Wichtig ist auch, daß die Kinder, die noch nicht schulpflichtig sind, in Volkskindergärten und ähnlichen Anstalten untergebracht werden. Die Kinder werden dort nicht nur gewaschen, gepflegt, sauber gehalten, mit Spielen, Singen, Fröbelschen Beschäftigungen unterrichtet und zu gehörigen Gewohnheiten angehalten, sondern auch sittlich erzogen. Auch bleibt häufig eine Rückwirkung auf die Familie nicht aus. Der Staat wird früher oder später seine Hand öffnen müssen, um diese Bestrebungen gehörig zu unterstützen. In Berlin, wo viele derartige Gärten eingerichtet sind, ist man sogar auf den Gedanken gekommen, die Kinder auch bei Nacht in Schutz zu nehmen, wenn die Eltern Nachtschichten haben.

Ein großer Mangel besteht weiter darin, daß die **Vormundschaft über die unehelichen Kinder** noch nicht überall gehörig geregelt ist. Man sollte dem vom Herrn Ministerialdirektor im Haushaltsausschuß gemachten Vorschlage gemäß § 1717 des B.G., der von der exceptio plurium handelt, beseitigen und damit nicht bis zum Friedensschluß warten; für solche Zwecke müssen ebenso wie für die Säuglingsfürsorge stets die erforderlichen Mittel vorhanden sein. (Sehr richtig! bei der fortschrittlichen Volkspartei.) Es ist ein unhaltbarer Zustand, daß die Medizinalverwaltung die Wichtigkeit und Bedeutung dieser Fragen anerkennt und daß sie nicht in der Lage sein soll, in einer so ungewöhnlichen Zeit, wo es darauf ankommt, jedes Menschenleben zu erhalten, direkt Mittel zu finden, um Abhilfe zu schaffen, wo solche geschaffen werden muß. (Sehr richtig!) Der Herr Minister des Innern würde sich den Dank des gesamten Vaterlandes verdienen, alle Kreise, die Verständnis und Empfindung für diese Fragen haben, würden ihm zujubeln, wenn er jetzt schon die Mittel hätte zur Förderung neuer und zur Erhaltung schon bestehender **Säuglingsfürsorgestellen,** da hier und da die Gefahr droht, daß wegen Mangels an Mitteln die errichteten Säuglingsfürsorgestellen eingehen könnten. Die verehrten Herren aus der Leitung des Medizinalwesens sind sicherlich bestrebt, das Beste für das Volk herauszuholen; wir danken ihnen für alle die großen Arbeiten, die sie geleistet haben; sie müssen aber auch schließlich ihren Worten bei den Stellen, die das Geld in der Hand haben, entschieden Nachdruck verleihen; denn wo ein Wille ist, ist auch ein Weg.

Dank unserer **Medizinalverwaltung** und unserer ausgezeichneten Seuchengesetzgebung des Reiches und Preußens sind wir während des Krieges von Seuchen verschont geblieben. Das ist eine Tat, die die Herren der Medizinalverwaltung in die Reihe der Feldherren stellen wird, die den Krieg gewonnen haben. Was wäre aus uns bei der Einengung des Vaterlandes, der Einengung unserer Nahrungsmittel wohl geworden, wenn noch Seuchen wie Cholera, Typhus, Ruhr, Pocken usw.! hinzugekommen wären? In diesen Ruhm teilen sich unsere **deutschen Aerzte,** die sich in aufopferungsvollster Weise betätigt haben, so daß man ihnen dies nicht genug nachrühmen kann. 24000 Aerzte, Militärärzte und Zivilärzte mühen sich Tag und Nacht, um die Gesundheit unseres Heeres aufrechtzuerhalten, um die Verwundeten und Kranken zu heilen, und wenn etwas uns den Krieg gewinnen macht, so ist es zweifellos die Tatsache, daß etwa 90% aller Verwundeten und Kranken aus den Lazaretten wieder an die Front geschickt werden. Den Aerzten sei deshalb heißer Dank ausgesprochen. (Bravo! bei der fortschrittlichen Volkspartei.) Wir haben in diesem Kriege eine Seuche, wenn auch diese wesentlich in Feindesland, gehabt, das ist die Verlausung unserer Mannschaften. Die Tat der Errichtung der Entlausungsanstalten ist allein schon ein Ruhmestitel unserer Medizinalverwaltung. Was würde aus unserer Armee geworden sein, wenn diese Seuche an ihrem Körper weiter gefressen hätte! In diesen Ruhm der Aerzteschaft teilen sich die Militärärzte sowohl, wie die Zivilärzte; es hat sich gezeigt, daß ihre Ausbildung eine ausgezeichnete ist. Für diejenigen Aerzte jedoch, die vor ihrer Approbation ins Feld geschickt, oder nur notapprobiert sind oder ihr praktisches Jahr noch nicht zurückgelegt hatten, wird man nach ihrer Rückkehr aus dem Felde besondere Kurse auf den Gebieten einrichten müssen, die sie praktisch noch nicht geübt haben. Es ist notwendig, daß sie dies nachholen. Es wird Aufgabe der Staatsregierung sein, die Mittel herzugeben, um diesen Aerzten die Förderung ihrer Wissenschaft möglich zu machen, ohne sie finanziell zu sehr zu belasten. Wir haben tüch-

tige Aerzte dringend notwendig, denn die Aerzte haben leider im Kriege durch Tod einen erheblichen Abgang gehabt, und der Staat — darüber kann kein Zweifel sein — hat ein lebhaftes Interesse, daß nicht die jungen Aerzte, die ohne ihre Schuld die für ihren Beruf erforderlichen Erfahrungen noch nicht haben können, auf die Menschheit losgelassen werden. Es muß deshalb durch Förderung der Wissenschaft bei den Aerzten das Nötige nachgeholt werden. Das wird auch nicht so schwierig sein. Die Militärverwaltung könnte diese jungen Aerzte nicht früher aus dem Militärverhältnisse entlassen, als bis sie eine solche Zeit der Förderung der Wissenschaft nachgeholt haben; sie würde dann auch die Kosten zu tragen haben, was nicht zu viel verlangt ist, da sie ja die Aerzte infolge des Krieges zu einseitigen militärischen Zwecken in Anspruch genommen und ihnen nicht die Möglichkeit gegeben hat, ihre Studien zu beenden, ihre Fortbildung zu suchen. Leider fehlen jetzt auf dem flachen Lande Aerzte in großer Zahl; es dürfte vielleicht angängig sein, junge Aerzte aus Lazaretten oder Etappen fortzunehmen und an die Front zu schicken, um die Aerzte dort abzulösen und in die kleinen Städte oder auf das platte Land schicken zu können. Selbstverständlich ist dann auch dafür zu sorgen, daß diese Aerzte, wenn sie die Stätten ihrer Wirksamkeit verlassen, entsprechend entgolten werden, damit sie leben können.

Auch die **Zahnärzte und Apotheker** haben im Felde ihre volle Schuldigkeit getan; das soll ebenfalls dankend erwähnt werden.

Nicht an letzter Stelle ist hier das **Krankenpflegerpersonal** zu erwähnen, das Ungeheuerliches geleistet hat (Sehr richtig!); auch ihm soll laut und vernehmlich hier gedankt werden. Leider wird immer noch darüber geklagt, daß den Krankenpflegern gewisse Rechte vorenthalten werden, z. B. die Rechte der Koalition; Leuten, die so Enormes, so Tüchtiges in diesem Kriege geleistet haben, sollten doch die gleichen Rechte wie den anderen Klassen der Bevölkerung zustehen.

Neben den hygienischen Vorkehrungen hat uns auch ein Faktor in diesem Kriege besonders in gesundheitlicher Hinsicht geholfen; das ist die früher viel, jetzt nur noch wenig geschmähte **soziale Gesetzgebung.** (Sehr richtig!) Der sozial gesicherte Mensch hat eine viel größere Festigkeit in sich, er empfindet ein viel größeres Verantwortlichkeitsgefühl und ist deswegen auch viel bereiter, sich der Allgemeinheit zur Verfügung zu stellen. Deswegen muß auch die soziale Gesetzgebung weiter ausgebaut werden; nach dem Kriege sind insbesondere Beschäftigungen, die heute von Frauen, Mädchen, ja kaum recht erwachsenen, kaum schulentlassenen Kindern ausgeübt werden, so schnell wie möglich wieder zu beseitigen. Die Frauenwelt hat Hervorragendes auf allen Gebieten während des Krieges geleistet; es muß aber dafür gesorgt werden, daß sie so schnell wie möglich wieder zu ihrer früheren Beschäftigung zurückkehren, damit kein dauernder Schaden an der Bevölkerungspolitik entsteht. Der Staat muß es nicht bloß bei der Anerkennung der Schäden und der Notwendigkeit ihrer Abhilfe bleiben lassen, sondern auch die Mittel dazu hergeben.

Die Frage der **Geschlechtskrankheiten** ist sehr ernst; aber man sollte sie nicht überernst hinstellen; denn eine übermäßige Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten hat sich doch in letzter Zeit nicht gezeigt, auch nicht draußen im Heere. Immerhin muß auch der letzte Rest ausgeräumt werden. Die Bestrebungen, die das Reichsversicherungsamt verfechten, sind auf das lebhafteste zu unterstützen; aber auch der Staat darf hier nicht beiseite stehen, sondern muß diese Maßnahmen auch für die Kreise fördern, die nicht der Krankenversicherung unterstehen, damit die Wohltaten der Beratungsstellen weiteren Kreisen zuteil werden.

Die **Schweigepflicht der Aerzte** in allen Ehren, aber sie muß schließlich Halt finden an der Stelle, wo andernfalls ein unsägliches Unheil über Familien des Volkes hereinbricht. In diesem Sinne haben auch schon die Gerichte entschieden, so daß sich eine Aenderung der Gesetzgebung erübrigen dürfte. Was die Geschlechtskrankheiten für Unheil anrichten können, ist uns in einem Soldatenbrief, den uns der Abg. Dr. **Mugdan** zugänglich gemacht hat, lebhaft geschildert worden; namentlich geschieht es dadurch, daß sich die davon Betroffenen scheuen, sich den Aerzten oder der Beratungsstelle, die dafür eingerichtet ist, anzuvertrauen. Hier gilt es, noch große Arbeit auf allen Gebieten

zu leisten, auch durch die Schule in dem Augenblick, wo die erwachsenen Kinder aus der Schule entlassen werden. Besonders verbreitet aber die **Kurpfuscherei** in dieser Beziehung Unheil, das je schneller desto besser beseitigt werden muß. Ebenso kann bei der Eheschließung durch Austausch von Gesundheitsattesten oder dergleichen Vorsorge getroffen werden. Es ist das allerdings eine Maßregel, die tief in die Familienverhältnisse eingreift, auf der anderen Seite wird man aber bekennen müssen, daß, wenn der Staat mit verschränkten Armen zusieht, wie zwei durchaus kranke Menschen, deren Nachkommenschaft nur eine Last für den Staat und die Menschheit sein kann, sich zur Ehe zusammentun, doch vielleicht eine solche Forderung nötig sein wird. Auch die Krankenkassen sollten sich dem Vorschlage des Kreisarztes Dr. Schreber gemäß über den Gesundheitszustand ihrer Mitglieder Kenntnis verschaffen, damit namentlich beim Wechsel der Krankenkasse oder des Kassenarztes sich der nächste Kassenarzt vorkommendenfalls sofort unterrichten kann.

Redner schließt mit einem nochmaligen Dank an die **Medizinalverwaltung.** Sie hat die Durchführung der Seuchenvorschriften, durch die von ihr gegebenen Anregungen uns vor schwerem Unglück, vor schwerem Unheil behütet. Die **Aerzteschaft** draußen, die der Medizinalverwaltung untersteht, hat auf die Anregungen und Bestimmungen der Medizinalverwaltung geachtet. Sie haben also beide zusammen für das Vaterland Großes getan. Das soll der Medizinalverwaltung, das soll der deutschen Aerzteschaft nicht vergessen werden. Wenn die Schlacht bei Königgrätz durch den Schulmeister gewonnen ist, so sind die Schlachten, die wir jetzt gewinnen, gewonnen durch den Schulmeister und die soziale Gesetzgebung. Die Königliche Staatsregierung, die Medizinalverwaltung muß darauf achten, daß hier kein Rückschritt geschieht und alles Uebelwollen, das noch gegen die soziale Gesetzgebung hier und da bestehen möchte, so schnell wie möglich ausgeräumt wird. Dann werden wir auch künftig ein Volk haben, das ebenso stolz, ebenso treu und ebenso tapfer für das Vaterland eintreten wird, wie das heute geschieht. Dann werden wir auch über alle unsere Feinde sowohl draußen, als im Innern — die Krankheiten — siegreich sein und in friedlicher Arbeit alles das leisten können, was zum Wohle unseres Vaterlandes in wirtschaftlicher, kultureller, seelischer und sittlicher Beziehung geschehen kann. (Bravo! bei der fortschrittlichen Volkspartei.)

Minister des Innern **v. Loebell:** M. H.! Gestatten Sie mir zu den Anträgen zunächst einige kurze Bemerkungen. Allgemein möchte ich hierbei sagen, daß ich ja hinsichtlich der Anträge und ihrer Erfüllung nicht allein stehe, sondern selbstverständlich gebunden bin, soweit es sich um Geldforderungen handelt, die Mitwirkung des Finanzressorts zu erbitten. Ich möchte hierbei erklären, daß sich der Herr Finanzminister in jeder Beziehung bemüht hat und, wie ich fest überzeugt bin, auch weiter sich bemühen wird, den Wünschen, die auf diesem wichtigen Gebiete durch dieses hohe Haus in finanzieller Beziehung gestellt werden, zu entsprechen. Er ist aber selbstverständlich wiederum durch die außerordentlich schwierige Lage des Staatshaushalts und der jetzigen besonders ernsten finanziellen Verhältnisse gebunden, und so kann wohl auch sein Entgegenkommen nicht immer so weit gehen, wie er es vielleicht, wie ich annehme, selber möchte und wie auch meiner Verwaltung und auch diesem hohen Hause erwünscht wäre.

Dies vorausgeschickt, möchte ich zunächst zu dem Antrag, der eine Beibehaltung der **Reichswochenhilfe** in ihrem jetzigen Umfange fordert, erklären, daß die Frage, ob und inwieweit die Reichswochenhilfe in ihrem jetzigen Umfange aufrechterhalten werden kann, sich, wie ich durch Verhandlungen mit dem Reichsschatzamt in erster Linie festgestellt habe, wegen ihrer großen Tragweite noch nicht voll überblicken läßt, sondern sie muß in der Schwebe bleiben. Es ist aber in der schon mehrfach hier erwähnten Ministerialkommission für die Geburtenrückgangsfrage auf meine Veranlassung eingehend die Frage geprüft worden, welche Maßnahmen nicht nur zur Verbesserung der Säuglingsfursorge, sondern insbesondere auch zur Erhöhung des Mutterschutzes in Zukunft getroffen werden können. Dabei ist unter anderem von verschiedenen Sachverständigen die Forderung gestellt worden, die §§ 195 bis 200 und 205 der Reichsversicherungsordnung derart abzuändern, daß die dort vor-

gesehenen Regelleistungen der Krankenkassen zur Pflichtleistung gemacht und die Unterstützungsdauer für bestimmte Fälle entsprechend erhöht wird, endlich auch, daß die Bestimmungen über die Reichswochenhilfe tunlichst mit in diese Vorschriften hineingearbeitet werden. Diese Vorschläge verdienen unzweifelhaft die ernsteste Beachtung; ob und inwieweit sie sich durchführen lassen, läßt sich jedoch im Augenblick noch nicht übersehen. Ich habe aber entsprechende Verhandlungen über diese Vorschläge sofort eingeleitet und werde sie soweit wie irgend möglich zu fördern suchen.

Dann der Antrag 416 der Herren Abgeordneten Aronsohn und Genossen über die Unterstützung von **Säuglingsfürsorgestellen,** der einmal fordert, für den nächsten Staatshaushaltsplan Mittel einzustellen, dann aber durch einen weiteren Antrag Nr. 445 noch dahin ergänzt worden ist, daß die Mittel schon jetzt bereitgestellt werden sollen. Ich möchte hierbei bemerken: es könnte vielleicht aus den Ausführungen auch des Herrn Vorredners entnommen werden, als ob bis jetzt auf diesem Gebiete seitens der Staatsregierung noch nichts oder sehr wenig geschehe. Ich will aber nur betonen, daß wir z. B. aus meinem Etat jährlich 400000 M. dem Kaiserin Auguste-Victoriahaus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit geben, daß wir ferner 15000 M. zur Ausbildung von Hebammen für Säuglingspflege auch aus dem Fonds meines Etats bewilligen. Also es geschieht schon immerhin einiges, wenn auch noch nicht genügend, wie ich zugeben will. Nun ist die weitere Bereitstellung von Staatsmitteln für die Säuglingsfürsorge in der Ministerialkommission eingehend erörtert worden. Zwischen meinem Ressort und dem des Herrn Finanzministers werden unverweilt die Besprechungen darüber eingeleitet werden, ob und welche Mittel hierfür im nächsten Haushalt zur Verfügung gestellt werden können. Den Wunsch des Herrn Vorredners, schon augenblicklich weitere Mittel zur Verfügung zu stellen, bin ich leider außerstande zu erfüllen. Es hat sich ein Weg bei den Verhandlungen mit dem Herrn Finanzminister nicht ergeben, in dieser Beziehung die Wünsche, die ich durchaus für verständlich halte und auch gern unterstütze, zu erfüllen.

Gestatten Sie mir dann noch einige allgemeinere Bemerkungen. Meine Herren Mitarbeiter werden noch Gelegenheit haben, auf Einzelheiten, die hier angeregt worden sind, näher einzugehen. Ich habe die Ehre, m. H., Chef der preußischen Medizinalverwaltung zu sein. Da werden Sie es verstehen, daß es mich mit der allergrößten Genugtuung erfüllt, daß sowohl der Herr Berichterstatter wie auch die ausgezeichneten Reden der drei Herren Vorredner, die wir eben gehört haben, warm und nachdrücklich die **Anerkennung für die preußische Medizinalverwaltung** und für die **Aerzteschaft** überhaupt zum Ausdruck gebracht haben. Ich freue mich dieser Anerkennung insbesondere für meine verdienten Herren Mitarbeiter, ich freue mich aber auch dieser Anerkennung für die gesamte Aerzteschaft, die sie wohl verdient hat. Die Leistungen unserer Aerzte im Kriege und ihre vorbeugende Tätigkeit im Frieden werden — deß bin ich sicher — immer ein Ruhmesblatt in unserer Geschichte bleiben. (Bravo!)

Man hat die erfolgreiche Tätigkeit der Medizinalverwaltung und der Aerzte in der **Seuchenbekämpfung** hervorgehoben. In der Beziehung darf ich Ihnen aus den mir vorliegenden Berichten einige ganz kurze Mitteilungen machen. Wir haben im Jahre 1915 noch sehr erhebliche Fälle von Cholera, Fleckfieber, Pocken und Rückfallfieber gehabt. Diese Krankheiten wurden bei uns eingeschleppt, sind ja allerdings Gott sei Dank nicht zu einer großen Verbreitung gekommen. Im vergangenen Jahre 1916 ist aber eine sehr erheblich günstigere Lage festzustellen. Im allgemeinen kann der Stand der übertragbaren Krankheiten bei der Zivilbevölkerung in Preußen während des Jahres 1916 als durchaus günstig bezeichnet werden. Wir haben Cholera und Rückfallfieber überhaupt nicht gehabt, Fleckfieber nur vereinzelt, eingeschleppt durch Zivilarbeiter aus Polen; nur in 7 Fällen hat eine Uebertragung auf die heimische Bevölkerung stattgefunden. Dagegen haben wir mehr Fälle von Pocken gehabt, und die Seuche ist auch noch nicht unterdrückt — voraussichtlich eingeschleppt durch die zahlreichen wolhynischen Rückwanderer, die wir zum Teil bei uns ja seßhaft gemacht haben, die aber zum Teil im Lande noch ohne Wohnsitz herumziehen. Es sind 30000 solcher Rückwanderer festgestellt. Das sind erfreuliche Zahlen auf der einen Seite,

aber es ist sicher, daß die Verbreitung von Seuchen hierdurch erheblich gefördert wird. Ueber den Stand der Pockenkrankheiten wird nachher, wenn es gewünscht wird, einer der Herren der Medizinalverwaltung noch Mitteilung machen können.

Unter den hier heimischen Infektionskrankheiten — das haben schon die Herren Vorredner erwähnt — hat die Sterblichkeit an Lungen- und Kehlkopftuberkulose immerhin eine Zunahme zu erfahren gehabt; während sie 1915 einen Anstieg von rund 700 Fällen gegenüber 1914 gehabt hat, haben wir im Jahre 1916 vielleicht mit einer Erhöhung um 2000 zu rechnen. Also wir müssen feststellen, daß doch eine erhebliche Zunahme der Erkrankungen an Tuberkulose eingetreten ist. Selbstverständlich geschieht alles, was möglich ist, um der Krankheit Herr zu werden.

Erfreulich ist, daß Diphtheritis sowohl wie Scharlach bis gegen Ende 1916 einen Rückgang gezeigt haben. Ich will nur einige Zahlen mitteilen. Hinsichtlich der Diphtheritis haben wir im ersten Vierteljahr 1916 rund 38000 Fälle gehabt; sie sind im dritten Vierteljahr auf 22000 zurückgegangen. Beim Scharlach hatten wir im ersten Vierteljahr 1916 24000 Fälle und im dritten Vierteljahr 1916 nur 14000. Auch das sind erfreuliche Zahlen. Wir glauben, daß diese Abnahme auch zurückzuführen ist auf die zunehmende Aufklärungsarbeit, die überall, soweit wie irgend möglich, eingesetzt hat, namentlich in der Richtung, daß baldmöglichst bei Diphtheritis und Scharlach der Arzt zugezogen wird, um dadurch zu versuchen, der Krankheit schnell Herr zu werden. Sehr gut haben auch die Fürsorgeschwestern bei der Bekämpfung von Diphtheritis- und Scharlachfieber gewirkt.

Beim Typhus ist gegen das Vorjahr eine erhebliche Abnahme festzustellen. Die Ziffern im Jahre 1916 sind nur noch wenig höher als die entsprechenden aus den letzten Jahren vor dem Kriege. Einschleppungen aus dem Felde haben sich nur in ganz wenigen Fällen feststellen lassen. Dagegen haben wir mit der Ruhr im Jahre 1916 noch ziemlich zu tun gehabt. Hier waren Einschleppungen aus dem Felde festzustellen. Aber auch diese Krankheit ist, wenn auch nicht ganz verschwunden, doch beinahe ganz, jedenfalls in erheblich geringerem Maße vorhanden.

M. H.! Sie ersehen aus diesen Mitteilungen den durchaus günstigen Stand hinsichtlich der Seuchenbekämpfung, und wie hervorragend die Maßnahmen gewirkt haben, die von der Medizinalverwaltung und der Aerzteschaft zur Bekämpfung der Seuchen angewandt wurden.

Es ist von den Herren Vorrednern die schwere Frage der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten berührt worden. Auch darüber wird sich der Herr Ministerialdirektor nachher noch äußern. Ich möchte nur erwähnen: ich halte es als die selbstverständliche Pflicht der Staatsregierung, alles zu tun, was in ihren Kräften steht und menschenmöglich ist, um der Seuche, wenn auch nicht Herr zu werden, was wir ja leider ganz nicht erhoffen können, aber sie doch nach Möglichkeit einzuschränken. In diesem Sinne haben sehr gut gewirkt die Beratungsstellen, die von der Reichsversicherungsverwaltung eingeführt worden sind. Ich kann sowohl die Bestrebungen des verehrten Generalobersten von Bissing wie auch die eifrige Tätigkeit des verdienstvollen Präsidenten des Reichsversicherungsamts hier mit großer Anerkennung hervorheben. Diese Beratungsstellen müssen soweit wie irgend möglich in allen größeren Städten vermehrt und, wo sie noch nicht vorhanden sind, eingeführt werden. Von diesen Beratungsstellen können wir sehr viel Gutes erhoffen.

Es ist dann auf die **Schweigepflicht der Aerzte** hingewiesen worden. Das ist ein sehr schwieriges Thema. Ich gebe vollkommen zu, daß man mit der Aufhebung der Schweigepflicht der Aerzte eine schnellere und sichere Heilung erzielen könnte. Anderseits aber wollen Sie nicht verkennen, daß das Vertrauen zu den Aerzten durch die Beseitigung der Schweigepflicht abnehmen, und daß vor allen Dingen der gewiß nicht gewünschte Zustand eintreten könnte, daß Kranke aus Besorgnis, ihre Krankheit könnte durch den Arzt bekannt werden, diesen nicht aufsuchen würden. Das verdient jedenfalls Beachtung.

Meine Herren, über die hochwichtige Frage der **Bekämpfung des Geburtenrückganges** habe ich mich im vorigen Jahre von dieser Stelle aus eingehend ausgesprochen. Ich habe diese Frage damals als eine der bedeut-

samsten, ja, als die Frage der Zukunft unseres Vaterlandes bezeichnet. Ich stimme mit H. Abg. Dr. Kaufmann vollkommen darin überein, daß sie auch eine religiös-ethische Frage ist. Ich habe damals gesagt, es handle sich nicht nur um eine wirtschaftliche, nicht nur um eine soziale Frage, sondern um eine Frage tiefsittlicher Natur; deshalb sei es notwendig, daß die gesamte Bevölkerung zur Mitarbeit bei der Bekämpfung dieses Uebels aufgerufen werde, und daß Kirche, Schule, Elternhaus sowie alle Berufe und Organisationen dazu beitragen müßten, dem Uebel abzuhelfen. Das ist sicherlich wahr. In Einzelfragen gingen, glaube ich, die Herren Vorredner verhältnismäßig wenig auseinander, jedenfalls weniger als es vielleicht den Anschein haben könnte. So gewiß dem zuzustimmen ist, was H. Abg. von Kessel und H. Abg. Dr. Kaufmann über einzelne wissenschaftliche Aeußerungen angeführt haben, so sicher kann man auch mit H. Abg. Rosenow übereinstimmen, der die größte Sorge für das uneheliche Kind und die tunlichste Sorge für die uneheliche Mutter dringend forderte. Das ist unsere Pflicht, und das haben auch die beiden anderen Herren Redner anerkannt. Es ist eine Pflicht religiöser, sittlicher, menschlicher und sozialer Natur, der wir uns unter keinen Umständen entziehen können. Wenn wir diese Pflicht erfüllen, dann nutzen wir dem gesamten Vaterlande; denn es gilt hier, das uneheliche Kind vor schädlichen Einflüssen zu bewahren und, soweit es irgend möglich ist, zu einem nützlichen Mitgliede der menschlichen Gesellschaft zu machen. Diese Pflicht liegt uns gerade in der jetzigen Zeit besonders ob. Nun wurde im vorigen Jahre die Notwendigkeit betont, die Arbeiten auf diesem Gebiete so weit und so schnell als irgend möglich zu fördern. Herr von Kessel sagte — und darin stimme ich ihm zu —, man solle nicht etwa warten, bis nun das ganze Gebiet geprüft und bearbeitet sei, sondern man solle eine Maßregel, sobald man sie geprüft und als nützlich anerkannt habe, alsbald in Vollzug setzen. Das ist unbedingt richtig, das soll und muß geschehen. Sie wissen, m. H., daß die Ministerialkommission, die in meinem Ministerium zur Prüfung dieser wichtigen Frage zusammengetreten ist, unter Zuziehung der besten Sachverständigen und unter Zuziehung von Mitgliedern des Landtags und des Reichstags und auch von Frauen eine große Zahl von Sitzungen abgehalten hat. Dort ist einmal die Frage behandelt worden: wie ist dem bedrohlichen Geburtenrückgange abzuhelfen, ferner wie ist das Wachstum der Bevölkerung zu fördern, und wie ist die Säuglingssterblichkeit und überhaupt die Sterblichkeit zu vermindern? H. Abg. Rosenow hat schon einzelne Aufgaben, die in der Kommission behandelt sind, hervorgehoben; ich möchte hier nur wiederholen: es sind einmal eine Reihe von sozial-hygienischen Maßnahmen beraten worden, und hierunter fallen die weitgehende Verbesserung der Säuglingsfürsorge und des Mutterschutzes, eine gründliche Hebammenreform, die nach meinem Dafürhalten ebenso notwendig wie unaufschiebbar ist, eine Verbesserung des Haltekinderwesens und der Rechtsstellung des unehelichen Kindes, die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, sanitätspolizeiliches gesetzgeberisches Einschreiten gegen Verkehr mit empfängnisverhütenden und ähnlichen Mitteln. Alle diese Fragen sind eingehend erörtert worden.

Der H. Abg. Kaufmann hat mit Recht auf die wünschenswerte Mitarbeit der Kirche hingewiesen und hat erklärt, daß die Kirche in dieser Beziehung auch durchaus bündnisfähig wäre. Ich erkenne das vollkommen an. Die Kirche wird gerade auf dem Gebiete der Aufklärung sehr viel helfen können. Wir haben ja auch diese Frage der Aufklärung in der Kommission unter Zuziehung von Vertretern der evangelischen und der katholischen Kirche eingehend behandelt und sind dort, glaube ich, zu übereinstimmenden Beschlüssen gelangt.

Weiterhin sind in der Ministerialkommission besondere wirtschaftliche und steuerpolitische Maßnahmen behandelt worden mit dem Ziele der Begünstigung kinderreicher Familien. Steuerliche Maßnahmen sind ja vorhin auch schon erörtert worden. Die Ledigensteuer kann in Frage kommen. Beachtung verdient auch die Anregung, die einer der Herren Vorredner gebracht hat, daß man die Mittel, die durch eine solche Steuer aufkommen, nun auch möglichst wieder zu einer Förderung des Bevölkerungsproblems verwendet.

Ferner hat der H. Abg. Kaufmann darauf hingewiesen, daß mit diesen

Fragen eng zusammenhängen die Fragen der Bekämpfung der Landflucht = ich stimme mit ihm ganz darin überein —, der Kräftigung des kleinwirtschaftlichen Besitzes, die Frage der Dezentralisation der Industrie, der Kultivierung der Oedländereien und der Förderung der Kriegerheimstätten. Auch darin stimme ich mit dem H. Abg. Kaufmann überein, daß die 10 Millionen Mark, die durch freiwillige Beiträge für diesen Zweck zusammengekommen sind, ein zu geringes Kapital sind, und daß hier mehr geschehen muß. Es ist eine dringende Pflicht, unseren zurückkehrenden Kriegern womöglich ein eigenes Heim zu schaffen. Wenn wir das tun, so erfüllen wir auch eine soziale und eine vaterländische Pflicht, die wir uns nicht entziehen wollen. (Bravo!)

Dann haben die Herren Vorredner auf den Wert der Kindergärten, der Kleinkinderschulen, der Krippen und dergleichen hingewiesen. Ich stimme mit ihnen darin durchaus überein, daß solche Einrichtungen in jeder Beziehung der Förderung bedürfen. Es ist sehr dankenswert, wenn von privater Seite solche Einrichtungen geschaffen werden. Aber da, wo es nötig ist, namentlich in großen Städten, müssen auch öffentliche Mittel bereitgestellt werden, um sie zu fördern. Ich sehe es auch durchaus als eine Aufgabe der Staatsregierung an, so weit wie möglich hier helfend einzugreifen.

M. H., das gesamte Material, das in den Beratungen der Ministerialkommission gewonnen worden ist, wird jetzt gesichtet und durchgearbeitet und wird dann die Grundlage für die Entschlüsse der Staatsregierung bilden. Sie alle wollen überzeugt sein, daß die Staatsregierung die Fragen, um die es sich hier handelt, für außerordentlich wichtig und dringend hält. Wenn ich nun auch noch nicht in der Lage bin, heute Einzelheiten von den Vorschlägen mitzuteilen, denen wir nachgehen wollen, so können Sie doch versichert sein, daß wir alles daransetzen werden, diese Fragen so schnell wie möglich zum Abschluß zu bringen und sie, soweit sich die Maßregeln als nützlich und notwendig erweisen, in Vollzug zu setzen. Ich bin fest überzeugt, daß der Landtag der Monarchie niemals versagen wird, wenn es gilt, der Staatsregierung seine Unterstützung auf diesem Gebiete zuteil werden zu lassen. Darin bin ich ja nur bestärkt worden durch die warmherzigen Reden, die wir eben gehört haben, Reden, die von tiefem Ernst durchdrungen waren, und die auf alle Zuhörer gewiß den Eindruck gemacht haben, daß die Herren, die auch im Namen ihrer Fraktionen gesprochen haben, die große Bedeutung der Fragen vollauf erkannt haben und an ihrem Teil gern dabei mitwirken wollen, sie zu einem gedeihlichen Abschluß zu bringen. (Bravo!)

Abg. **Haenisch** (Soz.-Dem.) bedauert zunächst den außerordentlich schlechten Besuch, den das Abgeordnetenhaus aufweist. Die Dinge, die heute besprochen werden, wirken nach außen hin nicht so sensationell wie die wirklich hochwichtigen Verhandlungen in den letzten drei Tagen, und sie erwecken auch in der Presse nach früheren Erfahrungen nicht das Echo, das solche großen staatspolitischen Debatten zu erwecken pflegen, aber in der Sache gibt es in dem ganzen großen preußischen Etat kaum ein einziges Gebiet, das wichtiger und bedeutungsvoller wäre für die ganze Zukunft unseres Volkes, als das heute zur Erörterung stehende und darum wäre auch ein sehr viel besser besetztes Haus gewünscht. Es handelt sich hier bei diesem Gesundheitsetat — so möchte Redner das Medizinalwesen lieber umtaufen und verdeutschen — um Menschenleben, Menschengesundheit und Menschenglück, diese wahrhaft höchsten Güter der Nation, zu erhalten, zu fördern und zu vermehren. Durch die Ereignisse des Krieges ist das **Gesundheitswesen** zu einer eminenten Bedeutung gelangt und wird nach dem Kriege und gerade durch die Erfahrungen, die der Krieg uns gebracht hat, immer mehr in den Mittelpunkt unseres ganzen politischen Lebens kommen, zu einer der wichtigsten Zentralfragen unseres politischen Lebens werden. Darum wird es sich auch nicht lange mehr aufrecht erhalten lassen, daß das Gesundheitswesen ein Anhängsel des Ministeriums des Innern bleibt, wie es früher ein Anhängsel des Kultusministeriums war. Bei seiner von Jahr zu Jahr wachsenden Bedeutung werden wir über kurz oder lang dahin kommen müssen, für Preußen ein **eigenes Gesundheitsministerium** zu schaffen, das aber von freiheitlichem, modernem und in jeder Beziehung sozialpolitisch-fortschrittlichem Geiste beseelt

sein müßte. Hoffentlich wird uns dieses besondere Ministerium für Gesundheitswesen als eine Frucht der Neuorientierung bei der beabsichtigten Reform der preußischen Verwaltung beschert werden.

Dem Antrag, die Petition betr. Bekämpfung des Verkehrs mit empfängnisverhindernden Mitteln an die Regierung zur Erwägung zu überweisen, stimmt die Partei des Redners ebenso zu wie dem Antrag Aronsohn, schon jetzt die entsprechenden Mittel für Säuglingspflege bereitzustellen. Etatsrechtliche und finanzielle Bedenken dürfen hierbei durchaus nicht in Frage kommen, sondern das Geld muß auf diese oder jene Weise flüssig gemacht werden. Dasselbe gilt betreffs der Forderung, daß die während des Krieges eingeführte Reichswochenhilfe zu einer dauernden Pflichtleistung der Krankenkassen gemacht werden muß.

Das **Bevölkerungsproblem** hat in den letzten Jahren in den Vordergrund bei der Beratung des Medizinaletats gestanden und zwar mit Recht, da es sich hier um die Daseinsfrage, die Schicksalsfrage, die Zukunftsfrage unseres ganzen Volkes handelt. Der schwere und furchtbare Ernst dieser Frage wird am schlagendsten durch den ständig ansteigenden **Geburtenrückgang** in den letzten 36 Jahren bewiesen, seit 1876 von 40,9 auf 28,2 ‰, also eine Abnahme von nicht weniger als 25 % und zwar ist diese Abnahme seit dem Beginn dieses Jahrhunderts bis 1912 dreimal so schnell vor sich gegangen als in den vorangegangenen 25 Jahren. In einzelnen Großstädten sind diese Verhältnisse noch wesentlich schlimmer; in Berlin beträgt z. B. die Abnahme mehr als 50 %. Wenn trotzdem die erfreuliche Tatsache zu verzeichnen ist, daß wir in Deutschland noch keine absolute Abnahme der Bevölkerung zu verzeichnen haben, wie in Frankreich, so haben wir dies nur dem Umstande zu verdanken, daß es uns gelungen ist, auch die Sterblichkeitsziffern im Laufe der letzten Jahrzehnte wesentlich herabzusetzen, von 26 auf 14 ‰. In dieser erfreulichen Abnahme haben wir ein Ergebnis der zwar langsamen, aber sicher ansteigenden Verbesserung unserer allgemeinen hygienischen Verhältnisse zu sehen, der Verbesserung der Trinkwasserverhältnisse, der Verbesserung der Kanalisation usw., die als eine Folgewirkung des nicht zum kleinsten Teile des wirtschaftlichen und politischen Kampfes der deutschen Arbeiter anzusehen ist (Sehr richtig!). Trotz jener günstigen Ergebnisse bewegen wir uns leider aber schon stark in der Richtung der französischen Verhältnisse, an deren Ende der absolute Bevölkerungsrückgang steht. Durch den Krieg sind nun alle diese höchst bedrohlichen Erscheinungen naturgemäß noch wesentlich verschlimmert worden, denn wir haben in diesem Kriege auf den Schlachtfeldern nicht nur viele Hunderttausende von Männern, sondern gerade die gesundesten und zeugungskräftigsten Männer unseres ganzen Volkes verloren und damit die beste Zeugungskraft vieler künftiger Generationen (Sehr wahr! bei den Sozialdemokraten). Unsere ganze industrielle Entwicklung, unsere ganze Stellung als weltpolitisches und als weltwirtschaftliches Volk fällt wie ein Kartenhaus zusammen, wenn die dazu erforderliche Vorbedingung der steigenden Bevölkerung nicht mehr gegeben ist. Darum ist es keine Redensart und keine Uebertreibung, wenn man hier nicht von einer Schicksalsfrage, sondern von der Schicksalsfrage des deutschen Volkes redet. — Der Bevölkerungsrückgang wird von der einen Seite auf ethische, von der anderen auf soziale Ursachen zurückgeführt; Redner sieht selbstverständlich als Sozialdemokrat den Urgrund des Uebels in sozialen Mißständen. (Sehr richtig! bei den Sozialdemokraten.) Er bestreitet zwar keineswegs, daß es gewisse dünne Schichten der übersättigten Groß-Bourgeosie gibt, wo die Frauen aus Eitelkeit, Genußsucht, aus Bequemlichkeit möglichst gar keine Kinder kriegen wollen und das manche Schichten des höheren Beamtentums und andere Kreise in dieselbe Kategorie zu werfen sind, aber diese Bevölkerungsschichten sind doch zahlenmäßig viel zu gering, um den Geburtenrückgang als das zu erklären, was er doch nun einmal leider ist: als eine soziale Massenerscheinung! Wenn im Vorjahre der Abg. Lohmann einen so engen Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Geburtenrückgang bestritten hat mit der Begründung, daß der Geburtenrückgang gerade in die Zeit eines sehr starken wirtschaftlichen Aufschwunges falle, so ist seine Schlußfolgerung falsch. In den sozial ganz tief stehenden Bezirken, wo von moderner Arbeiterbewegung noch keine Rede ist, ist der Arbeiter allerdings

nichts anderes als ein „Proletarier“, d. h. ein „Nachkommenerzeuger“; er kennt eben außer dem Alkoholgenuß kaum etwas anderes als an den Geschlechtsgenuß, denkt nicht über den Tag hinaus und setzt wahllos Kinder in die Welt, ohne an die Gesundheit seiner Frau und die Zukunft der Kinder zu denken. Ist der Arbeiter aber den politischen Organisationen beigetreten, dann wächst sein soziales und persönliches Pflichtbewußtsein und veranlaßt ihn, seine Kindererzeugung in gewissem Sinne zu regeln, nicht mehr Kinder ziellos in die Welt zu setzen. Hiergegen gibt es nur ein wirksames Mittel. Man verbessert die Lage des Arbeiters soweit durch soziale Reformen, durch Lohnerhöhung, durch Arbeitsverkürzung, bessere Wohnungen und andere sozialpolitische Maßnahmen, damit er künftighin eine vermehrte Kindererzeugung mit gutem Gewissen vor seinem eigenen Pflichtbewußtsein verantworten kann. Die Betrachtung, daß er etwa dem Beispiele der Tiergartenbewohner folgen könne, ist unbegründet. Als praktische Maßregel sozialpolitischer Art zur Bekämpfung des Geburtenrückgangs kommt deshalb vor allem die Verbesserung des **Wohnungswesens** in Betracht; die Inangriffnahme einer großzügigen Wohnungsreform gehört zu einem der wichtigsten Teilprobleme unserer ganzen Bevölkerungspolitik. Die Bestrebungen des Bodenreformers Dammaschke für Beschaffung von Kriegerheimstätten sind daher in höchstem Maße unterstützungswert; sie hängen aufs engste mit der Frage der inneren Kolonisation zusammen, der die Regierung leider durch das neue Fideikommißgesetz große Schwierigkeiten bereitet. Die zum Bau von Kriegerheimstätten bisher von privater Seite zusammengebrachten 10 Millionen Mark sind aber nur ein Tropfen auf den heißen Stein; hier handelt es sich überhaupt um eine wichtige Aufgabe des Staates und des Reiches (sehr richtig!), zu deren Durchführung große Mittel bereitgestellt werden müssen.

Von außerordentlich großer sozialer Bedeutung für die Bevölkerungspolitik ist ferner die Frage der **Frauenarbeit.** Gegen die Beschäftigung der Frauen in gesundheitsschädlichen Betrieben, in Bergwerken unter Tage sowie in den Feuerbetrieben der Großindustrie kann nicht scharf genug Einspruch erhoben werden (Sehr wahr! bei den Sozialdemokraten). Redner ist als Sozialdemokrat kein grundsätzlicher Gegner jeder Frauenarbeit, wohl aber ein schroffer Gegner der Beschäftigung der Frauen zu niedrigen Löhnen in gesundheitsgefährlichen Betrieben sowie in solchen Betrieben, deren Eigenart sie daran hindert, ihren wichtigsten und natürlichsten Pflichten, den Mutterpflichten, nachzukommen.

Eine weitere sehr wichtige Maßnahme zur Erhöhung der Bevölkerungszahl ist dann die **Erleichterung der Eheschließung.** Wenn man die Zahl der unehelichen Kinder herabdrücken will und in den ehelichen Kindern das wichtigste Element der Bevölkerungszunahme erblickt, dann muß vor allem den geistigen Berufen, den Lehrern, den unteren und mittleren Beamten, den Kaufleuten usw. die materielle Möglichkeit gegeben werden, möglichst frühzeitig zu heiraten, damit sie möglichst wenig auf vorehelichen Geschlechtsverkehr angewiesen sind. Alle Maßnahmen, die nach dieser Richtung hin wirken, das heißt also eine Erhöhung des Einkommens der technischen und kaufmännischen Beamten und ihre größere wirtschaftliche Sicherstellung, eine Erhöhung der Gehälter der unteren und mittleren Beamten, Berücksichtigung der kinderreichen Beamten beim Gehalt wie bei der Steuerzahlung usw. werden die Freunde des Redners stets auf das wärmste unterstützen (Sehr richtig! bei den Sozialdemokraten). Von allen diesen Maßnahmen ist im Kampfe gegen den Geburtenrückgang sehr viel mehr Erfolg zu erwarten als von der **gewaltsamen Verhinderung des Vertriebs antikonzeptioneller Mittel.** Jedenfalls soll man sich hierbei von allen Gewaltsmaßnahmen fernhalten! Man hüte sich, mit plumper Hand in die Intimitäten des Schlafzimmers einzugreifen! Insbesondere sollte man auch den Aerzten nicht die Anwendung Empfängnis verhütender oder die Schwangerschaft unterbrechender Mittel in solchen Fällen verbieten, in denen es die Gesundheit der Frau gebietet. Das kann man ruhig der Gewissenspflicht der Aerzte überlassen! Wenn sich Aerzte gegen ihre Gewissenspflicht solche Eingriffe erlauben, so tun sie es gewiß in sehr vielen Fällen auch nur aus einer gewissen sozialen Notlage heraus; denn es gibt auch ein Aerzteproletariat besonders in großen Städten. Man stelle daher die Aerzte besser, dann werden sie auch solchen Versuchungen zu widerstehen

vermögen. Nicht nur das Geburtshilfewesen, sondern die ganze ärztliche Hilfeleistung sollte überhaupt verstaatlicht werden. Man möge die Aerzte aus privaten Erwerbszweigen zu Staatsbeamten machen, man stelle sie sozial so gut, daß sie vor diesen Versuchungen bewahrt bleiben.

Bei der Frage des Verbotes antikonzeptioneller Mittel fällt aber vor allem ins Gewicht, daß diese Mittel auch zur Verhütung der Uebertragung von Geschlechtskrankheiten dienen, man würde also genau das Gegenteil durch ein solches Verbot herbeiführen und dadurch eine Zunahme der Geschlechtskrankheiten im höchsten Maße noch steigern, also einfach den Teufel durch Beelzebub austreiben; denn auch die Zahl der syphilitisch geborenen Kinder würde zunehmen.

Die **Säuglingssterblichkeit,** insbesondere der unehelichen Kinder ist noch immer eine so sehr große, daß ihre Bekämpfung mit allen Mitteln angestrebt werden muß, erreichen doch von den ehelichen Kindern das erste Lebensjahr 696, von den unehelichen dagegen nur 332, das 19. Lebensjahr 512 gegen 136. In der Aenderung dieser ungeheuerlichen Zustände haben wir wirklich keine Zeit mehr zu verlieren. Die etatsrechtlichen Bedenken betreffs Bereitstellung größerer Mittel schon in diesem Etat zur Förderung der **Säuglingsfürsorge** kann man unter keinen Umständen gelten lassen. Hier ist nicht nur Hilfe, sondern schnelle Hilfe dringend nötig! Erfahrungsgemäß ist unter der ärmeren Bevölkerung infolge der schlechten Wohnungsverhältnisse, der schlechten Ernährungsverhältnisse usw. die Sterblichkeit viel größer als in den Wohnbezirken der Besitzenden. Auch hier heißt es also: mehr Sozialpolitik, die tausendmal wichtiger ist als alle Moralpredigten zusammen genommen. Auch eine Aenderung unserer Rechtsverhältnisse betreffs der Exceptio plurium ist notwendig, damit über die Suche nach dem Vater des unehelichen Kindes dieses selbst nicht inzwischen zugrunde geht. Eine bessere Rechtstellung des unehelichen Kindes und seiner Mutter ist unbedingt erforderlich. Der berüchtigten Engelmacherei wird man am wirksamsten durch eine bessere Ausbildung und durch eine bessere Besoldung der Hebammen Einhalt tun. Notwendig ist weiter eine Reform und bessere Beaufsichtigung des Haltekinderwesens. An die Säuglingspflege muß sich unmittelbar eine **Kleinkinderpflege** in größerem Maßstabe anschließen. Ebenso muß die Reichswochenhilfe zu einer dauernden Pflichtleistung ausgestaltet werden. Die Durchführung aller dieser Maßnahmen wird allerdings viel Geld kosten; aber wir haben uns während des Krieges daran gewöhnen müssen, mit Riesenziffern zu rechnen und ungeheure Summen zu bewilligen für Zwecke der Zerstörung und Vernichtung, um so mehr müssen wir zur Bewilligung von Geldern bereit sein, wo es sich um Wiederaufbau, um Mehrung und Erhaltung von Menschenleben handelt. Die nötigen Gelder müssen aufgebracht werden, und diese Notwendigkeit darf einfach nicht an dem etatrechtlichen Widerstand des Finanzministers scheitern. Der Worte sind genug gewechselt; es ist Zeit, daß wir endlich auch Taten sehen!

Die **Ernährungsschwierigkeiten** im Kriege haben bei einem allerdings nur sehr dünnen Bevölkerungskreise, der schon vor dem Kriege an einer Ueberernährung, an einer übermäßigen Zufuhr besonders von fleischlichem Eiweiß gelitten hat, wie eine Art Entfettungskur gewirkt und manchen eine Reise nach Karlsbad erspart. Die spezialärztlichen Sprechstunden sind verödet, seitdem die eiweißärmere, derbere Kriegskost eingeführt ist; denn die Stoffwechselerkrankungen sind in erfreulicher Weise unter dem Einfluß der veränderten Kriegsernährung zurückgegangen. Auch Erkrankungen an bösartigen Geschwülsten, besonders an Krebs der Verdauungsorgane, sind während der Kriegsdauer zurückgegangen; der beste Beweis, daß diese Leiden usw. in engem Zusammenhang mit dem Stoffwechsel, mit den Ernährungsverhältnissen stehen, was hoffentlich nach dem Kriege für die so sehr wichtige Krebsforschung und Krebstherapie nutzbar gemacht wird. Weit größer sind allerdings jene anderen Schichten, auf deren Gesundheit die Kriegskost in höchst ungünstigem Sinne eingewirkt hat, nämlich jene Schichten, die schon vor dem Kriege sehr mangelhaft ernährt waren, und bei denen infolge der Kriegskost vielfach eine Unterernährung eingetreten ist. Dies gilt namentlich betreffs der Schulkinder. Wenn auch vielfach behauptet wird, daß der Gesundheitszustand der Schulkinder während des Krieges recht erfreulich sei, so ist doch in anderen Orten nachgewiesen, daß die Körpergröße der Schulkinder unter dem Einfluß

der Kriegsernährung zurückgegangen ist; es hat sich eine weit stärkere Ermüdbarkeit als vor dem Kriege gezeigt, so daß wir in diesen Dingen doch nicht allzu optimistisch sein dürfen. Infolge des mangelnden Fettes, der fehlenden Milch usw. wird voraussichtlich auch die Widerstandsfähigkeit der kindlichen Körper für die nächsten Jahre nach dem Kriege herabgesetzt bleiben. Deshalb müssen Schulspeisungen in erheblichem Umfange in die Wege geleitet und vor allem dafür gesorgt werden, daß die Kinder mehr Milch bekommen und der Milchpreis, wie dies in Berlin beabsichtigt ist, nicht auf einen Schlag um acht Pfennige für das Liter, von 36 auf 44 Pfennig erhöht werden soll! (Hört, hört!) Das ist geradezu gemeingefährlich, das ist Kindermord schlimmster Art! Diese Milchpreiserhöhung muß unter allen Umständen unterbleiben und darauf hingewirkt werden, daß eine Verbilligung und eine größere Zufuhr von Milch nach Berlin und auch nach den Industriegebieten Rheinland und Westfalen und anderen Industriegebieten und Großstädten erfolgt.

Die Verschlechterung der Kriegsernährung hat auch ungünstig auf die Zahl der Erkrankungen und Sterbefälle an **Tuberkulose** eingewirkt. Zur Verbesserung der Ernährung der Tuberkulösen sollte deshalb alles geschehen und in der Ausstellung ärztlicher Milch- und Fett-Atteste für solche Kranken so weitherzig vorgegangen werden wie irgend möglich. Nach dem Kriege ist nicht nur die Heilstättenbehandlung der Tuberkulösen weiter auszubauen, sondern auch dafür zu sorgen, daß nach dieser Behandlung die Tuberkulösen in solchen Arbeitsbetrieben und Wohnverhältnissen untergebracht werden, die für sie möglichst wenig gesundheitsschädlich sind. Wir haben während des Krieges an militärischer Organisation Unglaubliches zustande gebracht, was vor drei Jahren niemand für denkbar gehalten hat. Da müssen wir es auch zu Wege bringen, daß auf dem Gebiete des Gesundheitswesens derartige großzügige Einrichtungen geschaffen werden.

Die **Geschlechtskrankheiten** haben erfahrungsgemäß bisher nach allen Kriegen eine starke Zunahme erfahren; mit dieser Tatsache wird man auch nach diesem Kriege rechnen können. Die Beibehaltung der im Laufe des Krieges eingerichteten Beratungsstellen ist deshalb lebhaft zu begrüßen. Zugleich möchte Redner aber auch die Medizinalverwaltung möglichst dringend vor dem Salvarsanoptimismus warnen; denn das Salvarsan ist nach den von dem Polizeiarzt Dr. Dreuw und anderen Autoritäten auf dem Gebiete der Geschlechtskrankheiten erhärteten Tatsachen ein außerordentlich zweischneidiges Mittel. Dagegen sollte man der mit dem Kriege erfolgten Zunahme von Herz-, Nieren- und Nervenkrankheiten durch eine stärkere Bekämpfung des Alkohol- und Tabakmißbrauches entgegenwirken. Die alkoholfreie Mobilmachung hätte auch weiterhin beibehalten werden sollen. Für die Nervenkrankheiten sind nach dem Kriege Nervenheilanstalten zu schaffen, analog den Schwindsuchtsheilstätten; die Nervenkrankheiten sind ebenso wie die Schwindsucht in ihren Anfangsstadien bei vernunftgemäßer Behandlung durchaus heilbar. Diese Heilstätten würden ein Segen für Tausende und Abertausende sein.

Erfreulich ist die Tatsache, daß wir während des Krieges nicht nur im Lande drinnen, sondern auch draußen an der Front, von großen allgemeinen **Kriegsseuchen** verschont geblieben sind. Dem Aerztepersonal an der Front und in der Heimat gebührt unser wärmster Dank und unsere rückhaltlose Anerkennung für alles, was sie in vorbildlicher, aufopfernder Pflichterfüllung in der Bekämpfung der Seuchen während des Krieges geleistet haben. Dieser Dank gebührt aber auch den Krankenschwestern, dem gesamten Sanitäts- und Hilfspersonal, das im Felde draußen oft unter den denkbar schwierigsten Verhältnissen, unter den denkbar größten Gefahren seine Pflicht treu erfüllt hat. Inwieweit die Schutzimpfungen gegen Pocken, gegen Typhus und auch gegen Cholera an dem Zurückgehen der Kriegsseuchen beteiligt sind, ist noch eine umstrittene Frage, die auf Grund des ungeheuren Tatsachenmaterials, das sich für und gegen diese Impfung angehäuft hat, noch der Aufklärung bedarf. Jedenfalls haben auch andere Momente einen großen Anteil an diesen Erfolg, insbesondere die Verbesserungen der allgemeinen sanitären Verhältnisse: die Beschaffung von gutem Trinkwasser, Badegelegenheiten, Entlausungsanstalten usw., sowie vor allem auch die guten Absperrungsmaßnahmen. Auch die jahrelange sogenannte Naturheilbewegung, die physi-

kalisch-diätetische Heilmethode, die ihren obersten Grundsatz in der Vorbeugung von Krankheiten sieht durch vernunftgemäßes Leben, hat in dankenswerter Weise die Erziehung des Volkes im Sinne einer hygienischen Lebensweise gefördert und dadurch zu dessen Gesunderhaltung wesentlich beigetragen. Dasselbe gilt von der vegetabilischen Kost, der besseren Ausmahlung des Mehles und Verwendung zu kräftigem, dunklem Brot — alles Dinge, die durch den Krieg eine höhere Wertschätzung erfahren haben. Auch von offizieller Seite sollten diese Verdienste, die sich die Naturheilbewegung durch ihre Aufklärungsarbeit vor und in dem Kriege selbst erworben hat, mehr anerkannt werden, als dies leider geschieht, und später in den medizinischen Fakultäten unserer Hochschulen auch besondere Lehrstühle für die physikalisch-diätetische Lehrmethode eingerichtet werden.

Alle derartigen Lebensreformbewegungen, vor allem die sehr begrüßenswerten Abstinenzbewegungen sowie alle jene Bewegungen, die es sich zur Aufgabe gestellt haben, die heranwachsende Jugend zu einem besseren, vernünftigeren, gesundheitsmäßigeren Leben zu erziehen, können gar nicht freudig genug begrüßt werden; ihnen müßte die Verwaltung des Gesundheitswesens fördernd gegenüberstehen und sie nach Kräften zu beleben suchen. Schon in den Schulen und zwar nicht bloß in den höheren, sondern auch in Volksschulen müßte ein praktischer und theoretischer **Gesundheitsunterricht** eingeführt werden (sehr richtig! bei den Sozialdemokraten); denn die allermeisten Menschen haben heute von ihrem Körper, von seinen Organen, von den Funktionen der Organe und dem, was von dem Körper frommt und nicht frommt, gar keine Ahnung. Jeder Mensch, ob Mann, ob Frau, im Volke muß auf seine Gesundheit als höchstes persönliches und soziales Gut ebensoviel Gewicht legen, wie auf den Erwerb von Geld und Gut, von Ruhm und Ansehen. In der Anregung und Zusammenfassung aller dieser Bestrebungen erblickt Redner eine der wichtigsten Aufgaben des künftigen Gesundheitsministeriums, von dem er bestimmt hofft, daß es nach dem Kriege kommen wird; denn Gesundheitsorganisation ist mindestens ebenso wichtig wie die Heeresorganisation! Wenn irgendwo, so gilt auf diesem Gebiete die Losung: vorwärts und aufwärts! (Bravo! bei den Sozialdemokraten).

Abg. Dr. **Rewoldt** (freikons.) spricht ebenfalls zunächst der **Medizinalverwaltung** und der **Aerzteschaft** einschließlich des Pflegepersonals Dank und Anerkennung aus für alles, was sie in diesem Kriege dem Vaterlande geleistet haben. Die Tatsache, daß 85% unserer Verwundeten wieder befähigt werden, in die Front zurückzukehren, ist in der Tat geeignet, unseren Feinden zu denken zu geben und ihre Hoffnung, es würde uns an Menschen mangeln, zu Schanden zu machen. Die Lösung der wichtigen Frage des **Bevölkerungsproblems** muß von allen Seiten und mit allen Mitteln herangezogen werden; die Frage ist so umfangreich, daß sie über das Ressort des Herrn Ministers des Innern hinausgeht und sowohl die Staatsregierung, als die Bevölkerung in allen ihren Teilen volle Veranlassung hat, sich damit zu beschäftigen. Gesetzgebung und Verwaltung, das Reich und die einzelnen Bundesstaaten müssen sich in gleicher Weise daran beteiligen. Die Bevölkerungspolitik beruht auf dem Werte der Familie für das Volksganze und baut sich auf deren Wohl auf. Deshalb ist auch eine Mutterschaftsversicherung auf Gegenseitigkeit unter Anlehnung an die Reichsversicherungsanstalten anzustreben und vor allem den Gemeinden die gesetzliche Pflicht einer wirksamen Säuglingsfürsorge aufzulegen. Für die Haltekinder muß ebenfalls besser gesorgt und entsprechend den außergewöhnlichen Teuerungsverhältnissen ein erhöhtes Kostgeld von den Gemeinden bezahlt werden. Das Haltekinderwesen bedarf überhaupt einer Neuregelung durch einheitliche Vorschriften; die darüber schon seit Jahren schwebenden Verhandlungen sollten endlich zum Abschluß gebracht werden.

Die Frage der Landflucht und der Schaffung der Seßhaftigkeit auf dem Lande ist auch ein wichtiger Punkt für die Bevölkerungspolitik, die weiterer Erwägungen vorbehalten bleiben muß. Desgleichen bedarf die rechtliche Frage der Alimentierung der unehelichen Kinder einer gesetzliche Neuregelung, um diese Kinder zu ihrem und zum Heile der Allgemeinheit zu nützlichen Mitgliedern der Gesellschaft zu machen. Durch den

Einwand der exeptio plurium kann im Prozeßwege, namentlich jetzt im Kriege, die Entscheidung zum Nachteil des Kindes auf lange Zeit hinausgeschoben werden; ein Einwand, der bei heutiger Auffassung über Bevölkerungspolitik kaum als ethisch und sozial gerechtfertigt anerkannt werden kann; man wird vielmehr auf dem Wege der Reichsgesetzgebung eine Revision vornehmen müssen.

Bei der notwendigen Bekämpfung der **Geschlechtskrankheiten** und der **antikonzeptionellen Mittel** wird man nach einem vernünftigen Mittelweg zu suchen haben, um diese wichtige Frage im Einklang mit den sittlichen Bestrebungen derart gesetzlich zu lösen, daß auch das gesundheitliche Interesse, namentlich mit Rücksicht auf die kommende Generation gewahrt bleibt. Auf die Gründe des **Geburtenrückganges** will Redner nicht näher eingehen; jedenfalls beweist aber die Geschichte aller Völker, daß sich ein solcher Rückgang zu allen Zeiten mit dem Wachsen der äußeren Kultur, mit der Wohlhabenheit und dem größeren wirtschaftlichen Aufstieg in allen Volksschichten eingestellt hat. Die Eltern, die sich in der Kindererzeugung Schranken auferlegen, denken weniger an die Kinder, als an sich und daran, daß sie selbst möglichst viel vom Wohlleben haben wollen und deshalb die Kinderzahl einschränken. Hier liegt ein Konflikt zwischen Pflicht und Recht vor. Es sind daher weniger die sozialen als die sittlichen Anschauungen entscheidend. Deshalb wird das Bestreben darauf gerichtet sein müssen, wieder einer höheren ethischen Auffassung im Lande Geltung zu verschaffen, damit in den Familien wieder ein größerer, sittlicher Ernst einkehrt, was hoffentlich nach dem Kriege der Fall sein wird. Vor allem ist aber dem **Säuglingsschutz** die weiteste Aufmerksamkeit zuzuwenden. In Greifswald sind auf diesem Gebiete die besten Erfolge durch eine praktische Verbindung zwischen der Universitäts-Kinderklinik und einem Säuglingsheim erzielt, das deshalb nur als nachahmenswertes Beispiel dienen kann. Das Zusammengehen wird hier dadurch erleichtert, daß der Direktor der Kinderklinik, Geh. Med.-Rat Dr. Peiper, auch Leiter des Säuglingsheims ist. Er ist zugleich Leiter der von ihm eingerichteten Unterrichtskurse in der Säuglingspflege für Schulmädchen von 12 bis 14 Jahren. Es wurde auch ein Merkblatt verteilt und jedem der Schulkinder in die Hand gegeben, das ganz kurze Auszüge aus den einzelnen Vorträgen des Unterrichts enthält. Das Verständnis der Vorträge wird durch Vorführung geeigneter Lichtbilder sehr erleichtert. Wertvoll sind auch Ausstellungen für Säuglingspflege. In Greifswald ist infolge einer solchen Tätigkeit und Belehrung die Sterblichkeit der ehelichen Kinder von 21,47 % (1901—1905) auf 14,9 % (1906—1915) heruntergegangen und die Brusternährung von 56,7 % (1907) auf 78,1 % (im Jahre 1913) gestiegen. Die durch die Reichswochenhilfe gewährten Stillgelder haben auch für die Brusternährung erfreulich gewirkt; es bedarf in dieser Hinsicht jedoch eine schärfere Aufsicht der Wöchnerinnen durch die Hebammen, worauf die Kreisärzte hinzuwirken haben. Jedenfalls können wir zu allen diesen Bestrebungen, die überall, auch durch die Behörden, in opferwilliger Weise gefördert werden, das Zutrauen und die Hoffnung haben, daß wir in der Bevölkerungspolitik vorwärts kommen werden. Auch die Aerzteschaft wird hier an erster Stelle weiter helfen, desgleichen die Universitäten, die diese Aerzte ausgebildet haben und auch weiterhin die Jugend zu tüchtigen Helfern in der Bevölkerungspolitik heranbilden werden (Bravo! bei den Freikonservativen).

Abg. Dr. **Lohmann** (natlib.) bedauert zunächst, daß diese so bedeutsamen Erörterungen sich vor einem so schlecht besetzten Saale abspielen. (Sehr wahr!) Ueber die Notwendigkeit der **Bevölkerungspolitik** besteht zwar in den Parteien ein solches Maß von Uebereinstimmung wie in keiner anderen politischen Frage, aber die Bedeutung dieser wichtigen Frage ist sowohl im Hause, als im Publikum noch nicht genügend anerkannt; deswegen ist es notwendig, immer wieder in diese Kerbe hineinzuhauen, mit unserer Mahnung vor das Volk hinzutreten. Die Tatsache, daß wir in den letzten Jahrzehnten den stärksten Geburtensturz von sämtlichen europäischen Kulturnationen haben, kennzeichnet am besten den Ernst der Situation. Wir haben sogar einige Vorstädte in Berlin, in denen die Geburtenziffer unter die Pariser Ziffer gesunken ist (von 40 auf 19 ‰). (Hört, hört!) Durch den Krieg ist natürlich die Lage noch verschärfter und ernster geworden. Jedenfalls hat aber der Krieg das Verdienst gehabt, daß auf diese Frage auch die Aufmerksamkeit solcher Kreise

gelenkt worden ist, die vorher abseits gestanden haben. Wenn anscheinend die Franzosen trotz der furchtbaren Kriegsverluste bei ihrem Zweikindersystem bleiben wollen, so mögen sie in ihr Verderben rennen; wir aber wollen ihnen auf diesem Wege zum Abgrund nicht folgen.

Wäre die Ansicht des Abg. Haenisch, daß die Gründe des **Geburtenrückgangs** wesentlich sozialer und nicht ethischer Natur seien und die früheren hohen Geburtenziffern bei der Arbeiterbevölkerung auf dem Proletariertum beruht habe, richtig, dann müßte die Berliner Arbeiterschaft von 1876, die eine Kinderzahl von 45% geschaffen hat, auf einen rein proletarischen Standpunkt gegenüber unserer gegenwärtigen gestanden haben; dann müßte das regelmäßige Sinken der Geburtsziffer in Berlin das Steigen der Arbeiterklasse in ihrer sozialen Selbstachtung genau anzeigen; dann stände der französische Arbeiter sozial und sittlich am höchsten. Dieser Ansicht widerspricht auch, daß die evangelischen Kreise an dem Geburtenrückgang leider stärker beteiligt sind als die katholischen, denn sonst müßte die katholische Industriearbeiterschaft — die sicher nicht wohlhabender ist als die evangelische — kulturell tiefer stehen als die evangelische, die Sterblichkeit dieser katholischen Mütter stärker sein als die der evangelischen und die Militärtauglichkeit der so erzeugten katholischen Kinder geringer sein als die der evangelischen Arbeiterkinder. Betreffs der Mittel zur Beseitigung des Geburtenrückganges stimmt der Redner im wesentlichen mit den Vorrednern überein, warnt aber, darauf zu hoffen, daß nach dem Kriege große Mittel für diese Zwecke neu bereitgestellt werden können, denn alle die Aufgaben, die unser nach dem Kriege harren, sind so ungeheuer zahlreich und werden auch so viel Geld verlangen, weil es sich um den Aufbau unserer Volkswirtschaft handelt, daß wir Aufwendungen und Bereitstellungen von mehr Mitteln unter keinen Umständen erhoffen dürfen. Notwendig ist es allerdings, daß die vorhandenen Mittel grundsätzlich ganz anders verteilt werden und hierbei die Klassen berücksichtigt werden, die dies besonders benötigen. Auch in der Steuer- und Wohnungsfrage sowie in der Beamtenbesoldungsfrage müssen entsprechende Aenderungen und eine Besteuerung nach der Leistungsfähigkeit vorgenommen werden (Sehr richtig! links). Die Abstufung des Wohnungsgeldes nach dem Familienstande ist eine Forderung der einfachsten Gerechtigkeit. Was die **sozialhygienischen Mittel** gegen den Geburtenrückgang betrifft, so ist bei dem Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten scharf zu unterscheiden zwischen den Mitteln, welche geeignet sind, die Empfängnis zu verhindern, und denen, die die Ansteckung verhüten. Den Beratungsstellen sollten die aus dem Felde heimkehrenden Soldaten nach Möglichkeit zugeführt werden, erforderlichenfalls zwangsweise. Die hierbei in Frage kommende ärztliche Schweigepflicht ist übrigens keine absolute, sondern hat ihre Grenze in sittlichen Forderungen größeren Gewichts.

Um die **Säuglingssterblichkeit** noch mehr einzudämmen als bisher, sollte besonders auf die Erbauung der Krankenhäusern hingewirkt werden, die auch für die Bekämpfung der sonstigen Krankheiten nötig sind. Erfreulich ist die während des Krieges eingetretene Abnahme der Kindersterblichkeit auch der unehelichen wenigstens in den Städten; auf dem Lande bleibt in dieser Hinsicht noch viel zu wünschen übrig. Notwendig ist vor allem eine **Hebammenreform,** um die Hebammen mehr zu befähigen, ihrem wichtigen Amte gerecht zu werden. — Daß die Tuberkulose während des Krieges eine größere Ausbreitung gefunden hat, mußte angesichts der schlechten Ernährungsverhältnisse erwartet werden.

Die Einrichtung der **Kiegerheimstätten** stellt eine der wichtigsten Organisationen dar, der wir nur die allergrößten und stärksten Erfolge wünschen können. Alle diese Pläne liegen jedoch in einem weitem Felde, schnelle Schritte sind aber durchaus notwendig, um den Schatz von Kindern, den wir jetzt noch haben, zu retten. — Die von der Regierung vorgeschlagene Einrichtung von **Säuglingsfürsorgestellen** ist ein durchaus gangbarer und wirksamer Weg, in Düsseldorf ist durch eine solche Organisation die Säuglingssterblichkeit von 20 auf 11% heruntergedrückt, ein Erfolg, der zur Nachfolge im allerschärfsten Maße anreizen muß. Die Einrichtung läßt sich auch ohne viel staatliche Hilfe durchführen, denn die Mittel für solche Zwecke fließen aus privaten Kreisen erfahrungsgemäß reichlich und gern. Vor allen Dingen

sind solche Organisationen in der Lage, die erforderlichen Fürsorgerinnen ausfindig zu machen und ausbilden zu lassen. Mit gut ausgebildeten, geschickten, warmherzigen Fürsorgerinnen in jedem Stadt- und Landkreise, die von Dorf zu Dorf reisen, die Stätten der Armut und des Elends aufsuchen, den Müttern mit Rat und Tat zur Seite stehen und den Gemeinderäten, den Waisenräten, den verantwortlichen Faktoren das Gewissen schärfen, kann ganz zweifellos auch ohne Aufwendung großer staatlicher Mittel erreicht werden, daß die Sterblichkeit unserer Kinder auch erheblich geringer wird. Zweckmäßig erscheint auch die Ausgestaltung des Fürsorgeerziehungsgesetzes, damit schon ganz kleine Kinder in die Fürsorgeerziehung gebracht werden können; namentlich die unehelichen, die viel stärker vernachlässigt werden, als die ehelichen. Außerdem ist die Verpflichtung der außerordentlichen Armenlast in der Weise zu erweitern, daß Kreis, Provinz und Gemeinde zusammenwirken, um die übrigen nicht unter die Fürsorgeerziehung fallenden Kinder zu retten und sie zu brauchbaren Menschen heranbilden zu lassen. — Die exceptio plurium aufzuheben, hält Redner aus ethischen Gründen nicht für richtig; der Wegfall dieser Bestimmung wird auch nicht besonders einschneidend wirken, da der ausfindig gemachte außereheliche Vater sehr häufig verschwindet.

Wir werden gewaltige wirtschaftliche Opfer bringen müssen, wenn wir auf diesem Gebiete nicht versagen wollen, Opfer, die uns bis hart an die Grenze des Existenzminimums verweisen werden. Insbesondere wird die besitzende Schicht unserer Bevölkerung noch viel mehr Opfer bringen und dem Mittel- wie dem Arbeiterstande in dieser Hinsicht mit gutem, mit bestem Beispiel vorangehen müssen. Wenn wir aber einmütig und wetteifernd in der Stärke und Nachhaltigkeit des Willens die uns gestellten Aufgaben zu lösen versuchen, dann werden wir auch in diesem Kampfe siegen und den Weg finden, der zum inneren Frieden unseres Landes führt. (Bravo!)

Ministerialdirektor Prof. Dr. **Kirchner**, Regierungskommissar: Der Herr Minister hat schon auf eine große Reihe von Punkten, die hier zur Sprache gebracht worden sind eingehend geantwortet; ich kann mich daher darauf beschränken, einige Punkte noch näher zu erläutern.

Zunächst möchte ich sagen, daß es uns in der **Medizinalverwaltung** und uns als **Aerzte** freudig berührt hat, daß von allen Parteien dieses Hohen Hauses so warm anerkannt worden ist, was die Aerzte, die Zahnärzte, die Krankenpfleger und die Medizinalverwaltung geleistet haben. Wir haben uns bemüht, zum Wohle unseres Volkes jeder an unserem Teile beizutragen, und wenn es gelungen ist, das Land vor Seuchen zu bewahren, so ist es, wie wir anerkennen müssen, nicht nur unser Verdienst. Die Aerzte und die Zahnärzte haben in der Tat im Felde und in der Heimat Hervorragendes geleistet, und auch das Krankenpflegepersonal verdient warme Anerkennung. Daß es gelungen ist, einen so großen Bruchteil der Verwundeten und Kranken wiederherzustellen, ist zum großen Teile ihr Verdienst.

Ich möchte mir demnächst einige Worte gestatten über die Gestaltung der **Gesundheitsverhältnisse und der Sterblichkeit** unter dem Einfluß unserer jetzigen Ernährung; diese Frage ist ja von hoher Wichtigkeit, und ich möchte deswegen darauf eingehen, weil gegenüber gewissen Beunruhigungen, die hier und da aufgetreten sind, einige objektive Mitteilungen erwünscht sein dürften. Gerade heute tagt hier in Berlin der Deutsche Verein für Schulgesundheitspflege; ich habe dort heute vormittag einige Vorträge darüber gehört, wie sich der Gesundheitszustand unserer Schüler während des Krieges verhalten hat, eine Frage, die heute auch hier berührt worden ist. In verschiedenen Städten Deutschlands, in München, Straßburg, Berlin, Charlottenburg, Chemnitz haben von den Schulärzten eingehende Erhebungen über den Gesundheitszustand der Schüler stattgefunden. Wägungen und Messungen von Schulkindern in den Jahren 1914, 1915 und 1916 haben ergeben, daß in den verschiedensten Schulen — Dr. Thiele in Chemnitz erstreckte die Wägungen und Messungen auf mehr als 13600 Schulkinder —, bei diesen Kindern während der letzten beiden Jahre keine Abnahme der durchschnittlichen jährlichen Längenzunahme zu beobachten gewesen ist; im Gegenteil, stellenweise haben die Kinder sogar ein kräftigeres Längenwachstum gezeigt als in Friedenszeiten. Was die durchschnittliche Gewichtszunahme betrifft, so war sie merkwürdigerweise in den höheren Schulen bei den Kindern aus besseren Ständen

geringer als in den Volksschulen bei den Kindern aus ärmeren Familien. Es wird das darauf zurückgeführt, daß in besser gestellten Familien während des Friedens eine gewisse Ueberernährung stattfindet, die Kinder vielfach verhätschelt und mit Schokolade u. dgl. gefüttert werden, was ja jetzt infolge der Knappheit an Luxusnahrungsmitteln nicht mehr möglich ist. Infolgedessen erleiden die Kinder aus besser gestellten Familien eine gewisse Gewichtsabnahme, während von Hause aus weniger verwöhnte Kinder sich trotz der Ernährungsschwierigkeit im Gleichgewicht halten. Allerdings waren die Verhältnisse im Jahre 1916 ein wenig ungünstiger als im Jahre 1915. Das kommt daher, daß wir im Jahre 1915 unter Ernährungsschwierigkeiten eigentlich noch nicht gelitten haben; sie haben ja erst im Jahre 1916 angefangen. Immerhin ist von sämtlichen Schulärzten, die heute zu Wort gekommen sind, auf Grund eines außerordentlich großen Materials hervorgehoben worden, daß die Leistungsfähigkeit der Kinder auch im Jahre 1916 eine gute war, und daß wir für den Augenblick keine Veranlassung haben, uns wegen der Gesundheit unserer Schulkinder zu beunruhigen. Wir müssen sie jedoch sorgfältig im Auge behalten, und es muß gesorgt werden, daß für die Jugend, die Zukunft unseres Volkes, von den vorhandenen Lebensmitteln möglichst viel zur Verfügung gestellt werden; wir Erwachsene haben ja nur den Bestand unseres Körpers zu erhalten, die Kinder aber sollen wachsen und zunehmen, und deswegen brauchen sie verhältnismäßig mehr Nahrungsmittel als wir. Im übrigen ist die jetzt notwendige Verringerung der Menge an Fleisch und auch an Milch, die unseren Schulkindern gewährt werden kann, nicht so sehr zu beklagen, wie man zunächst annehmen könnte; man kann im Gegenteil bemerken, daß die Kinder sich bei einer sehr vegetarischen Lebensweise im großen und ganzen sogar besser befinden. Was die geistige Leistungsfähigkeit der Kinder betrifft, so sind mir darüber Klagen nicht zu Ohren gekommen; sie ist im allgemeinen nicht schlechter als in früheren Jahren.

Nun möchte ich einige Worte bezüglich des Gesundheitszustandes der erwachsenen Personen hinzufügen. Leider liegen uns zuverlässige Zahlen über die Sterblichkeitsstatistik des Jahres 1916 noch nicht vor. Wohl aber habe ich die Sterblichkeitsstatistik für das Jahr 1915 erhalten; sie ist außerordentlich interessant. Danach hat eine Anzahl von Krankheiten während des Krieges sogar abgenommen; besonders gilt das für die Magen- und Darmkrankheiten. Die Todesfälle an Magen- und Darmkrankheiten im preußischen Staate waren im Jahre 1915 beinahe um 30 % geringer als im Jahre 1914. (Hört, hört!) Eine gewisse Beschränkung in unserer Ernährung scheint also für viele von uns segensreich zu sein; wenn dabei auch unser Gewicht um einige Kilogramm zurückgeht, so wird das Allgemeinbefinden dadurch nicht beeinträchtigt. Besonders hat mich interessiert, feststellen zu können, daß wir seit vielen Jahren keine so geringe Sterblichkeit an Krebs gehabt haben wie im Jahre 1915. Namentlich die tödlichen Erkrankungen an Magen und Darmkrebs, die sonst bei Männern und Frauen 80 % aller Krebse zu betragen pflegt, haben 1915 außerordentlich abgenommen.

Es ist weiter sehr bemerkenswert, daß außer dem Krebs auch die übrigen Neubildungen abgenommen haben.

Dagegen hat die Sterblichkeit an Tuberkulose, wie der Herr Minister schon hervorgehoben hat, zugenommen. Wir waren ja stolz darauf, daß es uns gelungen war, die Tuberkulosesterblichkeit in Deutschland in den letzten 30 Jahren von Jahr zu Jahr herabzusetzen. Sie war im Jahre 1913 auf einen Tiefstand angelangt, wie wir ihn noch nie beobachtet hatten. Von je 100000 Lebenden waren im Jahre 1879 325, im Jahre 1913 aber nur noch 137 an Tuberkulose gestorben. Das ist unter dem Einfluß des Krieges wieder schlechter geworden. Schon im Jahre 1914 war die Zahl der Todesfälle an Tuberkulose wieder etwas größer als im Jahre 1913, und im Jahre 1915 sind 6 % mehr Tuberkulosekranke gestorben als im Jahre 1914. Wir müssen leider darauf gefaßt sein, daß die Zahlen für 1916 sich als noch viel größer herausstellen werden. Das wird selbstverständlich unsere volle Aufmerksamkeit erfordern.

Gleichfalls zugenommen hat die Sterblichkeit älterer Personen vom 60. Lebensjahre an; sie ist im Jahre 1915 nicht unerheblich größer gewesen als im Jahre 1914. Das deutet darauf hin, daß die unvermeidlich

gewesene Aenderung in der Ernährung sich in den höheren Lebensaltern in nachteiligem Sinne geltend macht. Wie die Verhältnisse im Jahre 1916 gewesen sind, können wir jetzt noch nicht mit Sicherheit sagen, weil, wie ich bemerkte, die Statistik darüber noch nicht vorliegt. Das, was man von Aerzten und Laien darüber hört, beruht meistens nur auf allgemeinen Eindrücken, die keine maßgebende Unterlage für ein abschließendes Urteil bilden können. Geklagt wird über eine gewisse Nervosität, die ja sicherlich erklärlich ist. Im großen und ganzen aber wird man sagen dürfen, daß die Verhältnisse trotz der Schwierigkeiten der Ernährung keineswegs beunruhigend sind, und daß wir uns dadurch nicht darin beirren zu lassen brauchen, mit aller Kraft zum Wohle unseres Vaterlandes aus- und durchzuhalten. Die Hoffnung unserer Feinde, uns durch Aushungern auf die Knie zu zwingen, wird zweifellos nicht in Erfüllung gehen. (Bravo!)

Ich möchte dann mit einigen Worten auf die Seuchen eingehen, über die von verschiedenen Seiten gesprochen worden ist. Ich kann bestätigen, daß die großen Kriegsseuchen, an denen wir in früheren Kriegen gelitten haben, in diesem Kriege nicht zu verzeichnen gewesen sind. Es ist ja bekannt, daß wir im Kriege von 1866 in der Armee und in der Zivilbevölkerung eine ausgedehnte Choleraepidemie gehabt haben, und daß im Kriege von 1870/71 in der Armee und in der Zivilbevölkerung der Typhus und kurz nach dem letztgenannten Kriege die Pockenkrankheit bei uns sehr verbreitet war. In diesem Kriege stehen wir viel günstiger da: Cholera, Typhus und Pocken haben so gut wie gar keine Rolle gespielt.

Ich bin übrigens etwas anderer Meinung als der H. Abg. Haenisch, der ein Loblied auf die sogenannte Naturheilmethode gesungen hat. Ich bin der Ansicht, daß die Medizin, die wir auf den Universitäten erlernt haben und in die Praxis zu übertragen suchen, weit leistungsfähiger und in Wahrheit die richtige Naturheilmethode ist; denn sie beruht auf dem gründlichen und sorgfältigen Studium der Natur, was man von der vorgenannten Naturheilmethode nicht sagen kann, die sich vielmehr nur auf vorgefaßte Meinungen und bloße Empirie beschränkt. Es hat sich erfreulicherweise herausgestellt, daß es den neuesten Fortschritten der Schulmedizin zu danken ist, daß wir in diesem Kriege mit den Seuchen in so ausgezeichneter Weise fertig geworden sind.

Kurz vor Beginn des Feldzuges im Jahre 1914 hatten wir in unserer Armee, namentlich im Westen, in Belgien und Frankreich, recht viele Typhuskranke. Das hat damals den wissenschaftlichen Senat bei der Kaiser Wilhelm-Akademie und den Reichsgesundheitsrat, denen ich anzugehören die Ehre habe, veranlaßt, die Frage eingehend zu prüfen, ob es zweckmäßig und durchführbar sei, die Mannschaften unserer Feldarmee in größerer Ausdehnung gegen Typhus zu impfen. Diese Frage ist bejaht worden, und unsere gesamte Feldarmee und das gesamte Aerzte- und Pflegepersonal im Felde, in der Etappe und in der Heimat ist alsbald gegen Typhus geimpft worden. Die Folge davon ist gewesen, daß schon Ende Oktober 1914 die Zahlen der Erkrankungen und Todesfälle an Typhus heruntergingen, und daß im November und Dezember der Typhus in unserer Armee fast ganz verschwunden war, in den Jahren 1915 und 1916 aber unserer Armee fast gar keine Schwierigkeiten mehr gemacht hat.

Ganz dieselbe Erfahrung wurde in bezug auf die Cholera gemacht. Der einzige Unterschied zwischen den Schutzimpfungen gegen Typhus und gegen Cholera ist der, daß die Wirkung der Typhusschutzimpfung etwas länger anhält, und daß infolgedessen die Choleraschutzimpfung etwas früher wiederholt werden muß, um noch wirksam zu sein. Während nun in den Jahren 1914 und 1915 in Rußland eine kolossale Choleraepidemie herrschte, und die österreichische Armee kurz nach Ausbruch des Krieges sehr von Cholera heimgesucht wurde — ich bin damals selbst in österreichischen Choleralazaretten gewesen —, konnte die Cholera in den deutschen Heeren nicht Fuß fassen, nachdem unsere gesamte Feldarmee gegen Cholera geimpft worden war, und in der deutschen Zivilbevölkerung ist während des Krieges die Cholera nur ganz vereinzelt aufgetreten. Wenn etwas geeignet ist, unser günstiges Urteil über die Wirksamkeit der Impfung zu stützen, so sind es die Erfahrungen gewesen, die während des Krieges mit den Schutzimpfungen gegen Typhus und Cholera im Heere gemacht worden sind.

Ich möchte noch eins hinzufügen. Sie haben sicherlich mit tiefem Bedauern gehört, daß in der ersten Zeit des Krieges eine große Menge von Verwundeten, sowohl im Osten wie im Westen, an Wundstarrkrampf zugrunde gegangen ist. Die Krankheit entsteht, wenn mit Verunreinigungen Tetanusbakterien in die Wunde gelangen. Leute, die ganz einfache, kleine Verletzungen hatten, wurden von dieser furchtbaren Krankheit befallen, an der sie ausnahmslos nach einigen Tagen unter furchtbaren Schmerzen und bei vollem Bewußtsein zugrunde gingen. Seitdem grundsätzlich jeder nur einigermaßen schwere Fall von Verwundung so früh als möglich prophylaktisch mit dem von Behring erfundenen Tetanusserum behandelt wird, ist der Tetanus in unserer Armee verschwunden. Wir haben kaum noch Todesfälle an Tetanus. Das darf uns mit Freude und Stolz erfüllen. (Bravo!)

M. H., es ist Ihnen vielleicht bekannt, daß in diesem Kriege zum erstenmal eine Krankheit beobachtet worden ist, die man als Gasbrand bezeichnet, eine Krankheit, die besonders dann auftritt, wenn mit Schmutz, Unrat, Dünger u. dergl. verunreinigte Geschosse, scharfe Granatsplitter, Schrapnellkugeln u. dergl. in die Wunde eindringen. Die Glieder, die verletzt sind, schwellen unförmlich an, rauschen, wenn man mit den Fingern darauf drückt, und die Kranken gehen in kurzer Zeit elend zugrunde. Man konnte in diesem Feldzug feststellen, daß es sich um eine Bakterienkrankheit handelt. Der Mikroorganismus ist entdeckt worden, und es hat sich als möglich herausgestellt, ihm mit einem Schutzserum zu begegnen; gegenwärtig wird dieses Serum weiter ausgearbeitet und geprüft, und wir dürfen hoffen, daß es in einiger Zeit gelingen wird, den Verheerungen dieser Krankheit mit Hilfe dieses Schutzserums ein Ende zu bereiten. (Bravo!)

Ich möchte also den Herrn Abg. Haenisch bitten, sein Urteil über die Schutzimpfung etwas zu verbessern. Sie hat sich wirklich ganz ausgezeichnet bewährt. Und Sie werden, wie ich hoffe, zugeben, daß sie der Natur abgelauscht und eine wirkliche Naturheilmethode ist.

Bezüglich der Ruhr liegen die Verhältnisse insofern etwas schwieriger, als die Ruhr nicht durch einen einzigen Mikroorganismus erzeugt wird, sondern es gibt verschiedene Mikroorganismen, die Erkrankungen erzeugen, die unter dem Bilde der Ruhr verlaufen. Man ist jetzt dazu übergegangen, ein sogenanntes polyvalentes Ruhrserum herzustellen, indem man ein Versuchstier, in dessen Blutstrom man ein Heilserum herstellen will, mit den verschiedenen Krankheitserregern zugleich impft. Dann gehen die Schutzstoffe gegen alle diese verschiedenen Krankheitserreger in das Serum über. Allerdings hat sich herausgestellt, daß das so gewonnene Ruhrserum keine Schutzkraft hat. Dagegen kann es mit Erfolg als Heilmittel verwendet werden.

Das Glänzendste, was in diesem Kriege geleistet worden, ist die Bekämpfung des Fleckfiebers. Sie wissen ja, das Fleckfieber — früher nannte man es Fleck- oder Kriegstyphus — die Kriegsseuche κατ' ἐξοχήν gewesen ist. Die große Napoleonische Armee von 1812 ist viel weniger durch den Frost des russischen Winters zugrunde gegangen als durch das Fleckfieber. Noch im Krimkriege von 1853 bis 1855 hat das Fleckfieber in den russischen, französischen und englischen Heeren kolossale Verheerungen angerichtet. Glaubwürdigen Nachrichten zufolge sind damals allein in der russischen Armee 800 000 Mann an Fleckfieber gestorben. Das Fleckfieber ist auch jetzt in Rußland sehr verbreitet, namentlich auch in Polen. Nun hat sich herausgestellt, daß der Verbreiter dieser Krankheit — den Erreger kennen wir noch nicht — die Kleiderlaus ist. Man hat im Körper der Kleiderlaus von Kranken, die an Fleckfieber leiden, Mikroorganismen gefunden, die sich auch im Blute der kranken Menschen finden. Jedenfalls ist die Tatsache festgestellt, daß man eine gesunde Person, die man gänzlich von Läusen gereinigt hat, mit einem Kranken, der an Fleckfieber leidet und auch von Läusen befreit ist, ruhig in einem Zimmer zusammenlegen kann, ohne daß die Krankheit von dem Kranken auf den Gesunden übertragen würde. Es ist absolut sicher, daß die Uebertragung der Krankheit durch die Läuse stattfindet, und daß das sicherste Mittel gegen die Verbreitung des Fleckfiebers die Entlausung ist. Deshalb ist seitens unserer Armeeverwaltung großzügig dagegen vorgegangen worden, sie hat an der Ostgrenze 12 große Entlausungsanstalten errichtet, in deren jeder in 24 Stunden 12000 Mann von Läusen befreit werden können.

Wir haben im Inlande sämtliche Desinfektoren im Entlausungsverfahren ausbilden lassen, und so wird die Bevölkerung gegen Fleckfieber geschützt.

Man hat neuerdings untersucht, ob man nicht das Fleckfieber ähnlich sicher diagnostizieren kann, wie man z. B. Typhus und Cholera diagnostiziert, durch ein Verfahren, bei dem man etwas vom Blut der Kranken entnimmt und in bestimmter Weise untersucht: das sogenannte Widal'sche Verfahren. Dabei hat sich herausgestellt, daß regelmäßig eine bestimmte Art von Bakterien, wenn man sie mit dem Blutserum eines Fleckfieberkranken zusammenbringt, ein charakteristisches Phänomen zeigen, mit dessen Hilfe man die Krankheit erkennen kann, während es bisher überaus schwierig war, das Fleckfieber sicher zu erkennen. Wir sind noch einen Schritt weiter gekommen, und ich darf eine neue Perspektive für die Zukunft eröffnen. Wenn man Blut von Fleckfieberkranken in bestimmter Weise keimfrei macht und mit diesem Blute gesunde Personen behandelt, so werden sie auf diese Weise immunisiert und können ruhig mit Fleckfieberkranken in Berührung kommen, ohne zu erkranken. Wenn diese Versuche halten, was sie versprechen, dann wird auch das Fleckfieber seine Schrecken verlieren, ebenso wie es Typhus und Cholera getan haben. Ich glaube aber, wir dürfen mit den Ergebnissen unserer „Naturheilkunde" (Heiterkeit) zufrieden sein.

Bezüglich der Pocken möchte ich bemerken, daß wir uns gegenwärtig in einer ausgedehnten, aber nicht sehr intensiven Pockenepidemie befinden. Diese Pockenepidemie erstreckt sich über das ganze nördliche Deutschland, auf die preußischen Provinzen Schleswig-Holstein, Brandenburg, Hannover, Westfalen und die Rheinprovinz und auf Teile von Oldenburg, Mecklenburg-Schwerin und auf die Hansestädte Hamburg und Lübeck. Aber trotz der großen räumlichen Ausdehnung der Epidemie ist die Zahl der Erkrankungen nur gering. Der Herr Minister hat schon hervorgehoben, daß die Pocken bei uns eingeschleppt wurden durch wolhynische Rückwanderer; sie werden bei uns verbreitet hauptsächlich durch Vagabunden, die ohne festen Wohnsitz von Herberge zu Herberge ziehen und infolgedessen die Krankheit in kurzer Zeit weithin verschleppen. Aus den Berichten der nachgeordneten Behörden geht hervor, daß fast alle Kranken sich vorübergehend in Herbergen aufgehalten haben, und daß sie in wenigen Tagen weit auseinander liegende Orte aufsuchen. Die Verbreitung der Krankheit kommt dadurch so leicht zustande, daß viele der Vagabunden aus einer großen Fabrik, wo sie Arbeit finden, nach wenigen Tagen in eine andere gehen und so Tausende von Mitarbeitern und deren Familien gefährden. Wir haben es für notwendig gehalten und mit Hilfe der Militärbehörden durchführen können, daß in den gefährdeten Bezirken sämtliche Arbeiter in allen größeren Fabriken, ferner in sämtlichen Herbergen das Herbergspersonal und sämtliche Leute, die dort nächtigen, sich haben impfen lassen müssen. Die Folge davon ist, daß nach und nach die kleinen Funken, die von den ersten Krankheitsherden sich verbreiteten und Epidemien drohten, erlöschen; ich glaube sagen zu dürfen, daß wir in kurzer Zeit mit dieser Pockenepidemie fertig sein werden. (Bravo!)

Sie wissen, daß wir es mit den Impfgegnern zu tun haben. Sie werden auch diese Pockenepidemie auszunutzen versuchen. Allein die Kranken, die wir in dieser Epidemie gehabt haben, sind fast ausnahmslos über 50 oder 60 Jahre alte Personen, deren Impfung weit zurückliegt. Es sind zum Teil Leute, die nur als Kinder geimpft, aber nicht revakziniert worden sind, wie es erst durch das Impfgesetz von 1874 vorgeschrieben worden ist. Es sind auch fast ausnahmslos nur Personen über 60 Jahre gestorben. Erkrankten jüngere Personen, so ist die Erkrankung nur ganz leicht verlaufen.

Noch einen Fortschritt hat diese Epidemie uns gebracht, den ich hervorheben möchte. Bekanntlich war es bis jetzt außerordentlich schwer, die durch die Impfung abgeschwächten Pocken, die sogenannte Variolois, von den Windpocken zu unterscheiden. Herr Prof. Paul in Wien hat ein Verfahren angegeben, mit Hilfe dessen es durch Uebertragung von etwas Stoff aus den Impfpusteln des Kranken auf die Hornhaut des Kaninchens innerhalb von 48 Stunden mit Sicherheit gelingt, festzustellen, ob es sich um Pocken oder Windpocken handelt. Der Herr Minister hat die Kreisärzte angewiesen, in sämtlichen pockenverdächtigen Fällen eine derartige Nachprüfung herbei-

zuführen. Wir lassen in solchen Fällen im Institut für Infektionskrankheiten „Robert Koch“ in Berlin feststellen, ob es sich um Pocken handelt oder nicht.

Ich möchte nun noch auf diejenigen Infektionskrankheiten eingehen, die heute im Rahmen der Bevölkerungspolitik so eingehend besprochen worden sind, die **übertragbaren Geschlechtskrankheiten.** Ich bin der Ansicht, daß sie zu den volksfeindlichsten und für die Entwicklung unserer Zukunft schädlichsten Dingen gehören, die man sich denken kann. Wir haben im Jahre 1900 auf Veranlassung des Herrn Kultusministers über die Verbreitung der übertragbaren Geschlechtskrankheiten in Preußen eine Umfrage bei den Aerzten gemacht. Damals konnten wir auf Grund der so gewonnenen Statistik berechnen, daß in Preußen täglich etwa 100000 Menschen an einer Geschlechtskrankheit leiden. Ich fürchte, daß die Zahl seitdem noch zugenommen hat. Nicht zugenommen aber hat sie — das möchte ich ausdrücklich hervorheben — in unserer Armee. Es ist namentlich im ersten Kriegsjahre behauptet worden, daß unsere ganze Armee mit Geschlechtskrankheiten durchseucht wäre. Das ist nicht wahr. Unsere Feldarmee hat nur wenig mehr übertragbare Geschlechtskrankheiten, als unser Heer in Friedenszeiten zu haben pflegte. In der Besatzungsarmee ist es etwas schlimmer, aber bei weitem nicht so, wie man nach Zeitungsangaben und sonstigen Nachrichten annehmen sollte. Wohl aber ist dabei zu bedenken, daß nach den Mitteilungen des Herrn Feldsanitätschefs von den Infektionen, die unsere Soldaten treffen, mehr als 60% in der Heimat ihren Ursprung haben. Also nicht draußen im Felde werden unsere Soldaten hauptsächlich gefährdet, sondern in der Heimat, und die Quelle der Geschlechtskrankheiten ist die Prostitution. Das ist Veranlassung dafür gewesen, daß der Herr Minister sich mit dem Reichsamt des Innern und dem Reichsjustizamt in Verbindung gesetzt hat, um womöglich die Bestrebungen, die wir schon immer gehabt haben, eine energische Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten durchzuführen, sobald als möglich auf einen gesetzlichen Boden zu stellen. (Bravo!) Wir sind jetzt dabei, einen Gesetzentwurf zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten auszuarbeiten, und ich bin überzeugt, wenn der Reichstag diesem Gesetzentwurf seine Zustimmung erteilt, wird uns die Möglichkeit gegeben werden, die Prostitution durchgreifend mit Energie bekämpfen zu können. Der Herr Minister des Innern und der Herr Kultusminister haben am 11. Dezember 1907 einen Erlaß ergehen lassen über die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, den ich für ausgezeichnet halte, weil er allen Verhältnissen Rechnung getragen hat, der aber nicht wirken konnte, weil er mit einigen Paragraphen des Gesetzbuches nicht in Einklang zu bringen war. Das ist § 180, der das Wohnungswesen der Prostituierten, und § 361 6, der die Ueberwachung der Prostituierten betrifft. Ich kann auf die Einzelheiten hier nicht näher eingehen, sondern nur sagen: wenn die Fassung, die wir für die Paragraphen vorschlagen wollen, zur Annahme gelangt, werden wir, wie ich hoffe, der Prostitution Herr werden.

Bezüglich der Geschlechtskrankheiten aber möchte ich noch eins hervorheben. Es gibt viele Menschen, auch Aerzte, welche den außerehelichen Geschlechtsverkehr für notwendig zur Erhaltung der Gesundheit halten. Diese Ansicht ist falsch und muß energisch zurückgewiesen werden. Ich bin der Ansicht, daß es durchaus möglich ist, daß die überwiegende Mehrzahl der Menschen sich bei einiger sittlicher Energie vom außerehelichen Geschlechtsverkehr bis zum Eintritt in die Ehe fernhalten kann, ohne Schaden an ihrer Gesundheit zu leiden. Wenn wir das bisher von unseren Mädchen und Frauen verlangen, und wenn die überwiegende Mehrzahl der Frauen das getan haben, so sehe ich wirklich nicht ein, warum die Männer das nicht auch sollten tun können, wenn sie nur ernstlich wollten (sehr richtig!), denn diese doppelte Moral auf dem Gebiete des Geschlechtsverkehrs, wonach dem Manne alles erlaubt sein soll und der Frau alles verboten sein soll, diese doppelte Moral ist im höchsten Grade ungerecht und muß aufhören im Interesse unseres Vaterlandes. (Sehr gut!)

Es ist ja kein Zweifel, die Verheerungen, welche die übertragbaren Hauptgeschlechtskrankheiten, namentlich Tripper und Syphilis, in unserem Volke anrichten, sowohl durch Zerstörung geistiger Kräfte, durch Herbeiführung frühzeitigen Siechtums, als auch durch Zerstörung der Geschlechtsfunktionen und Vernichtung der Nachkommenschaft, sind geradezu ungeheuer.

Es läßt sich gar nicht berechnen, wieviele junge Menschenleben im Keime oder kurz nach der Geburt vernichtet werden dadurch, daß die Eltern an einer übertragbaren Geschlechtskrankheit leiden. Wie Ihnen bekannt, ist vor 15 Jahren die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten begründet worden, deren Begründung auf das dankbarste zu begrüßen ist, und deren Arbeiten nach jeder Richtung hin zu unterstützen sind. Alle diese und ähnliche Bestrebungen müssen aber innerhalb des Rahmens dessen bleiben, was wir zur Aufrechterhaltung eines sittlichen Zustandes unseres Volkes für notwendig halten. Es ist heute wiederholt die Rede gewesen von Mitteln zur Verhütung der Ansteckung der Geschlechtskrankheiten und Mitteln zur Verhütung der Empfängnis. Es ist auch schon hervorgehoben worden, daß ein Teil dieser Mittel die Ansteckung mit Geschlechtskrankheiten verhütet, gleichzeitig aber geeignet ist, die Empfängnis zu verhindern und dadurch den Geburtenrückgang zu fördern.

Wenn jetzt ein Gesetz gegen die empfängnisverhindernden Mittel erlassen werden soll, wird erstrebt werden müssen, daß Mittel, welche lediglich der Verhütung der Ansteckung mit Geschlechtskrankheiten dienen, von den Bestimmungen dieses Gesetzes nicht getroffen werden. Solche Mittel aber, die geeignet sind, neben der Verhütung der Geschlechtskrankheiten auch die Empfängnis der Frau zu verhüten, müssen meines Erachtens fallen; denn dann sind sie geeignet, den Geburtenrückgang zu fördern und damit die Zukunft unseres Volkes zu gefährden. (Sehr richtig!) Wenn es nun aber vorkommt, daß ein Schriftsteller, welcher unstreitig die größten Verdienste gerade auf dem Gebiete der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten gehabt hat, in seiner Begeisterung dafür, unser Volk vor Geschlechtskrankheiten zu bewahren, unserer Jugend, und zwar nicht nur der männlichen, sondern auch der weiblichen, empfiehlt, solche die Geschlechtskrankheiten verhütenden Mittel wahllos und in möglichst großem Umfange zu gebrauchen und dadurch den außerehelichen Geschlechtsverkehr ungefährlich zu machen, und wenn er sogar so weit geht, davon allerlei Hoffnungen zu erwarten bezüglich der Verhütung der Geburt unehelicher Kinder und bezüglich der Verhütung von Erzeugung von Kindern selbst in der Ehe, so kann man das nur als eine Entgleisung bezeichnen, welche in der schroffsten Weise zurückzuweisen und im Interesse des Autors wie unseres Volkes nur tief zu bedauern ist. (Sehr richtig!) Ich gebe mich der bestimmten Erwartung hin, ja, ich bin fest davon überzeugt, daß die Mehrzahl unserer deutschen Aerzte diese Schreibweise mit mir verurteilen wird. (Bravo!)

M. H., es ist heute über den **Geburtenrückgang** und die **Bevölkerungspolitik** von Rednern aller Parteien und auch von dem Herrn Minister so eingehend gesprochen worden, daß ich glaube auf diese Frage nicht näher eingehen zu sollen. Aber eins möchte ich doch noch sagen: wir Aerzte sind keine Sittenrichter; wohl aber sind wir dazu verpflichtet, unserem Volke das Gewissen zu schärfen, wenn es in Gefahr gerät, auf gesundheitlichem Gebiete zu entgleisen. Diese Gefahr liegt jetzt vor. Hier handelt es sich ja um ein Grenzgebiet zwischen Gesundheitspflege und Sittlichkeit. Die Gefahr liegt vor, daß unsere männliche Jugend die Hochachtung vor dem weiblichen Geschlecht, welche Tacitus bei den alten Germanen so begeistert geschildert hat, verliert, wenn sie sie nicht schon verloren hat. Unsere Jugend ist in Gefahr, zu vergessen, daß keiner von uns für sich allein in der Welt steht; sie ist in Gefahr, zu vergessen, daß wir nicht geboren sind, um uns auszuleben, sondern unsere Pflicht zu tun, und sie ist in Gefahr, zu vergessen, daß jeder einzelne von uns ein Glied ist in einer langen Kette von Generationen, welche zurückführt auf unsere fernsten Ahnen, und welche im Interesse der Erhaltung unserer Volkskraft weiter bestehen soll bis in die fernste Zukunft. Meine Herren, wenn unsere Jugend sich nicht wieder auf diesen hohen sittlichen Standpunkt zurückfindet, wenn sie im Geschlechtsverkehr nur eine Quelle der Lust und nicht die sittliche Basis der Familie und des Volkes sieht, dann ist die Gefahr vorhanden, daß der Geburtenrückgang, unter dem wir leiden, immer weitere Fortschritte macht und je länger je mehr zu einer Gefahr für dem Bestand unseres Reiches und unserer Weltgeltung wird. Darüber dürfen wir uns keinem Zweifel hingeben, daß wir uns im ersten Punischen Kriege befinden, und daß der zweite und dritte wohl auch noch kommen wird. Dieser

erste Punische Krieg hat uns noch als ein tatkräftiges, stolzes und für das Vaterland begeistertes Volk gefunden. Wenn aber die Entwicklung unseres Volkes auf diesem Gebiete so weiter geht wie bisher, dann wird uns ein künftiger zweiter Punischer Krieg vielleicht nicht mehr ebenso vorfinden. Ich habe in diesen Tagen in einer englischen Zeitung gelesen, daß einer der englischen Minister denselben Vergleich zog; er sagte: „Wir befinden uns in einem Punischen Kriege; wir sind die Karthager, die Deutschen sind die Römer; aber der Unterschied ist: wir sind nicht so entsittlicht, wie es die Karthager von damals waren, und deshalb werden wir den Deutschen nicht unterliegen, wie die Karthager den Römern!“ Vielleicht hat er Recht. Hoffentlich haben aber wir Recht, wenn wir annehmen, daß wir nicht weniger entsittlicht sind als die Engländer, und daß wir die Karthager von heute ebenso besiegen werden, wie die alten Römer es getan. Jedenfalls wollen wir, jeder an seinem Teile, alles tun, daß unsere Jugend ebenso sittenrein bleibe oder wieder so sittenrein werde, wie es die alten Germanen zur Zeit des Tacitus gewesen sind. (Lebhaftes Bravo!)

Ich möchte noch einige Fragen hinzufügen, die an den Herrn Minister gerichtet worden sind. Die eine bezieht sich auf die **Fortbildung unserer Aerzte.** Herr Abg. Rosenow führte aus, daß durch den Aufenthalt im Felde viele junge Aerzte in ihrer Aus- und Fortbildung zurückgeblieben seien. Das ist zweifellos richtig. Wir müssen es dankbar anerkennen, daß der Herr Chef des Feldsanitätswesens sich große Mühe gegeben hat, um unsern Aerzten draußen die Möglichkeit der Fortbildung zu verschaffen. Er hat hinter der Front Fortbildungskurse eingerichtet und ist neuerdings sogar dazu übergegangen jungen Aerzten, die ihr Staatsexamen noch nicht gemacht haben, einen vierteljährlichen Urlaub zu erteilen, damit sie in der Heimat ihr Studium vollenden und die Prüfung ablegen können. Wir sind ihm dafür zu Dank verbunden. Die Frage, wie die notapprobierten Aerzte und die Aerzte, die zwar eine reguläre ärztliche Prüfung abgelegt, aber das praktische Jahr nicht durchgemacht haben, weiter fortgebildet werden müssen, ist schon Gegenstand eingehender Erwägungen in der Medizinalabteilung gewesen. Wir haben uns mit den Akademien für praktische Medizin in Cöln und in Düsseldorf und mit den Universitäten in Verbindung gesetzt, und Sie dürfen überzeugt sein, daß wir nach Friedensschluß mit einem festen Programm vor Sie hintreten werden, um diese Sache ordentlich durchzuführen. Sie ist ja von der größten Bedeutung nicht nur für die jungen Aerzte selbst, sondern auch für die Volksgesundheit.

Sodann ist die Frage der **„exceptio plurium“** aufgeworfen worden. Wir sind allerdings der Ansicht, daß die gegenwärtigen Bestimmungen des § 1717 B. G. B. eine Aenderung erfahren müssen. Ob der Paragraph, der sich schon im Allgemeinen Landrecht findet, aufzuheben ist, ist Gegenstand der Erwägung; ob er dahin abzuändern ist, daß mehrere Männer, die sich zum Geschlechtsverkehr mit der Mutter eines unehelichen Kindes bekennen, sich in die Kosten der Unterhaltung des Kindes teilen müssen, wird dabei Gegenstand ernster Erwägung sein müssen. Jedenfalls ist nach den Gutachten von Männern wie Pastor Pfeiffer, die für die unehelichen Kinder außerordentliches Interesse gezeigt haben, anzunehmen, daß die Sorge für die unehelichen Kinder nur dann auf einen guten Boden gestellt werden kann, wenn dieser Paragraph geändert wird.

Herr Abg. Lohmann hat tadelnd hervorgehoben, daß die Medizinalverwaltung auf dem Gebiete des Haltekinderwesens nicht diligentiam prästiert habe. Ich möchte dazu bemerken, daß schon seit Jahren in größeren Städten mit Königlicher Polizeiverwaltung, z. B. Berlin, Cöln, Hannover u. a. Damen angestellt sind, um die Haltekinder zu überwachen. Das hat sich sehr gut bewährt und wird weiter geführt werden. Im übrigen hat der Herr Minister eine Normal-Polizeiverordnung über die Ueberwachung des Haltekinderwesens aufstellen lassen, die sich gegenwärtig zur Prüfung im Justizministerium befindet und bald erscheinen wird. Ich darf daher hoffen, daß Herr Abg. Lohmann wieder zufriedener mit uns werden wird. (Bravo!)

Abg. Adolf Hoffmann (Soz.-Dem. a. R.): Die Gesundheitsstatistik ist eine Aufmachung, die nach außenhin wirken soll, die aber in Wirklichkeit ganz

anders aussieht. Bei der Bekämpfung der **Geschlechtskrankheiten** muß das Uebel an der Wurzel gepackt werden, das ist die Prostitution. Vor allem hat die Medizinalverwaltung die Aufgabe, den Krankheiten vorzubeugen, insbesondere in der gegenwärtigen Zeit, und dafür Sorge zu tragen, daß die **Ernährung** des Volkes besser wird; denn die Unterernährung bildet eine Gefahr für die Gesundheit des Volkes. Ganz besonders ist diese Gefahr bei den Frauen vorhanden. Das Stehen der Frauen nach Lebensmitteln, die Schwerarbeit der Frauen im jugendlichen Alter schädigt die Gesundheit und damit die Gebärfähigkeit der Frauen im hohen Grade. Die Medizinalbehörde hat alle Ursache, dafür Sorge zu tragen, daß hier Wandel eintritt. Daß wir gegen eine ganze Reihe von Krankheiten wirksame Bekämpfungsmittel gefunden haben, ist sehr schön; aber den Krankheiten vorzubeugen oder sie überhaupt zu verhindern, das ist doch wohl noch viel wichtiger, als sie erst entstehen zu lassen und sie dann zu bekämpfen.

Die größte Gefahr in Deutschland ist jetzt die Unterernährung. Leuten, die von früh bis spät arbeiten müssen, muß auch die nötige Nahrung beschafft werden. Die Unterernährung ist der Nährboden zukünftiger Seuchen, namentlich der Tuberkulose; sie bildet auch die Ursache der häufigeren Arbeitsniederlegungen. Nahrungsmittel sind noch genug vorhanden, man muß nur fest zupacken und für richtige Verteilung sorgen. Hier muß schleunigst eingegriffen und fest zugefasst werden, auch den Junkern gegenüber, den Bauern, den Besitzenden gegenüber, wenn nicht die Gesundheit des Volkes zugrunde gerichtet werden soll (Bravo! bei den Sozialdemokraten).

Nach einigen persönlichen Bemerkungen wird hierauf dem Vorschlage des Staatshaushaltsausschusses gemäß der Haushalt des Medizinalwesens unverändert und ohne Widerspruch bewilligt; sodann wird der Antrag des Ausschusses:

„die Königliche Staatsregierung zu ersuchen, zur Förderung von Säuglingsfürsorgestellen besondere Mittel in den nächsten Staatshaushaltsplan einzustellen und zur Unterhaltung von Säuglingsfürsorgestellen Beihilfen zu gewähren."

mit Mehrheit angenommen, nachdem ein Zusatzantrag Aronsohn u. Genossen, diese Mittel schon „jetzt" einzustellen, abgelehnt war. Ebenfalls angenommen wurde ein weiterer Antrag des Ausschusses:

„die Königliche Staatsregierung zu ersuchen, bei den Beratungen über die Bevölkerungspolitik die Beibehaltung der Reichswochenhilfe in Erwägung zu ziehen."

Dagegen fand ein weitergehender Antrag der Abg. Aronsohn und Genossen:

die Königliche Staatsregierung zu ersuchen, zur Erzielung eines ständigen Mutter- und Säuglingschutzes beim Bundesrate zu beantragen, eine Ab-Abänderung der Reichsversicherungsordnung dem Reichstage zur Beschlußfassung vorzulegen, wodurch alle Leistungen der für die Kriegszeit eingerichteten Reichswochenhilfe Regelleistungen der Krankenversicherung werden."

nicht die Zustimmung des Hauses.

Schließlich wurde noch dem Antrage des Staatshaushalts-Ausschusses gemäß die Petition, betr. die Bekämpfung des Verkehrs mit antikonzeptionellen Mitteln, der Regierung zur Erwägung überwiesen.

Tagesnachrichten.

Durch Allerhöchsten Erlaß vom 19. Januar d. J. sind die Unterstaatssekretäre Dr. Mügel (Justizministerium) und Dr. Drews (Ministerium des Innern) mit einer Prüfung des Justiz- bezw. Verwaltungsangelegenheiten beauftragt behufs **Vereinfachung und Verbilligung der preußischen Staatsverwaltung.** In dem Erlaß heißt es: Der geschäftlich gewordene Aufbau der Staatsverwaltung trägt nicht mehr allerorts den veränderten wirtschaftlichen Verhältnissen Rechnung, ist vielfach zu verwickelt geworden und verlangt dadurch mehr Kräfte, als nach dem Kriege zur Verfügung stehen werden. Auch haben die Erfahrungen des Krieges gezeigt, daß eine einfachere Gestaltung

und Handhabung der Verwaltung nützlich ist. Dazu kommt, daß die öffentlichen Lasten nach dem Kriege eine außerordentliche Steigerung erfahren werden. Mit Rücksicht hierauf wünsche ich, daß die Frage ernstlich geprüft wird, wie eine Vereinfachung und Verbilligung aller Staatsverwaltungen herbeigeführt werden kann.

Krüppelfürsorge. Im preußischen Abgeordnetenhause hat das Zentrum (Dr. Hinzmann und Genossen) einen Antrag gestellt, durch den die Staatsregierung ersucht wird, in der nächsten Tagung des Abgeordnetenhauses einen Gesetzentwurf vorzulegen, wonach den unbemittelten Krüppeln unter 16 Jahren eine ähnliche Fürsorge gewährleistet wird, wie sie die Geisteskranken, Schwachsinnigen, Fallsüchtigen, Blinden und Tauben gesetzlich genießen.

Durch Verordnung des Bundesrats vom 24. Februar 1917 sind die Vorschriften über die **reichsgesetzliche Arbeiter- und Angestelltenversicherung** auf alle im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigte ausgedehnt. Dadurch werden allen Hilfsdienstpflichtigen, auch deren Beschäftigung auf Grund freiwilliger Meldung stattfindet, die Segnungen der sozialen Versicherungen zuteil.

Durch Verordnung des Bundesrats vom 1. März 1917 ist bestimmt, daß die **Reichswochenhilfe** (§ 3 der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 23. April 1915) auch für das uneheliche Kind eines Kapitulanten zu gewähren ist, wenn seine Verpflichtung zur Gewährung des Unterhalts an das Kind festgestellt und die Mutter minderbemittelt im Sinne des § 2 Abs. 2 Nr. 2 jener Bekanntmachung ist.

Salvarsanbehandlung. Im Reichstage hat der Abg. Sivkovich (fr. Volksp.) folgende „kleine Anfrage" angefragt: „Ist der Reichskanzler bereit eine Statistik über Salvarsantodesfälle und Salvarsanschäden alsbald herauszugeben, die Höchstgabe für Salvarsan festzusetzen und die zwangsweise Salvarsanbehandlung, wie sie bei Militärpersonen und bei Prostituierten vorgekommen ist, in Zukunft zu verhindern?" Begründet wird die Anfrage mit der Behauptung, daß durch das Salvarsan schon eine sehr erhebliche Anzahl von Todesfällen, Lähmung und Erblindung hervorgerufen sei, daß weiterhin die Syphilis im deutschen Heere (außer Bayern) auch nach Einführung der Salvarsanbehandlung eine bedeutende Steigerung erfahren habe (von 4,20 ‰ in den Jahren 1900—1909 auf 5,5 ‰ im Jahre 1912.

Der Reichstags-Ausschuß zur Beratung von Fragen der Bevölkerungspolitik hat in jüngster Zeit wiederholt Sitzungen abgehalten. In einer dieser Sitzungen machte ein Regierungsvertreter Mitteilung über bevölkerungspolitische Gesetzesvorlagen, die gegenwärtig von der Reichsregierung vorbereitet werden und sich ihrem Abschluß nähern. Danach sind beabsichtigt: 1. ein Entwurf auf Zurückhaltung solcher Militärpersonen, die an ansteckenden Krankheiten leiden, 2. ein Entwurf auf Verbot des Verkaufes empfängnisverhindernder Mittel und 3. ein Entwurf für die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, der sich auch auf eine Aenderung des Kuppelei-Paragraphen, eine Ueberwachung der Gewerbsunzucht, auf Bekämpfung der Kurpfuscherei und auf einen Säuglingsschutz beziehen soll. Desgleichen soll die Bahnhof- und Sittenkontrolle verschärft werden. Die beim Heere Erkrankten sollen den Landesversicherungsanstalten angegeben werden; eine Bestrafung einzuführen, erscheine bedenklich, da sonst die Krankheiten verheimlicht und sich dadurch noch mehr ausbreiten würden.

Die deutsche Gesellschaft für Bevölkerungspolitik hat an das Reichsschatzamt, den Reichstag, den preußischen Landtag und die Regierungen aller Bundesstaaten und freien Städte **Eingaben** gerichtet, in denen auf die **Notwendigkeit einer tatkräftigen Bevölkerungspolitik** hingewiesen wird. Es wird beantragt, allen mit Kindern gesegneten Beamten, Angestellten, Staats-

arbeitern, Geistlichen und Lehrern laufende Teuerungszulagen zu gewähren, die lediglich nach der Zahl der Kinder abgestuft werden, derart, daß für das erste Kind eine der Teuerung einigermaßen entsprechende Grundzulage, für das zweite Kind diese Grundzulage mit 25 Prozent Aufschlag und für jedes fernere Kind ohne Begrenzung der Zahl die Grundzulage mit 50 Prozent Aufschlag bezahlt wird.

Auf Anordnung des Generalgouverneurs von Belgien, Generaloberſten Frhr. v. Bissing, ist eine **Zentrale für soziale Fürsorge in Belgien** geschaffen worden, deren Aufgabe es ist, in den einheimischen Familien Notständen vorzubeugen, aus denen den Heeresinteressen Schaden erwachsen könnte. Der Sitz der Zentrale ist in Brüssel, als ausführende Organe dienen die Kreisfürsorgestellen, die dem Kreiskommissar unterstehen. Zur Besorgung des ärztlichen Dienstes bei den Kreisfürsorgestellen werden vom Armeearzt Aerzte kommandiert, für den Fürsorgedienst sind besoldete, besonders vorgebildete Fürsorgeschwestern sowie eine große Zahl unentgeltlich arbeitende Frauen aus der deutschen Wohlfahrtspflege tätig, zu deren Ausbildung und Fortbildung von Zeit zu Zeit besondere Frauenkurse bei der Zentrale stattfinden.

Nachruf. Am 13. Februar d. J. ist Dr. **Reinhold Jaeckl,** Leiter des Statistischen Amtes des Kreises Teltow, nach langem, schwerem Leiden sanft entschlafen. Was er der Statistischen Wissenschaft war, wird von zuständiger Seite gewürdigt werden; in der Medizinalstatistik gehörte er zu den führenden Größen. Er begnügte sich nicht, Zahlen zu geben, sondern suchte in die Ursachen der Erscheinungen einzudringen. Deshalb setzte er sich mit den Aezten vielfach in Berührung und wurde zu einem warmen Freund der Aerzte, insbesondere der Medizinalbeamten. „Wenn die Staatsmedizin," so schrieb er mir vor Jahren, „die ihr gebührende Stellung im Staatsleben nicht einnimmt, so helfen alle Bemühungen nichts." Er war es auch, der den Versuch machte, Statistiker und Aerzte zu vereinigen; leider ist ihm dieses nicht gelungen. Wir danken dem treuen Freund der Staatsmedizin auch über das Grab hinaus und werden sein Andenken in Ehren halten. Dr. Graßl-Kempten.

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten:

Das Eiserne Kreuz I. Klasse:

Stabsarzt d. L. und Regimentsarzt Dr. Ernst Arnels-Krefeld.
Oberstabsarzt d. L. San.-Rat Dr. Aust-Königsberg i. Pr.
Stabsarzt d. L. Dr. Oskar Hübner-Rengersdorf (Reg.-Bez. Liegnitz).
Oberstabsarzt d. L. Dr. Kölbing-Bautzen.
Oberleutnant d. Res. Dr. Kubig, Assistenzarzt an der Universitäts-Frauenklinik in Leipzig.
Stabsarzt d. L. Dr. Waldemar Reuter-Gravenstein (Holstein).
Ober-Med.-Rat Dr. **v. Scheurlen**-Stuttgart.
Stabsarzt d. Res. Dr. Franz Viedenz, Oberarzt an der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Eberswalde (Brandenburg).
Oberarzt Dr. Wiesner-Germersheim (Pfalz).
Stabsarzt d. Res. Dr. Max Willner-Berlin-Halensee.

Das Eiserne Kreuz II. Klasse am schwarz-weißen Bande:
Oberstabsarzt d. L. Dr. Dommer, Polizeiarzt in Dresden.

Ferner erhielt das Eiserne Kreuz 1. Klasse:
Leutnant Franz Haaga, Sohn des Oberamtsarztes Dr. Haaga in Aalen (Württemberg).

Außerdem sind verliehen: Der Bayerische Militär-Verdienstorden IV. Klasse mit Schwertern: dem Stabsarzt d. Res. Dr. Carl Becker, Bezirksarzt in München, dem Oberarzt d. Res. Dr. Paul Hösch in München-Pasing; derselbe Orden mit Schwertern und Krone am Bande für Kriegsverdient: dem Reg.- und Med.-Rat Dr. Gebhard in

Landshut, z. Z. Kreisarzt im Generalgouvernement Warschau; das Oldenburgische Friedrich-August-Kreuz II. Klasse: dem Stabsarzt d. Res. Dr. Dohrn, Kreisarzt in Hannover.

Ehren-Gedächtnistafel. Für das Vaterland gefallen oder gestorben:

Assistenzarzt d. Res. Dr. Artur Gotthold Arnold-Leipzig.
Generaloberazt z. D. Dr. Münter-Halle a. S.
Stabsarzt d. Res. Dr. Muthmann, Privatdozent in Rostock (gestorben infolge von Krankheit).
Stabsarzt der Schutztruppe Dr. Pistner.
Stabsarzt d. Res. und Reg.-Arzt Dr. Franz Riebensahm-Garnsee (Reg.-Bez. Marienwerder).
Oberstabsarzt d. L. Geh. San.-Rat Dr. Simon-Wilmersdorf-Berln.
Stabsarzt d. L. Dr. Paul Sommer-Bartenstein (Ostpreußen).
Oberstabsarzt d. Res. Dr. Fr. Weißwange-Dresden (infolge von Unfall.)

Pockenerkrankungen sind im Deutschen Reiche in den Wochen vom 12. bis 24. Februar 79 und 89 vorgekommen; außerdem sind noch 10 Erkrankungen aus der Woche vom 4. bis 10. Februar nachträglich gemeldet. Im Generalgouvernement Warschau betrug die Zahl der Pockenerkrankungen (Todesfälle) vom 28. Januar bis 3. Februar: 3 (1), sämtlich bei der Zivilbevölkerung.

An **Fleckfiebererkrankungen** ist im Deutschen Reiche vom 11. bis 24. Februar nur 1 Fall (bei einem Kriegsgefangenen) gemeldet; in Ungarn sind vom 22. Januar bis 4. Februar 35 und 20 Erkrankungen gemeldet.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 28. Januar bis 10. Februar 1917 erkrankt (gestorben) an Pest, Gelbfieber, Aussatz, Malaria, Fleckfieber, Rückfallfieber, Milzbrand, Rotz, Trichinose, Tollwut: — (—), — (—); Bißverletzungen durchtollwutverdächtige Tiere: 8 (—), 4 (—); Pocken: 97 (6), 126 (20); Unterleibstyphus: 160 (20), 130 (14); Ruhr: 72 (18), 52 (12); Diphtherie: 2081 (161), 1901 (191); Scharlach: 775 (35), 760 (32); Kindbettfieber: 53 (11), 76 (15); übertragbare Genickstarre: 4 (2), — (—); Fleisch-, Fisch-, Wurst- und Pilzvergiftung: 75 (1), 34 (—); Körnerkrankheit (erkrankt): 32, 39; Tuberkulose (gestorben): 1046, 1070.

Sprechsaal.

Anfrage des Kreisarztes Dr. K. in B.: Erhalten die Kreisärzte auch **Kriegsbeihilfen** oder **Kriegsteuerungszulagen** und in welcher Höhe?

Antwort: Ja! Die Zulagen werden allen Beamten, die Wohnungsgeldzuschuß beziehen, mit einem Diensteinkommen bis 4500 M. einschl., sowie den übrigen bis 4800 M. Gehalt gewährt. Bei den nicht vollbesoldeten Kreisärzten wird dem Gehalt aber der pensionsfähige Durchschnitt der Gebühren mit 2250 M. hinzugerechnet.

An einmaligen Kriegsteuerungszulagen waren zu zahlen für Dezember 1916:

den unverheirateten Beamten	40 M.
„ verheirateten Beamten ohne Kinder unter 15 bezw. 18 Jahren, ohne Kinder von 15 bis 18 Jahren, die sich in der Berufsausbildung befinden	60 „
„ Beamten mit einem Kinde	90 „
„ „ „ zwei Kindern	120 „
„ „ „ drei „	150 „
„ „ „ vier „	180 „
„ „ „ fünf und mehr Kindern	200 „

Für Januar 1917:

a) den kinderlos verheirateten und denen, die nicht mehr als vier Kinder unter 15 oder 18 Jahren haben	40 „

b) bei fünf zu berücksichtigenden Kindern	50 M.
c) für jedes weitere zu berücksichtigende Kind mehr	30 „
An laufenden Kriegsbeihilfen erhalten vom 1. Februar 1917 ab:	
die verheirateten Beamten ohne Kinder monatlich	12 „
die Beamten mit einem Kinde monatlich	17 „
„ „ „ zwei Kindern „	22 „
„ „ „ drei „ „	27 „
„ „ „ mehr als drei Kindern für jedes weitere Kind monatlich mehr	5 „

Anfrage des Bezirksarztes Dr. H. in Sch. a. Darf ein Apotheker in Bayern Rezepte eines Kurpfuschers anfertigen, die zwar nur indifferente Arzneimittel enthalten, aber keine Namensunterschrift tragen?

b. Kann die Bezahlung der Impfgebühren durch die Gemeinden an den Impfarzt gebührenfrei, bezw. unter Verwendung von Dienstwertzeichen erfolgen?

Antwort zu A.: Ja! Nach § 44 der Bayerischen Königl. Verordnung vom 27. Juni 1913, betr. Regelung des Apothekenwesens, dürfen Apotheker sämtliche im Verzeichnis der starkwirkenden Arzneimittel nicht enthaltenen Arzneimittel zu Heilzwecken ohne ärztliche Verordnung, also auf eine Verordnung eines Kurpfuschers abgeben, daß eine solche auch die Namensunterschrift des Betreffenden tragen muß, ist nicht vorgeschrieben.

Antwort zu b.: Nach dem Min.-Erlaß vom 15. Mai 1876 sind die Gemeindebehörden verpflichtet, die Impfgebühren an den Impfarzt unmittelbar zu bezahlen, sie haben also auch die Portokosten dafür zu tragen, falls die Einsendung durch die Post erfolgt. Eine Verwendung von Dienstwertzeichen ist jedenfalls unzulässig.

Anfrage des Kreisarztes Geh. Med.-Rat Dr. M. in H.: Darf angesichts der Bestimmung des § 4 Abs. 4 der Dienstanweisung für die Hebammen im Königreich Preußen (Lehrbuch, Ausgabe 1912, S. 370) eine Hebamme, die im Massieren ausgebildet ist, sich als Massöse betätigen?

Antwort: Die Fassung des § 4 Abs. 4 der Dienstanweisung für die Hebammen spricht nicht dagegen, daß eine als Massöse ausgebildete Hebamme sich auch als solche betätigen kann, namentlich wenn diese Betätigung auf ärztliche Anordnung erfolgt. Auch § 11 der Dienstanweisung enthält kein derartiges Verbot; denn die hier etwa in Betracht kommenden Bestimmungen lassen sich nicht in diesem Sinne deuten, da das Massieren weder zu solchen Arbeiten (Abs. b) gehört, durch die der Körper, namentlich die Hände der Hebamme für den Hebammenberuf weniger geeignet oder unbrauchbar werden, noch als einen „Pflegedienst bei Kranken“ (Abs. c) aufgefaßt werden kann. Nur wenn der zu Massierende an einer ansteckenden Krankheit leidet, würde selbstverständlich eine Massage-Behandlung durch die Hebamme verboten sein. Von mancher Seite (s. diese Zeitschrift; Jahrg. 1910, Nr. 15, S. 561) wird allerdings die Ansicht vertreten, daß den Hebammen auf Grund des § 17 der Dienstanweisung die Ausübung derartiger Hilfeleistungen zwar verboten werden könnte, weil sie im Hebammenlehrbuch nicht erwähnt sind und die Hebamme demzufolge die Grenzen der ihr durch das Hebammen-Lehrbuch zugewiesene Hilfeleistung überschreiten würde. Ob aber im strittigen Falle das Gericht dementsprechend entscheiden wird, dürfte sehr zweifelhaft sein, da dem § 17 der Dienstanweisung eine solche Auslegung kaum gegeben werden kann. Die Dienstanweisung enthält somit keine genaue Bestimmung darüber, ob und inwieweit der Hebamme solche Nebenbeschäftigungen gestattet oder verboten sind. Zur Beseitigung der in dieser Hinsicht scheinbar bestehenden Zweifel wird deshalb eine entsprechende Erwägung der Dienstanweisung erwünscht sein.

Redaktion: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

30. Jahrgang; Nr. 6. Ausgegeben am 20. März 1917.

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.
Bezugspreis für das Jahr: 15 Mark.

Ausserdem eine besondere, nur vierteljährlich erscheinende Beilage:
Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege.
Offizielles Organ der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens.
Bezugspreis für das Jahr: 8 Mark, für die Bezieher der Zeitschrift: 4 Mark.

VERLAG VON FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: Gelsdorf & Co., G. m. b. H., Eberswalde (Mark).

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung; Nr. 6.

INHALT.

Original-Mitteilungen.

Typhusschutzimpfung und Leukozytenzahl. Von Dr. **Knoll** 169

Das Auftreten von Wochenbettfieber und seine Bekämpfung in zwei Landkreisen. Von Dr. **Wengler** 171

Das belgische Schularztgesetz. Von Dr. **Karl Dohrn** 177

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die VII. Versammlung der Vereinigung der Schulärzte Deutschlands und über die XV. Tagung des Deutschen Vereins für Schulgesundheitspflege in Berlin am 16. und 17. Februar 1917 . . 186

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin.

Dr. **W. Dibbelt**: Die Beeinflussung des Herzgewichts durch körperliche Arbeit . . 191

B. Gerichtliche Psychiatrie.

Dr. **Engelen**: Puls- und Atmungskurven unter dem Einfluß von Affekten . . . 191

C. Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

1. Cholera.

Dr. **B. Stein**: Cholerabazillenträger und ihre epidemiologische Bedeutung 192

2. Pocken.

Dr. **G. Paul**: Zur Variolaprobe 192

Dr. **Dold**: Ueber Komplementbindung bei Varizellen 192

Dr. **Adolf Ritter von Kutschera**: Die Blatternepidemie in Wörgl und Umgebung 193

Dr. **H. A. Gins**: Beobachtungen an Pockenfällen in Polen 193

3. Fleckfieber.

Prof. Dr. **R. Otto**: Ueber den augenblicklichen Stand der mikrobiologischen Fleckfieberdiagnose 194

Dr. **Dietrich**: Beiträge zur Weil-Felixschen Reaktion beim Fleckfieber 195

Besprechungen 196

Tagesnachrichten 197

Beilage:

Rechtsprechung 37

Medizinal-Gesetzgebung 38

Umschlag:

Personalien.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Das Prädikat Professor: dem Privatdozenten Dr. Fritz Heimann in Breslau.



Medicinisches Waarenhaus

Aktien-Gesellschaft

Berlin NW. 6, Karlstraße 31.

Centralstelle aller ärztlichen Bedarfsartikel und für Hospitalbedarf.

Neues Instrumentarium



zur Wohnungs-Desinfection

mittels

flüssigen Formalins

nach

Prof. Dr. **O. Roepke.**

Ref. Nr. 7, 1905 der Zeitschrift f. Medizinalbeamte

D. R. G. M. Modell M. W.



Ausführliche Beschreibung steht zu Diensten.

Von den Königlich Preussischen und Königlich Bayerischen Staats-Eisenbahnen eingeführt

30. Jahrg. 1917.

Zeitschrift
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Anzeigen nehmen die Verlagshandlung sowie alle Anzeigenannahmestellen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 6. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats. | 20. März.

Typhusschutzimpfung und Leukozytenzahl.

(Aus einem Feldlazarett.)

Von Stabsarzt Dr. **Knoll**, Kreisarzt des Kreises Bernkastel.

Zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten ist eine frühzeitige Diagnose außerordentlich wichtig. Beim Typhus hatte die frühzeitige sichere Diagnosenstellung immer Schwierigkeiten; diese sind noch erhöht worden durch die Einführung der Typhusschutzimpfung, deren großer Segen hier keineswegs in Frage gestellt werden soll. Die typische Fieberkurve, Benommenheit, stärkerer Meteorismus, Erbsenbreistühle sind bei dem jetzt im Felde meist auftretenden Abortivtyphus Schutzgeimpfter weitaus seltener zu finden als früher. Milzschwellung und Widalsche Reaktion können allein durch die Schutzimpfung hervorgerufen sein, haben also an diagnostischem Wert verloren, wenn auch m. E. nicht so wesentlich wie man meist glaubt. Bradykardie ist jetzt bei anderen fieberhaften Erkrankungen, die sicher nicht Typhus sind, auch bei fiebernden Verwundeten so häufig zu finden, daß auch ihr Wert für die Typhusdiagnose äußerst gering geworden ist. Auch die Züch-

tung der Typhusbazillen aus dem Blut in Galle versagt jetzt oft, wohl weil die Typhuserreger bei dem schnellen und leichten Krankheitsverlauf schneller aus dem Blut verschwinden.

Der diagnostische Wert der Leukopenie bei typhusverdächtigen Schutzgeimpften ist auch bestritten worden; ich habe ihn jetzt klinisch und durch eine Reihe von Zählungen bei gesunden Schutzgeimpften nachgeprüft. Durch mein Feldlazarett ging eine Anzahl Typhusverdächtiger, die ich nicht behalten konnte, sondern schnell ans Seuchenlazarett weiterbefördern mußte, was jedoch nicht ohne vorherige Leukozytenzählung geschah; das bakteriologische Ergebnis habe ich in keinem Falle abwarten können. Ich stand also sehr häufig vor der schnell zu entscheidenden Frage: Ist der Kranke als typhusverdächtig ins Seuchenlazarett abzuschieben oder kann er als nicht typhuskrank im Feldlazarett bleiben? Hierbei erwies sich die Leukozytenzählung als wertwolles diagnostisches Hilfsmittel; oft entschied die gefundene Leukopenie die Diagnose; sehr häufig bestätigte sie, daß auch die Milzschwellung immer noch ein wertvolles Symptom für Typhus ist. Ich habe die abgeschobenen Kranken später im Seuchenlazarett besucht und mich überzeugt, daß ich trotz kurzer Beobachtung in den weitaus meisten Fällen mit meiner Diagnose recht behalten hatte.

Um festzustellen, ob die Typhusschutzimpfung die Leukozytenzahl beeinflußt, habe ich die Typhusschutzimpfung im Juni 1916 benutzt, um an einer Reihe Gesunder die nötigen Zählungen vorzunehmen. Den Herrn Kollegen, die mich dabei in liebenswürdiger Weise unterstützten, spreche ich meinen besten Dank aus; 19 Mann, die hierzu herangezogen wurden, wurden am 6. Juni 1916 gegen Typhus geimpft und zwar erhielten 16 die dritte Impfung, also eine Einspritzung, 3 die zweite Impfung, also 2 Einspritzungen am 6. und am 15. Juni (sie sind in der Tabelle mit einem Stern versehen). Bei 16 Drittgeimpften und 2 Zweitgeimpften lag die letzte Impfung im August 1915, bei einem (in der Tabelle mit 2 Sternen bezeichnet) im Februar 1915. Die Leukozytenzählungen wurden vorgenommen am Tage vor der Impfung, am 3., 7., 14., 23., 34. Tage nach der Impfung und dann monatlich bis Anfang Oktober, also 4 Monate nach der Impfung.

Das Ergebnis der Zählungen bei den gesunden Schutzgeimpften gibt die angefügte Uebersicht.

Hier zeigt sich, was schon früher festgestellt war, eine deutliche Leukozytose, deren Gipfel meist am 7. Tage nach der Impfung erreicht ist und die mehr oder weniger schnell verschwindet. Viel später, im Durchschnitt 3 Monate nach der Impfung, findet sich bei der Mehrzahl eine leichte Senkung der Leukozytenzahl, die in nur 5 Fällen Werte unter 6000, in einem weiteren Falle 4500 erreicht. Niemals sank die Zahl unter 4000.

Schlußergebnis: Durch die Typhusschutzimpfung wird im allgemeinen keine wesentliche

länger anhaltende Leukopenie erzeugt. Eine bei einem geimpften Typhusverdächtigen vorgefundene wesentliche Leukopenie ist für die Typhusdiagnose durchaus verwertbar.

Datum der Zählung	5. VI.	9. VI.	13. VI.	20. VI.	29. VI.	10. VII.	Anf. Aug.	Anf. Sept.	Anf. Okt.
St.-A. K.	7 800	7 700	9 200	—	—	6 700	6 500	7 400	*4 500*
Ass.-A. K.	7 900	14 400	21 500	13 600	13 800	—	19 600	10 100	10 500
Mil.-Kr.-W. B.	7 100	8 500	11 900	9 200	—	9 000	10 600	8 800	7 800
„ G.	9 000	5 300	17 300	—	—	6 300	7 900	*5 200*	10 200
„ Pf.*	7 600	9 000	11 500	10 300	12 000	10 600	*7 300*	9 200	12 400
„ W.*	8 200	11 300	12 300	11 200	11 100	—	*7 400*	9 400	9 100
Unteroff. D.	9 100	5 800	7 800	16 000	11 500	—	10 500	8 800	*6 600*
Feldw. E.	7 600	10 500	12 700	12 800	13 000	—	9 900	*7 500*	8 700
San.-U.-O. P.	9 300	11 400	14 100	—	—	7 900	*6 100*	7 400	7 900
Mil.-Kr.-W. W.	8 200	10 600	11 900	8 400	8 800	11 100	9 100	*8 100*	10 950
„ R.	7 100	9 000	8 800	6 400	9 900	—	*5 100*	6 700	6 700
San.-V.-F. Sch.	10 000	9 800	14 800	9 600	9 300	9 200	7 700	8 600	*7 000*
Radfahrer M. I.	9 000	8 200	13 500	10 600	13 000	—	11 500	7 900	*7 200*
Gefr. Str.	6 200	4 000	8 600	—	—	6 100	5 600	*5 400*	7 200
M.-K.-W. F.	9 500	14 900	9 200	10 300	10 800	*7 300*	11 700	10 700	11 200
San.-U.-O. L.	7 700	18 600	11 200	11 400	8 900	*6 900*	8 400	7 300	11 900
Gefr. M.	8 600	5 700	13 000	7 900	6 100	—	—	7 300	*5 100*
Fahrer W.**	7 300	8 300	8 200	8 100	7 800	—	—	*5 600*	10 200
San.-Gefr. N.	6 800	5 900	11 100	9 600	7 600	—	—	6 300	—
Durchschnitt	8 105	9 389	11 505	10 360	9 573	8 110	9 044	*7 721*	8 394

Bemerkungen: Die Gipfelzahl der Leukozytose ist fett, die Zahl der tiefsten Leukopenie in Schrägschrift gedruckt.

Das Auftreten von Wochenbettfieber und seine Bekämpfung in zwei Landkreisen.

Von Med.-Rat Dr. **Wengler** in Groß-Gerau.

Ich bin mir bewußt, daß ich in folgendem zum Teil längst bekannte Tatsachen anführe. Es dürfte aber vielleicht von Interesse sein, sie an dem statistischen Material aus einem einfachen Landkreis bestätigt zu finden.

Das statistische Material, das ich benutzte, bestand aus den Puerperalfieberzählkarten, wie sie im Großherzogtum Hessen nach allen Puerperalfieberfällen von den Aerzten dem Kreisarzt eingereicht werden. Aushilfsweise wurden Angaben aus den Hebammentagebüchern verwertet. Für meinen früheren Amtskreis Alsfeld kam ich auf Grund des Ergebnisses dieses Materials zu folgenden Schlußsätzen, die ich in Erinnerung bringe, weil gerade jetzt der Schutz der Gebärenden vor Puerperalfieber besonders wichtig ist:

1. Die einfachste und wertvollste Puerperalfieberstatistik ist die Statistik der Puerperalfiebertodesfälle. Sie ist auch praktisch wichtig für den Geburtshelfer zur Uebersicht

über seine Tätigkeit. Für gewöhnlich kommt der Geburtshelfer bei Fieber im Wochenbett rechtzeitig auf den Verdacht, es könne sich um Puerperalfieber handeln. Er beugt der Weiterverbreitung der Infektion vor und kommt kaum in die Lage, mehrere ätiologisch zusammenhängende Fälle gleichzeitig behandeln zu müssen. Auch wird er äußerst selten einen Puerperalfiebertodesfall zu beklagen haben.

Sträubt sich aber der Geburtshelfer allzulange gegen Puerperalfieberverdacht, dann ist der Weiterverbreitung durch Infektion Tür und Tor geöffnet. Verhältnismäßig häufig stoßen ihm dann mehrere ursächlich verbundene Fälle auf. Auch wird er nicht so selten einen Puerperalfiebertodesfall zu verzeichnen haben, unter Umständen sogar zwei innerhalb weniger Tage (Nr. 23, 24 und Nr. 41, 42 der Tabelle); ein Vorkommnis, das an sich gar nicht auffällig ist, in der Oeffentlichkeit aber, namentlich in kleineren Gemeinden einen äußerst peinlichen Eindruck macht.

2. Nicht jedes echte Puerperalfieber ist tödlich. Aber es ist anzunehmen, daß jede puerperalverdächtige Erkrankung, die wenige Tage nach der Entbindung unter hohem Fieber einsetzt und nach raschem Fieberverlauf zum Tode führt, echtes Puerperalfieber ist. Will man also in der Statistik nur echte Puerperalfieberfälle verwerten, so greift man am besten die Puerperalfiebertodesfälle heraus.

3. Im Kreise Alsfeld (Landkreis mit 36500 Einwohnern) ereigneten sich in den 15 Jahren 1891 bis 1905 im ganzen 48 Puerperalfiebertodesfälle, und zwar trat der Tod in 34 Fällen innerhalb von 14 Tagen, in 19 Fällen innerhalb von 8 Tagen nach der Entbindung ein.

4. Von den 48 Puerperalfiebertodesfällen standen nachgewiesenermaßen 35 mit geburtshilflichen Operationen (33 durch den Arzt, 2 durch die Hebamme) in Zusammenhang. Davon waren 32 (unter Rubrik der Tabelle „Kunsthilfe“ senkrechter Strich) direkt durch eine Operation veranlaßt[1]) bei 3 (unter Rubrik der Tabelle „Kunsthilfe“ wagerechter Strich Nr. 7, 16, 41) war der Zusammenhang nur indirekt. An einen Puerperalfieberfall nach einer Operation durch den Arzt schloß sich unmittelbar ein zweiter tödlich verlaufender in der Praxis der Hebamme der Operierten an (der Mutterfall, von dem die Infektion ausging, ist in der Tabelle mit Schrägschrift gedruckt).

5. Bei den 13 Puerperalfiebertodesfällen, bei denen sich ein Zusammenhang mit einer geburtshilflichen Operation nicht nachweisen ließ, ist es nicht sicher, ob nicht doch ein solcher bestand. Nach den Puerperalzählkarten lautete nämlich die Frage nach dem Geburtsverlauf einfach „ob mit oder ohne Kunsthilfe“. Nun rechnen manche Aerzte Eingriffe wie Damm-

[1]) Die Infektion braucht nicht notwendig bei der Operation durch den Operierenden geschehen zu sein; sie kann auch später und durch einen anderen erfolgt sein. Auf jeden Fall war aber die Operation die Vorbedingung für die Infektion.

naht, manuelle Lösung der Placenta usw. nicht mehr zu den geburtshilflichen Operationen; ich war also bei meiner Statistik auf die Durchsicht der Hebammentagebücher angewiesen. Die Angaben in den Hebammentagebüchern bewiesen freilich die Lückenhaftigkeit der ärztlichen Zählkarten, waren aber auch sicherlich nicht erschöpfend.

6. Die ersten Fälle von echtem Puerperalfieber sind stets veranlaßt durch geburtshilfliche Operationen, ausgeführt von Aerzten, Hebammen, Laienhänden. (Die aborteinleitenden und abortbehandelnden Operationen gehören zu den geburtshilflichen Operationen. Operation ist jede Manipulation an den Geschlechtsteilen Schwangerer oder Gebärender, die mit Schaffung von Wundflächen verknüpft ist oder an bestehenden Wundflächen vorgenommen wird.)

7. Die durch geburtshilfliche Operationen veranlaßten Puerperalfieberfälle erscheinen besonders infektiös. Die Weiterverbreitung der Infektion durch die Hebamme geschieht bei mangelhafter Fieberkontrolle oft so rasch, daß die neue Infektion schon da ist, ehe die ursprüngliche so recht zur Kenntnis gelangte (Nr. 41, 42). Wegen des raschen Entstehens der Infektionsgefahr, muß es daher schon Aufgabe des behandelnden Arztes sein, sofort die Hebamme dem Infektionherd fern zu halten; auf die Zuziehung des Kreisarztes zu warten, wäre verfehlt.

8. Die Pflege fieberkranker Wöchnerinnen ist, theoretisch genommen, der einzige Fall, in dem die Hebamme infektionsgefährlich wird; denn sonst braucht sie in ihrer Berufsausübung und in ihrer privaten Tätigkeit mit Infektionsmaterial nicht in Berührung zu kommen.

Dann ist aber, könnte man schließen, der Arzt bei seinem geburtshilflichen Handeln immer infektionsgefährlich, da er sich in seinem Beruf tagtäglich der Berührung mit Infektionskeimen aussetzen muß; glücklicherweise ist dies nicht der Fall. Der Arzt beseitigt die seiner Person anhaftende Infektionsgefährlichkeit durch strenge Antisepsis und Asepsis vollständig.

Zum Vergleich füge ich die Statistik der Puerperalfiebertodesfälle aus dem Wirkungskreis, in dem ich mich gegenwärtig befinde, dem Kreise Groß-Gerau, aus den Jahren 1906 bis 1915 an. Danach ereigneten sich hier in den 10 Jahren von 1906 bis 1915 im ganzen 14 Puerperalfiebertodesfälle; der Tod trat in 9 Fällen innerhalb von 14 Tagen, in 5 Fällen innerhalb von 8 Tagen ein. Von den 14 Puerperalfiebertodesfällen standen 7 nachgewiesenermaßen mit geburtshilflichen Operationen im Zusammenhang.

Vergleich der Puerperalfiebersterblichkeit in den Landkreisen Alsfeld[1]) und Groß-Gerau[2]) auf Grund der nachstehenden zwei Tabellen:

[1]) Kreis Alsfeld: (Einwohnerzahl 36500, Flächenraum 62000 ha),

(Fortsetzung des Textes auf Seite 176.)

Todesfälle an Puerperalfieber
im Kreise Alsfeld in der Zeit von 1891 bis 1905.

Ord. Nr.	Kunsthilfe	Jahrgang	Ort	Art der Kunsthilfe	Datum der Entbindung	Datum des Todes	Zeit zwischen Entbindung u. Tod. Tage	Bemerkung
1	1	1891	Elbenrod	Zwillinge. Zange beim ersten.	28. 1.	1. 2.	4	
2	1	„	Alsfeld	Steißgeburt. Manuelle Extract. des Kopfes	26. 2.	6. 3.	8	
3	1	„	N. Gemünden	Wendung. Plac. Lösung	24. 2.	7. 3.	11	
4	1	„	Ohmes	Zange. Incision des rigiden Muttermundes	7. 4.	17. 4.	10	
5		„	Schadenbach	—	5. 7.	10. 7.	5	
6	1	1892	Alsfeld	Frühgeburt. Plac. Lösung	8. 2.	19. 2.	11	
7	—	„	Eudorf	—	2. 3.	22. 3.	20	ein u. dies. Hebamme
		„	„	*Quetschwunde an der Schamlippe*	*13. 2.*			*18. 2. Tag d. Erkrankung*
8	1	„	Ruhlkirchen	manuelle Lösung der Nachgeburt	18. 4.	27. 4.	9	
9	1	„	Schwabenrod	manuelle Lösung der Nachgeburt	28. 6.	6. 7.	8	
10	1	„	O. Breidenbach	manuelle Lösung der Nachgeburt	20. 6.	31. 7.	41	
11		„	Storndorf	—	8. 10	18.10.	10	
12	1	1893	N. Gemünden	Gesichtslage. Zange	13. 2.	22. 2.	9	
13		„	Alsfeld	—	8. 2.	22. 2.	42	
14		„	Homberg	—	23. 3.	29. 3.	6	
15	1	„	Vadenrod	manuelle Lösung der Plac. durch Hebamme	28. 3.	14. 4.	17	
16	—	„	Vockenrod	—	22. 6.	28. 6.	6	ein u. dies. Hebamme
		„	*Seibelsdorf*	*manuelle Lösung der Plac.*	*1. 6.*			
17		„	Bernsfeld	—	9. 7.	11. 7.	2	Sturzgeburt
18		„	Ohmes	—	13. 11.	25.11.	12	
19		1894	Arnshain	—	7. 11.	18.11.	11	
20	1	1895	O. Gleen	Gesichtslage. Kunsthilfe d. d. Hebamme	3. 3.	12. 3.	9	
21	1	1896	Maulbach	Dammnaht	25. 6.	1. 7.	6	
22		„	Brauersschwend	—	13. 2.	16. 2.	3	
23	1	1897	Wahlen	Dammnaht	23. 2.	7. 3.	12	ein u. dies. Hebamme
24	1	„	„	manuelle Lösung der Plac.	16. 2.	23. 3.	35	21. 2. Tag d. Erkrankung
25		„	Udenhausen	—	20. 2.	25. 2.	5	
26	1	„	Elbenrod	Zange	14. 11.	26 11.	12	
27		„	Vockenrod	—	15. 11.	22.11.	7	Sturzgeburt
28		1898	Alsfeld	—	23. 2.	2. 3.	7	
29	1	„	O. Ohmen	Wendung	25. 2.	9. 3.	12	
30	1	„	Haarhausen	Ausschabung	17. 3.	24. 4.	38	
31	1	„	Arnshain	Schwierige Extract.	31. 5.	2. 6.	2	
32	1	„	Deckenbach	Wendung	12. 12.	20.12.	8	
33	1	1899	Grabenan	Wendung des 2. Zwillings	26. 8.	15. 9.	20	
34	1	1900	O. Ofleiden	manuelle Lösung der Plac.	28. 2.	6. 3.	6	
35		„	Storndorf	—	7. 11.	27.11.	20	
36	1	1901	Deckenbach	Zange	8. 1.	15. 1.	7	

Todesfälle an Puerperalfieber
im Kreise Alsfeld in der Zeit von 1891 bis 1905.
(Schluß.)

Ord. Nr.	Kunsthilfe	Jahrgang	Ort	Art der Kunsthilfe	Datum der Entbindung	Datum des Todes	Zeit zwischen Entbindung u. Tod. Tage	Bemerkungen
37	1	1901	O. Ohmen	manuelle Lösung der Plac.	24. 9.	22.11.	59	
38	1	1902	Ruhlkirchen	desgl.				
39	1	1903	Wallersdorf	Wendung	14. 2.	21. 2.	7	
40		1904	O. Sorg	—	15. 12.	4. 2.	51	
41	—	„	Homberg	—	26. 1.	12. 2.	17	ein u. dies. Hebamme
42	1	„	„	*manuelle Lösung der Plac.*	*4. 2.*	*8. 2.*	*4*	ein u. dies. Hebamme
43	1	„	Ruppertenrod	Wendung	29. 1.	7. 2.	9	
44	1	„	Gr. Felda	Lösung der Plac.	12. 1.	23. 2.	42	
45	1	„	Elbenrod	Zange	14. 4.	26. 4	12	
46	1	„	O. Gleen	manuelle Lösung der Plac.	24. 10.	8. 12.	45	
47	1	1905	Büßfeld	Dammnaht	4. 7.	7. 7.	3	
48	1	„	Kirtorf	manuelle Lösung der Plac.	10. 9.	23. 9.	13	

Todesfälle an Puerperalfieber
im Kreise Groß-Gerau in der Zeit von 1906 bis 1915.

Ord. Nr.	Kunsthilfe	Jahrgang	Ort	Art der Kunsthilfe	Datum der Entbindung	Datum des Todes	Zeit zwischen Entbindung u. Tod. Tage	Bemerkungen
1	1	1906	Trebur	Zange	25. 1.	5. 5.	101	Tag der Erkrankung 31. 1.
2		„	Mörfelden		12. 8.	16. 8.	5	Dauer der Entbindung 2 Tage.
3		1907	Königstädten		26. 4.	18. 5.	22	Tag der Erkrankung 2. 5.
4	1	„	Biebesheim	Plazentenlösung	2. 8.	9. 9.	38	Tag der Erkrankung 12. 8.
5		1908	Groß-Gerau		28. 8.	12. 9.	15	Sturzgeburt
6	1	1909	Leeheim	Zange	12. 6.	22. 6.	10	
7		1910	Crumstadt		12. 2.	17. 2.	5	
8		„	Gernsheim		15. 2.	9. 3.	24	Tag der Erkrankung 18. 2. Frühgeburt
9	1	1911	Dornberg	Nachgeburtslösung	13. 2.	15. 2	2	
10	1	1912	Klein-Gerau	Wendung	21. 7.	1. 8.	11	
11	1	„	Trebur	Plazentenlösung	22. 8.	27. 8.	5	
		1913	*kein Todesfall an Puerperalfieber*					
12		1914	Kelsterbach		25. 12.	4. 1.	10	ein und dieselbe Hebamme
13		„	„		29. 12.	7. 1.	9	ein und dieselbe Hebamme
14		„	Astheim	Zange	5. 9.	12. 9.	7	
		1915	*kein Todesfall an Puerperalfieber*					

Auffallend ist die geringe Anzahl der Puerperalfiebertodesfälle im Kreis Groß-Gerau gegenüber dem Kreis Alsfeld. Im Kreise Alsfeld kommen im Jahr auf 10000 Einwohner 0,88 Puerperalfiebertodesfälle, im Kreise Groß-Gerau 0,22, also nur der vierte Teil. Dabei ist die Geburtenzahl, nach dem letzten Lustrum zu urteilen, im Kreis Groß-Gerau größer als im Kreis Alsfeld, nämlich 29,11 ‰ gegenüber 24,56 ‰.

In bezug auf den Zusammenhang der Puerperalfiebersterbefälle mit geburtshilflichen Operationen und in bezug auf relative Häufigkeit der typischen Puerperalfieberfälle d. h. der Puerperalfieberfälle, die innerhalb einer Frist von 14 Tagen nach der Entbindung tödlich enden, herrschten in beiden Kreisen im wesentlichen die gleichen Verhältnisse. Todesfall infolge Uebertragung der Infektion von Wöchnerin auf Wöchnerin wurde freilich im Kreise Groß-Gerau nur ein einziges Mal nachgewiesen, Nr. 12 und 13 im Kreise Alsfeld dagegen 3- oder 4mal.

Der Grund für die niedrige Puerperalfiebersterblichkeit im Kreise Groß-Gerau im Vergleich zum Kreis Alsfeld liegt wohl daran, daß der zentral gelegene, dichtbevölkerte Kreis Groß-Gerau in bezug auf Erreichbarkeit der Geburtshilfe viel besser gestellt ist als der abseits gelegene, ausgedehnte, dünnbevölkerte Kreis Alsfeld. Dazu kommt im Kreise Alsfeld, daß es in den entlegenen Gemeinden für die Hebammen oft schwierig, ja unmöglich ist, sich außerhalb ihres Berufes von Infektionskeimen fern zu halten. Oft genug tritt die Aufforderung, in der Krankenpflege auszuhelfen, mit solcher Dringlichkeit an sie heran, daß sie schließlich nachgeben müssen. In einem Ort z. B., in dem mir das häufige Vorkommen des Puerperalfiebers auffiel, stellte ich fest, daß die Hebamme regelmäßig tagtäglich die eiternden Unterschenkelgeschwüre einer alten Frau verband. Nach Zurechtweisung der Hebamme hörte auch das Auftreten des Puerperalfiebers auf.

Noch häufiger kommt es im Kreise Alsfeld vor, daß sich die Hebamme durch die Bitten der Ortseinwohner erweichen läßt, die zum Gebrauch für Entbindungen bestimmten Verbandsachen und Utensilien für andere Zwecke abzugeben oder zu verleihen. Vielfach gilt es als ganz selbstverständlich, daß die

---

Landkreis, vorwiegend Landwirtschaft treibende Bevölkerung, Entfernung von der nächsten Großstadt 50 km.

Durchschnittliche Geburtenzahl im Jahr auf 1000 Einwohner im letzten Lustrum (1910—1914): 24,56*).

[2]) Kreis Groß-Gerau: (Einwohnerzahl 63000, Flächenraum 45000 ha), Landkreis in Industriegegend mit starkem Einschlag von Fabrikbevölkerung, mitten zwischen den Großstädten Frankfurt, Mainz, Darmstadt gelegen;

Durchschnittliche Geburtenzahl im Jahr auf 1000 Einwohner im letzten Lustrum (1910—1914): 29,11*).

*) Berechnet nach den Mitteilungen der Großherzoglich Hessischen Zentralstelle für Landesstatistik Nr. 918, 931, 944, 961, 969.

Hebamme bei plötzlichen Bedarfsfällen irgendwelcher Art mit ihrem Verbandmaterial usw. einspringen müsse. So erklärte ein Bürgermeister bei Beratung über die Einführung der Verbandkästen für plötzliche Unglücksfälle einfach: „So etwas ist bei uns nicht nötig. Da hilft die Hebamme aus.“

Es nützte auch gar nichts, daß ich den Hebammen in den Hebammenversammlungen wiederholt einschärfte: „Für den Fall einer Entbindung muß ein eiserner Bestand an Hebammengebrauchsartikeln da sein, unberührbar für anderweitige Benutzung.“ Was konnten auch alle Ermahnungen nützen, da ich nicht in der Lage war, den Hebammen einen solchen eisernen Bestand in geeigneter Form zur Verfügung zu stellen, etwa in Gestalt der bayerischen Hebammenkästchen.

Im Königreich Bayern sind in neuerer Zeit Pappkästchen eingeführt, die alle für eine Entbindung nötigen Verbandsachen und Desinfektionsmittel wohlverschlossen enthalten, sterile Watte, Alkohol, Seife, Handbürste usw. Jedes Kästchen ist nur für eine Entbindung bestimmt und darf erst kurz vor der Entbindung geöffnet werden. Den Vertrieb haben die Apotheken. Auch sind Vorkehrungen getroffen für scharfe Kontrolle über Anwendung und Gebrauch. Gerade in der jetzigen Zeit wäre die allgemeine Einführung derartiger Hebammenkästchen besonders wünschenswert, da die Hebammen wegen der Kostspieligkeit der Verbandartikel und Desinfektionsmittel oft in Versuchung kommen, das für die Geburtshilfe bestimmte Material auch für andere Zwecke abzugeben.

Das belgische Schularztgesetz.

Von Kreisarzt Dr. Karl Dohrn-Hannover, z. Z. Stabsarzt d. R. bei der Zentrale für soziale Fürsorge beim General-Gouverneur in Brüssel.

Jeder gerecht Urteilende wird der Belgierin das Zeugnis ausstellen, daß sie eine sehr sorgsame Mutter ist. Wer in die Kinderwagen sieht oder die kleinen Kinder auf der Straße betrachtet, wird nicht ganz ohne Neid die rotbackigen Säuglinge bewundern. Die Kleinen werden nicht nur von der Mutter peinlich sauber gehalten, sondern auch mit Selbstverständlichkeit gestillt und quittieren darauf mit strahlendem Wohlbefinden.

Einen sehr viel ungünstigeren Eindruck als bei uns machen dagegen die Kinder des schulpflichtigen Alters. Sie sind schwächlicher trotz der gleichen, wenn nicht noch besseren Kriegsernährung als die deutschen Kinder; sie haben vielfach schon etwas Ueberreifes; es fehlt ihnen der üppige Bewegungsdrang, wie er bei unseren Schülern in Raufereien oder im Bewegungsspiel zum Ausdruck kommt. Woher kommt dies? Zum Teil sicher daher, daß sie an den Genüssen des Lebens, insbesondere am Tabakgenuß, sehr früh teilnehmen. Manche rauchen Zigaretten — man kann sagen — kaum, nachdem sie die Mutterbrust verlassen haben. Noch kürzlich sah ich eine belgische Mutter,

stolz ihre beiden Sprößlinge von etwa 6 und 8 Jahren rechts und links an der Hand, beide große Zigarren rauchend. In manchen Bezirken spielt aber auch die Kinderarbeit sicher eine verhängnisvolle Rolle, der erst durch die deutsche Verwaltung ein wirksames Ende gesetzt ist. Es kommt nach Aussage belgischer Aerzte noch hinzu, daß für die Schul- und Schulkinderhygiene in Belgien bisher wenig getan ist, und daß ein Teil der betreffenden Bestimmungen, wie so manche andere, bisher nur auf dem Papier bestanden haben. So bringt der Belgier trotz günstigen Säuglingsalters eine erheblich schwächere Konstitution mit ins spätere Leben hinein, eine Tatsache, von der ich mich bei der ärztlichen Untersuchung einer größeren Zahl von Belgiern überzeugen konnte.

Der mangelnden Sorge für das schulpflichtige Alter soll nun durch das neue belgische Schularztgesetz abgeholfen werden, das auf Grund des Artikels § 45 des noch vor dem Kriege verabschiedeten Volksschulgesetzes vom 15. Juni 1914 erlassen ist.[1]) Sowohl das Grundgesetz, als auch die „Verordnung über die Einrichtung einer ärztlichen Schulaufsicht" sind unter deutscher Verwaltung durch den General-Gouverneur, Generalobersten Dr. Freiherrn v. Bissing, in Kraft gesetzt.

Das belgische Schularztgesetz geht in seinen Forderungen recht weit. Es ist erwähnenswert, daß es vielfach Aufgabe der zugezogenen ärztlichen Sachverständigen war, zu weit gehende Forderungen der belgischen Regierung einzudämmen. So ist zum Beispiel die im Grundgesetz vorgesehene Forderung eines monatlichen Besuches ländlicher Schulen durch den Schularzt als übertrieben anzusehen. Derartig häufige Besuche verwässern das Interesse und machen dazu große Kosten.

In der Verordnung vom 21. Juli 1916 (s. Anlage A) werden

[1]) Artikel § 45 des Volksschulgesetzes vom 15. Juni 1914 hat folgenden Wortlaut:

„Jede Gemeinde ist verpflichtet, eine unentgeltliche ärztliche Ueberwachung der Schule einzurichten; diese ärztliche Ueberwachung umfaßt eine ärztliche Untersuchung der Schulkinder bei ihrem Eintritt in die Schule und wenigstens einen Besuch der Schule im Monat.

Die ärztliche Ueberwachung erstreckt sich auf alle unter diesem Gesetze stehenden Schulen.

Die allgemeinen Bedingungen, unter denen diese Ueberwachung stattfindet, werden durch königliche Verordnung geregelt.

Die ärztlichen Inspektoren der Gemeindeschulen werden vom Gemeinderat, die der übernommenen und übernehmbaren Schulen durch den Vorstand dieser Schulen ernannt, müssen aber vom Schöffenkollegium genehmigt werden. Wird die Genehmigung verweigert, so kann der Schulvorstand beim Könige Berufung einlegen.

Nach jedem Besuche reicht der untersuchende Arzt dem Bürgermeister einen Bericht ein; der Gesundheitsinspektor des Bezirks und der Vorstand der betreffenden Schulen erhalten eine Abschrift dieses Berichts.

Unter Abweichung von Artikel 68, 6 des Gesetzes vom 12. September 1895 können die Mitglieder des Gemeinderates und die Bürgermeister zur Ausübung des Amtes eines ärztlichen Inspektors berufen werden, nachdem der Beschluß des Gemeinderates, wodurch der Betreffende ernannt und sein Gehalt festgestellt wird, vom Könige genehmigt worden ist."

die Richtlinien des Gesetzes angeführt; diesen ist noch ein Ortsstatut (Anlage B) und eine Anweisung über die Schließung der Schulen bei ansteckenden Krankheiten (Anlage III zu Anlage B beigegeben. Auf einige Einzelheiten des Ortsstatuts soll noch kurz eingegangen werden.

Der Schularzt hat lediglich eine vorbeugende Tätigkeit zu entwickeln. Die Behandlung ist ebenso wie in den übrigen Schularztgesetzen dem Arzte untersagt.

Die Anstellung des Schularztes im Hauptamte ist nach Möglichkeit anzustreben.

Sehr bezeichnend für die tiefwurzelnde Abneigung des Belgiers gegen jede Art Kontrolle und Zwang war die ursprünglich bestehende Bestimmung, daß die Gesundheitsscheine nach dem Verlassen der Schule vernichtet werden sollten. Der Einwurf der ärztlichen Sachverständigen, daß diese Maßnahme nicht zur polizeilichen Kontrolle, sondern gerade zum Schutze der Jugendlichen in kriminellen Fällen dienen solle, fand bei der belgischen Regierung nur widerstrebend Gehör.

In der Beaufsichtigung des Schulraumes fällt dem Schularzte nur eine kontrollierende Tätigkeit zu. Bei Neu- und wesentlichen Umbauten muß der Hygiene-Inspektor (ein Arzt) zugezogen werden.

In dem Erlaß über die Schließung von Schulen auf Grund ansteckender Krankheiten (Anlage III) wird mit Recht darauf hingewiesen, daß die Schulschließung eine sehr zweischneidige Waffe ist. Ueber die einzelnen Krankheiten, die eine Schulschließung notwendig oder überflüssig erscheinen lassen, ist am Schlusse ein Verzeichnis angeführt.

Anlage A.

Verordnung über die unentgeltliche ärztliche Ueberwachung der Volksschulen vom 21. Juli 1916.

Art. 1. Die von den Gemeinden einzurichtende unentgeltliche ärztliche Ueberwachung der Schule erstreckt sich auf die kommunalen, die übernommenen und die unterstützten privaten Volksschulen und Kindergärten.

Gemeinden, die davon entbunden sind, eine Volkschule einzurichten oder zu unterhalten, sind verpflichtet, die ärztliche Schulaufsicht für diejenigen unternommenen und unterstützten Privatschulen und Kindergärten einzurichten, die sich auf ihrem Gebiet befinden.

Gemeinden, die ermächtigt sind, eine gemeinsame Schule einzurichten und zu unterhalten, können auch die unentgeltliche ärztliche Beaufsichtigung dieser Schulen gemeinsam einrichten.

Art. 2. Aufgabe der ärztlichen Ueberwachung der Schulen ist:
die Feststellung der gesundheitlichen Verhältnisse der Schulkinder,
die Beratung der Lehrer, Kinder und Eltern und
die Anregung zu vorbeugenden gesundheitlichen Maßnahmen.

Die ärztliche Behandlung der Schulkinder gehört nicht zu den Aufgaben der ärztlichen Ueberwachung.

Art. 3. Die ärztliche Schulaufsicht umfaßt wenigstens:

I. Eine ärztliche Untersuchung der Kinder bei ihrem Eintritt in die Schule und eine solche im Laufe des 3., 5. und letzten Schuljahres.

Diese Untersuchung erstreckt sich auf den körperlichen und geistigen Zustand der Kinder; das Ergebnis der Untersuchung ist in ein Verzeichnis nach dem nachstehend abgedruckten Muster aufzunehmen; ferner alles Wesent-

liche, was dem Schularzt von den Eltern des Schülers, von dem behandelnden Arzt (mit Genehmigung der Familie) und von dem Lehrer mitgeteilt wird.

Nach dem vorgeschriebenen Formular angefertigte Untersuchungsbefunde des Hausarztes befreien das Schulkind von der schulärztlichen Untersuchung, wenn dieser Befund dem Schularzt übermittelt wird.

Das Verzeichnis ist geheim zu halten und unter persönlichem Verschluß des Schularztes aufzubewahren; es wird, wenn das Kind die Schule endgültig verlassen hat, vom Schularzt dem Ministerium des Innern (Medizinalabteilung) übersandt, wo es 50 Jahre lang aufbewahrt wird. Sein Inhalt ist nur Behörden auf Antrag zugänglich zu machen. Mit Zustimmung des Beteiligten oder seines gesetzlichen Vertreters darf auch dem behandelnden Arzt Einsicht in das Verzeichnis gegeben werden.

II. Eine häufigere Untersuchung derjenigen Schüler, die der Schularzt als überwachungsbedürftig befindet.

III. Einen monatlichen Besuch der Schule. Bei dem monatlichen Besuch soll der Schularzt diejenigen Kinder untersuchen, die ihm von dem Lehrer als krankheitsverdächtig bezeichnet werden oder die überwachungsbedürftig sind; er soll bezüglich dieser Kinder diejenigen Maßnahmen vorschlagen, die er für notwendig erachtet.

Der Lehrer hat die Beobachtungen körperlicher, geistiger oder moralischer Natur, die er vermöge seines dauernden Umganges mit den Schulkindern und im Verkehr mit deren Eltern macht, dem Schularzt mitzuteilen.

Nach jeder monatlichen Besichtigung der Schule hat der Schularzt dem Bürgermeister Bericht über seine Beobachtungen zu erstatten, den dieser alsbald der Schulleitung, der Schulaufsichtsbehörde und der „Inspection d'Hygiène" mitzuteilen hat.

IV. Eine halbjährliche Besichtigung der Schulräume und der dazu gehörigen Nebenräume. Diese Besichtigung erstreckt sich auf die Lage und den baulichen Zustand der Schule und deren Nebengebäude, die Zahl und den Rauminhalt sowie die Schülerzahl der Klassen, auf Beleuchtung, Lufterneuerung und Heizung der Klassen, auf die Schulbänke, Wandtafeln, Reinigung und Desinfizierung der verschiedenen Schulräume, das Wirtschaftswasser, die Abteilung der Abwässer und des Schmutzes, die Abortanlagen, die Spielplätze, Gänge und Kleiderablagen.

Der Schularzt hat der Schulaufsichtsbehörde über das Ergebnis seiner Besichtigung zu berichten.

V. Im Falle einer ansteckenden Krankheit in der Schule oder im Orte vermehrt der Schularzt seine Besuche soweit es nötig ist, und sorgt für die Beobachtung aller Vorschriften bezüglich Entfernung und Wiederzulassung der erkrankten Schüler und gegebenenfalls bezüglich der Schließung und Wiedereröffnung der Klassen und der Desinfizierung der Schulräume.

Falls in der Schule ansteckende Krankheiten auftreten oder der Verdacht einer solchen besteht, muß der Lehrer unverzüglich den Schularzt benachrichtigen.

Art. 4. Die Untersuchung der Schüler erfolgt in einem in der Schule oder in deren Nähe gelegenen Raume, der dem Schularzt von der Schulleitung zur Verfügung gestellt wird. Dieser Raum muß gut beleuchtet und geheizt, mit einem Längenmaß und einer Wage ausgestattet sein.

Art. 5. Die Anstellungszeit der Schulärzte darf nicht weniger als 5 Jahre betragen.

Art. 6. Die Gemeinde ist verpflichtet, dem Schularzt ein angemessenes Gehalt oder eine ausreichende Vergütung für jeden untersuchten Schüler zu zahlen.

Es darf bezüglich der Höhe des Gehaltes oder der Vergütung kein Unterschied zwischen den Schulen gemacht werden, in welchen der Schularzt seine Tätigkeit ausübt.

Art. 7. Als Anlage zu dieser Verordnung wird ein Muster eines Ortsstatuts veröffentlicht, welches das Mindestmaß der Einrichtung der unentgeltlichen ärztlichen Schulaufsicht festsetzt.

Art. 8. Der Verwaltungschef bei dem Generalgouverneur wird mit der Ausführung dieser Verordnung beauftragt.

Anlage B.

Muster eines Ortsstatuts über die Einrichtung der unentgeltlichen ärztlichen Ueberwachung der Volksschulen.

Auf Grund des Artikels 75 des Gemeindegesetzes und des Artikels 45 des Volksschulgesetzes und der in Ausführung ergangenen Verordnung des Generalgouverneurs über die Einrichtung einer unentgeltlichen ärztlichen Schulaufsicht vom 21. Juli 1916 beschließt der Gemeinderat wie folgt:

Art. 1. In der Gemeinde . . . . . wird eine unentgeltliche ärztliche Schulüberwachung eingerichtet,[1]) die sich auf die kommunalen, die übernommenen und unterstützten privaten Volksschulen und Kindergärten erstreckt.

Art. 2. Die ärztliche Schulüberwachung umfaßt:

1. eine eingehende ärztliche Untersuchung jedes Schülers bei seinem Eintritt in die Schule sowie eine solche im Laufe des 3., 5. und letzten Schuljahres;
2. eine häufigere Untersuchung derjenigen Schüler, für die eine besondere ärztliche Ueberwachung vorgesehen ist;
3. einen monatlichen Besuch der Schule;
4. eine halbjährliche Besichtigung der Schulräume und der zu der Schule gehörigen Nebengebäude;
5. Besuch der Schule beim Auftreten ansteckender Krankheiten.

Aufgabe des Schularztes ist die Feststellung der gesundheitlichen Verhältnisse der Schulkinder, die Beratung der Lehrer, der Kinder und der Eltern, und die Anregung zu vorbeugenden, gesundheitlichen Maßnahmen. Die ärztliche Behandlung der Schulkinder gehört nicht zu den Aufgaben des Schularztes.

Der Schularzt soll die Lehrer und Eltern über die Zusammenhänge der körperlichen und geistigen Entwickelung der Schulkinder aufklären.

Er soll die zur Erhaltung und Besserung des körperlichen Zustandes der Kinder geeigneten Vorschläge machen.

Er soll den Kindern geeignete Ratschläge in gesundheitlicher Beziehung geben. Er soll gegebenenfalls den Eltern entweder unmittelbar oder durch Vermittelung der Lehrer die Ueberwachung der Gesundheit ihrer Kinder anempfehlen oder ihnen vorschlagen, die Kinder zwecks ärztlicher Behandlung von einem anderen Arzt untersuchen zu lassen. Er soll ferner diejenigen Schüler bezeichnen, für die ein besonderer Unterricht erforderlich erscheint.

Auf Grund der im Laufe des letzten Schuljahres vorgenommenen ärztlichen Untersuchung soll der Schularzt gegebenenfalls den Eltern diejenigen Berufe bezeichnen, für die ihr Kind seiner körperlichen Beschaffenheit nach nicht geeignet ist.

Art. 3. Die Gemeinden und die Schulverwaltungen setzen jedes Jahr für die ihnen unterstehenden Schulen im Einverständnis mit dem Schularzt den Tag fest, an welchem die schulärztliche Untersuchung der Kinder stattfinden soll. Den Eltern muß der Tag der Untersuchung einige Tage vorher mitgeteilt werden. (Vergl. Anlage I.)

Der Schularzt soll bei Gelegenheit dieser Untersuchung feststellen, ob in der Familie des Schulkindes ansteckende Krankheiten, insbesondere Tuberkulose, herrschen.

Die Untersuchung erstreckt sich in erster Linie auf: Augen, Ohren, Mund, Zähne, Kopfhaut, Herz, Lungen, Knochenbau und Nervensystem.

Die Untersuchung der Knaben und Mädchen hat unter geeigneter Mithilfe getrennt zu erfolgen.

Der Schularzt soll sich vergewissern, ob die Kinder zur rechten Zeit geimpft und wiedergeimpft worden sind, und soll seine Beobachtungen in das vorgeschriebene Verzeichnis (Vergl. Anlage II) eintragen.

Dieses Verzeichnis ist streng vertraulich zu behandeln und unter persönlichem Verschluß des Schularztes aufzubewahren. Es ist, wenn das Kind die Schule wechselt, der neuen Schule und, wenn es endgültig die Schule verlassen

---

[1]) Dort, wo es die Umstände gestatten, soll nach Möglichkeit ein Schularzt im Hauptamte ernannt werden, gegebenenfalls durch Vereinigung mehrerer Gemeinden zu einem schulärztlichen Ueberwachungsbezirk. Es soll nach Möglichkeit vermieden werden, daß der Schularzt gleichzeitig Armenarzt ist.

hat, dem Ministerium des Innern, Medizinalabteilung, zu übersenden, woselbst es 50 Jahre lang aufbewahrt wird.

Der Schularzt muß dem Lehrer diejenigen Schüler bezeichnen, die wegen ihrer Augen oder ihres Gehörs einen besonderen Platz in der Kasse haben müssen, oder welche wegen körperlicher, geistiger oder moralischer Fehler einer besonderen Beaufsichtigung oder Behandlung im Unterricht bedürfen.

Wenn der Schularzt eine ärztliche Behandlung für erforderlich hält, muß er die Eltern davon in Kenntnis setzen.

Geeignetenfalls soll er Vorschläge über Befreiung vom Baden, vom Turnunterricht, vom Gesangsunterricht oder von anderen Unterrichtsfächern machen, ebenso bezüglich besonderer Vergünstigungen (Verpflegung seitens der Schule usw.); hierauf bezügliche Bescheinigungen anderer Aerzte unterliegen seiner Begutachtung.

Nach der ärztlichen Untersuchung der Schüler soll der Schularzt dem Bürgermeister einen Bericht über den Gesundheitszustand der Kinder einreichen, den dieser in Abschrift der Schulleitung, der Schulaufsichtsbehörde und der „Inspection d'Hygiène" bekannt gibt und soll gegebenenfalls seinerseits Vorschläge zur Besserung des Gesundheitszustandes der Kinder machen.

Die Schulleitungen haben dem Schularzt ein ausreichend geheiztes, beleuchtetes und eingerichtetes Zimmer zur Verfügung zu stellen, in dem auch ein Längenmaß und eine Wage vorhanden sein muß.

Art. 4. Bei Gelegenheit des monatlichen Schulbesuches soll der Lehrerdem Schularzt diejenigen Kinder bezeichnen, die Anzeichen einer Krankheit aufweisen oder die aus anderen Gründen seine Aufmerksamkeit erregt haben; der Schularzt soll bezüglich dieser Schüler, über die er eine besondere Liste führt, die ihm notwendig erscheinenden Maßnahmen treffen.

Beim Auftreten übertragbarer Krankheiten, oder wenn der Verdacht einer solchen besteht, oder in anderen dringenden Fällen, muß der Lehrer den Schularzt unverzüglich benachrichtigen.

Wenn eine dringliche oder durchgreifende Maßnahme erforderlich ist, muß der Schularzt binnen 24 Stunden den Bürgermeister oder das „Comité de l'Ecole" benachrichtigen.

Art. 5. Die Schulräume und die Nebengebäude der Schulen müssen halbjährlich von dem Schularzt besichtigt werden. Diese Besichtigung muß sich erstrecken: auf die Lage und den baulichen Zustand der Schule und deren Nebengebäude, die Zahl, den Rauminhalt und die Schülerzahl der Klassen, auf die Beleuchtung, die Lufterneuerung und die Heizung, auf die Schulbänke, Wandtafeln, die Reinigung und Desinfizierung der verschiedenen Schulräume, das Wirtschaftswasser, die Ableitung der Abwässer und des Schmutzes, die Abortanlagen, die Spielplätze, Gänge und Kleiderablagen.

Bei Neu- und wesentlichen Umbauten, sowie bei der Wahl des Bauplatzes wird das Gutachten des Hygieneinspektors eingeholt.

Art. 6. Durch Rücksprache mit den Lehrern bei den regelmäßigen Schulbesichtigungen, durch Besprechung mit den Eltern in einzelnen Fällen oder gelegentlich gemeinsamer Zusammenkünfte mit ihnen soll der Schularzt versuchen, bei Eltern und Lehrern das Verständnis der wichtigsten Fragen der Vorbeugung von Krankheiten, der Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit, die Behandlung der Haut, der Zähne, des Schutzes vor übertragbaren Krankheiten usw. zu wecken. Der Schularzt muß seinerseits hervorheben, daß Spiele, körperliche Uebungen, Sport und geeignete Ausnutzung der Freizeit die Gesundheit der Kinder begünstigen.

Art. 7. Falls ansteckende Krankheiten auftreten, soll der Schularzt seine Besuche nach Bedürfnis vermehren.

Er hat für die Durchführung der nötigen gesundheitlichen Maßnahmen zu sorgen und auch darüber zu wachen, daß jedes von einer ansteckenden Krankheit befallene Kind nicht die Schule wieder besucht, als bis jegliche Ansteckungsgefahr durch das Kind beseitigt ist. Er hat die Gemeinde oder Schulleitung in der Frage eventuellen Schulschlusses wegen ansteckender Krankheiten zu beraten und hierbei die in Anlage III erwähnten Gesichtspunkte zu berücksichtigen.

Schulbehörde und Schularzt haben darüber zu wachen, daß Kinder, deren Eltern, Brüder oder Schwestern von ansteckenden Krankheiten, wie Typhus

(Nervenfieber), Scharlach, Diphtheritis, Windpocken usw. befallen sind, die Schule nicht eher wieder besuchen, als bis sie ein Zeugnis des behandelnden Arztes darüber beibringen, daß keine Ansteckungsgefahr für ihre Mitschüler besteht.

Diese Bestimmungen gelten auch für Lehrer, die selbst oder deren Familienangehörigen, mit denen sie gemeinsam wohnen, an ansteckenden Krankheiten leiden.

Art. 8. Diejenigen Organe, denen die Leitung der verschiedenen Arten der Volksschulen und Kindergärten obliegt, werden mit der Ausführung dieses Beschlusses beauftragt.

Meinungsverschiedenheiten, die anläßlich der Ausführung dieses Beschlusses entstehen, müssen der Entscheidung des Ministeriums für Wissenschaft und Kunst unterbreitet werden.

Art. 9. Der Gemeinderat ernennt Herrn . . . . . zum Schularzt der Gemeinde.

Die Ernennung erfolgt für die Dauer von . . . . . Jahren.

In der Ernennungsurkunde muß (müssen) die Schule (oder: die Schulen) bezeichnet werden, die der Schularzt zu überwachen hat.

Art. 10. Die Schulleitungen der übernommenen und der unterstützten privaten Volksschulen und Kindergärten unterbreiten dem Schöffenkollegium die Ernennung des Schularztes zum Zwecke der Genehmigung.

Art. 11. Der gemäß Artikel 7 und 8 ernannte Schularzt erhält ein jährliches Gehalt von . . . . . [1])

Art. 12. Das Schöffenkollegium wird mit der Ausführung dieses Beschlusses beauftragt. Der Beschluß tritt mit dem . . . . . 191 . in Kraft.

Der Gemeinderat . . . . . ., den . . . . .

Anlage I zum Ortsstatut.

Muster für Benachrichtigung der Eltern.

Der Schularzt.

. . . . . .

Hierdurch werden Sie benachrichtigt, daß die für die Schüler vorgeschriebene ärztliche Untersuchung am . . . . . stattfindet.

Das Erscheinen der Eltern ist erwünscht, aber nicht notwendig.

Es wird gebeten, die nachfolgenden Fragen zu beantworten:

Herrschen in der Familie ansteckende Krankheiten? Ja — Nein — Welche?

Herrschte in Ihrer Familie Tuberkulose?

Wann und bei wem?

Der Schularzt.

Es wird ersucht, den Zettel nach Ausfüllung in verschlossenem Umschlage dem Kinde mit der Aufgabe, ihn in der Schule abzugeben, auszuhändigen. Die Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Anlage II zum Ortsstatut.

Muster für das Verzeichnis über den Untersuchungsbefund.

Gemeinde: . . . . . .
Schule: . . . . . .
Gesundheitszettel des (der) Schülers (Schülerin) . . . . . .
Geburt: Ort . . . . . Tag . . . . . .
Erblichkeit: Vater . . . . Mutter . . . . Kinder gestorben . . . .
Kinder (lebend) . . . . . .
Entwickelung: Art der Stillung . . . . . Zahnen . . . . . .
Gehen . . . . . Sprechen . . . . . .
Datum der Impfung . . . . . Wiederimpfung . . . . . .
Frühere Krankheiten . . . . . .

[1]) Der Gemeinderat kann auch beschließen: Der Schularzt erhält eine Entschädigung von . . . . . für jedes untersuchte Kind.

	19 3 Jahre	19 4 Jahre	19 5 Jahre	19 6 Jahre	19 7 Jahre	19 8 Jahre	19 9 Jahre	19 10 Jahre	19 11 Jahre	19 12 Jahre	19 13 Jahre	19 14 Jahre
Augen — Zustand L												
Augen — Zustand R												
Augen — Schärfe L												
Augen — Schärfe R												
Ohren — Zustand L												
Ohren — Zustand R												
Ohren — Schärfe L												
Ohren — Schärfe R												
Mund — Mißbildungen												
Mund — Zähne												
Mund — Mandeln												
Nase — Mißbildungen												
Nase — Wucherungen												
Herz												
Lunge												
Brustkasten												
Wirbelsäule												
Knochensystem												
Nervenstörung												
Haut												
Kopfhaut												
Bruch												
Allgemeinbefinden												
Ist der Schüler vom Turnunterricht zu befreien?												
Darf er sich am Schwimmen beteiligen?												
Ist er in eine Schülerkolonie zu senden?												

Ergänzungsbeobachtungen:

Aerztlich-pädagogische Beobachtungen:

Erteilte Ratschläge:

Anlage III zum Ortsstatut.

Vorschriften über Schließung von Schulen auf Grund ansteckender Krankheiten.

I. Die hochgradige Ansteckungsgefahr bei gewissen Kinderkrankheiten (Scharlach, Masern, Diphtheritis usw.) und die leichte Uebertragbarkeit dieser Krankheiten innerhalb der Schule, infolge des engen Zusammenlebens der für diese Krankheiten leicht empfindlichen Kinder zwingen die Gesundheitsbehörden oftmals, die Schließung einer Schule zu verfügen, um einer Weiterverbreitung dieser Krankheit vorzubeugen.

Erfolgt die Schließung der Schule rechtzeitig, so wird es bisweilen gelingen, Epidemien, die sich andernfalls leicht auf das Stadtviertel oder die Gemeinden verbreiten würden, zu verhindern.

II. Die Schließung der Schule ist notwendig, wenn mehrere Fälle gewisser ansteckender Krankheiten in schneller Folge unter den Kindern verschiedener Familien, welche die gleiche Schule besuchen, vorkommen.

Bevor die Gesundheitsbehörden die Schließung einer Schule verfügen, haben sie der mehr oder weniger weiten Verbreitung der Krankheit, wegen deren die Schließung der Schule verfügt werden soll, in der (bezw. dem) von den Schülern bewohnten Gemeinde (bezw. Stadtteil) Rechnung zu tragen. Wenn diese Krankheit hier, besonders unter den arbeitenden Klassen, stark verbreitet ist, wird die Schließung der Schule vielfach ohne Nutzen sein.

Auch werden die Gesundheitsbehörden bei der Frage, ob die Schließung der Schule verfügt werden soll, oftmals den besonders schweren Charakter einer herrschenden Krankheit zu berücksichtigen haben.

III. Jedenfalls bildet die Schließung der Schule eine zweischneidige Waffe und ist daher mit Unterschied zu behandeln.

Denn wenn auch durch die Schließung einer Schule eine epidemische Verbreitung einer ansteckenden Krankheit bisweilen verhindert werden kann, so wird die Maßnahme anderseits oftmals die Verbreitung der Krankheit begünstigen. Die gesunden Kinder können in den engen Wohnungen der arbeitenden Klassen schwerlich Tage und Wochen zurückgehalten werden. Schlecht überwacht, werden sie mit anderen Kindern desselben Hauses und der Nachbarschaft gemeinsam spielen und laufen so leichter Gefahr, angesteckt zu werden, als wenn sie tagsüber in der Schule wären.

IV. Die Schließung der Schule darf unter keinen Umständen zu voreilig verfügt werden. Wenn die Kinder bei ihrer Ankunft in der Schule regelmäßig überwacht und die Krankheitsverdächtigen sofort nach Hause geschickt werden, wird sich die Schließung der Schule vielfach vermeiden lassen.

In Schulen einer größeren Stadt, wo die Schulräume genügend getrennt liegen und die Kinder der verschiedenen Klassen nur wenig miteinander in Berührung kommen, wird es oft nicht nötig sein, die Schule ganz zu schließen. Es wird hier genügen, wenn die Kinder derjenigen Klasse, in welcher Krankheitsfälle vorgekommen sind, vom Unterricht befreit werden.

V. Den Eltern muß mitgeteilt werden, daß sie das größte Interesse daran haben, ihre vom Unterricht befreiten Kinder nicht dadurch den Gefahren einer Ansteckung auszusetzen, daß sie ihnen gestatten, auf der Straße, auf öffentlichen Plätzen usw. mit anderen Kindern zu spielen.

VI. Nach Schließung der Schulen müssen die Behörden gemäß den von der Regierung verfügten Weisungen die notwendigen Desinfizierungen vornehmen lassen.

VII. Der Tag der Wiederaufnahme des Unterrichts wird den Eltern mitgeteilt. Die Schule oder die Schulklasse darf erst nach Ablauf der Ansteckungsperiode der Krankheit, wegen deren die Schule geschlossen werden mußte wieder geöffnet werden.

I. Ansteckende Krankheiten, bei welchen die Schließung der Schule angebracht ist.

1. Masern. Selten im voraus bemerkbar; die Schließung der Schule ist nur dann von Nutzen, wenn sie rechtzeitig in den ersten vier oder fünf Tagen nach Feststellung des ersten Krankheitsfalles erfolgt.

Wenn die Krankheit besonders schwer auftritt, ist es angebracht, die-

jenigen Schulen oder Schulklassen zu schließen, die von Kindern im Alter von 3—6 Jahren besucht werden, da hier die Masern stets gefährlicher sind als bei älteren Kindern.

Die Wiedereröffnung darf erst fünfzehn Tage nach Schließung der Schule erfolgen.

2. Scharlach. Die Schließung der Schule ist angebracht, wenn die Fälle häufig auftreten, und wenn die Krankheit sonst nicht in der Gemeinde oder im Bezirk der Schule verbreitet ist.

Die Wiedereröffnung darf erst drei Wochen nach der Schließung der Schule erfolgen.

4. Typhus. Diese Krankheit kann zur Schließung der Schule führen, wenn die Krankheitsfälle sich in kurzen Zwischenräumen häufen.

Die Wiedereröffnung der Schule darf erst nach Besichtigung und nach Genehmigung durch die „Inspection d'Hygiène" erfolgen.

5. Spinale Kinderlähmung. Der Schulschluß soll verfügt werden, wenn unter den Schulkindern mehrere Erkrankungen vorkommen oder wenn eine Epidemie in der Ortschaft oder im Bezirk der Schule herrscht.

Die Wiedereröffnung darf nur mit Genehmigung der „Inspection d'Hygiène" erfolgen.

II. Uebertragbare Krankheiten, bei denen die Schließung der Schule in der Regel unangebracht ist.

6. Keuchhusten. Die rechtzeitige Schließung der Schule ist fast in keinem Falle möglich.

7. Pocken. Falls Impfung oder Wiederimpfung aller Schüler erfolgt, ist die Schließung der Schule überflüssig.

8. Kopfgrind (Schorf) und Granulose. Die Schließung der Schule ist unnötig, es genügt Isolierung der erkrankten Schulkinder.

9. Windpocken (Varicelle), Rubéole, Ziegenpeter. Der gewöhnlich gutartige Charakter dieser Krankheiten macht die Schließung der Schulen überflüssig.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die VII. Versammlung der Vereinigung der Schulärzte Deutschlands und über die XV. Tagung des Deutschen Vereins für Schulgesundheitspflege in Berlin am 16. und 17. Februar 1917.

Von Dr. **Steinhaus**, Stadtschularzt in Dortmund.

a. Versammlung der Vereinigung der Schulärzte Deutschlands am 16. Februar.

Der Verhandlungsgegenstand **Ausbau des schulärztlichen Dienstes** war gewählt worden, weil eine einheitliche Regelung des schulärztlichen Dienstes und die Anstellung von Schulärzten an sämtlichen Gemeinden von seiten der preußischen Staatsregierung in Bälde zu erwarten steht.

Stadtschularzt Dr. Steinhaus-Dortmund behandelte die **„Mindestanforderungen an den schulärztlichen Dienst"**. Diese bestehen in einer regelmäßigen Ueberwachung der hygienischen Einrichtungen des Schulhauses und seiner sämtlichen Nebenanlagen, auf dem Gebiete der Schülerhygiene in der Untersuchung der Schulneulinge, regelmäßigen Klassenbesuchen und Sprechstunden für die Kinder und ihre Eltern sowie in einer Nutzbarmachung aller örtlichen ärztlichen Einrichtungen und Wohlfahrtseinrichtungen hinsichtlich der sozialen Hygiene des schulpflichtigen Alters. Die sogen. Reihen- oder Nachuntersuchungen geschlossener Jahrgänge im III. oder IV. und VIII. Schuljahr hielt der Vortragende für entbehrlich, gab es aber anheim, sie in der zu erlassenden einheitlichen Dienstanweisung vorzusehen. Diese muß schließlich eine Bestimmung darüber enthalten, daß der Schularzt in Fragen der Unterrichtshygiene, soweit ärztliche Gesichtspunkte in Betracht kommen, zu beraten hat.

Die Erfüllung dieser Mindestanforderungen setzt eine besondere Ausbildung der Schulärzte in der Schulhygiene voraus, da diese weder durch die allgemeinen Universitätsstudien noch durch die praktische Erfahrung in aus-

reichendem Maße vermittelt werden. Die Schulhygiene stellt ein umfangreiches Spezialgebiet dar, in dem besondere Kenntnisse vermittelt werden müssen. Dies ist möglich in Kursen für Aerzte an den Universitäten, an den Akademien für praktische Medizin und in Großstädten, die schon Fortbildungskurse auf anderen Gebieten aufweisen.

Notwendige Formulare für den schulärztlichen Dienst sind: 1. Der Ueberwachungsbogen für jedes kranke Kind, 2. die statistische Jahrestabelle über die ermittelten Krankheiten und 3. eine Uebersichtstabelle über das Ergebnis der Lernanfängeruntersuchungen.

Wünschenswerte Formulare sind: 1. Personalschein für jedes Kind, 2. Mitteilungen an die Eltern von dem ermittelten Krankheitszustande mit der Aufforderung, die ärztliche Behandlung zu bewirken, 3. anamnestische Fragebogen an die Eltern vor der Einschulung des Kindes, 4. Wägungs- und Messungstabellen sowie 5. eine Uebersicht über die Unterrichtsdispense.

Für den zu erstattenden Jahresbericht hält der Vortragende für notwendig: 1. je ein Revisionsbesuch über die hygienischen Einrichtungen des Schulhauses, 2. ein Journal für die Sprechstundentätigkeit, 3. je ein Verzeichnis der Ueberwachungsschüler und 4. der Vorschläge zu besonderen Kuren.

Mit diesen Formularen und Journalen ist die Erstattung eines Jahresberichts möglich.

Wenn der schulärztliche Dienst in dem geschilderten Umfange ausgeübt wird, so ist namentlich bei umfassender sozialhygienischer Betätigung und bei Erstattung eines Jahresberichts eine Honorierung der Aerzte mit 75 Pfennig pro Kind als angemessen anzusehen; unter den Satz von 50 Pfennig sollte unbedingt nicht heruntergegangen werden.

Bei der nachfolgenden **Erörterung** stellten sich die meisten Herren: Flachs-Dresden, Abel-Jena, Gottstein-Charlottenburg, Haag-Heilbronn und Oebbecke-Breslau — die beiden letzteren nur für das VIII. Schul-Entlassungsjahr — auf den Standpunkt, daß geschlossene Untersuchungen ganzer Jahrgänge notwendig seien. Lewandowski-Berlin hielt sie mit dem Vortragenden für entbehrlich.

Flachs und Oebbecke hielten den Personalschein für jedes Kind für unbedingt erforderlich, Haag erklärte ihn für wünschenswert. Die Erhebung der Vorgeschichte ist nach Ansicht von Flachs, Gottstein und Lewandowski notwendig. Abel trat dafür ein, die Wägungen und Messungen sämtlicher Kinder vorzunehmen, da sie für anthropologische Studien unerläßlich seien. Haag erklärte sie für undurchführbar in den ländlichen Bezirken. Bezüglich der Sprechstunden betonte Lewandowski, daß sie täglich stattfinden müßten, während Haag betonte, daß sie auf dem Lande nicht einmal 14täglich möglich seien, wenn der Amtsarzt seinen ganzen Bezirk schulärztlich betraue. Er und Lewandowski hoben die Notwendigkeit des mündlichen Verkehrs mit den Müttern in der Sprechstunde hervor. Schriftliche Mitteilungen halten sie mit dem Vortragenden für entbehrlich. Beninde-Berlin wies darauf hin, man möge die Mindestanforderungen so stellen, daß sie auch für die ländlichen Bezirke maßgebend sein könnten. Mit Abel ist er der Ansicht, daß die Krankheitsbegriffe fest umschrieben sein müßten, damit sich eine 1913 auch vom Reichstage gewünschte einheitliche Morbiditätsstatistik ermöglichen lasse.

Die Versammlung beschloß, dem Antrage des Vortragenden folgend, die Bildung einer Kommission, die eine einheitliche Dienstanweisung, einheitliche Formulare und einheitliche Krankheitstabelle beraten und zusammenstellen soll. In die Kommission wurden gewählt: Oebbecke-Breslau, Thiele-Chemnitz, Starck-Fürth, Flachs-Dresden, Borchmeier-Recklinghausen, Steinhaus-Dortmund und ein noch zu bestimmender Oberamtsarzt aus Württemberg.

b. Versammlung des Deutschen Vereins für Schulgesundheitspflege am 17. Februar.

Der Vorsitzende, Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Abel-Jena, eröffnete die Versammlung mit einer Begrüßung der erschienenen Vertreter der Staatsbehörden. Er führte dann aus, daß die Frage sich erhoben habe, ob wir auf körperlichem Gebiete alles getan hätten, um die Jugend zu schützen. Was an der Jugend während des Krieges versäumt werde, könne nicht wieder gut

gemacht werden. Ihre Entwicklung sei jetzt gefährdet. Es drohen der Jugend auch auf geistigem Gebiete Gefahren. Das Pubertätsalter ist an den höheren Schulen in seiner Nerventätigkeit ungünstig beeinflußt. Die mütterliche Fürsorge kann das Fehlen der väterlichen Zucht nicht wettmachen, so daß das sittliche Verhalten der Jugend Einbuße erleidet. Der Verein hat die Tagung für notwendig gehalten, um die in den Verhandlungsgegenständen mitgeteilten Beobachtungen an den zuständigen Stellen vorzubringen, wenn Abhilfe nötig ist. Der zweite Verhandlungsgegenstand trifft zusammen mit dem Bestreben der preußischen Staatsregierung, die schulärztliche Tätigkeit allgemein einzuführen.

I. Die Stadtschulärzte Dr. Bachauer-Augsburg und Dr. Thiele-Chemnitz behandelten dann das Thema: **Die Einwirkung des Krieges auf die Gesundheit der Jugend.**

Bezüglich des Säuglingsalters führte Bachauer aus, daß der Ernährungszustand der Säuglinge infolge Gewährung von 1 l Milch noch nicht gelitten habe. Bedarf und Angebot decken sich zur Zeit noch. Ungünstige Momente sind aber die körperliche Schwäche der stillenden Mütter und die umfangreiche Frauenarbeit. B. teilt Erfahrungen aus dem Augsburger Wöchnerinnenheim und der Mütterberatungsstelle mit. Die Neugeborenen hatten 1913 und 1916 das gleiche Gewicht. Bei dem Vergleich von 1070 Säuglingen aus den Jahren 1913 und 1916 im Alter von 2, 3 und 6 Monaten ergab sich, daß die 2- und 3monatlichen Kinder eine durchschnittliche Gewichtsabnahme von 100 g aufwiesen, die 6monatlichen eine durchschnittliche Zunahme von 100 g.

Bei den Kleinkindern hat sich keinerlei ungünstiger Einfluß des Krieges bislang gezeigt. Massenuntersuchungen fehlen leider. B. hat 1319 Kleinkinder untersucht und dabei festgestellt, daß Gewichtszunahme und Längenwachstum sich mit den Zahlen von Camerer und Friedenthal deckten. Auch der v. Pirquet-Index, $Länge^3$ durch Gewicht, hielt sich in entsprechender Höhe.

Messungen, Wägungen, Inspektion und Bestimmung der Indices beweisen, daß die Kleinkinder nicht unterernährt sind.

Dr. Thiele führte aus, daß neben den günstigen Einflüssen — erhöhte Pflege der Leibesübungen und Gewährung freier ärztlicher Behandlung der Kinder der Kriegsteilnehmer durch die Kriegsfürsorge — eine Reihe ungünstiger sich geltend gemacht haben. Dahin sind zu rechnen die Frauen- und Kinderarbeit, der Seifenmangel, der zu einer Vermehrung der parasitären Hautkrankheiten (Krätze und Läuse) geführt hat, die mangelnde Reinigung, Lüftung und Heizung der Schulräume. Hinsichtlich der Ernährung der Schulkinder glaubt Thiele feststellen zu können, daß wir von 1916 ab den schädigenden Einfluß der Nahrungseinschränkung datieren können. Die Untersuchungen der Autoren aus den Jahren 1914/15 sind nicht mehr verwertbar (Bachauer, Thiele, Lommel, Hepner, Hamburger Aerzteverein). Schlesinger hat mit der maßgebenden Verwertung örtlich vorgenommener Untersuchungen ermittelt, daß die jüngeren Kinder ein geringes Zurückbleiben in der Gewichtszunahme, die Kinder besserer Familien und die älteren Kinder Gewichtsverluste zeigen, die durch Fortfall der Luxusernährung bezw. Verlust der Fettreserven bedingt sind.

Thiele hat durch eigene Untersuchung in Chemnitz, in Fabrikvororten, kleinen Landstädten und rein ländlichen Gemeinden festgestellt, daß die 14jährigen Kinder $^1/_2$—1 kg und mehr Gewichtsverlust aufwiesen. Dieses ist unbedenklich bei gesunden Kindern. Der Gesundheitszustand war im allgemeinen günstig. Im besonderen ergab sich bei den Schulneulingen eine Steigerung der Zahl der Kinder mit ungenügendem Ernährungzustande und der Zahl der Tuberkuloseerkrankungen; bei den 14jährigen Kindern zeigten sich dieselben Erscheinungen, daneben aber eine erhebliche Zunahme der Fälle von Blutarmut. Die Mehrzahl der schlecht genährten Kinder ist schon vorher minderwertig gewesen. Der Krieg hat gelehrt, daß die konstitutionelle Anlage das Wichtigste ist, da die konstitutionell schwachen Kinder besonders gefährdet sind. Zusammenfassend führte Thiele aus, daß für die gesamte Schuljugend sich ernstliche Schädigungen durch den Krieg nicht ergeben hätten; ungünstig seien die Verhältnisse in den Städten, dagegen sehr günstig in den

ländlichen Bezirken. Um Gefahren von den Kindern fernzuhalten, empfahl er in Anlehnung an die Eingabe des Deutschen Städtetages:

1. Gewährung von Milch, Käse und Quark an die 7—12jährigen Kinder, 2. Bereitstellung der Gerste für die Ernährung der Kinder, 3. Entsendung möglichst vieler Kinder zu einem Landaufenthalte, 4. ärztliche Ueberwachung der Kinder.

Dr. Bachauer verwies auf die Untersuchungen Schlesingers an der schulentlassenen Jugend und ergänzte seine Ausführungen durch die Mitteilung über das Ergebnis eigener Untersuchungen an 338 Schulentlassenen. Er fand eine größere Gewichtabnahme bei den 16jährigen. Es ist daher der schulentlassenen Jugend bezüglich der Ernährung besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden.

In der **Diskussion** betonten Flachs-Dresden und Lewandowski-Berlin an Hand eigenen Materials, daß geringe Gewichtsabnahmen (— 1 kg) festgestellt werden konnten. In dem Schulbezirke Lewandowskis zeigten 1915 60% und 1916 45,3% der Schulneulinge Gewichtsabnahmen. Er hob mit Roth-Braunschweig hervor, daß die eingeführten öffentlichen und Schulspeisungen eine Besserung der Verhältnisse bewirkt hätten. Rabnow-Schöneberg, Krautwig-Cöln und Lewandowski legten ebenfalls der Entsendung möglichst vieler Kinder auf das Land große Bedeutung bei. Sie führten aus, daß das Gesamtbild, das die schulpflichtige Jugend darböte, ungünstiger geworden sei. Rabnow und Krautwig wiesen darauf hin, daß es den Säuglingen infolge Einführung der Reichswochenhilfe und der Ausdehnung der Fürsorge gut gehe. Lewandowski fand 3—5% der Schulentlassenen für die militärische Vorbereitung ungeeignet. Seydel-Charlottenburg und Weber-Berlin teilten betreffs der höheren Lehranstalten und die Volksschulen mit, daß seit Herbst 1916 ein Umschlag in den Gewichtsverhältnissen der Kinder eingetreten sei. Ernstlichere Schädigungen hätten sich aber noch nicht eingestellt. Steinhaus-Dortmund lenkte mit Thiele die Aufmerksamkeit auf die Beobachtung, daß die Tuberkulosesterblichkeit und die Erkrankungen an offener Tuberkulose unter den Kindern infolge Aktivierung latenter Herde durch die Herabsetzung der Widerstandskraft, die auf die Unterernährung zurückzuführen ist, eine Zunahme zeigen. Dieser Tatsache ist im schulärztlichen Dienst besondere Beachtung zu schenken.

Kehr-Düsseldorf wies darauf hin, daß die erhöhte Zufuhr von Fruchtsäften in der Nahrung zu einer Zunahme der Zahnkrankheiten geführt habe. Die Zeit sei aber noch zu kurz, um ein abschließendes Urteil zu ermöglichen.

Präsident Bumm (Kaiserliches Gesundheitsamt) dankte zum Schlusse im Namen der Behörden für die anregenden Verhandlungen, die es den Behörden ermöglicht hätten, sich ein Bild von den in Frage kommenden Verhältnissen zu schaffen. Er teilte mit, daß er an den Herrn Reichskanzler und den Herrn Staatssekretär des Innern berichten werde, und versprach für seine Person die Unterstützung aller Bestrebungen im Interesse der Gesundheitspflege der Jugend.

Abel führte in dem Schlußwort aus, daß der Vorstand des Vereins geeignete Anträge — u. a. den Antrag auf Brotzulage für die 17—18jährigen Jugendlichen — an die in Frage kommenden Behörden abfassen werde.

II. Die Notwendigkeit der schulärztlichen Ueberwachung für die gesamte deutsche Jugend und ihr Ausbau nach dem Kriege.

a. Prof. Dr. Gastpar, Stadtarzt in Stuttgart, betonte einleitend, daß zum ersten Male von einer schulärztlichen Beaufsichtigung der gesamten Jugend die Rede sei. Das bedeute ein Programm für die Zukunft.

Schulärzte seien die Aerzte nur insoweit, als es sich um die Fernhaltung der Schädigungen der Kinder durch den Betrieb der Schule und den Unterricht handelt. Alles andere geht über die Pflicht der Schule hinaus, ist soziale Hygiene, die in Verbindung mit der Schule betrieben werden kann. Die Beseitigung der ermittelten Krankheitszustände macht die wesentliche Arbeit aus; die medizinalpolizeiliche Tätigkeit an den Schulen ist in 6 Wochen erledigt. Die schulärztliche Ueberwachung der Jugend weist noch wesentliche Lücken auf, die des Ausbaus bedürfen: Schulärzte fehlen auf dem Lande, an den höheren Lehranstalten, an den Fortbildungsschulen und bei den Jugendorganisationen, wo sie die Einstellungsuntersuchungen vorzunehmen und die Ueber-

wachung durchzuführen hätten. Notwendig ist schließlich die Ueberwachung des Spielalters. Die Ueberwachung in den Schulen kommt meist zu spät. Die Infektionskrankheiten, die Tuberkulose, die Rachitis und Skrophulose schädigen das Kind vor der Einschulung. Die hygienischen Einrichtungen der Kindergärten und Horte sind auch oft genug nicht einwandfrei. Die schulärztliche Tätigkeit muß sich auch auf sie erstrecken. Um dem Schularztdienste diesen Ausbau zu geben, steht uns ein Weg offen, der der Gesetzgebung; er darf nicht in das Belieben einzelner Gemeinden und Schulverwaltungen gestellt werden, wobei nicht verkannt werden soll, daß einzelne Gemeinden Vorbildliches bisher schon geleistet haben. Gastpar besprach dann eingehend das württembergische Gesetz vom Jahre 1912, das den beamteten Aerzten den Schularztdienst übertragen hat. Dieses Gesetz enthält Bestimmungen über die Mindestleistungen der Schulärzte. Die Gemeinden können über sie namentlich bezüglich der sozialen Fürsorge hinausgehen. Diese Fürsorgetätigkeit kann nicht gesetzlich geregelt werden. Es besteht Einmütigkeit in sachverständigen Kreisen darüber, daß dem Schularzt die Fürsorgeschwester beigegeben werden muß. Für die Mindestleistungen des Schularztes sind bestimmte Formulare nötig; im übrigen kann, namentlich hinsichtlich der sozialen Fürsorge, der Schularzt sich seinen Dienst so einrichten, wie er es für nötig hält. Die Kosten der Fürsorge für die Kinder können von den Landesversicherungsanstalten und Krankenkassen getragen werden. Beiträge von seiten der Gemeinden sind nicht zu umgehen; sind diese besonders bedürftig, so sind Staatsbeiträge vorzusehen.

b. Rektor Höhne-Berlin stellte ebenfalls die Forderung auf, daß der Schularzt für alle Volks-, Mittel- und Fortbildungsschulen zu verlangen sei. Er wies auf Beschlüsse verschiedener Lehrerverbände hin, die den fachmännisch vorgebildeten Arzt als Berater jeder Schule verlangt hätten. Nach einer Zusammenstellung des preuß. Ministeriums hatten 1911 nur 2100 von 52000 Gemeinden in Preußen Schulärzte; auf rund 25 Gemeinden kam also nur ein Schularzt. Besonders ist die Versorgung der ländlichen Gemeinden mit Schulärzten ins Auge zu fassen. Von 6½ Millionen Volksschulkindern wachsen 3 Millionen in Preußen auf dem Lande auf. Dominikus-Schöneberg und Marschall v. d. Goltz hatten auf dem Fortbildungsschultag den Schularzt für diese Kategorie von Schulen bereits verlangt. 4 Städte im Reiche haben aber erst Fortbildungsschulärzte. Auch die Privat- und Sonderschulen sind ärztlich zu überwachen. Die Schulkindergärten nach dem Muster Charlottenburgs sind weiter auszubauen. Höhne verbreitete sich dann über die Ausgestaltung des schulärztlichen Dienstes. Die dienstlichen Obliegenheiten müssen einheitlich gestaltet werden. Die Bestimmungen müssen klar, nicht zu eng umgrenzt und für Stadt und Land die gleichen sein. Im übrigen sei den Gemeinden freie Bewegung zu lassen, da der Staat nur die Mindestforderungen normieren könne. Auch die Vordrucke für den ärztlichen Dienst seien tunlichst zu vereinfachen und vorher von den Pädagogen zu begutachten; die Führung des Personalscheins soll ohne viel Schreibarbeit für die Lehrer möglich sein. Fürsorgeämter, Schulschwester und Familien-Versicherung können uns nur vorwärts bringen, wenn es sich darum handelt, die kranken Kinder zu heilen. Große Bedeutung hat die Untersuchung der letzten Jahrgänge zum Zwecke der Berufsberatung. Für die Verhältnisse nach dem Kriege hat sich die schulärztliche Tätigkeit besonders der Fürsorge für die ihres Ernährers beraubten Kinder, der militärischen Jugendvorbereitung und der Förderung besonders begabter Kinder zuzuwenden. Wie Höhne sich diese letztere Betätigung denkt, ist unklar. Neu und bemerkenswert war indes ein anderer Vorschlag, die schulpflichtig werdenden Kinder ein Jahr vor der Einschulung ärztlich zu untersuchen; Ref. glaubt, daß seine Durchführung ernstlicher Erwägung wert ist.

c. Oberlehrer Roller-Darmstadt behandelte noch einmal die Frage des Ausbaues der schulärztlichen Tätigkeit an den höheren Lehranstalten. Der von ihm in der Einleitung gegebene historische Ueberblick lehrte, welcher Widerstand von seiten der Pädagogen dem Bestreben, auch die Schüler und Schülerinnen höherer Lehranstalten ärztlich zu betrauen, entgegengesetzt wird. Es waltet noch immer der Gedanke ob, daß der Schularzt Vorgesetzter der Lehrkörper werden könne, und daß öftere Konflikte unabweislich seien. So fest hat sich dieser Gedanke eingenistet, daß trotz der Erfahrungen in Sachsen-Meiningen seit 1901 und seit Erlaß des württembergischen Schularztgesetzes 1912, trotz

der Erfahrungen in einer Reihe deutscher Städte und trotz der Referate von Gastpar (1905), Schmidt, Wehrmann und Profé (1907) Leubuscher und Döll (1911), Dörnberger und Stelzner (1914), der Schularzt an der bei weitem größten Zahl der Gemeinden noch keinen Eingang sich verschafft hat. Roller konnte deshalb auch nur feststellen, daß der Widerstand der Oberlehrer noch vorhanden ist und daß überall da, wo Schulärzte an höheren Lehranstalten sich betätigen, keinerlei Unannehmlichkeiten sich herausgestellt hätten. Sie sind auch undenkbar. Auch der Einwand, daß das Elternhaus für die Kinder Sorge genug trage, ist hinfällig; abgesehen davon, daß dies oft genug nicht der Fall ist, sind viele Eltern höherer Schüler pekuniär ungünstig gestellt. Nach einer von Roller mitgeteilten Statistik waren bei 10—19 % der Schüler von Realanstalten die Eltern Handwerker und Subalternbeamte.

Der Vortragende stellte deshalb erneut die Forderung nach Schulärzten an allen höheren Lehranstalten. Ihre Hauptaufgabe habe darin zu bestehen, ein richtiges Bild über den körperlichen und geistigen Zustand der Schüler zu gewinnen und beide fortlaufend zu kontrollieren, Vorkehrungen zu treffen, daß Schädigungen durch den Schulbetrieb von den Kindern ferngehalten blieben und die als krank ermittelten der ärztlichen Behandlung zuzuführen. Der Schularzt hätte auch an den höheren Lehranstalten der Hygiene des Schulhauses seine Aufmerksamkeit zuzuwenden und in Fragen der Unterrichtshygiene beratend mitzuwirken. Eine wichtige Aufgabe der Schulärzte erblickt Roller in einer planmäßigen Elternbelehrung.

In der sich anschließenden **Diskussion** wurde besonders Beachtliches nicht vorgebracht.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin.

Die Beeinflussung des Herzgewichts durch körperliche Arbeit. Von Dr. W. Dibbelt, Stabsarzt der Res. (im April 1916 vor Verdun †). Deutsche med. Wochenschrift; 1917, Nr. 1.

Bei Soldaten, besonders bei solchen, die im Zivilleben oder während des Feldzuges besonders schwere körperliche Arbeit zu leisten hatten, wurden bei der Sektion in der Regel auch kräftig entwickelte Herzen gefunden. Es handelte sich aber hierbei nicht um eine einseitige Zunahme der Herzmuskulatur für sich, sondern diese Zunahme ist eine Teilerscheinung einer allgemeinen Zunahme der gesamten Körpermuskulatur, die in dem vermehrten Körpergewicht ihren Ausdruck findet. Infolgedessen ist das Herzgewicht, von individuellen Schwankungen abgesehen, auf dem Körpergewicht proportional geblieben: zu einem kräftigen Körper gehört auch ein kräftiges Herz. In Uebereinstimmung hiermit ist die Korrelation zwischen den einzelnen Herzabschnitten nicht gestört, sondern es bestehen die normalen Beziehungen weiter.

Das Zustandekommen einer einseitigen Zunahme der Herzmuskulatur als Folge körperlicher Arbeit erscheint dem Verfasser sehr zweifelhaft. Er stimmt vielmehr der Ansicht von Hirsch uneingeschränkt zu, daß die Tätigkeit und Masse der Körpermuskulatur einen maßgebenden Einfluß auf die Tätigkeit und Masse der Herzmuskulatur ausübt, daß muskelstarke Menschen auch ein muskulöses, muskelschwache ein muskelschwaches Herz haben.

Dr. Roepke-Melsungen.

B. Gerichtliche Psychiatrie.

Puls- und Atmungskurven unter dem Einfluß von Affekten. Von Dr. Engelen, Chefarzt der inneren Abteilung des Marinehospitals in Düsseldorf. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1916, Nr. 23.

Die Affekte, deren beide Grundformen selbst mit Erhöhung der Muskelaktionen (exzitierende oder sthenische Affekte) und solche mit Hemmung der Muskulaktionen (deprimierende oder asthenische Affekte) sind, prägen sich aus in Puls- und Atmungskurven. Wenn man nun auch die Affekte nicht experimentell herbeirufen und dann planmäßig den Weiterverlauf der Gefühle abändern kann, so gelingt es doch, bei der Versuchsperson Gefühlsschwankungen autosuggestiv unter Zuhilfenahme von Erinnerungen herbeizurufen, und man

kann so gewisse Typen von Verlaufsbildern gewinnen. Wundt hat auf diese Weise anschauliche Bilder gewonnen, bei denen Puls- und Atmungskurven in Vergleich gezogen werden. An einigen Beispielen wird dies gezeigt. So ist ein schwacher Lust-, Unlust-Affekt dadurch ausgezeichnet, daß nach dem Stimmungsumschlag die Volumkurve (aus Einflüssen des Herzschlages und aus Innervationsschwankungen der Blutgefäße zusammengesetzt) eine starke Erniedrigung erleidet. Eine starke Erregung wird durch Erhöhung der Atemfrequenz, geringe Atmungsbreite, regelmäßige Atmungsfolge, Herabsetzung des Blutdrucks bei Inspiration, in die Höhegehen des Blutdrucks bei Exspiration ausgeprägt. Ein asthenischer Daueraffekt ist an flacher und beschleunigter Atmung, verlangsamtem, kleinem Puls, niedrigem Gesamtvolumen zu erkennen.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

C. Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

1. Cholera.

Cholerabazillenträger und ihre epidemiologische Bedeutung. Vortrag, gehalten vom Landsturm-Oberarzt Dr. B. Stein, k. k. Bezirksarzt, in dem 15. Feldärztlichen Abend in Teschen am 8. April 1915. Der Amtsarzt; 1915, Nr. 7—12.

Die Statistik lehrt u. a., daß 6% aller krank gewesenen im sechsten Monat noch Bazillenträger sind. Die vollkommene Unterdrückung der Cholera asiatica wird erst dann gelingen, wenn wir imstande sein werden, die Bazillenträger zu erkennen und sie sowohl vollständig, als dauernd zu entkeimen. Die Therapie des Verfassers besteht in einer einmaligen Anwendung des hochwichtigen antiinfektiösen Choleraserums der Dresdener Serumwerke mit einer hyperphysiologischen Kochsalzlösung in Form der gleichzeitigen intravenösen Infusion. Bei keinem einzigen der so geheilten z. T. schwersten Fälle waren in zahlreichen Stuhluntersuchungen bei ziemlich langer Beobachtungsdauer noch Bazillen nachweisbar.

Dr. Hösch-Pasing.

2. Pocken.

Zur Variolaprobe. Von Reg.-Rat Dr. G. Paul, Direktor der Staatsimpfanstalt in Wien. Der Impfarzt; 1916, Nr. 4—6.

Verfasser gibt nach einem Rückblick auf die Entwicklung seines Verfahrens zur Differentialdiagnose von Pocken und Varizellen Winke über zweckmäßige Materialentnahme. Das Wichtigste in dieser Hinsicht enthält die „Anleitung", die jedem der bei Lautenschläger in Berlin hergestellten „Objektträger-Versandkästchen" beiliegt, die vom Königlichen Institut für Infektionskrankheiten „Robert Koch" in Berlin angefordert werden können. Was die Bewertung des Untersuchungsergebnisses anbelangt, so hat in Fällen, wo dem negativen Ausfall des Kornealversuches das klinische Verlaufsbild widerspricht, die strengere Auffassung grundsätzlich Platz zu greifen.

Dr. Hösch-Pasing.

Ueber Komplementbindung bei Varizellen. Von Privatdozent Dr. Dold, Leiter des Instituts für Hygiene und Bakteriologie der Deutschen Medizinschule für Chinesen in Schanghai. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 46.

Eine im Frühjahr 1916 unter der europäischen Bevölkerung Schanghais auftretende Windpockenepidemie bot Gelegenheit zu Untersuchungen, ob im Blut Varizellenkranker komplementbindende Antikörper vorkommen. Von 20 Sera Varizellenkranker, die 12—20 Tage nach Ausbruch der ersten Erscheinungen untersucht wurden, gaben 9 eine positive Komplementbindungsreaktion bei Verwendung einer Kochsalzaufschwemmung von Varizellenkrusten als Antigen. Die Reaktion war in allen Fällen schwach; in 7 Fällen war die Hemmung der Hämolyse partiell, in 2 Fällen nur spurweise vorhanden. Dieselben 20 Sera reagierten negativ bei Verwendung einer Kochsalzaufschwemmung von Variolakrusten als Antigen mit Ausnahme eines einzigen Falles, bei dem sich eine vorausgegangene Variolaerkrankung nachweisen ließ.

Diese Ergebnisse sprechen gegen die Auffassung einer Zusammengehörigkeit von Variola und Varizellen.

Dr. Roepke-Melsungen.

Die Blatternepidemie in Wörgl und Umgebung. Von Dr. Adolf Ritter von Kutschera, K. K. Statthaltereirat und Landessanitätsreferent in Innsbruck. Der Amtsarzt; 1915, Nr. 7—12.

Ort und Zeit der Infektion konnte bei nahezu allen Kranken festgestellt werden; die Inkubationszeit bis zum Ausbruch des Blatternexanthems betrug in allen diesen Fällen 14 Tage. Besonders interessant waren die erst im Inkubationsstadium geimpften Fälle; es zeigte sich, daß die Impfung bis zum 5. Tage nach der erfolgten Infektion noch einen wirksamen Einfluß auf den Verlauf der Blattern nehmen kann, dagegen nach dem 6. Tage in der Regel bereits zu spät kommt. Die am 11. Juni 1915 eingeleitete umfassende Durchimpfung bewirkte, daß bereits am 22. Juni die letzten Blatternerkrankungen auftraten. Dr. Hösch-Pasing.

Beobachtungen an Pockenfällen in Polen. Von Dr. H. A. Gins, Oberarzt beim beratenden Hygieniker einer Armeeabteilung im Osten. Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung; VI. Band, 1. Heft. Berlin 1916. Verlag von Richard Schoetz. Gr. 8°, 28 S. Preis: 1,20 Mark.

Verfasser sah vom April bis Juli 1915 im ganzen 80 Pockenkranke unter der Zivilbevölkerung in einem keilförmigen Gebiet von Russisch-Polen, dessen Basis von der Ostgrenze des Regierungsbezirks Oppeln gebildet wird, dessen Spitze die Stadt Ostrowiec im Kamiennatal bildet. Es fanden sich alle Formen von leichtester Variolois bis zu schwerster Variola confluens; die meisten Kranken wurden wiederhergestellt, manche davon allerdings mit schweren Sehstörungen durch Narben von Hornhautpusteln; einige ungeimpfte Kinder starben rasch. Fast alle ungeimpften Kinder unter einem Jahr waren überraschenderweise nur leicht erkrankt, manchmal so leicht, daß die Diagnose nicht gestellt werden konnte; ein 3 Monate altes Kind war ebenfalls nur an leichter Variolois erkrankt, 6 ältere Geschwister dieses Kindes hatten sämtlich schwere Pocken. Verfasser nimmt an, daß hier eine passive Immunität durch die Mütter vorliegt: Die Mutter des genannten Kindes hatte 25 Jahre früher schwere Pocken gehabt; wir wissen auch, daß in einem Lande, wo die Pocken endemisch sind, wie in Russisch-Polen, die meisten Leute einmal in ihrem Leben an Pocken erkranken, wenn sie nicht durch die Impfung geschützt werden. So ergab auch eine Rundfrage bei 1500 russischen Kriegsgefangenen, daß 10 v. H. unter ihnen bereits in ihrer Kindheit Pocken gehabt hatten. Nach Ablauf des ersten Lebensjahres scheint diese relative Immunität rasch abzunehmen; so waren unter 45 Kranken, über deren Impfzustand G. nähere Angaben erhielt, 23 im Alter von 2 bis 12 Jahren. Demgegenüber sind bei uns 8,5 bis 12 v. H. aller Pockenkranken in diesem Alter; denn der Pockenschutz kommt in erster Linie den Kindern in diesem Alter zugute. Auch in Russisch-Polen treten, wie überhaupt in der Vorimpfzeit, die Pocken vorwiegend als Kinderkrankheit auf: In einem Dorf an der Kamienna waren im Jahre 1915 fast sämtliche vorhandenen Kinder an Pocken erkrankt. Wichtig war die Beobachtung eines Wehrmannes, der mit Erfolg geimpft war, im 2., im 12. Lebensjahr, 1901 als Rekrut und 1914 (damals 3 Pusteln), und trotzdem an leichter Variolois erkrankte. Bestand danach auch ein gewisser Pockenschutz, so führte doch hier nicht wie gewöhnlich eine echte Vakzine (es hatten sich jedesmal echte Pusteln entwickelt) zu Vakzine-Immunität.

Praktisch kann unsere Armee trotz der Berührung mit so schwer verseuchten Gebieten als pockenfrei gelten, auch bei der Armeegruppe des Verfassers traten nur 2 leichte Varioloisfälle auf, gewiß ein glänzendes Zeichen unseres Impfschutzes, besonders weil man in den genannten 80 Fällen nur einen Bruchteil der wirklichen Zahl von Pockenkranken erblicken kann. Wären die Impfgegner belehrbar, so müßten sie aus solchen Beispielen lernen, wie unwahr ihre Behauptung ist, die Pocken kämen heute gar nicht mehr zu uns und darum sei unser vermeintlicher Impfschutz nur eine Selbsttäuschung. Noch 1871/72 hatten wir unter der bürgerlichen Bevölkerung in Deutschland 125000 Pockentodesfälle, d. h. viel mehr als alle blutigen und Krankheitsverluste im ganzen Heere; das Heer aber, in dem seit 1834 der Impfzwang eingeführt war, hatte nur 300 Pockentodesfälle Heute, wo die Gewinnung tierischer, stets virulenter Lymphe einen bedeutenden Fortschritt gegenüber dem Impfwesen von 1870 darstellt, wird die Armee noch viel glänzender ab-

schneiden. Eine Reihe von Pockenfällen in Oberschlesien im Jahre 1915 wiesen mit ihrer Spur nach Russisch-Polen. G. zeigt, daß das Auftreten dieser Fälle vermutlich eine Verschleppung entlang einer Hauptstraße in Südpolen von Kozieglowy und Gniasdow, wo Pocken herrschten, nach Koschentin und Lublinitz darstellt, wenn sich auch im einzelnen der Beweis nicht erbringen ließ.

Ueber das Impfwesen auf dem Lande werden erbauliche Mitteilungen gemacht, die dem deutschen Amtsarzt, der sich mit Gewissenskrupeln über die Ausführung des Impfgeschäftes plagt, ein grimmiges Lächeln entlocken werden. Rußland hat zwar ein Gesetz, nach dem jedes Kind im ersten Lebensjahre zu impfen ist, aber die Impfung auf dem Lande wird fast ausschließlich von sogeannten „Impfern" ausgeführt. Darunter sind nicht selten Leute, die weder lesen noch schreiben können! Der Impfer bekommt zwar eine Impfliste, aber sie ist nicht vollständig; es ist auch leicht, die Kinder der Impfung zu entziehen. Impfzeugnisse gibt es nicht; die Nachschautermine werden daher wenig gewissenhaft wahrgenommen. Eine Wiederholung der erfolglosen Impfung wird nicht angeordnet und unterbleibt daher. Dabei ist ein großer Teil der Impfungen erfolglos: Der brave Impfer zieht von Ort zu Ort, den nötigen Impfstoff (aus der Impfanstalt in Warschau) in der Tasche; da er oft wochenlang unterwegs ist, nimmt die Virulenz der Lymphe natürlich rasch ab, so daß Fehlimpfungen an der Tagesordnung sind. Deswegen ist es auch nicht zu verwundern, daß pfiffige Leute unter den Impfern ganz ruhig Scheinimpfungen mit irgendwelchen indifferenten Flüssigkeiten oder mit Krotonöl vornehmen. Verschiedene polnische Aerzte erzählten unabhängig voneinander von solchen Krotonölimpfungen; die entstandene pustulöse Dermatitis heilt mit flacher, weißer Narbe, und dann wundern sich die Eltern, wenn das mit so gutem Erfolge geimpfte Kind später doch an den bösen Pocken erkrankt! Die polnischen Aerzte skarifizieren zum Zweck der Impfung häufig abweichend von unserer Technik eine etwa 4 qcm große Hautfläche und bringen die Lymphe auf die Wundfläche auf. Das gibt teilweis starke Reaktionen, besonders bei Erwachsenen. Die Narben sind entsprechend groß.

Dr. Willführ-Grottkau.

3. Fleckfieber.

Ueber den augenblicklichen Stand der mikrobiologischen Fleckfieberdiagnose. Von Oberstabsarzt d. R. Prof. Dr. R. Otto, Abteilungsvorsteher. Aus dem Königl. Institut für Infektionskrankheiten „Robert Koch" (stellvertretender Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Neufeld). Medizinische Klinik; 1916, Nr. 44.

Die Schwierigkeit der Fleckfieberdiagnose in vereinzelten Fällen, namentlich im Beginn, ist, solange die Aetiologie dieser Krankheit nicht völlig geklärt ist, oft recht groß. Es gibt aber schon eine Anzahl auffälliger mikrobiologischer Befunde, die in zweifelhaften Fällen die Diagnose stützen können, so das Vorkommen bestimmter Gebilde in den Läusen Fleckfieberkranker, eine Reihe zytologischer, serologischer und tierexperimenteller Ergebnisse. Zuerst haben Ricketts und Wilder in dem Darminhalt der am Kranken gefundenen und künstlich infizierten Läuse „beinahe konstant und oft in großer Zahl" polargefärbte Organismen nachgewiesen, während sie bei Kontrolläusen solche Gebilde nur gelegentlich und vereinzelt neben Strepto-, Staphylokokken und in Haufen vorkommenden ovalen Bazillen fanden. Weiter haben dann Sergent, Folley und Vialatte in den Läusen von Fleckfieberkranken gewisse „Mikroben" häufig gefunden, die den von R. und W. gefundenen polargefärbten Organismen gleichen und nach ihrer Ansicht, wenn nicht als Erreger, so doch als regelmäßige Begleitbakterien eines invisiblen Virus anzusehen sind. Auch v. Prowazek beobachtete in infizierten Läusen kleine, kokkenähnliche Gebilde, auch in Diploform. Seine Mitarbeiter H. da Rocha-Lima fand in Fleckfieberläusen ungeheure Mengen von nach Giemsa sich rötlich färbenden, bazillenartigen Körperchen, die er genau beschreibt und „Rickettsien" nennt. Als solche dürfen sie nach seiner Meinung aber nur angesprochen werden, wenn außer den morphologischen Merkmalen auch ihre intrazelluläre Lagerung in den Zellen des Magendarmkanals der Läuse, wo sie sich lebhaft vermehren, nachgewiesen ist. Die Körperchen sind in den infizierten Läusen vom 4. bis 5. Tage ab nachweisbar und gramnegativ. Die Befunde sind auch vom Ver-

fasser und anderen Autoren bestätigt. Ueber die Natur der „Körperchen" herrscht zwar noch keine Uebereinstimmung, trotzdem können sie zu diagnostischen Zwecken benutzt werden. Immerhin können Läuse von Fleckfieberkranken auch negative Befunde liefern, namentlich im Anfang der Erkrankung, da die Körperchen einige Zeit zur Entwicklung brauchen; gelegentlich finden sich auch ähnliche Befunde bei Kontrolläusen. Von ähnlich aussehenden Gebilden lassen sich die „Rickettsien" durch verschiedene Färbungen (Giemsa-, Gram-, Kristallviolett-, Löfflerfärbung) genügend differenzieren. Weiter können zur Fleckfieberdiagnose mikroskopische Untersuchungen von Blutausstrichen und exzidierten Roseolen herangezogen werden. Leukozytose mit regressiven Veränderungen der Leukozyten, spez. der Kerne, bei bakteriologisch und serologisch negativem Befund, würde für Fleckfieber sprechen, ebenso spezifische Einschlüsse (Prowazeksche Körperchen). Verwertbar sind nur Leukozytenzahlen für Typhus unter 7000, für Fleckfieber über 12000. Die Untersuchung der Roseolen bietet einmal Aussicht auf Auffindung von Bazillen beim Abdominaltyphus, anderseits sprechen Veränderungen an den kleinsten Arterien und negativer Bazillenbefund für Fleckfieber. Von den serologischen Methoden ist die Wassermannsche Reaktion zu erwähnen, die bei Verwendung aktiven Serums häufig aktiv ausfällt; allerdings ist die Reaktion nicht spezifisch. Die Präzipitin-Reaktion hat sich bei Fleckfieber nicht als brauchbar erwiesen. Die Widalsche Reaktion kommt in Frage zur Differentialdiagnose gegen Typhus, doch kommen auch bei nicht schutzgeimpften Fleckfieberkranken, wenn auch selten, positive Ausschläge vor. Dagegen hat die Agglutinationsreaktion gegenüber dem von Weil und Felix aus Fleckfiebermaterial, Blut und Urin, gezüchteten Keime (proteusartige Bazillen) besondere Bedeutung. Positive Agglutination tritt meist erst nach dem 6. Tage auf, bleibt während der Fieberperiode bestehen und verschwindet bald nach der Entfieberung. Kontrolluntersuchungen mit Seris Nichtfieberkranker ergaben nur in wenigen Fällen und nur in starken Konzentrationen Agglutination. Nachprüfungen haben die Brauchbarkeit dieser Reaktion dargetan. Die Erscheinung selbst ist noch nicht geklärt. Ferner können auch noch Tierversuche an Meerschweinchen und Affen zur Diagnose verwertet werden. Das Virus konnte auch in Meerschweinchen-Passagen fortgezüchtet werden. Bei Gehirnschnitten von Meerschweinchen durch den Boden des 4. Ventrikels haben Verfasser und Dietrich charakteristische, an die Befunde beim Menschen erinnernde, perivaskuläre und enzephalitische Infiltrationsherde gefunden. Leider benötigen diese Versuche eine Beobachtungszeit von 2–3 Wochen. Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

Beiträge zur Weil-Felixschen Reaktion beim Fleckfieber. Von Stabsarzt Dr. Dietrich. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 51.

Der von Weil und Felix gezüchtete Keim X 19 ist ein echter Proteus vulgaris-Stamm, der für die Aetiologie des Fleckfiebers nicht in Frage kommt. Dieser Mikroorganismus wurde bei geeigneter Versuchsanordnung von den Seris Fleckfieberkranker und Rekonvaleszenten in durchaus charakteristischer Weise und regelmäßig (100%) agglutiniert (Weil-Felixsche Reaktion). Wir sind mit Hilfe dieser Reaktion in der Lage, eine einwandfreie serologische Fleckfieberdiagnose zu stellen, solange nur eine Kultur mit spezifisch-agglutinablen Eigenschaften wie die Kultur X 19 besitzen.

Die Weil-Felixsche Reaktion ist bei positivem Ausfall bis zu Verdünnungen von 1 : 100 für Fleckfieber, wenn die Anstellung der Reaktion unter gewissen Kautelen und die Beurteilung des Reaktionsausfalles nach bestimmten Grundsätzen erfolgt: Benutzung einer frischen 16—18stündigen Kultur; Verwendung von nur soviel Kulturrasen zur Agglutination, als zur Erkennung der Auflockung erforderlich ist; Ablesen des Resultates nach zweistündigem Belassen der Röhrchen im Brutschrank bei 37° C. An Stelle der frischen 16—18stündigen Kultur können auch Frigokulturen oder Abschwemmungen frischer Kulturen, die nicht länger als 14 Tage im Eisschranke aufbewahrt wurden, benutzt werden.

Der negative Ausfall der Weil-Felixschen Reaktion bei wiederholten Untersuchungen, besonders um die Zeit des Fieberanfalles, macht die klinische Diagnose Fleckfieber sehr unwahrscheinlich.

Dr. Roepke-Melsungen.

Besprechungen.

Dr. M. Schirer, Taschenbuch für Therapie. Dreizehnte Ausgabe. Würzburg 1917. Verlag von Curt Kabitzsch. 12°; 484 Seiten. Preis: gebunden 3 Mark.

Die neue Ausgabe des beliebten therapeutischen Taschenbuches wird den beteiligten Kreisen sehr willkommen sein, zumal sowohl die Fortschritte seit der letzten Ausgabe, als die feldärztlichen Erfahrungen an den entsprechenden Stellen berücksichtigt sind. (Rpd)

Sanitätsrat Dr. H. Bach-Bad Elster: **Anleitung und Indikationen für Bestrahlungen mit der Quarzlampe „Künstliche Höhensonne".** Dritte Auflage. Würzburg 1917. Verlag von Curt Kabitzsch. Gr. 8°; 90 Seiten. Preis: 3 Mark.

Auch die vorliegende 3. Auflage beschränkt sich in der Hauptsache auf eine Zusammenstellung von Referaten über die bisherigen Erfahrungen mit der „Künstlichen Höhensonne". Das Literaturverzeichnis weist auf 20 Druckseiten nicht weniger als 389 (!) Arbeiten auf. Im umgekehrten Verhältnis zu dieser Zahl steht das, was über die Wirkung der Quarzlampe zu sagen wäre und vor der Kritik standhält. Der Verfasser selbst will die künstliche Höhensonne nicht als ein Allheilmittel aufgefaßt wissen, sondern als therapeutisches Hilfsmittel. Auch dann ist noch der Rahmen der Leistungsfähigkeit recht eng umgrenzt. Sonst wäre es wohl nicht nötig gewesen, die Bachsche künstliche Höhensonne durch Heusner-, Jesionek- und andere Quarzlampen zu verbessern.

Dr. Roepke-Melsungen.

Prof. Dr. A. Baumeister-Freiburg und St. Blasien: **Lehrbuch der Lungenkrankheiten.** Leipzig 1916. Verlag von Georg Thieme. Gr. 8°; 360 S. Preis: 11 Mark.

Das hauptsächlich praktische Zwecke verfolgende „Lehrbuch" will dem praktischen Arzt und dem Studenten die Wege weisen, die Lungenkrankheiten zu erkennen und zu behandeln. Anatomie und Physiologie der Lungen, Untersuchung der normalen Lungen und typische Veränderungen des Verhaltens der Respirationsorgane unter krankhaften Einflüssen bilden den gut gegliederten Stoff der ersten Kapitel. Als Krankheiten der Lunge werden daran anschließend besprochen: Tracheitis, Bronchitis und Bronchopneumonie, chronische Bronchitis, Bronchiektasie und Lungenemphysem, Tracheal- und Bronchostonose, Asthma bronchiale und Keuchhusten, die akute genuine Pneumonie, die chronische Pneumonie und die Pneumokoniosen, Lungenembolie und Lungeninfarkt, Lungenabszeß und Lungengangrän, Lungenödem, Lungensyphilis, Lungenparasiten, Lungentumoren und Lungensteine, dann die Lungentuberkulose nach Aetiologie, Pathologie, klinischen Formen und ihre Behandlung, endlich die Erkrankungen der Pleura und der Mediastinaltumoren.

Der bei Kriegsausbruch bereits fertiggestellte und in Druck gegebene Text ist mit einigen Abänderungen im August 1916 als das „Lehrbuch" erschienen. Kriegserfahrungen sind nicht mitverwertet; Kriegsverhältnisse und Kriegsverpflichtungen haben jedoch dem Verfasser wie dem Verleger das Erscheinen sehr erschwert. Um so mehr soll das Gebotene anerkannt werden als Ganzes und hinsichtlich Einzelheiten in der Darstellung der pathologischen Anatomie der Lungenkrankheiten und der klinischen und diagnostischen Methoden. Die Röntgendiagnostik ist überall gebührend berücksichtigt, obwohl ihre Anwendung für den Praktiker zumeist noch ausscheidet. Die Therapie kommt allgemein, am meisten gegenüber der chronischen Phthise zu kurz. Hier sind bei der symptomatischen Behandlung die ältesten, aber nicht besten Rezepte hervorgeholt. Im übrigen ist das „Lehrbuch" klar geschrieben, auch durch zahlreiche Textabbildungen und 4 farbige Tafeln ergänzt. Literaturangaben finden sich überhaupt nicht, Streitfragen wird geflissentlich aus dem Wege gegangen. Darin erblickt derjenige, der eine gänzlich farblose und unpersönliche Darstellung liebt, einen Vorzug, der Referent den einzigen, aber großen Nachteil dieses „Lehrbuches". Doch das ist Geschmackssache.

Dr. Roepke-Melsungen.

Tagesnachrichten.

Betreffs **Beurlaubung der im Militärdienst stehenden Studierenden der Medizin behufs Fortsetzung des Studiums und Ablegung der Vorprüfung oder Staatsprüfung** hat das Preußische Kriegsministerium auf eine Anfrage des Leipziger Verbandes unter dem 19. Februar d. J. folgenden Bescheid erteilt:

„Beurlaubungen von im Heere stehenden Medizinstudierenden zwecks Fortsetzung des Studiums dürfen nicht erfolgen, da sie mit den militärdienstlichen Interessen nicht vereinbar sind. Dagegen darf Urlaub zur Ablegung der Vorprüfung und der Staatsprüfung an solche Heeresangehörige erteilt werden, die alle Bedingungen für die Zulassung zu jenen Prüfungen erfüllt haben.

Zur Vermeidung von Härten ist neuerdings auf Grund von Verhandlungen mit den beteiligten Ministerien u. a. nachgegeben worden, daß die vor der Vorprüfung stehenden Medizinstudierenden, die ihre Dienstpflicht mit der Waffe vor dem Kriege abgeleistet haben oder mit deren Ableistung begonnen hatten, in einem am 2. 1. 1917 begonnenen Kursus von zwei Monaten das letzte Semester erledigen und daran anschließend die Vorprüfung ablegen. Letztere Maßnahme beseitigt die Härte, die darin liegt, daß Studierenden, die ihrer Dienstpflicht vor dem Kriege ganz oder teilweise genügt hatten, Kriegszeit auf die Studienzeit nicht angerechnet werden konnte, während ihren gleichalterigen Kameraden der Kriegsdienst angerechnet wurde, so daß sie imstande waren, die Vorprüfung abzulegen."

Betreffs der **Verwendung von Medizinstudierenden in Stellen von Unterärzten** ist weiterhin durch Erlaß des Preuß. Kriegsministeriums (Med.-Abt.) vom 25. Februar 1917 folgendes bestimmt: „Zur Ernennung zum Feldunterarzt kann den Medizinstudierenden des Heeres, die die Vorprüfung vollständig bestanden haben, von jetzt ab auch die vor der ärztlichen Vorprüfung im Heeressanitätsdienst zurückgelegte Dienstzeit angerechnet werden, sofern sie die sonstigen für die Verwendung in Unterarztstellen vorgeschriebenen Bedingungen erfüllt haben und von ihren nächsten militärärztlichen Vorgesetzten für den Dienst als Feldunterarzt durchaus geeignet erklärt werden."

Der **Hauptausschuß des Reichstages** hat in seiner Sitzung vom 7. d. M. beschlossen, daß die **Kriegswochenhilfe** künftighin von 1 Mark auf 1,50 Mark erhöht und während des Krieges auch auf die Ehefrauen der Hilfsdienstätigen ausgedehnt werden soll, soweit eine Bedürftigkeit vorliegt. Außerdem soll die erhöhte **Familienbeihilfe** von 20 Mark für die Ehefrau und je 10 Mark für jedes Kind auch während der Sommerzeit weiter gezahlt werden.

Die im preußischen Abgeordnetenhause schon bei der Beratung des Haushalts für das Medizinalwesen von dem Abg. Hänisch (Sozialdem.) erhobenen Angriffe gegen das **Salvarsan** (s. Nr. 5 dieser Zeitschrift, S. 152) wurden von ihm in der Sitzung vom 1. d. M. bei Beratung des Haushalts für das Kultusministerium in erhöhtem Maße fortgesetzt. Es seien schon hunderte von Todesfällen infolge der Anwendung von Salvarsan vorgekommen; außerdem entspreche der Verkaufspreis (16000 M. für das Kilo) nicht dem Herstellungspreis (8 M. für das Kilo); einer solchen Ausnutzung der Wissenschaft zu Geschäftszwecken müsse ein Ende gemacht werden. Sowohl von dem Abg. Kanzow (fortschr. Volksp.), als vom Kultusminister D. Dr. v. Trott zu Solz wurden diese Angriffe als unbegründet zurückgewiesen. Der Kultusminister betonte, daß das Salvarsan von der Aerztewelt und der leidenden Menschheit als ein unentbehrliches und segensreiches Mittel angesehen werde, wie auch wohl die weite Verbreitung im Auslande erkennen lasse. Die Angriffe, die vor einigen Jahren dagegen erhoben seien, hätten sich als unzutreffend erwiesen. Bei vorsichtiger Handhabung des Salvarsans, namentlich des Neosalvarsans,

seien Gesundheitsschädigungen nicht festgestellt worden, wogegen einer großen Zahl von Leidenden ein erheblicher Nutzen daraus erwachsen sei. Todesfälle durch Salvarsananwendung seien in keinem Falle nachgewiesen worden.

Im Anschluß an diese Verhandlungen hat die „Nordd. Allg. Ztg." die Ergebnisse einer statistischen Erhebung über die Anwendung des Salvarsans während der Jahre 1909—1914, die sich auf 494 Krankenanstalten und 75000 damit behandelten Kranken erstreckt, veröffentlicht. Danach beträgt die Zahl der Todesfälle, die mit mehr oder weniger Sicherheit auf die Behandlung mit Salvarsan oder Neosalvarsan zurückzuführen sind, nur 12 = 0,016 %, die Zahl derjenigen Todesfälle, bei denen ein solcher Zusammenhang unsicher ist, 376 = 0,5146 %; selbst bei den erstgenannten Todesfällen kann aber ein ursächlicher Zusammenhang nicht mit Sicherheit angenommen werden, weil die Schwere der syphilitischen Erkrankung an sich, verschiedenartige ärztliche Beurteilung und fehlerhafte Behandlung in Rechnung gestellt werden müssen. Die Zahl der festgestellten Schädigungen ist jedenfalls äußerst gering und günstig gegenüber dem Heilwert des Mittels, der von 92 % der Aerzte, die sich auf Grund ihrer Erfahrungen darüber geäußert haben (353), als günstig oder sehr günstig beurteilt wird. Auch die übrigen Aerzte (8 % der Gesamtzahl) haben eine ungünstige Wirkung des Salvarsans nicht beobachtet, sie schätzen nur seinen Heilwert nicht höher als den der bisherigen Behandlungsweise.

Auf dem Gebiete der **Ernährungsfürsorge** sind in letzter Zeit durch den Bundesrat eine Anzahl Verordnungen getroffen: Durch Bekanntmachung vom 5. Februar d. J. ist die Verwendung von Steckrüben statt Kartoffeln bei der Brotbereitung angeordnet; durch Verordnung vom 7. Februar d. J. ist der Kartoffeltagessatz für Selbsterzeuger auf 1 Pfd., für Schwerarbeiter auf 1½ Pfd. und für die übrigen Verbraucher auf ¾ Pfd. festgesetzt. Durch Bekanntmachung vom 15. Februar 1917 nebst Ausführungsbestimmungen ist der Verkehr mit Knochen, Knochenerzeugnissen, insbesondere Knochenfetten und anderen fetthaltigen Stoffen geregelt. Durch Verordnungen vom 20. und 24. Februar d. J. sind einschränkende Bestimmungen über die Herstellung von Bier und Branntwein in Klein- und Obstbrennereien, sowie über den Verkehr damit getroffen. Erwähnt zu werden verdienen außerdem die Bekanntmachungen vom 24. und 28. Februar d. J., betreffend die Regelung des Verkehrs mit Kohle und die Bestellung eines Reichskommissars für die Kohlenverteilung, sowie die Bekanntmachungen vom 8. und 9. März d. J. betreffend die Sicherung der Acker- und Gartenbestellung.

Für Preußen ist durch Erlaß vom 21. Februar d. J. ein **Landeskartoffelamt** eingerichtet, das die Aufgabe hat, nach Anweisung des Staatskommissars für Volksernährung die Aufsicht über die Durchführung der reichsrechtlichen Verordnungen über die Versorgung der Bevölkerung mit Kartoffeln und Kohlrüben auszuführen. Durch Erlaß vom 1. März d. J. ist weiterhin die Errichtung eines **Landesamtes** sowie die Errichtung von Provinzial-, Bezirks- und Kreisstellen **für Gemüse und Obst** angeordnet.

Durch Verordnung des preußischen Staatsministeriums vom 27. Februar d. J. sind behufs Bekämpfung der **Masern** im Stadt- und Landkreise Breslau die in den §§ 1–4, 6 Abs. 1 und 8 Abs. 1 Ziffer 1 des preußischen Seuchengesetzes getroffenen Absperrungs- und Aufsichtsmaßregeln auf diese beiden Kreise für die Dauer eines Jahres ausgedehnt.

Der für Mitte April in Wiesbaden in Aussicht genommene **32. Deutsche Kongreß für innere Medizin** (s. Nr. 1 dieser Zeitschrift, S. 34) ist bis auf weiteres vertagt.

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten:

Das Eiserne Kreuz I. Klasse:

Stabsarzt d. Res. Dr. Albracht-Stralsund.
Generaloberarzt Dr. Karl Böhm-Ingolstadt.
Stabsarzt d. L. Dr. Bowien-Friemersheim (Reg.-Bez. Düsseldorf).
Oberstabsarzt Dr. Engelmann.
Stabsarzt d. Res. Dr. Groß in Niedersedlitz bei Dresden.
Stabsarzt d. Res. Dr. Joh. Hartmann-Leipzig.
Stabsarzt Dr. Max vom Hövel-Slraßburg i. Els.
Stabsarzt d. Res. Dr. Holey-Gröba (Königr. Sachsen).
Stabsarzt d. Res. und Abteilungsarzt Dr. Horn-Oetzsch bei Leipzig.
Stabsarzt d. Res. Dr. Hoyer-Kerstlingerode bei Göttingen.
Oberstabsarzt d. L. Dr. Jaeger-Stuttgart.
Stabsarzt Dr. Hermann Köpchen-Soldau (Ostpreußen).
Stabsarzt Dr. Langbein-Kamenz (Königr. Sachsen).
Oberarzt d. Res. Dr. Karl Lunz-Ansbach.
Stabsarzt d. Res. Dr. Meyer-Geestemünde.
Stabsarzt Dr. Meyer-Altona.
Stabsarzt d. Res. Dr. Max Moszkowski-Hof.
Oberstabsarzt Dr. Schiepan-Berlin.
Stabsarzt d. Res. Dr. Hans Siewczynski-Breslau.
Assistenzarzt d. Res. Dr. Werner-Jeßnitz (Anhalt).

Das Eiserne Kreuz II. Klasse am schwarz-weißen Bande:

Oberstabsarzt d. L. Geh. Med.-Rat Dr. Spancken, Kreisarzt in Meschede (Reg.-Bez. Arnsberg) und Chefarzt des Kriegsgefangenenlazaretts.

Das Eiserne Kreuz II. Klasse am weiß-schwarzen Bande:

Oberstabsarzt d. L. Geh. Med.-Rat Dr. Jungmann, Kreisarzt in Guben.

Außerdem haben erhalten: Das Großherzogl. Oldenburgische Friedrich August-Kreuz II. Klasse: Stabsarzt d. L. und Reg.-Arzt Dr. Heimbucher, Kreisarzt in Liebenwerda (Reg.-Bez. Merseburg).

Ehren-Gedächtnistafel. Für das Vaterland gefallen oder gestorben:

Landsturmpflichtiger Arzt Dr. Karl Aenstoots-Duisburg-Meiderich (gestorben infolge von Blutvergiftung bei einer Operation).
Oberarzt d. Res. Dr. Eberhard Dransfeld-Gießen.
Feldhilfsarzt Albert Dudt.
Abteilungsarzt Dr. Karl Eber-Marburg a. Lahn.
Marineassistenzarzt d. Res. Dr. Ernst Goebels.
Stabsarzt d. L. Dr. Paul Huisking-Iburg (Reg.-Bez. Osnabrück).
Feldarzt Dr. Adolf Jankelowitz-Gera.
Oberarzt d. Res. Dr. Fritz Königer-Oldenburg (Großherzogtum).
Stabsarzt d. Res. Dr. Bruno Kob-Wehlau (Ostpreußen).
Feldarzt Dr. Paul Lindstädt-Hannover.
Generaloberarzt Dr. Leopold Mankiewitz-Neiße (früher Berlin).
Oberstabsarzt Dr. Artur Merzdorf-Borna (Königr. Sachsen).
Generalarzt und Feldkorpsarzt Dr. Reinhardt-Darmstadt (gestorben infolge von Krankheit).
Hauptmann Dr. med. Theodor Reischauer, Arzt in Stolpen (Königr. Sachsen).
Stabsarzt d. L. San.-Rat Dr. Otto Reißner-Bad Nauheim.
Stabsarzt Dr. A. Ritter-Frankenstein.
Feldunterarzt M. Simonsohn-Berlin-Wilmersdorf.
Stabsarzt d. Res. Dr. P. Sommer-Wehlau (Ostpreußen).
Assistenzarzt d. Res. Dr. H. Steinbock-Berlin.
Stabsarzt d. L. Dr. R. Toppe.
Stabsarzt d. Res. Dr. W. Weißbach-Wannsee bei Berlin.
Stabsarzt d. Res. Dr. Rudolf Zoepfell-Schnaitheim (Württemberg).

Pocken-Erkrankungen sind im Deutschen Reiche in den beiden Wochen vom 25. Februar bis 10. März 109 und 160 vorgekommen; außerdem sind nachträglich für die Woche vom 18. bis 24. Februar noch 19 Fälle gemeldet. Im Deutschen Generalgouvernement Warschau betrug die Zahl der angemeldeten Pockenerkrankungen in den Wochen vom 4. bis 10. Februar: 6, sämtlich bei Zivipersonen.

Cholera-Erkrankungen sind in der Türkei vom 21. Oktober v. J. bis 24. Januar d. J. 157 zur amtlichen Kenntnis gekommen, darunter 76 Todesfälle.

Fleckfieber-Erkrankungen sind im Deutschen Reiche vom 18. Februar bis 10. März d. J.: 9, 14 und 4 ermittelt, davon 19 bei Kriegsgefangenen; im Deutschen Gouvernement Warschau wurden vom 4. bis 24. Februar 279 (35), 316 (31) und 524 (32) derartige Erkrankungen (Todesfälle) festgestellt und zwar ausschließlich bei Zivilpersonen; in Ungarn betrug ihre Zahl vom 5. bis 11. Februar d. J.: 17.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 11. bis 24. Februar 1917 erkrankt (gestorben) an Pest, Gelbfieber, Aussatz, Malaria, Fleckfieber, Rückfallfieber, Milzbrand, Tollwut: — (—), — (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 2 (—), 16 (—); Rotz: 1 (—), — (—); Trichinose: — (—), 2 (—); Pocken: 104 (17), 161 (17); Unterleibstyphus: 106 (12), 125 (11); Ruhr: 95 (17), 86 (13); Diphtherie: 1698 (164), 1882 (159); Scharlach: 750 (38), 805 (29); Kindbettfieber: 64 (23), 85 (25); übertragbare Genickstarre: 11 (4), 11 (2); spinaler Kinderlähmung: 1 (1), 2 (—); Fleisch-, Fisch-, Wurst- und Pilzvergiftung: — (—), 1 (—); Körnerkrankheit (erkrankt): 36, 63; Tuberkulose (gestorben): 1061, 1188.

Mitteilung für die Bezieher der Zeitschrift.

Infolge der längeren Dauer des Krieges sind für die Herausgabe der Zeitschrift durch Mangel an Arbeitskräften in der Druckerei sowie durch ungenügende und unpünktliche Lieferung des erforderlichen Papiers so grosse Schwierigkeiten erwachsen, dass ein rechtzeitiges Erscheinen der Zeitschrift nicht immer möglich ist. Dazu kommt, dass auch die Beförderung durch die Post nicht mehr so schnell und pünktlich als früher bewirkt wird. Wir bitten deshalb zu entschuldigen, wenn eine der Nummern der Zeitschrift später als sonst zur Ausgabe und Versendung gelangt. Desgleichen wird mit Rücksicht auf den Papiermangel sowie mit Rücksicht auf die ausserordentliche Steigerung des Papierpreises und der Druckkosten der Umfang der Zeitschrift etwas eingeschränkt werden müssen, um auch weiterhin ihr 14tägiges Erscheinen ermöglichen zu können.

Die Schriftleitung und Verlagsbuchhandlung.

Redaktion: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

30. Jahrgang; Nr. 7. Ausgegeben am 5. April 1917.

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.
Bezugspreis für das Jahr: 15 Mark.

Ausserdem eine besondere, nur vierteljährlich erscheinende Beilage:
Zeitschrift für
Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege.
Offizielles Organ der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens.
Bezugspreis für das Jahr: 8 Mark, für die Bezieher der Zeitschrift: 4 Mark.

VERLAG VON FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: Gelsdorf & Co., G. m. b. H., Eberswalde (Mark).

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung, Nr. 7, am Schlusse des Heftes.

INHALT.

Original-Mitteilungen.

Typhus in Gruppe, Westpr. Von Dr. E. Mangelsdorf 201

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

1. Typhus.

Dr. Meinicke: Ueber die Brauchbarkeit der bakteriologischen Typhusdiagnostik zur Differentialdiagnose zwischen Fleckfieber und Typhus 222

Prof. Dr. Karl Walko: Ueber den Wert der Typhusschutzimpfung 222

2. Paratyphus.

Dr. phil. et med. Ernst Mayerhofer und Dr. Georg Jilek: Zur Klinik und Diagnose des Paratyphus A im Felde . 223

3. Ruhr.

Dr. Lasar Dünner und cand. med. Ilse Lauber: Unterschiede in der Agglutinabilität verschiedener Ruhrstämme und deren Bedeutung für die serologische Diagose der Ruhr 223

Dr. Otto Wiese: Zur Behandlung der Bazillenruhr 223

4. Tuberkulose.

Tuberkuloseheft 224

M. Bürger und B. Möllers: Untersuchungen über antigene Eigenschaften der Tuberkelbazillenfette 226

Dr. Just: Tuberkulintherapie 226

Dr. Evers: Zur Tuberkulosebehandlung . 227

Fleischversorgung der Lungenkranken in den Heilstätten 227

5. Desinfektion.

Prof. Dr. Grassberger: Desinfektionstechnik und Beurteilung der Desinfektion auf Grund der neueren Erfahrungen . 227

Tagesnachrichten 228

Beilage:

Rechtsprechung 41

Medizinal-Gesetzgebung 41

Umschlag:

Personalien.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geheimer Medizinalrat: den ordentl. Professoren Dr. Kallius in Breslau, Dr. Hofmann und Dr. Jores in Marburg, Geh. San.-Rat Dr. Spieß, Dr. Herxheimer und Dr. Bethe in Frankfurt a. M., den ordentlichen Honorarprofessoren Dr. Doehle und Dr. Hoppe-Seyler in Kiel, Dr. Hildebrand in Marburg und Dr. Carl von Norden in Frankfurt a. M.

Medicinisches Waarenhaus
Aktien-Gesellschaft
Berlin NW. 6, Karlstraße 31.
Centralstelle aller ärztlichen Bedarfsartikel und für Hospitalbedarf.

Neues Instrumentarium
zur Wohnungs-Desinfection
mittels
flüssigen Formalins
nach
Prof. Dr. O. Roepke.
Ref. Nr. 7, 1905 der Zeitschrift f. Medizinalbeamte
D. R. G. M. Modell M. W.





Ausführliche Beschreibung steht zu Diensten.
Von den Königlich Preussischen und Königlich Bayerischen Staats-Eisenbahnen eingeführt.

30. Jahrg. 1917.

Zeitschrift
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Anzeigen nehmen die Verlagshandlung sowie alle Anzeigenannahmestellen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 7. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats. | 5. April.

Typhus in Gruppe, Westpr.

Von Kreisarzt Dr. **E. Mangelsdorf,** Stabsarzt d. L., z. Z. Vorstand der hygienischen Untersuchungsstelle Festung Graudenz.

Aufgaben einer systematischen Typhusbekämpfung, wie sie im Südwesten des Reiches durch die dortigen, größtenteils für diese Zwecke eigens errichteten bakteriologischen Institute ständig und in großem Maßstabe gelöst werden, finden sich gelegentlich auch in anderen Gegenden. Es kommt nur darauf an, daß günstige äußere Umstände, insbesondere auch die Nähe einer Untersuchungsstelle, es ermöglichen, einer solchen anfänglich vielleicht nur vermuteten Aufgabe epidemiologischer Aufklärung nachzugehen und der zuständigen Bezirksbehörde das nötige Material zu liefern, damit daraus die notwendigen praktischen Folgerungen gezogen werden können. Die in dieser Beziehung in Gruppe gemachten Erfahrungen seien im folgenden wiedergegeben.

Gruppe (Kreis Schwetz), ist ein aus einem Guts- und Gemeindebezirk bestehendes Kirchdorf von 1023 Einwohnern, das am Westrand der Weichselniederung, etwa gegenüber der

Festung Graudenz und $7^1/_2$ km von dieser Stadt entfernt, sich in einer Ausdehnung von $6^1/_2$ km um die von Schwetz nach Neuenburg führende Chaussee gruppiert. In 3 km Entfernung westlich vom Dorf ist der militärische Truppenübungsplatz Gruppe, am Nordende des Dorfes selbst das Kriegsgefangenen-Lager Nieder-Gruppe gelegen (siehe Lageplan, S. 214).

Mitte August 1915 brach bei den Bewachungsmannschaften des Gefangenenlagers sowie bei einer unmittelbar benachbart in einer Baracke liegenden Landsturm-Batterie Typhus aus. Beide Truppen waren bisher völlig frei von übertragbaren Krankheiten gewesen. Bei 8 klinisch schweren Krankheitsfällen wurde die Diagnose 6mal aus dem Blut, 1 mal aus dem Kot bakteriologisch, 1 mal durch Obduktion pathologisch-anatomisch gesichert; in 1 Fall wurden Para-Typhus B-Bazillen im Kot festgestellt. Bei 11 klinisch leichten Erkrankungen war der bakteriologische Befund negativ, auch ergab die Auswertung der Seren dieser Leute mit Typhus- und Para-Typhus B-Bazillen so niedrige Titer, daß unter Berücksichtigung der überall erfolgten Typhus-Schutzimpfung keinerlei Schlüsse daraus gezogen werden konnten. Die zweimalige Durchuntersuchung sämtlicher Offiziere, Unteroffiziere und Mannschaften (543) dieser beiden Truppen ergab 2 Typhus- und 2 Para-Typhus B-Bazillenträger.

Etwa 14 Tage nach dem ersten Auftreten der oben genannten Typhus-Erkrankungen begannen bei einem auf dem benachbarten Truppenübungsplatz Gruppe untergebrachten Landsturm-Bataillon eine Reihe von 20 durchweg leicht verlaufenden Erkrankungen, die meist mit Durchfall und Erbrechen, auch anfänglichem Fieber begannen, dann fieberfrei oder mit geringem und kurzdauerndem Fieber weiter verliefen und durchschnittlich nach etwa 4 Wochen wieder zur Dienstfähigkeit führten. Nachdem bei 2 dieser Erkrankten Para-Typhus B-Bazillen im Kot nachgewiesen waren, wurde auch dieses Bataillon (1239 Mann), bakteriologisch durchuntersucht. Hierbei wurden in 3 Fällen Typhusbazillen im Kot gefunden, und zwar ergab die Nachforschung, daß auch diese 3 Leute kurze Zeit vorher in der genannten Weise magendarmkrank gewesen waren. Dem Ergebnis der serologischen Untersuchung der übrigen 18 Erkankten konnte ebenfalls wegen der voraufgegangenen Typhus-Schutzimpfung kein diagnostischer Wert beigemessen werden.

Es erhob sich damals die Frage, ob ein epidemiologischer Zusammenhang zwischen den Erkrankungen im Gefangenenlager und den 2 Wochen später beginnenden Erkrankungen auf dem Truppen-Uebungsplatz bestehe. Die Möglichkeit hierfür war sehr wohl dadurch gegeben, daß, ganz abgesehen von außerdienstlichem Verkehr der in Betracht kommenden Truppenteile, eine unmittelbare dienstliche Verbindung dadurch gegeben war, daß die Bewachungsmannschaften des Gefangenenlagers,

die die Russen bei ihren Erdarbeiten auf dem Uebungsplatz Gruppe beaufsichtigten, bei dieser Gelegenheit die Latrinen des Uebungsplatzes benutzten.

Neue Gesichtspunkte für die Beurteilung dieser Frage ergab die Durchsicht der Hauptkrankenbücher des Lagerlazaretts auf dem Truppenübungsplatz, aus denen hervorging, daß daselbst im Jahre 1891 2 Fälle von „gastrischem Fieber“ und ein Ruhrfall, 1892 1 Ruhrfall, 1893 2 Typhusfälle und 1899 wieder 1 Ruhrfall, sonst aber keinerlei derartige typhusverdächtige Erkrankungen bis zur Mobilmachung 1914 vorgekommen waren. Anderseits fiel in den Krankenbüchern die hohe Zahl an Lazarettkranken bei einem Infanterie-Ersatzbataillon auf, das von Ende Oktober 1914 bis Ende Februar 1915 im Uebungslager Gruppe gelegen hatte. Unter den während dieser 4 Monate erkrankten Leuten befand sich eine erhebliche Anzahl, die an Bronchial- bezw. Luftröhrenkatarrh, Magen-Darmkatarrh oder „Grippe“ erkrankt waren. Die Durchsicht der Krankenblätter von diesen Kranken ergab nun unter anderem, daß bei mehreren gleichzeitig Durchfälle bestanden, die teilweise als erbsenbrühig bezeichnet waren, davon über die Hälfte mit mehr oder weniger langem Fieber. Die längste Behandlung der Erkrankten dauerte 8 Wochen; häufig war dabei über Gliederreißen geklagt; 4mal war vom 20. bis 40. Krankheitstage ab eine abnorm hohe Pulsfrequenz bei bereits fieberlosem Zustande auffallend, während in 3 anderen Fällen im Beginn der Erkrankung eine ganz auffallende Pulsverlangsamung auf der Fieberkurve vermerkt war. Unter den Magen- bezw. Darmkatarrhen war fast der vierte Teil fieberhaft; in einem Falle bot die Fieberkurve das typische Bild der 3 Stadien einer Typhus abdominalis-Kurve. Der Stuhl wird oft ausdrücklich als dünnflüssig bezeichnet; 2 von diesen Leuten gelangten zur Lazarettaufnahme, nachdem sie bereits 15 bezw. 27 Tage lang Durchfall gehabt; 3 andere dieser Kranken hatten im Lazarett 3, 4 bezw. 6 Wochen lang Durchfälle bei zeitweilig subfebriler Temperatur; 2mal fiel abnorm hohe Pulsfrequenz ohne Fieber von der 3. bezw. 6. Krankheitswoche auf; bei einem Kranken wurde Typhus durch Nachweis der Bazillen im Urin festgestellt. Unter den „Grippe“-Fällen befanden sich fünf mit zum Teil starken Durchfällen und Fieber; in einem Fall war der ausgesprochen lytische Abfall der Temperaturkurve bei dünnflüssigen, gelben Stuhlentleerungen bemerkenswert.

Wenn auch aus obigen Angaben keine festen Schlüsse gezogen werden können, zumal bakteriologische Untersuchungen des Stuhls und Urins im ganzen nur in 4 Fällen, niemals solche des Blutes veranlaßt waren, so müssen diese Tatsachen, besonders wenn man noch die Möglichkeit oder Wahrscheinlichkeit einer Beeinflussung der klinischen Krankheitsbilder durch die überall durchgeführten Typhus-Schutzimpfungen in Rechnung zieht, immerhin den schweren Verdacht erwecken, daß ein Teil der unter dem Bilde von Katarrhen der oberen Luftwege oder

„Grippe“ verlaufenen Erkrankungen bezw. der Magen-Darmerkrankungen infektiösen Ursprungs gewesen ist.

Alle diese Vorgänge drängten immer mehr zur Lösung der Frage hin, ob die Typhus- oder Paratyphus-Erkrankungen im Gefangenenlager Niedergruppe und auf dem Truppenübungsplatz Gruppe (sowohl die vom November 1914 bis Februar 1915, als die vom August bis Oktober 1915) ursächlich miteinander in Verbindung standen und auf eine eigene, früher nicht vorhanden gewesene Infektionsquelle innerhalb der militärischen Bevölkerung selbst zurückzuführen seien, oder ob in erster Linie eine Infektionsquelle in Betracht komme, die irgendwo von außen her ihre Wirkungen geltend gemacht hatte. Zu letzterer Vermutung gab besonders der Umstand Veranlassung, daß zwischen den stark typhusverdächtigen Erkrankungen jenes Infanterie-Ersatz-Bataillons auf dem Truppenübungsplatz und den Erkrankungen daselbst im Gefangenenlager vom August bis Oktober 1915 ein Zwischenraum von 5 Monaten gelegen war, in dem nach keiner Richtung hin irgendwie verdächtige Zeichen eines Zusammenhanges dieser verschiedenen Erkrankungen nachzuweisen waren, zumal auch jenes infektionsverdächtige Ersatz-Bataillon den Truppenübungsplatz 5 Monate vor dem Ausbruch der Epidemien August—Oktober 1915 geschlossen geräumt hatte, so daß also eine Infektion des später seinen Platz einnehmenden Landsturm-Bataillons auf dem gewöhnlichen Wege der Kontaktinfektion von Mensch zu Mensch nicht in Frage kam. Eine hervorragende Bedeutung mußte dieser Frage nach einer etwa in der Nähe gelegenen, konstanten und sozusagen außermilitärischen Infektionsquelle deswegen beigemessen werden, weil der Truppenübungsplatz Gruppe, sowohl im Frieden, wie jetzt im Kriege, andauernd wechselnden Truppenteilen vorübergehend als Quartier dient und die Gefahr der Infizierung dieser Truppenteile stets die Gefahr der späteren Infizierung ihrer Garnisonen oder jetzt des Feldheeres in sich schließt.

Die Aufmerksamkeit mußte sich naturgemäß zuerst der Zivilbevölkerung des Dorfes Gruppe zuwenden, das in unmittelbarer Nachbarschaft des Truppenübungsplatzes und des Gefangenenlagers gelegen ist, deren Truppen infolgedessen auch in Krieg und Frieden einen äußerst regen Verkehr mit dem Dorfe pflegen. Eine am 16. Oktober 1915 an den zuständigen Kreisarzt gerichtete Anfrage ergab nun, daß von Juni 1914 bis Ende September 1915 in der Zivilbevölkerung von Gruppe 24 Typhusfälle amtlich gemeldet waren; die Erhebungen ergaben ferner, daß aus 2 dieser Typhushäuser, in denen die ersten Erkrankungen im Juni-Juli 1914 aufgetreten waren, in derselben Zeit regelmäßig Milch an den Kasino-Oekonom und an einen Fleischer des Truppenübungsplatzes geliefert war und daß in diesen beiden Familien infolgedessen 3 Angehörige ebenfalls an amtlich festgestelltem Typhus erkrankt waren. Da sowohl der Oekonom, wie der Fleischer im Nahrungsmittelbetrieb den

Truppen des Uebungsplatzes sehr nahe standen, so gewann der oben ausgesprochene Verdacht eine an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit, nämlich, daß auch die oben geschilderten typhusverdächtigen Erkrankungen jenes Infanterie-Ersatz-Bataillons, das wenige Wochen nach den 3 Typhus-Erkrankungen in den Familien des Kasino-Oekonomen und des Fleischers sein Quartier auf dem Uebungsplatz bezogen hatte, infektiösen Ursprungs gewesen waren.

Nachdem vorläufig die nötigen Absperrungsmaßregeln für den Truppenübungsplatz und das Gefangenenlager getroffen waren, erschien es mir unumgänglich, durch systematische Durchuntersuchung der gesamten Zivilbevölkerung von Gruppe festzustellen, wie weit der Typhusbacillus in ihr verbreitet, bezw. ausgeschieden wird. Der Arbeitsplan war in folgender Weise gedacht:

1. Bakteriologische Untersuchungen der seit 1914 amtlich gemeldeten Typhuskranken und deren Hausgenossen auf Bazillenträger, serologische Untersuchung der Umgebung auf überstandene Typhusinfektion; nötigenfalls im Anschluß hieran Durchuntersuchung sämtlicher übrigen Bewohner von Gruppe.

2. Mitteilung des Kreisarztes an die Untersuchungsstelle über gemeldete typhusverdächtige Erkrankungen in Gruppe; bakteriologische und serologische Untersuchung auch der Umgebung der Verdächtigen. Mitteilung der Befunde an den Kreisarzt.

3. Regelmäßige Einsichtnahme in die Schulversäumnislisten; jedesmalige Mitteilung des Lehrers an die Untersuchungsstelle über Schulversäumnis wegen Krankheit.

4. Jedesmalige Mitteilung der Orts- und Landkrankenkassen-Meldestellen über alle inneren Erkrankungsfälle.

Bei 3 und 4 im Verdachtsfalle Ermittlungen der Untersuchungsstelle an Ort und Stelle, event. bakteriologische etc. Untersuchungen.

5. Mitteilungen aller Todesmeldungen seitens des Standesamtes an die Untersuchungsstelle.

6. Veranlassung der Aufnahme aller als typhuskrank Ermittelten in das Kreiskrankenhaus.

Gelegentlich der Ermittlung an Ort und Stelle bezw. nach Feststellung von etwaigen Bazillenträgern persönliche Belehrung der Bevölkerung über die Bedeutung der Typhus-Bekämpfung sowie über individuelle Hygiene, besonders auch über die Behandlung der Entleerungen.

8. Mitteilung etwaiger Bazillenträger-Häuser an die Militärbehörde. Verbot des Nahrungsmittelbezuges aus diesen Häusern und der Besorgung von Wäsche für Militärpersonen in diesen Häusern; Verkehrsverbot für Militärpersonen.

Dem zuständigen Regierungspräsidium ging am 30. Oktober 1915 eingehender, begründender Bericht der hygienischen Untersuchungsstelle Graudenz durch das dortige Gouvernement zu; gleichzeitig erklärte sich die Militärbehörde zur kostenlosen Bereitstellung aller erforderlichen Mittel der Untersuchungsstelle, einschließlich des Fuhrwerkes für die zahlreichen Fahrten nach Gruppe, bereit. Nachdem noch eine mündliche Besprechung zwischen dem zuständigen Regierungs- und Medizinalrat, dem Kreisarzt und dem Verfasser stattgefunden hatte, erklärte die Regierung am 11. Dezember 1915 ihr Einverständnis mit dem Beginn der Untersuchungen.

Um in der ländlichen Bevölkerung das nötige Verständnis, Interesse und Entgegenkommen zu wecken, nahm ich zuerst

mit dem Amts-, Gemeinde- und Gutsvorsteher und den Vorstehern der Meldestellen für die Orts- und Landkrankenkasse, sowie mit den Lehrern der beiden Schulen persönlich Rücksprache; ferner wurde bei der Anforderung der Kot- und Urinproben in jedem Haushalt ein den gleichen Zweck verfolgendes gedrucktes Merkblatt verteilt. Am 15. Dezember 1915 konnte mit der Untersuchung aller seit 1914 amtlich typhuskrank gemeldet Gewesenen (24 Personen), sowie deren Angehöriger, Mitbewohner und nächster Arbeitsgenossen begonnen werden. Es handelte sich um 86 Leute, von denen bis zum 16. Februar 1916 je 2mal in etwa vierwöchigen Zwischenräumen Kot und Urin untersucht wurde; von einigen, bei denen die verdächtigen Befunde nicht zum sicheren Schluß führten, wurden öfters, bis zu 4mal untersucht. Um die Untersuchungen so ergiebig wie nur irgend möglich zu gestalten, wurden die Reste aller Kot- und Urinproben zur nochmaligen Untersuchung an die bakteriologische Abteilung des Festungslazaretts Danzig (Vorstand Kreisarzt Stabsarzt d. L. Dr. Schwer) geschickt; in 5 Fällen war hier und in Danzig das Ergebnis in gleicher Weise positiv; in 2 Fällen war in Danzig und in 3 Fällen war in Graudenz das Ergebnis positiv, ohne daß gegenseitige Bestätigung erfolgte.

Es wurden bei den 86 Leuten 8 Typhus- und 2 Paratyphus B-Bazillenträger festgestellt. Diese überraschenden Ergebnisse gaben Veranlassung, die Untersuchung aller übrigen Dorfbewohner ebenfalls durchzuführen. Es geschah dies bis zum 28. April 1916 bei 880 Personen in 215 Haushaltungen; bei 78 von diesen Leuten, die irgendwie besonders verdächtig erschienen, wurde je 2mal, bei den übrigen 802 Personen je 1mal untersucht. Es wurden unter ihnen noch 2 Typhus- und 5 Paratyphus B-Bazillenträger ermittelt, so daß also im Dorfe Gruppe im ganzen 10 Personen gefunden wurden, die Typhusbazillen, und 7 Personen, die Paratyphus B-Bazillen ausscheiden. Aus dem Lageplan (s. S. 546) ist die örtliche Verteilung der Bazillenträger ersichtlich, wie auch diejenigen Häuser, in denen amtlich gemeldete Typhusfälle vorgekommen sind. Hieraus, sowie aus dem Listenauszug (s. S. 540—545) geht hervor, daß 8 Typhus- bezw. Paratyphus B-Bazillenträger in den Jahren 1914/15 amtlich wegen „Typhus“ gemeldet waren (lfd. Nr. 12, 24, 29, 32, 41, 43, 54, 85); bei 2 ist gleichzeitig die typhuskrank gewesene Mutter bezw. Tochter Bazillenträgerin (lfd. Nr. 34, 83); bei 2 hat der Ehemann bezw. Vater vor einigen Jahren Typhus durchgemacht (Nr. 116, 242); 1 hat nach eigener Angabe vor einer Reihe von Jahren Typhus überstanden (Nr. 575); 1 war im Sommer 1915 öfter mit Erbrechen, Durchfällen und Kopfweh erkrankt gewesen (Nr. 192); 2 sind Schulkinder, von denen das eine (Nr. 415) im Juli 1915 13 Tage in der Schule gefehlt hat (jetziger Widal Paratyphus B. 1 : 75 +), das andere, seine Schwester (417) den gleichen Agglutinationstiter aufweist; der 1. Bazillenträger gehört einer Familie an,

in der die Mutter einen Widal Typhus 1 : 100 + und 2 Schwestern einen solchen Typhus 1 : 50 + besitzen, von denen die eine August—September 1915 mehrere Wochen in der Schule gefehlt hat (Nr. 285).

Wenn man, selbst ungeachtet der Paratyphus-Bazillenträger, allein berücksichtigt, daß mit Bestimmtheit bei 5 der Typhusbazillenträger (Nr. 32, 41, 43, 85, 192) die Infektion über 1 Jahr, in 4 weiteren Fällen (Nr. 12, 24, 29, 54) sogar über $1^1/_2$ Jahre, von dem Zeitpunkt der Untersuchungen gerechnet, zurückgelegen hat, so gelangt man auf Grund dieser Ergebnisse bereits zu dem Schluß, daß das Dorf Gruppe durch den Typhusbacillus endemisch verseucht ist. Die gleichzeitige Feststellung von Typhus- und Paratyphus-B-Bazillen in den Epidemien des Gefangenenlagers und des Truppenübungsplatzes (s. oben) erschien nunmehr, angesichts der gefundenen 7 Para-Typhus B-Bazillenträger in der Zivilbevölkerung, in neuem Lichte.

Um noch weitere Anhaltspunkte zu gewinnen, in welchem Umfange Infektionen im Dorfe Gruppe erfolgt sind, habe ich von den Angehörigen, den Haus- und Arbeitsgenossen der an Typhus erkrankt Gewesenen, ferner von den Bewohnern sonstwie durch Krankheit oder Todesfall besonders verdächtiger Häuser, die Sera auf ihren Agglutinationstiter gegenüber Typhus- und Paratyphus B-Reinkultur geprüft. Es wurden im ganzen 234 Sera untersucht, und zwar von diesen 42 aus äußeren Gründen nur auf ihren Titer gegenüber Typhusbazillen, die übrigen 192 Sera auch auf ihren Titer gegenüber Paratyphus B. Die Gleichmäßigkeit der Untersuchungen konnte dadurch noch besonders gewährleistet werden, daß von Anfang bis zu Ende zu allen Untersuchungen stets der gleiche Typhus- und Paratyphus-Stamm zur Verfügung stand. Das Ergebnis war:

	Typhus	Paratyphus-B.
1 : 50 —	147 mal	106 mal
1 : 50 +	24 „	35 „
1 : 75 +	30 „	31 „
1 : 100 +	16 „	13 „
1 : 150 +	14 „	4 „
1 : 200 +	1 „	1 „
1 : 300 +	1 „	1 „
1 : 400 +	— „	1 „
1 : 500 +	1 „	— „

In dem Lageplan sind bei den einzelnen Häusern die Titerzahlen der Bewohner eingetragen. Unter Berücksichtigung des Umstandes, daß es sich ausschließlich um gegen Typhus Nichtgeimpfte handelt, wird durch diese Titerzahlen das epidemiologische Bild ganz wesentlich erweitert. Nehmen wir auch nur die hohe Grenze von 1 : 100 als beweisend für überstandene Infektion an, so ergäbe das eine weitere Zahl von 44 Bewohnern, die irgend einmal mit dem Typhus- bezw. Paratyphus B-Bacillus in Beziehung getreten sind, derart, daß der Körper infolgedessen spezifische Reaktionsprodukte im Blutserum gebildet hat; nehmen wir aber mit einigen Autoren den Titer von 1 : 75 als Beweis für stattgehabte Infektion, so erhöht sich die Zahl der infiziert Gewesenen auf 82.

Listenauszug

zu den Untersuchungen in Gut und Gemeinde Gruppe in der Zeit vom 15. Dezember 1915 bis 28. April 1916.
Es sind nur Schulversäumnisse wegen Krankheit berücksichtigt.

Lfd. Nr.	Name		Alter (Jahre)	An Typhus erkrankt, wann?	Baz.-Befund Stuhl u. Urin	Agglutinations-Titer	Bemerkungen
3	Tochter J.	Familie	21	?	— —	T. 1 : 75 +	
4	„ H.	des	20	28. 8. 1914	— —	T. 1 : 150 +	
5	„ E.	Besitzers	19	28. 8. 1914	— —	T. 1 : 150 +, P.-B. 1 : 300 +	
6	Magd W.	Gerh.Ew.	17	?	— —	T. 1 : 150 +	
7	Knecht H. Mi.		16	?	— —	T. 1 : 75 +	Nr. 7 ist Sohn des Arbeiters Mi. aus Wilh. E.s Instkate; s. lfd. Nr. 31—51.
8	„ Kl.		36	?	— —	T. 1 : 75 +	
11	Besitzer Franz Ew.		50	?	— —	T. 1 : 150 +	Nr. 11 ist Bruder und Nachbar von Nr. 1.
12	Ehefrau „ „		48	Mitte Juni 1914	T. +	nicht geprüft	Nr. 12 besorgt die Milch- und Butterwirtschaft, liefert für den Markt in Graudenz.
13	Sohn O.		19	Anf. Juni 1914	— —	„	
15	„ W.		16	Mitte Juni 1914	— —	„	Abort, offene Grube, mit 1 Sitzloch.
16	Tochter L.		15	14. 10. 15	— —	„	
17	Sohn G.		13	21. 8. 1914	— —	„	
18	Tochter A.		12	?	— —	T. 1 : 75 +	
19	Sohn A.		10	14. 10. 1915	— —	nicht geprüft	Nr. 19 besucht die Oberrealschule in Graudenz.
20	Tochter E.		8	28. 8. 1914	— —	T. 1 : 50 +, P.-B. 1 : 400 +	
23	Arbeiter Aug. Ros.		40	?	— —	T. 1 : 75 +	Arbeiten ständig bei lfd. Nr. 11 und wohnen auf der Ziegelei des Nr. 11.
24	Ehefrau „ „		39	21. 8. 1914	T. +	nicht geprüft	
25	Sohn A.	„	13	21. 8. 1914	— — —	„	
28	Besitzer Wilh. Ew.		55	8. 11. 1914	— —	nicht geprüft	Nr. 1113 hat vom 1. 1. 15 ab bei Nr. 28 gedient und erkrankte 4 Wochen nach Dienstantritt mit wochenlangem Fieber, Schwindel und Durchfällen. Arzt wurde nicht hinzugezogen.
29	Ehefrau „ „		52	22. 11. 1914	— T. +	„	
1113	Magd M. J.		17	? s. wahrscheinl. Anf. Febr. 1915	—	T. 1 : 50 +, P.-B. 1 : 50 +	
31	Arbeiter Rud. Sch.		42	?	— —	T. 1 : 75 +	Nr. 31—51 bewohnen, zu 3 Familien, die Instkate des Besitzers lfd. Nr. 28, dessen Hof gegenüber gelegen ist; elende Behausung, 32 qm Bodenfläche von 20 Menschen bewohnt. Nr. 46—51 besitzt für sich allein, vom übrigen Hofraum durch Zaun getrennt, 1 Abort (offene Grube); Nr. 31—45 besitzen keinen Abort, entleeren ihre Fäkalien in die Umgebung des Hauses.
32	Ehefrau „ „		41	25. 1. 1915	— — — T. +	nicht geprüft	
34	Tochter Hel.	„	18	?	T. +	T. 1 : 50 +	
39	Arbeiter Joh. Schm.		56	18. 2. 1915	— —	nicht geprüft	
40	Ehefrau „ „		45	?	— —	T. 1 : 100 +	
41	Sohn Jos.	„	15	2. 12. 1914	— P.-T. B. +	nicht geprüft	
42	Tochter Fr.	„	13	2. 12. 1914	— —	„	
43	„ W.	„	10	2. 12. 1914	— P.-T. B. +	„	

44	Sohn P. Schm.	6	22. 12. 1914	— —	nicht geprüft	Nr. 33 dient z. Z. in Neu-Marsau.
45	Großmutter „	78	?	— —	T. 1 : 75 +	Nr. 34 hat seit Januar 1916 in Bratwien und
47	Ehefrau Arbeiter F. Mi.	48	?	— —	T. 1 : 75 +	Pastwisko (Kr. Schwetz bezw. Kr. Graudenz)
51	Tochter Fr. „	9	?	— —	T. 1 : 75 +	gedient.
54	Arbeiter Joh. Ger.	45	19. 8. 1914	— T. +	nicht geprüft	Nr. 54 hat bis zu seiner Typhuserkrankung bei
55	Ehefrau „ „	47	1909 angeblich	— —	T. 1 : 500 +	Besitzer Gerh. Ew. lfd. Nr. 1 ständig gearbeitet.
56	Tochter M.	14	?	— —	T. 1 : 150 +	Abort (offene Grube) mit 1 Sitzloch.
57	Sohn Al.	13	?	— —	T. 1 : 100 +	
58	Tochter Br.	12	?	— —	T. 1 : 50 +	
60	„ M.	5	1. 9. 1914	— —	nicht geprüft	
61	Frau Ri.	33	?	— —	T. 1 : 100 +, P.-B. 1 : 50 +	
66	Ehefrau Arb. E. Dom.	58	?	— —	T. 1 : 50 +	Nr. 66 hat 1915 im Gefang.-Lager Niedergruppe
67	Sohn Br.	12	?	— —	nicht geprüft	tägl. Kartoffeln geschält u. Wäsche gewaschen.
91	Sais.-Arbeiter Pawl.	30	10. 1. 1916	5 mal —	T. 1 : 50 +	Nr. 91 ist am 14. 2. 16 gestorben. Obduktion
68	„ „ Rum.	42	?	— —	T. 1 : 300 +	ergab Unterleibstyphus.
69	„ „ Jadr.	39	?	— —	T. 1 : 75 +	Nr. 68—76 haben zusammen mit Nr. 91 eine
73	„ „ Szizp.	40	?	— —	T. 1 : 200 +	Kate bewohnt.
74	Ehefrau „	39	?	— —	T. 1 : 100 +	
75	Tochter Br. „	16	15. 1. 16 verdächt.	— —	T. 1 : 150 +	
83	Arbeiter Ja.	50	?	T. +	nicht geprüft	Nr 85 hat bis Frühjahr 1915 bei Besitzer Gerh.
85	Tochter E. „	30	26. 1. 1915	T. +	„	Ew. (lfd. Nr. 1) als Magd gedient.
88	Ehefrau Arbeiter Wit.	36	?	— —	T. 1 : 150 +	Wohnt in der Stube neben lfd. Nr. 83.
115	Bäckermeister Ga.	56	1912	— —	T. 1 : 150 +	Einz. Bäckerei i. Amtsbz. Gruppe (Dorf Gruppe,
116	Ehefrau „	35	? 1914 unbestimmt	T. +	T. 1 : 100 +	Alt- u. Neu-Marsau). Offene Abortgrube mit 2
118	Lehrling G.	18	?	— —	T. 1 : 75 +	getrennten Aborten, je 1 Sitzloch.
137	Tochter Kl. des Fleischermeisters G. Schu.	17	?	— —	T. 1 : 75 +	Vater lieferte bisher Fleisch an eine Kantine des
140	Tochter L.	10	?	— —	T. —, P.-B. —	Truppenübungsplatzes Gruppe. Nr. 140 hat Nov.
141	Sohn H.	8	?	— —	T. —, P.-B. —	1914 und Okt. 1915, Nr. 141 hat Dez. 1914 je
148	Tochter G. des Gastwirts F. Kr.	23	?	— —	T. 1 : 100 +, P.-B. 1 : 50 +	4 Tage in der Schule gefehlt.
149	Nichte Ch.	23	?	— —	T. 1 : 100 +, P.-B. 1 : 50 +	
151	Magd D.	22	?	— —	T. 1 : 150 +, P.-B. 1 : 100 +	
180	Ehefrau Arbeiter Schr.	44	?	—	T. 1 : 150 +, P.-B. 1 : 100 +	Nr. 180 ist Tochter von Nr. 182. Nr. 182 hat vor
181	Einwohner T.	79	?	—	T. 1 : 75 +	Jahren mit der typhusk. Mutter dauernd das Bett
182	Ehefrau T.	75	?	—	T. 1 : 100 +, P.-B. 1 : 75 +	geteilt; ist Tante eines Landsturmmannes vom
183	Einwohner B.	52	?	— —	T. 1 : 50 +	Uebungsplatz Gruppe. Nr. 183 ist Okt. 1915
184	Ehefrau B.	41	?	—	P.-B. 1 : 50 +	wegen Gallensteinleidens operiert.

Lfd. Nr.	Name	Alter (Jahre)	An Typhus erkrankt, wann?	Baz.-Befund Stuhl u. Urin	Agglutinations-Titer	Bemerkungen
190	Besitzer Fr. Mü.	52	?	— —	T. —, P.-B. 1 : 75 +	Abort (offene Grube) mit 1 Sitzloch.
192	Ehefrau „ „	47	?	P.-T. B. +	T. 1 : 50 +, P.-B. 1 : 100 +	Nr. 192 hatte im Sommer 1915 öfter Erbrechen
193	Tochter E.	16	?	— —	T. —, P.-B. 1 : 50 +	und Durchfälle mit Kopfweh, hat dabei ge-
194	„ H.	14	?	— —	T. 1 : 150 +, P.-B. 1 : 75 +	arbeitet. Verkauft ihre Butter auf dem Markt
197	Frau Altsitzer R.	72	?	— —	T. 1 : 50 +, P.-B. 1 : 75 +	in Graudenz.
205	Frau Fleischermstr. Sa.	41	?	—	T. 1 : 75 +, P.-B. —	
207	Schwägerin M. M.	33	?	—	T. 1 : 75 +, P.-B. 1 : 50 +	Eine im Hause wohnende 20jähr. Tochter starb
216	Naturheilkundiger K.	64	?	—	T. —, P.-B. 1 : 100 +	am 1. 2. 16 an einer inneren ärztlich nicht be-
217	Ehefrau „	52	?	—	T. —, P.-B. 1 : 75 +	handelten Krankheit. Nr. 218 hat Februar und
218	Tochter G. „	13	?	—	T. —, P.B. —	März 1915 21 Tage in der Schule gefehlt.
221	Frau Tischler H.	33	?	— —	T. 1 : 50 +, P.-B. 1 : 50 +	Sohn O. des Bes. Fr. Ew. (lfd. Nr. 11 u. 13) war
222	Sohn H.	7	?	— —	T. —, P.-B. 1 : 50 +	bei Tischler H. Lehrling und erkrankte in dieser
225	Großmutter L.	67	?	— —	T. 1 : 50 +, P.-B. 1 : 50 +	Stellung im Juni 1914 als erster an Typhus.
						Nr. 222 hat Sept. 1915 14 T. in d. Schule gefehlt.
226	Arbeiter Aug. Gö.	52	?	— —	T. 1 : 150 +, P.-B. —	Nr. 227 hat 1915 im Gef.-Lager Niedergruppe
227	Ehefrau „ „	50	?	— —	T. 1 : 50 +, P.-B. —	tägl. Kartoffeln geschält u. Wäsche gewaschen.
228	Sohn H.	15	?	— —	T. 1 : 100 +, P.-B. —	Nr. 229 hat Aug. 1914 7 Tage, Aug. 1915 3 Tage
229	Tochter M.	14	?	— —	T. 1 : 75 +, P.-B. 1 : 50 +	in der Schule gefehlt.
230	„ A.	12	?	— —	T. 1 : 100 +, P.-B. 1 : 75 +	Nr. 230 hat Juni—Juli 1915 4 Wochen wegen
231	Böttcher K. Cz.	46	?	— —	T. —, P.-B. 1 : 50 +	„Magenkatarrh“ in d. Schule gefehlt u. war bettl.
232	Ehefrau „ „	37	?	— —	T. 1 : 100 +, P.-B. 1 : 100 + Castellani B. —	
233	Tochter E.	7	?	— —	T. 1 : 50 +, P.-B. —	Nr. 233 hat den ganzen September 1915 in der
235	„ K.	4	?	— —	T. —, P.-B. 1 : 50 +	Schule gefehlt
239	Frau Maurer J.	25	?	— —	T. —, P.-B. 1 : 100 +	Der im Felde stehende Ehem. hat nach Angabe
240	Sohn G.	5	?	— —	T. —, P.-B. 1 : 50 +	der Frau 1912 schweren Typhus durchgemacht.
241	Tochter G.	3	?	— —	T. —, P.-B. 1 : 75 +	Abort (offene Grube) mit 1 Sitzloch für alle Par-
242	Sohn H.	2	?	P.-T.-B. +	T. —, P.-B. —	teien des Hauses, lfd. Nr. 232 bis 248.
244	Frau M. Kr.	46	?	— —	T. —, P.-B. 1 : 50 +	
246	Sohn B.	13	?	— —	T. 1 : 75 +, P.-B. —	Nr. 246 hat Aug. 1915 5 Tage, Nr. 247 gleich-
247	Tochter F.	8	?	— —	T. —, P.-B. 1 : 50 +	zeitig 12 Tage in der Schule gefehlt.

277	Tochter M.	21	?	—	T. 1 : 150 +, P.-B. 1 : 100 +	
280	„ H.	14	?	—	T. —, P.-B. —	Nr. 280 hat August 1915 7 Tage, Nr. 281 den ganzen September 1915 in der Schule gefehlt.
281	„ G.	7	?	— —	T. 1 : 50 +, P.-B. 1 : 75 +	
283	Frau Arbeiter Ki.	44	?	— —	T. 1 : 100 +, P.-B. —	Die in 5 Insthäusern des Gutes Gruppe wohnenden 17 Parteien mit im ganzen 87 Einwohnern haben zusammen 1 Abort mit 1 Sitzloch (offene Grube). Derselbe ist völlig verwahrlost und wird, wie aus den in der Umgebung des Häuschens liegenden massenhaften Kothaufen zu schließen ist, nicht mehr benutzt. Nr. 288, 289 und 290 haben Aug. u. Sept. 1915 mehrere Wochen in der Schule gefehlt.
285	Sohn A.	18	?	P.-T.-B. +	T. —, P.-B. —	
288	Tochter S.	13	?	— —	T. 1 : 50, P.-B. —	
290	Sohn P.	7	?	— —	T. —, P.-B. —	
291	Tochter L.	5	?	— —	T. 1 : 50 +, P.-B. —	
289	Sohn B.	7	?	— —	T. —, P.-B. —	
326	Kätner E. Di.	62	?	— —	T. 1 : 75 +, P.-B. 1 : 75 + Castellani P.-B. —	Nr. 330 hat 1915 im Gefangenenlager Niedergruppe täglich Kartoffeln geschält u. Wäsche gewaschen. Abort (offene Grube) mit 1 Sitzloch. Nr. 331 arbeitet seit Jahren, und noch jetzt, bei Besitzer Franz Ew. (s. lfd. Nr. 11).
575	Einwohnerin Frau Pri.	65	angeblich vor einigen Jahren	T. +	T. 1 : 150 +, P.-B. 1 : 50 +	
330	„ „ M. Bü.	61	?	— —	T. —, P.-B. 1 : 75 +	
331	„ „ Go.	56	—	— —	T. —, P.-B. —	
361	Sohn A. d. Besitzers Wo.	4	?	—	T. —, P.-B. 1 : 100 +	2 Geschwister mit sonst negativem Befund haben August 1915 6 und 4 Tage in der Schule gefehlt.
363	Ehefrau Besitzers Po.	30	?	— —	T. 1 : 75 +, P.-B. —	Ein 8jähr. Sohn mit sonst negativem Befund hat Nov. u. Dez. 1915 16 Tage, Jan. u. Febr. 1916 30 Tage in der Schule gefehlt.
365	Sohn E.	4	?	— —	T. 1 : 50 +, P.-B. —	
406	Frau Ww. Wa.	51	?	— —	T. 1 : 75 +	3 Aborte (offene Gruben) mit je 1 Sitzloch für die 8 Parteien des Hauses. Nr. 415 hat Juli 1915 13 Tage, Nr. 416 hat Juni 1915 4 Tage in der Schule gefehlt.
408	Einwohner F. Ba	66	?	— —	T. —, P.-B. 1 : 75 +	
414	Ehefrau Besitzers Kl.	32	?	— —	T. 1 : 50 +, P.-B. 1 : 75 +	
415	Tochter M. „	10	?	P.-T.-B. +	T. —, P.-B. 1 : 75 +	
416	„ Fr. „	9	?	— —	T. —, P.-B. 1 : 50 +	
417	Sohn F. „	7	?	P.-T.-B. +	T. —, P.-B. 1 : 75 +	
420	Einwohner G. Ti.	69	?	— —	T. 1 : 50 +, P.-B. 1 : 75 +	
422	Pflegekind F. Sch.	8	?	— —	T. —, P.-B. 1 : 50 +	
436	Tochter E. des Zimmermanns R. Ba.	25	?	—	T. 1 : 75 +, P.-B. —	Ein 14jähr. Sohn hat Okt. u. Nov. 1914 18 Tage, ein 9jähr. Sohn Juni 1915 4 Tage in der Schule gefehlt.
437	„ H.	17	?	—	T. 1 : 100 +, P.-B. —	
439	„ A.	13	?	—	T. 1 : 75 +, P.-B —	
453	Sohn H. des Besitzers Ho.	7	?	—	T. —, P.-B. 1 : 75 +	Nr. 453 ist im Juni 1915 mehrere Wochen fieberhaft magen-darmkrank gewesen.
455	Großmutter Ba.	65	?	—	T. —, P.-B. 1 : 75 +	

Lfd. Nr.	Name	Alter (Jahre)	An Typhus erkrankt, wann?	Baz.-Befund Stuhl u. Urin	Agglutinations-Titer	Bemerkungen
458	Sohn H. des Besitzers	8	?	—	T. 1 : 75 +, P.-B. 1 : 100 +	Nr. 458 hat Januar 1915 17 Tage, Sept. 1915 14 Tage, Nr. 459 Aug. u. Sept. 1915 22 Tage in der Schule gefehlt.
459	Tochter H. R. To.	7	?	—	T. —, P.-B. 1 : 50 +	
463	Ehefrau Gastwirts Goc.	26	?	— —	T. 1 : 50 +, P.-B. 1 : 75 +	Eine 8jähr. Nichte (Pflegekind) von Nr. 463 hat August 1915 mehrere Wochen, Nr. 471 hat Aug. u. Sept. 1915 15 Tage in der Schule gefehlt.
466	Einwohner Frau Ha.	46	?	— —	T. 1 : 75 +, P.-B. 1 : 50 +	
471	Tochter E. „	10	?	— —	T. 1 : 50 +, P.-B. —	
473	Einwohn. Frau St.	26	?	— —	T. 1 : 100 +, P.-B. 1 : 50 +	
475	„ Arbeiter J. Gr.	65	?	— —	T. 1 : 75 +, P.-B. 1 : 100 +	Nr. 476 ist die Schwester von Frau Joh. Schm., siehe lfd. Nr. 40!
476	„ Ehefrau „ „	50	?	— —	T. —, P.-B. 1 : 150 +	
491	Tochter Th. des Schmiedes En. (Gut Gruppe)	20	?	—	T. 1 : 75 +, P.-B. 1 : 50 +	
492	„ E.	16	?	—	T. 1 : 75 +, P.-B. 1 : 50 +	
554	Besitzersfrau Z.	23	?	— —	T. 1 : 100 +, P.-B. —	Der Ehemann ist Unteroffizier des Landsturm-Bataillons auf dem Truppen-Uebungsplatz.
582	Tochter G. des Fleischers De.	8	?	— —	T. —, P.-B. 1 : 50 +	Hat Juli 1914 1 Woche in der Schule gefehlt. Ein Verwandter ist als Landsturmmann auf dem Truppenübungsplatz.
624	Ehefrau Arbeiters Ki.	38	?	—	T. —, P.-B. 1 : 75 +	Nr. 624 ist die zweite Frau ihres Mannes; die erste Frau starb 1911 an Typhus! War Nov. 1915 akut längere Zeit magenkrank mit Kopfschmerzen. Nr. 625 hat in der Schule gefehlt Nov. u. Dez. 1914 37 Tage, Jan. 1915 24 Tage, März 1915 24 Tage (Durchfall, Magenbeschwerden) Nr. 626 hat in der Schule gefehlt Nov. u. Dez. 1914 18 Tage, Jan. 1915 24 Tage, März 1915 12 Tage. Nr. 627 war 1915 (Zeitangabe unbestimmt) ebenfalls an Magenbeschwerden mit Durchfällen erkrankt.
625	Tochter M.	14	?	—	T. —, P.-B. —	
626	„ A.	12	?	—	T. 1 : 50 +, P.-B. —	
627	„ H.	10	?	—	T. —, P.-B. 1 : 50 +	
629	„ M.	6	?	—	T. —, P.-B. 1 : 50 +	
687	Ehefrau Kätners Ki.	34	?	—	T. 1 : 100 +, P.-B. 1 : 75 +	
688	Sohn H. „	11	?	—	T. —, P.-B. 1 : 75 +	
689	„ O. „	7	?	—	T. —, P.-B. 1 : 75 +	
692	Ehefrau Besitzers Po.	53	?	—	T. 1 : 100 +, P.-B. 1 : 50 +	Eine 17jährige Tochter von Nr. 692 ist nach elterl. Angabe am 16. 12. 15 wegen „Bleichsucht mit Fieber und Herzschwäche“ gestorben.
695	Sohn B. „	20	?	—	T. 1 : 50 +, P.-B. 1 : 100 +	

697	Sohn A. Po.	15	?	—	T. 1 : 50 +, P.-B. 1 : 75 +	Nr. 698 hat Okt. u. Nov. 1914 60 Tage, Feb. u. März 1916 33 Tage in der Schule gefehlt (nach Angabe der Nachbarn wegen Typhus).
698	„ O. „	13	?	—	T. —, P.-B. 1 : 50 +	
8	Arbeiter Kl.	36	?	— —	T. 1 : 75 +	Nr. 8 und 712 arbeiten ständig seit vielen Jahren bei Besitzer Geh. Ew. (s. lfd. Nr. 1—8). Nr. 713 hat Juni u. Juli 1914 16 Tage in der Schule gefehlt.
712	Ehefrau „	41	?	—	T. 1 : 75 +, P.-B. 1 : 150 +	
713	Sohn A.	15	?	—	T. —, P.-B. —	
714	„ H.	10	?	—	T. 1 : 75 +, P.-B. —	
740	Arbeiter H. Kl.	52	?	—	T. —, P.-B. 1 : 75 +	Nr. 741 hat 1915 im Gef.-Lager Niedergruppe tägl. Kartoffeln geschält. Wäsche gewaschen. Nr. 742 war Okt. 1915 4 Wochen lang wegen Fieber mit Leib- u. Kopfweh bettlägerig.
741	Ehefrau „ „	53	?	—	T. —, P.-B. —	
742	Tochter E.	12	?	—	T. —, P.-B. 1 : 75 +	
871	Frau Besitzer M. Kr.	46	?	—	T. —, P.-B. 1 : 50 +	Nr. 873 war Aug. u. Dez. 1915 wegen Kopf- und Leibweh bettlägerig.
873	Sohn W.	13	?	—	T. —, P.-B. 1 : 50 +	
880	Pflegekind B. b. Bes. H.	11	?	—	T. 1 : 75 +, P.-B. 1 : 75 + Castellani P.-B. —	Hat Nov. u. Dez. 1915 16 Tage wegen Fieber in der Schule gefehlt
913	Gastwirtin M. V.	52	?	—	T. —, P.-B. —	Nr. 913 war Dez. 1915 3 Wochen wegen fieberhafter Magenerkrankung, Nr. 914 April 1916 wegen Fieber und Mattigkeit bettlägerig.
914	Einwohnerin M. Do.	61	?	—	T. —, P.-B. —, Gallenanreicherung des Blutes —	
931	Frau Zieglermeister N.	43	?	—	T. 1 : 150 +, P.-B. 1 : 50 +	Wohnung auf der Franz Ew.'schen Ziegelei (lfd. Nr. 11), neben Familie Ros. (lfd. Nr. 23—26), in der im Aug. u. Sept. 1914 2 Typhusfälle vorgekommen sind. Frau Ros. ist noch jetzt Ty.-Dauerausscheiderin; der Mann ist am 26. 5. 16 an Typhus gest. (s. oben). Nr. 933 u. 934 haben Juni u. Juli 1914 i. d. Schule längere Zeit gefehlt. In dieser Zeit traten auch bei den Schulkindern von Ew., Ziegeleibes., d. ersten Ty.-Erkrank. auf. Nr. 936 hatSept. 1915 in der Schule gefehlt.
933	Tochter J.	15	?	—	T. —, P.-B. 1 : 75 +	
934	Sohn O.	10	?	—	T. —, P.-B. 1 : 75 +	
936	„ E.	7	?	—	T. —, P.-B. —	
937	Tochter G.	5	?	—	T. —, P.-B. 1 : 50 +	
940	Tochter G.	18	?	—	T. 1 : 50 +, P.-B. 1 : 75 +	
943	Sohn R.	9	?	—	T. —, P.-B. 1 : 100 +	
944	„ E.	8	?	—	T. —, P.-B. 1 : 100 +	
945	Tochter E.	4	?	—	T. —, P.-B. 1 : 150 +	Nr. 943 u. 944 haben 1915 längere Zeit in der Schule gefehlt.
999	Besitzerin M. Be.	57	?	—	T. —, P.-B. 1 : 150 +	Nr. 999 ist die Schwester von Frau Franz Ew. (lfd. Nr. 12), die Ty.-Dauerausscheiderin ist.
1000	Tochter H. „	21	?	—	T. —, P.-B. 1 : 200 +	
1114	„ A. „	19	?	—	T. —, P.-B. 1 : 75 +	
1001	Sohn S. „	20	?	—	T. 1 : 50 +, P.-B. —	

Lageplan von Gruppe, Wpr.

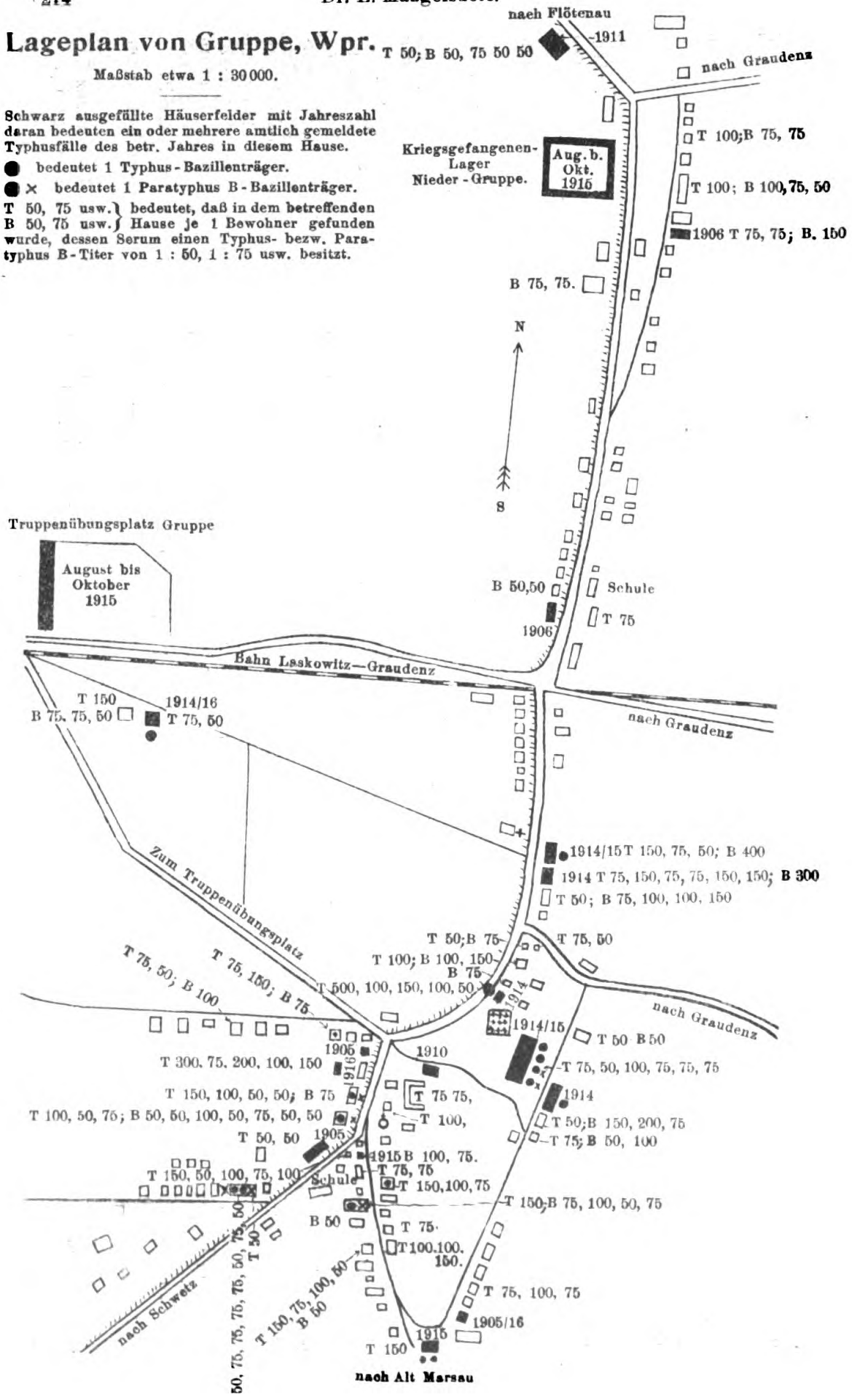
Maßstab etwa 1 : 30000.

Schwarz ausgefüllte Häuserfelder mit Jahreszahl daran bedeuten ein oder mehrere amtlich gemeldete Typhusfälle des betr. Jahres in diesem Hause.

● bedeutet 1 Typhus-Bazillenträger.

●× bedeutet 1 Paratyphus B-Bazillenträger.

T 50, 75 usw. } bedeutet, daß in dem betreffenden
B 50, 75 usw. } Hause je 1 Bewohner gefunden wurde, dessen Serum einen Typhus- bezw. Paratyphus B-Titer von 1 : 50, 1 : 75 usw. besitzt.



Welcher Agglutinationstiter, d. h. ob der für Typhus oder für Paratyphus-B, als beweisend für die Art der stattgehabten Infektion anzusehen ist, läßt sich schwer sagen. In der Regel wird die stärkere der beiden Agglutinationen als beweisend betrachtet; es sind jedoch eine Reihe von Fällen bekannt, in denen sichere Typhusfälle einen für Paratyphus gleich hohen oder höheren Agglutinationswert als für Typhusbazillen ergaben; ja, nach den in letzter Zeit im Königl. Institut für Hygiene und Infektionskrankheiten in Saarbrücken gemachten Beobachtungen[1]) ist der Nachweis gebracht, daß das Serum von — auch bakteriologisch — sicheren Typhuskranken keine Agglutinationskraft für Typhusbazillen aufzuweisen braucht und trotzdem Paratyphusbazillen agglutinieren kann. Wie dem auch sei, es interessierte hier, gewissermaßen als Ergänzung und Erläuterung zu dem Ergebnis der 10 Typhus und 7 Paratyphus B-Bazillenträger im Dorfe Gruppe, in erster Linie der Nachweis, daß außer den 24 von Juni 1914 bis September 1915 in Gruppe zivilamtlich gemeldeten Typhuserkrankungen eine große Anzahl weiterer Bewohner mit Typhus- oder Paratyphus B-Bazillen angesteckt worden ist, sei es ebenfalls in jener Zeit, sei es früher, und daß gerade diese zahlreichen, ärztlich und daher amtlich nicht zur Kenntnis gelangten Fälle zu irgend einen Zeitpunkt mehr oder weniger lange durch Ausscheidung der Infektionserreger eine unabsehbare, sanitätspolizeiliche Bedeutung gehabt haben müssen.

In welcher Weise obige bakteriologische und serologische Ergebnisse noch durch zahlreiche persönliche an Ort und Stelle sowie auf dem Dienstwege vorgenommene Ermittlungen gestützt oder erläutert werden, ergibt sich aus dem Listenauszuge (s. S. 540—545), insbesondere den „Bemerkungen". Es fällt darin besonders die hohe Zahl der Schulversäumnisse wegen Krankheit von Juli bis Sept. 1915 auf, d. h. also in der Zeit, die mit dem Auftreten der Typhus- und Paratyphuserkrankungen im Gefangenenlager Niedergruppe und auf dem Truppenübungsplatz Gruppe zusammenfällt, bezw. ihnen voraufgeht; ferner fallen aber auch gehäuftere, amtlich nicht gemeldete Erkrankungen von Juli bis Dezember 1914 auf, die also gleichzeitig mit den bis dahin aus der Zivilbevölkerung amtlich gemeldeten 17 Typhusfällen desselben Jahres aufgetreten sind.

Bezüglich des Ausbreitungsweges der Epidemie in der Zivilbevölkerung läßt sich aus den Daten des Listenauszuges für die amtlich festgestellten Typhusfälle die Kontaktkette ohne Mühe ersehen; wo Haus- oder Arbeitsgenossenschaft nicht vorhanden gewesen, hat die Schule die Infektionen ver-

[1]) Dr. R. Steinebach; Zeitschrift für Medizinalbeamte, 1916, Nr. 7. Nach persönlicher Mitteilung des Verfassers sind die Beobachtungen über heterologe Agglutination inzwischen experimentell ausgestaltet und werden demnächst im Ganzen veröffentlicht.

Siehe auch Thies; Berliner klinische Wochenschrift, 1908, S. 3200.

mittelt. Bezüglich der Kontaktketten bei den amtlich nicht gemeldeten Fällen, die erst jetzt durch die Serumuntersuchungen aufgedeckt sind, kann man nachträglich, zumal das genaue Datum des Beginnes der Erkrankungen, wenn von diesen überhaupt etwas bekannt ist, in den meisten Fällen fehlt, nur Vermutungen hegen. Jedenfalls ergibt sich aber auch hier aus dem Listenauszuge, daß die Schule für die Verbreitung der Infektionen eine hervorragende Rolle gespielt hat.

Für die Militärbehörde war von besonderer Wichtigkeit der Nachweis eines unmittelbaren Zusamenhanges der Epidemie im Gefangenenlager und dann derjenigen auf dem Truppenübungsplatz im August bis Oktober 1915 mit der Verseuchung des Dorfes Gruppe. Konnten anfänglich nur die allgemeinen Verkehrsbeziehungen zwischen Zivil und Militär mit ihren vielen Berührungsmöglichkeiten hier angeschuldigt werden, so gelang nunmehr der Nachweis, daß die 4 Frauen des Dorfes Gruppe, lfd. Nr. 66, 227, 330, 741, während des Jahres 1915, vor allem auch den ganzen Sommer und Herbst, also vor und während der Zeit der Epidemie im Gefangenenlager, daselbst für das Lager täglich Kartoffeln geschält und auch die Wäsche gewaschen haben. Nr. 66 ist Mutter eines Knaben, bei dem August 1915 Typhus bakteriologisch festgestellt wurde, sie selbst hat einen Widal Typhus 1 : 50 +. Die Familie Nr. 227 (Eltern und 3 Kinder) hat einen Typhus-Agglutinationstiter von 1 : 150 bezw. 1 : 50 (die Frau selbst) bezw. 1 : 100 bezw. 1 : 75 bezw. 1 : 100; letzterer Titer gehört zu einem 12jährigen Mädchen, das im Juni und Juli 1915 4 Wochen wegen „Magenkatarrh“ in der Schule gefehlt hat und bettlägerig war. Nr. 330 ist Stubennachbarin von Nr. 575, einer Typhusbazillenträgerin und hat einen Widal Paratyphus B 1 : 75 +. Nr. 741 hat eine 13jährige Tochter, welche Oktober 1913 4 Wochen lang wegen Fieber, Kopf- und Leibweh in der Schule gefehlt hat und bettlägerig war. Diese Tochter hat ebenso wie ihr Vater einen Widal von Paratyphus B 1 : 75 +. Die genannten 4 Frauen haben also täglich den Weg von ihrer Behausung zum Gefangenenlager gemacht, also täglich immer von neuem eine Verbindung des Lagers mit dem Dorfe Gruppe, und zwar mit dessen schwer verdächtigen bezw. infizierten Teilen hergestellt.

Um die Gefahrenquellen, die durch das Dorf Gruppe als endemischen Typhusherd gegeben sind, möglichst vollständig zur Anschauung zu bringen, habe ich den Abortverhältnissen und der Wasserversorgung der Bazillenträgerhäuser besondere Aufmerksamkeit schenken zu müssen geglaubt. Aus dem Ergebnis dieser Ermittelungen (s. S. 549 u. 550) ist zu ersehen, daß die Aborte z. T. arg verwahrlost sind (lfd. Nr. 31—51, 283); eine ordnungsmäßige Abortanlage, etwa im Sinne der neuerdings vom Kaiserl. Gesundheitsamt angegebenen Vorsichtsmaßregeln (Runderlaß des Ministers des Innern vom 21. Feb. 1916 M. 10313) ist

Abort- und Trinkwasserverhältnisse in Gruppe.

Brunnenwasser Gehöft Franz Ew. lfd. Nr. 11	Keimzahl in 1 ccm 52072! Eijkmannsche Probe + (Fäkalverunreinigung). Bact. Coli + Chlor: 42 mg in 1 L. Salpetersäure: Spuren.	Gehöft in einem von W. nach O. abfallenden Gelände. Schachtbrunnen, Ziegelsteine mit Mörtel gefugt; Wasserspiegel 6 m. Dungstätten auf der höher gelegenen W.-Seite des Wirtschaftsgebäudes, von wo Gefälle nach dem Hofe, in dem, 5 m von der Stalltür entfernt, der Brunnen liegt. Kein Brunnenkranz, Oeffnung im Niveau der Erdoberfläche, mit losen Brettern bedeckt. Auf dem Hofe liegt Mist verstreut; es stehen dort die Ackerwagen. Das Brunnenwasser wird mit Rohrleitung nach dem Viehstall geleitet u. dort mittels Flügelpumpe entnommen.
Brunnenwasser Gehöft Wilh. Ew. lfd. Nr. 28	Keimzahl in 1 ccm 1653. Eijkmannsche Probe + Bact. Coli + Salpetersäure: deutlich über Grenzwert. Organ. Substanz: $KMnO_4$-Verbrauch: 42,1 mg i. 1 L. Chlor: 84 mg in 1 L.	Schachtbrunnen aus verwitterten Ziegelsteinen mit Mörtelfugung. Schacht ragt nach der Dungstättenseite kaum, nach der entgegengesetzten Seite 10 cm über die Erdoberfläche hinaus, ist mit losen Brettern bedeckt, aus denen eine eiserne Pumpe in der Mitte hervorragt. Alles überflüssige Wasser, Spülicht etc. läuft in den Brunnen zurück; die Bretter haben hierfür besondere Löcher! Wasserspiegel 3 m, Wasserstand 1½ m. Offene, nicht gefaßte Dungstätte 3 m entfernt, mit natürlichem Gefälle zum Brunnen hin. Der Brunnen wird in der Regel auch von den Bewohnern der Instkate (Nr. 31 bis 51) benutzt.
Brunnenwasser Wlh. Ew's Instkate lfd. Nr. 31—51.	Keimzahl in 1 ccm 5730. Bact. Coli + Eijkmannsche Probe + Chlor: 56 mg in 1 L.	Offener Ziehbrunnen; Schacht aus z. T. verwitterten Ziegelsteinen mit Mörtelfugung, mit ebensolchem Kranz von 1 m Höhe, 6 m südlich der etwa 5 m höher gelegenen Kate am Abhang gelegen. Wasserspiegel 7 m, Wasserstand ¼ bis ½ m. Die ebenfalls höher gelegenen Dungstätten sind 10 m entfernt. Da der Brunnen oft kein Wasser gibt, wird von den 20 Bewohnern der Kate gewöhnlich der Brunnen zu lfd. Nr. 28 benutzt.
Brunnenwasser (Neum. Instkate) lfd. Nr. 83—89	Keimzahl in 1 ccm 4413. Eijkmannsche Probe + Chemisch nichts Auffallendes.	Quellbrunnen 70 m westlich der Kate am Fuße eines etwa 25 m hohen Hügels dicht am Fahrwege gelegen: ein etwa ½ cbm fassendes Erdloch, dessen Wände mit faulenden Holzbrettern ausgelegt sind, die auch als „Kranz“ ½ m die Erdöffnung überragen. Wasserspiegel u. Wasserstand je ¾ m. Der Hang des Hügels ist mit Gras dicht bewachsen, darauf eine Anzahl Obstbäume. Niederschlagswasser fließt vom Hange aus direkt in den Brunnen.

Abort- und Trinkwasserverhältnisse in Gruppe.

Brunnenwasser Bäckermeister G. lf. Nr. 115	Keimzahl in 1 ccm 508. Salpetrige Säure: Spuren. Salpetersäure: 190 mg i. 1 L. Ammoniak: — Organ. Substanz: $KMnO_4$-Verbrauch: 32,9 mg i. 1 L. Chlor: 248 mg in 1 L.	Ziehbrunnen; Schacht aus Betonringen; ebenso beschaffener Kranz von 3/4 m Höhe. Holzdeckel. Wasserspiegel 8 m. Dungstätte 12 m entfernt.
Brunnenwasser Bes. Mü. lf. Nr. 190	Keimzahl in 1 ccm 1397 Salpetrige Säure: über Grenzwert. Salpetersäure: 94 mg i. 1 L. Ammoniak: — Organ. Substanz: $KMnO_4$-Verbrauch: 30,6 mg i. 1 L. Chlor: 198 mg in 1 L.	Offener Ziehbrunnen; Schacht aus Holzschwellen ohne besondere Fugung, lose aneinander gelegt. Bretterkranz 1 m hoch. Wasserspiegel 6 m. Dungstätte 10 m entfernt.
Brunnenwasser Maurer Jo. lf. Nr. 239	Keimzahl in 1 ccm 1238. Salpetrige Säure: — Salpetersäure: 110 mg i. 1 L. Ammoniak: — Chlor: 206 mg in 1 L.	Offener Ziehbrunnen; Schacht aus Ziegelsteinen mit Mörtelfugung. Brunnenkranz aus 1 m hohen Brettern. Wasserspiegel 4 m. Dungstätten 12 m entfernt.
Brunnenwasser Kätner Die. lf. Nr. 326	Keimzahl in 1 ccm 2095. Salpetrige Säure: Spuren. Salpetersäure: 25 mg i. 1 L. Ammoniak: — Organ. Substanz: $KMnO_4$-Verbrauch: 18,8 mg i. 1 L. Chlor: 42 mg in 1 L.	Schöpfbrunnen inmitten von Ackerland, 90 m südlich der Kate gelegen; ist ein durch Holzbretter gefaßtes Erdloch; Wasserstand 1 m, Wasserspiegel 1 m. Das westlich gelegene Ackerland hat sanftes Gefälle zum Brunnen hin; bei Niederschlägen werden mit dem Regenwasser die Dungstoffe des Ackers direkt in den Brunnen hineingeschwemmt.
Brunnenwasser Bes. Kl. lf. Nr. 414	Keimzahl in 1 ccm 3048. Salpetrige Säure: über Grenzwert. Salpetersäure: 59 mg i. 1 L. Ammoniak: — Organ. Substanz: $KMnO_4$-Verbrauch: 43,5 mg i. 1 L. Chlor: 127 mg in 1 L.	Offener Ziehbrunnen, Schacht aus Betonringen, mit desgl. 3/4 m hohem Kranz. Wasserspiegel 1 m, Wasserstand 3 m. Die 3 Dungstätten liegen 8—14 m entfernt.

nirgends vorhanden. Mit einer Ausnahme wird bei allen Bazillenträgerhäusern das Wasser aus ungedeckten Ziehbrunnen zum Teil der allerprimitivsten Art entnommen. Am bedenklichsten mußten die Brunnen bei lfd. Nr. 28, 83 und 326 erscheinen, wo die Dungstoffe des Düngerhaufens oder des Ackerlandes unmittelbar in den Brunnen hineingeschwemmt werden. Den lokalen Befunden entsprechend durfte der fast durchweg hohe Keimgehalt des Wassers ebensowenig überraschen wie die mehrfach über Grenzwert gefundene Menge an salpetriger Säure, die häufig enorme Menge an Salpetersäure und Chlor. Was letztere betrifft, so scheidet die Möglichkeit, daß das Chlor etwa auf die geologische Beschaffenheit der wasserführenden Schicht zurückzuführen sei, gänzlich aus, weil die Brunnen ihr Wasser aus so geringer Tiefe beziehen, in der Kochsalzlager unmöglich vorhanden sein können. Es bleibt also nur als Ursache eine Verunreinigung der Wässer durch chlorhaltige Abwässer. Bei der meist nicht weiten Entfernung der offenen, unbefestigten Dungstätten von den Brunnen muß auch da, wo eine Verunreinigung mit Abwässern von oben her nicht stattfindet, bei porösem Boden mit einer allmähligen Verschlickung desselben und seitlicher Filtration von Dungstoffen in die wasserführenden Schichten hinein sehr wohl gerechnet werden.

Als Beweis dafür, daß der im Dorfe Gruppe von so zahlreichen Leuten ausgeschiedene Typhusbacillus auch jetzt immer noch seine Opfer in der Zivilbevölkerung fordert, sei hervorgehoben, daß am 14. Februar d. Js. der Arbeiter P. (lfd. Nr. 91) an Typhus gestorben ist. Ferner starb am 26. Mai d. Js. der Arbeiter Ros. (lfd. Nr. 23) an bakteriologisch nachgewiesenem Typhus; seine Ehefrau (Nr. 24) hat vor 2 Jahren Typhus überstanden und wurde noch jetzt als Dauerausscheiderin festgestellt. Ferner liegt zurzeit (Juni 1916) ein schulpflichtiger Sohn P. des Besitzers Joh. Ew. an bakteriologisch festgestelltem Typhus im Kreiskrankenhaus.

Zusammenfassend kann also gesagt werden:

In der Zivilbevölkerung von Gruppe herrscht der Typhus bezw. Paratyphus B-Bacillus endemisch und zwar spielt ersterer die Hauptrolle. Dieses kommt zum Ausdruck in der überaus hohen Zahl von Dauerausscheidern (10 bezw. 7 auf etwa 1000 Einwohner). Systematische bakteriologische Durchuntersuchung sämtlicher Bewohner hat zu dieser Feststellung geführt; serologische Untersuchungen aller Verdächtigen haben die Bestätigung ergeben, daß weit über die Zahl der amtlich gemeldet gewesenen Typhusfälle hinaus Typhus- bezw. Paratyphus-Infektionen in Gruppe erfolgt sind. Sowohl die Infektion des Truppenübungsplatzes Gruppe im Sommer 1914, wie diejenige des Gefangenenlagers Niedergruppe im August 1915 ist nachweislich vom Dorfe Gruppe aus erfolgt.

Die Bedeutung, die das Dorf durch seine Lage und Verkehrsbeziehungen in erster Linie für den Truppenübungsplatz

stets besitzen wird, ist bereits hervorgehoben und ohne weiteres einleuchtend. Für alle weiteren Truppenteile, denen der Uebungsplatz im Krieg und Frieden als Quartier dienen wird, erhebt sich jedesmal von neuem die Frage der Typhusgefahr. Soweit überhaupt Absperrungsmaßregeln und Verkehrsverbote diese Gefahr verhindern können, ist von der Militärbehörde alles Nötige veranlaßt. Es stehen hier aber nicht nur wichtige militärische Interessen auf dem Spiel; der Typhusbacillus im Dorf Gruppe hat vielmehr auch eine sanitätspolizeiliche Bedeutung, die weit über das Wohl und Wehe der Dorfeinwohner und der zum Kirchspiel Gruppe gehörigen Nachbargemeinden hinausgeht. Diese Gefahr ist vor allem darin begründet, daß ein großer Teil der Bewohner, auch aus den Bazillenträgerhäusern, seine landwirtschaftlichen Erzeugnisse, besonders Milch, Butter, auch Gemüse, auf den Graudenzer Markt bringt; dabei macht ein Teil der Milch den Umweg durch die Sammelmolkerei, bevor sie in dieser oder jener Form unter die Leute kommt. Es erübrigt sich, die weiteren Folgerungen zu schildern. Nur erinnert sei beispielsweise, neben der Uebertragung durch Kontakt von Mensch zu Mensch, an die Wasserversorgungsverhältnisse, da das Brunnenwasser aus Bazillenträgerhäusern, in denen nach örtlichem und bakteriellem Befund Fäkalverunreinigung nachgewiesen ist, auch als Spülwasser für die Milch-, Butter- usw. Gefäße dienen muß.

Die zuständige Kgl. Regierung hat am 3. Mai 1916 eingehenden Schlußbericht von der Untersuchungsstelle erhalten und, soweit diesseits bekannt, einen Sanierungsplan für Gruppe in Angriff genommen, der den festgestellten Tatsachen Rechnung trägt. Neben der möglichst hygienisch einwandsfreien Herrichtung aller in Betracht kommenden Gehöfte wird die regelmäßige Ueberwachung der individuellen Hygiene der Bazillenträger von größter Bedeutung für den Erfolg aller Bemühungen sein; meine zahlreichen Beobachtungen und Besprechungen mit diesen Leuten haben mir den Eindruck erweckt, daß Gleichgültigkeit alles etwa Erreichte hinfällig machen wird, wenn nicht auch in Zukunft regelmäßig, nicht zu selten wiederholte ärztliche oder besser amtsärztliche Belehrung sich der Leute annimmt und wenn nicht diese sachverständige Ueberwachung durch geeignete Organe der Polizeibehörde in geeigneter Weise unterstützt wird. Wenn man sich auch klar darüber sein muß, daß dieser Teil der Bekämpfungsmethode gegenüber den Bazillenträgern im günstigsten Falle den Charakter der Ueberredung tragen kann, so haben doch bisher wirksamere gesetzliche Handhaben gefehlt. Die großen Erfahrungen auf diesem Gebiet sind erst in den letzten 10 Jahren nach dem Erlaß des preuß. Seuchengesetzes vom 28. August 1905 gemacht worden. Darüber hinausgehende Bestimmungen finden wir seitdem in der Verordnung des Königsreichs Sachsen vom 5. März 1914 (s. Beilage zu Nr. 20, Jahrg. 1914 dieser Zeitschrift), in der Verordnung des Bezirkspräsidenten von Lothringen

vom 5. Oktober 1915 (s. Beilage zu Nr. 8, Jahrg. 1916 dieser Zeitschrift), sowie in dem von der Militärverwaltung veranlaßten Runderlaß des Ministeriums des Innern vom 21. Februar 1916 bezüglich der in der Heimat entlassenen Dauerausscheider unter den Heeresangehörigen und in der dazugehörigen Anlage des Kaiserl. Gesundheitsamtes (s. Beilage zu Nr. 6 und 10 Jahrg. 1916 dieser Zeitschrift). Anregende Erörterungen über denselben Gegenstand, insbesondere auch über die Frage einer Anzeigepflicht für alle Genesungsfälle, finden wir in dem Aufsatz von Richter in Nr. 12, Jahrg. 1916 dieser Zeitschrift. Ohne hier näher auf Einzelheiten einzugehen, sei nur bezüglich der auch erwähnten Typhus-Schutzimpfung, soweit sie nicht als Therapie für die Bazillenträger, sondern als Vorbeugungsmittel für die Einwohner eines durch Typhus gefährdeten Ortes gedacht ist, der Einwand erhoben, daß die durch die Schutzimpfung zu erwartende günstige Beeinflussung der klinischen Krankheitsbilder dazu führen wird, daß ein noch höherer Prozentsatz der Infizierten, als bisher schon, der Diagnose und amtsärztlichen Feststellung entgeht. Dieser Erfolg müßte aber von sanitätspolizeilichem Standpunkt nicht als wünschenswert bezeichnet werden.

Eine andere Frage ist die, ob nicht auf Grund der Arbeiten von Schwer ein gesetzlicher Zwang zur Vakzination aller Typhusbazillenträger anzustreben ist. Es ist Schwer der Nachweis gelungen, daß durch Autovakzination die Ausscheidung der Bazillen zwar nicht beseitigt wird, daß es aber möglich ist, durch dieses Verfahren die virulenten Keime der Typhusbazillenträger in avirulente Bazillen umzuwandeln. Ich verweise auf die Originalarbeit im VI. Band, 2. Heft der „Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung“ 1916.

Nachtrag.

Im September 1916 sind in Gruppe in dem Gehöft laufende Nr. 406 nacheinander 4 amtlich bakteriologisch festgestellte Typhuserkrankungen vorgekommen; in demselben Gehöft waren im Frühjahr 1916 2 Paratyphus B-Bazillenträger festgestellt worden (s. Listenauszug Nr. 415 und 417). Schließlich ist Ende September 1916 eine Frau in Gruppe an Typhus erkrankt, die 14 Tage vorher 8 Tage lang mit jener als Dauerausscheiderin ermittelten Frau (Liste Nr. 24) zusammen geschlafen hat, die (s. oben) im Mai d J. ihren an Typhus verstorbenen Ehemann infiziert hatte. — In Graudenz traten im November 1916 in der Fischerstraße Nr. 4—6 2 amtlich festgestellte Typhuserkrankungen auf, bei deren Ermittlung durch den Kreisarzt sich herausstellte, daß die Dauerausscheiderin Frau Pr. aus Gruppe (Liste Nr. 575) in dieser Familie wiederholt tagelang, auch in der Woche unmittelbar vor den beiden Erkrankungen, gewohnt hat.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

1. Typhus.

Ueber die Brauchbarkeit der bakteriologischen Typhusdiagnostik zur Differentialdiagnose zwischen Fleckfieber und Typhus. Von Stabsarzt Dr. Meinicke. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 40.

Eine Fleckfieberepidemie unter gefangenen Russen in Feindesland gab dem Verfasser Gelegenheit, die Fragen zu beantworten, ob sich mit Kultur und Widal alle echten Typhusfälle aus einer Fleckfieberepidemie herausfinden lassen und inwieweit der Versuch der bakteriologischen Differentialdiagnose durch voraufgegangene Typhusschutzimpfung gestört wird.

Es wurde bei der Epidemie von den behandelnden Aerzten in Uebereinstimmung mit dem bakteriologischen Befund 95 mal mit Sicherheit Fleckfieber und 31 mal sicher Typhus diagnostiziert. Mit allen Wahrscheinlichkeit- und Möglichkeitsdiagnosen sind es 157 Fleckfieberfälle und 44 Typhusfälle. Es waren danach rund ein Viertel der unter der Diagnose Fleckfieber ins Lazarett eingelieferten Fälle echte Typhen. Ohne Lazarettbeobachtung wurden somit 25 % Fehldiagnosen gestellt. Auch im Lazarett wurden erst allmählich mit größerer oder geringerer Schwierigkeit die Typhusfälle von den Fleckfieberfällen gesondert. Die bakteriologischen Methoden, insbesondere die Widalsche Probe leisteten dabei wesentliche Dienste. Dies um so mehr, als die Typhusimpfung der Kranken, die meist Russen waren, im allgemeinen weit zurück lag, nur einmal ausgeführt war oder sich überhaupt nicht nachweisen ließ; die Verhältnisse näherten sich daher denen bei ungeimpften Kranken. Bei stärker durchgeimpften Krankenmaterial wird sich die Schutzimpfung auf den Ausfall des Widal noch häufiger störend bemerkbar machen.

Für die Verhältnisse im Frieden, wo wir im wesentlichen wieder mit ungeimpfter Bevölkerung zu tun haben werden, ist aber nach M. der Schluß berechtigt, daß bei echtem, reinem Fleckfieber sich weder kulturell Typhusbazillen feststellen lassen, noch in irgendeinem Stadium der Krankheit ein positiver Widal beobachtet wird.

Die bekannten bakteriologischen Methoden der Typhusdiagnostik bleiben berufen, wertvolle Dienste bei der Differential-Diagnose Fleckfieber und Typhus abdominalis und bei der Aufklärung atypischer Erkrankungen zu leisten. Das ist wichtig für die sanitären Abwehrmaßregeln. Dr. Roepke-Melsungen.

Ueber den Wert der Typhusschutzimpfung. Aus einem k. und k. Epidemiespital der S.W.-Front. Von Prof. Dr. Karl Walko-Prag, k. und k. Oberstabsarzt. Münch. med. Wochenschrift; 1916, Nr. 44.

Der wichtigste Erfolg der Typhuschutzimpfung ist der günstige Einfluß auf die Verlaufsart der Erkrankungen, besonders auf die Sterblichkeit. Diese sank in einem sonst unter gleichen Bedingungen arbeitenden Epidemiespital von 18,7 auf 2,8 %, die Zahl der schweren Fälle von 31,5 auf 23,5 %; die mittelschweren stiegen von 28,8 auf 30,3 % und die leichten von 21 auf 43,3 %. Ein besonders guter Impfschutz wurde durch Wiederholung der Impfung erzielt. Der klinische Verlauf des Typhus nach der Schutzimpfung kennzeichnet sich durch das Zurücktreten der schweren Allgemeinerscheinungen, Rezidive und Komplikationen; ein Zeichen der verringerten Toxinbildung und für die Verminderung der Typhusbazillen im Blut. Feststellungen über den Zeitpunkt der Infektion ergaben das überraschende Resultat, daß die Mehrzahl der Erkrankungen in die erste Zeit nach der Impfung fielen und zwar waren dieses fast durchweg leichte Fälle. Danach liegt die Bedeutung des Impfschutzes nicht so sehr in der Verminderung der Krankenziffer, d. h. dem erschwerten Haften der Infektion, als vielmehr in der Abschwächung der Krankheit. Es scheint der Körper für die Infektion sogar empfindlicher zu werden; in der Inkubationszeit ausgeführt beschleunigt die Impfung den Ausbruch der Erkrankung, gestaltet deren Verlauf aber milder. Wichtig ist, dem Körper während der Impfung die genügende Ruhe zur Bildung von Antikörpern zu gewähren. Einmaliges Ueberstehen von Typhus schützt den Körper nicht gegen Neuinfektion; auch diese gestaltet sich durch die Schutzimpfung milder. In solchen Fällen wiederholter Infektion und auch bei mehrmalig vorgenommener

Impfung beobachtete W. zuweilen eine fieberhafte Impfkrankheit, die er als Anaphylaxie deutet. Nach seinen Versuchen erscheint es möglich, den Impfschutz gegen Typhus und Cholera durch Kombination der Impfstoffe gleichzeitig durch eine Impfung zu erzielen. Dr. Rehberg-Rathenow.

2. Paratyphus.

Zur Klinik und Diagnose des Paratyphus A im Felde. Von Regts.-Arzt Dozent Dr. phil. et med. Ernst Mayerhofer und Ass.-Arzt Dr. Georg Jilek. Aus dem k. und k. Zentral-Epidemiespital der 7. Armee (Kommandant: Regts.-Arzt Dr. Alfred Weinberger). Medizinische Klinik; 1916, Nr. 41.

Verschiedentlich ist über kleinere Paratyphus A-Epidemien im Felde berichtet. Die Verfasser beschreiben 23 Paratyphus A-Infektionen, die sie beim Zentral-Epidemiespital in der Zeit von Mitte September bis Ende des Jahres 1915 beobachteten; in der gleichen Zeit ereigneten sich dort nur 18 Paratyphus B-Erkrankungen. Die klinischen Erscheinungen des Paratyphus A, wie sie Schottmüller angegeben hat, traf nur auf einen Teil dieser Fälle zu, während ein Teil der beobachteten Fälle schwer verlief, sich durch lange Dauer, Rezidive und Komplikationen auszeichnete. Die Prognose war quoad vitam nicht immer günstig. Die 23 Fälle werden genau beschrieben und eingeteilt: I. Verlauf wie schwerer oder schwerster Bauchtyphus (9 Fälle); II. Verlauf wie mittelschwerer Bauchtyphus (10 Fälle); III. Verlauf wie leichter Abdominaltyphus (4). Von den Paratyphus B-Erkrankungen verliefen 9 als schwere und schwerste Fälle, 9 leicht. Auf Grund der klinischen Erscheinungen allein konnten Paratyphus A und B nicht getrennt werden. Die meisten Infektionen stammten aus der Dnjestergegend, einige aus dem Standorte des Spitals am Pruth, 1 aus dem ungarischen Hinterland. Aus der Klinik der Paratyphus A-Fälle läßt sich stets eine typhöse Komponente herausschälen; nebenbei finden sich sehr verschiedenartige Symptome, die man u. a. als gastroenteritische, toxische, choleriforme, dysenteritische und selbst als Fleckfieber ähnlich bezeichnen kann. Finden sich typhöse Erscheinungen mit den genannten vereinigt, so muß man an A-Infektion denken; die exakte Diagnose kann nur die bakteriologische Untersuchung bringen. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht Dysenterie, Abdominaltyphus, Gastroenteritis, Intoxikationen, asiatische Cholera, im Stadium der Roseolen zuweilen Rubeola, Masern, Fleckfieber. Auch fanden sich beim Paratyphus A schwere Komplikationen, wie beiderseitige Parotitis mit Ausgang in Eiterung, Muskelabsceß des Rectus abdominalis mit Durchbruch in der Nabelgrube, Orchitis mit eitrigem Durchbruch und Fistelbildung, Thrombophlebitis, Pleuritis, schwerer Decubitus, sehr langer Verlauf, schwerste Rezidive mit Exitus, Leberschwellung mit Ikterus, toxische Schädigungen an der platten und queren Muskulatur u. a. Ein Teil der Phaenomene dürfte sich durch die Verhältnisse des Felddienstes erklären.

Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

3. Ruhr.

Unterschiede in der Agglutinabilität verschiedener Ruhrstämme und deren Bedeutung für die serologische Diagnose der Ruhr. Von Dr. Lasar Dünner und cand. med Ilse Lauber. Aus der I. med. Abteilung (Geheimrat G. Klemperer) und dem bakteriol. Laboratorium (Prof. M. Friedmann) des städtischen Krankenhauses Moabit in Berlin. Berliner klinische Wochenschrift; 1916, Nr. 47.

Das Ergebnis der angestellten Versuche ist folgendes:

Die Agglutinabilität der einzelnen Dysenteriestämme ist verschieden. Man muß deshalb zur Anstellung von diagnostischen Proben Stämme aussuchen, die 1. nicht zu leicht agglutinabel sind und 2. von möglichst vielen Seren agglutiniert werden. Dabei ist nur die grobklumpige Agglutination als spezifisch anzusehen. Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Zur Behandlung der Bazillenruhr. Von Assistenzarzt d. R. Dr. Otto Wiese. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 47.

Es wird auf die zum Teil erheblichen Nachteile der Bolusbehandlung hingewiesen, die an einem größeren Material Dysenteriekranker eines Feld-

lazarettes beobachtet worden sind. Sie bestanden in häufig auftretendem Druck- und Völlegefühl im Magen, in Erbrechen und Verweigerung des Mittels. Bei Darreichung des Klisma herrschten starkes Druckgefühl im Leibe und lebhafte Schmerzhaftigkeit vor, selbst wenn die Bolus- und Wassermenge bis auf 50—100 g und ½ Liter herabgesetzt wurde. Das Aussetzen der Bolustherapie wurde schließlich bemerkt durch wallnuß- bis hühnereigroße „Bolussteine" von rauhkörniger Oberfläche und steinharter Konsistenz, die bei der Entleerung besonders starke Schmerzen machten. Die „Bolussteine" bilden für die ohnehin erheblich geschädigte Dickdarmwand eine ernste Gefahr.

Bessere Erfolge wies die Behandlung nach Schittenhelm auf: nach gründlichem Abführen öftere Gaben von Tinct. opii simpl. in mäßigen Dosen, vorausgehende Darmwaschungen mit Suprarenineinläufen und ovale Darreichung von Merkscher Tierkohle unter Umständen kombiniert mit Bismuthum subgallicum. Dr. Roepke-Melsungen.

4. Tuberkulose.

Tuberkuloseheft. Das österreichische Sanitätswesen; Jahrg. 1916, Nr. 22—26.

Zunächst werden nachstehende Grundsätze für die Bekämpfung der Tuberkulose mitgeteilt, die vom Obersten Sanitätsrat in Wien auf Grund von Referaten der Obersanitätsräte Prof. Dr. Ghon-Prag, Prof. Dr. Hamburger-Wien und Hofrat Prof. Dr. Jaksch v. Wartenhorst-Wien beschlossen sind:

„1. Genaue statistische Erhebungen über die Zahl der Tuberkulosefälle in Oesterreich; Festsetzung der Anzeigepflicht für Fälle von offener Tuberkulose.

2. Entsprechende, auf den Kampf gegen die Tuberkulose aufgebaute Ernährungspolitik.

3. Die Bestrebungen der Wohnungs- und Bodenreform sind in den Dienst der Tuberkulosebekämpfung zu stellen.

4. Die Bevölkerung ist über die Gefahren, welche ihr durch die Tuberkulose drohen, in geeigneter Weise zu belehren.

5. Erlassung eines Spuckverbotes.

6. Bekämpfung des Alkoholismus.

7. Bazillenstreuer sind gemeingefährlich, insbesondere den Kindern, weniger den Erwachsenen, daher nach Tunlichkeit von der übrigen Bevölkerung zu scheiden.

Für die jetzigen Kriegsverhältnisse ergeben sich noch folgende wichtige Vorschläge:

1. Schleunige Regelung der Ernährungsschwierigkeiten für die Armen.

2. Urlaubsverbot für Bazillenstreuer und Verdächtige.

3. Zurückhaltung der Bazillenstreuer und Verdächtigen nach Superarbitrierung und Demobilisierung in geeigneten Anstalten."

Im Anschluß daran wurden weiter noch folgende Resolutionen beschlossen:

a. Resolution des Obersanitätsrats Dr. Th. Altschul:

„1. Die Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit erfordert sehr große Geldmittel.

2. Staat, Länder, Gemeinden und Privatwohltätigkeit können allein diese Mittel nicht in der nötigen Größe aufbringen.

3. Es ist daher die Verabschiedung der Alters- und Invaliditätsgesetzgebung mit allen Mitteln zu betreiben.

4. Wenn auch die Entstehung der Tuberkulose im Kindesalter und deren Bekämpfung von ausschlaggebender Bedeutung ist, so ist die Verbreitung und Uebertragung bei Erwachsenen doch nicht außer Acht zu lassen.

5. Der Knochen- und Hauttuberkulose und allen anderen Frauen ist fortgesetzt entsprechende Beachtung zu schenken.

6. Die Errichtung, beziehungsweise Vermehrung von Fürsorgestellen und Volksheilstätten ist dringend notwendig. Desgleichen ist auch die Errichtung

von Mittelstandssanatorien und die Vermehrung der für weibliche Kranke bestimmten Heilanstalten sehr wünschenswert.

7. Ein Arbeitsnachweis für Tuberkulöse ist unerläßlich. Die Organisation kann nach lokalen Eigentümlichkeiten verschieden sein.

8. Die Einführung einer obligatorischen schulärztlichen Aufsicht ist auch für die Bekämpfung der Tuberkulose im Kindesalter unaufschiebbar.

9. Die Tuberkulose kann nur dann wirksam bekämpft werden, wenn auch alle anderen Wohlfahrtsbestrebungen, wie Säuglings- und Jugendfürsorge, Wohnungsreform usw. ernstlich betrieben werden.

10. Die Anstellung von Fürsorgeschwestern in den Gemeinden ist dringenst zu empfehlen.

11. Die Gründung eines Zentralwohlfahrtsamtes mit einer besonderen ärztlichen Gruppe ist überaus empfehlenswert.

12. Die obligatorische Anzeigepflicht, namentlich der offenen Tuberkulose, ist unbedingte Voraussetzung für jede Tuberkulosebekämpfung."

b. Resolution des Obersanitätsrats Prof. Dr. Hamburger:

„1. Da manche Fragen der Tuberkulosebekämpfung noch nicht geklärt sind deren Beantwortung für eine gut fundierte Prophylaxe wichtig ist, so wäre daran zu denken, in einer Stadt mit nicht über 5000 Einwohner eine von Staats wegen dotierte Musterprophylaxe unter Leitung erprobter Aerzte einzuleiten. Diese Aerzte hätten dann auch die offenen Fragen, wie z. B. Bedeutung der Reinfektion, Notwendigkeit der Wohnungsdesinfektion, Bedeutung der familiären Disposition, Wert der Tuberkulintherapie und der spezifischen Prophylaxe usw. zu studieren und darüber zeitweilig dem Obersten Sanitätsrat zu berichten. In dieser Stadt müßten natürlich Musterkrippen, Musterkindergärten, Musterschulen, Landerholungsstätten, Waldschulen, Tag- und Nachtheimstätten sein, ferner müßten mit ihr Heilstätten für Erwachsene und Kinder verbunden sein, ebenso Wohnungsheime für infektiöse Erwerbsfähige. Die Belehrung der Kranken und Gesunden müßte mustergültig durchgeführt und so, wie alles andere, vom Oersten Sanitätsrat kontrolliert werden. Wünschenswert wäre, daß die Tuberkuloseverhältnisse der letzten 20—30 Jahre genau statistisch früher schon festgelegt sind.

2. Endlich wären Landeskinderheime aufzufordern, die Tuberkuloseprophylaxe für ihre Kinder entsprechend zu organisieren, zu studieren, darüber dem Obersten Sanitätsrat detailliert zu berichten und allfällige Vorschläge zu machen."

c. Resolution des Obersanitätsrats Prof. Dr. Finger:

„Der Oberste Sanitätsrat erklärt, daß es jeden im ansteckenden Stadium befindlichen Tuberkulösen zur Pflicht gemacht werden muß, sich behandeln zu lassen."

Es folgt dann der Bericht über die Verhandlung der österreichischen Vereinigung zur Bekämpfung der Tuberkulose. Nach den Ansprachen von Prof. Dr. Weichselbaum und Prof. Dr. Jaksch v. Wartenhorst wurden ferner folgende Vorträge gehalten:

Organisation der sog. Bekämpfung der Tuberkulose von Prof. Dr. Sorge-Wien.

Unterbringung von unheilbaren Schwertuberkulösen von San.-Rat Dr. Mayer-Brünn.

Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke von Prof. Dr. Pfeiffer-Graz.

Errichtung von Erholungsheimen für Lungenkranke von San.-Rat Dr. Mayer-Brünn.

Errichtung von Fürsorgestellen für Lungenkranke von Ober-San.-Rat Dr. Böhm-Wien.

Errichtung von Fürsorgestellen für Lungenkranke von Landessanitätsreferent Dr. Kutschern v. Aichbergen-Innsbruck.

Neuerungen bei Spitals- und Barackenbauten mit besonderer Berücksichtigung solcher für tuberkulöse Kranke von Prof. Wagner-Wien.

Normalplan eines Krankengebäudes für die Behandlung Tuberkulöser im Anschluß an bestehende Krankenhausanlagen von Stadtbaudirektor Goldemund-Wien.

Todesfälle an Tuberkulöse in Oesterreich 1873—1911.

Dr. Wolf-Hanau.

Untersuchungen über antigene Eigenschaften der Tuberkelbazillenfette. Aus dem Institut für Hygiene und Bakteriologie der Universität Straßburg. Von M. Bürger und B. Möllers. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 51.

Nachdem von Much, Deycke u. a. auf das Vorhandensein von Partialantigenen aus der Gruppe der Fettkörper im Tuberkelbacillus hingewiesen war, lag es nahe, die sehr fettreichen Tuberkelbazillen zum Studium der Frage nach den antigenen Funktionen der Fette heranzuziehen. Die bisher von den Autoren aus Tuberkelbazillen dargestellten reinen Körper wurden im Tierversuch auf antigene Eigenschaften noch nicht geprüft. Es konnte gegen alle bisherigen Behauptungen über antigene Eigenschaften von Fetten der Einwand erhoben werden, daß die geprüften Substanzen geringe verunreinigende, aber antigen noch höchst wirksame Mengen von Begleitproteinen enthielten.

Bürger und Möllers gelang es bei Verwendung von absolut trockenen, mehrere Jahre im Schwefelsäureexikkator aufbewahrten Tuberkelbazillen und beim Arbeiten mit sicher wasserfreien Extraktionsmitteln nicht, aus den Tuberkelbazillen Fette zu extrahieren, die im Tierversuch spezifisch antigene Eigenschaften aufwiesen. Das Ausgangsmaterial dagegen gab nach Abschluß der Fettextraktion noch Substanzen mit allen typischen Eigenschaften des Tuberkulins an Wasser ab. Wahrscheinlich waren die bisher als antigen wirksam beschriebenen Tuberkelbazillenfette durch Bazillenproteine und andere in wasserfreien Extraktionsmitteln unlösliche Substanzen verunreinigt. Jedenfalls steht der exakte Nachweis der antigenen Eigenschaften von Tuberkelbazillenfetten bis heute aus.

Ebenso ist nach den Untersuchungen der Verfasser die Anwesenheit eines lipolytischen Antikörpers im tuberkulösen Meerschweinchenorganismus wenig wahrscheinlich.

Die Voraussetzungen für die Behandlung der Tuberkulose mit Partialantigenen „erscheinen danach noch recht“ umstritten.

Dr. Roepke-Melsungen.

Tuberkulintherapie. Von Dr. Just-Hamburg. Deutsche medizinische Wochenschrift; 1917, Nr. 1, S. 30.

Im ärztlichen Verein in Hamburg stellte J. einen neunjährigen Knaben vor, bei dem er tuberkulöse Drüsengeschwülste an beiden Kieferwinkeln durch direkt in die Geschwülste eingespritztes Tuberkulin A. F. (d. i. albumosenfreies Tuberkulin-Höchster Farbwerke) zum Schwinden gebracht hat. Im ganzen wurden 12 Injektionen in 8 Wochen gemacht, steigend von $^1/_{1000}$—$^1/_{50}$ mg. Die Drüsen am Rande des Unterkiefers sind noch leicht geschwollen, kettenförmig beiderseits bis zum Kinn zu fühlen. In einem zweiten Falle wurde bei einem 6 Wochen alten Kinde eine bereits vereiterte Lymphdrüse durch Einspritzen von Tuberkulin in die Drüse selbst zum Schwinden gebracht.

Theoretisch betrachtet verspricht der Weg, direkt in das Lymphgefäß Heilmittel einzuführen, Erfolg, weil ja die meisten Krankheitsgifte besonders im Lymphgefäßsystem sich verbreiten. Da die Lymphstämme selbst für Injektionen sich kaum eignen dürften, bliebe als zunächst einziger Weg die Lymphdrüse. Es empfiehlt sich gegebenenfalls, wenn die Drüsen durch die Krankheit noch nicht geschwollen sind, diese durch einen Hautreiz zur Schwellung zu bringen und so der Injektion zugänglicher zu machen. J. legt auch die Pondorfschen Impfstriche stets dicht unterhalb größerer Lymphdrüsengebiete an, so an den Armen unterhalb des Ellbogens oder unterhalb der Achseln, an den Beinen unterhalb der Leisten; er will damit die in den Impfstrichen sich entwickelnden Heilstoffe möglichst direkt dem Lymphgefäßsystem zuführen.

Dr. Roepke-Melsungen.

Zur Tuberkulosebehandlung. Von Feldarzt Dr. Evers, bei einer Kriegslazarettabteilung. Berliner klinische Wochenschrift; 1916, Nr. 43.

Verfasser hat die alten Versuche von Deycke mit Nastin wieder aufgenommen und damit bisher 52 Fälle, darunter 3 außerordentlich schwere, von Lungen- und Kehlkopftuberkulose behandelt. Kombiniert wurde diese Behandlung mit Chinolinphosphat-Einspritzungen, die dazu dienen sollen, den

aufgeschlossenen Tuberkelbacillus abzutöten. Das Nastin kam als intravenöse Injektion in der Menge von 0,25—1 ccm einer 1 proz. Kaliseifenlösung (1—2 mal wöchentlich) zur Anwendung. Das Chinolinphosphat wurde als 5 proz. wässrige Lösung, mit 5 Proz. Antipyrin versetzt, in Mengen von 5—10 ccm intraglutäal angewendet. Die Erfolge seiner Behandlung faßt Verfasser zusammen: 1. Rückgang der Temperaturen, 2. Besserung des physikalischen Lungenbefundes, Aufhören von Husten und Auswurf, Verschwinden der Bazillen aus dem Sputum; 3. tuberkulöse Drüsen bilden sich völlig zurück, 4. Ulcera in Kehlkopf und Nase reinigen sich und heilen prompt ab, 5. Zunahme des Hämoglobingehalts, Eintreten von Leukozytose bis zu 35000, 6. beträchtliche Gewichtszunahme.

Die Erfolge werden an einigen Krankengeschichten kurz beschrieben. Nachprüfung dürfte erwünscht sein. Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Fleischversorgung der Lungenkranken in den Heilstätten. Tuberkulose-Fürsorge-Blatt; 3. Jahrg., Nr. 9.

Der Präsident des Kriegsernährungsamtes hat dem Deutschen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose auf seinen Antrag wegen Erhöhung der Fleischmenge für die Kranken in der Heilstätte B. den Bescheid erteilt, daß nach § 15 der Verordnung über die Regelung des Fleischverbrauchs vom 21. März 1916 die Landeszentralbehörden befugt sind, Ausnahmebestimmungen mit seiner Genehmigung zu erlassen. Dadurch ist die Möglichkeit gegeben, für Kranke, die nach ärztlichem Gutachten einer größeren Fleischmenge als der allgemein zugelassenen bedürfen, eine Erhöhung der Ration zu gewähren. Anträge sind an die zuständige Landesbehörde zu richten.

Dr. Roepke-Melsungen.

---

5. Desinfektion.

Desinfektionstechnik und Beurteilung der Desinfektion auf Grund der neueren Erfahrungen. Von Prof. Dr. Graßberger. Zeitschrift für öffentliche Gesundheitspflege; 1916, H. 3—4.

Der Verfasser unterzieht den Desinfektionsbetrieb einer eingehenden Kritik, die keineswegs den Wert der Desinfektionsmaßnahmen verkleinern soll. Trotz aller Fehlerquellen, die zum großen Teil in der Schwierigkeit der Sache liegen, ist durch die überaus eifrige und sachverständige Zusammenarbeit von Aerzten, Ingenieuren und Verwaltungsbeamten in diesem Kriege in Krankenhäusern und Desinfektionsanstalten ganz außerordentliches geleistet worden. Es ist in der Verteilung der Anlagen, in der baulichen Ausgestaltung und Betriebsordnung der Heilstätten, in großen stabilen und provisorischen Desinfektionsanstalten vom Einlangen der Personen und Objekte bis zum Ordnen, Aufbewahren der Monturen so vieles Musterhaftes geleistet worden, daß es schade wäre, wenn diese Erfindungen vor der Demobilisierung nicht systematisch aufgezeichnet würden. Auch die Desinfektoren haben sich bewährt.

Dr. Wolf-Hanau.

Tagesnachrichten.

Haushalt des Reichsgesundheitsamts für das Jahr 1917/18 und die Beratung des Reichstags darüber in der Sitzung am 23. März d. J.

Der **Haushalt des Reichsgesundheitsamts** zeigt gegenüber dem vorjährigen bei den ordentlichen Ausgaben fast gar keine Veränderungen; die Gesamtausgaben betragen 947577 gegen 931505 M. im Vorjahre, davon entfallen 552577 M. auf Besoldungen und Wohnungsgeldzuschüssen, 125000 M. auf persönliche Ausgaben und Hilfsleistungen und 270000 M. auf sächliche Ausgaben. Bei den einmaligen Ausgaben sind wiederum 165000 M. für die Bekämpfung des Typhus, 10000 M. zur Erforschung der Pocken, 100000 M. Beitrag zu den Unterhaltungskosten einer Anstalt für die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reich, 150000 M. zur Erforschung und Bekämpfung der Tuberkulose. Außerdem sind im Haushalt des Reichsamts des Innern unter den ordentlichen Ausgaben wie früher vorgesehen: 15000 M. Beitrag für die Zentralstelle für Volkswohlfahrt, 45000 M. Zuschuß zur Unterhaltung der ständigen Ausstellung für Volkswohlfahrt. Im außerordentlichen

Etat ist ferner der Betrag zur Förderung der Herstellung geeigneter Kleinwohnungen für Arbeiter usw. von 5 auf 10 Millionen erhöht.

Bei der **Beratung des Haushalts** bedauerte zunächst der Abg. Kunert (soz. Arb.-Gem.), daß wiederum nur ein verhältnismäßig geringer Betrag von 950000 M. für Zwecke der öffentlichen Gesundheit in den Haushalt eingestellt, und die im Vorjahre zu diesem Teil des Haushalts beschlossenen Anträge bis jetzt unerledigt geblieben seien. Er bemängelt dann weiter die bisherige Tätigkeit der im Vorjahre eingesetzten Kommission für Bevölkerungspolitik und meint, daß diese in der Frage der Bekämpfung des Geburtenrückganges das soziale Moment mehr in den Vordergrund hätte stellen müssen. Hier sei in erster Linie Schutz der arbeitenden Frauen und Jugend vor Ausbeutung notwendig; mit Halbheiten komme man gegen den Geburtenrückgang und die Rassenverschlechterung nicht vorwärts, sondern nur mit einer großzügigen Sozialpolitik auf der Grundlage des Achtstundentages und einer vernünftigen Beantwortung der Lohnfrage. Im Gegensatz zum Staatssekretär des Reichsamts des Innern [1]) bezeichnete der Redner den augenblicklichen Gesundheitszustand der Bevölkerung als ungünstig, die Zunahme der Tuberkulose und der Geschlechtskrankheiten sei höchst bedenklich und die Ernährung so mangelhaft, daß sie geradezu an Hungersnot grenze. Dazu komme der katastrophale Geburtenrückgang, der z. B. in Berlin seit 1914 rund 42% betrage (von rund 10000 im Jahre 1914 auf rund 5800 im Jahre 1916). Ein ebenso großer Geburtenrückgang habe sich in den Vororten von Berlin während des Krieges gezeigt. Im ganzen Reiche sei mit einem Geburtenausfall während der Kriegszeit von zwei Millionen zu rechnen; dazu komme noch infolge des Krieges eine ebenso hohe Zahl an im Felde Gefallenen, Verkrüppelten usw. Um so notwendiger seien soziale und hygienische Maßnahmen zur wirksamen Bekämpfung dieser Mißstände.

Dr. Bumm, Präsident des Gesundheitsamts tritt entschieden der Behauptung des Vorredners entgegen, daß in Deutschland zurzeit eine wahre Hungersnot herrsche, davon könne keine Rede sein, denn sonst müßte sich das in der Erkrankungshäufigkeit, in der Häufigkeit der Todesfälle äußern. Für das Jahr 1916 liegen die statistischen Erkrankungszahlen aus dem Königreich Preußen vor, danach haben Erkrankungen an Diphtherie in Preußen zwar im Jahre 1916 gegenüber 1915 (von 113000 auf 119000) zugenommen, die Zahl der Todesfälle ist aber wesentlich zurückgegangen; ein Zeichen, daß die Diphtherie in ihrer Bösartigkeit nachgelassen hat. Die Erkrankungen an Scharlach in Preußen sind von 115000 im Jahre 1915 auf 77000 im Jahre 1916 zurückgegangen, die Zahl der Typhuserkrankungen von 17000 auf 11000, die Zahl der Todesfälle an Kindbettfieber von 1401 auf 1100,

[1]) Redner bezieht sich hier auf eine vom Staatssekretär des Innern Dr. Helferich am Tage zuvor (22. März) zum Haushalt des Reichsamts des Innern gehaltenen größeren Rede, in der er sich über die einzelnen vom Haushaltsausschuß gestellten Anträgen, darunter auch über die Anträge betr. Säuglingspflege und Wochenpflege geäußert und u. a. gesagt hatte: Daß die Sorgen um die Volksgesundheit infolge der beschränkten Ernährung und der stärkeren Arbeitsbelastung, soweit es sich aus dem vorhandenen Material beurteilen lasse, erfreulicherweise nicht in vollem Umfange eingetreten seien. Die dem Reichsgesundheitsamt zugehenden Berichte, die sich auf eine Reihe von Einzelbeobachtern stützten, lauteten im großen ganzen nicht allzu pessimistisch; sie drückten im Gegenteil aus, daß der Gesundheitszustand ein unter den gegebenen Verhältnissen unerwartet günstiger sei, was wohl hauptsächlich darauf zurückzuführen sei, daß namentlich der Genuß von Alkohol durch den Zwang der Verhältnisse eine sehr heilsame Beschränkung erfahren habe. Vor allem sei es erfreulich, daß die günstige Entwicklung der Säuglingssterbkeit eine weitere Fortsetzung erfahren habe. Die Geburten haben allerdings durch die Abwesenheit von Millionen von Männern im besten Lebensalter draußen im Felde stark abgenommen, aber die Säuglingssterblichkeit sei in den Städten mit mehr als 15000 Einwohnern im Jahre 1916 noch weiter, auf 13,3% gesunken gegen 14,4% im Jahre 1915 und 15,5% im Jahre 1914; sie sei also heute günstiger, als sie es jemals in einem früheren Jahre gewesen ist.

an Scharlach von 5500 auf 2800, an Masern von 4300 auf 2700, an Diphtherie von 10000 auf 6000, an Typhus von 3000 auf 1200, an Magen- und Darmkrankheiten von 22900 auf 16200. Wenn ein derartiger Rückgang an Erkrankungsfällen und an Todesfällen stattfindet, so kann man doch nicht behaupten, daß ein schlechter Gesundheitszustand im deutschen Volk eingetreten ist wegen herrschender Hungersnot. Die Zeiten, die durch den Krieg herbeigeführt worden sind, sind zwar sehr ernst und unsere Ernährungsverhältnisse gegenüber den Friedensverhältnissen wesentlich ungünstiger; man soll aber nicht übertreiben. Auch der Geburtenrückgang ist nicht auf den Ernährungszustand zurückzuführen, denn er ist schon seit vielen, vielen Jahren eingetreten. Und wenn die Geburtenzahl gerade im Jahre 1916 gegenüber 1915 ganz besonders gefallen ist, so liegt das ganz natürlich daran, daß gegenwärtig eine große Zahl der zeugungsfähigen Männer draußen im Kriege steht und daß die ernsten Zeiten des Krieges nicht geeignet sind, bei den Eltern den Wunsch sehr rege zu gestalten, in der Jetztzeit Zuwachs in der Familie zu bekommen. Zu gesetzgeberischen Maßnahmen zur Hilfe für Mütter und Säuglinge ist die jetzige Kriegszeit sehr wenig geeignet; man kann aber auch auf dem Gebiete der Verwaltung und auf dem Gebiete der Wohlfahrtspflege hier einstweilen sehr viel tun. Auf diese Weise ist in den deutschen Städten mit 15000 und mehr Einwohnern die Säuglingssterblichkeit von 15,5 im Jahre 1914 auf 13,3 im Jahre 1916 zurückgegangen. Die Bemühungen und Bestrebungen, den Müttern und Säuglingen auch in der jetzigen schweren Kriegszeit zuhilfe zu kommen, sind überall im Gange und von Erfolg begleitet, sie verdienen daher nur Anerkennung.

Dr. Helferich, Staatsminister, Staatssekretär des Innern: Nach den Darlegungen des Herrn Präsidenten des Reichsgesundheitsamts konnte ich gestern mit gutem Rechte aussprechen, daß angesichts der schweren Verhältnisse, in denen das deutsche Volk sich durch den Mangel an Nahrungsmitteln und durch den Krieg befindet, sein Gesundheitszustand relativ gut ist, daß unser deutsches Volk den Krieg, diesen schweren Krieg mit allen seinen Entbehrungen in solcher Leistungsfähigkeit durchzuhalten vermag, verdanken wir in erster Linie unserer Sozialpolitik.

Abg. Hoch (Sozialdemokrat): Die tatsächlich vorhandenen traurigen Zustände unserer Ernährung sind die naturgemäße Folge des Krieges. Das darf uns nicht von der Verpflichtung befreien, mit allen Mitteln danach zu streben, daß ja nichts versäumt werde, was geeignet ist, diese traurigen Zustände zu mildern und einer nach unserer Ueberzeugung unrichtigen Auslegung der Statistik entgegenzutreten. Die nicht unbeträchtliche Abnahme der Sterbefälle beruht zum großen Teil auf andere Ursachen; denn es ist unvermeidlich, daß die Todesursachen, die im Frieden häufig vorkommen, jetzt zurücktreten. Das beeinflußt die Statistik, die außerdem noch nicht ein abschließendes Urteil über alle diese Fragen ermöglicht. Unzweifelhaft jedoch ist, daß die jetzige Unterernährung die Gesundheit des Volkes untergraben muß. Wenn es den Bemühungen gelungen ist, den gegenwärtigen Notstand zurückzudrängen, so muß uns das erst recht aufmuntern, alles zu tun, was noch weiter zu diesem Zweck getan werden kann. Wenn das deutsche Volk die schwere Zeit infolge unserer Sozialpolitik besser erträgt, so ist dies ein Grund mehr, für die Gesundung und Kräftigung der Arbeiter zum Wohle des Vaterlandes zu sorgen; mit schönen Reden kommen wir über diese Mißstände nicht hinweg.

Abg. Dittmann (soz. Arb.-Gem.): Regierungsseitig scheint man die Zustände im Lande nicht zu kennen. In sehr vielen industriellen Gegenden fallen die Arbeiter tatsächlich um vor Hunger bei der Arbeit. Das ist durch ärztliche Zeugnisse festgestellt worden. Von einzelnen Stellen ist versucht, dem Uebel abzuhelfen, das ist aber nur vorübergehend von Erfolg gewesen. Es herrscht leider bei uns Hungersnot im Lande, deren Beseitigung dringend erwünscht ist.

Der Präsident des Reichsversicherungsamts Dr. Bumm trat nochmals der Ansicht entgegen, daß das ganze deutsche Volk am Hungertuch nage, eine Ansicht, die im Auslande einen unrichtigen Eindruck hervorrufen müsse; der Abg. Kunert hielt jedoch demgegenüber seine Behauptung aufrecht. Der Abg. Leube (fortschr. Volksp.) betonte hierauf, daß durch solche Ueber-

treibungen, wie sie von sozialdemokratischer Seite vorgebracht seien, der Krieg nicht abgekürzt, sondern verlängert werde.

In darauf folgenden Abstimmung über die verschiedenen Anträge werden die Beschlüsse des Hauptausschusses über Bewilligung eines Reichszuschusses von 100000 Mark an den Reichsausschuß für Kriegsbeschädigtenfürsorge, über die Erhöhung der Familienunterstützung und des Zuschusses der Anstalten zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit sowie über Ausdehnung der Reichswochenhilfe angenommen.

Durch die Verordnung des Bundesrats vom 22. März d. J. (s. Beilage zu dieser Nummer, S. 41) wird **für den Großhandel mit Arzneimitteln eine besondere Erlaubnis** vorgeschrieben, soweit die Geschäftsinhaber erst nach dem 1. August 1914 diesen Handel getrieben haben. Die Verordnung sieht auch weitgehende Beschränkungen in bezug auf die **Ankündigungen** von Arzneimitteln vor. Nach einer anderen Verordnung von demselben Tage (s. ebenda, S. 43) dürfen **Opium, Morphium** und die übrigen **Opiumalkaloide, Kokain** und **Ecgoninverbindungen** sowie Verbindungen und Zubereitungen dieser Stoffe außerhalb des Großhandels nur in Apotheken und nur als Heilmittel abgegeben werden.

In der am 23. März d. J. abgehaltenen Sitzung des **Ernährungsausschusses des Reichstages** teilte der Präsident v. Batocki mit, daß sich bei der erneuten Getreidebestandsaufnahme voraussichtlich ein Fehlbetrag ergeben werde, der es notwendig mache, die Mehlration von 200 auf 170 g, also um etwa 1/6 herabzusetzen und die Zulagen für die Jugendlichen fortfallen zu lassen. Bei der Kartoffelbestandsaufnahme sei dagegen ein besseres Ergebnis zu erwarten, so daß es möglich sein werde, die volle Ration von fünf Pfund pro Woche zu gewähren. Die Herabsetzung der Brotration solle erst eintreten, wenn die Kartoffellieferung im Gange sei und außerdem als Ersatz für die verringerte Brotration eine Fleischzulage von 250 Gramm gewährt werde. Die durch Hausschlachtungen Selbstversorgten werden jedoch keine Zulage erhalten. Aus der preußischen Staatskasse werde ein Zuschuß von 70 Pfg. für die Woche und Kopf und außerdem dem Regierungspräsidenten noch ein Zuschuß für besonders leistungsschwache Gemeinden gewährt werden, damit den minderbemittelten Personen das Fleisch zu einem sehr niedrigen Preise geliefert werden könne.

Der **Reichstagsausschuß für Bevölkerungspolitik** stimmte in seiner Sitzung vom 28. März dem dritten Teilbericht des Unterausschusses zu, der sich auf die zum **Schutz für Mutter und Kind notwendigen Maßnahmen** bezieht. Hiernach werden gefordert: 8 Stundenschicht bei regelmäßigem Tag- und Nachtbetriebe, 10 Stundenschicht bei den üblichen Betrieben, mindestens jeden zweiten Sonntag völlige Ruhezeit, Wöchnerinnenschutz während 10 Monaten, besondere Schutzvorschriften für die Beschäftigung mit giftigen und explosiven Stoffen, besondere Bedingungen bezüglich der Arbeitsstunden und Pausen, der Sonntags- und Nachtarbeit, der Ueberstunden, der Unfallverhütung, der Einrichtung von Umkleide- und Waschräumen, der tunlichsten Trennung der Geschlechter, der Aufenthalts- und Eßräume, möglichste Verhütung der Gefahren für Gesundheit und Sittlichkeit, beschleunigte Durchführung des Hausarbeitsgesetzes und seiner Fachausschüsse für Stellenschutz, baldmöglichste Wiederherstellung einer ausreichenden Gewerbeaufsicht und der berufsgenossenschaftlichen Unfallaufsicht, systematische Vermehrung der Aufsichtsbeamten, Anstellung weiblicher Beamter und Arbeiter und Mitwirkung der Gewerbeaufsicht bei der Organisation der kriegsamtlichen Stellen für den vaterländischen Hilfsdienst. Ausnahmen von den Beschränkungen sollen nur für einzelne Betriebe zulässig sein. Außerdem wurde eine Reform des Hebammenwesens gefordert.

In einer früheren Sitzung vom 22. März hat sich der Ausschuß mit dem **Meldesystem für geschlechtskranke Soldaten** und die zur **Verhütung solcher Erkrankungen im Heere** beschäftigt. Man wünschte, daß das preußische

Ministerium des Innern sich an diesen Verhandlungen schon deshalb beteilige, weil in der Nähe der Berliner Bahnhöfe die ankommenden Soldaten ganz offen der Verführung ausgesetzt seien. Die Regierung erklärte, daß Vorbereitungen für die Schaffung genügender Unterkünfte für die in Berlin ankommenden Soldaten getroffen werden. Lebhafte Zustimmung fand der Vorschlag, offizielle Führungen der ankommenden Soldaten in den großen Städten, wie Warschau, Brest-Litowsk, Brüssel, einzurichten, um sie auf solche Weise vor den Gefahren auf geschlechtlichem Gebiete zu schützen. Bemerkenswert war besonders, daß auch vom Regierungstisch die bedauerliche Tatsache hervorgehoben wurde, daß infolge des Krieges eine höchst wachsende Laxheit der moralischen Anschauungen herorgetreten sei. Ein Antrag Dr. Faßbenders, der die gemachten Vorschläge zusammenstellte, wurde einstimmig angenommen.

Der **Reichstagsausschuß für die Wohnungsfrage** beriet in seiner Sitzung vom 27. März d. J. einen Zentrumsantrag auf Vereinigung des Reiches, der Einzelstaaten, Gemeinden, Versicherungsanstalten usw. zu einem organischen Zusammenwirken betreffend **reichsgesetzliche Regelung des Wohnungswesens** in Form eines Rahmengesetzes. Weiter soll eine **Zentralstelle für Wohnungsfürsorge** im Reichsamt des Innern errichtet werden. Die Anträge wurden einem Unterausschuß überwiesen.

Auf Anfragen eines Abgeordneten betreffs Errichtung einer **Zentralstelle für das Reich zur Untersuchung und Begutachtung der sogenannten Ersatznahrungsmittel** ist von einem Vertreter des Reichsamts des Innern mitgeteilt, daß eine solche Errichtung nach eingehender Prüfung nicht als durchführbar erachtet sei, da es zurzeit an den nötigen Kräften, namentlich an Nahrungsmittelchemikern fehle, um die Zusammensetzung der zugelassenen Ersatzmittel auch fortdauernd zu überwachen. Die örtliche Prüfung biete außerdem den Vorteil, daß sie ein schnelleres Eingreifen ermögliche, als bei Uebertragung der Untersuchungen auf eine Zentralstelle. Dagegen ist bei der wirtschaftlichen Abteilung des Kriegsernährungsamtes eine **Auskunftsstelle für Ersatznahrungsmittel** eingerichtet, der von den zuständigen Behörden und insbesondere von den Nahrungsmitteluntersuchungsämtern die Ergebnisse ihrer Untersuchungen von Ersatznahrungsmitteln mitzuteilen sind, damit sie auf Anfragen sachdienliche Auskunft geben kann.

Staatsärztliche Kurse an der Universität Warschau. Der provisorische polnische Staatsrat hat im Einvernehmen mit der dortigen Deutschen Zivilverwaltung mit Rücksicht auf die dringende Notwendigkeit, eine hinreichende Anzahl von ärztlichen Beamten für den Staatsdienst in Polen zur Verfügung zu haben, beschlossen, an der Warschauer Universität **theoretische Kurse für öffentliche Gesundheitspflege, Gesundheitpolizei und gerichtliche Medizin** für die später als Kreisärzte zu verwendenden Aerzte einzurichten. Die Dauer der Kurse ist auf etwa drei Monate bemessen; die Zahl der Teilnehmer soll beschränkt sein. Anmeldungen sind an die Abteilung für innere Angelegenheiten beim Staatsrat (Ausschuß für öffentliche Gesundheitspflege) zu richten.

Zur **Fürsorge der hirnverletzten Krieger** ist in Berlin ein Arbeitsausschuß gebildet, dem u. a. die Herren Prof. und Geh. Med.-Rat Dr. Bonhoeffer, Dr. Bier, Dr. Krauss und Dr. Krückmann angehören. Vorsitzender ist Prof. W. L. v. Cranach; Schriftführer Privatdozent Dr. Heinrich Lippmann und Rechtsanwalt Dr. A. Katz. Die Hirnverletztenfürsorge soll nach dem auf ärztlich-pädagogischer Grundlage beruhenden Heilverfahren des Prof. Dr. Goldstein-Frankfurt erfolgen; eine Schule dafür ist bereits in Berlin eingerichtet.

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten:

Das Eiserne Kreuz I. Klasse:

Stabsarzt d. L. San.-Rat Dr. Harder-Blankenese.
Stabsarzt d. Res. Dr. Kolbe-Neurode (Reg.-Bez. Breslau).

Stabsarzt Dr. Josef Kaulbach-Nürnberg.
Oberstabsarzt d. L. Dr. Ludwig-Bonn.
Stabsarzt d. Res. Dr. Ludwig Rosenblatt-Mainz.
Stabsarzt d. Res. Dr. Hans Rost-Bismarckhütte (Oberschlesien).
Stabsarzt d. Res. Dr. Arthur Rühl-Nürnberg.

Ferner: Leutnant und Kompagnieführer Hans Gerloff, Sohn des Geh. Med.-Rats Dr. Gerloff, Kreisarzt in Stralsund.

Ehren-Gedächtnistafel. Für das Vaterland gefallen oder gestorben:

Oberarzt d. Res. Dr. Gustav Bachrach-Berlin (infolge von Krankheit gestorben).
Stabsarzt d. L. San.-Rat Dr. Furthmann-Altona.
Marineoberarzt d. Res. Dr. Wilhelm Griesser-Freiburg i. Breisgau (infolge von Krankheit gestorben).
Nervenarzt Dr. Gustav Heine-Hannover, fachärztlicher Beirat im stellvertretenden IX. Armeekorps (infolge von Krankheit gestorben).

Zeichnet sechste Kriegsanleihe!

Willst du helfen zum Siege im blutigen Ringen,
Musst deinen Kämpfern die Mittel du bringen.

H. Weinert.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 25. Februar bis 10. März 1917 erkrankt (gestorben) an Pest, Gelbfieber, Aussatz, Malaria, Fleckfieber, Rückfallfieber, Tollwut, Rotz, Trichinose: — (—), — (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 1 (—), 4 (—); Milzbrand: — (—), 2 (1); Pocken: 156 (11), 169 (26); Unterleibstyphus: 117 (10), 118 (5); Ruhr: 58 (15), 40 (15); Diphtherie: 1854 (135), 1766 (143); Scharlach: 659 (40), 781 (27); Kindbettfieber: 89 (21), 67 (17); übertragbare Genickstarre: 14 (5), 10 (3); Fleisch-, Fisch-, Wurst- und Pilzvergiftung: — (—), 15 (—); Körnerkrankheit (erkrankt): 78, 88; Tuberkulose (gestorben): 1124, 1127.

Mitteilung.

Aus den in letzter Zeit eingegangenen Beschwerden ist ersichtlich, daß die **Beilage** der Zeitschrift **„Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung“** mehrfach verloren gegangen ist. Um dies zu vermeiden, wird die Beilage von jetzt ab am Schluß der Nummer beigeheftet werden; beim Einbinden ist sie dann vom Buchbinder herauszunehmen.

Schriftleitung. **Verlagsbuchhandlung.**

Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

30. Jahrgang; Nr. 8. Ausgegeben am 20. April 1917.

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.
Bezugspreis für das Jahr: 15 Mark.

Ausserdem eine besondere, nur vierteljährlich erscheinende Beilage:
Zeitschrift für Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege.
Offizielles Organ der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens.
Bezugspreis für das Jahr: 8 Mark, für die Bezieher der Zeitschrift: 4 Mark.

VERLAG VON FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: Gelsdorf & Co., G. m. b. H., Eberswalde (Mark).

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung, Nr. 8, am Schlusse des Heftes.

Zur Ausfuhr zugelassen am 21. April 1917, Nr. 2218 Z.

INHALT.

Original-Mitteilungen.

Aerztliche Kriegsziele. Von Prof. **A. Schüle** 233
Säuglingsfürsorge und Wanderfürsorgerin oder Hebamme. Von Dr. **Hansen** . . 240
In welcher Weise ist das Hebammenlehrbuch zu ergänzen im Hinblick auf die gewünschte Mitwirkung der Hebammenschwestern bei der Säuglingsfürsorge? Von Dr. **Rissmann** 243

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Sachverständigentätigkeit in Unfall-, Invaliditäts- und Krankenversicherungssachen.

S. Korach: Ueber traumatischen Scharlach 246
Dr. **Ostermann:** Gebühren und Unfallsachen 246
Das Wochengeld (§ 195 der R. V. O. ist nicht nur für die Arbeitstage, sondern für jeden Kalendertag zu zahlen 247
Selbstversicherte Ehefrauen haben nur dann Anspruch auf Kriegswochenhilfe, wenn sie nach der R. V. O. versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind . . 248
Frauen, die vor ihrer Entbindung aus einer Krankenkasse ausgeschieden sind, haben nach § 214 der R. V. O. innerhalb der ersten drei Wochen nach ihrem Austritt zwar noch Anspruch auf die Regelleistungen der Kasse, also auch auf Wochenhilfe, aber nicht auf die Mehrleistung der Kriegswochenhilfe . . . 248
Die Ehefrau eines Berufssoldaten hat keinen Anspruch auf Kriegswochenhilfe . . . 249
Unter Verhinderung an der „Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit" ist nicht schon die Unfähigkeit zur „Wiederaufnahme der bisherigen Berufstätigkeit" zu verstehen 249
Die Voraussetzung für Gewährung der Kriegswochenhilfe ist nicht erfüllt, wenn der Ehemann der Wöchnerin zwar Dienst bei einer freiwilligen Sanitätskolonne leistet, aber dadurch nicht wesentlich behindert wird, seiner Erwerbstätigkeit nachzugehen 250

B. Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Wohnungshygiene.

Prof. Dr. **Albrecht:** Die Wohnungsfrage und der Krieg 251
F. Huth: Ableitungsrohre für Gasfeuerungen 251

2. Gewerbehygiene.

Dr. **Blessing:** Ein seltener Fall hochgradiger Gebißzerstörung infolge beruflicher Tätigkeit 251
Prof. Dr. **Zangger:** Gutachten über die Katastrophe in A. (Zelluloidkammfabrik) . 251
Dr. **Fischer:** Die Bedeutung des Abdeckerei-Großbetriebes der Gemeinden und Gemeindeverbände für den Anwohnerschutz und die Viehseuchenbekämpfung . . . 251

3. Säuglings- und Kleinkinderfürsorge.

Hermann Muckermann: Der biologische Wert der mütterlichen Stillpflicht . . 252
Dr. **Oschmann:** Aerzteschaft und Säuglingsfürsorge 252
Dr. **Benjamin:** Die Säuglingssterblichkeit in Cöln in den Jahren 1914—1915 . . 252
Dr. **Wolff:** Das erste Jahr Säuglingsfürsorge in Gnesen vom 1. Oktober 1914 bis 30. September 1915 252
Dr. **Elfert:** Die Säuglingssterblichkeit in Aachen in den Jahren 1913—1915 . . 252
Dr. **Hunaeus:** Die „offene" Säuglingsfürsorge in Hannover während der Kriegszeit . 252

Medicinisches Waarenhaus

Aktien-Gesellschaft
Berlin NW. 6, Karlstraße 31.

Centralstelle aller ärztlichen Bedarfsartikel und für Hospitalbedarf.

Neues Instrumentarium

zur Wohnungs-Desinfection

mittels

flüssigen Formalins

nach

Prof. Dr. **O. Roepke.**

Ref. Nr. 7, 1905 der Zeitschrift f. Medizinalbeamte

D. R. G. M. Modell M. W.





Ausführliche Beschreibung steht zu Diensten.

Von den Königlich Preussischen und Königlich Bayerischen Staats-Eisenbahnen eingeführt.

Dr. **Felsenthal**: Säuglingsschutz und Säuglingssterblichkeit in Mannheim während des Krieges 1914/15 252
Dr. **Gurecke**: Rückgang der Säuglingssterblichkeit in Berlin während des Krieges 252
Dr. **Schede**: Einfluß des Krieges auf die Krankenbewegung einer großstädtischen Säuglingsstation 252
Dr. **Bruck**: Zeitgemäße Fragen zur Säuglingsfürsorge 253
Dr. **Langstein**: Die Aufgaben des Säuglings- und Kleinkinderschutzes im Deutschen Reiche 253
Rektor **Steinke**: Welche Maßnahmen erscheinen geeignet, auf dem Lande eine Besserung der Säuglingspflege herbeizuführen? 254
Dr. **Pfaundler**: Säuglings- und Kleinkinderfürsorge 254
Dr. **Krummacher**: Anträge für das Einschreiten des Staates und des Reiches auf dem Gebiete der Säuglings- und Mutterfürsorge 254
Dr. **Koehler**: Schwangeren-Fürsorge als Teil des Säuglingsschutzes 254

4. Schulgesundheitspflege.

Dr. **Süpfle**: Aerztlich-hygienische Gedanken über die „nationale Einheitsschule“ 254
Gertrud Buetz: Die orthopädische Schulkinderfürsorge 255
Dr. **Eugen Schlesinger**: Der Einfluß der durch die Kriegslage veränderten Ernährung auf die schulpflichtige und die heranwachsende Jugend 255
Erich Kloss: Zur Frage der Beibehaltung der Sommerzeit 256

5. Statistik.

Das Wachstum der preußischen Bevölkerung von 1875 bis 1910 256

6. Oeffentliches Gesundheitswesen und Medizinalverwaltung.

Dr. **Beerwald**: Die Stellung der Gesundheitspflege im Staatsleben 257
Dr. **Winter**: Vorschläge zur Neuregelung des Sanitätsdienstes bei den politischen Behörden in Oesterreich 257

7. Arzneimittelversorgung.

Erläuterung zur neuen Verordnung über den Handel mit Arzneimitteln 259

Tagesnachrichten 260
Sprechsaal 264

Beilage:

Rechtsprechung 45
Medizinal-Gesetzgebung 47

Umschlag:

Personalien.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: der Charakter als Geh. Reg.-Rat: dem Reg.-Rat Prof. Dr. Juckenack in Berlin, ständiger Hilfsarbeiter in der Medizinalabteilung des Ministeriums des Innern; — das Verdienstkreuz für Kriegshilfe: dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund in Minden.

Ernannt: Prof. Dr. Fick in Innsbruck zum ordentlichen Professor und Direktor des anatomischen Universitäts-Instituts in Berlin, unter Verleihung des Charakters als Geh. Med.-Rat; Privatdozent Prof. Dr. Wagner in Greifswald zum außerordentlichen Professor an der medizinischen Fakultät der Universität Marburg.

Versetzt: Die Kreisärzte Dr. Howe in Dramburg nach Neustettin, Dr. Kühnlein in Falkenberg i. Schl. nach Wernigerode, Dr. Ocker in Tuchel in den Kreis Teltow mit Amtssitz in Berlin.

(Fortsetzung der Personalien auf der sechsten Seite des Umschlags.)



LECIN

neutrale Lösung von Phosphat-Eiweiss-Eisen mit Glyzerinphosphat.

Wohlfeiles, **appetitanregendes** Eisenmittel

Lecintabletten **Arsen-Lecintabletten**
Jod-Lecintabletten

Phosphat-Eiweiss-Eisen mit 10% glyzerinphosphorsaurem Kalk

Tricalcol Kalk-Präparat

kolloidallösliches Kalk-Phosphat

für Kinder und für Schwangere zur kräftigen Knochenbildung.

Tricalcol-Eiweiss

zur Selbstherstellung von Eiweiss-Milch.

Proben und Literatur vom Lecinwerk, Hannover.

Zwei wichtige Neuerscheinungen für die Kriegszeit!

Ungezieferplage und Ungezieferbekämpfung

mit besonderer Berücksichtigung der Vernichtung der Kleiderläuse.

Mit 6 Abbildungen.

Von Stabsarzt Dr. **Wolf.**

Preis: M. 1,—

Die Improvisationen von Dampf-Desinfektionsapparaten.

Unentbehrlich für Feldärzte.

Von Stabsarzt Dr. **Wolf.**

Preis: M. 0,50.

Ferner wichtig für jeden Medizinalbeamten:

Der Praktische Desinfektor

Zeitschrift für das gesamte Desinfektionswesen usw.

Preis: **M. 3,44 jährlich** einschl. Porto. Erscheint monatlich.

Verlagsanstalt Erich Deleiter, Dresden-A. 26.

30. Jahrg. 1917.

Zeitschrift
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Anzeigen nehmen die Verlagshandlung sowie alle Anzeigenannahmestellen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 8. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats. | 20. April.

Aerztliche Kriegsziele.

Von A. Schüle, Prof. der gerichtlichen Medizin an der Universität Freiburg i. Br.

Nicht wenige Leute zerbrechen sich gegenwärtig den Kopf über die politischen Kriegsziele und teilen unentwegt das Fell von Bären, die noch keineswegs erlegt sind. Nach solchen spekulativen Denkübungen sollte es uns Aerzte nicht gelüsten, wohl aber haben wir allen Grund, über Kriegsziele nachzudenken, nicht politischer, sondern ärztlich-sozialer Natur. Diese Ziele schon jetzt zu erwägen, ist allerdings dringendes Gebot.

Wir wünschen unserm Volke als ärztliches Kriegsziel, daß es so schnell als möglich wieder genese von den Wunden der Schlachten, daß es in recht kurzer Zeit sich zur alten Macht und Stärke und noch darüber hinaus entwickeln möge!

Ein menschenreiches, geistig und körperlich gesundes Volk zu bekommen, das muß das Hauptziel der nächsten Zukunft sein!

Die erste Bedingung einer kraftvollen Entwicklung ist zweifellos die zahlenmäßige Vermehrung des Volkes. Es ist gewiß kein Zufall, daß gerade das Judenvolk, das trotz der

schwierigsten Lebensbedingungen durch Jahrhunderte hindurch seine Existenz bewahrte, die reichliche Kindererzeugung als etwas Jehovah besonders wohlgefälliges, gleichsam als ein religiöses Postulat in seinen Sittenkodex aufgenommen hatte.

Aehnlich ist es auch bei den Polen, deren großer Geburtenreichtum heute keiner mehr mit dem unschicklichen Vergleich der „Stallhasenfruchtbarkeit" verspotten würde, wie es Bülow einst mit einem seiner Witze getan hat.

Wenn Deutschland aus der furchtbaren Not des Krieges, aus der Wucht der ungeheuren Angriffe siegreich hervorgehen wird, dann ist dies nur möglich gewesen, weil wir Menschenmaterial genug hatten, um den Krieg nach so vielen Fronten mit unseren Soldaten durchzuführen. Deshalb gebührt auch besonders den Vätern und Müttern Dank, die es als ihre Pflicht betrachteten, ihrem Vaterlande Söhne zu geben, sie aufzuziehen, trotz aller Mühen und Kosten, und sie zu opfern, als es die Not der Zeit verlangte.

Sache der Aerzte, Geistlichen und Lehrer wird es sein, mit Wort und Schrift all dem entgegenzuarbeiten, was nach Malthusianismus — d. h. nach willkürlicher Geburtenbeschränkung — aussieht. Aufhören muß das frivole Gerede, das man vordem nicht so selten hörte, als ob nach 2 oder 3 Kindern „Schluß gemacht" werden müsse, nicht minder wie das widerwärtige Spotten über die kinderreichen Familien.

Wenn in Deutschland die Zahl der Geburten in 36 Jahren von 4,2% auf 2,9% gefallen ist, kann man sich leicht ausrechnen, wie lange es dauern wird, bis wir französische Ziffern erreicht haben werden.

Wären unsere Geburtenziffern auf dem Stand von 1900 stehen geblieben, anstatt zu fallen, so hätten wir beim Ausbruch des Krieges $2^1/_2$ Millionen Einwohner mehr gehabt. Daß die Sterblichkeit in dem ersten Jahrzehnt dieses Jahrhunderts ebenfalls abnahm, ist kein Trost und darf keiner sein, denn „die Abnahme der Mortalität hat von der Natur gesetzte Grenzen, die Konzeptionsbehinderung aber hat keine".

Für die kinderreiche Ehe muß mit allen Kräften agitiert werden, in Schule und Kirche, bei Hoch (!) und Niedrig — im ganzen Volk!

Aber nicht nur mit Worten, auch mit der Tat sollen die Aerzte helfend eingreifen. Keine Belehrung der Laien über konzeptionsverhindernde Praktiken, außer in den Fällen strengster Indikation! Kein medizinischer Abortus, außer bei dringender Gefahr für das Leben der Mutter! Vor drei Jahrzehnten waren in diesem Punkte die Ansichten der Aerzte wesentlich strenger; dann ließen sie bedenklich nach; erst in den letzten Jahren hat man die Indikation des medizinischen Abortes wieder ernster genommen.

Es muß verlangt werden:

1. Künstlicher Abortus nur bei unmittelbar drohender, nicht später zu erwartender Lebensgefahr für die Mutter.

2. Beiziehung eines zweiten Arztes.
3. Anzeige an die Medizinalbehörde.

Von diesen Vorschriften dürfte kein Arzt, sei er Praktiker oder Spezialist, befreit sein.

Unbedingt zu verbieten ist auch die künstliche Sterilisation aus sog. sozialen Gründen, also wegen pekuniärer Bedürftigkeit der Eltern. Aus medizinischen Gründen mag sie berechtigt bleiben bei psychisch Minderwertigen, die aus Gründen der Eugenik keine Nachkommenschaft haben sollen, berechtigt auch (aber nur mit allerstrengster Indikationsstellung!) bei chronisch schwer Kranken (Tuberkulose, Herz-, Nierenleiden), sowie bei pathologischer Beckenverengerung, die eine Geburt per vias naturales verbietet.

Gegen die kriminelle Abtreibung ist natürlich energisch einzuschreiten, doch ist dies weniger Sache der Aerzte als der Kriminalbehörden. Am wirkungsvollsten wird der Abort bekämpft durch ein tolerantes Verhalten der Menschheit gegenüber den „Gefallenen", sowie durch eine humane Fürsorge für die ledigen Mütter und deren Kinder. (Hierüber ein Weiteres im folgenden.)

Die Anzeige der konzeptionsverhindernden Mittel in Zeitschriften sollte in jeder Form verhindert und unter Strafe gestellt werden. Hier müßte man einmal mit aller Strenge vorgehen; ist es doch ein heller Skandal, daß unter Duldung des Staates die Mittel angepriesen und im Volke verbreitet werden, die dazu bestimmt sind, die Fundamente des Staates direkt zu zerstören. Wer es nötig zu haben glaubt, die Kinderzahl einzuschränken, der mag sich hierüber mit seinem Arzte besprechen. Dieser allein kann den Fall verständig beurteilen und, wenn nötig, den Fragesteller richtig beraten, nicht aber irgendein medizinisches Warenhaus oder eine findige chemische Fabrik oder ein Apotheker.

Nicht die Frage der Zeugung aber ist es, auf die es in erster Linie ankommt, sondern die Fürsorge für die schwangere Frau und das neugeborene Kind.

Auf diesem Gebiete ist noch unendlich viel zu tun. Vor allem müßte die Gesellschaft dazu erzogen werden, das widrige Pharisäertum abzulegen, das jede uneheliche Schwangere verurteilt und sich beifallen läßt, die „Moral" schlechthin mit dem sexuell korrekten Verhalten zu identifizieren, als ob in vielen Fällen eine Lüge und Verleumdung nicht 100mal gemeiner wäre, als ein illegitimer sexueller Akt!

Die gesellschaftliche Verfassung ist es, die die Schwangere zum Abtreiben, zum Selbstmord und zur Kindstötung treibt, nächstdem allerdings auch die Hilflosigkeit und Vereinsamung, in der die uneheliche Mutter mit ihrem Kindchen leben muß. „Ihr laßt die Armen schuldig werden, dann überläßt ihr sie der Pein". Weder die Milde und Güte des Heilandes, der eine Magdalena an sich zog, noch die Worte unserer Dichter (Gretchen in Faust) sind imstande gewesen, die Härte dieser Phari-

säerherzen auch nur im mindesten zu erweichen. Der Staat hat für die uneheliche Mutter und deren Kind nur die sehr kümmerliche Alimentationspflicht übrig, die in sehr vielen Fällen vollständig versagt; die Gemeinde hat keine ausgiebige Unterstützungsmittel für etwaige Zwecke verfügbar.

Man beurteile doch das uneheliche Kind vom Standpunkte der Volksvermehrung und nicht von dem der beleidigten „Sittenkommission"! Dann sieht man in jedem unehelichen Kinde einen zukünftigen Staatsbürger, in einem jeden Knaben einen Soldaten, der einmal berufen sein kann, das Vaterland zu schützen. „Enfants de la patrie" heißen bei den Franzosen die unehelich Geborenen; „Kinder der Madonna" nennt sie der Italiener, aber außer diesem poetischen Namen haben beide nicht viel für die Aermsten übrig.

Das Wichtigste müßte sein, Anstalten zu bauen, um unbemittelte Mütter, besonders die ledigen, vor und nach der Entbindung zu pflegen: „Mutterasyle". Des weiteren Säuglingsanstalten in größtem Stile, an denen auch wissenschaftlich gearbeitet werden könnte, im Sinne der von Biedert seinerzeit so warm erstrebten „Zentralanstalt zum Studium der Säuglingsernährung".

Einst hatte man auch in Deutschland vielerorts Findelhäuser, die besonders zur Unterbringung von außerehelichen Kindern dienten; ein allzu sittenstrenges Jahrhundert hat sie aber beseitigt, ohne dafür einen entsprechenden Ersatz zu schaffen. Die Sittlichkeit ist darum nicht besser geworden! Man glaube doch nicht, daß die sog. „Unsittlichkeit" gefährdet wird durch solche Anstalten. Was ein Mädchen auf dem korrekten Wege festhält, ist nächst der sexuellen Scham die Angst vor der Schande einer unehelichen Geburt, viel weniger der Gedanke an die Kosten der Kindererziehung. Wenn also die „moralischen" und sozialen Hemmungen weggefallen sind, hält der Gedanke an die Kosten des Verfahrens kein verliebtes und leichtsinniges Wesen davon ab, der Verführung sich hinzugeben. Mag der Staat die Gesinnung eines solchen Mädchens noch so sehr verurteilen — er ist bis zu einem gewissen Grade „moralisch" dazu verpflichtet, denn jede uneheliche Geburt verstößt gegen das Institut der Ehe, auf der die Ordnung der bürgerlichen Gesellschaft beruht —, ist das Kind aber einmal auf der Welt, dann gebietet das Staatswohl nicht minder dringend, sich des Kindes auch anzunehmen und es körperlich wie geistig weiterzubilden. Noch mehr aber gebietet es die Humanität! Wissen wir doch, oder müßten wir es wissen, welch entsetzliches Los die armen Würmchen trifft, die in den Händen schlechter oder nachlässiger Pflegeeltern so oft verderben, die von Engelmacherinnen zu Tode gemartert werden, die man verhandelt wie eine Ware! Welch entsetzliche Mißstände und Greuel hat die Polizeiassistentin Henriette Arendt aufgedeckt, die nachwies, daß in gewissen Teilen Rußlands förmliche Kliniken bestehen, in denen kleine Kinder verstümmelt und künstlich ver-

krüppelt werden, um sie an Wallfahrtsorten als Bettelkinder zu verwenden! Nicht wenige Knaben werden auch nach Frankreich verkauft, um dort als Soldaten (gegen uns!) aufgezogen zu werden.

Und wie viele Kinder sterben aus Mangel an Pflege in Familien, die ihnen nichts bieten können? $^1/_4$ Million jährlich in Deutschland! Hier setzen nun die Malthusianer ein und sagen: Besser wenige Kinder gut aufziehen, als allzuviele erzeugen, deren Sterblichkeit größer ist, weil sie unter ungünstigen Lebensbedingungen aufwachsen. Der Einwand ist gewiß nicht ohne Berechtigung; er widerlegt jedoch die großen Bedenken gegen den Malthusianismus nicht. Wer in eigener Sache zum Richter bestellt ist, der entscheidet zum eigenen Vorteil. Wo der Egoismus mitzusprechen hat, wird er stets die erste Stimme behalten. Aus Bequemlichkeit und nicht aus Pflichtgefühl wird die Kinderzahl normiert werden! Nehmen wir ein Gleichnis aus dem Kriege: Ein Truppenführer hat durch Experimente zahlenmäßig festgestellt, welche Höchstleistung einer Truppe zugemutet werden kann. Nun tritt eine Aufgabe an ihn heran, von der alles abhängt. Glaubt jemand, daß mit einer mathematischen Berechnung diese Höchstleistung herausgebracht wird? Keineswegs! Nur wenn die Menschen das Aeußerste tun, unbekümmert um alle Folgen, ja auf die Gefahr hin, daß die Schwächeren zurückbleiben oder Schaden nehmen, nur dann wird das Unmögliche möglich gemacht werden können.

So auch im Leben des Volkes. Die Natur arbeitet überall mit Verschwendung, ja mit Vernichtung überschüssiger Lebenskeime. Kein Baum trägt die Früchte aus, die er ansetzt. Darum laßt die Kinder erst da sein, dann werden sie auch aufgezogen werden können. Wenn auch einige sterben, ein Ueberschuß bleibt doch übrig, der dem Volke weiterwachsen hilft. Allerdings gehört hierzu Aufopferung, Entsagung, Opferwilligkeit des einzelnen wie der Allgemeinheit.

Notwendig sind deshalb, um es noch einmal zu sagen: Asyle für die unbemittelten Schwangeren, dann Fürsorge für den Säugling: Kinderkrippen, Stillprämien, Geldunterstützung für kinderreiche Familien.[1]) Mit einem Worte „Mutter- und Kinderschutz“ und endlich gesunde ausgiebige Wohngelegenheiten.

Die Wohnung erst macht den Menschen! Der Troglodyte, der Höhlenbewohner, war noch kein Mensch, sondern ein halbes

---

[1]) In Schweden, das sich bekanntlich durch eine außerordentlich niedrige Säuglingssterblichkeit auszeichnet, ist diesen Forderungen, wie ich aus einem Bericht des Herausgebers dieser Zeitschrift über das öffentliche Gesundheitswesen in Schweden ersehe (s. Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medizin usw.; 3. F., XXXVII. Bd., Suppl.-Heft), in vorbildlicher Weise Rechnung getragen. Namentlich gilt dies von dem vorzüglich eingerichteten Kinderasyl in Stockholm (Allmänna Barnhusinrüttingen), wo uneheliche Säuglinge, sowie bis 5 Jahre alte Waisenkinder oder Kinder von Eltern, die sich in einer Kranken- oder Irrenanstalt oder in einem Gefängnisse befinden, Aufnahme finden, die Säuglinge

Tier. Der Bewohner einer städtischen Mietskaserne ist ein Proletarier, wer aber im kleinen Eigenheim haust, wird sich bald als Bürger fühlen. Deshalb ist die neue Richtung, die reichlich viele Eigenheime schaffen will, die Bodenreform (von Damaschke in Berlin lebhaft betrieben) eine so ungemein segensreiche Bewegung. Zumal jetzt, wo wir ein Steigen der Mieten, ein empfindliches Abnehmen der Wohnungen nach dem Kriege zu befürchten haben werden, ist es dringend Pflicht des Staates für Kriegerheimstätten zu sorgen.

Den Boden hierfür soll nach Damaschkes Vorschlag, dem wir das Wort geben wollen, der Heimstätte-Ausgeber beschaffen, d. h. diejenige Behörde, Gemeinde oder gemeinnützige Gesellschaft, die an der betreffenden Stelle die Durchführung des betreffenden Ansiedlungspunktes übernommen hat. Es ist dabei in erster Linie daran zu denken, daß besonders die Gemeinden, ferner auch Kirchen, Pfarrämter, Schulen Land zunächst überhaupt nicht werden zu beschaffen brauchen, da an diesen Stellen sicherlich alter Besitz, sowie zu Kriegerheimstätten geeignetes Land vorhanden ist. Die Beschaffung des Landes wird sich also in allen diesen Fällen auf den Entschluß beschränken, die vorhandenen Ländereien zu dem Heimstättenzweck zur Verfügung zu stellen. Pohlmann hat nach dem „Statistischen Jahrbuch Deutscher Städte" berechnet, daß in den 650 Orten mit mehr als 5000 Einwohnern mehr als 863000 ha eigenen Bodenbesitzes vorhanden sind. Große Waldbestände, ferner Gelände, die zur Ansiedlung wegen anderweitiger Zweckbestimmung nicht in Frage kommen (Rieselfelder u. dergl.) sind dabei nicht mitgezählt. Denkt man sich nur den fünften Teil dieses Geländes zu städtischen Heimstätten mit je 1000 qm aufgestellt, so gäbe das allein schon Unterkunft für 726000 Kriegerfamilien. Dazu kommt noch das Grundeigentum der Dörfer und der kleinen Städte unter 5000 Einwohnern. In diesem Umfang also wäre das Land ohne weiteres durch einfache Beschlüsse der öffentlich rechtlichen Besitzer zu beschaffen.

„Wem gehört der Boden?" Die Heimstätte wird (§ 1 und 7) zu Eigentum übertragen, gehört also dem einzelnen Heimstätteninhaber. Er darf sie frei bewirtschaften, darf sie auch vererben, allerdings mit der Beschränkung, daß sie unteilbar vererbt werden soll. Diese Beschränkung ist nötig, um nicht besonders bei den ländlichen Wirtschaftsheimstätten gleich beim ersten Erbgang eine Reihe von nicht lebensfähigen, zersplitterten Zwergbetrieben entstehen zu lassen. Nur verkaufen soll der Heimstätteninhaber seine Heimstätte nicht ohne weiteres können, weil eben die Spekulation, die beim freihändigen Verkauf wirksam werden würde, ausgeschlossen bleiben muß. Die Veräußerung ist deswegen zunächst an das Einverständnis der Ehefrau gebunden. Außerdem regeln sich die rechtlichen Verkaufsmöglichkeiten entweder nach den Vorschriften des Preußischen Rentengutgesetzes, bei Wohnstätten nach der jeweiligen durch Vertrag festzulegenden Grundlage. Bei diesen Verkäufen wird entweder zugunsten des Heimstätteninhabers ein Erbbaurecht, das nach einer bestimmten Zeit abläuft, errichtet werden, oder die Heimstätte wird mit dem Vorbehalt des Vorkaufrechts durch den Heimstättenausgeber als dingliche Last belastet. Eine allgemein gültige Antwort auf diese Fragen ist nicht möglich, weil die Rechtsgrundlage für jede einzelne Siedlung durch besonderen Vertrag wird geschaffen werden müssen.

---

mit ihren Müttern, und bis zu ihrem 14. Lebensjahre der Anstaltspflege überlassen bleiben. Mütter, die ihre Kinder selbst stillen, erhalten eine besondere Vergütung, die, namentlich wenn sie noch ein anderes Kind mitstillen, so hoch bemessen ist, daß ihnen weder aus ihrer eigenen Unterhaltung noch aus der ihrer Kinder bis zu dessen 14. Lebensjahre Kosten erwachsen. Die Anstaltskinder werden später auch in Familienpflege gegeben; die Pflege- und sonstige Kosten für Kleidung, Schulbücher usw. trägt die Anstalt, die auch die ständige Fürsorge und Ueberwachung der Kinder bis zu ihrer Konfirmation beibehält.

Niemand wird daran zweifeln, daß die Grundgedanken der Heimstättenbewegungen vortrefflich sind, mag über Einzelheiten mancher auch eine abweichende Meinung haben. Aber das muß eines unserer wichtigsten sozialen Zukunftsprogramme bilden: dem Volke gesunde und billige Wohnungen zu schaffen, in denen der einzelne sich zur Individualität ausbilden kann, ohne sich als bloße Nummer zu fühlen. Bodenständigkeit, Landleben, und wäre dies „Land" nur ein kleines Gärtchen, das der Mann in seiner freien Zeit besorgt, und in dem seine Kinder spielen. Wem dies beschieden ist, der wird, selbst gesund, auch gesunde Kinder zeugen und aufziehen; das Endziel wird sein „ein freies Volk auf freiem Grunde", wie es dem alten Faust als die höchste Erfüllung des höchsten Erdenschaffens vor Augen stand.

Zum Schluß die Geldfrage:

Sicherlich wird eine so ausgedehnte soziale Hilfeleistung große Mittel erfordern; sie werden aber unschwer zu schaffen sein, sofern die Gesetzgeber den Mut haben werden, die Dinge energisch anzufassen. Was wir verlangen müssen, das ist die Besteuerung der Militäruntauglichen sowie der Junggesellen. Notabene beiderlei Geschlechtes! Weshalb soll die reiche alte Jungfer dem Staate, dessen Söhne ihre Sicherheit gegen den äußeren Feind verteidigen, keine Ehrenschuld bezahlen?

Nicht minder muß eine Besteuerung eintreten der kinderlosen und kinderarmen Familien. Eltern, die weniger als 3 Kinder besitzen, müßten in entsprechender Abstufung Steuern bezahlen. In kinderlosen und kinderarmen Ehen erbt der Staat mit als „Kind", in welchem Umfange, das wäre noch zu normieren.

Kinderreiche arme Familien sind auf Antrag aus diesen Mitteln zu unterstützen; im Staatsdienst müssen sie bei sonst gleichen Bedingungen bevorzugt werden (und dies nicht nur bei der Wahl des Aufenthaltsortes, sondern auch in ihrer dienstlichen Laufbahn).

Endlich müßte für die unehelichen Kinder ein Erbrecht eingerichtet werden. Laßt sie vom Vater das Pflichtteil erben, das ist ihr menschliches Recht zum mindesten!

So ungefähr möchten ärztliche Kriegsziele aussehen. Sie sind vielleicht etwas weit gesteckt, so daß es nicht leicht sein wird, sie in die Tat umzusetzen. Aber was auch geschehen mag, in der angedeuteten Linie müssen die Bestrebungen zur Wiedererstarkung unseres so schwer heimgesuchten Volkes liegen. Am ehesten wird es möglich sein, die Kriegerheimstättenfrage in Angriff zu nehmen, denn da hat A. Damaschke mit seiner Bodenreform und Kriegerheimstättenbewegung den Gedanken schon in die Tat umgesetzt und das geleistet, was bei allen Dingen das schwerste ist, die zielbewußte energische Initiative.

Welch unendlicher Segen könnte allein damit gestiftet werden, wenn es gelänge, den städtischen Arbeiter, das blasse Großstadtkind hinaus zu verpflanzen aufs Land, in die kleine, aber eigene Wohnung! Von diesen Menschen wird man dann nicht anders wie bei den Bürgern von Fausts Heimatstadt sagen dürfen:

„Sie sind selber auferstanden;
Aus niedriger Häusern dumpfen Gemächern,
Aus Handwerks- und Gewerbesbanden,
Aus dem Druck von Giebeln und Dächern,
Aus der Straßen quetschender Enge,
Aus der Kirchen ehrwürdiger Nacht
Sind sie alle ans Licht gebracht!"

Wahrlich „ans Licht gebracht!" aber nicht für die kurzen Stunden eines Ostersonntags, sondern für ein ganzes langes Menschenleben!

Säuglingsfürsorge und Wanderfürsorgerin oder Hebamme.

Von Geh. Medizinalrat Dr. **Hansen**, Kreisarzt in Hadersleben (Schleswig).

Die Säuglingsfürsorge nimmt heute unter den Fragen der Volkswohlfahrt wohl die erste Stelle ein; sie ist fast Volksgespräch geworden. Ihre Notwendigkeit, das Warum? und Was? ist allseitig anerkannt und braucht nicht begründet zu werden; strittig ist nur das Wie?

Wir Kreisärzte sind durch mehrfache Erlasse und Verfügungen aufgefordert, die Säuglingsfürsorge mit allem Eifer zu fördern. Es ist darauf hingewiesen worden, daß auch gerade auf dem Lande die Sache noch sehr im argen liege, daß eine viel zu hohe Sterblichkeit der kleinen Kinder von durchschnittlich 14% bestände. Den Kreistagen werden Vorschläge unterbreitet und die geforderten Gelder werden glatt bewilligt, wenigstens hier zu Lande; können es auch, da das Land, die Landwirtschaft, zurzeit Geld im Ueberfluß hat. Hier in unserer Mittelstadt von 15000 Einwohnern planen wir, ein Säuglingsfürsorgeamt einzurichten, mit einem Fürsorgearzt, einem Fürsorgeraum, Sprechstunden und einer Fürsorgeschwester, die alle Säuglinge aufsuchen soll, überall, auch bei den Bessergestellten, sich anbieten, wo es gewünscht wird und angebracht ist, die tägliche Fürsorge übernehmen und außerdem die kleinsten Kostkinder überwachen soll. Wir haben zum 50jährigen Jubiläum des Vaterländischen Frauenvereins 3000 M. zusammengebracht — trotzdem heute so viel gesammelt wird — und besitzen damit einen Grundstock für Beihilfe mit Geld in Einzelfällen. Wir haben auch eine passende voll ausgebildete Fürsorgeschwester zur Hand. Die Fürsorge hoffen wir demnächst einrichten zu können und sie wird, daran zweifle ich nicht, sich durchführen lassen, bei der Bevölkerung Anklang finden und gute Früchte tragen. Dieses kann ich leider nicht von der Tuberkulosenfürsorge sagen, die wir seit 1910 eingerichtet haben. Die vorhandenen Gelder, jährlich 1000 M., kann man leicht und

zweckensprechend unterbringen, aber zu den Fürsorgeärzten kommt kein Mensch. Es ist schließlich auch nicht nötig, es geht auch so, namentlich seitdem durch die Erweiterung der Krankenkassen fast allen Kreisen ärztliche Hilfe zur Verfügung steht.

Für den ländlichen Teil des ausgedehnten Kreises ist eine Wanderfürsorgerin am 1. April in Tätigkeit getreten. Dem Kreistag ist eine Vorlage gemacht und glatt angenommen worden; eine etwa später notwendige Erhöhung der Summe würde keine Schwierigkeiten machen. Ein einzelner Bezirk hat 6000 Mark für die Sache gesammelt. Eine geeignete, voll ausgebildete Kraft ist angenommen, eine junge Dame, die aus dem Kreise stammt. Ein ausgedehntes Kleinbahnnetz, dem Kreise gehörig, durchzieht den Kreis, freie Fahrt bekommt sie. Gute Wege ermöglichen das Radeln, wenigstens in der guten Jahreszeit; 35 Hebammen, vaterländische Frauenvereine sind vorhanden; auch Krankenpflegerinnen, deutsche und dänische, sind da, so viele, daß ich nur noch zwei für nötig erachte. Mit allen diesen, mit den Frauen von Pastoren, Lehrern, Gemeindevorstehern soll die Wanderfürsorgerin in Beziehungen treten und Auskunft sich holen. Die Leitung der Fürsorge für das Land werde ich selbst übernehmen; ich kenne meinen Bezirk ausnehmend gut. Es macht mir auch gar keine Schwierigkeiten, ihr nachzuweisen, wo die Neugeborenen sind. Die Hebammenzählblättchen sind in der Provinz eingeführt, werden von den Hebammen bei jeder Entbindung ausgefüllt, den Standesämtern eingeliefert, monatlich dem Kreisarzt übersandt und zwar vollzählig. Eigentlich waren sie überflüssig, seitdem wir die jetzigen Tagebücher der Hebammen haben; sie sind aber noch da und können jetzt am Anfang jeden Monats der Fürsorgeschwester zur Verfügung gestellt werden und ihr jedes neugeborene Kind nachweisen.

Trotzdem kann ich mir keine rechte Vorstellung machen, wie die Wanderfürsorgerin wirken soll bei den 1500 kleinen Kindern, die vor dem Kriege im ländlichen Teil des Kreises jährlich geboren wurden. Die Kindersterblichkeit des Kreises ist niedrig, mit am günstigsten im Staat, 9 bis 10%; daß trotzdem manches im argen liegt und besserungsfähig ist, bezweifle ich nicht. Wohl bezweifle ich aber, daß die Wanderfürsorgerin an die Kinder herankommt, bei denen eine Hilfe nötig ist; wenn sie es tut, ist es ein Zufall, der abhängig ist von ihr und von den Damen des betreffenden Orts, die ihr dabei behilflich sein sollen.

Belehrungen kann sie geben, Handreichungen und richtige Behandlung des Kindes zeigen, aber das einzelne kleine Kind derartig beaufsichtigen, bis eine törichte oder widerstrebende Mutter von ihr erzogen worden ist, das kann sie nicht; sie kann auch kaum eine derartige Kenntnis ihrer Pfleglinge gewinnen, daß sie eine gute Statistik liefern kann.

Die Hebamme ist hier im Lande eine uralt geheiligte Einrichtung, die im Bewußtsein des Volkes als etwas Natur-

notwendiges dasteht. „Arzt und Hebamme müssen doch geholt werden können", ist der erste Grund bei Schaffung einer neuen Verkehrsmöglichkeit, bei Wegräumung eines Naturhindernisses wie Schneeverwehungen und dergleichen. Ohne Hebammenhilfe wird kein Kind geboren, abgesehen von verheimlichten Geburten. Sie ist die Vertraute der Mütter, die um Rat gefragt wird — wo sie ihn geben kann und darf, und wo sie ihn nicht geben kann — ehe man zum Arzt geht, aus Neigung, aus Bequemlichkeit, wegen der Kosten, weil der Weg zu weit ist. Sie ist in jedem Hebammenbezirk, meist in jedem Kirchspiel vorhanden, sie muß eben da sein, das verlangt die Bevölkerung, die sich immer widersetzt, wenn man als Kreisarzt einmal 2 kleinere Bezirke zu einem zusammenlegen will, weil 2 Hebammen zu wenig zu tun haben. Zu wenig zu tun haben aber die meisten Hebammen; 16 bis 60 Geburten im Jahr, nur vereinzelte darüber bis 100, 40 im Durchschnitt, — die kann sie leicht übernehmen und übersehen und außerdem sich für das einzelne Kind weiter interessieren.

Mit Hilfe der Hebammen wäre daher die Säuglingsfürsorge auf dem Lande leicht zu erreichen, und zwar nach meiner Ansicht auf folgende Weise: Die Ausbildungszeit der Hebammen ist jetzt hier in der Provinz 9 Monate, darauf werden weitere 3 Monate gesetzt zur Ausbildung in Säuglingspflege. Die vorhandenen Hebammen müßten zu besonderen Kursen einberufen werden, womit der Herr Minister in seinem Erlaß vom 7. November 1916 schon einen Anfang gemacht hat; eine etwas längere Ausbildung wie die hier vorgesehenen 14 Tage würde schon etwas Ersprießliches erreichen, wo Vorkenntnisse doch schließlich da sind.

Die Hebamme würde dann verpflichtet, jedes von ihr entbundene Kind während des ersten Lebensjahres zu betrauen und zu besuchen etwa alle 14 Tage. Das kann sie übernehmen und vielfach ausführen, wenn sie im Dorf neben einer Kreißenden doch ihre Stunden absitzen muß.

Wenn sie der Frau in ihrer schweren Stunde sagt: „Im ersten Lebensjahr werde ich etwa alle 14 Tage dich und dein Kind besuchen, das gehört zu meinen Amtspflichten," dann ist das damit etwas Selbstverständliches; sie gewärtigt nicht, was gewiß manchmal der Fürsorgeschwester nicht erspart bleiben wird, unwillkommen zu sein oder nicht zugelassen zu werden. Dafür bekäme sie eine Vergütung — vom Kreis, nicht von den Verbänden, weil das die kleinsten am wenigsten leistungsfähigen Verbände am meisten treffen würde — als jährliche Zulage zum festen Gehalt. Nach dem Kriege wird die Gehaltsfrage der Hebammen doch sowieso geregelt werden müssen.

Die Hebamme weiß, wo das Kind gut gepflegt wird, wo nicht; sie braucht sich nicht erst mühsam zu erkundigen, wie die Fürsorgeschwester muß. Sie kann heran kommen und wirken, wo es Not tut, kann die Häufigkeit ihrer Besuche

danach einrichten. Wird sie das tun? Ich glaube ja! Wir dürfen ihr ebensogut vertrauen, wie einer Fürsorgeschwester.

Sie führt über diese ihre Tätigkeit wie über ihre bisherige, ein genaues Tagebuch, das dem Kreisarzt oder dem Fürsorgearzt vorzulegen ist.

Auf diese Weise wäre auch eine Schwierigkeit aus der Welt geschafft, die sonst sicher entsteht, daß die Hebamme die Fürsorgeschwester als Konkurrentin oder Beaufsichtigerin betrachtet und ihr stillen Widerstand leistet.

Wir erreichen auf diese Weise eine Säuglingsfürsorge, die nicht nur was scheint, nicht nur unser Volkswohlfahrt wollendes Gewissen beruhigt und uns die schöne Empfindung gibt, was getan zu haben, sondern die wirklich etwas leistet.

Für das Land ist und bleibt die Hebamme die geborene Säuglingsfürsorgerin; sie ist außerdem da und braucht nicht erst geschaffen, sondern nur etwas gehoben zu werden.

In welcher Weise ist das Hebammenlehrbuch zu ergänzen im Hinblick auf die gewünschte Mitwirkung der Hebammenschwestern bei der Säuglingsfürsorge?

Vorschläge als Grundlage für eine Diskussion.

Von Dr. **Rißmann**-Osnabrück.

Die gestellte Frage ist akut dadurch geworden, daß durch das preußische Ministerium schnell und eigentlich unerwartet 14tägige Kurse an Hebammenschulen zur Unterweisung der Hebammen in der Säuglingspflege gefordert wurden. Nun hat zwar das Ministerium eine Anweisung für die Abhaltung der Kurse nachträglich gegeben, aber es wird vielleicht noch anderen Lehrern wie mir gegangen sein, daß beim Eintreffen der Anweisung schon der größere Teil des Kursus beendet war. Auch ist doch anzustreben, daß für die Folge den jungen Schülerinnen mindestens dasselbe gelehrt wird, wie jetzt den älteren im Berufe stehenden Hebammen. Ebenso fragt es sich, ob die Anweisung, die uns jetzt für die Abhaltung der Kurse gegeben wurde, nicht noch verbesserungsfähig ist. Ich halte es deshalb für wünschenswert, alle Kollegen, die Interesse an der vorliegenden Frage nehmen, zu einer baldigen Meinungsäußerung aufzufordern.

Persönlich war es mir nicht schwer, auch ohne die, wie gesagt, zu spät erhaltene Anweisung den Kursus zu erteilen, weil ich seit einer Reihe von Jahren die Paragraphen des Lehrbuches, die sich auf die Kinderpflege beziehen, wesentlich ergänzt hatte. Ich konnte schon im Jahre 1913 auf die Rundfrage Rotts (s. Annalen für das Hebammenwesen, 1914, Heft 1) antworten, daß ich meine besseren Schülerinnen für befähigt hielte, einen gesunden Säugling mindestens ein Jahr lang in

seiner Entwicklung zu kontrollieren. Die Ergänzung der betr. Paragraphen bestand in der Hauptsache in folgenden Zusätzen:

Zu § 238 des Lehrbuches: Die tägliche Zunahme des Säuglings in den ersten 12 Monaten wird gegeben und daneben die Regel: „Um das Gewicht des Kindes ungefähr zu berechnen, nimmt man in den ersten 5 Monaten die Monatszahl mit 600 × und zählt das Anfangsgewicht hinzu. Vom 6. Monate an nimmt man die Monatszahl mit 500 × und zählt das Anfangsgewicht hinzu.

Wer die Kinder nicht wiegt, kann keine Fürsorge treiben; es sollte deshalb nicht nur die Länge, sondern auch das Anfangsgewicht neben Schulter- und Kopfumfang in die Tagebücher geschrieben werden.

Zu § 244: Diätzettel einer Stillenden in den späteren Monaten.

Zu § 247: Ueber Fürsorgebestrebungen und die Mitwirkung der Hebammenschwestern dabei.

Zu § 248: Abdrücken und Milchpumpen verschiedener Konstruktion gezeigt und später praktisch angewandt.

Zu § 259: Die Brustwarze überhaupt nie anfassen.

Zu § 261: Die Trinkmengen der Kinder an der Mutterbrust (Einzelmahlzeiten und Tagesmengen) in den ersten 4 Wochen und ferner in den folgenden Monaten. — Ueberfütterung an der Mutterbrust.

Zu § 264: Prozentuale Zusammensetzung von Menschen- und Tiermilch. Ueber Zwiemilchernährung.

Zu § 265: Genaues Schema der künstlichen Ernährung eines gesunden Säuglings, etwa nach Pescatore S. 48. — Nie mehr als 1 Liter Flüssigkeit.

Beikost für einen 3/4—1 Jahr alten Säugling.

Rezepte für Schleim- und Mehlabkochungen, Rezepte für Gemüsebreie etc.

Zu § 270: Die Merkblätter des Kaiserin Auguste Victoria-Hauses durchgenommen.

Zu § 509: Besser Mineralpuder (Zinkpuder) oder Salben (Zinkpaste) Bei jeder Krankheitserscheinung den Arzt rufen! Keine künstliche Milchpräparate empfehlen!

Diese Ergänzungen sind meiner Ansicht nach das mindeste, was für das Hebammenlehrbuch verlangt werden müßte. Ich habe bei den gleich zu besprechenden Vorstelluugen älterer Säuglinge noch viele Einzelheiten hinzugefügt. Es wurden nämlich stets 4 Schülerinnen in unsere Poliklinik (Mutter- und Säuglingsfürsorge) geschickt, die täglich außer Sonntags durch den Assistenzarzt abgehalten wird. Die klinisch zu beobachtenden älteren Säuglinge (bei Wochenbettfieber- oder anderen Erkrankungen der Wöchnerinnen oder wenn die zur Operation aufgenommenen Frauen ihre Kinder mitbrachten) wurden alle mehrfach durch mich demonstriert.[1])

[1]) Diese Einrichtung leidet an dem einseitig pädiatrischen Vorgehen in der Säuglingsfürsorge. Obwohl die sog. Mütterberatung, die durch den vaterländischen Frauenverein in Osnabrück geschaffen wurde, später als unsere Poliklinik eingerichtet wurde, war es den Damen des Vaterländischen Frauenvereins möglich, die Polizeibehörde zu veranlassen, auf die bei uns entbundenen unehelichen Mütter einen Zwang derartig auszuüben, daß sie nach der sog. Mütterberatung des Vaterländischen Frauenvereins gehen mußten. Diese uns fraglos zukommenden und als Unterrichtsmaterial wichtigen älteren Säuglinge werden uns also entzogen. Ich kann nicht umhin, einzuschalten, daß das hier kürzlich ebenfalls vom Vaterländischen Frauenverein eingerichtete sog. Säuglingsheim meiner Ansicht nach eher schädlich als nützlich wirkt. Es reißt bei den von uns entlassenen Müttern die Kinder von den Müttern, obwohl sie bis zum letzten Tage die Mutterbrust gegeben haben. Man muß also auch hier wieder rufen: „Baut für jüngere Säuglinge keine Säuglingsheime, sondern Mütterheime.“ Es besteht jetzt die Hoffnung, daß ein Mütterheim in den Bauplan der hiesigen neuen Hebammenschule aufgenommen wird.

Zur freiwilligen Anschaffung habe ich bei der Kürze des jetzigen Hebammenlehrbuches den Schülerinnen genannt:

1. Engel-Baum: Grundriß der Säuglingskunde.
2. Pescatore-Langstein: Pflege und Ernährung des Säuglings.
3. Walther: Leitfaden zur Pflege der Wöchnerinnen und Neugeborenen.

So viel ich beobachten konnte, wurde das unter 2. genannte Büchelchen am häufigsten angeschafft.

Wenn jetzt für die 14tägigen Kurse in der Säuglingskunde die für Kinder geschriebene Säuglings-Fibel von Schw. Antonie Zerwer empfohlen wurde, so muß ich gestehen, daß die von mir angeführten Bücher bei weitem vorzuziehen sind, und daß die Hebammen selbst sehr wenig erfreut waren, als sie hörten, daß eigentlich die Fibel dem Kurse hätte zugrunde gelegt werden sollen.

Für meinen ersten 14tägigen Kursus in der Säuglingskunde habe ich folgende Einteilung gemacht (nach Notizen von zwei Kursistinnen):

1. Tag: Ueber Fürsorgebestrebungen im allgemeinen (Tuberkulose-, Alkohol-. Wohnungsfürsorge), insbesondere Schwangeren-, Wöchnerinnen- und Kinderfürsorge. Stellung der Hebammenschwestern zu den Fürsorgeeinrichtungen.

Besuche unserer Poliklinik.

2. Tag: § 233 des Lehrbuches und folgende. Das Ingangbringen der Mutterbrust (Abdrücken, Milchpumpen). Die Nährstoffe in Tier- und Menschenmilch. Diät für Stillende. Kleidung (Strampelfreiheit) und Lager des Kindes.

Nachmittags: Einübung von Abdrücken und Gebrauch verschiedener Milchpumpen.

3. Tag: § 236—238 des Lehrbuches. Die Wichtigkeit des Wägens. Die an der Mutterbrust getrunkenen Mengen. Hungerstühle und -fieber. Ueberfütterung an der Mutterbrust.

Nachmittags: Wiegen der Kinder vor und nach der Mahlzeit.

4. Tag: § 248. Tägliche Gewichtszunahme des Kindes in den ersten 12 Monaten. Uebungen in der Berechnung des Körpergewichtes nach den Anfangsgewichten in verschiedenen Monaten.

5. Tag: § 248—250. Zwiemilchernährung. Säuger und Flaschen.

Nachmittags: Besuch des Säuglingsheimes in der Stadt.

6. Tag: § 257—265. Reichsammengesetz.

Nachmittags: Besuch der Mütterberatungsstelle in der Stadt.

7. Tag: § 266. Schema der künstlichen Ernährung. Aufbewahrung der Flaschen (Kühlkiste).

Nachmittags: Kochen von Milchmischungen.

8. Tag: § 267—269. Vorstellung älterer Säuglinge und deren Kurven.

Nachmittags: Hitzemerkblatt des Kaiserin Auguste Victoria-Hauses.

9. Tag: § 492—494. Entwöhnung. Beikost. Speisezettel für Kinder bis zum Ende des ersten und im zweiten (dritten) Lebensjahre. Kochrezepte für Säuglinge. Erlebnisse im Kurs: 1. Ueberfütterung an der Mutterbrust, 2) zu geringe anfängliche Milchmengen, Zwiemilchernährung, die später wieder aufgegeben werden konnte.

Nachmittags: Andere Merkblätter des Kaiserin Auguste Victoria-Hauses.

10. Tag: § 495—508. Präparate von Stuhlgängen werden demonstriert.

11. Tag: § 510—515. Fliegen als Bazillenverbreiter. Erbsyphilis, juckende Hautkrankheiten (Diathese), Rachitis.

Nachmittags: Merkblatt der Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

12. Tag: Zusammenfassende Besprechung der im Kurse angelegten Kurven der Kinder. Kurven einiger Flaschenkinder mit viel langsamer und unregelmäßiger Zunahme. Verschiedene Einzelheiten aus der Säuglingskunde. Beantwortung von Fragen aus dem Zuhörerkreise.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Sachverständigentätigkeit in Unfall- und Invaliditäts- und Krankenversicherungssachen.

Ueber traumatischen Scharlach. Von S. Korach-Hamburg. Deutsche medizinische Wochenschrift; 1916, Nr. 1.

Verfasser berichtet über die Scharlacherkrankung bei einem jungen Menschen, der, bisher trotz wiederholter Gelegenheit zu einer Scharlachinfektion von dieser verschont geblieben, die Krankheit akquiriert, als er, kurz nachdem er sich eine frische Handwunde zugezogen hatte, mit Scharlachkranken in direkte Berührung gekommen war. 48 Stunden nach der Verletzung und direkten Berührung mit dem Scharlachvirus Entwicklung einer Lymphangitis scarlatinosa. Am dritten Tage schwere Allgemeinerscheinungen, Beginn des Scharlachexanthems am Halse; am vierten Tage Ausbreitung des Exanthems, beginnende Angina, 24 Stunden später vollständig entwickelter Scharlach mit typischer Lokalisation.

Im vorliegenden Falle werden wohl gegen den ursächlichen Zusammenhang zwischen Trauma und Infektion keinerlei Bedenken erhoben werden können. Die vorhandene Kasuistik weist aber nur wenige und seltene Beobachtungen auf, bei denen der bestimmte Nachweis geführt werden kann, daß eine gröbere oder nur leichtere Verletzung der Haut dem Scharlachvirus eine Invasionsstätte geschaffen hat, und für die daher die Bezeichnung „traumatischer Scharlach“ im engeren Sinne vorbehalten bleiben soll.

Bernstein hat der Begutachtung des traumatischen Scharlachs als Merkmale zugrunde gelegt: 1. Ausgang des Scharlachexanthems von der verletzten Stelle; 2. unmittelbarer Uebergang des Scharlachexanthems auf den übrigen Körper; 3. Auftreten des Exanthems vor anderen Symptomen des Scharlachs. Korach fügt als unerläßliche Forderung das Vorhandensein bezw. den Nachweis einer Infektionsquelle hinzu. Der ätiologische Zusammenhang zwischen Trauma und Scharlach kann nicht vertreten werden, wenn „weit und breit“ eine Scharlacherkrankung nicht nachzuweisen war, von der aus die Infektion stattgefunden hat. K. geht in der Einschränkung noch weiter, indem er alle Fälle als „nicht reine“ ausscheidet, in denen sich das Exanthem bei phlegmonösen und septischen Prozessen entwickelt oder an ein Erysipel angeschlossen hat, da dann die Frage, ob Scharlach oder septisches Exanthem, mitunter recht schwer, bisweilen überhaupt nicht mit Sicherheit zu beantworten ist.

Bei der durchaus notwendigen Einschränkung schrumpft die Zahl der einwandfreien Fälle von „traumatischem Scharlach“ auf ein Minimum zusammen. Die Eigenbeobachtung Leubes, die kurz wiedergegeben wird, besteht „vor jeder Kritik, die die Grenzen der Vernunft einhält“. Die wenigen, vor jeder Kritik standhaltenden Fälle sind ausreichend, um als Grundlage für die Entscheidungen in der Unfallbegutachtung verwertet zu werden.

Dr. Roepke-Melsungen.

Gebühren und Unfallsachen. Von Kreisarzt Dr. Ostermann-Oschersleben.

Die Brauerei- und Mälzerei-Berufsgenossenschaft, Sektion VII, Magdeburg, hat vor kurzem in einer Unfallsache ein Gutachten von mir verlangt. Bisher hatte sie, wie alle anderen Berufsgenossenschaften, den Satz von 10 M. für ein solches Gutachten bezahlt. Nachdem sie das Gutachten erhalten hatte, ersuchte sie mich, die Gebührenforderung von 10 M. auf 6 M. zu ermäßigen. Sie stützte sich dabei auf ein Urteil des Amtsgerichts A, Abtlg. 2, Magdeburg, vom 12. Oktober 1916 — 2 C 444 16—8 —, das in einem ähnlichen Falle gegen den Arzt wie folgt entschieden hatte: „Entscheidungsgründe: Es ist richtig, daß in dem Formular, das die Beklagte dem Kläger zur Ausfüllung übersandt hatte, von diesem ein „Gutachten“ verlangt worden war. Dieser Ausdruck ist aber ungenau, denn der Beklagten war es nur darum zu tun, eine eingehendere Darstellung des fraglichen Krankheitsfalles zu erhalten, nicht ein wissenschaftlich begründetes Gutachten. Sie wollte nur wissen, welche Verletzungen vorlagen und wie ihre Folgen ärztlich zu beurteilen (!) waren; dagegen war es ihr gleichgültig, wie der Arzt seinen Befund wissenschaftlich

begründete. (!) In der Tat hat denn Kläger auch nur einen ziemlich ausführlich gehaltenen Krankheitsbericht erstattet und kein wissenschaftlich begründetes Gutachten. Ein solches liegt aus den von der Beklagten angeführten Gründen nicht vor. In Anwendung kommt also § 24, Ziffer 6 der Geb.-O. für Aerzte. Innerhalb des Rahmens von 3—10 M., der somit der Honorierung des Klägers zugrunde zu legen ist, muß aber ein mittlerer Satz von 6 M. als angemessen gelten, zumal Kläger zugibt, den Kranken schon früher behandelt zu haben, was seine Müheleistung immerhin erleichtert haben muß. Beklagte konnte daher nur nach Maßgabe ihres Anerkenntnisses verurteilt werden, und die Mehrforderung war kostenpflichtig abzuweisen."

Das Urteil ist an sich in höchstem Maße anfechtbar. Der betreffende Kollege hat leider keinen Einspruch erhoben, was man in der jetzigen Zeit aus verschiedenen Gründen verstehen kann. Meinen Einwand, daß das Urteil für mich als Kreisarzt ohne Belang sei, weil für die Kreisärzte das Gebührengesetz vom 14. Juli 1909 entscheidend sei, begegnete die Berufsgenossenschaft damit, daß es sich bei der Klage „zufällig" um einen Kreisarzt gehandelt habe. Ich konnte das nicht nachprüfen; ich kann es aber nicht glauben, weil der Richter dann doch ohne Zweifel nicht die Gebühren-Ordnung für approbierte Aerzte, sondern eben das Gebührengesetz vom 14. Juli 1909 zur Entscheidung herangezogen haben würde. — Auch ich habe keine Lust, mich jetzt mit der Brauerei- und Mälzerei-Berufsgenossenschaft herumzuklagen. Dagegen erschien es mir angezeigt, den Herren Kollegen den Sachverhalt zur Kenntnis zu bringen, um sie vor ähnlichen Ueberraschungen zu bewahren.

Das Wochengeld (§ 195 der R. V. O.) ist nicht nur für die Arbeitstage, sondern für jeden Kalendertag zu zahlen. Revisionsentscheidung des Reichsversicherungsamts vom 23. Mai 1916. Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamts; 1916, S. 626.

. . . . Nach § 195 R. V. O. erhalten Wöchnerinnen unter gewissen Voraussetzungen „ein Wochengeld in Höhe des Krankengeldes für acht Wochen". Hiergegen wird nach § 182 Nr. 2 gewährt „Krankengeld in Höhe des halben Grundlohns für jeden Arbeitstag." Während dies also bei im übrigen ähnlicher Fassung der Vorschriften das Krankengeld ausdrücklich auf die Arbeitstage abgestellt ist, wird das Wochengeld für „acht Wochen" gezahlt, allerdings „in Höhe des Krankengeldes". Hierzu ist in der Begründung zum Entwurfe der R. V. O. S. 139 ausgeführt: „Nicht das Krankengeld, sondern ein ihm gleicher Betrag ist als Wochengeld zu zahlen. Es handelt sich mithin, wie schon nach dem Krankenversicherungsgesetz, um eine rechtlich selbständige Leistung Wird indessen der Betrag des Krankengeldes erhöht, so ist dies auch auf die Höhe des Wochengeldes von Einfluß." Aus der in der Begründung besonders betonten rechtlichen Selbständigkeit des Wochengeldes ergibt sich ohne weiteres daß nicht alle Vorschriften, die für das Krankengeld gelten, auch auf das Wochengeld anzuwenden sind; nur die Höhe des Krankengeldes soll auch für das Wochengeld maßgebend sein. Allerdings ist zuzugeben, daß zwischen beiden Barleistungen eine gewisse innere Verwandtschaft besteht. Das kann dazu führen, mangels entgegenstehender gesetzlicher Vorschrift einzelne für das Krankengeld getroffenen Vorschriften auch für das Wochengeld zu übernehmen. Immerhin wird in jedem Falle zu prüfen sein, ob die rechtliche Besonderheit des Wochengeldes das zuläßt. Dabei ist zu berücksichtigen, daß der Zweck des Wochengeldes sich nicht in dem teilweisen Ersatze der wirtschaftlichen Einbuße aus der Arbeitsunfähigkeit erschöpft; vielmehr verfolgt das Wochengeld, wie überhaupt die gesamte Wochenhilfe noch hierüber hinaus den vornehmen Zweck der Erhaltung und Kräftigung von Mutter und Kind und somit der Erhöhung der Volkskraft. Diesem allgemeinen Zwecke dient das Wochengeld viel unmittelbarer als das Krankengeld, das in erster Linie dem einzelnen Erkrankten zugute kommt und damit nur unmittelbar zur Gesundung des Volkes beiträgt. . . . . Mit dem hier dargelegten erweiterten Zwecke des Wochengeldes ist es aber nicht vereinbar, daß diese Leistung nur für Arbeitstage gewährt werden soll; vielmehr muß angenommen werden, daß der Gesetzgeber in bewußter Abweichung von § 182 Nr. 2 R. V. O. gewollt hat, daß das Wochengeld für jeden Kalendertag der acht Wochen gezahlt wird.

Selbstversicherte Ehefrauen haben nur dann Anspruch auf Kriegswochenhilfe (Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 3. Dezember 1914), wenn sie nach der R.V.O. versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind. Revisions-Entscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 6. Juni 1916.

Nach § 1 der Bekanntmachung wird Wöchnerinnen während der Dauer des gegenwärtigen Krieges eine Wochenhilfe, insbesondere nach § 3 Nr. 4 a. a. O. auch Stillgeld gewährt, wenn ihre Ehemänner vor Eintritt in den Kriegsdienst auf Grund der Reichsversicherungsordnung während der in § 1 Nr. 2 der Bekanntmachung bezeichneten Zeiten gegen Krankheit versichert waren. Diese Voraussetzung trifft bei dem Ehemanne der Klägerin nicht zu. Auch auf Grund des § 8 der Bekanntmachung kann die Klägerin das Stillgeld nicht beanspruchen. Nach dieser Bestimmung sind den gegen Krankheit versicherten Wöchnerinnen, die Anspruch auf Wochengeld nach § 195 der Reichsversicherungsordnung, nicht aber auf Wochenhilfe nach § 1 der Bekanntmachung haben, von ihrer Kasse, auch wenn die Satzung solche Mehrleistungen nicht vorsieht, während der Dauer des Krieges die im § 3 Nr. 1, 3 und 4 bezeichneten Leistungen, gegebenenfalls also auch Stillgeld, zu gewähren. Die Anwendung des § 8 a. a. O. setzt also voraus, daß ein Anspruch auf Wochengeld nach § 195 der Reichsversicherungsordnung besteht. Einen solchen Anspruch haben aber nach § 195 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung nur solche Wöchnerinnen, die während der dort bezeichneten Zeiten „auf Grund der Reichsversicherung" oder bei einer knappschaftlichen Krankenkasse versichert gewesen sind. Zu den auf Grund der Reichsversicherung versicherten Personen gehören die Mitglieder der reichsgesetzlichen Krankenkassen (§ 225 der Reichsversicherungsordnung) ohne Unterschied, ob sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind. Die Mitglieder von Ersatzkassen sind als solche nicht auf Grund der Reichsversicherung versichert, sondern nur dann, wenn sie versicherungspflichtig sind oder als Versicherungsberechtigte zugleich freiwillig einer gesetzlichen Krankenkasse angehören. Wer, wie die Klägerin, lediglich freiwilliges Mitglied einer Ersatzkassse oder eines sonstigen Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit ist, ist nicht auf Grund der Reichsversicherung versichert und hat keinen Anspruch auf Wochengeld nach § 195 der Reichsversicherungsordnung. Durch § 8 der Bekanntmachung werden also nicht alle gegen Krankheit versicherten Wöchnerinnen der in § 1 der Bekanntmachung bezeichneten Gruppe gleichgestellt, sondern nur diejenigen, die der Versicherungspflicht nach der Reichsversicherungsordnung unterliegen oder von der Versicherungsberechtigung bei einer gesetzlichen Krankenkasse Gebrauch gemacht haben.

Frauen, die vor ihrer Entbindung aus einer Krankenkasse ausgeschieden sind, haben nach § 214 der R.V.O. innerhalb der ersten drei Wochen nach ihrem Austritt zwar noch Anspruch auf die Regelleistungen der Kasse, also auch auf Wochenhilfe, aber nicht auf die Mehrleistung der Kriegswochenhilfe, da sie nicht mehr als gegen Krankheit versichert im Sinne des § 8 Abs. 1 der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 3. Dezember 1914 gelten. Revisions-Entscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 14. August 1916.

. . . . Der Bestimmung des § 8 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 lag offenbar der Gedanke zugrunde, daß es als unbillig empfunden worden wäre, wenn Mitglieder der Krankenkassen, denen bis zum Kriegsausbruche ähnliche Leistungen wie diejenigen des § 3 a. a. O. auf Grund der Kassensatzung zugestanden und die dieses Anspruchs infolge der durch das Gesetz, betreffend Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen, vom 4. August 1914 erfolgten Beschränkung der Kassenleistungen auf die Regelleistungen verlustig gegangen waren, nunmehr nach Erlaß dieser Bekanntmachung schlechter gestellt sein würden als der ihnen wirtschaftlich gleichstehende Personenkreis des § 1 der Bekanntmachung. Es wurde daher durch § 8 a. a. O. erneut ein Anspruch auf die „Mehrleistungen" der Wochenhilfe geschaffen. Dagegen fehlt es an jedem Anhalt für die Annahme, daß durch diese Bestimmung eine Erweiterung der Kassenleistungen auch für solche Personen beabsichtigt gewesen sei, die vor Erlaß des Gesetzes vom 4. August 1914 nach ausdrücklicher

Vorschrift der Reichsversicherungsordnung überhaupt nur einen Anspruch auf die Regelleistungen hatten, wie dieses hinsichtlich derjenigen Personen, bei denen die Voraussetzungen des § 214 vorliegen, der Fall ist. Diese Auffassung wird auch durch die Auskunft des Reichsamts des Innern vom 1. Januar 1915, das beim Erlasse dieser Bekanntmachung hervorragend beteiligt gewesen ist, bestätigt. Der Senat hat hiernach die in Rede stehende Frage verneint. Die Annahme des Versicherungsamts, daß die vom Senat vertretene Ansicht zu Härten führen würde, weil die Wöchnerinnen in den seltensten Fällen bis zum Augenblicke der Niederkunft in der versicherungspflichtigen Beschäftigung verbleiben würden, ist unzutreffend, da es ihnen unbenommen ist, die Versicherung freiwillig fortzusetzen und sich dadurch den Anspruch zu erhalten. Nach allem erwies sich der erhobene Anspruch als unbegründet.

Die Ehefrau eines Berufssoldaten hat keinen Anspruch auf Kriegswochenhilfe. Revisionsentscheidung des Reichsversicherungsamts vom 31. Juli 1916. Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamts; 1916, S. 628.

. . . . Nach § 1 Nr. 2 der Bekanntmachung, betreffend Wochenhilfe während des Krieges, vom 3. Dezember 1914 erhalten die nicht selbstversicherten Ehefrauen von Kriegsteilnehmern Kriegswochenhilfe nur dann, wenn ihre Ehemänner vor dem Eintritt in den Kriegsdienst auf Grund der Reichsversicherungsordnung oder bei einer knappschaftlichen Krankenkasse in den vorangegangenen zwölf Monaten mindestens sechs Wochen gegen Krankheit versichert waren. Der Anspruch steht demnach nur den Ehefrauen solcher Kriegsteilnehmer zu, die nach ihrem Berufe zu dem Kreise der krankenversicherungspflichtigen Personen gehören oder sich bei einer Kasse freiwillig versichert haben. Beides ist bei dem Ehemanne der Klägerin nicht der Fall. Er ist als Berufssoldat nicht versicherungspflichtig, da Personen des Soldatenstandes (Torpedomaat) nicht zu den im § 165 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung bezeichneten Personengruppen gehören. Ebensowenig hat er von dem Rechte der freiwilligen Weiterversicherung bei der Krankenkasse (§ 313 der Reichsversicherungsordnung) Gebrauch gemacht. Seine Ehefrau kann daher Kriegswochenhilfe auf Grund der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 nicht verlangen. Das widerspricht nicht der Entscheidung 2084 (Amtliche Nachrichten des R. V. A. 1915 S. 662). Danach erhält die Ehefrau eines Kriegsteilnehmers Kriegswochenhilfe auch dann, wenn ihr Ehemann bei Beginn des Krieges zur Erfüllung der Wehrpflicht diente, sofern er nur vor dem Eintritt in den Militärdienst in dem im § 1 Nr. 2 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 bezeichneten Umfang versichert war. Dieser Fall unterscheidet sich wesentlich von dem vorliegenden. Wer lediglich zur Erfüllung der Wehrpflicht dient, gibt dadurch allein seinen bisherigen Beruf noch nicht auf. Sofern er in diesem gegen Krankheit versichert war, ist er auch während des Militärdienstes denjenigen Personen zuzurechnen, die nach ihrem Berufe krankenversicherungspflichtig sind. Dagegen scheidet ein Berufssoldat mit dem Eintritt in den berufsmäßigen Soldatendienst regelmäßig endgültig aus seinem bisherigen Berufe aus . . . .

Unter Verhinderung an der „Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit" (§ 1 Nr. 1 der Bekanntmachung des Reichskanzlers, betr. Kriegswochenhilfe während des Krieges, vom 3. Dezember 1914) ist nicht schon die Unfähigkeit zur „Wiederaufnahme der bisherigen Berufstätigkeit" zu verstehen. Revisions-Entscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 6. Juni 1916.

. . . . . Streitig ist hier, ob der Ehemann der Klägerin zurzeit ihrer Niederkunft an der „Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit" durch seine Verwundung (Verlust von drei Fingern der linken Hand) behindert gewesen ist. Das Versicherungsamt hat diese Voraussetzung hier deshalb als vorliegend angenommen, weil der Ehemann der Klägerin wegen der erheblichen Beschädigung seiner linken Hand durch die Kriegsverwundung seinen früheren Beruf als Dachdeckergehilfe nicht ausüben könne. Es geht dabei von der Auffassung aus, daß unter der Verhinderung zur Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit im Sinne der erwähnten Bekanntmachung die Unfähigkeit zur Wiederausübung

der bisher verrichteten Erwerbstätigkeit zu verstehen sei. Diese Auslegung ist zu eng, sie widerspricht dem Zwecke und dem Wortlaut der Vorschrift. Der Zweck des § 1 a. a. O. war der, denjenigen Ehefrauen ehemaliger Kriegsteilnehmer durch die Wochenhilfe aus Mitteln des Reichs eine besondere Fürsorge zuzuwenden, deren Ehemänner nicht wieder erwerbsfähig geworden und deshalb nicht in der Lage sind, im Entbindungsfalle selbst für Weib und Kind zu sorgen Der Anlaß zur Gewährung dieser Beihilfe fällt also weg, wenn der Ehemann selbst eine Erwerbstätigkeit wieder aufnehmen kann. Dies ist dann der Fall, wenn die Folgen der Erkrankung oder Verwundung soweit beseitigt sind, daß eine Verwertung der wiedergewonnenen Arbeitskraft auf dem allgemeinen Arbeitsmarkte möglich ist. Unerheblich ist im allgemeinen also, ob der Kriegsbeschädigte nach Wiederherstellung seiner Gesundheit gerade seinen bisherigen Beruf weiter ausüben kann oder ob er zu einer anderen Tätigkeit übergehen mußte, sofern nur die tatsächliche Möglichkeit der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit gegeben ist. Diese Auslegung entspricht auch dem Wortlaut der Vorschrift. Die Wochenhilfe wird nach § 1 a. a. O. gewährt bei Verhinderung des Kriegsteilnehmers an der Wiederaufnahme „einer" — nicht „seiner" — Erwerbstätigkeit. Diese Fassung würde wohl nicht gewählt worden sein, wenn die Wochenhilfe grundsätzlich allen Ehefrauen von Kriegsteilnehmern hätte zugebilligt werden sollen, deren Ehemänner zur Fortsetzung ihrer bisherigen Berufstätigkeit nicht in der Lage waren. Die gegenseitige Auffassung würde auch zu praktisch nicht erwünschten Ungleichheiten führen. Es könnten dann die Ehefrauen von Kriegsteilnehmern, deren Ehemänner nach Wiederherstellung ihrer Gesundheit in ihre frühere Arbeitstätigkeit wieder eingetreten sind, bei Entbindung Wochenhilfe nicht beanspruchen, während sie den Ehefrauen der in der gleichen Arbeitsstätte und gegen gleichen Lohn beschäftigten Kriegsteilnehmer lediglich deshalb gewährt werden mußte, weil letztere infolge von Kriegsverwundungen und dergleichen zum Uebergang in eine andere Berufstätigkeit genötigt gewesen sind. Der Anspruch der Klägerin auf Gewährung der Wochenhilfe ist hiernach nicht begründet; denn ihr Ehemann hat zurzeit ihrer Entbindung, wie auch vorher und später, längere Zeit hindurch regelmäßig Lohnarbeit verrichtet und dabei einen nicht unerheblichen Verdienst erzielt. Es entspricht auch der namentlich auf dem Gebiete der Unfallversicherung gemachten Erfahrung, daß eine Handverletzung, wie sie der Ehemann der Klägerin erlitten hat, nach eingetretener Gewöhnung Erwerbsunfähigkeit nicht mehr bedingt. War der Genannte als an der „Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit" nicht verhindert, so kann die Klägerin Wochenhilfe nach den §§ 1 und 3 der Bekanntmachung nicht beanspruchen.

Die Voraussetzung für Gewährung der Kriegswochenhilfe während des Krieges ist nicht erfüllt, wenn der Ehemann der Wöchnerin zwar Dienst bei einer freiwilligen Sanitätskolonne leistet, aber dadurch nicht wesentlich behindert wird, seiner Erwerbstätigkeit nachzugehen. Revisions-Entscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 14. August 1916. Amtliche Nachrichten des Reichsgesundheitsamtes; 1916, S. 617.

. . . . . § 1 Nr. 1 der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 3. Dezember 1914 betr. Wochenhilfe kommen für die darin vorgesehenen Leistungen Wöchnerinnen in Betracht, wenn ihre Ehemänner in diesem Kriege dem Reiche Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste leisten oder an deren Weiterleistung oder an der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit durch Tod, Verwundung, Erkrankung oder Gefangennahme verhindert sind. Der Senat hat angenommen, daß auch die Dienstleistungen bei einer freiwilligen Sanitätskolonne zu den vorstehend angeführten Diensten gerechnet werden können. Aber damit allein sind die Voraussetzungen für den Anspruch auf Wochenhilfe noch nicht gegeben; diese sind vielmehr so lange nicht erfüllt, als der Ehemann der Wöchnerin von der Militärbehörde vorläufig entlassen und dadurch in die Lage versetzt ist, wieder der Erwerbstätigkeit nachzugehen; denn in einem solchen Falle ist der Hauptgrund für die Gewährung der Wochenhilfe, nämlich, daß der Ehemann durch den Kriegsdienst verhindert ist, seiner Familie selbst beizustehen, entfallen. Auch hier kommt es, wie bei Auslegung des Begriffs „Rückkehr in die Heimat" im § 3 des Gesetzes über

Erhaltung von Anwartschaften aus der Krankenversicherung vom 4. August 1914, darauf an, ob der Kriegsteilnehmer in der Lage war, sein bürgerliches Leben wieder aufzunehmen. Wie sich aus der Auskunft der Arbeitgeberin des Ehemannes der Wöchnerin ergibt, an deren Richtigkeit zu zweifeln kein Anlaß vorliegt, ist der Ehemann B. durch seine Dienstleistung bei der freiwilligen Sanitätskolonne nur unerheblich seiner bürgerlichen Tätigkeit — es hat sich im Laufe der drei Vierteljahre nur um etwa sechs Arbeitstage gehandelt — entzogen worden. Unter diesen Umständen konnte ein Anspruch auf Wochenhilfe nicht anerkannt werden.

B. Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Wohnungshygiene.

Die Wohnungsfrage und der Krieg. Von Prof. Dr. Albrecht. Konkordia; 1916, Nr. 24.

Die Wohnungsfrage muß heute in erster Linie unter dem Gesichtswinkel des Krieges und der durch denselben gezeitigten Folgeerscheinungen betrachtet werden; vornehmlich zwei Gesichtspunkte verlangen eine einwandfreie Lösung: die Dankesschuld gegen die heimkehrenden Krieger und das Bevölkerungsproblem. Notwendig ist die Rückkehr zum Kleinhausbau und eine Zusammenfassung aller berufenen Stellen — des Reiches, des Staates, der Gemeinden, der gemeinnützigen Bautätigkeit, der Arbeitgeber, der Arbeiterorganisationen — zu einem großzügigen gemeinsamen Vorgehen. Dr. Wolf-Hanau.

Ableitungsrohre für Gasfeuerungen. Von F. Huth. Rauch und Staub 1916, Nr. 3.

Der Verfasser verlangt besondere Ableitungsrohre für Gasöfen in Wohn- und Baderäumen sowie für Backöfen, dagegen nicht für Gaskocher in der Küche.
Dr. Wolf-Hanau.

2. Gewerbehygiene.

Ein seltener Fall hochgradiger Gebißzerstörung infolge beruflicher Tätigkeit. Von Priv.-Doz. Dr. Blessing-Braunschweig. Zentralblatt für Gewerbehygiene; 1916, Nr. 12.

Der Verfasser berichtet über einen Fall von hochgradiger Gebißzerstörung als Folge des schädlichen Einflusses von Mehl- und Zuckerstaub, wobei die Einwirkung der Zitronensäure als besonders günstiges Moment für das rasche Fortschreiten der Karies in Betracht zu ziehen ist. Dr. Wolf-Hanau.

Gutachten über die Katastrophe in A. (Zelluloidkammfabrik). Von Prof. Dr. Zangger-Zürich. Zentralbl. für Gewerbehygiene; 1916, Nr. 11—12.

Das ausführliche Gutachten hat den Hauptzweck, hauptsächlich die Erfahrungen, die Verfasser als Mediziner und Gerichtsarzt bei vielen Katastrophen macht, und die Gesamterfahrungen bei der besprochenen Katastrophe so zusammenzustellen, daß sich daraus Anregungen für die Schutzmaßnahmen der Zukunft in diesen Industrien herleiten lassen. Dr. Wolf-Hanau.

Die Bedeutung des Abdeckerei-Großbetriebes der Gemeinden und Gemeindeverbände für den Anwohnerschutz und die Viehseuchenbekämpfung. Von Reg.- und Gewerberat Dr. Fischer-Polschau. Zentralblatt für Gewerbehygiene; 1916, Nr. 11—12.

Nur der Großbetrieb wird alle Lasten tragen und die behördlichen Auflagen erfüllen können. Es liegt daher im Interesse weitester Kreise, vor allem aber auch in dem der gegen die Seuchengefahr zu schützenden Landwirtschaft, daß die Kleinbetriebe vermindert und zu Großbetrieben umgestaltet oder zusammengelegt werden, die in der Regel nicht im Besitze von Privatpersonen, sondern in den Händen von Gemeinden oder Gemeindeverbänden sein sollen, damit sie vor allem auch den Charakter wirklicher Wohlfahrtseinrichtungen annehmen. Dies läßt sich auch unschwer durchführen, wenn Gemeinden, Kreise, Städte oder Verbände der Sache zum Nutzen der Allgemeinheit größere Aufmerksamkeit als bisher zuwenden. Der Einwand,

daß dann allzu lange Transportwege den Betrieb über Gebühr erschweren, ist längst nicht mehr stichhaltig. Der Großbetrieb wird es sogar ermöglichen, an die Spitze einer derartigen größeren Wohlfahrtsanstalt einen Tierarzt zu stellen. Dr. Wolf-Hanau.

3. Säuglings- und Kleinkinderfürsorge.

Der biologische Wert der mütterlichen Stillpflicht. Von Hermann Muckermann, S. J., Freiburg in Breisgrau. 1917; Herdersche Verlag.

Sich stützend auf des Ref. Forderung, daß die Grundlage aller Besserung in der Säuglingssterblichkeit die Verbesserung der biologischen Verhältnisse sein müsse, daß das Stillen nahezu der Gesamtinhalt der Biologie des Kindes ist, sich stützend auf dessen weitere Forderung, da keine Hilfe dem Kinde gewährt werden darf, sie gehe denn durch die Mutter, versucht dieser erfahrene und wissenschaftlich durchgebildete Klosterangehörige die Grundlage der Säuglingsfürsorge der Allgemeinheit verständlich zu machen. Er scheidet zwischen den Stillsegen für das Kind und den Stillsegen für die Mutter. Er führt eine überzeugende Sprache; mancher Arzt und auch mancher Verwaltungsarzt kann viel daraus lernen. Daß die öffentliche Säuglingsfürsorge Gefahr lief, sich in der Kinderpflege zu verlieren, hat Referent wiederholt betont; er freut sich daher, einen Kampfgenossen begrüßen zu können in der natürlichen Aufzucht des Kindes. Meine Gedanken der Zwangseinrichtung des Stillens lehnt M. als unausführbar ab. Wir wollen sehen! Daß der Zwang überflüssig ist, wenn der Gedanke der Stillpflicht die Masse des Volkes ergriffen hat, ist ohne weiteres klar. Ob aber die öffentliche Säuglingsfürsorge die große Revolution der Geister durch den gegenwärtigen Krieg dazu ausgenutzt hat, dieses Bewußtsein im Volke wesentlich zu fördern, soll hier nicht erörtert werden. Dr. Graßl-Kempten.

Aerzteschaft und Säuglingsfürsorge. Von Stadtarzt Dr. Oschmann-Weißenfels. Zeitschrift für Säuglingsschutz; 1916, Nr. 10.

Auf das Studium der Säuglingskrankheiten muß mehr Wert gelegt werden, denn der prakt. Arzt wird sich oft mit der Säuglingsfürsorge beschäftigen müssen. Anderseits muß die Aerzteschaft bei einigen gutem Willen einsehen, daß alle in der richtigen Form getroffenen Fürsorgemaßnahmen nicht zur Folge haben können, daß die Menschheit dem Arzte entfremdet, sondern im Gegenteil, ihm dadurch zugeführt wird. Dr. Wolf-Hanau.

Die Säuglingssterblichkeit in Cöln in den Jahren 1914—1915. Von Dr. Benjamin. Zeitschrift für Säuglingsschutz; 1916, Nr. 7.

Das erste Jahr Säuglingsfürsorge in Gnesen vom 1. Oktober 1914 bis 30. September 1915. Von Dr. Wolff. Ebenda Nr. 8.

Die Säuglingssterblichkeit in Aachen in den Jahren 1913—1915. Von Dr. Elfert. Ebenda.

Die „offene" Säuglingsfürsorge in Hannover während der Kriegszeit. Von Dr. Hunaeus. Ebenda Nr. 9.

Säuglingsschutz und Säuglingssterblichkeit in Mannheim während des Krieges 1914/15. Von Dr. Felsenthal. Ebenda.

Rückgang der Säuglingssterblichkeit in Berlin während des Krieges. Von Dr. Gurecke. Ebenda Nr. 10.

Einfluß des Krieges auf die Krankenbewegung einer großstädtischen Säuglingsstation. Von Dr. Schede. Ebenda; Nr. 12.

Ein Größerwerden der Säuglingssterblichkeit im Beginn des Krieges war bei der bestehenden allgemeinen Verwirrung unausbleiblich. Es spricht aber für die Güte der bestehenden Fürsorgeeinrichtungen und dafür, daß diese auch bei der breiten Masse des Volkes schon festen Fuß gefaßt haben, daß die Krise so überraschend schnell vorüberging. Es beschränkte sich in Cöln der Zeitraum stark erhöhter Säuglingssterblichkeit auf nur ganz wenige Wochen. Das Jahr 1915 erbrachte die geringste bisher in Cöln beobachtete Sterblichkeitsziffer für Säuglinge, gewiß eine höchst erfreuliche und kaum erwartete Tatsache. Als am fruchtbringendsten hat sich wohl die im Kriege eingerichtete Reichswochenhilfe erwiesen.

Auch der Jahresbericht von Wolff zeigt, wieviel offensichtliche Erfolge

man schon in ganz kurzer Zeit und ohne allzu erhebliche Mittel selbst dort haben kann, wo das Interesse für Säuglingsfürsorge in allen Kreisen ein durchaus geringes ist.

Elfert weist nach, daß die Säuglingssterblichkeit in Aachen in den letzten 25 Jahren erheblich gesunken ist. Die eigentlichen Infektionskrankheiten haben die Höhe der Säuglingssterblichkeit in den Berichtsjahren nicht nennenswert beeinflußt. In den Sommermonaten bestand eine erhöhte Sterblichkeit an Magendarmkatarrh und Brechdurchfall. Bei den unehelich Geborenen ist eine möglichst frühe Unterstellung der Kinder unter die Säuglingsfürsorge zu erstreben.

Hunaeus bestätigt die auch anderwärts gemachte Beobachtung, daß auffallend vielen Kindern die Brust gegeben wurde, zweifelsohne eine Folge der Kriegsstillunterstützungen. Erfreulich war auch während des Sommers die verhältnismäßig geringe Zahl schwerer akuter Magendarmstörungen bei den künstlich ernährten Kindern.

Guradze hat die statistischen Zahlen für Berlin zusammengestellt. Interessanterweise setzte der Geburtenrückgang besonders heftig im Mai 1915 ein, also genau 9 Monate nach Kriegsbeginn. Aber auch der Sterblichkeitsabfall ist bemerkenswert; so sind besonders auffallend die niedrigen Ziffern im September bis November 1915.

Felsenthal äußert sich folgendermaßen: Im ganzen zeigt das Jahr 1915, daß die Zahl der in Mannheim an Ernährungsstörung gestorbenen Kinder zwar noch sehr hoch, aber doch viel geringer ist, als in früheren Jahren. Noch im Jahre 1910 starben im Großherzogtum Baden etwa 60 % der verstorbenen Säuglinge an Ernährungsstörungen und auch in Mannheim gingen etwa 60 % der verstorbenen Säuglinge an Ernährungsstörungen zugrunde. Das Jahr 1915 zeigt einen Rückgang der Sterblichkeit an Ernährungsstörungen auf 36,5 % der Gestorbenen. Das ist zweifellos ein Erfolg der Beratungsstunden mit Gewährung von Stillprämien durch Staat und Stadt sowie des ganzen Komplexes von Fürsorgeeinrichtungen, wie sie in Mannheim zum Schutze des bedrohten Säuglingslebens bestehen.

Schede kommt zu folgendem Schluß: Wir beobachteten eine über die übliche Zeit hinausgehende Sommersterblichkeit der Säuglinge an Ernährungsstörungen im Jahre 1914, eine Folge der starken Hitze und der zu gleicher Zeit einsetzenden und allmählich steigenden Verschlechterung der sozialen Verhältnisse. Dagegen sahen wir im Jahre 1915 und bis jetzt auch 1916 ein ganz beträchtliches Zurückgehen der Morbidität und Mortalität an Ernährungsstörungen. Es ist dies in erster Linie ein Verdienst der gesteigerten Fürsorgetätigkeit, dann aber auch eine Folge der günstigen Witterung im Jahre 1915. Wir konnten bei unserem Material (wie auch Kettner) ein Zurückgehen der Frequenz durch Geburtenrückgang und Stadtflucht beobachten, desgleichen — unter Vorbehalt — ein etwas häufigeres Auftreten schwererer Rachitis und Spasmophilie im letzten Winter und Frühjahr als eine Folge des feuchten, lichtlosen Winters. Es konnte auch gewisse Verschlechterung des Neugeborenenmaterials in den Kriegsjahren festgestellt werden; wir müssen es jedoch ablehnen, den von Kettner beschriebenen Typus der „Kriegsneugeborenen" anzuerkennen. Dr. Wolf-Hanau.

Zeitgemäße Fragen zur Säuglingsfürsorge. Von Dr. Bruck-Kattowitz. Zeitschrift für Säuglingsschutz; 1916, Nr. 8.

Der Arzt der Säuglingsfürsorge in leitender Stellung soll nicht „neben- oder ehrenamtlich", sondern als Facharzt für den einzelnen Kreis oder die Stadt hauptamtlich angestellt werden; ihm soll die Leitung der geschlossenen Säuglingsfürsorge und die Aufsicht über die gesamte Kinder- und Mutterfürsorge übertragen werden. Sehr bedeutsam ist auch die Frage des Unterrichts in der Säuglingsfürsorge für unsere heranwachsende Jugend. Auch hier muß der Facharzt die Leitung haben und die Ausführung zweckentsprechend in von ihm unterwiesene Lehrkräfte legen. Dr. Wolf-Hanau.

Die Aufgaben des Säuglings- und Kleinkinderschutzes im Deutschen Reiche. Von Prof. Dr. Langstein. Zeitschrift für Säuglingsschutz; 1916, Nr. 7.

1. Kinderhygiene muß Gegenstand des Unterrichts sein.

2. Vertiefung der Ausbildung der Aerzte in der Kinderheilkunde.
3. Einrichtungen der Kommunen betr. Säuglings- und Kleinkinderfürsorge: Fürsorgestellen, Mütterheime, Kinderkrankenhäuser.
4. Reichswochenhilfe auch nach dem Kriege.
5. Ausdehnung der Fürsorge auf das Land.
6. Kleinkinderbewahranstalten, Krippen, Kindergärten.
7. Straffe Organisation. Dr. Wolf-Hanau.

Welche Maßnahmen erscheinen geeignet, auf dem Lande eine Besserung der Säuglingspflege herbeizuführen? Von Rektor Steinke-Greifswald. Zeitschrift für Säuglingsschutz; 1916, Nr. 9.

1. Mitwirkung der Lehrer, Lehrerinnen, Pastoren und Schulinspektoren.
2. Kinderhygiene als Unterrichtsgegenstand.
3. Kursus in der Säuglingspflege im Anschluß an die Konfirmandenunterrichte der Mädchen durch Pastoren- oder Lehrerfrauen.
4. Mitwirkung der Presse und Kalender.
5. Geeignete Schriften für die Lesebibliotheken.
6. Mitwirkung der Hebammen. Dr. Wolf-Hanau.

Säuglings- und Kleinkinderfürsorge. Von Prof. Dr. Pfaundler. Münch. med. Wochenschrift; 1917, Seite 142.

Es wird empfohlen Beibehaltung der Reichswochenhilfe, Alimentationspflicht des Staates für die außerehelichen Kinder der Gefallenen, Säuglingskrankenversicherung, Einführung der Säuglingsfürsorgeschwestern auf dem Lande, Ueberwachung der außerehelichen Kinder bei den Angehörigen, selbst bei der Mutter, Erhebung über den Stand der Krippen; Einführung des Unterrichts über Gesundheitspflege in der Fortbildungsschule, Einbeziehung der Kleinkinder in die Krankenversicherung, Errichtung von Bewahranstalten u. s. f. — (Mit einem Worte Verstaatlichung der Kinderaufzucht unter Ausschluß der Mutter. Damit werden wir Fiasko machen. Ref.) Dr. Graßl-Kempten.

Anträge für das Einschreiten des Staates und des Reichs auf dem Gebiete der Säuglings- und Mutterfürsorge. Von Geh. Med.-Rat Dr. Krummacher-Münster i. W. Zeitschrift für Säuglingsschutz; 1916, Nr. 11.

Verfasser stimmt der Bildung eines Kreisfürsorgeamtes zu, bemängelt aber, daß die Regierungspräsidenten ausgeschaltet werden sollen. Ob diesem Fürsorgeamte die Tuberkulosebekämpfung und Mitwirkung bei der Wohnungsaufsicht übertragen werden kann, würde weiteren Erwägungen zu überlassen sein. Das Letztere wundert Ref., der es nur für möglich hält, in der Volksfürsorge etwas Gutes billig zu leisten, wenn eine ganz straffe Zentralisation vorhanden ist, wobei auf den einzelnen Feldern selbständige Arbeit verrichtet werden kann. Dr. Rißmann-Osnabrück.

Schwangeren-Fürsorge als Teil des Säuglingsschutzes. Von Stadtrat Dr. Koehler-Leipzig. Zeitschrift für Säuglingsschutz; 1916, Nr. 12.

Eine besonders wichtige Hilfe ist der Schutz des ungeborenen Kindes durch Schwangerenfürsorge. Es ist eine Einrichtung zu schaffen, wo die unbemittelte Schwangere sachkundigen Rat unentgeltlich erhalten kann. Die gegebenen Stellen sind wohl an den meisten Orten die Mutterberatungs- und Säuglingsfürsorgestellen. In allen Fällen, wo Unterernährung vorliegt oder zu befürchten ist, sollen Nährmittel verabreicht werden. In Leipzig ist eine Fürsorge für die im letzten Drittel der Schwangerschaft stehenden Frauen und Mädchen seit September 1915 eingerichtet; es werden Ernährungsbeiträge in der Höhe von 2 M. wöchentlich gewährt. Dr. Rißmann-Osnabrück.

4. Schulgesundheitspflege.

Aerztlich-hygienische Gedanken über die „nationale Einheitsschule". Von Prof. Dr. Süpfle-München. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 40.

S. fordert, daß die sechsjährige Dauer des gemeinsamen Grundunterrichts auf 3 Jahre herabgesetzt wird. Steht und fällt die Einheitsschule mit dem Grundsatz des sechsklassigen Unterbaues, dann muß sie überhaupt abgelehnt

werden. Aber für die Verwirklichung des Einheitsschulgedankens ist die Frage, wie lange die Kinder die gemeinsame Grundschule besuchen sollen, sicher zweiten Ranges.

Zweitens sollen die Begabten in ihrer Entwicklungsschnelligkeit nicht durch die Minderbegabten aufgehalten werden. Das ist auch nicht zu fürchten, wenn die Idee der Einheitsschule richtig erfaßt und ausgeführt wird.

An jede Umgestaltung unseres Schulwesens ist die Hauptforderung zu stellen, daß allen begabten Kindern eine sorgsame, rasch fördernde Erziehung gesichert wird, damit sie ihr Studium bezw. ihre Fachausbildung früh beenden und so die Möglichkeit haben, bald zu heiraten. Kann und will die deutsche Einheitsschule diese Forderung erfüllen, dann wird der Hygieniker ihre baldige Einführung befürworten. Erstrebt ja doch die Gesundheitspflege aus rassenhygienischen Gründen das gleiche Ziel wie die deutsche Einheitsschule: „Freie Bahn jedem Tüchtigen". Dr. Roepke-Melsungen.

Die orthopädische Schulkinderfürsorge. Von Gertrud Buetz-Dessau. Der Schularzt; 1916, Nr. 11.

Verfasserin vermißt noch immer das Interesse der breiteren Schichten an der orthopädischen Fürsorge des Schulkindes und fordert deshalb eine breite Aufklärungspropaganda, die auch an den höheren Schulen nicht vorübergehen darf, da hier das Turnen im Elternempfinden noch immer eine Nebensächlichkeit ist.

Die Bedeutung der orthopädischen Fürsorge erhellt aus den jüngsten Erhebungen, nach denen bei 30 Prozent der Mädchen, 12 Prozent der Knaben Rückenkrümmungen vorkommen. Neben dem Turnunterricht verdient auch der Schwimmunterricht als außerordentlich gesundheitsfördernd obligatorisch eingeführt zu werden, wie es in verschiedenen großen Städten der Fall ist. Schulspielnachmittage sollten nach dem Beispiel in Baden, Württemberg und Braunschweing allgemein als obligatorisch gemacht werden.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Der Einfluß der durch die Kriegslage veränderten Ernährung auf die schulpflichtigen und die heranwachsende Jugend. Von Prof. Dr. Eugen Schlesinger-Straßburg i. E. Münchener med. Wochenschrift; 1917, Nr. 3.

Verfasser hatte schon vor dem Feldzug eingehende Studien über Körpergewicht und Längenwachstum unserer Jugend gemacht. Er hat dann im Jahre 1916 etwa 1300 Knaben von 6—18 Jahren regelmäßig untersucht und wiederholt gewogen. 336 Kinder (6—14 Jahren) gehörten der Volksschule mit geringen wirtschaftlichen und gesundheitspfleglichen Außenumständen an; 280 (9—15 Jahre) waren Söhne des besseren Mittelstandes und Mittelschüler; etwa 700 waren Lehrlinge (14—18 Jahre). Die Untersuchungen fanden Juni und Juli 1916 statt. Verfasser betont, daß nicht nur kein Ausfall im Längenwachstum stattfand, sondern sogar eine bemerkbare Zunahme. Er weist darauf hin, daß das Längenwachstum überhaupt von der Nahrungsaufnahme weniger abhängig ist als das Gewicht. Das Gewicht ist eine verschärfte physiologische Erscheinung. Auch im Frieden findet im Winter und Frühjahr eine nur mäßige Gewichtszunahme statt, zu Beginn des Sommers eine mehr oder minder beträchtliche Gewichtsabnahme, in der Hauptsache durch Wasserverlust herbeigeführt; in den Monaten August bis Oktober oder November findet unter dem Einflusse der Ferien und der Mastung die lebhafteste Gewichtszunahme statt. Diese Beobachtung trat nun im Kriege verschärft auf. Von den Volksschülern zeigten im ersten Vierteljahr 1916 knapp die Hälfte (45 %) eine Gewichtszunahme, 36 % keine Gewichtsveränderung, 19 % eine Abnahme von ½—2 kg. Im zweiten Vierteljahr war die abnehmende Schülerzahl von 19 auf 31 % gestiegen, während die Zahl der deutlich zunehmenden von 45 auf 26 % herabgegangen war. Im dritten Vierteljahr kam es zum vollständigen Umschwung der Verhältnisse: nur 2 % hatten abgenommen, 7 % waren stehen geblieben und 90 % wiesen deutliche und beträchtliche Zunahme auf. Am meisten unter den Kriegsverhältnissen hatten die Kinder der Gutsituierten gelitten, die vorher einen starken Fettpolster hatten. Dieser Verlust der Fettanhäufung ist gesundheitlich nicht nachteilig. Ueber die Folgen des Krieges hinsichtlich unserer Jugend können wir vollständig beruhigt sein.

(Auf dem Lande und in der Stadt Kempten haben die Schuluntersuchungen durch den Ref. keinen merkbaren Unterschied zwischen den Zuständen des Krieges und des Friedens ergeben.) Dr. Graßl-Kempten.

Zur Frage der Beibehaltung der Sommerzeit. Von Erich Kloß-Berlin-Schmargendorf. Der Schularzt; 1916, Nr. 8.

Die Frage, ob die Einrichtung der Sommerzeit für die Schulen sich bewährt habe und etwa beizubehalten sei, soll nach einem Erlaß der preußischen Minister geprüft werden. Verfasser berichtet aus seinen Schulerfahrungen, indem er feststellt, daß seitens der Lehrer zwar vielfach auf die Kinder darauf hingewirkt werden mußte, daß sie mit der Einführung der Sommerzeit eine Stunde früher von der Straße zu verschwinden hätten, daß auch manche unvernünftige Eltern ihre Kinder nicht rechtzeitig ins Bett geschickt hätten. Meist gelang es aber doch, Besserung in dieser Hinsicht zu schaffen. So sind denn wohl sämtliche Großstadtlehrer von der Zweckmäßigkeit der neuen Sommerzeit überzeugt und sprechen sich für deren Beibehaltung auch für spätere Jahre aus. Die Frühstückssorgen sind gleichfalls nach Ansicht des Verfassers unbegründet.

Bei der Landbevölkerung liegen die Verhältnisse anders; sie ist im allgemeinen nicht so sehr erbaut von der Sommerzeit. Das bäuerliche Leben kümmert sich nur wenig nach der Uhr, sondern richtet sich nach Sonnenaufgang und Sonnenuntergang. Deshalb bekommen die Kinder spät Abendbrot, treiben sich lange auf der Straße herum, auch müssen die größeren Kinder schon tüchtig mithelfen bei der Arbeit. So klagen die Landlehrer allgemein über große Schläfrigkeit der Kinder und sähen es lieber, wenn man die Sommerzeit nach dem Kriege nicht beibehält.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

---

5. Statistik.

Das Wachstum der preußischen Bevölkerung von 1875 bis 1910. Statistische Korrespondenz; 1916.

Nach der Volkszählung von 1875 hatte Preußen am 1. Dezember eine Bevölkerung von 25 742 404 Menschen, nach der letzten Zählung am 1. Dezember 1910 eine solche von 40 165 219 oder gegen 1875 14 422 815 = 5603 auf 10 000 mehr. Es wurden Einwohner gezählt am 1. Dezember

1875	. .	25 742 404				
1880	. .	27 279 111,	gegen	1875	mehr	1 536 707 = 60 ‰
1885	. .	28 318 470,	„	1880	„	1 039 359 = 38 „
1890	. .	29 955 281,	„	1885	„	1 636 811 = 58 „
1895	. .	31 855 123,	„	1890	„	1 899 842 = 63 „
1900	. .	34 472 509,	„	1895	„	2 617 386 = 82 „
1905	. .	37 293 324,	„	1900	„	2 820 815 = 82 „
1910	. .	40 165 219,	„	1905	„	2 871 895 = 77 „

Der Ueberschuß der Geburten über die Sterbefälle berechnet sich in dem gleichen Zeitraum auf 15 864 536. Es waren in den einzelnen Jahrfünften

		lebend geboren	gestorben	mehr geboren als gestorben
1876—1880	. .	5 220 009	3 378 864	1 841 145 = 545 ‰
1881—1885	. .	5 194 709	3 529 486	1 665 223 = 472 „
1886—1890	. .	5 438 703	3 495 082	1 943 621 = 556 „
1891—1895	. .	5 713 141	3 520 741	2 192 400 = 623 „
1896—1900	. .	6 060 392	3 481 046	2 579 346 = 741 „
1901—1905	. .	6 257 605	3 528 644	2 728 961 = 773 „
1906—1910	. .	6 267 946	3 354 106	2 913 840 = 869 „
1876—1910	. .	40 152 505	24 287 969	15 864 536 = 653 „

Die wirkliche Bevölkerungszunahme von 1875 bis 1910 ist um 1 441 721 hinter der natürlichen, d. h. hinter dem Ueberschuß der Geburten über die Sterbefälle, zurückgeblieben; doch sind an dem Weniger nicht alle

Jahrfünfte beteiligt, 1896 bis 1900 und 1901 bis 1905 überwog im Gegenteil der Geburtenüberschuß. Es betrug nämlich

in dem Jahrfünft	die Bevölkerungszunahme	der Geburtenüberschuß	die Bevölkerungszunahme gegen den Geburtenüberschuß
1876—1880 . .	1536707	1841135	— 304438
1881—1885 . .	1039359	1665223	— 625864
1886—1890 . .	1636811	1943621	— 306810
1891—1895 . .	1899842	2192400	— 292558
1896—1900 . .	2617386	2579346	+ 38040
1901—1905 . .	2820815	2728961	+ 91854
1906—1910 . .	2871895	2913840	— 41945
1876—1910 . .	14422815	15864536	— 1441721

Der Unterschied zwischen der wirklichen und der natürlichen Bevölkerungszunahme ist durch Wanderungen zu erklären. Besonders das zweite Jahrfünft 1881—1885 brachte große Verluste durch Auswanderung.

6. Oeffentliches Gesundheitswesen und Medizinalverwaltung.

Die Stellung der Gesundheitspflege im Staatsleben. Von Geh. San.-Rat Dr. Beerwald-Berlin. Blätter für Volksgesundheitspflege; 1916, Nr. 11—12.

Es ist ganz unmöglich, daß auch noch nach dem Kriege Gesundheitspflege und Medizinalwesen an so vielen Stellen wie bisher bearbeitet werden. Alle diese großen Aufgaben können nur von einem Medizinal-Ministerium gelöst werden, an dessen Spitze ein Arzt steht; angegliedert müßten 2 selbstständige Unterabteilungen sein: eine für Veterinärmedizin und eine für Wohlfahrtspflege. Dr. Wolf-Hanau.

Vorschläge zur Neuregelung des Sanitätsdienstes bei den politischen Behörden in Oesterreich. Von Reg.-Rat Dr. Winter, Landessanitätsinspektor in Wien. Der Amtsarzt; 1917, Nr. 1 und 2.

Am 16. Dezember 1916 hat der Zentralausschuss des Reichsverbandes österreichischer Amtsärzte in Wien getagt, um über die Neuregelung des Sanitätsdienstes bei den politischen Behörden zu beraten. Nach dem in Nr. 1 und 2 des „Amtsarztes" darüber veröffentlichten Bericht wurde beschlossen, die von dem Berichterstatter Reg.-Rat Dr. Winter, Landessanitätsinspektor in Wien gemachten Vorschläge im „Amtsarzt" bekannt zu geben mit der Aufforderung an die Mitglieder, nunmehr zu den Vorschlägen Stellung zu nehmen, um dadurch eine Klärung dieser wichtigen Frage zu erzielen. Aus den Vorschlägen und der dazu gegebenen Begründung geht hervor, daß in Oesterreich die jetzige Stellung und Amtstätigkeit der Amtsärzte eine unzureichende, den neuzeitigen Anforderungen nicht mehr Rechnung tragende ist; der Berichterstatter fordert deshalb in erster Linie eine durchgreifende Neuordnung des Sanitätsdienstes der Amtsärzte und betont, daß damit eine Aenderung der Physikatsprüfung Hand in Hand gehen müsse. In dieser Beziehung verlangt er, anstatt des bisher erforderlichen Nachweises einer 2jährigen ärztlichen Tätigkeit in einem öffentlichen Krankenhause bezw. einer 3jährigen privatärztlichen Tätigkeit die Zulassung zur Prüfung künftighin abhängig zu machen von einer nach erlangter Approbation zu leistenden einjährigen Tätigkeit in einem hygienischen Institut, davon mindestens ¼ Jahr in einer Lebensmittel-Untersuchungsanstalt, und von je einer vierteljährigen Tätigkeit in einer psychiatrischen Klinik oder öffentlichen Irrenanstalt, einem großen öffentlichen Krankenhause mit mindestens 60 Betten für Infektionskranke; außerdem wird die Teilnahme an Kursen über soziale Medizin mit praktischer Beschäftigung im Seminar, über Sanitätsstatistik, über Unfallkunde mit praktischer Uebung in der Begutachtung gefordert, zusammen in der Dauer eines Vierteljahrs gefordert. Diese 2jährige Vorbereitungszeit müsse ebenso wie bei anderen Beamten in die Dienstzeit eingerechnet werden. Gegenstände der Prüfung sollen sein: Sanitätsgesetzgebung, Hygiene, gerichtliche Medizin, Psychiatrie, Unfallbegutachtung, soziale Medizin und Infektionskrankheiten. In bezug auf

die Neuordnung des amtsärztlichen Dienstes wird dann verlangt: Zusammenlegung mehrerer Bezirkshauptmannschaften (4—5) zu einem selbstständigen Kreisgesundheitsamte mit einem Kreisarzte an der Spitze und 1—2 zugeteilten Assistenten Das Kreisgesundheitsamt, dem als Beirat ein Kreisgesundheitsrat, gebildet aus Vertretern von Aerzten, Apothekern, Bausachverständigen, Gemeindevertretern usw., anzugliedern sei, soll die Zentralstelle für alle sozialen und fürsorglichen Einrichtungen des Kreises, z. B. für Säuglingsfürsorge, schulärztliche Tätigkeit, Kranken-, Tuberkulose-, Trinkerfürsorge usw. bilden und dem betreffenden Kreisamte bezw. Bezirkshauptmannschaft nicht untergeordnet, sondern selbständig sein. Abgesehen von dringenden Fällen soll der Kreisarzt kein Exekutivrecht besitzen, die zuständigen politischen Behörden sollen aber verpflichtet sein, in allen sanitären Fragen sein Gutachten einzuholen und seine Vorschläge auszuführen. Dem Kreisgesundheitsamt soll weiterhin ein Amtslaboratorium zur Ausführung der erforderlichen hygienischen, bakteriologischen und chemischen Untersuchungen beigegeben werden. Dem Kreisarzt soll ferner die ärztliche Leitung eines an seinem Amtssitze zu errichtenden Infektionsspitals übertragen werden; außerdem sollen er und seine Assistenten en officio die Gerichtsärzte des Kreises sein. Die Ausübung ärztlicher Privatpraxis sei zu verbieten und nur konsultative und gutachtliche Tätigkeit zu gestatten. Als Gehalt für den künftigen Kreisarzt werden 6000 Kr. verlangt, so daß sich sein Einkommen mit den voraussichtlichen Nebeneinnahmen aus seiner Tätigkeit als Gerichtsarzt, Gutachter und Leiter des Infektionsspitals auf 10000 M. stellen würde. Die Kosten für Büro und Hilfspersonen usw. sollen vom Kreise getragen und für Reisen etwa 3000 M. gewährt werden.

Auch für die mittlere und oberste Instanz werden verschiedene Aenderungen als notwendig erachtet, im großen und ganzen aber an ihrer bisherigen Organisation festgehalten.

Aus den Vorschlägen des Berichterstatters geht hervor, daß in Oesterreich ebenso wie früher in Preußen die erste Instanz des öffentlichen Sanitätsdienstes die größten Mängel aufweist und deshalb in erster Linie einer gründlichen Neuregelung bedarf, durch die den betreffenden Amtsärzten die Möglichkeit einer größeren fachwissenschaftlichen Betätigung bei Ausübung ihres Dienstes, eine größere Selbständigkeit in ihrer Amtstätigkeit mit eigener Verantwortung und ein ihrer Ausbildung und wichtigen Arbeitsleistung entsprechendes Einkommen gewährt wird. Die in dieser Hinsicht von dem Berichterstatter gestellten Forderungen sind im großen ganzen die gleichen, die seinerzeit für die Reform des preußischen Kreismedizinalwesens gestellt wurden. Hoffentlich brauchen die österreichischen Kollegen auf die Erfüllung ihrer berechtigten Wünsche nicht so viele Jahre zu warten wie die ehemaligen preußischen Kreisphysiker; hoffentlich gehen ihre Wünsche dann auch vollständig in Erfüllung unter Beseitigung aller nicht vollbesoldeten, auf ärztliche Privatpraxis angewiesenen Amtsärzte, statt diesen, wie in Preußen, noch eine jahrelange Absterbezeit zu bewilligen, deren Ende sich überhaupt nicht absehen läßt. Zu den Vorschlägen selbst möchten wir nur mit Rücksicht auf die in Preußen gemachten Erfahrungen vor der Bildung zu großer Amtsbezirke in der ersten Instanz warnen, auch die Errichtung von größeren Amtslaboratorien bei den Kreisarztstellen, wie sie von dem Berichterstatter vorgeschlagen wird, dürfte nicht zu empfehlen sein; denn eine größere und zeitraubende Tätigkeit im Laboratorium läßt sich mit der eines Kreisarztes auf die Dauer gar nicht vereinigen. Beide Vorschläge verlangen außerdem die vom Berichterstatter auch vorgesehene Anstellung von einem oder mehreren Sanitätsassistenten bei jedem Kreisarzt; wie steht es dann aber mit der späteren Beförderung, auf die diese doch berechtigten Anspruch haben? Falls auf jeden Kreisarzt ein derartiger Assistent entfällt, müßte dieser bei der vorgesehenen Anzahl von 200 Amtsärzten in der 1. Instanz erfahrungsgemäß 10—15 Jahre warten, ehe er auf eine Anstellung als Kreisarzt rechnen kann. Bei solchen Aussichten ist auf den erforderlichen Nachwuchs um so weniger zu rechnen, als es damit sowieso in Oesterreich nach den Ausführungen des Berichterstatters noch viel schlechter bestellt ist als in Preußen; hat sich doch dort in den Jahren 1915 und 1916 kein einziger Kandidat zur Prüfung gemeldet. Also Zusammenlegung von Kreisen nur insoweit als dies zur Vollbeschäftigung

eines Kreisarztes erforderlich ist; dies entspricht auch den Wünschen der zuständigen Behörden und vor allem der Bevölkerung. Laboratorium für bakteriologische, chemische, hygienische usw. Untersuchungen empfehlen sich dagegen nur für große Bezirke; es genügt völlig, wenn der Amtsarzt in dieser Hinsicht nur zur Vornahme einfacher, ein Laboratorium nicht erforderlicher derartiger Untersuchungen verpflichtet ist. Rpd.

7. Arzneimittelversorgung.

Zu der in der Beilage zur vorigen Nummer s. S. 41—43) abgedruckten **neuen Verordnung über den Handel mit Arzneimitteln** ist von amtlicher Seite folgende Erläuterung gegeben;

„Die unterm 22. März erlassene Bundesratsverordnung über den Handel mit Arzneimitteln richtet sich gegen die Spekulation im Großhandel mit Arzneimitteln, die im Verlaufe der Kriegszeit immer mehr sich bemerkbar machte. Es wurde vielfach mit Erfolg versucht, durch Kettenhandel und andere unlautere Machenschaften den Preis der Arzneimittel in die Höhe zu treiben, auch behufs Erzielung späterer hoher Gewinne gewisse Arzneimittel dem Verkehr zu entziehen und damit eine Knappheit an verfügbaren Vorräten der einschlägigen Rohstoffe und Erzeugnisse herbeizuführen.

Vielfach haben sich Personen, die bisher niemals Arzneimittelhandel getrieben haben, und keine Kenntnisse darin besitzen, plötzlich mit dem Ankauf von Arzneimitteln befaßt, in der Erwartung, daß die Arzneimittel in Deutschland knapp werden und die Preise dann erheblich steigen. Durch Angebote in Zeitungen und in Einzeldrucksachen entwickelt sich ein lebhafter Handel in Arzneiwaren, der wiederum einen häufigen Besitzwechsel zur Folge hat. Oft werden auch Arzneimittel aufgekauft, um sie zunächst vom Markte durch Uebergabe an einen Lagerhalter verschwinden zu lassen, später aber zu geeigneter Zeit — womöglich nach dem Auslande — zu hohem Preise zu verkaufen.

Die neue Verordnung verfolgt zunächst den Zweck, unzuverlässige Personen vom Arzneimittelhandel dadurch fernzuhalten, daß die Ausübung dieses Handels an eine besondere Erlaubnis geknüpft wird. Die Erlaubnis soll unter bestimmten Voraussetzungen zurückgezogen werden dürfen. Die Genehmigungspflicht trifft aber nur den Großhandel oder Zwischenhandel und zwar nur insoweit, als die betreffenden Firmen erst nach Kriegsausbruch dem Arzneimittelhandel sich zugewandt haben.

Einer besonderen Erlaubnis bedürfen also nicht solche Personen, die schon vor dem 1. August 1914 Großhandel mit Arzneimitteln getrieben haben; von der Genehmigungspflicht sind auch befreit die Inhaber von Apotheken, selbst wenn ihnen die Erlaubnis zum Betriebe der Apotheke erst nach dem 31. Juli 1914 erteilt worden ist; doch gilt diese Befreiung nur für den eigentlichen Apothekenbetrieb, d. h. insoweit die Verabfolgung der Arzneimittel nur unmittelbar an die Verbraucher geschieht, wobei als Verbraucher auch Krankenanstalten, ärztliche Hausapotheken und ähnliche Einrichtungen, nicht aber Großlieferungen an Krankenkassen anzusehen sind. Hat ein Apothekeninhaber erst nach dem 31. Juli 1914 den Großhandel mit Arzneimitteln aufgenommen, so bedarf er hierzu, wenn er ihn fortsetzen will, der Genehmigung. Was für die Apotheken gesagt ist, gilt entsprechend für andere Kleinhandelsbetriebe, so z. B. für die Drogenhändler. Auch die Tierärzte sind von der Genehmigung befreit, soweit sie in ihrer tierärztlichen Tätigkeit Arzneimittel nur unmittelbar an Verbraucher abgeben.

Ergeben sich bei einem Betriebe, der nicht genehmigungspflichtig ist, Bedenken wirtschaftlicher oder persönlicher oder sonstiger Art, so kann die Schließung angeordnet werden, und zwar bezieht sich dies auf den Großhandel wie auf den Kleinhandel außerhalb der Apotheken, auf Apotheken und Tierärzte nur hinsichtlich eines Großhandels, den sie etwa betreiben. Zur Entziehung des Apothekenbetriebsrechtes bietet die neue Verordnung keine Handhabe, vielmehr regelt sich diese Maßnahme nach wie vor nach Landesrecht. Eine bezügliche Ermächtigung war entbehrlich, weil der eigentliche Apothekenbetrieb bereits unter fortlaufender Kontrolle steht (Betriebsordnungen, Arzneibuch, Arzneitaxe.)

Des weiteren ist der Kettenhandel mit Arzneimitteln und die unlautere Preissteigerung dieser Waren sowie das Anpreisen von Arzneimitteln in un-

gehöriger Form, sei es unter Angabe von Preisen, sei es unter Aufforderung zur Abgabe von Preisangeboten oder unter sonstigen irreführenden Angaben verboten und mit Freiheits- und Geldstrafe bedroht worden. Das Verbot der Angabe von Preisen im Falle der Ankündigung über Veräußerung von Arzneimitteln erstreckt sich aber nicht auf die z. B. bei den Großhandlungen übliche Ausgabe von Preislisten.

Nach der neueren Rechtsprechung hat mehr und mehr der Begriff der Gegenstände des täglichen Bedarfs eine Auslegung gefunden, derzufolge auch Arzneimittel darunter fallen. Bei solcher Deutung finden alsdann alle schon bestehenden Bekanntmachungen, die den Verkehr mit Gegenständen des täglichen Bedarfs regeln, auf Arzneimittel Anwendung. Dies sind insonderheit die Bekanntmachung über Vorratserhebungen vom 2. Februar 1915 (Reichs-Gesetzblatt S. 54), ferner die Bekanntmachung gegen übermäßige Preissteigerung vom 23. Juli 1915 (Reichs-Gesetzblatt S. 467) und die Bekanntmachung zur Fernhaltung zuverlässiger Personen vom Handel vom 23 September 1915 (Reichs-Gesetzblatt S. 603), insoweit die beiden letzteren Bekanntmachungen weitere Bestimmungen als die in Rede stehende neue Verordnung enthalten."

Tagesnachrichten.

Der Bundesrat hat unter dem 22. März d. J. eine Neufassung seiner früheren **Beschlüsse zur Ausführung des Impfgesetzes** genehmigt; wir werden diese in der Beilage „Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung" veröffentlichen, sobald die preußischen Ausführungsbestimmungen dazu vorliegen.

Mit Wirkung vom 1. April ist für die Reichsbeamten und die Beamten in Preußen eine **Neuregelung der Kriegszulagensätze** beabsichtigt. Dabei sind alle Beamten mit einem Diensteinkommen bis 7800 M. — ohne Hinzurechnung des Wohnungsgeldzuschusses — berücksichtigt und innerhalb dieses Teilnehmerkreises der Grundsatz durchgeführt worden, dass den Beamten, die geringer besoldet und mehr Kinder zu unterhalten haben, größere Zulagen gewährt werden als denjenigen Beamten, die höher besoldet und zwar verheiratet sind, aber keine oder nur wenige Kinder zu ernähren haben.

In welchem Umfang vom Reich und der preußischen Staatsregierung dies geschieht, ergibt die nachstehende Aufstellung, in der die nach der Neuregelung zu gewährenden Sätze den (in Klammer beigefügten)[1]) bisher bewilligten Zulagen gegenübergestellt sind.

Beamte:	I. Gruppe: bis 2300 M. einschließlich	II. Gruppe: bis 4800 M. einschließlich	III. Gruppe: bis 7800 M. einschließlich
	jährlich M.	jährlich M.	jährlich M.
Kinderlos	180 (144)	144 (144)	— (—)
1 Kind	324 (204)	276 (204)	120 (—)
2 Kinder	480 (264)	420 (264)	252 (—)
3 „	648 (324)	576 (324)	396 (—)
4 „	828 (384)	744 (384)	552 (—)
5 „	1020 (444)	924 (444)	720 (—)
6 „	1224 (504)	1116 (504)	900 (—)
usw.			

Ledige Beamte, die Angehörigen im gemeinschaftlichen Hausstand auf Grund gesetzlicher oder sittlicher Verpflichtung Unterhalt gewähren, sind wie bisher den kinderlos Verheirateten gleichgestellt. Verwitwete und geschiedene Beamte ohne Kinder, die einen eigenen Hausstand führen, werden gleichfalls wie kinderlose Verheiratete behandelt. Sonstige Ledige erhalten, soweit sie der Gruppe I angehören, jährlich 120 M. Kriegsbeihilfe. Die Neuregelung hat bereits die Zustimmung des Reichstages und des preußischen Landtages gefunden, so daß ihre Durchführung demnächst zu erwarten steht.

[1]) Siehe auch Nr. 5 dieser Zeitschrift, S. 167/168.

50jähriges Doktorjubiläum. Am 4. April d. J. hat Geh. Med.-Rat Dr. **Schlüter,** Kreisarzt in Gütersloh, sein 50jähriges Doktorjubiläum gefeiert und zwar den Zeitumständen entsprechend ganz in aller Stille. Gleichwohl darf der Preußische Medizinalbeamtenverein diesen Tag nicht vorübergehen lassen, ohne dem Jubilar seine herzlichsten Glückwünsche an dieser Stelle auszusprechen; denn er ist nicht nur eines der ältesten und treuesten Mitglieder des Vereins, sondern hat sich auch als langjähriger Schriftführer und Schatzmeister der Jubiläumsstiftung außerordentliche Verdienste um deren Förderung erworben. Dafür ist ihm der Verein zu ganz besonderem Danke verpflichtet, dem bei dieser Gelegenheit Ausdruck gegeben werden muß. Der Jubilar kann aber auch sonst als Medizinalbeamter allen Kreisärzten, namentlich den jüngeren, als Vorbild dienen, hat er sich doch in seiner 27jährigen Tätigkeit als Kreisarzt seines heimatlichen Kreises allezeit durch hervorragende Tätigkeit, Arbeitsfreudigkeit und Pflichttreue ausgezeichnet und sich infolgedessen hohen Ansehens und größte Achtung sowohl bei allen Behörden, wie bei seinen Mitbürgern erfreut, die ihm das vollste Vertrauen entgegenbrachten. Auch bei seinen beamteten und nicht beamteten Kollegen war Schlüter durch seine große Liebenswürdigkeit und steten Bereitwilligkeit zu Rat und Tat allgemein beliebt und hochgeachtet; der westfälischen Aerztekammer gehörte er seit ihrer Errichtung als Mitglied, in den letzten Jahren als Vorstandsmitglied und Schriftführer an. Seine körperliche und geistige Rüstigkeit haben es ihm erfreulicherweise trotz seines hohen Alters gestattet, in dieser schweren Zeit alle seine dienstlichen und außerdienstlichen Geschäfte in vollem Umfange wahrzunehmen; möge ihm diese Rüstigkeit noch viele Jahre erhalten bleiben und ihm später ein langes Otium cum dignitate vergönnt sein!

Nachruf. Am 31. März d. J. ist der Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Emil v. Behring,** Exz., in Marburg im Alter von 63 Jahren an Lungenentzündung gestorben, nachdem er erst vor kurzem infolge eines langjährigen Leidens aus seinem Amte als Direktor des Hygienischen Instituts ausgeschieden war. Mit ihm ist der bedeutendste, berühmteste und erfolgreichste Schüler Robert Kochs aus dem Leben geschieden, der sich namentlich in bezug auf die Bekämpfung und Behandlung der übertragbaren Krankheiten durch seine Forschungen auf dem Gebiete des Desinfektionswesens und der Immunitätslehre unsterbliche Verdienste erworben hat und dadurch zum segenspendenden Wohltäter der Menschheit geworden ist. Durch seine Entdeckung des Diphtherieheilserums ist sein Namen über den ganzen Erdball getragen, und zwar nicht nur in alle Kreise der Wissenschaften, sondern bis in die breitesten Volksschichten hinein. Für die wissenschaftliche Forschung ist seine Entdeckung der Antitoxine sowohl für die Behandlung und Bekämpfung der Diphtherie, als auch für die anderen Infektionskrankheiten, insbesondere des Wundstarrkrampfes grundlegend geworden. Auch die Forschung zur Bekämpfung der Tuberkulose hat der Verstorbene durch seine Arbeiten wesentlich gefördert, wenn ihm auch leider gegenüber dieser Seuche ein gleicher Erfolg wie gegenüber der Diphtherie versagt geblieben ist An Anerkennung und an äußeren Ehren hat es ihm nicht gefehlt; er war in Preußen seit langen Jahren der erste Arzt in bürgerlichem Kleide, dem von Sr. Maj. dem König nicht nur der erbliche Adel, sondern auch der Charakter als Wirklicher Geheimer Rat mit dem Prädikat Exzellenz verliehen ist, er war auch der erste Arzt, der für seine Entdeckung der Antitoxine den Nobelpreis für Mediziner erhalten hat. Sein Name bleibt mit unvergänglichen Lettern in der Geschichte der Medizin eingegraben!

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten:

Das Eiserne Kreuz I. Klasse:

Oberstabsarzt d. L. San.-Rat Dr. Bartikowski-Varel (Oldenburg).
Stabsarzt d. Res. Dr. Gustav Baum-Breslau.
Stabsarzt d. Res. Dr. Boeger-Osnabrück.
Assistenzarzt d. R. Dr. Wilh. Feldmann-Lübesk.
Oberstabs- u. Divisionsarzt Dr. Hans Fischer-Bautzen.
Stabsarzt d. L. Dr. Willy Flister, Bahnarzt in Berlin.

Stabsarzt d. L. Prof. Dr. Karl Goebel-Breslau.
Stabsarzt d. Res. Dr. H. Grotmann-Siegen (Westf.).
Oberarzt d. L. Dr. Hodiesne-Leipzig.
Stabsarzt d. Res. Dr. Lindemeyer-Frankfurt a. Main.
Stabsarzt d. Res. Dr. Lüttge-Hamburg.
Marineoberstabsarzt z. D. Dr. W. Meuser-Bad Ems.
Stabsarzt d. Res. Dr. H. Pfeiffer-Pasewalk (Pommern).
Stabsarzt d. L. Dr. Reis-Görlitz.
Stabsarzt d. L. Dr. Reußner-Greiz.
Assistenzarzt d. Res. Dr. Rummel-Nürnberg.
Oberstabsarzt Dr. Ruscher-Königsbrück im Königr. Sachsen.
Oberstabsarzt d. L. San.-Rat Dr. Richard Schmok-Schwarzenbeck (Schleswig-Holstein).
Stabsarzt d. R. Dr. Alfred Schultz-Crivitz (Mecklenburg).
Oberstabsarzt d. Res. Dr. Julius Veith-Göttingen.
Stabsarzt d. L. Dr. Ernst Werner, Arzt an der Heil- und Pflegeanstalt Winnenthal (Württemberg) (hat auch das Ritterkreuz des Württembergischen Militärverdienstordens erhalten).
Stabsarzt d. Res. Dr. Zeuch-Plauen.
Stabsarzt d. Res. Bataillonsarzt Dr. Zillmann-Rothwasser (O.-L.).
Ferner: Oberleutnant Hoffmann, Batterieführer in einem Fuß-Art.-Regt., Sohn des Geh. Med.-Rats Dr Hoffmann, Gerichtsarzt in Berlin.

Das Eiserne Kreuz II. Klasse:

Stabsarzt d. L. Reg.-Arzt Med.-Rat Dr. Mees, Bezirksarzt in Wertheim (Baden) (hat außerdem das Ritterkreuz des Großh. Badischen Ordens vom Zähringer Löwen II. Klasse mit Schwertern und Eichenlaub erhalten).

Ehren-Gedächtnistafel. Für das Vaterland gefallen oder gestorben:

Oberarzt Dr. Albrecht.
Stabsarzt d. L. Dr. Karl Beck-Frankfurt a. Main.
Stabsarzt Dr. Rudolf Born-Treptow a. R. (Reg.-Bez. Stettin).
Oberarzt d. Res. Dr. Karl Determann-Hannover.
Landsturmpflichtiger Arzt Dr. Gieseler-Bielefeld (gestorben infolge
Stabsarzt d. Res. u. Bat.-Arzt im 91. Inf.-Regt. Dr. Fritz Goldschmidt-Hannover (gestorben infolge von Krankheit).
Dr. Heinrich Heubel aus Saalfeld in Thüringen, Kreisarzt in Warschau (gestorben infolge von Krankheit).
Stabsarzt d. Res. Dr. Heinrich Kniecke-Hannover (infolge von Krankheit gestorben).
Feldunterarzt W. Kutzwor-Seckenburg (Reg.-Bez. Gumbinnen).
Oberstabsarzt d. L. San.-Rat Dr. Oskar Laenge-Aschersleben (gestorben infolge von Krankheit).
Oberarzt d. Res. Dr. Heinrich Mendelsohn-Straßburg i. Els. (infolge von Krankheit gestorben).
Stabsarzt d. Res. Dr. Müller-Dyhernfurth (Reg.-Bez. Breslau).
Stabsarzt d. Res. Dr. Armin Müller.
Stabsarzt d. Res. Dr. Heinrich Müller-Dresden.
Unterarzt W. Münch-Potsdam.
Stabsarzt d. L. Dr. Adalbert Nadbyl-Kempten (gestorben infolge von Krankheit).
Oberstabsarzt d. R. Dr. **Oberstadt,** Kreisassistenzarzt in Göttingen.
Oberstabsarzt Dr. Ohm, Chefarzt eines Feldlazaretts (gestorben an Lungenentzündung).
Feldhilfsarzt Joh. Passow-Hohenfinow (Reg.-Potsdam).
Oberstabsarzt Dr. Franz v. Pessl-Amberg (Oberpfalz) (infolge von Krankheit gestorben).
Stabsarzt d. Res. Dr. Gottfried Roth-Bamberg.
Oberstabsarzt a. D. Dr. Josef Roth-Stuttgart.
Oberstabsarzt d. Res. San.-Rat Dr. Franz Schmidt-Jauer (Schlesien) (infolge von Krankheit gestorben).

Assistenzarzt d. L. Dr. Joh. Siegler-Eschau (Unterfranken) (infolge von Krankheit gestorben).
Oberstabsarzt Dr. Stark-Straßburg i. Els. (gestorben infolge von Krankheit).
Stabsarzt d. Res. Dr. Ernst Steil-Heusweiler (Reg.-Bez. Trier) (an Infektionskrankheit gestorben).
Stabsarzt a. D. Dr. Thelemann-Wernigerode a. Harz.
Stabsarzt d. Res. Dr. Rudolf Zoepfel-Schnaitheim (Württemberg).

Der Verlag des **Praktischen Desinfektors,** Offizielles Organ des Deutschen Desinfektorenbundes E. V., ist seit dem 1. Januar d. J. von der Verlagsanstalt Erich Deleiter, Dresden-A. 26, Schneebergstraße 31, übernommen; die Schriftleitung ist dieselbe geblieben, jedoch hat der fachwissenschaftliche Teil, der von Kreisarzt Dr. Wolf-Hanau besorgt wird, insofern eine wesentliche Erweiterung erfahren, als in gewissen Abständen allgemeinverständlich geschriebene Abhandlungen aus dem Gebiete der Sterilisation und Laboratoriumsforschung gebracht werden sollen. Dadurch hat die Zeitschrift an Wert nicht nur für die Desinfektoren, sondern auch für weitere Kreise, namentlich für die Medizinalbeamten, gewonnen; sie kann diesen deshalb empfohlen werden, zumal der Bezugspreis einschließlich Zusendung nur 3,44 Mark jährlich beträgt und sich nach dem Min.-Erlaß vom 31. März 1917 für die Medizinalbeamten auf 2,44 Mark ermäßigt, falls eine größere Anzahl von ihnen diese Zeitschrift bezieht.

Cholera: In der Zeit vom 21. Januar bis 13. März d. Js. sind in der Türkei 15 Erkrankungen und 10 Todesfälle gemeldet.

Pocken-Erkrankungen sind im Deutschen Reiche in den vier Wochen vom 11 bis 24. März 144, 112, 147 und 101 vorgekommen, außerdem sind nachträglich noch 11 Erkrankungen aus dem Februar gemeldet. Im Deutschen Generalgouvernement Warschau betrug die Zahl der angemeldeten Pockenfälle in den Wochen vom 25. Februar bis 24. März: 6, —, 1 und 1 (sämtlich bei der Zivilbevölkerung).

An **Fleckfieber** sind im Deutschen Reich vom 11. März bis 7. April —, 2, 7 und 5 Kriegsgefangene erkrankt; im Deutschen Gouvernement Warschau sind vom 25. Februar bis 24. März 472 (25), 492 (36) 581 (46) und 549 (39) Erkrankungen (Todesfälle) festgestellt (ausschließlich bei Zivilpersonen); in Ungarn sind vom 12. Februar bis 11. März 10, 233, 348 und 415 Fälle angezeigt.

Nach dem Ministerialblatt für Medizinalangelegenheiten sind in Preußen im Jahre 1915 **Erkrankungen (Todesfälle) an übertragbaren Krankheiten** sanitätspolizeilich gemeldet bezw. nach den standesamtlichen Sterbekarten [] vorgekommen: an Anssatz 2 (—) [1], an Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere 438 (2) [—], Cholera: 2680 (452) [1219], Diphtherie: 113776 (10252) [14852], Fleckfieber: 6542 (877) [434], Genickstarre: 770 (339) [621], Kindbettfieber: 4016 (1325) [1789], Körnerkrankheit: 2534, Tuberkulose: (39495) [53949], Milzbrand: 40 (8) [10], Pocken: 175 (25) [17], Rotz: 5 (3) [5], Rückfallfieber: 252 (—) [—], Ruhr: 7678 (705) [1899], Scharlach: 120176 (7924) [12129], Tollwut: 10 (6) [15], Typhus: 18097 (1825) [4680], Trichinose: 6 (3) [6], Fleisch- und Wurstvergiftung: 142 (18) [25], Spinale Kinderlähmung: 78 (27) [5]. Man sieht aus dieser Zusammenstellung, daß die Anzeigepflicht sowohl in bezug auf die Erkrankungen, als in bezug auf die Todesfälle noch sehr viel zu wünschen übrig läßt; denn sonst könnten sich so erhebliche Unterschiede gegenüber den standesamtlichen Meldungen, selbst wenn diese nicht ganz zutreffend sein dürften, nicht ergeben. Hier müssen, wenn diese Statistik überhaupt verwertbar sein soll, jedenfalls entsprechende Maßnahmen getroffen werden; eine Besserung dürfte schon dadurch erzielt werden, wenn den Kreisärzten alle derartige standesamtlichen Meldungen mitgeteilt und sie in jedem Falle, in dem eine sanitätspolizeiliche Meldung nicht vorliegt, sofort die erforderlichen Ermittelungen über ihre Richtigkeit anzustellen

hätten; eine Maßregel, die sich allerdings mit Erfolg erst nach dem Kriege durchführen lassen wird.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 11. bis 24. März 1917 erkrankt (gestorben) an Pest, Gelbfieber, Aussatz, Malaria, Fleckfieber, Rückfallfieber, Tollwut, Rotz, Trichinose, Milzbrand: — (—), — (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 2 (—), 5 (—); Pocken: 128 (15), 106 (17); Unterleibstyphus: 143 (23), 129 (22); Ruhr: 73 (13), 53 (12); Diphtherie: 1860 (152), 1888 (128); Scharlach: 782 (31), 760 (43); Kindbettfieber: 74 (23), 77 (15); übertragbare Genickstarre: 16 (8), 11 (2); spinaler Kinderlähmung: — (—), 1 (1); Fleisch-, Fisch-, Wurstvergiftung: 2 (—), 1 (—); Körnerkrankheit (erkrankt): 38, 35; Tuberkulose (gestorben): 1260, 1234.

Sprechsaal.

Zu der in Nr. 5, S. 168 dieser Zeitsschrift erteilten Antwort auf eine Anfrage betreffs Zusendung der **Impfgebühren** erhalten wir von dem Med.-Rat Dr. Kühn, Bezirksarzt in Kaiserslautern, folgende Zuschrift:

„Auf Seite 168 der Zeitschrift für Medizinalbeamte wird die Anfrage eine bayerischen Bezirksarztes betreffend **Bezahlung der Impfgebühren** dahin beantwortet, daß nach dem Min.-Erl. vom 15. Mai 1876 die Gemeindebehörden die Impfgebühren an den Impfarzt unmittelbar zu bezahlen, also auch die Portokosten dafür zu tragen haben, falls die Einsendung durch die Post erfolgt.

Ich möchte dem Worte „unmittelbar" diese Bedeutung nicht ohne weiteres zusprechen.

Der Wortlaut im Min.-Erl. lautet:

„Die von den Regierungen festgesetzten Gebühren sind durch die Distriktspolizeibehörde den Gemeindebehörden mit Zahlungsauftrag bekannt zu geben. Die Zahlung hat seitens der letzteren unmittelbar an die Empfangsberechtigten zu erfolgen."

In diesem Zusammenhang kommt m. E. dem Worte „unmittelbar" die Bedeutung zu, daß der Zahlungsauftrag durch die Distriktspolizeibehörde erfolgt, die Zahlung selbst aber nicht auf dem Wege über die Distriktspolizeibehörde, sondern direkt an den Impfarzt zu erfolgen hat. Die Frage, wer die Portokosten bei Einsendung durch die Post zu tragen hat, ist damit nicht ohne weiteres geklärt."

Die Ansicht, daß durch den Wortlaut des Min.-Erl. die strittige Frage nicht völlig geklärt ist, erscheint auch uns nach genauer Kenntnis des Wortlautes nicht unberechtigt; gleichwohl wird der Impfarzt portofreie Zusendung verlangen können, da jeder Schuldner an sich verpflichtet ist, seine Schuld ohne jeden Abzug zu bezahlen.

Deutscher Medizinalbeamtenverein.

Die **Mitglieder des Deutschen Medizinalbeamtenvereins** werden gebeten, jede während des Jahres eintretende **Wohnungsänderung umgehend** der **Geschäftsstelle der Zeitschrift — Hofbuchdruckerei von J. C. C. Bruns, Minden i. W.** — mitzuteilen, damit in der Zustellung der Zeitschrift keine Unterbrechung eintritt und auch die Mitgliederverzeichnisse des Deutschen Medizinalbeamtenvereins wie der einzelnen Landesvereine stets auf dem Laufenden gehalten werden können.

Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

30. Jahrgang; Nr. 9. Ausgegeben am 5. Mai 1917.

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.
Bezugspreis für das Jahr: 15 Mark.

Ausserdem eine besondere, nur vierteljährlich erscheinende Beilage:
Zeitschrift für
Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege.
Offizielles Organ der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens.
Bezugspreis für das Jahr: 8 Mark, für die Bezieher der Zeitschrift: 4 Mark.

VERLAG VON FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: Gelsdorf & Co., G. m. b. H., Eberswalde (Mark).

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung, Nr. 9, am Schlusse des Heftes.

Vom Sanitätsamt d. mil. Institute Berlin zur Ausfuhr zugelassen am 5. Mai 1917, Nr. 2540.

INHALT.

Original-Mitteilungen.

Die Frühehe. Von Dr. **Grassl** 265
Ist die Leichenöffnung im gerichtlichen Ermittelungsverfahren ohne Richter empfehlenswert? 273

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

1. Bekämpfung übertragbarer Krankheiten im allgemeinen.

Prof. **Curschmann**: Infektionskrankheiten, Krankenhäuser und Bevölkerungspolitik 276

2. Diphtherie.

Prof. Dr. **F. Reiche**: Die Verbreitung und Bekämpfung der Diphtherie 276

3. Geschlechtskrankheiten und deren Bekämpfung.

Prof. Dr. **Karl Stern**: Beratungsstelle für Geschlechtskranke seitens der Rheinischen Landes-Versicherungsanstalt . . 277
Dr. **E. Sonntag**: Zur Frage der Spezifizität der Wassermannschen Reaktion: Tumor- und Narkosesera 277

4. Malaria.

Merkblatt für Aerzte zur Bekämpfung der Malaria (Wechselfieber) 278

5. Sonstige Krankheiten.

Prof. **Hoffmann**: Hartnäckige Pilzerkrankung der Interdigitalräume (Interdigitale Dermatomykose) mit familiärer Uebertragung 281
Dr. **Max v. Zeissl**: Zur Aetiologie von Herpes Zoster, Purpura rheumatica, Skorbut Morbus maculosus Werlhoffii . 281

B. Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Alkoholismus und dessen Bekämpfung.

Dr. **Kraepelin**: Die Beeinflussung der Treffsicherheit beim Schießen durch Alkohol 281

2. Blindenfürsorge.

Arbeitsmöglichkeit von Blinden 282
Dr. **W. Feilchenfeld**: Kriegsblinde . . . 282
Dr. **Silex**: Ueber Kriegsverletzungen des Sehorgans und Kriegsblindenfürsorge . 282

3. Kriegsbeschädigtenfürsorge.

Dr. med. **Blind**: Grundzüge der ärztlichen Kriegsbeschädigtenfürsorge 283
Dr. **Emil Kunstmann**: Die Zukunft unserer Kriegsverletzten 283
Dr. **Hermann Dekker**: Heilen und Helfen 284
Hans Würtz: Der Wille siegt! 284
Dr. **Adolf Silberstein**: Ergebnisse der Kriegsinvalidenfürsorge im Kgl. orthopädischen Reservelazarett Nürnberg . 284
William Levy: Der Verlust der Hände und ihr Ersatz 285

4. Soziale Hygiene.

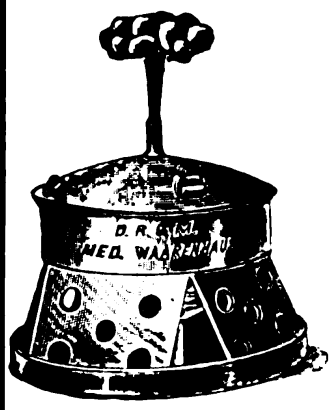
Dr. **Würzburger**: Rück- und Ausblick auf unsere Bevölkerungsentwicklung . . . 285
R. Oldenberg: Zum Verständnis der Geburtenrückgangsziffern 286
Prof. Dr. **Opitz**: Ueber die Bedeutung des Geburtenrückganges 286
Dr. **Mittelhäuser**: Der Geburtenrückgang — eine volkswirtschaftliche und nationale Gefahr 286
Bársony: Eugenetik nach dem Kriege . 286
Dr. **Hans Guradze**: a. Die Mischehen in Berlin. b. Mischehen und Statistik. c. Zum Gegenstande Mischehen und Statistik 287



Medicinisches Waarenhaus
Aktien-Gesellschaft
Berlin NW. 6, Karlstraße 31.

Centralstelle aller ärztlichen Bedarfsartikel und für Hospitalbedarf.

Neues Instrumentarium



zur Wohnungs-Desinfection

mittels

flüssigen Formalins

nach

Prof. Dr. **O. Roepke.**

Ref. Nr. 7, 1905 der Zeitschrift f. Medizinalbeamte

D. R. G. M. Modell M. W.



Ausführliche Beschreibung steht zu Diensten.

Von den Königlich Preussischen und Königlich Bayerischen Staats-Eisenbahnen eingeführt.

Dr. med. **G. Sticker**: Geschlechtsleben und Fortpflanzung vom Standpunkt des Arztes 287
Dr. **Georg Rothe**: Periodische ärztliche Untersuchungen in der Lebensversicherung 287
Geza v. Hoffmann: Ein neuer Adel der biologisch Tüchtigen 288
Besprechungen 288
Tagesnachrichten 289
Beilage:
Rechtsprechung 53
Medizinal-Gesetzgebung 55
Umschlag: Personalien.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Medizinalrat: dem Regierungsarzt bei dem Kaiserlichen Gouvernement von Kamerun Dr. Ufer; — der Charakter als Geh. Ob.-Med.-Rat mit dem Range der Räte II. Kl.: dem Landesmedizinalrat Dr. Holtzmann in Straßburg i. Els.

Ernannt: Der a. o. Professor Dr. Riecke in Leipzig zum außerordentlichen Professor in der medizinischen Fakultät der Universität Göttingen; Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Krückmann in Berlin zum ordentlichen Mitglied der wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen; der a. o. Professor

(Fortsetzung der Personalien auf der sechsten Seite des Umschlags.)

Dr. Kahlbaum, Görlitz
Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke
Offene Kuranstalt für Nervenkranke.
Aerztliches Pädagogium für jugendliche Nerven- und Gemütskranke.

Dr. Erlenmeyer'sche Anstalt für Gemüts- u. Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz.
Villenbauten, Zentralheizung, elektr. Licht. Beschäftigung der Kranken in Werkstätten und in der Gärtnerei mit Gemüsebau, Obstkultur, Treibhäusern. Tennisplatz.
14 Morgen grosser Park.
Chefarzt: **Geheimrat Dr. Erlenmeyer.** 1—2 Hilfsärzte
Prospekte durch die Verwaltung.

Verlag von Fischers medic. Buchhandlg., H. Kornfeld in Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Die Rassenhygiene
and ihre
wissenschaftlichen Grundlagen
von
Priv.-Doz. Dr. med. **Walter Oettinger**
in Breslau.
Preis: 1.20 M.

20] **Sanatorium Elsterberg**
— Sächs. Vogtland —
für
Nerven-
Alkohol- u.
Morphiumkranke
Das ganze Jahr geöffnet.
Nur für Angehörige besserer Stände.
Näheres durch
Sanitätsrat **Dr. Römer.**

LECIN

neutrale Lösung von Phosphat-Eiweiss-Eisen mit Glyzerinphosphat.

Wohlfeiles, **appetitanregendes** Eisenmittel

Lecintabletten **Arsen-Lecintabletten**
Jod-Lecintabletten

Phosphat-Eiweiss-Eisen mit 10% glyzerinphosphorsaurem Kalk

Tricalcol Kalk-Präparat

kolloidallösliches Kalk-Phosphat

für Kinder und für Schwangere zur kräftigen Knochenbildung.

Tricalcol-Eiweiss

zur Selbstherstellung von Eiweiss-Milch.

Proben und Literatur vom Lecinwerk, Hannover.

Lecithin-Pillen „Agfa“

zuckerdragiert oder versilbert

à 0,05 und 0,1 g Lecithin „Agfa“
In Packungen à 50 bis 1000 Stück

Besonders vorteilhafte Notierungen für die Packungen à 250, 500 und 1000 Stück

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation

Pharmaz. Abteilung BERLIN SO 36

30. Jahrg. 1917.

Zeitschrift
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Anzeigen nehmen die Verlagshandlung sowie alle Anzeigenannahmestellen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 9. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats. | 5. Mai.

Die Frühehe.

Von Medizinalrat Dr. Graßl-Kempten (Allgau).

Manche auf medizinischem Gebiete liegende staatliche Maßregel mutet an, als ob sie nur von Juristen verfaßt worden wäre, ja manche macht den Eindruck, als ob sie aus einem Uebungsseminar eines Staatswissenschaftslehrers entsprungen wäre; medizinische Gedanken halten sich oft merkwürdig im Hintergrund. So kämpfe ich seit Jahren gegen die moderne öffentliche Säuglingsfürsorge, die vollständig auf juristisch-wirtschaftlicher Grundlage aufgebaut ist und den ärztlichen Grundgedanken aller Säuglingsaufzucht unter einer Masse von Vielgeschäftigkeit bis zur Unkenntnis verborgen hält. „Nur das eine, nur die „eine“ ist verloren gegangen und die Aerzte beginnen sich erst allmählich wieder daran zu erinnern, daß sie die Naturwissenschaft und nicht die Staatswissenschaft zu vertreten haben.

Wie bei der Säuglingsfürsorge, so ist es auch bei der Geburtenzahl, speziell bei der legalen Vorbedingung zur Geburt, bei der Ehe.

Auch hier werden eine Unmenge rationalistischer Gründe angegeben, die dazu führen sollen, den drohenden Geburtenrückgang aufzuhalten. Daß das Erzeugen und Gebären ein Akt ist, dessen Bewertung der Naturwissenschaft zufällt, scheint man vergessen zu haben. An anderer Stelle habe ich schon darauf hingewiesen, daß beim Weibe die Geburtenvermehrung und die Geburtenregelung nur mittels der Brustdrüse stattfinden wird und darf. Nur eine stillende Frau leistet gegen eine Nachschwängerung weniger Widerstand und nur sie ist gegen eine allzuhäufige Befruchtung geschützt.

Der Zeugungswille des Mannes der modernen Zeit wird noch immer von dem Zeugungstrieb mächtig beeinflußt. Diesen Trieb systematisch auszunützen, ist die Hauptaufgabe der Bevölkerungspolitik.

In der Gegenwart erheben die Frauen die Anforderung an uns Männer, daß wir vor der Ehe ebenso geschlechtlich rein wie die Mädchen leben sollen; sie verwerfen die „doppelte Moral“ der Männer, und sie finden in ihrer Anforderung auch bei manchen Männern und Aerzten und speziell Hygienikern häufigen Anhang. Es gibt Aerzte, die diese Anforderung der Frau als durch die Männer leicht durchführbar halten. Andere Aerzte geben zwar die Schwierigkeit der Durchführung dieser Anforderung zu, sie suchen aber die Durchführung dadurch zu erleichtern, daß sie allgemeine Hilfsmaßregeln empfehlen. Da empfiehlt man Mässigkeit in Speise und Trank, starke körperliche Bewegung, namentlich Sportsleistungen, angestrengte geistige Uebungen, Stärkung der allgemeinen Willenskraft insonderheit die gegen die Geschlechtsunsittlichkeit, Aufklärung der Jugend und anderes. Es wird nicht zu verkennen sein, daß alle diese Maßregeln geeignet sind, als Hilfsmaßregel zur Ordnung des Geschlechtstriebes zu dienen. Aber ihre geringe durchschlagende Kraft wird dadurch bewiesen, daß trotz aller dieser Maßregeln die Natur die Entleerung des angesammelten Samens doch vornimmt. Die Anhänger der Keuschheitstheorie schließen aus dieser unfreiwilligen Absetzung auf die Selbsthilfe der Natur. Ich setze aber hinzu: Wie stark muß dieser Entleerungsdrang sein, wenn er trotz aller Willens-Gegenmaßregeln sich in das Unterbewußtsein des Traumlebens einschleicht und dieses beherrscht!

Theoretisch und in der Moral sind die Vorschriften für Mann und Frau gleich. Das Bestreben aller ernsten Männer muß sein, dem Ideal möglichst nahe zu kommen. Ohne ideales Endziel keinen Fortschritt; keine Ableistung einer Wegstrecke.

Anders die Praxis. Mann und Frau sind im Geschlechtstrieb grundverschieden.

Solange das männliche und weibliche Geschlecht noch in einer Person vereinigt waren, war wohl auch der Trieb der beiden Geschlechter annähernd gleich. Bald merkte jedoch der Mensch, daß die Hingabe als Weib schwere individuelle Nachteile mit sich bringe und dadurch wurde der körperlich Stärkere

veranlaßt, sich den männlichen Akt an dem schwächeren Individuum zu erzwingen. Das schwächere Individuum wehrte sich und oft nicht ohne Erfolg; dem als Mann tätigen Teil gelang die Fortpflanzung hauptsächlich dann, wenn er körperlich Schwächere überwältigte und wenn er genügend Samen hatte, um wiederholte, auch vergebliche Versuche zu machen. Dadurch kamen hauptsächlich körperlich und geschlechtlich Kräftigere bei den Männern, zur Fortpflanzung. Beim Weibe wurde die Fortpflanzung auch erzwungen wider Willen, also ohne ausgeprägten Trieb. Es mag diese Erklärung ohne Untergrund sein: Tatsache ist, daß der jetzige Unterschied zwischen Mann und Frau noch in dieser Richtung sich geltend macht.

Dem körperlich kräftigen Mann ist die Angriffslust im Geschlechtsleben geblieben; der körperlichen schwächeren Frau erwuchs aus der Abwehrmaßregel der Urzeit das größere Schamgefühl. Der Mann überragt an Zahl der Samenfäden das Weib weit in bezug auf die Zahl der Eier; das weibliche Geschlecht hat in ihrer Reihe eine viel größere Zahl „kalter Naturen“ als wie der Mann. Der Mann hat impulsiven Gesamtcharakter, die Frau ist mehr beständig.

Bei dieser Verschiedenheit der anatomischen und funktionellen Anlagen wäre es unverständlich, wenn beide gleiche Triebe hätten. Die Gleichheit der Triebe würde aber auch die Existenz des Menschengeschlechtes in Frage stellen.

Dazu kommt, daß der Mann um 15 Jahre länger zeugungsfähig ist als die Frau geburtsfähig ist, offenbar auch infolge der Auslese des Mannes in Hinsicht auf seine Geschlechtsfähigkeit, während sich das Weib in seinem Gesamtkörper und seinen Gesamteigenschaften auch auf das Austragen, Gebären und Säugen einstellen mußte, also die Geschlechtstauglichkeit in die Breite zog.

Dazu tritt noch die Art und Weise der Erziehung und des Erwerbes. Der Mann muß freier erzogen werden, soll er seinen Zweck erreichen; er befindet sich viel häufiger außer dem Schutze der Familien als wie das Mädchen. Wird dem Mädchen aus besonderen Umständen der Schutz der Familie versagt, so wächst ihre geschlechtliche Gefährdung und nähert sich der des Mannes. Nur die Frau treibt mit ihrem Körper ein Gewerbe, ermöglicht also dem Manne die Befriedigung des Triebes ohne die natürlichen Folgen der Befriedigung.

Der größte Unterschied aber besteht in der Zeit der Eingehung der Ehe.

Obwohl beide Geschlechter zu gleicher Zeit geschlechtsreif werden, tritt das Mädchen um viele Jahre früher in die Ehe als der Jüngling, hat also schon lange regelmäßiges, geordnetes Geschlechtsleben, wenn der Mann noch auf sittlich, gesellschaftlich und gesetzlich verbotenen Wegen wandeln muß.

Die Forderung der Gleichheit der Moral ist praktisch biologisch vollständig außerhalb der natürlichen und sozialen Tatsachen, sofern man gleiches Resultat der Anforderung

erwartet. Deshalb suchen alle Aerzte, die wirklich helfen wollen, die Wartezeit bis zur Ehe auf das natürliche Maß abzukürzen und die Eheverweigerung auf jene Zeit zu beschränken, in der dem Manne wegen des noch nicht oder nicht mehr starken Geschlechtstriebes die Beherrschung desselben gelingt.

Die Bewertung der Ehe als biologisches Instrument hat folgende Tatsachen zugrunde zu legen:

1. Dem Geschlechtstrieb verdankt die Menschheit ihr Dasein; der Trieb des Mannes ist stärker wie der der Frau.

2. Die Zahl der Frauen und Mänuer jenseits der Geschlechtsentwicklung ist gleich groß.

3. Die Dauer der Zeugungskraft des Mannes ist vom 15. bis 65. Jahr, die der Gebärfähigkeit der Frau vom 15. bis 50. Jahr.

Geht man von der Ehe aus, so trifft auf jedem geschlechtsfähigen Mann eine geschlechtsfähige Frau und umgekehrt. Die längere Dauer der Fruchtfähigkeit des Mannes zwingt den Mann bei der Einehe 15 Jahre lang, den Zweck der Ehe, die Befruchtung bei dem Geschlechtsverkehr, außer Achtung zu lassen.

Dazu kommt noch der Zustand der Befruchtung der Frau. 9 Monat ist die Frau befruchtet und falls sie das Kind kräftig, also naturgemäß und hinlänglich lang an ihrer Brust saugen läßt, ist sie während der Stillperiode, also etwa 2 Jahre lang (die natürliche Stillperiode dürfte 2 Jahre sein) außerdem noch unfruchtbar. Im allgemeinen dürften auf Seite der Frau nur ebenso viele Monate Fruchtaufnahmefähigkeit vorhanden sein als Jahre der Befruchtungsfähigkeit auf Seite des Mannes. Dieser gewaltige Unterschied in der Dauer der Fruchtfähigkeit wirkt selbstverständlich auf die Höhe des Triebes zurück. Gegenüber der Natureinrichtung der Fruchtfähigkeit der Frau ist der Samenreichtum des Mannes verschwenderisch groß. Es kann unmöglich die Begattung nur dann naturgemäß sein, wenn die Möglichkeit der Befruchtung der Frau vorhanden ist. Die Absetzung des Samens außer der Befruchtungsmöglichkeit der Frau ist zwar nicht ein direkter Nutzen der Gattung, aber ein indirekter Nutzen in der dadurch erreichten Züchtung starkgeschlechtlicher Männer. Die Geschlechtsfähigkeit und die übrigen Individualeigenschaften der Menschen gehen parallel. Erst auf dem Umwege der Auslese kann der fruchtlose Versuch wieder der Gattung zu Nutzen werden. Eben weil es aber ein Lusttrieb ist, ist die Steigerung und Ueberreizung der Befriedigung sehr naheliegend. Nichts ist gefährlicher für Individuum und Gattung als ungeregelter Geschlechtstrieb.

Diese Regelung hat die Natur in der Gleichzahl der Männer und Frauen vorgenommen. Die Ehe gründet sich zweifellos auf biologische Auslesefaktoren. Die Dauereinehe ist die Steigerung der Naturanforderung. Die Aufhebung der Dauereinehe als Volksinstitut würde dem wirtschaftlich besser

Situierten eine größere Anzahl von Frauen zuführen und dadurch die relative Geschlechtsnot der Masse noch verschärfen. Auch die Gattung würde dadurch schwer leiden.

In bezug auf den Befruchtungszweck der Ehe ist diese die Krücke, auf der der Verheiratete über das nach gegenwärtig sittlicher Auffassung der Allgemeinheit geltende Gebot der Befruchtung hinüberhumpeln darf. Wenn also auch die Begattung ohne Befruchtung noch nicht naturwidrig und noch nicht unsittlich ist, so nimmt doch die gewollte Behinderung der Befruchtung diesen Charakter an.

In bezug auf die Samenabsetzung ist also die Ehe das naturgemäße Instrument. Dieses Instrument muß dem Manne, der geschlechtskräftig ist, genügend zur Verfügung stehen. Es zeigt sich die Erfahrung, daß die Fruchtfähigkeit, wie alle anderen Eigenschaften auch, langsam zunimmt, ihre Höhe erreicht und wieder langsam abnimmt. In der Zeit, in der die Geschlechtsfähigkeit noch wenig entwickelt ist, also am Anfang und Ende, läßt sie sich erfahrungsgemäß beherrschen und ist der Ausfall der Behinderung weder für das Individuum noch für die Gattung von besonderem Nachteil. Dadurch ist es möglich, eine Anpassung des männlichen Geschlechtstriebes an die weibliche Geschlechtsfähigkeit vorzunehmen.

Auf drei Arten kann der geschlechtsfähige Mann in der Ehe seine Fähigkeit unfruchtbar machen:

Er kann die Ehe eingehen mit Beginn der Geschlechtsfähigkeit und zwar mit einem gleichalterigen Mädchen. Man nennt das die biologische Frühehe.

Die Vorteile dieser Eheart ist der Ausfall alternder Männer in der Fortpflanzung; der Nachteil die noch nicht gereifte Jugend der Heiratenden. Diese Eheform ist in Indien religiöse Einrichtung und war im Mittelalter auch in Europa bei den Oberständen vielfach im Gebrauch. Die Nachteile scheinen größer zu sein als die Vorteile. Die bekannte Kurzlebigkeit der mittelalterlichen Herrschergeschlechter mag in der Frühehe begründet gewesen sein. Sie ist in Europa jetzt allgemein verlassen. Der Biologe sieht ihr Verschwinden nicht ungern.

Verbindet sich ein Mann mit einem Mädchen, so daß das beider Geschlechtsfähigkeit-Ende zeitlich zusammenfallen, so entsteht die biologische Spätehe. Ihre Vor- und Nachteile sind die entgegengesetzten der Frühehe.

Heiratet ein Mann in einem Alter ein Mädchen, so daß ein Teil seiner Geschlechtsfähigkeit vor der Ehe unbenutzt bleibt, ein Teil nach der Unfruchtbarkeit der Frau in den Endjahren, so spricht man von „biologischer Mittelehe“. Sie ist die gebräuchlichste Form der Ehe der unteren Stände und sie entspricht offenbar den besten Erwartungen. Die Hauptzahl deutscher Arbeiter tritt in den Jahren 24—26 in die Ehe.

Der deutsche Arbeiter setzt also aus wirtschaftlichen Gründen nach $7^1/_2$ Jahren, die der reinen Mittelehe vor der

Verheiratung vorausgehen, noch 2—3 Jahre hinzu. Er läßt den fünften Teil der Fruchtbarkeit vor der Ehe unbenutzt vorübergehen. Der fünfte Teil der Fruchtbarkeit des Mädchens aber ist 7. Diese sieben Jahre läßt auch das deutsche Mädchen ohne Ausnutzung vorübergehen. Die häufigsten Ehen der deutschen Mädchen finden zwischen 22 und 24 Jahren statt. Die Ehe der deutschen Arbeiter ist also biologisch vollständig richtig. Hier eine Veränderung in dem Alter sowohl des Mannes wie der Frau anzustreben, dazu besteht keine Veranlassung.

Der Altersunterschied von Mann und Frau paßt sich am natürlichsten der Zeit der Fruchtbarkeit beider an, so daß je 10 Jahre der Fruchtbarkeit des Mannes je 7 Jahre der Geburtfähigkeit der Frau entsprechen. Mit 25 Jahren heiratet also biologisch der Mann am besten eine 22 Jahre alte Braut; mit 35 Jahren eine 29 Jahre alte, mit 45 Jahren eine 37 Jahre alte, mit 55 Jahren eine 43 Jahre alte und mit 65 Jahren eine 50 Jahre alte Braut. Der größte biologische Altersunterschied ist 15 Jahre. Da der Mensch mit 15 Jahren geschlechtsreif wird, ist diese Zeitperiode eine biologische Generation. Der Mann darf sich also mit der Generation seines Alters mischen, nicht aber mit der Tochtergeneration.

Ein Teil der deutschen Männer aber schreitet zu spät zur Ehe. Der dritte Teil aller Bräutigäme ist über 36 Jahre alt. Dieser Teil nähert sich der Spätehe; ihre Nachteile sind sehr beträchtlich.

Es tritt eine sehr große Geschlechtsnot ein. Ein bekannter Medizinalstatistiker schrieb mir vor Jahren: „Meine Haare beginnen sich zu lichten und immer muß ich noch wie ein Affe oder mit Weibern niedrigster Sorte meine Befriedigung suchen. Sie hätten das Zeug in sich, auf diesen geschlechtlichen Uebelstand hinzuweisen.“ Die Ansteckungsgefahr wächst. Hier liegt zweifellos eine der größten Gefahren des deutschen Volkes, die um so wirkungsvoller für das Volk werden, als es gerade die Intellektuellen sind, die diesen Gebrauch huldigen und anscheinend huldigen müssen. Wir laufen Gefahr unser Volk der Intelligenzen zu berauben. Ein geistiger Raubbau, der sich in der Folge bemerklich machen muß.

Wie kann ein billig denkender Mensch verlangen, daß der Mann die Zeit der kräftigsten Geschlechtsfähigkeit durch Absetzung nächtlicher Pollutionen zubringt? Und wie kann man billigerweise verlangen, daß ein Mann, der 15 und mehr Jahre gegen die Anforderung der Sitten und der Natur geschlechtlich lebte, der infolge seines Junggesellentums die psychischen Eigenschaften aller Junggesellen annahm, der ein Egoist werden mußte, daß dieser Mann dann in der Ehe den höheren Interessen des Staates und der Gesellschaft, den Anforderungen von Sitte und Religion in der Spätehe genügen wird? Wer ein offenes Auge für die Scheidung der Geister hat, der wird gerade in der Gegenwart nicht verkennen, daß trotz mangelnder Bildung unsere unteren Stände an Opfersinn, an Hingabe, an Vaterlands-

liebe, an Eigenschaften, die man moralische zu nennen pflegt, den oberen Ständen sicher nicht nachstehen, ja sie vielfach übertreffen. Sicher trägt zu dieser sehr betrüblichen Erscheinung der Disqualität der oberen Stände der anscheinend unüberbrückbare Zwang zur Spätehe bei.

Dazu kommt, daß diese späten Ehekandidaten nicht selten Mädchen heiraten, die ihrem Alter nicht entsprechen. Ueber 1000 Männer mit mehr als 40 Jahren heiraten alljährlich Mädchen unter 20. Jahren. Die Mehrzahl der Spätbräutigame aber wählt ihre Braut nicht nach den Geschlechtstugenden, der körperlichen Tauglichkeit, der Schönheit, der Hausfrauentüchtigkeit, der Entsagungsfähigkeit und der Religion, sondern nach der Größe der Geldbörse des zukünftigen Schwiegervaters. Die oberen Stände eilen dadurch direkt der Entartung zu.

Wer immer es mit den führenden Klassen gut meint, der muß auf diese Gefahren hinweisen.

„Aber, so wendete man ein, die Kulturverhältnisse der oberen Stände bedingen aus wirtschaftlichen Gründen diese Spätehe, die wir zwar bedauern, aber nicht ändern können."

Wir Aerzte, wir Staatsärzte erklären dadurch die Machtlosigkeit unseres Standes, wir verzichten fatalistisch-pessimistisch auf Besserung, legen die Hände in den Schoß und warten auf Hilfe durch die Juristen, denen der ungeheuerliche Irrtum, daß die Natur Kulturwirkungen weichen werde, nicht einmal in das Unterbewußtsein kommt. Wir haben die Pflicht, die Gewalt der Natur in den Erkenntniskreis der maßgebenden Regierungen zu bringen auch dann, wenn wir dort wenig Verständnis oder gar Ablehnung finden.

Die wirtschaftlichen Verhältnisse dürfen die Natur nicht erdrücken, sie müssen sich der Naturordnung unterordnen.

Bei näherer Betrachtung findet man, daß alle Kultur aufgebaut ist auf dem Gedanken: „Wie mache ich es, daß ich möglichst viel verdiene, um möglichst viel verbrauchen zu können." Die Lösung dieser Aufgabe war im Altertum und auch im Mittelalter dem Einzelindividuum überlassen. In der Neuzeit hat es sich zur politischen Allgemeinaufgabe entwickelt. Nur bei einzelnen Völkern ist der Gedanke noch individualistische Aufgabe geblieben. Dieser Gedanke ist die Grundursache aller Kriege; er ist zur Entwicklung des Menschengeschlechts notwendig. Die relative Not ist noch immer die beste Erzeugerin neuer Entdeckungen gewesen. Aber wie alle prinzipiellen Aufgaben birgt er bei der restlosen Auswirkung die größten Gefahren in sich, denn alles Leben ist relativ.

Der größtmögliche Verbrauch der Lebensgüter führte von selbst zu dem Zusatz der Aufwendung der möglichst geringsten Arbeitsleistung. Infolge der natürlichen Verhältnisse und der Dauer der Auswirkung des Hauptgrundsatzes als Volkserscheinung sind unsere Vettern über dem Aermelmeer Meister auch in der Anwendung des Zusatzes geworden; und wir waren und sind auf dem besten Wege ihnen zu folgen. Dieser Grundsatz

mußte in seiner Ueberspannung zum Zusammenbruch führen Viele haben den Zusammenbruch vorausgesehen; auch bei uns waren pathognomische Anzeichen vorhanden. Während die Peripherie des Volkes noch im Erwerb ihre Lebensaufgabe erblickte, begann das Zentrum zu stagnieren, unter dem Schutzmantel des Staates sich zu decken und sich auf den Zusatz ohne Hauptsatz einzuleben. Der Staat als Brotkorb stieg an Bedeutung. Die Forderung nach Staatsstellen stieg ins Ungeheure. Die Folge war ein Ueberangebot der Bewerber und damit die Verlängerung der Wartezeit und dadurch die Vermehrung der Spätehe mit allen ihren Nachteilen.

Hilflos standen die Staatsmänner dieser Erscheinung gegenüber und allerlei Mittelchen zur Abhilfe der drohenden Gefahr wurden vorgeschlagen. Aber es fehlte die Erkenntnis der Grundursache und der in jedem Beamten steckende Ressortpatriotismus hinderte ein zielbewußtes Zusammenarbeiten.

Während der Justizminister sich der Angebote nicht mehr erwehren konnte, vermehrte der Unterrichtsminister die staatlichen Vorbildungsanstalten; während der Ackerbauminister nach Handarbeitern rief, zog man mit allen Mitteln der Erziehung die Bevölkerung von der Handarbeit ab. Der Sport sollte helfen oder der Rationalismus! Systematisch habe ich in Zeitschriften und Vorträgen Front gegen die Versuche gemacht, das Uebel zu verschleiern, habe Sport und ähnliches bekämpft, habe die Bedeutung der schulgemäßen Vorbildung auf ein vernünftiges Maß zurückzubringen versucht. Den Lesern ist vielleicht bekannt, welche Anfeindungen ich dadurch auslöste. Nach einem Studium, das sich über ein Lebensalter erstreckte, war ich zu der Ueberzeugung gekommen, daß erst der Wust der Kultur gewaltsam weggeräumt werden muß, bevor wir aufbauen können. Als ich in meinem Büchlein: Der Geburtenrückgang, seine Ursachen und seine Bedeutung, 1914 bei Kösel, Kempten, ein halbes Jahr vor dem Kriege den Satz schrieb: „Mögen wir noch den Tag erleben, an dem wir sagen können: das deutsche Volk hat seine Zukunft gesichert" — da dachte ich an die große Katharsis eines allgemeinen Krieges mit seinen Folgen.

Wie Spreu flog alles weg, was wir als Lebensbedürfnis überschätzend betrachteten, der Krieg hat seine eigene Ursache vernichtet und ist dadurch zur Naturheilung geworden.

Zwei Grundübel wurden als solche erkannt: der hochgespannte, individualistische Bedarf und die Verachtung der Körperarbeit.

Nur wenn es uns gelingt, diese Kriegserkenntnis in die Tat überzusetzen, werden wir eine neue und wahre Kultur aufbauen. Die Vereinfachung der Lebenssitten, die Wertschätzung der produktiven Körperarbeit in der Gesellschaft ist die Vorbedingung zur naturgemäßen Regelung des Geschlechtslebens, zur Mittelehe, zur Erzeugung einer an Zahl und Eigenschaften genügenden Bevölkerung.

Der Staatsarzt muß seine Beamtenaufgabe, die sich im Vollzuge der Gesundheitstechnik bisher auswirkte, auf das biologische Gebiet erweitern und als Naturwissenschaftler die kausale Behandlung als die allein richtige anstreben, so langsam und schwierig sie auch ist. Allerdings bringt die symptomatische Behandlung, wie so oft, anfänglich mehr Ehren und mehr Vorteile äußerer Art für den Therapeuten; aber zum Schluß merkt das Volk doch, wer der wirkliche Arzt ist.

Ist die Leichenöffnung im gerichtlichen Ermittelungsverfahren ohne Richter empfehlenswert?

Von Amtsrichter Dr. **Tolkiemit**-Hoyerswerda.

Eine Entgegnung auf den Vorschlag von Medizinalrat Dr. Keferstein in der Zeitschrift für Medizinalbeamte vom 5. Februar 1917.

Medizinalrat Dr. Keferstein vertritt in seinem Aufsatz den Standpunkt, daß bei der gerichtlichen Leichenöffnung das Beisein des Richters überflüssig, ja durch den entscheidenden Einfluß des Richters auf die Terminsbestimmung zeitraubend und schädlich sei, und daher nach dem Vorbild der Unfallleichenöffnung in Preußen das Beisein des Richters in Fortfall kommen müsse. Vom Standpunkt der anderen Fakultät sei es aber gestattet, einige Gegengründe vorzubringen.

Vorweg sei bemerkt, daß Dr. Keferstein bei seinen Ausführungen wohl fast ausschließlich an Großstadtverhältnisse denkt; dort dürfte ein Teil seiner Ausführungen Berechtigung haben. In kleineren Orten dürften jedoch seine Vorschläge schon praktisch nicht durchführbar sein.

Es läßt sich auch nicht verkennen, daß bei der Strafverfolgung die nebeneinander herlaufende Tätigkeit vom Staatsanwalt und Ermittelungsrichter, wobei im allgemeinen die selbständige Tätigkeit des Ermittelungsrichters zurücktreten muß, besonders durch den hierbei notwendig eintretenden Zeitverlust gewisse beachtenswerte Uebelstände im Gefolge hat. Diese Uebelstände haften dann aber dem gesamten Ermittelungsverfahren an, nicht aber ausschließlich oder nicht einmal in besonderem Maße dem gerichtlichen Leichenöffnungsverfahren. Soweit sie auch beim gerichtlichen Leichenöffnungsverfahren vorhanden sind, könnten sie daher ebenfalls nur durch eine durchgreifende organische Umgestaltung des Ermittelungsverfahrens beseitigt werden, vor allem in der erstrebenswerten Richtung, daß im weiteren Ausbau von §§ 161, 163 der Reichsstrafprozeßordnung der Amtsrichter auch ohne Antrag der Staatsanwaltschaft die Ermittelungen selbständig vornimmt und die Staatsanwaltschaft erst nach Abschluß der Ermittelungen in Tätigkeit tritt.

Die §§ 87 und 88 der Reichsstrafprozeßordnung befinden sich in ihrem siebenten Abschnitt unter der Ueberschrift: Sachverständige und Augenschein. Schon hierdurch weist das Gesetz auf den untrennbaren organischen Zusammenhang beider

Beweismittel hin. Das Gesetz legt mit Recht bei der Leichenöffnung das Schwergewicht auf die Tätigkeit der Aerzte und begnügt sich daher bei der Leichenöffnung als solcher mit dem Beisein des Richters. Es kann und darf den Richter aber auch hierbei nicht missen; denn nach dem gegenwärtigen formalen Beweisrecht können die Aerzte ihre Handlungen und Wahrnehmungen nicht selbst beurkunden. Hierzu bedarf es des Richters und Gerichtsschreibers als Urkundsperson. Rein praktisch müßten ohne Richter und Gerichtsschreiber die Aerzte alles selbst schreiben, obwohl sich dies neben ihrer Tätigkeit der Leichenöffnung wohl recht schlecht ausführen ließe.

In der Großstadt kann vielleicht einem Gerichtsarzt ein geübter Schreiber leichter zur Verfügung stehen. In kleineren Orten würde bei plötzlichen Leichenöffnungen den Aerzten wohl meist jede Schreibhilfe fehlen; jedenfalls würde das mühselige Suchen nach einer solchen kaum das Verfahren beschleunigen.

Es läßt sich leider auch nicht bestreiten, daß die gerichtliche Leichenöffnung verhältnismäßig selten stattfindet, nachdem Richter und Aerzte die Leiche möglichst in der ursprünglichen Fundlage besichtigt haben, da sie durch die Polizei meist schon in einer Leichenhalle untergebracht ist, wenn sie Richter und Aerzte zu Gesicht bekommen. Der vom Gesetz gewollte Zustand ist dies aber nicht.

Der bekannte Kommentar zur Strafprozeßordnung von Löwe führt bei § 87 aus:

„Mit der Leichenschau oder der Leichenöffnung wird meistens eine Besichtigung des Ortes, wo man die Leiche gefunden und der an derselben oder in ihrer Umgebung befindlich gewesenen Gegenstände zu verbinden sein. An sich handelt es sich hier um eine von der Leichenschau selbst verschiedene Beaugenscheinigung; indes kann auch bei dieser eine Mitwirkung des Arztes von Nutzen sein."

Immerhin läßt sich in vielen Fällen noch vor der Leichenöffnung eine Leichenschau mit der Besichtigung des Tatortes unter Zuziehung der Aerzte ermöglichen. Es versteht sich wohl von selbst, wie wertvoll gerade auch für die Aerzte eine solche Feststellung ist, da sie ja dadurch die wertvollsten Hinweise erlangen, worauf sie bei der Leichenöffnung selbst ihr Hauptaugenmerk zu richten haben. Kommt eine solche Besichtigung selbst nicht in Frage, so kann jedenfalls der mit dem Akteninhalt vertraute Richter den Aerzten sonstige wertvolle Aufschlüsse geben und sie durch geeignete Fragen und Hinweise gleichfalls veranlassen, den wichtigsten Punkten von vornherein besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Das eigene Aktenstudium sowie eine sonstige weitergehende Ermittelungstätigkeit des Gerichtsarztes, wie sie vielleicht zu seiner Befriedigung bei der Unfallleichenöffnung angebracht ist, würde im Strafermittelungsverfahren, dessen Träger Staatsanwalt und Richter sind, als außerhalb der Aufgaben des Gerichtsarztes liegend, zu Unzuträglichkeiten führen und schwerlich zur Beschleunigung der Leichenöffnung beitragen.

Anderseits kann der anwesende Richter auf Grund des ihm sofort bekannt gewordenen Ergebnisses der Leichenöffnung sofort unaufschiebbare gerichtliche Ermittlungshandlungen, wie weitere Augenscheinseinnahme, Zeugenvernehmungen, sehr häufig auch die sofortige Verhaftung der als Täter verdächtigen Person an Ort und Stelle vornehmen, die sämtlich verspätet erfolgen würden, wenn der Richter oder gar erst der Staatsanwalt von dem Ergebnis der Leichenöffnung durch Uebersendung des Befundes Kenntnis erhielten. Auch der etwa anwesende Staatsanwalt müßte diese Handlungen erst beim Richter beantragen.

Schon mit Rücksicht auf diese Ermittelungsmöglichkeiten im unmittelbaren Anschluß an eine Leichenöffnung und ihre Beurkundung ist das Beisein des Richters notwendig. Zugegeben mag werden, daß die Feststellung der Persönlichkeit des Toten am ehesten den Richter entbehren ließe, während die Vorzeigung der Leiche dem Täter, sowie die erforderlichenfalls notwendige Handhabung der Ordnungspolizei den Richter schon weit schwerer entbehren ließe.

Es soll nicht verkannt werden, daß bei mancher Leichenöffnung, vor allem wenn die Todesursache vom rein juristischen Standpunkt ausreichend feststeht, nur noch rein medizinische Aufschlüsse erforderlich sind, und dadurch die juristische Tätigkeit und das juristische Interesse stark zurücktritt, der Richter, soweit er nicht als Urkundsperson in Frage kommt, auch entbehrt werden könnte. Wenn z. B. die Brust- und Bauchhöhle eines unzweifelhaft durch einen Axthieb auf den Kopf getöteten Mannes geöffnet wird, so dürfte allerdings der Richter, sofern er nicht etwa aus Vorliebe für medizinischen Dilettantismus den Vorgängen mit Interesse folgt, kaum interessiert und notwendig sein; er kann inzwischen lieber draußen sich aufhalten. Schließlich dürfte aber in einem solchen Falle die Oeffnung der Brust- und Bauchhöhle, vielleicht sogar die ganze Leichenöffnung ebenso wenig notwendig sein, wie das Beisein des Richters. In keiner Weise kann aber dem Einwand zugestimmt werden, der Richter habe kein Interesse, weil er doch nicht die Entscheidung fälle. Dann müßte ja dem Ermittlungsrichter das Interesse für alle seine Ermittlungshandlungen fehlen, vor allem bei allen schweren Straffällen. Auch sonst wird nur sehr ausnahmsweise der Ermittlungsrichter als Schöffenrichter oder Mitglied einer auswärtigen Strafkammer in der Lage sein, an der endgültigen Entscheidung mitzuwirken. Fehlt aber wirklich im Einzelfall ein besonderes sachliches oder persönliches Interesse des Richters, so hilft dem Richter, wie jedem anderen Beamten, sein Pflichtgefühl, auch alltäglichen, an sich interesselosen Sachen seine volle Hingabe zu widmen. Im übrigen pflegt das sachliche Interesse des Ermittlungsrichters an der Leichenöffnung nicht so gering zu sein; denn es kommen gewöhnlich eine Anzahl damit zusammenhängender Ermittlungshandlungen noch in Betracht, wie Augenscheinseinnahme,

Zeugenvernehmungen, Verhaftungen, Beschlagnahme usw. Häufig wird später dem Ermittlungsrichter die Voruntersuchung nach § 183 der Reichsstrafprozeßordnung übertragen. Oefter findet die Leichenöffnung auch bereits nach Eröffnung der Voruntersuchung statt, wenn die Tat und der Täter bekannt ist und nur die Leiche bisher gefehlt hat.

Selbst wenn aller dieser Gründe ungeachtet, ein größeres Interesse des Staatsanwalts als des Richters an der Leichenöffnung angenommen werden sollte, so sprechen noch mancherlei weitere Gründe rein praktischer Art gegen die Ausschaltung des Richters. Nicht nur die Aerzte, sondern erst recht Amtsgerichte und Polizeibehörden sind heutzutage durch Telegramme und Fernsprecher auch in entlegeneren Orten jederzeit erreichbar. Sobald also die Staatsanwaltschaft telegraphisch beim Richter Leichenöffnung beantragt — in ganz eiligen Fällen kann der Richter dies ohne Antrag anordnen nach § 163 der Reichsprozeßordnung —, so kann der Richter weit eher, nötigenfalls durch einen Vertreter, mündlich oder durch Telegramm oder Fernsprecher die erforderlichen Anordnungen treffen, als der vielleicht in großer Entfernung befindliche, mit den örtlichen Verhältnissen weit weniger vertraute Staatsanwalt.

Sofern aber der Staatsanwalt der Leichenöffnung beiwohnen wollte und bis zu seinem Eintreffen gewartet werden müßte, würde an Stelle der gewünschten Beschleunigung sich lediglich eine Verzögerung ergeben, ebenso wenn die gesamten Anordnungen für die Leichenöffnung von einem entfernter wohnenden Gerichtsarzt getroffen werden müßten. Die leider bei Leichenöffnungen oft unvermeidlichen Verzögerungen liegen meist weit weniger an der Verhinderung des Richters, als an der Schwierigkeit, die weit häufiger auswärts befindlichen Aerzte, insbesondere den notwendigen zweiten Arzt rechtzeitig zu erlangen.

Nicht ohne den Richter soll daher der Arzt die Leichenöffnung vornehmen, sondern beide sollten als gleichwertige und notwendige Organe der gerichtlichen Leichenöffnung sich gegenseitig unterrichten, unterstützen und ergänzen.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

1. Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten im allgemeinen.

Infektionskrankheiten, Krankenhäuser und Bevölkerungspolitik. Von Prof. Dr. Curschmann-Rostock. Zeitschrift für Bevölkerungspolitik und Säuglingsfürsorge; Bd. 9, Nr. 9.

Der Verfasser zeigt, wie groß die Bedeutung des modernen Krankenhauses im Kampfe gegen die Infektionskrankheiten und die durch sie veranlaßte Sterblichkeit bisher gesunden Lebens ist. Dr. Wolf-Hanau.

---

2. Diphtherie.

Die Verbreitung und Bekämpfung der Diphtherie. Bemerkungen zu W. Kruses gleichnamigem Aufsatz. Von Prof. Dr. F. Reiche. Münchener med. Wochenschrift; 1916, Nr. 51.

Kruse hat drei Punkte als Beweis der Wirksamkeit des Diphtherieserums angedeutet: 1. Der seit 1895 mit der Einführung der Serumbehandlung

eingetretene Abfall der Diphtherietodesfälle, die nur in der Kuhpockenimpfung ein Analogon hat; 2. der Rückgang der Sterbefälle im Verhältnis zu den Erkrankungsfällen; 3. die Wirksamkeit der frühzeitigen Seruminjektion. — Reiche nimmt dagegen Stellung. Die Aufnahme der Serumbehandlung fällt mit dem epidemiologischen Zurückgehen der Diphtherie zeitlich zusammen (beginnend 1895); die Serumbehandlung vermochte das Wiederaufflammen der Diphtherie zu Epidemien nicht zu verhindern. Die gegenüber der Vorzeit sehr wesentlich gehäufte Diphtheriediagnose, hauptsächlich durch die bakteriologischen Untersuchungsämter herbeigeführt, hat Erkrankungsfälle, die früher als einfache Anginen galten, als Diphtheriefälle aufgedeckt und dadurch die Sterblichkeitsstatistik gebessert, ohne daß an der Sache etwas geändert wurde. Die prozentmäßige höhere Sterblichkeit der niederen Bevölkerung ist auch hierin begründet, daß die Diphtheriediagnose bei der ärmeren Bevölkerung nur die schwersten Fälle umfaßt; die geringere Wirksamkeit der Spätinjektion ist auch darauf zurückzuführen, daß die Krankheitsfälle je später sie gespritzt werden durch Ausscheidung der leichten, nicht gespritzten sich immer mehr auf die schweren Fälle beschränken. Reiche warnt vor Ueberschätzung der Diphtheriestatistik. Dr. Graßl-Kempten.

---

3. Geschlechtskrankheiten und deren Bekämpfung.

Beratungsstelle für Geschlechtskranke seitens der Rheinischen Landes-Versicherungsanstalt. Von Prof. Dr. Karl Stern. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung; 1916, Nr. 21.

Nach Ueberwindung großer Schwierigkeiten ist in Düsseldorf im Gebäude der Landes-Versicherungsanstalt eine Beratungsstelle für Geschlechtskranke eingerichtet worden. Die als krank Bekannten werden auf vorgedruckten Formularen ohne Zweckangabe eingeladen und untersucht. Das Ergebnis wird, wenn sie sich in ärztlicher Behandlung befinden, dem Arzt mitgeteilt; sonst werden den Kranken die Wege zur Heilung gewiesen. In den dringendsten infektiösen Fällen wird die sofortige Uebernahme des Heilverfahrens durch die Landesversicherungs-Anstalt angeordnet. Die erste Untersuchung solcher Personen, die krank zu sein glauben, wird aus wirtschaftlichen Rücksichten auf die Aerzte und im Interesse der Kranken selbst abgelehnt. Diese sollen sich dahin wenden, wo sie auch sofort behandelt werden können; jeder Arzt soll soweit gebracht werden, daß er zur Erkennung und Behandlung der Geschlechtskrankheiten befähigt ist; er soll sich daran gewöhnen, wie sonst in der Seuchenbekämpfung durch Einsendung von Untersuchungsproben (auf Gonokokken, Spirochaeten oder nach Wassermann) die Untersuchungs- bezw. Beratungsstellen in weiterem Umfange als bisher in Anspruch zu nehmen. Durch diese Fühlungnahme der Aerzte mit den Beratungsstellen sollen diesen die Kranken zugeführt und vor allem auch die Säumigen, zunächst unter Ausschaltung der Tripperkranken, herangezogen werden. In erster Linie soll durch Aufklärung, z. B. während der klinischen Behandlung in den Krankenanstalten, auf freiwilligen Besuch der Beratungsstelle hingearbeitet werden; wo dieser nicht erfolgt, soll, falls der Patient die Einwilligung dazu gibt, der Arzt, sonst die Krankenkasse Meldung erstatten, wozu diese als öffentliche Behörde wohl berechtigt ist. Sehr zweckmäßig wäre es, wenn, wenigstens für die männliche Bevölkerung, der Meldezwang bei Geschlechtskrankheiten auch nach dem Frieden eingeführt würde, wie er jetzt für den Soldaten im Felde schon besteht. Zwangsmittel sind jedenfalls bei allen, die freiwillig zum Arzt gehen, zu vermeiden. Zwecklos sind sie bei denen, die aus Gewissenlosigkeit ärztliche Hilfe überhaupt nicht in Anspruch nehmen; hier kann nur immer wiederholte Aufklärung und die rege Mitarbeit einer gut geschulten Aerzteschaft allmählich zum Ziele führen. Dr. Rehberg-Rathenow.

Zur Frage der Spezifizität der Wassermannschen Reaktion: Tumor- und Narkosesera. Von Privatdozent Dr. E. Sonntag. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 51 und 52.

Es ist von einigen Autoren behauptet worden, daß bei den Sera maligner Tumoren und bei denen Narkotisierter unspezifische Ausschläge der Wa. R. vorkämen und daher der Ausfall der Reaktion bei beiden Gruppen für

oder gegen Syphilis nicht verwertet werden dürfe. Die Frage der Spezifizität der Wa. R., besonders hinsichtlich der Tumor- und Narkosesera, ist für den Chirurgen von großer praktischer Bedeutung.

Die Behauptung, daß Sera von Menschen mit malignem Tumor, vor allem Karzinom und Sarkom, bei der Wa. R. positiv reagieren, ohne daß gleichzeitig Syphilis bestände, wird durch die Untersuchung von 125 Tumorsera durch Sonntag widerlegt: niemals fand er bei Tumorsera eine unspezifische Reaktion, d. h. einen positiven Ausschlag, der dem malignen Tumor zugeschoben werden mußte. Fand sich eine mehr oder weniger deutliche positive Reaktion, dann war in diesen an sich wenigen Fällen neben dem malignen Tumor Syphilis nachweisbar. Auch vorgeschrittene maligne Tumoren mit bereits bestehender Dyskrasie bedingen keinen unspezifischen Ausschlag bei der Wa. R.

Ebenso ergab die Untersuchung von 100 Narkosesera, daß diese — abgesehen von Fällen gleichzeitiger Lues — bei der Wa. R. nicht unspezifisch reagieren. Gegenteilige Behauptungen sind auf Uebersehen gleichzeitiger Lues oder auf mangelhafte Methodik zurückzuführen. Vereinzeltes Vorkommen schwacher Ausschläge, exakteste Methodik der Wa. R. vorausgesetzt, macht vorsichtige Beurteilung und Wiederholung in einem weiteren Versuche ratsam. Damit ist ein weiterer Beitrag zur Spezifizität der Wa. R. erbracht.

Bei den Tumorsera bedarf die Frage evtl. gleichzeitiger Lues der Beachtung. Ein positiver Ausfall, der also Lues beweist, schließt natürlich Tumor nicht aus, indem die Wa. R. nur die allgemeine, nicht aber die toxische Diagnose gibt, d. h. zwar besagt, daß das betr. Individuum Syphilitiker ist, nicht aber, daß das in Rede stehende Leiden syphilitischer Natur ist. Eine weitere Klärung gibt hier erst die quantitative Titrierung: Ein starker Ausfall der Reaktion spricht für, ein negativer oder schwacher gegen manifeste und nicht spezifisch behandelte Lues; indes sind bei der Entscheidung die sontigen Symptome und Untersuchungsmethoden nicht zu vernachlässigen.

Das Ergebnis der Wa. R. bei Tumorsera spricht gegen eine häufiger vorkommende Kombination von malignem Tumor und florider Lues, kann aber über die sonstige Bedeutung der Lues für die Entstehung maligner Tumoren keinen Aufschluß geben.

Bei den Narkosesera, d. h. Sera von Menschen in oder kurz nach einer Narkose ist eine Veränderung in serologischer Hinsicht nicht ausgeschlossen, die Störung der Wa. R. in praktischer Hinsicht aber bei exakter Technik und vorsichtiger Beurteilung nicht zu fürchten. Weitere Studien sind zur Klärung des Wesens der Narkose wünschenswert.

Dr. Roepke-Melsungen.

---

4. Malaria.

Merkblatt für Aerzte zur Bekämpfung der Malaria (Wechselfieber). Ministerialblatt für Medizinalangelegenheiten; Nr. 3, S. 18.

Das beste Mittel, um eine Ausbreitung der Malaria zu verhindern, ist die vollständige Ausheilung der Kranken. Hierzu ist notwendig,

1. die Malariaerkrankung, die unter allen möglichen Symptomen verlaufen kann, möglichst umfassend zu diagnostizieren, wofür wir in der mikroskopischen Blutdiagnose ein ausgezeichnetes Hilfsmittel besitzen;
2. die Therapie der Erkrankung unter ständiger Blutkontrolle vorzunehmen. Denn es ist gar nicht selten, daß nach einigen kräftigen Chinindosen die Anfälle aufhören, die Kranken sich vollständig wieder erholen, dabei aber trotzdem die für die Passage durch die Mücken geeigneten Dauerformen (Gameten) im peripheren Blute aufweisen. Aehnlich also wie ein Typhus- oder Dysenteriebazillenträger kann ein solcher Kranker ein Ausgangspunkt für neue Krankheitsfälle werden.

Wann besteht Malariaverdacht?

Handelt es sich um typische Tertiana- oder Quartanaanfälle, so ist das Krankheitsbild so ausgeprägt, daß die klinische Diagnose nicht verfehlt werden kann. Die Milz ist vergrößert, und auf fieberfreie Tage folgen mit Schüttelfrost einsetzende Fieberanfälle, mit hoher Temperatur und Schweiß-

ausbrüchen bei Fieberanfall. Aber diese typischen Anfälle sind durchaus nicht die Regel, denn

1. gibt es eine Tropica — auch in Europa — bei der täglich Fieber besteht und weder dieses noch die anderen klinischen Symptome einen typischen Charakter tragen;
2. gibt es Doppelinfektionen bei der Tertiana und doppelte und dreifache Infektionen bei der Quartana, wodurch die Fieberkurve verwischt ist. Mehrfache Infektionen sind sehr häufig zu beobachten, so daß an einem Tage die eine, am anderen Tage die andere Parasitengeneration Fieber hervorruft;
3. verlaufen die Malaria-Rezidive sehr häufig uncharakteristisch, so daß sie leicht mit gewissen Stadien des Typhus abdominalis und mit vielen anderen akuten und chronischen Krankheiten verwechselt werden können. Deshalb ist es ratsam, bei allen Fällen anhaltenden Fiebers, bei denen die klinische Diagnose nicht eindeutig ist, Malaria in Betracht zu ziehen und Blut an das zuständige Medizinal-Untersuchungsamt zur Untersuchung einzusenden. Ist das Ergebnis negativ, dann muß das Blut noch einmal untersucht werden, und zwar geht man so vor, daß man das erste Mal das Blut frühmorgens (zwischen 6 und 9) entnimmt und das zweite Mal nachmittags (zwischen 4 und 6 Uhr).

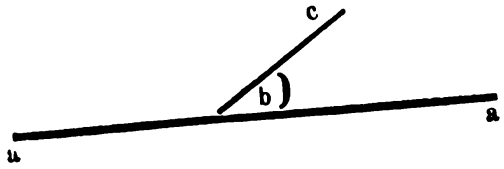
Blutpräparate.

Für die zwei ersten Untersuchungen müssen je ein guter Blutausstrich und je zwei Gläser mit „dicken Tropfen“ eingesandt werden; für alle späteren, wenn es sich nicht mehr um die Diagnose der Malariaform, sondern lediglich nur um den Nachweis von Parasiten handelt, genügen zwei „dicke Tropfen“.

Gute Blutpräparate erhält man nur, wenn man ganz saubere Objektträger verwendet — am besten neue —, die wenn möglich dauernd in einem Gefäß mit Alkohol absol. oder einem Gemisch von Alkohol mit Aether zu gleichen Teilen liegen und diesem erst zum Gebrauch entnommen werden; sie werden vor der Benutzung mit gewaschener Leinwand getrocknet.

a) Blutausstriche.

Auf ein Ende eines Objektträgers (a) wird ein Bluttropfen (b) gebracht, darauf schräg ein Deckgläschen (c) gesetzt, so daß sich das Blut an seinem unteren Rande ausbreitet und damit über den ganzen Objektträger einmal gestrichen (in unserm Bilde nach links hin).



Die Blutkörperchen werden dabei nicht gequetscht. Mit demselben Deckglas ist ein anderer Objektträger dünn zu bestreichen. Beide Objektträger sind einzusenden.

b) Dicker Tropfen.

Ein bis zwei Bluttropfen werden mit dem Knopfe eines Glasstäbchens in Zehnpfennigstückgröße auf dem Objektträger ausgebreitet, derart, daß der Rand des Tropfens vom Rande des Objektträgers mindestens 2 mm entfernt bleibt.

Den Tropfen läßt man lufttrocken werden, wobei darauf zu achten ist, daß er während dieser Zeit nicht von Fliegen abgefressen wird. Nachdem die Tropfen eine halbe Stunde lang getrocknet haben, wird jedes Glas in Seidenpapier oder feines Fließpapier eingewickelt, bezeichnet und versandt. Das Glasstäbchen muß sofort gründlich mit Wasser gereinigt und dann vor weiterer Verwendung bei einem anderen Fall ausgeglüht werden. Nur gute Ausstriche und Tropfen gewährleisten eine befriedigende mikroskopische Diagnose.

Behandlung.

Besteht klinisch begründeter Verdacht auf Malaria, so ist Blut zu entnehmen und sogleich mit der Behandlung zu beginnen. Man gibt bei Erwachsenen 6 Tage lang täglich 1 g Chinin, und zwar ohne Rücksicht auf die Fieberkurve zweistündlich in Dosen von 0,25 g frühmorgens um 6 Uhr,

und dann weiter um 8, 10, 12 Uhr. Nach 6tägiger Chininverabreichung setzt man 3 Tage aus, gibt dann 3 Tage in derselben Weise je 1 g Chinin, setzt 4 Tage aus, gibt wieder 3 Tage Chinin, setzt 5 Tage aus, gibt wieder 3 Tage Chinin, setzt 6 Tage aus, gibt wieder 3 Tage Chinin und bleibt bei dieser Form der Therapie, bis keine Parasiten mehr nachgewiesen werden. Der Kranke gilt als geheilt, wenn hintereinander zwei Blutuntersuchungen in dicken Tropfen negativ ausgefallen sind. Die Therapie ist dann auszusetzen. Am folgenden Schema ist die Therapie veranschaulicht und gleichzeitig angegeben, wann Blut zur Untersuchung eingesandt werden soll:

1. Tag	4 mal täglich	2 stündlich	0,25 g Chinin	
2. „	„	„	„	
3. „	„	„	„	
4. „	„	„	„	
5. „	„	„	„	
6. „	„	„	„	
7. „	—	—	—	
8. „	—	—	—	
9. „	untersuchen lassen			
10. „	4 mal täglich	2 stündlich	0,25 g Chinin	
11. „	„	„	„	
12. „	„	„	„	
13. „	—	—	—	
14. „	—	—	—	
15. „	—	—	—	
16. „	untersuchen lassen			
17. „	4 mal täglich	2 stündlich	0,25 g Chinin	
18. „	„	„	„	
19. „	„	„	„	
20. „	—	—	—	
21. „	—	—	—	
22. „	—	—	—	
23. „	—	—	—	
24. „	untersuchen lassen			
25. „	4 mal täglich	2 stündlich	0,25 g Chinin	
26. „	„	„	„	
27. „	„	„	„	
28. „	—	—	—	
29. „	—	—	—	
30. „	—	—	—	
31. „	—	—	—	
32. „	—	—	—	
33. „	untersuchen lassen			
34. „	4 mal täglich	2 stündlich	0,25 g Chinin	
35. „	„	„	„	
36. „	„	„	„	
37. „	—	—	—	
38. „	—	—	—	
39. „	—	—	—	
40. „	—	—	—	
41. „	—	—	—	
42. „	untersuchen lassen			
43. „	4 mal täglich	2 stündlich	0,25 g Chinin	
44. „	„	„	„	
45. „	„	„	„	

Verhütung.

Um eine Uebersicht über die Entstehung und Ausbreitung der Malaria zu gewinnen, ist es dringend geboten, in jedem Falle von Malaria eine ausführliche Anamnese aufzunehmen, um festzustellen, wann und wo der Kranke seinen ersten Anfall gehabt und wo er sich wahrscheinlich infiziert hat. Da der erste Anfall typisch zu verlaufen pflegt (Schüttelfrost, Kopfschmerzen, schmerzhaftes Ziehen und Bohren in den Knochen des Unterschenkels, Schweißausbruch), wird es nach Aufzählung der Symptome bei den meisten Kranken

gelingen, Ort und Zeit des ersten Anfalles in Erfahrung zu bringen. Das Ergebnis dieser Nachforschung ist in jedem einzelnen Falle bei der Zusendung der Blutpräparate anzugeben.

Personen, welche Parasiten im Blut oder Fieber haben, müssen Orte, an denen Anopheles-Mücken vorkommen, meiden.

---

5. Sonstige Krankheiten.

Hartnäckige Pilzerkrankung der Interdigitalräume (interdigitale Dermatomykose) mit familiärer Uebertragung. Von Prof. Erich Hoffmann-Bonn. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 51.

H. hat eine Anzahl von interdigitalen Pilzerkrankungen gesehen, die zum Teil schon ein oder mehrere Jahre bestanden, quälendes Jucken verursachten und bis dahin als intertriginöse Ekzeme angesehen und vergeblich als solche behandelt waren. Es werden 4 Fälle geschildert, von denen drei in einer Familie vorkamen, je 2 die große Hartnäckigkeit des Leidens und seine Uebertragbarkeit in der Familie lehrten.

Die interdigitale Dermatomykose ist kein häufiges Leiden, kommt anscheinend aber an manchen Orten öfter zur Beobachtung. Die Ansicht von Frau Dr. Kaufmann-Wolf, daß der Soorpilz hier eine ursächliche Rolle spielt, muß erst durch weitere Untersuchungen entschieden werden. Der Einwand, daß Hefe- und Soorpilze sich erst sekundär angesiedelt haben können, ist zu beachten. H. hatte nach dem mikroskopischen Bild den Eindruck, daß stets eine Trichophytie oder Epidermophytie vorlag; einmal gelang der sichere Beweis durch die Reinkultur.

Das hartnäckige und lästige Leiden, auf das das Interesse weiterer Aerztekreise hinzulenken ist, kann durch einfache mikroskopische Untersuchung sicher erkannt und durch eine jedem Praktiker mögliche Behandlung leicht beseitigt werden. Bei der mikroskopischen Untersuchung ist zu beachten, daß das charakterische, meist weiche und dichte Pilzfadennetz erst nach vorsichtigem Erwärmen, gelindem Druck auf das Deckglas und einigem Zuwarten (10—15 Minuten) auch für den minder Geübten genügend deutlich wird

Für die Therapie genügt die Pinselung mit verdünnter Jodtinktur — Tinct. jodi 5,0, Spir. vini (60 %) ad 20,0 —. In besonders hartnäckigen Fällen ist ½—1%ige Chrysarobinpasta anzuwenden. Dr. Roepke-Melsungen.

Zur Aetiologie von Herpes Zoster, Purpura rheumatica, Skorbut, Morbus maculosus Werlhofii. Von Reg.-Rat Prof. Dr. Max v. Zeißl, Vizedirektor des Kaiser Franz Joseph-Ambulatoriums und Jubiläums-Spitales in Wien. Der Amtsarzt; 1916, Nr. 4—6.

Die hypothetische Ursache genannter Krankheiten wird in einem noch unbekannten Stoff erblickt, der — bei Herpes Zoster und Purpura rheum. besonders im Frühjahr und Herbst — in den Körper gelangt und eine erhöhte Durchlässigkeit der Gefäßwandung bedingt, analog den Oedemen, die Verfasser durch Injektion von Lugolscher Jodlösung im Tierexperiment erzeugen konnte. Dr. Hösch-Pasing.

B. Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Alkoholismus und dessen Bekämpfung.

Die Beeinflussung der Treffsicherheit beim Schießen durch Alkohol. Von Prof. Dr. Kraepelin-München. Alkoholfragen; 1916, Nr. 4.

Es ist keine ganz gleichgültige Tatsache, daß schon die geringe Gabe von 40 g Alkohol bei einer Reihe von gesunden, vortrefflich eingeübten Schützen Verschlechterungen der Treffsicherheit bis zu 10, ja 12% bewirken kann, ohne daß ihnen diese Veränderung zum Bewußtsein kommt. Im übrigen müssen bei der Wertung der Zahlen, die einen verhältnismäßig geringen durchschnittlichen Ausschlag geben, die einzelnen Versuchspersonen berücksichtigt werden.

Dr. Wolf-Hanau.

---

2. Blindenfürsorge.

Arbeitsmöglichkeit von Blinden. Halbbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin; 1917, Jahrgang 25, Nr. 2.

Es ist ein Ausschuß ernannt zur Untersuchung der Arbeitsmöglichkeit für Blinde, insbesondere für Kriegsblinde. Die Arbeitsversuche werden durch Blinde und Halbblinde angestellt, die vom Ausschuß entlohnt werden, und zwar werden nur Arbeiter oder Arbeiterinnen zu den Versuchen herangezogen, die eine gewisse Geschicklichkeit und Verständnis für die Sache besitzen. Damit soll festgestellt werden: erstens, welche Arbeiten können Blinde und Halbblinde dauernd leisten, und zweitens, in welchem Verhältnis stehen ihre Leistungen zu denen der Sehenden?

Auf die erste Umfrage haben sich bereits 30 Betriebe in Groß-Berlin bereit erklärt, Versuche zu veranstalten; es sind auch schon Erfolge gezeitigt die zu den besten Hoffnungen berechtigen. Dr. Hoffmann-Berlin.

Kriegsblinde. Von San.-Rat Dr. W. Feilchenfeld, Augenarzt in Berlin-Charlottenburg. Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin; 1916, Nr. 26.

Nach einer Zusammenstellung der Medizinalabteilung des Kriegsministeriums gab es am 25. März 1916 ca. 900 Kriegsblinde. Diese Zahl ist natürlich jetzt noch gestiegen, wenn auch die Verhältniszahl zu den anderen Beschädigten sicherlich geringer geworden ist. Man hat die Gefahren des Schützengrabens beachten gelernt, ist vorsichtiger geworden beim Erheben des Kopfes über die Schutzwehr usw., so daß Kopf- und Augenschüsse jetzt seltener vorkommen.

Noch vor der Entlassung aus dem Heeresverbande muß mit der Ausbildung der Kriegsblinden begonnen werden; sie in eine Blindenanstalt zu bringen, empfiehlt sich nicht, besser sind Blindenschulen im Anschluß an Lazarette oder im Anschluß an Blindenanstalten. Wenn irgend möglich, sollen die Blinden in ihren früheren Berufen weiter tätig sein; das läßt sich zum Teil erreichen bei Schuhmachern, Tischlern, Töpfern, Drechslern, Tapezierern, Sattlern, Buchbindern und Schneidern. Auch Kaufleute und Akademiker können passende Arbeitsgebiete finden; ferner stehen often die seit Alters üblichen Blindenberufe: Bürstenbinder, Strohflechter usw. Es kommen weiterhin in Betracht Fabrikarbeit mit Massenfabrikation, wo immer nur einfache wenige Handgriffe erforderlich sind. Zu warnen ist vor dem Erlernen des Gebrauchs der Schreibmaschine, weil die Blinden immer auf die Hilfe anderer in bezug auf Korrektur usw. angewiesen sind. Diese Mithilfe wird im Anfange durch das Mitgefühl geleitet werden, aber das Mitgefühl wird im Laufe der Zeit herabgemindert werden. Man soll überhaupt danach trachten, von den Blinden vollwertige, nach der Leistung bezahlte Arbeit zu fordern, und sie nicht dem Mitleid und Entgegenkommen zu überlassen. Aus diesem Grunde wird auch vor Schaffung von Kriegsblindenheimen gewarnt, die von wohltätigen Damen geleitet, nur zu einer Erschlaffung und Verweichlichung der Blinden führen, anstatt sie zu fördern im Selbständigwerden und in ihrer Kraftentwicklung. Zur sozialen Arbeit gehört Herz, aber noch mehr kühl überlegender Verstand.

Dr. Hoffmann-Berlin.

Ueber Kriegsverletzungen des Sehorgans und Kriegsblindenfürsorge. Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Silex-Berlin. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung; 1916. Nr. 16.

Blind ist nach der gesetzlichen Regelung des Kriegsministeriums ein Auge dann, wenn mit ihm nach Ausgleich etwaiger Brechungsfehler nur große Gegenstände in allernächster Nähe wahrgenommen werden und nur von Hell und Dunkel unterschieden werden kann, oder wenn das Gesichtsfeld so eingeschränkt ist, daß beim Sehen nur mit dem erkrankten Auge ein Zurechtfinden auf der Straße ohne fremde Hilfe unmöglich ist; die Praxis nimmt als Grenze gewöhnlich $^1/_{20}$ der normalen Sehkraft an. Unter 822 Kriegsblinden, über die eine genaue Statistik vorliegt, war die Blindheit bei 95,5 % durch Verletzung, 4,5 % durch Krankheit (davon 3,5 % durch Sehnervenatrophie) bedingt. Bei vielen konnte das Sehvermögen durch die neuen vorzüglichen Instrumente der Firma Zeiß (Fernrohrbrillen und -Lupen) noch ganz erheblich gehoben werden.

Die Kriegsblindenfürsorge wird ausgeübt: vom Kriegsministerium, privaten Personen, kommunalen und provinziellen Verbänden und materiell besonders durch die deutsche Kriegsblindenstiftung für Landheer und Flotte, eine Sammlung aus dem deutschen Volke, deren Kapital jetzt 4¼ Millionen beträgt und die Kriegsblinden über die staatliche und kommunale Fürsorge hinaus unterstützen will. Ihre Verwaltung geschieht durch einen Fürsorgeausschuß; von diesem werden die Kriegsblinden zunächst durchweg in Blindenschrift und -lesen ausgebildet und dann für einen besonderen Erwerb vorbereitet; dabei wurde die Unterbringung in den sog. Blindenhandwerken nicht in dem Umfange durchgeführt, wie erwartet worden war, da dort der Verdienst sehr gering und Neigung für diese Berufe nicht groß war. Dagegen gelang es, eine große Anzahl bei gutem Verdienst auch in Dauerstellungen in den Kgl. Fabriken in Spandau (Munition und dergl.) anzubringen; eine Reihe weiterer staatlicher Betriebe und auch privater Fabriken (Mix & Genest, Siemens-Schuckert, C. P. Goertz, Zeiß u. a.) haben sich gleichfalls zur Anstellung Kriegsblinder bereit erklärt. Viele Kriegsblinde haben sich ferner als Maschinenschreiber in Büros, als Telephonisten bewährt, für andere sind die eigentlichen Blindenhandwerke und der Erwerb eines Rentengutes in Aussicht genommen, so daß die Berufsfrage unserer zurzeit etwa 1000 Kriegsblinden im ganzen als ausgelöst betrachtet werden darf.

Dr. Rehberg-Rathenow.

---

3. Kriegsbeschädigtenfürsorge.

Grundzüge der ärztlichen Kriegsbeschädigtenfürsorge. Von Prof. Dr. med. Blind, Straßburg (Elsaß), z. Z. Stabsarzt beim Reservelazarett Bad Polzin (Hinterpommern). Mit 20 Abbildungen auf 10 Tafeln. Verlag von Benno Konegen. Leipzig 1916. Gr. 8°, 77 S. Preis: 3,60 Mark.

Dem Arzt, der in der Heimat als Kriegsarzt seine Pflegebefohlenen heilen und auch sozial weiter bringen soll, ist die Schrift gewidmet. In kurzen Kapiteln, die gleichwohl alles Wissenswerte bringen, behandelt B. unter steter Berücksichtigung der Friedensunfallheilkunde die Kriegsbeschädigtenfürsorge vom ersten Zeitpunkt, wo sie für den Verletzten eintritt, bis dahin, wohin sie ihn bringen soll. In ihrem Mittelpunkt steht die Arbeit des Arztes, besonders in der Form der sog. sozialen Chirurgie, die auf dem Gebiete des Unfallwesens schon vor dem Kriege entwickelt, jetzt zur vollsten Geltung gekommen ist. Hand in Hand damit geht die medikomechanische Behandlung, der Gliederersatz und die Weiterbildung der Kranken in den Schullazaretten. Auf die Kleinarbeit des Arztes, die die Hauptgrundlage für das Gelingen der großangelegten Fürsorgeorganisationen bildet, geht er besonders ein und zeigt auch die Hauptschwierigkeiten, die in der Natur des Kranken selbst liegen oder von außen durch unangebrachtes Mitleid, falschen Rat und dergl. hineingetragen werden. Dann behandelt der Verfasser die Versorgung der Kriegsteilnehmer und ihrer Angehörigen und die ärztliche Begutachtung. Im besonderen zeigt er, wie man auch in bescheidenem Wirkungskreise in kleinem Lazarett mit einfachsten Mitteln den Verletzten mit Hilfs- und Uebergangsersatzgliedern bald ausstatten und zum Gehen, zu Uebungen und Verrichtungen instandsetzen kann. Das Buch will den Arzt des kleinen Lazaretts, der ohne ständige Fühlung mit größeren Anstalten arbeiten muß, befähigen seinen Schutzbefohlenen ein zuverlässiger Berater und Helfer zu werden; diesen Zweck wird es erfüllen.

Dr. Rehburg-Rathenow.

Die Zukunft unserer Kriegsverletzten. Von Dr. Emil Kunstmann. Volkstümliche Erörterungen der wichtigsten Fragen. Reich illustriert. Verlag von G. Kürstens. Leipzig 1916. 90 Seiten. Preis: 1,50 Mark.

In frischer, fesselnder und zugleich verständlicher Darstellung wird dem einfachen Mann aus dem Volke das ganze Gebiet der Kriegsbeschädigtenfürsorge von dem Verfasser, der als Hauptschriftleiter der „Deutschen Blätter für Kriegsverletzte“ darin eine reiche Erfahrung besitzt, umfassend vor Augen geführt. Durch eine lebendige Kleinmalerei versteht er es, auch spröden Stoff, der dem ungeschulten Leser ferner liegt, näher zu bringen, Bedenken und Zweifel durch praktische Beispiele oder überzeugende Gleichnisse zu zerstreuen und zu neuem Lebensmut anzuspornen. Wohl jeder Beruf vom Arbeiter bis

zum Künstler kommt auf seine Rechnung; alles was geleistet wurde und zum Ziele führen kann, ist sorgsam zusammengetragen, aber auch das besonders betont, was vielfach fälschlicherweise erstrebt und von unberufener Seite geraten wird, jedoch nur aufhalten und schädigen kann. Darüber hinaus sind die weiteren Ziele der Fürsorgebestrebungen bis nach dem Frieden gesteckt, die Wege dazu für jeden einzelnen und für die gesamte Organisation gezeichnet, so daß jeder, der in der Bewegung steht und Kriegsbeschädigte beraten muß und fördern will, in dem Buche Belehrung finden kann. Besonders werden Kriegsbeschädigte selbst Trost und Anregung daraus schöpfen, die Wege zu neuen Lebenszielen suchen und finden lernen.

Dr. Rehberg-Rathenow.

Heilen und Helfen. Von Dr. Hermann Dekker. Mit zahlreichen Abbildungen nach Originalaufnahmen. Kosmos, Gesellschaft der Naturfreunde. Stuttgart 1916. Franksche Buchhandlung. Kl. 8°; 86 S. Preis: 1 M.

Die Schrift führt dem Laien in leicht verständlicher Weise die Entstehung und Mannigfaltigkeit der Kriegsverletzungen und die Wege vor Augen, auf denen die Natur sie der Heilung wieder zuführt. Sie zeigt die Grenzen, die der Heilkraft der Natur, wenn sie sich selbst überlassen bleibt, gesteckt sind und schildert anschaulich, wie denn der Arzt in diesen Heilprozeß leitend und bessernd eingreift, Fehlendes zu ersetzen sucht und schließlich nach Abschluß der Behandlung auch an der sozialen Heilung des Kriegsverstümmelten weiterarbeitet. Der wichtigste Helfer ist für diesen aber immer der eigene feste Wille, die verbliebene Arbeitskraft voll auszunutzen; zahlreiche Beispiele aus dem Leben zeigen, wie weitgehend dieses möglich ist. Die auch dem einfachen Mann verständliche und von Hoffnungsfreudigkeit getragene Schilderung sowie der billige Preis empfehlen und gestatten die Anschaffung des Buches für Lazarette und unsere Soldaten im Felde. Dr. Rehberg-Rathenow.

Der Wille siegt! Dritte völlig neubearbeitete, vermehrte und reichillustrierte Auflage. I. Band. Lebensschicksale neuertüchtigter Kriegsinvaliden. Von Hans Würtz, Erziehungsdirektor des Oskar-Helene-Heims, Berlin-Zehlendorf. Berlin 1916. Reichsverlag von Hermann Kalkhoff. 8°; 140 S. Preis: 1,50 M.

Die Professor Dr. K. Biesalski gewidmete und an seiner Anstalt entstandene Schrift bildet ein beredtes Zeugnis von der Wahrheit des von ihm geprägten Wortes: „Es gibt kein Krüppeltum, wenn der feste Wille vorhanden ist, es zu überwinden.“ Treffende Beispiele aus der Geschichte, packende, ergreifende Zeugnisse von Helden des Krieges, der Duldung und des Willens aus dem gegenwärtigen Völkerringen bezeugen, wie erst und vor allem der eiserne Entschluß, aus den nach der Verstümmelung verbliebenen Resten alles herauszuholen, um ein befriedigendes Dasein weiterzuführen, das Leid überwinden konnte — ja von solchem Erfolg gekrönt war, daß durch ausdauernde Uebung und Fleiß selbst bei schweren Verstümmelungen, sogar völligen Erblindungen in dem neu erlernten Arbeitsbereich Erwerb und Zufriedenheit gefunden wurde. Die verständlich geschriebenen Beispiele aus der Geschichte. die schlichten Schilderungen unserer Kriegshelden predigen das Hohelied der Willenskraft so eindringlich, daß das Buch jedem Kriegsverletzten und Kriegskranken in die Hand gegeben werden sollte, um ihn zu trösten und zur Nacheiferung anzuspornen. Dr. Rehberg-Rathenow.

Ergebnisse der Kriegsinvalidenfürsorge im Kgl. orthopädischen Reservelazarett Nürnberg. Herausgegeben von Stabsarzt d. R. Dr. Adolf Silberstein-Berlin, leitender Arzt des Kgl. orthopädischen Reservelazaretts, Fr. Maier-Bode, Landesökonomierat, Rektor der Kgl. Kreis-Landwirtschaftsschule Nürnberg, Walter Möhring, städtischer Zeicheninspektor in Nürnberg, Reidt, Kgl. Professor, Direktor der Korbflechtlehranstalt Lichtenfels, Paul Bernhard, stellvertretender Lazarettinspektor, Nürnberg. Mit 112 Abbildungen im Text und auf 10 Tafeln. Würzburg 1916. Verlag von Curt Kabitsch. 8°; 161 S. Preis: geh. 6 M.

Die dem Vorstand für Krüppelfürsorge, Wirkl. Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Dietrich gewidmete Schrift bringt in dem von Silberstein verfaßten

ärztlichen Teil wertvolle Ratschläge für die Behandlung Kriegsverletzter überhaupt, über ihre Unterbringung in sog. Schullazaretten im besonderen und namentlich wichtige Beiträge zur Anfertigung einfacher Prothesen auf Grund des Verfahrens, das sich in Nürnberg allmählich herausgebildet hat. Grundsätzlich werden die Amputierten bald an den Gebrauch der Ersatzglieder gewöhnt; dazu werden ihnen bereits als Behelfsglieder frühzeitig einfache „Kunstbeine" gefertigt, deren einzelne Teile, aus Holzgliedern bezw. Celluloidhülsen bestehend, fabrikmäßig hergestellt und schnell zusammengesetzt werden können. Während sonst im allgemeinen bewährte und bekannte Modelle für den Gliederbau als Grundlinie dienen, ist der Verfasser bei der Anfertigung der Oberarmprothesen eigene Wege gegangen und dabei zur Anfertigung von Ersatzstücken gekommen, die zwar der Form nach die Bezeichnung Arm nicht mehr rechtfertigen, aber, sich auf den Brustkorb stützend und an die Rückseite des Oberarmstumpfes befestigt, eine so freie Bewegung des Gliedrestes gestatten wie kaum eines der bekannten Kunstglieder. Die andern Kapitel bringen aus berufener Feder Abhandlungen über Einrichtung, Dienstbetrieb und Verwaltung der Anstalt (Bernhard), über Ausbildung und Verwendung Kriegsinvalider in der Landwirtschaft (Maier-Bode), im Zeichnen und gewerblichen Arbeiten (Möhring) und schließlich in der Korbflechterei (Reidt). Die zahlreichen Abbildungen veranschaulichen den Bildungsgang und die zum Teil erstaunlichen Fortschritte, die sich bei gutem Willen erzielen lassen. Das Buch kann als ausführlicher Ratgeber für die Einrichtung ähnlicher Anstalten warm empfohlen werden. Dr. Rehberg-Rathenow.

Der Verlust der Hände und ihr Ersatz. Von William Levy-Berlin. Teil I. Mit 29 Abbildungen. Berlin W. 62. Fischers medizinische Buchhandlung (H. Kornfeld). 1916. 8°, 31 S. Preis: 2 Mark.

Ausgehend von dem anatomischen Bau und der physiologischen Funktion der Hand ist der Verfasser zu der Anfertigung von Ersatzstücken gekommen, die der Form nach der natürlichen Hand sehr ähnlich sind und doch sowohl als Sonntags-, wie als Arbeitshand, letztere in Schreibfeder- oder Hammerhaltung gebraucht werden können. Die auch praktisch bereits bewährte Arbeitshand des Kopfarbeiters wird genauer beschrieben. Für den Zangenschluß in Schreibfederhaltung werden benutzt ein im Grundgelenk beweglicher Daumen und ein Vierfingerstück, das im vorderen Drittel der Mittelhandfläche beweglich angesetzt ist. Die Kraftquelle für Zangenschluß und -öffnung bilden Beugung und Streckung im Ellenbogengelenk, während Pro- und Supination des Vorderarmstumpfes die Hemmung dieser Bewegungen bewirken, d. h. bei jeder Weite der Zangenöffnung die Zangenarme ruhig stellen können. Ferner vermittelt der Druck auf eine medial an der Oberarmhülse angebrachte Palette die Ausschaltung des Zangenschlusses, um in jeder Stellung des Ellenbogengelenkes gefaßte Gegenstände loslassen zu können. Die Form der Prothese ist recht gefällig, der Bau zwar schon etwas kompliziert, aber immer noch solide. Die Abbildungen veranschaulichen den Bau der Hand und ihren Gebrauch bei alltäglichen Verrichtungen des Lebens und Berufsarbeit. Die Ausführung ist dem Bandagisten F. Kraus, Berlin, Kommandantenstraße Nr. 55 übertragen worden.

Dr. Rehberg-Rathenow.

---

4. Soziale Hygiene.

Rück- und Ausblick auf unsere Bevölkerungsentwicklung. Von Geh. Reg.-Rat Dr. Würzburger-Dresden. Zeitschrift für Bevölkerungspolitik und Säuglingsfürsorge; 1916, Nr. 8.

Die Wirkung des Krieges auf die Bevölkerung ist:

1. Die Verminderung der männlichen Bevölkerungshälfte durch die unmittelbaren Kriegsverluste;

2. der Ausfall derjenigen Geburten, die infolge der Trennung zahlreicher Ehepaare während der Dauer des Krieges unterblieben sind;

3. das Ausbleiben der Nachkommenschaft, die die Opfer im Kriege Gefallenen sowie manche von den Ueberlebenden, aber körperlich beschädigten Kriegsteilnehmern, nach dem Kriege andernfalls noch zu erwarten gehabt hätten.

Dr. Wolf-Hanau.

Zum Verständnis der Geburtenrückgangsziffern. Von R. Oldenberg-Göttingen. Zeitschr. für Bevölkerungspolitik und Säuglingsfürsorge; 1916, Nr. 4.

Wenn die Lage auch nicht hoffnungslos ist, so ist sie doch ernst genug:

1. weil in den Großstädten sich die Aufzuchtsziffer viel ungünstiger entwickelt,
2. weil die Verhütung vorzeitiger Sterblichkeit ihre natürliche Grenze hat, und damit wenigstens die allgemeine Sterbeziffer überhaupt nicht sehr viel weiter sinken kann,
3. weil unsere slavischen Nachbarn nicht nur eine viel schnellere absolute und relative Bevölkerungszunahme, sondern auch für die Zukunft viel günstigere Bevölkerungsaussichten haben.

Dr. Wolf-Hanau.

Ueber die Bedeutung des Geburtenrückganges. Von Prof. Dr. Opitz-Gießen. Zeitschrift für Bevölkerungspolitik und Säuglingsfürsorge; 1917, Nr. 8.

Der Verfasser wendet sich gegen die Darlegungen von Geheimrat Würzburger[1]) und behauptet, daß dessen Folgerungen nicht den Tatsachen entsprechen. Als Gründe führt er dafür an:

1. Durch statistische Untersuchungen kann man den tiefen Gründen einer Bevölkerungsbewegung nicht nahekommen.
2. Die materialistische Gesinnung, die die Grundlage der Rationalisierung der Ehe ist, hat sich immer mehr verbreitet.
3. Die Ueberfüllung aller Berufe und Annahme einer Uebervölkerung.
4. Einfluß der Lehre der Neomalthusianer.
5. Die Zunahme der Verbreitung der empfängnisverhütenden Mittel.

Dr. Wolf-Hanau.

Der Geburtenrückgang — eine volkswirtschaftliche und nationale Gefahr. Von San.-Rat Dr. Mittelhäuser-Apolda. Zeitschrift für Säuglingschutz; 1916, Nr. 11.

Weitgehendster Mutter- und Säuglingsschutz ist die unbedingte Voraussetzung für die Bekämpfung des Geburtenrückganges und als eine der ersten vaterländischen Forderungen zu betrachten.

Dr. Wolf-Hanau.

Eugenetik nach dem Kriege. Von Bársony-Budapest. Archiv für Frauenkunde und Eugenetik; II. Bd., 2. Heft.

Falls die Mütter aus materiellen oder sozialen Gründen unfähig sind zur Erhaltung der Kinder, so muß der Staat die Kinder auf Wunsch ohne Formalität und ohne jede Schwierigkeit auf beliebige Zeit zur Erziehung übernehmen. B. glaubt, daß dies Ziel nur durch staatliche Findelhäuser erreicht werden kann. Ledige und Kinderlose wären zu den Kosten in erster Linie heranzuziehen. Die neue Generation soll nicht nur numerisch groß, sondern auch gesund sein. Da wir von den Eigenschaften der Mütter mehr erben, müssen wir namentlich den weiblichen Körper schonen, pflegen und hegen. Die das schwangere Weib anstrengende Arbeit ist eine Sünde gegen die Frau und das Kind. Zwischen zwei Puerperien soll von der Beendigung der Säugung an gerechnet ein Jahr liegen. Die Gesetze der Natur schreiben also dem Weibe 10 Kinder vor und während dieser Zeit kann das Weib weder ihr täglich Brot erwerben, noch an den Widerwärtigkeiten und Kämpfen des Lebens teilnehmen. Unsere Sympathie kann deshalb nicht jenen Bestrebungen zuteil werden, die unsere Mädchen und Frauen analog den Männern in die Kämpfe des Daseins schleudern wollen. Die über die normale Zeit hinausreichende Jungfräulichkeit ist eine Krankheit, ein Widerstreit gegen die Gesetze der Natur. Selbst wenn wir in Fragen der geistigen Fähigkeit, Fleiß, Ausdauer, Talent, ja selbst der physischen Körperkraft der Frau eine dem Manne gleichkommende Gleichberechtigung erteilen würden, so verweigert sie „Gott-Natur", die jeglichem Geschöpfe sein Ziel anweist. Das Streben der jüngsten Zeit ist ein Hemmschuh der natürlichen und gesunden Entwicklung der zukünftigen Generationen.

Dr. Rißmann-Osnabrück.

---

[1]) Siehe das Referat darüber auf S. 285.

a. Die Mischehen in Berlin. Von Dr. Hans Guradze-Berlin. Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin; 1916, Nr. 23.

b. Mischehen und Statistik. Bemerkungen zu dem Aufsatz von Dr. Guradze in Nr. 23. Von Dr. Marcuse-Berlin. Ebenda, Nr. 24.

Zum Gegenstande Mischehen und Statistik. Eine Erwiderung von Dr. Hans Guradze-Berlin. Ebenda, Nr. 25.

Der Inhalt der vorstehenden 3 Aufsätze kann kurz zusammengefaßt werden. Guradze sagt, daß nicht nur die Mischehen vielfach kinderlos seien, sondern es sei auch umgekehrt allgemeine Kinderlosigkeit oft auf die Mischehe zurückzuführen.

Dieser Ansicht widerspricht Marcuse; man dürfe nicht mittels der Statistik, sondern müsse auf Grund der Kasuistik untersuchen. Da werde sich herausstellen, daß von einer spezifischen Un- oder Minderfruchtbarkeit wenigstens der christlich-jüdischen Mischehen nicht die Rede sein könne.

Guradze hält demgegenüber seine aufgestellte Behauptung aufrecht und sagt, daß gegen eine kasuistische Behandlung nichts zu sagen sei, nur müsse eine solche genügend umfangreiches Material behandeln, d. h. sich der Statistik nähern. Dr. Hoffmann-Berlin.

Geschlechtsleben und Fortpflanzung vom Standpunkt des Arztes. Von Prof. Dr. med. Gg. Sticker. M.-Gladbach 1916. Verlag des Volksvereins. Preis 1,20 M. — Zweiter Teil des Sammelwerkes „Ehe und Volksvermehrung".

Eine auf positivem Standpunkt beruhende Arbeit. Einige Stellen mögen den Geist des Verfassers beleuchten: „Vorzeitige Belehrung in geschlechtlichen Dingen, sie mag noch so sachlich sein, lenkt die Aufmerksamkeit auf ein Gebiet, das die Natur so lange wie möglich im Unterbewußtsein halten will." — Wer sollte dem nicht beistimmen? Die Aufklärungswut ist glücklich hinter uns; der Rationalismus im Geschlechtsleben hat sich als Irrung erwiesen. — Der Verfasser spricht sich gegen die geradezu erschreckende Unkenntnis der Richter und der Volkserzieher aus, die Hirtenkinder, die sich an Vieh vergangen haben, mit Zuchthaus bestrafen oder sie der Fürsorgehaft überantworten. Er verteidigt die monogene Dauerehe als die Grundlage von Familie und Staat und verwirft die „fortschrittliche sexuelle Ethik". Er wendet sich gegen das „betrügerische Eheleben" und hat dabei den seltenen Mut, die Aerzte als mitschuldig zu bezeichnen und sie aufzufordern, zu ihrer krankheitsheilenden und krankheitsverhütenden Tätigkeit zurückzukehren. Die Vernichtung der Nation ist unter dem Einflusse verweichlichter Aerzte erfolgt. Er zieht gegen die unwissenschaftliche Ansicht zu Felde, daß die große Kinderzahl die Gesamtqualität des Volkes herabdrücke; das Gegenteil sei der Fall. Zum Schluß behandelt er die Frühehe.

Der Verwaltungsarzt hat allen Grund, endlich einmal einzusehen, daß die Gesundheitstechnik, die bisher unser einziges Arbeitsfeld war, einer Ergänzung dringend bedarf und daß gerade wir dazu berufen sind, an der Sicherung des deutschen Volkes mitzuarbeiten. Dr. Graßl-Kempten.

Periodische ärztliche Untersuchungen in der Lebensversicherung. Von Dr. Georg Rothe. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1916, Nr. 20.

Der Gedanke, anscheinend Gesunde periodisch zu untersuchen, ist in letzter Zeit wiederholt aufgetaucht und besprochen. Praktisch ist man auf diesem Gebiete in Amerika schon vorgegangen, indem private Untersuchungen bei bestimmten Berufsgruppen durchgeführt sind. Bei uns haben Florschütz, Gottstein u. a. für die deutsche Sozialversicherung solche Untersuchungen gefordert. Der Wert dieser Untersuchungen ist ein unleugbarer. Für die Lebensversicherungsgesellschaften ließen sich die Kosten leicht decken, indem aus der Untersterblichkeit besondere Vorteile für die Untersuchten erwachsen.

Der Arzt als „Wächter über die Gesundheitspflege" würde solchen periodischen Untersuchungen der breiten Volksschichten nur zustimmen können.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Ein neuer Adel der biologisch Tüchtigen. Von Geza v. Hoffmann. Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin; Jahrg. 25, Nr 1.

Verfasser schlägt vor, die Frage zu erwägen, ob es nicht angängig sei, allen Mitgliedern jener Familien, die eine Mindestzahl von körperlich und geistig gesunden Kindern aufziehen, eine Auszeichnung, eine Art Adel zu verleihen. Die Mitglieder dieses Adels müßten im öffentlichen Leben überall bevorzugt werden, es müsse jedoch verlangt werden, daß die Kinder (meinetwegen 6) gesund sind, daß sie gute Sittenzeugnisse beibringen, sich in gesicherter Lebensstellung befinden. Wenn auch die Tüchtigkeit mit dem Einkommen keineswegs im Verhältnis steht, so ist doch anderseits der Mangel eines zum Leben erforderlichen Einkommens eine genügende Grundlage dafür, um jemandem die Bezeichnung der Tüchtigkeit nicht zusprechen zu können. Der Familienvater von solchen 6 Kindern würde dann vielleicht Edler Fritz Müller heißen. Und sein Sohn Kurt, sobald er ebenfalls 6 Kinder groß gezogen, erhält für sich und Mitglieder seiner engeren Familie eine erhöhte Auszeichnung, vielleicht Edler Kurt Müller in zweiter Geschlechterfolge, welchen Titel er mit der Zeit in Edler Kurt Müller II abkürzt. Diese erhöhte Auszeichnung wird auch gegeben, wenn die Mutter der 6 Kinder einer Adelsfamilie angehört. (!!)

Dr. Hoffmann-Berlin.

Besprechungen.

Sanitätsrat Dr. Eberle-Weimar: **Taschenbuch der Krankenpflege für Krankenpflegeschulen, für Aerzte und für die Familie.** 8. Auflage. Weimar 1916. Verlag von Hermann Böhlaus Nachfolger. Taschenbuchformat. 473 S.

Das vom Geheimrat L. Pfeiffer begründete „Taschenbuch der Krankenpflege“ wird im Auftrage der Pflegerinnen-Anstalt Sophienhaus in Weimar herausgegeben und hat schon dadurch sowie durch das Arbeitsfeld der meisten Mitarbeiter einen weimarischen bezw. thüringischen Lokalcharakter. Von den gebräuchlichsten Büchern, die gleichen Zwecken dienen, unterscheidet es sich durch den weitaus größeren Umfang. Auf fast 500 Seiten ist im Kleindruck außerordentlich viel geboten, so viel, daß Lehrer wie Lernende den Stoff in dem Unterricht kaum bewältigen hönnen. Für Unterrichtszwecke wird man entsprechend der zur Verfügung stehenden Zeit kürzen müssen und leicht auch auswählen können, weil die Anordnung sich der Reihenfolge der Prüfungsgegenstände gemäß 7—13 der Bundesratsverordnung vom 22. März 1906 betr. Krankenpflegepersonen genau anpaßt. Das wichtige Kapitel über die spezielle Pflege bei inneren Erkrankungen und Infektionskrankheiten, über die gesamte Desinfektionslehre, persönliche und sachliche Prophylaxe ist besonders eingehend von bekannten Fachleuten bearbeitet. Ebenso vielseitig ist der „Anhang“, der u. a. behandelt die Pflege bei Wöchnerinnen, bei Lungenkranken in Heilstätten und Fürsorgestellen, bei Nervenkranken, Geisteskranken, Idioten, Epileptikern, Krüppeln, Unsozialen, bei Augen- und Ohrenkrankheiten, ferner die Diätfragen, dann die Organisationen der Krankenpflegerinnen in Deutschland, die Lehrmittel für den Unterricht und anderes mehr. Die Verdeutschung der am meisten gebrauchten Arzneibezeichnungen wird sehr willkommen sein. Ebenso erwünscht und zeitgemäß ist es, das Stichwörterverzeichnis mit der Verdeutschung der Fremdwörter vermengt zu finden. Zahlreiche, den Text erläuternde Abbildungen und zwei recht anschauliche anatomische Tafeln fehlen selbstverständlich nicht.

Man kann von dem vorliegenden Taschenbuch mit gutem Grund sagen, daß es, da es sehr viel bringt, jedem: den Aerzten, den Familien, viel bietet; und alles dies in dem Sinne Pfeiffers und zu dem Zweck, den Krankenpflegedienst auf ein „höheres Niveau“ zu heben und vor dem Herabsinken in den handwerksmäßigen Lohnkampf zu bewahren. Aus diesem Grunde erscheint auch die Mitarbeiterschaft von gut geschulten und sittlich gebildeten Frauen sehr wertvoll. Der 7. Auflage im Mai 1914 konnte schon im August 1916 die 8. Auflage folgen. Die Vorzüge haben eben das „Taschenbuch“ mitten im Weltkriege nach allen Teilen des Reiches, nach den Lazaretten daheim, ins Etappen- und Kriegsgebiet getragen. Es verdient es!

Dr. Roepke-Melsungen.

F. Tromnau, Stadt- und Kreisschulinspeksor in Königsberg i. P.: **Die doppelhändige Ausbildung und ihr Wert für Schule und Staat. Mit Berücksichtigung der Vorteile der Steilschrift.** Nebst einem praktisch-didaktischen Teil „Zur doppelhändigen Ausbildung". Mit 33 Abbildungen im Text und 3 Tafeln. Zweite Auflage. Berlin 1916. Verlag von Richard Schoetz. 8°; 150 S. Preis: geh. 4 Mark.

Der auf dem Gebiete der Linkskultur bekannte Verfasser tritt mit seinen Bestrebungen nochmals in die Oeffentlichkeit mit der Haftung, in der gegenwärtigen Zeit, die größte Kraftanstrengung der Gesamtheit unseres Volkes verlangt und viele Kriegsverletzte zwingt, aus verkrüppelten Gliedern das Höchstmaß der Leistungsfähigkeit herauszuholen, dafür mehr Verständnis zu finden. Ausgehend von den Körperschäden des Kindesalters, die in erster Linie dem Schulbesuch zur Last gelegt werden: Rückgratverkrümmungen, Tuberkulose und Kurzsichtigkeit, befürwortet er dringend die allgemeine Einführung der Steilschrift, durch die die Grundursache jener Leiden, die schiefe Haltung des Kindes, ausgeschaltet wird. Besonders warm tritt er für die doppelhändige Ausbildung in der Schule ein. Wenn die Theorie der Rechtshändigkeit auch noch keineswegs geklärt ist, letztere aber wahrscheinlich auf zerebraler Anlage beruht, so ist das sicher, daß der Mensch auch die linke Hand und damit die rechte Hirnhälfte gleichfalls uns in der Schule ohne besonderen Zeitverlust ausbilden kann. Diese Fertigkeit macht ihn leistungsfähiger und gewährleistet auch eine geringere Ermüdbarkeit und Abnutzung der sonst nur einseitig ausgebildeten und arbeitenden Hirnzentren. Dafür liegen jetzt auch bereits eine Reihe praktischer Beweise vor, die bei Behandlung und Beobachtung einseitig Hirngelähmter und namentlich in letzter Zeit auch in Schulen gewonnen wurden, in denen die doppelhändige Ausbildung, wie z. B. in einzelnen Stadtschulen Königsbergs, in den Lehrplan aufgenommen wurde.

Von einigen Schlußfolgerungen, mit denen der Verfasser den Boden der tatsächlichen Erfahrung verläßt, abgesehen, bringt die vorliegende Schrift sachlich alles Wissenswerte über den Gegenstand und verdient wie alles, was die Leistungsfähigkeit unseres Volkes fördern kann, Beachtung.

Dr. Rehberg-Rathenow.

Tagesnachrichten.

Aus dem **preussischen Abgeordnetenhause.** In der Sitzung vom 1. d. M. ist das **Wohnungsgesetz** und das damit im Zusammenhang stehende Gesetz über Bürgschaftsversicherung in zweiter und in der Sitzung vom 2. Mai d. J. in dritter Lesung in der vom Ausschuß beschlossenen Fassung angenommen. Der Ausschuß hat besondere Vorschriften zugunsten der Arbeiter eingefügt und u. a. beschlossen, daß die gemeinschaftlichen Wohnräume der Arbeiter (Arbeiterkasernen) so eingerichtet sein müssen, daß in der Regel für jede Familie ein besonderer abschließbarer Raum vorhanden ist, der den allgemeinen Ansprüchen an Gesundheit und Sittlichkeit entspricht. Für lediges Arbeitspersonal müssen Räume zur Verfügung stehen, die die Trennung der Geschlechter ermöglichen. Weiter hat der Ausschuß beschlossen, daß, wenn nicht für die Nachweisung kleinerer Wohnungen durch andere Einrichtungen in ausreichender Weise gesorgt ist, in Gemeinden mit mehr als 10000 Einwohnern gemeindliche Wohnungsnachweise zu errichten sind. Zugleich ist den Vermietern die Pflicht zur Anmeldung verfügbarer Wohnungen und zur Abmeldung vermieteter Wohnungen aufzuerlegen. In der Regel sollen die Wohnungsordnungen als Orts- oder Kreispolizeiverordnungen erlassen werden. Nach den Beschlüssen des Ausschusses sollen die Wohnungsordnungen auch Vorschriften über die Beschaffenheit der Hausflure, Treppen, Höfe usw. treffen. Weiter hatte der Ausschuß eine Reihe von Entschließungen gefaßt, in denen besondere Rücksichtnahmen auf das Wohnungsbedürfnis kinderreicher Familien und auf die Ausgestaltung des Nahverkehrs sowie ein weiterer Ausbau des Erbbaurechts gefordert wurden, sondern ebenfalls die Zustimmung des Abgeordnetenhauses.

In der Sitzung vom 1. d. M. wurden auch die Anträge der Abgeordneten Dr. Porsch usw. auf **bevölkerungspolitische Maßnahmen und auf Einsetzung eines ständigen Fachausschusses für Bevölkerungspolitik** angenommen.

Für die **Ausbildung und staatliche Prüfung der Säuglingsfürsorgerinnen** sind in Preußen durch Ministerialerlaß vom 31. März 1917 neue, sehr ausführliche Vorschriften erlassen, deren Abdruck mit Rücksicht auf ihren erheblichen Umfang erst in der Beilage zur nächsten Nummer erfolgen kann.

Der sehr große Kreisarztbezirk des Kreises **Teltow** bei Berlin ist vom 1. Mai d. J. ab in zwei Kreisarztbezirke geteilt; die Verwaltung des einen (Teltow-West) ist dem dorthin versetzten Kreisarzt Dr. Ocker, früher in Tuchel, die des anderen (Teltow-Ost) vertretungsweise dem bisherigen Kreisassistenzarzt des betreffenden Kreises Dr. v. Hövell in Charlottenburg übertragen.

Die Satzungen des **Königl. bayerischen Militärsanitätsamtes** haben im Artikel 4 insofern eine Aenderung erfahren, als nur für 6 bayerische Inhaber der I. Klasse und für 110 bayerische Inhaber der II. Klasse eine lebenslängliche Rente von 600 bezw. 300 M. verbunden ist. Nach Vergebung dieser Renten erhalten die später ernannten Ordensbesitzer die Werte ihrer Ordensklasse erst nach dem Ausscheiden eines in deren Besitz befindlichen Inhabers des Ordens.

50jähriges Doktorjubiläum. Am 6. April d. J. hat, wie uns nachträglich bekannt geworden ist, das langjährige Mitglied des preußischen Medizinalbeamtenvereins, Geh. Med.-Rat Dr. **Becker,** Kreisarzt a. D. in Berlin, sein fünfzigjähriges Doktorjubiläum gefeiert. Der Jubilar ist als erster Herausgeber und Mitbegründer der „ärztlichen Sachverständigenzeitung“ und vor allem als Verfasser des vorzüglichen „Lehrbuchs der ärztlichen Sachverständigentätigkeit“ eine in weiten Kreisen bekannte und hochgeachtete Persönlichkeit. Er war der erste, der das neue Gebiet der ärztlichen Tätigkeit auf dem Gebiete der Unfall- und Invalidenversicherung wissenschaftlich und mit großem Erfolg bearbeitet hat; aus seiner im Jahre 1888 zuerst herausgegebenen kurzgefaßten „Anleitung zur Bestimmung der Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit, die eine außerordentliche Verbreitung fand, ist in späterer Auflage ein das ganze Gebiet der Unfall-, Invaliden-, Hinterbliebenen- und Angestelltenversicherung umfassendes Lehrbuch geworden, das vor wenigen Jahren in siebenter Auflage erschienen ist; der beste Beweis dafür, daß sich sein Herausgeber einer seltenen geistigen Frische erfreut. Seine amtliche Stellung als Kreisarzt hat er allerdings schon vor einer Reihe von Jahren aufgegeben, um sich nur seiner ausgedehnten Tätigkeit als Gerichtsarzt beim Berliner Oberversicherungsamt zu widmen. Zu seinem Jubiläum bringen wir ihm die herzlichsten Glückwünsche! Mögen ihm noch viele Jahre in körperlicher und geistiger Frische vergönnt sein!

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten:

Das Eiserne Kreuz I. Klasse:

Stabsarzt d. L. Dr. Hans Bühring-Magdeburg.
Stabsarzt d. Res. Dr. Daerr-Frankenstein i. Schlesien.
Stabsarzt Dr. Gettkant-Berlin-Schöneberg.
Generaloberarzt z. D. San.-Rat Dr. A. Hesselbach-Hamm i. W.
Stabsarzt d. Res. Dr. **Max Heilgendorff**-Berlin, Mitglied des Preuss. und Deutschen Med.-Beamtenvereins.
Stabsarzt d. Res. Dr. Fritz Joh. Junker-Kottbus.
Stabsarzt d. L. Dr. Georg Kempf-Offenburg (Baden).
Stabsarzt d. L. Dr. Kettner-Todtmoos (Schwarzwald).
Stabsarzt d. L Dr. Daniel Koch-Grebenhain (Oberhessen).
Oberstabsarzt d. L. San.-Rat Dr. Franz Koch-Bad Reichenhall.
Stabsarzt d. Res. Dr. David Königsberg-Charlottenburg.
Stabsarzt d. Res. Dr. Micka-Saarbrücken.
Oberstabsarzt d. L. Dr. Tietze-Dresden.
Oberstabsarzt d. L. Dr. Ukreshelm-Berlin.
Assistenzarzt d. Res. Dr. Otto Wegerle-Mannheim.

Stabsarzt Dr. Fritz v. Zschock-Saarburg (Lothringen).
Assistenzarzt z. S. Dr. Karl Zumwinkel-Gütersloh (Westf.).

Ehren-Gedächtnistafel. Für das Vaterland gefallen oder gestorben:

Stabsarzt d. L. Dr. Theodor Dedolph-Aachen.
Feldhilfsarzt Dr. W. Dierke-Tangermünde (Reg.-Bez. Magdeburg).
Landsturmpflichtiger Arzt Dr. Edelstein-Bingen (infolge von Krankheit gestorben).
Assistenzarzt Dr. W. Fischer.
Stabsarzt d. Res. Dr. E. Fritsche-Altenburg (infolge von Krankheit gestorben).
Assistenzarzt Dr. Gensichen-Düsseldorf.
Stabsarzt Dr. Wilhelm Has-Oranienstein (Reg.-Bez. Wiesbaden).
Assistenzarzt d. Res. Dr. K. Herzberg (infolge von Krankheit gestorben).
Stabsarzt d. L. Dr. Karl Joerß-Neumünster i. Holstein (gestorben infolge von Infektion).
Assistenzarzt d. R. Dr. Willy Lange-Brandenburg (infolge von Krankheit gestorben).
Landsturmpflichtiger Arzt Dr. G. Lochner-Aachen.
Assistenzarzt Dr. H. Schornstein-Aachen.
Oberarzt d. Res. Dr. L. Seifert.
Feldhilfsarzt Kurt Steinbrück-Godesberg a. Rhein.
Assistenzarzt d. Res. Dr. W. Tews-Greifswald.
Stabsarzt d. L. Dr. Max Wiessner-Mittweida (Königr. Sachsen).
Stabsarzt d. Res. Dr. Ernst Wilke-Kolberg i. Pommern (infolge von Krankheit gestorben).
Stabsarzt d. L. Dr. **Ludwig Zorn**, Landgerichts- und Bezirksarzt a. D. in Frankenthal (Pfalz).

Der **V. Deutsche Kongreß für Säuglingsschutz** findet am Donnerstag, den 24. Mai 1917, in Karlsruhe i. B. (Saal der Museumsgesellschaft) statt.

Tagesordnung:

Vormittags 10 Uhr: Eröffnung des Kongresses und Begrüßung.

1. Die Mutterschaftsversicherung. a) Die sozialhygienischen Wirkungen der Reichswochenhilfe: Dr. med. Alfons Fischer-Karlsruhe i. B.; b) die Gestaltung der Mutterschaftsversicherung nach dem Kriege: Oberarzt Dr. Rott-Berlin.

2. Die Ausbildung der Kreisfürsorgerin. a) Lehrplan und Ausbildungsgang der Kreisfürsorgerinnen: Privatdozent Dr. Groth-München; b) Die Anforderungen der Praxis an die Kreisfürsorgerin: Fräulein Wilhelmine Schubert-München.

Im Anschluß an den Kongreß findet die Mitgliederversammlung und die Sitzung des Großen Ausschusses der Deutschen Vereinigung für Säuglingsschutz statt.

Abends 8 Uhr: Gemeinschaftliches Essen. Bei gutem Wetter im Stadtgarten, bei Regenwetter im Saale des Künstlerhauses.

Teilnehmerkarten sind kostenlos durch die Geschäftsstelle der Deutschen Vereinigung für Säuglingsschutz, Charlottenburg, Mollwitz-Privatstraße, zu beziehen. Wohnungsvermittlung hat der Geschäftsführer der Abt. II des Badischen Frauen-Vereins, Herr Hofapotheker a. D. Dr. Stroebe, Karlsruhe i. B, Kaiserstraße 201, übernommen.

Die **III. Krippen-Konferenz** findet im unmittelbaren Anschluß an den vorstehenden Kongreß am Freitag, den 25. Mai 1917, ebenfalls in Karlsruhe i. B. (Saal der Museumsgesellschaft) statt.

Tagesordnung:

Vormittags 10 Uhr: Eröffnung der Konferenz und Begrüßung.

I. Zur Frage der Fabrikkrippe: Kommerzienrat C. Uebelen-Hannover-Linden.

II. Die Gefahr der Infektionskrankheiten in der Krippe und ihre Bekämpfung: Privatdozent Dr. Hohlfeld-Leipzig.

Im Anschluß an die Verhandlungen findet die Mitgliederversammlung und die Sitzung des Großen Ausschusses des Deutschen Krippenverbandes statt.

Nachmittags 5 Uhr im Saale der Museumsgesellschaft: Besprechung über praktische Fragen aus der Krippenarbeit.

Abends 8 Uhr: Gemeinschaftliches Essen im Restaurant der Museumsgesellschaft.

Betreffs der Teilnehmerkarten und Wohnungsvermittlung gilt dasselbe wie bei dem Kongreß für Säuglingsschutz.

Pocken-Erkrankungen sind im Deutschen Reich in den beiden Wochen vom 8.—21. April 112 und 62 vorgekommen, außerdem sind noch aus der Woche vom 1.—7. April 29 Erkrankungen nachträglich gemeldet. Im Deutschen Generalgouvernement Warschau ist in den Wochen vom 25. März bis 7. April nur noch ein Pockenfall (bei einer Zivilperson) zur amtlichen Kenntnis gelangt.

Fleckfieber-Erkrankungen sind im Deutschen Reich vom 8. bis 21. April 3 und 3 gemeldet (fast ausschließlich bei Kriegsgefangenen), im Deutschen Generalgouvernement Warschau vom 25. März bis 7. April 614 (39 Todesfälle) und 577 (45), sämtlich bei der Zivilbevölkerung; in Ungarn vom 12.—18. März 174 (154).

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 25. März bis 7. April 1917 erkrankt (gestorben) an Pest, Gelbfieber, Malaria, Fleckfieber, Rückfallfieber, Rotz, Trichinose, Tollwut — (—), — (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 11 (—), — (—); Aussatz: 1 (—), — (—); Milzbrand: 1 (—), — (—); Pocken: 122 (18), 112 (16); Unterleibstyphus: 113 (17), 140 (14); Ruhr: 75 (18), 45 (12); Diphtherie: 1764 (137), 1430 (125); Scharlach: 646 (32), 552 (38); Kindbettfieber: 73 (23), 59 (23); übertragbare Genickstarre: 15 (5), 10 (4); spinaler Kinderlähmung: 4 (—), — (—); Fleisch-, Fisch-, Wurstvergiftung: — (—), 9 (—); Körnerkrankheit (erkrankt): 47, 25; Tuberkulose (gestorben): 1312, 1129.

Deutscher Medizinalbeamtenverein.

Die **Mitglieder des Deutschen Medizinalbeamtenvereins** werden gebeten, jede während des Jahres eintretende **Wohnungsänderung umgehend** der **Geschäftsstelle der Zeitschrift — Hofbuchdruckerei von J. C. C. Bruns, Minden i. W.** — mitzuteilen, damit in der Zustellung der Zeitschrift keine Unterbrechung eintritt und auch die Mitgliederverzeichnisse des Deutschen Medizinalbeamtenvereins wie der einzelnen Landesvereine stets auf dem Laufenden gehalten werden können.

Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

30. Jahrgang; Nr. 10. Ausgegeben am 20. Mai 1917.

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.
Bezugspreis für das Jahr: 15 Mark.

Ausserdem eine besondere, nur vierteljährlich erscheinende Beilage:
Zeitschrift für Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege.
Offizielles Organ der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens.
Bezugspreis für das Jahr: 8 Mark, für die Bezieher der Zeitschrift: 4 Mark.

VERLAG VON FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: Gelsdorf & Co., G. m. b. H., Eberswalde (Mark).

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung, Nr. 10, am Schlusse des Heftes.

INHALT.

Original-Mitteilungen.

Zur Frage eines Kreisfürsorgeamtes und der künftigen Gestaltung des öffentlichen Gesundheitswesens überhaupt. Von Dr. **Rissmann** 293

Die neuen Beschlüsse des Bundesrats zur Ausführung des Impfgesetzes vom 27. März 1917. **Vom Herausgeber** 298

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin.

Dr. **H. Gödde**: Schwere Morphium- und Veronalvergiftung 311

Dr. **Boretius**: Plötzlicher Tod durch Aufblähung des Körpers mit Sauerstoff . . 311

Dr. **Bucky**: Schwere Schädelverletzungen im Röntgenbilde 311

Dr. **H. E. Schmidt**: Idiosynkrasie der Haut gegen Röntgenstrahlen 312

Dr. **Dorschlag**: Ueber einen Fall von Pseudohydronephrose nach Nierenverletzung 312

Dr. **A. Hellwig**: Tierquälerei und Sympathiekur 312

B. Gerichtliche Psychiatrie.

Prof. Dr. **H. Reichel**: Selbstmordversuch einer Anstaltspatientin; Haftpflicht des Anstaltsinhabers 313

C. Sachverständigentätigkeit auf militärärztlichem Gebiete.

Prof. **Hans Curschmann**: Zur Kriegsneurose bei Offizieren 313

Prof. **Wilmanns**: Die Behandlung der Kranken mit funktionellen Neurosen im Dienstbereich des XIV. Armeekorps . 313

Dr. **Assmann**: Die militärärztliche Untersuchung und Beurteilung Tuberkulöser im Kriege 313

Tagesnachrichten 314

Sprechsaal 316

Beilage:
Rechtsprechung 61
Medizinalgesetzgebung 61

Umschlag: Personalien.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Kronenorden III. Klasse: dem Geh. Med.-Rat Dr. Schroeder, Kreisarzt a. D. in Charlottenburg; — das Prädikat Professor: dem ersten Leibarzt Seiner Majestät des Kaisers und Königs, Oberstabsarzt Dr. von Niedner; den Privatdozenten in der medizinischen Fakultät der Friedrich Wilhelms-Universität in Berlin Dr. Adolf Gutmann und Dr. Wilhelm Meisner.



Medicinisches Waarenhaus
Aktien-Gesellschaft
Berlin NW. 6, Karlstraße 31.
Centralstelle aller ärztlichen Bedarfsartikel und für Hospitalbedarf.

Neues Instrumentarium
zur Wohnungs-Desinfection
mittels
flüssigen Formalins
nach
Prof. Dr. **O. Roepke.**





Ref. Nr. 7, 1905 der Zeitschrift f. Medizinalbeamte
D. R. G. M. Modell M. W.

Ausführliche Beschreibung steht zu Diensten.

Von den Königlich Preussischen und Königlich Bayerischen Staats-Eisenbahnen eingeführt.

30. Jahrg. 1917.

Zeitschrift
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Anzeigen nehmen die Verlagshandlung sowie alle Anzeigenannahmestellen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 10. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats. | 20. Mai.

Zur Frage eines Kreisfürsorgeamtes und der künftigen Gestaltung des öffentlichen Gesundheitswesens überhaupt.

Von Dr. **Rissmann**, Direktor der Hebammenschule in Osnabrück.

Auf der vorjährigen preußischen Landeskonferenz für Säuglingsschutz (s. Bericht darüber in d. Zeitsch., 1916, Nr. 22, S. 681) ist die Frage eines Kreisfürsorgeamtes von den beiden Berichterstattern Dr. v. Behr und Dr. Berger eingehend behandelt worden; ihre Ansichten haben jedoch keine allseitige Zustimmung im Zuhörerkreise gefunden. Auch ich möchte noch einige Bedenken gegen die Vorschläge äußern, ehe ich den Versuch einer eigenen Lösung der schwierigen Materie zu unternehmen wage.

Anstellung von Kommunalärzten im Sinne Bergers kompliziert die Sache; viel richtiger und leichter durchführbar ist es, daß alle Kreisärzte vollbesoldet werden und ihre Zahl, wenn erforderlich, durch Teilung der Kreisarztbezirke und Anstellung von zwei oder mehr Kreisärzten in großen Kreisen vermehrt werden, wie dies schon in einzelnen Stadtkreisen geschehen ist. Steht ihnen nach erweiterter Ausbildung alsdann ein tüchtiges Beamtenpersonal im Fürsorgeamt zur Verfügung,

so werden sie viel besser als Kommunalärzte für das „Volkswohl“ wirken können, da alle Fäden in ihrer Hand zusammenlaufen. In größeren Städten muß der ärztliche Magistratsrat die Leitung ausüben, indem er alle $^1/_4$ Jahr etwa seinen Stab, nämlich die einzelnen Fürsorgeärzte, die Vertreter der Vereine usw. zusammenruft. Es ist auch ganz ausgeschlossen, daß alle Zweige der Fürsorge durch einen Arzt und eine Fürsorgerin bewältigt werden können. v. Behr konnte sich nur dieser Hoffnung hingeben, weil er weite Zweige der Fürsorgetätigkeit in bedauerlicher Weise vernachlässigt, so z. B. Fürsorge für Geschlechtskranke, die Trinkerfürsorge, Krüppelfürsorge und dergleichen mehr. Es wurde eben alles ausschließlich vom Standpunkt des Pädiaters aus gesehen. Was v. Behr außerdem gegen die Teilung anführt, steht mit den Erfahrungen der Praxis in Widerspruch; desgleichen ist sein Ausbildungsplan für die Fürsorgerin viel zu umfangreich. Man läßt auch zweckmäßigerweise die einzelnen Fürsorgezweige selbst für die Ausbildung ihrer Hilfskräfte sorgen; Direktiven dafür könnte der Staat immer noch geben, wenn ihm stärkere Mängel auffielen. Wie glänzend hat z. B. in Deutschland der Verein gegen den Mißbrauch geistiger Getränke sein Feld allein ohne staatliche Unterstützung ausgebaut. Mir ist auch sehr zweifelhaft, ob alle Fürsorgerinnen zunächst das Krankenschwester-Examen machen müssen.

Ebensowenig wie eine Fürsorgerin für die gesamte Fürsorgetätigkeit genügt, darf man die praktischen Aerzte von dieser ausschalten. Bergers Ansicht, daß die Fürsorgeeinrichtungen den praktischen Aerzten keinen Eintrag täten, muß ich als irrtümlich zurückweisen, ganz besonders wenn man so, wie in der jetzigen Säuglingsfürsorge vorgeht. Ueber die Vorbildung der Aerzte ist natürlich wieder nach den einzelnen Zweigen ihrer Fürsorgetätigkeit zu reden.

Ganz überflüssig, teuer und schädlich ist es, über und neben der Fürsorgerin noch eine Kreispflegerin anzustellen. Was soll sie? Will man deshalb hochgebildete, aus besten Kreisen stammende Fürsorgerinnen, um ihnen nicht das geringste Vertrauen zu schenken? Eine Kontrolle durch Fürsorgearzt, Kreisarzt u. a. m. sollte doch wahrlich genügen.

Anknüpfend gebe ich nun eine Lösung des Problems, das mich schon seit dem Jahre 1904 beschäftigt hat. Ich habe hier im Jahre 1904 die Gründung einer „Zentrale für Volkswohl“ versucht; meine Freunde und ich haben dabei erfahren, daß die Hauptschwierigkeiten der Zentralisation bei den unteren Instanzen (örtliche und Kreiszentrale) liegen. Konfessionell geschiedene Kreise sind schwer unter einen Hut zu bringen, deshalb ist die Mitwirkung der Behörden unumgänglich nötig und eine Trennung der Aufgaben in zwei verschiedene Aemter (Kreiswohlfahrts-[Armen-]Amt und Kreisgesundheits-[Fürsorge-]Amt) geboten.

Die Besprechung der Organisation des Kreiswohlfahrts-[Armen-] Amtes unterlasse ich aus zwei Gründen: erstens haben wir schon jetzt, namentlich in größeren Städten, gut arbeitende Armenämter, und zweitens hat der Arzt bei ihnen nicht das entscheidende Wort zu sprechen, sondern der Verwaltungsbeamte. Was auf diesem Felde allerdings auch meistens fehlt, ist ein enges Zusammenarbeiten der zahlreichen charitativen Vereine. Zurzeit können die Armen, die darauf zu laufen wissen, aus 10 Vereinen Wohlthaten empfangen, weil sich die einzelnen Vereine nicht gegenseitig darüber unterrichten.

Dagegen muß jeden Arzt die Einrichtung der Kreisgesundheitsämter interessieren; denn hier soll der vollbesoldete Kreisarzt selbständig arbeiten und zwar in leitender Stellung. Dem Kreisarzte soll ein Büro mit tüchtigen Beamtan (Beamtinnen) unterstellt werden, die in ähnlicher Weise wie die Bürovorsteher der Armenämter vorgebildet sein müssen (soziale Gesetzgebung, Verwaltungstechnik, Vormundschaftsrecht, Trinkergesetzgebung etc.). Diese Beamten, wie von anderer Seite vorgeschlagen ist, Kreisfürsorger (in) zu nennen, halte ich durchaus für verkehrt, da sie mit der praktischen Fürsorgetätigkeit gar nichts zu tun haben.

Die praktische Fürsorge wird am billigsten und besten von den einzelnen Vereinen durch die Fürsorgeärzte und Fürsorgerinnen (Fürsorgeschwestern) in die Wege geleitet. Wie das geschehen könnte, führe ich beispielsweise am Deutschen Verein gegen den Mißbrauch geistiger Getränke aus, den ich genau kenne und der früher, besser, billiger und weniger aggressiv als die Vereine für Säuglingsschutz seine Arbeit organisiert hat. Der Hauptverein hat unter sich Provinzial-Verbände und diese wieder Vereine in den Städten. Es fehlen bislang wohl Vereine in kleineren Städten und namentlich Vertreter in den einzelnen Gemeinden, wo eine Vereinsbildung unmöglich ist. Schon jetzt haben aber sowohl Hauptverein, wie Provinz-Verbände und Vereine zum größten Teile aus eigenen Kräften für die Ausbildung ihrer Fürsorgerinnen gesorgt.

Für die Folge müßte die Unterstützung durch Staat, Kommunalverwaltung, Landesversicherungsanstalten natürlich reichlicher werden; dementsprechend könnte auch der Staat etc. über die demnächst wünschenswerte Ausbildung dieser Fürsorgerinnen ein bedeutungsvolles Wort mitreden. Daß aber diese Ausbildung so gestaltet werden könnte, wie jetzt die Pädiater und ihr laienhafter, aber sehr einflußreicher Anhang versuchen, halte ich für gänzlich ausgeschlossen.[1]) Ich habe die Prospekte von mehreren Säuglingsheimen studiert, die „Säuglingspflegerinnen und Kreisfürsorgerinnen“ ausbilden wollen, bin aber im höchsten Grade erstaunt, daß alles, was über den Rahmen der Säug-

[1]) Siehe Nachtrag auf S. 297.

lingsfürsorgerin hinausgeht, so stark vernachlässigt werden kann. Nun den Ausbildungsgang der Fürsorgerinnen (Schwestern) sowie vor allem die Stellung der Kreisärzte zu den genannten Kreisfürsorgeämtern, mag der Deutsche Medizinal-Beamtenverein auf einer seiner nächsten Jahresversammlungen besprechen; er ist der gegebene unparteiische Boden dafür! Allerdings hoffe ich, daß der Medizinal-Beamtenverein nichts Endgültiges beschließt, ohne mit den Einzelvereinen (z. B. Verein gegen den Mißbrauch geistiger Getränke) Fühlung genommen zu haben. Ebenso halte ich gerade die Kreis-(Amts-)Aerzte mit ihren demnächstigen Fürsorgeämtern am besten befähigt, darüber zu entscheiden, wieviele Zweige der Fürsorge in den einzelnen Kreisen in einer Hand vereinigt werden können (vgl. meinen Artikel in der Zeitschrift 1916 Nr. 22). Mir persönlich will scheinen, daß Säuglingsheime in allerletzter Linie geeignet seien, für sich allein „Kreisfürsorgerinnen" auszubilden. Viel besser eignen sich dazu meiner Ansicht nach Frauenschulen (Frankfurt a. M.) oder Wohlfahrtsschulen (Cöln a. Rh.) in Verbindung mit einem großen Krankenhause, einer Hebammenschule und größeren Vereinen (z. B. Mäßigkeitsvereinen). Auf die praktische Ausbildung in den Fürsorgestellen ist das Hauptgewicht zu legen und nicht auf ellenlange Theorie! In der Theorie mag man Kreisärzte und Fürsorgeärzte besser und reichhaltiger als bisher ausbilden.

Neben dem Kreisarzte mit seinem Gesundheitsamte müßte ein jährlich etwa 4mal einzuberufener „Ausschuß" stehen und das Gleiche bei dem Kreiswohlfahrtsamte der Fall sein. Für die Bildung der „Ausschüsse" würde ich die Hamburger Einrichtungen (vgl. Sieveking in der Deutschen med. Wochenschrift 1916) zum Muster nehmen. In dem Ausschuß für Volksgesundheit müßten u. a. auch Vertreter der Krankenkassen sitzen, die überhaupt mehr für Schutz- und Vorbeugungsmaßregeln tun könnten. Die beiden Ausschüsse (Ausschuß für Gesundheit und Ausschuß für Wohlfahrt), oder besser ihre Vertreter, könnten auch etwa einmal im Jahre unter Vorsitz des Landrates (Bürgermeisters) zusammenkommen. Es dürfte sich auch empfehlen, für jeden Regierungsbezirk einen „Hauptausschuß für Volksgesundheit- und wohlfahrt" zu bilden, der unter dem Vorsitz des Reg.-Präsidenten tagt und dem außer den Vertretern der Kreis- und Stadtausschüsse der Reg.-Med.-Rat, der Reg.-Gew.-Rat und andere kenntnisreiche Personen angehören müßten. Die Mitwirkung der Reg.-Präsidenten ist auch deshalb unumgänglich nötig, weil sie die Beschaffung von Geldmitteln wesentlich unterstützen können, auch von der Landesversicherungsanstalt Zuschüsse erhalten können. Außerdem müßten Staat, Provinz und Kreise einen Teil der Kosten wie auf dem Gebiete des Armenwesens tragen. Im übrigen hat aber jeder dem Ausschusse angehörende Verein seinen Geldbedarf selbst aufzubringen.

Aus dem vorstehenden würde sich etwa folgende Neuordnung ergeben:

Ministerium für Volksgesundheit und -wohlfahrt
(z. Zt. in Preußen: Mediz.-Abt des Ministeriums des Innern).

|

Ober-Präsident (nur als Durchgangsbehörde).

|

Reg.-Präsident; „Hauptausschuß für Volksgesundheit und -wohlfahrt".

|

Landrat bezw. Bürgermeister (in Stadtkreisen); „Ausschuß für Volksgesundheit und Wohlfahrt".

Kreisvolksgesundheits- (Fürsorge-) amt nebst Fürsorge-Ausschuß; Leiter ist der Kreisarzt.	**Kreiswohlfahrts- (Armen-) amt nebst Wohlfahrts-Ausschuß (Armenärzte, Waisenpfleger etc.). Leiter ist der Vertreter des Landrats, in Stadtkreisen das die Armen- und Wohlfahrtssachen bearbeitende Magistratsmitglied (Armensenator).**

Nachtrag.

Nach Abfassung und Drucklegung dieser Ausführungen wurden dem Verfasser die in Preußen unter dem 31. März d. J. erlassenen neuen Vorschriften über die staatliche Prüfung der Säuglingspflegerinnen bekannt; sie sind in der Beilage zu dieser Nummer, S. 65 abgedruckt. Erfreulicherweise hat sich meine oben geäußerte Voraussetzung erfüllt. Die uferlosen Pläne der Pädiater sind gescheitert; denn die Säuglingspflegerinnen sind den Krankenschwestern gleichgestellt, was jeden Fachmann mit Befriedigung erfüllen muß. Da aber die Hebammenschwestern nicht zu gleicher Zeit neue Vorschriften über die staatliche Prüfung erhalten haben, erfüllen mich die schwersten Bedenken. Es entsteht die wichtigste Frage, ob nun die sogen. Säuglingsfürsorgerinnen **nur** aus der Reihe der nach obigen Vorschriften geprüften Säuglingspflegerinnen gewählt werden sollen? Sollte dies der Fall sein, so sehe ich keine Möglichkeit, den Hebammenstand in seiner Gesamtheit zu heben, vielmehr wird er, namentlich in kleinen Städten und auf dem Lande, noch mehr herabgedrückt werden. Wenn in § 5 der Nachweis eines erfolgreichen einjährigen Besuches der obersten Volksschulklasse verlangt wird, so hätte ich für Hebammenschwestern mindestens das gleiche zur gleichen Zeit erwartet. Ich habe vor drei Tagen bei Eröffnung eines neuen Schülerinnenkursus wiederum gesehen, wie nötig das wäre (vgl. meinen Artikel in der Zeitschrift für Medizinalbeamte; 1911, Nr. 23).

Einjährige Kurse wie der § 5, Abs. 6 der Vorschriften für die Ausbildung der Säuglingsfürsorge verlangt, habe ich für Hebammenschwestern seit vielen Jahren gewünscht, statt dessen sind zuerst 8, jetzt 9 Monate Ausbildungszeit vorgeschrieben. Weshalb, betone ich dies wieder? Weil bei einjähriger Ausbildung

unter Anschluß eines Mütterheimes die besseren Hebammenschwestern ohne weiteres so ausgebildet werden könnten, wie das § 13 der neuen Vorschriften verlangt. Besteht an der Hebammenschule eine große Poliklinik, so könnte das sogar ohne Mütterheim in einjährigen Kursen geschehen. Eine besondere Prüfung für diejenigen geprüften Hebammenschwestern, die sich Säuglingspflegerinnen nennen wollen, mag man beibehalten, für nötig halte ich sie nicht.

Die neuen Beschlüsse des Bundesrats zur Ausführung des Impfgesetzes vom 27. März 1917.

Vom Herausgeber.

Der Bundesrat hat unter dem 22. März d. J. den bisher geltenden Beschlüssen zur Ausführung des Impfgesetzes vom 28. Juni 1899 eine neue Fassung gegeben, die sich zwar im großen und ganzen dem Wortlaut der früheren Beschlüsse anschließt, aber nach verschiedenen Richtungen hin bedeutungsvolle Aenderungen bringt, die, soweit sie nicht stilistischer Natur sind und die Ausmerzung von Fremdwörtern bezwecken, fast alle das Ziel im Auge haben, die Impfung einwandfrei und ohne gesundheitliche Nachteile für die Impflinge zu gestalten.

In erster Linie gehört hierher die Bestimmung, daß künftighin nur Tierlymphe nicht blos wie bisher bei öffentlichen, sondern auch bei Privatimpfungen verwandt werden darf. Mit dieser wichtigen Anordnung stehen eine Reihe andere Aenderungen im Zusammenhang, z. B. der Fortfall des bisherigen Hinweises auf die Gefahr der Uebertragung von Syphilis (§ 7 der Beschlüsse, betr. den physiologischen und pathologischen Stand der Impflinge), die Vorschriften über die Verwendung von Menschenlymphe (§§ 5—11 der von Aerzten zu beobachtenden Vorschriften), sowie die Spalten in den Impflisten über die mit Menschenlymphe ausgeführten Impfungen. Betreffs der jetzt nur zur Verwendung kommenden Tierlymphe sind außerdem insofern einige bemerkenswerte Bestimmungen getroffen, als einer unentgeltlichen Abgabe des Impfstoffes aus den staatlichen Impfanstalten auch für Privatimpfungen gewünscht wird, daß Impfstoff von Apotheken nur auf ärztliche Verordnung abgegeben werden darf, bei der Versendung gut verpackt und auf jeder Verpackung auch der Tag angegeben sein muß, bis zu dem der Impfstoff verwendet werden darf (s. §§ 2, 3 Abs. 2, 4c der Beschlüsse betr. die ausschließliche Verwendung von Tierlymphe).

Entsprechend dem im § 7 der Beschlüsse betr. den Stand der Impffrage mit Recht betonten Standpunkt, daß, abgesehen von zufälligen Uebertragungen der Lymphe auf ungeimpfte Körperstellen, als Impfschädigungen nur Wundinfektionskrankheiten infolge nachträglicher Verunreinigung der Impfstellen gelegentlich vorkommen und daß die Gefahr der Impfung durch Zurückstellung kranker Kinder, durch sorgfältige Aus-

führung der Impfung sowie durch richtige Pflege der Impflinge auf ein Minimum beschränkt werden kann, sind namentlich bei den Vorschriften, die von den Aerzten bei der Ausführung der Impfung zu befolgen sind, ziemlich erhebliche Aenderungen getroffen, die allerdings z. T. schon vorher in den meisten Bundesstaaten durch landespolizeiliche Vorschriften eingeführt waren, z. B. das Abwaschen des Oberarmes vor der Impfung mit Spiritus usw.

Zunächst sind in § 1 Abs. 1 der betreffenden Vorschriften zu den übertragbaren Krankheiten, bei deren Auftreten in größerer Verbreitung öffentliche Impfungen nicht vorgenommen werden sollen, übertragbare Genickstarre, spinale Kinderlähmung und Typhus hinzugekommen. Außerdem hat Abs. 2 des § 1 eine andere Fassung erhalten und dem Impfarzt die Pflicht auferlegt, „sich über den Stand der übertragbaren Krankheiten in seinen Impfbezirken während der Impfzeit fortlaufend zu unterrichten und sich rechtzeitig zu vergewissern, ob in den Orten, in denen öffentliche Impfungen stattfinden sollen, eine übertragbare Krankheit herrscht.“ Dieser Pflicht wird der Impfarzt allerdings nur mit Hilfe des beamteten Arztes und der Ortspolizeibehörde genügen können; es wird deshalb erforderlich sein, daß seitens der Landesregierungen noch eine entsprechende Anordnung zur Sicherung einer solchen Hilfe getroffen wird. Die Pflichten des Impfarztes sind ferner noch insofern wesentlich erweitert, als er nach § 5 der betreffenden Vorschriften jetzt im Impftermin vor Beginn der Impfung die begleitenden Angehörigen bezw. die Wiederimpflinge selbst auch über den Gesundheitszustand in der Umgebung der Impflinge und nicht nur ganz allgemein, sondern auch später vor jeder einzelnen Impfung über das Vorhandensein einer rosenartigen Entzündung oder eines nässenden Hautausschlages in der Behausung des Impflings befragen soll. Wird ihm hierbei in glaubhafter Weise nachgewiesen, daß in der Familie des Impfpflichtigen eine Erkrankung an einer rosenartigen Entzündung vorhanden ist, so hat er die Impfung zu unterlassen; beim Vorhandensein einer Erkrankung an einem nässenden Ausschlag ist er berechtigt, die Impfung aufzuschieben, falls eine wirksame Absonderung des Impflings oder der an den Ausschlag leidenden Person nicht gewährleistet wird. Durch diese Nachforschungen und Feststellungen wird dem Impfarzt jedenfalls eine große Mehrarbeit erwachsen und sich die Impftermine nicht mehr in der bisher vielfach üblichen Schnelligkeit erledigen lassen können; dies ist aber sehr gut und wird der Ausführung der Impfung nur zum Vorteil gereichen. Zweckmäßig ist auch die Anordnung, daß Kinder mit nässenden oder juckenden Ekzemen oder mit Ohrenfluß von der Impfung zurückzustellen sind; denn es gibt noch immer Mütter, die die Impfung solcher Kinder wünschen, weil sie davon eine Besserung des Ausschlages hoffen, und es gibt auch Aerzte, die diesem törichten Wunsche stattgeben.

Im § 6 der Vorschriften für die Aerzte ist die schon seit mehreren Jahren in den meisten Bundesstaaten (in Preußen durch Min.-Erlaß vom 10. März 1911) getroffenen Anordnung aufgenommen, wonach die Impfstelle vor Anlegung der Impfschnitte mit Watte und 70prozentigen Alkohol oder einem anderen von den Landesregierungen zugelassenen gleichwertigen Mitteln abzureiben und für jeden Impfling ein neuer Wattebausch zu nehmen ist." Neu, aber durchaus zweckmäßig ist dagegen die Bestimmung im § 8, daß frisch ausgeglühte Impfinstrumente erst nach genügender Abkühlung in den Impfstoff gebracht werden dürfen, eine Vorschrift, deren Nichtbeachtung Verfasser wiederholt beobachtet hat, ebenso wie die dadurch bedingte Erfolglosigkeit der Impfung. Wichtig ist auch die Bestimmung in § 9, daß von jetzt ab stets 4 seichte Impfschnitte gemacht werden müssen; denn die frühere Fassung „es genügen 4 seichte Schnitte" ließ einen größeren Spielraum nach oben wie nach unten zu, dessen Beseitigung sehr erwünscht war. Endlich ist im § 11 dieser Vorschriften die Verpflichtung des Impfarztes, etwaige Störungen des Impfverlaufs usw. festzustellen, auch auf jede Erkrankung infolge Uebertragung des Impfstoffes auf ungeimpfte Personen in der Umgebung des Impflings ausgedehnt.

Die Verhaltungsvorschriften für die Angehörigen der Erstimpflinge wie für die Wiederimpflinge und deren Angehörigen haben in § 1 eine wesentliche und recht zweckmäßige Erweiterung durch Hinzufügen einer kurzen Belehrung über den großen Nutzen der Impfung erhalten. Außerdem sind verschiedene Abänderungen getroffen, die sämtlich als erhebliche Verbesserungen anzusehen sind. Dies gilt insbesondere betreffs der Vorschriften über das Baden und der Ernährung der Impflinge, wie über die Behandlung der Impfstellen sowie über das Verhalten der Pflegepersonen (§§ 6, 7, 9 und 11 der Vorschriften für Erstimpflinge und §§ 5 und 6 der Vorschriften für Wiederimpflinge). Im § 12 bezw. § 7 der Vorschriften werden die Angehörigen angewiesen, nicht nur von jedem unregelmäßigen Verlaufe und bei jeder nach der Impfung entstehenden Erkrankung den Impfarzt unverzüglich zu benachrichtigen, sondern ihm auch Anzeige zu erstatten, falls infolge einer zufälligen Uebertragung des Impfstoffes bei Personen in der Umgebung des Impflings Impfpusteln auftreten.

Die Verhaltungsvorschriften für die Ortspolizeibehörden haben nur geringe Aenderungen und Zusätze erfahren. Im § 1 Abs. 2 ist angeordnet, daß bei Zustellungen durch die Post auf den Vorladungen die §§ 2 und 4 der Verhaltungsvorschriften für die Angehörigen abzudrucken sind. Außerdem ist im § 5 bestimmt, daß, falls mehrere Impftermine an einem Tage angesetzt sind, diese nicht zu rasch aufeinander folgen dürfen und zwischen den Impfterminen der Impfraum gehörig zu lüften ist.

Bei den Leitsätzen für die Sicherung einer zweckmäßigen Auswahl der Impfärzte ist im § 1 hinzugefügt, daß sich „die Bewerber für Impfarztstellen über genügende Kenntnisse auf dem Gebiete des Impfwesens sowie über hinlängliche Technik im Impfen auszuweisen haben". Neu hinzugefügt ist ferner die Bestimmung, daß den „Impfärzten von Zeit zu Zeit Gelegenheit zu geben ist, sich über die Fortschritte auf dem Gebiete der Impftechnik, der Pathologie der Impfung und der Lymphgewinnung zu unterrichten". Durch landesgesetzliche Anordnung werden also künftighin behufs Erfüllung dieser Forderung kürzere Fortbildungskurse bei den staatlichen Impfanstalten eingerichtet werden müssen. Im § 3 ist außerdem zum Ausdruck gebracht, daß nur „nichtbeamtete" Aerzte als Impfärzte in Pflicht zu nehmen sind, also eine solche Verpflichtung bei den beamteten Aerzten nicht nötig ist.

Die Leitsätze für die Vorbildung der Aerzte in der Impfung haben zwar eine fast vollständig neue Fassung erhalten, die jedoch nichts Neues bringt, sondern nur den Anforderungen entspricht, die in dieser Hinsicht die inzwischen erlassene Prüfungsordnung für Aerzte vom 28. Mai 1901 stellt.

Bei den Leitsätzen für die Anordnung einer ständigen technischen Ueberwachung des Impfwesens durch Medizinalbeamte ist hinzugefügt, daß sich diese auch auf die Feststellung des Impferfolges zu erstrecken hat und daß die staatlichen wie privaten Impfanstalten alljährlich mindestens einmal zu revidieren sind, während dies früher in „entsprechenden Zwischenräumen" zu geschehen hatte.

Impfscheine, Impfzeugnisse und Impflisten sind im großen und ganzen unverändert geblieben. Bei den Impfübersichten sind nur die Spalten über die Impfung mit Menschenlymphe fortgefallen und eine neue Spalte für das Unterbleiben der Impfung aus „anderen Gründen" hinzugesetzt; die Impfscheine I und II haben einen recht zweckmäßigen Zusatz über die Behandlung der Impfpocken nach der Nachschau erhalten.

Nachstehend folgt der Wortlaut der neuen Beschlüsse:[1])

1. Beschlüsse, betreffend den physiologischen und pathologischen Stand der Impffrage.

§ 1. Das einmalige Ueberstehen der Pocken (Blattern) verleiht mit seltenen Ausnahmen Schutz gegen ein nochmaliges Befallenwerden von dieser Krankheit.

§ 2. Die Impfung mit Kuhpockenlymphe ist imstande, einen ähnlichen Schutz zu bewirken.

§ 3. Die Dauer des durch Impfung erzielten Schutzes gegen Pocken schwankt innerhalb weiter Grenzen, beträgt aber im Durchschnitt zehn Jahre.

---

[1]) Die Aenderungen gegenüber den bisher geltenden Beschlüssen vom 28. Juni 1899 sind, abgesehen von den rein stilistischen, durch Schrägschrift kenntlich gemacht.

Da bis jetzt die Ausführungsbestimmungen für Preußen noch nicht erlassen sind, konnten diese nicht mitabgedruckt werden, wie es beabsichtigt war.

§ 4. Um einen ausreichenden Impfschutz zu erzielen, ist mindestens eine gut entwickelte Impfpocke erforderlich.

§ 5. Es bedarf einer Wiederimpfung nach Ablauf von zehn Jahren nach der ersten Impfung.

§ 6. Das Geimpftsein der Umgebung erhöht den Schutz, den der Einzelne gegen die Pockenkrankheit erworben hat, und die Impfung gewährt demnach nicht nur einen persönlichen, sondern auch einen allgemeinen Nutzen in bezug auf Pockengefahr.

§ 7. Die Impfung kann unter Umständen mit Gefahr für den Impfling verbunden sein.

Abgesehen von zufälligen Uebertragungen der Lymphe auf ungeimpfte Körperstellen kommen als Impfschädigungen nur Wundinfektionskrankheiten infolge nachträglicher Verunreinigung der Impfstellen gelegentlich vor.[2])

Die Gefahr der Impfung kann durch Zurückstellung kranker Kinder von der Impfung, durch sorgfältige Ausführung der Impfung sowie durch richtige Pflege der Impflinge auf einen so geringen Umfang beschränkt werden, daß der Nutzen der Impfung den gelegentlichen Schaden unendlich überwiegt.

§ 8. Die Einführung der Impfung hat, soweit wissenschaftlich nachweisbar ist, keine Zunahme bestimmter Krankheiten oder der Sterblichkeit im allgemeinen zur Folge gehabt.[3])

2. Beschlüsse, betreffend die ausschließliche Verwendung von Tierlymphe zur Impfung.

§ 1. Es haben sich bisher keine Anhaltspunkte für die Annahme eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen den in der Tierlymphe bekannten Keimen und den Reizerscheinungen ergeben, die nach der Impfung auftreten.

§ 2. Die Impfung ist *sowohl bei öffentlichen, als auch bei Privatimpfungen nur mit Tierlymphe vorzunehmen.*[4])

§ 3. Der Impfstoff ist aus staatlichen Impfanstalten zu beziehen. Doch können die Landesbehörden bestimmen, daß auch aus Privatimpfanstalten, die der staatlichen Aufsicht unterstehen, solcher bezogen werden darf.

Es ist erwünscht, dass von den staatlichen Impfanstalten auch für private Impfungen der Impfstoff an Aerzte unentgeltlich abgegeben wird.

§ 4,[5]) Für den Handel mit Impfstoff in den Apotheken gelten folgende Vorschriften:

a) Der Impfstoff muß aus staatlichen Impfanstalten oder aus deren Niederlagen bezogen werden. *Ein Bezug von Impfstoff aus privaten Anstalten bedarf der Genehmigung der Landesbehörden.*[6])

b) Der Impfstoff ist vor Licht geschützt und kühl aufzubewahren.

c) Der Impfstoff darf nur *auf ärztliches Erfordern* und nur in der von der Impfanstalt gelieferten Verpackung abgegeben werden. *Diese muss so beschaffen sein, dass sie nicht ohne Zerreissen oder Zerbrechen des Verschlusses geöffnet werden kann.*

Auf jeder Verpackung müssen außen angegeben sein: der Name der Anstalt, die den Impfstoff geliefert hat, die Nummer des Versandbuchs, der Tag der Abnahme des Impfstoffs, *der Tag, bis zu dem der Impfstoff verwendet werden darf,* und die Zahl der in der Verpackung enthaltenen Portionen. *Zugleich mit dem Impfstoff sind eine mit dem Dienststempel der Anstalt versehene Postkarte* sowie eine Gebrauchsanweisung abzugeben. Letztere hat den Wortlaut der §§ 5 bis 12 der Vorschriften,

---

[2]) Hier ist der Satz: „Bei der Impfung mit Menschenlymphe ist die Gefahr der Uebertragung von Syphilis, obwohl außerordentlich gering, doch nicht gänzlich ausgeschlossen", fortgefallen, da Menschenlymphe nicht mehr verwandt werden darf.

[3]) Hier sind die Worte: „welche als Folge der Impfung anzusehen waren", fortgefallen.

[4]) Die früher in Ausnahmefällen zugelassene Verwendung von Menschenlymphe ist jetzt also nicht mehr gestattet.

[5]) Früher § 5, da § 4, der die Einrichtung und den Betrieb der staatlichen Impfanstalten betraf, durch die Vorschriften vom 28. Juni 1911 ersetzt ist.

[6]) Eine solche Genehmigung war bisher nicht ausdrücklich vorgeschrieben.

die von den Aerzten bei der Ausführung der Impfung zu befolgen sind, zu enthalten. *Die Postkarte dient zur Mitteilung an die Impfanstalt darüber, mit welchem Erfolge der übersandte Impfstoff verimpft worden ist.*

d) Impfstoff, der vor mehr als drei Monaten abgenommen ist, darf nicht abgegeben werden.

e) Ueber den Empfang und die Abgabe des Impfstoffs ist ein Buch zu führen, in welchem der Tag des Empfanges, die Bezeichnung der Anstalt, in welcher der Impfstoff gewonnen ist, der Tag der Abgabe, der *Name des verordnenden Arztes*[7]) einzutragen sind.

3. Vorschriften, die von den Aerzten bei der Ausführung der Impfung zu befolgen sind.

A. Allgemeine Bestimmungen.

§ 1. Es ist wünschenswert, daß der Impfarzt in jedem Orte seines Bezirks öffentliche Impfungen vornimmt. An Orten, an denen *übertragbare* Krankheiten, wie Diphtherie, Fleckfieber, *übertragbare Genickstarre,* Keuchhusten, *spinale Kinderlähmung,* Masern, rosenartige Entzündungen, Scharlach oder *Typhus* in größerer Verbreitung auftreten[8]) ist die Impfung in *öffentlichen Terminen* während der Dauer der Epidemie nicht vorzunehmen.

Der Impfarzt soll über den Stand der übertragbaren Krankheiten in seinem Impfbezirke während der Impfzeit fortlaufend unterrichtet sein. Insbesondere soll er sich rechtzeitig vergewissern, ob in den Orten, in denen öffentliche Impfungen stattfinden sollen, eine übertragbare Krankheit herrscht, um erforderlichenfalls den Impftermin aufschieben zu können.

Erhält der Impfarzt erst nach Beginn der Impfung davon Kenntnis, daß derartige Krankheiten herrschen,[9]) so hat er die Impfung an diesem Orte sofort zu unterbrechen und der zuständigen Behörde davon Anzeige zu machen.

Hat der Impfarzt Fälle übertragbarer Krankheiten in Behandlung, so hat er *sorgfältig darauf zu achten, dass durch seine Person die Krankheiten bei der Impfung nicht weiter verbreitet werden.*[10])

Es empfiehlt sich, öffentliche Impfungen während der Zeit der größten Sommerhitze[11]) zu vermeiden.

§ 2. Im Impftermine hat der Impfarzt im Einvernehmen mit der Ortspolizeibehörde für die nötige Ordnung zu sorgen, Ueberfüllung der für die Impfung bestimmten Räume zu verhüten und deren ausreichende Lüftung zu veranlassen.

Die gleichzeitige Anwesenheit der Erstimpflinge und der Wiederimpflinge ist tunlichst zu vermeiden.

B. Beschaffung des Impfstoffs.[12])

§ 3. Die Impfärzte erhalten für die öffentlichen Impfungen ihren Gesamtbedarf an Impfstoff unentgeltlich und portofrei aus den staatlichen Impfanstalten.

§ 4. Der Impfarzt hat — zutreffendenfalls unter Angabe der Nummer des Versandbuchs der betreffenden Impfanstalt — aufzuzeichnen, von wo und wann er seinen Impfstoff erhalten hat.

C. Ausführung der Impfung und Wiederimpfung.

§ 5. Die zu impfenden Kinder sind vom Impfarzt vor der Impfung zu besichtigen; auch sind die begleitenden Angehörigen von ihm über den Gesundheitszustand der Impflinge *sowie der Personen in deren Umgebung* zu

---

[7]) Früher: „Name und Wohnung des Abnehmers".

[8]) „Krupp" ist nicht mehr besonders angeführt, dagegen sind übertragbare Genickstarre, spinale Kinderlähmung und Typhus neu hinzugefügt.

[9]) Hier sind die Worte: „oder zeigen sich dort auch nur einzelne Fälle von Rotlauf (Erysipel) bei Geimpften", fortgefallen.

[10]) Die bisherige Fassung lautete: „so hat er in zweckentsprechender Weise deren Verbreitung bei dem Impfgeschäfte durch seine Person zu verhüten."

[11]) Die früher in Klammern beigefügten Worte „Juli bis August" sind gestrichen.

[12]) Im Abschnitt B. ist der Unterabschnitt II, §§ 5—11, der die Verwendung von Menschenlymphe betraf, gestrichen.

befragen. *Insbesondere hat der Impfarzt nicht nur zu Beginn des Impftermins ganz allgemein, sondern auch später vor jeder einzelnen Impfung die begleitenden Angehörigen über das Vorhandensein einer rosenartigen Entzündung oder eines nässenden Hautausschlages in der Behausung des Impflinges zu befragen. Sind bei der Wiederimpfung Angehörige nicht anwesend, so sind die Wiederimpflinge selbst zu befragen. Wird dem Impfarzt in glaubhafter Weise nachgewiesen, dass in der Familie des Impfpflichtigen eine Erkrankung an einer rosenartigen Entzündung oder an einem nässenden Ausschlag vorhanden ist, so hat der Impfarzt im ersteren Falle die Impfung zu unterlassen; im anderen Falle soll er berechtigt sein, die Impfung aufzuschieben, sofern eine wirksame Absonderung des Impflinges oder der an dem Ausschlag leidenden Person nicht gewährleistet erscheint.*

Kinder, die an schweren akuten oder chronischen, die Ernährung stark beeinträchtigenden oder die Säfte verändernden Krankheiten leiden, sollen in der Regel nicht geimpft und nicht wiedergeimpft werden. *Insbesondere sind Kinder, die mit nässenden oder juckenden Ekzemen oder mit Ohrenfluss behaftet sind, von der Impfung zurückzustellen.*

Ausnahmen sind (namentlich beim Auftreten der natürlichen Pocken) gestattet und werden dem Ermessen des Impfarztes anheimgegeben.

§ 6. Die Impfung ist als eine chirurgische Operation anzusehen und unter Anwendung aller Vorsichtsmaßregeln auszuführen, die geeignet sind, Wundinfektionskrankheiten fernzuhalten; insbesondere hat der Impfarzt sorgfältig auf die Reinheit seiner Hände, der Impfinstrumente und der Impfstelle Bedacht zu nehmen. *Vor Anlegung der Impfschnitte ist die Impfstelle mit Watte und 70prozentigem Alkohol oder einem anderen, von den Landesregierungen zugelassenen gleichwertigen Mittel abzureiben. Für jeden Impfling ist ein neuer Wattebausch zu nehmen.* Der dem Versandgefäß entnommene Impfstoff ist im Impftermine durch Bedecken vor Verunreinigung zu schützen; *im offenen Versandgefässe kann eine Verunreinigung des Impfstoffs durch Schrägstellen des Gefässes vermieden werden.*

§ 7. Der Impfstoff ist tunlichst bald nach dem Empfange zu verimpfen, bis zum Gebrauch aber an einem kühlen Orte und vor Licht geschützt aufzubewahren. Er darf durch Zusätze von Glyzerin, Wasser oder anderen Stoffen nicht verdünnt werden.

§ 8. Zur Impfung eines jeden Impflings sind nur Instrumente zu benutzen, die durch trockene oder feuchte Hitze (Ausglühen, Auskochen) keimfrei gemacht sind. *Frisch ausgeglühte Impfinstrumente dürfen erst nach genügender Abkühlung in den Impfstoff getaucht werden.*

Die jedesmal für den Gebrauch notwendige Menge Impfstoff kann entweder unmittelbar aus dem Glasgefäße mit dem Impfinstrument entnommen oder auf ein keimfreies Glasschälchen gebracht werden. Beim Gebrauche von Haarröhrchen kann sie auch unmittelbar aus einem solchen auf das Instrument getropft werden.

§ 9. Die Impfung wird bei Erstimpflingen *auf demjenigen Oberarme, welchen die begleitenden Angehörigen bestimmen,*[13]) *vorgenommen,* bei Wiederimpflingen der Regel nach auf dem linken Oberarme. Es *sind*[14]) 4 seichte Schnitte von höchstens 1 cm Länge anzulegen. Die einzelnen Impfschnitte sollen mindestens 2 cm voneinander entfernt liegen. *Es empfiehlt sich, die Impfschnitte in der Längsrichtung des Armes auszuführen.* Stärkere Blutungen beim Impfen sind zu vermeiden. Einmaliges Einstreichen des Impfstoffs in die durch Anspannen der Haut klaffend gehaltenen Schnitte ist im allgemeinen ausreichend.

Das Auftragen des Impfstoffs mit einem Pinsel ist verboten.

Uebriggebliebene Mengen Impfstoff dürfen nicht in das Gefäß zurückgefüllt und zu späteren Impfungen verwendet werden.

§ 10. Die Erstimpfung hat als erfolgreich zu gelten, wenn mindestens

[13]) Nach der bisherigen Vorschrift sollte die Impfung bei Erstimpflingen in der Regel auf den rechten Oberarm vorgenommen werden.

[14]) Früher lautete die Bestimmung: Es „genügen" 4 seichte Schnitte. eine Pustel zur regelmäßigen Entwicklung gekommen ist. Bei der Wieder-

impfung genügt für den Erfolg schon die Bildung von Knötchen oder Bläschen an den Impfstellen.

§ 11. Der Impfarzt ist verpflichtet, etwaige Störungen des Impfverlaufs und jede wirkliche oder angebliche Nachkrankheit, *ferner jede Erkrankung infolge Uebertragung des Impfstoffs auf ungeimpfte Personen in der Umgebung des Impflinges,* soweit sie ihm bekannt werden, tunlichst genau festzustellen und an zuständiger Stelle sofort anzuzeigen.

D. Privatimpfungen.

§ 12. Für die Privatimpfungen gelten die obigen Vorschriften im § 1 Abs. 4 sowie der §§ 4 bis 11.

4. Belehrung[15]) über den Nutzen der Impfung und Verhaltungsvorschriften.

A. Für die Angehörigen der Erstimpflinge.

§ 1. Die Pocken sind eine gefährliche und in hohem Grade ansteckende Krankheit. In früheren Jahren, bevor die Impfung allgemein eingeführt war, sind alljährlich Tausende von Menschen im Deutschen Reiche an dieser Seuche gestorben; viele der dem Pockentod Entronnenen sind zeitlebens durch die Blatternarben entstellt geblieben. Wenn heutzutage die Pocken der Bevölkerung eine fast unbekannte Krankheit geworden sind, so ist dies der durch das Reichsimpfgesetz überall eingeführten Impfung zu verdanken. Fast immer bleiben Personen, welche mit Erfolg geimpft oder wiedergeimpft sind, von den Pocken verschont oder werden nur leicht von dieser Krankheit befallen. Der Impfschutz hält allerdings nicht zeitlebens an; durchschnittlich rechnet man mit einer Schutzdauer von 10 Jahren. Es muss daher die erste Impfung nach Ablauf dieser Frist wiederholt werden. Zur Impfung wird nur vollkommen unschädlicher Impfstoff verwendet, der von gesunden Tieren entnommen und durch sorgfältige Untersuchung als einwandfrei befunden worden ist.

Sowohl vor, als auch nach der Impfung sind die nachstehenden Verhaltungsvorschriften zu beachten. Werden sie genau befolgt, so ist nicht zu befürchten, dass Kinder nach der Impfung erkranken.

§ 2. Aus einem Hause, in welchem übertragbare Krankheiten, wie Diphtherie, Fleckfieber, *übertragbare Genickstarre,* Keuchhusten, *spinale Kinderlähmung,* Masern, natürliche Pocken (Blattern), rosenartige Entzündungen, Scharlach oder *Typhus* herrschen, dürfen die Impflinge zum allgemeinen Termine nicht gebracht werden.

§ 3. Die Eltern des Impflinges oder deren Vertreter haben dem Impfarzt vor der Ausführung der Impfung Mitteilung zu machen über frühere oder noch bestehende Krankheiten des Kindes *sowie über rosenartige Entzündungen oder nässende Hautausschläge, von denen etwa Personen in der Umgebung des Kindes befallen sind.*

§ 4. Die Kinder müssen zum Impftermine mit rein gewaschenem Körper und mit reinen Kleidern gebracht werden.

§ 5. Auch nach dem Impfen muß der Impfling peinlich sauber gehalten werden.

§ 6. Das Baden der Impflinge kann bis zu dem Tage, an dem die Impfschnitte sich durch Rötung von der Umgebung abheben — in der Regel dem 4. oder auch 5. Tage nach der Impfung — fortgesetzt werden, soll aber von da bis zum Abfallen der Impfschorfe und völliger Abheilung etwa dabei entstehender kleiner Wundflächen unterbleiben.[16])

§ 7. Die Nahrung des Kindes bleibe unverändert. *Brustkinder sind in den ersten Wochen nach der Impfung nicht zu entwöhnen.*

§ 8. Bei günstigem Wetter darf das Kind ins Freie gebracht werden. Man vermeide im Hochsommer nur die heißesten Tagesstunden und die unmittelbare Sonnenhitze.

§ 9. *Jede unnötige Berührung der Impfstellen ist zu vermeiden*; ins-

---

[15]) Die „Belehrung über den Nutzen der Heilung" ist den bisherigen Verhaltungsvorschriften als § 1 neu hinzugefügt.

[16]) Die bisherige Fassung lautete: „Der Impfling soll womöglich täglich gebadet werden, wenigstens versäume man eine tägliche Waschung nicht.

besondere sind die Impfstellen mit großer Sorgfalt vor dem Aufreiben, Zerkratzen und vor Beschmutzung zu bewahren.

Gegebenenfalls dürfen sie nur mit frisch gereinigten Händen berührt werden; zum Waschen darf nur reine Watte[17]) verwendet werden.

Die Impfstellen sind kühl und trocken zu halten; ein reiner, nicht wollener Hemdärmel ist die zweckmässigste Bedeckung.

Vor Berührung mit Personen, die an eiternden Geschwüren, Hautausschlägen oder Wundrose, *insbesondere an Gesichts- oder Kopfrose,* erkrankt sind, ist der Impfling sorgfältig zu bewahren, um die Uebertragung von Krankheitskeimen in die Impfstellen zu verhüten; auch sind die von solchen Personen benutzten Gegenstände von dem Impfling fernzuhalten. Kommen in der Umgebung des Impflinges Fälle derartiger Krankheiten vor, so ist es zweckmäßig, den Rat eines Arztes einzuholen.

§ 10. Nach der erfolgreichen Impfung zeigen sich vom vierten Tage ab kleine Bläschen, die sich in der Regel bis zum neunten Tage unter mäßigem Fieber vergrößern und zu erhabenen, von einem roten Entzündungshof umgebenen Schutzpocken entwickeln. Diese enthalten eine klare Flüssigkeit, die sich am achten Tage zu trüben beginnt. Vom zehnten bis zwölften Tage beginnen die Pocken zu einem Schorfe einzutrocknen, der nach drei bis vier Wochen von selbst abfällt.

Die erfolgreiche Impfung läßt Narben von der Größe der Pusteln zurück, die mindestens mehrere Jahre hindurch deutlich sichtbar bleiben.

§ *11. Die Pflegepersonen der Impflinge müssen sich peinlich davor hüten, die in den Impfpusteln enthaltene Flüssigkeit auf wunde oder mit Ausschlag behaftete Hautstellen oder in die Augen zu bringen. Haben sie eine Berührung der Impfstellen nicht vermeiden können, so sollen sie nicht unterlassen, sich sogleich die Hände sorgfältig mit Seife zu waschen; das dazu verwendete Waschwasser darf nicht von anderen Personen benutzt werden.*[18])

Ungeimpfte Kinder und solche, die an Ausschlag leiden, dürfen nicht mit Impflingen in nähere Berührung kommen, insbesondere nicht mit ihnen zusammen schlafen.

§ 12.[19]) Bei *unregelmässigem Verlaufe der Schutzpocken* sowie bei jeder erheblichen, nach der Impfung entstehenden Erkrankung ist ein Arzt zuzuziehen. Der Impfarzt ist von jeder solchen Erkrankung, die vor der Nachschau oder innerhalb 14 Tagen danach eintritt, *unverzüglich* in Kenntnis zu setzen. *Auch ist dem Impfarzt alsbald Anzeige zu erstatten, falls infolge einer zufälligen Uebertragung des Impfstoffs bei Personen in der Umgebung des Impflings Impfpusteln auftreten.*

§ 13. An dem im Impftermine bekanntzugebenden Tage erscheinen die Impflinge zur Nachschau. Kann ein Kind am Tage der Nachschau wegen erheblicher Erkrankung oder weil in dem Hause eine übertragbare Krankheit herrscht (§ 2), nicht in das Impflokal gebracht werden, so haben die Eltern oder deren Vertreter dieses spätestens am Termintage dem Impfarzt anzuzeigen.

§ 14. Der Impfschein ist sorgfältig aufzubewahren.

---

[17]) Hier sind die Worte „reiner Schwamm oder reine Leinwand", sowie der Schlußsatz: „welche ausschließlich zum Gebrauch für den Impfling bestimmt sein müssen", fortgefallen.

[18]) Der Inhalt des § 11 entspricht im großen und ganzen dem des bisherigen § 9 Abs. 3, nur die Fassung ist eine andere geworden, denn sie lautete früher: „Die Pflegepersonen der Impflinge sind dringend davor zu warnen, die Impfstellen zufällig oder absichtlich zu berühren oder die in den Impfpusteln enthaltene Flüssigkeit auf wunde oder mit Ausschlag behaftete Hautstellen oder in die Augen zu bringen. Haben sie die Impfstellen trotzdem berührt, so sollen sie nicht unterlassen, sich sogleich die Hände sorgfältig zu waschen. Die Impflinge dürfen nicht mit anderen Personen gemeinsam gebadet werden; die weitere Benutzung des Wasch- und Badewassers, sowie der Abtrockentücher für andere Personen ist zu unterlassen. Ungeimpfte Kinder und solche, die an Ausschlag leiden, dürfen nicht mit Impflingen in nähere Berührung kommen, insbesondere nicht mit ihnen zusammenschlafen."

[19]) Die bisherige den regelmäßigen Verlauf der Impfpocken betreffende Bestimmung (§ 10) der Verhaltungsvorschriften) ist jetzt fortgelassen.

B. Für die Wiederimpflinge und ihre Angehörigen.

§ 1. Die Pocken sind eine gefährliche und in hohem Grade ansteckende Krankheit. In früheren Jahren, bevor die Impfung allgemein eingeführt war, sind alljährlich Tausende von Menschen im Deutschen Reiche an dieser Seuche gestorben; viele der dem Pockentod Entronnenen sind zeitlebens durch die Blatternarben entstellt geblieben. Wenn heutzutage die Pocken der Bevölkerung eine fast unbekannte Krankheit geworden sind, so ist dies der durch das Reichsimpfgesetz überall eingeführten Impfung zu verdanken. Fast immer bleiben Personen, welche mit Erfolg geimpft oder wiedergeimpft sind, von den Pocken verschont oder werden nur leicht von dieser Krankheit befallen. Der Impfschutz hält allerdings nicht zeitlebens an; durchschnittlich rechnet man mit einer Schutzdauer von 10 Jahren. Es muss daher die erste Impfung nach Ablauf dieser Frist wiederholt werden. Zur Impfung wird nur vollkommen unschädlicher Impfstoff verwendet, der von gesunden Tieren entnommen und durch sorgfältige Untersuchung als einwandfrei befunden worden ist.

Sowohl vor, als auch nach der Impfung sind die nachstehenden Verhaltungsvorschriften zu beobachten. Werden sie genau befolgt, so ist nicht zu befürchten, dass Kinder nach der Impfung erkranken.

§ 2. Aus einem Hause, in welchem übertragbare Krankheiten, wie Diphtherie, Fleckfieber, *übertragbare Genickstarre*, Keuchhusten, *spinale Kinderlähmung*, Masern, natürliche Pocken (Blattern), rosenartige Entzündungen, Scharlach oder *Typhus* herrschen, dürfen Wiederimpflinge zum allgemeinen Termine nicht kommen.

§ 3. Die Kinder sollen im Impftermine mit reiner Haut, reiner Wäsche und in sauberen Kleidern erscheinen.

§ 4. Auch nach dem Impfen muß der Wiederimpfling peinlich sauber gehalten werden.

§ 5. Die Entwicklung der Impfpusteln tritt am 3. oder 4. Tage ein und ist für gewöhnlich mit so geringen Beschwerden im Allgemeinbefinden verbunden, daß eine Versäumnis des Schulunterrichts deshalb nicht notwendig ist.[20]) Stellen sich größere Röte und Anschwellungen der Impfstellen ein, so ist ein Arzt zuzuziehen. Die Kinder können das gewohnte Baden fortsetzen. Das Turnen ist vom 3. bis 12. Tage von allen, bei denen sich Impfblattern bilden, auszusetzen. *Jede unnötige Berührung der Impfstellen ist zu vermeiden;* insbesondere sind die Impfstellen sorgfältig vor Beschmutzung, Kratzen und Stoß sowie vor Reibungen durch enge Kleidung und vor Druck von außen zu hüten. *Die Impfstellen sind kühl und trocken zu halten; ein reiner, nichtwollener Hemdärmel ist die zweckmässigste Bedeckung.* Der Verkehr mit solchen Personen, die an eiternden Geschwüren, Hautausschlägen oder Wundrose, insbesondere an Gesichts- oder Kopfrose leiden, und die Benutzung der von ihnen gebrauchten Gegenstände ist zu vermeiden.

§ 6.[21]) *Die Pflegepersonen der Wiederimpflinge müssen sich peinlich davor hüten, die Impfstellen zufällig oder absichtlich zu berühren oder die in den Impfpusteln enthaltene Flüssigkeit auf wunde oder mit Ausschlag behaftete Hautstellen oder in die Augen zu bringen. Haben sie die Impfstellen trotzdem berührt, so sollen sie nicht unterlassen, sich sogleich die Hände sorgfältig mit Seife zu waschen. Das dazu verwendete Waschwasser darf nicht von anderen Personen benutzt werden.*

Ungeimpfte Kinder und solche, die an Ausschlag leiden, dürfen nicht mit Wiederimpflingen in nähere Berührung kommen, insbesondere nicht mit ihnen zusammen schlafen.

§ 7. Bei jeder erheblichen, nach der Impfung entstandenen Erkrankung ist ein Arzt zuzuziehen. Der Impfarzt ist von jeder solchen Erkrankung, die vor der Nachschau oder innerhalb 14 Tagen danach eintritt, unverzüglich in Kenntnis zu setzen. *Auch ist dem Impfarzt alsbald Anzeige zu erstatten, falls infolge einer zufälligen Uebertragung des Impfstoffs bei Personen in der Umgebung des Wiederimpflinges Impfpusteln auftreten.*

§ 8. An dem im Impftermine bekanntzugebenden Tage erscheinen die

---

[20]) Hier ist der Satz: „Nur wenn ausnahmsweise Fieber eintritt, soll das Kind zu Hause bleiben", gestrichen.

[21]) Siehe vorher Anmerkung 17.

Wiederimpflinge zur Nachschau. Kann ein Kind am Tage der Nachschau wegen erheblicher Erkrankung oder weil in dem Hause eine übertragbare Krankheit herrscht (§ 2) nicht in das Impflokal kommen, so haben die Eltern oder deren Vertreter dies spätestens am Termintage dem Impfarzt anzuzeigen.

§ 9. Der Impfschein ist sorgfältig aufzubewahren.

5. Vorschriften, die von den Behörden bei der Ausführung der öffentlichen Impfungen zu befolgen sind.

§ 1. Bereits bei der Bekanntmachung des Impftermins hat die Ortspolizeibehörde dafür Sorge zu tragen, daß die Angehörigen der Impflinge gedruckte Verhaltungsvorschriften für die öffentlichen Impfungen und über die Behandlung der Impflinge während der Entwicklung der Impfblattern erhalten.

In Städten mit mehr als 10000 Einwohnern ist es zulässig, die gedruckten Verhaltungsvorschriften für die Angehörigen der Erstimpflinge erst im Impftermin an die Angehörigen zu verteilen, unter der Voraussetzung, daß die §§ 2 und 4 dieser Vorschriften in der öffentlichen Bekanntmachung des Impftermins zum Abdruck gelangt sind. *Wird in diesen Städten die Vorladung zur Impfung durch die Post zugestellt, so sind die §§ 2 und 4 der Verwaltungsvorschriften für die Angehörigen der Erstimpflinge auch auf der Vorladung abzudrucken.*

§ 2. Treten an einem Orte übertragbare Krankheiten, wie Diphtherie, Fleckfieber, *übertragbare Genickstarre,* Keuchhusten, *spinale Kinderlähmung,* Masern, rosenartige Entzündungen, Scharlach oder *Typhus,* in größerer Verbreitung auf, so werden die öffentlichen Impftermine ausgesetzt. Die Ortspolizeibehörde hat den Impfarzt davon rechtzeitig zu benachrichtigen.

Aus einem Hause, in welchem Fälle der genannten Krankheiten oder die natürlichen Pocken (Blattern) herrschen, dürfen Kinder zum öffentlichen Termine nicht gebracht werden, auch haben sich Erwachsene aus solchen Häusern vom Impftermine fernzuhalten. Der Termin darf in solchen Häusern nicht abgehalten werden.

Impfung und Nachschau von Kindern aus solchen Häusern müssen getrennt von den übrigen Impflingen vorgenommen werden.

§ 3. Für die öffentliche Impfung sind helle, heizbare, genügend große, gehörig gereinigte und gelüftete Räume bereitzustellen, die womöglich auch eine Trennung des Warteraums vom Operationszimmer gestatten.

Bei kühler Witterung sind die Räume zu heizen.

§ 4. Ein Beauftragter der Ortspolizeibehörde sei im Impftermine zur Stelle, um im Einvernehmen mit dem Impfarzt für Aufrechterhaltung der Ordnung zu sorgen.

Entsprechende Schreibhilfe ist bereitzustellen.

Bei der Wiederimpfung und der darauf folgenden Nachschau sei ein Lehrer anwesend.

§ 5. Eine Ueberfüllung der Impfräume, namentlich des Operationszimmers, werde vermieden. *Falls mehrere Impftermine an einem Tage angesetzt sind, sollen sie nicht zu rasch aufeinanderfolgen. Zwischen den Impfterminen ist der Impfraum gehörig zu lüften.*

Die Zahl der vorzuladenden Impflinge richte sich nach der Größe der Impfräume.

§ 6. Man verhüte tunlichst, daß die Impfung mit der Nachschau bereits früher Geimpfter zusammenfällt.

Jedenfalls sind Erstimpflinge und Wiederimpflinge (Revakzinanden, Schulkinder) möglichst voneinander zu trennen.

§ 7. Es ist darauf hinzuwirken, daß die Impflinge mit reingewaschenem Körper und reinen Kleidern zum Impftermine kommen.

Kinder mit unreinem Körper und schmutzigen Kleidern können vom Termine zurückgewiesen werden.

§ 8. Ist ein Impfpflichtiger auf Grund ärztlichen Zeugnisses von der Impfung zweimal befreit worden, so kann die fernere Befreiung nur durch den zuständigen Impfarzt erfolgen (§ 2 Abs. 2 des Impfgesetzes).

Kinder, denen eine Impfung als erfolgreich unrechtmäßig bescheinigt ist, sind nach Lage des Falles als ungeimpfte oder als erfolglos geimpfte Kinder zu behandeln.

§ 9. Bei ungewöhnlichem Verlaufe der Schutzpocken oder bei Er-

krankungen geimpfter Kinder ist ärztliche Behandlung, soweit tunlich, herbeizuführen; in Fällen von angeblichen Impfschädigungen sind Ermittlungen einzuleiten, und ist über deren Ergebnisse der oberen Verwaltungsbehörde Bericht zu erstatten; in geeigneten Fällen ist eine amtliche öffentliche Richtigstellung unrichtiger, in die Oeffentlichkeit gelangter Angaben zu veranlassen. Dem Kaiserlichen Gesundheitsamt ist über solche Vorkommnisse mit tunlichster Beschleunigung Mitteilung zu machen.

Den Standesbeamten oder den Leichenschauern ist aufzugeben, jeden Todesfall, der als Folge der Impfung gemeldet wird, der Ortspolizeibehörde sofort anzuzeigen.

6. Leitsätze für die Sicherung einer zweckmäßigen Auswahl der Impfärzte.

§ 1. Die Bestellung der Impfärzte hat durch die Staatsbehörde zu erfolgen. *Die Bewerber haben sich über genügende Kenntnisse auf dem Gebiete des Impfwesens sowie über hinlängliche Technik im Impfen auszuweisen.*

§ 2. Die öffentliche Impfung ist vorzugsweise den beamteten Aerzten zu übertragen.

§ 3. Nichtbeamtete Aerzte sind bei der Uebernahme der öffentlichen Impfung ausdrücklich in Pflicht zu nehmen.[22])

§ 4. Die Vergütung der Impfärzte bedarf der Bestätigung der Staatsbehörde.

§ 5. Von Zeit zu Zeit ist den Impfärzten Gelegenheit zu geben, sich über die Fortschritte auf dem Gebiete der Impftechnik, der Pathologie der Impfung und der Lymphegewinnung zu unterrichten.

7. Leitsätze für die Vorbildung der Aerzte in der Impfung.

§ 1. Hinsichtlich der Vorbildung für die Ausübung der Impfung gelten folgende Anforderungen:

a) *Während des klinischen Unterrichts haben die Studierenden am praktischen Unterricht in der Impftechnik teilzunehmen; ferner ist ihnen, soweit möglich, auch durch Besuch einer Impfanstalt Gelegenheit zu geben, die zur Ausübung der Impfung erforderlichen technischen Fähigkeiten und Kenntnisse über Gewinnung und Erhaltung der Lymphe zu erwerben.*[23])

b) Bei der ärztlichen Prüfung hat der *Kandidat*[24]) nachzuweisen, daß er sich mit den *Grundsätzen und der Technik der Schutzpockenimpfung vertraut gemacht hat,* auch die erforderlichen Kenntnisse über Gewinnung und Erhaltung der Lymphe besitzt.

c) Nach *Ablauf des praktischen Jahrs* hat der Kandidat zur Erlangung der ärztlichen Approbation nachzuweisen, daß er mindestens zwei öffentlichen Impfungs- und ebensovielen Wiederimpfungsterminen beigewohnt hat.

8. Leitsätze für die Anordnung einer ständigen technischen Ueberwachung des Impfwesens durch Medizinalbeamte.

§ 1. Die Beaufsichtigung der Impfärzte ist einem beamteten Arzte, und zwar für den Fall, daß der zuständige Medizinalbeamte selbst Impfarzt ist, einem höheren Medizinalbeamten zu übertragen.

§ 2. Die Beaufsichtigung bestehe in einer an Ort und Stelle auszuführenden Revision eines oder mehrerer Impftermine.

§ 3. Die Revision der Impfärzte hat mindestens alle 3 Jahre stattzufinden.

Die Revision hat sich auf die Impftechnik, *die Feststellung des Impferfolges,* sodann auf die Listenführung, Auswahl des Impflokals, Zahl der Impflinge usw. zu erstrecken.

---

[22]) § 3 der Leitsätze für die Sicherung einer zweckmäßigen Auswahl der Impfärzte hatte bisher folgende Fassung: Eine ausdrückliche Inpflichtnahme der Impfärzte hat bei der Uebernahme des Impfgeschäfts stattzufinden.

[23]) § 1, Abs. a hatte bisher folgende Fassung: „Während des klinischen Unterrichts ist den Studierenden eine Unterweisung in der Impftechnik zu erteilen, sowie Gelegenheit zu geben, die Ausführung der Impfung in öffentlichen Impfungs- und Wiederimpfungsterminen praktisch zu erlernen".

[24]) Früher lautete die Vorschrift: „jeder Arzt, der das Impfgeschäft privatim oder öffentlich ausüben will."

§ 4. Auch die Impfungen der Privatärzte, soweit sie nicht von diesen als Hausärzten in den Familien ausgeführt werden, sind der Revision zu unterwerfen.

§ 5. Ebenso sind die staatlichen und privaten Impfanstalten zu überwachen. *Sie sind alljährlich mindestens einmal zu revidieren.*[25])

§ 6. Die Aufmerksamkeit der die Impfung beaufsichtigenden Organe hat sich auch auf den Handel mit Lymphe zu erstrecken.

9. Die Verwendung von Vordrucken für Impfscheine, Impfzeugnisse und Impflisten.

1. Bei Ausstellung der im § 10 Abs. 1 des Impfgesetzes vom 8. April 1874 erwähnten Impfscheine sind die nachstehenden Vordrucke I oder II anzuwenden, und zwar in der Weise, daß die Impfscheine für erste Impfungen (§ 1 Ziffer 1 des Impfgesetzes) auf Papier von rötlicher Farbe und die Impfscheine für spätere Impfungen (Wiederimpfung, § 1 Ziffer 2 des Impfgesetzes) auf Papier von grüner Farbe gedruckt werden; bei den Impfscheinen für die Wiederimpfung ist neben dem Worte „Impfschein" das Wort „Wiederimpfung" in Klammern zu setzen;

2. für die nach § 10 Abs. 2 des Impfgesetzes auszustellenden Zeugnisse über gänzliche oder vorläufige Befreiung von der Impfung haben die nachstehenden Vordrucke III oder IV zur Anwendung zu kommen. Diese sind durchgängig auf weißes Papier zu drucken;

3. die in §§ 7 und 8 des Impfgesetzes vorgeschriebenen Impflisten sind nach den Vordrucken V und VI zu führen;

4. als Muster für eine Liste der bereits im Geburtsjahr zur Impfung gelangten Kinder wird der Vordruck VII, als Muster für die Uebersichten über das Ergebnis der Erstimpfungen und der Wiederimpfungen werden die Vordrucke VIII und IX empfohlen.

Von einem Abdruck der Vordrucke für den Impfschein bei erfolgreicher Erst- und Wiederimpfung (II), für den Impfschein bei nicht erfolgreicher Impfung und Wiederimpfung (II) und für die ärztlichen Zeugnisse bei Unterbleibung der Impfung (III) und bei Befreiung von der Impfung (IV) ist Abstand genommen, da sie keine Aenderungen, sondern die Vordrucke I und II nur folgenden Zusatz auf der Rückseite erfahren haben:

Zur genauen Beachtung!

Mit der Aushändigung des Impfscheines darf die Sorgfalt für die Impfpocken nicht aufhören.

Es ist gefährlich und deshalb zu vermeiden:

1. das Bedecken der Impfpocken mit nicht sauberen Kleidungsstücken,

2. das Berühren oder gar Reiben der Impfpocken bei der Reinigung des Impflings,

3. jede Verletzung durch Kratzen oder Stossen der Impfpocken,

4. jeder Versuch, die Schorfe der Impfpocken abzulösen, da sie nach richtiger Vernarbung der Impfstelle von selber abfallen,

5. die eigene Behandlung verletzter oder entzündeter Impfpocken. (In solchen Fällen ist der Impfarzt hinzuzuziehen.)

Auch ein Abdruck der Vordrucke für die Listen der zur Erstimpfung, Wiederimpfung und im Geburtsjahre eingestellten Kinder (Vordruck V, VI und VII) sowie die Vordrucke für die Uebersichten der Erst- und Wiederimpflingen (Vordruck VIII und IX) erübrigt sich, da hier nur die früheren Spalten und Bemerkungen über die mit Menschenlymphe vorgenommenen Impfungen fortgefallen sind. Außerdem ist bei den Formularen V, VI, VIII und IX eine neue Spalte für das „Unterbleiben" der Impfung aus „anderen Gründen" hinzugefügt.

Außerdem ist bei den Vordrucken I, II und III auf der Vorderseite die Bemerkung hinzugefügt:

Die Vordrucke sind bei der Ausfertigung von dem betreffenden Arzte mit seiner Namensunterschrift und seiner Eigenschaft als „Arzt" bzw. „Impfarzt" zu versehen.

---

[25]) Statt „in entsprechenden Zwischenräumen".

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin.

Schwere Morphium- und Veronalvergiftung. Von Dr. H. Gödde. Deutsche med. Wochenschrift; 1907, Nr. 7.

Eine im Sanatorium beschäftigte Schwester machte einen Selbstmordversuch, indem sie sich abends um 10 Uhr 30 ccm einer 3%igen Morphiumlösung — das sind 0,9 Morph. muriat.! — in den rechten Oberschenkel spritzte und dann 5,0 Veronal in Wasser aufgelöst trank. Obwohl Morphinismus nicht vorlag, hat die große Menge Morphium, auch in Verbindung mit dem Veronal, nicht zum Tode geführt.

9 Stunden nach dem Selbstmordversuch wurde die Schwester in tiefem Koma auf dem Rücken im Bett liegend gefunden, den Mund weit geöffnet, die Atmung wechselnd, meist oberflächlich, röchelnd, unregelmäßig, hin und wieder aussetzend. Gesicht blaß, schweißperlend; Fingerspitzen und Ohren stark zyanotisch; Pupillen eng, reaktionslos; Puls voll, regelmäßig, in gehöriger Anzahl; Karotidenschlag stark hervortretend; alle Aufweckungsversuche fruchtlos.

Da auch das subkutan gegebene Morphium zu einem sehr großen Teile in den Magen ausgeschieden wird, wurde sofort eine ausgiebige Magenausspülung mit etwa 15 Litern $^1/_2$%oiger Kalium permanganicum-Lösung vorgenommen, darauf noch mit einigen Litern Wasser nachgespült. Als therapeutisch am wirksamsten hat sich Atropin bewährt, das in größeren Dosen anregend das Atmungszentrum anregt und der Hauptgefahr bei der Morphiumvergiftung, der Lähmung des Atemzentrums, entgegenwirkt. Auf die wiederholten Atropininjektionen, im ganzen 0,025 g, setzte jedesmal eine viel geregeltere Atmung ein, so daß die künstliche Atmung überflüssig wurde.

Die Vergiftungserscheinungen waren durch das Veronal — nach Poulsson ist die tötliche Veronaldosis erst bei 8—10 g gegeben — gesteigert, doch dürfte dem Morphium der Hauptanteil zufallen. Völlige Wiederherstellung der 28 Jahre alten und sehr kräftig gebauten Kranken steht nach dem bisherigen Verlauf zu erwarten. Dr. Roepke-Melsungen.

Plötzlicher Tod durch Aufblähung des Körpers mit Sauerstoff. Von Kreisarzt Dr. Boretius-Rybnik. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1917, Nr. 6.

Aus Uebermut hatten zwei Arbeiter einem 15jährigen Burschen das Ansatzstück des Schlauches einer geöffneten Sauerstoffbombe an den After gehalten; wenige Sekunden darauf stürzte der Knabe tot zu Boden.

Das Gas war durch Hose und Unterhose durchgedrungen, hatte, wie die Sektion ergab, in der vorderen Wand der Flexma sigmoidea einen 6 cm langen Riß erzeugt und war dann in die Bauchhöhle, diese mächtig auftreibend, gedrungen. Weiter war das Zwergfell, ohne daß es zu einem Einriß kam, von dem Gas durchdrungen, so daß beide Brusthöhlen davon erfüllt waren und dadurch eine vollkommene Kompression beider Lungen eingetreten war. Die Lungen waren auf kaum Faustgröße verkleinert. Auch der Herzbeutel war mit Luft gefüllt, ohne selbst beschädigt zu sein. Das Herz selbst war dadurch vollkommen leer und prall zusammengezogen. Weiter war das Gas in das Unterhautgewebe von Brust, Hals, Gesicht eingedrungen, wodurch diese Teile luftkissenartig aufgeblasen waren. Diese Veränderungen sind als Folge des gewaltigen Druckes der Sauerstoffflasche (120—150 Atmosphären) zu erklären.

Der Tod war momentan infolge Außerfunktionsetzung von Herz und Lungen eingetreten.

Dieser bemerkenswerte Fall dürfte, wie es scheint, bisher einzig dastehen.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Schwere Schädelverletzungen im Röntgenbilde. Von Dr. Bucky-Berlin. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1917, Nr. 4.

An einer Anzahl von Röntgenbildern wurden schwere Schädelverletzungen veranschaulicht. Trotz schwerster, anscheinend vielleicht als absolut tödlich geltender Verletzungen ist es in einigen Fällen zur Wiederherstellung der Dienstfähigkeit gekommen.

„Bei der Beurteilung von Schädelzertrümmerungen", so schließt Verfasser, „ist bezüglich der Beurteilung der Verletzung als Todesursache die größte Vorsicht geboten. Es ist demnach allein aus dem Befund der Schädelknochen nicht möglich, einen wirklich bündigen Schluß auf die Schwere der Verletzung in bezug auf die Prognose zu ziehen. Man muß sich dabei doch wohl vor Augen halten, daß auch eine Späteiterung die eigentliche Todesursache darstellen kann, und daß selbst schwerste Gehirnerschütterungen, wie sie wohl ohne Zweifel bei einigen dieser Fälle aufgetreten sind, symptomlos ausheilen können. Der Schutz, dem die Schädelkapsel für die empfindlichen Weichteile in ihrem Innern darstellt, ist ein so vorzüglicher, daß selbst ausgedehnte Zerstörungen dieser Schutzbedeckungen nicht unbedingt mit delitären Schädigungen der zu schützenden Gebilde einhergehen müssen."

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Idiosynkrasie der Haut gegen Röntgenstrahlen. Von Dr. H. E. Schmidt-Berlin. Deutsche medizinische Wochenschrift; 1917, Nr. 7.

Alle bisher vorliegenden klinischen Erfahrungen sprechen gegen eine Idiosynkrasie der normalen Haut gegen Röntgenstrahlen. Um bei Röntgenschädigungen den Einwand eines Kunstfehlers auszuschließen, ist geradeso wie bei therapeutischen Bestrahlungen auch bei Röntgendurchleuchtungen die Anwendung einer ausdosierten Röhre oder aber eines Dosimeters während der Durchleuchtung zu empfehlen.

Bei Röntgenschädigungen, die nach Durchleuchtungen oder Bestrahlungen ohne Anwendung eines Dosimeters auftreten und auf eine Idiosynkratie zurückgeführt werden, ist durch Darreichung einer Erythem-Dosis auf eine kleine Hautstelle in der Nähe der geschädigten Stelle festzustellen, ob die Haut wirklich in anomaler Weise reagiert. Dr. Roepke-Melsungen.

Ueber einen Fall von Pseudohydronephrose nach Nierenverletzung. Von Kreisarzt Med.-Rat Dr. Dörschlag-Bromberg. Aus der chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses Bleichfelde-Bromberg. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1917, Nr. 1.

Ein 13jähriger Knabe wurde von einem Wagen überfahren, wobei das Rad schräg über den Unterleib lief. Es wurde zunächst an einen Beckenbruch gedacht. Nach zwei Wochen wurde ein Tumor in der linken Bauchseite festgestellt, der sich schnell vergrößerte. Bei der vorgenommenen Laparotomie fand sich eine zystenartige Geschwulst, aus der sich bei Punktion viel Flüssigkeit entleerte; außerdem sickerte aus der Wunde nach Urin riechende Flüssigkeit. Ein Fieberanstieg ließ auf Verletzung der Niere mit Urinansammlung im retroperitonealen Raum und Zersetzung des Urins schließen. Es ergab sich beim Freilegen der Niere eine starke Vergrößerung derselben mit querer Durchtrennung. Die Niere wurde entfernt; es trat Heilung ein.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Tierquälerei und Sympathiekur. Von Amtsrichter Dr. A. Hellwig. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1917, Nr. 3.

Wenn auch nach den Erfahrungen des auf diesem Gebiete besonders erfahrenen Verfassers abergläubische Handlungen häufig zu Tierquälereien führen, so ist es doch bisher kaum jemals zu einem Strafverfahren in derartigen Fällen gekommen. Um so bemerkenswerter ist daher der hier beschriebene Fall: Ein Wunderdoktor hatte durch eine Zeitungsnotiz die Aufmerksamkeit auf sich gelenkt. Er sollte eine geisteskranke Frau dadurch zu heilen versucht haben, daß er lebenden schwarzen Hühnern die Brust aufschnitt und sie stundenlang auf den Kopf der Kranken festband. Die Ermittelungen ergaben die Richtigkeit der Angaben der Zeitungsnotiz. Es erfolgte amtsrichterlicher Strafbefehl, wonach wegen Tierquälerei eine Haftstrafe von 6 Wochen verhängt wurde. Der Wunderdoktor erhob Einspruch. Vor dem Schöffengericht wurden die bisherigen Feststellungen bestätigt und von diesem eine Haftstrafe von 4 Wochen verhängt. Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

B. Gerichtliche Psychiatrie.

Selbstmordversuch einer Anstaltspatientin; Haftpflicht des Anstaltsinhabers. Von Prof. Dr. H. Reichel-Zürich. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1917, Nr. 3.

Eine gemütskranke Patientin wurde in einer Nervenheilanstalt untergebracht; nach anfänglicher sorgfältiger Bewachung ließ man sie, da sich ihr Zustand anscheinend gebessert hatte, allein in den Garten gehen. Hierbei stürzte sie sich in selbstmörderischer Absicht vom Treppengeländer 2 Stockwerk hinunter, wodurch schwere Verletzungen und dauernde Verunstaltung verursacht wurden. Es wurde Klage auf Schmerzensgeld und Schadenersatz in bedeutender Höhe erhoben. Das erste Gericht (in Wien) wies die Klage ab. In der Berufungsinstanz erfolgte Verurteilung dem Grunde nach. Die hiergegen vom Anstaltsinhaber eingelegte Berufung wurde verworfen. Zwei namhafte Wiener Aerzte waren als Gutachter gehört worden und hatten sich dahin ausgesprochen, daß Selbstmord in der Anstalt zu verhüten unmöglich sei, indes eine möglichst genaue Ueberwachung gefordert werden müsse.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

C. Sachverständigentätigkeit auf militärärztlichem Gebiete.

Zur Kriegsneurose bei Offizieren. Von Prof. Dr. Hans Curschmann-Rostock. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 10.

Alle Erfahrungen sprechen dafür, daß grobe hyperkinetische oder akinetische Neurosen nach Kriegstraumen bei Offizieren weit seltener und prognostisch viel günstiger sind als bei den Mannschaften. Dies spricht sehr für das Vorwiegen der Psychogenie (im weitesten Sinne) solcher nervösen Störungen und gegen die „mikroorganische" Entstehung im Sinne Oppenheims. Beim Offizier und den ihm psychisch gleichwertigen Leuten wird der Ausbruch kinetischer Neurosen verhindert durch eine Festigung des „Gesundheitsgewissens" infolge ethisch hochwertiger Abwehrmomente im Gegensatz zum „Verlust oder der Schwächung des Gesundheitsgewissens" bei Hysterischen. Nach den Erfahrungen dieses Krieges kommen bei unseren Offizieren noch andere, seelische Schutzstoffe hinzu: die des kategorischen Imperativ.

Dr. Roepke-Melsungen.

Die Behandlung der Kranken mit funktionellen Neurosen im Dienstbereich des XIV. Armeekorps. Von Prof. Dr. Wilmanns-Heidelberg. Deutsche med. Wochenschrift; 1917, Nr. 14.

Die Aufgaben, die dem Sanitätswesen in bezug auf Verhütung, Behandlung und Heilung von hysterischen Neurosen erwachsen, lassen sich lösen: 1. Durch Einrichtung von weiteren Nervenlazaretten hinter der Front und tunlichstes Vermeiden der Verlegung von Nervenkranken in das Heimatsgebiet; 2. durch Schaffung von Beobachtungsabteilungen im Heimatsgebiet; 3. durch Wiedereinziehung und Nachbehandlung der hysterischen Rentenempfänger.

Dr. Roepke-Melsungen.

Die militärärztliche Untersuchung und Beurteilung Tuberkulöser im Kriege. Von Stabsarzt Priv.-Doz. Dr. Aßmann-Leipzig. Deutsche med. Wochenschrift; 1917, Nr. 6.

Die Wertung der einzelnen Untersuchungsmethoden für die praktische Aufgabe, Tuberkulose zu erkennen und zu beurteilen, bringt nicht viel Neues. Skoliose, Herzfehler, Schilddrüsenvergrößerung werden als Fehlerquellen für Auskultation und Perkussion hervorgehoben. Der Bazillennachweis im Sputum ist das wichtigste und unbedingt eindeutige Merkmal. Der negative Ausfall der Tuberkulin-Fieberreaktion bis 1 cg und die positive Herdreaktion haben praktischen Wert in einzelnen Fällen, so besonders bei Simulationsverdächtigung, während positiver Pirquet und positive Fieberreaktion ohne Herdreaktion wenig besagen. Die Röntgenuntersuchung kann in der Hand eines kritischen Beurteilers sehr wichtige Aufschlüsse über feinste anatomische Veränderungen und über die Ausdehnung des Krankheitsprozesses geben, nicht aber die Frage nach der Aktivität oder Inaktivität des Prozesses beantworten. Das praktische

Urteil muß sich auf die Gesamtsumme der Ergebnisse gründen und vor allem auf den Allgemeindruck Wert legen, den der Mann erweckt. Einen mit allen möglichen Einzelbefunden Behafteten, aber gesund und kräftig erscheinenden Mann wird man, wenn keine aktiven Erscheinungen nachweisbar, ruhig ins Feld schicken, dagegen ein elendes und schwächliches Individuum bei auch nur geringem Befunde nicht für felddienstfähig oder fähig zum Armierungsdienst erklären, wohl aber zu leichtem Garnisondienst oder als arbeitsverwendungsfähig im Rahmen seines Berufes (Bürodienst, Handwerk). Die oft als Verlegenheitsurteil oder aus Unentschlossenheit ausgesprochene Erklärung als g. v. oder z. g. v. ist möglichst zu vermeiden durch eine klare Entscheidung. Alle aktiven Tuberkulosen, beginnende und weiter vorgeschrittene Fälle, bei denen die Erkrankung im Dienste erworben oder verschlimmert ist, sind der Heilstättenbehandlung zuzuführen, sofern sie Erfolg verspricht. Aussichtslose oder solche Fälle, bei denen eine Dienstbeschädigung nicht in Frage kommt, sind als d. u. zu entlassen und der zivilen Fürsorge zu empfehlen.

Unter den wegen Tuberkuloseverdacht untersuchten Mannschaften wurden nur in 43,7 %, nämlich bei 222 Fällen, tuberkulöse Veränderungen — aktive, inaktive und abgeheilte — nachgewiesen. Von diesen wurden 52 als k. v., 13 als g. v., 17 als a. v. im Beruf, 1 als a. v. für Arm.-Dienst, 85 als sofort d. u., 104 als bedürftig der Heilstättenbehandlung erklärt.

Eine Umfrage, die über die zur Truppe entlassenen k. v., g. v. und a. v. durchschnittlich nach 4—5 Monaten angestellt wurde, ergab, daß abgesehen von ganz vereinzelten Ausnahmen die Art der Verwendung der ärztlichen Entscheidung entsprach und der Gesundheitszustand zu keinen Klagen Anlaß gab. Dr. Roepke-Melsungen.

Tagesnachrichten.

Aus dem Reichstage. In der Sitzung vom 5. d. M. wurde vom Vertreter des Kriegsministeriums, Generalarzt Dr. Schultzen auf eine Anfrage, betreffs der militärischen Stellung der landsturmpflichtigen Aerzte, geantwortet, daß der Wunsch, für diese Aerzte eine militärische Organisation zu schaffen, demnächst erfüllt werden würde. Es sei beabsichtigt, ein Landsturmärzte-Sanitätskorps im Anschluß an das Sanitätsoffizierkorps zu bilden.

Für die im Heeressanitätsdienst stehenden Medizinstudierenden sind, wie „W. T. B." mitteilt, bezüglich der Prüfungen folgende Vorschriften in Aussicht genommen:

A. Aerztliche Vorprüfung.

1. Wer bereits zum Kursus am 2. Januar 1917 hätte zugelassen werden können, dessen Abkommandierung sich aber aus militärischen Gründen nicht hat ermöglichen lassen, soll für die Zeit vom 1. Mai bis 1. August 1917 beurlaubt werden; er kann frühestens vom 15. Juli 1917 ab die ärztliche Vorprüfung ablegen.

2. Wer bei Kriegsbeginn drei Studiensemester, darunter ein Militärsemester, zurückgelegt hat (Jahrgang Ostern 1913), soll zum Studium während des Sommersemesters 1917 und im Anschluß daran zu einem vom 1. August bis 1. Oktober 1917 einzurichtenden Kursus beurlaubt werden. Im Anschluß an diesen Kursus ist die ärztliche Vorprüfung bis spätestens 15. Oktober 1917 zu erledigen.

3. Zu dem unter 2 einzurichtenden Kursus vom 1. August bis 1. Oktober 1917 soll ferner beurlaubt werden, wer bei Kriegsbeginn drei volle Studiensemester zurückgelegt hatte (Jahrgang Ostern 1913).

4. Von den Studierenden der Medizin, die irrtümlich zu dem am 2. Januar 1917 eingerichteten Kursus abkommandiert waren, sollen die, welche

a) trotzdem zur Prüfung zugelassen waren und die Prüfung bestanden haben, von der nochmaligen Ablegung der Prüfung befreit bleiben;

b) den Kursus durchgemacht haben, zur Prüfung aber nicht zugelassen waren, lediglich die Prüfung im Laufe des Sommersemesters 1917 ablegen.

5. Alle Studierende, die zu dem unter 2—4 Aufgezählten gehören und die ärztliche Vorprüfung bis zum 15. Oktober 1917 bestanden haben, sollen das Prüfungszeugnis erst am 15. Oktober 1917 erhalten:

B. Aerztliche Prüfung.

Kandidaten der Medizin, die zu dem am 1. März 1917 eingerichteten Kursus aus militärischen Gründen nicht haben beurlaubt werden können, sollen zum Studium während des Sommersemesters und zur Ablegung der Staatsprüfung bis längstens Ende August beurlaubt werden. Die Prüfung beginnt für sie am 15. Juli 1917.

Beurlaubungen kommen jedoch für A und B nur in Frage, soweit es die dienstlichen Verhältnisse, insbesondere die Kriegslage, gestatten.

Die XXI. General-Versammlung des Deutschen Zentral-Komitees zur Bekämpfung der Tuberkulose findet am Mittwoch, den 23. Mai 1917, vormittags 11 Uhr, in Berlin im Plenarsitzungssaale des Abgeordnetenhauses, Eingang Prinz Albrechtstraße 5, statt. Außer Geschäftsbericht, Rechnungslegung und Wahlen ist als einziger Verhandlungsgegenstand auf die Tagesordnung gestellt: „Berufsberatung und Arbeitsvermittlung für Lungenkranke unter besonderer Berücksichtigung der Kriegsbeschädigten.“ Berichterstatter: Oberstabsarzt Dr. Beschorner-Dresden und Geheimer Regierungsrat Dr. Freudenfeld-Straßburg. — Nachmittags 3 Uhr wird der Tuberkulosefilm des Zentral-Komitees im Union-Theater, Friedrichstraße 180, Ecke Taubenstraße (Bavariahaus), vorgeführt. — Ein einfaches Mittagessen (trockenes Gedeck 5 M.) steht in der Zeit von 1—3 Uhr nachmittags im Weinhaus Trarbach, Behrenstraße 47, bereit. Unmittelbar vor und nach dieser Versammlung werden zwei andere Sitzungen ebenfalls im Abgeordnetenhause abgehalten werden: um 9½ Uhr vormittags eine Sitzung des Lupus-Ausschusses, in der Dr. Strauß-Barmen und Dr. Wichmann-Hamburg über „Erfolge und Aussichten der Chemotherapie“ sprechen werden, und um 12¼ Uhr vormittags die Generalversammlung der Kommission für die Tuberkulosebekämpfung im Mittelstande. Auf der Tagesordnung dieser Versammlung stehen: 1. Bericht, 2. Errichtung und Ausbau der Ortsausschüsse, 3. die Belegung der Auslandsheilstätten, 4. Anträge und Mitteilungen.

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten:

Das Eiserne Kreuz I. Klasse:

Stabsarzt d. Res. Dr. Bräutigam-Zell a. H. (Großh. Baden).
Stabsarzt d. Res. Reg.-Arzt Dr. Callsen-Groß-Borstel bei Hamburg.
Oberstabsarzt Dr. Gruner-Dresden.
Oberstabsarzt d. Res. San.-Rat Dr. Hülsemann-Arnstadt (Thüringen).
Stabsarzt d. Res. San.-Rat Dr. Lemke, ständiger Hilfsarbeiter beim Königl. Polizeipräsidium in Berlin.
Oberarzt d. Res. Dr. Alfred Lubenau-Königsbronn (Württemberg).
Stabsarzt d. L. Dr. Schlottmann-Buchholz (Landkreis Harburg).
Prof. Dr. Seefelder-Leipzig.

Ehren-Gedenktafel. Für das Vaterland gefallen oder gestorben:

Stabsarzt Dr. Eugen Benischeck-Bahlingen (Württemberg) (gestorben infolge von Krankheit).
Oberarzt d. Res. Dr. Bernard-Heddernheim.
Oberstabsarzt d. L. San.-Rat Dr. Emil Boehme.
Dr. Karl Davidsohn-Reinickendorf bei Berlin.
Landsturmpflichtiger Arzt Dr. Ebert-Kassel.
Stabsarzt d. L. Dr. Max Eichler, Privatdozent in Bonn (infolge Unfalls gestorben).
Stabsarzt d. Res. Dr. Hans Erhardt-Breslau.
Stabsarzt d. Res. Dr. Paul Görtz-Lehre (Herzogtum Braunschweig).
Stabsarzt Dr. Moritz Goldschmidt-Frankfurt a. M.
Oberstabsarzt d. L. San.-Rat Dr. Gürtler-Bunzlau (Schlesien).

Oberstabsarzt a. D. San.-Rat Dr. Herrmann-Koblenz.
Stabsarzt Dr. Reinhard Köhne-Frankfurt a. M.
Assistenzarzt d. R. Dr. Liebe-Hamburg.
Dr. Fritz Lill-Würzburg.
Generalarzt a. D. Dr. Hugo Niebergall-Erfurt.
Stabsarzt Dr. Max Nentwig-Metz.

Pockenerkrankungen sind im Deutschen Reiche in den Wochen vom 22. April bis 5. Mai 111 und 62 festgestellt, außerdem sind noch 42 Erkrankungen nachträglich gemeldet. Im Gouvernement Warschau ist vom 15. bis 21. April eine Erkrankung bei der Zivilbevölkesung vorgekommen. In Oesterreich sind vom 22. Oktober bis 23. Dezember 1916: 11, 7, 5, 9, 8, 5, 17 und 27 Erkrankungen amtlich ermittelt, in Bosnien und der Herzegowina vom 9. November bis 22. Dezember 1916: 2, 1, 9, 10 und 12.

Fleckfiebererkrankungen sind im Deutschen Reiche vom 22. April bis 5. Mai 14 und — Fälle (bei Kriegsgefangenen) gemeldet, im deutschen Generalgouvernement Warschau vom 8. bis 21. April: 611 und 712 mit 58 bezw. 51 Todesfälle, sämtlich bei der Zivilbevölkerung. In Oestereich sind in den Wochen vom 22. Oktober bis 23. Dezember 1916: 246, 279, 313, 265, 167, 182, 335, 305 Fleckfieberfälle amtlich ermittelt, in Ungarn vom 26. März bis 1. April d. J.: 151 (mit 129 Todesfälle), in Bosnien und der Herzegowina vom 1. November bis 8. Dezember: 2, 1, 1, 1, 1.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 8. bis 21. April 1917 erkrankt (gestorben) an Pest, Gelbfieber, Malaria, Fleckfieber, Rückfallfieber, Rotz, Trichinose, Tollwut, Aussatz: — (—), — (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 7 (—), 6 (—); Milzbrand: — (—), — (1); Pocken: 129 (23), 118 (13); Unterleibstyphus: 127 (19), 133 (9); Ruhr: 120 (23), 95 (21); Diphtherie: 1625 (143), 1484 (148); Scharlach: 581 (87), 625 (28); Kindbettfieber: 57 (13), 67 (24); übertragbare Genickstarre: 10 (6), 9 (2); Fleisch-, Fisch-, Wurstvergiftung: 1 (—), 1 (1); Körnerkrankheit (erkrankt): 31, 34; Tuberkulose (gestorben): 1317, 1387.

Sprechsaal.

Anfrage des Kreisassistenzarztes Dr. M. in N.: 1. Ist der Kreisarzt berechtigt, den Hebammen zur Meldung ihrer Fieber- usw. Fälle Vordrucke mit dem Portoablösungsstempel frei zu machen?

2. Kann der Kreisarzt für Teilnahme an den Sitzungen der Gesundheitskommissionen außerhalb seines Wohnortes von der Regierung Reisekosten liquidieren?

3. Ist der Kreisarzt verpflichtet, die Impfungen ansteckungsverdächtiger Personen gelegentlich der Pockenermittelungen unentgeltlich auszuführen, bezw. wer trägt dafür die Kosten?

Antwort: Zu 1: **Ja,** gemäß § 4 Abs. 4 der Anweisung zur Bekämpfung des Kindbettfiebers.

Zu 2: **Ja,** soweit die Kreisärzte in den einzelnen Regierungsbezirken allgemein oder von Fall zu Fall angewiesen sind, an diesen Sitzungen teilzunehmen.

Zu 3: **Ja,** soweit es sich bei den Impfungen der Umgebung des Kranken bei der Ermittelung der Krankheit handelt (s. § 4 der Anweisung vom 28. Januar 1904 und Abs. 3 der preußischen Ausführungsbestimmungen dazu vom 12. September 1904); dagegen sind alle übrigen gemäß § 23 der Anweisung notwendigen Impfungen kostenpflichtig; die Kosten dafür fallen in Preußen nach § 3 des Gesetzes über die Ausführung des Impfgesetzes vom 12. April 1875 den Kreisen zur Last.

Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

30. Jahrgang; Nr. 11. Ausgegeben am 5. Juni 1917.

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.
Bezugspreis für das Jahr: 15 Mark.

Ausserdem ein besonderes, nur vierteljährlich erscheinende Beiheft:
Zeitschrift für Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege.
Offizielles Organ der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens.
Bezugspreis für das Jahr: 8 Mark, für die Bezieher der Zeitschrift: 4 Mark.

VERLAG VON FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD.
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: Gelsdorf & Co., G. m. b. H., Eberswalde (Mark).

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung, Nr. 11, am Schlusse des Heftes.

INHALT.

Original-Mitteilungen.

Ein Beitrag zur Bazillenruhr. Von Dr. **L. Quadflieg** 317
Ueber Dysenterie. Von Dr. **Vollmer** . . 325
Zur Frage des Wochenbettfiebers. Von Dr. **Döllner** 329
Gegenäußerung Von Dr. **Wengler** . . 332
Zur Kupferbehandlung der Tuberkulose. Von Dr. **Hansen** 333

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

Sachverständigentätigkeit in Unfall-, Invaliditäts- und Krankenversicherungssachen.

Dr. **F. Leppmann**: Vergiftungen als Betriebsunfälle. — Prognose und Nachkrankheiten der akuten Leuchtgasvergiftung 334
Dr. **Placzek**: Zur traumatischen Neurose . 335
Oberregierungsrat **Krauss**: Epilepsie als Folge wiederholter Schädelkontusion. Echte und vorgetäuschte epileptische Anfälle. Mehrjährige Irreführung einer Berufsgenossenschaft 335
Dr. **A. Wilde**: Ein weiterer Beitrag zur Fehldiagnose von Unfallverletzungen der Wirbelsäule 336
P. H. van Eden: Diabetes mellitus und Trauma 336
Infektion einer Wunde als Betriebsunfall. Hohe Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhanges genügt für die Annahme eines Betriebsunfalles . . . 336
Rechtsprechung 337
Tagesnachrichten 338
Beilage:
Rechtsprechung 77
Medizinalgesetzgebung 81
Umschlag:
Personalien.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Das Prädikat Professor: Dr. Paul Sommerfeld, Leiter des chemischen und bakteriologischen Laboratoriums am städtischen Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhaus in Berlin; — den Charakter als Geheimer Medizinalrat: den Kreisärzten und Med.-Räten Dr. Buchholz in Einbeck, Dr. W. Volkmuth in Saarbrücken und Dr. Koeppe in Zell (Mosel); — als Medizinalrat: den



Medicinisches Waarenhaus
Aktien-Gesellschaft
Berlin NW. 6, Karlstraße 31.
Centralstelle aller ärztlichen Bedarfsartikel und für Hospitalbedarf.

Neues Instrumentarium
zur Wohnungs-Desinfection
mittels
flüssigen Formalins
nach
Prof. Dr. **O. Roepke.**
Ref. Nr. 7, 1905 der Zeitschrift f. Medizinalbeamte
D. R. G. M. Modell M. W.





Ausführliche Beschreibung steht zu Diensten.

Von den Königlich Preussischen und Königlich Bayerischen Staats-Eisenbahnen eingeführt.

30. Jahrg. **Zeitschrift** 1917.

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. OTTO RAPMUND,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg H. Kornfeld,

Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.

Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Anzeigen nehmen die Verlagshandlung sowie alle Anzeigenannahmestellen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 11. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats. | 5. Juni.

Ein Beitrag zur Bazillenruhr.

Von Dr. **L. Quadflieg**, Abteilungsvorsteher.

Aus dem Institut für Hygiene und Bakteriologie in Gelsenkirchen. (Direktor: Professor Dr. Hayo Bruns.)

In der Zeit von August bis Dezember 1916 trat in dem Stadt- und Landkreise R. des westfälischen Industriebezirks eine Ruhrepidemie auf, die insgesamt 677 Erkrankungen und 74 Todesfälle (= 10,9 %) umfaßte. Daran war der Stadtkreis mit 427 Erkrankungs- und 42 Todesfällen (= 9,8 %), der Landkreis mit 250 bezw. 32 (= 12,8 %) Fällen beteiligt. Ueber die Frequenz in den einzelnen Monaten gibt folgende Tabelle Aufschluß:

	Stadt		Landkreis	
	Erkrankungen	Todesfälle	Erkrankungen	Todesfälle
6. Aug. bis 2. Sept.:	90	3	23	0
3. Sept. bis 30. Sept.:	215	22	141	14
1. Okt. bis 28. Okt.:	111	13	80	13
29. Okt. bis 25. Nov.:	10	4	4	4
26. Nov. bis 9. Dez.:	1	—	2	1

Aus den vorstehenden Zahlen ersieht man, daß der Höhe-

Oberstabsarzt a. D. San.-Rat Dr. Herrmann-Koblenz.
Stabsarzt Dr. Reinhard Köhne-Frankfurt a. M.
Assistenzarzt d. R. Dr. Liebe-Hamburg.
Dr. Fritz Lill-Würzburg.
Generalarzt a. D. Dr. Hugo Niebergall-Erfurt.
Stabsarzt Dr. Max Nentwig-Metz.

Pockenerkrankungen sind im Deutschen Reiche in den Wochen vom 22. April bis 5. Mai 111 und 62 festgestellt, außerdem sind noch 42 Erkrankungen nachträglich gemeldet. Im Gouvernement Warschau ist vom 15. bis 21. April eine Erkrankung bei der Zivilbevölkesung vorgekommen. In Oesterreich sind vom 22. Oktober bis 23. Dezember 1916: 11, 7, 5, 9, 8, 5, 17 und 27 Erkrankungen amtlich ermittelt, in Bosnien und der Herzegowina vom 9. November bis 22. Dezember 1916: 2, 1, 9, 10 und 12.

Fleckfiebererkrankungen sind im Deutschen Reiche vom 22. April bis 5. Mai 14 und — Fälle (bei Kriegsgefangenen) gemeldet, im deutschen Generalgouvernement Warschau vom 8. bis 21. April: 611 und 712 mit 58 bezw. 51 Todesfälle, sämtlich bei der Zivilbevölkerung. In Oestereich sind in den Wochen vom 22. Oktober bis 23. Dezember 1916: 246, 279, 313, 265, 167, 182, 335, 305 Fleckfieberfälle amtlich ermittelt, in Ungarn vom 26. März bis 1. April d. J.: 151 (mit 129 Todesfälle), in Bosnien und der Herzegowina vom 1. November bis 8. Dezember: 2, 1, 1, 1, 1.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 8. bis 21. April 1917 erkrankt (gestorben) an Pest, Gelbfieber, Malaria, Fleckfieber, Rückfallfieber, Rotz, Trichinose, Tollwut, Aussatz: — (—), — (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 7 (—), 6 (—); Milzbrand: — (—), — (1); Pocken: 129 (23), 118 (13); Unterleibstyphus: 127 (19), 133 (9); Ruhr: 120 (28), 95 (21); Diphtherie: 1625 (143), 1484 (148); Scharlach: 581 (87), 625 (28); Kindbettfieber: 57 (13), 67 (24); übertragbare Genickstarre: 10 (6), 9 (2); Fleisch-, Fisch-, Wurstvergiftung: 1 (—), 1 (1); Körnerkrankheit (erkrankt): 31, 34; Tuberkulose (gestorben): 1317, 1387.

Sprechsaal.

Anfrage des Kreisassistenzarztes Dr. M. in N.: 1. Ist der Kreisarzt berechtigt, den Hebammen zur Meldung ihrer Fieber- usw. Fälle Vordrucke mit dem Portoablösungsstempel frei zu machen?

2. Kann der Kreisarzt für Teilnahme an den Sitzungen der Gesundheitskommissionen außerhalb seines Wohnortes von der Regierung Reisekosten liquidieren?

3. Ist der Kreisarzt verpflichtet, die Impfungen ansteckungsverdächtiger Personen gelegentlich der Pockenermittelungen unentgeltlich auszuführen, bezw. wer trägt dafür die Kosten?

Antwort: Zu 1: **Ja,** gemäß § 4 Abs. 4 der Anweisung zur Bekämpfung des Kindbettfiebers.

Zu 2: **Ja,** soweit die Kreisärzte in den einzelnen Regierungsbezirken allgemein oder von Fall zu Fall angewiesen sind, an diesen Sitzungen teilzunehmen.

Zu 3: **Ja,** soweit es sich bei den Impfungen der Umgebung des Kranken bei der Ermittelung der Krankheit handelt (s. § 4 der Anweisung vom 28. Januar 1904 und Abs. 3 der preußischen Ausführungsbestimmungen dazu vom 12. September 1904); dagegen sind alle übrigen gemäß § 23 der Anweisung notwendigen Impfungen kostenpflichtig; die Kosten dafür fallen in Preußen nach § 3 des Gesetzes über die Ausführung des Impfgesetzes vom 12. April 1875 den Kreisen zur Last.

Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

30. Jahrgang; Nr. 11. Ausgegeben am 5. Juni 1917.

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.
Bezugspreis für das Jahr: 15 Mark.

Ausserdem ein besonderes, nur vierteljährlich erscheinende Beiheft:
Zeitschrift für
Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege.
Offizielles Organ der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens.
Bezugspreis für das Jahr: 8 Mark, für die Bezieher der Zeitschrift: 4 Mark.

VERLAG VON FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: Gelsdorf & Co., G. m. b. H., Eberswalde (Mark).

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung, Nr. 11, am Schlusse des Heftes.

punkt der Epidemie in den Monat September fällt mit 356 Erkrankungs- und 36 Todesfällen, also mit mehr als der Hälfte der Fälle, während September und Oktober etwa $^5/_6$ der ganzen Epidemie umfassen. Diese Beobachtung ist eine weitere Bestätigung der Erfahrung, daß die Ruhr ihre meisten Opfer im Spätsommer und Herbst fordert. Fast um dieselbe Zeit traten denn auch an anderen Orten des Ruhrkohlenbezirks Ruhrepidemien auf, die ebenfalls im Spätherbst erloschen. Man wird annehmen dürfen, daß die gehäuften Ruhrerkrankungen des Jahres 1916 als eine Folge der durch den Krieg veränderten Verhältnisse anzusehen sind.

Der eigentliche Ursprung der Ruhrepidemie in R. hat sich nicht mit Sicherheit feststellen lassen. Die Vermutung liegt nahe, an eine Einschleppung aus den besetzten Gebieten durch Zivilarbeiter zu denken, zumal das erste Auftreten der Ruhr unter den Zivilarbeitern in der Kantine L. für eine Einschleppung durch diese Arbeiter spricht. Die infolge der schleichenden Entwicklung der Epidemie erst ziemlich spät zur Durchführung gelangte bakteriologische Durchmusterung der gesunden Zivilarbeiter auf Bazillenträger verlief ergebnislos. Das schließt jedoch die Möglichkeit nicht aus, daß z. B. ein chronisch Ruhrkranker die Seuche eingeschleppt hat, der dann infolge einer Exazerbation mit anderen inzwischen Angesteckten isoliert und als frisch Erkrankter angesehen wurde. Für den chronischen Verlauf der Ruhr mit Exazerbationen werden auch aus dieser Epidemie unten einige Fälle angeführt werden. Mit einer solchen Annahme sind jedoch die Erklärungsmöglichkeiten noch nicht erschöpft.

Die ersten Erkrankungen traten unter den russischen und belgischen Zivilarbeitern in der Zechen-Kantine in L. auf. Daß die Seuche hier weitere Ausdehnung annahm, kann bei der ausgesprochenen Unsauberkeit dieser Arbeiter nicht weiter auffallen. Trotz strenger Anweisungen und Aufsicht verstanden es die Leute geradezu meisterhaft, immer wieder die einfachsten Regeln der Reinlichkeit und Hygiene zu umgehen. Berücksichtigt man dann weiter noch die zur Zeit der Epidemie herrschende Fliegenplage, so ist es nicht zu verwundern, wenn trotz der getroffenen Gegenmaßnahmen die Erkrankungsziffer in der Kantine allmählich auf 27 stieg. Der Kantine gegenüber liegen 3 Arbeiterhäuser, in denen 10 deutsche Familien wohnten. Auf diese griff die Ruhr dann zunächst über und suchte fast sämtliche Familienmitglieder heim. Ein weiterer Herd von 97 Erkrankungs- und 12 Todesfällen bildete sich in dem 5 km entfernt gelegenen Orte S. Die Quelle dieser Infektionen ist mit Sicherheit in der Kantine in L. zu suchen. Ein hier an Ruhr erkranktes Dienstmädchen begab sich zur Pflege und Genesung zu ihren in S. wohnenden Eltern, infizierte zunächst ihre Geschwister und fast alle Hausbewohner. Von diesen griff dann die Krankheit auf andere Ortsbewohner und auf die dortige Zeche über.

Es würde hier zu weit führen, den verzweigten Fäden der Epidemie einzeln nachzugehen; die Ermittelungen der beteiligten Medizinalbeamten haben sie fast restlos auffinden können. Nur sei noch erwähnt, daß nach den Feststellungen ein Teil der Fälle wahrscheinlich auf Milchinfektion zurückzuführen ist. Ein Milchhändler Bl. und Familienangehörige erkrankten an Ruhr, trotzdem wurde der Milchhandel fortgesetzt, natürlich unter Verheimlichung der Krankheit, bis diese bekannt und das Geschäft geschlossen wurde.

In der Stadt gelangten die ersten Ruhrinfektionen im September zur Meldung und erreichten hier in der 3. Woche des Monats mit 75 Erkrankungen ihren Höhepunkt.

In 13 umliegenden Ortschaften des Amtes R. (Landkreis R.) traten 118 Krankheits- und 18 Todesfälle auf, ferner in 4 zum Landkreis gehörenden Aemtern 35 Erkrankungen und 2 Todesfälle, davon allein 25 im Amte M., wo ebenfalls Zechenarbeiter erkrankten.

Es dürfte von Interesse sein, in einer Zusammenstellung Aufschluß über die Beteiligung der einzelnen Altersgruppen zu geben. Danach erkrankten im Alter von:

				in: Stadt	Landkreis
bis zu		6	Jahren	77	46
6	„	14	„	84	51
14	„	30	„	165	79
30	„	50	„	75	66
50	„	70	„	23	7
über		70	„	3	1

Demnach ist am stärksten die Altersklasse von 14 bis 30 Jahren mit 244 Fällen beteiligt, was mitbedingt ist durch die relativ hohe Zahl der erkrankten Bergleute, die sich auf 80 beziffert. Die übrigen Erkrankungen entfallen durchweg auf die Arbeiter, gewerblichen, und kaufmännischen Bevölkerungskreise.

Die sanitätspolizeilichen Maßnahmen sollen im Rahmen dieser Ausführungen nur in der Hauptsache erwähnt werden. Mit allem Nachdruck und allen zu Gebote stehenden Mitteln wurde die Seuche in dem dicht bevölkerten Bezirk bekämpft. Um den Ansteckungsstoff aus der Bevölkerung zu entfernen, wurden möglichst viel Erkrankte — im ganzen 425 — in die Isolierstationen der 3 Krankenhäuser und eine besonders dafür eingerichtete Baracke verbracht. Die Ueberführung wurde mittels Krankenwagens bewerkstelligt; daran schloß sich die gründliche Reinigung und Desinfektion der Wohnung. Zeitweise wurden auch in der Stadt und in einzelnen Ortschaften die Schulen geschlossen. Ganz besondere Aufmerksamkeit wurde auch der Kantine in L. und den hier untergebrachten gesunden Ausländern zugewandt. Die Räume wurden wiederholt einer gründlichen Reinigung und Desinfektion unterzogen; daneben wurde die Fliegenplage energisch bekämpft. Den Forderungen der Reinlichkeit wurde durch strenge Ueberwachung der nötige Nachdruck verliehen. Eine Zeitlang wurden die Arbeiter von ihrer Tätigkeit auf der Zeche ferngehalten und in der Kantine

unter Quarantäne gestellt. Ihr Gesundheitszustand wurde dauernd kontrolliert und ganz besonders auf Durchfälle geachtet. Zur Arbeit wurden die Leute erst wieder zugelassen, nachdem die Stuhlentleerungen längere Zeit hindurch normal und die bakteriologische Untersuchungen auf Krankheitserreger negativ befunden waren. Auch von den Familienangehörigen der Erkrankten in Stadt und Land wurden Stuhlproben in weitestgehendem Maße bakteriologisch auf Ruhrbazillen untersucht.

In Anbetracht der Bedeutung einer schnellen und unter günstigen Voraussetzungen arbeitenden bakteriologischen Untersuchung wurde auf Wunsch der Medizinalbehörde vom Verein zur Bekämpfung der Volkskrankheiten im Ruhrkohlengebiet bezw. seinem Hauptinstitut für Hygiene und Bakteriologie in Gelsenkirchen im Knappschaftskrankenhaus in R. ein „Fliegendes Laboratorium" eingerichtet, dessen Leitung dem Verfasser übertragen wurde. Geeignete Räume wurden in dem gut eingerichteten Laboratorium des genannten Krankenhauses zur Verfügung gestellt. Unsere dortige Tätigkeit dauerte vom 22. September bis 22. Oktober. Daneben gingen auch die Untersuchungen im Hauptinstitut in Gelsenkirchen weiter; denn zeitweise war die Zahl der Eingänge so groß, daß sie in einem fliegenden Laboratorium, das natürlich nicht unbeschränkt ist, nicht bewältigt werden konnte. Immerhin kamen in R. in der angegebenen Zeit 947 Proben zur Verarbeitung. Die Höchstleistung an einem Tage betrug 73 Untersuchungen. Entsprechend der Vereinbarung mit den Medizinalbeamten sollten in R. zunächst die diagnostischen Untersuchungen aller Neuerkrankten und die Entlassungs- (Schluß-) Untersuchungen, 2 bis 3 in Abständen von je 8 Tagen, der klinisch Genesenen zur Ausführung gelangen. Von den 947 Proben sind 16, da sie nur auf Typhus untersucht werden sollten, hier auszuscheiden.

Die 931 Untersuchungen auf Ruhr erstrecken sich auf 883 Kot-, 1 Urin- und 47 Blutproben, über deren Ergebnis nachstehend kurz berichtet werden soll.

Die Verarbeitung des Blutes auf Agglutination geschah so, daß für gewöhnlich in je 1 ccm der Serumverdünnungen 1 : 50, 1 : 100, 1 : 200 (gelegentlich auch höher) 1 Oese 24 Stunden alter Schrägagarkultur von Shiga-Kruse-, Flexner- und Y-Bazillen gleichmäßig verrieben wurde. Hierauf kamen die Proben bei 37° über Nacht in den Brutschrank. Die Ablesung des Ergebnisses erfolgte dann mit bloßem Auge bezw. schwacher Lupenvergrößerung; als positiv wurden die Proben bezeichnet, die in der Verdünnung 1 : 50 bezw. höher deutliche Häufchenbildung erkennen ließen, während sehr feine Flöckchenbildung, auch noch in der Verdünnung von 1 : 100, als zweifelhaft (±) angesehen wurde. Fand in der angegebenen Zeit keine Häufchenbildung statt, so wurde die Reaktion als negativ bezeichnet. Zeigten von den 3 Ruhrtypen mehrere gleichzeitig Agglutination, so wurde das Ergebnis als positiv für den Ruhrtypus erklärt, der den höchsten Titer aufwies. Nach diesen Gesichtspunkten

stellten sich die erhobenen Befunde folgendermaßen: Von den 47 Blutproben ergaben 19 eine positive Agglutination mit Shiga-Kruse-, 3 mit Flexner-Bazillen; 10 mußten als zweifelhaft, 15 als negativ bezeichnet werden. In 18 Fällen trat Mitagglutination auf und zwar wurden fast durchweg von den für Shiga-Kruse positiv befundenen Seris auch Flexner- und Y-Bazillen mehr weniger stark beeinflußt, manchmal, wenn auch schwächer, noch in der Verdünnung 1 : 200.

Zu welcher Zeit der Erkrankung die Blutentnahmen vorgenommen waren, ist uns nicht genauer mitgeteilt worden. Die meisten Blutproben dienten wohl dem Zwecke, die Ruhrerkrankung auch in den Fällen sicher zu stellen, in denen die Stuhluntersuchung einen negativen Befund ergeben hatte. Erwähnenswert sind hier vielleicht 6 Blutproben, die sicher im Anfangsstadium der Erkrankung entnommen waren. Zudem stammten sie von sicheren Ruhrfällen; denn die an dem gleichen Tage eingegangenen zugehörigen Stuhluntersuchungen ergaben Shiga-Kruse-Bazillen. Trotzdem war das Blut in 3 Fällen negativ, in 2 zweifelhaft (1 : 50 ±, 1 : 100 ± für Shiga-Kruse); nur 1 Probe zeigte deutliche Agglutination mit Shiga-Kruse-Bazillen (1 : 200 ++). Man darf hierin wieder den Beweis erblicken, daß die Agglutininbildung immerhin einige Zeit beansprucht. In den 3 Fällen, in denen Flexner-Bazillen allein bezw. am stärksten agglutiniert wurden, geht man wohl nicht fehl, wenn man auch bei diesen eine Shiga-Kruse-Infektion als vorliegend erachtet, zumal erfahrungsgemäß bei einer Shiga-Kruse-Erkrankung die gebildeten Agglutinine auch Flexner-Bazillen beeinflussen können und die sonstige Einheitlichkeit der ganzen Epidemie dafür spricht.

Die 1 Urinuntersuchung hatte, wie nicht anders zu erwarten, ein negatives Ergebnis.

Die Verarbeitung der Stuhlproben erfolgte nach den allgemein üblichen Methoden. Die benutzten Nährböden waren Lackmus-Milchzucker-Agar (nach von Drigalsky-Conradi) ohne Krystallviolettzusatz und Fuchsinagar nach Endo. Jede Probe gelangte auf einer Serie von 6 Platten, je 3 Endo- und 3 Drigalsky-Platten abwechselnd zur Aussaat. Bei typischem Aussehen der Stühle wurden auch 2 oder 3 solcher Serien ausgestrichen, um dadurch die etwa vorhandenen Ruhrbazillen sicher zum Nachweis zu bringen. Geformte Stühle wurden vor der Aussaat mit steriler physiologischer NaCl-Lösung verdünnt und zu einer gleichmäßigen Aufschwemmung verrieben. Hierbei wurde auf etwaige Schleimklümpchen gefahndet, da sie sehr oft vorzugsweise die Ruhrbazillen beherbergen. Aus den typischen schleimig-blutigen Stühlen wurden die Schleimflocken herausgefischt, in reichlich physiologischer NaCl-Lösung gut abgeschwemmt (zur Beseitigung der anhaftenden Kolibakterien) und dann ganz auf Serien verarbeitet. Daß diese Maßnahme sich sehr empfiehlt, ließ sich an einer ganzen Anzahl von Platten feststellen, auf denen außer Ruhrbazillen kaum Koli-

und andere Bakterien vorhanden waren. Die Bebrütungsdauer bei 37° schwankte zwischen 18 und 24 Stunden. In dieser Zeit entwickelten sich die Kolonien ganz befriedigend. Die Untersuchung gestaltete sich nun weiter so, daß die verdächtigen Kolonien auf dem Objektträger in kleinen Ruhrserumtröpfchen probeagglutiniert wurden. Bei positivem Ausfall wurden die Kolonien weiter auf Schrägagar, Lackmusmolke nach Petruschky, Neutralrotagar nach Rothberger und Traubenzuckerbouillon verimpft. Sprach das Aussehen dieser Serie nach der Bebrütung über Nacht ebenfalls für Ruhrbazillen, dann erfolgte die serologische Prüfung in den Verdünnungen des entsprechenden Ruhrserums (1 : 1000—1 : 10000, dem Endtiter unserer Sera). Spontanagglutination wurde durch Verreibung einer Oese Kultur in physiologischer NaCl-Lösung ausgeschaltet. Bei positivem Ausfall der Agglutination erfolgte die weitere Differenzierung auf Lackmus-Mannit-, Lackmus-Maltose- und Lackmus-Rohrzucker-Agar-Platten. Bekanntlich vergärt der Shiga-Kruse-Bacillus diese Zuckerarten nicht, während vom Y-Bacillus der Lackmus-Mannit- und vom Flexner der Lackmus-Mannit- und Lackmus-Maltose-Nährboden gerötet werden. Abweichendes Verhalten der von uns gezüchteten Stämme den Zuckernährböden gegenüber wurde nicht beobachtet.

Unter den 883 Stuhlproben befanden sich 106 von der gesunden Umgebung Erkrankter; darunter befand sich ein Y-Bazillenträger, ein Belgier, der mit 21 seiner Landsleute auf einer Zeche beschäftigt war und zur Untersuchung kam. Von den übrigen 84 Umgebungsuntersuchungen entfielen 16 auf Bergarbeiter, 68 auf Familienangehörige. 777 Proben stammten von Kranken bezw. Rekonvaleszenten und einigen Verdachtsfällen. Dabei wurden im ganzen 60 (etwa 8%) positiv befunden, und zwar handelte es sich in 59 Fällen um Shiga-Kruse-, in einem um Flexner-Bazillen. Anders stellt sich der Prozentsatz, wenn wir die Zeit der Erkrankung bezw. die Beschaffenheit der Stühle berücksichtigen. Unter 76 Stuhlproben von schleimigblutigem Aussehen hatten allein 53 (etwa 70%) ein positives Ergebnis, während von 701 Stuhlproben mit fester Konsistenz, die meist klinisch Genesene betrafen, nur wieder 7 (1%) Ruhrbazillen enthielten. Die positiven Befunde wurden bei weitaus der Mehrzahl der Kranken nur einmal erhoben; 3 Kranke lieferten ein positives Ergebnis je zweimal; die Stuhlproben lagen 10, 8 und 5 Tage auseinander. Sieht man von diesen 3 Fällen ab, so erscheint die Annahme gerechtfertigt, daß bei den meisten Kranken die Bazillenausscheidung verhältnismäßig schnell, man darf im allgemeinen wohl sagen, mit dem Normalwerden der Stühle, aufhört.

Der einzige Flexnerbazillenbefund wurde bei einem erkrankten Kinde erhoben. Näheres über die Infektionsquelle konnten wir nicht feststellen.

Außer den 931 Proben auf Ruhr, die in dem fliegenden

Laboratorium in R. zur Untersuchung kamen, wurden in der Zeit von August bis Dezember 1916 im Institut für Hygiene und Bakteriologie in Gelsenkirchen noch weitere 1245 Proben aus der Epidemie in R. verarbeitet: von 48 Blutproben hatten 23 ein positives, 25 ein negatives Agglutinationsergebnis; in 5 Urinproben fanden sich keine Ruhrbazillen, von den 1192 Fäcesproben enthielten 26 (= 2,2 %) Ruhrbazillen des Typus Shiga-Kruse.

Während die Prozentzahl der positiven Blutbefunde bei beiden Untersuchungsstationen gleich ist, tritt bei einem Vergleich der Ergebnisse der Stuhluntersuchungen ein auffallender Unterschied zutage: in R. etwa 8 %, in G. etwa 2,2 % Bazillenbefund bezogen auf die Gesamtzahl der Untersuchungen, dagegen in R. ca. 70 % bezogen auf schleimig-blutige Entleerungen. Ein Unterschied in der Technik war nicht vorhanden, auch wurden die Untersuchungen in G. zum größten Teil vom Verfasser ausgeführt, im übrigen nach denselben Methoden vorgenommen. Die Erklärung ist daher anderswo zu suchen. Einmal ist zu berücksichtigen, daß in G. vielmehr Umgebungsuntersuchungen zur Verarbeitung gelangten; anderseits fiel auf, daß auch typische Stühle in G. viel häufiger ein negatives Ergebnis hatten. Den Grund muß man darin erblicken, daß die Proben, da sie mit der Post versandt wurden, meist 24 und mehr Stunden alt waren, ehe sie zur Aussaat kamen, während die in R. verarbeiteten Proben meist ganz frisch, höchstens einige Stunden alt waren. Daß mit dem Alter der Proben sich die Aussichten auf Auffindung der Ruhrbazillen erheblich verschlechtern, ist bekannt; neuerdings hat Kruse[1]), einer der besten Kenner der Ruhr, dieselbe Beobachtung auch aus dem Felde mitgeteilt. Seiner Meinung, daß das Ueberwuchern der Kolibazillen die Züchtung bezw. Isolierung erschwert, können wir nur beipflichten. Wir haben es auch während dieser Epidemie oft beobachtet, daß typische eingesandte, also ältere, Stühle auf den Platten nur Kolibazillen lieferten, während wir, wenn die frischen Stühle derselben Kranken unmittelbar am Krankenbett von uns verarbeitet wurden, umgekehrt nahezu Reinkulturen von Shiga-Kruse-Bazillen erhielten. Ich erinnere mich auch einiger früherer Epidemien in unseren Bezirk, wo in einer ganzen Reihe von typischen Stühlen, die uns eingesandt wurden, keine Ruhrbazillen festgestellt wurden; erst als wir an Ort und Stelle die Aussaat vornahmen, fanden wir in einem größeren Prozentsatz die Erreger (Shiga-Kruse). Nicht gleichgültig scheinen auch gewisse Medikamente zu sein. Fast um dieselbe Zeit, wo in R. die Ruhrepidemie auftrat, breitete sich in einem weit entfernten Bezirk eine kleinere schwer verlaufende Epidemie aus. Als die eingesandten typischen Stühle alle negativ befunden wurden, begaben wir uns wiederholt in

[1]) A. O. Tagung des Deutschen Kongresses für Innere Medizin in Warschau 1. und 2. Mai 1916.

das betr. Krankenhaus, um dort an Ort und Stelle die Stuhlgänge frisch auf Platten zu verarbeiten. Trotz größter Mühe und trotz der Frische der Stuhlgänge gelang es uns hier aber in keinem Falle Ruhrbazillen nachzuweisen. Die Kranken hatten alle vorher u. a. reichlich Kalomel erhalten; wir sind geneigt, hierin den Grund unserer negativen Ergebnisse zu sehen.

Der Verlauf der Ruhrepidemie in R. war, wie sich schon aus der Sterblichkeitsziffer ergibt, schwer, entsprechend der Shiga-Kruse-Infektion im allgemeinen. Besonders auffallend sind zwei Fälle durch ihren chronischen Verlauf, der hier kurz mitgeteilt sei:

L., Belgier, 36 Jahre, erkrankte, nachdem er 2 Monate in Deutschland war, am 28. Aug. 1916 mit starken Ruhrsymptomen und wurde im Krankenhaus in B. aufgenommen. Von hier wurde er am 14. Dez. 1916 als arbeitsfähig entlassen. Er arbeitete aber nur 2 Tage und feierte dann wegen starker Leibschmerzen und Durchfälle in der Zechenkantine in S. Am 26. Dez. 1916 erfolgte seine Aufnahme im Knappschaftskrankenhaus in R. Er entleerte bis zu 12 schleimig-blutigen Stühlen im Tage unter starkem Tenesmus. Am 18. Jan. 1917 Allgemeinbefinden gebessert, bis 8 noch schleimige Stühle im Tage. Die Untersuchung einer Stuhlprobe von diesem Tage ergab keine Ruhrbazillen, das Blut zeigte Agglutination: mit Shiga-Kruse und Y-Bazillen 1 : 50, mit Flexner 1 : 200 positiv.

M., 21 J., Flame, aufgenommen am 10. Aug. 1916. Allgemeinbefinden sehr schlecht, zahlreiche schleimig-blutige Stühle, starke Tenesmen, Leibschmerzen, Temp. 37,5°. Stuhluntersuchungen vom 23. und 30. Sept. und 29. Okt. ergaben keine Ruhrbazillen. 21. Sept. Zustand stark verschlimmert; der Kranke läßt immerwährend unter sich. 20. Okt. Zustand gebessert, Stuhl geformt, ohne Schleim und Blut, Stuhldrang selten. 2. Nov. Stuhl geformt ohne Schleim und Blut, Stuhldrang selten, erholungsbedürftig entlassen.

II. Aufnahme 19. Nov.: Stark schleimige Stühle mit geringen Blutbeimengungen bis zu 15 täglich. 13. Dez.: Die Diarrhoen haben sehr nachgelassen, Schleim und Blutbeimischungen fehlen, Stuhldrang geschwunden. 4. Jan. 1917: Stuhl geformt ohne Schleim und Blut; gutes Allgemeinbefinden; arbeitsfähig entlassen.

III. Aufnahme 7. Jan. 1917: Bis zu 8 schleimigen, gering blutigen Stühlen am Tage. 18. Jan. noch bis zu 6 diarrhoischen Stuhlentleerungen täglich, ohne Schleim und Blut. Am 18. Stuhluntersuchung auf Ruhrbazillen negativ; das Blut zeigte keine Agglutination.

Der weitere Verlauf ist bei Abschluß dieser Ausführungen noch nicht bekannt.

Hier sei noch ein Fall angeschlossen, der die Gefahr leichter Erkrankungen und der Bazillenträger illustriert:

Frau Pl. erkrankte im September an schleimig blutigen Durchfällen, die ohne ärztliche Behandlung und Kenntnis der Sanitätspolizei blieben. Anfangs Januar 1917 erkrankte ein Sohn an Ruhr und starb nach einigen Tagen. Mitte Januar fand der Ehemann mit Ruhrsymptomen Aufnahme im Krankenhaus. Die Stuhluntersuchung vom 18. Jan. (schleimig-blutige Beschaffenheit) ergab Shiga-Kruse-Bazillen. Am gleichen Tage gelangte eine Stuhlprobe von normalem Aussehen der Frau Pl. zur Untersuchung; darin fanden sich gleichfalls spärlich Ruhrbazillen des Typus Shiga-Kruse. Hier ist zweifellos die Mutter die Infektionsquelle für ihr Kind gewesen, während der Mitte Januar erkrankte Mann sich auch bei seinem Kinde infiziert haben kann.

Zusammenfassung: Die Ruhrepidemie in R. ist wahrscheinlich durch Ausländer eingeschleppt; die Erreger waren Shiga-Kruse-Bakterien. Die Zahl der Dauerausscheider und Bazillenträger war gering. Für die Verbreitung spielen die leichten ambulanten Fälle eine große Rolle.

Die Erreger ließen sich meist bei der bakteriologischen Untersuchung finden, wenn typische Stuhlentleerungen der frisch erkrankten und unbehandelten Fälle in frischem Zustande zur Aussaat kamen.

Eine weitere Möglichkeit, die Art der Infektion festzustellen, ist in der Gruber-Widalschen Reaktion gegeben. Die Blutuntersuchung bietet die besten Aussichten im späteren Erkrankungsstadium. Es empfiehlt sich, die Blutuntersuchung in größerem Umfange heranzuziehen.

Ueber Dysenterie.

Von Kreisarzt Dr. Vollmer-Kreuznach.

Die übertragbare Ruhr, die seit Jahren im hiesigen Kreise nicht mehr aufgetreten war, hat sich während der Jahre 1915 und 1916 in zwei Städten des Kreises in einer kleineren und größeren Epidemie eingestellt, über deren Verlauf ich einige Mitteilungen machen möchte mit Rücksicht besonders darauf, daß diese Krankheit, die bisher glücklicherweise selten war, durch den Krieg eine wieder größere Bedeutung auch für die Heimat gewonnen hat.

Im Herbst 1915 meldete ein Arzt, daß in einem Arbeiterviertel der Stadt K. mehrere Kinder erkrankt seien, von denen eins schnell starb. Die Sektion ergab eine ausgedehnte Zerstörung des Dickdarms und eine intensive Schwärzung seiner Schleimhaut, so daß der betreffende Arzt zur Feststellung der Diagnose das Pathologische Institut von Marburg in Anspruch nahm, der er ein Darmstück übersandte. Die Diagnose lautete: Nekrotisierende Enteritis, früher auch „diphtheritische Entzündung des Darmes“ bezeichnet. „Diese Veränderungen kommen bei der bazillären Ruhr vor“, schrieb Prof. Dr. Jores, „allerdings kann sie auch durch toxische Beschädigungen entstehen, vorwiegend durch Sublimat, doch macht der vorliegende Darm nicht den Eindruck einer Sublimatintoxikation. Ich würde es nach dem anatomischen Aussehen für wahrscheinlicher halten, daß Ruhr vorliegt“. Die weiteren Ermittelungen, besonders die Blutuntersuchungen durch das Medizinaluntersuchungsamt zu Koblenz, ergaben, daß es sich in der Tat um 8 Ruhrfälle in 3 Häusern handelte. Zunächst waren die Kinder erkrankt und von diesen noch 2 Erwachsene angesteckt. Die Krankheitserscheinungen hatten plötzlich eingesetzt mit heftigen Leibschmerzen, zahlreichen Durchfällen und quälendem Drang zu Stuhlentleerungen. Die Leibschmerzen steigerten sich zu starken Koliken und strahlten über die Magen- bis zur Blasengegend aus. Die Stuhlentleerungen waren anfangs wässerig, wurden später dann schleimig und enthielten auch blutige Beimischungen derart, daß anfangs nur blutige Streifen auftraten, später aber die ganze Entleerung blutrot gefärbt war, das typische Bild der sogenannten „roten“ Ruhr.

Die weiteren klinischen Erscheinungen boten nichts be-

sonders Bemerkenswertes, wohl aber die Verfolgung der Entstehungsgeschichte dieser Ruhrfälle. Gegenüber den Häusern, in denen die Kranken ermittelt und dann in das städtische Krankenhaus zur Absonderung überführt worden waren, befand sich eins der kleinen Lager, wie solche zahlreich im Sommer im Kreise zur Unterbringung der in den Wäldern beschäftigten russisch-polnischen Arbeiter eingerichtet waren. Die Kinder hatten abends mit den Arbeitern, die ja gutmütig und kinderlieb sind, gelegentlich verkehrt, und von diesen aus Holz selbstgefertigte Kinderklappern, eigenartige Vögel und andere Spielzeuge geschenkt erhalten. Auf diese Weise war eine unmittelbare Uebertragung der Ruhr von einem Bazillenträger unter den Arbeitern durch Kontaktinfektion auf die Kinder gegeben. Eine andere Uebertragung ließ sich jedenfalls nicht finden, da wir keine Ruhr anderswo im Kreise oder in der Nähe hatten. Die Epidemie wurde nach Ueberführung der Erkrankten in das Krankenhaus, Desinfektion der Häuser und der Aborte schnellstens erstickt.

Im folgenden Jahre 1916 meldete ein Arzt in einer anderen Stadt (Kr.) Ende August einige ruhrverdächtige Fälle und schickte einen davon, 57 Jahre alt, in die Isolierabteilung des Krankenhauses, wo er nach 2 Tagen starb. Auch hier ergab die von mir sofort vorgenommene Obduktion eine ausgesprochene Nekrose des Dickdarms, die vom After bis zur Blinddarmklappe sich erstreckte und eine diphtheritische Zerstörung der gesamten Schleimhaut des Mastdarmes und des Dickdarmes zeigte. Die weitere Ermittelung in den Häusern, die um das Haus dieses Kranken gelegen waren, stellte zunächst teils leichte, teils schwerere Erkrankungen bei ungefähr 16 Personen fest, die von 4 verschiedenen Aerzten behandelt wurden, wodurch der epidemische Charakter der Krankheit anfangs verschleiert worden war. Sämtliche Personen wohnten in den Häusern am Eingange der sogenannten „Reitschule“ der Neustadt; auch waren hier die meisten Erkrankten Kinder.

Die angestellten Ermittelungen über die Entstehungsursache ergaben ebenfalls eine Beziehung zu den russisch-polnischen Arbeitern: Am Eingang zu der Reitschule wohnte eine Person, die als Vorsteherin in der Arbeiterkantine angestellt war und mit den Arbeitern beim Geldwechsel und Zigaretten-Verkauf naturgemäß in die nächste Berührung kam. Ihr Sohn Karl war der Spielkamerad der meisten der erkrankten Kinder; durch ihn haben diese auch zum Teil hölzerne russische Spielzeuge erhalten, wie solche bei der vorjährigen Epidemie in K. bei den erkrankten Kindern vorgefunden waren. — Durch diese Fälle aufmerksam gemacht und nun den infektiösen Charakter der zum Teil leichten Fälle erkennend, meldeten die Aerzte nach und nach weitere Fälle, die sich allmählich über die ganze Stadt erstreckten und trotz der eingreifendsten Absonderungs- und Desinfektionsmaßregeln sich durch den Monat September und Oktober hinzogen, so daß die Gesamtzahl der

Erkrankungen schließlich 86 betrug. Während der Hauptherd der Infektion die Reitschule blieb, kamen andere auch weit von dieser Stelle der Stadt auf dem anderen Ufer des die Stadt durchziehenden Flusses vor, und offenbar außer Zusammenhang mit den ersten Fällen, mit denen sie kein Obst- und Gemüsehandel, keine andere Beziehung irgendwelcher Art verband, so daß nur ein geringer Teil der Erkrankungen auf die betreffenden Arbeiter zurückgeführt werden konnte. In anderen Fällen ließ sich dagegen eine Uebertragung von Urlaubern von der Front her ermitteln. Als dritte Ansteckungsquelle wurde endlich die Kriegsverpflegungsstelle am Bahnhofe ermittelt, von der das ganze Personal an Durchfällen leichterer Art erkrankte und selbst der Bahnhofskommandant und sein Adjutant.

Es ergibt sich aus dem Gesagten, daß einerseits das Arbeitslager, anderseits die Urlauber von der Front und die Kriegsverpflegungsstätten nicht scharf genug überwacht werden können.

Die bakteriologische Untersuchung ist in 19 Fällen vorgenommen und hat 17mal den Shyga-Kruse und nur 2mal den „Flexner"-Bazill ergeben.

Die in der kleineren Stadt K. im Jahre 1915 aufgetretenen Erkrankungen waren nur von Shygabazillen verursacht.

Bei der Epidemie in Kr. wurden die Kranken, soweit es möglich war, in 2 Döckerschen Baracken und in 2 Isolierhäusern der verschiedenen Krankenhäuser abgesondert. Die Absonderung aller Kranken in den Isolierbaracken ließ sich leider nicht durchführen, weil die Baracken auch zu Lazarettzwecken verwendet wurden; es mußte deshalb in einer Reihe von Fällen, wo die Absonderung im Hause möglich war, diese erlaubt werden. In den Isolierhäusern wurden 53 Kranke untergebracht, 33 blieben zu Hause, was deshalb auch nicht zu vermeiden war, weil die Erkrankungen oft plötzlich in großer Zahl und zu einer Zeit gemeldet wurden, wo alle in den Baracken verfügbaren Betten noch besetzt waren. Bei der Bekämpfung der Epidemie war uns von besonderem Wert eine genau unterrichtete Krankenschwester, die täglich in die infiziert gewesenen Häuser ging und auf das Vorkommen weiterer Fälle fahndete.

Auf die Jahreswochen verteilten sich die Erkrankungen wie folgt:

auf die	34.	Woche	vom	20.	bis	26.	August	entfielen	6 Erkrankungen
„	35.	„	„	27.	August	bis	2.	September	18 „
„	36.	„	„	3.	bis	9.	September		18 „
„	37.	„	„	10.	„	16.	„		17 „
„	38.	„	„	17.	„	23.	„		11 „
„	39.	„	„	24.	„	30.	„		8 „
„	40.	„	„	1.	„	7.	Oktober		5 „
„	41.	„	„	8.	„	14.	„		3 „
								Zusammen	86 Erkrankungen

Die Todesfälle (8) betrafen mit Ausnahme eines 57 Jahre alten und sehr vernachlässigten Kranken, der ohne rechte

Pflege zu Hause gelegen hatte und vor allen Dingen keinerlei Diät befolgte, Kinder (7), und zwar 3 im Alter von 2, je 1 im Alter von 3, 6, 7 und 9 Jahren (3 Knaben und 4 Mädchen) = 17,5% der Gesamtzahl (40) der erkrankten Kinder unter 12 Jahren. Auch eine 90 Jahre alte Frau war unter den Kranken; sie ist aber trotz ihres hohen Alters genesen.

Der Hauptsitz der Infektion ist zweifellos die sog. Reitschule gewesen, wo Haus an Haus infiziert war und wo auch die meisten Todesfälle von Kindern vorkamen; auch die gegenüber dem Ausgang der Reitschule gelegenen Häuser wiesen zahlreiche Erkrankungen auf. Von hier aus sind eine Anzahl Fälle in die Neustadt verbreitet, aber in den verschiedenen Straßen überall vereinzelt geblieben. — Die Fälle in der Altstadt bin ich geneigt auf die Uebertragung durch die Kriegsverpflegungsstelle und die Urlauber zu beziehen. Diese Fälle konnten sich nicht weiter ausdehnen, weil sie bessere Bürgerhäuser betrafen, keine engen Arbeiterhäuschen, wie in der Reitschule, wo von 3 Familien 1 Abort benutzt war (!), und weil inzwischen die volle Aufmerksamkeit der Aerzte und der Bevölkerung selbst auf die Ruhr gelenkt war.

War auch der Verlauf in einigen Fällen leider ein schnell zum Tode führender, besonders bei schwächlichen Kindern, die unterernährt waren, so ist die große Mehrzahl (78 = 90% von 86 Erkrankten) doch wieder völlig genesen, von den Erwachsenen sogar 45 = 97,8% von 46 Erkrankten. Fälle von chronischer Ruhr, die dann langsam an Entkräftung zu Grunde gegangen wären, sind nicht vorgekommen.

Die bakteriologischen Untersuchungen wurden von Herrn Prof. Dr. Bitter in Koblenz am Medizinaluntersuchungsamte ausgeführt, der uns auch zur Aufklärung der ersten Fälle beider Epidemien mit Rat und Tat zur Hand ging.

Daß die bereits aufgeflackerte Epidemie verhältnismäßig schnell erstickt wurde, dazu war auch von großem Werte die bereitwillige Hilfe des Herrn Bürgermeisters und der von mir zusammengerufenen Gesundheitskommission, die alle Kosten der Unterbringung der Kranken in den Isolierbaracken auf die Stadt übernahm. — Auch die Herren Aerzte sind, nachdem sie durch einen von mir in dem Aerzteverein gehaltenen Vortrag über die drohende Epidemie interessiert waren, meldebereit gewesen, obwohl nicht zu leugnen ist, daß bei sofortiger Erkennung der ersten Fälle als Ruhr, was nicht gelang, vielleicht die Krankheit nicht so weit um sich gegriffen hätte. Allerdings war die Sachlage erschwert durch die Behandlung der ersten Fälle durch 4 verschiedene Aerzte, deren keiner von den Fällen des anderen etwas wußte.

Da ich bei dem herrschenden Aerztemangel auch die Behandlung der Erkrankten teilweise übernehmen mußte, ist es mir noch möglich, über den Erfolg der Behandlung einige kurze Mitteilungen zu machen. Während einzelne schwere Fälle jeder Behandlung trotzten, gelang es doch in den meisten

Fällen durch die entsprechende Diät, heiße Kompressen auf den Leib, strikteste Bettruhe und Opiate[1]) die Kranken von ihren quälenden Schmerzen, den Durchfällen und dem unerträglichen Stuhldrange zu befreien und sie wieder herzustellen. Von den Serumeinspritzungen sahen wir ebensowenig wesentliche Erfolge wie von den so oft gerühmten adstringierenden Einläufen, die Kranken, besonders die Kinder, empfanden sie im Gegenteil als schmerzhaft und reizend und scheuten sie offenbar. Rizinusöl in kleinen Dosen wirkte oft sehr gut, Karlsbader Salz weniger; das Oel des Rizinusöls wirkt offenbar auf die gereizte Darmschleimhaut günstig ein und macht die Passage des Kotes bezw. der Schleimmassen leicht und schmerzloser. Ausgezeichnet vertrugen die Kranken alle Bolus alba, das in großen Dosen auch gerne genommen wurde. Warme Bäder haben wir nicht angewendet.

Zur Frage des Wochenbettfiebers.

Erwiderung auf den Aufsatz von Med.-Rat Dr. Wengler „Das Auftreten von Wochenbettfieber etc." in Nr. 6 dieser Zeitschrift.

Von Privatdozent Dr. **Döllner**, Gerichtsarzt in Duisburg.

In Nr. 6 dieser Zeitschrift vom 20. März 1917 beschäftigt sich Herr Med.-Rat Dr. Wengler in Groß-Gerau mit dem Auftreten und der Bekämpfung des Wochenbettfiebers in seinem jetzigen und früheren Amtsbezirk. Die von ihm vertretenen Ansichten stimmen jedoch mit der Lehre vom Wochenbettfieber als Infektionskrankheit wenig überein und würden, wenn sie in das Gemeingut der Praktiker und der Medizinalbeamten übergingen, wissenschaftlich einen Rückschritt, praktisch eine große Gefahr für die Bekämpfung dieser Krankheit bedeuten.

Schon der Schlußsatz 1: „Die einfachste und wertvollste Puerperalfieberstatistik ist die Statistik der Puerperalfieberfälle", ist nicht zutreffend; denn die Zahl der Todesfälle ist tatsächlich kein Maßstab, da sie von verschiedenen heterogenen Faktoren abhängt, die im folgenden erörtert werden, von denen aber hier schon auf die zwei wichtigsten hingewiesen sei: erstens, daß die Aetiologie des Puerperalfiebers nicht einheitlich ist, zweitens, daß jeder von der Krankheit befallene Körper diesen eine verschiedene Widerstandskraft entgegenzusetzen hat. Es kann die Zahl der Todesfälle nur bei einer Krankheit mit einheitlicher Aetiologie als Maßstab ihrer Bösartigkeit verwendet werden, nie aber als statistische Grundlage für die Häufigkeit an sich.

Nun fährt der Verfasser fort: „Für gewöhnlich kommt der Geburtshelfer bei Fieber im Wochenbett rechtzeitig auf den Verdacht, es könne sich um Puerperalfieber handeln" und

---

[1]) Vergl. Matthes: Ueber die Ruhr. Verhandlungen der außerordentlichen Tagung des Deutschen Kongresses für innere Medizin in Wiesbaden (Mai 1916), Seite 297. Wiesbaden. Verlag von Bergmann.

weiterhin: „Sträubt sich der Geburtshelfer allzulange gegen Puerperalfieberverdacht, dann ist der Weiterverbreitung durch Infektion, Tür und Tor geöffnet u. s. f.“ Daraus ergibt sich mit Deutlichkeit, daß hier die letzten Konsequenzen der modernen Infektionslehre in ihrer Anwendung auf die Erkrankungen von Geburtswunden aus nicht gezogen sind. Klar und deutlich sind die Definitionen, die v. Herff, Hamm, Weißwange und das preußische Hebammenlehrbuch von 1912 vom Kindbettfieber gegeben haben. v. Herff schreibt: Kindbettfieber werden die Keimerkrankungen aller jener Wunden genannt, die unter den Geburtsvorgängen vom Damm bis in die Gebärmutterhöhle hinein, entstanden sind. Hamm definiert: „Kindbettfieber ist Wundfieber und Wundfieber beruht auf Infektion“; Weißwange sagt kurzweg „Kindbettfieber ist eine Wundinfektionskrankheit“. Das preußische Hebammenlehrbuch 1912 bezeichnet fast jedes Fieber im Wochenbett als Wundfieber, ausgehend von Infektion der Geburtswunden.

Sind diese Begriffe wissenschaftlicher Besitz eines Geburtshelfers, so muß er rechtzeitig zu einer bestimmten Diagnose, nicht zu einem „Verdacht“ kommen und kann sich nicht „allzulange gegen diesen Verdacht sträuben“.

Das „echte Puerperalfieber“ ist also jede von den Geburtswunden ausgehende Infektion, gleichgültig, ob endogen oder exogen, gleichgiltig, ob Strepto- oder Staphylokokken, Proteus, Coli u. s. f. Es ist eben, wie zu Eingang betont, nicht auf ein einheitlich-ätiologisches Agens, aber stets auf eine Wunde am oder im Gebärschlauch und auf eine bakterielle Infektion dieser Wunde begründet.

Anders stellt der Verfasser das entscheidende Kriterium fest. Er schreibt nämlich unter Nr. 2: „Nicht jedes echte Puerperalfieber ist tödlich. Aber es ist anzunehmen, daß jede puerperalverdächtige (gemeint ist sicher „puerperalfieberverdächtige) Erkrankung, die wenige Tage nach der Entbindung unter hohem Fieber zum Tode führt, echtes Puerperalfieber ist.“

Hier haben wir also die symptomatische Umschreibung des Begriffes „echtes Puerperalfieber“ 1. nicht jeder Fall (implicite: aber die meisten) ist tödlich, 2. Tod wenige Tage nach der Entbindung, 3. hohes, rasch verlaufendes Fieber.

Daß Mortalität kein Symptom einer Krankheit, auch nicht einer Epidemie sein kann, sondern nur ein Kriterium ihrer Bösartigkeit und daß der tödliche Ausgang nicht nur durch die Krankheit, sondern durch die Widerstandskraft des befallenen Körpers bestimmt wird, ist bereits hervorgehoben. Unter die „echten“ Puerperalfieberfälle aber nur jene zu rechnen, die wenige Tage nach der Entbindung zum Tode führen, ist weder klinisch noch epidemiologisch richtig. Manche Fälle schleppen sich sehr lange, selbst Monate hin, obwohl bei ihnen zweifellos die Infektion durch die Geburtswunden eingedrungen ist. Sind solche nach Monaten erfolgenden Todesfälle dann nur wegen der zeitlichen Verzögerung nicht mehr dem Kindbettfieber zur

Last zu legen? — Sind endlich jene Fälle, die in Heilung ausgehen, nur wegen ihres günstigen Ausganges keine Puerperalfieberfälle, selbst wenn die Infektion vom Gebärschlauch aus einwandfrei feststeht? — Nein, der Ausgang kann nie ein differentialdiagnostisches Unterscheidungszeichen einer Krankheit sein.

Wer selbst Gelegenheit gehabt hat, sei es als Medizinalbeamter, sei es als Obduzent, eine Epidemie von puerperaler Infektion hämolytischen Streptokokken [1]) zu beobachten, wo jeder Fall einwandfrei bakteriologisch festgestellt wurde, der ist sich darüber klar, daß nicht die Vielgestaltigkeit der klinischen Symptome, nicht der Ausgang in Heilung oder Tod — oder nicht zu vergessen Siechtum! — sondern einzig und allein die Aetiologie das Entscheidende am Puerperalfieber ist, nämlich die Infektion von den Geburtswunden aus.

Damit erübrigt sich auch das dritte Symptom des Verfassers, das hohe, rasch verlaufende Fieber. Es kann bei einer Infektion das Fieber hoch oder gering, rasch oder langsam verlaufend sein, eine Infektion liegt eben doch vor.

Unbewiesen — und auch unbeweisbar — ist die Behauptung des Verfassers unter Nr. 6, daß die ersten Fälle des echten Puerperalfiebers stets durch geburtshilfliche Operationen veranlaßt seien. Erstens gibt es Fälle „echten“ Kindbettfiebers genug, in denen kein Kunsteingriff erfolgt ist, zum andern braucht nicht jedes Puerperalfieber nach Kunsteingriff unter dem Gesichtswinkel des post hoc, ergo propter hoc betrachtet zu werden, sondern es können andere Zusammenhänge vorliegen; endlich ist die „endogene Infektion“ doch wohl jetzt als einwandfrei bewiesen zu bezeichnen.

Wenn es übrigens, wie der Verfasser behauptet, Aerzte gibt, die selbst eine manuelle Lösung der Placenta nicht mehr zu den geburtshilflichen Operationen rechnen (bei der Dammnaht ließen sich zur Not äußere Gründe anführen), so müssen diese über Entwicklung und Ausstoßung des Eies sehr revisionsbedürftige Anschauungen haben; denn die Placenta ist ein Teil des Eies und die Geburt des ganzen Eies ist erst vollendet, wenn der letzte Rest von Eihaut und Mutterkuchen die Gebärmutterhöhle und Scheide verlassen hat. Dies nur nebenbei!

Aus Nr. 7 geht mit einwandfreier Deutlichkeit hervor, daß der Verfasser die Infektion von den Geburtswunden aus nicht verkennt; er hätte sie nur an die Spitze der Symptomatologie seines „echten“ Kindbettfiebers stellen sollen, während er sie in Nr. 2 gänzlich übergeht und die kritisierten Symptome als die kennzeichnenden hinstellt.

In Nr. 8 meint Verfasser, die Pflege fieberkranker Wöchnerinnen sei der einzige Fall, in dem die Hebamme

[1]) Wohl die gefürchtetste Infektion! Im betreffenden Falle: 7 Todesfälle auf 83 Krankheitsfälle mit 40 Fällen von bakteriologisch positivem Befund.

infektionsgefährlich wird. Zugegeben, daß die Hebamme in ihrer privaten Tätigkeit nicht mit Infektionsmaterial in Berührung zu kommen braucht (wenn sie nämlich finanziell so gut gestellt ist, daß sie keine Hausarbeit, keine Feldarbeit, keine Pflege von Haustieren zu machen braucht und im Erkrankungsfalle eigener Familienmitglieder diesen eine anderweitige Pflege stellen kann!?); sie muß aber pflichtgemäß Frauen, die ihren Rat erbitten, untersuchen und dem Rufe jeder Kreißenden Folge leisten. Dabei kann sie doch nicht jedem Ausfluß aus den Geschlechtsteilen ansehen, ob er infektiös ist oder nicht. Sie könnte also eventuell gerade durch pflichtgemäße Berufsausübung infektionsgefährlich werden.

Kurz zusammenfassend sei wiederholt:

1. Die Zahl der Todesfälle ist keine statistische Grundlage für die Statistik des Puerperalfiebers.
2. Die vom Verfasser angegebenen Symptome können einen Krankheitsprozeß nicht als „echtes Puerperalfieber" kennzeichnen.
3. Nicht immer ist der erste Fall einer Puerperalfieberepidemie auf geburtshilfliche Operationen zurückzuführen.
4. Die Hebamme kann auch außerhalb der Pflege fieberkranker Wöchnerinnen infektionsgefährlich werden.
5. Puerperalfieber ist Wundfieber durch Eindringen von Infektionserregern in und durch die Geburtswunden.
6. Diese Infektion kann auch auf endogenem Wege erfolgen.

Kollegen, die sich näher für den Gegenstand interessieren, weise ich auf meine Habilitationsschrift hin: „Die puerperale Infektion vom gerichtl.-med. Standpunkt aus. Würzburg 1914. Verlag von Kurt Kabitzsch.

Gegenäußerung.

Von Med.-Rat Dr. **Wengler**, Kreisarzt in Groß-Gerau.

Ich betone, daß ich in meinem Aufsatz über „das Auftreten von Wochenbettfieber etc." in Nr. 6 dieser Zeitschrift nicht das Puerperalfieber in der Auffassung des H. Dr. Döllner, ob nun „das Fieber hoch oder gering, rasch oder langsam verlaufend sei," im Auge hatte, sondern nur das als besondere Krankheitsform dem Praktiker bekannte echte Puerperalfieber, das wenige Tage nach der Entbindung gleich mit hohen Temperaturen einsetzt, sich mehrere Tage, oft über eine Woche lang, fast ununterbrochen auf der Höhe hält und in vielen Fällen zum Tode führt. Dieses in den Grundzügen festliegende Bild erfährt natürlich mannigfaltige Variationen durch die Lokalisation des Krankheitsprozesses, durch Metastasen usw.

Charakteristisch für das echte Puerperalfieber ist:

1. Der Beginn wenige Tage nach einer Entbindung gleich mit hohen Temperaturen.
2. Das Anhalten des gleichmäßig hohen Fiebers über mehrere Tage hinaus.

3. Die immer, auch bei Genesungsfällen, deutlich zutage tretende bösartige Tendenz.

Meine Auffassung mag ja rein wissenschaftlich anfechtbar sein, sie hat sich mir aber auf Grund meiner Erfahrungen als Landkreisarzt vom praktischen Standpunkt aus aufgedrängt. Vielleicht liegen die Umstände für das Studium des Puerperalfiebers bei einer einfachen Landbevölkerung günstiger als bei den komplizierten Verhältnissen der Großstadt, wo leicht Nebeninfektionen das Bild trüben können. Ich hatte auf dem Lande Gelegenheit, den Verlauf des echten Puerperalfiebers vom Zeitpunkt der Infektion bis zum Schluß in vielen Fällen, wie im Experiment, zu beobachten, ebenso auch eine Uebertragung von Wöchnerin zu Wöchnerin.

Was die Bekämpfung des Puerperalfiebers anlangt, wollte ich durch meine statistische Aufstellung vor Augen führen, daß der Geburtshelfer mit jeder Operation die mehr oder minder entfernte Möglichkeit für den Ausbruch des schweren, unter Umständen tödlich verlaufenden Puerperalfiebers schafft. Es ergibt sich daraus die Forderung, daß nicht so ganz notwendige Operationen unterbleiben müssen. Freilich wird sich das in Kliniken, Krankenhäusern, bei nahe wohnendem Arzt leichter erreichen lassen als in den arztfernen Ortschaften, wo die kostbare einmalige Ortsanwesenheit des Arztes auch gründlich ausgenutzt werden muß. Für arztferne Ortschaften ist deshalb bei schweren Geburtsfällen möglichst die rechtzeitige Ueberführung der Schwangeren ins Krankenhaus zu fordern.

Was speziell die Hebammen anlangt, wollte ich darauf hinweisen, daß ihnen die Möglichkeit geschaffen werden muß, sich und ihre Gebrauchsartikel von Infektionskeimen irgendwelcher Art fern zu halten. Auf dem Lande würde das auch durch Anstellung von Krankenschwestern an allen Orten sehr erleichtert werden, die anzuweisen sind, den Hebammen etwaige Fieberfälle sofort abzunehmen. Die Hebamme darf nicht nur keine Puerperalfieberkranke pflegen, sondern überhaupt keine dauernd fiebernde Wöchnerin, welche Ursache das Fieber auch haben mag.

Zur Kupferbehandlung der Tuberkulose.

Mitteilung von Geh. Med.-Rat Dr. **Hansen**, Kreisarzt in Hadersleben (Schleswig), leitendem Arzt des Kreiskrankenhauses.

Angeregt durch die Veröffentlichung der Prof. Dr. Gräfin von Linden in den Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung", V. Band, 6. Heft: „Erfahrungen der Kupferbehandlung bei der experimentellen Tuberkulose des Meerschweinchens und bei den verschiedenen Formen der Tuberkulose des Menschen" habe ich seit Ende März d. Js. die mir passend erscheinenden Tuberkulose-Kranken im hiesigen Kreiskrankenhaus, bislang 9 Fälle, mit Kupferpräparaten be-

handelt. Das bisherige Ergebnis erscheint mir so ermutigend, daß ich trotz der Kürze der Zeit jetzt schon darauf hinweisen möchte.

Benutzt habe ich die Leucutylsalbe örtlich bei tuberkulösen Knochenherden und Hautgeschwüren in 5 Fällen und sowohl bei diesen, als bei 4 weiteren Kranken mit geschlossener Tuberkulose die Leucutylpillen 2—4 Stück täglich. Von diesen vier Tuberkulösen war je 1 mit Drüsenfisteln, Gelenkentzündung, Brustfellentzündung, Lungenspitzenkatarrh erkrankt; alle vier hatten Fieber. Sie befinden sich seitdem subjektiv wie objektiv besser: Befinden, Appetit, Schlaf besserten sich auffallend, auch das Fieber nahm ab, wenn auch nicht in so bemerkbarer Weise.

Noch sichtbarer und auffallender war die Besserung bei der örtlichen Behandlung tuberkulöser Knochen- und Hautherde mit Leucutylsalbe.

Nach einigen Versuchen, wie man am besten die Salbe an den kranken Ort heranbringt, habe ich gefunden, daß dies am sichersten geht, wenn man sie mit und auf gewöhnlichen Gazestreifen in die Wunden oder die Fisteln hineinschiebt.

2 Kinder mit 1 und 2 Spina ventosa-Fingern von anderen Aerzten zwecks Amputation ins Krankenhaus geschickt, hatte ich operiert, die kranken Knochen entfernt und ausgeschabt, dann mit Jodoformgaze behandelt, aber ohne Erfolg; die Anschwellungen schwanden nicht, die Granulationen waren schlaff und mißfarbig. Nach 3—4maliger Anwendung der Leucutylsalbe — 2mal die Woche — besserte sich das Aussehen, die Anschwellungen und die Granulationswucherungen schwanden, so daß die völlige Vernarbung und Heilung in baldiger Aussicht steht.

Ein tiefes tuberkulöses Weichteilgeschwür der Leistenbeuge flacht sich ab und bessert sich.

Zwei Jahre lang ohne Erfolg behandelte Fälle mit tuberkulösen Fisteln, ausgehend von den Knochen des Beckens und der Lendenwirbelsäule, bessern sich ebenfalls.

Von allen den vielen Mitteln, mit denen man in den verflossenen Jahrzehnten die Tuberkulösen behandelt hat, erscheint mir keines so viel versprechend wie das Kupfer, namentlich die örtliche Behandlung offener tuberkulöser Herde mit Kupfersalbe-Leucutyl; sie ist außerdem einfach und angenehm für die Kranken.

Zu beziehen sind die Präparate von der Farbenfabrik von Friedrich Bayer & Co., Leverkusen bei Köln.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

Sachverständigentätigkeit in Unfall- und Invaliditäts- und Krankenversicherungssachen.

Vergiftungen als Betriebsunfälle. — Prognose und Nachkrankheiten der akuten Leuchtsgasvergiftung. Von Dr. F. Leppmann-Berlin. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1917, Nr. 1.

Im Gegensatz zu Hübner, der die Vorhersage bei der Leuchtgasvergiftung als recht ungünstig bezeichnet, indem er sich darauf stützt, daß von 125 derartigen Vergiftungen, über die er verfügt, 94 tödlich endeten, sieht

Verfasser die Prognose als günstiger an; jedenfalls müsse erst durch die Statistik festgestellt werden, wieviel akute Leuchtgasvergiftungen überhaupt vorkommen; da versagt aber bisher die Statistik.

Leppmann hat eine Reihe von Fällen zu begutachten gehabt, bei denen Leuchtgaseinatmung mit notorischer Bewußtlosigkeit weder den Tod noch eine tödliche Krankheit herbeiführte. Er teilt seine Fälle ein: 1. akute, nicht tödliche Leuchtgasvergiftung ohne Nachkrankheit, 2. Neurosen nach Leuchtgasvergiftung. Die Fälle werden genauer besprochen. Leppmann kommt zu folgenden Ergebnissen:

Die akute Leuchtgasvergiftung bedingt vor allem die Gefahr des plötzlichen Todes im unmittelbaren Anschluß an die anfängliche Bewußtlosigkeit. Ob die Zahl der Todesfälle oder die der Ueberlebensfälle vorwiegt, dafür fehlen statistische Grundlagen. Jedenfalls sind die Ueberlebensfälle zahlreich. Mit dem Leben ist meist auch die Gesundheit gerettet. Soweit Nachkrankheiten vorkommen, gehören sie großenteils der „allgemeinen nervösen Form" mit günstiger Voraussage an. Freilich kommen auch sehr schwere zum Teil tödliche Nachkrankheiten durch Organschädigung vor. Die Gefahr solcher bleibt nach der Vergiftung noch einige Zeit bestehen; diese Zeit als unbegrenzt anzunehmen, sind wir jedoch nicht berechtigt.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Zur traumatischen Neurose. Von Dr. Placzek-Berlin. Zeitschrift für Bahnärzte; 1917, Nr. 4.

Gewiß, es gibt nervöse Unfallfolgen, die einzig und allein durch einen Unfall erzeugt und ausgelöst werden. Dis muß als Tatsache ausgesprochen bleiben, damit bei der Kritik der Rentenneurose der wirklich Unfallnervenkranke nicht zu Unrecht beschuldigt werde. Die Ueberzahl der Unfallneurotiker erkrankt aber durch das Rentenbestreben, was durch das gelieferte Material deutlich bewiesen wird. Als das Hauptheilmoment in der Verhütung des Auftretens, wie der Rezidive von Unfallneurosen, und auch als das Hauptheilmoment für die eigentliche Behandlung bezeichnet Nonne: Wert schaffende Arbeit. Endlich aber betont Gaupp als wichtigsten Heilfaktor die Beseitigung von Dauerrenten, die Abfindung oder zeitlich begrenzte, automatisch endende Gewöhnungsrente. Wenn man aus den Schlußergebnissen der Münchener Tagung die Nutzanwendung zieht, so müßte an erster Stelle die Mahnung stehen, das Wort „traumatische Neurose" zu vermeiden. Mit dieser Mahnung eng verknüpft ist die Warnung vor jeder voreiligen Prognosenstellung. Der Arzt, der dem Kranken zu einer Intensivkur rät, trägt die Hauptverantwortung dafür, wenn, wie es nicht ausbleibt, der Kranke immer hypochondrischer, immer querulatorischer, immer kränker wird. Dr. Wolf-Hanau.

Epilepsie als Folge wiederholter Schädelkontusion. Echte und vorgetäuschte epileptische Anfälle. Mehrjährige Irreführung einer Berufsgenossenschaft. Mitgeteilt von Oberregierungsrat Krauß am Kgl. württemb. Oberversicherungsamt. Monatsschrift für Unfallheilkunde; 1917, Nr. 1.

Ein 41 Jahre alter Braumeister erlitt 2mal, 1908 und 1909, eine Kontusion der linken Schädelhälfte und zeigte danach Anfälle, die nach wiederholter klinischer Beobachtung als eine Form epileptischer Anfälle (petit mal) angesprochen wurden. Er erhielt dafür eine Rente von 100%. Nichtsdestoweniger war er zunächst in seinem früherem Beruf und dann nach Berufswechsel als Gastwirt mit Erfolg tätig, so daß im Juli 1910 die Berufsgenossenschaft die Rente auf 50% herabsetzte. Nach abermaliger Beobachtung und Begutachtung erkannte jedoch das Schiedsgericht auf Weiterzahlung der Anfangsrente von 100%. Ortspolizeiliche Erhebungen ergaben aber, daß Personen der nächsten Umgebung von den Anfällen nie etwas wahrgenommen hatten; die Berufsgenossenschaft stellte deshalb am 1. September 1912 die Rentenzahlung ein, da Simulation vorliege. Im darauf folgenden Berufungsverfahren wurden während längerer klinischer Beobachtung zahlreiche Anfälle ohne Pupillenstarre und Bewußtlosigkeit, also nicht mehr epileptischer Natur, festgestellt; neben früher sicher beobachteten epileptischen Anfällen wurden jetzt solche simuliert. Auf Anregung der Klinik wurde am 25. Juli 1913 vom Oberversicherungsamt eine örtliche Verhandlung abgehalten, die diese Feststellungen bestätigte. Die

vom Oberversicherungsamt auf Grund der früheren Epilepsie angenommene Erwerbsbeschränkung von 15—20% wurde vom Reichsversicherungsamt nicht anerkannt, sondern dahin entschieden, daß eine meßbare Erwerbseinschränkung nicht mehr vorliege und die Zahlung der Rente einzustellen sei.

Dr. Rehberg-Rathenow.

Ein weiterer Beitrag zur Fehldiagnose von Unfallverletzungen der Wirbelsäule. Von Dr. A. Wilde, Vertrauensarzt der land- und forstwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft für die Provinz Schleswig-Holstein, Stadt und Fürstentum Lübeck. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1917, Nr. 2.

Ein Arbeiter hatte sich durch Stoß mit einer Wagendeichsel eine Kontusion der Hüfte zugezogen, nach dem Unfall noch eine Woche weitergearbeitet, bis er sich dann an einen Arzt wandte. Von den in der Folge gehörten Gutachtern wurde lediglich eine druckempfindliche Stelle in der Bauchhöhle, die ein Arzt als Geschwulst deutete, festgestellt und danach eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit angenommen. Eine Reihe von Jahren später konnten die meisten Gutachter keine nachweisbaren Unfallfolgen mehr finden, nur in einer medizinischen Poliklinik wurde abweichend von allen anderen Gutachten das Urteil abgegeben, daß der Unfall einen doppelten Bruch des fünften Lendenwirbels und eine Verschiebung des Kreuzbeins hervorgerufen habe und vollkommene Erwerbsunfähigkeit vorliege. Dieses Gutachten greift Verfasser offenbar mit Recht an, indem er ausführt, daß es ausgeschlossen sei, daß ein Mensch mit solch schwerer Verletzung noch 7 Tage arbeiten könne, daß demnach der fragliche Röntgenbefund auf einen früher schon erlittenen schweren Unfall zu beziehen sei.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Diabetes mellitus und Trauma. Von P. H. van Eden, Medisch Adviseur der Rejksverzekeringsbank Amsterdam. (Mit einem Gutachten von Prof. P. K. Pel-Amsterdam). Monatsschrift für Unfallheilkunde; 1917, Nr. 2.

Ein Arbeiter, der schon früher an schwerem Diabetes litt, zog sich eine kleine Quetschwunde an einem Finger zu. Am nächsten Tage stellte der Arzt an dieser Stelle ein oberflächliches Panaritium fest. Die Eiterung schritt, äußerlich lokal, weiter unter zunehmender Schläfrigkeit, bis am 9. Tage das Coma offen ausbrach und 2 Tage darauf der Tod erfolgte. Zu entscheiden war die Frage, ob durch den geschilderten Unfall der Ausbruch des Coma verursacht worden war. Nach verschiedenen Gutachten, die z. T. den ursächlichen Zusammenhang bei der Geringfügigkeit des Traumas ablehnten, bejahte das entscheidende Obergutachten die Frage aus folgenden Gründen:

Der an sich leichte Unfall hat durch die anschließende Infektion die schon bestehende schwere Stoffwechselstörung nachteilig beeinflußt; der unmittelbar darauf erfolgte Eintritt der komatösen Erscheinungen beweist, daß Unfall und Infektion das auslösende Moment für diese gebildet haben.

Dr. Rehberg-Rathenow.

Infektion einer Wunde als Betriebsunfall. Hohe Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhanges genügt für die Annahme eines Betriebsunfalles. Rekurs-Entscheidung des bayerischen Landes-Versicherungsamts vom 13. März 1916.

Ein strikter Beweis für die Blutvergiftung und die einige Tage vorher beim Frühstück zugezogene und nicht weiter beachtete Schnittwunde des Daumens ist allerdings nicht erbracht und kann naturgemäß nicht erbracht werden, da die Art und Weise des Eindringens von Eitererregern in den menschlichen Körper der Beobachtung und Feststellung entzogen ist. Es kann sich daher in derartigen Fällen nur um einen Wahrscheinlichkeitsbeweis handeln. Der erkennende Senat ist nur der Anschauung, daß bei einer landwirtschaftlichen Dienstmagd, die vorwiegend mit Stallarbeiten beschäftigt ist, die Wahrscheinlichkeit, daß sie sich der Infektion bei dieser Arbeit zugezogen hat, so groß ist, daß der Beweis — soweit ein solcher überhaupt möglich ist — als erbracht erachtet werden muß.

Besprechungen.

Dr. Emil Kraepelin, Prof. an der Universität in München: **Einführung in die psychiatrische Klinik.** Dritte durchgearbeitete Auflage. Leipzig 1916. Verlag von Johann Ambrosius Barth. 8°; 513 S. Preis: 14 M., geb. 15,50 M.

Verfasser hat auch in der neuen Auflage die bisherige Form der Vorlesungen für den ersten Teil seines Werkes beibehalten und dadurch zum Ausdruck gebracht, daß dieses in erster Linie als Anleitung zur klinischen Betrachtung Geisteskranker für die Studierenden gedacht ist. Gleichwohl wird es aber auch jüngeren wie älteren Aerzten sehr willkommen sein, namentlich nachdem es jetzt eine Umarbeitung und Ergänzung erfahren hat, die über den eigentlichen klinischen Lehrzweck hinausgeht. Nachdem ebenso wie früher die verschiedenen Krankheitsformen in 25 Vorlesungen unter Anführung geeigneter Krankheitsfälle klar und leicht verständlich geschildert sind, folgt ein Abschnitt über die klinischen Formen des Irreseins (Psychosen durch körperliche Schädigungen, sowie infolge innerer Krankheitsvorgänge, psychogene Erkrankungen, konstitutionelle Geistesstörungen und angeborene Krankheitsbilder), an dem sich ein neuer Abschnitt Zustandsbilder und Krankheitsformen anschließt, in dem Verfasser in vorzüglicher Weise die Deutung der häufigsten Erscheinungsformen des Irreseins behandelt. Nicht minder vorzüglich ist der nächste Abschnitt über Krankheitszeichen und Krankenuntersuchung, dem noch vier kürzere Abschnitte folgen, in denen Fragebogen zur Prüfung des Geisteszustandes, Assoziationsversuch, Verstandsprüfung nach Binet-Simon und die wichtigsten für die Psychiatrie in Betracht kommenden Arzneimittel und Behandlungsmaßnahmen besprochen werden. Wer nicht in der Lage ist, sich des Verfassers großes und unübertreffliches Lehrbuch der Psychiatrie anzuschaffen, dem wird in dem vorliegenden Werk ein vortrefflicher, wenn auch nicht gleichwertiger Ersatz geboten, von dem er sicherlich recht viel Nutzen und Anregung für seine Berufstätigkeit haben wird. Rpd.

Dr. H. Th. Soergel, Königl. Bayerischer Hofrat in München: **Jahrbuch des Reichsversicherungsrechts.** Jahrgang 1916. Stuttgart 1917. Verlag von W. Kohlhammer. 8°; 436 S. Preis: geb. 5,70 M.

Das von dem Verfasser in Verbindung mit Geh. Reg.-Rat Dr. Mentzel und Reg.-Rat Dr. Schulz, Mitglieder des Reichsversicherungsamtes, herausgegebene Jahrbuch berichtet im Anschluß an den Gesetzestext in der Form klarer, den Kern der einzelnen Entscheidungen wiedergebender Rechtssätze lückenlos über die im Jahre 1916 veröffentlichte Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes, der Landesversicherungsämter, der Oberversicherungsämter, der Versicherungsanstalten, der Reichsversicherungsanstalt, des Oberschiedsgerichts, der Schiedsgerichte, des Rentenausschusses sowie des Reichsgerichts, der Oberverwaltungs- und der Oberlandesgerichte. Außerdem führt es bei jedem Gesetzesparagraphen die zu ihm im Jahre 1916 erschienenen Zeitschriftenaufsätze an. Es bringt die Rechtsprechung und Rechtslehre aus über 200 Zeitschriften und Entscheidungssammlungen sowie zahlreiche unveröffentlichte Entscheidungen des R.V.A. bis anfangs Dezember.

Der Stoff ist nach den einzelnen §§ der Reichsversicherungsordnung geordnet, außerdem sind aber auch die Verordnungen über die Wochenhilfe während des Krieges und die Angestelltenversicherung in gleicher Weise behandelt. Ein bis ins einzelnste gehendes alphabetisches Schlagwörterverzeichnis ermöglicht auch dem mit dem Gesetzestext nicht vertrauten Benutzer, sich raschen und sicheren Aufschluß über jede Frage zu holen, über die er sich unterrichten möchte. Das gilt auch betreffs der auf dem Gebiete des Versicherungsdienstes tätigen beamteten und nicht beamteten Aerzte, denen sich deshalb das Jahrbuch um so mehr als unentbehrlicher Ratgeber für ihre Sachverständigentätigkeit auf diesem Gebiete erweisen wird, da das alphabetische Schlagwörterverzeichnis nicht bloß die Rechtsprechung der Versicherungsbehörden, sondern sämtliche Aufsätze in den medizinischen Zeitschriften seit dem Inkrafttreten der R.V.A. und des A.V.G berücksichtigt. Das Jahrbuch kann ihnen deshalb warm empfohlen werden. Rpd.

Dr. Fritz Kirstein, Kreisarzt des Stadtkreises Stettin-Ost und Vorsteher des Medizinaluntersuchungsamtes in Stettin: **Leitfaden für Desinfektion in Frage und Antwort.** Achte, wesentlich erweiterte und vermehrte Auflage. Berlin 1916. Verlag von Julius Springer. 12°, 82 S. Preis: gebd. 1,80 M.

Die neue Auflage des mit Recht weit verbreiteten Leitfadens hat namentlich durch die Hinzufügung eines Abschnittes über Vertilgung von Ungeziefer eine wesentliche Erweiterung erfahren, die um so wertvoller ist, als sie z. T. auf eignen Versuchen und deren Ergebnissen beruht. Als Anlage E ist ferner die Schilderung des Ganges der Schlußdesinfektion bei Flockfieber und Rückfallfieber neu hinzugekommen. Durch Anfügung eines alphabetischen Sachverzeichnisses hat sich eine geringe Erweiterung des Umfanges des Leitfadens nicht vermeiden lassen; gegenüber der großen dadurch bedingten Verbesserung des Büchleins fällt dieser jedoch nicht ins Gewicht fällt, zumal die Verlagsbuchhandlung trotz der erheblich gesteigerten Herstellungskosten den Preis nur unbedeutend erhöht hat. Die auch sonst mehrfach verbesserte neue Auflage des Leitfadens wird daher in noch höherem Maße als die früheren nicht bloß bei der Ausbildung von Desinfektoren von Nutzen sein, sondern sich auch als zuverlässiger Ratgeber bei ihrer Tätigkeit bewähren. Rpd.

Tagesnachrichten.

Die **Medizinalabteilung des Kriegsministeriums** ist zunächst für die Kriegsdauer in ein **Sanitäts-Departement** (S. D.) umgewandelt. Mit der Wahrnehmung der Geschäfte des Departementsdirektors ist Generalarzt Dr. Schultzen beauftragt. Das Sanitäts-Departement besteht aus der Sanitäts-Personal-Abteilung (S 1) (Leiter: Oberstabsarzt Dr. Schwiening), der Medizinal-Abteilung (S 2) (Leiter: Oberstabsarzt Dr. Niehues) und der Sanitäts-Fürsorge-Abteilung (Leiter: Generaloberarzt Dr. Thiele). Alle Postsendungen sind für die Kriegsdauer an das Sanitätsdepartement des Kriegsministeriums, nicht an die einzelnen Abteilungen zu richten. Während die Militärverwaltung bisher in der Verdeutschung aller im Dienste üblichen Fremdwörter mit rühmlichem Beispiele vorausgegangen, hat man hier also den gegenteiligen Weg eingeschlagen und ein gutes deutsches Wort „Abteilung“ durch ein französisches „Departement“ ersetzt. Daß eine derartige „Französierung“ in der Jetztzeit noch beliebt wird, sollte man namentlich bei einer deutschen staatlichen Behörde doch nicht für möglich halten!

Nach der soeben bekannt gewordenen Statistik des Kaiserlichen Gesundheitsamts wies die **Säuglingssterblichkeit** in Deutschland fortdauernd günstige Ziffern auf. Auf je 100 Lebendgeborene kamen Sterbefälle im ersten Lebensjahre in deutschen Orten mit 150000 und mehr Einwohnern im Jahre 1913 14,3; 1914 15,5; 1915 14,4; 1916 13,3. Für die 20 deutschen Großstädte mit 200000 Einwohnern und mehr stellen sich die Ziffern noch günstiger. Auf je 100 Lebendgeborene starben während 1914 15,3; 1915 13,9 und 1916 nur 13,0 Kinder im ersten Lebensjahr.

50jähriges Doktorjubiläum. Am 29. Mai d. J. hat der Geh. Ob.-Med.-Rat Dr. **Hauser** in Darmstadt, vortragender Rat im Großh. Hess. Ministerium des Innern, Abteilung für öffentliche Gesundheitspflege, sein 50jähriges Doktorjubiläum gefeiert. Er ist seinem engeren Heimatlande stets treu geblieben. In verhältnismäßig jugendlichem Alter — der Jubilar steht zurzeit im 72. Lebensjahre — hat er den Doktorhut erworben und das ärztliche Staatsexamen bestanden; er ist dann während seiner langjährigen ärztlichen und amtsärztlichen Tätigkeit stets seinem Geburtslande treu geblieben und erst als praktischer Arzt in Vilbel (Oberhessen), später als Kreisarzt in Büdingen (1891) und Bensheim (1896) als Kreisarzt des dortigen Kreisgesundheitsamtes tätig gewesen. Im Jahre 1899 erfolgte seine Ernennung zum vortragenden Rat in der Abteilung für öffentliche Gesundheitspflege im Ministerium des Innern. In dieser maßgebenden Stellung hat er sich durch seine hervorragenden praktische und wissenschafttliche Erfahrungen, durch seine nicht minder große Arbeitskraft und Pflichttreue außerordentliche Verdienste um die Entwicklung und Förderung des öffentlichen Gesundheitswesens des Großherzogtums

Hessen erworben und sich infolge seiner fachmännischen Tüchtigkeit wie seiner großen persönlichen Liebenswürdigkeit allgemeiner Beliebtheit und Hochachtung weit über die engeren Grenzen seines Heimatlandes, insbesondere aber bei seinen ärztlichen und amtsärztlichen Kollegen, die bei ihm stets ein offenes Ohr fanden, erfreut. Dr. Hauser gehört seit mehreren Jahren zu dem Vorstande des Deutschen Medizinalbeamtenvereins, der es nicht verfehlt hat, ihm zu seinem Jubiläum die herzlichsten Glückwünsche zu übersenden. Trotz seines hohen Alters hat er während der ganzen Kriegszeit dank seiner selten geistigen und körperlichen Rüstigkeit seinen schwierigen und verantwortungsvollen Dienst in vollem Umfang versehen. Möge ihm diese körperliche und geistige Frische zur Freude seiner Familie, seines engeren und weiteren Vaterlandes und seiner überaus zahlreichen Freunde noch viele Jahre erhalten bleiben!

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten:[1])

Das Eiserne Kreuz I. Klasse:

Stabsarzt d. Res. u. Reg.-Arzt Dr. Karl Abée-Wetzlar.
Oberstabsarzt d. L. Julius Adam-Hamburg.
Stabsarzt Dr. Braune-Rudolstadt.
Stabsarzt d. Res. u. Reg.-Arzt Dr. Davin-Klettwitz (Reg.-Bez. Frankfurt).
Stabsarzt d. L. Dr. Bruno Glaserfeld-Berlin.
Assistenzarzt d. R. Grise.
Oberstabsarzt Dr. Max Gruner-Dresden.
Stabsarzt d. L. Dr. Kaestner-Gleiwitz (Oberschlesien).
Oberstabsarzt d. Res. Dr. Bernhard Kunze-Freiberg (Königr. Sachsen).
Oberstabsarzt d. L. Dr. Johann Mickley-Berlin.
Stabsarzt d. Res. Prof. Dr. Ranke, Privatdozent in Heidelberg (inzwischen gefallen).
Marinegeneraloberarzt Prof. Dr. Reich-Berlin.
Oberstabs- und Divisionsarzt Dr. v. Staden-Hamburg.
Stabsarzt d. Res. und Regt.-Arzt Dr. Wolter-Köln-Nippes.
Stabsarzt d. Res. Dr. Zauleck-Bremen.

Das Eiserne Kreuz II. Klasse:

Dr. Clarus-München, Kreisarzt in Russisch-Polen.
Stabsarzt d. Res. Dr. Kurtz-Berlin (Wuhlgarten).

Außerdem hat das Eiserne Kreuz II. Klasse erhalten: Fahnenjunker und Unteroffizier Hans Solbrig, zweiter Sohn des Geh. Med.-Rats Dr. Solbrig, Reg.- und Med.-Rat in Königsberg i. Pr.

Ehren-Gedächtnistafel. Für das Vaterland gefallen oder gestorben:

Oberstabsarzt d. L. San.-Rat Dr. Emil Böhmer-Wiesbaden (infolge von Krankheit gestorben).
Batl.-Arzt Dr. H. Dierksen, Abteilungsarzt an der Provinzialheilanstalt in Lengerich (Westfalen).
Stabsarzt d. L. Dr. Gustav Heim-Meschede (Reg.-Bez. Arnsberg) (infolge von Krankheit gestorben).
Feldhilfsarzt H. Henke-Mannheim.
Landsturmpflichtiger Arzt Adolf Jankelowitz-Gera.
Marineoberstabsarzt a. D. Med.-Rat Dr. Jannsen, Keisarzt in Neuwied (infolge von Krankheit gestorben).
Landsturmpflichtiger Arzt Dr. Sigismund Kahn-Eschwege (Reg.-Bez. Kassel) (infolge von Krankheit gestorben).
Stabsarzt d. L. Dr. Heinrich Klose, Privatdozent in Frankfurt a. M.
Stabsarzt d. L. Dr. Bernhard Knaut-Neustettin (infolge von Krankheit gestorben).
Stabsarzt d. Res. Dr. Reinh. Koehne-Frankfurt a. O.

---

[1]) **Berichtigung:** In Nr. 10 der Zeitschrift (S. 315) ist unter „Ehrentafel" Stabsarzt d. Res. Dr. Lemke, Hilfsarbeiter beim Königl. Polizeipräsidium in Berlin irrtümlich als „San.-Rat" bezeichnet; es muß „Med.-Rat" heißen.

Landsturmpflichtiger Arzt Dr. Koester-Gnesen.
Abteilungsarzt Dr. Hans Laubschat-Berlin (infolge von Krankheit gestorben).
Bataillonsarzt Dr. O. Linder-Ochsenhausen (Württemberg).
Oberstabsarzt d. Res. Dr. Ferd. Loewenheim-Nürnberg.
Stabsarzt d. L. Dr. H. Orth-Meißen.
Stabsarzt d. Res. Dr. Otto Pförringer-Hamburg.
Stabsarzt d. Res. Prof. Dr. Ranke, Privatdozent in Heidelberg.
Stabsarzt d. Res. Dr. E. Rauch-Landsberg a. Warthe.
Oberarzt d. Res. Dr. Paul Rumberg-Bochum.
Oberstabsarzt d. L. Dr. Karl Sandner-München (infolge von Krankheit gestorben).
Stabsarzt d. Res. Dr. Albert Schäfer-Geislingen (Württemberg).
Abteilungsarzt Dr. Hugo Schering-Uelzen
Generaloberarzt Dr. Karl Scholz-Sadebeck-Bromberg.
Abteilungsarzt San.-Rat Dr. Schulte am Esch-Herne (Westfalen) (infolge von Krankheit gestorben).
Assistenzarzt d. Res. Dr. Eduard Schultz-Fademrecht-Dirschau.
Oberstabsarzt d. L. San.-Rat Dr. Winkler in Dresden.

Pockenerkrankungen sind im Deutschen Reiche vom 6.—19. Mai 89 und 56 vorgekommen; außerdem sind für die Woche vom 30. April bis 6. Mai noch 31 Fälle nachträglich gemeldet. Im Generalgouvernement Warschau ist nur in der Woche vom 22.—28. April ein Pockenfall unter der Zivilbevölkerung festgestellt.

Fleckfiebererkrankungen sind im Deutschen Reiche vom 6. bis 19. Mai 7 und 6 gemeldet (fast ausschließlich bei Kriegsgefangenen), im Generalgouvernement Warschau vom 22. April bis 5. Mai 664 (89) und 567 (43), sämtlich bei der Zivilbevölkerung.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 22. April bis 5. Mai 1917 erkrankt (gestorben) an Pest, Gelbfieber, Malaria, Fleckfieber, Rückfallfieber, Rotz, Aussatz: — (—), — (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 18 (—), 18 (—); Trichinose: — (—), 11 (—); Tollwut: — (—), 2 (—); Milzbrand: — (—), 1 (1); Pocken: 106 (14), 77 (10); Unterleibstyphus: 133 (22), 132 (5); Ruhr: 65 (19), 115 (19); Diphtherie: 1541 (186), 1555 (112); Scharlach: 576 (33), 559 (25); Kindbettfieber: 60 (17), 58 (11); übertragbare Genickstarre: 16 (11), 13 (3); Körnerkrankheit (erkrankt): 33, 77; Tuberkulose (gestorben): 1374, 1430.

Mitteilung an die Bezieher der Zeitschrift für Medizinalbeamte.

Das Nr. 3 dieser Zeitschrift als Probenummer beigefügte Heft 1 der Zeitschrift für Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege ist vergriffen. Diejenigen Bezieher der Zeitschrift für Medizinalbeamte, die diese Beilage nicht weiter bestellt haben, würden deshalb sowohl den Herausgeber, als die Verlagsbuchhandlung zu grossem Danke verpflichten, wenn sie der letzteren (Fischers medizinische Buchhandlung, H. Kornfeld; Berlin W. 62, Keithstrasse 5) das Heft zur weiteren Verwendung wieder zurücksenden würden.

Die Schriftleitung. Die Verlagsbuchhandlung.

Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

30. Jahrgang; Nr. 12. Ausgegeben am 20. Juni 1917.

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.
Bezugspreis für das Jahr: 15 Mark.

Ausserdem ein besonderes, nur vierteljährlich erscheinendes Beiheft:
Zeitschrift für Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege.
Offizielles Organ der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens.
Bezugspreis für das Jahr: 8 Mark, für die Bezieher der Zeitschrift: 4 Mark.

VERLAG VON FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: Geisdorf & Co., G. m. b. H., Eberswalde (Mark).

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung, Nr. 12, am Schlusse des Heftes.

INHALT.

Original-Mitteilungen.

Eine kleine Pockenepidemie. Von Dr. Petzholdt 341

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin.

Dr. med. u. phil. **Friederich Kanngiesser**: Akute Vergiftung durch Einatmung von Chlor 348

Dr. **Späth**: Erstickung durch einen Fremdkörper in der Luftröhre 350

A. Haberda: Scheinindikationen bei ärztlicher Fruchtabtreibung 351

B. Sachverständigentätigkeit in Unfall-, Invaliditäts- und Krankenversicherungssachen.

Dr. **Auerbach**: Der Nachweis von Simulation von Schwerhörigkeit mittels einfacher Gehörprüfung 352

M. Nonne: Zur Kenntnis und zum Nachweis der traumatischen Arthritis deformans der Wirbelsäule 353

Die infolge einer Fehlgeburt auftretenden Beschwerden sowie die Fehlgeburt selbst sind nicht als Schwangerschaftsbeschwerden im Sinne des § 3 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914, betreffend Wochenbetthilfe während des Krieges anzusehen, wohl aber die einer Fehlgeburt vorausgehenden Beschwerden, falls sie das gewöhnliche Maß nicht überschreiten 354

Aerzte können ihre Ansprüche wegen geleisteter Krankenhilfe aus eigenem Rechte im Feststellungs- oder Spruchverfahren nicht verfolgen 354

Rentenversagung wegen Verweigerung einer angeblich ungefährlichen Operation unterliegt der Nachprüfung der R.V.A. 354

Die Hauptergebnisse der reichsgesetzlichen Unfallversicherung für das Jahr 1915 . 356

C. Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

1. Bekämpfung übertragbarer Krankheiten im allgemeinen.

Dr. **Heinrich Egyedi**: Eine Fehlerquelle der Bakterienbestimmung mittels Agglutination. Widerlegung der praktischen Bedeutung der Paragglutination . . . 357

2. Pocken.

Dr. **Paul**: Ueber die Biologie und Hystologie der spezifischen Epithalveränderungen auf der variolierten Kornea des Kaninchenauges 358

Prof. Dr. **S. von Gerlóczy** und Prof. Dr. **B. Vas**: Ueber den differentialdiagnostischen Wert der Paulschen Variolareaktion 358

Dr. **K. Vorpahl**: Pocken ohne Pockenausschlag 358

Prof. **Jürgens**: Epidemiologische Beobachtungen über Pocken 358

Dr. **H. A. Gins**: Beobachtungen von Pockenfällen in Polen 359

Die Ergebnisse der Schutzpockenimpfungen für das Jahr 1913 359

3. Fleckfieber.

Dr. **P. Przygode**: Bakterielle Befunde im Blut von Fleckfieberkranken 360



Medicinisches Waarenhaus

Aktien-Gesellschaft

Berlin NW. 6, Karlstraße 31.

Centralstelle aller ärztlichen Bedarfsartikel und für Hospitalbedarf.

Neues Instrumentarium

zur Wohnungs-Desinfection

mittels

flüssigen Formalins

nach

Prof. Dr. **O. Roepke.**

Ref. Nr. 7, 1905 der Zeitschrift f. Medizinalbeamte

D. R. G. M. Modell M. W.





Ausführliche Beschreibung steht zu Diensten.

Von den Königlich Preussischen und Königlich Bayerischen Staats-Eisenbahnen eingeführt.

4. Diphtherie.

Dr. **Stefan Sterling**: Eine durch Diphtheriebacillus hervorgerufene eitrige Meningitis 360

5. Ozaena.

Dr. **H. Koenigsfeld**: Bakteriologische Untersuchungen bei Ozaena 361

Dr. **K. Amersbach**: Die ätiologische und therapeutische Bedeutung des Coccobacillus foetidus ozaenae Perez . . . 361

6. Sonstige Krankheiten.

Dr. **K. Schütze**: Beobachtung über Kampfgaserkrankungen 361

7. Desinfektion.

Privatdozent Dr. **E. Teichmann**: Entlausung durch Zyanwasserstoff 362

Besprechungen 362

Tagesnachrichten 366

Beilage:

Rechtsprechung 85

Medizinalgesetzgebung 86

Umschlag:

Personalien.

(Die Personalien befinden sich auf der vorletzten und letzten Seite des Umschlags.)

Desinfektions-Apparate



Spezial-Fabrik:

Deutsche Desinfections-Centrale

Berlin-Weißensee *Lehderstr. 74-79*

Dr. Kahlbaum, Görlitz

Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke

Offene Kuranstalt für Nervenkranke.

Aerztliches Pädagogium für jugendliche Nerven- und Gemütskranke.

Dr. Erlenmeyer'sche Anstalt für Gemüts- u. Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz.

Villenbauten, Zentralheizung, elektr. Licht. Beschäftigung der Kranken in Werkstätten und in der Gärtnerei mit Gemüsebau, Obstkultur, Treibhäusern. Tennisplatz. 14 Morgen grosser Park.

Chefarzt: **Geheimrat Dr. Erlenmeyer.** 1—2 Hilfsärzte

Prospekte durch die Verwaltung.

LECIN

Neutrale Lösung von Eiweiß-Eisen mit organ. geb. Phosphat
Wohlfeiles, **appetitanregendes** Eisenmittel

Lecintabletten

Arsen-Lecintabletten — **Jod-Lecin**tabletten

Tricalcol

Kolloidales
Kalk-Phosphat-Eiweiß

Bewirkt reizlose Zufuhr von **Kalk** und Phosphorsäure.
Besonders für Kinder, Schwangere und Nährende.

Tricalcol-Eiweiss

zur Selbstherstellung von Eiweiss-Milch für Säuglinge.

Proben und Literatur vom Lecinwerk Hannover

Balnacid
für saure Teerbäder
zur Behandlung v. Dermatosen, Ekzemen etc.
Beschreibg. kostenfr. von **Chem. Fbk. Dr. H. Noerdlinger, Flörsheim-Maingau.**

Verlag von Fischers medic. Buchhandlg., H. Kornfeld in Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Die Rassenhygiene

und ihre
wissenschaftlichen Grundlagen
von
Priv.-Doz. Dr. med. **Walter Oettinger**
in Breslau.
Preis: 1.20 M.

20] **Sanatorium**

Elsterberg

— Sächs. Vogtland —

für
Nerven-
Alkohol- u.
Morfiumkranke

Das ganze Jahr geöffnet.
Nur für Angehörige besserer Stände.
Näheres durch
Sanitätsrat **Dr. Römer.**

30. Jahrg. 1917.

Zeitschrift
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Anzeigen nehmen die Verlagshandlung sowie alle Anzeigenannahmestellen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 12. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats. | 20. Juni.

Eine kleine Pockenepidemie.

Von Med.-Rat Dr. **Petzholdt**, Bezirksarzt in Pirna.

Im Spätfrühjahr 1916 wurde mein Bezirk von einer kleinen Pockenepidemie heimgesucht.

Am 25. 4. 1916 ging von einem Arzte die Meldung ein, daß er seit 8 Tagen einen Kranken in Behandlung habe, der ihm pockenverdächtig erscheine. Er schrieb:

„Beginn: hohes Fieber, starkes Kopfweh, Mattigkeit. 3 Tage später: Hautausschlag, masernartig, im Gesicht und an den Händen, vereinzelt auch am übrigen Körper. Seit 3 Tagen zahlreiche, zum Teil konfluierende Pusteln, wässrig eitrigen Inhalts. Fieber jetzt nur um 38°; Schleimhäute miterkrankt. Allgemeinbefinden nicht zu schlecht. Außerdem ist eine Frau seit 23. 4. bereits schwer unter ähnlichen Erscheinungen erkrankt in Behandlung gekommen."

Schon nach dieser Beschreibung konnte an dem Vorliegen von Variola vera nicht gezweifelt werden. Meine sofortige persönliche Erörterung ergab, daß beide Kranken das typische Bild der Variola vera darboten; bei beiden war der ganze Körper mit konfluierenden Pockenpusteln bedeckt. Es handelte sich um einen 40jährigen Tischler Ca. in He. und um eine 60jährige Auszüglerin M. in R. Beide waren bereits am 16. 4.

erkrankt, am 19. 4. trat der Ausschlag auf und seit 20. 4. bezw. 22. 4. hatten sich die Pusteln entwickelt. Beide Kranken wurden sofort dem Krankenhause K. zugeführt, die Häuser für jeden Verkehr gesperrt und sämtliche Personen in den beiden Häusern selbst streng abgesondert; es wurden die vorgeschriebenen Meldungen (Reichsgesundheitsamt, Landesgesundheitsamt, Kreishauptmannschaft, Amtshauptmannschaft, Generalkommando, Garnisonkommando, Vorstand der Lymphanstalt) erstattet, sämtliche in den beiden Häusern seit den letzten Erkrankungen vorübergehend aufhältlich gewesenen Personen unter Beobachtung gestellt und unter diesen eine im gleichen Hause in H. wohnende Frau K. als krankheitsverdächtig festgestellt. Außerdem wurde mit den Ortsbehörden vereinbart, daß die Erkrankungen öffentlich bekannt zu geben seien mit der Mahnung, bei eintretendem Unwohlbefinden sofort ärztliche Hilfe beizuziehen und sich an dem baldigst anzuberaumenden Impftermin impfen zu lassen. Diese Maßnahme war deshalb nötig, weil beide Erkrankungen zweifellos auf eine Ansteckung gelegentlich eines am 9. 4. 1916 erfolgten Todesfall zurückzuführen waren und an der betr. Beerdigung fast alle Glieder beider Gemeinden teilgenommen und das Sterbehaus betreten hatten, mithin die Gefahr weiterer Ansteckungen in hohem Grade vorlag. Es war nämlich in R. am 3. 4. 1916 der Bruder der jetzt erkrankten Auszüglerin, der 50jährige Schmied E., schwer erkrankt und am 9. 4. 1916 unter sehr verdächtigen Erscheinungen verstorben. Die Erkrankung war von den beiden behandelnden Aerzten als Sepsis gedeutet worden; es sollen nur Hämorrhagien, aber keine Pusteln vorhanden gewesen sein. Beide Neuerkrankten waren mit diesem Kranken bezw. dessen Leiche in enge Berührung gekommen. So klar auch die Ansteckungsquelle bei den Neuerkrankten war, so unklar war sie zunächst bei dem Ersterkrankten. Nach den umlaufenden Gerüchten sollte bald Wäsche aus dem Felde nach Hause gesandt worden sein, bald sollte die Erkrankung durch den Genuß des Fleisches eines notgeschlachteten Schweines herrühren; jenes war nicht wahr und dieses unmöglich, zumal das Schwein bereits im Februar geschlachtet worden war. Die größte Wahrscheinlichkeit sprach vielmehr dafür, daß die Pockenerkrankung in ursächlichem Zusammenhange mit den jenseits der österreichischen Grenze in Bo. im März vorgekommenen Pockenfällen stand. Die Möglichkeit lag um so mehr vor, als der verstorbene Schmied E. auch in C. die Schmiede versorgt hatte und dort trotz der bestehenden Grenzsperre noch ein ziemlich reger Grenzverkehr durch Holzfuhrwerke bestanden haben soll. Bei den diesseits der Grenze angestellten Nachforschungen fand sich auch ein zweiter Ansteckungsherd in dem 5 Kilometer von R. entfernten Orte Ba. Dort war bereits am 22. 3. 1916 eine 53jährige Frau M. an einem pustulösen Ausschlag leicht erkrankt gewesen, worauf am 3. 4. 1916 deren 8 Wochen altes Enkelkind gleichfalls an einem Pustelausschlag erkrankt und, ohne daß ein Arzt

zugezogen worden war, am 11. 4. verstorben war. Obwohl die Kindesleiche dem Geistlichen durchaus pockenverdächtig erschien, hatte er bedauerlicherweise eine rechtzeitige Anzeige unterlassen. Erst durch die am 6. 5. in M. festgestellten Pockenfälle, von denen später die Rede sein wird, wurde dieser Ansteckungsherd aufgedeckt und die in Ba. vorgekommenen Erkrankungen als Pockenfälle nachträglich erkannt. Die Ursache der am 22. 3. im Bezirk aufgetretenen Ersterkrankung war also nicht zu ergründen; auch ließ sich die Erkrankung des Schmieds E. in R. auf diese Erkrankung nicht zurückführen. Doch ist nicht ausgeschlossen und sogar zu vermuten, daß die am 22. 3. aufgetretene Ersterkrankung mit den jenseits der Grenze vorgekommenen Pockenfällen im Zusammenhange stand, wenn sich auch der Weg der Ansteckung im einzelnen nicht nachweisen läßt.

Von der Erkrankung des Schmieds E. in R. gingen noch 4 Ansteckungen aus; zunächst erkrankte die am 25. 4. als krankheitsverdächtig in H. festgestellte Tagearbeiterin K. in H. am 27. 4. tatsächlich noch schwer an konfluierenden Pocken, ferner am 25. 4. sehr schwer eine Schwester des Verstorbenen, die 59jährige Wirtschaftsbesitzersehefrau St. in Ro., weiter am gleichen Tage leicht die 26jährige Fabrikarbeiterin M. in L., die Tochter der Leichenfrau, und endlich am 29. 4. ebenfalls nur leicht eine andere Schwester des Verstorbenen, die 48jährige Gastwirtschaftsbesitzerin K. in Hel. In allen Fällen wurden die Kranken sofort dem Krankenhause zugeführt, die betr. Häuser gesperrt, die Angehörigen im Hause streng abgesondert und alle Personen, die sonst in Berührung mit den Kranken gekommen waren, unter Beobachtung gestellt; außerdem wurden ausgiebig Impfungen vorgenommen.

Die Hoffnung, daß mit der Unterbringung der Kranken im Krankenhause der weiteren Verbreitung der Krankheit Einhalt getan sei, bewahrheitete sich leider nicht; es ging vielmehr vom Krankenhause K., wohin die drei Kranken aus R., H. und Ro. gebracht worden waren, eine Anzahl Ansteckungen aus. Das Krankenhaus in K. verfügt zwar über neugebaute und gut eingerichtete Absonderungsräume, aber, da es nur klein ist, nur über eine Schwester und eine Hilfspflegerin. Es war deshalb nicht sofort eine ausschließliche Pflegerin für die Pockenkranken vorhanden, so daß wenigstens für die ersten Tage die Schwester und die Hilfspflegerin sowohl im Haupthause, als auch im Absonderungsabteil Dienst taten. Selbstverständlich wurde ihnen die peinlichste Vorsicht (gründliche Desinfektion vor dem Verlassen des Absonderungsabteils, Bad usw.) zur Pflicht gemacht. Immerhin mögen im Trubel der Geschäfte doch Versehen vorgekommen sein oder schon bei der Einlieferung der Kranken nicht die nötige Vorsicht geherrscht haben; Tatsache ist es, daß von den im Krankenhause untergebrachten Personen weitere Ansteckungen ausgingen. Zunächst erkrankte am 12. 5. eine wegen geistiger Erkrankung in einem Absonde-

rungszimmer verpflegte 45jährige Frau Kl. und dann zu gleicher Zeit eine im Krankenhaus beschäftigte 31jährige Näherin W., beide ganz leicht. Außerdem erkrankte eine im Krankenhause beschäftigt gewesene Waschfrau, die 48jährige Frau B., an einigen Eiterpusteln und wurde vorsichtshalber auch im Krankenhause untergebracht; der Verlauf und die schnelle Abheilung der Pusteln hat jedoch den Pockenverdacht nicht bestätigt. Aber auch außerhalb des Krankenhauses und ohne daß eine Verbindung mit dem Krankenhause ersichtlich war, traten in K. drei, allerdings nur ganz leichte Pockenerkrankungen auf und zwar am 13. 5. bei dem 42jährigen Packer Sch., am 17. 5. bei dem 50jährigen Maurer R. und am 23. 5. bei dem 1jährigen Kinde M. Außerdem ist ein wegen tuberkulöser Gelenkentzündung im Krankenhaus verpflegter Kranker, der 75jährige Maurer G., unentdeckt seit 12. 5. trotz ärztlicher Behandlung und Ueberwachung an leichter Variolois erkrankt gewesen und hat, bevor die Variolois festgestellt wurde (25. 5.), zu weiterer Kranhheitsübertragung Veranlassung gegeben. Es erkrankte nämlich nicht nur am 4. 6. sein Sohn, der blinde 49jährige Korbmacher G. in Kl., der seinen Vater öfters besucht hatte, sondern auch am 27. 5. eine 50jährige Arbeiterin F. in Sch., die mehrfach im Krankenhause K. gewesen war. Diese beiden Fälle waren mittelschwer. Leider verursachte der letzte Fall — der Arzt war sehr spät zugezogen und deshalb die Erkrankung erst spät (5. 6.) festgestellt worden — zwei weitere, zum Glück nur leichte Ansteckungen in Sch., am 13. 6. die der 24jährigen Tochter und am 16. 6. die der 55jährigen Arbeiterin R. Zu erwähnen ist noch, daß ein im Krankenhause seit 18. 5. verpflegter Epileptiker, der 45jährige Tagearbeiter L., Mitte Juni an einem Ausschlag erkrankte, den der Arzt zunächst als Bromacne ansah, der mir aber bei meiner Besichtigung am 17. 6. doch verdächtig erschien, obgleich die bereits am 9. 6. vorgenommene Impfung vollen Erfolg gehabt hatte. Der weitere Verlauf hat jedoch nicht mit Sicherheit ergeben, ob es sich bei diesem Kranken um Variolois gehandelt hat oder nicht. Ich vermute das erstere trotz der erfolgreichen Impfung. Auch ist noch zu bemerken, daß 4 Personen, die mit den Pockenkranken in Berührung gekommen waren, — der Arzt, die Krankenschwester, die Hilfspflegerin und der Polizeiwachtmeister — vorübergehend fieberhaft kränkelten, ohne daß pockenverdächtige Erscheinungen auftraten. Natürlich waren sie alle sofort beim ersten Fall geimpft worden.

Es handelte sich also bei diesem Teil der Pockenepidemie (A) insgesamt um 17 festgestellte Erkrankungen, die erwähnten Verdachtsfälle nicht mit eingerechnet. Von ihnen endeten 4 tödlich. Diese 4 Personen waren 41, 50, 59 und 60 Jahre alt und seit ihrer Kindheit nicht wieder geimpft. Die Erkrankten verteilten sich auf 8 Ortschaften; 6 in K., 3 in Sch., je 2 in R. und H. und je 1 in Ro., L., He. und Kl.

Viel leichter verlief der andere Teil (B) der Epidemie, der

von der oben erwähnten am 22. 3. aufgetretenen Erkrankung in Ba. ausging. Bereits am 30. 4. kam mir gerüchtweise zu Ohren, daß in Ma. seit längerer Zeit eine Frau pockenverdächtig erkrankt sei. Der sofort befragte, behandelnde Arzt erklärte aber die Erkrankung als gänzlich unverdächtig; deshalb sah ich von persönlicher Erörterung ab. Diese wurde aber am 6. 5. nötig, da der Arzt bei einer anderen Frau Pockenverdacht hegte. Ich stellte nun fest, daß in M. nicht weniger als 4 Pockenfälle vorlagen. Die 32jährige Maurersfrau E., die in dem von Pocken befallenen Hause in Ba. als Butterfrau verkehrt hatte, war bereits am 9. 4. erkrankt und stand seit 10. 4. in ärztlicher Behandlung; der Arzt hatte aber den bestehenden Ausschlag als eine ungefährliche Hautkrankheit angesehen und die Kranke nach Ablauf der ersten fieberhaften Tage wieder ausgehen lassen. Am 6. 5. zeigte sich noch ein ausgeprägter, über den ganzen Körper verbreiteter in Abheilung begriffener Variolois-Ausschlag. Diese Frau hatte nun im Dorfe frei verkehrt und dabei nicht nur ihre Schwester, die 30jährige Waldarbeitersfrau K. — erkrankt 29. 4., ärztlich behandelt seit 30. 4. — sondern jedenfalls auch ein 1jähriges Kind M., das ich nur als Leiche sah, sowie die neuerkrankte 35jährige Arbeitersfrau U. angesteckt, die bereits seit 8. 3. wegen nervöser Beschwerden in dauernder ärztlicher Behandlung gestanden hatte und seit angeblich 22. 4. fieberhaft, aber erst vom 2. 5. ab an Ausschlag erkrankt war. Während die Frau K. nur ganz leicht an Variolois erkrankt und nach 7 Tagen in Genesung begriffen war, lag bei der Frau U. ein mittelschwerer Fall von konfluierenden Pocken vor. Frau U. kam sofort ins Krankenhaus P., dagegen wurden die beiden Frauen E. und K. in einem Hause mit den übrigen Bewohnern streng abgesondert, außerdem alle Personen in den 4 befallenen Häusern geimpft und unter Beobachtung gestellt sowie ein öffentlicher Impftermin anberaumt. Nach der ganzen Sachlage mußte befürchtet werden, daß in Ma. eine größere Anzahl Erkrankungen auftreten würden; dies ist aber nicht geschehen; nur zwei leichte Variolois-Erkrankungen folgten noch, die des 33jährigen Kutschers F. am 22. 5. und die der 44jährigen Waldarbeitersfrau W. am 28. 5.

Es handelt sich also bei diesem zweiten Teil der Pockenepidemie insgesamt um 8 Erkrankungen mit 2 Todesfällen, die nur zwei überhaupt noch nicht geimpfte und ärztlich nicht behandelte Kinder betrafen. Befallen waren 2 Ortschaften (Ba. mit 2, Ma. mit 6 Erkrankungen).

Von sämtlichen 25 Erkrankungen waren 6 schwer, 3 mittelschwer und 16 leicht. Nur einmal trat eine Nachkrankheit (Hornhautentzündung) auf. Tödlich verliefen, wie bereits erwähnt, 6 Fälle.

Die Epidemie gab zu mancherlei interessanten Erwägungen und Beobachtungen Anlaß: Zunächst ist unverkennbar, daß die richtige Deutung der Ersterkrankungen seitens der Aerzte völlig im Stich gelassen hat und somit das Allerwichtigste bei

der Seuchenbekämpfung. Es soll und kann dies ohne jeden Vorwurf gegen die Aerzte und ihr Können gesagt werden; es wird dadurch verständlich, daß die Mehrzahl der Aerzte infolge der außerordentlichen Seltenheit der Pocken niemals in ihrem Leben Gelegenheit haben, einen Pockenkranken zu sehen. Immerhin ist die Meldung des zweiten Falls im Epidemieabschnitt A entschieden viel zu spät erfolgt, da nach der Pustelentwicklung im Falle C. in H. bei den sonstigen Erscheinungen überhaupt kein Zweifel an der variolösen Natur der Erkrankung bestehen konnte. Ob im Epidemienabschnitt B der Ausschlag im ersten ärztlich gesehenen Falle auch nicht wenigstens teilweise typisch und erkennbar gewesen ist, läßt sich nicht sagen, wenn ich es auch nach dem Bilde, das sich mir am 6. 5. noch darbot, vermute. An und für sich wäre auch das Gegenteil möglich; denn die Epidemie hat gezeigt — und das ist das zweite, was hervorzuheben ist —, daß in leichten Fällen von Variolois, in denen keine oder nur ganz geringfügige Nebenerscheinungen und öfters nur ein aus einigen wenigen Effloreszenzen vorhandener Ausschlag bestehen, die Entscheidung äußerst schwierig sein kann, ob es sich wirklich um Variolois handelt oder nicht. Das habe ich nicht nur in verschiedenen ganz leichten Fällen und besonders bei einer ganzen Reihe Verdachtsfällen durchgekostet, sondern hieraus erklärt es sich auch allein, daß im Krankheitsfalle des Epileptikers L., von dem oben die Rede war, bis zuletzt Unklarheit darüber bestand, ob es nur eine Bromacne oder auch ein Varioloisausschlag war, und daß dem Arzte und der Pflegerin im Falle G. im Krankenhause K. trotz der regelmäßigen Behandlung das Bestehen eines Variolois-Ausschlags entgangen war. Das Fehlen eines sicheren Unterscheidungsmittels machte sich öfters recht unangenehm bemerkbar. Nach den Veröffentlichungen von Paul-Wien und denen von Gins-Berlin in der D. med. W. 1916 Nr. 37 — vergl. Z. f. M. 1916 S. 613 — scheint ja ein solches nunmehr gefunden zu sein; bei der vorliegenden Epidemie konnte ich es aber noch nicht benutzen. Auch fragt es sich, ob es nicht in den Fällen versagt, in denen es kaum zu ausgebildeter Pustelentwicklung kommt. Ich versuchte nach dem Rate des Vorstandes der Lymphanstalt dadurch Klarheit zu schaffen, daß ich die Schutzpockenimpfung zu Hilfe nahm. Aber — und dies ist ein weiteres interessantes Ergebnis der Epidemie — ich beobachtete, daß außer in den Fällen unsicherer Wirkung der Impfung sich mehrfach auch dann typische Impfpocken entwickelten, wenn nachträglich eine zweifelsfreie Variolois auftrat. So war es im Falle F. in Sch., wo die am 6. 6. stattgefundene Impfung vollen Erfolg gehabt hatte und trotzdem am 13. 6. eine zweifellose Variolois sich entwickelte, ferner im Verdachtsfalle des Epileptikers L. in K., wo trotz völlig erfolgreicher Impfung sehr verdächtige Pusteln bestanden, endlich auch im Falle R. in Sch., die am 13. 6. mit Erfolg geimpft war und am 19. 6. an Variolois erkrankte. Die Schwierigkeit bezw. selbst die Unmöglichkeit,

in solchen ganz leichten Fällen eine sichere Entscheidung zu treffen, ist deshalb recht bedeutungsvoll, weil trotz der Geringfügigkeit der Erkrankung auch von solchen Fällen, wie die Epidemie gezeigt hat, weitere Ansteckungen ausgehen können und zwar keineswegs leichte. Dies lehren die Krankheitsfälle G. in Kl. und F. in Sch. im Epidemieabschnitt A und der mittelschwere Fall U. in M. im Epidemieabschnitt B. Darin liegt vielleicht auch die Erklärung für das Zustandekommen der Epidemie überhaupt und die Ursache der sie veranlassenden Erkrankungen. Nach den gemachten Beobachtungen kann ich gar nicht an der Möglichkeit zweifeln, daß solche leichte Fälle sehr oft unentdeckt bleiben und gerade dadurch für die Umgebung verhängnisvoll werden. Dabei wirkt vermutlich noch der weitere Umstand mit, daß die Abheilung außerordentlich langsam vor sich geht und die Bestimmung des Zeitpunkts, wann der Kranke entlassen werden darf, durchaus nicht leicht ist. Wenigstens gingen meine und des behandelnden Arztes Ansichten darüber manchmal auseinander. Ich glaube, daß man in dieser Beziehung nicht vorsichtig genug sein kann. Die Abheilung erforderte selbst in den leichtesten, ganz unbedeutenden Erkrankungen mindestens 3 Wochen, meist aber 4 bis 5 Wochen, in den schweren Fällen aber 8 und 9 Wochen, auch wenn keine Nachkrankheiten aufgetreten sind.

In anderer Hinsicht hat die Epidemie zu anscheinend entgegengesetzten und doch miteinander recht gut zu vereinbarenden Beobachtungen Anlaß gegeben, d. i. bezüglich der Uebertragbarkeit des Pockengifts. Im Epidemieabschnitt A zeigt sich diese sehr groß, da trotz größter Vorsicht in K. durch die dorthin übergeführten Kranken eine kleine Epidemie entstand, dagegen klein im Epidemieabschnitt B, da dort die befürchtete größere Erkrankungsziffer ausblieb, obgleich eine nicht als solche erkannte Pockenkranke voll in den freien Verkehr getreten war. Ebenso auffallend ist es, daß in den Gemeinden R. H. und Ro. trotz der großen Ansteckungsgelegenheit gelegentlich des Begräbnisses G. in R. nicht zahlreiche Erkrankungen aufgetreten sind. Der Grund liegt auf der Hand: Entscheidend und ausschlaggebend ist eben allein der mehr oder weniger gute Impfzustand des Einzelnen. An und für sich ist die Uebertragbarkeit bei Pocken sehr groß — in England glaubt man selbst an die Möglichkeit einer Uebertragung durch die Luft von Haus zu Haus —, aber die Macht der Gefahr wird durch den Impfschutz völlig gebrochen. So lange dieser wirksam ist, ist von einer Ansteckungsgefahr keine Rede; andernfalls ist sie so groß, daß auch leichte Berührung mit leichten Fällen Ansteckung und selbst schwerere auslösen kann. Die Wirksamkeit des Impfschutzes zeigt nun auch diese Epidemie in vortrefflicher Weise. Von den Kindern, die am ehesten durch Ansteckung gefährdet sind, wurden nur 3 im ersten Lebensalter stehende, befallen, die überhaupt noch nicht geimpft waren, 2 davon starben. Die jüngste erkrankte erwachsene Person war

24 Jahre alt, 5 Personen standen im Alter von 26—31 Jahren; diese 6 Erwachsenen erkrankten sämtlich nur leicht. Eine 34jährige Kranke war schwerer befallen. Von den 14 Erkrankten, die über 40—60 Jahre alt waren, waren 4 sehr schwer erkrankt und starben, eine nur mittelschwer. Der älteste Kranke war 74 Jahre, aber nur ganz leicht erkrankt. Die letzte Impfung lag bei allen Erwachsenen sehr weit zurück, mindestens 12 Jahre, und bestand in der Wiederimpfung im 12. Lebensjahre; wiederholt wiedergeimpft war nur ein einziger, doch war diese Impfung bereits vor 22 Jahren erfolgt. Auch daß nur 6 Männer unter den 22 erkrankten Erwachsenen sich befanden, spricht für die Wirksamkeit des Impfschutzes, weil eine große Anzahl Männer während ihrer Militärdienstzeit eine zweite Wiederimpfung erfahren und so besser gegen Pockenansteckung geschützt sind als die Frauen. Man wird auch nach den Erfahrungen dieser Epidemie der Ansicht des Dr. Gins — vergl. D. med. W. 1916 Nr. 38 und Z. f. M. 1916, S. 614 — nur beipflichten können, daß eine Wiederimpfung der Erwachsenen um das 40. Jahr wünschenswert und geeignet erscheint, die Mehrzahl der Pockenfälle bei älteren Erwachsenen zu vermeiden. Wäre diese Wiederimpfung Erwachsener bereits eingeführt gewesen, so wäre die besprochene Epidemie voraussichtlich von Todesfällen verschont geblieben, vielleicht sogar ganz verhütet worden.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin.

Akute Vergiftung durch Einatmung von Chlor. Aus dem Neugriechischen von Dr. med. und phil. Friederich Kanngießer in Braunfels.

Ueber dieses Thema finden sich ausführliche Berichte in den nachgenannten Büchern: R. von Jaksch: Die Vergiftungen; 1910, S. 80; H. Kionka: in Penzoldt und Stintzing: Handbuch der gesamten Therapie; 1909, S. 402; A. J. Kunkel: Handbuch der Toxikologie; 1899, I. S. 366; R. Kobert: Lehrbuch der Intoxikationen; 1906, II. S. 171; L. Lewin: Traité de Toxicologie; 1903, S. 128. A. Wynther Blyth: Poisons; 1895, S. 71 und Th. Weyl: Handbuch der Arbeiterkrankheiten; 1908, S. 197. Außerdem beschäftigt sich mit diesem Gegenstand unter der Rubrik „Militärmedizin" ein Bericht in der griechischen ärztlichen Zeitschrift Jatriki Pro odos; 1915, S. 404, der einem Aufsatz in der Presse médicale vom 15. Juli 1915 entnommen ist, der von den Aerzten Dujarrie de la Rivière, J. Leclercq und Fernand Lévy herrührt. In diesem Bericht heißt es: „Am 23. April 1915 wurden den Militärkliniken von Calais 112 französische Soldaten zugeführt, die an demselben Tage der Einwirkung erothischer und erstickender Gase ausgesetzt waren, die die Deutschen aus großen Röhren oder durch explodierende Bomben wie Nebel gegen die französischen Linien losgelassen hatten. Die Gase waren gelblich-grüne Dämpfe, die von günstigem Wind vorgetrieben waren, sich nicht viel über den Erdboden erhebend die französischen Linien überschwemmt hatten und den durchdringenden Geruch des Chlors zeigten. Die in den ersten Linien sich aufhaltenden französischen Soldaten wurden vor diesem unerwarteten chemischen Angriff aus Mangel an Luft gezwungen, ihre Stellungen zu verlassen und in die zweite Linie zu flüchten. Einige waren so plötzlich von einer foudroyanten Asphyxie überrascht, daß sie sich nicht mehr vom Platz bewegen konnten und den Tod fanden, nachdem sie reichlich Blut ausgespieen hatten. Die sich rettenden Soldaten kamen keuchend und halberstickt in der zweiten Linie an und waren nicht imstande, die Feinde abzuwehren, die

Gasschutzmasken trugen und die zurückweichenden Franzosen verfolgten. Die subjektiven Symptome der Vergifteten waren folgende: Zu Beginn starkes Stechen in den Augen, in der Nase und im Kehlkopf, sowie unaufhörliches Husten; dann kam ein Gefühl von Kompression des Thorax hinzu, ferner Luftmangel, als ob sie ersticken wollten, heftige Schmerzen im Larynx und in der Luftröhre. Die Kranken hatten ein Gefühl, als ob es in ihrer Brust brenne. Dieser Reizhusten wurde rasch schlimmer; bald färbte sich auch der reichliche Auswurf mit viel oder wenig Blut. Gleichzeitig trübte sich die Denkkraft der Kranken, die sich matt und müde fühlten. Die schwerer Erkrankten hatten sogar Blutharnen. Als sie das Lazarett betraten, hielten die meisten ihr Gesicht niedergeschlagen, ihre Augen tränten, die Lider waren geshwollen; einige zeigten auch eine Reizung der Bindehaut. Die Mitte ihrer Wangen und die Ohren waren bis violett gerötet, die Lippen blau, das Gesicht hippokratisch. Die fast asphyktischen Kranken wurden von qualvollem Krampfhusten gepeinigt und preßten beim Husten die Brust mit ihren Händen zusammen, weil sie heftigen Schmerz in den Brustmuskeln oder in den Pleuren empfanden. Der Husten förderte reichlich schaumiges, rosafarbenes, zuweilen blutiges Sputum heraus. Die Sprache war schwierig und abgehackt. Es bestand ein gewisser Grad von Somnolenz, Verfall und allgemeiner Schwäche.

Die Untersuchung der Kranken ergab Entzündung der Schleimhäute der Luftwege; bei einigen war die Zunge trocken und belegt. Der Perkussionsbefund war im allgemeinen normal; nur bei einzelnen allerdings wurde hier und da eine leichte Schalldämpfung beobachtet; die Vibrationen waren meist etwas vermehrt. Bei der Auskultation wurden teils laut pfeifende Rasselgeräusche, teils feinere Ronchi gehört; da und dort geradezu knarrende Geräusche. Die verschiedenen Geräusche machten im großen ganzen den Eindruck der Recamierschen „Sturmtöne". Kurzum, die Untersuchung der Lungen offenbarte eine Entzündung über das ganze Atmungssystem bis in die Bronchioli hinein. Das Sputum war reichlich, klebrig, sehr lufthaltig, kaum eitrig, aber stets mehr oder minder stark blutig tingiert. Der Puls war rasch, aber sonst normal und voll, der Blutdruck gesteigert. Temperatur: zwischen 37 und 38°, zuweilen aber bis zu 39 oder 39,5 gesteigert. Bei den meisten Kranken Magenbeschwerden mit Appetitlosigkeit und Gefühl von Beklemmung in Speiseröhre und Magen. Das Berühren der Magengegend war ziemlich schmerzhaft. Häufig behielten die Kranken einige Tage lang fast keine Speise bei sich und brachen Speisereste oder Galle, einige auch etwas Blut. Der Darm funktionierte meist normal; nur einige hatten während vieler Tage Durchfall. Bei anderen wurde die Leber geschwollen und schmerzhaft befunden, insbesondere war die Gallenblase empfindlich; diese Kranken hatten auch eine etwas ikterisch-anämische Farbe der Haut und Schleimhäute. Mehr als die Hälfte der Kranken hatten Kreuzschmerzen, die meisten ließen nur wenig Harn, der konzentriert und dunkel war. Die Nieren waren bei Berührung nicht besonders schmerzhaft. Die Krankheitserscheinungen entwickelten sich bei den derart vergifteten Soldaten je nach Individuum und Stärke der Vergiftung verschieden. Etwa 80% von ihnen wurden schnell wieder gesund. Der Reiz in den oberen Luftwegen mäßigte sich rasch; Auswurf und Urin nahmen wieder normales Aussehen an; auch das Allgemeinbefinden besserte sich innerhalb weniger Tage. Bei 12 Kranken herrschten die Symptome von seiten der Lunge vor, nahmen aber keinen beunruhigenden Charakter an; sie boten die Zeichen einer allgemeinen Bronchitis mit deutlich eitrigem Auswurf dar, Temperatur zwischen 37 und 38° acht bis zehn Tage lang, wurden aber schließlich wieder gesund. Fünf Kranke zeigten wenige Tage, nachdem sie ins Lazarett kamen, die Symptome einer Bronchopneumonie. Die Atemnot wurde stärker, das Fieber stieg allmählich auf über 39°; der Husten wurde häufiger. Bei der Auskultation wurden außer den Zeichen der Bronchitis auch Herde mit feinen, trocknen, knirschenden Geräuschen festgestellt, um die herum das Atemgeräusch tief und weich war. Diese Erscheinungen von seiten der Lungen dauerten zehn bis zwölf Tage an; aber auch alle diese Kranken genasen. Bei zwei Fällen wurde echte Pneumonie beobachtet: vollständige Schalldämpfung über die ganze eine Lunge und eine plötzliche Temperatursteigerung auf 39 bis 40°. Bei der Auskultation feines Knirschen und an einzelnen Stellen der betr. Pleura Reibegeräusche; Sputum klebrig und charakteristisch rostfarben. Der eine der

beiden Kranken genas wie die anderen, der zweite zeigte aber bald die Zeichen der Herzschwäche und starb nach 7 Tagen im Kollaps. Die Autopsie zeigte die allgemeinen Zeichen der Vergiftung durch erethische Gase, d. h. starke Hyperämie der Atmungsorgane, starke Injektion der Gefäße des Verdauungstraktes, vollständige Degeneration der Leber, der Milz und der Nieren; außerdem die Veränderungen der Pneumonie an der ganzen rechten Lunge mit teilweiser Gangrän ihrer Basis. Der Tod ist also auf Pneumonie und Lungengangrän infolge Einatmung giftiger Gase zurückzuführen. Zur Vervollständigung des Berichts der beobachteten Pneumoniefälle werden noch drei Fälle von Lungengangrän erwähnt, die unter dem Bild der Pneumonie verliefen. Die Symptome dieser Fälle wurden als solche zwischen dem 6. und 8. Tag seit Beginn der Erkrankung manifest. An verschiedenen Stellen des Thorax hörte man feuchte kavernöse Ronchi, bis dahin aber hatten die Symptome allgemeiner Bronchitis fast gänzlich gefehlt. Das Sputum wurde abundant und hatte einen eigentümlich widerlichen Geruch, die Temperatur schwankte stark. Andere Fälle verliefen unter dem Bilde des hämolytischen Ikterus. Zwei dieser Kranken zeigten eine besonders stark vergrößerte und auf Druck schmerzhafte Leber; auch die Milz war vergrößert. Haut und Schleimhäute waren anämisch-ikterisch verfärbt. Der Harn hatte etwas Albumen und reichlich rote Blutkörperchen. Der eine dieser Kranken starb an Pneumonie, der andere war bei Erstattung des Berichts noch in Behandlung und, wenn auch anämisch, jedoch bei relativ gutem Befinden.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die asphyktischen Phänomene bei den Soldaten drei verschiedene klinische Bilder darboten: 1. Das Bild der plötzlichen, perakuten, foudroyanten Asphyxie, deren wesentlichste Symptome nach den von einigen Soldaten gemachten Mitteilungen waren: Zyanose des Gesichts, Schaum auf den Lippen und Kaltwerden der peripheren Teile; 2. das Bild des akuten asphykischen Anfalls, der plötzlich nach vielen Tagen bei einem Individuum auftritt, das bis dahin nur leicht vergiftet schien; 3. das Bild der chronischen Asphyxie. Das vorherrschendste Syptom der Vergiftung bilden die bronchopneumonischen Erscheinungen.

Bei der Vergiftung handelte es sich zweifellos um Benutzung von Chlorgas; man hatte auch an Brom gedacht; Brom gibt es aber fast nur in flüssigem Zustand und könnte daher nur in Bomben verwandt werden.[1]) Die deutschen Soldaten trugen zum Schutz gegen die Wirkung der giftigen Gase Masken, die sowohl Nase, wie Mund schützten. Alsbald traf auch die französische Militärbehörde alle prophylaktischen Maßnahmen und beschaffte für die Soldaten eine einfache und praktische Schutzmaske. Sie besteht aus einem kleinen rechtwinkligen Säckchen (viereckigen Tuch? K.) aus vielen Schichten von dünner Gaze, die in glyzerinhaltiger Lösung von unterschwefligsaurem Natron eingetaucht sind. In den vier Ecken dieses Tuches sind Bänder angebracht, mit denen die Maske dem Gesicht vorgebunden wird, indem je zwei der Bänder hinter die Ohren und am Nacken zusammengeknüpft werden. Sofort, wenn Gefahr in Verzug ist, benetzt der Soldat diese Schutzkompresse mit Wasser und befestigt sie vor Mund und Nase. Er kann es dann ohne Furcht in der Stickatmosphäre aushalten; denn die Chlorgase werden in jener befeuchteten, mit unterschwefligsaurer Natronlösung imprägnierten Kompresse gebunden und die Giftwirkung des Chlors auf diese Weise neutralisiert."

Erstickung durch einen Fremdkörper in der Luftröhre. Von Med.-Rat Dr. Späth, Oberamtsarzt in Eßlingen. Württembergisches Korrespondenzblatt; 1917, Nr. 21.

Der Stiefsohn eines Landwirts war plötzlich gestorben; da die Aussagen des Vaters zweifelhaft waren, vermutete der Leichenschauer eine nicht natürliche Todesursache. Die darauf gerichtsseitig veranlaßte Leichenöffnung ergab

---

[1]) Vgl. hierzu Th. Paul (Münch. med. Wochenschrift; 1917, S. 167): „Die von einem feindlichen Flieger über M. abgeworfenen Bomben entwickelten im wesentlichen sog. nitrose Gase und Dämpfe von Nitrobenzol." Vgl. ferner den Aufsatz von L. Lewin (ebenda; 1915, S. 465) über Vergiftung durch kohlenoxydhaltige Explosionsgase aus Geschossen. (K.)

außer einer Blutbeule an der rechten Stirnseite zahlreiche punktförmige und inselförmige Blutunterlaufungen (Petechien) auf dem Brustfell und größere derartige Blutunterlaufungen auf dem parietalen Blatt des Herzbeutels, stärkere Injizierung der Schleimhaut beider Bronchien, beide Lungen blutreich und an der Gabelstelle der Luftröhre einen metallenen Druckknopf, der den Tod durch Erstickung verursacht hatte. Nach dem Ergebnis der Ermittelungen war der Knabe plötzlich auf dem Heimwege in einen mit Eis bedeckten Straßengraben gefallen und hatte sich hierbei die Blutbeule an der Stirn ohne schwere Verletzung des Schädels und des Gehirns zugezogen. Wahrscheinlich war dadurch eine vorübergehende Bewußtlosigkeit hervorgerufen, in dieser der Druckknopf, den der Verstorbene im Mund gehabt haben mußte, in die Luftwege aspiriert und dadurch die Erstickung eingetreten. Rpd.

Schelindikationen bei ärztlicher Fruchtabtreibung. Von A. Haberda. Vortrag, gehalten am 8. Mai 1917 in der geburtshilflichen gynäkol. Gesellschaft in Wien. Wiener klin. Wochenschrift; 1917, Nr. 20.

Bis zum Jahre 1905 standen in Wien nur einige wenige Aerzte in dem Rufe als Abtreiber; seitdem ist die Zahl der im Publikum und bei Gericht als solche bekannten Aerzte eine größere geworden. Obwohl meist nur Fälle mit unglücklichem Ausgang zur Kenntnis der Behörden kommen, ist die Zahl der gerichtlichen Untersuchungen gewachsen. Solche Unglücksfälle sind: Perforationen der Gebärmutter, Verletzungen der Bauchorgane, besonders des Darms mit zangenförmigen Instrumenten; beobachtet sind Todesfälle an Verblutung, nach mißglückter Abtreibung in der Wohnung des Arztes, an Sepsis durch gasbildende Bakterien in dem Falle, in dem die Operation auf einem Küchentisch geschah.

Unter den Aerzten sind nicht bloß praktische Aerzte beteiligt, bei denen solche Verletzungen besonders dann vorkommen, wenn sie ohne genügende Assistenz im Sprechzimmer oder in einer Privatwohnung operieren, sondern auch geschulte Frauenärzte, unter denen es ebenfalls vereinzelte gewerbsmäßige Fruchtabtreiber gibt und denen die Fälle durch praktische Aerzte und Hebammen zugeführt werden, die einen Teil des Honorars bekommen. Als Vorwand für die Ausführung der Operation dient oft eine Blutung, die angeblich bestanden haben soll, oder von den Hebammen künstlich erzeugt wurde. Fruchtabtreibungen durch Aerzte geschehen meist an Schwangeren, die reich sind, oder deren Schwängerer zahlungsfähig sind, da für die Aerzte in solchen Fällen der Gelderwerb ausschließlich in Betracht kommt. Unbemittelte wenden sich der höheren Kosten wegen meist an Hebammen oder andere Fruchtabtreiberinnen. Oft ist bei zweifelhafter Indikation die Besorgnis beim Arzte maßgebend, daß schließlich ein anderer Arzt den Abort einleiten und das Honorar verdienen könnte.

Gelegentlich wurden unberechtigte Abtreibungen auch von ehrenhaften Aerzten aus lauteren Motiven vorgenommen. Die jüngere Aerztegeneration ist manchmal zu leicht geneigt, Schwangerschaften zu beseitigen, die von den Müttern schadlos ausgetragen werden könnten. So wird die Gefahr der Tuberkulose vielfach überschätzt; aber auch in Fällen leichter Erkrankung der Mutter ist unverantwortlicherweise künstliche Fehlgeburt eingeleitet worden.

Den Gerichten gelingt es selten, die den ärztlichen Stand schändenden Fruchtabtreiber der Strafe zuzuführen. Während des Krieges ist die Achtung vor der Medizin und ihren Vertretern infolge der großen Erfolge der vorbeugenden und heilenden Tätigkeit der Aerzte in erfreulicher Weise gestiegen. Diese Achtung vor unserem Stande sollte durch die verächtliche Tätigkeit einzelner nicht verringert werden dürfen. Haberda hat im Jahre 1916 im österreichischen Ministerium des Innern als radikales Mittel vorgeschlagen: Die Wahl des Konsiliarius darf dem Hausarzt und der Partei in Fällen, in den künstliche Fehlgeburt in Frage kommt, nicht freistehen. Geburtshelfer, Interne und Psychiater sind vom Staate für eine bestimmte Zahl von Jahren zu diesem Zwecke zu ernennen; ihre Zuziehung ist als obligatorisch zu erklären.

Dr. Mayer-Simmern.

B. Sachverständigentätigkeit in Unfall- und Invaliditäts- und Krankenversicherungssachen.

Der Nachweis von Simulation von Schwerhörigkeit mittels einfacher Gehörprüfung. Von Dr. Auerbach, Ohrenarzt in Detmold. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 52.

Der Grundunterschied der Simulanten vom Schwerhörigen beruht darin, daß der wirklich Schwerhörige stets das Bestreben hat, sein Leiden zu verdecken, während der Simulant sich bemüht, die vorgebliche Schwerhörigkeit nach Möglichkeit hervortreten zu lassen. Bei diesem Bestreben zeigen sich im besonderen folgende Züge:

1. Eine gewisse Darstellungssucht und Mitteilsamkeit der Simulanten über Einzelheiten ihres angeblichen Leidens (Aeußerungen wie „Wenn Sie so leise sprechen, verstehe ich nichts" — „Lauter" eine Aufforderung, die man bei einem Schwerhörigen niemals zu hören bekommt).

2. Verspätete und verlängerte Horchbewegungen. Schwerhörige drehen bisweilen den Kopf unwillkürlich zum Untersucher kurz um, um schnell noch die Lippenbewegung mit den Augen zu erhaschen; dabei erfolgt aber die Kopfbewegung blitzartig, spätestens sofort nach dem Verklingen des Prüfungswortes. Der Simulant fängt gewöhnlich sehr viel später mit den Horchbewegungen an und setzt sie vor allem fort, nachdem längst nichts mehr vorgesprochen wird; immer noch dringt er mit dem Kopf näher und reckt den Hals oft unter Verzerrungen des Gesichtes, obwohl gar keine Veranlassung vorliegt, das Gehör durch diese Hilfsmittel zu verbessern. Dieses Zeichen, durch das der Simulant die Schwerhörigkeit zu dokumentieren glaubt, ist sehr häufig, sicher und leicht zu erkennen.

3. Richtiges Nachsprechen des Prüfungswortes erst nach vielfacher Wiederholung. Spricht man dieselbe Zahl in gleicher Stärke möglichst bei etwas zunehmender Entfernung oft hintereinander vor, so pflegt der Schwerhörige zu schweigen oder er sagt: „Ich höre es wohl, verstehe es aber nicht," oder er spricht schließlich zögernd und meist doch noch falsch nach, weil bei ihm auch die häufige Wiederholung meist nicht genügt, um das Kombinationsvermögen soweit zu verbessern, daß das Wort verstanden wird, zumal wenn man bei den Wiederholungen die Entfernung langsam vergrößert. Der Simulant glaubt, daß in einem solchen Fall das Kombinationsvermögen verbessert wird, und spricht häufig nach mehrfacher Wiederholung richtig trotz nicht verstärkter Stimme und vergrößerter Entfernung. Wiederholt sich solches öfter, so besteht dringender Verdacht der Simulation.

4. Akustische Unähnlichkeit der nachgesprochenen Zahlen. Beim Schwerhörigen klingt das nachgesprochene Wort dem vorgesprochenen stets ähnlich durch verwandte Klangelemente, daher Verwechslung von 13 und 30, 33 und 32, 14 und 40 usw. Beim Simulanten hat das Nachgesprochene bisweilen einen ganz unähnlichen Klangcharakter, z. B. 17 statt 28, 83 statt 13 usw. Bei Verwechslung von Worten tiefer Tonlage (8, 5, 9, 100) mit solchen hoher Tonlage (4, 6, 7, 10, 14, 44, 74) liegt der Verdacht auf Simulation besonders nahe.

5. Stumme Artikulationsbewegungen. Simulanten, besonders wenig schlaue Personen, sprechen gar nicht selten die vorgesprochenen Zahlen stumm nach, so daß man diese von den Lippen ablesen kann. Ist das Zeichen da, so ist es sehr sicher und wertvoll.

6. Laute Umgangssprache, jedoch mit natürlichem Tonfall. Schwerhörige sprechen infolge Fortfalls der Kontrolle durch das Gehör lauter als normal und eigentümlich monoton ohne sinngemäße Betonungen, Hebungen und Senkungen der Stimme. Bei Simulanten, die das nachzuahmen versuchen, klingt die Sprache nur laut ohne charakteristische Monotonie; sie behält den natürlichen Tonfall.

7. Widerspruchsvolle Prüfungsergebnisse. Als allgemeine Regel gilt, daß das Gehör bei der Prüfung bedeutend schlechter erscheint, als bei der Unterhaltung, da im letzteren Fall die Aufmerksamkeit abgelenkt wird und der Untersuchte infolgedessen leicht seine Rolle zu spielen vergißt. Bei vorliegendem Verdacht läßt man in die Prüfung unvermittelt Fragen über Alter, Dauer des Leidens in der üblichen Entfernung von $^1/_2$—1 m einfließen.

Oder man erteilt am besten bei abgewandtem Gesicht und aus größerer Entfernung plötzlich und unerwartet den Befehl, aufzustehen oder hinauszugehen. Es handelt sich hier darum, ein auffallendes Mißverhältnis zwischen Hörvermögen für Umgangssprache und Flüstersprache festzustellen. Als Durchschnittmaß für die Beurteilung diene die Beobachtung, daß Umgangssprache in 3- bis 5facher Entfernung der Flüstersprache vernommen wird. Wer also z. B. in 3 m Entfernung Fragen prompt beantwortet, muß Flüstersprache durchschnittlich in mindestens 60 cm Entfernung verstehen; Abweichungen sind je nach Klangcharakter möglich. Ueberhaupt gehört zum Nachweis dieses Zeichens viel Uebung und Erfahrung.

In allen schwierigeren Fällen soll man länger und intensiv untersuchen, auch durch Stimmgabelversuche, um die Untersuchten dadurch zu ermüden und abzulenken. Fachärztliche Untersuchung, besonders fachärztliche Anstaltsbeobachtung können notwendig werden, ohne in allen Fällen restlose Aufklärung zu bringen. Es gibt bisher keine Methode, bei einem Simulanten das wahre Gehörvermögen nachzuweisen. Fast immer muß man sich mit der Feststellung der Tatsache, daß Vortäuschung vorliegt, begnügen.

Dr. Roepke-Melsungen.

Zur Kenntnis und zum Nachweis der traumatischen Arthritis deformans der Wirbelsäule. Von M. Nonne-Hamburg-Eppendorf. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1917, Nr. 5.

Häufig sind die Fälle, in denen eine mehr oder weniger erhebliche Verletzung des Rückens einen Komplex von Klagen schafft und Arbeitsunfähigkeit angegeben wird. In der großen Mehrzahl dieser Fälle bleibt ein objektiver Anhalt aus und bei dem ausschließlichen Vorhandensein subjektiver Angaben überläßt man dem Röntgenverfahren die Entscheidung, ob ein anatomisch nachweisbares Leiden der Wirbelsäule vorliegt. Die Diagnose „Simulation" wird dann in den Gutachten der beamteten Aerzte oft gefunden, während die Chirurgen meist dazu neigen, krankhafte Prozesse an der Wirbelsäule trotz negativen Röntgenbefundes für möglich zu halten.

In der Regel verlaufen die Fälle so, daß die anfänglich hohe Rente allmählich herabgesetzt wird, wobei fast stets der ganze Instanzenweg durchlaufen wird.

Kümmell hatte in der Zeit vor Einführung der Röntgenuntersuchung ein Symptombild beschrieben, das charakterisch genug zu sein schien, um mit Recht in einer gewissen Anzahl von Fällen eine anatomische Veränderung von Wirbelkörpern anzunehmen (Schmerzen an der Stelle der Gewalteinwirkung, danach ein Stadium der Besserung mit Arbeitsmöglichkeit, schließlich Entwicklung eines Gibbus und Arbeitsunfähigkeit). Als anatomische Grundlage dieses klinischen Krankheitsbildes nahm Kümmell eine varifizierende Ostitis an. Nachdem die Röntgenuntersuchungen eingeführt waren, hat Kümmell selbst seine Auffassung modifiziert und zwar dahin, daß er in den meisten Fällen Fissuren und kleine Frakturen der Wirbelkörper annimmt.

Auch seit der Aera der Röntgenuntersuchung ist es keineswegs immer möglich, eine Differentialdiagnose zwischen funktionellen, traumatischen und einen durch organische Erkrankung der Wirbelsäule bedingten Rückenschmerz zu stellen. Nach Kocher liegt dies daran, daß die organische Erkrankung zuweilen primär in der Zwischenwirbelscheibe lokalisiert ist, was durch das Röntgenverfahren nicht nachzuweisen ist.

Verfasser führt einen solchen Fall aus der Praxis an. Ein junger Arbeiter war auf den Rücken gefallen, ohne Zeichen von Commotio cerebri u. dergl. Die Schmerzen im Rücken blieben bestehen; nahmen dann noch zu und schließlich entwickelte sich ein eben bemerkbarer Gibbus. Das Röntgenbild ergab normalen Befund. Bei einer neuen Röntgenuntersuchung ergab sich eine minimale Verschmälerung zwischen 2. und 3. Lendenwirbel, die später sich als erheblich herausstellte; auch hatte sich bei einer späteren Untersuchung eine Spangenbildung zwischen beiden Wirbelkörpern ausgebildet.

Dieser Fall lehrt, daß man bei Verdacht auf eine organische Erkrankung und normaler Beschaffenheit der knöchernen Gebilde der Wirbelsäule auf das Verhalten der Zwischenwirbelsäule achten soll. Der Fall bestätigt sogleich die Richtigkeit der Annahme, daß die Arthritis deformans der Wirbelsäule keine

primäre Erkrankung der Knochen und Gelenke darstellt, sondern von einer primären Erkrankung der Zwischenwirbelsäule ausgeht. Erst nach wiederholten Röntgenuntersuchungen, aus denen die Intaktheit der Zwischenwirbelscheibe hervorgeht, darf man die Diagnose auf „funktionell" stellen.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Die infolge einer Fehlgeburt auftretenden Beschwerden sowie die Fehlgeburt selbst sind nicht als Schwangerschaftsbeschwerden im Sinne des § 8 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914, betreffend Wochenbetthilfe während des Krieges anzusehen, wohl aber die einer Fehlgeburt vorausgehenden Beschwerden, falls sie das gewöhnliche Maß nicht überschreiten. Revisions-Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts vom 18. September 1916. Amtliche Nachrichten des Reichs-Versicherungsamts; 1916. S. 742.

Die Fehlgeburt ist nicht ein physiologisches (der natürlichen Entwicklung entsprechendes), sondern ein auf anormalem (regelwidrigem) Verlauf der Schwangerschaft beruhendes pathologisches (krankheitsbehaftetes) Ereignis, das in der Regel nicht unter dem Schutz der Wochenhilfe fällt, sondern je nach Lage des Falles als Krankheit unter die Regelleistungen der Krankenhilfe gehört. Wer an diesen Regelleistungen keinen Anteil hat, genießt für solchen Fall versicherungsrechtlichen Schutz nicht. Auch Literatur und Rechtsprechung sehen überwiegend derartige ungewöhnliche Beschwerden als Krankheitszustand an, der in den Regelleistungen der Krankenversicherung seinen Schutz hat, während als Schwangerschaftsbeschwerden im Sinne der Vorschriften der Reichsversicherungsordnung (§ 199, Nr. 3) nur die das übliche Maß nicht überschreitenden Beschwerden gelten. Es liegt nahe, diese Auslegung des Begriffs Schwangerschaftsbeschwerden auch für die Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914, betr. Wochenhilfe während des Krieges gelten zu lassen. Im vorliegenden Falle bedarf es jedoch einer ausdrücklichen Entscheidung hierüber nicht, da die Beschwerden der Klägerin, die zur Herbeiziehung des Arztes führten, jedenfalls nicht als Schwangerschaftsbeschwerden im Sinne des § 8 dieser Bekanntmachung angesehen werden konnten.

Aerzte können ihre Ansprüche wegen geleisteter Krankenhilfe aus eigenem Rechte im Feststellungs- oder Spruchverfahren nicht verfolgen. Revisions-Entscheidung des Bayer. Landesversicherungsamtes vom 28. Juni 1916.

Den Anspruch auf Krankenhilfe (§ 182 Nr. 1 R.V.O.), der Gegenstand des Streites bildet, kann im Feststellungsverfahren nur der Versicherte selbst gegen die Kasse erheben. Der Arzt, der die Hilfe geleistet hat, kann aus eigenem Recht und Feststellungsverfahren eine Vergütung für seine Tätigkeit von der Kasse nicht verlangen. Ob er zur Verfolgung des Anspruchs im Fesstellungsverfahren berechtigt ist, wenn der Versicherte ihm den Anspruch an die Kasse abgetreten hat, kann dahingestellt bleiben; denn der Anspruch ist in diesem Falle nicht abgetreten, sondern der Versicherte hat sogar erklärt, daß er sich dem Antrage des Klägers nicht anschließe.

Rentenversagung wegen Verweigerung einer angeblich ungefährlichen Operation unterliegt der Nachprüfung des R.V.A. Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 25. Oktober 1916.

. . . . . Ob ein Verletzter zur Duldung einer Operation im Einzelfalle verpflichtet ist oder nicht, ist eine von den Umständen des Falles abhängige Tatfrage, die häufig sehr schwierig zu entscheiden und regelmäßig für die Beteiligten von der größten Bedeutung ist. Gerade in dieser Streitfrage, die rechtlich und wirtschaftlich von großer Tragweite ist, würde das Oberversicherungsamt letztentscheidende Instanz geworden sein, wenn eine Nachprüfung durch das R.V.A. ausgeschlossen wäre. Dieses kann nicht im Willen des Gesetzgebers gelegen haben. Die sämtlichen Einzelvorschriften des § 1700 der R.V.O. lassen unzweifelhaft erkennen, daß die Beschränkung des Rechtsmittelzugs und damit der Nachprüfung durch das Rekursgericht lediglich in Streitfragen von mehr oder weniger untergeordneter Bedeutung erfolgen soll.

Schon diese Erwägung zwingt zu der Annahme, daß durch den Ausschluß des Rekurses für die Fälle der Krankenbehandlung dem R.V.A. für das nach § 606 eingeleitete Rentenversagungverfahren die Nachprüfung der Frage nicht hat entzogen werden sollen, ob ein Verletzter an sich zur Duldung der von der Berufsgenossenschaft angeordneten Operation verpflichtet ist. Diese Auffassung findet aber auch in der Vorschrift des § 606 selbst eine Stütze, daß der Verletzte eine Anordnung, die das Heilverfahren betrifft, dann nicht zu befolgen braucht, wenn er einen gesetzlichen oder sonst triftigen Grund zur Weigerung geltend machen kann; ob dies zutrifft oder nicht, hat das Rekursgericht zu entscheiden. Als ein solcher Grund ist schon unter der Herrschaft des Gewerbe-Unfall-Versicherungs-Gesetzes die Einweisung in eine Heilanstalt zum Zwecke von Maßnahmen angesehen worden, zu deren Duldung der Verletzte an sich nicht verpflichtet ist. Nach altem Rechte wäre der Kläger nicht verpflichtet gewesen, die von der Beklagten angeordnete Operation an sich vornehmen zu lassen, denn das R.V.A. hat in ständiger Rechtsprechung daran festgehalten, daß die Unfallverletzten zwar zur Duldung solcher Heilmaßnahmen und solcher Eingriffe verpflichtet seien, die eine ordnungsmäßige Wundbehandlung erst ermöglichen, nicht dagegen zur Duldung von Operationen, die — mögen sie zum eigentlichen Heilverfahren gehören oder zur Erhöhung der Erwerbsfähigkeit bestimmt sein — in den Bestand oder die Unversehrtheit des Körpers eingreifen oder nicht ohne Lebensgefahr vorgenommen werden können. In den Vorentscheidungen ist ausgeführt worden, daß einem Verletzten die Freiheit, über Leben und Gesundheit zu verfügen, auf jeden Fall gewahrt bleiben müsse. Als Operation in diesem Sinne werden insbesondere alle Eingriffe angesehen, die nicht ohne Chloroformierung und damit nicht ohne Lebensgefahr erfolgen können. Ausschlaggebend war dabei die Erwägung, daß es für einen gewissenhaften Sachverständigen nicht möglich sei, eine solche Operation für völlig gefahrlos zu erklären.

In dem vorliegenden Falle hat das R.V.A. einen hinreichenden Nachweis dafür, daß die Ausmeißelung der auf den Knochen führenden Fistel ohne Allgemeinnarkose erfolgen kann und nach ärztlichen Regeln auch allgemein vorgenommen zu werden pflegt, nicht als erbracht angesehen. Denn selbst die ärztlichen Sachverständigen haben diese Frage für den vorliegenden Fall wenigstens anfänglich verneint. Da jedenfalls nicht einwandfrei feststeht, daß eine Chloroformierung des Klägers nicht erforderlich ist, wäre er nach dem Gewerbe-Unfall-Versicherungs-Gesetze nicht verpflichtet gewesen, sich der ihm zugemuteten Operation zu unterziehen. An dem früheren Rechtszustande hat durch die Reichsversicherungsordnung nichts geändert werden sollen, wie sich aus den Kommissionsverhandlungen einwandfrei ergibt. Der Antrag eines Abgeordneten, dem Verletzten die Verpflichtung zur Duldung auch tiefgreifender Eingriffe aufzuerlegen, sofern sie nur nach allgemeiner ärztlicher Erfahrung mit Lebensgefahr nicht verbunden sind, ist unter ausdrücklicher Billigung der Praxis des R.V.A. und mit der Begründung abgelehnt worden, daß die bisherige Rechtsprechung einen billigen Ausgleich zwischen den Interessen der Berufsgenossenschaften und der Verletzten schaffe, indem bei derartigen nachträglichen Eingriffen nach Abschluß des eigentlichen Heilverfahrens die Weigerung des Verletzten als berechtigt anerkannt worden sei. Der Kläger ist daher auch nach der Reichsversicherungsordnung zur Duldung der von der Beklagten angeordneten Operation nicht verpflichtet. Diese Rechtsprechung steht übrigens jedenfalls in vorliegender Sache mit der des Reichsgerichts über die Duldungspflicht von Operationen nicht in Widerspruch. Denn auch das Reichsgericht hat in der Entscheidung des 3. Zivilsenats vom 27. Juni 1913 (Entscheidungen des Reichsgerichts in Zivilsachen Band 83 Seite 15 f.) entschieden, daß alle Operationen, die im Gegensatze zu der bloßen örtlichen Unempfindlichmachung eine Chloroformnarkose erfordern, einem Verletzten nicht zugemutet werden können, weil bei ihnen ein tödlicher Ausgang nicht ohne weiteres von der Hand zu weisen sei; das Reichsgericht hat sogar ausdrücklich darauf hingewiesen, daß dies auch der Rechtsprechung des R.V.A. entspreche. Diese Berechtigung, eigentliche Operationen abzulehnen, bildet, wie das R.V.A. in einer Rekursentscheidung vom 15. Juni 1916 ausgesprochen hat, ein unantastbares persönliches Recht. Es kann daher dem Verletzten auch im Wege

richterlicher Entscheidung nicht geschmälert werden. Der Verletzte muß es der Berufsgenossenschaft gegenüber sogar dann noch geltend machen können, wenn das Oberversicherungsamt im Verfahren nach § 603 als letztinstanzliches Gericht die Verpflichtung des Verletzten zur Duldung einer Operation zu Unrecht anerkannt hat. Ungeachtet der formellen Rechtskraft der Entscheidung des Oberversicherungsamts kann daher auch in solchen Fällen der Verletzte das ihm gesetzlich gewährleistete Recht, die Operation zu verweigern, noch bis zu ihrer tatsächlichen Vornahme, also auch noch in dem Verfahren nach § 606 der R.V.O. in der Rekursinstanz geltend machen. (Kompaß; 1917, Nr. 3.)

Die Hauptergebnisse der reichsgesetzlichen Unfallversicherung für das Jahr 1915.

Das vom Reichsversicherungsamt nach § 721 der Reichsversicherungsordnung aufgestellte Nachweis der gesamten Rechnungsergebnisse der Träger der Unfallversicherung für das Jahr 1915 erstreckt sich auf 117 Berufsgenossenschaften (68 gewerbliche und 49 landwirtschaftliche), auf 569 Ausführungsbehörden (191 staatliche und 378 gemeindliche) und auf 14 Zweiganstalten, von denen 12 den Baugewerksberufsgenossenschaften, 1 der Tiefbauberufsgenossenschaft und 1 der Seeberufsgenossenschaft angegliedert sind. Von den Versicherungsträgern unterlagen:

a. der Gewerbeunfallversicherung (§§ 537 bis 914 der Reichsversicherungsordnung) 67 Berufsgenossenschaften mit 787 399 Betrieben und durchschnittlich 7 465 881 Versicherten oder 6 665 042 Vollarbeitern, 123 staatliche Ausführungsbehörden mit durchschnittlich 889 678 Versicherten oder 850 836 Vollarbeitern, 378 Ausführungsbehörden von Gemeindeverbänden und Gemeinden mit durchschnittlich 94 095 Versicherten oder 63 575 Vollarbeitern sowie 13 Zweiganstalten mit 36 586 Vollarbeitern;

b. der landwirtschaftlichen Unfallversicherung (§§ 915 bis 1045 der Reichsversicherungsordnung): 49 Berufsgenossenschaften mit 5 485 800 Betrieben und durchschnittlich 17 403 000 Versicherten sowie 55 staatliche Ausführungsbehörden mit durchschnittlich 209 811 Versicherten oder 58 618 Vollarbeitern,

c. der Seeunfallversicherung (§§ 1046 bis 1225 der Reichs-Versicherungsordnung): 1 Berufsgenossenschaft mit 1679 Betrieben und durchschnittlich 81 457 Versicherten oder 27 062 Vollarbeitern, 13 staatliche Ausführungsbehörden mit durchschnittlich 659 Versicherten oder 631 Vollarbeitern sowie 1 Zweiganstalt.

Die Zahl der versicherten Personen stellt sich bei den Berufsgenossenschaften zusammen durchschnittlich auf 24 950 338. Hierzu treten für die 569 Ausführungsbehörden 1 194 243 Versicherte, so daß im Jahre 1915 bei den Berufsgenossenschaften und Ausführungsbehörden zusammen 26 144 581 Personen gegen die Folgen von Betriebsunfällen versichert gewesen sind. In dieser Zahl erscheinen aber etwa 3,3 Millionen Personen doppelt, die gleichzeitig in gewerblichen und landwirtschaftlichen Betrieben beschäftigt und versichert waren.

An Entschädigungsbeträgen (ohne die Kosten der Fürsorge für Verletzte innerhalb der gesetzlichen Wartezeit) haben die Verletzten und deren Angehörige im Jahre 1915 von den Berufsgenossenschaften 156 816 452,64 M. (gegen 161 476 256,35 M. im Vorjahre), von den Ausführungsbehörden 14 988 394,54 M. (gegen 14 533 074,50 M. im Vorjahr), von den Zweiganstalten der Baugewerksberufsgenossenschaften, der Tiefbau- und der Seeberufsgenossenschaft 1 690 920,74 M. (gegen 1 779 432,68 M. im Vorjahr), zusammen 173 495 767,92 M. (gegen 177 788 763,53 M. im Vorjahr) erhalten. Davon wurden 87 119,69 M. den Verletzten und ihren Angehörigen für die Zeit nach dem Ablauf der gesetzlichen Wartezeit von den Berufsgenossenschaften usw. freiwillig gewährt.

Rechnet man zu dem Betrage von 173 495 767,92 M. die als Kosten der Fürsorge innerhalb der gesetzlichen Wartezeit gezahlten 657 312,06 M. hinzu, so entfallen auf jeden Tag im Jahre 1915 rund 477 132 M., die den Verletzten oder ihren Hinterbliebenen und Angehörigen zugute gekommen sind.

Die Anzahl der neuen Unfälle, für die im Jahre 1915 zum

ersten Male Entschädigungen gezahlt wurden, belief sich auf 96227 gegen 124086 im Vorjahre. Hiervon hatten 8969 den Tod und 644 eine mutmaßlich dauernde völlige Erwerbsunfähigkeit der Verletzten zur Folge. An 17258 Hinterbliebene Getöteter wurde im Geschäftsjahre zum ersten Male eine Rente gezahlt. Darunter befinden sich 5808 Witwen (Witwer), 11122 Kinder (Enkel) und 328 Verwandte der aufsteigenden Linie. Die Anzahl sämtlicher angemeldeten Unfälle betrug 592504.

Auf 1000 Vollarbeiter-Unfälle entfielen 7,20 gegen 7,80 im Vorjahre. Der Durchschnitt wurde überschritten in der Knappschaftsberufsgenossenschaft (15,60), Steinbruchsberufsgenossenschaft (14,77), Eisen- und Stahlindustrie (8,37), Metallindustrie (9,80), Ziegeleiberufsgenossenschaft (10,95), Holzindustrie (10,77), Müllereiberufsgenossenschaft (16,44), Zuckerberufsgenossenschaft (9,30), Brauerei- und Mälzereiberufsgenossenschaft (9,96), im Bauwesen (10,55), in der Straßen- und Kleinbahnberufsgenossenschaft (10,17), Lagereiberufsgenossenschaft (7,63), Fuhrwerksberufsgenossenschaft (16,82), Binnenschiffahrt (14,06), Tiefbauberufsgenossenschaft (14,17), Versicherungsgenossenschaft der Privatfahrzeug- und Reittierbesitzer (7,48) und in den Staatsbetrieben für Schiffahrt, Baggerei, Flößerei usw. (8,27).

Als Gesamtausgabe sind von den gewerblichen Berufsgenossenschaften (nach Abzug der von den Zweiganstalten der Baugewerksberufsgenossenschaften und der Tiefbauberufsgenossenschaft erstatteten Pauschbeträge) 154820201,01 M. (gegen 161882564,67 M. im Vorjahre) und von den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften 42600539,28 M. (gegen 43597815,69 M. im Vorjahr), zusammen **197420740,29 M.** gezahlt. Hiervon entfallen auf Entschädigungen einschließlich der Fürsorge für Verletzte innerhalb der gesetzlichen Wartezeit 157463879,40 M.

Die laufenden Verwaltungskosten betragen bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften 13771845,77 M. (gegen 14032833,46 M. im Vorjahre) oder 1,82 (1,48) M. auf 1 Versicherten, bei den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften 4748899,02 M. (gegen 4730580 M. im Vorjahre) oder 0,27 (0,27) M. auf 1 Versicherten.

Die Bestände der bis zum Schlusse des Geschäftsjahres angesammelten Rücklage der Berufsgenossenschaften betrugen zusammen **354304489,83 M.** Die Zweiganstalten haben eine Rücklage von zusammen 1701409,27 M. An sonstigem Vermögen einschließlich der noch ausstehenden Beiträge und Prämien werden für die Berufsgenossenschaften 217867767,30 M., für die Zweiganstalten 18887306,20 M. nachgewiesen.

C. Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

1. Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten im allgemeinen.

Eine Fehlerquelle der Bakterienbestimmung mittels Agglutination. Widerlegung der praktischen Bedeutung der Paragglutination. Von Dr. Heinrich Egyedi. Aus dem Militärlaboratorium des Militär-General-Gouvernements in Lublin. Leiter: Oberarzt Dr. J. Celarek. Wiener klinische Wochenschrift; 1917, Nr. 21.

Bei der Bakteriologie der Kriegsseuchen hat die Agglutination durch schnelle und einfache Ausführbarkeit so große Dienste geleistet, daß es dringend wünschenswert wäre, genau abzugrenzen, bis zu welchem Grade die Reaktion als spezifisch zu betrachten, wo und wie aber Irrtümer entstehen können. Bei der orientierenden Agglutination erweisen sich nun oft Bakterienkolonien durch Ruhrsera agglutinabel, in Fällen, in denen eine Zugehörigkeit zur Dysenteriegruppe von vornherein ausgeschlossen ist. Durch die hohe Beeinflussung der normalen Pferdesera und durch theoretische Erwägungen gelangte der Autor zu der Annahme, dieselben Stämme im Pferdedarm wiederfinden zu können. Es führte auch in der Tat die Untersuchung der Pferdestühle zu dem Ergebnis, daß Bakterien, die von Faezes gezüchtet durch hohe Agglutination pathogene Stämme vortäuschen, als gewöhnlich vorkommende Saprophyten im Pferdemist aufgefunden wurden. Die Bedeutung, die die Autoren dem Auffinden der hoch agglutinierenden Stämme im Faezes von Menschen zuschreiben (Paragglutination, Pathogenität) ist deshalb teilweise oder gänzlich unrichig, weil dieselben nur durch die veränderten Darmverhältnisse angereicherte Saprophyten des Pferdedarmes darstellen.

Es handelt sich nicht um durch Infektion zustande gekommene, spezifisch veränderte Saprophyten, sondern es sind im unveränderten Zustande im Darm angereicherte, paradox agglutinierende Pferdestämme. Bei Untersuchung auf Dysenterie kommt den Stämmen eine ernste, irreführende Bedeutung zu; so kann auch bei eingehender Bearbeitung ein solch saprophytischer Pferdestamm als Flexner oder Y angesehen werden. Auch bei der Diagnostik des Paratyphus könnte ein Irrtum zustande kommen. Dr. Mayern-Simmern.

2. Pocken.

Ueber die Biologie und Histologie der spezifischen Epithelveränderungen auf der variolierten Cornea des Kaninchenauges. Von Reg.-Rat Dr. Paul-Wien. Sonderabdruck aus Bericht über die XL. Versammlung der Ophthalmol-Gesellschaft in Heidelberg 1916.

Nachdem Verfasser an zahlreichen Versuchen die Konstanz der von ihm schon mehrfach beschriebenen Erscheinungen und den streng pathognomischen Charakter der spezifischen Epithelveränderung vorgeprüft hatte, legte er bei dem Ausbau der Methode das Schwergewicht auf die Analyse des anatomischen Gesamtbildes der makroskopisch in Erscheinung tretenden Veränderungen. Dadurch wurden jedoch Gang und Zweck der Untersuchung auf ganz andere Grundlagen gestellt, als bei der sonst bisher üblichen Methode, die sich nur in der Suche nach Guarnierischen Körperchen erschöpfte. Ihre praktische Brauchbarkeit und Verläßlichkeit hat die Paulsche Untersuchungsmethode als sanitätspolizeilicher Behelf in Preußen und in Oesterreich-Ungarn in vielen hunderten von Fällen bereits erwiesen; sie bedarf bei ihrer relativen Neuheit nur noch der kritischen Prüfung ihrer wissenschaftlichen Grundlagen. Dr. Wolf-Hanau.

Ueber den differentialdiagnostischen Wert der Paulschen Variolareaktion. Von Prof. Dr. S. von Gerlóczy und Prof. Dr. B. Vas. Aus dem St. Ladislaus-Spital und dem bakteriologischen Institut der Haupt- und Residenzstadt Budapest. Berliner klinische Wochenschrift; 1917, Nr. 16.

Die Paulsche Reaktion, bestehend in charakteristischen Veränderungen der mit dem Variolavirus inakulierten Kaninchenhornhaut, ist nach den angestellten Versuchen bei positivem Ausfall beweisend für Variola, während der negative Ausfall das Bestehen von Pocken nicht ausschließt.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Pocken ohne Pockenausschlag. Von Dr. K. Vorpahl. Aus der inneren Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses zu Lübeck, Prof. Dr. G. Deycke. Berliner klinische Wochenschrift; 1917, Nr. 13.

Pocken ohne Pockenausschlag sind hier und da beobachtet und beschrieben worden, gewiß aber sehr selten. Verfasser berichtet über sieben derartige Fälle, die im Anschluß an einen besonders infektiösen Pockenfall bei Rekonvaleszenten nach Diphtherie, bei einem Arzt und bei einer Schwester sich ereigneten. Die Aetiologie und der Fieberverlauf ließen den Verfasser nicht im Zweifel, daß es sich hier tatsächlich um Pocken handelte. Die mit negativem Erfolg vorgenommene Kuhpockenimpfung nach der Entfieberung gilt dem Verfasser als ein weiterer Beweis seiner Diagnose.

Für die Praxis ist jedenfalls das Vorkommen von Pocken ohne Ausschlag von großer Bedeutung. Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Epidemiologische Beobachtungen über Pocken. Von Prof. Dr. Jürgens. Berliner klinische Wochenschrift; 1917, Nr. 14.

Verfasser berichtet über eine Epidemie unter deutschen Rückwanderern aus Wolhynien. Die Wolhynier sind in ihrer Heimat in der Kindheit gut durchgeimpft, nach 10 Jahren aber nicht wiedergeimpft. Während der letzten Zeit sind sie 1–2 mal schutzgeimpft worden. Die Epidemie betraf 110 Fälle aus 68 Familien mit 345 Personen. Von den Erkrankten waren 93 geimpft worden. Der Charakter dieser Erkrankung war aber ein sehr leichter; viele von ihnen wurden gar nicht krank angesehen. Vereinzelt (in 14 Fällen) kamen aber auch schwere Erkrankungen unter den Geimpften vor. Von 17 Fällen unter Nichtgeimpften waren 12 schwer. Mehrfach kamen Pocken bei solchen

Personen vor, die die Pocken bereits überstanden hatten und deutliche Zeichen davon an sich trugen. Daß es sich um echte Pocken handelte, wurde experimentell durch die Reaktion an der Kaninchenhornhaut bewiesen. Auch ließ sich dies durch die Verimpfung des Inhalts einer zweifelhaften Pustel auf eine gesunde Hautstelle des Kranken feststellen.

Die Eigentümlichkeit der Pocken besteht darin, in zwei unverkennbar verschiedenen Formen, einer strengen und einer milden Art, aufzutreten. Die letztere wird Variolois genannt; man sollte aber nach Jürgens mit diesem Namen nur die trotz der Schutzimpfung auftretenden Pocken bezeichnen.

Das Ergebnis dieser Beobachtungen, wonach weder das Ueberstehen der Krankheit noch die erfolgreiche Schutzimpfung einen absoluten Schutz gibt, erklärt Verfasser selbst für etwas außergewöhnliches. Er glaubt, daß die besonderen Umstände, namentlich die engen Wohnverhältnisse und die lange Quarantäne besonderen Einfluß auf die Infektion und den Gang der Epidemie hatten. Der Wert der Pockenimpfung wird dadurch nicht verringert. Eine Pockengefahr gibt es für eine geimpfte Bevölkerung nicht mehr, wenn auch die Variolois unter Umständen sich etwas ausbreiten kann. Man soll deshalb die Gefahr der Ansteckung trotz des Impfschutzes nicht vernachlässigen.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Beobachtungen von Pockenfällen in Polen. Von Dr. H. A. Gins, Oberarzt beim beratenden Hygieniker einer Armeeabteilung im Osten. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung; 1916, Nr. 12.

In Südwest-Polen konnte G. eine große Anzahl von Pockenfällen beobachten, die neben leichtem Verlauf zuweilen auch ein so schweres Krankheitsbild zeigten, wie es durch Schilderungen aus früheren Jahrhunderten her bekannt ist. Die Pocken sind in Polen endemisch und kommen meist in Epidemien oder Gruppenerkrankungen vor, die sich von einzelnen Herden aus immer wieder ausbreiten und zwar besonders durch Wanderbettler bezw. Reisende, die hier, meist zu Fuß, weite Strecken von Ort zu Ort ziehen, vorwiegend von Osten nach Westen, und dadurch auch unseren Grenzen gefährlich werden. Ein gewisser Impfschutz existiert in ungenügender Form fast nur in den Städten, auf dem Lande gar nicht, da ein Impfzwang in unserem Sinne nicht besteht, sondern die Impfungen z. T. freiwillig, sehr lässig und oft von unberufener Seite sogar mit Schwindelmitteln (z. B. Krotonöl) vorgenommen werden. Die Zahl der Pockenerkrankungen muß nach den im Kriege gemachten Feststellungen früher eine ganz gewaltige gewesen sein, so daß die lückenhafte russische amtliche Statistik kein entfernt richtiges Bild davon zu geben vermag. Die Ausrottung der Pocken kann nur durch energische Durchimpfung der Bevölkerung erzielt werden; sie bildet den besten Schutz unserer Grenze.

Dr. Rehberg-Rathenow.

Die Ergebnisse der Schutzpockenimpfungen für das Jahr 1913. Medizinalstatistische Mitteilungen aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte Band XVII S. 234.

Die Zahl der Erstimpfpflichtigen belief sich im Berichtsjahre (im Jahre 1912) nach Abzug von 120 bereits geblatterten und 52779 bereits geimpften Kindern auf 1801859 (im Vorjahre: 1777816). Von diesen sind 1558446 (1538815) geimpft worden. Die Zahl der erfolgreichen Erstimpfungen betrug 1511484 (1501006), d. i. 96,99 (97,54) von je 100 ausgeführten Impfungen. Ohne Erfolg war die Erstimpfung bei 43901 (35441), d. i. 2,82 (2,28) v. H. Mit unbekanntem Erfolg, weil nicht zur Nachschau erschienen, wurden 3061 (2768) Kinder geimpft. Ungeimpft blieben 243413 (238501) Erstimpfpflichtige, d. i. 13,51 (13,42) v. H. Diese Zahl, die mit 12,02 im Jahre 1908 den günstigsten Stand hatte, ist seitdem von Jahr zu Jahr gestiegen. Die höchste Zahl der Nichtgeimpften stellte, wie in den früheren Jahren, die Gruppe der auf Grund ärztlicher Zeugnisse vorläufig von der Impfung befreiten Kinder mit 190553 (188279), d. i. 10,58 (10,59) v. H. Die meisten Zurückstellungen hatte Schwarzburg-Rudolstadt mit 21,54 (19,75) v. H., ferner Hamburg mit 19,02 (21,09) v. H. und der Regierungsbezirk Wiesbaden mit 16,80 (16,42) v. H. Nicht aufzufinden oder zufällig ortsabwesend waren von den Erstimpfpflichtigen 20303 (19442),

d. i. 1,13 (1,10) v. H. **Vorschriftswidrig** wurden 32 551 (30 780), d. i. 1,81 (1,73) v. H. der Erstimpfpflichtigen, der Impfung **entzogen**. Die verhältnismäßig meisten vorschriftswidrigen Entziehungen wurden fessgestellt in dem Landeskommissariatsbezirk Mannheim mit 11,13 (11,64) v. H., dem Regierungsbezirk Hannover mit 8,54 (8,43) v. H., und dem Landeskommissariatsbezirk Freiburg mit 7,77 (6,83) v. H. Insgesamt blieben im Berichtsjahre unter den erstimpfpflichtigen Kindern ohne Impfschutz, sei es, daß sie aus den erwähnten Gründen nicht geimpft wurden, sei es, daß die Impfung erfolglos verlief 287 314 (273 542), d. i. 15,95 (15,39) v. H. der Pflichtigen.

Die Zahl der **Wiederimpfpflichtigen** belief sich nach Abzug von 110 bereits Geblatterten und 5931 bereits Wiedergeimpten auf 1 548 673 (1 502 831). Von diesen sind 1 510 478 (1 464 753) der **Impfung** unterworfen worden. Diese war bei 1 441 194 (1 398 066) Wiederimpflingen erfolgreich; es sind dies 95,41 (95,45) von je Hundert ausgeführten Wiederimpfungen. Ohne Erfolg waren diese bei 66 902 (64 395), d. i. 4,43 (4,40) v. H. Mit unbekanntem Ergebnis wurden 2382 (2292) Kinder wiedergeimpt. **Ungeimpft** blieben 38 195 (38 078) Wiederimpfpflichtige, d. i. 2,47 (2,53) v. H. Die höchste Zahl der Nichtgeimpften stellte auch hier die Gruppe der auf Grund ärztlicher Zeugnisse vorläufig zurückgestellten Kinder; es waren dies 24 369 (23 638), d. i. 1,57 (1,57) v. H. Befreiungen dieser Art waren am zahlreichsten in Hamburg mit 6,68 (im Vorjahre 6,77) v. H., ferner in Schwarzburg-Sondershausen mit 3,08 v. H., im Regierungsbezirke Düsseldorf mit 2,80 v. H. und in der Provinz Starkenburg mit 2,45 v. H. Nicht aufzufinden waren 2851 (2913) Wiederimpfpflichtige, **vorschriftswidrig** wurden 4280 (4649) **entzogen**, d. i. 0,28 (0,31) v. H. Infolge Aufhörens des die Impfpflicht bedingenden Besuchs einer Lehranstalt konnten 6695 (6878) Kinder nicht wiedergeimpft werden.

---

3. Fleckfieber.

Bakterielle Befunde im Blut von Fleckfieberkranken. Von Dr. P. **Przygode**. Deutsche med. Wochenschrift: 1917, Nr. 8.

Im Verlaufe einer Fleckfieberepidemie wurde aus dem Blute einer Anzahl von klinisch einwandfreien Fleckfieberkranken ein **Gram**-positiver, unbeweglich, streng anaerob wachsendes Kurzstäbchen isoliert, das allem Anschein nach mit dem von dem Amerikaner **Plotz** als Erreger des Fleckfiebers angesprochenen Kokkobacillus identisch ist. Dieser Mikroorganismus wurde in Reinkultur gewonnen und gab eine spezifische hochwertige Agglutination mit dem Serum des Kranken, aus dessen Blut er stammte, ferner mit dem Serum anderer Patienten, in dem er gefunden war, und endlich mit dem Serum klinisch sicher Fleckfieberkranken, die nur sterile Hämokulturen gegeben hatten. Kontrollagglutinationen dieses Erregers und des Serums derjenigen Fleckfieberfälle, aus deren Blut er isoliert war, ergaben mit dem Serum Gesunder und Typhus- und Dysenteriekranker bezw. mit Typhus- und Dysenteriestämmen schon in niedrigen Verdünnungen negativen Ausfall. Man kann daher den Erreger in eine gewisse Beziehung zu den in Serbien und Wolhynien untersuchten Fleckfiebererkrankungen bringen. Ob er tatsächlich, wie **Plotz** annimmt, die Ursache des Fleckfiebers ist, wird die weitere experimentelle Forschung zu entscheiden haben. Dr. **Roepke**-Melsungen.

---

4. Diphtherie.

Eine durch Diphtheriebacillus hervorgerufene eitrige Meningitis. Von Dr. Stefan **Sterling**-Warschau. Aus dem städtischen Seuchenspital und aus dem städtischen bakteriologischen Laboratorium zu Lodz. Berliner klinische Wochenschrift: 1917, Nr. 21.

Verfasser beschreibt den ungewöhnlichen Fall einer eitrigen Meningitis bei Diphtherie. Der Fall bei einem 5jährigen Mädchen endete mit dem Tode. Aus dem Eiter aus der Hirnbasis und einem Abszeß aus dem linken Hirnlappen wurde eine Reinkultur von Diphtheriebacillen gezüchtet.

Daß der Diphtheriebacillus weit verbreitet ist, wurde auch vom Verfasser gelegentlich einer Scharlachepidemie festgestellt. Er fordert deshalb besondere Aufmerksamkeit solchen Vorkommnissen gegenüber und wünscht im besondern, daß im Kinderspital jedes Kind auf die Anwesenheit von Diphtherie-

bazillen untersucht und bei positivem Ergebnis so lange abgesondert wird, bis es bazillenfrei ist. Die Anwendung des Diphtherieserums ist geeignet, dabei zugleich einen günstigen Einfluß auf den Verlauf auch der Grundkrankheit (Scharlach) auszuüben. Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

5. Ozaena.

Bakteriologische Untersuchungen bei Ozaena. Von Assistenzarzt Dr. H. Koenigsfeld-Freiburg i. Br. Deutsche med. Wochenschrift; 1917, Nr. 8.

Bakteriologische, experimentelle und klinische Untersuchungen sprechen nicht dafür, daß der Coccobacillus foetidus ozaenae eine spezifische Bedeutung für die Ozaena hat und als ihr Erreger in Frage kommt.

Dr. Roepke-Melsungen.

Die ätiologische und therapeutische Bedeutung des Coccobacillus foetidus ozaenae Perez. Aus der Klinik für Hals- und Nasenkrankheiten und dem Pathologischen Institut der Universität Freiburg i. B. Von Dr. K. Amersbach. Deutsche med. Wochenschrift; 1917, Nr. 9.

Durch die von Hofer hergestellte polyvalente Vakzine des Perezschen Bacillus kann bei genuiner Ozaena des Menschen mehr oder minder weitgehende Besserung erzielt werden. Gleiche Erfolge lassen sich aber auch mit anderer, besonders mit Friedländer-Vakzine erzielen; das spricht gegen die spezifische Wirkung der Hoferschen Vakzine.

Beim Kaninchen kann der Perez-Hofer-Bacillus unter Umständen einen eitrigen Katarrh der Nase mit Atrophie der vorderen Muschel erzeugen; bezeichnend ist dabei der primäre Schwund des knöchernen Gerüstes der vorderen Muschel. Die gleichen Veränderungen werden aber auch durch andere Eitererreger, den Kolibacillus und den Bacillus pyogenes bovis erzielt. Die durch den Perez-Bacillus verursachte Nasenerkrankung hat mit der genuinen Ozaena des Menschen nichts zu tun; es fehlen ihr deren Kardinalsymptome: Foetor und Borkenbildung. Das Kaninchen ist als Versuchstier überhaupt nicht geeignet. Dr. Roepke-Melsungen.

6. Sonstige Krankheiten.

Beobachtung über Kampfgaserkrankungen. Aus der Kriegslazarettabteilung II des Gardereservekorps. Von San.-Rat Dr. K. Schütze-Bad Kösen. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 46.

Als Wirkung der verwendeten Gase kommt in der Hauptsache zunächst der unmittelbare Reiz auf die Luftwege in Betracht: Krampfhusten, krampfhafter Stimmritzenverschluß, krampfartige Kontraktion der Exspirationsmuskeln, die zum Atemstillstand führen kann; ferner die Veränderungen auf den Schleimhäuten der Luftwege und im Lungengewebe in den nächsten Stunden: heftiger Brustschmerz, hochgradige Atemnot mit inspiratorischen Einziehungen am Brustkorb, Blaufärbung, trockene oder feinblasige feuchte Rasselgeräusche, reichlicher, schaumigblutiger, fleischwasserähnlicher Auswurf (Lungenödem). Dann zeigt sich oft allgemeine Muskelschwäche, Schwäche des Herzens und der Blutgefäßmuskulatur, Störungen im Zentralnervensystem (Schlafsucht, Benommenheit, Bewußtlosigkeit zum Teil als direkte Giftwirkung, zum Teil als Störung der Oxydationsprozesse infolge von Sauerstoffmangel und Kohlensäureanhäufung). Schließlich entwickeln sich entzündliche und fieberhafte Erkrankungen der Atmungsorgane im Anschluß an schweren Formen der Gasvergiftung durch die Einwirkung von Sekundärinfektionen.

S. beobachtete auf seiner Station einen Transport Gaskranker mit durchweg leichten Symptomen, wie geringer Benommenheit, Schwindel, leichtem Kopfschmerz, starkem Hustenreiz, Appetitlosigkeit, Druckgefühl in der Magengegend, zum Teil mit Durchfall, wechselnden Lungenerscheinungen, beschleunigter oder verlangsamter Herztätigkeit, häufig Indikanurie, selten Albuminurie, vereinzelt Entzündungen der Augenbindehaut und Reizerscheinungen seitens der Ohren. Die Genesung ging rasch vor sich.

Ein weiterer Transport von Gaskranken zeigte durchweg schwerere Symptome wie völlige Benommenheit bis zu 12 und 24 Stunden und noch länger, einzelne bis zum Exitus, starke Zyanose, schwarzblaue Verfärbung der

Haut und Schleimhäute, ungeheuren Lufthunger mit Schallverdichtungen der Lunge, ausgedehntes Giemen und Pfeifen, zum Teil auch feuchte Geräusche, rosa gefärbten, schleimigen Schleim, stechenden Geruch der Exspirationsluft nach Chlor, Herzschwäche, Fieber bis zu 40°, Pulszahl von 50—160 in der Minute. In einigen Fällen konnte eine psychopathische Reizung (Unbesinnlichkeit, unmotivierte Handlungen, Anfälle von Schreien, Toben, Umsichschlagen) festgestellt werden, ferner Konjunktivitiden und Ohrenerkrankungen von der Tuba Eustachii ausgehend. Ein großer Teil bekam vom ersten bis zum sechsten Krankheitstage Durchfall.

Therapeutisch schienen Aderlaß und Kochsalzinfusionen auf die besonders schweren Fälle der Gaserkrankung einen günstigen Einfluß auszuüben. Die Reihenfolge der Eingriffe ist so, daß erst unter Kontrolle des Pulses bis zu 250 ccm Blut entnommen werden und sich hieran die Infusion von physiologischer Kochsalzlösung — zunächst nicht mehr als 500 ccm — anschließt. Die übrigen Reizmittel, Alkohol, frische Luft, Sauerstoffatmungen, kalte Waschungen, Kampferöl, Digitalispräparate (Digitalysat Bürger) sind nicht zu entbehren.

Dr. Roepke-Melsungen.

7. Desinfektion.

Entlausung durch Zyanwasserstoff. Von Privatdozent Dr. E. Teichmann-Frankfurt a. M. Deutsche medizinische Wochenschrift; 1917, Nr. 10.

Nach den Versuchen von Teichmann werden Läuse und Nissen sicher abgetötet, wenn sie 2 Stunden lang bei 1 Volumprozent Blausäure geräuchert werden. In praxi gestaltet sich die Entwicklung des Zyanwasserstoffs in folgender Weise: In ein Glas- oder Tongefäß werden die für den zu räuchernden Raum nötigen Mengen Wasser und Schwefelsäure, letztere durch langsames Nachgießen, eingefüllt; darauf wird sogleich die abgewogene Menge Zyannatrium in die Flüssigkeit hineingeschüttet. Um 1 Volumprozent des Gases für den Kubikmeter Raum herzustellen, sind 23 g Zyannatrium, 34,5 ccm Schwefelsäure und 92 ccm Wasser erforderlich. Unmittelbar nach Zugabe des Zyannatriums ist der Raum zu verlassen und 2 Stunden geschlossen zu halten, danach für möglichst starken Durchzug zu sorgen und das Gefäß mit dem Rückstand unter reichlicher Wasserspülung auszugießen.

Die Vorzüge des Verfahrens sind, daß der Zyanwasserstoff sehr leicht und schnell alle irgendwie porösen Stoffe durchdringt, Metall, Leder, Kleiderstoffe nicht angreift, daß Betten, Kleidungstücke usw. fast unmittelbar nach der Räucherung wieder in Gebrauch zu nehmen sind, daß die Räume schon 15 Minuten nach begonnener Lüftung betreten werden können, daß Apparate entbehrlich sind, keine Feuersgefahr besteht und die Kosten verhältnismäßig gering sind. Die Räucherung eines Raumes von 50 cbm Inhalt würde etwa 2,75 M. kosten ohne Material für Abdichtung und ohne Arbeitslohn.

Als einziger, schwerwiegender Nachteil ist die große Giftigkeit des Zyanwasserstoffs für den Menschen anzusehen. Bei großer Vorsicht und gründlich geschultem Personal läßt sich die Gefahr aber auf ein Geringstmaß beschränken (schnelles Verlassen des Raumes nach Einsetzen der Blausäureentwicklung, gründliches Abdichten, kräftige Lüftung nach Beendigung und nicht zu frühzeitiges Betreten des Raumes). In Amerika, wo das Verfahren seit Jahren viel angewandt wird, ist bisher niemals ein Todesfall durch Vergiftung bei den mit den Räucherungen beschäftigten Arbeitern vorgekommen. Jedenfalls sind die Vorzüge der Blausäureräucherung vor anderen Verfahren so groß, daß ihre Verwendung im Felde ernstlich in Betracht gezogen werden sollte.

Dr. Roepke-Melsungen.

Besprechungen.

Dr. E. Bleuler, Prof. der Psychiatrie an der Universität Zürich: **Lehrbuch der Psychiatrie.** Mit 49 Textabbildungen. Berlin 1916. Verlag von Julius Springer. Gr. 8°; 518 Seiten. Preis: 12 M., geb. 13,80 M.

„Im übrigen ist eine Psychopathologie vergleichbar einer Kartenskizze über ein weites, reiches Land, das erst von wenigen gangbaren Wegen durchschnitten wird; die weißen Stellen bezeichnen die größten Gebiete," sagt Verfasser am Schluß seines Vorwortes; wer jedoch sein Lehrbuch aufmerksam

durchliest, der wird im Gegenteil finden, daß in den letzten Jahrzehnten auf psychiatrischem Gebiete sehr erhebliche Fortschritte gemacht sind und manche dunkle Stelle beseitigt ist. Bleuler scheint in dieser Hinsicht allerdings etwas Pessimist zu sein, obwohl er selbst sich auch in seinem Lehrbuch bemüht hat, Unklarheiten zu beseitigen und an ihrer Stelle möglichst scharfe und klare Begriffe zu setzen. Sein Werk hat dadurch mehr den Charakter eines Handbuches, als den eines Lehrbuches zur Einführung in das Studium der Psychiatrie erhalten. Der Verfasser will zwar dem jungen Mediziner das für seine künftige Berufstätigkeit erforderliche psychiatrische Wissen vermitteln, er setzt aber volles Verständnis für psychologische und psychiatrische Dinge voraus und betont selbst, daß er in erster Linie auf diejenigen Rücksicht genommen hat, die verstehen wollen und können; denn sein Lehrbuch sei nicht zum „Auswendiglernen da, sondern zum Denken und Weiterdenken." Gerade dadurch gewinnt es aber an besonderem Wert für den schon in der Berufstätigkeit stehenden Arzt sowohl als Nachschlagebuch, wie als Ratgeber. Dem beamteten Arzt wird namentlich der letzte Abschnitt: „das Notwendigste aus der gerichtlichen Psychiatrie" interessieren, der, wenn auch kurz gehalten, doch manche wertvolle Winke für die ärztliche Sachverständigentätigkeit auf diesem Gebiete bringt. Im übrigen hat Bleuler für die Einteilung des Stoffes die jetzt übliche Kraepelinsche Systematik gewählt; den allgemein gehaltenen größeren Abschnitten über psychologische Grundbegriffe und psychische Funktionen, über allgemeine Psychopathologie, Körpersymptome, Erscheinungsformen, Verlauf, Einteilung, Ursachen und Behandlung der Geisteskrankheiten, Grenzen und Erkennung des Irreseins sowie über Differentialdiagnose folgt eine Schilderung der einzelnen Geisteskrankheiten, die sich durch Klarheit der Darstellung auszeichnet. Mehrfach sind gutausgewählte Krankengeschichten und Abbildungen eingeschaltet. Das Werk verdient ob seines Inhalts und seiner Wissenschaftlichkeit recht weite Verbreitung! Rpd.

Prof. Dr. Albert Neisser (†), Geh. Med.-Rat und Direktor der Königl. Universitätsklinik für Hant- und Geschlechtskrankheiten: **Die Geschlechtskrankheiten und ihre Bekämpfung.** Vorschläge und Forderungen für Aerzte, Juristen und Soziologen. Mit einem Bildnis in Heliogravüre. Berlin 1916. Verlag von Jul. Springer. Gr. 8°; 331 S. Preis: 8 M.

Der leider kurz vor dem Erscheinen des vorliegenden Werkes viel zu früh aus dem Leben geschiedene Verfasser hat in diesem das Ergebnis seiner jahrelangen unermüdlichen Arbeit als Vorkämpfer auf dem Gebiete der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten niedergelegt und nicht nur seine eigenen Forderungen und Wünsche, sondern alle diejenigen zum Ausdruck gebracht, die sich sonst in dieser Hinsicht geltend gemacht haben. Das Buch bildet eine wahre Fundgrube für alle, die sich mit der Frage der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten befassen, deren große Bedeutung für unser Volkswohl durch die Kriegsjahre noch wesentlich gesteigert ist. Verfasser hat es versucht, einen einheitlichen Plan für die so vielgestaltigen Wege dieser Bekämpfung aufzustellen und sich dabei bemüht, die überwältigende Fülle des Materials soweit als möglich zu berücksichtigen. Aerzten, beamteten wie nicht beamteten, Juristen, Verwaltungsbeamten, Theologen und allen sonstigen interessierenden Kreisen gibt das Buch die beste Gelegenheit, die Lücken ihres Wissens auszufüllen und sich über jede Frage auf diesem Gebiete zu unterrichten. Leider ist Verfasser nicht mehr dazu gekommen, seine Absicht, auch die Frage der Prostitutionsbekämpfung in gleicher Weise zu behandeln; hoffentlich entschließt sich sein Mitarbeiter, Oberarzt Dr. Kuznitzky, dazu, der nach seinem Tode die Korrektur der letzten Druckbogen besorgt hat.

Auf die einzelnen Wünsche und Forderungen des Verfassers hier näher einzugehen, würde zu weit führen; seine Hauptforderung, daß alle zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und der Prostitution geeignet erscheinenden Maßnahmen nach dem Beispiel von Norwegen, Dänemark und Frankreich durch ein zu erlassendes Grundgesetz zusammengefaßt und geregelt werden sollen, wird sicherlich allseitige Zustimmung finden. Rpd.

Dr. Joh. Ohm, Augenarzt in Bottrop: **Das Augenzittern der Bergleute.** Mit 118 Figuren im Text. Berlin 1916. Verlag von Julius Springer. Gr. 8; 292 S. Preis: 15 Mark.

Eine außerordentlich fleißige, mit Unterstützung der preußischen Regierung und der rheinischen Gesellschaft für wissenschaftliche Forschung in Bonn verfaßte, nicht nur die umfangreiche einschlägige Literatur voll berücksichtigende, sondern vor allem auch auf langjährigen Erfahrungen und Beobachtungen beruhende Arbeit, durch die die noch strittige Frage des Augenzitterns der Bergleute wesentlich geklärt und ihre Lösung auf eine sichere Grundlage gestellt wird. Ohm kommt zu dem Ergebnis, daß das Augenzittern der Bergleute eine reflexartige Erscheinung, und zwar eine durch Lichtmangel und andere am Labyrinth angreifende Berufsschädlichkeiten bedingte Störung des Labyrinthtonus einzelner Muskeln bezw. Muskelgruppen ist, deren Wesen in zu kräftigen und zu seltenen Innervationsreizen besteht. Für eine Verhütung des Leidens bietet deshalb eine Verbesserung der Grubenbeleuchtung, namentlich eine solche durch die elektrische Grubenlampe, günstige Aussicht.

Rpd.

Dr. Martineck, Oberstabsarzt und Referent in der Med.-Abt. des Preußischen Kriegsministeriums in Berlin: **Das Gesetz über Kapitalabfindung an Stelle von Kriegsversorgung (Abfindungsgesetz) in sozialmedizinischer Hinsicht.** Erweiterter Sonderabdruck aus der Zeitschrift für ärztliche Fortbildung; XIII. Jahrg. 1916. Jena 1916. Verlag von G. Fischer. 8°, 61 S. Preis: 1,20 M.

Die Frage der Umwandlung laufender Versorgungsgebührnisse in eine einmalige Abfindung ist von ärztlicher Seite schon seit längerer Zeit zur Bekämpfung der sog. traumatischen Neurose empfohlen; außerdem ist sie auch in beschränktem Maße in der Reichsversicherungsordnung vorgesehen. Durch das Kapitalabfindungsgesetz vom 3. Juni 1916 hat nun die Kapitalabfindung an Stelle von Kriegsversorgung die gesetzliche Grundlage erhalten, und damit ein brauchbares Vorbild für die weitere Ausbildung des Abfindungsverfahrens auf sozialem Gebiete geschaffen. Mit vollem Recht betont deshalb Verfasser, daß das Gesetz gerade in sozialhygienischer und sozialmedizinischer Hinsicht ein außerordentlich bedeutungsvolles Werk sei; man kann ihm daher nur dankbar sein, daß er von diesem Standpunkte aus den Aufbau des Gesetzes, den darin niedergelegten Versorgungsgedanken, sowie die sozialhygienischen Vorteile des Abfindungsverfahrens eingehend beleuchtet, sowie vor allem in klarer und erschöpfender Weise die Aufgaben des ärztlichen Gutachtens, ihre Grundlagen und Grenzen im Rahmen des betreffenden Gesetzes erörtert. Gerade dieser sowie der letzte Abschnitt, in dem das Abfindungsverfahren nach dem neuen Gesetz mit dem sonstigen Abfindungsverfahren verglichen wird, sind für alle Aerzte, die als ärztliche Sachverständige bei der Handhabung des Gesetzes mitzuarbeiten haben — und das sind nicht bloß die Militärärzte, sondern auch alle Zivilärzte, namentlich die beamteten — so wertvoll, daß die vortreffliche Abhandlung auf keinem ärztlichen Schreibtische fehlen sollte. Rpd.

R. G. Soika, Apotheker am städtischen Krankenhaus I-Hannover: **Chemie, Mikroskopie und Bakteriologie im Feldlazarett.** Hannover 1916. Verlag der Hahnschen Buchhandlung. 12°, 44 S. Preis: gebunden und durchschossen: 1,80 M.

Die zur Sicherung der ärztlichen Diagnose notwendigsten chemischen, mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchungen von Harn, Mageninhalt, Stuhlgang, Blut und Auswurf sind in der vorstehenden Arbeit in zweckmäßiger und klarer Weise zusammengestellt unter Berücksichtigung derjenigen Verfahren, die bei möglichster Einfachheit wirklich brauchbare Ergebnisse liefern und mit den Hilfsmitteln eines Feldlazaretts ausführbar sind. Rpd.

Prof. Dr. Sommer-Zürich: **Röntgen-Taschenbuch.** VII. Bd. (Kriegsband). Mit 110 Illustrationen. Leipzig-München 1916. Verlag von O. Nemnich. Kl. 8°, 317 S. Preis: geb. 5 M.

Trotz der durch den Krieg entstandenen großen Schwierigkeiten haben

Verfasser und Verlagsbuchhandlung die Herausgabe eines neuen Bandes des Taschenbuches ermöglicht, der nicht nur zahlreiche wertvolle Abhandlungen seiner Mitarbeiter über wichtige Kapitel der Röntgenologie, sondern auch eine sehr ausführliche Uebersicht über die Leistungen und Fortschritte der röntgenologischen Technik bringt. Das Jahrbuch wird deshalb sicherlich in den beteiligten Kreisen eine ebenso günstige Aufnahme finden, wie seine früheren Jahrgänge, zumal auch seine Ausstattung, namentlich in bezug auf Illustrationen, nichts zu wünschen übrig läßt. Rpd.

Friedrich Dessauer, Ingenieur in Frankfurt a O., und **Dr. B. Wiesner**-Aschaffenburg: **Leitfaden des Röntgenverfahrens.** Mit 168 Abbildungen und 5 Tafeln. Fünfte umgearbeitete und vermehrte Auflage. Leipzig und München 1916. Verlag von Otto Nemnich. 8°, 450 S. Preis: geb. 16,80 M.

Die neue Auflage, in der ein großer Teil der Abschnitte den Fortschritten der Wissenschaft entsprechend umgeändert und ergänzt ist, wird gerade jetzt den beteiligten Kreisen doppelt willkommen sein, als der Krieg auf dem Gebiete der Röntgenologie eine Fülle neuer Aufgaben gebracht hat. Die Verfasser haben sich mit bestem Erfolge bemüht, diesen Aufgaben in vollem Umfange gerecht zu werden, und sind hierbei, soweit die Ausstattung ihres Werkes in Frage kommt, von der Verlagsbuchhandlung in weitgehendster Weise unterstützt. Aus dem Leitfaden ist allmählich ein vortreffliches Lehr- und Handbuch der Röntgenologie geworden, das künftighin auch als solches bezeichnet werden sollte. Rpd.

Prof. Dr. R. Kobert, Geheimrat und Direktor des Instituts für Pharmakologie und physiologische Chemie in Rostock: **Ueber die Benutzung von Blut als Zusatz zu Nahrungsmitteln.** Ein Mahnwort zur Kriegszeit. Vierte vermehrte und zeitgemäß umgearbeitete Auflage. Stuttgart 1917. Verlag von Ferd. Enke. Kl. 8°, 147 Seiten. Preis: geh. 3 Mark.

Verfasser ist seit Jahren als erster für die restlose Verwendung des einwandfreien Schlachtblutes zu menschlichen Ernährungszwecken eingetreten; in dem Vorwort zu der vorliegenden, wiederum nicht unerheblich vermehrten Schrift kann er auch mit besonderer Genugtuung sagen, daß sein Hinweis, das Schlachtblut nationalökonomisch zweckentsprechender zu verwerten, namentlich infolge des Kriegs von glänzenden Erfolgen begleitet gewesen ist. Hoffentlich wird dieser Erfolg auch nach dem Kriege anhalten; denn wie groß die Verwendungsmöglichkeiten für die Kost sind, dafür liefert Kobert in seiner Schrift den besten Beweis. Nach den mehr einleitenden Abschnitten über Einwendung gegen den Blutgenuß, über die Zusammensetzung und den Nährwert des Blutes unserer Schlachttiere, über die neuzeitliche Verwendung des Blutes und der Blutpräparate, über die Ausnutzung des Blutes im Magendarmkanal und die bis 1915 in Deutschland herrschende Blutvergeudung bespricht Verfasser die Methoden der relativen Haltbarmachung des Blutes und behandelt dann in gemeinverständlicher Weise die Herstellung von bluthaltigen Getränken, Suppen und Tunken, Gemüsen und Mehlspeisen, Süßigkeiten, Marmeladen und Schokoladenwaren mit Blut, bluthaltigen Wurstarten, Blutpuddings, Blutklößen, Blutkuchen und Blutbrotarten. Alle Verwendungsmöglichkeiten sind so geschildert, daß jeder Verpflegungsoffizier, jeder Küchenvorstand und jede Hausfrau eine Anzahl Rezepte entnehmen kann, die hoffentlich nach dem Kriege zum Teil auch in die alltäglich benutzten Kochbücher als eiserner Bestand übergehen werden. Die gegen die Verwendung von Schlachtblut zu Ernährungszwecken gemachten Einwände werden vom Verfasser als nicht stichhaltig widerlegt, und die allerdings wenigen, aber in führenden Stellungen Befindlichen, die den ungeheuren Wert der Blutverwendung zur Volksernährung nichteinsehen können, mit dem über Nacht erblindeten Mann verglichen, der noch immer auf das Licht des Tages wartet, während die Sonne schon hoch am Mittag steht. Inzwischen ist durch das Verbot des Halsschnittes (Schächtschnittes) beim Schlachten der Tiere (s. Erlaß des Reichskanzlers vom 2. Juni d. J., Beilage Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung zur heutigen Nummer, S. 86) der Forderung des Verfassers mehr als bisher Rechnung getragen. Rpd.

Tagesnachrichten.

Am 5. d. M. hat in Berlin im Ministerium des Innern unter Vorsitz des Ministers des Innern eine **Beratung** aller **preußischen Oberpräsidenten und Regierungspräsidenten** stattgefunden, an der auch der Finanzminister, der Landwirtschaftsminister und Vertreter aller preußischen Ressorts, der Staatssekretär des Auswärtigen Amts, der Präsident des Kriegsernährungsamts, der Staatskommissar für die Volksernährung sowie Vertreter sämtlicher mit Aufgaben der Volksernährung betrauten Dienststellen teilnahmen. Nach einleitenden unterrichtenden Ausführungen des Ministers des Innern über die innere politische Lage, des Staatssekretärs des Auswärtigen Amtes über die Fragen der auswärtigen Politik trat die Versammlung in die Besprechung der Volksernährungsfragen, der Aufgaben für den Rest des laufenden Erntejahres und der Neuordnung des Erntejahres 1917/18 ein. Bei rückhaltloser Aussprache über den Ernst der Lage ergab sich unter Berücksichtigung aller bestehenden Ernährungsmöglichkeiten die vollkommenste Sicherheit des Durchhaltens für den Rest dieses Erntejahres und für die neue Wirtschaftsperiode bis zum siegreichen Frieden.

Der **Reichstagsausschuß für Bevölkerungspolitik** hat einen Antrag der Abgeordneten Faßbender und Sivkovich angenommen, in dem der Herr Reichskanzler ersucht wird, durch Einwirkung auf die Bundesregierung ein einheitliches und durchgreifendes Vorgehen aller beteiligten Verwaltungsbehörden zu veranlassen; in der Schaffung, Ausdehnung und besseren finanziellen Ausstattung der **Beratungsstellen für Säuglingsfürsorge,** für **Schulkinderpflege** und für **Kinderhortwesen,** im Ausbau und in der Beaufsichtigung der Kinderkrippen, Kindergärten und Schulhorte, sowie in der Ausgestaltung des Aufsichtswesens für Privatpflegestellen, wie es der gesteigerten Inanspruchnahme der Mütter für Frauenarbeit während des Krieges entspricht.

Die **bayerische Regierung** ist mit den Vorarbeiten zu einem Gesetzentwurf beschäftigt, der eine **Bekämpfung des Geburtenrückganges in der Beamtenschaft** bezweckt. Statistische Erhebungen haben den Nachweis erbracht, daß gerade in Beamtenfamilien unter der Wirkung einer unzureichenden Besoldung die Kinderzahl eine ständige Abnahme aufweist. Der bayerische Gesetzentwurf will eine Kinderzulagen- und Hinterbliebenenversicherung einführen, bei der die erforderlichen Mittel zu 80% vom Staat und zu 20% von den Beamten aufgebracht werden. Zu dem auf die Beamten entfallenden Teil der Kosten sollen ledige und haushaltlose Beamte 5% ihres Gehalts, kinderarme Familien 2%, kinderreiche Familien 0,5% beisteuern. Kinderzulagen sollen erst von der Geburt des dritten Kindes an, dann aber für alle Kinder gewährt werden. Ihre Höhe ist abgestuft nach dem Gehalt der Beamten; es sollen drei Sätze von 150, 102 und 75 M. gezahlt werden. Diese Beträge gelten für die Zeit von der Geburt bis zum Besuch der Volksschule. Sie steigen während des Besuches der Volksschule und eines in die Zeit der Schulpflicht fallenden Besuches einer höheren Lehranstalt oder einer Fachschule auf 204, 150 und 102 M. Diese Sätze werden auch gezahlt während der Schulzeit, die über die Schulpflicht hinausgeht, während der Lehrzeit und während der Vorbereitungszeit auf einer Hochschule. Eine Erhöhung auf 252, 204 und 150 M. tritt ein während des Besuches einer Hochschule und der Vorbereitungszeit für eine Staatsprüfung oder für die Offizierslaufbahn. Abgestufte Zulagen sind noch vorgesehen für Kinder außerhalb des Wohnsitzes der Eltern. Die Hinterbliebenenversicherung soll dadurch aufgebessert werden, daß die Kinderzulagen auch nach dem Tode des Vaters gezahlt werden, wobei sie auch bei nur einem oder zwei Kindern gewährt werden. Außerdem soll die Witwe eine Zusatzrente bis zu 900 M. jährlich erhalten. Die Kinderzulagen können bis zum 24. Lebensjahre gezahlt werden.

(Deutsche medizinische Wochenschrift; 1917, Nr. 24.)

In Düsseldorf soll am 1. Oktober 1917 eine **Sozialakademie für Frauen als Ausbildungsstätte in sozialer Arbeit** eröffnet werden. Die neue Anstalt wird in zweijährigem, abgeschlossenen Lehrgange alle weiblichen Kräfte der Fürsorge und der sozialen Berufsarbeit heranbilden, so z. B.: Kreisfürsorgerinnen, ländliche Wohlfahrtsbeamtinnen, städtische Wohlfahrts-, Armen- und Waisenpflegerinnen, Fürsorgerinnen für Mutter- und Säuglingsberatungsstellen, Trinkerfürsorgestellen, Fürsorgestellen für Geschlechtskranke, Geisteskranke und für andere Einrichtungen der offenen Fürsorge und Gesundheitspflege, Geschäftsführerinnen und Sekretärinnen von Vereinen für Gemeinwohl, für ländliche Wohlfahrtspflege, Armenpflege, für Kinder- und Jugendfürsorgeausschüsse, Hortleiterinnen, Jugendleiterinnen, Jugendpflegerinnen, Schulpflegerinnen, Jugendgerichtshelferinnen, Gemeindehelferinnen, Beamtinnen von Rechtsauskunftsstellen, Arbeitsnachweisen, Gewerbeassistentinnen, Fabrikpflegerinnen, Gefangenenfürsorgerinnen, Wohnungspflegerinnen und Wohnungsfürsorgerinnen usw. Den Abschluß des Lehrganges wird eine Prüfung unter der Leitung eines staatlichen Kommissars bilden, auf Grund deren ein Befähigungsdiplom ausgestellt wird.

Angeschlossen an diesen zweijährigen Lehrgang werden zahlreiche Kurse von kürzerer oder längerer Dauer, die bereits auf irgend einem Gebiet vorgebildeten Gruppen von Frauen eine spezialistische Ausbildung oder eine Zusatzausbildung vermitteln sollen, oder die als Wiederholungs- und Fortbildungskurse zu betrachten sind, abgehalten.

Ein **Ministerium für Volksgesundheit und soziale Fürsorge** soll in **Oesterreich** geschaffen werden, dessen Wirkungskreis nach einem vom Kaiser Karl an den Ministerpräsidenten gerichteten Schreiben „außer den durch den Krieg unmittelbar hervorgerufenen Aufgaben der Bekämpfung der Kriegsseuchen und der sozialen Fürsorge für die Kriegsbeschädigten und die Hinterbliebenen der Gefallenen auch jene großen, in untrennbarem Zusammenhange stehenden Angelegenheiten bilden soll, die sich auf die Volksgesundheit, die über die Vormundschaftspflege hinausgehende Jugendfürsorge, das Wohnungswesen und die Sozialversicherung beziehen". In Rußland und England ist bekanntlich in letzter Zeit ebenfalls ein Medizinalministerium neu errichtet; hoffentlich wird dies künftighin auch im Deutschen Reich, namentlich in Preußen geschehen und, damit eine schon seit Jahren besonders von ärztlicher Seite wiederholt, auch in dieser Zeitschrift gestellte Forderung endlich erfüllt.

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten:[1])

Das Eiserne Kreuz I. Klasse:

Stabsarzt d. Res. Dr. Beumer-Halle a. S.
Stabsarzt d. Res. und Regt.-Arzt Dr. Goetze-Roda (Sachsen-Altenburg).
Stabsarzt d. L. Dr. Haedicke-Pottschappel bei Dresden.
Oberstabsarzt d. L. Prof. Dr. Felix Klemperer-Berlin.
Oberarzt d. Res. Dr. Kowitz.
Oberstabsarzt Dr. Krumbein-Itzehoe (Holstein).
Oberstabsarzt d. Res. Prof. Dr. Lennhoff-Berlin.
Stabsarzt d. Res. Dr. Gustav Meyer-Offenbach a. Main.
Assistenzarzt d. Res. Dr. Muschallick-Beuthen (Oberschles.).
Stabsarzt d. Res. Dr. Patzki-Leipzig.
Oberstabs- und Divisionsarzt Med.-Rat Dr. **Roth**, Gerichtsarzt in Frankfurt a. M.
Stabsarzt d. Res. Dr. Philipp Schoppe-Göttingen.
Oberstabsarzt d. L. Dr. Sedtmair.
Oberstabsarzt Prof. Dr. Seefelder in Leipzig.
Oberstabsarzt Dr. Tietze-Dresden.
Oberarzt Dr. Friedrich Wagner-Leipzig.
Stabsarzt d. L. Dr. Emil Willems-Cöln a. Rh.
Stabsarzt d. Res. Dr. Wolff-Elberfeld, Sohn des Geh. Med.-Rats Dr. Wolff, Kreisarzt in Elberfeld.

Außerdem haben erhalten: **Das Eiserne Kreuz II. Klasse:**
Leutnant d. R. Wilhelm Petermöller und Assistenzarzt d. Res. Dr. Felix Petermöller, Söhne des Kreisarztes Med.-Rat Dr. Petermöller in Meppen.

Ehren-Gedächtnistafel. Für das Vaterland gefallen oder gestorben:

Oberstabsarzt d. Res. Dr. A. Ahrens-Hamburg (gestorben infolge von Krankheit).
San.-Rat Dr. Alefeld-Freiburg i. Breisgau.
Geh. San.-Rat Dr. Eugen Arendt-Berlin.
Stabsarzt d. L. Dr. Bock-Biebrich (gestorben infolge von Krankheit).
Stabsarzt d. L. Dr. Graf-Plauen i. Vogtl.
Marineoberarzt Dr. Heinr. Heubel-Saalfeld (Thür.) (gestorben infolge von Krankheit).
Assistenzarzt d. Res. Dr. Bernhard Illing-Schwiecheldt (Prov. Hannover).
Stabsarzt d. Res. Dr. Joerß.
Feldhilfsarzt Martin Kroitzsch-Markneukirchen (Königr. Sachsen).
Marine-Oberassistenzarzt d. Res. Dr. Oskar Kuhlenbeck-Göttingen.
Assistenzarzt d. R. Dr. O. Leibfried-Stuttgart.
Landsturmpflichtiger Arzt Dr. M. Lehmann-Posen.
Landsturmpflichtiger Arzt Dr. Siegfried Lubinski-Oetzsch-Leipzig (gestorben infolge von Krankheit).
Assistenzarzt d. L. Dr. Gustav Neumeister-Leipzig.
Geh. San.-Rat Prof. Dr. Nolda-Berlin-Friedenau (gestorben infolge von Infektion).
Oberstabs- und Reg.-Arzt Dr. Pröhl-Potsdam (gestorben infolge von Krankheit).
Stabsarzt der Res. Dr. E. Rauch-Landsberg a. Warthe.
Feldhilfsarzt Hans Schmock (gestorben infolge einer Infektionskrankheit).
Feldunterarzt Max Simonsohn-Posen.
Stabsarzt d. Res. Dr. Ernst Starcke, Bezirksarzt in Vieselbach (Thüringen), (gestorben infolge von Krankheit).
Oberarzt d. R. Dr. Carl Steinhoff-Jena (gest. infolge von Krankheit).
Oberstabsarzt Dr. Otto Stumpf-St. Avold (Lothringen).

Pockenerkrankungen sind im Deutschen Reiche vom 20. Mai bis 9. Juni 76, 40 und 38 festgestellt, außerdem in der Woche vom 13. bis 19. Mai nachträglich noch 20 Fälle; im Deutschen Generalgouvernement Warschau vom 13. bis 26. Mai 2 (1) und 4.

Die Zahl der angemeldeten **Fleckfiebererkrankungen** hat in den Wochen vom 20. Mai bis 9. Juni im Deutschen Reiche nur 1, 3 und 1 (bei Kriegsgefangenen) betragen; im Deutschen Generalgouvernement Warschau vom 6. bis 26. Mai: 613, 647 und 625 (32) (nur bei Zivilbevölkerung); in Ungarn vom 2. bis 29. April: 26, 57, 96 und 112.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 6. bis 26. Mai 1917 erkrankt (gestorben) an Pest, Gelbfieber, Malaria, Fleckfieber, Rückfallfieber, Aussatz, Tollwut: — (—), — (—), — (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 5 (—), 7 (—), 10 (—); Rotz: — (—), — (—), 1 (—); Milzbrand: — (—), — (—), 1 (—); Trichinose: — (—), — (—), 8 (—); Pocken: 98 (4), 71 (16), 79 (7); Unterleibstyphus: 139 (16), 125 (6), 168 (12); Ruhr: 72 (19), 91 (20), (88) 15; Diphtherie: 1543 (115), 1471 (89), 1371 (94); Scharlach: 522 (27), 569 (35), 498 (16); Kindbettfieber: 40 (11), 50 (16), 55 (19); übertragbare Genickstarre: 11 (4), 9 (5), 10 (4); spinaler Kinderlähmung: — (—), 1 (—), — (—); Fleisch- usw. Vorgiftung: 1 (—), 1 (—), 22 (3); Körnerkrankheit (erkrankt): 37, 61, 70; Tuberkulose (gestorben): 1337, 1288, 1357.

Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

30. Jahrgang; Nr. 13. Ausgegeben am 5. Juli 1917.

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.
Bezugspreis für das Jahr: 15 Mark.

Ausserdem ein besonderes, nur vierteljährlich erscheinendes Beiheft:
Zeitschrift für Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege.
Offizielles Organ der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens.
Bezugspreis für das Jahr: 8 Mark, für die Bezieher der Zeitschrift: 4 Mark.

VERLAG VON FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler
Berlin W. 62. Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: Gelsdorf & Co., G. m. b. H., Eberswalde (Mark).

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung, Nr. 13, am Schlusse des Heftes.

INHALT.

Original-Mitteilungen.

Ueber psychische Störungen in der Untersuchungshaft. Von Dr. **Klein** . . . 369

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die am 23. Mai d. J. in Berlin (Abgeordnetenhaus) abgehaltene Generalversammlung des Deutschen Zentral-Komitees zur Bekämpfung der Tuberkulose 381

Bericht über die am 23. Mai d. J. in Berlin (Abgeordnetenhaus) abgehaltene Sitzung des Lupus-Ausschusses des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose 382

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

1. Typhus.

Dr. **Fritz Kirstein**: Steigerung der Gruber-Widalschen Reaktion durch Vakzinevirus 384

Dr. **Bossert** und Dr. **Leichtentritt**: Der Wert der Duodenalsondierung für die Diagnose des Typhus abdominalis . . 384

Dr. **G. Seifert**: Beziehungen zwischen Schutzimpfung, natürlicher Immunität und spezifischen Serumstoffen bei Typhus 385

Dr. **Braune**: Ueber Typhus und Typhusbazillen-Träger 385

Dr. **Schwer**: Zur Frage der Behandlung der Typhusbazillenträger 385

2. Paratyphus.

Dr. **A. Rannenberg**: Paratyphusbazillen in den Harnorganen einer Schwangeren 387

3. Ruhr.

Dr. **Kindborg**: Zur Klinik und Bakteriologie der Ruhr 387

Dr. **Erich Sluka** u. Dr. **Erich Strisower**: Betrachtungen über die Epidemiologie der Ruhr und des Paratyphus B . . . 387

Dr. **H. Scholz**: Atropinbehandlung bei ruhrartigen Erkrankungen 388

4. Wolhynisches Fieber.

Dr. **P. Jungmann** und Dr. **M. H. Kuczynski**: Zur Klinik und Aetiologie der Febris wolhynica (His-Wernersche Krankheit) 388

Dr. **E. Richter**: Zur Kenntnis des wolhynischen Fiebers 389

Besprechungen 389

Tagesnachrichten 390

Beilage:

Rechtsprechung 89

Medizinalgesetzgebung 92

Umschlag:

Personalien.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Titel Professor: den leitenden Aerzten Dr. Braun am Krankenhaus in Friedrichshain und Dr. G. Zuelzer am



Medicinisches Waarenhaus

Aktien-Gesellschaft

Berlin NW. 6, Karlstraße 31.

Centralstelle aller ärztlichen Bedarfsartikel und für Hospitalbedarf.

Neues Instrumentarium

zur Wohnungs-Desinfection

mittels

flüssigen Formalins

nach

Prof. Dr. **O. Roepke.**

Ref. Nr. 7, 1905 der Zeitschrift f. Medizinalbeamte



D. R. G. M. Modell M. W.



Ausführliche Beschreibung steht zu Diensten.

Von den Königlich Preussischen und Königlich Bayerischen Staats-Eisenbahnen eingeführt.

30. Jahrg. 1917.

Zeitschrift
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Anzeigen nehmen die Verlagshandlung sowie alle Anzeigenannahmestellen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 13. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats. | 5. Juli.

Ueber psychische Störungen in der Untersuchungshaft.

Von Dr. **Klein**, Gerichtsarzt in Elberfeld, bisher in Gleiwitz.

Ueber die Häufigkeit der Simulation von Geisteskrankheiten im Gefängnis, besonders auch in der Untersuchungshaft, herrschte lange Zeit ein großer und anscheinend unüberbrückbarer Gegensatz in den Ansichten der Gefängnisbeamten, einschließlich der Aerzte, einerseits und der Irrenärzte anderseits. Die ersteren waren leicht geneigt, auffällige geistige Störungen für simuliert zu halten; die letzteren betonten schon lange, daß bewußte und länger dauernde Simulation relativ selten und auch sehr schwer durchführbar sei, ja daß man die Simulation oft schon als Symptom geistiger Störungen anzusehen habe, und daß fließende Uebergänge zwischen Simulation und psychischen Erkrankungen beständen.

In diesem unerfreulichen Widerstreit der Meinungen ist in den letzten Jahren offenbar ein wesentlicher Umschwung zum Besseren eingetreten.

Mit der gründlichen psychiatrischen Vorbildung der Gefängnisärzte und mit dem gewaltigen Aufschwunge der

forensischen Psychiatrie gerade in den letzten Jahrzehnten, ist auch die Neigung der Mehrzahl der Gefängnisärzte zu leichtherziger Annahme zielbewußter Simulation eine wesentlich geringere geworden. Die große Schwierigkeit des Nachweises geistiger Gesundheit bei vorhandenen psychischen Auffälligkeiten ist jetzt auch diesen Aerzten im allgemeinen geläufig.

Ein erfreuliches Zeichen für diesen Umschwung ist der Umstand, daß so berufene und erfahrene Gefängnisärzte, wie Leppmann, auf einem Standpunkt stehen, der sich dem irrenärztlichen durchaus nähert. In seiner sehr bemerkenswerten Schrift: „Der Minderwertige im Strafvollzuge“[1]), schildert er in zutreffender Weise die gewöhnlichsten und markantesten Haftpsychosen. Er warnt vor allzu rascher Annahme der Simulation, empfiehlt mit Recht vorsichtiges Abwarten und weist auf den Umstand hin, daß der Gefängnisarzt die Pflicht habe, unbeirrt durch Einreden der Beamten seine Beobachtungen anzustellen.

„Es gibt Anstaltsleiter,“ sagt Leppmann, „welche rasch bei der Hand sind, in solchen Fällen nicht bloß disziplinare Maßnahmen anzuordnen, sondern Strafanzeige wegen Sachbeschädigung, wegen Beleidigung, wegen Körperverletzung und ähnlichem zu erstatten und den Arzt veranlassen, sein Placet in der Form einer gutachtlichen Aeußerung über die Zurechnungsfähigkeit zu geben. Wenn dann, nachdem das Verfahren seinen Anfang genommen hat, die Geisteskrankheit vorliegt, ist der Arzt der Blamierte. „Deswegen hüte sich der Anstaltsarzt namentlich vor einer Diagnose, das ist die der Simulation.“

Diese ernste Mahnung aus so erfahrenen Munde sollten wir Gerichtsärzte uns stets zur Richtschnur unseres Handelns dienen lassen; mir ist sie jedenfalls aus der Seele gesprochen. —

Als Vertreter des modernen irrenärztlichen Standpunktes möchte ich kurz Peretti[2]) zu Wort kommen lassen. Nach ihm ist die Neigung zur Annahme von Simulation in Aerztekreisen immer noch eine sehr große. Der gesunde Menschenverstand erscheint hier vielfach zur Beurteilung zweifelhafter Geisteszustände ausreichend, während doch gerade auf diesem schwierigen Gebiete nur ausgereifte Erfahrung, sorgfältige und lange genug ausgedehnte Beobachtung in der Irrenanstalt Aufklärung bringen und vor verhängnisvollen Irrtümern schützen können. Auch in Strafsachen sind die Simulationsversuche nicht so zahlreich, wie das Publikum annimmt. Die wilden Männer von Dalldorf finden sich nur in den Zeitungsspalten, sagt der frühere Direktor der Anstalt, Geh. Med.-Rat Dr. Sander. In der Haft werden wohl Versuche gemacht, aber gewöhnlich bald wieder aufgegeben. In den Irrenanstalten bekommen wir wenig Simulation zu sehen. —

Auch aus den Worten eines in der forensischen Psychiatrie sehr erfahrenen Irrenarztes klingt uns demnach die gleiche

---

[1]) Leppmann: Der Minderwertige im Strafvollzuge; ein Leitfaden für die Gefängnispraxis. Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung; 1912, Heft 15.

[2]) Peretti: Simulation und Geisteskrankheit. Medizinische Klinik; 1911, Nr. 35.

Mahnung der Vorsicht bei der Annahme von Simulation der Geisteskrankheit, selbst in Strafsachen, entgegen, so daß der frühere Gegensatz, wenigstens bei den führenden Männern aus beiden Lagern, nicht mehr erkennbar ist.

Daß auch schon im allgemeinen bei den Praktikern in der forensischen Psychiatrie die Kenntnis und damit auch die Beurteilung geistiger Störungen der Untersuchungshaft eine weit bessere geworden ist, entnehme ich für die letzte Zeit aus einem Vortrage des Medizinalrats Dr. Stephan in Güstrow über Gefängnispsychosen vom 26. November 1915 und der sich daran anschließenden Diskussion.[1]) Hier werden die im Untersuchungsgefängnis am häufigsten vorkommenden Psychosen ebenfalls in zutreffender Weise kurz skizziert und ihre krankhaften Grundlagen erörtert. Zugleich werden, unter Hervorhebung des oft labilen psychischen Gleichgewichtes der Inhaftierten, die Gefahren der Untersuchungshaft für die geistige Gesundheit, insbesondere die der strengen Einzelhaft, wie sie hier die Regel bildet und aus juristischen Gründen bilden muß, treffend hervorgehoben.

Auch hier finden wir also eine erfreuliche Bestätigung dafür, daß eine weitgehende Verständigung zwischen den Ansichten der Irrenärzte im Hauptamte und der Gerichts- und Gefängnisärzte sich angelehnt hat.

Nach meinen Erfahrungen, wie ich sie in 12jähriger psychiatrischer Tätigkeit an der Marburger Klinik und großen Provinzial-Irrenanstalten, sowie in 8jähriger gerichtsärztlicher Praxis in Essen und Gleiwitz habe sammeln können, ist zielbewußte, lange fortgesetzte Simulation von Geisteskrankheit auch im Untersuchungsgefängnis, ebenso wie in der Irrenanstalt, selten. Im Untersuchungsgefängnis werden Simulationsversuche allerdings häufiger unternommen, aber zumeist, um juristisch zu reden, „mit untauglichen Mitteln am untauglichen Objekt," und gewöhnlich bald als zwecklos wieder aufgegeben.

Weil den Simulanten naturgemäß jede eingehendere Kenntnis des wirklichen Verlaufs der Psychosen abgeht, so können sie solche auch nicht der Wirklichkeit entsprechend darstellen und konsequent deren Symptome durchführen. Statt dessen suchen sie zumeist ein buntes und widerspruchvolles Gemisch aller möglichen psychischen Elementarstörungen zu produzieren, erlahmen und ermüden gewöhnlich aber bald und geben die Versuche auf, besonders wenn man sie absichtlich etwas links liegen läßt und anscheinend wenig beachtet. Am schwersten dürfte die Abgrenzung der Simulation von der Dementia präcox und von den hysterischen Dämmerzuständen, insbesondere dem Ganserschen Symptomenkomplex, sein.

Viel häufiger kommen auch nach meinen Erfahrungen im Untersuchungsgefängnis, nur auf dieses will ich mich beschränken, wirkliche Geistesstörungen vor, die leider immer

[1]) Zeitschrift für Medizinalbeamte; 1916, Heft 8.

noch vielfach zu spät als solche erkannt werden, wenn die Kranken schon durch strenge Disziplinarmaßnahmen und durch Verpassen der für die Heilung günstigsten Zeit geschädigt worden sind. — Mit Recht betont Bornträger[1]): „Das Nachweisen einzelner Uebertreibungen genügt aber nicht allein zur Annahme der Simulation (Hysterie!)."

Wenn es demnach eine ernste Aufgabe des Gefängnisarztes sein muß, Simulationsversuche als solche zu erkennen und zurückzuweisen, so ist m. E. seine Verpflichtung noch weit schwerwiegender und verantwortungsvoller, die dahin geht, geistige Störungen nicht zu übersehen oder falsch zu deuten.

Nur bei aller Sorgfalt und bei gründlicher psychiatrischer Schulung kann es ihm gelingen, dieser seiner Pflicht gerecht zu werden und als der berufenste von allen Gefängnisbeamten mit dazu beizutragen, daß im Untersuchungsgefängnis nicht, wie man wohl behauptet hat, Psychosen geradezu gezüchtet werden. Dabei möchte ich betonen, daß auch dem gewissenhaften Gefängnisarzt niemals die Ausräumung aller Gefahren für die geistige Gesundheit der Inhaftierten gelingen wird und kann, weil solche mit dem Wesen der Untersuchungshaft einmal untrennbar verbunden sind. Wohl aber müssen wir Gefängnisärzte diese Gefahren genau kennen und im einzelnen Falle durch rechtzeitige psychiatrische Maßnahmen vorbeugend, oder wenigstens heilend einwirken. Nur so kann es gelingen, den leider noch allzu häufigen Ausbruch sog. Haftpsychosen zu verhindern und das unliebsame Hin- und Herpendeln vieler Untersuchungsgefangener zwischen Gefängnis und Irrenanstalt möglichst einzuschränken. Mit einer schnellen Erkenntnis und rechtzeitig einsetzenden Behandlung beginnender oder schon vorgeschrittener Geistesstörungen wird der Rechtspflege, besonders auch der Aufrechterhaltung der straffen Gefängnisdisziplin naturgemäß vielmehr genutzt, wie mit vorschneller und oft unzutreffender Annahme von Simulation, durch die kostbare Zeit für das Untersuchungsverfahren und auch für Leben und Gesundheit der Kranken verloren geht. Mit der möglichst schleunigen Ausschaltung geisteskranker oder doch stark verdächtiger Elemente aus der Untersuchungshaft, dürfte zugleich auch die Neigung zur Simulation infolge von Nachahmung stark eingeschränkt werden.

Daß der Nachahmungstrieb bei Simulationsversuchen von Geisteskrankheit auch im Untersuchungsgefängnis, ähnlich wie bei Selbstmord, eine große Rolle spielt, dürfte jedem erfahrenen Gefängnisarzt bekannt sein. Es liegen hier ganz ähnliche Verhältnisse vor, wie beim Militärdienst, der sich bekanntlich als ein Prüfstein für die geistige Gesundheit erwiesen hat. Mit Recht wird die Absolvierung der Militärdienstzeit ohne wesentliche Komplikationen als Merkmal einer ziemlich widerstandsfähigen Geistesverfassung in den psychiatrischen Gutachten

[1]) J. Bornträger: Compendium der gerichtsärztlichen Praxis; S. 581.

wohl allgemein gewürdigt. Die bessere psychiatrische Schulung unserer heutigen Militärärzte hat sicherlich dazu beigetragen, viele Mißhandlungen und ungerechte Bestrafungen minderwertiger oder geisteskranker Soldaten zu verhüten und ungeeignete Elemente schnell der strengen militärischen Disziplin, der diese unglücklichen Menschen infolge ihres krankhaften Geisteszustandes sich nicht fügen können, zu entziehen. Dadurch wurde nicht nur den Betroffenen, sondern auch dem Ganzen in hervorragender Weise genützt. Daß aber die Gefahren der Untersuchungshaft, insbesondere die der mit ihr verbundenen strengen Einzelhaft, für prädisponierte Individuen noch erheblich größer sind, als die, die der Heeresdienst mit sich bringt, liegt auf der Hand. Hier heißt es ganz besonders, wenn irgendwo in der Medizin: Principiis obsta!

Mit einer psychiatrischen Betätigung im Sinne Leppmanns und Perettis treiben wir Gefängnisärzte, wie man uns vielleicht vorwerfen könnte, aber gewiß keine falsche Humanität, sondern dienen der Rechtspflege weit besser, wie bei Abgabe vorschneller, durch keinerlei Sachkenntnis getrübter Gutachten, die sich dann später als unrichtig erweisen. Daß wir den leitenden Gefängnisbeamten bei solchem Handeln oft wohl als allzu leichtgläubig und gutherzig ercheinen mögen, wollen wir mit Rücksicht auf unsern sehr verantwortungsvollen und dornenvollen Beruf gern mit in den Kauf nehmen.

Auf einige besondere Schwierigkeiten, die dem Gefängnisarzt bei seiner psychiatrischen Gutachtertätigkeit erwachsen, möchte ich im folgenden noch kurz hinweisen:

In Disziplinarsachen werden von ihm oft auf Grund einmaliger Untersuchung, ohne alle Vorbereitung und ohne Kenntnis der Strafakten, gutachtliche Aeußerungen verlangt, die er beim besten Willen und mit gutem Gewissen nicht abgeben kann. In solchen Fällen wird man, um schwere Schädigungen der geistigen Gesundheit zu vermeiden, häufig zu einem „non liquet“ kommen müssen. Mit Recht betont Hoffmann[1]), daß die Untersuchung von Disziplinarstrafen eine wenig angenehme Aufgabe für den Arzt ist. Die Verantwortlickeit des Gefängnisarztes in solchen Fällen ist um so größer, als es sich häufig um Verhängung mehrtägigen Dunkelarrestes mit Kostschmälerung usw. handelt, also um Strafen, die bei psychisch labilen Individuen sehr leicht eine Erschöpfungspsychose auslösen können. Man kann verstehen, daß erfahrene Gefängnisärzte die Verabreichung von Stockhieben als für die geistige Gesundheit weniger gefährlich eingeschätzt haben.

Auch bei seinen Begutachtungen über zweifelhafte Geisteszustände zur Zeit der Straftat oder zur Zeit des Aufenthaltes in

---

[1]) Med.-Rat Dr. Hoffmann: Abschnitt „Gefängnishygiene“ in der Festschrift: „Das Preußische Medizinal- und Gesundheitswesen 1883—1908. Seite 309“. Berlin 1908. Fischers medizinische Buchhandlung (H. Kornfeld).

der Untersuchungshaft, hat der Gefängnisarzt nur relativ kurze Zeit für die Untersuchungen und die Beobachtung zur Verfügung, besonders wenn er noch Gerichtsarzt an einem großen Landgericht ist, wo viele andere, zeitraubende Dienstgeschäfte seiner harren. Ebenso ist die Beobachtung im Untersuchungsgefängnis durch das Personal und die Mitgefangenen keineswegs eine ideale. Die Gefängnisbeamten sind aus begreiflichen Gründen nicht nur sehr oft, sondern fast immer geneigt, jede Geistesstörung für simuliert zu halten. Die wilden Männer von Dalldorf spuken nicht allein in den Spalten der Zeitungen, sondern auch noch vielfach in den Köpfen der Strafanstaltsbeamten. Die Neigung zu aprioristischer Annahme von Simulation der Geisteskrankheit geht in diesen Kreisen so weit, daß bei Geistesstörungen zumeist dem Arzt nur berichtet wird, der Mann „simuliere, spinne oder spiele den wilden Mann". Dieser Umstand ist bei der jetzigen Regelung des Gefängnisdienstes auch nicht verwunderlich. Die betreffenden Gefängnisbeamten, auf deren Mitwirkung bei der Begutachtung zweifelhafter Geisteszustände der Arzt in hohem Maße angewiesen ist, haben keine Vorstellung von dem Verlaufe selbst der gewöhnlichsten Psychosen oder psychischer Abweichungen. Sie sind oft gegen die zu begutachtenden Kranken, die ihnen das Leben sauer genug gemacht haben mögen, erbittert und eingenommen. Gehören doch die Kategorien von Geisteskranken, denen wir im Untersuchungsgefängnis am häufigsten begegnen, zu denen, die auch in der Irrenanstalt dem Pflegepersonal den Dienst besonders erschweren und deshalb hier wohl oft genug von wenig intelligenten Pflegern nicht so sehr für geisteskrank, wie für „frech und aufsässig" gehalten werden. Ich erinnere an die Psychosen und krankhaften Charakterveränderungen bei Degenerierten, Alkoholikern und Hebephrenen, denen wir im Gefängnis so häufig begegnen, und denen vielfach unsoziale, insbesondere querulierende Eigenschaften eigentümlich sind. Ich verweise ferner auf die wenig sympathischen Züge des epileptischen Charakters und des hysterischen Temperaments. So bekommen wir von den Gefängnisbeamten oft genug sicher gut gemeinte, aber recht subjektiv gefärbte Gutachten, statt objektiver Beobachtungen, zu hören.

Mit noch größerer Skepsis sind die Berichte der Mitgefangenen zu bewerten. Oft herrscht bei ihnen das Bestreben vor, den Beobachtenden „herauszureißen", und ihn deswegen als möglichst krank hinzustellen. In anderen Fällen wieder wollen diese Beobachter sich selbst bei dem Anstaltspersonal beliebt und interessant machen. Sie glauben demnach den zu Beobachtenden nicht schwer genug belasten zu können, indem sie ihn als abgefeimten Simulanten hinzustellen suchen. Oft genug werden wir bei diesen Beobachtern auch den guten Willen zur Erforschung der Wahrheit vermissen. Meine frühere Ansicht, daß die Beobachtung in den bekannten Dreimännerzellen dem Gefängnisarzt häufig wertvolles Material liefern könne,

habe ich demnach auf Grund weiterer Erfahrungen wesentlich einschränken müssen.

Noch ein Moment tritt dem psychiatrisch geschulten Gefängnisarzt bei der Abgabe und Vertretung seiner Gutachten hinderlich in den Weg, nämlich das allzu große Mißtrauen, das von seiten vieler Juristen und Strafanstaltsbeamten immer noch der Psychiatrie entgegengebracht wird. Sie gilt, wie wir oft genug aus den Anklagereden der Staatsanwälte und Verteidiger zu hören bekommen, auch heute noch mit Unrecht als eine ganz unfertige, noch im Werden begriffene, mehr philosophierende, wie naturwissenschaftlich exakte Wissenschaft. Diese Ansicht wird leider auch von vielen praktischen Aerzten geteilt und nach außen hin gefördert. Ich brauche nur darauf hinzuweisen, daß eine Paranoia querulatoria nach meinen Erfahrungen auch den praktischen Aerzten zuweilen noch ein unbekannter Begriff ist, ja, daß an einer solchen Psychose leidende Personen geradezu als besonders intelligent begutachtet werden. Durch ein solches, der Psychiatrie entgegengebrachtes Mißtrauen wird natürlich auch die Tätigkeit des Gefängnisarztes erschwert.

Auch der Umstand, daß die Gefängnisärzte als Naturwissenschaftler ihre Gutachten auf induktivem Wege zu erstatten, während die Juristen und Strafanstaltsbeamten deduktiv zu urteilen pflegen, ist einem gegenseitigen Verständnis nicht gerade förderlich. Von den Juristen wird die in Rede stehende Tat als Grundstein der Beurteilung des Geisteszustandes des Täters herangezogen; dem Arzt ist sie dagegen nur ein Glied in der Kette seiner den ganzen Entwicklungsgang und die Gesamtheit der körperlichen und geistigen Persönlichkeit berücksichtigenden Beweisführung. Dem psychiatrisch geschulten Arzte ist der Satz geläufig, daß die Tat an sich noch nichts für etwaige geistige Gesundheit oder Krankheit des Täters beweist. Den Juristen und Strafanstaltsbeamten erscheint es dagegen aus obigen Gründen oft unglaublich, daß eine Tat mit großer Besonnenheit und allem Raffinement von einem Geisteskranken ausgeführt worden sein könne. Ihnen fällt auch die Annahme schwer, daß z. B. gewiegte Betrüger und Hochstapler, Heiratsschwindler usw. im Untersuchungsgefängnis plötzlich geisteskrank geworden sein sollen. Dem Arzte, der die Gefahren der einsamen Einsperrung, des plötzlichen Fortfalles aller Genuß- und Reizmittel, der psychischen Momente usw. berücksichtigt, ist ein solches Vorkommnis weit weniger verwunderlich. Er weiß, daß die in Rede stehenden Straftaten häufiger von „Dégénerés supérieurs“ im Sinne Magnans begangen werden, bei denen neben einer einseitig entwickelten Intelligenz tiefgreifende Defekte anderer psychischer Qualitäten bestehen, so daß die Untersuchungshaft das nur anscheinend stabile, in Wirklichkeit aber morsche geistige Gebäude dieser Individuen leicht wie ein Kartenhaus umstürzen kann. Solche Beispiele dürften jedem älteren Gefängnisarzt bekannt sein.

Die erwähnten Schwierigkeiten bei der Untersuchung und Begutachtung zweifelhafter Geisteszustände im Gerichtsgefängnis werden wohl in höherem oder geringerem Maße jedem Kollegen entgegentreten. Ihre Ueberwindung ist nicht allzu schwer, wenn man, wie ich, das Glück hatte, mit sehr humanen und den psychiatrischen Erwägungen und Forderungen wohlwollend gegenüberstehenden Gefängnisvorstehern zu arbeiten. Diesen hochverehrten Männern, Herrn Geheimen Justizrat Dr. Eger und Gefängnisdirektor Göbel in Essen und Herrn Ersten Staatsanwalt Figge in Gleiwitz, auch an dieser Stelle zu danken, ist mir ein Bedürfnis.

Nach diesen allgemeinen Betrachtungen möchte ich nachstehend in kurzen Zügen noch im besonderen einige psychische Störungen kurz schildern, die dem Gefängnisarzt wohl am häufigsten begegnen und deswegen auch ein größeres praktisches Interesse beanspruchen dürften. Ich vermeide absichtlich den Ausdruck „Psychosen". M. E. kommt es nämlich für den Gefängnisarzt nicht so sehr darauf an, abschließende klinische Diagnosen zu stellen, als vielmehr darauf, zu erkennen, ob überhaupt Irresein, oder Simulation vorliegt. Er muß demnach besonders mit den mehr elementaren Abweichungen in psychischer Beziehung gut vertraut sein und deren Bekämpfung rechtzeitig in die Hand nehmen, um auf solche Weise Selbstmorde und Haftpsychosen nach Möglichkeit zu verhüten und die Bedrohten rechtzeitig einer geeigneten Behandlung, die häufig eine Irrenanstaltsbehandlung sein muß, zuzuführen. Auf die Schilderung der vollentwickelten Psychosen, der verschiedenen Formen der geistigen Minderwertigkeit und der psychopathischen Konstitution im Untersuchungsgefängnis kann ich hier um so eher verzichten, als ihre Schilderung bereits von berufener Seite erfolgt ist, und zwar so, daß ich mich den Ausführungen dieser Autoren im wesentlichen anschließen kann.[1]) Nur auf eine, im Untersuchungsgefängnis nicht allzu seltene Psychose, deren Vorbedingungen ja noch nicht ganz geklärt sind, möchte ich zunächst kurz eingehen, nämlich das akute Alkoholdelirium. Es ist ja bekanntlich noch immer eine oft erörterte und in verschiedenem Sinne beantwortete Frage, ob es überhaupt ein sogenanntes Abstinenzdelirium gibt. Nach meinen Erfahrungen ist diese Frage, allerdings mit einer gewissen Einschränkung, zu bejahen. Ich sah dieses Abstinenzdelirium immer nur bei körperlich und geistig schon stark herabgekommenen, das Bild des vorgeschrittenen Alkoholismus

---

[1]) Leppmann, l. c. Heinecke, Strafanstaltsarzt in Waldheim: Ueber die Anfänge geistiger Störungen bei Strafgefangenen. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform; Jahrg. 8, Heft V. Hoffmann, l. c. und Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen. Puppe: Ueber Gefängnishygiene. Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege; 1906. Pollitz: Einzelhaft und Gemütsstörung. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1905, Nr. 22. Leppmann: Der Gefängnisarzt.

chronicus bietenden Trinkern; hier fand ich es aber auch nicht allzu selten. Ich konnte in Essen bei einer ganzen Reihe stark herabgekommener älterer Bettler und Gelegenheitsarbeiter bei ihren wiederholten Einlieferungen in das Gerichtsgefängnis immer wieder ein typisches Alkoholdelirium während der ersten Tage ihres Gefängnisaufenthaltes beobachten. Zuweilen kam es nicht zu einem vollentwickelten Delirium tremens. Es fand sich dann nur starkes Zittern, besonders der Hände, leichte Umflorung des Bewußtseins, Verlangsamung des Denkens, Inkohärenz, alkoholische Unruhe, Schlaflosigkeit, große Schwäche, starkes Schwitzen. Daneben traten gewöhnlich vereinzelte typische Visionen, besonders in der Dämmerung und nachts, auf, sowie eine Neigung zur Verifikation zumeist schreckhafter Träume. Nach 2 bis 3 Tagen klangen diese Erscheinungen unter geeigneter Behandlung (von Medikamenten bewährte sich besonders eine Kombination von Opium und Veronal) zumeist ab, um einem geordneten Wesen Platz zu machen. Entsprechend der starken Bewußtseinstrübung war das Erinnerungsvermögen für die Zeit der Erkrankung zumeist ein sehr summarisches; oft reichte die partielle Amnesie auch bis auf die letzten Tage vor der Einlieferung zurück; oder das Erinnerungsvermögen war auch für diese Zeit bisweilen schon im Sinne der späteren Halluzinationen und Illusionen wahnhaft verfälscht. Ein solcher früherer Delirant wurde in einem Mordprozeß über Vorgänge kurz vor seiner Einlieferung auf seinen Antrag als Zeuge vernommen und berichtete recht abenteuerliche Dinge. Als Sachverständiger hielt ich es für meine Pflicht, auf die möglichen Fehlerquellen dieser Zeugenaussage hinzuweisen.

In vielen Fällen kam es bei diesen Individuen zu einem vollentwickelten Alkoholdelir mit starker Bewußtseinstrübung, typischen alkoholischen Illusionen und Halluzinationen, Beschäftigungsdelir, Unruhe, Schlaflosigkeit usw. Fast in allen Fällen fand sich auch das bekannte eigenartige Gemisch von leichter Angst und Euphorie, sowie eine große Suggestibilität im Sinne ihrer Sinnestäuschungen und Wahnideen. Auch diese schwereren Fälle verliefen jedoch zumeist gutartig, ohne stärkere Erregung, und klangen gewöhnlich in mehreren Tagen ab. Nur selten machten ernstere Komplikationen, wie Herzschwäche oder Lungenentzündung, die Ueberführung in das Krankenhaus nötig. Die Behandlung war dieselbe, wie in den leichteren Fällen.

Der Umstand, daß bei dieser Kategorie von Gefangenen das Delirium tremens mit großer Regelmäßigkeit fast jedesmal unmittelbar nach ihrer Einlieferung in das Gerichtsgefängnis und der dadurch erzwungenen plötzlichen Alkoholabstinenz — Alkohol als Vorbeugungsmittel habe ich nie verordnet — auftrat, nötigt doch dringend zu dem Schlusse, daß unter bestimmten Verhältnissen die plötzliche Entziehung des Alkohols, besonders bei herabgekommenen Säufern, ein allerdings leichtes Alkoholdelirium hervorrufen kann. Bei längerer Tätigkeit an

demselben Gefängnisse ist dem Arzt die Reihe der für diese Haftpsychose prädisponierten Personen, deren Bedeutung im wesentlichen nur in der Notwendigkeit besonders vorsichtiger Bewertung etwaiger Zeugenaussagen über Ergebnisse kurz vor der Einlieferung besteht, schon bekannt.

Kurz erwähnen möchte ich noch, daß ich einmal bei einer älteren Frau nach ihrer Einlieferung ein typisches Korsakoffsches protrahiertes Delir beobachten konnte, das die Ueberführung in die Irrenabteilung des Krankenhauses nötig machte und dort in etwa 3 Wochen ablief. In diesem Falle möchte ich aber nicht die plötzliche Abstinenz für den Ausbruch der Psychose verantwortlich machen, halte es vielmehr für wahrscheinlicher, daß eine schon vor der Einlieferung bestehende Korsakoffsche Psychose durch die erzwungene, totale Abstinenz eher günstig beeinflußt wurde.

Weit ernstere Bedeutung haben die anderen halluzinatorischen Zustände, die wir so häufig im Untersuchungsgefängnis beobachten können. Ihr Auftreten daselbst kann bei einiger psychiatrischer Ueberlegung auch nicht auffällig erscheinen.

Die fast gänzliche Abschaffung der Isolierung in den Irrenanstalten ist bekanntlich hauptsächlich auf Grund der Erkenntnis erfolgt, daß eine einsame Einsperrung, besonders bei längerer Dauer, das Auftreten von Sinnestäuschungen geradezu veranlassen, bei schon bestehenden aber eine erhebliche Verschlimmerung herbeiführen kann. Aehnlich verhält es sich natürlich bei psychisch labilen Gefangenen. Daß Dunkelarrest in dieser Beziehung, wie übereinstimmend von allen Autoren berichtet wird, besonders gefährlich ist, liegt auf der Hand; denn er begünstigt das Auftreten von Gesichtstäuschungen zumeist schreckhaften Inhalts, besonders bei Alkoholikern, Hysterischen und an Dementia präcox leidenden Personen.

Die Gehörstäuschungen treten nach meinen Beobachtungen recht häufig in der Form des von Cramer in Marburg zuerst eingehender erforschten und beschriebenen Gedankenlautwerdens auf. Wir denken bekanntlich, wie dieser mit Recht hervorhebt, in Worten. Dies kommt uns im gewöhnlichen Verkehr mit Menschen weniger zum Bewußtsein, schon mehr, wenn wir allein und intensiv über Dinge nachdenken, die uns besonders nahe gehen. Bei Untersuchungsgefangenen, besonders bei solchen, die zum erstenmal die Schwelle des Gerichtsgefängnisses überschritten haben und gemütlich noch nicht abgestumpft sind, kommt es nun aber in der ersten Zeit der Einzelhaft, oder kurz vor und nach aufregenden Vernehmungen, auch nach der für sie ungünstig verlaufenen Hauptverhandlung, oft genug zu einem qualvollen Denkzwange. Ihre Gedanken bewegen sich in einem engen, trostlosen Zirkel und werden nicht durch den Verkehr mit der Außenwelt abgelenkt; sie verlaufen zudem mit einer starken Affektbetonung. Alle diese Umstände begünstigen aber bei geistig wenig widerstands-

fähigen Personen das Auftreten des Gedanklenlautwerdens, das Cramer wohl mit Recht als eine Halluzinose im Gebiete des Muskelsinns des Sprachapparates aufgefaßt hat. Daß dabei auch noch eine Ueberregbarkeit der höheren Zentren der Gehirnrinde mitbeteiligt ist, wie neuere Forscher betonen, ist sehr wahrscheinlich. Die betreffenden Gefangenen glauben, daß ihre Gedanken laut mitgesprochen würden, und daß demnach ihr Gedankeninhalt den Gefängnisbeamten schon bekannt sei. In anderen Fällen bekommen sie laute Antworten auf ihre Gedanken im Sinne der konsentierenden und dissentierenden (quälenden und tröstenden) Stimmen. Durch diese krankhaften psychischen Vorgänge werden sie, wie man es ja auch in Irrenanstalten oft beobachten kann, verschlossen und abweisend, in anderen Fällen auch unwirsch und erregt. Wenn man eine Frage an sie stellt, glauben sie wohl, man wolle sie nur zum Besten haben, da man ihre Gedanken doch schon kenne. Mit dem Einsetzen dieser Störung, die häufig zur freiwilligen Stummheit (Mutismus) und auch zum halluzinatorischen Stupor führen kann, kommt es natürlich regelmäßig zu schweren Konflikten mit der Gefängnisordnung. Bei nicht rechtzeitiger Erkennung vonseiten des Arztes ist die Verhängung von Disziplinarstrafen die unvermeidliche Folge. Diese verschlimmern den krankhaften Zustand und können den Ausbruch einer länger dauernden Haftpsychose bewirken. Bei rechtzeitiger Diagnose und Therapie, besonders bei rechtzeitiger Unterbrechung der Einzelhaft, kann dagegen das Gedankenlautwerden, das nach Cramer eine relativ günstige Prognose hat, bald zurückgehen, so daß eine Ueberführung in die Irrenanstalt vermieden werden kann.

Andere Gehörstäuschungen haben mehr illusionären Charakter. Aus dem Rasseln der Schlüssel, den Schritten der Nachtwache, den Schlägen der Kirchenuhr, dem eintönigen Geräusch der Arbeitsmaschinen usw. werden Stimmen bedrohenden oder beschimpfenden Inhaltes herausgehört. So äußern die Gefangenen, daß ihre Hinrichtung bevorstände, daß ihre Schande in die ganze Stadt hinausgeschrien werde usw. Diese Form der Gehörshalluzinationen traf ich in klassischer Weise bei einem Tabiker an.

In wieder anderen Fällen handelt es sich um echte Akustikushalluzinationen; die Kranken hören dann zumeist einzelne Schimpfworte, oft unflätigen Inhaltes. Auf Grund dieser Gehörstäuschungen kommt es häufig zur Bildung von Wahnideen. In einem Falle sah ich in Gleiwitz auf diese Weise auch im Gerichtsgefängnis den sonst hier im allgemeinen seltenen Begnadigungswahn entstehen.

Durch diese Gehörstäuschungen können insbesondere auch schwere Angstzustände ausgelöst werden, die den später zu besprechenden primären Angstzuständen nicht unähnlich sind. Hier wie dort, kann es zu ernsthaft gemeinten Selbstmordversuchen oder auch zum Toben kommen, da allein der impulsive Drang, aus dem qualvollen Zustande herauszukommen,

diese Kranken völlig beherrscht und auch bei denen, die sich bisher der Gefängnisordnung willig gefügt hatten, zeitweilig alle Hemmungsvorstellung ausschaltet. Auch ohne komplizierende Angst können die sogenannten imperatorischen Gehörstäuschungen eine zwingende Gewalt auf die Betreffenden ausüben. In der Irrenanstalt erlebte ich, daß ein derartiger Halluzinant in der Wachabteilung sich auf Befehl göttlicher Stimmen beide Augen herausriß und dadurch völlig erblindete.

An praktischer Bedeutung treten neben den Gehörstäuschungen die Halluzinationen und Illusionen auf den übrigen Sinnesgebieten sehr zurück. Am häufigsten finden wir bekanntlich die Visionen vor, die gern im Halbdunkel, in der Nacht und, wie schon erwähnt, bei länger dauerndem Dunkelarrest auftreten. Die Kranken sehen gewöhnlich verzerrte Gesichter oder auch ganze Gestalten schattenhaft und oft kulissenartig vorüber ziehen. Zuweilen können sich die Gehörstäuschungen mit solchen Visionen kombinieren, besonders oft bei Degenerierten mit hysterischen Zügen und echten Hysterikern, sowie bei Alkoholikern (akute Paranoia im Sinne von Jolly und Köppen).

Bei Alkoholikern kommt es auch häufiger zu Wahnvorstellungen im Sinne des physikalischen Verfolgungswahnsinns auf Grund der Parästhesien bei ihrer multiplen alkoholischen Neuritis, ähnlich auch bei Kranken mit Lues cerebri und bei Tabikern, infolge der lanzinierenden Schmerzen. Die Kranken klagen dann, um einige selbst erlebte Beispiele anzuführen, wohl darüber, daß sie in ihren Gliedern eiserne Nägel hätten, daß sie elektrisiert würden, daß man Ungeziefer über ihren Körper laufen ließe usw. Bei Hysterischen finden wir auf Grund ihrer Präkordialsensationen Klagen über nächtliche Ueberfälle und Eindrücken der Brust (Incubus).

Diese Sensationen spielen praktisch eine besonders große Rolle dann, wenn sie mit Verifikationen von Träumen verbunden sind. Auf dem Boden der letzteren entstehen phantastische Angaben über nächtlichen geschlechtlichen Mißbrauch durch Gefängnisbeamte usw. Die Neigung zur Traumverifikation ist besonders groß bei den Gefangenen, die schon an einer gewissen geistigen Schwäche und Kritiklosigkeit leiden, wie z. B. in Fällen von beginnendem Greisenblödsinn, Arteriosklerose des Gehirns und Rückenmarks, Tabes dorsalis und Lues cerebri. Auf diesem Boden entstehen auch gern jene Dinge, die Leppmann als phantastische Eingebungen bezeichnet hat. Bei näherer Nachforschung wird man diese oft genug auf kritiklos in den Wachzustand hinübergenommene und dann die Rolle von Wahnideen spielende Traumerlebnisse zurückführen können.

Durch solche Traumverifikationen können auch gelegentlich Mutismus und Stupor ausgelöst werden. Der Verdacht der Simulation kann dabei zunächst, bevor man den Mechanismus ihrer Entstehung kennen gelernt hat, groß sein.

Daß die Korrektur von Wahnerlebnissen auf Grund von Träumen bei den in Betracht kommenden Untersuchungsgefangenen besonders erschwert ist, liegt auf der Hand. In der Freiheit würde wohl eine Aussprache mit geistig mehr gefestigten Menschen der Kritiklosigkeit der Betreffenden etwas aufhelfen und sie bald erkennen lassen, daß sie eben nur geträumt, nicht wirklich erlebt haben. In der Einzelhaft fällt eine solche Hilfe fort. Hier sind sie, bei ihrer defekten Urteilskraft, ganz auf sich allein mit ihren Gedanken angewiesen. So wird das Traumerlebnis für sie immer mehr zu einem wirklichen Geschehen. Durch das oben besprochene Gedankenlautwerden kann es noch mehr zu einem festen Bestandteil ihres Bewußtseinsinhaltes werden. Die Bedeutung solcher Traumverifikationen ist klar. Durch sie finden manche, zunächst anscheinend ganz absurde und den Verdacht der Simulation erweckende Wahnideen ihre Erklärung.

(Schluß folgt.)

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die am 23. Mai d. J. in Berlin (Abgeordnetenhaus) abgehaltene Generalversammlung des Deutschen Zentral-Komitees zur Bekämpfung der Tuberkulose.

Die Generalversammlung fand unter zahlreicher Beteiligung von Mitgliedern und Gästen statt, unter denen sich auch Vertreter der Kriegsbeschädigtenfürsorge, Organisationen und der Arbeitsnachweise befanden. Anstelle des dienstlich verhinderten Vorsitzenden Exzellenz Helfferich eröffnete Ministerialdirektor Wirkl. Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Kirchner die Sitzung mit einer Ansprache, in der er die Anwesenden begrüßte, über den ungestörten Fortgang der Tuberkulosebekämpfung während des letzten Jahres berichtete und mit besonderem Nachdruck auf die Notwendigkeit des Ausbaues der Fürsorgestellen für Lungenkranke hinwies, für den das Präsidium erhebliche Mittel zur Verfügung gestellt habe. In gleicher Weise müsse auch die Bekämpfung der Tuberkulose im Mittelstand weiter gefördert werden, damit nicht durch die lange Kriegsdauer ernstliche Schädigungen der Volksgesundheit einträten. Sodann erstattete der Generalsekretär, Oberstabsarzt Dr. Helm, den **Geschäftsbericht.** Die Mitgliederzahl betrug Ende 1916 1458. Eine Neuzählung der Lungenheilstätten usw. hat in diesem Jahrenicht stattgefunden, da wesentliche Veränderungen nicht eingetreten sind. Es bestehen demnach zurzeit 161 Heilstätten für Erwachsene mit rund 16100 Betten, ebenso viel Kinderheilstätten mit rund 12200 Betten und außer vielen anderen Tuberkuloseeinrichtungen rund 2000 Fürsorge- und Beratungsstellen. Trotz des Krieges sind wieder einige Neubauten fertiggestellt und in Betrieb genommen worden, so das zweite Anstaltsgebäude der Heilstätte Holsterhausen, der Neubau bei der Großherzogin Elisabeth-Heilstätte in Wildeshausen, ein Kinderpavillon der Heilstätte Heidehaus bei Hannover, das Kriegshaus bei der König Friedrich August-Erholungsstätte in Chemnitz-Borna und das ostpreußische Männererholungsheim in Klein-Hoppenbruch. Ein für das Zentral-Komitee neuer Weg der Volksaufklärung wurde mit der Herstellung eines Tuberkulosefilms beschritten, der später den Teilnehmern der Versammlung am Nachmittag im Union-Theater, Friedrichstraße (Bavariahaus), vorgeführt wurde. Die Einnahmen des Zentral-Komitees aus den Mitgliederbeiträgen und freiwilligen Schenkungen erreichten im Jahre 1916 die Höhe von 40706 Mark. Der Reichszuschuß betrug wie im Vorjahre 110000 Mark; außerdem wurden noch vom Reichsamt des Innern auf besonderen Antrag 20000 Mark überwiesen. Die im Sommer 1916 ausgespielte Lotterie des Zentral-Komitees brachte den üblichen Erlös von 125000 Mark ein. Die Bewilligungen für den Bau oder

die erstmalige Einrichtung von Heilstätten und anderen Tuberkuloseeinrichtungen betrugen im Berichtsjahre 37 500 Mark. Einer Einnahme von rund 407 000 Mark stand eine Ausgabe von rund 401 000 Mark gegenüber. Im Anschluß an den Kassenbericht wurde dem Schatzmeister Entlastung erteilt. Hieran schloß sich die Wahl des früheren Vorsitzenden des Präsidiums Exzellenz v. Delbrück zum Ehrenmitglied und Zuwahlen zum Ausschuß. Unter den Gewählten befanden sich die Professoren Dr. Orth-Berlin, Dr. Aschoff-Freiburg, Dr. Kobert-Rostock, Dr. de la Camp-Freiburg, Dr. Grotjahn-Berlin, der Marinegeneralstabsarzt Dr. Uthemann, eine größere Anzahl von Heilstättenärzten, Leitern von Fürsorgestellen und sonst in der Tuberkulosebekämpfung bewährten Persönlichkeiten.

Es folgten hierauf die Vorträge der Herren Oberstabsarzt Dr. Beschorner-Dresden und Oberregierungsrat Dr. Freudenfeld-Straßburg i. E. über **Berufsberatung und Arbeitsvermittlung für Lungenkranke unter besonderer Berücksichtigung der Kriegsbeschädigten.**

a. Der erste Berichterstatter, Oberstabsarzt Dr. **Beschorner**-Dresden, hob zunächst die Schwierigkeiten hervor, der der Berufsberatung und Arbeitsvermittelung entgegenstehen: die geringe Zahl geeigneter Berufe, die Scheu der Arbeitgeber, einen als tuberkulös Erkannten wieder zu beschäftigen, und das oft vorhandene Widerstreben des Kranken selbst zur Wiederaufnahme der Arbeit. Im Frieden habe sich im allgemeinen die vorbeugende Arbeitserhaltung am besten bewährt, die darin bestehe, daß dem Lungenkranken, der eine Heilstätte aufsucht, der Eintritt in seine Arbeitsstelle offen gehalten werde. Wenn jedoch ein Berufswechsel nicht zu umgehen sei, so müsse dabei nicht nur die Schwierigkeit der Umlernung, der Widerstand der Arbeitgeber und Mitarbeiter und noch manches andere berücksichtigt werden. Berichterstatter schilderte sodann an Stelle weiterer theoretischer Betrachtungen, wie die Berufsberatung und Arbeitsvermittlung für die lungenkranken Soldaten praktisch im XII. Armeekorps (Dresden) seitens der Vereine Heimatdank für die Kriegsbeschädigten und seitens der Tuberkuloseorganisationen für die Nichtkriegsbeschädigten durchgeführt wird. Dem Wunsche des Kranken nach einem Berufswechsel wird nur dann stattgegeben, wenn die frühere Arbeit zu schwer erscheint oder sicher den Lungen schädlich ist oder im Nahrungsmittelgewerbe ausgeübt wurde. Ist hiernach die Notwendigkeit des Berufswechsels zweifellos, so wird auf die Umschulung besondere Sorgfalt verwandt. Bei gelernten Arbeitern gilt als Grundsatz die Qualität der Arbeit der erwerbsbeschränkten halben Kräfte durch Weiterbildung im Unterricht so zu steigern, daß die geringere Quantität hierdurch zum Teil wieder wett gemacht wird; z. B. erhalten Holzarbeiter Unterricht im Fachzeichnen, Entwerfen von Zeichnungen, Aufstellung von Berechnungen, Werkstattbuchführung; ähnlich geschieht es für andere Berufe. Bei zweckmäßiger, straffer Organisation und sachgemäßer Beratung gelingt es auf diese Weise, auch die Arbeitskräfte der Lungenkranken richtig zu verwerten.

b. Der zweite Berichterstatter, Oberregierungsrat Dr. **Freudenfeld**-Straßburg i. E. führte aus, daß sowohl bei der Berufswahl gelegentlich der Schulentlassung, wie bei der Berufsberatung nach einer Heilstättenbehandlung immer wieder die Feststellung gemacht werde, daß weniger der Beruf selbst für den Lungenkranken schädlich ist, als die näheren Umstände, unter denen er ausgeübt wird, und daß kein Beruf — auch nicht der des Landwirts und Gärtners — frei von Schädlichkeiten sei. Hieraus ergebe sich, daß die Arbeitsbeschaffung wichtiger sei als der Berufswechsel. Berichterstatter empfiehlt die Einrichtung von Arbeitsgenesungsheimen im Anschluß an die Heilstätten. Die Einrichtungen sollen dem doppelten Zwecke dienen, die Genesenen wieder an die Arbeit zu gewöhnen und ihnen, wenn nötig, Gelegenheit zur Berufsumschulung zu geben. Neben land- oder forstwirtschaftlicher oder gärtnerischer Tätigkeit sollen auch einige Handwerke wie Schreinerei, Schnitzerei, Drechslerei, Feinmechanik und Uhrmacherei für größere Wand- und Standuhren, Schusterei (aber nicht für Ausbesserungen alten staubigen Schuhwerks), Glaserei oder Korbflechterei betrieben werden. Neben der praktischen Tätigkeit soll theoretischer Unterricht einhergehen; außerdem sollen auch Volks- und Jugendspiele geübt werden. Bei der Umschulung kommt einmal die Umbildung innerhalb desselben Berufes in Betracht, die dem nur halb Arbeitsfähigen

bessere Verdienstmöglichkeiten eröffnet. Eine weitere sehr zweckmäßige Maßnahme ist die kurzfristige Berufsausbildung ungelernter Arbeiter zu nur „angelernten"; hierbei handelt es sich meist um die Anlernung zur Bedienung bestimmter Maschinen, aber sie kommt auch für die Landwirtschaft und Gärtnerei in Betracht. Ihre Dauer soll 10 Wochen nicht übersteigen. Endlich wurde hervorgehoben, daß in der Frage der Arbeitsvermittlung Tuberkulöser Gutes nur erreicht werden könne bei systematischem Vorgehen und strenger Verteilung der Rollen zwischen den verschiedenen dafür in Betracht kommenden Einrichtungen.

Zum Schluß wurde kurz über einen Antrag von **Windmöller**-Lengerich verhandelt, der eine **bessere Fürsorge für die Lungenkranken des zweiten und dritten Stadiums** verlangt und im besonderen die Einrichtung von Pflegeheimen und Heilanstalten für solche Kranke verlangt.

Im Anschluß an diese Sitzung fand die **Generalversammlung der Kommission für die Tuberkulosebekämpfung im Mittelstand** (Abteilung des Zentral-Komitees) statt.

Bericht über die am 23. Mai d. J. in Berlin (Abgeordnetenhaus) abgehaltene Sitzung des Lupus-Ausschusses des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose.

Die unter dem Vorsitz des Direktors der Medizinalabteilung des Ministeriums des Innern, Wirkl. Geh. Ob.-Med.-Rats Prof. Dr. Kirchner, abgehaltene diesjährige Sitzung des Lupus-Ausschusses des Deutschen Zentral-Komitees zur Bekämpfung der Tuberkulose war von etwa 30—40 Mitgliedern besucht.

Nach einer kurzen Begrüßung durch den Vorsitzenden erstattete der Schriftführer, Oberstabsarzt Dr. **Helm**, den **Geschäftsbezicht** unter Hinweis auf den gedruckt vorliegenden Bericht des Tuberkulose-Zentralkomitees. Im Anschluß daran fanden Wahlen zum Lupusausschuß statt. Sodann sprachen Dr. **Arthur Strauß**-Barmen und Dr. **Wichmann**-Hamburg über **Erfolge und Aussichten der Chemotherapie des Lupus.**

Dr. **Strauß** ging davon aus, daß eine Heilung des Lupus auf chemotherapeutischem Wege durch die Widerstandsfähigkeit der Tuberkelbazillen, ihre geringe Zahl im lupösen Gewebe und die Gefäßarmut des Lupusknötchens sehr erschwert sei. Der Lupus könne deshalb wahrscheinlich nur durch ein chemotherapeutisches Mittel wirksam behandelt werden, das nicht nur seine Herde und Bazillen auf innerlichem Wege zu treffen, sondern sie auch unter Entfaltung einer gewissen Reiz- oder Aetzung zu zerstören vermöge. Unter den bisher geprüften Mitteln hätten das Salvarsan und das Aurum kaliumcyanatum versagt. Hiergegen hätte das Kupfer nicht nur bei der experimentellen Prüfung durch Gräfin von Linden eine besondere Affinität zu den Tuberkelbazillen und dem tuberkulösem Gewebe gezeigt, sondern sich auch namentlich in einer Lezithinverbindung, dem sogenannten Lekutyl, als ein spezifisch wirkendes örtliches Heilmittel bewährt, das zu schöner glatter Vernarbung auch auf großen Flächen führt. Selbstverständlich kämen auch Rückfälle vor; die Ergebnisse seien außerdem von einer richtigen Durchführung der Behandlung abhängig. Auch für die Schleimhaut- und chirurgische Tuberkulose bewähre sich das Kupfer sehr. Indessen habe seine Wirksamkeit bei Einverleibung in die Blutbahn noch nicht befriedigt. Um diesem Mangel abzuhelfen, hat der Vortragende die äußerliche Anwendung des Kupfers in zahlreichen Fällen mit einer Lichtbehandlung (Quarzlampenbestrahlung) verbunden und dadurch auch in schweren, aussichtslos erscheinenden Fällen noch ausgezeichnete Ergebnisse erzielt, die seiner Ansicht nach an Tiefenwirkung der des Finsenlichtes gleichkommt, aber mit geringerem Aufwand an Zeit und Kosten zu erreichen sind. Zur vorbeugenden Behandlung der Skrophulose im Kindesalter schlägt er Versuche mit Kupfermilch vor.

Dr. **Wichmann** berichtet auf Grund seiner Erfahrungen in der Hamburger Lupusheilstätte, daß mit der innerlichen Anwendung des Kupfers bei Hauttuberkulose so gut wie nichts erreicht sei; die bei äußerlicher Anwendung des Kupfers erzielten Erfolge bewiesen nur, daß das Kupfer ein gutes, elektiv

wirkendes Aetzmittel sei, der Beweis seiner spezifischen Wirkung auf die Tuberkelbazillen stehe noch aus. Auch die Verbindung von Borcholin mit Kupfersalzen habe ebenso wie die Anwendung von Borcholin allein keine größere Bedeutung gewonnen. Arsen habe in Fällen von hämatogener Hauttuberkulose günstige Wirkung gezeigt. Bei den durch Quecksilber und Jod günstig beeinflußten Fällen seien Kombinationen von Lupus mit Syphilis nicht ausgeschlossen. Von den Goldpräparaten seien die Versuche mit Aurum kalium-cyanatum nicht ermutigend ausgefallen. Auch von der Kantharidinverbindung und dem Natriumsalz einer Aminoaurophenolcarbonsäure seien bisher nur vereinzelte Erfolge zu verzeichnen gewesen. Die Chemotherapie des Lupus befinde sich noch im Versuchsstadium, was sich aus der besonderen Widerstandsfähigkeit des Tuberkelbacillus gegenüber dem menschlichen Gewebe erkläre.

An die Vorträge schloß sich eine kurze Erörterung an.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

1. Typhus.

Steigerung der Gruber-Widalschen Reaktion durch Vakzinevirus. Ein experimenteller Beitrag zu den Fehlerquellen dieser Reaktion. Von Dr. Fritz Kirstein, Vorsteher des Königl. Medizinal-Untersuchungsamtes Stettin. Deutsche med. Wochenschrift; 1917, Nr. 11.

Die im Tierkörper durch eine vorausgegangene Typhusschutzimpfung gebildeten Agglutinine können auch durch einen nicht bakteriellen Infektionsträger zu einer starken Neubildung angeregt werden. Analog liegen die Verhältnisse beim Menschen, nur daß hier die Reaktionsfähigkeit auf neue, nicht spezifische Reize viel länger erhalten bleibt. Daraus ergibt sich die praktische Folgerung, daß das Ansteigen der Gruber-Widalschen Reaktion bei einem typhusschutzgeimpften Kranken nicht allein bei einer bakteriellen, sondern auch bei einer nicht bakteriellen Infektionskrankkeit vorkommen kann.

Da der Steigerung der Gruber-Widalschen Reaktion innerhalb des ersten Jahres nach der letzten Typhusschutzimpfung nur noch wenig Wert beizumessen ist, wird durch weitere Zusammenarbeit von Klinikern und Bakteriologen festzustellen sein, ob etwa bei den nach diesem Zeitraum beobachteten Fällen ein Ansteigen der Reaktion wieder mit größerer Sicherheit für die Typhusdiagnose zu verwerten ist.

Für das Krankenhaus eignet sich am besten die Züchtung der Typhuserreger mittels des Galleröhrchens von Conradi. Für die bakteriologischen Untersuchungsanstalten empfiehlt sich das Verfahren des Verfassers: Züchtung der Typhusbazillen aus dem Blutkuchen der eingesandten Blutproben mit Hilfe trypsinhaltiger Rindergalle, die den Blutkuchen vorher aufschließen soll. Ergänzend hierzu wird empfohlen, von den angelegten Blutkulturen nicht nur am folgenden Tage, sondern auch noch nach 3 Tagen Plattenkulturen zu machen, da nicht selten erst bei späteren Aussaaten Typhusbazillen gefunden werden. Dr. Roepke-Melsungen.

Der Wert der Duodenalsondierung für die Diagnose des Typhus abdominalis. Von Dr. Bossert und Dr. Leichtentritt-Breslau. Deutsche med. Wochenschrift; 1917, Nr. 11.

Bei einem achtjährigen typhuskranken Kinde, bei dem die beiden ersten Untersuchungen im Duodenalinhalt Typhusbazillen nachwiesen, konnten während der Rekonvaleszenz in fünf weiteren Untersuchungen noch dreimal Bazillen im Stuhl, jedoch nie mehr im Duodenalinhalt gefunden werden. Dieser scheinbare Gegensatz zu den Befunden von Drigalski, Jürgens und Förster bei zahlreichen Leichenuntersuchungen, die ein regelmäßiges und häufiges Vorkommen der Typhusbazillen in der Galle und den oberen Darmteilen im Gegensatz zu den unteren Darmabschnitten feststellen ließen, ist auf eine Ausscheidungspause der Galle zurückzuführen. Immerhin bleibt der in zweifelhaften Fällen heranzuziehenden Duodenalsondierung nur ein begrenzter Wert beizumessen. Dr. Roepke-Melsungen.

Beziehungen zwischen Schutzimpfung, natürlicher Immunität und spezifischen Serumstoffen bei Typhus. Von Oberarzt d. R. Dr. G. Seifert-Lager Lechfeld. Deutsche med. Wochenschrift; 1917, Nr. 12.

Erhitztes Serum normaler Menschen hemmt in der Regel das Wachstum der Typhusbazillen, dagegen nicht das Serum für typhusunempfänglicher Tiere. Das Serum von Individuen, die an Typhus erkrankt oder gegen Typhus schutzgeimpft waren, verhält sich in ähnlicher Art wie Serum unempfänglicher Tiere: das Wachstum wird nicht gehemmt. Diese Erscheinung läßt sich vielleicht zum Nachweis eines vorhandenen Impfschutzes verwenden. Sie kann die Möglichkeit geben, aus dem Vorhandensein wachstumshemmender Stoffe auf eine Empfänglichkeit des Individuums für eine Typhuserkrankung zu schließen. Gleichzeitig könnte sie ein Mittel sein, die Wirksamkeit der Impfstoffe zeitlich und individuell, sowie verschiedene Darstellungsweisen der Impfstoffe auf ihre Brauchbarkeit zu prüfen. Dr. Roepke-Melsungen.

Ueber Typhus und Typhusbazillen-Träger. Von San.-Rat Dr. Braune, Direktor der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Konradstein bei Pr. Stargard. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung; 1916, Nr. 16.

Die Anstalt wurde von April 1911 bis Ende 1912 von einer Typhus-Epidemie, die 202 Fälle umfaßte, heimgesucht, und als deren Quelle durch ein in der Anstalt neu eingerichtetes bakteriologisches Laboratorium 21 männliche und 25 weibliche Bazillenträger gefunden wurden. Diese wurden in einem besonderen Hause isoliert, trotzdem aber folgten einige andere sporadische Erkrankungen und 1913/14 eine zweite Epidemie von 65 Fällen, die auf neu eintretende, schon infizierte Kranke, von außen hinzukommende oder auf solche Bazillenträger zurückzuführen waren, die in der Anstalt bisher der Feststellung entgangen waren; denn manche von diesen wurden erst nach 60 und mehr negativen Untersuchungen entdeckt, einzelne waren jahrelang bazillenfrei, um dann doch wieder Bazillen auszuscheiden. Erst durch ganz regelmäßig vorgenommene Durchuntersuchungen der ganzen Anstalt und aller Neuaufnahmen sowie zweimal monatlich stattfindende Untersuchung aller Bazillenträger wurde der dauernde Bestand der letzteren, der sich auf 75 erhöhte, ermittelt. Ein interessantes und neues Ergebnis hatten Untersuchungen des Rachenabstrichs von 174 Kranken und 75 Bazillenträgern; es fanden sich bei 4 schon als Bazillenträger bekannten Personen auch Typhuskeime im Rachenschleim, und ein weiterer 5. Fall wurde durch das gleichfalls positive Ergebnis erst als Bazillenträger neu ermittelt. Diese Erfahrungen zeigen wiederum, eine wie große Bedeutung Bazillenträger für Endemien in geschlossenen Anstalten haben; sie bestätigen die Notwendigkeit, bei allen neu eintretenden Kranken, Pflegern usw. Kot, Urin, aber auch den Rachenabstrich zu untersuchen, bei allen ferner den Widal anzustellen und durch regelmäßige Durchuntersuchungen der Anstalt die Bazillenträger festzustellen und zu isolieren. Als notwendig erwies es sich, auch von Typhus Genesene trotz negativen Bazillenbefundes zunächst noch solange abzusondern, bis sie durch eine genügend große Anzahl von Untersuchungen als sicher frei von Infektionsstoff gelten konnten.

Dr. Rehberg-Rathenow.

Zur Frage der Behandlung der Typhusbazillenträger. Von Kreisassistenzarzt beim Königl. Medizinal-Untersuchungsamt in Danzig, Dr. Schwer, zurzeit Stabsarzt und Leiter der bakteriologischen Abteilung beim Festungslazarett Danzig. Veröffentlichungen aus dem Gebiet der Medizinalverwaltung. VI. Bd., 2. Heft. Berlin 1916. Verlag von Richard Schoetz. Gr. 8°, 38 S. Preis: 1,40 M.

Die Bedeutung der Typhusbazillenträger für das Zustandekommen des endemischen Typhus ist heute als ausschlaggebend anerkannt. Mit um so größerem Eifer wird immer erneut das Problem in Angriff genommen, wie die von den Bazillenträgern ausgehende Gefahr ausgeschaltet werden kann. Die Entfernung der Gallenblase durch Operation hat die Hoffnungen, die man an dieses Vorgehen knüpfte, nicht erfüllt; der Eingriff blieb in einzelnen Fällen ohne jeden Einfluß auf die Ausscheidung der Erreger; auch die Einwilligung des Trägers zu dem ihm zugemuteten schweren Eingriff wird oft nicht zu erlangen sein. Der naheliegende Gedanke, die Keime des Trägers durch Medikamente

abzutöten, hatte bisher nur bei Trägern mit Typhuserregern im Harn nennenswerte Erfolge, und das ist die Minderheit. Verfasser nahm daher den schon von anderer Seite gemachten Versuch wieder auf, die Träger durch aktive Immunisierung zu entkeimen.

Aus dem reichen Material von 60 Trägern der Provinzialheil- und Pflegeanstalt Konradstein b. Pr. Stargard wurden darum 23, die regelmäßig Typhuskeime, und zwar meist gleichzeitig in Stuhl und Harn, ausschiedent und noch ein anderweitiger Träger durch Einspritzungen unter die Haut mit ihren eignen abgetöteten Bazillen, d. h. durch Autovakzination, behandelt. Es wurden 10 solcher Einspritzungen in Dosen von 200 bis 2000 Millionen Bazillen in 5tägigen Zwischenräumen gemacht. Abgesehen von geringen Reizerscheinungen wurden nachteilige Folgen der Behandlung niche beobachtet; jeder Einfluß auf die Ausscheidung der Erreger blieb jedoch aus. Auch als ein Teil der Träger ein zweites Mal mit einer modifizierten Vakzine gespritzt wurde, trat hierin keine Aenderung ein.

Um so überraschender aber erwies sich der Einfluß der Einspritzungen auf die Virulenz der Trägerkeime, als Verfasser durch einen eklatanten Wechsel in der Virulenz von Kolibazillen, der mit vortrefflichem klinischen Erfolg gepaart war, bei einer schweren Koli-Pyelitis nach Autovakzination mit Kolibazillen auf diesen Einfluß der Autovakzination aufmerksam geworden war. Von den 24 gespritzten Typhusträgern konnten durch das Dazwischentreten des Feldzuges nur 17 in dieser Richtung geprüft werden. Die Keime von 10 Trägern waren durch die Behandlung völlig entgiftet, denn Einspritzungen der Erreger in die Bauchhöhle von Meerschweinchen töteten vor der Behandlung der Träger die Tiere rasch und erwiesen sich nach der Behandlung der Träger selbst in mehrfach erhöhter Dosis als unschädlich für die Tiere. In 8 weiteren Fällen war die Virulenz der Keime zweifellos abgeschwächt; im Rest der Fälle hatten schon die vor der Trägerimpfung herausgezüchteten Stämme sich als nicht virulent für Meerschweinchen erwiesen. Diese Erfolge sind um so bemerkenswerter, weil sie sich auch unverändert zeigten, als die Versuche nach $1^1/_2$jähriger, durch den Krieg bedingter Unterbrechung wieder aufgenommen wurden.

Die durch Autovakzination des Trägers avirulent gewordenen Stämme sind aber für den Tierkörper nicht allein unschädlich, sondern müssen auch sogar mit spezifischen Antikörpern beladen sein; die tödliche Dose des vor der Vakzination herausgezüchteten Trägerstammes wird unschädlich, wenn dem Tierkörper gleichzeitig dieselbe Dosis des nach der Vakzination herausgezüchteten und darum avirulent gewordenen Stammes einverleibt wird. Vielleicht hätte sich eine Steigerung dieser Wirkung und unter Umständen sogar doch noch eine Entkeimung der Träger erzielen lassen, wenn man die Träger mit ihren eigenen, avirulent gewordenen, aber lebenden Bazillen vakziniert hätte; jedoch versagte die vorgesetzte Behörde der Anstalt hierzu ihre Einwilligung, obwohl auch diese Art der Vakzination voraussichtlich unschädlich gewesen wäre.

Bestätigen sich die hier gewonnenen Ergebnisse, so wohnt ihnen sicher eine nicht geringe Bedeutung inne. Es wäre zwar nicht gelungen, die Typhusträger von ihren Keimen zu befreien, aber vermutlich doch, die Keime der Träger in eine für ihre Umgebung unschädliche Form überzuführen. Voraussetzung ist dabei die noch nicht sichere, aber immerhin wahrscheinliche Annahme, daß für Meerschweinchen avirulente Erreger auch für Menschen unschädlich sind. Die Anwendung in der Praxis des beamteten Arztes dürfte einstweilen noch größeren Schwierigkeiten begegnen, als der Verfasser anzunehmen geneigt scheint. Das Wichtigste für die Bekämpfung wird stets sein müssen, zunächst die Träger festzustellen; der Umstand der periodischen Auscheidung, die mit Pausen von einem Jahr und länger vorkommt, verhindert aber diese Feststellung nicht selten. Ist der Träger festgestellt, so wird er keineswegs immer geneigt sein, sich einer so komplizierten und langwierigen Ueberwachung und Behandlung zu unterwerfen, wie die Autovakzination es verlangt. Eine Vereinfachung der Technik würde es bedeuten, wenn die Immunisierung mit einem polyvalenten Impfstoff ebensogut oder vielleicht noch besser gelänge. Die Versuche sollen in dieser und anderer Richtung fortgesetzt werden und lassen weitere wertvolle Aufschlüsse über das schwierige Problem der Typhusträger erwarten.

Dr. Willführ-Grottkau.

2. Paratyphus.

Paratyphusbazillen in den Harnorganen einer Schwangeren. Von Dr. A. Rannenberg, approbierte Aerztin. Aus der Hebammenschule in Osnabrück. Direktor: Dr. Rißmann. Zentralblatt für Gynäkologie; 1917, Nr. 8.

Bei einer mit der Diagnose Pyelitis in die Klinik aufgenommenen Schwangeren veränderte sich auch nach erfolgter Entbindung und medikamentöser Behandlung das Krankheitsbild nicht. Von Anfang an hatte der geringe Urinbefund (leichte Albuminurie, ganz vereinzelte Leukozyten bei saurer Reaktion) die Diagnose Pyelitis zweifelhaft gemacht; Typhus, Sepsis, Miliartuberkulose, Peritonitis gaben zu differentialdiagnostischen Ueberlegungen Veranlassung. Die wenig remittierende Temperaturkurve, der verhältnismäßig niedrige Puls, der stark positive Diazo, der Beginn der Erkrankung mit Kopfschmerzen und Obstipation führten zur bakteriologischen Untersuchung von Stuhl und Urin, die Paratyphusbazillen ausschließlich im Urin ergab und damit die Diagnose Paratyphus und zwar die septische Form rechtfertigte. Nachträglich gab der Gatte der Pat. an, daß er selbst Bazillenträger sei, nachdem er, ebenso wie sein 2 Jahre altes Kind, vor einiger Zeit einen Typhus überstanden hätte. Der Fall gibt Veranlassung, bei Pyelitis stets an die Möglichkeit einer Paratyphusinfektion zu denken und die bakteriologische Untersuchung vorzunehmen, wenigstens in Fällen, die irgend etwas Auffälliges in ihrem klinischen Verlauf darbieten. Rpd.

---

3. Ruhr.

Zur Klinik und Bakteriologie der Ruhr. Von Dr. E. Kindborg, z. Zt. Leiter einer bakteriologischen Untersuchungsstelle. Aus dem Laboratorium des beratenden Hygienikers einer Etappeninspektion. Berliner klinische Wochenschrift; 1917, Nr. 18.

Die Ruhr ist ein klinisches Krankheitsbild, das durch verschiedene in die Dickdarmwand eindringende Bakterien ausgelöst werden kann, während nichtbakterielle Darmentzündungen nur als Ausnahmefälle Einzel- oder Gruppenerkrankungen, nicht die seuchenhaft auftretende Ruhr erklären können. Besonders befähigt zum Eindringen in die Darmwand ist der Shiga-Kruse-Bacillus, dessen Infektion die schwerste ist. Nach ihm sind es die Bazillen des Flexner-Y-Typs, die schwere Erscheinungen nach sich ziehen, wenn die Darmwand durch allgemeine oder örtliche Einflüsse vorher geschädigt ist. Neben diesen Arten kommen für leichtere Fälle auch die Paradysenteriebazillen und der Bacillus faecalis alcaligenes, möglicherweise auch die „weißen Coli" in Betracht. Ferner können der Paratyphus-, seltener der Typhus-Bacillus bei Ansiedlung im Dickdarm ein Bild erzeugen, das klinisch den Eindruck der Ruhr macht. Der Shiga-Kruse-Bacillus kann choleraartige Erscheinungen hervorrufen, wie auch die Cholera zuweilen unter dem Bilde der Ruhr auftreten kann. Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Betrachtungen über die Epidemiologie der Ruhr und des Paratyphus B. Von Reg.-Arzt Dr. Erich Sluka und Reg.-Arzt Dr. Erich Strisower. Aus der Infektionsabteilung eines Feldspitales und einem Epidemiespitale. Wiener klinische Wochenschrift; 1917, Nr. 11.

Die Autoren hatten in den Monaten Mai bis Oktober 1916 Gelegenheit, eine Ruhr- und Paratyphusepidemie zu beobachten, deren Ursache und Art der Verbreitung sie in bemerkenswerter Weise zu erklären versuchen. Die anfänglich eingelieferten Fälle waren solche von Darmkatarrhen, die von den Truppenärzten teils als infektiöser Natur und als Ruhr, teils als nicht infektiös angesprochen wurden. Anfänglich standen 20 % Ruhrerkrankungen 80 % nicht infektiösen Darmerkrankungen gegenüber. Ein Teil der Krankheitsfälle, und zwar eine nicht geringe Zahl, trat übrigens bereits bei der Truppe auf, gelangte dort zur Abheilung und entging der Statistik. Für das gehäufte Auftreten der Darmentzündung konnte nicht die warme Jahreszeit herangezogen werden, da sich ein großer Teil der Truppen im Hochgebirge bewegte und von der Hitze nicht viel zu leiden hatte. Dagegen kamen in Betracht: Durchnässung, Einwirkung der kühlen Nächte, Schädigung infolge nicht günstiger Wasserversorgung, die die Leute zwang, sich den

Durst mit Schneewasser zu löschen. Konserven wurden nicht immer nach Abkochung in warmem Zustand genossen; auch Fleisch wurde oft kalt oder lauwarm verzehrt. Unter dieser durch Darmstörungen stark mitgenommenen Truppe konnte die Entstehung und Weiterverbreitung der Ruhr durch Dysenteriebazillenträger verständlich erscheinen. Die Diagnose Ruhr wurde allerdings nur auf klinische Symptome aufgebaut. Nach Prof. Sternberg waren unter 2942 klinisch als Ruhr erkannten Fällen nur in 587, d. h. in 20% Dysenteriebazillen nachweisbar. Während dieser Ruhrepidemie traten auch Erkrankungen an Paratyphus B auf. Zwischen den 3 Erkrankungen: Enteritis, Ruhr und Paratyphus mußte ein Zusammenhang bestehen. Die beiden ersten Formen bereiteten den Boden für das Haftenbleiben der Paratyphus B-Bazillen. Zum Zustandekommen der Epidemie gehörte ferner eine besondere Virulenz der Bakterien, eine massige Infektion und eine herabgesetzte Widerstandsfähigkeit des infizierten Organismus. Die relativ hohe Erkrankungsziffer von Offizieren an Paratyphus B (das Verhältnis war 12 : 89 Kranke des Mannschaftsstandes) erklären die Verfasser dadurch, daß jene öfter gebratenes Fleisch genießen und beim mangelhaftem Braten im Innern des Fleisches die Bakterien der Paratyphusgruppe lebensfähig bleiben. Aus der Literatur ist noch bekannt, daß Fleisch, das zu Paratyphus führte, von Schlachttieren herstammte, die wie hier unter Krankheiten, die unter das Bild der Sepsis fielen, zur Notschlachtung zwangen.

Dr. Mayer-Simmern.

Atropinbehandlung bei ruhrartigen Erkrankungen. Von Priv.-Doz. Dr. H. Scholz-Königsberg, Stabsarzt d. Res. Deutsche med. Wochenschrift; 1917, Nr. 12.

Die Atropinbehandlung hat bei 10 leichteren, 12 mittelschweren und 7 schweren Dickdarmentzündungen zur Bekämpfung der Ruhrkoliken sehr gute Dienste geleistet. Die in einer Reihe von Fällen gleichzeitig eingetretene Verbesserung der Stuhlbeschaffenheit stand in so enger Beziehung zur Atropindarreichung, daß sie ebenfalls auf diese Therapie zurückzuführen ist. Mittelbar hatte das Atropin auch Einfluß auf den allgemeinen toxischen Zustand.

Nach den Ergebnissen der Pharmakologie ist der Angriffspunkt des Atropins der Vagus. Da durch das Atropin eine weitgehende klinische Besserung erzielt wird, muß eine toxische Erregung des Vagus eine besonders wichtige Rolle bei dem Zustandekommen der funktionellen Schädigung spielen, die uns im klinischen Bilde der Ruhr entgegentritt.

Als Indikation für die Anwendung des Atropins diente der Kolikschmerz. Die Dosis betrug in allen Fällen $^1/_2$ mg, mehr als dreimal täglich wurde die Gabe nicht wiederholt. Mit der zweiten Atropingabe wurde gleichzeitig 0,01 g Morphium gegeben. Unangenehme Wirkungen sind nie aufgetreten.

Dr. Roepke-Melsungen.

---

4. Wolhynisches Fieber.

Zur Klinik und Aetiologie der Febris wolhynica (His-Wernersche Krankheit). Von Dr. P. Jungmann, Charité in Berlin, und Dr. M. H. Kuczynski. Deutsche med. Wochenschrift; 1917, Nr. 12.

Es wurden folgende Formen der Krankheit unterschieden:

1. Die einfach paroxymale Form, die gekennzeichnet ist durch ein periodisches An- und Abschwellen sämtlicher Beschwerden mit den anfallsweise auftretenden Fieberattacken.

2. Die typhoide Form, die in zwei Abarten auftritt: als ein mehrtägiges kontinuierliches oder remittierendes Anfangsfieber mit meist kritischem Abfall und mehreren, gewöhnlich leichteren Relapsen, oder als langdauernde Temperaturschwankungen von verschiedener Höhe und septisch intermittierendem Charakter bei auffallendem subjektiven Wohlbefinden.

3. Die rudimentäre (rheumatoid-adynamische) Form, bei der neben großer Mattigkeit auch Kopf- und Gliederschmerzen vorhanden sind, das Fieber aber geringfügig und unregelmäßig ist oder abgesehen vom leicht übersehbaren Initialfieber, fast ganz fehlen kann.

Nach Besprechung der klinischen Erscheinungen der einzelnen Formen

wenden sich die Verfasser dem Erreger zu, als welchen sie im nativen, im Anfall entnommenen Blutpräparat lebhaft bewegliche, diplobazillenähnliche Gebilde gefunden haben, die bald Achter-, bald Hantelformen zeigten. Durch intraperitoneale Verimpfung von 0,2—1,5 ccm zu geeigneter Zeit entnommenen Patientenbluts auf Mäuse gelang es in 70 Versuchen, eine meist tödliche Erkrankung der Maus hervorzurufen. Danach konnten die gleichen Parasiten wie im Menschenblut auch in der Maus mit Leichtigkeit nachgewiesen werden.

Die Laus gilt als Ueberträger. Im Kot von Läusen, die an Wolhynikern im Anfall gesogen hatten, waren die gleichen Organismen wie im strömenden Blute der Patienten zu finden. Eine sichere Unterscheidung vom Fleckfiebererreger ist bisher nicht möglich gewesen. Auch Verwechslungen mit dem Typhus sind sehr häufig. Da es sich beim Wolhynischen Fieber um eine durch Läuse übertragene Krankheit handelt, bei der eine Kontaktinfektion ohne die Laus nicht statthat, ist die sorgfältigste Entlausung bei der Truppe und in den Lazaretten das einzige Mittel, ihr wirksam zu begegnen.

Dr. Roepke-Melsungen.

Zur Kenntnis des wolhynischen Fiebers. Von Dr. E. Richter-Kiel (zurzeit im Felde). Aus einem Feldlazarett. Berliner klinische Wochenschrift; 1917, Nr. 22.

Die Beobachtungen des Verfassers decken sich in vieler Hinsicht mit denen früherer Beobachter. Als besondere Eigentümlichkeit stellte er fest, daß fast alle Kranken segmentär angeordnete Zonen aufwiesen, in deren Bereich eine ausgesprochene, oft hochgradige Hyperästhesie für leise Berührungen und Kältereiz vorhanden ist. Häufiger war auch Brennen in der Spitze der Harnröhre (ohne Vorhandensein einer Urethritis) und Blasenstörung vorhanden. Die Prognose gilt dem Verfasser für nicht so günstig, als man anfangs annahm. Meist zieht sich die Krankheit mehrere Wochen, ja über Monate hin. Eine größere Anzahl der Erkrankten mußte ins Kriegslazarett überführt werden; nur 18% wurden bisher dienstfähig. Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Besprechungen.

Dr. G. Misch und Dr. C. Rumpel: Die Kriegsverletzungen der Kiefer und der angrenzenden Teile. Ein kurzgefasstes Lehrbuch für Zahnärzte und Aerzte zum Gebrauch im Felde und in der Heimat. In Verbindung mit Dr. A. Gutmann, Dr. G. Joseph und Dr. G. Lennhof herausgegeben. Berlin 1919. Verlag von H. Meusser. Mit 668 Abbildungen im Text und 3 Tafeln. 8°; 671 S. Preis: 34 Mark, gebd. 36 Mark.

Dr. G. Misch vertritt im Vorwort die Anschauung, daß der Zahnarzt befähigt und berechtigt sein muß, auch die Weichteilwunden, soweit sie den Kiefer betreffen, gleichzeitig zu versorgen. „Dort, wo der Zahnarzt eine gleichmäßig gute chirurgische und technische Erfahrung zu zeigen in der Lage war, sind tatsächlich die schnellsten und besten Erfolge erzielt."

Dieser Anschauung entsprechend sind die ersten 9 Kapitel des vorliegenden Lehrbuches allgemein chirurgischen Betrachtungen (Desinfektion, Verbandmaterial, Weichteilwundverband, Blutungen, Infektion usw.) gewidmet, an die sich dann in 19 weiteren Kapiteln die Chirurgie der Kieferverletzungen schließt. Wenn die ersten Kapitel den Fachchirurgen und den meisten Aerzten bekannte Dinge enthalten, so setzt der Aerzte Interesse an dem vorliegenden Werk dort ein, wo neben der Entstehung und Symptomatologie der Kieferverletzungen die Technik ihrer Behandlung geschildert wird, ein Gebiet auf dem wir den Zahnärzten die größten Fortschritte verdanken. Wer als Leiter einer chirurgischen Krankenhausabteilung nicht gerade vom Geschick in ein Industriegebiet mit großen maschinellen Betrieben verschlagen ist, kommt verhältnismäßig selten in die Lage, sich mit Kieferverletzungen zu befassen; dem entsprechend waren auch bisher die Kenntnisse der Mehrzahl der Aerzte auf diesem Gebiet mehr oder weniger lückenhaft.

Ref. hat den Eindruck, daß das vorliegende Werk nicht nur geeignet ist, durch seine klare, anschauliche Darstellung und die zahlreichen, vorzüglichen und instruktiven Abbildungen Belehrung im besten Sinne zu bringen, sondern auch bei vielen Kollegen als ein Reizmittel, ein Excitans, wirken wird,

mit diesen etwas abseits von ihrem bisherigen Arbeitspfade liegenden Gebiet sich eingehender zu beschäftigen. Der Gegenstand ist es wert; auch die Herausgeber verdienen in reichem Maße diesen Lohn für ihren Fleiß.

In vier Schlußkapiteln werden dann noch ebenso anschaulich wie erschöpfend die Kriegsverletzungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen, des Gehörorgans, der Augen und Augenhöhlen, sowie das Gebiet der Gesichtsplastiken (Nase, Ohr, Lippen etc.) behandelt.

Prof. Dr. Th. Walzberg-Minden.

Tagesnachrichten.

Aus dem Deutschen Reichstage. In der am 19. Juni d. J. abgehaltenen Sitzung der Kommission zur Prüfung der Verträge über Kriegslieferungen wurde von einem Vertreter der Medizinalabteilung des Kriegsministeriums ein Vortrag über die Beschaffung der Mittel auf dem **Gebiete des Sanitätswesens** gehalten und an dessen Schluß mitgeteilt, daß der Gesundheitszustand des Heeres andauernd ein guter sei. Epidemien sind, abgesehen von der ersten Zeit, in der die Truppen in verseuchtes Gebiet einmarschieren mußten, so gut wie nicht vorgekommen. Die ansteckenden Krankheiten haben dank den hygienischen Maßnahmen immer mehr abgenommen. Das Ergebnis der Behandlung der erkrankten und verwundeten Soldaten ist ein sehr günstiges. Von 100 Mann des Feldheeres, die draußen oder in der Heimat ärztlich behandelt sind, sind 91,3 wieder dienstfähig geworden, davon 70 für die Front, nur 6,4 mußten als dienstunbrauchbar entlassen werden. Von diesen Mitteilungen nahm die Kommission mit großer Befriedigung Kenntnis.

Auch in **Oesterreich** sind auf dem **Gebiete des Sanitätswesens** große Erfolge erzielt, wie sich aus nachfolgendem Befehl des Kaisers Karl, in dem er der gesamten Aerzteschaft seine uneingeschränkte Anerkennung und seinen Dank ausspricht: „Die großartigen Erfolge der Seuchenbekämpfung im Kriege haben Meinen Truppen und Meinen Völkern schwere Opfer erspart und Meine Wehrkraft schlagfertig erhalten und zu den Erfolgen der Waffen wesentlich beigetragen. Durch einheitliches Zusammenwirken, durch Einsatz ihrer ganzen Kraft und größte Selbstaufopferung errangen die Aerzte diesen Sieg über einen heimtückischen Feind; viele von ihnen sind den Kriegsseuchen erlegen, würdige Kameraden jener tapferen Militärärzte, die in Ausübung ihrer Pflicht auf dem Schlachtfelde den Soldatentod fanden. Ich spreche der gesamten Aerzteschaft Meine uneingeschränkte Anerkennung aus, vor allem auch den leitenden Militärärzten und den Sanitätskommissionen, welche vorausschauend die gewaltige, alle Teile der Wehrmacht umspannende Organisation der Seuchenbekämpfung ins Leben riefen. Ich danke den medizinischen Fakultäten, die Mir die Aerzte zu einer so hohen Auffassung ihres Berufes erzogen und durch eine gediegene Ausbildung die sichere Grundlage zu der segensreichen Tätigkeit der Heilkunde in diesem Kriege gelegt haben.“ Nach einer vom Armeeoberkommando verfaßten Zusammenstellung verhält sich die Gesamtzahl der Gefallenen zu den an Seuchen (Typhus, Cholera, Ruhr, Fleckfieber und Malaria) Gestorbenen wie 8,4 : 1; die Gesamtzahl der Verwundeten, nicht an Seuchen und an Seuchen Erkrankten wie 5,2 : 3,7 : 1; es stellen also die Infektionskrankheiten die unterste Einheit auf. Von je 100 Erkrankten oder Verwundeten sind nur 5 % gestorben, 60 % als geheilt an die Front zurückgekehrt, 16 % als dienstauglich in der Heimat wieder eingestellt.

In München hat am 8. Juni d. J. die Gründungssitzung der **Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie** stattgefunden. Einer Festversammlung im großen Hörsaal der psychiatrischen Klinik, zu der auch der König erschienen war und in der Geh. Rat Prof. Dr. Kraepelin einen Vortrag „Hundert Jahre Psychiatrie“ hielt, folgten nachmittags die Beratungen, denen außer den Stiftern der Forschungsanstalt Vertreter der bayerischen Staatsregierung und der Kaiser Wilhelmstiftung beiwohnten. Bis zur Vollendung des gesamten Neubaus für die Forschungsanstalt soll das neue Institut der

psychiatrischen Klinik angegliedert und am 1. April 1918 eröffnet werden. Die Leitung ist Geh. Rat Prof. Dr. Kraepelin übertragen.

Nachruf. Am 17. v. M. ist nach längerem Leiden der Geh. Ob.-Med.-Rat Dr. **Otto Finger**-Berlin, vortragender Rat in der Medizinalabteilung des preußischen Ministeriums des Innern, im verhältnismäßig frühen Lebensalter (im 55. Lebensjahre) gestorben. Der Verstorbene war geborener Westpreuße und hat auch zunächst längere Zeit seine ärztliche wie amtsärztliche Tätigkeit (als Kreisphysikus in Straßburg i. W. und in Thorn) in seiner Heimatprovinz ausgeübt. Nach kurzer vorübergehender Tätigkeit als Hilfsarbeiter im Kaiserlichen Gesundheitsamte wurde er im Jahre 1901 zum ständigen Hilfsarbeiter bei der Königl. Regierung in Potsdam ernannt, ein Jahr später mit der Stellvertretung des Reg.- und Med.-Rats bei der Königl. Regierung in Koblenz beauftragt und im Jahre 1904 zum Reg.- und Med.-Rat in Stade befördert. Vier Jahre später erfolgte seine Versetzung in gleicher Eigenschaft an die Königl. Regierung in Arnsberg und im Jahre 1910 seine Berufung zum vortragenden Rat in der Medizinal-Abteilung, die damals noch mit dem Kultusministerium verbunden war. Hier hat er zunächst die Personalien der beamteten und nicht beamteten Aerzte, die Ausführung des Kreisarztgesetzes, Fortbildungswesen für die beamteten Aerzte und das Apothekenwesen bearbeitet; nach Ueberweisung der Medizinalabteilung an das Ministerium des Innern ist ihm dann das früher von dem zum Direktor dieser Abteilung ernannten Wirkl. Geh. Ober-Med.-Rat Dr. Kirchner bearbeitete Dezernat: Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, Impfwesen, hygienische Institute, Medizinal-Untersuchungsämter usw. übertragen. Nach dem im April 1915 erfolgten Ausscheiden des Geh. Ober-Med.-Rats Prof. Dr. Abel aus der Medizinalabteilung hat der Verstorbene dann dessen Referat (Gewerbehygiene, Nahrungsmittelhygiene, Wasserversorgung, Abwässerbeseitigung usw.) übernommen und ist zum Leiter der Landesanstalt für Wasserhygiene in Berlin-Dahlem ernannt. Der Verstorbene war auch Mitglied der Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen, des Reichsgesundheitsamtes und des Apothekerrates. In allen diesen schwierigen und verantwortungsvollen Stellungen hat er sich als außerordentlich tüchtiger, pflichteifriger, tatkräftiger und zielbewußter Beamter bewährt, der sich sowohl bei seinen Vorgesetzten, als bei seinen Mitarbeitern und Kollegen, insbesondere bei den Medizinalbeamten, der größten Achtung und Beliebtheit erfreute. Sein Andenken wird deshalb stets in Ehren gehalten werden!

Nachruf! Am 26. v. Mts. ist der Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Roth**, Reg.- und Med.-Rat in Potsdam, im Alter von 66 Jahren sanft entschlafen nach einer fünf Tage vorher erfolgten Operation. Mit ihm ist ein Mann von hoher Begabung, ausgezeichnet durch scharfen Verstand, Klarheit des Denkens, Tatkraft und rascher Entschlossenheit dahingeschieden. Nachdem er längere Zeit Kreiswundarzt (1878—82) und Kreisphysikus (1882—92) in Belgard (Pomm.) gewesen war, wurde er im Jahre 1892 zum Regierungs- und Medizinalrat bei der Regierung in Köslin ernannt, im Jahre 1894 als solcher an die Regierung nach Oppeln und im Jahre 1898 an diejenige in Potsdam versetzt. Auf die Entwicklung und Förderung des öffentlichen Gesundheitswesens in diesen drei Regierungsbezirken hat der Verstorbene einen überaus segensreichen Einfluß ausgeübt; vieles, was hier auf seine Anregung bis in die jüngste Zeit hinein geschaffen ist, ist vorbildlich nicht nur für andere Regierungsbezirke, sondern auch für den ganzen Staat und für weitere Kreise gewesen. Mit nie ermüdender, rastloser Arbeitsfreudigkeit verband er hervorragendes Geschick in der Behandlung der ihm obliegenden dienstlichen Aufgaben. Alle Leistungen auf dem Gebiete der Volksgesundheit und Volkswohlfahrt fanden in ihm einen begeisterten Freund; er war Gründer der Volksheilstätte in Lislau (Ob.-Schl.), Vorsitzender des Brandenburgischen Provinzialvereins gegen den Mißbrauch geistiger Getränke, wiederholt Vorstandsmitglied des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege und langjähriger Mitherausgeber der Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege. Durch seine umfassende literarische Tätigkeit hat er nach mancher Richtung hin einen maßgebenden Einfluß ausgeübt; insbesondere gilt dies auf dem Gebiete der Gewerbehygiene, auf dem er geradezu bahnbrechend gewirkt hat. Es würde zu weit führen,

an dieser Stelle die äußerst zahlreichen Werke und Abhandlungen des Verstorbenen aufzuzählen; den Lesern dieser Zeitschrift dürften sein „Kompendium der Gewerbekrankheiten“ und der „Kreisarzt“ die bekanntesten sein. Im Jahre 1900 wurde ihm der Charakter als „Geheimer Medizinalrat“, 11 Jahre später in Anerkennung seiner wissenschaftlichen Leistungen das wohlverdiente Prädikat „Professor“ verliehen, vor zwei Jahren erfolgte seine Berufung in den Reichsgesundheitsrat. Mit dem Verstorbenen hat der Preußische Medizinalbeamtenverein eines von den wenigen noch lebenden Mitgliedern verloren, die bei seiner Gründung mitgewirkt und fast bei keiner seiner Hauptversammlungen gefehlt haben. Sein Tod bedeutet deshalb auch für den Verein einen schweren Verlust! Friede seiner Asche; Ehre seinem Andenken!

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten:[1])

Das Eiserne Kreuz I. Klasse:

Oberstabsarzt d. L. Dr. Kantorowicz-Posen.
Stabsarzt d. Res. Dr. Ruhemann-Berlin-Wilmersdorf.
Stabsarzt d. Res. u. Regimentsarzt Volland-Bethel bei Bielefeld.
Oberstabsarzt d. L. Dr. Winckler-Breslau.

Außerdem haben erhalten: das Hamburger Hanseatenkreuz: Stabsarzt d. R. Dr. Hillenberg, Korpshygieniker einer Armeegruppe, Kreisarzt in Zeitz; das Offizier-Ehrenzeichen vom Roten Kreuz mit Kriegsdekoration: der Generalarzt Prof. Dr. A. Dieudonné, Ministerialrat im Ministerium des Innern, München.

Ehren-Gedächtnistafel. Für das Vaterland gefallen oder gestorben:

Oberstabsarzt d. L. Dr. Rudolf Heiligental-Dresden.
Stabsarzt d. L. Dr. R. Köhn-Suntershausen.
Assistenzarzt d. Res. Dr. F. Lilienthal-Berlin.
Stabsarzt d. Res. Dr. H. Reuchlin.
Stabsarzt d. R. Dr. W. Revenstorff-Westermühlen.
Stabsarzt d. L. Dr. Gottlieb Rhein-Ducherow (Pommern).
Assistenzarzt d. Res. Dr. H. Richert-Berlin.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 27. Mai bis 9. Juni 1917 erkrankt (gestorben) an Pest, Gelbfieber, Malaria, Fleckfieber, Rückfallfieber, Aussatz, Tollwut: — (—), — (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 13 (—), 7 (—); Rotz: — (—), 1 (—); Milzbrand: 1 (—), 1 (—); Trichinose: — (—), 17 (—); Pocken: 46 (7), 46 (7); Unterleibstyphus: 156 (18), 474 (15); Ruhr: 48 (9), 114 (24); Diphtherie: 1265 (74), 1317 (82); Scharlach: 458 (7), 511 (20); Kindbettfieber: 46 (16), 41 (15); übertragbare Genickstarre: 8 (3), 9 (6); Fleisch- usw. Vergiftung: 32 (—), 7 (—); Körnerkrankheit (erkrankt): 46, 53; Tuberkulose (gestorben): 1240, 1280.

Mitteilung.

Durch die Verordnungen des Bundesrats über Druckpapier vom 18. Juni d. J. ist die Papiermenge, die zur Herstellung von Druckschriften verwendet werden darf, um 25 % des bisherigen Bedarfs herabgesetzt; demzufolge sind wir gezwungen, den Umfang der Zeitschrift bis auf weiteres entsprechend einzuschränken.

Die Schriftleitung. Die Verlagsbuchhandlung.

Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

30. Jahrgang; Nr. 14. Ausgegeben am 20. Juli 1917.

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.
Bezugspreis für das Jahr: 15 Mark.

Ausserdem ein besonderes, nur vierteljährlich erscheinendes Beiheft:
Zeitschrift für Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege.
Offizielles Organ der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens.
Bezugspreis für das Jahr: 8 Mark, für die Bezieher der Zeitschrift: 4 Mark.

VERLAG VON FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: Gelsdorf & Co., G. m. b. H., Eberswalde (Mark).

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung, Nr. 14, am Schlusse des Heftes.

INHALT.

Original-Mitteilungen.

Ueber psychische Störungen in der Untersuchungshaft. Von Dr. **Klein** (Schluß) 393

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über den V. Deutschen Kongreß für Säuglingsschutz (A.) und über die III. Krippenkonferenz (B.) in Karlsruhe am 27. und 28. Mai 1917 406

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Wohnungshygiene.

Gerhard Stroede: Ueber den Nachweis organischer Lähmungsstoffe in verbrauchter Luft 411

2. Beseitigung der Abfallstoffe und Abwässer. Reinhaltung der Flüsse.

Dipl.-Ing. **Endris:** Die Abwässerung durch Fischteiche 411

Dr. **Rasser:** Die elektrolytische Wasser- und Abwasserreinigung mit dem Chlordesodor 412

Oberbaurat **Braun:** Abwasserentkeimung . 412

Besprechungen 413

Tagesnachrichten 414

Sprechsaal 416

Beilage:

Medizinalgesetzgebung 97

Umschlag:

Personalien.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geheimer Medizinalrat: dem ordentl. Professor Dr. Otto Neumann-Bonn, sowie den außerordentlichen Professoren Dr. Stenger-Königsberg i. Pr., Dr. Morgenroth-Berlin und Dr. Fridrich-Kiel; — das Prädikat Professor: den Privatdozenten Dr. Borchardt in Königsberg i. Pr., Dr. Birk in Kiel, Dr. Ceelen, Prosektor am pathologischen Institut in Berlin, Dr. Härtel und Dr. Zimmermann in Halle a. S. sowie dem Assistenten am hygienischen Institut in Halle a. S. Dr. Klostermann.

Die Erlaubnis erteilt zur Anlegung des Großherzogl.



Medicinisches Waarenhaus

Aktien-Gesellschaft

Berlin NW. 6, Karlstraße 31.

Centralstelle aller ärztlichen Bedarfsartikel und für Hospitalbedarf.

Neues Instrumentarium

zur Wohnungs-Desinfection

mittels

flüssigen Formalins

nach

Prof. Dr. **O. Roepke.**

Ref. Nr. 7, 1905 der Zeitschrift f. Medizinalbeamte

D. R. G. M. Modell M. W.





Ausführliche Beschreibung steht zu Diensten.

Von den Königlich Preussischen und Königlich Bayerischen Staats-Eisenbahnen eingeführt.

30. Jahrg. 1917.

Zeitschrift
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Anzeigen nehmen die Verlagshandlung sowie alle Anzeigenannahmestellen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 14. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats. | 20. Juli.

Ueber psychische Störungen in der Untersuchungshaft.

Von Dr. **Klein**, Gerichtsarzt in Elberfeld, bisher in Gleiwitz.

(Schluß.)

Vielleicht noch eine größere Bedeutung, wie die Sinnestäuschungen, haben für den Gefängnisarzt die primären Depressionszustände. Daß gerade diese häufiger durch die Einzelhaft ausgelöst werden, wird von den Autoren übereinstimmend berichtet. Den oft ungünstigen Einfluß der Untersuchungshaft nach dieser Richtung hin können wir am besten bei den Jugendlichen beobachten, bei denen die Verhältnisse am einfachsten liegen, und zielbewußte Simulation am wenigsten in Frage kommt. Ich habe oft beobachtet, daß nach Versetzung der Jugendlichen in die für sie aus sittlichen Gründen allerdings besonders angezeigte Einzelhaft bald ein äußerst qualvolles Gefühl der gänzlichen Verlassenheit, und endlich ein krankhaftes Heimweh einsetzte. Die bekannten Kardinalsymptome der melancholischen Depression: krankhaft traurige Gemütsstimmung bis zur vollen Verzweiflung mit Unzugänglichkeit für jeden Trostzuspruch, Einengung des Vorstellungs-

inhaltes auf wenige, der traurigen Verstimmung entsprechende Gedankenreihen, Angstzustände bis zur unsinnigen, nach Entladung drängenden Angst des Raptus melancholicus, und stürmische Selbstmordneigung konnte ich bei den Jugendlichen wiederholt beobachten.

Mochten diese oft aus den unglücklichsten sozialen Verhältnissen stammende Jungen es zu Hause auch noch so schlecht gehabt haben, so trat nichtsdestoweniger häufig schon in den ersten Tagen nach ihrer Inhaftierung, trotz guter Behandlung durch humane Gefängnisbeamte, ein stürmischer Drang nach Entlassung auf. Eine qualvolle Unruhe mit oft lautem Jammern und Lamentieren, Schlaflosigkeit, schlechte Nahrungsaufnahme mit Rückgang des Ernährungszustandes, angstvoll verzerrtes Mienenspiel vervollständigten das typische Bild der melancholischen Depression.

Daß diese psychischen Störungen tatsächlich im wesentlichen auf den Einfluß der Einzelhaft zurückzuführen waren, erhellte auch daraus, daß sie mit rechtzeitiger Versetzung in Gemeinschaft gewöhnlich schon nach kurzer Zeit schwanden, ohne daß die vorher so sehnlichst erstrebte Entlassung nach Hause erfolgt wäre: Sublata causa, tollitur effectus! Ohne eine solche Unterbrechung der Einzelhaft wäre eine Heilung dieser Depressionszustände trotz aller anderen Therapie sicher unmöglich gewesen.

In ähnlicher Weise finden wir Depressionszustände infolge der Unterschungshaft auch bei Erwachsenen, besonders bei jüngeren, noch nicht ganz verdorbenen und bei erstmalig Inhaftierten, am häufigsten in der ersten Zeit. Oft zeigen diese Depressionszustände einen milden Verlauf und verschwinden bald, ähnlich wie bei den Jugendlichen, nach Versetzung in Gemeinschaftshaft und Einleitung der für solche Fälle wohl immer noch souveränen, methodischen Opiumtherapie. Oft steigert sich aber auch die Depression bis zu schwereren und langdauernden melancholischen Zuständen mit Nahrungsverweigerung, Selbstmordtrieb und interkurrenten schweren Angstzuständen, in denen ein Drang zur motorischen Entladung bestehen kann (blindwütiges Toben, Zertrümmerung des Mobiliars, Selbstmordversuche). Daß bei Depressionszuständen infolge der geistigen Unlust und Gebundenheit der Kranken ebenso, wie bei den halluzinatorischen Zuständen, sehr leicht Verstöße gegen die Anstaltsordnung vorkommen, ist klar. Ebensowenig bedarf es weiterer Ausführung, daß bei unzweckmäßigem Verhalten gerade diesen Kranken gegenüber aus einer leichten, bald vorübergehenden Depression eine schwere Melancholie sich entwickeln kann, die im besten Falle Monate zur Heilung in einer Irrenanstalt braucht, im ungünstigen chronisch wird und zur Verblödung führt. Die Erkennung eines beginnenden Depressionszustandes ist deswegen in der gefängnisärztlichen Praxis von nicht geringerer Bedeutung, wie in der allgemein ärztlichen.

Auf ein besonderes richtiges Symptom der traurigen Verstimmung möchte ich noch kurz eingehen, ich meine die Angst. Wie in der irrenärztlichen Tätigkeit die rechtzeitige Erkennung und dementsprechende Behandlung des herannahenden Angstanfalles wohl unbestritten die größte Bedeutung hat, so hat sie es m. E. auch in der ärztlichen Tätigkeit am Untersuchungsgefängnis. Die Erkennung des ausgesprochenen Angstzustandes, der in seinen höchsten Graden zum Raptus melancholicus führt, ist allerdings nicht besonders schwierig. Weit schwieriger ist die Erkennung der larvierten und oft in recht bizarren Form auftretenden, primären Angst. Wie oft wird in der allgemeinen Praxis die Präkordialangst mit Magenkatarrh usw. verwechselt, bis, wie ich es erlebt habe, bald darauf ein Selbstmord traurige Klarheit schafft.

Im Untersuchungsgefängnis wird die Angst keineswegs immer in die Präkordialgegend verlegt. Oft genug klagen die Kranken über vage, allgemeine Brustschmerzen, über Schmerzen im Kopf oder im ganzen Körper. Ausschlaggebend für die Diagnose der krankhaften Depression und Angst muß die Gesamtveränderung auf körperlichem und geistigem Gebiete sein. Auch bei eigenartigem Verlauf wird dem Arzt bei wiederholten Untersuchungen der charakteristische, ängstlich gespannte Gesichtsausdruck infolge des quälenden Erwartungsaffektes, die oft mühsam beherrschte Unruhe und erzwungene Fassung, das zumeist blasse Gesicht, der gespannte Puls, die belegte Zunge, die psychomotorische Gebundenheit den Angstanfall voraussehen und danach handeln lassen. Wie andere Kollegen, habe auch ich oft gesehen, daß die Angst in einem querulierenden Verhalten der vorher ruhigen und arbeitswilligen Gefangenen ihren Ausdruck fand. Infolge ihrer inneren Angst und Unruhe wurden sie im Gegensatz zu früher nörglerisch, wollten nicht mehr arbeiten, wurden deswegen zu Unrecht als faul und renitent angesehen und natürlich entsprechend mit Disziplinarstrafen bedacht. Oft drängten sie auch stürmisch auf Entlassung aus der Untersuchungshaft.

Die große Bedeutung der Angst liegt bekanntlich darin, daß sich aus anscheinend tiefer Passivität heraus plötzlich und unvermittelt ein Raptus melancholicus-, oder wenigstens ein schwerer Angstanfall mit fast stets vorhandener hochgradiger Selbstmordneigung entwickeln kann. Jedem Irrenarzt ist nun geläufig, daß an Angstzuständen leidende Kranke niemals isoliert werden dürfen. Auch im Untersuchungsgefängnis muß bei festgestellter Angst die Einzelhaft unbedingt unterbrochen werden. Gegenüber dieser grundsätzlichen ärztlichen Forderung müssen alle juristischen Bedenken zurückstehen. Nur so kann es in zahlreichen Fällen gelingen, Selbstmorde zu verhüten und den Ausbruch schwererer Depressionszustände nach Möglichkeit hintanzuhalten.

Daß Angstzustände mit schreckhaften Sinnestäuschungen und starker Bewußtseinstrübung verbunden sein können und

gerade dann in den allerschwersten Formen zu verlaufen pflegen, ist bekannt.

Leider kommen schleichend verlaufende Depressionszustände, deren Anfangssymptome ja oft wenig auffällig und eindeutig sind, häufig dann erst zur psychiatrischen Untersuchung, wenn die Psychose schon voll entwickelt ist oder ihren traurigen Abschluß durch einen Selbstmord gefunden hat. Dies ist um so bedauerlicher, weil an Depressionszuständen zumeist solche Untersuchungsgefangenen erkranken, die zum ersten Male im Gefängnis sind, oft gerade solche, die durch ein im Affekt oder in der Trunkenheit begangenes Verbrechen in einer unglücklichen Stunde ihr eigenes und ihrer Familie Glück zerstört haben. Gerade diese Gefangenen brechen unter der Wucht der auf sie einstürmenden psychischen Momente der Reue, der Scham und der bangen Sorge um die Zukunft ihrer Familie in ihrer Zelleneinsamkeit leicht zusammen und reagieren darauf oft genug mit krankhaften Depressionszuständen, deren Prognose mit längerer Dauer und unzweckmäßiger Behandlung sich sehr verschlechtert, während sie unter günstigen Verhältnissen nicht schlecht zu sein pflegt. Die Gefangenen mit Depressionszuständen verdienen demnach das rege Interesse des Arztes in ganz besonderem Maße. Aehnlich wie bei den Depressionszuständen der Jugendlichen, haben sich auch bei diesen Kranken im allgemeinen methodische Opiumkuren (beginnend mit 3 mal täglich 15 Tropfen Tinctura Opii und allmählich ansteigend bis 3 mal 30 bis 40 Tropfen) gut bewährt. Ohne Unterbrechung der Einzelhaft wird man aber in solchen Fällen, wie schon erwähnt, kaum jemals auskommen.

Die Angstzustände der Neurastheniker erreichen fast niemals die bedrohliche Höhe der melancholischen. Sie erfordern deswegen auch viel seltener die Unterbrechung der Einzelhaft. Die schwereren Neurastheniker leiden jedoch häufig durch längere Einzelhaft ebenfalls nicht unbedeutend. Die zwei oft vorhandenen Symptome der schwereren Neurasthenie: der bekannte Lufthunger und der Bewegungsdrang, werden naturgemäß im Untersuchungsgefängnis gerade nicht günstig beeinflußt. Im allgemeinen vertragen jedoch die Neurastheniker bei individualisierender ärztlicher Behandlung die Untersuchungshaft besser, wie man denken sollte. Sie werden allerdings recht häufige Besucher der ärztlichen Sprechstunde sein; sie bedürfen auch tatsächlich des fortgesetzten ärztlichen Zuspruches und der fortlaufenden medikamentösen Behandlung, damit sie nicht psychisch zusammenbrechen. Jedenfalls werden aber die Angstzustände der Neurastheniker, denen nicht selten auch eine gewisse Neigung zum Querulieren anhaftet, dem Gefängnisarzte viel seltener entgehen, wie die melancholischen.

Die erfolgreiche Simulation schwerer Neurasthenie dürfte bei der bekannten Regelmäßigkeit der zahlreichen subjektiven Beschwerden und bei den fast nie fehlenden charakteristischen objektiven Symptomen, wohl nahezu ausgeschlossen sein. Noch

schwerer ist es, längere Zeit hindurch einen Depressionszustand vorzutäuschen.

Fälle von Stupor, deren Häufigkeit Leppmann hervorhebt, habe auch ich wiederholt gesehen. Sie erwecken naturgemäß ganz besonders bei den Gefängnisbeamten den Verdacht auf Simulation. Oft handelt es sich um einen echten Erschöpfungsstupor mit günstiger Prognose. Häufiger jedoch treffen wir den halluzinatorischen Stupor an, bei dem das Lautwerden der eigenen Gedanken, ähnlich wie beim Mutismus, eine Rolle spielen kann. Auch katatonische und melancholische Stuporformen kommen vor. Länger dauernden Stupor vorzutäuschen, ist schwierig, besonders bei katatonischem Stupor, wegen der bei Simulanten bald eintretenden Ermüdungserscheinungen.

Bei dem Stupor werden wir Aerzte uns immer vor Augen halten müssen, daß er plötzlich und ganz unvermittelt einem schweren Erregungszustand infolge von hochgradiger Angst und Sinnestäuschungen Platz machen kann, in dem die bis dahin ganz ruhigen Gefangenen gegen sich und ihre Umgebung in blindwütiger Weise gewalttätig werden können. Ein stuporöser Kranker bildet dennoch für sich und seine Mitgefangenen stets eine latente Gefahr, besonders auch nachts. Ferner müssen wir berücksichtigen, daß bei Stupor häufig Nahrungsverweigerung oder unzureichende Nahrungsaufnahme bis zur Inanition und Acetonurie vorkommt, die bei zu langem Zuwarten das Leben unmittelbar gefährden kann. Im allgemeinen empfiehlt sich demnach bei allen Formen von Stupor die baldige Ueberführung in eine Irrenanstalt, damit die bei diesen Zuständen unbedingt erforderliche ständige Beobachtung und Ueberwachung und, falls sie nicht etwa simuliert sind, die rechtzeitige Behandlung einsetzen kann. Eine sorgfältige Kontrolle der Nahrungsaufnahme und des Stoffwechsels, wie sie bei den Einrichtungen des Gerichtsgefängnisses wohl kaum möglich ist, erscheint erforderlich, ist sogar oft genug eine Indicatio vitalis. Eine dauernde Ueberwachung bei Tag und bei Nacht wird gerade bei diesen Zuständen viel schnelleren Aufschluß über ihre Echtheit, oder ihre etwaige Simulation geben können, als es im Gefängnisse bei der dort lückenhaften und, wie oben geschildert, auch noch häufig wenig objektiven Beobachtung möglich ist.

Da Stupor häufig mit Nahrungsverweigerung oder unzureichender Nahrungsaufnahme verbunden ist, so erscheint die rechtzeitige Bekämpfung der durch diese und durch das Darniederliegen des Stoffwechsels überhaupt bedingte Inanition durchaus angezeigt. Sobald der charakteristische, obstartige Inanitionsfötor auftritt und Azeton im Urin nachgewiesen wird, muß die Sondenfütterung unbedingt einsetzen, um das Leben zu erhalten. Bei längerem Zuwarten setzen wir die Kranken der Gefahr der Schluckpneumonie aus, die bei rechtzeitiger und natürlich technisch einwandfreier Ausführung der Sondenfütte-

rung nach meinen Erfahrungen, wie sie mir mündlich auch von dem Chefarzt der Irrenanstalt Branitz, Herrn Dr. Anders, bestätigt wurden, sehr gering, bei verspäteter Sondenfütterung aber erheblich sind. Alle anderen Methoden der künstlichen Ernährung bei hartnäckiger Nahrungsverweigerung leisten viel weniger; sie können für die Dauer die Schlundsondenfütterung niemals ersetzen und sind m. E. nur ein wenig zuverlässiger Notbehelf.

Neben dem Stupor treffen wir von schweren geistigen Erschöpfungszuständen im Gerichtsgefängnisse mitunter das akute halluzinatorische Irresein an (akute halluzinatorische Verwirrtheit Fürstners, Amentia Meynerts). Bei diesen schweren, oft lebensbedrohlichen Zuständen, die zuweilen eine Stimmungsanomalie (manisch depressives Irresein Kraeplins) einleiten können, wird im allgemeinen für den Gefängnisarzt eine ganz kurze Beobachtungszeit genügen, um ihn zur Stellung eines Antrages gemäß § 81 Str. P. O. zu veranlassen. Daß dessen Durchführung in solchen Fällen, in denen die sofortige Versetzung in eine psychiatrische Wachabteilung sowohl im Interesse der Kranken, wie ihrer Umgebung durchaus erforderlich ist, oft zu lange Zeit erfordert, bedarf weiter keiner Erörterung.

Von diesen ganz schweren, geistigen Erschöpfungszuständen führen fließende Uebergänge bis zu den leichten Formen von Gehirnanämie, die wir im Untersuchungsgefängnis häufiger antreffen. Die Behandlung ausgesprochener allgemeiner Anämie, die zu geistigen Störungen führen kann, muß demnach für den Gefängnisarzt eine wichtige Aufgabe sein. Sie ist nach allgemeinen ärztlichen Regeln eine diätetische und medikamentöse, im Gefängnis auch häufig daneben noch eine psychische. Von Medikamenten hat sich mir der altbekannte und billige Liquor ferri albuminati auch im Gefängnis sehr gut bewährt. Bei rechtzeitig einsetzender diätetischer und Eisenbehandlung wird man das Auftreten geistiger Störungen infolge von Blutarmut und Erschöpfung nicht selten verhüten können.

Ueber krankhafte Geisteszustände bei den Degenerierten (geistig Minderwertigen im ursprünglichen wissenschaftlichen Sinne) ist in der jüngeren Zeit soviel geschrieben worden, daß sich ein näheres Eingehen darauf erübrigen dürfte. Ich verweise auf die grundlegenden Forschungen von Magnan und Möbius, sowie auf die neueren umfangreichen Beobachtungen von Birnbaum. Auch die von Jolly und Köppen beschriebenen, als akute Paranoia bezeichnete Seelenstörung gehört hierher.

Daß bei den Degenerierten oft genug auch im Untersuchungsgefängnisse ernstere Seelenstörungen vorkommen, die ihre Haftfähigkeit in Frage stellen können, liegt auf der Hand. Bei ihrem äußerst labilen psychischen Gleichgewicht reagieren sie auf die Schädlichkeiten der Einzelhaft mit Stimmungsschwankungen, Sinnestäuschungen und Zwangsvorstellungen,

und auch mit phantastischen Wahnbildungen, besonders lebhaft. Wenn dann noch, wie so oft, hysterische Elemente das Krankheitsbild komplizieren, so kann es auch bei ihrer Impulsivität und den dann vorliegenden Sensibilitätsstörungen zu schweren Selbstbeschädigungen kommen. So erlebte ich bei einem jüngeren Degenerierten, daß er sich mehrmals mit Scherben eine tiefe Bauchwunde beibrachte, einmal sogar mit dem Erfolge, daß die Bauchhöhle weit eröffnet wurde. Ich fand ihn nachts mit heraushängenden Dünndarm vor. Bei sofortiger Ueberführung in das Krankenhaus blieb er wunderbarerweise von einer Bauchfellentzündung verschont. Das Wüten dieses Menschen gegen sich selbst erklärt sich mit durch das Vorhandensein unempfindlicher Zonen.

Bei den Degenerierten wird man ganz besonders häufig Uebertreibung, seltener echte Simulation vorfinden. Die von Delbrück beschriebene Pseudologia phantastica und die pathologische Lüge im Sinne Kräpelins gehören ja leider oft genug mit zu ihren wenig anmutenden Charaktereigenschaften, durch die sie eine Last sowohl für den Gefängnisarzt, wie für die Beamten zu bilden pflegen. Gerade diese Gefangenen gelten bei den Gefängnisbeamten wegen ihrer oft guten Intelligenz, ihrer Vergangenheit mit Neigung zu steten Konflikten mit dem Strafgesetz und ihres oft sicheren und gewandten Auftretens als geriebene, vollkommen geistesgesunde Simulanten. Ihre gemütliche Stumpfheit und ihre schweren ethischen Defekte treten erst bei längerer Beobachtung dem psychiatrisch geschulten Sachverständigen klar vor Augen. Bei diesen Degenerierten können schwere Disziplinarstrafen, insbesondere Dunkelarrest, leicht eine Haftpsychose hervorrufen.

Bei der Dementia praecox in ihren verschiedenen Verlaufsarten (einfache demente Form, hebephrene und paranoide Form) dürfte die Untersuchungshaft in den allermeisten Fällen nur als verschlimmerndes Moment einer schon längere Zeit bestehenden und mehr oder weniger latent verlaufenden Psychose in Betracht kommen. Nur selten, ich habe nur einen einzigen, anscheinend einwandfreien Fall beobachten können, scheint eine Dementia praecox durch die Untersuchungshaft unmittelbar ausgelöst worden zu sein.

Bei dem Nebeneinanderbestehen läppischen, zerfahrenen und anscheinend äußerlich geordneten Benehmens, dem dem Laien gekünstelt und absichtlich zur Schau getragen erscheinenden manirierten Wesen und der Neigung zu sonderbaren Bewegungsstereotypien dieser Kranken, kann es nicht Wunder nehmen, daß auch sie ganz besonders oft den Verdacht auf Simulation erwecken. Dazu trägt auch der Umstand bei, daß sie durch Handlungen, wie Nahrungsverweigerung usw. anscheinend zielbewußt ihre Entlassung aus der Haft erzwingen zu wollen scheinen. Endlich imponieren dem psychiatrischen Laien das bei ihnen oft vorhandene Nebeneinander von Labilität und Verwirrtheit, von anscheinend gut erhaltenem

Gedächtnis und auffälligen Lücken, also die bekannten „insulären Defekte“ häufig als Produkt von Verstellung. Für den Arzt dürfte die Diagnose auch häufig erst nach längerer Beobachtung möglich sein. Gerade bei diesen Zuständen dürfte auch bei lange genug fortgesetzter, sorgfältiger Beobachtung im Untersuchungsgefängnis nur ein „Non liquet“ herauskommen; man wird demnach gut tun, ohne längeres Zuwarten möglichst schnell Irrenanstaltsbeobachtung zu beantragen. Durch die genauere Kenntnis gerade der Dementia praecox, wie sie uns nach dem Vorgange von Kahlbaum durch Kraeplin und seine Schule vermittelt wurde, ist wohl mancher Untersuchungsgefangene vor der fälschlichen Annahme von Simulation bewahrt geblieben.

Bei den Epileptikern und Hysterikern, besonders bei den ersteren, ist oft wegen der Gefahr der Selbstverletzung im Anfalle die Einzelhaft nicht zulässig. In den Gemeinschaftszellen aber bilden diese Kranken wegen ihrer bekannten, unsozialen Charaktereigenschaften (epileptischer Charakter und hysterisches Temperament) eine Gefahr für ihre Umgebung durch ihre Neigung zum Intrigieren und Hetzen gegen die Gefängnisordnung. In ihren Dämmerzuständen wird man sie nicht selten der Irrenanstalt überweisen müssen. Bei der Hysterie besonders wird man, ähnlich wie bei den Degenerierten, auf Uebertreibungen und auch auf Simulation geistiger Störungen gefaßt sein müssen. Die genaue körperliche Untersuchung, insbesondere die der Sensibilität, und das Fahnden auf die bekannten hysterischen Stigmata wird häufig Klarheit schaffen. Auch die Sinnestäuschungen der Hysterischen pflegen ja eine charakteristische, den Laien wohl nicht bekannte Färbung zu haben. Die Hysterischen neigen erfahrungsgemäß auch zu krankhaften Stimmungsschwankungen, besonders solchen depressiver Natur. Ich erlebte den erschütternden Fall, daß eine hysterische Frau kurz nach ihrer Einlieferung in das Untersuchungsgefängnis sich mit Petroleum begoß und dann ihre Kleider anzündete. Ich fand sie kurz darauf am ganzen Körper verkohlt, aber noch lebend vor, mit tiefer Reue über ihre rasche Tat und dem sehnlichen Wunsche, noch ihren Kindern erhalten zu bleiben, bei völlig intaktem Bewußtsein. Natürlich verstarb sie im Krankenhause schon nach wenigen Stunden.

Auch aus etwas theatralischen Selbstmordversuchen, die ja bei den Hysterischen nicht selten sind, besonders aus Erhängungsversuchen, kann sich ein nicht gewollter Erfolg ergeben. Deswegen ist auch nach dieser Richtung hin die Einzelhaft bei ihnen oft gefährlich. Gerade für die Degenerierten, die Epileptiker und die Hysterischen mit ihrer großen geistigen Labilität und ihrem oft schroffen Stimmungswechsel mit Neigung zu impulsiven, gefährlichen Handlungen und ihren oft schnell vorübergehenden geistigen Störungen, hat sich mir das Fehlen einer Beobachtungsstation besonders fühlbar gemacht.

Von den angeborenen geistigen Schwächezuständen

treffen wir im Untersuchungsgefängnis nicht allzu selten die Imbezillität leichteren und mäßigen Grades an. Die Imbezillen, die ja auch in den Irrenanstalten fleißige Arbeiter zu sein pflegen, machen auch im Untersuchungsgefängnisse im allgemeinen, bei verständiger Behandlung durch ihre Aufseher, keine besonderen Schwierigkeiten. Zu berücksichtigen bleiben indessen ihre große Reizbarkeit und Neigung zu Erregungszuständen, die ihnen zuweilen Disziplinarstrafen eintragen. Diese Stiefkinder des Schicksals vertragen auch die Bestrafungen oft besser, wie man denken sollte. Daß die Imbezillen im Gefängnis oft nur als etwas beschränkt gelten, während doch tiefgreifende Defekte bei ihnen bestehen, sei nur erwähnt. Wer Gelegenheit hatte, sich vor Schwurgerichten über hochgradige angeborene Schwachsinnszustände gutachtlich zu äußern, weiß, wie schwierig es ist, selbst gebildeten Laien die Krankhaftigkeit solcher Zustände klar zu machen. Bei den fließenden Uebergängen von einfacher, noch in physiologischer Breite sich bewegender Dummheit zu der Imbezillität und Idiotie kann das auch nicht Wunder nehmen. Der fundamentale Unterschied, daß ein nur beschränkter aber sonst geistesgesunder Mensch mit einem auch nur kleinen geistigen Kapital vernünftig wirtschaften und seine Stelle im Leben behaupten kann, während einem Imbezillen mit vielleicht erheblich größeren, rein mechanisch angelerntem Wissen diese Eingenschaft mehr oder weniger abgeht, ihm somit das Können fehlt, läßt sich eben dem Laien nur schwer demonstrieren.

Von den erworbenen geistigen Schwächezuständen habe ich im Untersuchungsgefängnis mehrmals die Lues cerebri und die allgemeine progressive Paralyse beobachten können. In einem vorgeschrittenen Falle von Gehirnsyphilis kam es sogar bis zur Verhandlung vor dem Schwurgericht, ohne daß im Untersuchungsverfahren erhebliche Zweifel an der Zurechnungsfähigkeit aufgetaucht wären. Wie so oft bei der Lues cerebri, im Gegensatz zu der echten Paralyse, war auch hier der geistige Defekt ein mehr umschriebener, die bestehende Gedächtnisschwäche weniger tief greifend. Das Bild dieses Kranken, der mit der Versetzung in die Irrenanstalt bald verblödete, glich damals im allgemeinen dem, wie es Schüle[1]) in seinem Lehrbuch der Psychiatrie so treffend geschildert hat.

Die allgemeine Paralyse wird im Untersuchungsgefängnis gewöhnlich ungünstig beeinflußt, so daß baldige Versetzung in eine Irrenanstalt zu empfehlen ist.

Von sonstigen organisch bedingten geistigen Schwächezuständen treffen wir den Altersschwachsinn und die diesem nahe verwandte arteriosklerotische Demenz (im Sinne Alzheimers) im Untersuchungsgefängnisse bekanntlich

---

[1]) Schüle: Lehrbuch der Psychiatrie.
[2]) Binswanger und Siemerling: Lehrbuch der Psychiatrie.

nicht allzu selten an. Unter dem Einfluß von Alkohol, oder auch ohne solchen, werden von diesen geistig defekt gewordenen Menschen ja oft genug Sittlichkeitsverbrechen oder ähnliche Straftaten begangen. Solche Gefangene, soweit sie noch haftfähig und zurechnungsfähig im Sinne des § 51 Str. G. B. sind, vertragen bei ihrer geistigen, besonders auch gemütlichen Stumpfheit im allgemeinen die Untersuchungshaft ziemlich gut; Traumverifikation mit phantastischer Wahnbildung kommt, wie oben erwähnt, bei ihnen häufiger vor. Ebenso muß man bei ihnen auf Depressionszustände mit Taedium vitae und Selbstmordneigung gefaßt sein, die die Verlegung in Gemeinschaftshaft und Opiumbehandlung nötig machen können.

Bei den letztbesprochenen, organisch bedingten geistigen Schwächezuständen wird etwaige Simulation wohl weniger oft in Frage kommen. Die genaue Untersuchung des Zentralnervensystems, bei den syphilitischen Erkrankungen auch die Blutuntersuchung nach Wassermann, die Eigenart des psychischen Verhaltens, besonders auch des Gedächtnisses, der Gesamteindruck der geistigen Persönlichkeit ermöglichen auch bei kürzerer Beobachtung im Untersuchungsgefängnis zumeist schon die Stellung einer bestimmten Diagnose. Nur eines sicheren Falles entsinne ich mich, in dem eine progressive Paralyse lange Zeit hindurch nicht ungeschickt vorgetäuscht wurde.

Zusammenfassend möchte ich sagen, daß man an einem größeren Untersuchungsgefängnis häufig krankhafte Geisteszustände, geistige Minderwertigkeit im heutigen verallgemeinerten Sinne, und Grenzzustände zwischen geistiger Gesundheit und Geisteskrankheit, seltener dagegen echte Simulation antrifft. Mit dieser Erkenntnis erwächst uns die Aufgabe, mit allen verfügbaren Mitteln dahin zu streben, krankhafte Geisteszustände bald möglichst zu erkennen, anderseits aber auch Simulationsversuche zurückzuweisen. In erster Linie ist dazu natürlich der Gefängnisarzt berufen. Er kann seine Aufgabe nur bei guter psychiatrischer Vorbildung und möglichst genauer Kenntnis aller Gefängnisinsassen lösen. Er bedarf dazu auch dringend der Mitwirkung aller anderen Gefängnisbeamten.

Die bisher vorgeschriebene, natürlich nur sehr summarische Aufnahmeuntersuchung und der alle 4 Wochen stattfindende Zellenbesuch reichen nicht aus, um den Arzt über den Geisteszustand seiner Schutzbefohlenen genügend zu unterrichten. Mindestens alle Woche einmal müßten diese Zellenbesuche stattfinden, damit wichtige Veränderungen des psychischen Verhaltens dem Arzte nicht unbekannt bleiben.

Die Beobachtung könnte auch dadurch eine bessere werden, daß sie eine allgemeinere wird. Bisher ist die Beobachtung m. E. zu sehr zersplittert, so daß dem Gefängnisarzte manches wichtige Material unbekannt bleiben kann. Besonders bedarf er mehr, wie es bisher üblich ist, der Unterstützung des

Geistlichen, dem bei seiner psychologischen Schulung und seinem Vertrauensverhältnis zu der Mehrzahl der Gefangenen geistige Auffälligkeiten häufig frühzeitig bekannt werden, bevor sie nach außen in die Erscheinung treten. Ferner wären für den Arzt die Kenntnis der Beobachtungen des Gefängnisvorstehers und der höheren Gefängnisbeamten bei ihren Rundgängen wertvoll. Um Gelegenheit zum gegenseitigen Austausch der Beobachtungen und zur Besprechung zweifelhafter Geisteszustände zu bieten und um vor einseitiger Auffassung zu schützen, wären gemeinsame, etwa alle 8 Tage stattfindende Konferenzen unter Vorsitz des Gefängnisleiters zu empfehlen. Jeder Irrenarzt weiß, wie segensreich diese Konferenzen wirken, und wie durch sie Erfahrungen verallgemeinert, irrige Auffassungen berichtigt und Gegensätze gemildert werden.

Dem Arzte müßten ferner bei allen zweifelhaften Fällen möglichst bald die Untersuchungsakten zugänglich gemacht werden. Dadurch würde er in die Lage kommen, auch in Disziplinarsachen besser begründete Gutachten abgeben und sich für ein Gutachten in der Hauptverhandlung vorbereiten zu können. Der unerwünschte Zustand, daß oft kurz vor der Hauptverhandlung eine Untersuchung und Beobachtung des Angeklagten, zumeist auf Betreiben der Verteidigung, angeordnet wird, würde dadurch in vielen Fällen vermieden werden. Die Zuziehung des Arztes bei den richterlichen Vernehmungen von Gefangenen mit zweifelhaften Geisteszuständen ist angezeigt; dem Untersuchungsrichter würde eine solche Beratung in vielen Fällen gewiß erwünscht sein. Dem Arzte anderseits ist die Teilnahme an den Vernehmungen für die Abgabe des später erforderten Gutachtens sehr wertvoll; sie schützt ihn auch vor Irrtümern. Vertagungen der Hauptverhandlung wegen zu kurzer Beobachtungszeit ließen sich so vermeiden.

Der Schriftwechsel bei Untersuchungsgefangenen mit zweifelhaften Geisteszuständen müßte dem Gefängnisarzte regelmäßig zugänglich gemacht werden, da bekanntlich Geisteskranke sich in ihren Briefen oft viel früher und eingehender über Wahnideen usw. äußern, wie im mündlichen Verkehr. Den Irrenärzten sind die Briefe der Kranken schon lange ein wertvolles Beobachtungsmaterial. Auch die Art der Schrift oder des Schreibens (organische Psychosen, Paranoia, Dementia praecox) kann zur Beurteilung wertvoll sein.

Zur Erziehung besser geschulter Beobachter würden sich Unterrichtskurse für die Gefängnisbeamten empfehlen, in denen diese über das Wesen und den Verlauf krankhafter geistiger Vorgänge und über die Gefahren der Untersuchungshaft für die geistige Gesundheit unterrichtet werden müßten. Die mit dem Dienst auf der Krankenabteilung betrauten Aufseher würden zweckmäßig auch für einige Monate zum Aufseherdienst an einer öffentlichen Irrenanstalt zu entsenden sein, damit sie aus eigener Anschauung den Verlauf von Geistes-

krankheiten auch bei nicht kriminellen Fällen kennen lernen und zu besserer Beobachtung geschult werden. Diese Maßnahme würde mit dazu beitragen, der allzu leichtherzigen Annahme von Simulation entgegenzuwirken.

An großen Untersuchungsgefängnissen ist die Einrichtung einer kleinen psychiatrischen Beobachtungsstation, wenigstens für die Männerseite, dringend zu empfehlen. Sie muß nach modernen irrenärztlichen Prinzipien eingerichtet und verwaltet werden. Als unerläßliche Forderung ist dauernde Ueberwachung, auch bei Nacht, sowohl im Interesse einer lückenlosen Beobachtung, wie auch zur Vermeidung von Unglücksfällen (Selbstmord, Selbstbeschädigung, Verletzungen der Umgebung) erforderlich. Eine Beobachtungsabteilung von etwa 10 Betten, die zweckmäßig der Krankenabteilung anzugliedern wäre, würde ausreichen. Die auf dieser Abteilung beschäftigten Aufseher müßten natürlich in der Irrenpflege geschult sein.

Eine solche Beobachtungsstation, die für Berliner Verhältnisse entbehrlich sein mag, würde in der Provinz sehr von Nutzen sein, weil durch sie eine schnell einsetzende, zuverlässige Beobachtung bei allen zweifelhaften Geisteszuständen, zugleich auch eine rechtzeitige Behandlung beginnender Geistesstörungen, oder eine Verhütung von solchen, sichergestellt werden könnte. Manche Haftpsychose würde so zu vermeiden oder wenigstens abzukürzen sein. Die allzu zeitraubende Ueberweisung in die Irrenanstalt nach § 81 Str.P.O. würde sich in vielen Fällen erübrigen, könnte aber auch in anderen wieder besser begründet werden. Vor allen Dingen würde aber die zweckmäßige Behandlung kurz dauernder geistiger Störungen, z. B. der Dämmerungszustände, im Untersuchungsgefängnisse ermöglicht werden. Aus der Irrenanstalt nach abgelaufener Beobachtungszeit dem Untersuchungsgefängnis als gebessert oder gar ungeheilt wieder zugeführter Gefangene könnten hier bis zur endgültigen Regelung zweckmäßig nach psychiatrischen Grundsätzen weiter behandelt werden. Mit einer solchen Einrichtung würde aber auch, wie ich schon früher betont habe, die Triebfeder vieler Simulationsversuche, die Sucht nach Ueberführung in die Irrenanstalt, um von dort womöglich leichter entweichen zu können, fortfallen. Bei Jugendlichen und unverdorbenen Gefangenen mit bedenklichem Geisteszustande ließe sich auf diesem Wege die Gefahr der sittlichen Infektion durch herabgekommene Elemente in den Gemeinschaftszellen wesentlich herabmindern. Die straffe Zucht des Gefängnisses würde durch die schnelle Ausschaltung geisteskrankheitsverdächtiger Elemente gefördert werden. Viele Disziplinarstrafen ließen sich so vielleicht vermeiden, Simulationsversuche würden sich bei einer solchen Dauerbeobachtung (Appetit, Schlaf usw.) durch geschultes Personal schneller und wissenschaftlich einwandsfreier zurückweisen lassen. —

Der unerbittliche Krieg reißt täglich große Lücken in die

Reihen der Besten und Tüchtigsten unseres Volkes. So sehr wir um diese unersetzlichen Verluste trauern, ebenso sehr muß es für uns Aerzte ein heißes Bemühen sein, die uns verbliebene Volkskraft zu erhalten und vor vermeidbaren Gefahren zu schützen. Auch den minderwertigen Mitgliedern unseres Volkes, den sozialkranken Gefangenen, wie der große Menschenfreund und Förderer des Gefängniswesens Krohne sie bezeichnete, wird unsere Fürsorge in womöglich noch höherem Maße, als bisher, gelten müssen.

Wenn schon vor dem Kriege eine erfreuliche Bewegung einsetzte, um die von dem Gesetzgeber keineswegs gewollten, aber unleugbar vorhandenen Schädigungen der Untersuchungshaft für die geistige Gesundheit nach Möglichkeit auszuschalten, so wird auch diese Bewegung nach dem Kriege nicht zurückgedrängt, sondern erst recht gefördert werden müssen. Wenn den Medizinalbeamten im allgemeinen, wie Herr Ministerialdirektor Dr. Kirchner kürzlich im Abgeordnetenhause betonte, große und wichtige Aufgaben bevorstehen, so auch den Gerichtsärzten auf ihrem Sondergebiet. Müssen wir doch damit rechnen, daß eine große Anzahl unserer Helden mit zerrüttetem oder wenigstens widerstandsunfähiger gewordenem Zentralnervensystem aus dem Felde zurückkehrt. Auf solcher Grundlage aber erwachsen, wie vielfältige Erfahrung lehrt, nur allzu leicht Konflikte, auch mit dem Strafgesetz.

So mögen denn meine vorstehenden Ausführungen ihr bescheidenes Scherflein dazu beitragen, die geistige Gesundheit der Untersuchungsgefangenen nach Möglichkeit zu schützen, das gegenseitige Verständnis zwischen Richtern, Gefängnisbeamten und Aerzten zu fördern und auch der Rechts- und Strafanstaltspflege zu nützen, im Sinne der Worte des großen Kenners krankhafter Seelenzustände Ibsen[1]):

„Aus Bösem kann noch Gutes keimen,
Gebrochener Geist ist nicht zu leimen."

Als Richtschnur für die gutachterliche Tätigkeit der Gerichtsärzte kann aber auch heute noch die Mahnung Bornträgers[2]) gelten:

„Wir Aerzte wollen uns durch diese Erwägungen nicht von unserer objektiven naturwissenschaftlichen Basis der nüchternen Beobachtung abbringen lassen, aber wir wollen auch nicht einseitig befangene Sachverständige sein, vielmehr stets bedenken, daß die Beurteilung eines menschlichen Geisteszustandes durch einen Menschen naturgemäß immer etwas Subjektives an sich tragen muß, daher in zweifelhaften Fällen nicht zu apodiktisch sein darf, daß nicht jeder, der nach wissenschaftlichen Begriffen krankhafte Abnormitäten der geistigen Gehirnfunktion zeigt, nun auch bürgerlich und rechtlich als geisteskrank gilt, daß endlich nicht jeder Geistesgestörte gemeingefährlich und einer Irrenhausverwahrung bedürftig ist."

---

[1]) Ibsen: „Brand".
[2]) J. Bornträger; l. c., S. 671.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über den V. Deutschen Kongress für Säuglingsschutz (A.) und über die III. Krippenkonferenz (B.) in Karlsruhe am 27. und 28. Mai 1917.

A.

Der **V. Deutsche Kongress für Säuglingsschutz**, den die Deutsche Vereinigung für Säuglingsschutz am 24. Mai 1917 in Karlsruhe i. B. veranstaltete, fand eine außerordentlich rege Beteiligung. Von der Großherzogl. Familie wohnten Ihre Königl. Hoheiten, die Großherzogin Hilda und die Großherzogin Luise den gesamten Verhandlungen bei. Ihre Majestät, die Kaiserin und Königin, ließ durch den Vorsitzenden der Deutschen Vereinigung für Säuglingsschutz, Kabinetsrat Dr. v. Behr-Pinnow, der Versammlung einen herzlichen Gruß und die besten Wünsche für deren wichtige Beratungen zum Ausdruck bringen.

Von Vertretern des Reiches und der Behörden waren u. a. anwesend: der Präsident des Reichsgesundheitsamtes, Wirkl. Geh. Ob.-Reg.-Rat Dr. Bumm-Berlin, Geh. Ob.-Med.-Rat Dr. Krohne-Berlin, Kriegssanitätsinspekteur Obergeneralarzt Dr. v. Hecker-Karlsruhe, Geh. Ob.-Med.-Rat Dr. Hauser-Karlsruhe, Geh. Ob.-Reg.-Rat Dr. Arnsperger-Karlsruhe, Ministerialrat Graf Spreti-München, Regierungsdirektor Friedel-Stuttgart, Staatsrat Hölzinger-Darmstadt, Prof. Dr. Brüning-Rostock, Geh. Ob.-Med.-Rat Dr. Holtzmann-Straßburg i. Els., Wirkl. Geh. Kabinetsrat Richard v. Chelius-Karlsruhe, Dr. Marie Elisabeth Lüders-Berlin, Frau v. Bülow-Dessau.

Nach Begrüßung der Anwesenden eröffnete der Vorsitzende, **v. Behr-Pinnow**-Berlin, die Verhandlungen und wies auf die großen und schwierigen Fragen der Bevölkerungspolitik hin. Krieg, Geburtenrückgang und Kindersterblichkeit sind in bedrohlicher Form vorhanden; es gilt daher alle Kräfte anzuspannen, um die Folgen dieser drei Uebel nach Möglichkeit zu bekämpfen, und das um so mehr, als unser deutsches Volk stets von Neidern und Feinden umgeben sein wird. Die von vielen Seiten zur Bekämpfung oder Eindämmung des Geburtenrückganges vorgeschlagenen Maßnahmen bezeichnete er zwar als teilweise notwendig und wünschenswert, versprach sich aber von ihnen nur einen mäßigen Erfolg. Dagegen betonte er, daß das wichtigste Mittel zur Erhaltung einer starken Bevölkerung die Rettung der zahllosen grundlos verloren gehenden Kinderleben und deren vernunftgemäße Aufzucht sei.

I. Die Mutterschafts-Versicherung.

a. Der erste Berichterstatter, Dr. med. **Alfons Fischer**-Karlsruhe, sprach über **„Die sozialhygienischen Wirkungen der Reichswochenhilfe."** Er hat im Auftrage der Deutschen Vereinigung für Säuglingsschutz den Versuch gemacht, statistische Unterlagen für die sozialhygienischen Wirkungen der Reichswochenhilfe zu bringen. Es wurde vor allem danach geforscht, wie sich die Stilltätigkeit nach Umfang und Dauer unter dem Genuß der Reichswochenhilfe gestaltet hat, und wie viele unter den Säuglingen der im Jahre 1915 unterstützten Mütter das erste Lebensjahr überschritten haben. Zugleich wurde geprüft, welchen Einfluß die Säuglingsfürsorgestellen ausgeübt haben.

Die notwendigen Unterlagen für diese Untersuchung wurden, soweit es sich um außerbadisches Material handelt, vorzugsweise vom Hauptverband Deutscher Ortskrankenkassen zur Verfügung gestellt; sie beziehen sich auf die Städte Dresden, Plauen, Sonneberg, Stuttgart und Frankenthal (Pfalz). Der badische Zahlenstoff, der mit Hilfe von fünf allgemeinen Ortskrankenkassen und drei großen Betriebskrankenkassen gewonnen wurde und aus Karlsruhe, Mannheim, Pforzheim, Offenburg und Konstanz stammt, ist in Vergleich gesetzt mit dem Jahre 1911, für das in ganz Baden eine ähnliche Erhebung amtlich veranstaltet worden ist.

Das Material betrifft etwa 6000 Wöchnerinnen des Jahres 1915 und 17 000 Entbundene des Jahres 1911. Berichterstatter kommt zu dem Ergebnis, daß unter dem Einfluß der Reichswochenhilfe die Stillziffern verhältnismäßig sehr groß, die Stilldauer sehr lang und die Säuglingssterblichkeit sehr niedrig waren.

Von den 1314 Frauen, die in Dresden während des in Betracht gezogenen Jahres die Reichswochenhilfe empfangen und deren Kinder das erste Lebensjahr überschritten haben, haben 86,76 % gestillt; von ihnen haben 50,08 % über 3 Monate und 21,08 % über zwei Monate die Stilltätigkeit aus-

geübt. Die Sterblichkeit unter den Kindern der unterstützten Frauen belief sich auf 7%, während die Säuglingsmortalität im Jahre 1914 zu Dresden 12,2% betrug. Die Sterblichkeit betrug in den genannten 5 badischen Städten unter den in Betracht kommenden Kindern im Jahre 1911 16,74%, im Jahre 1915 dagegen nur 9,46%; in den dazu gehörigen Landgebieten belief sich die Säuglingssterblichkeit im Jahre 1911 auf 17,18%, im Jahre 1915 dagegen nur auf 10,76%.

b. Der zweite Berichterstatter, Oberarzt Dr. **Rott**-Berlin, behandelte **„Die Gestaltung der Mutterschaftsversicherung nach dem Kriege“.** Die Notwendigkeit, die Reichswochenhilfe nach dem Kriege fortzuführen, ist nicht nur von den Wohlfahrtsvereinigungen, sondern auch von Krankenkassen und wirtschaftlichen Verbänden laut betont worden. Reichstag und Abgeordnetenhaus haben sich auch bereits mit der Frage beschäftigt. Freilich wird die endgültige Gestaltung der Mutterschaftsversicherung von der Gestaltung der Finanzlage abhängig sein; trotzdem kann es nicht überflüssig sein, jetzt schon für den erwünschten Ausbau der Mutterschaftsversicherung Vorschläge zu machen und die bereits vorliegenden zu erörtern. Die bisher gemachten Vorschläge ergeben ein recht wechselndes Bild; es wird deshalb für diejenigen, die später über die Gestaltung der Mutterschaftversicherung zu befinden haben werden, sicherlich nicht leicht sein, den Kern herauszuschälen und dem Gesetz jene Form zu geben, die — einfach genug für die technische Durchführung — wirklich eine allgemeine Mutterschaftsversicherung sein wird.

Die Hauptschwierigkeiten für die Einführung einer allgemeinen Mutterschaftsversicherung liegen in erster Linie in der Abgrenzung des Bevölkerungskreises, der einer Wochenhilfe bedarf, zum anderen in der Art der Durchführung. Beschränkt man sich bei Regelung der Frage auf die wirklich wochenhilfsbedürftigen Weiblichen, aber auch auf nicht weniger als diese, dann würden für eine allgemeine Mutterschaftsversicherung folgende Teile der Bevölkerung in Betracht kommen:

1. die bisher schon Zwangsversicherten,
2. die Ehefrauen der Zwangsversicherten, die nicht selbstversichert sind,
3. solche, die nicht unter die Zwangsversicherung fallen, aber ein Einkommen von nicht mehr als 4000 Mark haben.

Die Ausgestaltung würde durchzuführen sein:

1. durch den Ausbau der Reichsversicherungsordnung im Sinne der Leistungen der Reichswochenhilfe, ohne deren Personalbeschränkung und unter Einbeziehung der nichtversicherten Ehefrauen der Versicherten in bezug auf Wochenhilfe und Stillgeld,
2. durch Bildung einer zwangsmäßigen, als Reichskasse zu gestaltenden Mutterschaftsversicherungskasse für alle nicht unter die Reichsversicherungsordnung fallenden Ehefrauen, deren eigenes oder Familieneinkommen 4000 Mark nicht übersteigt.

Der Ausbau der Reichsversicherungsordnung soll bestehen

1. in einer Erhöhung der Wochenhilfeleistungen,
2. in der Aenderung der freiwilligen Leistungen in Regelleistungen, insbesondere in bezug auf Schwangerenhilfe, Geburtshilfe und Stillgeld.

Die Kosten dürfen nicht den Krankenkassen allein aufgebürdet werden; das Reich muß vielmehr einen Zuschuß gewähren. Die Zwangsversicherung für die nicht von der Reichsversicherungsordnung erfaßten Personen wird am besten durch die Landesversicherungsanstalten durchgeführt werden.

II. Die Ausbildung der Kreisfürsorgerin.

a. Der erste Berichterstatter, Privatdozent Dr. **Groth**-München, behandelte den **„Lehrplan und Ausbildungsgang der Kreisfürsorgerinnen“.** Durch die Eigenart der ländlichen Bevölkerung, ihre Lebensweise und Wohnverhältnisse werden Besonderheiten in den Aufgaben der Fürsorge auf dem Lande und den aus ländlichen Gemeinden hervorgegangenen, noch vorwiegend ländlichen Charakter tragenden kleineren Städten bedingt, die dazu führen müssen, daß die innerhalb eines örtlich begrenzten ländlichen Gebietes arbeitende Fürsorgerin eine diesen besonderen Aufgaben angepaßte Vor- und Ausbildung erfährt. Als wünschenswert erscheint im Interesse ihres Ansehens, daß die Fürsorgerin die ihr überantworteten Volksschichten durch ein gewisses Maß

von allgemeiner Bildung überragt. Es ist daher in der Regel der erfolgreiche Besuch einer höheren Mädchenschule oder einer gleichwertigen Erziehungsanstalt zu fordern, wenn auch die Gefahr nicht verkannt werden darf, daß bei obligatorischer Einführung dieser Bestimmung einzelne nach Anlage und Charakter besonders geeignete Persönlichkeiten, die diese Forderung nicht erfüllen, von einer befriedigenden und zweckdienlichen Betätigung ferngehalten werden.

Für unerläßlich ist zu erachten eine gründliche Ausbildung in allgemeiner Krankenpflege und der Nachweis der bestandenen staatlichen Prüfung, zum mindesten in denjenigen Staaten, in denen eine Anerkennung als Krankenpflegeperson durch die zuständige Verwaltungsbehörde erteilt wird. Diese Ausbildung vermittelt vor allem in theoretischer und praktischer Beziehung eine Reihe von Kenntnissen, die für die ländliche Fürsorgearbeit als grundlegend zu betrachten sind, und bietet zugleich den Vorteil, daß bis zu einem gewissen Grade eine Auslese der Anwärterinnen in körperlicher, sozial-ethischer und moralischer Hinsicht erzielt wird.

Die Säuglings- und Kleinkinderfürsorge bildet den größten und wichtigsten Teil der gesamten Fürsorge; wegen ihrer bisherigen überragenden Entwicklung gegenüber den anderen Zweigen sozialer Fürsorge ist deshalb zu verlangen, daß die in der Krankenpflege erworbenen Kenntnisse durch eine etwa halbjährige Ausbildung in anerkannten Säuglingsheimen, bezw. Säuglings- und Kinderkrankenanstalten zu gründlicher Beherrschung der Ernährung des gesunden und Pflege des gesunden und kranken Kindes zu erweitern und zu vertiefen sind. Auf dieser Grundlage hat eine mehrmonatliche theoretische und praktische Unterweisung in der engeren und weiteren Fürsorge für das Säuglings- und Kleinkindesalter zu erfolgen, die alle Formen der geschlossenen, halboffenen und offenen Fürsorge, Mutterschutz, Pflegekinder- und Vormundschaftswesen, Krüppelfürsorge, Bevölkerungslehre und die Grundlagen der sozialen Versicherung, sowie die gesetzlichen Bestimmungen über Mutter- und Kinderschutz zu umfassen hat.

Da die Fürsorgerin auf dem Lande zugleich die Trägerin der allgemeinen Gesundheitspflege zu werden berufen ist, bedarf ihr Ausbildungsgang einer über den Rahmen der Säuglingsfürsorge hinausgehenden breiteren Grundlage. Nachdem der Krankenpflegeunterricht, die Anatomie und Phisiologie des menschlichen Körpers, die allgemeine Lehre von den Erkrankungen und ihren Symptomen, mit besonderer Berücksichtigung der übertragbaren Krankheiten, Infektion, Wundkrankheiten, Desinfektion, Ascpsis und Antisepsis die Herrichtung des Krankenzimmers, Reinlichkeit des Körpers und der Kleidung, sowie Krankenernährung umfaßt, wird es genügen, als besondere Lehrgegenstände in erster Linie Armenfürsorge und Armenrecht, Tuberkulosefürsorge, Wohnungspflege und Hauswirtschaftslehre für wirtschaftlich schlecht gestellte Familien der Ausbildung anzugliedern. Dabei würde nach Möglichkeit die unmittelbare praktische Betätigung der Lernenden in den Vordergrund zu stellen und der theoretische Unterricht in Form seminaristischer Uebungen zu halten sein.

Der Abschluß des Lehrganges erfolgt, soweit tunlich, durch eine mehrwöchentliche praktische Tätigkeit unter Leitung einer Kreisfürsorgerin und durch Ablegung einer Prüfung.

b. Fräulein Wilhelmine **Schubert-München**, zweite Berichterstatterin, machte über **„Die Anforderungen der Praxis an die Kreisfürsorgerin“** etwa folgende Ausführungen: Die Kreis- oder Bezirksfürsorgerin wird die praktische Tätigkeit in ihrem Arbeitsgebiet damit beginnen, daß sie alle jene Persönlichkeiten kennen zu lernen sucht, die — durch Beruf oder Neigung — in der Fürsorge tätig oder dafür interessiert sind. In erster Linie wird sie bei den ihr vorgesetzten Behörden Richtlinien einholen und die Ansichten und Wünsche des Kreisarztes und der Verwaltungsbeamten kennen zu lernen suchen. Sie wird mit den Aerzten des Kreises Fühlung nehmen und die Arbeitseinteilung in dem Praxisgebiet jedes Einzelnen besprechen; sie wird die Vormundschaftsrichter, die Gemeindewaisenräte und die Gemeindevorsteher aufsuchen, ebenso die Gemeindeschwestern und alle im Bezirk tätigen Schwesternschaften, die Träger aller vorhandenen Wohlfahrtseinrichtungen, die Vorsitzenden der Frauenvereine vom Roten Kreuz und sonstiger gemeinnütziger Vereinigungen. Von

allergrößter Bedeutung für den Erfolg der Fürsorgearbeit ist das Anbahnen guter Beziehungen zu allen Hebammen des Kreises.

Aus dieser Fühlungnahme und im Anschluß daran ergibt sich von selbst, daß die Fürsorgerin Einblick gewinnt in die Art und die Lebensgewohnheiten der Bevölkerung (Landwirtschaft, Industrie, Hausindustrie), daß sie sich zu unterrichten sucht über die Art der Ernährung, die Wasserversorgung, über vorherrschende Krankheiten, über die Dichtigkeit der Besiedelung und über die Verkehrsmöglichkeiten im Bezirk. Sie muß genau Bescheid wissen über Geburtenzahl, allgemeine und Säuglingssterblichkeit und über die Zahl der in ihrem Bezirk untergebrachten Pflegekinder, ebenso über die Verteilung des Heilpersonals und über Apotheken, Kranken- und Heilanstalten und sonstige Fürsorgeeinrichtungen.

Die praktische Tätigkeit wird in allen Orten, in denen Fürsorgeeinrichtungen schon bestehen, an diese angegliedert werden. Sind noch keine vorhanden, so ist es Aufgabe der Fürsorgerin, ihre Einrichtung anzuregen und vorzubereiten, soweit sich aus ihrer Fürsorgearbeit eine Notwendigkeit dazu ergibt. Bei allen vorhandenen Fürsorgestellen (Säuglings- und Kleinkinder-, Tuberkulose-, Krüppelfürsorgestellen) soll die Fürsorgerin, soweit möglich regelmäßig, als Helferin des Arztes anwesend sein.

Die belehrende Tätigkeit besteht im wesentlichen im Abhalten von Vorträgen mit praktischen Unterweisungen in Säuglings- und Kinderpflege und Ernährung und den einfachsten Grundsätzen der häuslichen Hygiene bei Mütterabenden, in Mädchen- und Dienstmädchen-Vereinigungen, bei Fortbildungsschülerinnen und, wo sich das ermöglichen läßt, in den obersten Klassen der Mädchenschulen.

Die wichtigste Arbeit der Fürsorgerin besteht in lückenlosen, nach Bedürfnis und Möglichkeit wiederholten Hausbesuchen bei allen Schwangeren, Wöchnerinnen, Müttern von Säuglingen und Kleinkindern und bei allen Pflegekindern des Bezirks. Diese Hausbesuche bieten die Möglichkeit, weiteste Kreise der Bevölkerung immer wieder über die wichtigsten Grundsätze der allgemeinen Hygiene zu belehren.

An die Verhandlungen schloß sich eine rege Aussprache an.

B.

Im Anschluß an den V. Deutschen Kongreß für Säuglingsschutz fand die **III. Krippenkonferenz des Deutschen Krippenverbandes** am 28. Mai 1917 in Karlsruhe i. B. statt. Wie am vorhergehenden Tage wohnten Ihre Königlichen Hoheiten, die Großherzoginnen Hilda und Luise von Baden den Verhandlungen bis zum Schluß bei. Eine große Anzahl von Regierungsvertretern und anderer an den Verhandlungen interessierter Persönlichkeiten hatte sich ebenfalls wieder eingefunden.

Der Vorsitzende, Hofrat **Josef Meier-München**, eröffnete die Konferenz mit einer kurzen Ansprache. Die ständig mehr zunehmende Erwerbsarbeit der Frau, die Anforderungen der neuzeitlichen Anstaltshygiene an den Betrieb von Krippen, die stets fortschreitende Entwicklung der Jugendfürsorge stellten an das Krippenwesen immer neue und schwierigere Aufgaben. Um diese Aufgaben zu fördern, die ganze Krippenfürsorge zu erweitern und auszubauen, haben sich im Deutschen Krippenverbande Vertreter und Freunde der Krippensache zusammengeschlossen. Die ersten beiden Konferenzen haben auch durch ihre Beteiligung, ihre Verhandlungen und das allgemeine Interesse, das diesen Verhandlungen entgegengebracht worden ist, gezeigt, daß die Gründung des Verbandes einem allseitigen Bedürfnis entsprach.

Nachdem der Vorsitzende der Stadt Karlsruhe seinen Dank für die gastliche Aufnahme ausgesprochen und darauf hingewiesen hatte, daß Karlsruhe eine alte Stätte der Krippenfürsorge ist — das Großherzogliche Haus hat den Bestrebungen dieses Fürsorgezweiges stets reges Interesse und warme Unterstützung zuteil werden lassen — begrüßte er die offiziellen Vertreter sowie die übrigen Anwesenden und eröffnete die Tagung.

Als erster Redner sprach Kommerzienrat **C. Uebelen-Hannover-Linden** über das Thema **„Zur Frage der Fabrikkrippe“**. Die Ausdehnung, die die Frauenarbeit im Kriege erfahren hat, trifft wohl gleichmäßig alle Berufsabteilungen. Nach den Berichterstattungen der Krankenkassen ist die Zunahme

der weiblichen Versicherten auf 1/2 Million zu schätzen. Am 1. April 1917 waren mehr Frauen als Männer krankenversicherungspflichtig: 4266000 gegen 4230000. Maßnahmen zur Beseitigung der sich aus der Frauenarbeit ergebenden Schäden für die Volksgesundheit müßten logischerweise alle Berufsklassen betreffen. Die Frauenarbeit auf dem Lande ist jedoch unterschiedlich zu betrachten von der Frauenarbeit in der Industrie, dem Handel und Verkehr; denn auf dem Lande ist auch die Tagelöhnerin mehr geneigt, auch eher in der Lage, sich nach der Geburt zu schonen und sich ihrem Kinde zu widmen als in der Stadt.

Während für die Frauen gesetzliche Bestimmungen vorhanden sind (Reichsversicherungsordnung, Gewerbeordnung), die wohl ausreichend sind, um sie vor gesundheitlichen Nachteilen zu schützen, ist das Kind, dem die Mutter durch außerhäusliche Erwerbstätigkeit entzogen wird, in seinem Dasein schwer gefährdet. In Gegenden mit ausgedehnter weiblicher Fabrikarbeit herrscht oft erschreckend hohe Säuglingssterblichkeit. Die Einwirkung der Frauenarbeit auf das Kind ist deshalb so ungünstig, weil sie dem Kinde im wahren Sinne des Wortes die Ernährerin nimmt. Geht die Mutter zur Arbeit, so kann sie ihr Kind nicht stillen. Es gilt daher Maßnahmen zu treffen, die die Weiterstillung des Kindes — möglichst 1/2 Jahr, wenigstens aber 1/4 Jahr — ermöglichen. Der Vorschlag von Rott, zugunsten des Säuglings für das Vierteljahr nach der Geburt ein Arbeitsverbot in Ausdehnung des § 137 der Gewerbeordnung einzuführen, ist durchaus diskutabel. Die zweite Maßnahme zur Ermöglichung des Weiterstillens — auch eine Ergänzung im Falle der Einführung der 1/4jährigen Schutzfrist — ist die Einrichtung von Fabrikkrippen. Es sind 2 Formen zu unterscheiden: 1. die Fabrikstillkrippe oder Stillstube, 2. die bei uns bekanntere Form, eine Krippe wie jede andere, die im Bereich der Fabrik liegt, neben künstlich genährten Säuglingen auch Kinder bis zum 3. und 6. Lebensjahre, bisweilen auch Schulkinder, aufnimmt und sich damit mehr noch dem Kindergarten- und Kinderhortbetrieb nähert. Der Zweck der Stillkrippe ist ausschließlich, der Arbeiterin die Möglichkeit zu geben, ihr Kind selbst zu stillen, auch nach der Wiederaufnahme der Arbeit. Um dies durchführen zu können, bedarf es auch der Gewährung von Arbeitspausen von seiten der Fabrikherren oder der Fabrikleitung. Die Ausbreitung dieser Einrichtung im Reiche dürfte besonders unter den heutigen Arbeitsverhältnissen ein dringendes Gebot sein. Die eigentliche Heimat der Stillkrippen sind die romanischen Länder; in Portugal, Spanien und Italien sind für die Errichtung von Stillstuben und die Gewährung von Arbeitspausen zum Stillen gesetzliche Bestimmungen vorhanden. Auch in Deutschland ist vereinzelt (Preußen 1908, Bayern 1910) von ministerieller Seite die Errichtung von Stillkrippen angeregt worden. Es ist auffallend, daß trotzdem die Einrichtung in Deutschland so vereinzelt geblieben ist. Zurzeit sind etwa 24 Stillkrippen in Deutschland vorhanden. Es sind dafür im wesentlichen 2 Gründe maßgebend: 1. gesundheitliche Bedenken, betreffend die Nachteile für das Kind, die sich aus Transport, Schwierigkeit der Pflege und Möglichkeit einer Infektion ergeben, 3. Bedenken von seiten der Fabrikleitungen, betreffend Störung und materieller Benachteiligung des Betriebes und Höhe der Kosten.

Nach den vorliegenden ärztlichen Berichten aus Stillkrippen geht hervor, daß die geäußerten gesundheitlichen Bedenken nicht stichhaltig sind. Die Berichte über den Gesundheitszustand lauten um so besser, je länger die Stillung der Kinder durchgeführt worden ist. Was den 2. Grund anbetrifft, so kann der Vortragende, der Generaldirektor der Mechanischen Weberei in Hannover-Linden, die seit vielen Jahren eine Fabrikkrippe für 50 Säuglinge, 80 Kleinkinder im Alter von 2—6 Jahren und 110 Schulkinder bis zu 14 Jahren unterhält, einen Nachteil für den Fabrikbetrieb nicht erblicken. Dagegen erwachsen einem Betriebe durch eine Krippe auch schon insofern Vorteile, als sie sich die Arbeiterinnen seßhaft machen kann. Die Frage darf nicht bloß vom Standpunkte des Kaufmanns, sondern sie muß von dem des Sozialpolitikers und Freundes der Volkswohlfahrt betrachtet werden. Zweifellos ist die Gründung von Fabrikkrippen lediglich abhängig von der Einsicht und dem guten Willen der Fabrikleitungen. Ein 3. Grund, der geäußert worden ist, daß die Arbeiterschaft selbst die Einrichtung von Krippen nicht will, weil sie behauptet, daß durch solche Krippen die Arbeiterinnen in zu große Abhängigkeit vom Arbeit-

geber gelangen, dürfte nur ein Scheingrund sein; jedenfalls erfreut sich die Krippe der Mechanischen Weberei großer Beliebtheit.

Die Kosten der Einrichtung einer Fabrikkrippe sind allerdings keine geringen. Sie sind nicht groß, beschränkt man sich nur auf eine Stillkrippe, größer, wenn die Krippe auch mit größeren Kindern belegt werden soll, aber die Kosten machen sich bezahlt. Man kann jedoch auch mit bescheidenen Mitteln hygienisch einwandfreie Einrichtungen schaffen. Bei der Krippenfrage heißt es, aller Anfang ist schwer, aber der Segen, den eine gut geleitete Krippe der Allgemeinheit bringt, ist ein guter Lohn für die aufgewendete Arbeit.

Das zweite Referat, das von Privatdozent Dr. **Hohlfeld**-Leipzig erstattet wurde, lautete: **„Die Gefahr der Infektionskrankheiten in den Krippen und ihre Bekämpfung."** Die Gefahr der ansteckenden Krankheiten ist in der Krippe groß, weil diese Krankheiten in den Jahren, denen die Krippenkinder angehören, ungleich häufiger zum Tode führen, als jenseits dieser Altersgrenze. Dazu kommt die Eigenart des Krippenbetriebes, der es mit sich bringt, daß die Kinder jederzeit außerhalb der Krippe eine ansteckende Krankheit erwerben und in die Krippe einschleppen können. Wer diese Krankheiten wirksam bekämpfen will, muß daher auf dem Posten sein. Deshalb ist die Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten in erster Linie eine Aufgabe für den Arzt und das Pflegepersonal. Erfüllen diese ihre Pflicht, so kann man die ansteckenden Krankheiten wirksam bekämpfen, wenn die Raumfrage in befriedigender Weise gelöst ist. Dazu gehört die Beschränkung des Betriebes auf die Versorgung von etwa 40 Kindern, die Vermeidung von Ueberfüllung, besonders im Aufnahmeraum, und eine zweckmäßige Verteilung der Kinder neben dem Vorhandensein von Absonderungsräumen. Diphtherie und Masern verlangen besondere Abwehrmaßregeln. —

Den Verhandlungen folgte eine rege Aussprache.

Dr. Rott-Berlin.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Wohnungshygiene.

Ueber den Nachweis organischer Lähmungsstoffe in verbrauchter Luft. Von Gerhard Stroede-Berlin. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1917, Nr. 1.

Nach der Weichardtschen Methode wurde zum Nachweis der „Ermüdungsstoffe" in der Ausatmungsluft die Methodik der Osmiumbeeinflussungsreaktion angewendet. Es ergab sich, daß die mit der Osmiumbeeinflussung erhaltenen Lähmungswerte mit der Zeit anstiegen, auch ohne daß der Gehalt an CO_2 zunimmt. Damit ist der Beweis für das Vorhandensein anderer, bisher unbekannter Stoffe von lähmender Wirkung in der Ausatmungsluft (von Weichardt zuerst aufgefunden und als Eiweißspaltprodukte erkannt) erbracht.

Die Methodik selbst ist in der Arbeit genauer beschrieben und hier nachzulesen. Verfasser hält diese Methode bei der Prüfung der Luftbeschaffenheit bewohnter Räume und speziell der Schulräume für anwendbar.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

---

2. Beseitigung der Abfallstoffe und Abwässer. Reinhaltung der Flüsse.

Die Abwässerung durch Fischteiche. Von Diplom-Ingenieur Endris. Die Heilanstalt; 1917, Nr. 3/4.

Die Abwasserteiche sind vollkommen geruchfrei und gewähren nach jeder Richtung einen durchaus ästhetischen Anblick. Daher scheint diese Art der Abwasserreinigung ganz besonders geeignet für Sanatorien, Krankenhäuser, Irrenanstalten, Erholungsheime und ähnliche Anstalten, wo die Teiche in den die Gebäude umgebenden Parkanlagen als Zierteiche angelegt werden können. Auch die Abwässer von Lungenheilstätten können ohne Bedenken derartigen Fischteichen zugeführt werden, da die Fische sich gegen den Tuberkelbacillus als immun erwiesen haben. Außerdem könnten sich die Tuberkelbazillen auch

nur in der Mundhöhle oder im Darm der Fische vorfinden, also in Organen, die vor dem Kochen entfernt oder doch wenigstens nicht mitgegessen werden.

Dr. Wolf-Hanau.

Die elektrolytische Wasser- und Abwasserreinigung mit dem Chlordesodor. Von Dr. Rasser-Dresden. Städte-Zeitungg; 1917, Nr. 20.

Die desodorisierende Wirkung der Hypochloritlauge auf intensiv stinkende Wässer ist ganz auffallend. Schon aus diesem Grunde ist die Verwendung derselben zur Klärgrubenwasserreinigung sehr zu empfehlen. Neben der desodorisierenden (geruchlosmachenden) und klärenden Wirkung hat die Hypochloritlauge noch eine ausgesprochen keimtötende Wirkung. Die Desinfektion und Desodorisation von 60 cbm Abwässer kosten 87 Pfennige.

Dr. Wolf-Hanau.

Abwasserentkeimung. Von Oberbaurat Braun in Ulm. Zentralblatt der Bauverwaltung; 1917, Nr. 23.

In Nr. 23, Jahrg. 1910 dieser Zeitschrift ist von dem Verfasser ein von ihm eingeführtes Verfahren zur Desinfektion von Abwasser mittels Chlorkalk beschrieben, das inzwischen bei einer großen Anzahl von Krankenhäusern des Militärs und der Gemeinden zur Anwendung gekommen ist. Es genügt auch den Anforderungen der zuständigen Behörde, die bei der Erteilung der Erlaubnis zur Einleitung von Abortabwassern usw. aus Krankenhäusern und dergleichen in öffentliche Gewässer verlangt, daß diese Abwässer, womöglich nach vorheriger biologischer Klärung (Tropfkörper) oder nach vorheriger Durchfaulung in Faulgruben — bei der organische Stoffe (feste Kotballen usw.) aufgelöst und dadurch für die Desinfektionsmittel vollständig zugänglich werden — durch Chlorkalk, bei biologischer Klärung im Verhältnis 20000 : 1, beim Durchfaulen 10000 : 1, vor ihrer Einleitung in die öffentlichen Gewäser desinfiziert werden. Die bei dem Seuchenlazarett Ulm mit 250 Betten und bei dem Reservelazarett III Tübingen mit 300 Betten eingerichteten Anlagen werden näher beschrieben, ihre Einrichtung ergibt sich aus den mit Erlaubnis des Verfassers beigefügten nachstehenden Abbildungen 1—4 der Anlage bei dem Seuchenlazarett in Ulm, die seit Oktober 1914 in Betrieb ist, und bei der wegen Mangel an Gefälle die angesammelten Abwasser nach ihrer Durchfaulung und vor ihrer Mischung, durch eine selbsttätig einsetzende elektrisch betriebene Pumpe um 2,5 bis 3,2 m gehoben werden. Die Abwasser sind vor und nach ihrer Entkeimung durch das bakteriologische Institut des Haupt-Militärlazaretts Ulm im April und Mai 1915 einigemal, dann vom April 1916 ab monatlich einmal untersucht worden, mit dem Ergebnis der Abtötung von mindestens 99,9 v. H. der Keime; bei den meisten Untersuchungen sind sogar die entkeimten Abwasser keimfrei befunden worden. Ebenso günstig gestaltete sich das Ergebnis der im Jahre 1916 ausgeführten Untersuchung der Anlage bei

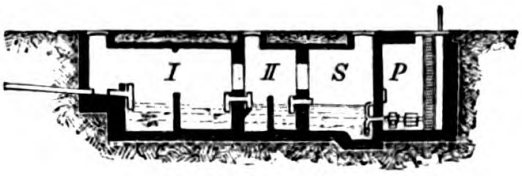


Abb. 1. Schnitt a b.

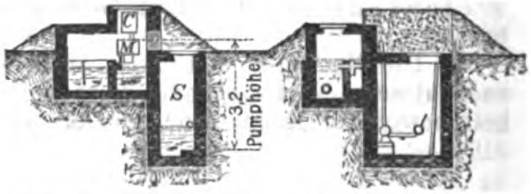
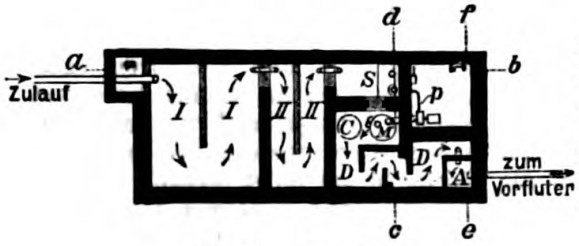


Abb. 2. Schnitt c d. Abb. 3. Schnitt e f.



I Faulgrube I, den Tagesanfall (i. 24 St.) fassend. II Faulgrube II den halben Tagesanfall fassend. S Sammelschacht, mit Pumpenrohr u. Schwimmerschalter. P Pumpenraum, elektrische Pumpe, selbsttätig. M Mischapparat selbsttätig. C Entkeimungswasser-Behälter (Chlorkalk). D Entkeimungsgrube für mind. 2stündigen Aufenthalt des durchfaulten und gemischten Abwassers. A Auslaufschacht mit Entleerungsrohr (Reinigung).

Abb. 4. Grundriß.

dem Reservelazarett III in Tübingen, in die allerdings keine Fäkalien, sondern nur Bade-, Wasch- und Spülwasser gelangen.

Die Mischvorrichtung ist in der vorher genannten Nummer der Zeitschrift f. Med.-B. beschrieben; sie wird von der Firma Süddeutsche Abwasser-Reinigungsgesellschaft Ulm geliefert. Nach Ansicht des Verfassers liefert diese Art der Abwasserreinigung bis jetzt die besten, zuverlässigsten und völlig befriedigende Ergebnisse bei geringstem Kostenaufwand. Der Chlorkalk wird in der Wasserlösung 1 : 50 oder 1 : 100 beigemischt. Der Chlorkalkwasserbehälter, aus dem die Zumischung erfolgt, ist nach Bedarf, etwa nach 3 bis 10 Tagen wieder aufzufüllen. Dies ist fast die einzige Arbeit der Beaufsichtigung. Ein Unterhaltungsaufwand entsteht entweder nicht oder nur in recht unbedeutender Höhe, wenn die Anlage sachgemäß ausgeführt ist. Rpd.

Besprechungen.

Prof. Dr. August Borchard, Geh. Med.-Rat in Berlin-Lichterfelde, und **Prof. Dr. Victor Schmieden**, Direktor der chirurgischen Universitätsklinik in Halle a. S.: **Lehrbuch der Kriegschirurgie.** Leipzig 1917. Verlag von J. A. Barth. Mit 429 Abbildungen im Text und 5 Tafeln. 8°, 988 Seiten. Preis: geb. 32 M.

„Ein Lehrbuch der Kriegschirurgie — eine Einführung für den Anfänger, ein Wegweiser für die vielen, die im Kriege schnell praktische Chirurgen werden müssen, eine Zusammenfassung für den erfahrenen Feldoperateur — verwendbar im Feldlazarett wie im Heimatlazarett — kurz ein Buch, wie es in diesem Umfange zurzeit nicht vorhanden ist — dies Ziel schwebte uns beiden Herausgebern vor, als wir uns vor etwa einem Jahre zu gemeinsamer Arbeit zusammenschlossen".

Mit diesen Worten leiten die Herausgeber ihr groß angelegtes Werk ein, das dem Generalstabsarzt der Armee Otto v. Schjerning zugeeignet ist.

In zwei Teile: einem allgemeinen und einem speziellen, gliedert sich das Buch, das auf annähernd 1000 Seiten Text mit 429 eingestreuten Abbildungen und 5 Tafeln den gewaltigen Stoff zu meistern sucht.

Wer vermöchte in dieser Zeit, wo jede Stunde, jede Minute des Arztes vom Dienst, von unseren Kriegsverwundeten in Anspruch genommen ist, wozu für die daheimgebliebenen Aerzte oft noch eine überreichlich bemessene Tätigkeit durch die Erkrankungen der Heimatbevölkerung kommt, dem vorliegenden Werk eine eingehende Würdigung zuteil werden zu lassen, wie sie schon die Namen der zahlreichen Mitarbeiter verlangen. Denn nur mit Hilfe dieser Mitarbeiter, der führenden deutschen Chirurgen der Jetztzeit, war es möglich, ein Werk, wie das vorliegende, in Angriff zu nehmen und zu vollenden. Aber gerade die Namen dieser Mitarbeiter sind es auch, die uns der Notwendigkeit einer Prüfung im einzelnen entheben. Wir wissen, daß uns nur Bestes geboten wird.

Während dieses Krieges wird das vorliegende Werk uns allen wohl lediglich ein Nachschlagebuch, ein „Wegweiser" von Fall zu Fall bleiben und daran, an einer groß angelegten Kriegschirurgie, hat es, wie die Herausgeber sagen, sehr gefehlt. Erst wenn der Friede uns vom Druck intensiver Arbeit mehr befreit hat, werden wir in der Lage sein, Borchards und Schmiedens Gabe in vollem Umfange zu genießen.

Vom Verlag ist das Werk in jeder Beziehung vornehm ausgestattet.

Prof. Dr. Th. Walzberg-Minden.

Geh. Rat Prof. Dr. R. Kobert-Rostock: **Neue Beiträge zur Kenntnis der Saponinsubstanzen.** 1. Teil. Stuttgart 1916. Verlag von F. Enke. 8°, 159 Seiten. Preis: geh. 7,60 M.

Im Vorwort schreibt Kobert: „Dies erste Bändchen enthält fünf medizinische Dissertationen in verbesserter bezw. vervollständigter Form." Diese Dissertationen betreffen die Pockenwurzel (Smilax china), die Hauhechel (Ononis-Arten), Bruchkraut (Herniaria-Arten), Wollblumen (Verbascum-Arten) und die Futterrübe (Beta vulgaris), insonderheit den Saponingehalt dieser Pflanzen. Interessant sind die mediko-botanisch-historischen Angaben.

Das Buch beginnt auf Seite 1 mit einem Lobspruch auf das Salvarsan, „das in den meisten Fällen schnelle und sichere Heilung der Syphilis" bringe

und auf Seite 2 enthält es folgenden zutreffenden Vermerk: „Es waren Ausdrücke der höchsten Entzückung, mit denen man von dem neuen Mittel sprach und schrieb. Selbst die besonnensten Anhänger des Quecksilbers ergingen sich fast ausnahmslos in beinahe überschwenglichen Anpreisungen“ — — — des Guajakholzes! Ben Akiba, wie hast Du recht!

Daß Koberts noch nicht abgeschlossenes Buch für Saponinspezialisten von großem Wert, liegt auf der Hand.

Dr. Friederich Kanngiesser-Braunfels.

Tagesnachrichten.

Der **Reichstag** hat in seiner Sitzung vom 13. d. Mts. den vom 16. Ausschuß für Bevölkerungspolitik in seinem Teilbericht, betreffend die **Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten** im Heer und in der Gesamtbevölkerung, gemachten Vorschlägen zugestimmt. Es werden in diesem eingehende Erhebungen über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten, über die persönlichen Verhältnisse der Erkrankten, über Art und Ergebnis der Behandlung usw. und die Vorlegung von reichsgesetzlichen Vorschriften in der Richtung wirksamer Ueberwachung und Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten gefordert (s. auch Nr. 7 dieser Zeitschrift, S. 230). Von sozialdemokratischer Seite wurde hierzu verlangt, daß die ärztliche Schweigepflicht in bezug auf Geschlechtskrankheiten aufzuheben und die Strafbestimmung in § 361 Nr. 6 des Reichsstrafgesetzbuches restlos zu beseitigen sei.

Am 22. Juni hat die **Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten** in Mannheim eine Mitgliederversammlung abgehalten, auf der die Beratungsstellen für Geschlechtskranke den einzigen Gegenstand der Tagesordnung bildete. Nach eingehender Aussprache wurde folgende „Entschließung“ einstimmig angenommen:

„Die Versammlung hält einen mit voller Kraft und allen irgend Erfolg versprechenden Mitteln geführten Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten für dringend notwendig und fordert alle Aerzte auf, sich an diesem Kampfe, jeder an seiner Stelle, wirksam zu beteiligen. Insbesondere sollen die Aerzte die vielfach bereits mit gutem Erfolge tätigen Beratungsstellen unterstützen, sollen ihren Kranken Zweck und Wert dieser Anstalten eindringlich klar machen und sie zu deren Benutzung anhalten. Ob die Aerzte darüber hinaus auch Kranke ohne deren Zustimmung der Beratungstelle überweisen wollen, muß jedem von ihnen von Fall zu Fall überlassen bleiben.

Die Versammlung ist sich darüber einig, daß der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten nur dann Erfolg haben wird, und daß insbesondere die Beratungsstellen ihre Aufgabe nur dann erfüllen können, wenn es gelingt, Anteilnahme und Mitarbeit möglichst aller Aerzte zu gewinnen. Dazu gehört vor allem, daß die Landesversicherungsanstalten und die Krankenkassen bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten allenthalben gemeinsam mit den ärztlichen Standesvertretungen vorgehen.

Die Versammlung nimmt mit voller Bestimmtheit an, daß als Grundbedingung jedes weiteren Vorgehens in allernächster Zeit die Behandlung aller Geschlechtskrankheiten durch Nichtärzte, die Fernbehandlung Geschlechtskranker sowie das öffentliche Sichanbieten zur Behandlung Geschlechtskranker gesetzlich streng verboten werden.“

Zur Bekämpfung des Geburtenrückganges in Frankreich. Außer dem vom Abg. Bénazet bereits im vorigen Jahre der französischen Deputierten-Kammer vorgelegten Gesetzesvorschlage, betr. die Zahlung von Geldpreisen an die Eltern lebender Kinder (s. Nr. 14 dieser Zeitschrift, 1916, S. 439), ist jetzt ein weiterer Gesetzesvorschlag der Kammer vorgelegt, durch den eine Erleichterung der Erziehung der Kinder von kinderreichen Familien bezweckt werden soll. Der Gesetzentwurf hat folgenden Wortlaut:

„Artikel 1. In jeder Haushaltung mit vier Kindern fallen die Kosten der Erziehung irgendeines von diesen Kindern zu Lasten des Staates.

Artikel 2. Die Kosten der Erziehung umfassen die Kosten der Unterhaltung, die Verpflegung und des Unterrichts.

Artikel 3. Sie werden bestimmt durch Beschluß gemäß den örtlichen Verhältnissen und der wirtschaftlichen Lage (importance) der Bevölkerung der Gemeinde.

Artikel 4. In seinem 13. Lebensjahre kann das Kind auf Vorschlag des Leiters der Schule, welche es besucht hat, unter Berücksichtigung seiner Fähigkeiten und seiner persönlichen Eigenschaften in eine höhere Schule, eine Schule mit Gymnasialunterricht oder in eine Fachschule zugelassen werden. Am Ende seines Lehrganges kann das Kind auf Vorschlag des Leiters der Schule ermächtigt werden, sich für die staatlichen Schulen vorzubereiten oder ein Universitätsstudium zu ergreifen.

Die Kosten während der Schul- oder Lehrzeit fallen dem Staate unter der Form einer vollständigen Freistelle zu, wenn der in Betracht kommende innerhalb einer Anstalt verpflegt wird, oder unter der Form eines Kostgeldes, wenn er außerhalb der Anstalt verpflegt wird.

Artikel 5. Der Betrag der vom Staate seit der Zeit, in welcher das Kind das 12. Jahr vollendet hat, vorgestreckten Erziehungkosten ist von dem Empfänger im 25 Jahren an zurückzuzahlen, wobei die während des Militärdienstes erwachsenen Kosten nicht inbegriffen sind.

Den Umständen gemäß kann diese Frist durch ministerielle Entscheidung hinaus geschoben werden.

Artikel 6. Der Betrag der zurückzuzahlenden Kosten oder Kostgelder, der für jeden Lebensabschnitt und für jede Erziehungsart festzusetzen ist, wird durch Beschluß bestimmt werden.

Artikel 7. Die Zurückzahlung wird durch die Verwaltung in gleicher Weise bei den direkten Steuern sichergestellt werden.

Artikel 8. Der Betrag der zurückzuzahlenden Gelder wird voll zurückzuerstatten sein, jedoch um je ein Drittel bei der Eheschließung des Schuldners und bei der Geburt des ersten sowie des zweiten Kindes ermäßigt werden."

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten:[1])

Das Eiserne Kreuz I. Klasse:

Oberarzt d. Res. und Bataillonsarzt Dr. Auel.
Stabsarzt d. Res. und Bataillonsarzt Dr. W. Back-Straßburg (Els.).
Stabsarzt d. Res. Dr. Berndt-Görlitz.
Stabsarzt d. R. Dr. Karl Braun-Dresden.
Oberstabsarzt d. R. San.-Rat Dr. W. Dövenspeck-Essen a. R.
Stabsarzt d. R. Dr. Franz Fenner, Sekundärarzt am Landeskrankenhause in Dortmund.
Oberstabsarzt d. L. San.-Rat Dr. Georg Funk-Guben.
Oberstabsarzt d. L. Dr. J. Krüger-Dessau.
Stabsarzt Dr. A. Kühne, Regt-Arzt eines bayer. Inf.-Regiments.
Stabsarzt d. R. Dr. Eugen Münch-Kaiserslautern (Pfalz).
Oberstabsarzt Dr. v. Pezold-Ulm.
Oberstabsarzt Prof. Dr. Rammstedt-Münster i. W.
Oberarzt d. R. Dr. Romm-Johannisburg (Ostpreußen).
Stabsarzt d. L. Dr. Schlichthorst-Norderney.
Stabsarzt d. R. Dr. C. Schreitmüller-Bechhofen (Mittelfranken).
Oberstabsarzt d. R. Prof. Dr. E. Siefert-Halle a. S.
Stabsarzt d. R. Dr. J. Fr. Wemmers-Dresden.

Ehren-Gedächtnistafel. Für das Vaterland gefallen oder gestorben:

Stabsarzt d. R. Med.-Rat Dr. **Oskar Auch**, Bezirksarzt in Neustadt a. Orla (Thüringen) (im Felde gestorben infolge von Operation).
Oberarzt d. L. und Chefarzt eines Reserve-Lazaretts San.-Rat Dr. de Beauclair-Hamborn (infolge von Krankheit gestorben).
Marinegeneraloberarzt Karl Bütow-Berlin-Neukölln.
Generaloberarzt Dr. Waldemar Hahn-Freiburg in Breisgau.
Feldhilfsarzt Dr. P. Herrmann-Landeck (Schlesien).
Assistenzarzt d. R. Dr. B. Hülsoff-Bochum (infolge von Krankheit gestorben).
Oberarzt d. R. Dr. Richard Kallmann-Berlin.
Feldunterarzt Karl Päßler-Dresden.

Assistenzarzt d. Res. Dr. H. Rost-Berlin.
Assistenzarzt Dr. Schindhelm-Rostock.
Feldunterarzt Karl Schroeder-Wittenberg.
Oberstabsarzt d. L. Dr. Artur Stelzer-Würzburg (inf. v. Krankh. gest.).
Assistenzarzt Dr. H. Tauber-Thangelstedt (Thüringen) (infolge von Krankheit gestorben).
Assistenzarzt d. R. Dr. Karl Wilkens-Dresden (inf. von Krankh. gest.).
Assistenzarzt d. R. Martin Wolf-Dresden.
Dr. Wunsch-Berlin, Kreisarzt in Litauen (infolge von Krankheit gest.).
Stabsarzt Dr. Zink.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 10. bis 23. Juni 1917 erkrankt (gestorben) an Pest, Gelbfieber, Malaria, Fleckfieber, Rückfallfieber, Aussatz und Rotz: — (—), — (—); an Tollwut: 2 (2), — (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 10 (—), 8 (—); Milzbrand: — (—), 4 (1); Trichinose: 13 (1), 8 (2); Pocken: 27 (7), 26 (1); Unterleibstyphus: 263 (22), 255 (22); Ruhr: 132 (15), 101 (23)); Diphtherie: 1350 (83), 1367, (71); Scharlach: 512 (18), 538 (20); Kindbettfieber: 38 (14), 54 (10); übertragbare Genickstarre: 14 (5), 12 (10); Fleisch- usw. Vergiftung: 152 (—), 7 (—); Körnerkrankheit (erkrankt): 79, 76; Tuberkulose (gestorben): 1249, 1226.

Pockenerkrankungen sind im Deutschen Reich vom 10. Juni bis 7. Juli 36, 24, 18 u. 13 amtlich gemeldet; außerdem aus der Vorwoche vom 4.—10. Juni noch 16; im Deutschen Generalgouvernement Warschau vom 27. Mai bis 23. Juni: 2, 3, 1 und 1 (bei Zivilpersonen).

An **Fleckfieber** sind erkrankt im Deutschen Reich vom 10. bis 30. Juni: —, vom 1.—7. Juli: 4, davon 2 bei Kriegsgefangenen; im Deutschen Generalgouvernement Warschau vom 27. Mai bis 30. Juni: 652, 735, 802, 592 und 670 mit 47, 46, 62, 73 und 57 Todesfällen (sämtlich bei der Zivilbevölkerung), in Ungarn vom 30. April bis 27. Mai: 111 (19), 57 (15), 60 (7), 48 (7).

Sprechsaal.

Anfrage des Kreisarztes Dr. K. in Str.: Von einem von mir als portopflichtige Dienstsache an die Reichs-Versicherungs-Anstalt für Angestellte gerichteter Brief (Kostenrechnung für Gutachten) habe ich den Umschlag zurückerhalten und 0,15 M. Porto bezahlen müssen. War ich dazu verpflichtet?

Antwort: Die vertrauensärztliche Tätigkeit eines Kreisarztes ist keine amtsärztliche und fällt demzufolge nicht unter § 121 Abs. 5 der Dienstanweisung. Der Brief war daher nicht als portopflichtige Dienstsache, sondern portofrei abzusenden und das Porto dafür mit in Rechnung zu stellen.

Anfrage des Stabsarztes Dr. V. in K.: 1. Kann ein aktiver Militärarzt, der nach den neuesten für Preußen gültigen Bestimmungen das Kreisarztexamen gemacht hat, ohne weiteres auch im Großherzogtum Baden angestellt werden oder welche Bedingungen müssen erfüllt sein?

2. Wird allgemein beim Uebertritt eines Militärarztes in eine Medizinalbeamtenstellung bei der Zuweisung einer Dienststelle Rücksicht auf die bisherige Gehaltsstufe des Militärarztes genommen?

3. Ist ein Uebertritt auch zu Kriegszeiten möglich oder unwahrscheinlich?

Antwort: Zu 1. **Nein!** Er muß vorher die für die badischen Bezirksärzte vorgeschriebene staatsärztliche Prüfung bestehen und außerdem mindestens zwei Jahre im Großherzogtum Baden ärztlich tätig gewesen sein.

Zu 2. **Nein!**

Zu 3. **Ja!** Voraussetzung ist selbstverständlich, daß vom militärischen Standpunkte aus keine Hindernisse vorliegen.

Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

30. Jahrgang; Nr. 15. Ausgegeben am 25. August 1917.

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.
Bezugspreis für das Jahr: 15 Mark.

Ausserdem ein besonderes, nur vierteljährlich erscheinendes Beiheft:
Zeitschrift für
Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege.
Offizielles Organ der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens.
Bezugspreis für das Jahr: 8 Mark, für die Bezieher der Zeitschrift: 4 Mark.

VERLAG VON FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: Gelsdorf & Co., G. m. b. H., Eberswalde (Mark).

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung, Nr. 15, am Schlusse des Heftes.

INHALT.

Original-Mitteilungen.

Die Notwendigkeit der Reform des Hebammenwesens. Von San.-Rat Dr. **Mann** 89

In welcher Weise ist das Hebammenlehrbuch zu ergänzen im Hinblick auf die gewünschte Mitwirkung der Hebammenschwestern bei der Säuglingsfürsorge? Von Prof. Dr. **Martin Thiemich** . . 100

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Gewerbehygiene.

Gewerbe-Inspektor **Artzt**: Die Zinkdestillationsverfahren Roitzheim-Remy . . . 435

Gewerbe-Assessor **Zäuner**: Arbeiterschutz in Superphosphatfabriken 435

Gewerberat **D. Jungfer**: Ueber Selbstentzündung von zinkischem Flugstaub . . . 435

2. Nahrungsmittelhygiene.

Prof. Dr. **A. Loewy**: Ueber Kriegskost . 435

Bleivergiftungen durch Pflaumenmus . . 436

3. Krankenfürsorge.

Dr. **E. Ötrös**: Die Trockenhefe in der Krankendiät 436

4. Bekämpfung des Alkoholismus.

Privatdozent Dr. **Dresel**: Die Ursachen der Trunksucht und ihre Bekämpfung durch die Trinkerfürsorge 437

Tagesnachrichten 437

Beilage:

Rechtsprechung 105

Medizinalgesetzgebung 106

Umschlag: Personalien.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Titel Professor: den San.-Räten Dr. Ginsberg und Dr. Lohnstein, den Privatdozenten Dr. W. Baetzner und Dr. Plesch, dem Assistenzarzt an der chirurgschen Universitätsklinik Dr. W. Keppler, dem Oberstabsarzt a. D. Dr. Dorendorf, leitender Arzt der inneren Abteilung des Krankenhauses Rathenow und dem Arzt Dr. Zuelzer in Berlin, dem leitenden Arzt des Diakonissenhauses Paulinenstift Dr. Heile in Wiesbaden, dem San.-Rat Dr. Seelig in Königsberg i. Pr., den Privatdozenten Dr. Praußnitz in Breslau, Dr. Gerhartz in Bonn, Dr. Schlecht n Kiel, Dr. Sattler in Königsberg i. Pr. und Dr. Schenck in Marburg; —



Medicinisches Waarenhaus

Aktien-Gesellschaft

Berlin NW. 6, Karlstraße 31.

Centralstelle aller ärztlichen Bedarfsartikel und für Hospitalbedarf.

Neues Instrumentarium

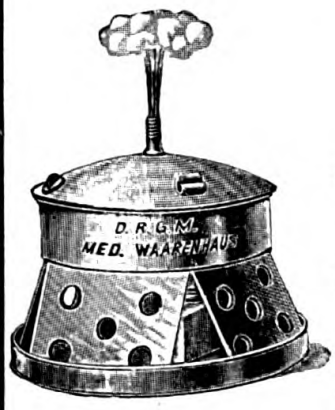
zur Wohnungs-Desinfection

mittels

flüssigen Formalins

nach

Prof. Dr. **O. Roepke.**





Ref. Nr. 7, 1905 der Zeitschrift f. Medizinalbeamte

D. R. G. M. Modell M. W.

Ausführliche Beschreibung steht zu Diensten.

Von den Königlich Preussischen und Königlich Bayerischen Staats-Eisenbahnen eingeführt.

30. Jahrg. Zeitschrift für 1917.

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben von

Prof. Dr. OTTO RAPMUND,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Anzeigen nehmen die Verlagshandlung sowie alle Anzeigenannahmestellen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 15. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats. | 5. Aug.

Die Notwendigkeit der Reform des Hebammenwesens.

Bemerkungen zu einer Denkschrift des Vorstandes der Vereinigung Deutscher Hebammen an den Herrn Minister des Innern in Preußen vom 15. Nov. 1916.

Von San.-Rat Dr. **Mann**, Direktor der Prov.-Hebammenlehranstalt in Paderborn.

Die mir von dem Vorstande der Vereinigung Deutscher Hebammen übersandte Denkschrift mit obiger Ueberschrift trägt im wesentlichen die Beschlüsse des 18. Delegiertentages dieser Vereinigung vom 29.—30. Mai 1916 vor. Jene Beschlüsse schienen mir früher nur den Wert von Anregungen zu besitzen, die der Erörterung wohl wert, aber keineswegs im ganzen Umfang der Verwirklichung fähig erschienen. Nach Abgabe der Denkschrift an maßgebender Stelle darf jedoch nicht mit dem Widerspruch gezögert werden. Die Verfasserinnen behandeln nämlich nicht bloß das Hebammenwesen vom gewerkschaftlichen Standpunkt aus, sondern auch das Hebammenunterrichtswesen, sogar die innere Organisation der Hebammenlehranstalten. Da eine mündliche Aussprache hierüber auf einer Tagung der Vereinigung zur Förderung des Deutschen Hebammenwesens sobald nicht möglich sein wird, benutze ich diese

Zeitschrift, deren Bezieher einen wohl umgrenzten Interessentenkreis darstellen, der eine sachliche und sachverständige Erörterung gewährleistet und sonstige unberufene Einmischung fernhält, um große Bedenken gegen mehrere Forderungen der Hebammenschaft hinsichtlich ihrer Durchführbarkeit geltend zu machen und vielleicht eine breitere Aussprache herbeizuführen. Ich beschränke mich auf diejenigen Forderungen der Hebammen, die den Hebammenlehrer an und für sich angehen.

Zunächst bleibt zu bedauern, daß die Denkschrift, abgesehen von einem kurzen Literaturverzeichnis, sachlich wesentlich auf Schilderungen der Berliner Hebammenschwierigkeiten fußt und dem Herrn Minister greifbare Darlegungen hinsichtlich der Hebammennot im ganzen Lande zu machen unterläßt, trotzdem aber recht weitgehende Schlüsse für die Hebammenreform in Preußen überhaupt zieht. Gewiß hat die Diskussion des Delegiertentages Vertreterinnen des ganzen Reiches zu Worte kommen lassen, so daß die in der Denkschrift in apodiktischer Form erhobenen Forderungen in Wunschform gemeinsamen Willen der Hebammenschaft verkörpern. Für die Unterlage, die der Herr Minister zu dem Entschlusse, die Hebammenwünsche als Gesetzesvorlage zu benutzen, braucht, wäre aber eine genaue Darlegung jener Ausführungen, damit sie hinsichtlich ihrer Stichhaltigkeit geprüft werden konnten, zweckdienlicher gewesen, wie die episodenhafte Anführung dieser oder jener Beschwerden im Hebammenstande.

Ebenso bedauerlich wäre es, wenn dieser Schritt der Vereinigung der Deutschen Hebammen gegenwärtig, wo die Bestrebungen für praktische Bevölkerungspolitik besseren Boden wie je zuvor gefunden haben, nicht von Erfolg sein würde, weil die sachliche Begründung als nicht stichhaltig und ihre Folgerungen als über das Ziel hinausgehend bezeichnet werden und somit die Hebammenreform als nicht für eine Verhandlung reif vertagt werden müßte. Wenn man bedenkt, daß schon 1841 der Begründer meiner Anstalt, Prof. Jos. Herm. Schmidt, in das Ministerium berufen wurde, weil man ihm die bereits damals als notwendig erkannte Reform des Medizinal- und des Hebammenwesens als erfolgreichem bewährten Organisator zudachte, und 50 Jahre vergehen mußten, bis die Organisation des Medizinalwesens einen befriedigenden Abschluß erhielt, die Hebammenreform aber nach 76 Jahren noch immer nicht vom Fleck gehen will, während 13 Jahre genügten, um die allerhöchst protegierte Organisation des Säuglingschutzes der Regelung entgegenzuführen, so beweist die Hebammenfrage eine große innere Berechtigung, wenn die Hebammen, Hebammenlehrer und Medizinalbeamten immer wieder pflichtgemäß damit an die maßgebenden Faktoren herantreten. Solche alte Sachen erfreuen sich ja in Verwaltungskreisen keiner großen Beliebtheit. Es wäre aber gut, wenn man einmal ernstlich an die Sache herangeht, denn sie kommt wie die Seeschlange doch

immer wieder. Oder soll sie aus kosmetischen Gründen zuerst noch ihr 100jähriges Jubiläum feiern?

Mit gemischten Gefühlen gehe ich daran, einige Punkte der Denkschrift einer notwendigen Kritik zu unterziehen. Ich hoffe, daß gerade die Zurückführung der Forderungen zur Sachlichkeit und Mäßigung die Annehmbarkeit des berechtigten Hauptwunsches der Hebammen: Hebung des Hebammenstandes und Sicherung der Existenzbedingungen erleichtern wird.

Mit großem Rechte sagen die Hebammen, daß diese Hebung des Hebammenstandes schon in den Hebammenschulen beginnen muß, eine Forderung, die von uns modernen Hebammenlehrern immer im Auge behalten wird und die schon manche beachtenswerte Fortschritte bewirkt hat. Mit großem Verständnis sind fast alle preußischen Provinzialverwaltungen den Anregungen der Direktoren und der Regierung gefolgt und haben mit Aufwendung nicht geringer Mittel die Reform ihrer Lehranstalten durchgeführt. Hier hatte die Regierung leichteres Arbeiten. Nicht der hartleibige Fiskus kam in Frage, sondern man vermochte andere Geldquellen durch Anwendung des Aufsichtsrechts zu benutzen. Die letzte preußische kleine Hebammenlehranstalt in Gumbinnen ist nun auch im Kriege als nicht weiter haltbar erkannt. Alle anderen sind zu achtunggebietenden Frauenkliniken ausgebaut, an denen die Lehrtöchter unter kundigen Lehrern an einem reichen Material in gesunder Lebensführung dem Berufe zugeführt werden.

Mancher Aufschwung einer Sache bringt nach anderen Seiten hin einen Niederschlag. Die Denkschrift geht auf die den Hebammen seitens der aufblühenden Entbindungsanstalten in wirtschaftlicher Hinsicht gemachte Konkurrenz ein. Schon hier finde ich eine Lücke: Es muß in dieser Hinsicht ein großer Unterschied gemacht werden zwischen den Entbindungsanstalten, die zu Lehrzwecken dienen, und den anderen. Die Wöchnerinnenasyle, die sozialen Bestrebungen allein dienen, und die Privatkliniken pp., die von ihren Inhabern aus persönlichen wirtschaftlichen Erwägungen gegründet sind, müssen anders beurteilt werden, wie die Universitätsfrauenkliniken und Hebammenlehranstalten. Die ersteren sind reine Konkurrenten der offenen Geburtshilfe, die letzteren die Nester, denen die Hebammen entstammen. Die auch den Hebammenlehranstalten seitens der Hebammenschaft entgegengebrachte Gegnerschaft, die leider auch zur Anfeindung deren Leiter vielen Orts, auch hier, geführt hat, ist wirklich sehr zu bedauern. Man würde diese Gegnerschaft billigen können, wenn diese Anstalten tatsächlich, wie die Denkschrift sagt, die Hebammen an ihrem Orte „brotlos“ machen würden; wenn aber Hebammen und Entbindungsanstalt nebeneinander existieren können, so fällt doch jeder berechtigte Grund zur Behinderung der Tätigkeit der Entbindungsanstalten fort, vielmehr bedeutet dann die Hetze gegen diese eine Schädigung des Ansehens des Hebammenstandes. Wenn die Denkschrift die großstädtischen

Berliner Verhältnisse im Auge hat, so will ich deren Verfasserinnen einmal zahlenmäßig darlegen, wie Hebammenschaft und Entbindungsanstalt an einem kleineren Mittelplatze, wie hier, nebeneinander stehen:

Paderborn ist eine Stadt von etwas über 30000 Seelen. Man pflegt auf 1000 Seelen 30 Geburten zu rechnen (1910: 29,8 ‰ in Deutschland), wonach also in Paderborn alljährlich etwa 900 Geburten zu erwarten wären. Man nahm auch bislang an, daß dem Bedürfnis der Bevölkerung entsprochen werde, wenn auf 2000 Seelen eine Hebamme gerechnet würde. Nun hat Paderborn 7 praktische Hebammen. Wie wir später sehen werden, kann die Tätigkeit der Hebammenlehranstalt für Paderborn nicht höher angesetzt werden, wie die einer guten Hebamme. Mit 8 Hebammenkräften erscheint demnach die Stadt Paderborn keinen Ueberfluß an Hebammen zu haben, so daß alle Hebammen genug zu tun und zu verdienen hätten. Jene Zahlen sind jedoch für das „moderne“ Bedürfnis nicht mehr zutreffend.

Um die tatsächlichen Verhältnisse darzulegen, habe ich die beiden Friedensjahre 1912 und 1913 und die beiden Kriegsjahre 1915 und 1916 benutzt. Das Jahr 1914 lasse ich wegen seiner umwälzenden Natur außer Betracht.

I. Die Hebammenlehransalt erledigte 1912 und 1913 auf der geburtshilflichen Abteilung:

a) auswärtige Patientinnen	808	einchließlich der Hausschwangeren und sonstiger zahlungsunfähiger Patientinnen.
b) aus Paderborn	231	
Zusammen	1039	

Auf dem Standesamt wurden in derselben Zeit 2275 Geburten angezeigt, davon entstammten also Paderborner Bürgerinnen 2275 — 808 = 1467, was auf die Kopfzahl nur 24,4 ‰ ergeben würde. Paderborns bevölkerungspolitischer Status war in den beiden Jahren trotz des strengkatholischen Charakters der Bevölkerung recht schwächlich. Für die Stadthebammen blieben in den beiden Jahren 1467 — 231 = 1236 Geburten (ohne Aborte u. dergl.) übrig, also im Jahre 615 Geburten, während die Hebammenlehranstalt 115 Paderbornerinnen Unterkunft gab, wovon 65 Klassenpatientinnen waren. Demnach hatte ich eben recht, in dieser Hinsicht die Konkurrenz der Lehranstalt für die hiesigen Hebammen der einer gut beschäftigten Kollegin gleichzusetzen.

Jedenfalls ergeben die Zahlen, daß von einer Brotlosmachung der anderen Hebammen durch die Entbindungsanstalt keine Rede sein kann. Daß die sieben Hebammen nicht ein so glänzendes Einkommen hatten, wie sie glaubten beanspruchen zu können, müssen sie dem Rückgang der Geburtenzahl infolge des sich hier grassierenden Neomalthusianismus zuschreiben. Dafür kann die Lehranstalt nichts. Beiläufig möchte ich nur erwähnen, daß sich eine von den 7 Hebammen eigentlich gegen

meinen Willen hier eingeschlichen hat. Die Stadt hatte für eine durch Tod erledigte Hebammenstelle eine Kandidatin der Anstalt angemeldet; außerdem ließ sich eine andere Schülerin scheinbar für einen anderen Platz ausbilden, blieb aber doch in Paderborn. Falls ich dies vorher gewußt hätte, würde ich sie als Schülerin abgewiesen haben. Ohne sie hätte Paderborn nur 6 Hebammen, von denen jeder 100 Geburten zufielen, so daß man auch hier von recht guter Beschäftigungsmöglichkeit sprechen könnte. Wenn dies nicht eingetreten ist, trifft wiederum nicht die Hebammenlehranstalt, sondern andere die Schuld.

II. In den beiden Kriegsjahren 1915 und 1916 erledigte die Hebammenlehranstalt auf der geburtshilflichen Abteilung:

a) auswärtige Patientinnen	926	einschließl. der zahlungsunfähigen Patientinnen.
b) aus Paderborn	157	
Zusammen	1083	

Auf dem Standesamt wurden in den gleichen Jahren 2063 Geburten angezeigt. Davon stammten aus Paderborn 2063 — 926 = 1137, oder auf die Kopfzahl berechnet 18,9 ‰. Die Kriegslage hat also einen entschiedenen weiteren Rückgang der Geburtenziffer veranlaßt, wie er sich auch in der Frequenz der Entbindungsanstalt (— 74 Fälle) ausdrückt. Den Stadthebammen blieben 1137 — 157 = 980 Geburten oder im Jahre nur 490. Dieser Ausfall von 125 Geburten ist ja sehr bedauerlich für die betroffenen Hebammen, sie müssen sich aber trösten, denn viele andere Berufe hat der Krieg in gleiche Lage benachteiligt. Hoffentlich bringt die Friedenszeit bald wieder eine bessere Konjunktur. Jedenfalls ist an dieser Mißlage die Entbindungsanstalt nicht schuld; sie selbst hat ihre Stationsfrequenz durch Zuzug von außen auf der alten Höhe gehalten. Weite Landstrecken entbehren nämlich der Aerzte und daher wandten sich mehr Schwangere an die Entbindungsanstalt, wo sie der etwa notwendig werdenden ärztlichen Hilfe sicher waren. Das geht aber die Stadthebammen nichts an.

Für den hiesigen Platz hat also der Passus der Denkschrift, daß die Hebammen durch die Entbindungsanstalt brotlos würden, keine Gültigkeit. Es wäre von großem Werte, wenn in gleicher Weise die anderen Hebammenlehranstalten die Rechnung aufmachen würden; dann würden die Unstimmigkeiten zwischen den Hebammenlehrern und Hebammen schwinden, wenn die letzteren eines guten Willens sind.

Die auswärtigen Patientinnen verteilen sich bei mir auf ein großes Hinterland von mehr als 250000 Seelen, so daß sie als lokale Einzelfälle für den Hebammenstand wirtschaftlich nur sehr wenig Einfluß haben.

Ich halte es aber nicht für unmöglich, daß trotzdem mir gesagt wird, daß den Hebammen überhaupt keine zahlungsunfähigen Patientinnen entzogen werden dürfen, denn man hat mir schon die Einführung der Klassenzimmer für Wöchnerinnen

an meiner Klinik als „groben Unfug“ bezeichnet. Ich könnte nun sagen, daß ja meine Oberhebammen auch Hebammen sind; daß ich keine Außenpraxis betreibe, also mir die Leute von draußen nicht hereinhole; daß ich nicht das moralische Recht habe, Frauen, die meine und meiner Klinik Hilfe wünschen, abzuweisen; daß ich schließlich auch berechtigte wirtschaftliche Interessen für mich und mein Haus vertreten darf. Ich befürchte, daß ich hiermit kein Glück des Verständnisses bei den praktischen Hebammen finden werde. Ich wende mich also an die Verfasserinnen der Denkschrift, die auf einer höheren Warte stehen, und mache sie darauf aufmerksam, daß wir durch die Klassenpatientinnen das Ansehen der Lehranstalt und damit der Pflegerinnen, nämlich der Lehrtöchter, wesentlich heben. In Paderborn geht eine Lehrtochter bei der Niederkunft der Klassenpatientinnen der Oberhebamme zur Hand und pflegt unter Aufsicht der Oberhebamme im Wochenbett. Die Schülerinnen werden so für ihren demnächstigen freien Beruf auch in den Umgang mit solchen Menschen eingeführt; denn durch den Umgang der Schülerinnen nur mit Hausschwangeren und sonstigen „Obdachlosen“ nimmt der Hebammenton doch eine recht einseitige Färbung an. Daß so das ganze Entbindungsmaterial und dessen Vielseitigkeit gehoben wird, liegt auf der Hand. Vielleicht überzeugt die Verfasserinnen am besten, wenn ich ihnen mitteile, daß ich schon einmal meine Lehranstalt aus Aerztemund „Hurenhaus“ nennen hörte; daß zu wiederholten Malen Frauen der Eintritt in die Klinik (auch von Hebammen) abgeraten wurde, indem der Aufenthalt in meiner Anstalt als anrüchig bezeichnet wurde. Die Verfasserinnen werden daher verstehen, wie sehr ich befriedigt bin, daß nunmehr die breiteste Bevölkerung die Hebammenlehranstalt achtet und auch mit meinen Schülerinnen tadellos zufrieden ist. Ich bin sogar stolz auf diesen Erfolg; er kommt dem Ansehen des ganzen Hebammenstandes zugute.

Immerhin billigen die Verfasserinnen der Denkschrift den Entbindungsanstalten außer den obdachlosen Müttern solche Fälle zu, wo Erkrankungen vorliegen oder wo Kunsthilfe notwendig wird. Damit gehen sie weiter, wie ich es von praktischen Aerzten und Hebammen hierorts und anderwärts gesagt hörte. Auch solche Fälle sollen von dem Eintritt in die Klinik aus wirtschaftlichen Gründen tunlichst abgehalten werden, was auch leider vielfach geschieht und zwar häufig genug zum körperlichen Schaden der betreffenden Frauen.

Nun wünscht die Denkschrift als gesetzliche Festlegung (S. 18 unter f).

„Die Zuziehung der (praktischen) Hebamme zu den Geburten in den Entbindungsanstalten, die nicht unbedingt in die öffentlichen Anstalten gehören.“

Da wird sich ein großer Streit erheben, wer denn in die öffentlichen Anstalten unbedingt gehört oder nicht. Der Kliniker beansprucht für sich von vornherein das enge

Becken, die Eklampsie und die Placenta praevia; der Praktiker glaubt diese ebensogut im Privathause erledigen zu können. — Die kriegsgetraute junge Mutter will im Elternhaus ihren Geschwistern die Aufregung durch ihre Niederkunft ersparen und geht zur Klinik; die Hebamme sagt, es schadet den anderen jungen Mädchen nichts, wenn sie ihren künftigen Beruf kennen lernen. — Eine junge Frau, die vor der Niederkunft begreifliche Angst hat, vor allem auf dem Lande und fern vom Arzte, will zur Entbindungsanstalt, weil sie dort des Arztes jederzeit sicher ist; denn es können auch bei normalem Schwangerschaftsbefund plötzlich lebensbedrohliche Ereignisse eintreten. Die Hebamme erklärt diese persönlichen Erwägungen für nicht stichhaltig. Solche Kollisionen der Anschauungen lassen sich noch zahlreiche anführen. Soll dann jedesmal erst ein Beschluß des Hebammen- oder Aerztevereins oder des Ehrengerichts für den Leiter der Klinik herbeigeführt werden!

Was dem einen recht ist, ist dem anderen billig. Ebensogut können die praktischen Aerzte verlangen, daß die in den Entbindungsanstalten notwendigen Behandlungen, soweit sie nicht urspezialistischer Natur sind, ein Arzt der Stadt zu übernehmen hat, damit nicht das Einkommen der Stadtärzte geschmälert wird; denn auch die Aerzteschaft fühlt sich durch die Kliniken in ihren heiligsten wirtschaftlichen Interessen behindert. Wenn sich ferner demnächst hierorts ein Spezialarzt für Frauen neben mir niederläßt, so wird er verlangen können, daß ihm die größeren Operationen an der Anstalt zustehen; denn ebensowenig die angestellten Hebammen der Klinik das Recht hätten, Fälle, die von den Stadthebammen erledigt werden können, zu übernehmen, dürften die angestellten Aerzte der Anstalt dem Praktiker das Einkommen schmälern.

Damit ist die Forderung f) der Denkschrift zum Absurden geführt; sie verdient also gestrichen zu werden.

Ich behaupte: Wenn schon die Hebung des Hebammenstandes mit den Unterrichtsanstalten anfangen soll, so müssen deren Leiter dafür Sorge tragen, daß eine reiche, vom Vertrauen der breiten Bevölkerung getragene Anstaltstätigkeit der Ausbildung der angehenden Hebamme zur Verfügung steht. Eine Beschränkung der Lehrtätigkeit durch wirtschaftlichen äußeren Zwang würde gerade das Gegenteil bewirken. Daß außerdem für die Entbindungsanstalten soziale und wissenschaftliche Aufgaben vorliegen, ist allseitig bekannt und bedarf nicht der Erörterung.

Der Vorstand der Vereinigung der Deutschen Hebammen sucht aber die Hebung des Hebammenstandes bereits auf den Schulen auf einem anderen Fleck: den Schülerinnen paßt die Hausarbeit nicht mehr. Schon früher war eine persönliche Anzeige gegen mich bei dem Herrn Oberpräsidenten von Westfalen gemacht worden, daß ich die Hebammen im Kursus zu sehr zur Hausarbeit heranziehe. Wem ich diese Anzeige ver-

danke, habe ich nicht erfahren. Ein an mich persönlich gerichtetes Begleitschreiben zu der Denkschrift des Vorstandes (ob auch die anderen Direktoren es erhalten haben, weiß ich nicht) äußert sich dazu: „Es wird immer wieder Klage geführt über die Verwendung der Hebammen (und auch der Kursistinnen) zu Arbeiten, die mit dem Hebammenberuf nicht im Zusammenhang stehen. Selbstverständlich halten wir auf eine wirtschaftliche Unterweisung der Schülerinnen. Die Hebammenschülerinnen sollten geradeso gehalten werden, wie die Schwesternschülerinnen."

Für meine Anstalt ist eine solche Wunschäußerung überflüssig. Hier haben Schülerinnen, genau wie die Schwesternschülerinnen, ihre Zimmer, die Zimmer der Wöchnerinnen und Kranken, die Kreiß- und Operationssäle in Ordnung zu bringen. Das gehört sich! Auch bei dem Wochenhausputz wirken sie mit. Das schadet nicht! Für die grobe Hausarbeit, die Wäscherei, den Garten, die Küche sind immer genügend Hausschwangere und Dienstboten vorhanden. Die Wiederholungskursistinnen werden seit 1909 mit Einführung der Parallelkurse zu Hausarbeiten überhaupt nicht verwendet, da immer junge Schülerinnen in genügender Zahl vorhanden sind. Gegenwärtig finden infolge der Kriegslage keine Hebammenkurse statt. Jetzt tun Helferinnen vom Roten Kreuz (darunter adelige Damen) und Lehrschwestern aus dem Gelsenkirchener Mutterhause dieselben Arbeiten, wie früher die Lehrtöchter. Keine davon hat sich beschwert.

Ich rate dem Vorstand der Vereinigung dringend an, sich gründlich an maßgebender Stelle zu unterrichten, ehe er eine ähnlichen Klagen gegenüber billigende Stellung einnimmt. Eine Schülerin (die Tochter einer Hebamme) erklärte mir sofort beim Eintritt ins Haus, es fiele ihr nicht ein, in der Hauswirtschaft zu arbeiten. Ich machte sie nun auf die Hausordnung aufmerksam, wonach sie den Weisungen der Oberhebamme auch in dieser Hinsicht nachzukommen habe. Sie sagte, sie sei zu solchen Arbeiten zu schwach; infolgedessen habe ich sie als für den Hebammenberuf körperlich nicht geeignet entlassen. Diese Person hat nachher ihrem Aerger über mich draußen gründlich Luft gemacht. Ueberhaupt sind gewöhnlich die größten Schreierinnen jene, die mit der Hausordnung in Konflikt gekommen sind und Ordnungsstrafen erhatten haben. Auch bei mehreren sog. gebildeten Schülerinnen habe ich traurige Erfahrungen gemacht; sie wünschten für sich apparte Störche gebraten zu haben, worauf ich nicht einging. Eine solche Dame hat mir eine richtige Revolte angezettelt und die Freude am ganzen Kursus verdorben.

Dahingegen kann ich auf die freudige Befriedigung jener Wiederholungskursistinnen, die früher hier ausgebildet worden sind, über die vorteilhafte Aenderung in der Führung der Schülerinnen gegenüber dem früheren Regime hinweisen. Mit

den meisten meiner Schülerinnen verbindet mich eine dauernde Freundschaft.

Arbeit schändet nicht! Die Lehrtöchter sind Hausfrauen oder werden es meist noch werden. Was sie in den Lehranstalten tun, tun sie auch in ihrem eigenen Heim. Im Westen Deutschlands halten auch bessere Damen Hausarbeit nicht für unter ihrer Würde. Die Lehrtöchter sehen, daß beim großen Hausputz auch die Oberschwester und die Oberhebamme zugreifen. Sie können auch sehen, daß die Frau ihres Direktors, die über genügend Dienstboten verfügt, gelegentlich sich nicht scheut, wenn die Arbeit hochgeht, zuzugreifen. Sie hat die Hausarbeit auch bei ihrer Mutter und in der Pension durch Uebung lernen müssen. Ich selbst habe als Einjähriger 6 Wochen kaserniert, machte den Stubendienst wie jeder brave Soldat und scheuerte den Fußboden, wie es notwendig war. Die große Mehrzahl der Lehrtöchter hat allen Grund, die erzieherische Wirkung einer geordneten Hausarbeit auf sich einwirken zu lassen, und wenn die Schülerinnen ihre Pflicht tun, so werden sie kein hartes Wort hören. Wenn ich eine Rüge oder Ermahnung zu erteilen habe, lasse ich mir die betreffende Schülerin gewöhnlich auf mein Zimmer kommen; leider erfordern aber auch bisweilen grobe Unbotmäßigkeiten, daß man auf der Stelle und in Gegenwart anderer losblitzen muß. Das trifft die Person und nicht den Stand. Milde und Strenge gehören in gleicher Weise zu einem ordentlichen Regiment.

Ich glaube mich mit meinen Kollegen eins in der Anschauung, daß wir die Hausarbeit als erzieherisches Moment nicht entbehren können. Schülerinnen, die sich dafür als zu fein halten, können fortbleiben. Ich wüßte auch wirklich unter meinen Kranken keine, die deswegen die Schülerin weniger achtet. Im Gegenteil erkennen sie vielfach die hübsche Ordnung und Reinlichkeit im Hause, das Werk der Schülerinnen, lobend an.

Folgsamkeit, Fleiß, Gewissenhaftigkeit sind die besten Mittel, die Achtung vor dem Hebammenberuf schon in den Lehranstalten zu sichern. Dazu werden unsere jungen Lehrtöchter erzogen, ohne daß man ihnen Erholung und Lebenslust entzieht.

Eine ganz besondere Beachtung verdienen die auf Seite 18 unter a und b formulierten Thesen hinsichtlich der Vor- und Ausbildung der Hebammenlehrtöchter. Ich gebe sie etwas anders gesetzt wieder. Man fordert:

„— die verschärfte Auswahl der Hebammenschülerinnen bezüglich ihres Vorlebens und Nachweises einer tüchtigen Schul- und Allgemeinbildung (hierin sind die Hebammenlehrer mit der Verfasserin der Denkschrift völlig übereinstimmend);

— eine halbjährige Ausbildung in der Krankenpflege, eine halbjährige Ausbildung in der Säuglingspflege; — (also die Anforderungen für die Kandidatinnen für Säuglingsfürsorge gemäß den vor kurzem erlassenen Prüfungsbestimmungen);

— die verlängerte Ausbildungszeit von einem Jahr mit Berücksichtigung der sozialen Ausbildung der Hebammenschülerinnen."

Demnach wird also eine 2jährige Ausbildungszeit für die Hebamme verlangt. Ich setze voraus, daß die Hebammen diese Anforderungen im Interesse der Standeshebung und nicht, um den Zuzug in den Beruf zu erschweren oder gar zu unterbinden, gestellt haben. Dann sind wohl auch alle Hebammenlehrer dafür; denn eine so lange Ausbildungszeit garantiert am besten eine völlige Durchbildung der Lehrtochter für ihren wichtigen Beruf. Sie muß also unser Ideal bleiben. Ich glaube aber nicht, daß wir es gegenwärtig schon verwirklichen können. Die Hebung des Standes, die auch durch den Eintritt junger Hebammen, die sorgfältiger wie früher ausgebildet sind, bedingt wird, wollen wir nicht wieder verschieben. Eine Verjüngung des Standes ist andauernd notwendig.

Man bedenke: Für junge Ehefrauen ist die Einführung einer 2jährigen Kursdauer unmöglich; sie können so lange ihre Familie nicht im Stiche lassen. Da wir schwangere Lehrtöchter nicht gebrauchen können, müssen wir ebenso lange sexuelle Abstinenz verlangen, die gleich schwer zu verlangen, wie zu halten ist. Für beide Bedenken haben schon die jetzigen 9 Monate die Unterlage geliefert. Es wäre diese Forderung also der erste Schritt zum vorläufigen Zölibat der Lehrtöchter, was mir gar nicht unwillkommen wäre, aber gegenwärtig auf den allergrößten nicht zu überwindenden Widerstand stoßen würde.

Weiter: In der vorgeschlagenen Ausbildungsweise können die Kandidatinnen schon nach einem Jahre das Examen als Säuglingsfürsorgerin machen und bei der gegenwärtigen großen Nachfrage in diesem Artikel bekommen sie bald zusagende Anstellungen, die äußerlich gleichwertig den Hebammenstellen sind. Junge Mädchen, die noch ein ganzes Jahr Hebammenunterricht eigentlich desselben Zieles, nämlich ihrer Versorgung, wegen auf sich nehmen, würden sich den Vorwurf der Dummheit zuziehen, wenn nicht besondere sonstige Erwägungen vorliegen.

Behalten wir immerhin jenes Ideal ständig im Auge, schließen wir aber mit den realen Verhältnissen für Zeiten einen Kompromiß, so mißlich ein solcher auch ist.

Von der Forderung der Einbeziehung des Kranken- und Säuglingspflegeunterrichts dürfen wir nicht abgehen, brauchen es auch nicht.

Alle Hebammenlehranstalten haben gynäkologische Abteilungen. In meiner Klinik kommen etwa 400 Kranke im Jahre zur Behandlung. Zwei Rotekreuzschwestern sind hier Stationsaufseherinnen, unter ihnen leisten die Schülerinnen die ganze Pflege. Monatsweise werden sie zum Dienst auf den Operationssaal kommandiert, lernen die Narkose, das Konservieren der Instrumente, die Herstellung der Aseptik und werden auch über die niedere Assistenz unterrichtet u. a. m.; denn moderne Gynä-

kologen vernachlässigen auch die Grenzgebiete ihrer Spezialwissenschaft nicht. Daher sehen die Schülerinnen eigentlich alles, was man füglich verlangen kann; das entspricht auch völlig dem Sinne unseres Hebammenlehrbuchs. Man sieht also, daß die Lehrtöchter in den Hebammenlehranstalten den Krankenpflegeunterricht finden können. Sie sollen ihn in allen Lehranstalten, selbstverständlich auch in denen an Universitätskliniken haben. Darauf muß man bestehen bleiben.

Auch der Säuglingspflegeunterricht ist an den Lehranstalten schon in Angriff genommen. Mutterberatung wird an den meisten in dieser oder jener Form betrieben. Magdeburg hat in vorbildlicher Weise zu Unterrichtszwecken mit einer Säuglingsanstalt einen Vertrag geschlossen, an der ein Kinderarzt als Hebammenlehrer unter Aufsicht des Direktors angestellt ist. Straßburg hat schon lange eine Säuglingsabteilung. Für meine Anstalt ist die Angliederung einer solchen Abteilung nicht mehr fern. Die Tagung der Hebammenlehrer in Hannover 1916 hat in dieser Hinsicht wichtige Beschlüsse gefaßt. Gewiß werden alle Lehranstalten in einer Weise, wie es den lokalen Verhältnissen entspricht, bald dem Unterricht in der Säuglingspflege in vollem Umfange gerecht werden können.

Diese Neuordnung wird sich noch schneller regeln, da jetzt die Hebammen nach abgelegtem Examen durch einen Zusatzkursus von 3 Monaten sich auch die Qualifikation als Säuglingsfürsorgerin holen können, wovon hoffentlich alle Schülerinnen Gebrauch machen werden. Gilt die Hebammenschule auch als Säuglingspflegerinnenschule, so kann der Kursus einfach auf ein Jahr ausgedehnt werden. Am besten wird das obligatorisch; denn die Beschäftigung als Säuglingsfürsorgerin muß dem Hebammenstand so weit wie möglich erhalten bleiben.

Somit soll und kann die Hebammenschülerin an ihrer Lehranstalt alles haben, was sie braucht. Die Verlängerung des Kursus auf ein Jahr dürfte vorläufig das einzige Erreichbare sein. Man füge hinzu, daß die neu ausgebildeten Hebammen alle 5 Jahre bis zum 40. Lebensjahre an einem Fortbildungskursus von 1 Monat teilzunehmen haben; dann wird man schon einen wesentlichen Fortschritt gemacht haben. Die Zukunft kann ja noch mehr bringen.

Die übrigen Forderungen der Hebammen auf wirtschaftlichem Gebiete sind mehr verwaltungstechnischer Natur. Ueber sie mag sich von berufener Seite geäußert werden.

Und nun zum Schluß eine Frage an den Vorstand der Vereinigung Deutscher Hebammen:

Sollte es sich nicht empfehlen, die Denkschrift gemeinsam mit der Vereinigung zur Förderung des deutschen Hebammenwesens einer gründlichen Ueberarbeitung zu unterziehen und in neuer Form dem Herrn Minister tunlichst bald vorzulegen?

In welcher Weise ist das Hebammenlehrbuch zu ergänzen im Hinblick auf die gewünschte Mitwirkung der Hebammenschwestern bei der Säuglingsfürsorge?

Von Prof. Dr. **Martin Thiemich**, Direktor der Universitäts-Kinderklinik zu Leipzig.

Unter dem obigen Titel hat der Direktor der Hebammenschule in Osnabrück, Dr. Rissmann, in Nr. 8 dieser Zeitschrift; 1917, S. 243—245, „Vorschläge als Grundlage für eine Diskussion" gemacht, an der ich mich schon deshalb zu beteiligen wünsche, weil ich ebenso wie Rissmann überzeugt bin, daß die in Rede stehende Angelegenheit von gar nicht hoch genug einzuschätzender Wichtigkeit für die Weiterentwicklung aller unserer Fürsorgebestrebungen ist. Für gleich wichig halte ich nur noch die Frage der besseren Ausbildung der Aerzte in der Kinderheilkunde, zu der ich mich an anderer Stelle äußern will.

Die besondere Legitimation, auf diesem Gebiete mitzuraten und mitzutaten, leite ich nicht etwa nur von meiner Stellung als akademischer Lehrer ab, sondern vor allen Dingen auch aus meiner mehr als zehnjährigen praktischen Arbeit in der Säuglings- und Kinderfürsorge in Breslau, Magdeburg und Leipzig. Außerdem bin ich grundsätzlich davon überzeugt, daß an der dringend notwendigen Verbesserung und Erweiterung des Hebammenlehrbuches, des preußischen sowohl, wie des von Leopold und Zweifel herausgegebenen sächsischen, die Fachpädiater mitarbeiten müssen, wenn ein brauchbares und jeder Kritik standhaltendes Ergebnis erzielt werden soll. Die ganze Entwicklung der Geburtshilfe einerseits und der modernen Kinderheilkunde anderseits, die enge Zusammengehörigkeit der Geburtshilfe mit der Chirurgie und die der Kinderheilkunde mit der inneren Medizin, die relative Abgeschlossenheit der Geburtshilfe und die noch immer in fortschreitendem Flusse befindliche Gestaltung der Kinderheilkunde bringen es mit sich, daß heute der Pädiater sich noch eher über geburtshilflich-gynäkologische Fragen aus der Fachliteratur unterrichten kann als umgekehrt. Für das Studium der pädiatrischen Literatur ist ein so hohes Maß von selbständiger, auf reiche eigene Erfahrung begründeter Kritik notwendig, daß derjenige, der diese Voraussetzung nicht besitzt, sich hilflos wie in einem Labyrinthe verirrt!

Ehe ich auf die Einzelheiten der Rissmannschen Vorschläge eingehe und weitere hinzufüge, seien zwei allgemeine Bemerkungen vorangeschickt.

Rissmann spricht in seiner Darstellung beständig von „Hebammenschwestern". Das ist vorläufig ein Utopie, die meiner Empfindung nach von Anfang an eine gewisse Schiefheit in seine Ausführungen hineinträgt. Daß die Hebung des Standes der Hebammen in wissenschaftlicher und ethischer, und, was die Voraussetzung dazu bildet, in wirtschaftlicher und gesell-

schaftlicher Beziehung dringend notwendig ist, darüber sind wohl alle einig. Offenbar muß aber die Lösung dieses Problems als außerordentlich schwierig angesehen werden, wenigstens wenn man bedenkt, wie lange schon und mit welchem begeisterten Eifer das Streben danach hervorgetreten ist, ohne daß bisher etwas Nennenswertes erreicht worden ist. Ich habe in Magdeburg, wo ich über 5 Jahre als städtischer Kinderarzt gewirkt habe, oft Gelegenheit gehabt, mit einem der Vorkämpfer auf diesem Gebiete, mit dem bekannten Geh. San.-Rat Dr. Brennecke, über diese Dinge zu sprechen und ihn in Versammlungen verschiedenster Art wissenschaftlich wie populär darüber sprechen zu hören, und immer wieder kam als Schluß die Klage, daß die maßgebenden Kreise seinen und seiner Mitstrebenden Bemühungen verständnislos gegenüberständen. Das ist, glaube ich, soweit es die sozial tätigen Kinderärzte und vielfach auch die Staats- und Stadtverwaltungen betrifft, nicht ganz gerechtfertigt. Mir scheinen vielmehr innere, im Berufe selbst liegende Schwierigkeiten dabei eine wesentliche Rolle zu spielen, die vielleicht nicht unüberwindlich, aber doch eben ganz außerordentlich schwer zu beseitigen sind. Bedenkt man, daß die Hebamme in vielen Fällen sehr schnell zu einem Termine, auf den sie sich nicht einrichten konnte, kommen muß, und daß sie dann bei der Kreißenden unter Umständen viele Stunden, einen Tag oder länger, ausharren muß, ohne sich für längere Zeit fortrühren zu können, daß dazwischen wieder oft viele Tage vergehen, an denen sie außer einigen wenigen Wochenbesuchen nichts zu tun hat, daß sie mit Rücksicht auf die Asepsis sich weder mit Krankenpflege, noch mit Rücksicht auf die Schonung ihrer Hände mit grober Arbeit beschäftigen darf, so versteht man, daß sie besonders auf dem Lande, wo gegenseitige Vertretung auch bei gutem kameradschaftlichen Zusammenhalt der benachbart wohnenden Hebammen schwierig oder unmöglich ist, außerordentlich unregelmäßig und fast immer nicht voll beschäftigt ist. Daß die Tätigkeit der Gemeindeschwester sich in dieser Beziehung ganz anders gestaltet, brauche ich nicht näher auszuführen. Jedenfalls ist aber, wenn man die keineswegs glänzende soziale und gesellschaftliche Lage vieler Gemeindeschwestern als Mindestmaß des Notwendigen ansieht, unbestreitbar, daß die viel weniger umfangreiche Tätigkeit der Hebammen besonders auf dem Lande und in kleinen Orten sehr, ich sage nicht zu teuer entschädigt werden muß, wenn dieses Mindestmaß erreicht werden soll. Dies scheint mir wenigstens einer der Gründe zu sein, die die befriedigende Lösung der Hebammenfrage trotz aller Einsicht und alles guten Willens der maßgebenden Kreise bisher immer vereitelt haben. Mit der Klage über Verständnislosigkeit kommt man jedenfalls nicht weiter.

Die zweite Bemerkung bezieht sich auf die Erwägung, ob das, was für eine bessere Ausbildung der Hebammen theoretisch und durch eine gedruckte Darstellung zu lehren sein würde, überhaupt in das Hebammenlehrbuch hineingehört, oder ob es

besser einer besonderen Schrift, einem Ergänzungsbande oder wie man es nennen will, anzuvertrauen ist. Mir scheint diese Frage der Erwägung wert; ich fühle mich aber nicht berufen, darüber ein Urteil abzugeben. Ganz persönlich halte ich allerdings die Aufnahme der wichtigsten Belehrungen in das Hebammenlehrbuch für wünschenswerter, weil sie dadurch mit größerer Sicherheit in die Hände aller oder wenigstens möglichst vieler Hebammen, die bereits in der Praxis stehen, gelangen. Scheut sich doch das Königlich Preußische Ministerium des Innern nicht, am Schluße des Vorwortes zur Ausgabe 1912 zu erklären: „Die vielfachen Aenderungen des Lehrbuches und der Dienstanweisung machen es notwendig, daß sich alle Hebammen die neue Auflage des Lehrbuches beschaffen und baldigst mit dem Inhalt desselben eingehend vertraut machen.“ Ich bin also, wie gesagt rein persönlich, durchaus der Meinung von Rissmann, daß es zweckmäßig wäre, das Hebammenlehrbuch nach der in Rede stehenden Richtung hin zu ergänzen.

Ich möchte nun kurz auf Rissmanns Vorschläge eingehen:

In seiner Bemerkung zu § 238 finde ich den Schlußabsatz: „Wer die Kinder nicht wiegt, kann keine Fürsorge treiben,“ so wichtig, daß er fettgedruckt an den Anfang aller Auseinandersetzungen über die Säuglinge gestellt werden sollte; dagegen scheint mir seine Formel für die Berechnung der täglichen Zunahme nicht nur zu kompliziert, sondern auch sachlich unrichtig, weil sie die Hebamme unweigerlich dazu verführt, eine bestimmte tägliche Zunahme zu erwarten bezw. zu verlangen. Wer aber viele Gewichtskurven auch von tadellos gedeihenden Brustkindern vor Augen gehabt hat, weiß, daß selbst diese oft für längere Zeit keine „täglichen“ Zunahmen aufweisen, sondern daß unter bestimmten Verhältnissen Schwankungen mit zum teil stärkeren, zum teil geringeren Zunahmen oder sogar Stillständen und unbedenklichen Abnahmen abwechseln können. Für die Hebammen genügt m. E. dasselbe, was ich meine Studenten lehre, daß sich nämlich das Geburtsgewicht normalerweise am Anfang des fünften Monats etwa verdoppelt, am Ende des ersten Jahres etwa verdreifacht, und daß die dazwischen liegenden Werte leicht annährend aus diesen Daten berechnet werden können. Was darüber hinausgeht, ist Pseudowissenschaft und zum Teil direkte Irreführung. Daß dabei das sonstige Wachstum des Kindes zu berücksichtigen ist, sei nur nebenher erwähnt.

Zu § 244 ist ein „Diätzettel für eine Stillende in den späteren Monaten“ ebenfalls eine Irreführung. Aermere Frauen, und um die handelt es sich in der Fürsorge, können ihn nicht innehalten und brauchen es auch nicht. Es genügt vollkommen, ihnen zu sagen, daß sie sich so ausreichend, als es eben ihre wirtschaftliche Lage gestattet, ernähren sollen, daß das Trinken großer Milchmengen an und für sich ihre Milchabsonderung nicht fördert und sogar schädlich ist, wenn

es ihnen den Appetit für andere Speisen, wie sie die gemischte Kost der einfach lebenden Familie bietet, verdirbt. Für wohlhabende Frauen eine auf Steigerung ihres launischen und anspruchsvollen Appetites zugeschnittene kostspielige Diät auszudenken, sollte man in diesen Kreisen füglich dem Hausarzte überlassen.

Daß die Darstellung der Fürsorgebestrebungen und die Mitwirkung der „Hebammenschwestern" dabei für denjenigen außerordentlich schwierig ist, der nur durch die Brille einer Partei sehen kann, bedarf keiner weiteren Ausführung. Daß eine rein objektive Uebermittelung dessen, was an Fürsorgebestrebungen tatsächlich vorhanden und erprobt ist, für die Hebammen notwendig ist, und daß man ihnen dabei klar machen muß, daß jeder Widerstand, den sie aus mißverstandenem Standesinteresse den Fürsorgeorganen durch passive Resistenz oder, wie ich es selbst vereinzelt erfahren habe, sogar aktiv durch Aufhetzung der kritiklosen Frauen der ärmeren Bevölkerungsschichten entgegen setzen, sich nicht nur an der Sache, sondern an den uneinsichtigen Hebammen selber rächt, halte ich auch für selbstverständlich.

Zu Rissmanns Bemerkungen zu §§ 248 und 259 habe ich nur zu betonen, daß die Hebammen lernen müssen, daß die Milchpumpe nur während des Wochenbettes ein gewisses Anwendungsgebiet findet, daß darüber hinaus aber das Abdrücken mit der Hand die ergiebigste und schonendste Methode ist. Nicht nur in meiner Klinik, sondern wohl in allen Anstalten mit einem großen Material von Ammen, die am achten bis elften Tage nach der Entbindung mit ihren Neugeborenen eintreten, wird die Gewinnung der Frauenmilch für die kranken Säuglinge nur mit der Hand vorgenommen; Modelle der verschiedensten Milchpumpen liegen unbenutzt im Instrumentenschranke der Ammenabteiluug und werden höchstens einmal jedes Semester herausgeholt, wenn sie in der klinischen Vorlesung gezeigt werden sollen, damit die Studenten sie kennen und sie nicht, wenn sie ihnen später in der Praxis begegnen, für wundertätige Instrumente halten.

Zu § 261 wäre vor allem zu betonen, daß die Trinkmengen der Kinder nur vom gänzlich Unerfahrenen nach den bekannten, übrigens in den meisten populären Schriften und Lehrbüchern verschieden angegebenen Durchschnittszahlen für Normalzahlen gehalten werden, daß ihre Beurteilung beim nichtzunehmenden Kinde — und nur bei diesem hat die Bestimmung der Trinkmengen überhaupt einen Sinn! — infolge der besonders hinsichtlich des Fettgehaltes individuell außerordentlich verschiedenen Zusammensetzung der Frauenmilch so schwierig ist, daß nur ganz extrem niedrige, dauernd weit unter den Durchschnittszahlen gelegene Mengen überhaupt eine Entscheidung darüber zulassen, ob die ausbleibende Zunahme auf Nahrungsmangel oder auf Krankheit des Kindes beruht. Auch die Ueberfütterung an der Mutterbrust ist ein Kapitel, das nicht vorsichtig

genug vorgetragen werden kann. Wir wissen, daß sie bei Innehaltung von 5 bis 6 Mahlzeiten in 24 Stunden auch bei ungewöhnlich milchreichen Brüsten überhaupt kaum eine Rolle spielt, und daß die Mehrzahl der Störungen, die man früher als Ueberfütterungsfolgen gedeutet hat, ganz anders, nämlich durch geringfügige, unscheinbare und deswegen nur bei sorgfältigster Untersuchung durch den erfahrenen Arzt, aber nicht durch die Hebamme, feststellbare parenterale Infektionen zu erklären ist.

Ob (zu § 264) die Darstellung der prozentualen Zusammensetzung von Menschen- und Tiermilch einen Sinn hat, möchte ich bezweifeln. Viel denken können sich die Hebammenschülerinnen dabei nicht, und zu praktischen Konsequenzen aus der Kenntnis dieser unverstandenen, begriffslosen Zahlen sollen sie meinem Wunsche gemäß nicht kommen. Ich verweise für diesen Punkt auf den folgenden Absatz.

Zu § 265: Daß sowohl das preußische Hebammenlehrbuch, als das sächsische von Leopold und Zweifel kein „genaues Schema der künstlichen Ernährung eines gesunden Säuglings," sondern nur den Hinweis auf die Notwendigkeit der Kuhmilchverdünnung unter Innehaltung langer Nahrungspausen enthalten, habe ich immer für besonders glücklich und ein Zeichen kritischer Ueberlegung und Selbstbeschränkung gehalten und dankbar anerkannt. Rissmanns Hinweis auf Pescatore ist deswegen ganz unangebracht, weil dieses Schema für Pflegeschülerinnen aufgestellt ist, die sich mindestens ein Jahr lang mit gesunden und kranken Säuglingen praktisch beschäftigt und unzählige Male Gelegenheit gehabt haben, sich davon zu überzeugen, daß ein solches Schema eigentlich für kein einziges Kind unter vielen Hunderten wirklich paßt und nicht mehr Wert beansprucht, als eine Tabelle der täglichen Trinkmengen des Brustkindes, die ich oben schon genügend kritisiert habe.

Will der Hebammenlehrer in Ermangelung eigener Erfahrung und eigenen Ueberblickes über die Sache die Merkblätter des Kaiserin Auguste Viktoria-Hauses „durchnehmen", so mag er es tun. Mehr kann und will ich darüber nicht sagen.

Die Bemerkungen zu § 509 fassen recht Verschiedenwertiges zusammen. Die Frage der Mineralpuder oder Salben ist ziemlich nebensächlich. Um so bedeutungsvoller ist Rissmanns Forderung: „Bei jeder Krankheitserscheinung den Arzt zu rufen!" Sie scheint mir nicht das Produkt tiefgründiger Ueberlegung. Wörtlich durchgeführt, macht sie die Hebamme so unselbständig, wie es auch der fanatischste Pädiater, auf die es ja Rissmann besonders scharf hat, niemals zu denken, geschweige denn drucken zu lassen gewagt hat. Das Streben sollte vielmehr — und ich verweise dafür Rissmann auf die kleine Schrift von Alois Epstein: „Ueber die Notwendigkeit eines systematischen Unterrichtes in der Säuglingspflege an Hebammen-Lehranstalten"[1]) — dahin gehen, die

[1]) Berlin und Wien; 1916. Verlag von Urban & Schwarzenberg

Hebamme darüber zu belehren, welche Krankheitserscheinungen einerseits so klar und eindeutig, anderseits so belanglos sind, daß sie mit gutem Gewissen die Zuziehung eines Arztes unterlassen darf, daß man ihr aber unter Vorführung eines großen Lehrmateriales immer wieder klar macht, wie häufig dies nicht der Fall ist, und was sie alles nicht tun oder unterlassen darf. Wie diese Aufgabe praktisch zu lösen ist, hat Epstein sehr gut auseinandergesetzt; ich kann, so viel darüber zu sagen wäre, im Rahmen meines kurzen Aufsatzes darauf nicht näher eingehen.

Die dritte Bemerkung Rissmanns zu § 509 lautet: „Keine künstlichen Milchpräparate empfehlen!“ Diese Forderung ist bedingungslos zu unterschreiben, müßte aber, was wohl Rissmann selbst mit im Sinne hatte, durch einen Hinweis auf die verderbliche Rolle der Kindernährmehle und ihre skrupellose Reklame ergänzt werden.

Wenn Rissmann seine Vorschläge mit den Worten schließt: „Diese Ergänzungen sind meiner Ansicht nach das Mindeste, was für das Hebammenlehrbuch verlangt werden müßte,“ so bin ich allerdings anderer Meinung, auch unter Berücksichtigung seines Zusatzes: „Ich habe bei den gleich zu besprechenden Vorstellungen älterer Säuglinge noch viele Einzelheiten hinzugefügt.“ Ich finde diese Ergänzungen nicht nur völlig unzulänglich, sondern sehe ihren grundsätzlichen Mangel darin, daß sie das außerordentlich wichtige und die eigentlichste Domäne der Hebamme bildende Kapitel „Ueberwachung des Brustkindes und der Laktation“, in dem sie durch die pädiatrisch ausgebildete Fürsorgerin wohl hie und da beraten, aber m. E. überhaupt nicht ersetzt werden kann, und das in den beiden mir vorliegenden Hebammenlehrbüchern ganz unzulänglich abgetan ist, nicht mit epischer Breite unter Schilderung der in der Praxis der Hebamme sich alltäglich ergebenden Fragen und Schwierigkeiten berücksichtigen. Auf Einzelheiten einzugehen, scheint mir hier nicht am Platze, es wird aber vielleicht nicht nur Rissmann, sondern auch die anderen Leser dieses Blattes interessieren, daß ich selbst, vom K. Sächsischen Ministerium des Innern mit der Abhaltung eines dreimonatigen Lehrganges für die Schülerinnen der Leipziger Hebammenlehranstalt beauftragt, mindestens zwei Drittel bis drei Viertel der mir zur Verfügung gestellten Zeit gerade diesen Dingen gewidmet und damit den Hebammen Kenntnisse übermittelt habe, die jetzt schon erkennbare segensreiche Früchte tragen.

Ich habe lange überlegt, ob ich die Rissmannschen Vorschläge durch eine eigene Liste meiner Vorschläge ergänzen und damit die Diskussion zunächst in dieser Zeitschrift auf eine breitere Basis stellen sollte. Meine Liste würde aber viel zu lang werden, die Begründung meiner Forderungen viel zu viel Raum in Anspruch nehmen, als daß ich hoffen könnte, sie an dieser Stelle zum Abdrucke zu bringen. Ich begnüge mich also mit dem bisher Mitgeteilten, kann es aber nicht unterlassen, zum Schlusse noch zwei Dinge zur Sprache zu bringen:

In Wien ist seit mehreren Jahren vor dem Kriege an der I. Universitätsfrauenklinik des Herrn Hofrat Schauta eine Neugeborenenstation errichtet und deren Leitung einem Assistenten der Wiener Universitätskinderklinik übertragen worden.[1]) Das gibt um so mehr zu denken, als Hofrat Schauta in seinem Nachrufe auf Escherich, von dem die Anregung zu dieser Einrichtung stammt, mit Stolz darauf hingewiesen hat: er habe dadurch eine Säuglingsklinik innerhalb der Frauenklinik erstehen lassen, wohlgemerkt! nicht unter einem geburtshilflichen Assistenten, sondern unter einem langjährigen erfahrenen Assistenten der Kinderklinik, der durch sein Hauptamt in ständiger engster Fühlung mit seinem eigentlichen Fache und dessen Wandlungen und Fortschritten steht. Derselbe Assistent ist seit dem Sommersemester 1914 ferner damit betraut, die Schülerinnen der Hebammenschule an der III. geburtshilflichen Klinik in Wien (Reg.-Rat Prof. Dr. Piskacek) in der Kinderpflege zu unterrichten! Diese beiden Tatsachen geben, glaube ich, dem Einsichtigen genug zu denken.

Ich habe schon eingangs hervorgehoben, wie schwer, ja geradezu unmöglich es heute für den Geburtshelfer ist, sich aus der pädiatrischen Literatur darüber zu unterrichten, was anerkannt und nach menschlichem Ermessen von bleibendem Werte, was anderseits flüchtiges und oft kaum heuristisch wertvolles Tagesprodukt ist. Dies zu unterscheiden ist aber unerläßlich. Verlangen wir doch mit Recht auf jedem Gebiete des elementaren wie des höheren, des theoretischen wie des praktischen Unterrichtes, daß der Lehrende nicht nur mitten in seinem Gegenstande steht, sondern so weit darüber, daß er den gegenwärtigen Bestand und Umkreis überblickt und seiner Entwicklung zu folgen vermag. Deshalb ist meiner Ueberzeugung nach kaum ein Hebammenlehrer, selbst der in dieser Richtung ungewöhnlich tätige und tüchtige Rissmann nicht (wie seine Vorschläge beweisen!), imstande, den pädriatischen Teil des Hebammenunterrichtes so zu gestalten, daß einerseits nicht bereits Ueberholtes, anderseits nur genügend Gesichertes gelehrt wird.

Nicht durch Diskussionen in der Zeitschrift für Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege, die schon auf Grund der bisher erschienenen zwei Nummern als Parteiorgan zu erkennen ist, sondern nur durch das Zusammentreten einer entsprechend den Verhältnissen gewählten Zahl von Vertretern der Hebammenlehrer und der Kinderärzte und vielleicht auch einiger in der sozialen Fürsorge stehender Persönlichkeiten wird sich die von Rissmann gewünschte Erweiterung und Verbesserung des Hebammenlehrbuches so erzielen lassen, wie es der Wunsch aller nur an der Sache, nicht an Personen oder Standesinteressen Beteiligten ist.

---

[1]) A. von Reuß: Die Krankheiten des Neugeborenen; Berlin 1914. Verlag von Julius Springer, Vorwort.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Gewerbehygiene.

Die Zinkdestillationsverfahren Roitzheim-Remy. Von Gewerbe-Inspektor Artzt-Dinslaken. Zentralblatt für Gewerbehygiene; 1917, Nr. 3.

Durch das Verfahren wird gänzlicher Fortfall der Räum- und Ladeperiode mit ihren Gefahren durch bleihaltigen Metalldunst und dergleichen durch große Hitze erzielt. Dämpfe und Gase treten ständig nur in geringsten Mengen auf; infolgedessen rauch- und staubfreie luftige Hallen, die infolge des Muffelsetzens durch Greiferkran auch größere Höhe erhalten. Wegfall der mit der Beseitigung der heißen Räumasche verbundenen Arbeiten, besonders auch der Arbeit in den Röschen. Die in den Kühlkörpern bereits abgekühlte Räumasche wird vollständig mechanisch beseitigt. Weitgehender Ersatz der Handarbeit — insbesondere beim Beschicken und Entleeren der Muffeln — durch mechanische Einrichtungen. Die Tätigkeit der Ofenarbeiter besteht unter Fortfall der Handarbeit vorwiegend in der Ueberwachung des Ofenganges und der Bedienung mechanischer Einrichtungen.

Dr. Wolf-Hanau.

Arbeiterschutz in Superphosphatfabriken. Von Gewerbe-Assessor Zäuner-Berlin. Zentralblatt für Gewerbehygiene; 1917, Nr. 5. s

Die Ausführungen zeigen, daß den Arbeitern in Superpho phatfabriken mannigfache Gesundheitsgefahren drohen, daß es aber auch genügend Mittel und Wege gibt, diesen Gefahren ernsthaft und erfolgreich zu begegnen. Die Jahresberichte heben ausdrücklich hervor, daß in denjenigen Werken, die die erforderlichen Maßnahmen zum gesundheitlichen Schutze der Arbeiter zur Durchführung bringen, der Gesundheitszustand derart ist, daß besondere Erkrankungsfälle, die mit dieser Fabrikation in Verbindung stehen, nicht festzustellen sind. Die Durchführung des Arbeitsschutzes in Superphosphatfabriken geschieht neben den sonstigen Schutzbestimmungen der Gewerbeordnung durch das Genehmigungsverfahren gemäß § 16 ff. der G. O. und durch die Unfallverhütungsvorschriften der Berufsgenossenschaft der chemischen Industrie.

Dr. Wolf-Hanau.

Ueber Selbstentzündung von zinkischem Flugstaub. Von Gewerberat D. Jungfer-Berlin. Zentralblatt für Gewerbehygiene; 1917, Nr. 6.

Die Selbstentzündung wird hervorgerufen durch die Anwesenheit von feinst verteiltem Zinkstaub in Verbindung mit Feuchtigkeit. Erstes Erfordernis ist demnach, in den Staubkammern alle Ecken, Winkel, Schraubenmuttern oder dergleichen zu vermeiden, an denen eine Staubablagerung erfolgen kann. Das Innere muß an allen Stellen glatt sein, um ein möglichst rasches, vollständiges Entleeren des abgesonderten Staubes zu ermöglichen. Dr. Wolf-Hanau.

---

2. Nahrungsmittelhygiene.

Ueber Kriegskost. Von Prof. Dr. A. Loewy-Berlin. Deutsche medizinische Wochenschrift; 1917, Nr. 7.

Nach der auf ein umfangreiches Material sich stützenden Statistik ist es im April und auch noch im Juli 1916 weiteren Kreisen einschließlich der unbemittelten Bevölkerung gelungen, sich eine Nahrung zu beschaffen, die in ihrer Zusammensetzung allen Ansprüchen genügte und die der zweckmäßig gewählten Friedensnahrung vollkommen entsprach. Ihr Eiweißgehalt lag auf einer Höhe, daß er — abgesehen vielleicht von Schwerarbeitern — ausreichen konnte; nur ihr Brennwert war so gering, daß er für körperlich Tätige nicht zureichen konnte. Während im Frieden die verfügbaren Mengen an ausnutzbarem Eiweiß 92,9 g, an Kalorien 3642 g für den Tag und Kopf betrugen, waren die im Kriege aufgenommenen Eiweißmengen herabgesetzt auf im Durchschnitt: 68,29 g Eiweiß im April, bis 66,77 g im Juli und auf 2320 bezw. 2232 Kalorien. Die Herabsetzung beträgt demnach rund 30%; sie ist jedoch wegen größerer Vergeudung und Verderben im Frieden etwas geringer, auf rund 20%, einzuschätzen. Es muß auf die Steigerung des Brennwertes

der Nahrung hingearbeitet werden; damit steigt auch die Zufuhr von Eiweiß, so daß dessen Erhöhung keine besondere Maßnahmen verlangt.

Die kontingentierte Nahrung bietet aber nur die Hälfte oder weniger des auch für Leichtarbeiter erforderlichen Bedarfes. Nur dadurch, daß ein Zukauf aus dem freien Handel zu mäßigen Preisen möglich war, konnte die Nahrungszufuhr soweit gesteigert werden, daß sie die Bedürfnisse körperlich wenig Arbeitender knapp befriedigte. Es muß also das Streben, neben der kontingentierten Nahrung sich anderweit mit Nahrungsmitteln zu versehen, nicht nur als berechtigt, sondern als notwendig anerkannt werden.

Eine erhöhte Nahrungszuweisung an Schwerarbeiter war notwendig; sie ist inzwischen durchgeführt worden und genügt hoffentlich, um den Brennwert der Nahrung soweit zu erhöhen, daß er auch den Ansprüchen der Schwerarbeiter gerecht wird. Dr. Roepke-Melsungen.

Bleivergiftungen durch Pflaumenmus. Veröffentlichungen des Kaiserl. Gesundheitsamtes; 1907, Nr. 26.

Nach Einziehung der Kupferkessel sind besonders in ländlichen Haushaltungen vielfach ungeeignete Ersatzkessel zum Einkochen von Obst benutzt worden. Die wiederholten öffentlichen Warnungen vor der Verwendung blanker Eisengefäße oder solcher aus Zink oder verzinktem Eisen wurden anfangs nicht genügend beachtet, so daß in zahlreichen Fällen Obstmus durch Aufnahme von Eisen im Geschmack verdorben, durch Aufnahme von Zink nicht nur ungenießbar, sondern auch gesundheitsschädlich geworden ist. Als bester Ersatz für die Kupferkessel wurden gut emallierte Gefäße empfohlen. Leider scheinen aber neuerdings Emaillen vorzukommen, die entgegen den Bestimmungen des Gesetzes, betr. den Verkehr mit blei- und zinkhaltigen Gegenständen, stark bleihaltig sind. Aus dem Chemischen Untersuchungsamt des Hygienischen Instituts der Universität Halle a. S. berichten nämlich M. Klostermann und K. Scholta (s. Archiv für Hygiene 1917, Band 86, S. 313; Zeitschrift für Untersuchung der Nahrungs- und Genußmittel 1917, Band 33, S. 304) über eine größere Anzahl von Bleivergiftungen, die nur auf den Genuß von Pflaumenmus zurückzuführen waren. Proben des Muses wurden stark bleihaltig befunden: 100 g enthielten 33 bis 104 mg Blei. Da dem Pflaumenmus äußerlich und in Geschmack nichts Verdächtiges oder Auffallendes anzumerken war, ist die Gefahr der Vergiftung durch den regelmäßigen Genuß derartigen Muses um so größer.

Es wird daher scharf darauf geachtet werden müssen, daß die jetzt im Verkehr befindlichen emaillierten Gefäße in bezug auf ihren Bleigehalt den gesetzlich festgelegten Anforderungen der Gesundheitspflege entsprechen.

---

3. Krankenfürsorge.

Die Trockenhefe in der Krankendiät. Von Oberarzt d. R. Dr. E. Ötrös, k. k. Epidemiespital Nr. 12. Deutsche medizinische Wochenschrift; 1917, Nr. 2.

M. Delbrück hat nach dem Pasteurschen Verfahren Hefepilze auf Melasse gezüchtet und brachte diesen an Pflanzeneiweiß reichen Stoff als „Nährhefe" in den Verkehr. Der Eiweißgehalt der trockenen Nährhefe ist 51%, der Fettgehalt 3%, der Kalorienwert 452; sie stellt in rohem Zustande ein gelbliches Mehl von nicht unangenehmen Geschmack dar. Vom Standpunkte der Volksernährung haben sich Rubner, Schrumpf, Schottelius und Wintz mit der Nährhefe beschäftigt; erstere lehnen sie ab, letztere halten sie für genießbar.

Das von Ö. in dem Epidemiespital verwendete Präparat (Bierhefe) stammte aus der k. k. Landwirtschafts-Gesellschaft in Wien und unterscheidet sich von dem Delbrückschen Präparat durch höheren Eiweiß- und geringeren Fettgehalt. Der Geschmack ist nicht widerlich und die Nährhefe, auf richtige Art zubereitet, nicht nur als billiges Nahrungsmittel in der Volksernährung, sondern auch in der inneren medizinischen Behandlung der Beachtung wert. (Ref. kann die in der Nährhefabrik des Instituts für Gährungsgewerbe in Berlin N., Seestraße hergestellte Nährhefe zum Gebrauch in der Krankenhausküche sehr empfehlen; sie eignet sich besonders als Zusatz zu Suppen, Tunken, Gemüse, ist aber nicht gerade billig; 1 Kilo kostet 5 M.).

Dr. Roepke-Melsungen.

---

4. Bekämpfung des Alkoholismus.

Die Ursachen der Trunksucht und ihre Bekämpfung durch die Trinkerfürsorge. Von Privatdozent Dr. Dresel-Heidelberg. Die Alkoholfrage; 1917, Nr. 1.

1. Alle Personen, die vor dem 21. Jahre mit einem trunksüchtigen Lebenswandel begannen, sind geistig abnorme Persönlichkeiten. Geistig gesunde Menschen werden erst in höherem Alter durch eine Reihe verschiedener Umweltschäden zu Trinkern.

2. Die Kriminalität der Trinker ist keine Folge der Trunksucht, sondern Kriminalität und Trunksucht sind nebeneinanderhergehende Folgeerscheinungen geistig abnormer Veranlagung.

3. Die gesetzlichen Maßnahmen zur Bekämpfung der Trunksucht sind völlig ausreichend; nur die Verhängung des Wirtshausverbotes bedarf einer Erweiterung und die Entmündigungshandhabung muß ausgedehnt werden.

Dr. Wolf-Hanau.

Tagesnachrichten.

Ueber **die Gehaltsverhältnisse der Landsturmpflichtigen Aerzte** ist unter dem 17. Juni d. J. noch folgende Allerhöchste Order erschienen:

„Auf den Mir gehaltenen Vortrag bestimme Ich:

Die bisher vertraglich verpflichteten Zivilärzte, deren Verträge nach der Verfügung des Kriegsministeriums vom 8. Januar 1917 (A. V. Bl. S. 12) gekündigt und die bis zum 1. Oktober 1916 gegen eine monatliche Vergütung von Sechshundertfünfundfünfzig Mark oder Fünfhundertfünfundneunzig Mark in Stabsarztstellen verwendet worden sind, erhalten vom Tage ihrer Beleihung mit einer Stabsarztstelle neben der durch Meine Order vom 19. September 1916 (A. V. Bl. S. 379/398) festgesetzten Besoldung die in Ziffer III dieser Order festgesetzte Monatszulage von Einhundertfünfundvierzig Mark."

Hiezu hat das Kriegsministerium, Sanitäts-Depaement, unter dem 17. Juli d. J. noch auf Antrag des Leipziger Verbandes folgenden Bescheid erteilt:

„Die übrigen landsturmpflichtigen mit einer Kriegsstelle a. W. beliehenen Aerzte werden hinsichtlich ihrer Gebührnisse ebenso wie die Sanitätsoffiziere behandelt: Sind sie vor dem 1. Oktober 1916 beliehen worden, behalten sie ihr Gehalt unverkürzt weiter — ist die Beleihung aber erst nach dem 30. September 1916 erfolgt, so kann die Monatszulage von 145 M. den mit Stabsarztstellen Beliehenen überhaupt nicht, die Monatszulage von 60 M. den mit Assistenzarztstellen Beliehenen nur dann gewährt werden, wenn sie verheiratet sind."

Durch Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 6. Juli 1917 wird jetzt auch den im **vaterländischen Hilfsdienst beschäftigten Frauen die Wochenhilfe** nach denselben Grundsätzen wie den Frauen der Kriegsteilnehmer gewährt. Nach diesen Bestimmungen, die denen der Bekanntmachung vom 23. April 1915 (s. Beilage zu Nr. 19 dieser Zeitschrift, Jahrg. 1915) im großen und ganzen entsprechen und von deren Abdruck deshalb Abstand genommen ist, haben Anspruch auf Wochenhilfe solche Wöchnerinnen, deren Ehemann eine Beschäftigung im Sinne der im § 1 des Hilfsdienstgesetzes ausübt und im letzten Jahre vor der Niederkunft seiner Ehefrau mindestens sechs Monate hindurch ausgeübt hat, wenn die wirtschaftliche Lage des Ehemannes sich infolge seiner Beschäftigung im Hilfsdienst nachweislich verschlechtert hat und ein Bedürfnis für die Beihilfe besteht. Die Wochenhilfe erhalten auch solche Wöchnerinnen, die selbst im Jahre vor der Niederkunft mindestens sechs Monate hindurch eine Beschäftigung im Sinne des Hilfsdienstgesetzes ausgeübt haben. Sie wird ferner auch für das uneheliche Kind eines im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten geleistet. Gewährt werden: 1. ein einmaliger Beitrag von 25 M. zu den Entbindungskosten, 2. ein Wochengeld von 1½ M. täglich einschließlich der Sonn- und Festtage für 8 Wochen, von denen mindestens 6 Wochen in die Zeit nach der Niederkunft fallen müssen, 3. eine Beihilfe von 10 M. für Hebammendienste und ärztliche Behandlung, falls solche bei Schwangerschaftsbeschwerden erforderlich werden, sowie ein Stillgeld von ½ M. täglich bis zum Ablauf der zwölften Woche nach der Niederkunft an solche Wöchnerinnen, die ihre Kinder selbst stillen.

Geh. Reg.-Rat Prof. Dr. Th. Paul, Direktor des Laboratiums für angewandte Chemie in München erläßt in den Süddeutschen Monatsheften „Die Deutsche Landwirtschaft" einen Aufruf zur Schaffung einer **deutschen Forschungsanstalt für Lebensmittelchemie.** Die Sicherstellung der Ernährung bedeutet auch nach dem Kriege einen Grundpfeiler der Machtstellung Deutschlands in der Welt. Wohl hat es die deutsche Landwirtschaft verstanden, unser Land in weitgehendster Weise zum Anbau von nahrungsmittelspendenden Pflanzen nutzbar zu machen, aber wir müssen vor allen Dingen auch aus den Erzeugnissen den größtmöglichen Nutzen ziehen. Daß wir in dieser Beziehung noch weit vom Erreichbaren entfernt sind, haben uns die letzten Jahre eindringlich gelehrt. Hier gilt es, die Versäumnisse einer langen, mit Ueberfluß gesegneten Friedenszeit nachzuholen. Bei der Lösung dieser wichtigen Aufgabe könnte die chemische Forschungsarbeit, die Landwirtschaft und Industrie zu den großen Erfolgen der letzten Jahrzehnte geführt hat, eine hervorragende Rolle spielen. Nach dem Vorbilde der auf anderen Wissensgebieten bereits bestehenden Forschungsinstitute soll eine deutsche Forschungsanstalt für Lebensmittelchemie geschaffen werden, zu deren Aufgabe u. a. gehören sollen: die weitere Erforschung der chemischen Zusammensetzung der Lebensmittel und der bei ihrer Gewinnung stattfindenden Vorgänge, die systematische Bearbeitung der bei ihrer Aufbewahrung und Zubereitung in Betracht kommenden chemischen Fragen auf genannter wissenschaftlicher Grundlage und unter Nutzbarmachung der von der modernen Technik gebotenen Hifsmittel, sowie die Verwertung der sog. Abfallstoffe bei Herstellung und Verarbeitung der Lebensmittel. Die Kosten der Gründung und Unterhaltung dieser Forschungsdnstalt werden zwar einen Grundstock von mehreren Millionen Mark erfordern; dem gegenüber steht aber die Tatsache, daß das deutsche Volk in den letzten Jahren vor dem Kriege allein für Lebensmittel jährlich etwa 19 Milliarden Mark ausgab; 25 Pfg. von je 1000 M. dieser Summe würden 5 Millionen Mark ergeben. Auch vom rein kaufmännischen Standpunkt aus würden sich die Kosten lohnen, da durch eine zweckmäßige Erzeugung und Verwertung der Lebensmittel ein höherer Nutzen herausgewirtschaftet werden könnte. Alle, die der Schaffung einer deutschen Forschungsanstalt für Lebensmittelchemie Interrese entgegenbringen, werden ersucht, sich zwecks Einleitung der erforderlichen Schritte mit Geheimen Reg.-Rat Dr. Paul, München, Karlstraße 29, in Verbindung zu setzen.

Ernennung. An Stelle des verstorbenen Geh. Ob.-Med. Dr. Finger ist der schon seit Jahresfrist in der Med.-Abteilung des Ministeriums des Innern als Hilfsarbeiter tätige Reg.- und Med.-Rat Dr. **Beninde** in Frankfurt a. O. berufen. Er wurde im Jahre 1901 zum Kreisarzt in Liebenwerda ernannt und im Jahre 1907 an die Königliche Regierung in Breslau als ständiger Hilfsarbeiter versetzt. Im Jahre 1914 erfolgte seine Ernennung zum Reg. und Med.-Rat in Frankfurt a. O. und zwei Jahre später seine Einberufung als Hilfsarbeiter in die Medizinalabteilung des Ministeriums des Innern.

Nachruf. Schon wieder ist der Tod eines der höheren preußischen Medizinalbeamten zu beklagen. Am 14. v. M. ist der Geh. Med.-Rat Dr. **Oskar Telke,** Reg.- und Med.-Rat in Breslau, nach langem, schwerem Leiden im 69. Lebensjahre verschieden. Seit dem Jahre 1878, in dem seine Ernennung zum Kreisphysikus des Kreises Züllichau erfolgte, ist er als Medizinalbeamter tätig gewesen; im Jahre 1897 wurde er zum Reg.- und Med.-Rat bei der Königl. Regierung in Cöln ernannt und von dort in gleicher Eigenschaft im Jahre 1901 an die Königl. Regierung in Breslau versetzt. In allen diesen Stellungen hat er sich den Ruf eines sehr befähigten, tüchtigen und tatkräftigen Medizinalbeamten erworben, der sich außerdem durch große persönliche Liebenswürdigkeit auszeichnete. Trotz seines durch ein langjähriges körperliches Leiden stark geschwächten Gesundheitszustandes hat er sich keine Ruhe gegönnt, sondern als pflichttreuer Beamter während der Kriegszeit in seiner amtlichen Stellung ausgeharrt und diese solange als möglich in vollem Umfange versehen. Friede seiner Asche! Ehre seinem Andenken!

Ehren-Gedächtnistafel. Für das Vaterland gefallen oder gestorben:

Stabsarzt d. L. u. Bataillonsarzt Dr. H. Bär-Euskirchen (Reg.-Bez. Köln)
Stabsarzt d. Res. Dr. Beckmann-Roggenstede (Ostfriesland).
Landsturmpflichtiger Arzt Dr. Karl Buschmann-Lackhausen.
Assistenzarzt d. Res. Dr. Frank-Liebenthal (Schlesien).
Marinestabsarzt d. R. Dr. Georg Geißendorfer-Böptingen (Württemb.).
Oberstabsarzt d. L. San.-Rat Dr. Gottwald-Nonnenburg (Westpreußen) (infolge von Krankheit gestorben).
Oberarzt d. Res. Dr. Gustav Haas-Bromskirchen bei Biedenkopf.
Stabsarzt Dr. F. Hertwig-Bromberg (infolge von Krankheit gestorben).
Oberarzt d. Res. Dr. Kretzer.
Landsturmpflichtiger Arzt Dr. Hermann Luck-Gelsenkirchen.
Oberarzt Dr. H. Mayer-Aachen (infolge von Krankheit gestorben).
Assistenzarzt d. R. Dr. F. Nothmann-Breslau.
Stabsarzt Dr. M. Papendieck-Jena.
Feldhilfsarzt Dr. W. Rose-Daseburg (Westfalen).
Assistenzarzt Dr. J. Rürup-Hemmerde (Westfalen).
Feldunterarzt W. Sachs-Berlin.
Feldunterarzt K. Wiese-Oberallersdorf.
Feldunterarzt Wilks-Vehlen (Schaumburg-Lippe).
Feldunterarzt K. Zimmermann-Bergneustadt (Reg.-Bez. Cöln).

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten:

Das Eiserne Kreuz I. Klasse:

Stabsarzt d. L. Dr. H. Brandes-Hameln (Hannover).
Stabsarzt d. L. Dr. Kurt Braun-Dresden, Regt.-Arzt eines Res.-Inf.-Reg.
Oberstabsarzt d. Res. Dr. F. Danziger Hamburg.
Stabsarzt d. L. Dr. Wolf Ebner-Königsberg i. Pr.
Stabsarzt d. Res. Regt.-Arzt Dr. Falthauser-Erlangen.
Stabsarzt d. L. Dr. Heinrich Hayd-Eißlingen (Württemberg).
Stabsarzt d. L. Dr. Otto Jakobi-Wernigerode.
Stabsarzt d. L. u. Regt.-Arzt Dr. Jung-Hannover.
Stabsarzt d. Res. Dr. Fr. Kahn-Neu-Mittelwalde (Reg.-Bez. Liegnitz).
Oberstabsarzt d. L. San.-Rat Dr. Leopold Kummer-Braunlage (Harz).
Stabsarzt d. L. u. Regt.-Arzt Dr. Heinrich Leimbach-Hannover.
Stabsarzt d. Res. Dr. Otto Mampell-Mannheim.
Oberstabsarzt d. L. Dr. Wilh. Martens-Saarbrücken.
Assistenzarzt d. Res. Dr. Martheus-Oerlinghausen (Lippe).
Stabsarzt d. L. Dr. Isidor Meyerhoff-Rothenfels (Baden).
Stabsarzt d R. Dr. Roese-München.
Stabsarzt d. L. Prof. Dr. Reinmöller-Rostock.
Stabsarzt d. R. u. Regt.-Arzt Dr. Jos. Schinke-Rüdesheim (Rheinhessen),
Oberstabsarzt d L. Dr. Heinrich Schütz-Erfurt.
Stabsarzt Dr. E. Sinz, Chefarzt einer Sanitätskol. bei einer Gardedivision.
Stabsarzt d. Res. Dr. Steinitz-Berlin.
Oberstabsarzt d. L. Dr. Töpfer-Hamburg.
Oberstabsarzt Dr. Trendel-Stuttgart.
Stabsarzt d. L. Dr. H. Wagner-Karlsruhe.
Assistenzarzt d. Res. Dr. O. Wegerle-Mannheim.
Oberstabsarzt d. L. Dr. Werner-Quittainen (Reg.-Bez. Königsberg).
Oberarzt d. Res. Dr. Carl Werner-Jeßnitz (Anhalt).
Stabsarzt d. Res. Dr. Walter Westphal-Tilsit.
Stabsarzt d. L. Dr. Wuth-München.

Außerdem das Eiserne Kreuz I. Kl.: Oberleutnant Heinrich Floeck, Sohn des Med.-Rats Dr. Floeck, Montabaur, Kreisarzt des Kreises Unter-Westerwald, sowie das Eiserne Kreuz II. Kl. der Unteroffizier Tenbaum, Sohn des Kreisarztes Dr. Tenbaum in Biedenkopf a. Lahn.

Die **15. Ordentliche Hauptversammlung des Verbandes der Aerzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen** findet am Sonnabend, den 22., und Sonntag, den 23. September d. J. in

Leipzig in der alten Börse (Naschmarkt) statt. Beginn der Verhandlungen am Sonnabendnachmittag 3 Uhr. Sonntag früh Fortsetzung.

Tagesordnung: 1. Geschäftsbericht des Generalsekretärs. 2. Kassenbericht. 3. Bericht des Aufsichtsrats. 4. Bericht über die Lage: a) Verhältnis zu den Kassenverbänden und Krankenkassen, b) Verhältnis zu den Landesversicherungs-Anstalten. 5. Frage einer allgemeinen Honorarerhöhung und Taxfragen. 6. Bericht über die Durchführung und Abänderung des Tarifvertrages mit den Ersatzkassen. 7. Bericht über die Durchführung des Vertrages mit dem Reichspostamt für die Kassen der Postunterbeamten. 8. Stellung der Aerzte zu den Beamtenkassen und Kassen für Selbständige. 9. Bericht des Leiters der Stellenvermittlung über die Ueberführung der Kriegsärzte in den Friedenszustand. 10. Bericht über Witwengabe und Hilfskasse. 11. Bericht über die Errichtung der Alterszulagekasse. 12. Satzungsänderungen. 13. Wahlen zum Vorstand. 14. Wahlen zum Aufsichtsrat. 15. Anträge und Verschiedenes. Der Zutritt zur Hauptversammlung ist nur bei genügender Legitimation gestattet.

Der **Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege** wird nach Mitteilung seines ständigen Sekretärs, Prof. Dr. Pröbsting-Cöln a. Rh., auch in diesem Jahre eine Versammlung nicht abhalten.

Pockenerkrankungen sind im Deutschen Reich vom 8. bis 21. Juli 22 und 10 amtlich gemeldet, außerdem aus der Vorwoche noch 4, im Deutschen Generalgouvernement Warschau vom 1. bis 14. Juli je 2 Erkrankungen bei Zivilpersonen, in Oesterreich vom 24. Dezember v. J. bis 24. Februar d. J. 310, in Bosnien und der Herzegowina vom 23. Dezember v. J. bis 22. Februar d. J.: 72.

An **Fleckfieber** sind erkrankt im Deutschen Reich vom 8. bis 24. Juli 5 (darunter 3 bei Kriegsgefangenen); — im Deutschen Gouvernement Warschau 592 (mit 43 Todesfällen) und 474 (37), sämtlich bei Zivilpersonen, in Oesterreich vom 24. Dezember v. J. bis 17. März d. J. 3373, in Bosnien und der Herzegowina vom 23. Dezember v. J. bis 22. Februar d. J. 110; in Ungarn vom 4. bis 17. Juni 26 (mit 7 Todesfällen).

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 24. Juni bis 7. Juli 1917 erkrankt (gestorben) an Pest, Gelbfieber, Malaria, Rückfallfieber, Aussatz, Rotz und Tollwut: — (—), — (—); an Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 9 (—), 8 (—); Milzbrand: 1 (1), 2 (—); Trichinose: 4 (—), 4 (1); Pocken: 13 (—), 15 (3); Fleckfieber: 1 (—), — (—); Unterleibstyphus: 318 (24), 297 (21); Ruhr: 264 (20), 368 (33)); Diphtherie: 1410 (76), 1474, (85); Scharlach: 590 (16), 582 (24); Kindbettfieber: 47 (8), 35 (7); übertragbare Genickstarre: 12 (4), 9 (5); Fleisch- usw. Vergiftung: 11 (1), 14 (3); Körnerkrankheit (erkrankt): 43, 70; Tuberkulose (gestorben): 1243, 1068.

Mitteilung.

Durch die Verordnungen des Bundesrats über Druckpapier vom 18. Juni d. J. ist die Papiermenge, die zur Herstellung von Druckschriften verwendet werden darf, um 25 % des bisherigen Bedarfs herabgesetzt; demzufolge sind wir gezwungen, den Umfang der Zeitschrift bis auf weiteres entsprechend einzuschränken.

Die Schriftleitung. Die Verlagsbuchhandlung.

Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

30. Jahrgang; Nr. 16. Ausgegeben am 20. August 1917.

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.
Bezugspreis für das Jahr: 15 Mark.

Ausserdem ein besonderes, nur vierteljährlich erscheinendes Beiheft:
Zeitschrift für Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege.
Offizielles Organ der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens.
Bezugspreis für das Jahr: 8 Mark, für die Bezieher der Zeitschrift: 4 Mark.

VERLAG VON FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: Geisdorf & Co., G. m. b. H., Eberswalde (Mark).

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung, Nr. 16, am Schlusse des Heftes.

INHALT.

Original-Mitteilungen.

Die Beschäftigung und Arbeitsverwendung der Kriegsbeschädigten (auf Grund eigener Erfahrung). Von Dr. **Räuber** . 441

Aus versammlungen und Vereinen.

Bericht über die Mittelfränkische Kreisversammlung des Medizinal-Beamtenvereins in Nürnberg am 26. April 1917 . . . 456

Bericht über die Kreisversammlung des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins Kreis Oberfranken zu Kulmbach am 8. Juli 1917 458

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

Kriegsbeschädigtenfürsorge.

Dr. **Seeligsohn**: Kriegsblinden-Fürsorge . 459

Dr. **Markus**: Die Beratungsstelle in der Fürsorge für die Kriegsverletzten . . 459

Landesversicherungsrat **Hansen**: Bisherige Leistungen der Kriegskrüppelfürsorge in Schleswig-Holstein 460

Dr. **Schlee**: Schullazarett Braunschweig . 460

Rechtsanwalt Dr. **Baum**: Verhältnis der Ortskrankenkassen zu den Kriegsbeschädigten 460

Besprechungen 461

Tagesnachrichten 461

Deutscher und Preussischer Medizinalbeamtenverein.

A. Geschäfts- u. Kassenbericht des Deutschen Medizinalbeamtenvereins für das Jahr 1916 464

B. Geschäfts- und Kassenbericht des Preußischen Medizinalbeamtenvereins für das Jahr 1916 466

C. Geschäftsbericht über die Jubiläumsstiftung des Preußischen Medizinalbeamtenvereins für das Jahr 1916 . . 467

Beilage:

Medizinalgesetzgebung 113

Umschlag:

Personalien.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Ernannt: Geh. San.-Rat Dr. Richard Paasch-Berlin, Mitglied des Aerztlichen Ehrengerichtshofes und der Aerztekammer der Provinz Branden-



Medicinisches Waarenhaus

Aktien-Gesellschaft

Berlin NW. 6, Karlstraße 31.

Centralstelle aller ärztlichen Bedarfsartikel und für Hospitalbedarf.

Neues Instrumentarium

zur Wohnungs-Desinfection

mittels

flüssigen Formalins

nach

Prof. Dr. **O. Roepke.**

Ref. Nr. 7, 1905 der Zeitschrift f. Medizinalbeamte





D. R. G. M. Modell M. W.

Ausführliche Beschreibung steht zu Diensten.

Von den Königlich Preussischen und Königlich Bayerischen Staats-Eisenbahnen eingeführt.

30. Jahrg. Zeitschrift 1917.
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Anzeigen nehmen die Verlagshandlung sowie alle Anzeigenannahmestellen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 16. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats. | 20. Aug.

Die Beschäftigung und Arbeitsverwendung der Kriegsbeschädigten (auf Grund eigener Erfahrung).

Von Oberstabsarzt Dr. **Räuber**, Geh. Med.-Rat in Erfurt.

Nach einem im Januar d. J. in der militärärztlichen Versammlung in Erfurt gehaltenen Vortrag.

Eine Beschäftigung kranker Personen in dem Sinne, daß diese Beschäftigung als Heilfaktor dienen soll, ist eigentlich nichts Neues. Im Anfang der 80er Jahre hatte ich als Assistenzarzt an einer Provinzialirrenanstalt Gelegenheit, bei Geisteskranken die besten Erfolge von einer regelmäßigen Beschäftigung bezw. Arbeit zu beobachten. Es waren schon damals die Irrenanstalten mit sogenannten Kolonien versehen, in denen geeignete Kranke zu regelmäßiger, meist landwirtschaftlicher Arbeit herangezogen wurden. Aber auch in kleineren Werkstätten der Anstalt, wie in der Tischlerei, Korbflechterei, in der Waschanstalt, in der Küche fanden sie Verwendung.

Später ging man dazu über, auch in Sanatorien und Nervenheilanstalten Beschäftigungsarten für die Aufgenommenen einzuführen und die Kranken planmäßig zu beschäftigen. Der Zweck, die Gedanken der Kranken von dem Leiden abzulenken

und ihr Selbstvertrauen zu heben, wurde in zahlreichen Fällen erreicht; der günstige Einfluß war unverkennbar.

Es lag daher nahe, im jetzigen Kriege bei unseren durch den Krieg Geschädigten, den Verwundeten und Kranken, die die Lazarette füllen, ähnlich zu verfahren. Wer unsere Kriegsbeschädigten in den Lazaretten seit Kriegsbeginn beobachtet hat, wird die Wahrnehmung gemacht haben, daß diese nach der Aufnahme in das Lazarett nach einigen Tagen, in denen sie sich von den Strapazen des Feldes und der Zurückbeförderung zunächst erholen mußten und meistens sich dem wohltuenden Schlaf ergaben, sehr bald den Trieb nach Zerstreuung und Beschäftigung verspürten. Sie setzen sich in Gruppen zusammen und machen gern Gebrauch von den ihnen gebotenen Unterhaltungen und Zerstreuungen. Unterhaltungsspiele, Lesebücher, Spiele im Freien in besserer Jahreszeit werden gern angenommen. Alle Hände sind auch bereit, unseren ruhmvollen Kriegern Abwechselung und Unterhaltung durch Konzerte, heitere Gesänge, Vorträge in den Lazaretten, durch kleine Ausflüge usw. zu bieten.

Es ist ja natürlich, daß die Lazarettinsassen das ewige Einerlei des Lazaretts empfinden müssen und daß Langeweile, sobald die Erholung, fortschreitende Heilung und Genesung begonnen haben, sich einschleichen muß. Auch die Ausgeherlaubnis, so nützlich sie als Aufenthalt in frischer Luft wirken soll, ändert nicht viel daran; nur zu oft sieht man die Verwundeten auf der Straße herumlungern oder zu Zeiten Gastwirtschaften aufsuchen, die gerade nicht wohltuend und erzieherisch wirken, sondern sie zu mancherlei Verfehlungen zu verleiten geeignet sind.

Schon früh erkannte man, daß hier etwas geschehen müsse, um die Lazarettinsassen nicht sich selbst zu überlassen, sondern in einer für sie vorteilhaften Weise zu beschäftigen. Aus diesen Erwägungen heraus ließ man sie bei uns sich mit Ring-, Diskus-, Kugel-, Plattenwerfen, Fußball-, Krocket- und Kegelspiel, Turn- und Freiübungen beschäftigen, veranstaltete auch gemeinsame Spaziergänge und dergl.; aber alles dies erwies sich nicht als ausreichend.

Da erschienen die Kriegsministerialerlasse vom 5. Mai 1915 Nr. 8803/4. 15 M. A. und 15. November 1915 Nr. 2203/10., in denen besonders darauf hingewiesen wurde, daß die Unterhaltungsvorstellungen (Freikarten für Theater u. dergl.) einzuschränken seien und daß neben belehrenden Vorträgen, Exerzierübungen und Turnspielen, sowie Führungen in der Stadt und Umgebung eine Beschäftigung in den Lazaretten für die Verwundeten und Kranken anzustreben sei.

Auf das Rote Kreuz wurde in dem Erlaß vom 5. Mai 1915 besonders hingewiesen und dieses durch ein Schreiben des Zentralkomitees vom Roten Kreuz vom 27. Juli 1915 Nr. VIII 376/15 noch besonders zur Mitarbeit und Tätigkeit nach dieser Richtung aufgefordert.

Der Hinweis auf die Broschüre „Kulturarbeit im Lazarett", herausgegeben von der Zentralstelle für freiwillige Liebestätigkeit in Düsseldorf, war ein glücklicher. So entstanden an vielen Orten Ausschüsse oder Gruppen, die die Lazarettinsassen in Handfertigkeitsarbeiten unterwiesen und sie veranlaßten, nützliche Gegenstände anzufertigen. Besonders vorbildlich war die Zentralstelle für die freiwillige Liebestätigkeit in Düsseldorf, die in der genannten Broschüre eine Menge Anregungen für die Beschäftigungen der Verwundeten bringt, um sie „von dem Gift der Langenweile zu erlösen", wie es in den einleitenden Worten heißt. Frauen, junge Künstler, Schüler und Schülerinnen der Kunstgewerbeschule wirkten dort zusammen, entwarfen Vorbilder für Gegenstände mannigfaltiger Art. 2 Wochen hatten genügt, um für etwa 2000 Kinder reizvolles Spielzeug zu beschaffen, das unter den Händen der Soldaten schnell entstanden war. So wurde die anregende und nutzbringende Beschäftigung nach jeder Richtung ausgebildet. Organisationen wurden geschaffen, „Lose Blätter" herausgegeben, die von praktischer Arbeit, Unterhaltung, Belehrung, Beschäftigung und wirtschaftlicher Förderung der Verwundeten und Invaliden berichten und gute Vorschläge für die Fortbildung und Ausbildung der Kriegsbeschädigten verbreiten helfen. Ein Beschäftigungsausschuß mit Helfern und Helferinnen, eine Ausstellung von Arbeitsproben, eine Verkaufsausstellung u. a. m. wurde geschaffen. Auf die Einzelheiten will ich hier nicht eingehen, sie sind in den „Losen Blättern" und besonders in der Broschüre „Kulturarbeit im Lazarett" enthalten.

Hier in Erfurt nahm sich das Rote Kreuz der Sache an. Der Vorstand des hiesigen Zweigvereins des Roten Kreuzes wählte am 9. August 1915 hierfür eine Kommission von 3 Herren unter Vorsitz des Berichterstatters, die ihrerseits einen Arbeitsausschuß für Handarbeiten und einen anderen für unterrichtliche Veranstaltungen ernannte. Hierbei wirkten außer 22 Helfern und Helferinnen zur Anleitung der Handfertigkeitsarbeiten Lehrer der Baugewerksschule, des Jugendhortes, Direktoren, Rektoren und Lehrer der gewerblichen Fortbildungsschule mit. In 21 Lazarettabteilungen wurden Arbeiten mannigfaltiger Art angefertigt, Holz-, Pappe-, Flechtarbeiten, Decken- und Taschenknüpfen, Kerbschnitt in Holz und Linoleum, Malen, Silhouettenschneiden, Brennen, Perl- und Tarsoarbeiten. Die hergestellten Stücke wurden den Anfertigern zum Teil auf Wunsch kostenlos überlassen. Beim Anfertigen mehrerer Stücke gleicher Art verblieb der größere Teil dem Roten Kreuz, das im vorigen Winter eine Ausstellung der Arbeiten mit Verkauf der ausgestellten Gegenstände und eine Prämiierung vornahm. Auch in diesem Winter hat eine Ausstellung mit Verkauf der Gegenstände stattgefunden.

Auf die unterhaltlichen Veranstaltungen will ich nicht näher eingehen und nur erwähnen, daß im Winter 1915/16 21 Vorträge zum Teil mit Lichtbildern in den Räumen der

Fortbildungsschule I, Michaelisstr. 39 stattfanden. Auch einen Lehrgang der Bienenzucht für Kriegsbeschädigte, veranstaltet vom bienenwirtschaftlichen Hauptverein der Provinz Sachsen, fand unter Mitwirkung vom Zweigverein vom Roten Kreuz im März 1916 in Erfurt statt. In dem gegenwärtigen Winter ist die Schullichtbilderanstalt der Stadt Erfurt in der Alten Fritzstraße für Darbietung von Lichtbildern und kinematographischen Vorträgen für Verwundete gewonnen.

Die Handfertigkeitsarbeiten werden vielfach als etwas Untergeordnetes, als Spielerei oder als weibisch (feminin) angesehen; es ist auch wohl zuzugeben, daß sie keine ernste Arbeit darstellen. Ihren Wert möchte ich aber doch nicht unterschätzen; namentlich für diejenigen Kranken und Verwundeten, die entweder noch bettlägerig sind oder ihrer Genesung erst entgegengehen, sowie für solche, die infolge von Finger- und Handverletzungen erst im Gebrauche dieser Glieder geübt werden sollen, halte ich die Handfertigkeitsbeschäftigung nicht nur für geeignet, die Langeweile und das Sichhingeben an allerlei trübe Gedanken zu vertreiben, die Gedanken von der eigenen Verletzung abzulenken und sie auf die Arbeit zu richten, die Verletzten zu verhindern, nachzugrübeln und sich ihre Folgen für später auszumalen, sondern auch für sehr geeignet, neben Massage und Heißluft, neben mediko-mechanischen Uebungen die Finger zur Gelenkigkeit und Beweglichkeit zu zwingen und den Heilverlauf zu fördern. Ich habe vielfach gefunden, daß sich die Kranken und Verwundeten mit Lust und zum Teil mit großem Eifer den Arbeiten hingeben, ihren Fähigkeiten und Neigungen entsprechende Betätigung zeigen und nützliche Gegenstände hervorbringen, die mit ihrem bisherigen Beruf in Beziehung standen. Der kleine Vorteil, der mit der Arbeit verbunden war, reizte wohl mit dabei; häufig genug hatte ich aber auch zu beobachten Gelegenheit, daß die Verwundeten aus eigenem Antriebe Handfertigkeiten machten, die sie bereits in anderen, auswärtigen Lazaretten gesehen und gelernt hatten. Wo eine Handfertigkeitsbeschäftigung Platz greift, was zum Teil von den Anregungen und der geeigneten Anleitung der Helfer abhängig ist, wird man nicht so oft stumpfsinnig in ihrem Zimmer umhersitzende oder mit Kartenspiel und Rauchen sich beschäftigende Kranken finden. Der wohltuende Einfluß bezüglich der Stimmung sowie der günstige Erfolg mit Bezug auf die gestörte Fingertätigkeit wurde mir erst vor kurzem aus den Kreisen der Beschäftigten selbst bestätigt und die günstige Wirkung einer solchen Handfertigkeitsbeschäftigung nach beiden Richtungen besonders hervorgehoben. Ich muß deshalb der Beschäftigungsarbeit einen gewissen arbeitstherapeutischen Wert beimessen.

Aus solch belebter, produktiver Beschäftigung ist der Weg zur gewohnten oder neu zu erlernenden Tätigkeit nicht schwer. Die Arbeit der Kriegsbeschädigten in ihrem alten oder in einem neuen Beruf hat unstreitig mehr Wert. Die Ver-

wundeten lernen wieder, die gewohnte Arbeit aufnehmen und dabei ihre Beschädigungen mehr oder weniger vergessen, zumal ein wichtiger Ansporn durch den hierbei erhaltenen Lohn gegeben ist. Für derlei Arbeiten können aber nur solche Kriegsbeschädigte in Betracht kommen, die noch eine Reihe von Wochen (mindestens 4) im Lazarett behandelt werden müssen, und die, wenn wieder genesen, als k. v. oder g. v. entlassen werden, oder solche, die voraussichtlich oder sicher d. u. oder a. v. werden. Sie sollen durch ihre Arbeit, zu der sie freiwillig gehen oder kommandiert werden, einerseits wirtschaftliche Werte schaffen, was in der jetzigen Zeit, in der so viele Männer zu den Fahnen einberufen sind, bitter not tut, anderseits aber wieder befähigt werden, die durch ihre Verletzungen oder Krankheit verloren gegangenen Fähigkeit, in ihrem alten Beruf zu arbeiten, wiederzuerlangen, damit sie nach ihrer Entlassung sofort in ihrem alten Beruf arbeiten können, oder sie sollen, weil zu ihrem alten Beruf nicht mehr befähigt, umlernen und zu einem neuen Beruf ausgebildet werden, den sie nach ihrer Entlassung aus dem Heeresdienste ergreifen können.

Daneben müssen Unterrichtskurse gehen, die hier seitens der Kriegsbeschädigtenfürsorge zur Fortbildung oder Umlernung eingerichtet sind. Es sind dies der seit November 1915 eingerichtete kaufmännische Unterrichtskursus in der hiesigen Handelsschule und der gewerbliche Unterrichtskursus in der hiesigen gewerblichen Fortbildungsschule, beide geleitet von Fachlehrern. Auch ein landwirtschaftlicher Lehrkursus für Kriegsbeschädigte in Genossenschaftsarbeit wurde hier, gemäß Verfügung des stellvertretenden Generalkommandos, vom Verband ländlicher Genossenschaften für Thüringen in Erfurt (Raiffeisenhaus) vom 13. bis 18. Dezember 1915 abgehalten, ebenso ein vom Sanitätsamt eingerichteter landwirtschaftlicher Lehrkursus in der landwirtschaftlichen Winterschule der Landwirtschaftskammer für die Provinz Sachsen in der Zeit vom 13. Mai bis 8. Juli 1916, wobei auch landwirtschaftliche Musterbetriebe besichtigt wurden.

Schon seit längerer Zeit hat man während des Krieges Lehrwerkstätten oder Werkstättenlazarette in verschiedenen großen Städten eingerichtet, die mit mediko-mechanischen Uebungssälen verbunden sind, und die Lazarettinsassen in diese Lazarette zusammengelegt. Derartige Werkstättenlazarette sind in Nürnberg, Heidelberg, Stuttgart und anderen Orten vorhanden. Ich hatte Gelegenheit, im Dezember 1915 in Gemeinschaft mit Sanitätsrat Dr. Ehebald das Reservelazarett Ettlingen bei Karlsruhe zu besichtigen. Es ist in der neuerrichteten, aber bei Ausbruch des Krieges nicht bezogenen Unteroffizierschule untergebracht, einer großen Gruppe von herrlichen, modernen Gebäuden, in denen 950—1000 Kranke aufgenommen werden können. Hier finden sich ein mediko-mechanisches Institut, in dem 480 Mann an 40 Apparaten üben, eine orthopädisch-chirurgische und eine Abteilung für Amputierte

mit je 450 Mann, sowie die verschiedenen Werkstätten: Schmiede, Maschinenschlosserei, Metalltreiberei, Kunstschlosserei mit Zeichenräumen, Blechnerei, Korbflechterei, eine eigene Prothesenfabrik mit Gipserei, Trockenraum, Wirkerei und eigenen Schlosserei, eine Einarmigenschule, die früher in Heidelberg war, eine ganze Reihe von Unterrichtsräumen für Schulunterricht und Fachunterricht, Schuhmacherwerkstätte, Zigarrendreherei, Holzbildnerei, Sattlerei, Malerwerkstätte, Buchbinderei; beabsichtigt wurde auch noch die Einrichtung einer Buchdruckerei und Lithographenanstalt. Hier war also ziemlich jede Beschäftigung vorhanden, die für Kriegsbeschädigte in Frage kommen kann.

Eine wesentliche Anregung zur Errichtung von Lazarettwerkstätten und zur Arbeit der Verwundeten wurde durch den Kriegsministerialerlaß vom 13. Mai 1916 Nr. 9950/1. 16 M. A. gegeben, in dem auf den Mangel an Arbeitern auf allen Gebieten des wirtschaftlichen Lebens hingewiesen und die Notwendigkeit betont wurde, alle vorhandenen Arbeitskräfte nutzbar zu machen; denn in den Lazaretten befinden sich zahlreiche Leute, die täglich nur einer verhältnismäßig kurzen Behandlung bedürfen und deren Arbeitskraft zumeist völlig brach liegt. Zugleich wurde auf die entsprechende Einrichtung in der Festung Cöln hingewiesen und die Durchführung gleicher oder ähnlicher Einrichtungen empfohlen.

In Cöln handelt es sich um die Einrichtung eines Verwundetenarbeitsnachweises, der am 15. Oktober 1915 in Verbindung mit den städtischen Behörden zustande gekommen, der Kriegsarbeitszentrale angegliedert und im Wohlfahrtshause der Stadt Cöln untergebracht ist. Es ist eine je nach Bedarf tagende, geschäftsführende Kommission errichtet, bestehend aus dem Garnisonarzt, einem städtischen Beigeordneten, dem zuständigen Sanitätsoffizier des V. A. N., einzelnen der Industrie und dem Handwerk nahestehenden Stadtverordneten, dem Vorsitzenden der Allgemeinen Arbeitsnachweisanstalt und dem Oberinspektor des Festungslazaretts Cöln als wirtschaftlichen Beirat. Der Geschäftsgang ist folgender:

Arbeitswillige und arbeitsfähige Unteroffiziere und Mannschaften werden in Listen von den Chefärzten der Festungslazarettabteilungen und Militärabteilungen der Zivilkrankenhäuser dem zuständigen Sanitätsoffizier überwiesen. Sie unterschreiben bei ihrer Vorführung eine Bereitwilligkeitserklärung zur Uebernahme der Arbeit und über das weitere Verhalten. Der zuständige Sanitätsoffizier untersucht und begutachtet die sich Meldenden, läßt sie in eine Hauptliste eintragen und veranlaßt die Ueberweisung der zur Arbeitsleistung geeignet Befundenen in die eigens hierfür vorgesehene Festungslazarettabteilung XXII. Diese stellt Ausweise und Arbeitskontrollscheine aus und meldet sie mittels besonderer Anmeldescheine bei der Kriegsarbeitszentrale an, die die weitere Vermittelung übernimmt, wobei auch besonders gedruckte Bedingungen und eine Zuweiskarte ausgehändigt werden.

Der Schwerpunkt dieser Organisation liegt in einer genauen militärischen und militärärztlichen Ueberwachung. Zu diesem Zwecke ist, wie erwähnt, eine besondere Festungslazarettabteilung eingerichtet, zu der der zuständige Sanitätsoffizier als Chefarzt kommandiert ist. In dieser erhalten die während der Dauer ihrer Arbeitsleistung Aufgenommenen die erforderliche

Behandlung und Verpflegung und stehen unter militärischer und militärärztlicher Kontrolle. Der Sanitätsoffizier macht bei der Untersuchung sich ein Bild von der Art der Verletzung bezw. Erkrankung, setzt den Grad der zeitigen Erwerbsbeschränkung fest, bestimmt die Art und Dauer der Beschäftigung, den Termin der Nachuntersuchung und regelt die erforderliche Nachbehandlung. Auch eine Aenderung der Beschäftigung bestimmt er, wenn sich herausstellen sollte, daß dem Arbeitenden nach Art seiner Verwundung bezw. Erkrankung die angewiesene Beschäftigung zu schwer fallen sollte.

Eine genaue Kontrolle ist durch den Arbeitskontrollschein gegeben, den der Arbeitsgeber täglich auszufüllen und der Polizeiunteroffizier zu kontrollieren hat. Ordnungswidrigkeiten werden dem Sanitätsoffizier gemeldet, der als Bestrafungen Entziehung des Sonntagsurlaubs anordnet. Die Lazarettinsassen erhalten an Sonn- und Feiertagen bis 9 Uhr und Unteroffiziere bis 10 Uhr unter Verbot des Betretens der Wirtschaften Stadturlaub; die Arbeitszeit durchschnittlich 8—10 Stunden, verteilt sich auf die Vormittagsstunden von 5 bis 12, und die Nachmittagsstunden von 1 bis 8 Uhr. Nachtarbeit wird auf Antrag des Arbeitnehmers und Erklärung des Arbeitgebers durch den Garnisonarzt der Festung Cöln genehmigt.

Es handelt sich also in Cöln um Arbeiten in den Betrieben der Stadt und deren Vororten, um freiwillige Arbeitsleistung. Der Geschäftsgang hierbei ist, wie ersichtlich, kein einfacher, nicht weniger als 13 Formulare kommen hierbei in Betracht, daneben auch solche, die sich auf Haftpflicht und Krankenversicherung, auf Anmeldung zur Kranken- und Invalidenversicherung beziehen. Vom 15. Oktober 1915 bis zum 15. Juli 1916, also in 9 Monaten, waren 657 Leute in den nachgewiesenen Arbeitsstellen gegen Entgelt beschäftigt.

Die in dem K. M. E. vom 13. Mai 1916 gleichzeitig empfohlene und lesenswerte Broschüre „Werkstätten für Kriegsbeschädigte von Dr. H. Beckmann“ betrifft die Arbeit in den Werkstätten der Akkumulatorenfabrik in Oberschöneweide, in der zwischen den gewöhnlichen Zivilarbeitern Schwerbeschädigte oder abgeheilte Schwerbeschädigte arbeiten. Sie werden in Trupps zur Werkstätte geführt, wo sie meist 40 Pfg. pro Stunde verdienten, bei Stücklohn noch mehr. Entsprechend der Werkstättenerfahrung konnten die Prothesen verändert und verbessert werden. Die dortigen Erfahrungen und Erfolge waren sehr günstige.

Hier in Erfurt kam eine Werkstättenarbeit bis vor kurzem nicht zustande. Die Bemühungen, die Werkstätten in den hiesigen Fachschulen für die Lazarettinsassen nutzbar zu machen, hatten keinen Erfolg; auch wäre wohl die Zahl der Kriegsbeschädigten, die in den Fachschulwerkstätten hätten arbeiten können, recht klein geblieben bei der geringen Zahl der Arbeitsplätze.

Einzelne Lazarettinsassen arbeiteten seit Juni 1915 in einigen hiesigen gewerblichen Betrieben, in Gärtnereien, in der Landwirtschaft, in der Industrie und kaufmännischen Geschäften stunden- oder halbtagweise gegen Lohn, andere bekamen entsprechenden Tagesurlaub, um in ihrer früheren Tätigkeit sich nützlich zu machen; es waren jedoch im allgemeinen mehr vereinzelte Fälle, die nicht unter besonderer Kontrolle standen.

Die in den kleinen Werkstätten oder Arbeitsräumen einzelner hiesiger Lazarettabteilungen geleistete Arbeit, die

mehr dem Hausbedarf an einfachen Einrichtungsgegenständen oder Ausbesserung diente, kann kaum auf mehr Anspruch machen als auf eine Beschäftigung einzelner Leute in einer nicht systematischen Arbeit. In der orthopädischen Werkstätte von San.-Rat Dr. Ehebald arbeiteten allerdings seit Nov. 1915 zwei Verwundete gegen Lohn. Seit dem 1. Juli 1916 ist diese Werkstätte vom Sanitätsamt übernommen und vergrößert worden, so daß in 4 Räumen des Kellergeschosses eine Anzahl Verwundeter gegen Lohn Arbeit gefunden hat.

Eigentliche Lazarettwerkstätten sind hier in Erfurt seit Juli 1916 seitens des Stellvertretenden Generalkommandos nach dem Muster des Schullazaretts Schwanenberg bei Hannover eingerichtet. Der Verband der Sächsisch-Thüringischen Industriellen (Vorsitzender: Direktor Böger der Maschinenfabrik Erfordia) hat sich der Einrichtung angenommen; es gelang ihm auch, die erforderlichen Mittel hierzu von einigen Firmen der Thüringer Industrie aufzubringen sowie die hierzu erforderlichen Maschinen und Werkzeuge freiwillig zur Verfügung zu stellen.

Die Lazarettwerkstätten befinden sich in 2 Baracken des ehemaligen Gefangenenlagers Erfurt auf dem Johannesplatze, die von der Heeresverwaltung hierzu hergegeben wurden. Unterhalten werden sie nicht von der Heeresverwaltung, sondern nur durch die Thüringer Industrie, deren Eigentum die Einrichtung auch bleibt.

In den Werkstätten können bis zu 250 Verwundete beschäftigt werden und zwar in den Werkstätten für

Glaser und Tischler . . .	30 Mann,	Maler	15 Mann,
Korbmacher	10 „	Schlosser	35 „
Schuhfabrikation	75 „	Dreher, Fräser usw. . . .	25 „
Sattler	20 „	Schmiede	5 „
Schneider	15 „	autog. Schweißerei	15 „
Buchbinder	10 „		

Sämtliche Abteilungen unterstehen sachkundigen Meistern in militärischen Stellungen, die ihre Anleitungen von dem technischen Leiter, Feldwebelleutnant Grave erhalten. Alle Maschinen werden durch elektrische Motore angetrieben.

Die Werkstätte für Tischler und Glaser ist mit den neuesten Maschinen ausgestattet und zwar mit Bandsäge, Kreissäge, Fräsmaschine, Bohrmaschine, Abrichtmaschine und Diktenhobelmaschine. Angefertigt wurden Möbel für Lazarette und für den Privatgebrauch, ferner auch Bauarbeiten.

In der Werkstätte für Schlosser, Dreher usw. sind an Maschinen vorhanden: 8 Drehbänke, 5 Bohrmaschinen, 8 Hobelmaschinen, 2 Fräsmaschinen, 1 Kaltsäge, 2 Schleifmaschinen und 25 Schraubenstöcke. Sämtliche Arbeiten werden für die Kriegsindustrie ausgeführt. — Die Werkstätte für Schmiede hat 4 Feuerstellen und 1 Bohrmaschine, die für Klempner die benötigten Maschinen und ein Lötofen.

In der Werkstätte für Schneider sind 2 Nähmaschinen vorhanden. Gearbeitet wurden Uniformen. — In der Werkstätte für Buchbinder und Kartonagenfabrikation sind ebenfalls die neuesten Maschinen hierfür vorhanden. — In der Werkstätte für Schuh und Leder sind 2 Nähmaschinen für die Schuhmacher und 3 Nähmaschinen für die Sattler, ferner 20 Maschinen neuester Art für die Schuhfabrikation aufgestellt. Hier werden nur Stiefel und Lederzeug für das Heer hergestellt.

In der Werkstätte für autog. Schweißerei ist eine große Anlage für autog. Schweißerei und Schneiderei mit eigener Gaserzeugung aufgestellt, die es ermöglicht, daß an 10 Stellen zu gleicher Zeit gearbeitet werden kann. Es werden auch hier nur Heereslieferungen ausgeführt.

Die in den Werkstätten arbeitenden Leute sind zunächst in Baracke III des Lagers untergebracht, die über 47 Betten verfügt; sie erhalten hier von dem Berichterstatter die erforderliche Behandlung und stehen unter seiner militärärztlichen Aufsicht.

Der Geschäftsgang ist, weil die Leute zu einer von der Heeresverwaltung eingerichteten Werkstätte kommandiert werden, wesentlich einfacher als in Cöln, wo sie in Privatbetrieben arbeiten.

Von den fachärztlichen Beiräten, Prof. Dr. Machol, Dr. Langemak und San.-Rat Dr. Ehebald, werden geeignete Leute für die Werkstättenarbeit in den Lazarettabteilungen ausgesucht und in eine Liste eingetragen. Diese Liste geht dem Reservelazarettdirektor zu, der sie dem Sanitätsoffizier der Werkstättenlazarettabteilung übersendet. Dieser wählt die für die Aufnahme in die W. L. A. geeignet erscheinenden Leute aus und bezeichnet sie in der Liste, worauf sie dorthin verlegt werden. Maßgebend hierbei ist die Art der Beschädigung oder Krankheit der in Betracht Kommenden.

Für die in die W. L. A. Aufgenommenen habe ich außer dem Hauptkrankenbuch eine Liste A angelegt, in die in den einzelnen 18 Spalten unter anderm eingetragen wird: Verwundung oder Krankheit, Aufnahme in die W. L. A., bürgerlicher Beruf mit Wohnort, Art der hiesigen Beschäftigung, Grad der zeitigen Erwerbsbeschränkung.

Außerdem galt es, hier eine Arbeitsvermittelungsstelle, ähnlich wie in Cöln, einzurichten, zumal ja schon früher einzelne Lazarettinsassen in hiesigen Betrieben vorübergehend in Arbeit gestanden hatten. Ich schlug eine je nach Bedarf tagende Kommission vor, bestehend aus dem Reservelazarettdirektor, dem Sanitätsoffizier der W. L. A., einigen Handwerksmeistern und Gärtnern, dem Gewerberat, den städtischen Beigeordneten und Arbeitnehmern, die der hiesigen städtischen Fürsorge für Kriegsbeschädigte anzugliedern wäre. Letztere sollte die Angebote der Arbeit seitens der Gewerbetreibenden entgegennehmen, der Sanitätsoffizier sollte in Listen die sich Meldenden sammeln und sie den Arbeitnehmern zuteilen. Dieses Verfahren wurde jedoch nicht beliebt und hat einem einfacheren Platz gemacht:

Die Kriegsbeschädigtenfürsorge ersucht die Arbeitgeber, auf einer Liste Art der Tätigkeit, tägliche Zeitdauer, Lohnsatz, Zeit für persönliche Vorstellung der Arbeitswilligen einzutragen. Diese Liste gelangt an den Reservelazarettdirektor, von dem Weisung durch die Reservelazarette an die Abteilungen zur Bekanntgabe und Meldung der Arbeitswilligen ergeht. Die sich Meldenden werden zunächst dem Arzte der W. L. A. zur

ärztlichen Begutachtung überwiesen und dann zur Vorstellung zum Arbeitgeber geschickt.

Dieses Verfahren, das auch jetzt noch mitunter beobachtet wird, hat aber neuerdings einem noch einfacheren Verfahren Platz gemacht, indem die Angebote der Arbeitgeber seitens der einzelnen Abteilungen vermerkt und ohne weiteren Befehl der Werkstättenlazarettabteilung gemeldet werden.

Für die sich in den W. L. A. Meldenden, zur Arbeit in auswärtigen hiesigen Betrieben Bereitwilligen habe ich eine Liste B angelegt, in die in 16 Spalten ähnliche Vermerke wie in Liste A gemacht werden.

Mittelst besonderer Vordrucke wird die Lazarettabteilung über das Ergebnis der besonderen Untersuchung benachrichtigt und gebeten, eine Entlassung der geeignet Befundenen aus dem Lazarett oder aus dem Betriebe mitzuteilen. Ferner werden die Arbeitgeber um Mitteilung darüber ersucht, wann der Betreffende die Arbeit aufgenommen hat, an welchen Stunden er beschäftigt ist und welchen Lohn er erhält.

Von Zeit zu Zeit werden die Arbeitnehmer zur erneuten Vorstellung und Untersuchung, meistens Sonntag, beordert; die Abteilung erhält auch Nachricht, wenn jemand die Arbeit abbrechen muß oder entlassungsreif ist. Außerdem habe ich die Firmen benachrichtigt, wenn nach Einreichung der Firma bei der Fürsorgestelle der Stadt Erfurt niemand von den Lazarettabteilungen für die Arbeit ermittelt wurde.

Im allgemeinen hat sich dieses Verfahren bewährt, mitunter hatten allerdings die Arbeitnehmer die Arbeitsstelle gewechselt, ohne daß seitens der Arbeitgeber oder der Lazarettabteilung eine Mitteilung an die Werkstättenabteilung gelangte. Auch blieben vielfach die Mitteilungen aus, wenn jemand aus seiner Abteilung entlassen war oder die Arbeit aus irgend einem Grunde aufgegeben hatte. Da die Betreffenden in der Behandlung ihrer alten Abteilungen verbleiben, so kann der Arzt der W. L. A. natürlich keine Kenntnis von den dortseits angeordneten Maßnahmen haben, wenn ihm keine Mitteilung gemacht wird. Ich habe deshalb vor, den Betreffenden, sobald sie für geeignet befunden sind, eine Ausweiskarte für die Berechtigung zur Arbeit auszustellen, in der ihnen gleichzeitig die Verpflichtung auferlegt wird, bei Aufgabe der Arbeit oder Wechsel der Arbeitsstätte dies zu melden. Die Veränderungen unter den Arbeitnehmern sind meistens erst zutage getreten bei den Vorstellungen. Es kam auch vor, daß Arbeitswillige von den Abteilungen namhaft gemacht wurden, während eine Nachfrage seitens der Firmen nicht vorlag. Ich habe dann der Kriegsbeschädigtenfürsorge davon Mitteilung gemacht.

Da die W. L. A. nur über beschränkte Plätze verfügt, aber in den Lazarettwerkstätten selbst viel mehr Arbeitsplätze vorhanden sind, so wurde es nötig, einen Teil der Arbeiter der Lazarettwerkstätten in ihren Abteilungen zu belassen und sie tagsüber zu den Werkstätten gehen zu lassen. Diese Ar-

beiter habe ich in einer Liste C geführt, die von dem Leiter der Lazarettwerkstätten ergänzt wird. Da sie in Behandlung ihrer Abteilungen verbleiben, so kommen sie für den Arzt der W. L. A. ärztlich nicht in Betracht; neuerdings wurde eine Anzahl von ihnen in die in der Nähe der Werkstätten gelegene Abteilung Tivoli verlegt, deren leitender Arzt gleichzeitig der W. L. A. Arzt ist. Liste C ist ähnlich angelegt wie Liste B, jedoch nicht so ausführlich. In ihr sind auch diejenigen arbeitenden Soldaten eingetragen, die von Seiten der Truppenteile, der Genesenenkompagnie des Landsturmersatzbataillons zu den Lazarettwerkstätten zur Arbeit geschickt werden. Auf diese Weise ist eine Ueberwachung aller Arbeitenden nach Möglichkeit eingeführt, wenngleich sie nach mancher Richtung vielleicht noch verbesserungsbedürftig ist.

Ueber die Tätigkeit der in den hiesigen Betrieben der Stadt Arbeitenden (Liste B) kann ich mich kurz fassen. Sie sind im wesentlichen der Obhut ihrer Abteilungen anvertraut; für mich kam mehr ein statistischer Wert in Betracht. Seit dem 27. August 1916 bis Ende Dezember 1916 (in 4 Monaten) haben 113 Mann die Arbeitsvermittelung in Anspruch genommen und in hiesigen Betrieben der Stadt Arbeit gefunden. Sie verdienen zum Teil einen hohen Lohn, arbeiten für 36—40 Pfg. und noch mehr für die Stunde und erlangten einen täglichen Lohn von 2 M., 2,50 M., 5 M., ja sogar 10 M.

Nur vereinzelte der Vorgestellten wurden für die Arbeit nicht geeignet befunden; ein Teil von den Arbeitenden war bei Anberaumung der ersten Vorstellung bereits entlassen, ein anderer Teil gab die Arbeit auf, weil diese zu schwer war oder weil der Abteilungsarzt eine Verschlimmerung befürchtete oder aus anderen Gründen. Ein anderer kleiner Teil ging zur Arbeitsleistung in den Lazarettwerkstätten über; ein großer Teil ist bereits wieder entlassen.

In den Lazarettwerkstätten haben seit dem 4. September 1916, an welchem Tage der Betrieb aufgenommen werden konnte, bis zum 31. Dezember 1916 (in 4 Monaten) 116 Mann gearbeitet. Zu berücksichtigen ist hierbei, daß zuerst die Tischlerei eingerichtet wurde und erst später die anderen Werkstätten fertig wurden.

Von den 116 Arbeitern waren beschäftigt als:

	W. L. A.		Liste C		
Schlosser	13	+	16	=	29
Schuhmacher	6	+	13	=	19
Tischler	18	+	6	=	24
Maler	6	+	4	=	10
Schweißer	6	+	3	=	9
Sattler	2	+	3	=	5
Korbmacher	0	+	1	=	1
Klempner	1	+	1	=	2
Dreher	6	+	2	=	8
Schmiede	2	+	1	=	3
Schneider	2	+	2	=	4
Buchbinder	1	+	1	=	2
	63	+	53	=	116

Am 31. Dezember 1916 arbeiteten in den Werkstätten 65 Mann.

In der W. L. A. fanden seit dem 16. August 1916 bis 31. Dezember 1916 70 Aufnahmen statt, darunter ein Verwundeter 2mal, nachdem er vorübergehend zur Operation verlegt war. Es handelt sich also um 69 Lazarettinsassen, davon litten:

an Verwundungen und ihren Folgen	56
an äußeren Leiden	5
an inneren Leiden	8
	69
Von diesen hat einer ausschließlich außerhalb (bei J. C. John) gearbeitet und in der W.-Lazarett-A. nur gewohnt	1
nicht gearbeitet haben, weil nicht imstande oder ungeeignet	5
gearbeitet haben	63
	69
entlassen sind bereits	29
so daß am 31. Dezember 1916 ein Bestand vorhanden war	40

Die Entlassenen setzen sich wie folgt zusammen:

Es wurden entlassen und zwar in die alte Abteilung wieder verlegt, weil zur Arbeit ungeeignet, weil der künstliche Arm fehlte oder die Arbeit nicht geleistet werden konnte oder weil sie nochmals operiert werden oder nochmals in einer chirurgischen Abteilung behandelt werden mußten	7
ferner ein Hysteroepileptiker, der sonst bei der Arbeit sehr tüchtig war, aber schließlich infolge seiner vielen Anfälle doch störend wurde	1
zum Kaiser Wilhelmhause	1
zur orthopädischen Werkstätte zu Erfurt	1
als d. u.	2
als a. v.	4
als g. v.	5
als k. v.	8
	29

Wie aller Anfang schwer ist, so war es auch in der W. L. A. Der Anfang wurde anfangs August 1916 mit 5 Leuten gemacht, die zu Beginn mit sehr zweifelhaften Gefühlen, die etwas öde schwarze Baracke 3 betraten und deren unvollkommene Nebenräume von ihnen erst mit den nötigsten Gestellen und Tischen ausgestattet werden mußten. Nur ein kleiner Raum diente als Geschäftszimmer und zugleich als Untersuchungszimmer. Dazu kam, daß die Lazarettwerkstätten selbst noch nicht vollständig eingerichtet waren, so daß mit der Arbeit erst am 4. September 1916 und dann auch nur schrittweise, zuerst in der Tischlerei angefangen werden konnte. Unter den überwiesenen Leuten waren Schwerverletzte, zwei Oberarmamputierte, einer mit großer Zerstörung des Oberschenkels, später ebenfalls zwei Oberarmamputierte. Mit den Oberarmamputierten ging es gar nicht. Drei mußten der alten Abteilung zurückgegeben werden, weil sie zum Teil noch nicht geheilt waren, zum Teil noch keinen künstlichen Arm erhalten haben; sie sind bis jetzt nicht wieder gekommen. Ein dritter Oberarmamputierter, dem wegen unerträglicher Schmerzen infolge von Neuritis der Arm abgenommen

war, wurde zur Nachoperation ins Garnisonlazarett verlegt, mußte aber später, nachdem er wieder aufgenommen war, als d. u. entlassen werden, da eine Besserung nicht eingetreten war und jeder Arbeitsversuch mißglückte. Mehrere Verwundete, die tiefe eiternde Fisteln hatten, teils am Gesäß teils am Fersenbein, mußten nach einiger Arbeitszeit wieder in ihre Lazarette zurück verlegt werden. Ein am Oberschenkel Amputierter arbeitete nicht, weil sein Stelzbein und sein anderes Bein nicht saßen. Nachdem diese vollständig in Ordnung gebracht waren, mußte er hart angefaßt werden, weil er die Arbeitsstunden nicht innehielt. Erst nachdem er mit mehreren Tagen Arrest wegen Arbeitsverweigerung bestraft wurde, tat er die Arbeit und hat sich als Tischler wieder eingearbeitet; er wird demnächst als d. u. entlassen werden. Mitunter mußten die Verwundeten wegen Verschlimmerung ihrer eiternden oder fistelnden Wunden die Arbeit aussetzen und das Bett hüten.

Die innerlich Kranken, meist Nervenkranke, müssen sich oft zur Arbeit überwinden; eine Anzahl von ihnen mußte wegen Verschlimmerung ihrer Kopfschmerzen und weil sie das Geräusch der Maschinen nicht vertragen konnten, in ihre Abteilung zurückverlegt werden. Sie leisteten bei der Arbeit recht wenig.

Ein Hysteroepileptiker, der sehr fleißig in der Buchbinderei arbeitete, bekam tägliche Anfälle, teils in der Baracke, teils in der Werkstätte und beunruhigte und störte schließlich dadurch die Umgebung. Da die Anfälle immer mehr epileptischen Charakter annahmen, wurde seine Rückverlegung schon aus Rücksichten der Sicherheit notwendig.

Anderseits waren doch auch erfreuliche Ergebnisse zu verzeichnen: Ein Tischler, der infolge rechtsseitiger Oberarmverrenkung eine Axillarislähmung davongetragen hatte, war unter den ersten Insassen. Er war ganz verzagt, konnte den abgemagerten Arm nicht heben, die Tränen traten ihm in die Augen, er fühlte sich überunglücklich. Auf freundliches Zureden gelang es, ihm zur Arbeit zu bestimmen; jetzt ist er der fleißigste und zufriedenste Arbeiter der Tischlerei geworden. Die Muskulatur hat sich gekräftigt. Zwei andere Verwundete habe ich operiert und ihre Granatsplitter entfernt; bei dem einen einen 10 cm tief im Gesäß sitzenden großen zackigen Granatsplitter, der eine monatelange Eiterung und Behinderung des Beines hervorgerufen hatte. Acht Tage nach der Operation war er geheilt und ist wieder zu dem Ersatzbataillon entlassen.

Jetzt nachdem sich die Abteilung, sowie die Lazarettwerkstätten gefüllt haben, habe ich den Eindruck gewonnen, daß die Leute im allgemeinen gern arbeiten, sofern es ihr Schaden irgend zuläßt; sie nehmen auch den ihnen zufließenden Lohn gern und schätzen ihn. Sie verdienen hier einen Stundenlohn von 0,15—0,20—0,35 bei einer Arbeitszeit von 8—12, 2—5 mit Ausnahme von Sonnabend-Nachmittag. Die Versteifungen, zum Teil auch die Lähmungen, werden durch die Arbeit günstig,

selbst offene Stellen und Fisteln häufig nicht nachteilig beeinflußt. Ich möchte sogar für viele Fälle annehmen, daß die körperliche Bewegung, die mit der Arbeit verbunden ist, eine bessere Durchblutung der kranken Teile hervorbringt und damit die Heilung beschleunigt.

Arbeit macht und erhält gesund und läßt das Leben wieder lebenswert erscheinen. Darum müssen wir die Arbeit als Heilfaktor benutzen, den Arbeitswillen durch Zureden und zutreffende aufheiternde Worte mit gelinden Zwang wecken und stärken. Hat der Kranke erst den Wert der Arbeit als Hilfsfaktor eingesehen und eine Besserung verspürt, so wird er auch seine Arbeitsfähigkeit ausnutzen und damit diese mehr und mehr fördern und entwickeln.

So kann man wohl sagen, daß durch das unwillkürliche, regelmäßige Zugreifen bei der Arbeit bessere Erfolge erzielt werden als durch orthopädische Uebungen, die oft nachlässig, soweit sie aktiv und von dem Willen des einzelnen abhängig sind, vorgenommen werden, und daß mit der zunehmenden Arbeitsfähigkeit und Geschicklichkeit der Arbeitsmut der Leute wächst, die durch die Gewöhnung an ihre geschädigten Gliedmaßen, durch größere Schulung ihrer gesunden Glieder, die für die erkrankten mit eintreten oder deren Mangel ausgleichen müssen, wieder brauchbare Mitglieder der menschlichen Gesellschaft werden.

Die Arbeitsvermittlung und die Erziehung unserer Kriegsbeschädigten zur Arbeit ist eine Aufgabe von hoher Bedeutung, die unserem Vaterlande nicht nur in wirtschaftlicher Hinsicht durch Erhaltung der Arbeitskraft und des Vermögens großen Nutzen schafft, sondern auch unsere Soldaten, die für ihr Vaterland gekämpft und geblutet haben, wieder zu arbeitsfreudigen, schaffensfreudigen zufriedenen Männern macht, sie vor dem Elend arbeitsloser stumpfsinniger Renten- und Almosenempfänger bewahren soll. Wir erfüllen damit eine Dankbarkeit gegenüber unseren Kriegern, die schwer für ihr Vaterland gelitten haben.

Ich hoffe, daß die Einrichtungen in Erfurt wesentlich mit dazu beitragen werden, diese für die Zukunft unserer armen Verletzten und Geschädigten, wie für unser geliebtes Vaterland wichtige Aufgabe zu erfüllen.

Aus dem Gesagten ergibt sich folgendes:

1. Die Beschäftigungsarbeiten der Lazarettinsassen haben einen arbeitstherapeutischen Wert, sowohl in bezug auf eine günstige Beeinflussung der Stimmung und das Gesamtbefinden, als auch in bezug auf eine Beseitigung von Finger- und Gelenkversteifungen. Sie passen für solche, die das Lazarett noch nicht verlassen können und für die eine regelrechte Arbeit nicht in Betracht kommt.

2. Die Arbeit der Kriegsbeschädigten in Werkstätten ist von arbeitstherapeutischem Wert; sie fördert die Heilung und Beseitigung von Gelenkversteifungen und in geeigneten Fällen auch die Heilung von nervösen Störungen.

3. Die Werkstättenarbeit ist sehr geeignet, unsere Kriegsbeschädigten an ihren alten Beruf zu gewöhnen, damit sie, wenn aus dem Heeresdienst entlassen, diesen ohne Zeitverlust und besondere Vorbereitungen wieder aufnehmen können. Anderseits ist sie sehr geeignet zur Erlernung eines neuen Berufs, in den die Kriegsbeschädigten nach Entlassung aus dem Heeresdienst eintreten können.

4. Die Werkstättenarbeit und die Arbeit in auswärtigen Betrieben sind von großem volkswirtschaftlichen Wert, weil dadurch andere Arbeitskräfte frei werden, die im Heeresdienst verwendet werden können.

5. Eine sorgfältige Ueberwachung der Arbeitenden in militärischer und militär-ärztlicher Hinsicht ist notwendig, um einerseits das Ziel zu erreichen, anderseits um Schäden zu verhüten.

Einige Punkte wären noch zu erwähnen:

1. Im allgemeinen gelten Lazarettinsassen, solange sie sich in ärztlicher Behandlung befinden, als invalide im Sinne der Reichsversicherungsordnung, weil sie nicht in der Lage sind, sich erwerblich zu betätigen. Die Aerzte werden deshalb wohl häufig derartige Anträge auf Gewährung von Invalidenrenten auszufüllen haben; dabei ist aber zu beachten, daß Krankenrente für vorübergehende Invalidität nur für die Zeit von der 26. Krankenwoche ab für weitere 26 Wochen gezahlt wird (§ 1255 R. V. O.).

Nach einer neueren Entscheidung des Reichs-Versicherungs-Amtes vom 23. Oktober 1916 (Die Arbeitsversorgung 1916, Heft 35) muß aber nicht unter allen Umständen während der Dauer einer militärischen Lazarettbehandlung Invalidität im Sinne des § 1255 bestehen. Bei der Prüfung der Invalidität kommt es ausschließlich darauf an, ob die Unfähigkeit des Versicherten die gesetzliche Verdienstgrenze zu erreichen die Folge von Krankheit und anderen Gebrechen ist. Dies ist lediglich vom Standtpunkte der Invalidenversicherung aus zu würdigen. Es ist die Frage so zu stellen, ob der Betreffende, wenn die Versicherungsanstalt das Heilverfahren durchgeführt hätte, nach Ablauf der ersten 26 Wochen seit Beginn Behandlungsbedürftigkeit zur Wiederherstellung oder Festigung seiner Erwerbsfähigkeit noch einer Anstaltspflege bedurft hätte, oder — bei Verneinung dieser Frage — ob nach diesem Zeitpunkt ärztliche Maßnahmen noch in einem solchen zeitlichen Umfang erforderlich gewesen wären, daß der Betreffende die Ausübung eines Erwerbes in einem die Erreichung der Verdienstgrenze ermöglichenden Umfang hätte unterlassen müssen. So hätte z. B. Massage, um die Beweglichkeit eines Gliedes weiter zu bessern, auch außerhalb des Lazaretts in der Sprechstunde des Arztes oder in einem medico-mechanischen Institut ausgeführt werden können und hätte nach der allgemeinen Lebenserfahrung täglich wohl nicht mehr als eine Stunde beansprucht. Der größte Teil des Tages hätte dem Betreffenden zur Ausübung

seines bürgerlichen Berufes zur Verfügung gestanden und er hätte in dieser Zeit mindestens $^1/_3$ des Verdienstes gleichartiger Arbeiter erzielen können.

Die Heeresverwaltung verfolgt bei der Lazarettbehandlung eben ein anderes weiteres Ziel als die Invalidenversicherung. sie will die Leute möglichst k. v. machen.

2. Die lohnbringende Beschäftigung und die Höhe des Verdienstes kann keine Veränderung oder Entziehung der Militärrente begründen; auch ist die Anrechnung des Verdienstes auf die Versorgungsgebührnisse unzulässig. Eine Verminderung dieser Rente kann nur bei einer wesentlichen Steigerung der Erwerbsfähigkeit eintreten. Die Fristen für die Nachuntersuchung sollen nicht zu kurz gestellt werden.

3. Die militärische Rente, mit der der Kriegsbeschädigte entlassen wird, wird nach dem Grade der Beschädigung oder Verstümmelung bemessen unter Berücksichtigung dessen, wie die Beschädigung gerade auf den Beruf des Mannes hindernd wirkt, nicht nach dem Grade der Geschicklichkeit wie der Mann gelernt hat, sich mit seiner Beschädigung abzufinden, nicht auch nach der Einnahme, die er erreicht.

4. Die Kriegszulage (jährlich 180 M.) ist solange fortzuzahlen, als der Versorgungsberechtigte in seiner Erwerbsfähigkeit in meßbarem Grade beschädigt ist.

5. Die Verstümmelungszulage (25 M. monatlich) kann nicht verändert werden.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die Mittelfränkische Kreisversammlung des Medizinal-Beamtenvereins in Nürnberg am 26. April 1917.

Anwesend als Regierungsvertreter: Herr Reg.- und Med.-Rat Dr. Miller; ferner die Herren Ob.-Med.-Rat Dr v. Merkel-Nürnberg, die Bezirksärzte und Med.-Räte Dr. Wetzel-Nürnberg, Dr. Spaet-Fürth, Dr. Federschmidt-Nürnberg, Dr. Raab-Ansbach, Dr. Karl Mayer-Hersbruck sowie die Bezirksärzte Dr. Bischoff-Erlangen, Dr. Schelle-Neustadt a. d. A., Dr. S. Merkel-Nürnberg, Dr. Hertel-Scheinfeld und Dr. Aschenbrenner-Weißenburg; die Landgerichtsärzte Dr. Kreuz-Nürnberg und Dr. Baumann-Fürth; ferner die Herren Dr. Illing-Neustadt (Aisch), Dr. v. Ebner-Nürnberg.

In Vertretung des bei Beginn der Sitzurg dienstlich verhinderten Kreisvorsitzenden begrüßt Landgerichtsarzt Dr. Kreuz die Anwesenden, insbesondere den Herrn Regierungsvertreter. Er erinnert an die schweren, aber erfolggekrönten Aufgaben, die den Aerzten durch den Krieg erwachsen sind, darunter auch den Amtsärzten insbesondere bei der Bekämpfung ansteckender Krankheiten, ferner der Arbeit, die ihnen nach dem Kriege bevorsteht.

I. a. Bezirksarzt Dr. Schelle-Neustadt a. A.: **Ueber die Pockenepidemie in Wilhermsdorf:** Die erste Kranke war eine Hausiererin; der zugezogene Arzt hatte Masern diagnostiziert und die P. zunächst nicht mehr gesehen; erst nach 8 Tagen wurde er wieder gerufen und stellte nunmehr Pocken fest. Es war ein leichterer Fall von Variolois. Da Isolierung im Krankenhause nicht möglich war, wurde das ganze Haus (2 Familien) abgesperrt. Es wurden die üblichen Impfungen, auch in den Nachbarorten, vorgenommen, die Schulen geschlossen, der Jahrmarkt verboten. Beim Suchen nach der Infektionsquelle brachte man heraus, daß in benachbarten Orten z. T. erst nachträglich erkannte Pocken vorgekommen waren, und daß die Kranke mit anderen Händlern dort zusammengekommen war. Diese hatten die Krankheit aus einem dritten Orte ein-

geschleppt, wo ebenfalls einige Pockenfälle festgestellt wurden, die auf einen Militärurlauber zurückzuführen waren, der kurz nach seiner Rückkehr im Osten an Pocken erkrankt war. In Wilhermsdorf wurden nur noch 2 Personen angesteckt, der Ehemann und der behandelnde Arzt; beide Erkrankungen verliefen leicht. Es galt, 200 Ansteckungsverdächtige zu beobachten, die jeden 3. Tag den Besuch des Amtsarztes erwarten mußten. Einer von ihnen erkrankte und kam in die Erlanger Klinik, wo die weitere Beobachtung nicht Pocken, sondern generalisierte Vakzine darstellte.

Redner betont die Schwierigkeit der Diagnose im Beginn und auch der abgelaufenen Fälle. Die Durchführung der gesetzlichen Maßnahmen vermochten die Ausbreitung der Seuche zu verhindern.

b. Med.-Rat Dr. Spaet-Fürth: **Ueber die Pockenepidemie in Cadolzburg:** Auch hier wurde die Diagnose im ersten Fall nicht sogleich gestellt; die Infektionsquelle war nicht aufzuklären. Vom ersten Fall wurden 10 angesteckt, leicht bis mittelschwer. Abgrenzung der Variolois von Variola ist nach Ansicht des Berichterstatters zwecklos. Mangels eines Krankenhauses wurden sämtliche Kranken in der „Waldschule" untergebracht. Von den mit den ersten Kranken in Berührung gekommenen Personen erkrankte der sechste Teil, vorwiegend Frauen. Von den unter 30 Jahre alten Personen erkrankte niemand, von den über 30 Jahre alten dagegen etwa die Hälfte, ein Beweis für den Impfschutz, der jenseits des 30. Lebensjahres rasch nachläßt. Eine Verschlimmerung der Erkrankung durch unmittelbar vorhergehende Impfung (Kumulierung) nach erfolgter Infektion war nicht zu beobachten. Eine Isolierung der Kranken wird durch die Impfung nicht überflüssig. Besonders wichtig ist die Erkennung des ersten Falles.

Besprechung.

Med.-Rat Dr. Wetzel-Nürnberg geht auf den letzten Punkt näher ein; auch bei zwei jüngst in Nürnberg vorgekommenen Ruhrfällen war die Meldung erst nachträglich erfolgt. Er berührte die Frage, ob die Desinfektion sich auf die Gegenstände des Krankheitsverdächtigen zu erstrecken habe. Daß durch Gegenstände, z. B. auch Briefe, Ansteckungen vermittelt werden können, hält er unter Mitteilung eines Falles für erwiesen. Wenn fälschlich Pocken diagnostiziert wurden, lag Erythema exsudativum multiforme vor.

II. Dr. Illing, Krankenhausarzt in Neustadt a. d. A. **spricht zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit auf dem Lande:** An der Hand von Tabellen gibt er einen Ueberblick über die Gesundheitsverhältnisse der Säuglinge seines Bezirkes. Die Sterblichkeit an Magendarmkrankheiten ist verhältnismäßig gering, 18,8 % gegen 36,1 % in Bayern. Das Stillen ist ziemlich allgemein, 86 %, bei Ehelichen sogar 90 %. Das ungünstige Element ist auf dem Lande in den schlechten Wohnungsverhältnissen zu suchen; die Räume sind eng, überheizt, nie gelüftet, die Kinder kommen selten ins Freie; die häufigen „Krämpfe" seien darauf zurückzuführen. Bei Infektionskrankheiten besteht keine Möglichkeit einer Isolierung. Zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit auf dem Lande ist daher in erster Linie Verbesserung der Wohnungsverhältnisse nötig. Zur Aufklärung wird ein Wohnungsmerkblatt empfohlen, das speziell die Haltung der Kinder berücksichtigt. Die soziale Lage hat großen Einfluß auf die Säuglingssterblichkeit, doch steht auf dem Lande als Ursache wirkliche Not zurück gegen schwer zu bekämpfende Gewohnheiten. Zur Förderung des Stillens, das immer das Wichtigste bleibe, sind zur Entschädigung für Verdienstentgang Geldunterstützungen unumgänglich. Die Gesetzgebung müsse mithelfen.

Besprechung.

Med.-Rat Dr. Federschmidt-Nürnberg weist auf die Kongruenz zwischen Absinken der Geburtshäufigkeit und Säuglingssterblichkeit hin und bespricht einige weitere Punkte der Säuglingsfürsorge.

Med.-Rat Dr. Raab-Ansbach möchte, daß die Erziehung zur Wohnungshygiene schon in der Schule ansetze.

Landgerichtsarzt Dr. Kreuz-Nürnberg berührt die Frage der Helferinnen und weist darauf hin, daß die meisten Kinder, die zugrunde gehen, schon in den ersten Tagen sterben.

III. Vorstandswahl. Die bisherigen Mitglieder werden durch Zuruf wiedergewählt und nehmen die Wahl an.

IV. Reg.- und Med.-Rat Dr. Miller macht Mitteilungen über **behördliche Maßnahmen in der Gesundheitspflege.** Die Säuglingswanderfürsorge ist seit 1. April d. Js. eingeführt und wird von zwei Fürsorgerinnen geübt, zunächst in den Bezirken Nürnberg-Land, Fürth, Schwabach und Lauf. Im Turnus von 3 Jahren sollen alle Bezirke Mittelfrankens von der Wanderfürsorge erfaßt werden. Die Fürsorgerinnen besuchen alle Säuglinge, die seit 1916 geboren sind; sie sollen ausschließlich aufklärend wirken; Kurierversuche sind ihnen verboten.

Die Volksspeisungsanstalten haben sich gut eingeführt, die gereichten Mengen sind reichlich, der Geschmack der Speisen befriedigend.

Die Ueberführung von Kindern auf das Land — von Nürnberg und Fürth 12000 — bewährt sich vortrefflich. Ursprünglich nur zur Erleichterung der Ernährungsschwierigkeiten gedacht, hat die Einrichtung auch den Wert einer Ferienkolonie.

Zur Bekämpfung der Kindsabtreibung sind die Masseusen zusammenberufen und ihnen die strafrechtlichen Bestimmungen ins Gedächtnis zurückgerufen. Sie sollen aufgefordert werden, einen Verein zu gründen. Den Hebammen wurde verboten, Okklusivpessare einzulegen unter Androhung der Entziehung ihrer Approbation, „wegen Unzuverlässigkeit gegen Unterschrift". Da sich bei Schwerarbeiterinnen die Frühgeburten gehäuft haben sollen, sind die Wirtschaftsstellen aufgefordert, Kriegsgefangene zu erbitten.

Zur Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten ist **frühzeitige** Anzeige durch die Aerzte erforderlich, erforderlichenfalls müsse strafend vorgegangen werden. Redner wünscht in manchen Punkten mehr Initiative der Amtsärzte.

Die Invaliditätsgutachten der Aerzte seien oft zu wohlwollend, durch die Rentenbewilligung den Kriegsinvaliden gegenüber hat sich die Finanzlage der L.V.R. sehr verschlechtert.

Besprechung.

Med.-Rat Dr. Wetzel-Nürnberg spricht über die Nürnberger Erfahrungen bezgl. der Mitwirkung der Aerzte bei der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten und meint ebenfalls, daß man strenger vorgehen müsse.

Landger.-Arzt Dr. Kreuz möchte hinsichtlich der Unterbrechung der Schwangerschaft insbesondere auch den Aerzten das Gewissen geschärft wissen. Das Gebot eines Consiliarius sei kein genügender Schutz, wie er auf Grund von Material näher ausführt. Es sollte, wie anderwärts, von jedem Fall der Schwangerschaftsunterbrechung der Staatsanwaltschaft Mitteilung zu machen sein.

Bericht über die Kreisversammlung des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins Kreis Oberfranken zu Kulmbach am 8. Juli 1917.

Anwesend 13 Med.-Beamte, darunter Herr K. Reg.- und Med.-Rat Dr. Schwink-Bayreuth.

I. Nach Begrüßung der Anwesenden, insbesondere des Herrn K. Reg.- und Med.-Rates, erstattet der Vorsitzende Med.-Rat Dr. Heißler-Bayreuth **Bericht über die wichtigsten Vorkommnisse** seit der letzten Kreisversammlung 1914 und sodann über die **Versammlung der Kreisvorsitzenden zu Nürnberg am 3. Juni 1917.** In dieser Versammlung ist das amtsärztliche Zeugnisgebührenwesen besprochen worden, das in seinen jetzigen Verhältnissen eine Beeinträchtigung der Amtsärzte hinsichtlich der ihnen gesetzlich zustehenden Gebühren darstellt, die durch Verordnungen immer mehr beschnitten werden. Dagegen Stellung zu nehmen sei Aufgabe des Landesverbandes. — Auch die Impfgebühren, ferner die 1915 in bekannter Weise beschnittenen Tagegelder, die ebensowenig mehr zureichen, wie das Regie-Aversum, bedürfen einer Erhöhung. Vorstellungen sollen an das K. Staats-Min. gerichtet

werden. — Ausführungen des Herrn K. Reg.- und Med.-Rates und des Vorsitzenden betr. Entlastung der Registratur führten zur Annahme des Antrages des Vorsitzenden auf alljährliche Ausscheidung des Ueberflüssigen.

II. Ergebnis der Wahlen: 1. Vorsitzender Med.-Rat Dr. Heißler-Bayreuth. 2. Stellv. Vorsitzender Med.-Rat Dr. Schneller-Bamberg. 3. Schriftführer und Kassierer Bezirksarzt Dr. Ernst-Teuschnitz.

III. Nach längeren Erörterungen darüber, daß die Amtsärzte Stellung nehmen müßten gegen das Verfahren der Landesversicherungsanstalt, wonach auf **Erstgutachten des Amtsarztes** ein Kontrollgutachten von einem praktischen Arzte des Ortes erholt wird, gelangte der Antrag des B.-A. Dr Hofmann-Naila zur Annahme „es solle weiterhin nicht gestattet sein, daß Kontrollgutachten durch einen praktischen Arzt abgegeben werden, wenn das 1. Gutachten vom Amtsarzte erholt war."

IV. Annahme fand ein Antrag auf **Erhebung eines außerordentlichen einmaligen Beitrages** von 1 M. von den Mitgliedern zur Deckug der laufenden Vereinskosten. — Eine Landesversammlung ist auch für 1917 nicht geplant.

Weitere Erörterungen drehten sich um Fragen, die mit den Kriegsverhältnissen zusammenhängen (Versorgung der Kranken und kleinen Kinder usw.).

Bezirksarzt Dr. Ernst-Teuschnitz.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

Kriegsbeschädigtenfürsorge.

Kriegsblinden-Fürsorge. Von San.-Rat Dr. Seeligsohn, Augenarzt in Berlin. Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin; 1917, Nr. 10 und 11.

Vielfach ist schon früher der Versuch gemacht, Erblindete ihrem alten Berufe zu erhalten oder einem neuen zuzuführen, man muß dabei nur berücksichtigen, daß die Blinden an solche Stellen kommen, wo sie eine vollwertige und anregende Arbeit leisten können. Die Siemens-Schuckertwerke beschäftigen jetzt Kriegsblinde, nachdem sie Vorstudien mit halb- und dreiviertelblinden Mädchen und Männern gemacht hatten. Die Arbeiten erfolgen teils mit der Hand, teils an größeren und kleineren Maschinen. Die Maschinen müssen so eingerichtet werden, daß eine Berührung mit den beweglichen und kreisenden Teilen nach Möglichkeit ausgeschlossen ist. Es muß eine beschränkte Arbeitszeit und ein Mindestlohn festgelegt werden. Um den Weg zur Fabrik gefahrlos zu gestalten, müssen in nächster Nähe des Werkes oder der Fabrik Wohnungen für die Blinden eingerichtet werden. Eine gewisse Anzahl der Erblindeten hat allerdings die Arbeit wieder eingestellt, weil sie angeblich die einförmige gleichmäßige Arbeit im Fabrikbetriebe nicht aushalten können. Es wird noch längerer Zeit und größerer Erfahrung bedürfen, bis der richtige Weg gefunden ist. Dr. Hoffmann-Berlin.

Die Beratungsstelle in der Fürsorge für die Kriegsverletzten. Von Dr. Markus, Vertrauensarzt der Kriegsbeschädigtenfürsorge. Monatsschrift für Unfallheilkunde und Invalidenwesen; 1917, Nr. 1.

Dadurch, daß die Kriegsbeschädigtenfürsorge sich auch die Unterbringung der Kriegsverletzten in einem Berufe zur Aufgabe gemacht hat, ist sie weit über die Ziele der Friedensfürsorge für Unfallverletzte hinausgegangen. Dazu ist die Einrichtung einer Beratungsstelle notwendig geworden; dieser leisten die verschiedensten Fürsorgeorgane (Berufsberater, Unterausschüsse) die notwendigen Vorarbeiten: Beeinflussung der Kriegsverletzten bereits im Lazarett im Sinne der Wiederaufnahme der Arbeit, Prüfung der persönlichen und sachlichen Verhältnisse, Einwirkung auf die Arbeitgeber behufs Wiedereinstellung Kriegsverletzter usw. Auf diese Weise wird schon eine große Anzahl Kriegsverletzter ohne Mitwirkung der Beratungsstelle oder so untergebracht, daß dies nur die Arbeitsvermittlung übernimmt. Erst wo diese Arbeit nicht zum Ziele führt, tritt die Beratungsstelle und zwar in erster Linie zur Feststellung der Berufsbrauchbarkeit ein. Sachverständige dafür sind zunächst der Verletzte selbst, zweitens der Arbeitgeber, der als Leiter eines großen Betriebes einer-

seits alle Beschäftigungsmöglichkeiten des Berufes übersehen, anderseits aber aus eigener Erfahrung auch alle Arbeiten selbst genau kennen muß, und drittens der Arzt, der auf dem Gebiete der sozialen Fürsorge bereits besondere Erfahrung besitzt und das Gutachten der beiden ersten Sachverständigen besonders dahin zu ergänzen hat, als er den zu erwartenden gesundheitlichen Dauerzustand abschätzt. Der wichtigste abschließende Schritt der Beratung ist dann die eigentliche Berufsberatung, die auf Grund des gesamten gesammelten Materials, der sachverständigen Gutachten, der genauen Bekanntschaft mit dem Verletzten und der Kenntnis des Arbeitsmarktes vom Leiter der Beratungsstelle in persönlicher Rücksprache mit dem Verletzten vorgenommen wird. Dieses Amt soll nur im Hauptamt versehen und mit Männern besetzt werden, die sich auf dem Gebiete der sozialen Friedensfürsorge besondere Erfahrung angeeignet und dafür Verständnis und warmes Interesse bewiesen haben. Dr. Rehberg-Rathenow.

Bisherige Leistungen der Kriegskrüppelfürsorge in Schleswig-Holstein. Von Landesversicherungsrat Hansen. Zeitschrift für Krüppelfürsorge; 1917, Nr. 1.

Wie in allen preußischen Provinzen steht auch in Schleswig-Holstein an der Spitze der Organisation der Landeshauptmann, ihm zur Seite ein Unterbau, der in den Verwaltungen der großen Städte und Kreisverwaltungen seine Grundlage besitzt. Die hier tätigen Fürsorgestellen wirken zunächst bei der gesundheitlichen und funktionellen Wiederherstellung der Verletzten mit, lassen sie dann aber auch nach der Entlassung noch durch besondere Vertrauensärzte und Vertrauensmänner aufsuchen und fördern, überweisen sie zur Nachbehandlung an bestimmte Fachanstalten und leiten die Fort- und Ausbildung tunlichst für den früheren Beruf. Die Arbeitsvermittlung endlich geschieht durch die örtlichen Fürsorgestellen und, wo diese nicht zum Ziele kommen, durch die Provinzialfürsorgestelle; später soll sie den über die ganze Provinz verteilten öffentlichen Arbeitsnachweisstellen übertragen werden.

Dr. Rehberg-Rathenow.

Schullazarett Braunschweig. Von Dr. Schlee in Braunschweig, Stabsarzt d. L. Zeitschrift für Krüppelfürsorge; 1917, Nr. 1.

In Braunschweig wurden von vornherein alle Zweige der Kriegsinvalidenfürsorge in einer Zentralstelle unter einem Dach vereinigt und dadurch ein vielfach begangener Fehler, der in der Zersplitterung der einzelnen Bestrebungen liegt, vermieden. Die Arbeit begann im Frühjahr 1915 mit Aufklärung der maßgebenden Stände, besonders der Arbeitgeber, die für rege Mitarbeit und Wiederbeschäftigung Invalider gewonnen werden mußten. Bald darauf folgte die Gründung des Landesausschusses für das Herzogtum Braunschweig, die Bildung von Unterausschüssen und die Arbeit der Berufsberatung, Berufs-Um- und Neuschulung und Erwerbsvermittelung begann. Am 3. 2. 1916 wurde das Schullazarett eröffnet. Die ärztliche Behandlung besteht hier, weil die Zöglinge erst nach möglichst abgeschlossener Lazarettbehandlung überwiesen werden, fast nur in Bandagentherapie. Die Ausbildung umfaßt vor allem theoretischen Unterricht und in fast allen Gewerben praktische Uebungen in den Werkstätten; diese bleiben aber immer nur Uebungswerkstätten und bilden die Vorschule für die Werkstätten in der Stadt, in denen die Lernenden dann die abschließende Berufsausbildung erhalten. Gleichzeitig setzt die Berufsberatung unter Mithilfe einer großen Anzahl von Fachberatern ein, an deren Spitze der Generalsekretär des Landesausschusses als geschäftsführender Berufsberater ständig tätig ist. Der letzte Teil, die Stellenvermittelung, ist oft der schwierigste Abschnitt der Fürsorgetätigkeit und erfordert häufig eingehendste Persönlichkeitsarbeit, um Arbeitgeber und -nehmer dauernd zusammenzubringen. Dr. Rehberg-Rathenow.

Verhältnis der Ortskrankenkassen zu den Kriegsbeschädigten. Von Rechtsanwalt Dr. Baum in Berlin. Zeitschrift für Krüppelfürsorge; 1917, Nr. 1.

Die Pflicht der Krankenhilfe gegenüber kriegsbeschädigten Kriegsteilnehmern besteht für 26 Wochen, wenn diese sich freiwillig selbst weiter versichert oder (wie z. B. in Leipzig) von Kommunen weiter versichert

werden, ferner nach Erlöschen der Versicherung, wenn der Kriegsteilnehmer 6 Wochen vor der Einberufung oder während der letzten 12 Monate mindestens 26 Wochen lang versichert war und der Versicherungsfall innerhalb der ersten 3 Wochen nach dem Ausscheiden aus der Kasse eintritt. Nach der Bundesratsbekanntmachung vom 14. 6. 1916 besteht sie jetzt auch dann, wenn die Erkrankung im Ausland eintritt. Der Wiedereintritt der zurückkehrenden Krieger in die Krankenversicherung erfolgt in den meisten Fällen dann, wenn sie eine Erwerbsarbeit übernehmen; während der Zeit der Arbeitstherapie ruht die Versicherungspflicht, ebenso bei schwerer Körperbeschädigung auf Antrag des Versicherungsnehmers dann, wenn dieser nur noch zum kleinen Teil erwerbsfähig ist; solchen Anträgen soll jedoch tunlichst entgegengearbeitet werden. Wenn die Heeresverwaltung auch Ersatzstücke und dergl. zeitlebens liefern will und bis zur Feststellung des Versorgungsanspruchs auch die Krankenhilfe leistet, so werden die Lasten der Krankenkassen durch Behandlung aller chronischen Kriegschäden doch so ungeheuere werden, daß sich die Allgemeinheit daran in irgendeiner Form wird beteiligen müssen.

Dr. Rehberg-Rathenow.

Besprechungen.

Prof. Dr. **A. Grotjahn**-Berlin u. Stadtrat Dr. phil. **Kriegel**-Berlin: **Jahresbericht über Soziale Hygiene, Demographie und Medizinalstatistik sowie alle Zweige des sozialen Versicherungswesens.** Veröffentlichungen auf dem Gebiete der Medizinalverwaltung; VI. Bd., 5. H. Berlin 1917. Verlag von Richard Schoetz. Gr. 8°, 255 S. Preis: 8 M.

Der Jahresbericht erscheint diesmal insofern in einem neuen Rahmen, als die früheren Abschnitte „Chemik", „Hygiene", "Referate", „Kongresse" und „Gesetzeslehre" fortgefallen sind und sich die Verfasser lediglich auf eine Zusammenstellung der an den verschiedensten Stellen verstreuten einschlägigen Literatur beschränkt haben. Es ist dies zweifellos eine wesentliche Verbesserung in bezug auf die Brauchbarkeit des Jahresberichts; denn die Bibliographie, die schon früher den wertvollsten Teil des Jahresberichts bildete, konnte jetzt so vollständig ausgestaltet werden, daß sie es den Medizinalbeamten, Aerzten, Hygienikern usw. ermöglicht, sich jederzeit durch Nachschlagen über das zu unterrichten, was auf dem Gebiete der Hygiene, Medizin und physischer Wohlfahrtspflege an allgemein interessierenden Veröffentlichungen des In- und Auslandes erschienen ist. Der Jahresbericht ist demzufolge eine wertvolle Ergänzung der „Veröffentlichungen auf dem Gebiete der preußischen Medizinalverwaltung", in deren Rahmen er künftighin weiter erscheinen soll. Rpd.

Tagesnachrichten.

Am Schluß des dritten Kriegsjahres hat Se. Majestät der Kaiser nachfolgenden **„Aufruf an das deutsche Volk"** erlassen:

„Drei Jahre harten Kampfes liegen hinter uns. Mit Leid gedenken wir unserer Toten, mit Stolz unserer Kämpfer, mit Freude aller Schaffenden, schweren Herzens derer, die in Gefangenschaft schmachten. Ueber allen Gedanken aber steht der feste Wille, daß dieser Kampf gerechter Verteidigung zu gutem Ende geführt wird. Unsere Feinde strecken die Hand nach deutschem Lande aus. Sie werden es niemals erlangen. Sie treiben immer neue Völker in den Krieg gegen uns. Das schreckt uns nicht. Wir kennen unsere Kraft und sind entschlossen, sie zu gebrauchen. Sie wollen uns schwach und machtlos zu ihren Füßen sehen, aber sie zwingen uns nicht. Unseren Friedensworten sind sie mitHohn begegnet. So haben sie wieder erfahren, wie Deutschland zu schlagen und zu siegen weiß. Sie verleumden überall in der Welt den deutschen Namen. Aber sie können den Ruhm der deutschen Taten nicht vertilgen.

So stehen wir unerschüttert, sieghaft und furchtlos am Ausgang dieses Jahres. Schwere Prüfungen können uns noch beschieden sein. Mit Ernst und Zuversicht gehen wir ihnen entgegen. In drei Jahren gewaltigen Vollbringens ist das deutsche Volk fest geworden gegen alles, was Feindesmacht ersinnen

kann. Wollen die Feinde die Leiden des Krieges verlängern, so werden sie auf ihnen schwerer liegen als auf uns.

Was draußen die Front vollbringt, die Heimat dankt dafür durch unermüdliche Arbeit. Noch gilt es weiter zu kämpfen und Waffen zu schmieden. Aber unser Volk sei gewiß: Nicht für den Schatten hohlen Ehrgeizes wird deutsches Blut und deutscher Fleiß eingesetzt, nicht für Pläne der Eroberung und Knechtung, sondern für ein starkes und freies Reich, in dem unsere Kinder sicher wohnen sollen."

Ernennungen. Im Deutschen Reich wie im Königreich Preußen hat ein großer Personenwechsel in den höchsten Staatsämtern stattgefunden: An Stelle des bisherigen Reichskanzlers und preußischen Ministerpräsidenten Dr. v. Bethmann-Hollweg ist der bisherige preußische Staatskommissar für Volksernährung Dr. Michaelis getreten; außerdem sind Oberbürgermeister Wallraf in Cöln a. Rh. und Bürgermeister Dr. Schwander in Straßburg i. Els. zu Unterstaatssekretären im Reichsamt des Innern ernannt, unter Verleihung des Charakters als Wirkl. Geh. Rat und dem Prädikat Exzellenz. Ausgeschieden ist der bisherige Unterstaatssekretär im Reichsamt des Innern Dr. Richter. Ferner ist Staatssekretär Dr. Helferich von der Leitung des Reichsamts des Innern entbunden; er behält jedoch die bisherige Vertretung des Reichskanzlers und bleibt Mitglied des Staatsministeriums. Aus dem Reichsamt des Innern soll ein Reichswirtschaftsamt ausgeschieden werden und diesem die Handels- und Wirtschaftspolitik sowie die Sozialpolitik zufallen, während dem verkleinerten Reichsamt des Innern neben den innerpolitischen Angelegenheiten auch militärische, kulturelle und wissenschaftliche verbleiben. Zu Leitern dieser beiden sind die vorgenannten, zunächst zu Unterstaatssekretären ernannten Oberbürgermeister Wallraf (Reichsamt des Innern) und Bürgermeister Dr. Schwander (Reichswirtschaftsamt) bestimmt. Weiterhin ist der bisherige Oberpräsident v. Waldow in Stettin zum Staatsminister und Mitglied des Staatsministeriums sowie zum Staatskommissar für Volksernährung ernannt, und ihm gleichzeitig die Leitung des Kriegsernährungsamtes an Stelle des bisherigen Präsidenten v. Batocki übertragen. Zu Unterstaatssekretären in diesem Amte sind der bayerische Ministerialdirektor und Staatsrat Edler von Braun und der schon bisher in ihm tätige Sozialdemokrat, Dr. August Müller, früher geschäftsführendes Vorstandsmitglied des Zentralverbandes deutscher Konsumvereine in Hamburg, ernannt worden. Von dem in Preußen erfolgten Ministerwechsel interessiert die Leser dieser Zeitschrift besonders derjenige im Ministerium des Innern, wo der bisherige Unterstaatssekretär Dr. Drews an Stelle des Ministers v. Loebell getreten ist, und derjenige im Kultusministerium, wo der Ministerialdirektor Dr. Schmidt zum Nachfolger des bisherigen Kultusminister Dr. von Trott zu Solz ernannt ist.

Unter der Ueberschrift „**Neue Teuerungszulagen für die Beamten**" schreibt die „Norddeutsche Allgemeine Zeitung":

„Die kürzlich gemeldeten Verhandlungen über die Gewährung von Kriegsteuerungszulagen an die Beamten sind nunmehr in Preußen und im Reich zum Abschluß gebracht. Die preußische Staatsregierung hat in Aussicht genommen, vom 1. Juli 1917 ab allen Beamten mit einem Diensteinkommen bis zu 13000 Mark (ohne Wohnungsgeldzuschuß) eine laufende jährliche Kriegsteuerungszulage zu zahlen, deren Höhe sich nach der Zugehörigkeit der Beamten zu den in dem Gesetz vom 25. Juni 1910 für den Wohnungsgeldzuschuß vorgesehenen Tarifklassen 5, 4, 3 und 2 bemißt. Es erhalten die verheirateten planmäßigen Beamten entsprechend den vier Tarifklassen jährlich 360, 550, 720 und 900 Mark. Dazu treten für jedes Kind 10 v. H. dieses Grundbetrages, so daß z. B. ein Beamter der fünften Tarifklasse mit fünf Kindern 360 Mark und fünfmal 36 Mark = 540 Mark erhält. Unverheiratete planmäßige Staatsbeamte mit einem Diensteinkommen von mehr als 6000 Mark erhalten 300 Mark mehr in allen Tarifklassen. Diätare werden behandelt wie die planmäßigen Beamten der Tarifklasse, an deren Stelle sie zur Erstanstellung gelangen; die Lohnangestellten höherer Ordnung werden entsprechend der Art ihrer Tätigkeit entsprechend eingereiht. Für eine gleichmäßige Berücksichtigung

der Volksschullehrer sind Mittel bereitgestellt. Auch ist die Gewährung von Zulagen an Geistliche in die Wege geleitet. Die Zahlungen werden nach Möglichkeit noch im Monat August angewiesen werden. Neben diesen Kriegsteuerungszulagen bleiben die bisher schon gezahlten laufenden Kriegsbeihilfen[1]) ungeschmälert aufrechterhalten.

Abweichend von den bisherigen Bestimmungen, die sonst im allgemeinen bestehen bleiben, werden zu den Kindern, für die Zulagen gewährt werden, ohne Rücksicht auf eine feste Altersgrenze, alle die gerechnet, die sich noch in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder aus sonstigen Gründen (Krankheit usw.) von den Eltern unterhalten werden müssen. Nicht hierher gehören daher in der Regel Kinder mit einem Einkommen und im Felde Stehende.

Entsprechende Zulagen werden auch den Reichsbeamten gewährt.

Die bis zum 31. Dezember d. J. dauernde **Amtsdauer der preußischen Aerztekammern, der Zahnärztekammern und der Apothekerkammern** ist durch Königl. Verordnung vom 19. Juli d. J. nochmals um ein Jahr verlängert.

Nachruf. Am 28. v. M. ist der Geh. Med.-Rat Dr. **Eduard Heyl** in Berlin nach längerem Leiden, das er sich im Felde zugezogen hatte, im Alter von 60 Jahren gestorben. Seit dem vor 6 Jahren erfolgten Tode des Geheimrats Dr. Aschenborn war er als ständiger ärztlicher Hilfsarbeiter in der Medizinalabteilung des Ministeriums des Innern tätig, hat als solcher die ärztlichen Standesinteressen mit großer Sachkenntnis und warmem Herzen wahrgenommen, und sich bei seinen Berufsgenossen das vollste Vertrauen und die größte Hochachtung erworben. Auch in den Kreisen der Medizinalbeamten erfreute er sich großen Ansehens und allgemeiner Beliebtheit. Mit Beginn des Krieges war er begeistert ins Feld geeilt und hatte sich hier sehr bald das Eiserne Kreuz II. Klasse erworben. Krankheit zwang ihn schließlich in die Heimat zurückzukehren, wo es ihm leider nicht gegönnt gewesen ist, Heilung und Genesung zu finden. Ehre seinem Andenken! Friede seiner Asche!

Ehren-Gedächtnistafel. Für das Vaterland gefallen oder gestorben:

Feldhilfsarzt J. Baer-Bewerunge-Letmathe (Westfalen).
Oberstabsarzt Dr. Henke-München.
Oberstabsarzt d. R. Geh. Med.-Rat Dr. **Heyl**-Berlin (inf. von Krankh. gest.).
Stabsarzt d. Res. Dr. Michael Hofbauer-Regensburg.
Assistenzarzt d. Res. Dr. Kanngieß.
Oberarzt d. Res. Dr. Karl König-St. Johann (Reg.-Bez. Trier).
Feldunterarzt Karl Lederer aus Hof (infolge von Krankheit gestorben).
Stabsarzt Dr. H. Meyer-Frenke.
Feldunterarzt Walter Meyer-Pfaffendorf (infolge von Krankheit gest.).
Marinestabsarzt Dr. Karl Neumann-Wilhelmshaven.
Assistenzarzt d. Res. Dr. Georg Orkin-Hildesheim.
Assistenzarzt d. Res. Dr. Posern-Apolda.
Feldunterarzt F. Prang-Trenkitten.
Oberstabsarzt d. L. Dr. Ernst Reuter-Lübeck (inf. von Krankh. gest.).
Feldunterarzt A. Saalborn-Bad Kösen (infolge von Krankheit gest.).
Assistenzarzt d. Res. Dr. Specht-Dudweiler (Reg.-Bez. Trier).
Assistenzarzt d. Res. Dr. Walter Siebenlist-Oederan i. Sachsen.
Oberarzt Dr. H. Volger-Sibbesse (Reg.-Bez. Hildesheim).
Stabsarzt Dr. Eugen Wollenberg-Marienburg.

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten:

Das Eiserne Kreuz I. Klasse:

Stabsarzt d. L. Dr. Heinrich Bahr-Lahr i. Baden.
Stabs- u. Reg.-Arzt Dr. Alfred Bausenwein-Landau (Pfalz).
Stabsarzt d. L. u. Regt.-Arzt Erhard Carl-Augsburg.
Oberstabsarzt Dr. Robert Dolger-Frankfurt a. M.

---

[1]) Siehe Nr. 8 dieser Zeitschrift, S. 260.

Stabsarzt d. Res. Dr. Flörcken-Paderborn.
Oberstabsarzt d. L. u. Regt.-Arzt Dr. Karl Frank-Kirchheim-Teck (Württemberg).
Stabsarzt d. Res. u. Reg.-Arzt Dr. Freimann-Leipzig.
Oberarzt Dr. Franz Girneindl.
Stabsarzt d. L. Dr. Ernst Glang-Königsberg i. P.
Stabsarzt Dr. Artur Jähne-Straßburg i. Els.
Oberarzt d. Res. Dr. Kipp-Münster i. W.
Stabsarzt Dr. Kuhlencordt-Oldendorf (Reg.-Bez. Stade).
Stabsarzt d. L. San.-Rat Dr. **Christof Müller**, bezirksärztlicher Stellvertreter in Immenstadt (Allgäu).
Stabsarzt d. Res. Dr. Romm-Johannisburg (Reg.-Bez. Allenstein).
Oberstabsarzt d. L. San.-Rat Dr. Schweppe-Hannover.
Oberarzt Dr. Vogel-Freiburg i. Breisgau.

Pockenerkrankungen sind im Deutschen Reich vom 22. Juli bis 4. August 11 und 5, außerdem aus der Vorwoche noch 3 Fälle gemeldet; im Kaiserl. Deutschen Gouvernement Warschau vom 15.—21. Juli: 1.

Die Zahl der **Fleckfiebererkrankungen** betrug im Deutschen Reich vom 22. Juli bis 4. August: — und 7, im Deutschen Gouvernement Warschau vom 15.—21. Juli: 382 (ausschließlich bei der Zivilbevölkerung) mit 42 Todesfällen, in Ungarn vom 18. Juni bis 1. Juli: 5 und 2.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 8. bis 21. Juli 1917 erkrankt (gestorben) an Pest, Gelbfieber, Malaria, Rückfallfieber, Aussatz, Rotz: — (—) — (—); Tollwut: 7 (—), — (—); an Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 2 (—), 8 (—); Milzbrand: 2 (—), 1 (1); Trichinose: 1 (1), — (—); Pocken: 14 (1), 21 (—); Unterleibstyphus: 461 (27), 455 (48); Ruhr: 1139 (74), 1281 (100); Diphtherie: 1488 (75), 1402, (71); Scharlach: 616 (21), 610 (22); Kindbettfieber: 35, (12), 49 (18); übertragbare Genickstarre: 6 (2), 4 (4); Fleischvergiftung: 9 (2), 3 (1); Körnerkrankheit (erkrankt): 52, 47; Tuberkulose (gest.): 1134, 1018.

Deutscher und Preußischer Medizinalbeamten-Verein.

Der Vorstand der beiden Vereine hat beschlossen, daß auch in diesem Jahre eine Hauptversammlung nicht abgehalten werden soll, aber ebenso wie im Vorjahre wenigstens die Geschäftsberichte veröffentlicht werden sollen.

A. Geschäfts- und Kassenbericht des Deutschen Medizinalbeamtenvereins für das Jahr 1916.

Die **Mitgliederzahl** betrug am Ende des Jahres 1915: 1552; sie ist leider während des Berichtsjahres infolge des Krieges weiter gesunken, denn dem Abgang von 36 Mitgliedern durch Tod und 59 Mitgliedern durch Austritt steht nur ein Zugang von 25 neuen Mitgliedern gegenüber, so daß die Gesamtzahl der Mitglieder am Schluß des Jahres nur noch 1482 betrug. Von den Verstorbenen sind 13 auf dem Felde der Ehre gefallen oder während ihrer Tätigkeit im Militärdienst verstorben (die Namen dieser Mitglieder sind nachstehend fett gedruckt); Ehre ihrem Andenken!

Die Namen der verstorbenen Mitglieder sind:

1. Dr. Auer, Med.-Rat, Bezirksarzt a. D. in München.
2. „ **Behrendt**, Med.-Rat, Kreisarzt in Tilsit (Ostpreußen).

3. Dr. **Bosse,** prakt. Arzt in Kosten (Posen), während seiner Tätigkeit als Kreisarzt in Russisch-Polen gestorben.
4. „ Bruhn, Med.-Rat, Kreisarzt in Segeberg (Holstein).
5. „ **Doebert,** Kreisarzt in Beeskow (Brandenburg).
6. „ **Dütschke,** Geh. Med.-Rat, Reg.- und Med.-Rat in Stettin (gestorben während seiner Tätigkeit als Prov.-Delegierter des Roten Kreuzes).
7. „ **Fehrs,** Kreisarzt in Czarnikau (Posen), als Kreisarzt in Russisch-Polen an Fleckfieber gestorben.
8. „ Fränken, Geh. Med.-Rat und Professor in Halle a. S.
9. „ Freyer, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Stettin, Mitglied des Provinzial-Medizinalkollegiums.
10. „ **Frotzscher,** Oberarzt an der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Treysa (Reg.-Bez. Kassel).
11. „ Herzog, Bezirksarzt in Weinheim (Baden).
12. „ **Horn,** Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Tondern, während seiner militärischen Tätigkeit gestorben.
13. „ Karrer, Med.-Rat, Direktor der Kreisirrenanstalt in Klingenmünster (Pfalz).
14. „ Krämer, Bezirksarzt in Nördlingen (Schwaben).
15. „ **Krinner,** prakt. Arzt in Waldmünchen (Oberpfalz), während seiner Tätigkeit als Kreisarzt in Russisch-Polen gestorben.
16. „ Landgrebe, Med.-Rat und Kreisarzt in Neustettin (Pommern).
17. „ **Leonhard,** Kreisarzt in Daun (Rheinland), in Feindesland an Fleckfieber gestorben.
18. „ Löscher, Physikus in Remptendorf (Reuß ä. L.).
19. „ Maire, prakt. Arzt in Fürstenberg a. O. (Brandenburg), staatsärztlich approbiert.
20. „ Matthes, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Breslau.
21. „ **Müller,** Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Konitz (Westpreußen), während seiner militärischen Tätigkeit gestorben.
22. „ Neidhardt, Reg.- und Med.-Rat in Landshut.
23. „ **Nünninghoff,** Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Bielefeld, Chefarzt eines Vereinslazaretts.
24. „ Philipp, Geh. Med.-Rat in Liegnitz.
25. „ Rank, Ober-Med.-Rat in Friedrichshafen (Württemberg), früher Direktor der Landesirrenanstalt in Weißenau.
26. „ **Rauhut,** prakt. Arzt in Eberswalde (Rgbz. Potsdam), staatsärztl. approb.
27. „ Richter, Geh. Med.-Rat, Reg.- und Med.-Rat in Dessau.
28. „ Schawaller, Kreisarzt in Tilsit (Ostpreußen).
29. „ **Schmidt,** Med.-Rat, Kreisarzt in Warendorf (Westfalen), als Kreisarzt in Russisch-Polen gestorben.
30. „ **Schow,** Med.-Rat, Kreisarzt in Neustadt (Holstein).
31. „ Steinhuber, Med.-Rat, Bezirksarzt in Passau.
32. „ **Stoll,** Oberamtsarzt in Tübingen.
33. „ Wallichs, Geh. San.-Rat, Kreisphysikus a. D. in Altona.
34. „ Wege, Med.-Rat, Kreisarzt in Gummersbach (Rheinland).
35. „ Werner, Bez.-Arzt in Gerolshofen (Unterfranken).
36. „ Wiedner, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Kottbus (Reg.-Bez. Frankfurt).

Der **Rechnungsabschluß** stellt sich wie folgt:

a. Einnahmen.

Vermögensbestand am 1. Januar 1916	6844,29 M.	
Mitgliederbeiträge (darunter 156 Mark aus den Vorjahren)	9972,00 „	
Zinsen und sonstige Ausgaben	315,02 „	
Zusammen:		17 131,31 M.

b. Ausgaben.

Für Bezug der Zeitschrift und Drucksachen . .	6820,00 M.	
Büro-, Reise-, Porto- und sonstige Kosten . .	1358,45 „	
Zusammen:		8 178,45 M.

Das Vermögen des Vereins stellte sich somit am Jahreschluß 1916 auf 8952,86 M., also 2108,57 M. höher als im Vorjahre. Von diesem Vermögen sind 5782,50 M. (Nennwert: 6000 M.) in IV. und V. Kriegsanleihe angelegt; der Rest von 3170,36 M. als Bankguthaben vorhanden. Für die VI. Kriegsanleihe sind 5000 M. gezeichnet, die durch das Bankguthaben und den voraussichtlichen Ueberschuß im Geschäftsjahr 1917 gedeckt werden.

Von den am Schluß des Jahres 1915 noch rückständigen Beiträgen (240 M.) sind 156 M. eingegangen, der aus den Jahren 1914 und 1915 stammende Restbetrag mußte als nicht einziehbar niedergeschlagen werden. Im Berichtsjahre sind nur drei im Felde stehende Mitglieder mit ihrem Beitrag (zusammen 36 M.) rückständig geblieben.

Die Rechnungen und Belege sind ebenso wie die Kasse von den Vereinsmitgliedern, Geh. Med.-Rat Dr. Schlüter, Kreisarzt in Gütersloh, und Med.-Rat Dr. Loer, Kreisarzt in Paderborn, geprüft und richtig befunden.

Minden i. W., im Juni 1917.

Der Vorstand des Deutschen Medizinalbeamtenvereins.

I. A.:

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund-Minden i. W., Vorsitzender.	Physikus Dr. Sieveking in Hamburg, Schrift- u. Kassenführer.

B. Geschäfts- und Kassenbericht des Preußischen Medizinalbeamtenvereins für das Jahr 1916.

Die **Mitgliederzahl** betrug am Ende des Jahres 1915: 831; davon sind im Laufe des Jahres 25 gestorben, 18 endgültig oder einstweilen (während des Krieges) ausgetreten. Neuaufgenommen sind nur 12 Mitglieder, so daß deren Gesamtzahl am Schluß des Jahres auf 800 gesunken ist.

Die Namen der verstorbenen Mitglieder sind aus dem vorstehenden Geschäftsbericht des Deutschen Medizinalbeamtenvereins ersichtlich.

Der **Rechnungsabschluß** stellt sich wie folgt:

a. Einnahmen.

Barbestand am 1. Januar 1916	1 111,21 M.	
Mitgliederbeiträge (darunter 810 M. rückständige aus den Jahren 1914/15)	12 405,00 „	
Zinsen und sonstige Einnahmen	737,11 „	
Zusammen:		14 253,32 M.

b. Ausgaben.

Für Bezug der Zeitschrift und Drucksachen . .	8068,00 M.	
Beitrag an den Deutschen Medizinalbeamtenverein	1560,00 „	
Büro-, Reise-, Porto- und sonstige Kosten . . .	800,38 „	
Zusammen:		10 428,38 M.

Es bleibt somit ein Ueberschuß von 3824,94 M., der sich jedoch nach Abzug des vorjährigen Barbestandes (1111,21 M.) und der im Berichtsjahre eingegangenen Restbeträge aus den Vorjahren (810 M.) auf 1903,73 M. ermäßigt. Das am Schluß des Jahres 1915 vorhandene Vereinsvermögen (7003,71 M.) hat sich nach Niederschlag von 225 M. nicht einziehbarer Mitgliederbeiträge aus den Jahren 1914/15 auf 8682,44 M. erhöht. Von diesem Vermögen sind 4385 + 2882,50 = 7267,50 M. (Nennwert 7500 M.) in Deutscher Kriegsanleihe (III., IV. u. V.) angelegt, 942,44 M. als Bankguthaben vorhanden und 472,50 M. rückständige Beiträge aus 1914/15 von Mitgliedern, die im Felde stehen. Dazu kommen noch 600 M. rückständige Beiträge aus dem Jahre 1916, die diesmal in den Vermögensbestand entgegen dem früheren Gebrauche nicht eingerechnet sind. Zur VI. Kriegsanleihe sind vom Verein 2500 M. (2418,75 M.) gezeichnet, die durch das Bankguthaben und dem voraussichtlichen Ueberschuß im Geschäftsjahr 1917 gedeckt werden.

Die Abrechnung nebst allen Rechnungen und Belegen ist ebenso wie die Kasse von den Vereinsmitgliedern, Geh. Med.-Rat Dr. Schlüter, Kreisarzt in Gütersloh, und Med.-Rat Dr. Loer, Kreisarzt in Paderborn, geprüft und richtig befunden.

Minden i. W., im Juni 1917.

Der Vorstand des Preußischen Medizinalbeamtenvereins.

I. A.:

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund-Minden, Vorsitzender.

Geh. Med.-Rat Dr. Feilitz, Halle a. S., Schrift- und Kassenführer.

C. Geschäftsbericht über die Jubiläumsstiftung des Preußischen Medizinalbeamtenvereins für das Jahr 1916.

Die Zahl der Mitglieder, die den Jahresbeitrag übersandt haben, hat sich etwas vermindert und ist auf 293 zurückgegangen, da noch eine größere Zahl von Kollegen im Felde steht. Trotzdem beliefen sich die eingegangenen Jahresbeiträge auf rund 3126 M. Durch das hochherzige testamentarische Vermächtnis des verstorbenen Kollegen, Herrn Geh. Medizinalrat Dr. Finger, Kreisarzt in Münsterberg, sind der Stiftung 3000 M. zugefallen, sodaß die einmaligen Beiträge einschl. der Spenden verschiedener Mitglieder die Höhe von rund 3180 M. erreichten.

Die Jahresrechnung schließt ab, wie folgt:

a. Einnahme.

Bestand aus dem Vorjahre	872,85 M.
Jahresbeiträge für 1916	3126,20 „
Einmalige Beiträge	3180,20 „
Zinseneinnahmen	1508,53 „
Zusammen	8687,78 M.

b. Ausgabe.

Gewährte Unterstützungen	1 800,00 M.
Kapitalanlage	4 765,00 „
Porto, Schreibgebühren, Drucksachen usw.	55,55 „
Zusammen	6 620,55 M.
Bleibt Kassenbestand	2 067,23 M.

Das Vermögen der Stiftung betrug am 31. Dezember 1916:

1. Zinstragende Wertpapiere:	
a. aus dem Vorjahre übernommen:	
3½% Preußische Staatsanleihe . . .	10 000,00 M.
4% „ „ . . .	14 000,00 „
4% Deutsche Reichsanleihe	2 000,00 „
5% „ „	9 000,00 „
4% Westfälische Provinzialanleihe . .	4 000,00 „
4% Pommersche „ . .	1 000,00 „
b. im Berichtsjahre neu beschafft:	
5% Deutsche Reichsanleihe	5 000,00 „
2. Kassenbestand	2 067,23 „
Zusammen	47 067,23 M.
Vermögensbestand am 31. Dezember 1915:	40 872,85 M.
Mithin **mehr**	**6 194,38** M.

24 000 M. 3½% bezw. 4% Preußische Staatsanleihe sind auf den Namen des Preußischen Medizinalbeamtenvereins in das Staatsschuldbuch, 2000 M. 4% und 14000 M. 5% Deutsche Reichsanleihe desgleichen in das Reichsschuldbuch eingetragen. 5000 M. 4% Provinzialanleihe sind bei der Rheinisch-Westfälischen Diskonto-Gesellschaft hinterlegt. Der Zinsertrag der Wertpapiere, von denen die Zinsen von 5000 M. 5% Deutscher Reichsanleihe erst am 1. Oktober 1917 gezahlt werden, beträgt für 1917 zusammen 1765 M. gegen 1640 M. im Vorjahre.

Unterstützungen sind im Betrage von 1800 M. gegen 900 M. im Vorjahre gewährt und zwar an 7 Witwen von Medizinalbeamten in Einzelbeträgen von je 300 und 200 M.

Die Abrechnung nebst allen Rechnungen und Belegen ist ebenso wie die Kasse von den Mitgliedern, Med.-Rat Dr. Loer, Kreisarzt in Paderborn, und Kreisarzt Dr. Weck in Büren geprüft und richtig befunden.

Den Herren Regierungs- und Medizinalräten spricht der Vorstand für das Wohlwollen und Interesse, das sie auch im Berichtsjahre der Stiftung zugewandt haben, seinen herzlichsten Dank aus.

Minden i. W., den 1. April 1917.

Der Vorstand der Jubiläumsstiftung.

I. A.:

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Rapmund**-Minden i. W., Vorsitzender.

Geh. Med.-Rat Dr. **Schlüter**, Kreisarzt in Gütersloh, Schrift- u. Kassenführer.

Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

30. Jahrgang; Nr. 17. Ausgegeben am 5. September 1917.

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.
Bezugspreis für das Jahr: 15 Mark.

Ausserdem ein besonderes, nur vierteljährlich erscheinendes Beiheft:
Zeitschrift für
Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege.
Offizielles Organ der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens.
Bezugspreis für das Jahr: 8 Mark, für die Bezieher der Zeitschrift: 4 Mark.

VERLAG VON FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: Geisdorf & Co., G. m. b. H., Eberswalde (Mark).

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung, Nr. 17, am Schlusse des Heftes

INHALT.

Original-Mitteilungen.

Trinkwasserhärte und Volksgesundheit. Von Dr. med. **Karl Opitz** 469

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

1. Geschlechtskrankheiten und deren Bekämpfung.

Dr. **Josef Trinchese**: Die positive Wassermannsche Reaktion als Zeichen der Infektiosität der Lues 483
Dr. **A. Pöhlmann**: Die neue sero-chemische Syphilisreaktion von Bruck . . . 483
Dr. **K. Schindler**: Die Ergebnisse mit der neuen Seroreaktion nach Bruck . 484
Dr. **Erich Hoffmann**: Weitere Erfahrungen über Salvarsannatrium 484
E. Friedberger u. **A. Heyn**: Die Thermo-Präzipitinreaktion nach Schürmann als Diagnostikum bei Gonorrhoe 484
Dr. **H. Tröscher**: Arhovin bei Gonorrhoe 485
Dr. **Lesser**: Der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten 485

2. Weilsche Krankheit.

Die Weilsche Krankheit. Sammelbericht . 485
Dr. **Hilgermann**: Zur Kasuistik der Weilschen Krankheit 487
Dr. **L. Dienes**: Das Weil-Felixsche Bakterium 488
C. Hart: Kurze Bemerkungen über die pathologische Anatomie der Weilschen Krankheit 489
Dr. **L. Pick**: Zur pathologischen Anatomie des infektiösen Ikterus 489

3. Rotz.

Dr. **J. Marcuse**: Rotzinfektion und deren Verhütung 489

4. Sonstige Krankheiten.

Dr. **A. Gottstein**: Zur Epidemiologie der Appendicitis 489

B. Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Statistik.

Dr. med. et phil. **Franz**: Ueber Verzeichnisse der Krankheiten, Todes- und Invaliditätsursachen 490
Dr. **A. Schlossmann**: Bevölkerungsstatistische Bemerkungen 491

2. Medizinalverwaltung und öffentliches Gesundheitswesen.

Das Berliner Stadt-Medizinalamt 492
Dr. **Starkenstein**: Hygienische und sanitäre Verhältnisse Polens 492

3. Hebammenwesen.

Rieländer: Ueber die wirtschaftliche Lage der Hebammen nach dem Kriege . . 492
Besprechungen 493
Tagesnachrichten 494
Beilage:
Rechtsprechung 117
Medizinalgesetzgebung 118
Umschlag:
Personalien.

Medicinisches Waarenhaus
Aktien-Gesellschaft
Berlin NW. 6, Karlstraße 31.
Centralstelle aller ärztlichen Bedarfsartikel und für Hospitalbedarf.

Neues Instrumentarium
zur Wohnungs-Desinfection
mittels
flüssigen Formalins
nach
Prof. Dr. **O. Roepke.**





Ref. Nr. 7, 1905 der Zeitschrift f. Medizinalbeamte
D. R. G. M. Modell M. W.

Ausführliche Beschreibung steht zu Diensten.

Von den Königlich Preussischen und Königlich Bayerischen Staats-Eisenbahnen eingeführt.

30. Jahrg. 1917.

Zeitschrift
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Anzeigen nehmen die Verlagshandlung sowie alle Anzeigenannahmestellen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 17. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats. | 5. Sept.

Trinkwasserhärte und Volksgesundheit.

Von Kreisarzt Dr. med. **Karl Opitz** in Peine.

In den letzten zwei Jahrzehnten hat man bei der Untersuchung des Stoffwechsels neben den eigentlichen Nährstoffen, dem Eiweiß, dem Fett und den Kohlehydraten, auch den anorganischen Bestandteilen, den Salzen, eingehendere Beachtung geschenkt. Besonders auf den Gehalt unserer Nahrung an Kalk hat man großes Gewicht gelegt. Die allgemeine Ansicht ging früher dahin, daß die pflanzlichen und tierischen Nahrungsmittel die Salze in einer solchen Menge und Zusammensetzung enthielten, wie es für eine gedeihliche Entwicklung und Erhaltung des Körpers zweckmäßig wäre. Seit einer Reihe von Jahren hat aber eine Anzahl Aerzte den Standpunkt vertreten, daß wir bei der allmählich üblich gewordenen Friedenskost, in der im letzten halben Jahrhundert das Fleisch und feines Mehl eine steigende Rolle spielt, an einem Kalkmangel litten.[1])

Ebenso wie die anderen Salze, erleidet auch der Kalk-

[1]) Vgl. zahlreiche Aufsätze in den „Blättern für Biologische Medizin"; Jahrg. 1916.

bestand des Körpers durch die Ausscheidungen einen dauernden, durch entsprechende Einnahmen zu deckenden Verlust; vollkommen befriedigende Untersuchungen über dessen Größe liegen noch nicht vor; zwar ist von verschiedenen Forschern der Gehalt des Kotes und Harns an Kalk bestimmt worden; aber das Verhältnis der ausgeschiedenen Menge zu der verschieden großen Aufnahme ist noch nicht geklärt. Die zur Erhaltung des Kalkgleichgewichtes täglich nötige Kalkzufuhr beträgt nach Bertram 0,4 g, nach Aron 0,5—1,0 g, nach Renwall 0,9—1,2 g, nach Sacchi 0,7—1,5 g, nach Albu und Neuberg 1,0—1,5 g, nach Gumpert 1,4—1,5 g, nach Oberdorfer 1,2—1,8 g. Nach Loew soll man als Mittel der täglich nötigen Zufuhr 1 g Kalk annehmen.[2]) Im Hungerzustande sollen täglich Verluste von 0,032—0,069 g eintreten; dies würde entschieden dafür sprechen, daß der Mindestbedarf sehr gering und die viel größere tägliche Ausscheidung nur durch eine weit über den Bedarf hinausgehende Einnahme bedingt ist.

Der Gehalt unserer hauptsächlichsten Nahrungsmittel an Kalk ist sehr verschieden. Unter den tierischen Geweben enthält am wenigsten die weiße Nervenmasse des Gehirns mit 0,05 ‰ und das Blut mit 0,06 ‰, am meisten — von den Knochen abgesehen — die graue Hirnrinde mit 1,1 ‰ und die Milchdrüse mit 0,8 ‰. Das Muskelfleisch mit 0,1 bis 0,15 ‰ und die großen Eingeweide mit etwa 0,5 ‰ stehen in der Mitte. Immerhin sind es nur verschwindende Mengen Kalk, die wir mit den fleischlichen Nahrungsmitteln aufnehmen. Unter den pflanzlichen Nahrungsstoffen enthalten die Kartoffeln 0,25 ‰, Brot 0,28—0,41 ‰, Früchte und trockene Gemüse 0,34—0,65 ‰, Blatt- und Wurzelgemüse 2,0—2,5 ‰. Die Milch mit 1,6 ‰ und Käse mit bis zu 6 ‰ stehen sehr hoch. Berechnet man auf derartigen Grundlagen den Kalkgehalt der täglichen Kost, so kommt man nach Loew zu dem Ergebnis, daß gegenüber dem von ihm angegebenen Satze von 1,0 g sehr häufig eine erhebliche Minderaufnahme stattfindet. Die kleine Friedensportion eines deutschen Soldaten berechnet er wie folgt:[3])

Kommißbrot 750 g . . .	0,280 g Kalk
Fleisch 150 g	0,045 „ „
Reis 90 g	0,041 „ „
Trinkwasser 1 Liter . .	0,100 „ „
zusammen	0,466 g Kalk

Das würde nur etwa die Hälfte des von ihm angenommenen Durchschnittsbedarfes von 1 g sein.

Die Folgen eines solchen Kalkmangels sollen sich vor allem an den Knochen, welche 98 ‰ des Kalkes im menschlichen Körper enthalten, und mit ihnen an den Zähnen bemerk-

[2]) Loew: Zur chemischen Physiologie des Kalkes bei Mensch und Tier. 1916, S. 16.

[3]) a. a. O., S. 23.

bar machen. Die schlechte Beschaffenheit der Zähne unserer Bevölkerung soll auf den Kalkmangel zurückzuführen sein, besonders bei den Schulkindern, die Kalk nicht nur zum Ersatz der Ausgaben, sondern auch zum Aufbau von Knochen und Zähnen in größerer Menge bedürfen. Beobachtungen von Tierzüchtern weisen darauf hin, daß man durch Kalkfütterung kräftigere, größere, gesundere, leistungsfähigere und gegen Krankheiten widerstandsfähigere Tiere erzielen soll. Die Tuberkulose soll bei reichlicher Kalkzufuhr infolge rascherer Abkapselung der Herde in Lunge und Drüsen besser ausheilen.

Ueber die Folgen und die Behebung dieses Kalkmangels ist in den letzten Jahren vor allem von seiten der sogenannten Naturheilbewegung viel geschrieben worden; eine Bevorzugung kalkreicher Nahrung, also vor allem der frischen Gemüse und der Milch, gegenüber der fälschlich überschätzten Fleischkost wird als Mittel dagegen empfohlen. Daneben legt Röse[4]) auf die Beschaffung eines harten, kalkhaltigen Trinkwassers besonderes Gewicht.

Wenn man die vorstehend ganz kurz geschilderten Ansichten über die Notwendigkeit reichlicher Kalkzufuhr, auf die hier nicht näher eingegangen werden soll, für berechtigt anerkennen will, so ist es bei oberflächlicher Betrachtung einleuchtend, daß man dem Mangel, abgesehen von entsprechender Ernährung, sehr leicht durch regelmäßigen Genuß harten Wassers abhelfen kann. Jeder deutsche Härtegrad des Trinkwassers entspricht 10 mg CaO im Liter; nimmt man als durchschnittlich mit Kaffee, Suppen usw. aufgenommene Wassermenge $1^1/_2$ l für den Tag an, so würde man bei einer Wasserhärte von 5°: 0,075 g, bei 10°: 0,150 g, bei 20°: 0,300 g und bei 30°: 0,450 g CaO aufnehmen, also bei einigermaßen härteren Wässern den oben berechneten Fehlbetrag ziemlich decken, oder im Verein mit entsprechender Ernährung sogar eine gewisse Menge über den Mindestbedarf hinaus aufnehmen können. Die Frage, ob das die Härte vorwiegend ausmachende schwerlösliche Calciumsulphat (Gips) von den Verdauungsorganen überhaupt aufgesogen oder als Ballast mit dem Kot wieder ausgestoßen wird, ist dabei kaum berücksichtigt worden.

In der angezogenen Arbeit hat Röse mit einem außerordentlich fleißig gesammelten Beobachtungsstoff den Nachweis zu erbringen versucht, daß in Ortschaften mit hartem Trinkwasser die allgemeine Körperbeschaffenheit besser sei als in benachbarten, in den Lebensbedingungen gleichgearteten Gemeinden mit weichem Wasser. Er geht so weit, die von ihm angenommene Entartung unserer Rasse zum Teil der Anlage von Wasserleitungen mit meist kalkarmem Wasser an Stelle der früheren Einzelbrunnen mit hartem Wasser zur Last zu legen. Auf Einzelheiten seiner Ergebnisse soll weiter unten eingegangen werden.

[4]) Röse: Ueber Erdsalzarmut und Entartung. Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde; 1908, Heft 1—6, S. 80 ff.

Obwohl seit dieser Veröffentlichung Röses bereits 9 Jahre verflossen sind, ist eine Nachprüfung seiner Angaben bis jetzt noch nicht bekannt geworden. Sie erscheinen für das Allgemeinwohl von großer Bedeutung und erfordern auch eine Stellungnahme des Medizinalbeamten; denn im Zusammenhange mit der angeführten Röseschen Arbeit und seinen früheren Mitteilungen[5]) ist von verschiedener Seite die Forderung erhoben worden, man dürfe für die Wasserversorgung größerer Gemeinden kein weiches Quell-, Talsperren- oder sonstiges Oberflächenwasser mehr verwenden, sondern müsse, wenn auch unter Umständen mit erheblich höheren Kosten, hartes Wasser zu erhalten suchen.[6]) Im entgegengesetzten Sinne hat sich vor allem Gärtner[7]) ausgesprochen, aber auch nur auf Grund von Berechnungen und Erwägungen, ohne eigene Untersuchungen oder Beobachtungen. Der Balneologe Glax[8]) spricht sich dahin aus, daß der Genuß erdiger Quellen, die einen weit höheren Kalkgehalt als irgend ein Trinkwasser haben, für die Knochenbildung mehr als problematisch sei. Unter den neueren Handbüchern der Hygiene erwähnt nur Praußnitz[9]) die Röseschen Arbeiten.

Eine Nachprüfung seiner Angaben ist wohl vor allem wegen der entgegenstehenden Schwierigkeiten bis jetzt unterblieben. Auf engbegrenztem Raume pflegt die Wasserhärte meist keine sehr erheblichen Unterschiede aufzuweisen und zu Untersuchungen in größeren Gebieten fehlt in der Regel Zeit und genügende Kenntnis der Bevölkerungsverhältnisse.

Für eine solche Nachprüfung scheint der Kreis Peine besonders geeignet zu sein; denn er hat in den einzelnen Ortschaften sehr verschiedene Trinkwasserhärten. Dabei ist die Bevölkerung, von den unten zu erwähnenden Umständen abgesehen, durchaus gleichartig und zu vergleichenden Beobachtungen geeignet.

Der Kreis Peine liegt nördlich des Harzes zwischen Braunschweig und Hannover am Südrande der norddeutschen Tiefebene.[10]) Geologisch geht die eiszeitliche Küste unmittelbar an der Südgrenze des Kreises vorbei, so daß dieser als alter Meeresboden eine mehr oder weniger starke Decke des in Norddeutschland vorherrschenden Diluvialsandes hat. Aus dieser

---

[5]) Röse: Zahnverderbnis und Militärtauglichkeit; Zahnverderbnis und Zensur; Zahnverderbnis und Beruf. Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde; 1904.

[6]) Hagen über die Nordhäuser Wasserleitung. Nordhäuser Generalanzeiger; 1901, Nr. 253—256. Nußbaum: Wider den Stauteich. Gesundheitsingenieur; 1902, S. 96. Hempel: Die Trinkwasserversorgung der Städte vom chemischen Standpunkte. Die Umschau; 1908, S. 523.

[7]) Gärtner: Wider den Stauteich. Entgegnung. Gesundheitsingenieur; 1902, S. 175.

[8]) Glax: Balneotherapie. 1906.

[9]) Praußnitz: Grundzüge der Hygiene; S. 164.

[10]) Guthe: Die Lande Braunschweig und Hannover. 1888.

Ebene ragen innerhalb des Kreises einige den Ausläufern des Harzes zugehörige, leichte inselartige Bodenerhebungen hervor, die jedoch in dem fraglichen Gebiete nirgends mehr als 40 m, meist nur 15—30 m über die Umgebung emporsteigen; sie gehören der Kreideformation an und bestehen aus einem tonig-kalkigen Boden auf sogenanntem Wäldersandstein. Wo die Diluvialdecke sehr dünn ist, sind durch die jahrhundertelange Bodenbearbeitung Mischungen beider Bodenarten entstanden, die eine mehr oder weniger sandig-lehmig-tonig-kalkige Ackerkrume erzeugt haben. Da sich die genannten inselartigen Erhebungen im Südosten, Südwesten und Nordwesten des Kreises finden und von flacheren Strichen getrennt sind, ist die Bodenbeschaffenheit sehr wechselnd. Ihr entspricht durchaus die Härte des Brunnenwassers. Sie schwankt zwischen 6° und 60°, ist aber innerhalb deutlich abgrenzbarer Gebiete ziemlich gleichmäßig. Durch zahlreiche Wasseruntersuchungen, die bereits seit Jahren regelmäßig gelegentlich der Orts- und Schulbesichtigungen ausgeführt und nur zum geringeren Teile für die vorliegende Arbeit ergänzt wurden, war eine Einteilung des Kreises in scharfgetrennte Abschnitte verschiedener Wasserhärte möglich; diese stimmen mit der nachträglich verglichenen geologischen Karte vollkommen überein.

Die eingesessene Bevölkerung des Kreises Peine gehört der reinen niedersächsischen Rasse und zwar den sogenannten Ostfalen an, deren Gebiet östlich durch die etwa 20 km von der Kreisgrenze entfernt durch Braunschweig fließende Oker begrenzt wird und nördlich, westlich und südlich weit über die Grenzen des Kreises in die Provinz Hannover hineinreicht. Der Beschäftigung nach läßt sich die Bevölkerung in zwei Gruppen teilen: In der Stadt Peine und der 7 km entfernten Gemeinde Groß-Ilsede herrscht eine hervorragende Eisenindustrie, deren Arbeiter auch in den umliegenden Dörfern wohnen; hier hat vor einigen Jahrzehnten ein lebhafter Zustrom aus den östlichen Provinzen eingesetzt, so daß die Bevölkerung in den letzten 30 Jahren um 66% zugenommen hat und eine starke Rassenmischung erfolgt ist. Diese Ortschaften müssen natürlich von vornherein für die vorliegende Frage ausscheiden. Die bleibenden Zweidritteile des Landkreises haben aber eine ausschließlich Landwirtschaft treibende Bevölkerung, die, wie alle Niedersachsen, zäh am Altherkömmlichen festhält und durchaus bodenständig ist; sie hat in den letzten 30 Jahren nur um 14% zugenommen. Nun sind allerdings, der verschiedenen Bodenbeschaffenheit entsprechend, die landwirtschaftlichen Betriebe in den kalkreicheren Gebieten vorwiegend auf Weizen- und Zuckerrübenbau eingestellt, mit Viehhaltung größeren Maßstabes nur im Winter zur Ausnützung der Rübenblätter und Schnitzel als Viehfutter, während auf dem Sandboden Roggen- und Kartoffelbau mit Viehzucht im Sommer auf moorigen Weiden vorherrscht; dieser Unterschied ist aber für die vorliegende Frage belanglos, da, wie erwähnt, die

Bodenbeschaffenheit im allgemeinen sehr wechselnd ist und kalkreichere Inseln von sandigem Boden umgeben sind.

Nach den vorstehenden Ausführungen sollen im folgenden die 44 rein landwirtschaftlichen Gemeinden des Kreises Peine je nach der Beschaffenheit des Brunnenwassers in drei Gruppen von a) unter 9,9°, b) zwischen 10,0° und 29,9° und c) über 30,0° durchschnittlicher Gesamthärte in deutschen Graden geteilt, und, verglichen mit den Angaben Röses und anderer Forscher, bezüglich einer Einwirkung kalkhaltigen Trinkwassers auf die allgemeine Körperbeschaffenheit und die Gesundheitsverhältnisse der Bevölkerung untersucht werden.

Die umfassendsten Untersuchungen Röses[11]) erstrecken sich auf die Beziehungen zwischen der Wasserhärte und dem Zustande der Zähne bei Schulkindern. Er hat nicht weniger als 87617 Kinder in 164 Ortschaften untersucht und dabei Farbe, Aussehen und Erhaltungszustand der Zähne bestimmt. Es ist klar, daß die gewaltige, dabei gewonnene Uebung ihn in wachsendem Grade befähigt hat, auch geringfügige Erkrankungen trotz eiliger Massenuntersuchung zu erkennen; deshalb sind die Zahlen, die er gewonnen hat, wesentlich ungünstiger als die anderer Untersucher und mit deren Ergebnissen nicht ohne weiteres vergleichbar. Dies mag wohl auch schon für seine eigenen, sich über viele Jahre erstreckenden Ermittelungen gelten. In dem Orte Ihningen fand er 1894 noch 29,4% der Gebisse vollkommen gesund, 1901 aber nur noch 9,1%;[12]) er schiebt diese erhebliche Verschlechterung auf die überhandnehmende Gewohnheit, statt derben Vollkornbrotes weiße Semmeln zu essen; es liegt aber nahe, an den Einfluß vervollkommneter Untersuchungsgenauigkeit zu denken. Um diesem Fehler zu entgehen und um die Möglichkeit einer Selbsttäuschung durch unbewußte mehr oder weniger peinliche Zählung der erkrankten Zähne je nach der Zugehörigkeit der einzelnen Ortschaften zu einer der drei aufgestellten Härtegruppen zu vermeiden, sind in der folgenden Uebersicht über den Kreis Peine nur die Schulkinder berücksichtigt, deren Zähne bei den regelmäßigen kreisärztlichen Schulbesichtigungen untersucht worden waren, bevor ein klarer Einblick in die Beschaffenheit der Trinkwässer gewonnen war. Im folgenden soll ein die kleineren Ortschaften umfassender Auszug aus der Röseschen Uebersicht und eine Zusammenstellung der im Kreise Peine gewonnenen Ergebnisse nebeneinander gestellt werden:

Uebersicht I: Die Beziehungen zwischen der Härte des Trinkwassers und der Häufigkeit von Zahnerkrankungen bei Schulkindern:

---

[11]) Röse: Erdsalzarmut und Entartung. Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde; 1908, Heft 1—6, S. 30 ff.

[12]) Röse: Der günstige Einfluß harten Brotes auf die Gesunderhaltung der Zähne. Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde; 1904.

Härte des Trinkwasssers	Durchschnittliche Zahl der erkrankten Zähne pro Schulkind		Prozentsatz der völlig gesunden Gebisse	
	Nach Röse	Kreis Peine	Nach Röse	Kreis Peine
unter 9,9°	8,4	2,68	2,9%	8,0%
10,0° bis 29,9°	6,1	2,4	9,1%	23,1%
über 30,0°	4,0	1,3	19,7%	40,2%

Wenn auch aus dem angeführten Grunde die Zahlen aus dem Kreise Peine wesentlich geringer sind als die Röseschen, so stimmen sie doch beide darin überein, daß im gleichen Schritte mit der Zunahme der Wasserhärte die Anzahl der erkrankten Zähne ab- und die Zahl der gesunden Gebisse zunimmt; Röses Satz: „Je härter das Trinkwasser, um so besser die Zähne" scheint sich auch für den Kreis Peine zu bestätigen.

Nicht so deutlich, aber immerhin noch erkennbar, ist das gleiche Verhältnis bei den Musterungspflichtigen. Das Kgl. Bezirkskommando hat in entgegenkommender Weise Auszüge aus den Untersuchungslisten der gemusterten Mannschaften des Kreises Peine für einige der letzten Jahrgänge vor dem Kriege zur Verfügung gestellt; aus den darin enthaltenen Angaben wurde berechnet, wieviel vom Hundert der Untersuchten als zahnkrank bezeichnet sind. Diese Zahlen umfassen natürlich nicht sämtliche Leute mit erkrankten Zähnen, sondern nur diejenigen mit ganz besonders schlechten Gebissen:

Uebersicht II: Die Beziehungen zwischen der Härte des Trinkwassers und der Häufigkeit von besonders schlechten Gebissen bei Musterungspflichtigen im Kreise Peine:

Härte des Trinkwassers	Prozentsatz der Zahnkranken
unter 9,9°	6,1%
10,0° bis 29,9°	3,8%
über 30,0°	2,6%

Auch diese Zahlen lassen erkennen, daß, je härter das Trinkwasser, um so besser der Zustand der Zähne ist.

Wenn wirklich, wie es nach den Ergebnissen der Zahnuntersuchungen zu sein scheint, die Härte des Trinkwassers einen günstigen Einfluß auf die Entwicklung und Erhaltung der Zähne ausübt, so liegt es nahe, ähnlichen Beziehungen der dauernden reichlichen Kalkaufnahme zu der Beschaffenheit des Knochengerüstes nachzugehen. Loew[13]) führt zahlreiche Beobachtungen an, die zeigen, daß Kalkmangel zu einer Schwächung des Knochenbaues und reichliche Kalkzufuhr zu dessen kräftiger Ausbildung und damit zu einer wesentlich günstigeren Entwicklung des ganzen Körpers führt; aus diesem Grunde setzen Tierzüchter der Nahrung Kalk zu. Für die vorliegende Frage wurde im Kreise Peine bei sämtlichen Schulkindern die Körpergröße gemessen, und zwar innerhalb eines Monats, um eine Verschiebung der Vergleichswerte durch die von Anfang bis Ende des Schuljahres monatlich etwa 4 mm betragende Zunahme der Körpergröße zu vermeiden. Ebenso

[13]) Loew: Zur chemischen Physiologie des Kalkes bei Mensch und Tier. 1916, S. 27 ff.

wurde auf Grund der Untersuchungslisten des Kgl. Bezirkskommandos die durchschnittliche Körpergröße der Musterungspflichtigen des Kreises Peine in den letzten Friedensjahren ausgerechnet. Das Ergebnis zeigt die folgende Uebersicht:

Uebersicht III: Die Beziehungen zwischen der Härte des Trinkwassers und der durchschnittlichen Körpergröße von Schulkindern und Musterungspflichtigen im Kreise Peine:

Härte des Trinkwassers	Durchschnittliche Körpergröße von Schulkindern	Musterungspflichtigen
unter 9,9°	129,4 cm	168,1 cm
10,0° bis 29,9°	131,3 „	168,4 „
über 30,0°	131,5 „	168,2 „

Diese Uebersicht zeigt, daß zwar bei den Schulkindern in den Ortschaften mit höherer Trinkwasserhärte auch eine etwas größere Körperlänge zu beobachten ist, als bei den Gemeinden mit weichem Wasser, daß aber dieser Unterschied bei den Musterungspflichtigen vollkommen verschwindet. Die Körpergröße allein ist jedoch kein sicherer Maßstab eines kräftigen Körperbaues; ein hoher, schmaler Wuchs ist sicher nicht besser als ein kleinerer, breiter und knochiger. Deshalb muß man auch das Körpergewicht berücksichtigen. Wägungen der Schulkinder stießen aus äußeren Gründen auf Schwierigkeiten; in den Untersuchungslisten der Musterungspflichtigen sind jedoch die Gewichte festgestellt. Es wurde nun für die einzelnen Ortschaftsgruppen mit entsprechender Trinkwasserhärte nicht nur das durchschnittliche Gewicht sämtlicher Musterungspflichtigen ermittelt, sondern auch berechnet, wie viel kg dieses Gewichtes auf jeden einzelnen cm der Körpergröße entfallen; diese Zahlenangabe erscheint besonders geeignet, den mehr oder weniger gedrungenen, kräftigen Bau und die Stärke des gewichtigen Knochengerüstes zu kennzeichnen:

Uebersicht IV: Die Beziehungen zwischen der Härte des Trinkwassers und dem Durchschnittsgewichte der Musterungspflichtigen im Kreise Peine:

Härte des Trinkwassers	Durchschnittsgewicht	Gewicht pro cm der Körpergröße
unter 9,9°	60,9 kg	0,362 kg
10,0 bis 29,9°	62,5 „	0,371 „
über 30,0°	63,3 „	0,376 „

Diese Uebersicht zeigt, daß mit zunehmender Trinkwasserhärte nicht nur das Durchschnittsgewicht, sondern auch das Gewicht für jeden cm der Körpergröße steigt, daß also die mit hartem Wasser aufgezogenen Rekruten einen kräftigeren, breiteren Körperbau haben. Man wird dabei weniger an eine reichliche Entwicklung von Fettgewebe, das in dem Lebensalter der Musterungspflichtigen im allgemeinen noch nicht im Ueberfluß vorhanden ist, sondern an stärkere Knochen zu denken haben. In diesem Zusammenhange ist die Angabe von Emmerich und Loew[14]) bemerkenswert, daß sie bei einer

[14]) Deutsche medizinische Wochenschrift 1913.

Verabfolgung von 1,0—1,5 g Ca als Chlorcalcium eine Zunahme des Körpergewichts beobachten konnten.

Wird der allgemeine Körperbau der Erwachsenen durch hartes Trinkwasser günstig beeinflußt, so wird man dasselbe auch bei den von solchen kräftigeren Frauen stammenden Neugeborenen und Säuglingen erwarten dürfen. Für Untersuchungen in diesem Sinne konnten die für die Jahresgesundheitsberichte gemachten ausführlichen Auszüge aus den Hebammentagebüchern und die für den Kreis Peine bereits seit einer Reihe von Jahren vorliegenden Erhebungen über die Säuglingsverhältnisse nach Westerburger Muster herangezogen werden. Aus diesen Unterlagen wurde berechnet, wie viele Totgeburten auf 100 Entbindungen kommen, und wie viele Säuglinge an Lebensschwäche starben; die gesamte Säuglingssterblichkeit des ersten Lebensjahres wurde nicht berücksichtigt, weil ja hierfür weniger die kräftige Körperbeschaffenheit, als vielmehr Verdauungsstörungen und katharrhalische Entzündungen der Luftwege, also neben sorgsamer Pflege vorwiegend Einflüsse der Witterung in Verbindung mit Infektionen in Betracht kommen. Unter den Sterbefällen in den drei ersten Lebensmonaten überwiegt aber die Lebensschwäche alle anderen Todesursachen; deshalb konnte ohne weiteres die Sterblichkeit der Neugeborenen im ersten Vierteljahr als Maßstab ihrer mehr oder weniger kräftigen angeborenen Körperentwicklung in Rechnung gesetzt werden.

Uebersicht V: Die Beziehungen zwischen der Härte des Trinkwassers und der Körperbeschaffenheit der Geborenen im Kreise Peine:

Härte des Trinkwassers	Prozentsatz der Totgeborenen	Prozentsatz der im 1. Lebensvierteljahr gestorbenen Säuglinge
unter 9,9°	3,7 %	8,5 %
10,0—29,9°	2,4 %	5,5 %
über 30,0°	4,0 %	3,3 %

Diese Uebersicht zeigt, daß tatsächlich, je härter das Trinkwasser in einer Ortschaft ist, desto weniger Säuglinge in den ersten drei Lebensmonaten sterben, daß man also bei der Ortsgruppe mit einer Trinkwasserhärte unter 9,9° wesentlich mehr lebensschwach geborene Kinder findet, als in den beiden anderen, und daß die lebenskräftigsten Säuglinge den Ortschaften mit dem härtesten Wasser entstammen. Bei den Totgeborenen findet sich ein solches Verhältnis nicht; es sterben ja auch nicht nur die schwächlichsten Kinder vor oder während der Geburt ab; vielmehr kommen hierbei auch die mechanischen Verhältnisse des Geburtsverlaufs in Frage; denn gerade die besonders kräftige Entwicklung der Frucht kann eine zum Absterben führende Verzögerung der Geburt verursachen. Deshalb können aus dem Verhältnis der Totgeburten zu der Zahl der Entbindungen nicht ohne weiteres Schlüsse auf die körperliche Beschaffenheit der Kinder gezogen werden.

Röse hat ferner angegeben, daß die durchschnittliche

Stillungsdauer der Säuglinge um so größer sei, je härter das Trinkwasser ist.[15]) Er gründet diese Behauptung auf Erhebungen bei Musterungspflichtigen im Kreise Hohnstein und bei Schulkindern in verschiedenen Gegenden (Auszüge aus seinen Uebersichten sollen unten folgen). Er erklärt den Zusammenhang damit, daß Milch besonders kalkhaltig ist; wenn dem mütterlichen Körper nicht genügend Kalk zur Verfügung stünde, so lasse die Absonderung bald nach;[16]) durch Kalkzufuhr könne man die Milcherzeugung auch bei Tieren befördern. Wenn man dagegen bedenkt, daß die Stillfähigkeit der Frauen annähernd 100% beträgt, und daß die Dauer der Stillzeit ganz überwiegend vom Wollen und nicht vom Können abhängt, so ist es von vornherein unwahrscheinlich, daß sich ein Einfluß größerer oder geringerer Kalkaufnahme zahlenmäßig in der durchschnittlichen Stilldauer wird nachweisen lassen. Trotzdem wurde auf Grund der oben genannten Unterlagen für den Kreis Peine errechnet, wie viel vom Hundert der Frauen in den drei fraglichen Ortsgruppen ihre Säuglinge gestillt haben, wie viele nach Angabe der Hebammen nicht stillen konnten oder nicht wollten, und wie lange durchschnittlich den gestillten Kindern die Brust gegeben wurde.

Uebersicht VI: Die Beziehungen zwischen der Härte des Trinkwassers und der Stillfähigkeit im Kreise Peine:

Härte des Trinkwassers	Prozentsatz der gestillten Kinder	Prozentsatz der Mütter, die nicht stillen konnten	wollten
unter 9,9°	91,4%	4,3%	4,3%
10,0–29,9°	90,4%	7,1%	2,5%
über 30,0°	89,1%	7,7%	3,2%

Diese Uebersicht zeigt, daß die Stillfähigkeit der Frauen in den Ortschaften mit härterem Wasser sicher nicht besser ist, als in denen mit weichem; im Gegenteil ist sowohl der Prozentsatz der gestillten Kinder, als auch die Zahl derjenigen Frauen, die nach Angabe der Hebammen nicht stillen konnten, umgekehrt als man es nach den Röseschen Angaben zu erwarten hätte.

Auch nach den beiden folgenden Uebersichten zeigt sich wohl bei härteren Wässern eine etwas längere Stilldauer als bei weicheren, aber die Beziehungen sind doch nicht genügend deutlich ausgeprägt, um daraus Schlußfolgerungen ziehen zu können.

Uebersicht VII: Die Beziehungen zwischen der Härte des Trinkwassers und der Stilldauer im Kreise Peine:

Härte des Trinkwassers	Durchschnittliche Stilldauer bei Säuglingen
unter 9,9°	7,3 Monate
10,0°—29,9°	8,4 „
über 30,0°	8,1 „

[15]) Röse: Erdsalzarmut und Entartung. Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde; 1908, S. 116 ff.

[16]) Loew: Zur chemischen Physiologie des Kalkes bei Mensch und Tier. 1916, S. 52 ff.

Uebersicht VIIa: Die Beziehungen zwischen der Härte des Trinkwassers und der Stilldauer nach Röses Erhebungen bei Schulkindern und Musterungspflichtigen:

Härte des Trinkwassers	Durchschnittliche Stilldauer bei Schulkindern	Musterungspflichtigen
unter 9,9° Gesamthärte	6,3 Monate	—
10,0°—19,0° „	6,3 „	—
20,0°—24,9° „	5,3 „	—
25,0°—37,9° „	6,5 „	—
über 38,0° „	8,5 „	—
unter 10,0° bleibende Härte	—	8,3 Monate
über 10,0° „ „	—	10,1 „

Aber nicht nur die Beschaffenheit des Nachwuchses, sondern auch seine Zahl soll von der Kalkzufuhr und dem Kalkmangel beeinflußt werden; allerdings liegen hierüber bisher zahlenmäßige Unterlagen nur über Tiere vor. Emmerich und Loew[17]) beobachteten, daß bei Tieren erhöhte Kalkzufuhr eine Vermehrung der Würfe und der Jungenzahl in einem Wurfe brachte, und zwar um 52 bis 128 % mehr als bei den Kontrolltieren. Eine Uebertragung dieser Versuchsergebnisse auf den Menschen ist natürlich aus bekannten Gründen nicht statthaft; immerhin sollen der Vollständigkeit halber im folgenden die Geburtenziffern der fraglichen Ortschaften nach den standesamtlichen Angaben für den Durchschnitt der Jahrfünfte 1880—1884 und 1905—1909 aufgeführt werden:

Uebersicht VIII: Die Beziehungen zwischen der Härte des Trinkwassers und den Geburtenziffern im Kreise Peine:

Härte des Trinkwassers	Geburtenziffer 1880—1884	1905—1909
unter 9,9°	34,8	27,4
10,0°—29,9°	31,2	29,6
über 30,0°	33,3	28,5

Wie zu erwarten war, ist bei diesen Ziffern irgend eine Beziehung zu der Menge des mit dem Trinkwasser aufgenommenen Kalkes nicht zu erkennen.

Mit etwas größerer Wahrscheinlichkeit würde man einen Einfluß der Trinkwasserhärte auf die allgemeine Sterblichkeit vermuten können, indem die Sterbeziffer als Maßstab der allgemeinen Volksgesundheit angenommen wird. Einen Auszug aus den standesamtlichen Angaben über die durchschnittliche jährliche Sterblichkeit für die Jahrfünfte 1880—1884 und 1905—1909 gibt die folgende Uebersicht:

Uebersicht IX: Die Beziehungen zwischen der Härte des Trinkwassers und den Sterbeziffern im Kreise Peine:

Härte des Trinkwassers	Sterbeziffer 1880—1884	1905—1909
unter 9,9°	25,6	18,8
10,0°—29,9°	22,6	15,6
über 30,0°	26,0	16,9

Ein Einfluß der Trinkwasserhärte auf die allgemeine

[17]) Landwirtschaftliche Jahrbücher Bd 48. Zeitschrift für Hygiene; Bd. 84.

Sterblichkeit ist aus dieser Zusammenstellung ebensowenig zu erkennen, wie es bei den Geburtenziffern war.

Was nun die besonderen Gesundheitsverhältnisse, d. h. die Abhängigkeit der Häufigkeit bestimmter Krankheitszustände von regelmäßiger Kalkzufuhr betrifft, so finden wir vor allem die bereits oben erwähnte Angabe, daß die Tuberkulose günstiger verlaufen soll, wenn zur rascheren Verkalkung kleiner Herde reichliche Kalkmengen zur Verfügung stehen. Bekannt ist die Tatsache, daß Kalkarbeiter im Gegensatz zu sonstigen, einer Staubeinwirkung ausgesetzten Berufsgruppen auffallend selten an Lungentuberkulose erkranken.[18]) Zu Ermittelungen über die Häufigkeit der Tuberkulose in den drei Ortsgruppen mit verschiedener Trinkwasserhärte standen die polizeilichen Todesfallmeldungen seit 1907 zur Verfügung; es wurde festgestellt, wie viele Tuberkulosetodesfälle durchschnittlich jährlich auf 10000 Einwohner entfielen:

Uebersicht X: Die Beziehungen zwischen der Härte des Trinkwassers und der Tuberkulosesterblichkeit im Kreise Peine:

Härte des Trinkwassers	Tuberkulosesterblichkeit
unter 9,9°	7,1 °/₀₀₀
10,0°—29,9°	7,0 °/₀₀₀
über 30,0°	6,3 °/₀₀₀

Wenn die Zahlenunterschiede auch nicht sehr erheblich sind, so zeigen sie doch immerhin eine etwas geringere Tuberkulosesterblichkeit bei höherer Trinkwasserhärte; im allgemeinen ist die Tuberkulose im Kreise Peine nicht stark verbreitet.

Es wäre nun außerordentlich interessant, entsprechend den Angaben in den Schriften über die Pathologie der Kalkzufuhr und des Kalkmangels auch statistische Berechnungen über die Häufigkeit gewisser, mit dem Kalkstoffwechsel in Beziehung gebrachter Erkrankungen anzustellen. Es ist bekannt, daß die Aufstellung zuverlässiger Morbiditätsstatistiken nahezu unmöglich ist. In voller Würdigung der entgegenstehenden Bedenken und der erheblichen Mängel, die dem Versuche anhaften, wurde es doch unternommen, für die vorliegende Frage einen gewissen Ersatz zu schaffen; es wurden mangels besserer Unterlagen die für die Invaliditätsversicherung begutachteten Personen nach ihren Krankheiten und nach ihrer Zugehörigkeit zu einer der drei untersuchten Ortsgruppen mit verschiedener Trinkwasserhärte verarbeitet. Die so gewonnenen Unterlagen sind insoweit vollständig, als im Kreise Peine der Kreisarzt der alleinige Vertrauensarzt der Landesversicherungsanstalt ist, und die Zahl der von ihm begutachteten Personen beträgt im Laufe von einigen Jahren doch selbst für den beschränkten Bezirk der fraglichen Untersuchungen mehrere Hunderte, von denen ausführliche Aufzeichnungen über die Untersuchungsbefunde vorliegen. Auf Grund dieser selbstverständlich durchaus anfechtbaren Grundlage wurde zuerst mit

[18]) Vgl. auch Fissak, nach Loew a. a. O., S. 39.

Rücksicht auf die oben angeführten Ergebnisse der Tuberkulosesterblichkeit ermittelt, wie viele, auf das Hundert der Untersuchten berechnet, an Tuberkulose litten; das Ergebnis zeigt die folgende Uebersicht:

Uebersicht XI: Die Beziehungen zwischen der Härte des Trinkwassers und der Erkrankungshäufigkeit an Tuberkulose bei den Invaliditätsversicherten im Kreise Peine:

Härte des Trinkwassers	Tuberkulöse unter den für die Landesversicherungsanstalt Begutachteten
unter 9,9°	15 %
10,0°—29,9°	22 %
über 30,0°	19 %

Diese Uebersicht zeigt eine mit steigender Trinkwasserhärte fallende Tuberkulosehäufigkeit nicht; sie kann also zur Bestätigung der Angabe, daß reichliche Kalkzufuhr zu einer rascheren Verkalkung tuberkulöser Herde führe, nicht dienen.

In einem gewissen inneren Zusammenhange mit dieser von den Anhängern der Kalktherapie verteidigten Lehre stehen die von ihnen vertretenen Ansichten über die Schlagaderverkalkung. Auch hierbei handelt es sich um einen krankhaften Vorgang, bei dem in ein auf entzündlicher Grundlage gebildetes Narbengewebe nachträglich Kalk eingelagert wird. Dabei soll nach Loew[19]) die reichliche Zufuhr von Kalk die Narben in den Blutgefäßwandungen widerstandsfähiger machen, also eine stärkere Verkalkung geradezu nützlich wirken, jedenfalls eine kalkarme Nahrung schädlich. Es lag nahe, die Zahl der Personen, bei denen sich Zeichen einer Verkalkung fanden, unter den für die Invaliditätsversicherung Untersuchten festzustellen; daß sie sehr groß ist, war zu erwarten, da es sich dabei ja vorzugsweise um Personen im vorgeschrittenen Lebensalter handelt. Das Ergebnis dieser Ermittelungen zeigt die folgende Uebersicht:

Uebersicht XII: Die Beziehungen zwischen der Härte des Trinkwassers und der Häufigkeit der Zeichen von Verkalkung bei den Invaliditätsversicherten im Kreise Peine:

Härte des Trinkwassers	Zeichen von Verkalkung bei den für die Landesversicherungsanstalt Begutachteten
unter 9,9°	8,7 %
10,0°—29,0°	14,1 %
über 30,0°	21,6 %

Diese Uebersicht zeigt in ganz überraschender Weise, daß die Zeichen von Verkalkung recht erheblich mit zunehmender Härte des Trinkwassers steigen.

Fassen wir die vorstehenden Ergebnisse zusammen, so stehen sich die Ortschaften mit weichem Trinkwasser deutlich am schlechtesten und diejenigen mit hartem Wasser am besten in folgenden Punkten:

1. Häufigkeit der Zahnerkrankungen bei Schulkindern;
2. Häufigkeit der Zahnerkrankungen bei Musterungspflichtigen;
3. Durchschnittsgewicht der Musterungspflichtigen;

---

[19]) a. a. O., S. 48.

4. Gewicht der Musterungspflichtigen, für jeden cm ihrer Körpergröße berechnet, also allgemein kräftige Körperbeschaffenheit;
5. Lebensfähigkeit der Neugeborenen.

Im geringeren Grade ist ein Unterschied zu finden bezüglich:

6. Körpergröße der Schulkinder;
7. Sterblichkeit an Tuberkulose.

Umgekehrt ist der Unterschied zugunsten der Ortschaften mit weichem Wasser deutlich bezüglich der

1. Häufigkeit der Zeichen von Verkalkung bei den Invaliditätsversicherten,

gering jedoch bezüglich der

2. Stillfähigkeit der Frauen.

Kein Einfluß der Trinkwasserhärte ist zu erkennen bei den Ermittelungen über folgende Punkte:

1. Durchschnittliche Körpergröße der Musterungspflichtigen;
2. Totgeburten;
3. Stilldauer;
4. Geburtenziffer;
5. Sterbeziffer;
6. Häufigkeit der Tuberkuloseerkrankungen bei Invaliditätsversicherten.

Zum Schluß möchte ich nicht verfehlen, zu den vorstehenden, nach Möglichkeit unparteiisch gewonnenen Ergebnissen persönlich Stellung zu nehmen. Ich habe die Zusammenstellung begonnen in der Voraussicht, daß sie eine Stütze für die Röseschen Angaben nicht bieten würde; ich hielt es für ziemlich gewagt, einen Zusammenhang zwischen den geringen, mit dem Trinkwasser aufgenommenen Kalkmengen und dem mehr oder weniger kräftigen Bau des Knochengerüstes und der Zähne anzunehmen. Um so mehr war ich erstaunt, daß die Ermittelungen im Kreise Peine die Röseschen Angaben zu bestätigen scheinen. Durch diese unerwarteten Ergebnisse angeregt, prüfte ich, wie oben geschildert, die Verhältnisse auch nach anderen Richtungen hin, soweit irgend brauchbare Unterlagen zu beschaffen waren. Am überraschendsten ist die erhebliche Zunahme von Zeichen der Verkalkung mit steigender Härte des Trinkwassers. Vollkommen überzeugt bin ich von der Gesetzmäßigkeit der Verhältnisse noch immer nicht; indessen scheinen mir die Ergebnisse des allgemeinen Interesses und einer weiteren Nachprüfung an sicheren Grundlagen in größerem Umfange wert.

Bestätigt es sich, daß die Bevölkerung unter einer reichlicheren Zufuhr von Kalk sich kräftiger und gesünder entwickelt, als dies bei Genuß weichen Wassers der Fall ist, so würde man Maßnahmen zu erwägen haben, wie man möglichst ohne unmittelbare Mitwirkung des Einzelnen der ganzen Bevölkerung die wünschenswerten Kalkmengen zuführen könnte.

Einen Ersatz des weichen Wasserleitungswassers durch hartes nach den oben angeführten Vorschlägen würde man wegen der bekannten wirtschaftlichen Nachteile harten Wassers kaum anstreben können; indessen würde ein bestimmter Zusatz von Calciumchlorid zum Speisesalz in einem gewissen Prozentsatz wohl durchführbar sein. Aehnliche Ziele werden ja von manchen Kreisen schon jetzt durch Vertrieb von sogenannten Nährsalzen verfolgt; abgesehen davon, daß diese Bezeichnung mehr oder weniger bewußt irreführend ist — wenn Salze auch im Stoffwechsel eine wichtige Rolle spielen, so kann man sie doch nie mit den durch chemische Umsetzung kalorische Werte schaffenden Ernährungsstoffen organischer Natur auf eine Stufe stellen —, steht der Preis in der Regel in keinem Verhältnis zum Werte und können solche Mittel nie Allgemeingut der Bevölkerung werden. Auch ist der tatsächliche Nutzen einer erhöhten Kalkzufuhr noch zu wenig sicher begründet; eingehende Forschungen, darunter auch solche über den Nutzen und auch unter Umständen den Schaden kalkhaltigen Trinkwassers erscheinen deshalb weiterhin erforderlich.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

1. Geschlechtskrankheiten und deren Bekämpfung.

Die positive Wassermannsche Reaktion als Zeichen der Infektiosität der Lues. Von Dr. Josef Trinchese-Berlin. Deutsche medizinische Wochenschrift; 1917, Nr. 2.

Das Alternieren der luetischen Infektiosität mit Zeiten von geringerer oder keiner Infektionsmöglichkeit ist mit großer Wahrscheinlichkeit bei allen Individuen, die positiv nach Wassermann reagieren, eine regelmäßig vorkommende Erscheinung, die wir nur gelegentlich zu erkennen imstande sind. Abgesehen von metaluetischen Erkrankungen, Tabes und Paralyse, ist bei dauernd schwach nach Wassermann reagierenden Patienten nie eine Infektion vorgekommen. Aber T. hat oft beobachtet, daß bei relativ rezenten Fällen von Lues, 4—6 Jahre nach der Infektion, Zeiten mit schwach positiver Reaktion nur kurze Pausen bedeuten, die mit Zeiten stark positiver Reaktion abwechseln.

Ein langes positives Verbleiben der Wassermannschen Reaktion nach Absterben der Krankheitserreger erscheint nicht möglich. Soviel steht fest, daß die Wassermannsche Reaktion, ob es sich dabei um Antitoxine oder um eine Störung des Gleichgewichtes zwischen Albuminen und Globulinen handelt, eine Folge der Anwesenheit von Spirochaeten in irgend einer Gegend des Körpers ist. Durch die bisherige experimentelle Luesforschung und die klinischen Beobachtungen ist der Beweis geliefert, daß mit Ausnahme der Metaluetiker positiv nach Wassermann reagierende Patienten infektiös sein können und daß alle infektiösen Individuen mit einzelnen Ausnahmen positive Wassermannsche Reaktion ergeben. Dr. Roepke-Melsungen.

Die neue sero-chemische Syphilisreaktion von Bruck. Von Dr. A. Pöhlmann-München. Deutsche med. Wochenschrift; 1917, Nr. 12.

Bruck beobachtete, daß beim Zusatz von Alkali der Salpetersäureniederschlag der Luetikersera sich im allgemeinen etwas schwerer und langsamer löse als der der Normalsera. Brachte er dann das durch Salpetersäurezusatz gefüllte Albuminat in destilliertem Wasser wieder zur Lösung, so löste sich bei einer gewissen Verdünnung das gesamte Säurealbuminat des Normalserums in Wasser, während bei derselben Verdünnung noch ein Teil des Säure-

albuminats des Luesserums ungelöst bleibt. Auf diese Beobachtung hin hat Bruck eine sehr einfache sero-chemische Reaktion zum Luesnachweis ausgearbeitet und bei der Untersuchung von 200 Lues- und 200 Normalseris als bedeutungsvoll befunden: 0,5 Serum + 2,0 H_2O + 0,3 HNO_3 — 10 Minuten Bindung — + 16 ccm H_2O.

Nach den Nachuntersuchungen, die Pöhlmann bei Syphilis und nichtluetischen Affektionen und zugleich mit der Wassermannschen Reaktion vorgenommen hat, versagt die sero-chemische Reaktion Brucks bei latenter Lues fast vollständig und häufig auch bei manifesten luetischen Erscheinungen. In 15% der Fälle gab sie unspezifische Resultate. Quantitativ wird bei Lues II und bei nichtsyphilitischen Affektionen gelegentlich gleich starke positive Reaktion beobachtet. Mit der Wassermannschen Reaktion geht die neue Reaktion nicht parallel; sie muß daher nach diesen Ergebnissen in ihrer jetzigen Gestalt abgelehnt werden. Wir besitzen also heute noch keine einfache, billige und wirklich zuverlässige Ersatzreaktion für die komplizierte, kostspielige und nur in der Hand serologisch geschulter Aerzte zuverlässige Wassermannsche Reaktion. Dr. Roepke-Melsungen.

Die Ergebnisse mit der neuen Seroreaktion nach Bruck. Von Dr. K. Schindler Hanau a. M. Deutsche med. Wochenschrift; 1917, Nr. 15.

Die Brucksche Methode der Blutuntersuchung Luetischer (Salpetersäurereaktion) hat sich in Versuchsreihen, angestellt mit Tumorserum, Tuberkulose, Luesserum, gänzlich unspezifisch und unzuverlässig erwiesen. Am stärksten reagierten die Tuberkulose, auch der Tumor hat wie Luesserum positiv reagiert. Die Brucksche Methode ist daher unbrauchbar.

Dr. Roepke-Melsungen.

Weitere Erfahrungen über Salvarsannatrium. Von Prof. Dr. Erich Hoffmann-Bonn. Deutsche med. Wochenschrift; 1917, Nr. 5.

Das Salvarsannatrium kann in Form konzentrierter Einspritzungen intravenös angewandt werden und wird gut vertragen. Es hat eine treffliche Wirkung auf alle Erscheinungen der Syphilis, steht aber hinsichtlich des Dauererfolges dem Altsalvarsan nach, während es das Neosalvarsan etwas zu übertreffen scheint.

Bei primärer seronegativer und seropositiver Syphilis genügt nach den bisherigen Erfahrungen eine starke kombinierte Hg-Salvarsankur. Bei frischer sekundärer Syphilis sind zwei durch 2—3monatiges Intervall getrennte Kuren empfehlenswert. Nur auf diese Weise ist die Auffindung eines zureichenden Behandlungsmaßes erreichbar, während das Festhalten an der schematischen chronisch-intermittierenden Behandlung die Lösung dieser wichtigsten Frage der Syphilistherapie unmöglich macht.

Dr. Roepke-Melsungen.

Die Thermo-Präzipitinreaktion nach Schürmann als Diagnostikum bei Gonorrhoe. Aus dem Hygienischen Institut der Universität Greifswald. Von E. Friedberger und A. Heyn. Deutsche medizinische Wochenschrift; 1917, Nr. 9.

Für die in der Regel keinerlei technische Schwierigkeiten bietende Thermo-Präzipitinreaktion empfiehlt sich zur Klärung trüber Reagentien anstelle der Knochenmethode die Ausschüttelung mit Tierkohle und nachherige Filtration durch Papierfilter.

Das Antigonokokkenserum des Dresden-Berner Serumwerkes lieferte entsprechend den Angaben von Schürmann mit Vaginalsekret gonorrhoischer Frauen fast in allen Fällen positive Reaktion. Diese gelingt jedoch bei Verwendung desselben Serums auch mit jeglichem Menscheneiweiß als Antigen und dürfte in der Hauptsache auf dem Präzipitingehalt des benutzten Antiserums gegen Menscheneiweiß beruhen. Deshalb kann der Thermo-Präzipitinreaktion mit dem Antigonokokkenserum eine diagnostische Bedeutung nicht zugesprochen werden. Dr. Roepke-Melsungen.

Arhovin bei Gonorrhoe. Aus der gemischten Station des Reservelazaretts Memel. Von Dr. H. Tröscher, Assistenzarzt d. Res. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 52.

Die Brauchbarkeit des Arhovin als Antigonorrhoicum und Anticystiticum ist in den 12 Jahren seit seiner Einführung in die Therapie schon mehrfach hervorgehoben; es ist auch von dem Verfasser als ein den sonst zum inneren Gebrauch üblichen balsamischen Mitteln nicht nur gleichwertiges, sondern in vieler Beziehung überlegenes Mittel befunden und hat außerdem den großen Vorzug, daß es im Inlande hergestellt wird und nicht wie jene aus dem Auslande bezogen wird.

Tröscher hält es an sich für unzweckmäßig, die normale Reaktion der infizierten Schleimhaut durch innerliche Mittel zu unterdrücken; solche sind nur dann angezeigt, wenn der Kranke über eine übermäßig starke Sekretion oder über sehr heftige anhaltende Schmerzen klagt. Wiederholte Magenstörungen und eine Albuminurie nach Gebrauch des Kopaivabalsams veranlaßten ihn, diesen mit dem Arhovin zu vertauschen. Es wurden 4—6 Kapseln täglich zu 0,25 gegeben und im ganzen 40 Fälle damit behandelt. Der Zweck wurde überall rasch und gründlich erreicht; der starke Ausfluß wurde nach 3 oder 4 Tagen merklich geringer, die quälenden Schmerzen ließen schon am zweiten Tage nach, merkwürdigerweise auch die im Nebenhoden lokalisierten bei Epididymitis. Besonders günstig war diese rasche Wirkung bei akuter Prostatitis, wo mit der lokalen Behandlung ausgesetzt werden mußte. In allen diesen Fällen hat das Arhovin die gestellten Erwartungen übertroffen. Ein Kranker mit einem sechs Wochen, bisher ohne Erfolg behandelten Tripper erhielt in der siebenten Woche Arhovin, weil bei einem Wechsel des lokal angewandten Mittels heftiges Brennen in der Harnröhre und übermässiger Ausfluß eintrat. Am dritten Tage der Arhovin-Medikation war der Patient beschwerdefrei und von da an frei von Gonokokken. Als besonderer Vorteil ist die schnelle Schmerzlinderung, auch bei Nebenhoden und Prostataentzündung, zu betrachten. Ob es in den bei innerlicher Anwendung naturgemäß kleinen Dosen imstande ist, in der Harnröhre auch gonokokkentötend zu wirken, ist zweifelhaft; ebenso läßt sich ein Einfluß auf die Behandlungsdauer nicht sicher feststellen. Rpd.

Der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten. Von Geh. Med.-Rat Dr. Lesser-Berlin. Berliner klinische Wochenschrift; 1917, Nr. 13.

Um wirkliche und baldige Erfolge im Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten zu erzielen, muß zuerst die Gefährlichkeit der Prostitution in ethischer und gesundheitlicher Hinsicht herabgesetzt werden; daneben sind auch andere Maßnahmen zu ergreifen. Von der Meldepflicht will Lesser aber nichts wissen; vielmehr erscheint ihm die sekrete Behandlung als durchaus geboten. In den Beratungsstellen sollen nur aufs beste vorgebildete Aerzte tätig sein. Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

---

2. Weilsche Krankheit.

Die Weilsche Krankheit. Sammelbericht.

Der Erreger ist zunächst von den Japanern (Inoda, Ido, Kaneko und Ito) beschrieben und als Spirochäta icterhämorrhagica bezeichnet worden. Unabhängig von ihnen ist in Deutschland die Spirochäte zunächst von Uhlenhuth und Fromme als solche erkannt und richtig beschrieben, während die Uebertragung der Weilschen Krankheit auf Meerschweinchen zuerst Hübener und Reiter gelungen ist. Die Erkrankung war schon in Friedenszeiten als gelegentlich in Garnisonen seuchenartig auftretende Infektionskrankheit den Militärärzten gut bekannt, ist aber im Kriege häufiger aufgetreten und daher besser studiert worden.

Nach Rößle[1]) sind für den Ikterus, die Albuminurie, die Muskel-(Waden-)Schmerzen befriedigende Grundlagen gewonnen worden; am meisten charakteristisch ist die Beschaffenheit der Nieren. Die Spirochäten sind außer in der Niere und Leber, wo sie am zahlreichsten sind, auch in Milz und Lymph-

[1]) Jahreskurse für ärztliche Fortbildung; 1917, Nr. 1.

drüsen, in Herz, Lunge etc. gefunden. Reiter[2]) kommt zunächst zu folgendem Schluß:

Die epidemiologischen Beobachtungen haben ergeben, daß die echte Weilsche Krankheit — der Name ist reichlich mißbraucht worden — vereinzelt im Mai und Juni, hauptsächlich aber im Juli, August und September vorkommt. Bevorzugt scheinen wasserreiche Gegenden zu sein; die Notwendigkeit des Badens zur Infektion ist dagegen in das Reich der Legende zu verweisen. Als Ueberträger dürften Läuse, Flöhe und Zecken kaum in Frage kommen, da die Krankheit nie als Massenseuche, sondern vereinzelt auftritt. Es werden in bestimmten Gegenden, aber an ganz verschiedenen Oertlichkeiten Personen, die keinerlei Berührung und Beziehung miteinander haben, betroffen. Man muß daher an geflügelte Ueberträger denken. Nahe liegt es, die Stechfliegen als Ueberträger ins Auge zu fassen. Zu nennen wären Haematopota pluvialis, Chrysops coecuticus und zahlreiche Tabanusarten, die sämtlich ihre Entwicklung mit Vorliebe am oder im Wasser durchmachen und im Hoch- und Spätsommer (etwa Juli bis September) auftreten.

Nach den bisherigen mit Hämatopota positiven Ergebnisse der Versuche an zahlreichen Meerschweinchen, die in mit Drahtgaze völlig verschlossenen Einzelkäfigen gehalten wurden, gelingt die Uebertragung im allgemeinen schwer und scheinbar nur unter ganz bestimmten Bedingungen. In erster Linie ist die Uebertragung scheinbar von dem Stadium der Infektion beim virusspendenden Tier abhängig, d. h. vom Gehalt des Blutes an Spirochäten zur Zeit des gift-empfangenden Stichs. Es gelingt daher die Uebertragung nicht in den ersten Tagen der Infektion und nicht in den letzten Tagen bei solchen Tieren, die erst nach etwa 14 Tagen zum Exitus kommen.

Stellen wir nun die epidemiologischen Erfahrungen neben die experimentell festgelegten Tatsachen, so kommen wir zu der Annahme, daß die Weilsche Krankheit als Infektion kaum einen größeren Umfang von epidemischen Charakter annehmen kann. Einer weiteren Verbreitung stehen zu große Hindernisse entgegen. Die direkte Infektion per os ist, wie Tierversuche gezeigt haben, möglich und wird vielleicht dort in Betracht zu ziehen sein, wo die Spirochäte in feuchter, warmer Umgebung sich außerhalb des Organismus halten bezw. vermehren kann, denn daß dies in Brunnenwasser möglich ist, haben neue, nach dieser Richtung angestellte Versuche gezeigt. In trockenem Medium oder bei einer Temperatur unter 20° geht die Spirochäte rasch zugrunde und ist durch diese Hinfälligkeit in keinem Vergleich mit den bekannten pathogenen Darmbakterien zu setzen. Direkte Infektionen müssen also sehr selten sein. Die Tatsache, daß die Spirochäte nur kurze Zeit im peripherischen Blute in reichlicherer Menge anzutreffen ist, durfte ebenfalls relativ selten die Gelegenheit bieten, daß eine Uebertragung durch Insekten erfolgt, zumal für eine solche weitere optimale Bedingungen, wie unterbrochener Stech-Saugakt und Wechsel des Insekts von einem Menschen auf einen anderen, in einer nach Minuten zählenden Zeitspanne, nötig zu sein scheint. Die Annahme, daß nur ganz bestimmte Insekten als Ueberträger in Betracht kommen, erscheint insofern berechtigt, als die Anatomie des Stech- und Saugapparates maßgebend sein dürfte, außerdem die Eigenheit des Stech- und Saugaktes, so daß gewisse Insekten, wie Flöhe, Wanzen und Läuse, als Ueberträger weniger in Frage kommen, die genannten Stechfliegen dagegen mit weit größerer Wahrscheinlichkeit als die Ueberträger der Weilschen Krankheit in Betracht gezogen werden müssen. Die Frage der Keimträger der Weilschen Krankheit ist zurzeit noch völlig ungeklärt, doch muß an die Existenz solcher gedacht werden.

Nach Gudzent[3]) sichert absolut die Diagnose nur den Nachweis des Erregers. Da unter den gegebenen Verhältnissen im Feldlazarett recht häufig diesem Nachweis große äußere Schwierigkeiten im Wege stehen, dürfte die leicht festzustellende charakteristische Veränderung des Blutbildes — Hyperleukozytose mit Polynukleose, absolute Lymphopenie im Beginn der Krankheit mit Umschlag in Lymphozytose im Verlauf der Krankheit — ein wertvoller Wegweiser sein.

---

[2]) Deutsche Medizinische Wochenschrift; 1916, Nr. 42.
[3]) Deutsche Medizinische Wochenschrift; 1917, Nr. 3.

Groß und Magnus-Alsleben[4]) fassen ihre Untersuchungen wie folgt zusammen: Die beobachteten Fälle begannen meist plötzlich mit hohem Fieber und starken Muskelschmerzen. Die Untersuchung ergab einen der Temperatur entsprechend raschen Puls, Anomalien (nicht Abschwächung) der Patellarreflexe, im Harne Eiweiß, Zylinder und weiße Blutkörperchen, ferner eine starke Leukozytose, außerdem häufig eine geringe Conjunctivitis und eine leichte Halsaffektion. Damit galt die Diagnose als hinreichend nahegelegt. Ein Ikterus bestand in diesem ersten Stadium noch nicht; er erschien erst etwa um das Ende der ersten Woche; mit seiner Ausbildung ging die Temperatur meistens herunter. In fast der Hälfte der Fälle trat ein Rezidiv auf. Die Stühle waren in der Regel nicht acholisch; Milz- und Leberschwellung waren öfters, aber keineswegs immer vorhanden.

Schott[5]) berichtet über einen Schulfall: Ein bis dahin gesunder Mann erkrankt plötzlich mit Schüttelfrost, Schmerzen in den Beinen und im Leib, hohem Fieber, Herpes. Am fünften Krankheitstage stellt sich Ikterus ein, dann Nephritis, Petechialblutungen in der Haut; der Mann macht einen schwerkranken Eindruck. Er hat sieben Tage hohes Fieber; von da an langsame Besserung des Zustandes; er entfiebert lytisch in 10 Tagen: die Schmerzen in den Beinen verschwinden, die Leberschwellung geht zurück, der Urin wird eiweißfrei, der Ikterus blaßt ab. Er bleibt dann zehn Tage vollkommen fieberfrei, scheint in der Rekonvaleszenz. Nun beginnt eine zweite Krankheitsperiode: Der Mann hat wieder mehr Krankheitsgefühl, Temperatur steigt an; das dauert 15 Tage lang; zwei Tage bis 39°; außer erheblicher Milzschwellung läßt sich ein besonderer krankhafter Befund in dieser Zeit nicht erheben. Von da an Beginn der Rekonvaleszenz. Damit ist nach Verfasser der Typus des Krankheitsverlaufes in seinen charakteristischen Zügen für alle Fälle der Klinik gekennzeichnet. Die übrigen Fälle zeigen in den hauptsächlichsten Punkten vollkommene Uebereinstimmung; jedoch bot fast jeder einzelne Fall Besonderheiten, die Verfasser zusammengefaßt bespricht. Die Mortalität betrug 13%. Die Patienten sind alle im Beginn der zweiten Krankheitswoche zugrunde gegangen, bis auf einen, der am 16. Krankheitstage starb. Die Kranken starben größtenteils unter den Erscheinungen der Urämie. Die therapeutischen Maßnahmen waren rein symptomatisch. Blutuntersuchungen nach Huebener und Reiter wurden zum Teil von den Fällen der Klinik gemacht.

Bäumler[6]) hält es für eine wichtige ätiologische Eigentümlichkeit, daß die Weilsche Krankheit vorwiegend in den heißen Sommermonaten auftritt und fast ausschließlich jugendliche Personen befällt. Außerdem ist auch das gehäufte epidemische Auftreten unter ganz bestimmten Berufsverhältnissen und äußeren Umständen bekannt. Dr. Wolf-Hanau.

Zur Kasuistik der Weilschen Krankheit. Von Stabsarzt der Res. Prof. Dr. Hilgermann, Leiter des bakteriologischen Laboratoriums des Generalgouvernements Warschau. Deutsche med. Wochenschrift; 1917, Nr. 6.

Es kamen 19 Fälle zur Beobachtung, die durchweg schwer erkrankt waren, aber nur zum Teil im Erkrankungsbeginn die Uebertragung auf Tiere ermöglichten. Im Krankheitsbilde herrschten vor: Sehr große Hinfälligkeit und Apathie ohne eigentliche Benommenheit, große Schlaffheit der Muskeln, vor allem der Wadenmuskulatur mit ausgesprochenen Wadenschmerzen; meist Beginn mit hohem Fieber, nur vereinzelt 36—37; harter, meist verlangsamter Puls, manchmal unregelmäßig; langdauerndes und oft sich wiederholendes Nasenbluten; Rötung von Gaumen und Rachen; gleich beim Beginn starke Bronchitis mit stark blutig verfärbtem Auswurf; stark gelbe Verfärbung der Haut und der Konjunktiven, die häufig sofort vorhanden war, oft erst nach 3—4 Tagen auftrat, dann aber sehr schnell über den ganzen Körper ausgeprägt war; in vielen Fällen Petechien über den ganzen Körper verbreitet, hauptsächlich auf Brust, Rücken und Extremitäten.

Im Vordergrunde der Erkrankung standen schwere Störungen des Magendarmkanals (stark belegte, schmutzig verfärbte, trockene Zunge mit Neigung

---

[4]) Münchener Medizinische Wochenschrift; 1917, Nr. 3.
[5]) Münchener Medizinische Wochenschrift; 1916, Nr. 43.
[6]) Münchener Medizinische Wochenschrift; 1916, Nr. 42.

zu Borken und Geschwürsbildung, fauler Geruch aus dem Munde wie nach faulem Obst, völlige Appetitlosigkeit, Uebelsein, häufiges Erbrechen mit Blutstreifen durchsetzter Flüssigkeit und häufige blutige Entleerungen aus dem Darm, widerlich faulig riechend und mit Schleim vermischt). Milzschwellung trat nicht immer und erst später auf. Dagegen ist die schmerzhafte Schwellung der Leber, besonders des rechten und des mittleren Lappens sehr bezeichnend; bei ruhiger Lage Druckgefühl, bei Berührung starker, bis in die Magengegend ausstrahlender Schmerz. Mit der hochgradigen Wasserverarmung des Körpers infolge von Nasenbluten, Erbrechen und Durchfällen setzt eine schwere akute Nephritis ein, manchmal bis zur Urinverhaltung und zu urämischen Anfällen gesteigert. Das Blut zeigt schmutzig-dunkle Verfärbung, ist sehr dünnflüssig und leicht zersetzbar.

Bemerkenswert sind die zahlreichen und hartnäckigen Rezidive, die plötzlich, meist am neunten Tage der Rekonvaleszenz, mit Fieber, Allgemeinstörung und Leberschmerzen einsetzen. Von Nachkrankheiten werden beobachtet Conjunctivitis, Eiterpusteln, Pflegmonen, Otitis, Schwellungen der Gelenke, Haarausfall. Die Störungen des Nervensystems machen sich auch in der Rekonvaleszenz geltend.

Therapeutisch wurde zur Entlastung des Körpers von Krankheitserregern und Toxinen und zur Anregung der Bildung von Antitoxinen sofort etwa 300 ccm Blut durch Aderlaß abgelassen und hieran reichliche Zufuhren von physiologischer Kochsalzlösung subkutan und als Klysma angeschlossen; außerdem wurde die ersten zwei bis drei Tage zweimal 0,1 Kalomel, dann Salzsäure gegeben. Diät: Schleimsuppen, Kakao, Milch, etwas Rotwein, später Eier- und Fleisch-Zulagen.

Unter den 19 schweren Fällen wurde nur ein Todesfall beobachtet. Diesen günstigen Erfolg führt H. auf den sofortigen Aderlaß und die Durchspülung des Körpers mit physiologischer Kochsalzlösung zurück.

Dr. Roepke-Melsungen.

Das Weil-Felixsche Bakterium. Von Privatdozent Dr. L. Dienes, Oberarzt der Reserve und Assistent am Hygienischen Institut der Universität in Budapest. Deutsche Medizinische Wochenschrift; 1917, Nr. 15.

Da nach den Angaben von Weil und Felix im Verlaufe des Fleckfiebers das Blutserum der Kranken die Fähigkeit gewinnt, Proteusbazillen zu agglutinieren, sind die preußischen Medizinalbeamten angewiesen, bei allen auf Fleckfieber verdächtigen Erkrankungen einige Kubikzentimeter Blut des Kranken an das Institut für Infektionskrankheiten Robert Koch zur Vornahme der Reaktion einzusenden.

Mit Rücksicht hierauf sind die Untersuchungsergebnisse von Dienes bemerkenswert. Es gelang ihm nur in einem Teile der Fleckfieberfälle (6) die von Weil und Felix gefundene und zur serologischen Reaktion empfohlene Bakterienart aus dem Blute der Patienten zu züchten, während dies bei dem größeren Teile der Fälle trotz wiederholter Untersuchungen nicht möglich war.

Außer bei ausgesprochenen Fleckfieberfällen wurde der Proteus in 6 Fällen gefunden, wo klinisch Fleckfieber nicht vorhanden war, obwohl der Verkehr mit Fleckfieberkranken nicht auszuschließen war. Diese Personen machten den Eindruck Schwerkranker und waren stark abgemagert, gewöhnlich mit kurzem Fieberverlauf und ohne klargestellte Krankheitsformen. Bei den im ganzen Krankheitsverlaufe beobachteten Fällen war die Serumreaktion positiv.

In drei Fällen, wo die Diagnose auf Typhus bezw. auf Paratyphus klinisch gesichert war, wurde positive Serumreaktion und in einem Falle positive Blutkultur erzielt. Trotzdem kann mit Rücksicht auf die große Zahl der Kontrollfälle — 900 Kontrollfälle ergaben negative Resultate — die Spezifität der Serumreaktion nicht in Zweifel gezogen werden.

Auch aus den an Kranken gefütterten Läusen konnte bei einem Fall das Weil-Felixsche Bakterium aus 2 Läusen gezüchtet werden; bei anderen 63 Läusen von elf Kranken ist es dagegen nicht gelungen.

Dr. Roepke-Melsungen.

Kurze Bemerkungen über die pathologische Anatomie der Weilschen Krankheit. Von C. Hart. Berliner klinische Wochenschrift; 1917, Nr. 12.

Obduktionsbefunde bei Weilscher Krankheit sind bisher selten bekannt geworden; sie können aber, wie der vorliegende Fall lehrt, zur Aufklärung der Diagnose dienen. Bei dem hier obduzierten Fall eines vom Urlaub von der Front gekommenen Soldaten, der drei Wochen krank war, hatte man an Weilsche Krankheit überhaupt nicht gedacht. Der Befund deckte sich mit den Untersuchungen von Beitzke und Herxheimer. Es handelte sich besonders um schweren Ikterus, ausgedehnte Blutungen in Nieren und Nebennieren; mikroskopisch war hämorrhagische Glomerulonephritis zu finden, während die Leberzellen eine diffuse, aber nicht schwere Schädigung aufwiesen.

Die Beziehungen der Weilschen Krankheit mit der akuten gelben Leberatrophie bedürfen noch weiterer Klärung.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Zur pathologischen Anatomie des infektiösen Ikterus. Von Prof. Dr. L. Pick, Armeepathologe. Berliner klinische Wochenschrift; 1917, Nr. 19 und 20.

Als charakteristische Veränderungen bei infektiösem Ikterus bezeichnet Verfasser den Muskelzerfall der Waden- und anderer Muskel, Zerfall der Leberzellen, der aber selten den Grad des schweren Zelluntergangs wie bei der akuten gelben Leberatrophie erreicht und bei dem das makroskopische Bild von dem Aussehen dieser Atrophie abweicht, ferner zellige Infiltrate an den Arteriolen und Kapillaren der Cutis. Die von Beitzke als besonders charakteristisch angesprochenen makroskopischen Veränderungen der Nieren können dagegen in manchen Fällen fehlen. Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

---

3. Rotz.

Rotzinfektion und deren Verhütung. Von Dr. J. Marcuse in Berlin-Schöneberg. Berliner klinische Wochenschrift; 1917, Nr. 8.

Verfasser berichtet über einen tragischen Fall einer tödlich verlaufenden Rotzinfektion, um daran einige praktische Bemerkungen zu knüpfen, die auf eine Verhütung solcher Infektionen hinweisen. Ein Kreistierarzt in älteren Jahren konsultierte den Verfasser mit der Angabe, er müsse sich bei der eines an Rotz verendeten Pferdes, wobei er im Drange der Geschäfte sich wohl nicht genügend in acht genommen habe, infiziert haben. Eine schon nach 8 Tagen unter Fieber sich bildende Hautentzündung am linken Unterarm war das erste Zeichen der gefürchteten Krankheit. Verfasser fand dann eine Lymphangitis, Fieber, allgemeine Unruhe des Kranken. Die Krankheit wurde bakteriologisch als Rotz festgestellt und verlief innerhalb von 12 Tagen tödlich. Klinisch bot der Fall nichts besonderes Bemerkenswertes.

Bei der Seltenheit derartiger Infektionen, meint Verfasser, stelle sich leicht eine Sorglosigkeit gegen die Gefährlichkeit des Rotzgiftes ein. Hiervor muß gewarnt werden. Akute Rotzinfektionen verlaufen fast immer tödlich. Gründliche Desinfektionen der Hände und Unterarme bei Vornahme von Sektionen an Rotz verendeter Tiere sind geeignet, vor Infektionen zu schützen, da die Rotzbazillen keine starke Widerstandskraft gegen stärkere Desinfektion besitzen. Kommen auch nur kleinste Verletzungen bei der Sektion vor, so sind Aetzungen vorzunehmen. Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

---

4. Sonstige Krankheiten.

Zur Epidemiologie der Appendicitis. Von Stadtrat Dr. A. Gottstein-Charlottenburg. Deutsche medizinische Wochenschrift; 1917, Nr. 12.

Die Erkrankungszahlen an Appendizitis sind für Vergleiche nicht brauchbar. Die absoluten Zahlen der Todesfälle ergaben für die Jahre 1907 bis 1914 beim männlichen Geschlecht einen nicht ganz unerheblichen, beim weiblichen einen kaum ins Gewicht fallenden Anstieg. Dagegen trat in den beiden Kriegsjahren 1915 und 1916 an manchen Orten eine jähe Aenderung ein: Die absolute Sterbeziffer fing schon 1915 an abzusinken, und diese Abnahme verstärkte sich für das Jahr 1916. In Berlin ist die Gesamtsterblichkeit an Appendicitis auf die Hälfte und die für die

Altersklassen von 0 bis 10 Jahr sogar auf 40% herabgegangen. Der Rückgang hat nichts mit der Aushebung der Männer zu tun.

An diese Beobachtung von mehr grundsätzlicher Bedeutung schließt G. Erörterungen von allgemeinerer Bedeutung, so über die Beziehungen von Vorbeugung und Behandlung in ihrem Einfluß auf die Bekämpfung von Massenerkrankungen. Dreimal in den letzten zwei Jahrzehnten — bei Einführung der Serumtherapie der Diphtherie, nach der Entdeckung des Salvarsans und bei der Anchylostomumerkrankung — hat man es für möglich gehalten, daß die Fortschritte auf dem Wege erfolgreicher Einzelbehandlung von bereits Erkrankten imstande wären, auf Maßnahmen zur Verminderung der Erkrankungsziffer verzichten zu lassen. Das hat sich aber bald als irrtümlich herausgestellt. Auch die Appendicitis reiht sich denjenigen Erkrankungen an, bei denen die Vorbeugung der Behandlung überlegen ist, wenn die Sterblichkeit an Appendicitis auf die Hälfte und mehr herabzusetzen ist, während bisher trotz Ausbildung der Frühdiagnose und Ausdehnung des operativen Verfahrens kein Absinken der Sterbezahl, günstigenfalls kein Anstieg eintrat.

Die weitere Frage ist, warum trotz Vorhandenseins aller Bedingungen für die Entstehung und Weiterverbreitung der Seuchen diese zum Stillstand, Rückgang und Erlöschen kommen. Hier führt erst der Abstieg trotz gleichbleibender Uebertragungsbedingungen zur Erkenntnis der besonderen, für jede Seuche verschiedenen, außer dem Contagium noch erforderlichen Entstehungsursachen.

Drittens wirft G. an dem Beispiel der Appendizitis die Frage auf nach den Kennzeichen, die eine Erkrankung zur Volkskrankheit machen und ihr außer der individuellen auch eine soziale Bedeutung beimessen. Setzt man z. B. für die Jahre 1904—1913 (bei Appendicitis 1906—1913) für den Durchschnitt der Sterblichkeit in Preußen die Todeszahlen an Tuberkulose gleich 100, so beträgt die Zahl für Krebs 44,8, tödliche Unfälle 24,4, Keuchhusten 16,05, Diphtherie 13,8, Scharlach 11,1, Masern 11,05, Tod im Kindbett einschl. Kindbettfieber 6,5, Blinddarmentzündung 3,6, Unterleibstyphus 3,4. Mit der Betonung der Häufigkeit ist aber vom Standpunkt der Sozialpathologie die Bedeutung einer Krankheit keineswegs erschöpft. Uebertragbarkeit, Dauer und Schwere der Erkrankung haben sozialpathologischen Wert, bei der akuten Blinddarmentzündung auch die Vernichtung so vieler junger Menschenleben aus voller Gesundheit heraus. Das rechtfertigt die Bewertung der Appendicitis als Massenerkrankung und das Bestreben, die Erkrankung herabzusetzen.

Schließlich wendet sich G. gegen die zuerst von Malthus, dann von einigen Rassenhygienikern vertretene Anschauung, daß, wenn wir gewisse Krankheiten ausrotten, andere verhältnismäßig tödlicher verlaufen. Diese Lehre einer nur deduktiven Epidemiologie ist die verfehlteste, weil alle Einzeluntersuchungen, vor allem das wichtige Material der Sterbetafeln, das Gegenteil beweisen: Daß die Herabsetzung der Sterblichkeit an Volkskrankheiten auch durch die folgenden Altersklassen hindurch einen dauernden Gewinn bedeutet.

Dr. Roepke-Melsungen.

B. Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Statistik.

Ueber Verzeichnisse der Krankheiten, Todes- und Invaliditätsursachen. Medizinalstatistische Beiträge. Von Kaiserl. Regierungsrat Dr. med. et phil. Franz-Berlin. Aerztliche Sachverständigenzeitung 1917, Nr. 7.

Verfasser bespricht zunächst die bisherigen Bemühungen im Kaiserlichen Gesundheitsamt zur Herbeiführung einer einheitlichen Bearbeitung der Sterbefälle und Todesursachen nach der in dieser Hinsicht vereinbarten Todesursachen-Verzeichnisse vom Jahre 1892 und 1905. Das danach aufgestellte „kurze Todesursachenverzeichnis“ (mit 23 bezw. 32 Ziffern) und „ausführliche Verzeichnis von Krankheiten und Todesursachen“ (mit 335 Ziffern) hat im Jahre 1910 noch eine Ergänzung durch das „Todesursachenverzeichnis mittleren Umfangs“ (mit 50 Ziffern) erhalten, das zum Gebrauch für die Statistik in Städten mit mehr als 40000 Einwohner dienen soll. Daneben besteht noch für Preußen das durch Min.-Erlaß vom 22. April 1904 empfohlene, neubearbeitete und abgeänderte sog. Virchowsche Verzeichnis der Krankheiten und Todesursachen (mit 176

Ziffern). Zwischen den vom Kaiserlichen Gesundheitsamt aufgestellten Verzeichnissen und denjenigen nach Virchow bestehen erhebliche Unterschiede; nur in bezug auf die einzelnen Gruppen der Todesursachen und Krankheiten und in bezug auf die Bezeichnung herrscht im großen und ganzen Uebereinstimmung.

Außer diesen allgemeinen Verzeichnissen ist für die Träger der Invalidenversicherung, die Landesversicherungsanstalten im Jahre 1894 noch eine „Statistik der Ursachen der Erwerbsunfähigkeit" und eine „Statistische Zusammenstellung der Ursachen der Invalidität" mit 38 Ziffern eingeführt, von denen die ersten 8 Ziffern auf Allgemeinerkrankungen und die Ziffern 9 bis 27 auf örtliche Krankheiten sich beziehen, während die Ziffer 28 mechanischen Verletzungen vorbehalten ist. Sämtliche Ziffern sind unzerlegt und beziehen sich fast alle auf Krankheitsgruppen und nicht auf einzelne Krankheiten. Die Zusammenstellung hat daher den Vorzug einer wesentlich einfacheren Gestaltung, anderseits aber den Nachteil, daß leicht Zweifel entstehen können, in welche Gruppe eine bestimmte Krankheit zu stellen ist. Mit Rücksicht auf diese Schwierigkeit der Einordnung sowie mit Rücksicht auf die inzwischen gemachten Fortschritte auf dem Gebiete der ärztlichen Wissenschaft ist dann vom Reichsversicherungsamt im Jahre 1906 eine neue statistische Zusammenstellung der Ursachen der Invalidität der Versicherungsträger zur Benutzung empfohlen, die mit der Einrechnung der Untergruppen 50 Ziffern enthält, auch heute noch bei der Einordnung der Invaliditätsursachen von den Versicherungsträgern zugrunde gelegt wird. Um jedoch im Zweifelsfalle eine richtige Einordnung den Beteiligten, insbesondere den Aerzten, zu ermöglichen, ist diesen als Anhalt daher gleichzeitig die vom Kaiserlichen Gesundheitsamt im Jahre 1905 herausgegebene „Alphabetische Liste von Krankheiten und Todesursachen" zur Benutzung empfohlen. Trotzdem sind dadurch noch nicht alle Schwierigkeiten bei der Einordnung der Invaliditätsursachen vermieden, so daß sich das Reichsversicherungsamt im Jahre 1909 von neuem veranlaßt sah, erläuternde Vorschriften für die Eintragungen der Invaliditätsursachen in die Zählkarte zu geben, ohne daß aber infolgedessen die vorhandenen Schwierigkeiten und Unvollkommenheiten der Bezeichnungsweise gehoben wären. Verfasser glaubt, daß dazu nur zwei Mittel in Frage kämen: Herausgabe einer alphabetischen Liste der Invaliditätsursachen unter Beifügung der Ordnungsnummern der statistischen Zusammenstellung der Ursachen der Invalidität oder Erweiterung der statistischen Zusammenstellung durch Aufteilung der Krankheitsgruppen. In eingehender Weise werden diese beiden Mittel auf ihren Wert hin untersucht und die Gründe, für oder gegen die Herausgabe einer alphabetischen Liste einerseits und gegen die Erweiterung der statistischen Zusammenstellung anderseits angeführt. Auf Grund dieser Prüfung kommt Verfasser zu dem Schluß, daß sich die Herausgabe einer alphabetischen Liste der Invaliditätsursachen unter Beifügung der Ordnungsnummern der statistischen Zusammenstellung der Invaliditätsursachen empfiehlt, weil gegen ihre Herausgabe keine Bedenken bestehen und ihr Gebrauch zur Vermeidung allgemeiner Krankheitsbezeichnungen, zur Verwendung möglichst einheitlicher und hinreichender Benennungen der Invaliditätsursachen und zur Sicherstellung der Ordnungsnummern wesentlich beitragen würde. Rpd.

Bevölkerungsstatistische Bemerkungen. Von Prof. Dr. A. Schlossmann-Düsseldorf. Deutsche medizinische Wochenschrift; 1917, Nr. 11.

Wenn heute die Säuglingssterblichkeit erfreulicherweise gesunken ist, so ist der Geburtenrückgang wesentlich als Ursache an dieser Abnahme beteiligt. Verhütung der Geburten führten indirekt zu einer Verhütung der Sterblichkeit derer, die geboren sind, und umgekehrt wieder beeinflußt eine Verminderung der Säuglingstodesfälle die Zahl der Geburten. Geburtenzahl und Säuglingssterblichkeit stehen also in innigen und vielverschlungenen Wechselbeziehungen.

Um dieser Tatsache einigermaßen gerecht zu werden, schlägt Sch. einen neuen statistischen Ausdruck für die Höhe der Säuglingssterblichkeit vor, der zugleich die Geburtenhäufigkeit erkennen läßt. Bisher pflegte man die Säuglingssterblichkeit in Prozenten der Lebendgeborenen anzugeben, während die Geburtenhäufigkeit auf das Tausend der Bevölkerung berechnet ist. Solche

Angaben kann man nicht vergleichen. Sch. empfiehlt daher, die Höhe der Säuglingssterblichkeit dadurch zu kennzeichnen, daß wir uns eines Bruches bedienen, in dem der Zähler die Säuglingssterblichkeitsziffer ist (also besagt, wieviel Säuglinge auf das Tausend der Bevölkerung in einem Jahre gestorben sind), der Nenner die Geburtenziffer angibt (also sagt, wieviel Kinder auf das Tausend der Bevölkerung geboren worden sind).

Die Bedeutung dieser Bezeichnung, der Sch. den Namen „bevölkerungspolitische Grundziffer" gegeben hat, wird an einigen Beispielen erläutert. In Preußen kamen im Jahre 1913 auf das Tausend der Bevölkerung 28,2 Geburten und 4,2 Todesfälle von Säuglingen. Man gibt daher für das Jahr 1913 die Säuglingssterblichkeit mit dem Bruch: $\frac{4,2}{28,2}$ wieder und weist damit zugleich, daß 28,2—4,2, also Nenner minus Zähler, = 24,0 Kinder aus der Gefahrenzone des ersten Lebenalters in das sichere zweite Lebensjahr sich haben hinüberretten können. In Hamborn beträgt für 1912 die bevölkerungspolitische Grundziffer: $\frac{6,2}{41,6}$; in das zweite Lebensjahr kamen 41,6 – 6,2 = 35,4 Kinder. Jedes Tausend der Bevölkerung lieferte also in Hamborn einen Zuwachs von 11,4 Kindern mehr, die über das erste Lebensjahr hinauskamen, als in Preußen. In Barmen beträgt die Ziffer $\frac{2,2}{23,3}$, also nur 21,1 Kinder auf das Tausend der Bevölkerung erreichen das zweite Lebensjahr. Diese Zahlen besagen etwas ganz anderes als die sonst üblichen Angaben, daß in Preußen die Säuglingssterblichkeit 15%, in Hamborn 15,1%, in Barmen unter 10% beträgt. Letzteres ist ein schiefes Betrachten der bevölkerungspolitischen Vorgänge. Dr. Roepke-Melsungen.

2. Medizinalverwaltung und Oeffentliches Gesundheitswesen.

Das Berliner Stadt-Medizinalamt. Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin; 1917, Nr. 3.

Mitten im Krieg hat das städtische Untersuchungsamt sich zum Stadt-Medizinalamt erweitert, es gliedert sich in 3 Abteilungen, eine medizinische, die auch die Zentrale für die Fürsorgetätigkeit werden wird, eine bakteriologisch-hygienische und eine chemische. Jetzt verursacht naturgemäß die Zentralstelle für Krankenernährung die meiste Arbeit; 150 Beamte sind hier eingestellt; über 100000 Anträge auf besondere Lebensmittelkarten sind erledigt. Auch die chemische Abteilung hat mit Untersuchungen der Nahrungsmittel besonders viel zu tun; ebenso hat die Arbeit der bakteriologisch-hygienischen Abteilung erheblich zugenommen. Vor dem Kriege wurden 25000 Untersuchungen erledigt, im Jahre 1915 stieg die Zahl auf 37000, und das Jahr 1916 dürfte mit mindestens 50000 Untersuchungen abschließen. Außerdem ist man jetzt eifrig dabei, Impfstoffe gegen Typhus und Cholera herzustellen; nicht weniger als 15000 Liter Typhus-Impfstoff sind fertiggestellt, eine Menge, die für völlige Durchimpfung von 6 Millionen Menschen genügt.
Dr. Hoffmann-Berlin.

Hygienische und sanitäre Verhältnisse Polens. Von k. k. Reg.-Arzt Privatdoz. Dr. Starkenstein. Archiv für soziale Hygiene; Band 12, Heft 1 u. 2.

Die Gefahr, die durch den Tiefstand der Hygiene und der sanitären Verhältnisse in den Ostländern als Ursache für die Entstehung von Epidemien und Endemien für die Bevölkerung, die Truppen und nicht zuletzt für das Hinterland besteht, gebietet ernergische Maßnahmen: Wasserversorgung, Kanalisation, Straßen- und Wohnungshygiene, Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten, Massenentlausung, Schulgesetze, Schulzwang usw.
Dr. Wolf-Hanau.

3. Hebammenwesen.

Ueber die wirtschaftliche Lage der Hebammen nach dem Kriege. Von Rieländer-Marburg. Gynäkol. Rundschau; Januar 1917.

Die neue Taxe hatte zwar bei Stadthebammen, weniger auf dem Lande, die Einnahme vermehrt; die Gemeinden zahlen zu geringe Zuschüsse, Alters-

versicherung fehlt oft. Die Anstellungsverhandlungen der Gemeinden waren oft dem Kreisarzte gar nicht vorgelegt. R. muß es aussprechen, daß einzelne Bürgermeister durch unwahre Darstellung zur Unterzeichnung eines Vertrages die armen Frauen brachten. Ein weiterer erheblicher Schaden für die Hebammen ist das gegenseitige Unterbieten und das Arbeiten unter der Taxe. Eine schlimme Konkurrenz sieht R. mit dem Referenten für die Stadthebamme, aber auch auf Gütern, Pfarrhäusern etc. darin, daß Aerzte mit Wochenbettpflegerinnen ohne Hebammen arbeiten. R. wünscht ein Reichshebammengesetz, zweifelt aber an dessen Verwirklichung. Deshalb heißt es auch bei den Hebammen: „Hilf Dir selbst." Organisation und Aufklärung, Gründung von Hebammenvereinen in ländlichen Bezirken, Warnung vor dem Eingehen unkluger Verträge, indem man Merkblätter in der Tagespresse veröffentlicht, können diesem Zwecke dienen.

Dr. Rissmann-Osnabrück.

Besprechungen.

Dr. Martin Fassbender, Geh. Reg.-Rat, Mitglied des Deutschen Reichstags und des Preußischen Abgeordnetenhauses: **Des deutschen Volkes Wille zum Leben.** Bevölkerungspolitische und volkspädagogische Abhandlungen über Erhaltung und Förderung deutscher Volkskraft. In Verbindung mit zahlreichen Mitarbeitern. Mit 24 Abbildungen. Gr. 8°; 886 S. Freiburg 1917. Herdersche Verlagsbuchhandlung. Preis: 13,50 M., in Pappband 15 Mark.

Die Frage des Geburtenrückganges beschäftigt seit längerer Zeit die öffentliche Meinung in Deutschland in immer steigendem Maße. Kein Wunder, wenn so zahlreiche Schriften über den für die vielseitigste Erörterung fruchtbaren Gegenstand erscheinen. Dem vorliegenden Buch, das in einundzwanzig größeren Aufsätzen nicht nur die Frage des Geburtenrückganges, sondern die gesamte Bevölkerungslehre behandelt, sichert die Persönlichkeit des Herausgebers und der auserlesene Kreis seiner Mitarbeiter sowie die Eigenart der Anlage des Werkes von vornherein einen hervorragenden Platz. Es will kein „Volksbuch" sein, das sich mit seinen Ausführungen an die breiten Massen der Bevölkerung wendet, sondern es will der großen Gruppe der Führer des Volkes und der Volkserzieher wertvolle Erkenntnisse und Beobachtungen zur Erwägung vorlegen. Die Abhandlungen sollen, in andere Form gegossen und ausgemünzt, zur Warnung, Rettung und Leitung unseres Volkes Verwertung finden. Das Buch wendet sich deshalb an die Volksvertreter in Staat und Gemeinde, an die Geistlichen und Lehrer, an die Aerzte, Medizinal- und Verwaltungsbeamten und Juristen, mit einem Worte an alle Freunde der Volkswohlfahrt und aufmerksamen Beobachter des öffentlichen Lebens. Der Stoff ist in folgender Weise gegliedert: Nach einer gründlichen Einführung des Herausgebers werden im ersten Teile die sexualethischen Probleme (Prof. Dr. Franz Walter-München), biologischen Grundlagen (H. Muckermann, Dr. med. Franz Kleinschrod-München) und medizinisch-hygienischen Gesichtspunkte (San.-Rat Dr. Chr. Fassbender-Berlin) der Bevölkerungslehre erörtert und Richtlinien für Lebensreform gegeben. Im zweiten Teil folgen statistische und kirchengeschichtliche Betrachtungen (H. A. Krose-Berlin und Prof. Dr. Georg Schreiber-Regensburg). Der dritte Teil bespricht die Einzelmaßnahmen zur Bekämpfung des Geburtenrückganges und zur körperlichen und sittlichen Ertüchtigung des deutschen Volkes: die Volkspädagogik — Einwirkung auf die Volksgesamtheit (A. Heinen-M.-Gladbach), Aufgabe der Volksschule im Kampfe gegen den Geburtenrückgang (Schulrat Joh. Jos. Wolff-Bergheim-Elft), zielbewußte Erziehung der schulentlassenen Jugend (Pfarrer Dr. Ed. Kruchen-Köln-Ehrenfeld), die industrielle Arbeiterfrage (Jos. Joos-M.-Gladbach), das Bevölkerungsproblem auf dem Lande (Prof. Dr. Benedikt Schmittmann-Köln a. Rh., die Lohn- und Wohnungsfrage (Geh. Ob.-Reg.-Rat Augustin Düttmann-Oldenburg), Steuer-, Besoldungs- und Versicherungsfragen (Geh. Reg.-Rat Dr. Adolf Schmedding-Landesrat in Münster i. W.), Bevölkerungs- und Frauenfrage (Hedwig Dransfeld-Köln a. Rh.), Säuglings- und Mutterschutz (Med.-Rat Dr. Graßl, Bezirksarzt in Kempten (Allgäu), der Kampf gegen Geschlechtskrankheiten (Prof. Dr. med. Stern-Düsseldorf), gegen die öffentliche Unsittlichkeit (Landgerichtsrat K. Rupprecht-

München) und gegen die Alkoholschäden (Prof. Gonser-Berlin); Fürsorge für uneheliche Kinder (Wirkl. Geh. Ob.-Reg.-Rat Dr. B. Würmeling-Berlin-Steglitz). Den Schluß bildet eine Verherrlichung des christlichen Familienideals als des Jungbrunnens deutscher Volkskraft (Prof. Dr. A. Rademacher-Bonn. Das Werk bietet einerseits eine durch Mannigfaltigkeit sich auszeichnende, reichhaltige Erkenntnisquelle und Fundgrube für Vorträge und Erörterungen in Stadt und Land; anderseits gehen die sämtlichen Abhandlungen auch Anregungen zu erzieherischen, zu gesetzgeberischen und zu Verwaltungsmaßnahmen. Bei aller wissenschaftlichen Behandlung ist der praktische Zweck des Buches stets im Auge behalten: Unter Vermeidung jeder Einseitigkeit die Ganzheit und Gesamtheit der verwickelten Bevölkerungsfrage der Gegenwart sowohl nach der bevölkerungspolitischen, wie nach der volkspädagogischen Seite hin in gemeinnütziger gründlicher Form zur Anschauung zu bringen und bei der Erörterung der Mittel und Wege zur Abhilfe nicht nur an den Augenblick, sondern auch an eine weitere Zukunft zu denken. Möge es deshalb eine recht große Verbreitung finden zu Nutz und Gedeihen von Deutschlands Volkskraft! Rpd.

Vereinsschriften des Vereins für Kommunalwirtschaft und Kommunalpolitik. Herausgegeben von Generalsekretär **Erwin Stein**-Berlin-Friedenau. Deutscher Kriminalverlag. G. m. b. H. 1916 u. 1917. 8°.

a. **Städtische Ansiedlungs- und Bebauungsfragen.** Von Oberbürgermeister **Koch**-Kassel. Heft 7. 52 S. Preis: geh. 1,50 M., gebd. 2,25 M.

Verfasser gibt zunächst eine recht eingehende Schilderung der Uebelstände, die das heutige städtische Wohnungswesen umfassen und erörtert dann ebenso eingehend die Maßnahmen, die zu ihrer Abhilfe erforderlich sind. Er unterscheidet hierbei öffentlich-rechtliche und kommunalwirtschaftliche Maßnahmen und betont mit Recht, daß die ersteren nur dann Aussicht auf Erfolg haben, wenn sie mit den letzteren Hand in Hand gehen. Die wirtschaftlichen Maßnahmen müssen sich den örtlichen Verhältnissen anpassen und erfordern zu ihrer Durchführung sehr erhebliche Mittel, deren Aufbringung der Staat stets scheuen wird. Deshalb ist diese Durchführung eine der vornehmsten Aufgaben der Stadtverwaltung; von ihrem guten Willen und ihrem Verständnis sowie von den ihr zu diesem Zwecke eingeräumten Befugnissen wird die Lösung der Aufgabe abhängen.

b. **Schullasten-Verteilung und Grossstadt-Dezentralisation.** Von **Dr. Friedrich Burmester**-Berlin. Heft 8, 116 S. Preis: geh. 1,25 M., gebd. 2,25 M.

Der Inhalt der vorstehenden Abhandlung ist auch für die Erhaltung und Förderung der Volksgesundheit insofern von Bedeutung, als Verfasser zeigt, daß die für die Städte dringend nötige Dezentralisation sich bei vernünftiger gesetzlicher Regelung auch ohne eine Erhöhung der Schullasten durchführen läßt.

c. **Rechte und Pflichten der Stadtverordneten in den einzelnen Bundesstaaten.** Heft 8—11; 8°. 293 S. Preis: geh. 4,50 M., gebd. 6,75 M.

Eine auch für die Leser dieser Zeitschrift, von denen sicherlich mancher als Stadtverordneter tätig ist, sehr brauchbare Darstellung von den Rechtsverhältnissen der Stadtverordneten in sämtlichen deutschen Bundesstaaten, die dadurch noch besonders an Wert gewinnt, als sie unter der Mitwirkung namhafter Kenner des Stadtverordnetenrechtes in den einzelnen Bundesstaaten entstanden ist. Rpd.

Tagesnachrichten.

Im Hinblick auf wiederholte Anfragen teilt das K. Bayerische Ministerium des Innern mit, daß die **Zulassung zur Prüfung für den ärztlichen Staatsdienst in Bayern** bei Erfüllung der Voraussetzungen auch während des Krieges erfolgen und der erste Prüfungsabschnitt, Bearbeitung der schriftlichen Aufgaben, abgelegt werden kann. Eine praktische und mündliche Prüfung (II. u. III. Prüfungsabschnitt) wird jedoch während des Krieges voraussichtlich nicht abgehalten werden.

Unter dem 15. August 1917 ist das Gesetz über **Fürsorge für Kriegsgefangene** im Reichs-Gesetzblatt veröffentlicht, das im § 1 die wichtige Bestimmung enthält, daß Gesundheitsstörungen, die deutsche Militärpersonen oder andere unter die deutschen Militärversorgungsgesetze fallende Personen in feindlicher Kriegsgefangenschaft erleiden, als Dienstbeschädigungen im Sinne dieser Gesetze gelten, wenn sie infolge von Arbeiten, zu denen die bezeichneten Personen verwendet werden, oder durch einen Unfall während der Verrichtung solcher Arbeiten eingetreten, oder wenn sie durch die der Kriegsgefangenschaft eigentümlichen Verhältnisse verursacht oder verschlimmert worden sind. — Auch feindliche Militärpersonen oder ihnen gleichgestellte Personen, die in deutscher Kriegsgefangenschaft eine Gesundheitsstörung im Sinne des § 1 Abs. 1 erleiden, sollen, solange sie sich in der Gewalt einer deutschen Militärverwaltung befinden, eine angemessene Fürsorge erhalten.

Zwischen der Deutschen und der Großbritanischen Regierung ist am 2. Juli d. J. eine **Vereinbarung über die Heimbeförderung von Kriegs- und Zivilgefangenen** getroffen werden. Danach sollen die wegen Tuberkulose in der Schweiz internierten Kriegsgefangenen, die als geheilt anzusehen sind, in ihre Heimat entlassen werden. Weiterhin soll eine neue Liste von Krankheiten und Gebrechen als Grundlage für die zu entlassenden Kriegsgefangenen vereinbart werden. Als neu wird dann die „Stachelkrankheit" aufgeführt. Kriegsgefangene, die mindestens 18 Monate in Gefangenschaft waren und an dieser Krankheit leiden, sollen künftig als geeignet für die Unterbringung in der Schweiz oder in einem anderen neutralen Lande anerkannt werden. Im August und September soll ferner entsprechend der zwischen Deutschland und Frankreich getroffenen Vereinbarung eine neue Untersuchung aller vor dem 1. November 1916 in Gefangenschaft geratenen Gefangenen auf Grund der neuen Liste von Krankheiten stattfinden und zwar durch zwei Kommissionen, die aus je drei schweizerischen und drei Aerzten des betreffenden Staates bestehen. Bei Stimmengleichheit soll die Stimme des ältesten schweizerischen Arztes den Ausschlag geben. Um Platz für diese Austauschgefangenen in der Schweiz zu finden, sollen dort befindliche Schwerverwundete und Schwerkranke in die Heimat entlassen werden. In die Heimat entlassene Kriegsgefangene dürfen weder an der Front, noch in der Etappe, noch innerhalb des besetzten Gebietes verwendet werden. Sämtliche in Gefangenschaft befindlichen Mitglieder des Sanitätspersonals sollen unverzüglich entlassen und in die Heimat zurückbefördert werden.

Ehren-Gedächtnistafel. Für das Vaterland gefallen oder gestorben:

Oberstabsarzt Dr. **Karl Becker**, Bezirksarzt in München (gestorben infolge von Krankheit).
Feldunterarzt Billhardt-Oppenheim (Großh. Hessen).
Oberarzt Dr. A. Bittner-München.
Stabsarzt d. Res. Dr. Friedrich Blachstein-Mühlhausen.
Oberarzt d. Res. Dr. Karl Davids-Wächtersbach (Reg.-Bez. Kassel), (infolge von Krankheit gestorben).
Stabsarzt d. Res. Privatdozent Prof. Dr. Fromme-Berlin.
Stabsarzt d. Res. Dr. Karl Geisenheimer-Berlin-Solingen.
Stabsarzt d. Res. Dr. Ed. Hagmeister-Forst i. Lausitz.
Stabsarzt d. L. Dr. Karl Joerss-Neumünster (Holstein).
Oberarzt d. Res. Dr. Friedrich Kastan-Charlottenburg.
Feldunterarzt Kellermann-Bad Kissingen.
Stabsarzt d. L. Dr. Bruno Kob-Wehlau (Ostpreußen).
Assistenzarzt d. Res. Paul Knicke-Bernstadt.
Oberarzt d. Res. Dr. Fritz Löhe-Georgensmind.
Oberarzt d. Res. Dr. Misling-Halle a. Saale.
Oberarzt d. Res. Dr. Poensgen-Düsseldorf (infolge eines Unglücksfalls gestorben).
Assistenzarzt d. Res. Dr. H. Richartz-Düsseldorf.
Stabsarzt d. L. Dr. Friedrich Riebensahm-Garnsee (Westpreußen).
Oberarzt d. Res. Dr. Roggenbau-Neustrelitz.

Dr. **Rothmaler**, Chefarzt eines Reservelazaretts in Gerbstedt (gestorben infolge von Krankheit).
Feldunterarzt Hans Schmarbeck-München.
Dr. Oskar Schuster-Dresden (infolge von Krankheit in Gefangenschaft gestorben).
Oberstabsarzt d. L. Dr. W. Stark-Wolmünster (Lothringen).
Stabsarzt d. Res. Dr. Wilhelm Terbrüggen-Harburg (Elbe).
Oberarzt d. Res. Dr. E. Teuffel-Tübingen.
Stabsarzt d. Res. Dr. Hermann Weisbach-Wannsee-Berlin.
Assistenzarzt d. L. Dr. Georg Wolff-Berlin-Tegel (infolge von Krankheit gestorben).

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten:

Das Eiserne Kreuz I. Klasse:

Stabsarzt d. Res. Dr. Aßmus-Arnswalde (Reg.-Bez. Frankfurt).
Stabsarzt d. Res. Dr. Dittel-Oppeln.
Oberstabsarzt Dr. Ludwig Fuhrmann-Köln.
Stabsarzt d. Res. und Regimentsarzt Dr. Geyer-Oldenburg.
Assistenzarzt d. Res. Dr. Gutjahr-Karlsruhe (Baden).
Stabsarzt d. L. Dr. Karl Huber-Heidelberg.
Stabsarzt d. Res. Dr. R. Knape-Rothenburg (Reg.-Bez. Lüneburg).
Oberstabsarzt d. L. Dr. **G. Kolb**, Direktor der Kreisirrenanstalt in Erlangen.
Stabsarzt d. Res. Dr. Franz Krebs-Vandsburg (Westpreußen).
Stabsarzt d Res. Dr. Munker-Grönenbach (Schwaben).
Stabsarzt d. Res. Dr. M. Sachs-Berlin.
Stabsarzt d. L. I Dr. Willy Schoetz-Charlottenburg.
Assistenzarzt d. Res. Dr. Schülzke-Markranstädt (Königr. Sachsen).
Feldarzt Dr. Witte-Bielefeld.
Stabsarzt d. Res. Dr. Zillessen-Forst (Lausitz).

Das Eiserne Kreuz II. Klasse:

Stabsarzt und Chefarzt eines Reservelazaretts Dr. **Neuling**, Kreisassistenzarzt in Minden i. W.
Ferner: Unteroffizier Karl Schmidt, Sohn des Kreisarztes **Med.-Rat** Dr. Schmidt-Neustadt (O.-Schl.) (z. Z. Oberstabsarzt und Chefarzt eines Kriegslazaretts).

Die Zahl der **Pockenerkrankungen** betrug im Deutschen Reich in den Wochen vom 5. bis 25. August 3, 1 und 1, im Deutschen Gouvernement Warschau vom 22. Juli bis 11. August: 1, 2 und 1 (bei Zivilpersonen).

An **Fleckfieber** ist in der Zeit vom 5. bis 25. August im Deutschen Reich —, — u. 6 erkrankt, im Deutschen Gouvernement Warschau sind dagegen vom 22. Juli bis 11. August: 362 (mit 33 Todesfällen), 478 (36), und 452 (37) amtlich gemeldet; in Ungarn vom 2. bis 15 Juli: 2 und 4.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 22. Juli bis 11. August 1917 erkrankt (gestorben) an Pest, Gelbfieber, Malaria, Rückfallfieber, Rotz: — (—), — (—), — (—); Aussatz: — (—), — (—), 1 (—); Tollwut: 2 (—), — (—), — (—); an Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 7 (—), 3 (—), 9 (—); Milzbrand: 1 (—), 1 (—), 1 (—); Trichinose: 1 (1), — (—), — (1); Pocken: 8 (3), 6 (—); Unterleibstyphus: 488 (44), 534 (50), 448 (49); Ruhr: 1841 (160), 2498 (225), 3806 (339); Diphtherie: 1344 (71), 1368 (68), 1469 (52); Scharlach: 581 (18), 521 (23), 541 (24); Kindbettfieber: 51 (11), 50 (12), 44 (10); übertragbare Genickstarre: 2 (1), 4 (1), 5 (2); spinale Kinderlähmung: 3 (1), — (—), 4 (1); Fleisch- usw. Vergiftung: 3 (2), 13 (2), 1 (—); Körnerkrankheit (erkrankt): 33, 72, 19; Tuberkulose (gest.): 1096, 988, 996.

Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

30. Jahrgang; Nr. 18. Ausgegeben am 20. September 1917.

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.
Bezugspreis für das Jahr: 15 Mark.

Ausserdem ein besonderes, nur vierteljährlich erscheinendes Beiheft:
Zeitschrift für
Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege.
Offizielles Organ der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens.
Bezugspreis für das Jahr: 8 Mark, für die Bezieher der Zeitschrift: 4 Mark.

VERLAG VON FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf

Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: Gelsdorf & Co., G. m. b. H., Eberswalde (Mark).

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung, Nr. 18, am Schlusse des Heftes

INHALT.

Original-Mitteilungen.

Ueber funktionelle Erkrankungen des Nervensystems bei Kriegsteilnehmern. Von Dr. **Adolf Kühn** 497

Die Weil-Felixsche Reaktion. Von Dr. **Wolf** 513

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Psychiatrie.

Dr. jur. **Edm. Mezger:** Ein Fall von Blutuntersuchung zur Beurteilung des Geisteszustandes 517

B. Sachverständigentätigkeit in Unfall-, Invaliditäts- und Krankenversicherungssachen.

Verpflichtung der Polizeibehörde, in bestimmten Fällen die Kosten für die Gutachten von Aerzten zu tragen, die zur Unfalluntersuchung zugezogen werden 518

Der Anspruch auf Krankenbehandlung nach § 558 Nr. 1 der Reichsversicherungsordnung ist nicht an die Voraussetzung geknüpft, daß die Behandlung eine Erhöhung der Erwerbsfähigkeit des Verletzten erwarten läßt. Heilmittel und ärztliche Behandlung zur Erleichterung der Folgen der Verletzung können aber nur dann verlangt werden, wenn sie zur Linderung der Beschwerden von wesentlichem Nutzen sind 518

Netzhautablösung ist nur dann als Unfallfolge anzusehen, wenn die äußere Gewalt-Einwirkung eine kräftige gewesen ist und die Ablösung zeitlich in unmittelbarem Anschluß daran aufgetreten ist 519

Bei völligem Verlust des rechten Ringfingers ist nach Gewöhnung eine Erwerbsunfähigkeit nicht mehr anzunehmen 519

Ein Krankenkassenarzt kann nur durch die Satzung, aber nicht durch eine Bestimmung der Krankenordnung zur Anordnung der Krankenhauspflge ermächtigt werden 519

In einem dringenden Falle im Sinne des § 368 der Reichsversicherungsordnung darf die Kasse die Bezahlung des anderweit zugezogenen Arztes auch dann nicht ablehnen, wenn die Dringlichkeit durch das Verhalten des Kranken verschuldet ist 519

C. Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

1. Fleckfieber.

Dr. **Stefan Sterling:** Die Stauungsreaktion als differential-diagnostisches Hilfssymptom beim Fleckfieber 520

Dr. **Viktor Kollert** und Dr. **Alb. Finger:** Fleckfieberstudien 520

Dr. **Siebert:** Klinisches und Epidemiologisches über Fleckfieber 521

Besprechungen 521

Tagesnachrichten 521

Beilage:

Rechtsprechung 121

Medizinalgesetzgebung 121

Umschlag:

Personalien.

Medicinisches Waarenhaus

Aktien-Gesellschaft

Berlin NW. 6, Karlstraße 31.

Centralstelle aller ärztlichen Bedarfsartikel und für Hospitalbedarf.

Neues Instrumentarium

zur Wohnungs-Desinfection

mittels

flüssigen Formalins

nach

Prof. Dr. **O. Roepke.**





Ref. Nr. 7, 1905 der Zeitschrift f. Medizinalbeamte

D. R. G. M. Modell M. W.

Ausführliche Beschreibung steht zu Diensten.

Von den Königlich Preussischen und Königlich Bayerischen Staats-Eisenbahnen eingeführt.

30. Jahrg. 1917.

Zeitschrift
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Anzeigen nehmen die Verlagshandlung sowie alle Anzeigenannahmestellen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 18. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats. | 20. Sept.

Ueber funktionelle Erkrankungen des Nervensystems bei Kriegsteilnehmern.

Nach Beobachtungen in Hilfslazaretten der Reservelazarette Wittenberg und Wernigerode von Geh. Med.-Rat Dr. **Adolf Kühn**-Wernigerode.

Bei den folgenden Mitteilungen über funktionelle Nervenkrankheiten bei Kriegsteilnehmern bleiben alle durch mechanische Beschädigung, also auch alle nach Kommotion und Kontusion nervöser Zentralorgane entstandenen und alle durch anatomisch nachweisbare krankhafte Veränderungen des Nervensystems bedingte Störungen sowie alle im Verbreitungsgebiete verletzter peripherer Nerven auftretenden Reiz- und Ausfallserscheinungen außer Frage.

Hier sollen nur die ohne solche Ursachen entstandenen Innervationsstörungen besprochen werden, die sich entweder als eine mit vasomotorischen Störungen verbundene Uebererregtheit der zentralen Nervensubstanz und damit als neurasthenische Krankheitsformen zeigen, oder die aus Reiz- und Lähmungserscheinungen im Gebiete des animalen und vegetativen Nervensystems bestehen und den unter dem Namen der Stigmata bekannten Symptomen der Hysterie entsprechen.

Neurasthenische Krankheitsbilder scheinen sich bei Kriegsteilnehmern meist allmählich unter der Wirkung von Kriegsstrapazen und der psychischen Emotionen zu entwickeln, wie sie wiederholt wechselnde Angriffs- und Verteidigungskämpfe oder das Ausharren in langandauerndem, schwerem Artilleriefeuer mit sich bringen. Neuropathien mit hysterischem Charakter waren in der Regel die Folgen von schweren plötzlichen Gemütserschütterungen, Schreckwirkungen bei Granat-Minenexplosionen, bei Verschüttungen oder ähnlichen Katastrophen.

Zu funktionellen Nervenkrankheiten scheinen Soldaten mit angeborener psychopathischer und neuropathischer Konstitution am meisten disponiert. Eine solche neuropathische Konstitution kann sich aber auch durch Kriegsstrapazen und durch die gedachten negativen Affekte bei vorher nervengesunden Männern entwickeln; so sehen wir denn auch Neuropathien bei früher kerngesunden Soldaten nach solchen körperlichen und seelischen Zermürbungen.

Bei den Kriegsteilnehmern, die ich gesehen habe, waren nur äußerst selten Krankheitszustände zu beobachten, die man als Typen der Neurasthenie oder Hysterie hätte bezeichnen können. Fast immer waren es Mischungen dieser beiden Neurosen, und bei keiner der Kriegsneurosen fehlten die hysterische Schattierung des Krankheitsbildes, die Empfänglichkeit für Teilnahme an den Klagen, eine krankhafte Autosuggestion und eine gewisse Verrückung des Empfindungs- und Vorstellungslebens ins Krankhafte.

Dieses bei dem Einzelnen verschieden stark ausgeprägte psychische Moment kann man wohl als das Kernstück der kriegsneurotischen Erkrankung ansehen; es ist der unzweideutigste Hinweis auf die psychogene Entstehung der funktionellen Störungen in den neurasthenischen und hysterischen Krankheitsbildern. Bei beiden liegen ja auch psychische Traumata vor. Bei den ersteren, den neurasthenischen, wie oben gesagt, leichtere, aber oft wiederholte, bei den hysterischen zumeist ein einmaliges, aber sehr schweres Trauma.

Funktionelle Erkrankungen des Nervensystems bei Kriegsteilnehmern sind damit in ätiologischer Hinsicht traumatische Neurosen. Will man nun, wie Oppenheim[1]) noch in seiner jüngsten kasuistisch außerordentlich reichhaltigen Monographie und Mann[2]) es für bestimmte Formen der hier interessierenden Krankheitsbilder vorgschlagen haben, die traumatische Neurosen noch als besonderen Krankheitsbegriff für bestimmte Formen der funktionellen Motilitätsstörungen weiterhin festhalten und im

[1]) Oppenheim: Die Neurosen infolge von Kriegsverletzungen. Berlin; 1916.

[2]) Mann: Die traumatischen Neurosen, ihre klinischen Formen und ihr Entstehungsmodus bei Kriegsverletzungen. Berliner klin. Wochenschrift; 1916, Nr. 37 und 38.

übrigen die funktionellen Kriegsneurosen unter den alten Bezeichnungen der Krankheitsbilder unterbringen, so muß man mit Oppenheim und Mann von traumatischer Neurasthenie, traumatischer Hysterie, traumatischer Hysteroneurasthenie, traumatischer Neurose sprechen und, um die Vielseitigkeit und die außerordentliche Schwere mancher funktionellen Reiz- und Lähmungserscheinungen bei den Hysterischen zu berücksichtigen, eine Reihe von besonderen Krankheitsgruppen mit neuen Namen belegen. Ich erinnere nur an die Akinesia amnestica, die Crampusneurose, Myotonoclonia trepidans u. a. Die wissenschaftliche Spezialisierung der Fälle erleichtert aber m. E. weniger die Einschätzung des einzelnen Kranken auf seine Kriegsverwendungsfähigkeit und auf die Rentenbewertung des Krankheitsfalles. Für diese ist neben dem Grad der allgemeinen psychoneurotischen Erkrankung die praktische Frage, welche nervöse Funktionsstörung, also welches Symptom am meisten dienst- und erwerbshindernd ist.

Ich sehe deshalb von einer Einteilung der funktionellen Neurosen nach dem eben gedachten Schema ab und gruppiere die Fälle nur nach den Hauptsymptomen.

Wenn ich dabei die folgenden kurzen Ausführungen mit einer Reihe von Krankheitsskizzen zu belegen versuche, so weiß ich wohl, daß ich mit diesen bekannten Krankheitsbildern für die Neurologen nur Eulen nach Athen trage. Ich glaube aber auch, daß Naegeli[3]) Recht hat, wenn er sagt, daß vielleicht noch mehr Neurosen als in Nervenlazaretten, auf medizinischen Abteilungen unter allen möglichen Diagnosen (Herz-, Lungen-, Magen- und Darmleiden, Ischias, Rheumatismus) liegen.

Die funktionellen Neurosen kann man in zwei Hauptgruppen trennen, in solche des animalen und in solche des vegetativen Nervensystems. Die erstere würde die Motilitäts-, Sensibilitäts- und auch sensorischen Störungen, die zweite die vasomotorischen, sekretorischen und viszeralen Störungen, also die Funktionsstörungen des Vagus und Sympathicus umfassen.

I. Motilitätsstörungen.

Nervöse Motilitätsstörungen sind entweder Reiz- oder Lähmungserscheinungen; beide sind Folgen der Ermüdung nervöser Zentralorgane.

Von den Reizerscheinungen bildet das Zittern der ausgestreckten Hände, das man bei den mit der Diagnose Erschöpfung von der Front direkt zugehenden Kranken so oft ohne jede weitere Störung sieht, wohl die leichteste Form. Dann folgen die Fälle mit fibrillären Zuckungen, vorwiegend der Gesichtsmuskeln, und die einer hochgradigen mechanischen Reizbarkeit der quergestreiften Muskeln, so daß das Anklopfen mit dem Perkussionshammer oft buckel- oder wulstförmige Kontraktionen an den getroffenen Stellen oder Zuckungen des

[3]) Neurologisches Zentralblatt; 1916, S. 816.

ganzen Muskels auslöst. Meyerhofer[4]) bespricht dieses Symptom der Erschöpfung bei frisch aus der Front eingebrachten Soldaten. Man trifft diese mechanische Muskelreizbarkeit als Erschöpfungsphänomen auch manchmal bei Untersuchung alter abgearbeiteter Männer, besonders wenn diese Jahrzehnte lang an regelmäßigem Alkoholgenuß gewöhnt waren. Bei unseren aus dem Felde erschöpft zugehenden Soldaten waren neben dieser abnormen mechanischen Muskelerregbarkeit gar nicht selten vasomotorische Störungen — meist Tachykardie —, gemütliche Reizbarkeit und eine innere Spannung mit Klagen über Druck und Beklemmung in der Herzgegend, wie wir sie bei leicht Melancholischen als Präkordialangst kennen. Wir werden auf dieses neurotische Symptom weiter unten noch zurückkommen. Bei einer Steigerung der gemütlichen Spannung können die Motilitätsstörungen bei übrigens vollkommener Geistesklarheit Formen annehmen, wie wir sie nur bei der aktiven Melancholie sehen. Ich möchte einen immerhin nicht häufigen Fall von Motilitätsstörung hier einfügen, der auch wegen seiner viszerablen Begleiterscheinungen bemerkenswert ist:

1. Hyperkinese bei neurasthenischem Krankheitsbilde, viszerable Neuralgie.

A., 29 Jahr alt, aus gesunder Familie und früher immer gesund, erhielt im September 1914 Schuß in die linke Backe mit Ausschuß im Nacken ohne Beschädigung eines größeren Nervenastes. Nach glatter Heilung und dreimonatelangem Garnisonaufenthalt auf eigenen Wunsch wieder ins Feld geschickt, litt er angeblich öfter an dumpfem Kopfschmerz, der ihn aber bis Juli 1916 nicht am Dienst hinderte. Im Juli 1916 steigerten sich die Kopfschmerzen bei den Kämpfen an der Somme seiner weiteren Angabe nach so, daß er dienstunfähig wurde und zurückgeschickt werden mußte.

4. Nov. Befund: A. klagt über Druck im ganzen Kopf, der in der linken Stirnhälfte als Schmerz bezeichnet wird, über große Unruhe im ganzen Körper, wenig Schlaf.

Der frisch aussehende Mann ohne nachweisbare Organerkrankung kann nicht ruhig stehen. Zwingt man ihn stillzustehen, so machen Finger und Zehen ununterbrochen Streck- und Beugebewegungen, so daß sich die Finger ganz zur Faust schließen und rasch wieder gespreizt werden. Auch machen die Finger wohl zupfende Bewegungen, werden aneinander oder an den Daumen gerieben oder machen Bewegungen wie beim Geldzählen. — Austrittsstellen der Gesichts- und Kopfnerven, besonders auf der linken Kopfseite druckempfindlich. Geringer Romberg, starkes Lidflattern, Zittern der ausgestreckten Hände, geringes Hautnachröten und mäßige Erhöhung der Reflexerregbarkeit. Dabei leichte vasomotorische Reizungen, geringe Pulsbeschleunigung, verstärkter Herzchok.

Nach dem Essen wird die Unruhe jedesmal größer; es treten Magenschmerzen auf, die sich nach der Brust und den Weichengegenden ziehen und stundenlang mit leichtem Brechreiz anhalten. Objektiv ist am Magen und an allen Bauchorganen nichts Krankhaftes nachzuweisen.

Unter dem Gebrauch von Brompräparaten und Karlsbader Salz wurde die Gliederunruhe wesentlich besser, die nervösen Magenerscheinungen blieben aber bis zu der nach einigen Wochen erfolgten Entlassung in ein Heimatslazarett unverändert.

Die am häufigsten zur Beobachtung kommenden Motilitätsstörungen sind die Tremorformen. Von dem leisesten an-

[4]) Ernst Meyerhofer: Ueber das Muskelphänomen der Soldaten im Felde, das ist die mechanische Muskelerregbarkeit der quergestreiften Muskulatur als Symptom der Erschöpfung. Med. Klinik; 1916, Nr. 3.

dauernden Zittern einzelner Glieder bis zu den schwersten Formen des Schütteltremors bieten diese Fälle die typischen Bilder des hysterischen Tremors[5]), wie er schon oft und eingehend beschrieben ist.

Ich will zwei Fälle allgemeinen Tremors hier einschalten, den ersten, weil er auch wegen der Zeit des Eintritts des Tremors und wegen späterer halluzinatorischer Erscheinungen der Erwähnung verdient. Der zweite Fall gibt ein Bild der schwersten hysterischen mit Abasie-Astasie und Sprachstörungen verbundenen Motilitätsstörungen, die leicht den Verdacht einer organischen Nervenkrankheit erwecken, bei denen dann aber der günstige Verlauf die Diagnose sichert.

2. Hysterischer Tremor nach Gaseinatmung und Granatexplosion, der einige Tage nach Einwirkung der Schädlichkeiten beginnt.

Der angeblich aus einer gesunden Familie stammende B. will 1910 Lungenentzündung und 1913 Bruchoperation, von der eine Narbe vorhanden, durchgemacht haben. B. atmete in der Nacht vom 22./23. Mai 1916 feindliches Gas ein, wurde angeblich betäubt, konnte sich aber am Morgen des 23. Mai zur Sammelstelle für Leichtverletzte begeben. Auf dem Wege dorthin will er dann infolge von Granatexplosionen in nächster Nähe nochmals bewußtlos gewesen sein. Er wurde einige Tage in der Revierstube und vom 28. Mai bis 4. Juni in einem Etappenlazarett wegen Magendarmkatarrhs behandelt; an letztgenannter Stelle wurde bei ihm neben positivem Romberg beginnender Tremor der Hände beobachtet. Nach einem Reservelazarett zurückgeschickt, entwickelte sich bei B. bald allgemeiner Tremor. Beim Zugang am 28. Juni im Reservelazarett Wernigerode zeigte B. ängstliches Wesen, große Unruhe und starkes andauerndes Zittern des Rumpfes und der Glieder mit ruckweisem Zusammenfahren, das in Interwallen von einer halben bis einer ganzen Minute den ganzen Körper erschütterte. Dabei bestanden vasomotorische Störungen — Tachykardie — bis 120 Pulse bei reinen Herztönen. Respirations- und Verdauungsorgane waren normal. Nach wochenlanger Bettruhe, Isolierung, Salzbädern, Brom und später Eisen mit Arsenik haben sich die motorischen Reizerscheinungen zwar soweit gebessert, daß bei voller Seelenruhe nur noch Hände und Arme leichte Oszillationen machen und die ruckweisen Muskelzuckungen ganz aufgehört haben, aber bei den leichtesten psychischen Anregungen, selbst beim Anruf trat noch starker, bis zu Schüttelkrämpfen sich steigernder Tremor ein mit Anschwellen der Pulszahl bis zu 120. Dabei zeigten sich Ende September auch leichte Gefühls- und Gehörshalluzinationen. B. hatte bei einsamen Spaziergängen immer das Gefühl, als ob jemand neben ihm herginge. Er wurde auf Antrag in eine Nervenstation seines Heimatslazarettes verlegt.

3. Schütteltremor mit Abasie-Ataxie, Sprachstörungen, Verlangsamung der Nervenleitung.

C., Ers.-Res., 28 Jahre alt, stammt aus gesunder Familie und will während seiner Dienstzeit und in den ersten Kriegsmonaten immer gesund gewesen sein. Nachdem er beim Kriegsbeginn die Kämpfe im Westen und gleich nachher ungewöhnliche Strapazen während der ersten Monate des Winterfeldzuges 14/15 im Osten mitgemacht hatte, mußte er angeblich wegen allgemeiner Erschöpfung Mitte Februar 1915 zurückgeschickt werden, war dann seiner Angabe nach 14 Tage in dem Reservelazarett, in das er verlegt war, fieberkrank und behielt danach Kopfweh und Gliederunruhe, die bis Juli 1915 andauerte. Nach einer Beurlaubung in die Heimat scheint sich der Zustand rasch verschlimmert zu haben; jedenfalls mußte C. bald wieder in das Reservelazarett seines Heimatlazarettes übernommen werden. Hier bot nun der große und kräftig gebaute C. bei übrigens gesunden Organen das Bild des hochgradigsten

[5]) Vergl. z. B. Niessl v. Mayendorf: Ueber pathologische Tremorformen zur Kriegszeit. Neurologisches Zentralblatt; 1916, S. 447. Auch Mann a. a. O. S. 1024 und a.

hysterischen Schütteltremors mit schweren Koordinations- und Sprachstörungen: Der ganze Körper ist in zuckender Bewegung und so schlaff, daß C., ohne gehalten zu werden, nicht stehen und nicht gehen kann. Die Glieder zittern und werden durch ungeordnete Muskelzuckungen hin- und hergeworfen, der Rumpf bewegt sich fortwährend nach allen Seiten, der Kopf pendelt hin und her, die Gesichtsmuskeln zucken, die Stirn legt sich in Falten, die Kopfhaut bewegt sich fast ununterbrochen und die Augenlider machen krampfhafte Bewegungen, so daß ein stetes Grimmassieren entsteht. Die Sprache ist stockend, skandierend, die ausgestreckte Zunge zittert und macht wurmförmige Bewegungen, das Kauen erfolgt mühsam und wird durch zeitweise Zuckungen der Kaumuskeln unterbrochen und unvollständig. Gewollte oder befohlene Bewegungen werden erst nach einigen Sekunden und dann ruckweise und unvollkommen ausgeführt unter Steigerung der allgemeinen Muskelunruhe. Soll der Kranke mit sicherer Unterstützung gehen, so werden die Beine stoßweise und ausfahrend nach vorn geschleudert. Dabei sind die Reflexe erheblich herabgesetzt und zeitweise gar nicht auszulösen; Hautreize werden nur langsam und unvollkommen perzipiert. Babinski negativ. Rohe Kraft der Arme und Beine ungestört. Es besteht geringer Nystagmus, Pupillen reagieren; keine sensorischen Störungen. Puls in der Ruhe 60, bei geringer psychischer Anregung und bei Affekten, in die der Kranke leicht gerät, 120 und mehr. Herz und Lunge ohne Befund. Urin eiweiß- und zuckerfrei, träger Stuhlgang und zeitweise Klagen über Schmerzen in der Blinddarmgegend ohne lokalen Befund.

Bei dauernder Bettruhe und Gebrauch von Sedativen — hier erwies sich die Wirkung von Morphium sehr günstig — trat ein Nachlassen aller Reizerscheinungen, auch der Ataxie und der Sprachstörung ein, der Kranke mußte aber aus äußeren Gründen nach 3wöchiger Behandlung einer Nervenstation überwiesen werden.

Den Schluß in der Auswahl aus meiner Kasuistik der Motilitätsstörungen mag eine motorische Störung, die aus tonischer Muskelspannung, klonischen Zuckungen und Zittern bestand — ein Fall der Myotonoclonia trepidans nach Oppenheim[6]) — bilden, die sich nach einer bei Verschüttung angeblich erfolgten leichten Quetschung des linken Oberschenkels im ganzen linken Bein entwickelte, und bei der man im Zweifel sein kann, ob es sich um Symptome einer traumatischen Neuritis des Ischiadicus oder um eine ideogen entstandene Neurose handelt, die monosymptomatisch am Locus minoris resistentiae auftrat. Die geringe Schmerzhaftigkeit der leichtgequetschten Stelle im Anfang und der relativ späte Eintritt der motorischen Reizerscheinungen machen mir das Letztere wahrscheinlich, zumal der Kranke vor Beginn der nervösen Störungen erst wochenlang ohne Motilitätsstörungen am linken Bein mit Tremor- und anderen hysterisch Kranken zusammengelegen hat, also eine stark psychische Einwirkung erfolgt war.

4. Myotonie und Myoklonie nach leichter Quetschung.

D., 20 Jahre alt, stammt aus gesunder Familie und war bisher angeblich immer gesund. Seit 1 Jahr im Felde. Am 16. Sept. 1916 an der Somme verschüttet, mußte D. ausgegraben werden und fühlte danach Schmerzen in der linken Hand und am linken Bein; er konnte aber zum Verbandplatz gehen und wurde von dort in die Heimat zurückgeschickt. Befund am 22. Sept. 16: An der linken Hand unbedeutende Hautabschürfung, am linken Oberschenkel keine Anschwellung oder sonstige Veränderungen, nur Muskulatur im unteren Drittel des linken Oberschenkels mäßig druckempfindlich; auch wird beim Gehen und Stehen über leichte Schmerzen an dieser Stelle geklagt. — Bis

[6]) Oppenheim: Ueber Myotonoclonia trepidans. Medizinische Klinik; 1915, Nr. 47.

Anfang Oktober hatten sich die Schmerzen im linken Oberschenkel verloren, so daß an die Entlassung gedacht wurde. Dann äußerte D. Klagen, daß er das linke Knie beim Gehen nicht so durchdrücken könne, wie das rechte, und sein Gang wurde leicht hinkend. Die Untersuchung ergab eine mäßige tonische Spannung der Muskeln an der hinteren Peripherie des linken Oberschenkels — des Biceps und des M. semitendinosus und semimembranosus —. Anfang November begannen dann zuerst im linken Oberschenkel ruckweise Zuckungen der einzelnen Muskeln; es wurde der N. ischiadicus in der Kniekehle und in den für Ischias charakteristischen Punkten druckschmerzhaft. Dabei entstand eine geringe Abschwächung der Sensibilität im ganzen linken Bein. Zeitweiser Gipsverband und Bettruhe brachten zwar Besserung, aber beim Aufsein dauerten die Zuckungen, selbst beim ruhigen Sitzen in mäßigem Grade fort; mit der Zeit trat auch eine geringe Abmagerung des linken Beines ein. So ist unter dem 15. Dez. 1916 notiert: Zuckungen dauern auch beim ruhigen Sitzen in der Muskulatur des Oberschenkels an, sind hier besonders im M. rectus häufiger. Im Biceps und in den halb sehnigen und halb häutigen Muskeln besteht leichte spastische Kontraktur fort, aber beim Gehen tritt der linke Fuß mit der ganzen Sohle auf. Druckpunkte des N. ischiadicus weniger schmerzhaft, aber Sensibilität im linken Fuß, Unterschenkel und bis zum oberen Drittel des Oberschenkels abgeschwächt. Größter Umfang der Waden: rechts 28,2 cm, links 27,2 cm. Bei fortgesetzter zeitweiser Ruhigstellung des Beines, warmen Bädern und Arsenikgebrauch trat allmählich dauernde Besserung ein, so daß D. mit dem linken Bein wieder sicher auftreten konnte und sich das Zittern ganz und die Muskelzuckungen in der Ruhe schon fast vollständig beim Abschluß dieser Arbeit verloren hatten.

Was von funktionellen Lähmungen zur Beobachtung kam, hatte den ausgesprochenen Charakter der hysterischen Lähmungen. Zunächst waren es Lähmungen im Verbreitungsgebiet einzelner Endäste, vorwiegend der Radialis und Peronaeus. — Fälle, die man nach Oppenheim und Mann als Akinesia amnestica hätte bezeichnen können, habe ich nicht gesehen. Die Skizze des Krankheitsverlaufs bei einem für Hysterie bei Männern wohl seltenen Fall hysterischer Hemiplegie soll hier eingeschaltet werden.

5. Hysterische Lähmung nach Furunkel und Vereiterung der rechtsseitigen Achseldrüsen, während des Lazarettaufenthaltes entstanden.

Landsturmmann E., 41 Jahre alt, der im April 1916 angeblich eine leichte und nicht diensthindernde Verstauchung der Kreuzgegend erlitten hatte, mußte am 16. Mai 1916 wegen zweier Furunkel auf der Brust ins Kriegslazarett genommen werden. Hier schloß sich an die Furunkulose Vereiterung der rechtsseitigen Achseldrüsen an. Am 28. Juni 1916 ging E. mit noch eiternden Inzisionswunden in der rechten Achselhöhle, aber ohne Zeichen nervöser Erkrankung dem Reservelazarett Wernigerode zu.

Die Drüsenvereiterung heilte nur langsam aus. Nach eingetretener Vernarbung zeigte sich etwa im Juli 1916 eine Bewegungsbeschränkung der rechten Schultermuskulatur, deren Grund zuerst in der Narbenbildung der rechten Achselhöhle gesucht wurde, bei der aber eine tonische Spannung der Schultermuskulatur schon auf eine Nervenaffektion hinwies. Anfangs September 1916 trat, während auch das psychische Bild immer mehr ein hysterisches Kolorit bekam, eine allmählich zunehmende Schwäche der rechten Hand und des rechten Vorderarms ein, die bald zur typischen Radialislähmung wurde, und aus der sich in kurzer Zeit eine Parese der ganzen rechten Körperseite entwickelte: Der rechte Arm hängt schlaff herab und kann selbsttätig nur wenig in der Schulter hin und her bewegt werden. E. kann sich nur auf einen Stock gestützt mühsam und hinkend fortbewegen und schleppt das rechte Bein stark. Die Sensibilität ist auf der ganzen rechten Körperseite herabgesetzt, die rechte Nasolabialfalte ist etwas verstrichen, das Zäpfchen weicht aber nach links ab. E. klagt über Rückenschmerzen; und der Verbindungsstelle des letzten Lendenwirbels mit dem Kreuzbein entsprechend ist eine fünf-

markstückgroße Stelle sehr druckschmerzhaft (hysterischer Druckpunkt), Zirkulations-, Respirations- und Verdauungsorgane ohne Befund.

E. betont seinen leidenden Zustand immer stark. Gegen Ende September 1916 gehen alle hysterische Erscheinungen etwas zurück, so daß E. wesentlich gebessert am 24. Okt. 1916 einer Nervenstation zugeführt werden kann.

Der berichtete Krankheitsfall ist auch deshalb bemerkenswert, weil sich hier bei einem übrigens gesunden und verhältnismäßig noch nicht lange im Dienst gewesenen Armierungssoldaten, der allerdings schon 41 Jahre alt war, nach einer nicht sehr erheblichen Drüseneiterung verhältnismäßig schwere hysterische Symptome entwickelten. Der Mann war aber beim Beginn der Motilitätsstörung schon zwei Monate in Lazaretten gewesen, so daß man hier an eine ideogene Entstehung der funktionellen Nervenkrankheit während des Lazarettaufenthaltes denken muß. Dann sehen wir wieder hier ein hysterisches Stigma an der Körperstelle, die eine wirkliche oder vermeintliche Beschädigung erlitten hatte; E. bekommt einen hysterischen Druckpunkt in der Gegend, die er früher verstaucht haben will.

II. Sensibilitätsstörungen.

Sieht man bei Kriegsteilnehmern von den Sensibilitätsstörungen ganz ab, bei denen auch nur die entfernte Möglichkeit einer mechanischen Schädigung peripherer Nerven — wie bei manchen Weichteilschüssen, bei leichten Quetschungen und Aehnlichem — oder eine Beschädigung nervöser Zentren — wie bei Streifschüssen am Kopf und an der Wirbelsäule — vorliegt, so bleibt die Zahl von Reiz- und Lähmungserscheinungen im Gebiete der sensiblen Nervenbahnen doch noch eine relativ große. Regionäre Anaesthesien und Hyperalgesien, wie die im Fall A (1) erwähnte, habe ich selten bei den Neuropathien der Kriegsteilnehmer gesehen; dagegen waren die Paraesthesien häufig und bildeten nicht selten das einzige Stigma der hysterischen Erkrankung. Auffallend oft und übereinstimmend waren bei den nervenerschöpften, aus der Front kommenden Soldaten Klagen über Druck und Schmerz in beiden Hypochondrien oder, wenn einseitig, im linken Hypochondrium und in der Herzgegend. Noch so sorgfältige und wiederholte Untersuchungen auf krankhafte Veränderung der Körperwand und der inneren Organe konnten in solchen Fällen bis auf den gelegentlich auffallenden und weiter unten noch zu besprechenden Wechsel der Herzdämpfung nichts Krankhaftes feststellen. Daß aber in solchen Fällen oft nach alten pleuritischen oder ähnlichen Krankheitsresten geforscht wird, ist ebenso verständlich, wie die Annahme von rheumatischer Muskelerkrankung, wenn die Schmerzen in Muskelgruppen geklagt werden, die das bevorzugte Gebiet des Muskelrheumatismus sind. Finden sich in solchen Fällen auch noch eine größere Herzdämpfung und systolische Geräusche oder nur Unklarkeiten und Rauhigkeiten beim ersten Herzton, so ist die Fehldiagnose Rheumatismus mit Herzaffektion zu naheliegend. Mag ein solcher Fall hier

Platz finden, bei dem die letztgedachte Fehldiagnose so lange aufrecht erhalten wurde, bis ein während des Lazarettaufenthaltes eintretender Tremor auf den rechten Weg wies:

6. F. war angeblich bei der Südostarmee im Dezember 1915 wegen Rückenschmerzen und Fieber (Rückfallfieber?) dienstunfähig geworden; er wurde erst einige Tage im Revier, vom 25. Dez. 1915 an in einem Kriegslazarett behandelt und kam am 7. Jan. 1916 im Reservelazarett Wernigerode an, wo er über Schmerzen im Rücken, im Nacken, über Mattigkeit und Schwindel klagte.

Befund: Mittelkräftiger Mann mit gut roten Schleimhäuten. Rücken- und Nackenmuskulatur ohne Veränderung, auch nicht druckempfindlich. Alle Bewegungen des Kopfes und des Rumpfes ungehindert. Lungen ohne Befund, Temperatur normal, Puls klein, 100, gleichmäßig. Herzdämpfung reicht von der Mitte des Brustbeines 7 cm nach links und erreicht den oberen Rand der 4. Rippe. Spitzenstoß zwei fingerbreit nach unten und innen von der linken Brustwarze deutlich, 1. Ton rauh und unrein, 2. Ton verstärkt. Verdauungsorgane ohne Befund, keine weiteren nervösen Erscheinungen, kein Romberg.

Bei Bettruhe und guter Pflege sank die Pulszahl bis auf 70 und 80, aber nach mehrtägigem Aufsein und Ausgängen mit den Kameraden zeigte sich in der zweiten Hälfte des Januar beginnender Tremor und leichte Ataxie. Am 25. Jan. 1916 ist notiert: „Fühlt sich wohl, klagt nicht mehr über Rücken- und Nackenschmerzen, aber der ganze Körper zittert, wie bei einem frierenden Menschen. So sind die Arme und Hände, Muskulatur des Rumpfes und der Beine in steter zitternder Bewegung, sicheres Zugreifen und ordentliches Gehen und ruhiges Stehen unmöglich. Herzschlag kräftig, Töne rein, Puls 72." Bei wieder andauernder Bettruhe ließ der Tremor verhältnismäßig rasch nach, so daß die Notiz am 5. Febr. lautet: „Ausgestreckte Hände zittern nur noch wenig, Muskulatur des Rumpfes und der Beine ruhig, Stehen und Gehen sicherer, Puls 72, gleichmäßig." Nach einigen weiteren Tagen trat aber ohne erkennbaren Grund wieder eine Verschlimmerung ein. Es wurde wieder über Schmerzen im Rücken geklagt, Puls wurde bei leichter psychischer Erregung und bei geringen Körperbewegungen beschleunigt, ungleich. Herzdämpfung und Spitzenstoß wie beim Zugang, 1. Herzton wieder rauh und schabend, leichter Tremor der Hände. Nach etwa 8 Tagen war der Tremor wieder beseitigt, der Puls 66, regelmäßig, das schabende Geräusch am 1. Ton nicht mehr zu hören. In den nächsten Wochen trat dann nochmals eine ähnliche Verschlimmerung wie vorher ein. Hierauf erholte sich der Kranke langsam. Der Entlassungsbefund lautet: „Frische Gesichtsfarbe, keine Muskelschmerzen, kein Tremor. Herzdämpfung beginnt am linken Brustbeinrand, reicht bis zum unteren Rand der 4. Rippe. Puls 72, voll, gleichmäßig. 1. Herzton noch etwas dumpf, aber ohne Nebengeräusch. Kriegsverwendungsfähig.

Nicht übergehen möchte ich an dieser Stelle Schmerzempfindungen, die in jüngster Zeit wiederholt bei Soldaten als Schienbein- oder Gamaschenschmerzen beschrieben sind. Hier wurde von den im Vorjahr vorwiegend aus dem Südosten (Serbien, Südungarn) wegen Erschöpfung zurückgeschickten Rekurrensrekonvaleszenten, aber auch von anderen Mannschaften vielfach über Schmerzen an der vorderen Seite der Unterschenkel geklagt, die allerdings nicht regelmäßig mit neurasthenischen Beschwerden verbunden waren. Ich habe diese Schmerzen für reine Neuralgien, für Sensibilitätsstörungen bei Erschöpfung der Neuropathen gehalten. Diese Schienbeinschmerzen schienen aber nicht immer gleicher Ursache, nicht immer reine funktionelle Störungen zu sein. Am ersten ist das wohl da der Fall, wo andere nervöse Störungen vorhanden sind, oder wo solche Schmerzen bei eigentümlichem Versagen der Beine mit Zittern, ohne eigentliche Störung der groben Muskelkraft,

(von Schroetter[7]) geklagt werden, wo gehäuftes Vorkommen bei den unter gleichen Verhältnissen befindlichen Mannschaften (Grätzer[8]) beobachtet, oder wo die Schmerzen als Tibialgie (Joachim[9]) beschrieben werden. Fälle, in denen krankhafte Veränderungen im Periost oder in Knochen nachgewiesen sind (Querner[10]) und Schüler[11]) scheiden von den funktionellen Sensibilitätsstörungen aus.

Zu den Sensibilitätsstörungen würden dann noch eine Reihe von nervösen Störungen im Gebiete des vegetativen Nervensystems zu rechnen sein, auf die ich später in dem Abschnitt über viszerable Funktionsstörungen zurückkomme.

Von schmerzhaften Hyperaesthesien (Neuralgien) habe ich nur einen Fall beobachtet, in dem es sich auch nicht um reine hysterische Hyperaesthesie, sondern wahrscheinlich um traumatische Neuritis handelte. Trotzdem mag der Fall hier erwähnt werden:

7. Trigeminus-Neuralgie nach relativ geringer Quetschung der betreffenden Gesichtshälfte durch Verschüttung bei Granatexplosion.

G. wurde am 19. Sept. 1916 beim Einschlagen einer Granate an der Somme verschüttet und mußte ausgegraben werden. Er fühlte dann sofort Brustschmerzen und Schmerzen in der linken Gesichtshälfte, konnte aber nach einigen Stunden zum nächsten Sammelplatz gehen und wurde von dort mit dem Lazarettzug zurückgeschickt.

Befund am 22. Sept. 1916: G. klagt über Schmerzen in der Brust, in der linken Gesichtshälfte und im linken Unterschenkel. Hustet öfters an. An den Lungen und am linken Unterschenkel objektiv nichts Abweichendes. Druck auf die linke Ohrmuschel und auf die linke Wange dicht vor dem Tragus sowie auf den linken Kaumuskel ist schmerzhaft. Zähne im Ober- und Unterkiefer und Knochen der linken Gesichtshälfte, wie eine spätere Röntgenuntersuchung ergeben hat, sind unverletzt. Im linken Gehörgang Schmutz; Schlag der Taschenuhr wird links nur im Abstand von 1 cm gehört, rechts normales Hörvermögen.

Bis 1. Nov. 1916 hatten sich alle Beschwerden, auch die Schwellung der linken Backe, die zuletzt nur noch die Jochbogen und Schläfengegend betraf, verloren; ebenso war die Gehörstörung auf dem linken Ohr, dessen Trommelfell sich unverändert zeigte, wesentlich gebessert; auffällig blieben aber die andauernden Klagen über Schmerzen in der linken Stirnhälfte und linken Schläfe. Im Laufe des November entwickelte sich dann das Bild einer Neuralgie im ersten Ast des Trigeminus, die anfallsweise zu außerordentlich heftigen Schmerzen führte und anfangs Dezember zur Verlegung des G. in eine Nervenklinik zwang.

III. Sensorische Störungen.

Funktionelle Sehstörungen waren nur selten festzustellen; es waren dann leichte Formen von Amblyopie und Asthenopie, wie sie bei Erschöpfungsneurosen vorkommen. Zu den häufigsten Folgen von Granatexplosionen mit und ohne Verschüttungen gehörten dagegen Schwerhörigkeit bis zur vollständigen Taubheit auf einem oder beiden Ohren. Es ist in solchen Fällen meist erst durch den Verlauf zu entscheiden,

---

[7]) Vergl. Neurolog. Zentralblatt; 1916, S. 335.
[8]) Ebenda, S. 372.
[9]) Ebenda, S. 497.
[10]) Ebenda, S. 632.
[11]) Ebenda, S. 689.

ob es sich um eine durch den psychischen Chok, also auf psychischem Wege entstandene hysterische Taubheit, oder ob es sich um durch Luftdruck oder Kommotion hervorgerufene anatomische Veränderungen am inneren Ohr oder an den Akustikuszentren handelt. Bei den schweren Fällen von Taubstummheit muß man wohl eine solche Veränderung in den Sprach- und Akustikusfeldern in der Hirnrinde annehmen. Dafür mag ein Fall von Mutismus mit vollkommener Taubheit auf beiden Ohren als Beispiel dienen:

8. Mutismus mit vollkommener Taubheit auf beiden Ohren.

H. wurde am 19. Sept. 1916 in einem 4 m tiefen Unterstand beim Einschlagen einer 28 cm Granate mit 4 Kameraden zur Seite geschleudert und verschüttet, so daß er ausgegraben werden mußte. Er war danach wie betäubt, konnte eine Zeitlang — wie lange, war nicht genau festzustellen — gar nicht sehen und hatte Gehör und Sprache verloren. Von der nächsten Sammelstelle aus wurde er sofort dem Lazarettzug zugeführt.

Befund am 22. Sept.: Verstörter Gesichtsausdruck, ängstliches Wesen und geistige Benommenheit. Muß wie ein kleines Kind von einem Kameraden, der bei der gleichen Katastrophe mit verschüttet, aber nur wenig verletzt ist, geleitet werden. Sehvermögen ist ungestört, Pupillen weit und ziemlich starr. Reagiert auch auf die lautesten Geräusche, auf lautes Anrufen, Aufsetzen der schwingenden Stimmgabel gar nicht, sieht, wenn er angerührt oder wenn in anderer Weise seine Aufmerksamkeit geweckt wird, gespannt nach dem Munde der Sprechenden und verfolgt dessen Gesten, scheint aber das Gesprochene oder sonst Angedeutete fast gar nicht zu verstehen. Temperatur normal, Puls 63, gleichmäßig, Herz und Lungen ohne Befund, Hände kühl. Keine Verletzung an den Ohrmuscheln Gehörgängen; auch an den Trommelfellen nichts Krankhaftes zu bemerken.

H. schlief in den ersten Tagen fast ununterbrochen, war vollkommen apathisch, wurde dann bei steter weiterer Bettruhe Ende Oktober weniger teilnahmlos und geistig vollkommen klar. Er suchte sich durch Schreiben verständlich zu machen und teilte auf diese Weise mit, daß er Kopfweh und Sausen im Kopfe habe, schwindlig sei und nichts höre. Dabei blieb er ängstlich und scheu. Auch bis Mitte November, als H. schon den größten Teil des Tages außer Bett sein konnte, dauerte die deprimierte Stimmung an, H. war aber dabei leicht gereizt, so daß er bei Neckereien seiner Kameraden leicht aggressiv wurde. Ende November wurde er besonders nach mehrmaligen Besuchen seiner Frau heiterer und mit seinem Aufenthalt im Lazarett sehr zufrieden. Auf stete Anregung hin machte er oft Versuche zum Sprechen, brachte aber trotz großer Anstrengung nur einzelne Laute heraus, die sich wie undeutlich gesprochene Vokale anhörten, dagegen konnte er gut und laut pfeifen. Sein körperliches Befinden war dabei immer ungestört, Puls regelmäßig 70—75. Anfang Januar d. J. wurde er in eine Nervenheilanstalt verlegt.

Leichtere Fälle von motorischer Sprachstörung waren bei einzelnen Hysterischen in der ersten Zeit nach dem erlittenen Nervenchok nichts Seltenes. Aphatische Sprachstörungen, Hemmung oder Störung der Wortfindung oder Ausfall einzelner Benennungen habe ich nur vorübergehend in einem Fall nach kurzer Dauer von Stummheit gesehen.

Zu den sensorischen Störungen möchte ich auch zwei Fälle von Halluzinationen zählen, die im Verlauf der hysterischen Störung auftraten. Der eine Fall bei allgemeinem Tremor ist oben schon beiläufig erwähnt (Fall B. 2), der andere betraf einen Kranken mit leichtem Tremor der Hände. Hier handelte es sich um reine Gehörshalluzinationen. Der übrigens vollkommene geistesklare Mann hörte, wenn er ruhig im Zimmer

saß, auf dem Korridor seinen Namen rufen und stand dann jedesmal auf, um nachzusehen, wer ihn gerufen hatte.

IV. Vasomotorische Störungen im Gebiete des vegetativen Nervensystems.

Hier sind zunächst die Störungen der Herzaktion bei den Kriegsteilnehmern, insbesondere die Herzneurose, zu besprechen. Wenn schon die Beurteilung von krankhaften Erscheinungen am Herzen beim Militär in Friedenszeiten seine großen Schwierigkeiten haben mag, so ist zur richtigen Würdigung abnormer Befunde bei den aus der Front wegen Herzbeschwerden zurückgeschickten Mannschaften jedenfalls außerordentliche Vorsicht nötig. Prof. Dr. Wenkebach sagt in seiner den Militärärzten mitgeteilten Arbeit „Ueber Herzkonstatierung und Herzerkrankungen im Kriege“: „Es werden viel zu viel Herzkrankheiten diagnostiziert. Nicht nur bei der Konstatierung, auch in der täglichen Praxis werden in Tausenden von Fällen gelegentlich auftretende Herzsymptome oder Kreislaufstörungen als durch Herzkrankheit hervorgerufen perkutiert, ohne daß ein Grund, ein Recht dazu besteht.“ Dies gilt besonders bei den nervösen Herzstörungen, der funktionellen Herzneurose, die oft das einzige oder wenigstens das hauptsächlichste Symptom eines bestehenden neuropathischen Zustandes ist.

In den Monaten während der Kämpfe an der Somme trafen eine relativ große Zahl Soldaten direkt aus der Front in Wernigerode ein, die wegen Kurzatmigkeit, Herzklopfen Mattigkeit und gelegentlicher Schwindel- bez. Ohnmachtsanfälle zurückgeschickt waren. Die Leute klagten fast ausnahmslos über Druck und Stiche in der Herzgegend und Kurzatmigkeit. Die Untersuchung ergab in solchen Fällen die oben schon erwähnte relativ große (absolute) Herzdämpfung, die sich in Brustwarzenhöhe von der Mitte des Brustbeines 6—7 cm nach links erstreckte und bis zum oberen Rand der 4. Rippe reichte. Dabei bestand meistens Bradykardie — bis zu 40 Pulsen abwärts —; nur selten wurde und in der Regel dann in neurasthenischem Krankheitsbilde, mit Hyperaesthesien und psychischer Reizbarkeit verbunden, auch Tachykardie beobachtet; wiederholt waren auch in solchen Fällen am 1. Ton systolische Geräusche zu hören. Bei Bettruhe und guter Pflege besserte sich die Bradykardie bald und im Verlauf einiger Wochen wurde auch die Herzdämpfung kleiner. In den mit anderen nervösen Erscheinungen verbundenen Fällen von Tachykardie blieb die Pulszahl lange Zeit eine hohe und wurde dauernd durch selbst geringe Affekte und geringe Körperanstrengungen wieder ungünstig beeinflußt. In allen diesen Fällen handelte es sich offenbar um Ermüdungserscheinungen, nicht um Herzmuskelerkrankungen, sondern um eine durch Kriegsstrapazen und gehäuft und oft wiederholte negative und auch wohl positive Affekte (Ekstase beim Angriff) hervorgerufene Schwächung der Herzinnervationszentren und eine dadurch bedingte Reizleitungsstörung im Herzen, die Rhythmus-

störungen und infolgedessen Blutüberfüllungen in Kammern und Vorkammern zur Folge hatte. Das dadurch zustande kommende größere Volumen des Herzens bedingt die Vergrößerung der Herzdämpfung, ein Perkussionsbefund, der sich nach Beseitigung der Anomalie der Rhythmik wieder verliert. Auf diesen Wechsel der Herzdämpfung macht auch Braun[12]) aufmerksam. Ein hierher gehörender Befund ist in dem oben unter F. mitgeteilten Fall schon kurz erwähnt. Daß sich aber auch ein solcher Wechsel im objektiven Befund am Herzen bei einfacher Neurasthenie nach früherem Trauma, bei der traumatischen Neurasthenie (Oppenheim), konstatieren läßt, dafür mag folgender Aufnahme- und Entlassungsbefund bei einer 6 wöchigen Lazarettbehandlung als Beweis dienen.

9. J. 22 Jahre alt, wurde am 5. 7. 1916 bei Granatexplosion an der Stirn, am linken Bein und am linken Arm verwundet; er kam Mitte Oktober 1916 wieder zur Truppe, hatte aber schon auf der Fahrt zur Front, der Angabe nach, einen Anfall von Bewußtlosigkeit. An der Somme wiederholten sich dann solche Anfälle zweimal; nach dem letzten Anfall am 30. 10. 1916 wurde J. zurückgeschickt.

Befund am 4. 11. 16: J. klagt über Kopfweh, Mattigkeit und Herzklopfen. Am oberen Rand des Stirnbeins, an der Haargrenze, 2,5 cm lange und 0,5 breite, blasse, verschiebliche druckschmerzhafte Narbe, am linken Vorderarm und an linker 4. Zehe kleine oberfläche Hautnarben, Gesichtsfarbe wenig frisch, Schleimhäute blaßrot. Starker Romberg, Zittern der ausgestreckten Hände, mäßige Dermographie, Erhöhung der Reflexerregbarkeit. Herzdämpfung reicht in Brustwarzenhöhe von der Mitte des Brustbeines 6 cm nach links und geht bis zum oberen Rand der 4. Rippe. Puls 60.

Beim Abgang am 18. 12. 1916 hat sich der Ernährungszustand gebessert, die nervösen Erscheinungen sind wenig geändert, aber Herzdämpfung geht vom linken Rand des Brustbeines nur 4 cm nach links, erreicht kaum den unteren Rand der 4. Rippe. Puls 72 gleichmäßig.

Von nervösen Respirationsstörungen habe ich nur einen typischen Fall von Tachypnoë gesehen. Er betraf einen übrigens kräftigen Soldaten in der Mitte der zwanziger Jahre, der an der Somme dyspnoisch geworden und als lungenkrank zurückgeschickt war. Der Kranke hatte bei vollkommen normalem Befund am Herzen und an den Lungen 30—50 Atemzüge in der Minute; erst nach längerer Bettruhe, und nachdem ihm durch den negativen Ausfall der Untersuchung mühsam erhaltener kleiner Sputummengen auf Tuberkelbazillen und durch die tägliche Versicherung, daß er nicht lungen- oder herzkrank sei, der Glauben an die Gesundheit seiner Brustorgane beigebracht war, trat dauernde Besserung ein, so daß der Mann wieder ins Feld geschickt werden konnte.

Von sekretorischen Störungen wurden ganz vereinzelte Fälle von leichter Salivation bei hysterischem Gesamtbilde und mehrfach Hyperidrosis bei Neurasthenikern beobachtet.

In einem Fall trat bei großer körperlicher und nervöser Erschöpfung nach Durchfällen bei mäßiger Abulie und hypochondrischer Stimmung allgemeine Hyperidrosis ein.

---

[12]) Braun: „Ueber die Konstatierung bei Herzkranken". Wiener klinische Wochenschrift; 1915.

10. Musketier K., dessen Mutter angeblich an Tuberkulose gestorben, litt im August 1916 an der Somme an Durchfall und mußte wegen Erschöpfung zurückgeschickt werden.

Befund am 13. 9. 1916: H. klagt über Mattigkeit, Kopfweh und über unbestimmte Schmerzen in verschiedenen Körperregionen. Angeblich tagsüber noch mehrmals dünne Stühle. Temperatur subnormal, Puls 75; teilnahmlos, gedrückte, weinerliche Stimmung, Zunge rein, Leib nirgends druckempfindlich. Lungen und Herz normal. Während bei steter Bettruhe in den ersten Tagen noch einzelne dünne Stühle erfolgten, wurde unter suggestivem Zuspruch auch die Stimmung besser, aber die Klagen über abnorme Gefühle dauerten fort, und gegen Ende Oktober traten fast regelmäßig in den Nachmittagsstunden bei vasomotorischer Reizung — starkes Herzklopfen — Anfälle von profusem Schwitzen ein, sodaß Leib- und Bettwäsche stark durchnäßt waren. Dabei war die Temperatur nicht erhöht, zeitweise subnormal, Puls voll, nur wenig beschleunigt. Anamnese und der Befund — keine Milzvergrößerung — schlossen den Verdacht auf Intermittens-Kachexie aus; der ganze Krankheitzustand gab der Hyperidrosis den Charakter der nervösen Affektion. Trotzdem hatten bei guter Pflege längere Zeit fortgesetzte kleine Chiningaben (0,3) vor den Anfällen gute Wirkung; Eisen und Arsenik vollendeten dann die Wiederherstellung.

V. Funktionsstörungen im Gebiete der Verdauungs- und Harnorgane.

Wie man in den besprochenen psychogen entstandenen Funktionstörungen im Gebiete des animalen Nervensystems nach psychischem Trauma bei Kriegsteilnehmern recht gut ein Fortbestehen, ein Andauern der Funktionsstörungen sehen kann, die man als vorübergehende Erscheinungen tagtäglich bei Kindern und nervenschwachen Erwachsenen nach ähnlichen Traumen beobachtet, so sind auch die bei Kriegsteilnehmern vorkommenden Funktionsstörungen im Gebiete des Magendarmkanalplexus, also des vegetativen Nervensystem, hinter der Front nur langandauernde oder für absehbare Zeit dauernd gewordene Reizungs- und Lähmungserscheinungen, wie sie bei Nervenschwachen bei oft geringen psychischen Emotionen vorübergehend eintreten. Man braucht nur daran zu erinnern, wie leicht ängstliche Spannung, selbst freudige Erwartung bei Nervenschwachen hemmend oder beschleunigend auf die Darmtätigkeit wirken, welche Störungen solche Affekte im Magen- und Darmkanal — Erbrechen, Durchfälle — hervorrufen können, und man wird es verstehen, daß die ungewöhnlichen Schrecknisse der heutigen Kampfesweise leichter nnd öfter Störungen in der Verdauung und Peristaltik hervorrufen werden, als Erkältungen und Diätfehler.

Jedenfalls waren unter den Mannschaften, die während des verstrichenen Sommers als magen- und darmkrank von der Somme in den mir bekannten Lazarettabteilungen zugingen, mehr Magen- und Darmneurosen als Magendarmkatarrhe. Gewiß sollen bei Magendarmkranken erst sorgfältige Untersuchung und längere Beobachtung den Verdacht auf anatomische Veränderungen im Intestinaltractus ausschließen; wenn dies aber der Fall ist, so müssen die andauernden Klagen über schlechten Geschmack und Appetitlosigkeit, über Vollheit der Magengegend und Unregelmäßigkeiten in den Stuhlentleerungen, besonders der Wechsel von Verstopfung und Durchfall auf

gestörte Innervation hinweisen. In solchen Fällen wird auch die Erfolglosigkeit der üblichen Verordnungen gegen Magendarmkatarrh und die oft prompte Wirkung einiger Bromgaben schon den richtigen Fingerzeig geben. Wiederholt konnte auch die Beobachtung gemacht werden, daß bei leichten Traumen, die eine mechanische Beschädigung des Magens und Darmes möglich erscheinen ließen, suggestive Fragen nach Magen- oder Darmbeschwerden oder ideogene Einwirkungen tatsächlich oft geringe Sekretions-oder Motilitätsstörungen in den Verdauungsorganen zur Folge hatten. Nun ein Beispiel:

11. Nervöse Dyspepsie-Neurasthenia gastrica nach Verschüttung.

L., 30 Jahre alt, ungedienter Landsturm, wurde am 27. Sept. 1916 in sitzender Stellung an der Somme verschüttet; er konnte sich selbst freimachen und nach der nächsten Sammelstelle gehen. Von dort wurde er sofort zurückgeschickt.

Befund am 4. November 1916: L. klagt über Schmerzen in Brust und Rücken und bei dahingehende Fragen über Magenschmerzen, Sodbrennen und saures Aufstoßen. Keine Verletzung der Brustwand und der Brusteingeweide. Magengrube und Leib nicht druckempfindlich, Zunge rein. Im Nacken 2 alte Narben, die von einer im September 1915 erhaltenen Schußverletzung herrühren. Während die Schmerzen in Brust und Rücken sich bald verloren und die Magengrube bei gutem Appetit und reiner Zunge schmerzlos blieb, wurde noch wochenlang bei geringen Anlässen über Schmerz in der Magengegend und über unregelmäßige Verdauung geklagt. Im Dezember 1916 konnte L. jedoch dienstfähig entlassen werden.

Die psychogen entstandenen Sensibilitätsstörungen im Gebiete des vegetativen Nervensystems sind durch die den Geflechten zugehenden zerebrospinalen Nervenfasern verständlich. Die Sensibilitätsstörungen können, und das beweisen schon die im Fall A die Hyperkinese begleitenden kurz erwähnten viszeralen Symptome, aber gelegentlich bei den Neuropathen zu dauernden Neurosen, reinen Neuralgien mit wechselndem Verlauf werden, wie der folgende Fall zeigt:

12. Bleibende, nach starkem Affekt entstandene Darmneurose.

Unteroffizier M., seit Kriegsbeginn im Dienst, erkrankte im Mai 1915 bei einem Sturmangriff an kolikartigen Schmerzen, die sich seitdem von Zeit zu Zeit wiederholten, aber den Dienst nicht hinderten. Im April 1916 steigerten sich die Schmerzen so, daß M. wochenlang in Lazarettbehandlung genommen werden mußte. Ende Mai nach Hause beurlaubt, litt M. wieder an so heftigen Darmkoliken, daß er bis 21. Juni 1916 im Heimatlazarett bleiben mußte. Dann wieder im Felde, an der Somme, traten bei ähnlichen Anlässen, wie die beim ersten Kolikanfall, wiederholt so heftige Darmkoliken auf, daß M. zurückrückgeschickt werden mußte.

Befund am 4. Sept. 1916: M. klagt über kolikartige Schmerzen nach dem Genuß von schweren Speisen und bei seelischen Erregungen. Objektiv an den Verdauungsorganen nichts Krankhaftes, Zunge rein, Stuhlgang regelmäßig; auch Respirationsorgane und Herz ohne Befund; dagegen Pulsbeschleunigung, Lidflattern, geringer Romberg, Zittern der Hände bei ausgestreckten Armen und mäßige Steigerung der Reflexerregbarkeit. Brompräparate und Psychotherapie besserten die Erscheinungen. M. wurde nach einigen Wochen verlegt.

Von Störungen im Mechanismus der Blasenentleerungen, Funktionsstörungen im Gebiete des Beckenplexus, wurden wiederholt Enuresis nocturna, Incontinentia urinae und vermehrter Harndrang als Rezidive von Enuresis infantilis bei hysterischen Krankheitsbildern beobachtet. In einem Fall von Inkontinenz, der auch als Rezidiv einer Blasen-

schwäche im Kindesalter gelten mußte, machten die Anamnese und der Umstand, daß sich in diesem Fall die von Suelzer[13]) bei solchen Blasenkranken beschriebenen Hyperaesthesien einer umgrenzten Hautpartie um die Geschlechtsteile fanden, es wahrscheinlich, daß hier ein Detrusorkrampf, oder eine Sphinkterparese psychogen entstanden waren.

18. Rezidiv von Incontinentia urinae.

Reservist N. hat seiner Angabe nach in der Kindheit an Bettnässen und noch im 12. Jahre an Harnträufeln gelitten; er ist seitdem, auch während seiner Dienstzeit, frei von Blasenbescherden gewesen. Am 2. August 1914 eingestellt, war N. nach einem am 6. Sept. erhaltenen Schuß in die linke Schulter 6 Monate und nach einem am 24. Oktober 1915 erlittenen Knöchelbruch 8 Monate dienstunfähig. Während dieser Zeit und auch in den ersten Wochen nach seiner Wiedereinstellung im Juli 1916 war N. ohne Urinbeschwerden. Bei den schweren Kämpfen an der Somme im September 1916 fühlte N. jedoch wieder öfteren Urindrang, und im Oktober stellte sich Harnträufeln ein, das so zunahm, daß N. im November zurückgeschickt werden mußte.

Befund bei der Lazarettaufnahme: Bei Spuren der angegebenen Verletzungen sind innere Organe ohne krankhaften Befund. Es besteht bei N. Urindrang und Harnträufeln, sodaß sein Hemd immer naß ist. Der Urin ist nur in den beiden Tagen nach dem Zugang ganz leicht getrübt, von da an ganz klar, eiweiß- und zuckerfrei Die Blasengegend ist nicht druckempfindlich, aber, was erst später festgestellt wurde, die Haut der ganzen Dammgegend und in etwa handbreiter Ausdehnung auch an der an den Damm grenzenden Innenfläche der Oberschenkel und bis handbreit über Symphyse ist hyperaesthetisch, sodaß hier Nadelstiche viel stärker empfunden werden, als an der übrigen Bauch- und Schenkelhaut. Bei Bettruhe und warmen Umschlägen verlor sich bald die Inkontinenz, aber beim Aufsein, mäßigen Körperbewegungen und seelischen Erregungen blieb das Harnträufeln so erheblich, daß N. nach mehreren Wochen zu weiterer Behandlung in eine Klinik verlegt werden mußte.

Hier hatten also zweimalige ernste körperliche Traumen das ganz beseitigte Blasenleiden des jugendlichen Alters nicht wieder hervorgerufen; erst die oft wiederholten psychischen Traumen in den furchtbaren Kämpfen an der Somme hatten wieder zu funktionellen Störungen in dem Beckenplexus des Sympathicus geführt.

Die besprochenen funktionellen Nervenkrankheiten ergaben, wie wir sahen, nur bekannte Krankheitsbilder, die leicht Organerkrankungen vortäuschen können, aber nicht mit solchen verwechselt werden dürfen. Es sind teils Ermüdungserscheinungen, teils Wirkungen des psychischen Choks, also Schreckenneurosen, die sich zumeist allmählich entwickeln, wenigstens oft erst in den Heimatslazaretten zur vollen Entfaltung kommen. Fehlt es doch in und hinter der Front nicht an erfahrenen Beobachtern, die der Ansicht sind, daß die meisten der als Chok-Erkrankungen (Granatexplosions-Chok) bekannten funktionellen Nervenkrankheiten, die sogenannten Kriegsneurosen, überhaupt erst im Hinterland oder auf dem Wege dahin entstehen.[14]) Unter den mitgeteilten Beobachtungen ist in dem

---

[13]) Vergleiche Suelzer: Reizung des Nervus pudendus (Neuralgie). Ein häufig Blasenkatarrh vortäuschendes Krankheitsbild im Kriege. Wiener klinische Wochenschrift; 1915, Nr. 49.

[14]) Vergl. Wexberg: „Neurologische Erfahrungen im Felde". Wiener med. Wochenschrift; 1916, Nr. 36.

Fall B. (2) die allmähliche Entwicklung des schweren Tremors auf dem Wege zu den Heimatslazaretten deutlich zu verfolgen, und in den Fällen D., E. und F. (4—6) ist die ideogene Entstehung der hysterischen Motilitätsstörungen während des Lazarettaufenthaltes unverkennbar. Auf diese ideogene Entstehung möchte ich noch ganz kurz hinweisen:

Bei ideogener Entstehung handelt es sich oft um Vorgänge der Uebertragung von Krankheitszuständen, die beim Umgang neuropathisch Veranlagter mit Nervenkranken — bei der Hysterie — längst bekannte Vorkommnisse sind, die als Imitation erklärt werden und in der sogenannten psychischen Ansteckung beim engen Zusammenleben psychisch Belasteter mit Geisteskranken ihr Analogon finden.

Treffen in den Lazaretten Kriegsbeschädigte, die durch vorausgegangene psychische Traumen schon mehr oder weniger zur Neurose disponiert sind, mit funktionell Nervenkranken zusammen, und werden hier tagaus, tagein die militärischen und sozialen Folgen der Kriegsschäden erörtert, so muß das Sinnen und Wünschen der Beschädigten sich immer mehr in einer Vorstellungsreihe bewegen und immer mehr die Zentren der Nerven beeinflussen, deren Gebiet beschädigt ist. So ist es wohl zu erklären, daß die ideogen entstandenen Funktionsstörungen in den gedachten Fällen fast immer die vermeintlich oder wirklich, wenn auch noch so leicht, beschädigten Körperteile betreffen.

Funktionell nervenkranke Soldaten sind psychisch wenig widerstandsfähig, in der Regel psychisch außerordentlich leicht zu beeinflussen. Ihre Behandlung muß in erster Linie eine psychische sein; der mehr oder weniger rasche Erfolg der Behandlung und die Heilungsdauer wird weniger von der Methode der Behandlung, als von der Persönlichkeit des behandelnden Arztes abhängen.

(Aus dem Staatlichen Hygienischen Institut in Lodz.)

Die Weil-Felixsche Reaktion.

Von Kreisarzt Dr. **Wolf**-Hanau, z. Z. Leiter des Instituts.

So lange der Erreger des Fleckfiebers nicht sicher bekannt ist, wird man jedes Hilfsmittel zur Diagnose des Fleckfiebers, die wegen der Vielgestaltigkeit der Krankheitserscheinungen oft auf große Schwierigkeiten stößt, verwenden müssen. Hier ist an erster Stelle die Weil-Felixsche Reaktion zu nennen.

Weil und Felix[1]) züchteten aus dem Urin eines Fleckfieberkranken einen Stamm, der mit dem Serum von Fleckfieberkranken agglutiniert. Wie Felix[2]) später mitteilt, erfuhr durch Anwendung des neuen Stammes X19 die von Weil und Felix angegebene Serodiagnostik eine außerordentliche Vervollkomm-

[1]) Wiener klinische Wochenschrift; 1916, Nr. 2.
[2]) Ebenda; 1916, Nr. 28.

nung. Die streng spezifische Agglutination mit X19 tritt früher und in höheren Verdünnungen auf, als mit dem bisher angewendeten Stamm X1 und X2. Die Diagnosenstellung wird dadurch in 75% der Fälle bis zum 4. Krankheitstage, in 25% der Fälle bis zum 6. und 7. Krankheitstage ermöglicht. Die beiden Forscher nehmen nicht bestimmt an, daß der von ihnen gezüchtete Keim der Erreger des Fleckfiebers sei. Auch Otto[3]) empfiehlt in erster Linie zur Diagnosenstellung die Weil-Felixsche Reaktion. Desgleichen haben andere Forscher z. B. Dienes, Fuchs, Weltmann die Bedeutung der Reaktion bestätigt; es gelang auch, den Keim aus dem Blute Fleckfieberkranker zu züchten. Dietrich[4]) wies nach, daß X19 ein echter Proteus- vulgaris ist. Mit Hilfe der Weil-Felixschen Reaktion ist man unter Verwendung von 16 bis 18stündigen X19 Kulturen in der Lage, eine einwandfreie, serologische Fleckfieberdiagnose zu stellen; die Ablesung erfolgt nach zweistündigem Belassen der Röhrchen im Brutschrank bei 37° C. Soucek[5]) macht ebenfalls auf die einfach zu erbringende und einwandfreie Reaktion aufmerksam. Starkenstein[6]) hält die Reaktion für absolut spezifisch; ihr positiver Ausfall ist für Fleckfieber absolut beweisend. Die Reaktion bleibt im Laufe der Fleckfiebererkrankung in keinem Falle aus. Neuerdings zieht Weil[7]) den Schluß, daß die Agglutination des Fleckfieberserums infolge der konstanten Beziehungen, die zwischen den spezifischen Proteusstämmen und dem Fleckfieber bestehen, unter Mitwirkung eines spezifischen Reizes zustande kommt. Während man im allgemeinen das Eintreten einer Paragglutination annimmt, spricht sich Weil dagegen aus. Nach seiner Ansicht wird die ätiologische Bedeutung dieser Keime erst dann anzunehmen oder abzulehnen sein, bis ihre Identität oder Nichtidentität mit dem Läusevirus sicher erwiesen ist. Epstein und Morawetz[7]) halten die Agglutination für einen höchst wertvollen Behelf für die Frühdiagnose, der unbedingt beweisend ist; derselben Ansicht ist auch Arnstein[7]).

Auch L. R. Müller[8]) konnte sich von der Brauchbarkeit der Methode überzeugen. Caneik[9]) sah positiven Weil-Felix in mindestens 90% der ermittelten verdächtigen Fälle. Kolle und Schlossberg[10]) äussern sich folgendermassen:

„Die Weil-Felixsche Reaktion, die — falls positiv — beweist, daß der betreffende Kranke Fleckfieber hat oder in den Monaten überstanden hat, sollte bei allen fleckfieber- oder typhusverdächtigen Fällen frühzeitig, gegebenenfalls unter Wiederholung nach dem 6. Krankheitstage, sowie in allen Fällen, wo es von Bedeutung ist, zur nachträglichen Aufklärung herangezogen werden. Der positive Ausfall kommt nur bei Fleckfieberkranken

[3]) Medizinische Klinik; 1916, Nr. 44.
[4]) Deutsche medizinische Wochenschrift; 1916, Nr. 51.
[5]) Münchner medizinische Wochenschrift; 1916, Nr. 51.
[6]) Wiener klinische Wochenschrift; 1917, Nr. 5.
[7]) Ebenda; 1917, Nr. 13.
[8]) Münchner medizinische Wochenschrift; 1917, Nr. 6.
[9]) Wiener klinische Wochenschrift; 1916, Nr. 49.
[10]) Medizinische Klinik; 1917, Nr. 10.

oder -rekonvaleszenten vor. Der negative Ausfall schließt Fleckfieber so gut wie sicher aus, falls die verdächtige Krankheit länger als 6 Tage besteht. bzw. abgelaufen ist."

Nach Kuhn[11]) handelt es sich wahrscheinlich bei Weil-Felix um eine Paraagglutination; diese Ansicht vertritt auch Uhlenhuth. — Ein Agglutinationstiter 1 : 400 und mehr stützt jedenfalls die Diagnose sehr (Holler[12]). Brauer[13]) empfiehlt ebenfalls die Reaktion; sollte sie negativ ausfallen, so ist sie mit anderen Proteuskulturen zu wiederholen, da sich erwiesen hat, daß einzelne Kulturen gelegentlich ihre spezifische Reaktionsfähigkeit verlieren; die Reaktion blieb gewöhnlich noch monatelang nach überstandener Infektion positiv. Auch Berger[14]) hat sich von der Brauchbarkeit des Verfahrens überzeugt.

Da die Erfahrungen von allen Seiten derart günstig waren, ist die Einführung der Weil-Felixschen Reaktion in allen bakteriologischen Untersuchungsämtern erfolgt. — Wie bei fast allen biologischen Reaktionen ist also auch hier nur der positive Ausfall der Reaktion, die auf einer Paragglutination mit dem Proteusbazillus X19 beruht, beweiskräftig, während der negative Ausfall nicht gegen die Richtigkeit der klinischen Diagnose spricht. Bei negativem Ausfall und Weiterbestehen der klinischen Verdachtszeichen wird daher zweckmäßig nach einigen Tagen eine zweite Blutprobe zu untersuchen sein. Der preußische Ministerial-Erlaß vom 14. Februar 1917 — M. 10519 — weist die Medizinalbeamten an, bei allen Erkrankungen, die den Verdacht des Fleckfiebers erregen, eine Blutprobe (einige ccm) dem Kranken zu entnehmen und an das Institut für Infektionskrankheiten „R. Koch" in Berlin einzusenden, evtl. auch noch eine zweite Probe bei negativem Ausfall.

Bei den Uuntersuchungen fiel nun auf, daß bei Fleckfieberfällen, die klinisch sicher gestellt waren, die Widalsche Reaktion oft positiv war (Habetin[15]). Auch Weil und Felix[16]) sahen bei Typhus-Geimpften eine erhebliche Zunahme des Titers der Widalschen Reaktion im Verlaufe von Fleckfieber, aber auch bei anderen Erkrankungen (also ist dies keine dem Fleckfieber allein zukommende Eigentümlichkeit); selbst bei nicht Geimpften trat ein positiver Widal in einigen Fällen auf. Ferner hat Starkenstein[6]) dieselbe Beobachtung gemacht; desgleichen Caneik[9]).

Schließlich sei noch die Trübungsreaktion von Weltmann[17]) erwähnt, die darin besteht, daß bei Zusatz von destilliertem Wasser zum Serum des Fleckfieberkranken eine

---

[11]) Deutsche med. Wochenschrift; 1917, Nr. 27.
[12]) Beiträge zur Klinik der Infektionskrankheiten; Bd. VI, H. 1—2.
[13]) Münchener med. Wochenschrift; 1917, Nr. 22.
[14]) Med. Klinik; 1917, Nr. 33.
[15]) Wiener klinische Wochenschrift; 1916, Nr. 2.
[16]) Ebenda; 1916, Nr. 31.
[17]) Ebenda; 1916, Nr. 39.

Trübung entsteht. Nach einer neuen Mitteilung[18]) nimmt er jetzt 1 Teil Serum zu 5 Teilen Aq. dest.; die Trübung soll nach 2 Minuten eintreten und ein konstantes Symptom sein. Epstein und Morawetz[7]) können sie nicht in dem Maße empfehlen; wohl kann sie neben der Weil-Felixschen Reaktion während der späteren Beobachtungszeit als leicht anstellbare Kontrollprobe in Betracht kommen. Auch die Erfahrungen in der Städtischen Abteilung des Instituts hatten dasselbe Ergebnis.

Im hiesigen Institut ist die Weil-Felixsche Reaktion seit Oktober v. J. auch eingeführt worden, da Herr Stabsarzt Dr. Dietrich vom Königlichen Institut für Infektionskrankheiten „Robert Koch“ in Berlin, der zwecks Fleckfieberstudien sich in Lodz aufhielt, uns mit seinen Erfahrungen unterstützen konnte. Im ganzen ist bis zum 31. März d. J. in 634 Fällen Blut zur Untersuchung[19]) eingereicht worden. Die Erfahrung hat gezeigt, daß die Agglutination mit X 19 in der Verdünnung 1 : 100 in den ersten Krankheitstagen die Diagnose Fleckfieber wahrscheinlich macht, während die Agglutination 1 : 200 absolut beweisend ist. Sicher positiv war die Reaktion in 421 Fällen. Bei verschiedenen Fällen, in denen die an den ersten Tagen nach der Erkrankung eingesandten Blutproben noch einen negativen Weil-Felix ergaben, waren die Nachuntersuchungen positiv. Nach der Entfieberung geht die Reaktion in den meisten Fällen schnell zurück; in vielen bleibt sie noch monatelang bestehen; einmal war sie noch nach vier Wochen 1 : 200 positiv.

Bei 129 Kranken, bei denen Weil-Felix „positiv“ oder „verdächtig“ war, hatte auch die Widalsche Reaktion ein positives Ergebnis.

Von den 634 Fällen waren zusammen 487 bezeichnet mit der Diagnose:

Fleckfieber: 346, Fleckfieberverdacht: 59, Typhus: 81, Paratyphus oder Influenza: 1.

Soweit Angaben vorliegen, konnte festgestellt werden, daß eine fast völlige Uebereinstimmung zwischen dem klinischen und bakteriologischen Befund bestand. Erwähnt seien die Beobachtungen aus drei Kreisen:

	Eingesandtes Material:	Klinisch sichere Fälle:	Fragliche Fälle:	W.-F. +
Lo.	41	40	1	38
K.	88	16	—	17
La.	110	48	—	47

Aus dem Blutrest der 421 positiven Fälle konnten niemals Typhusbazillen gezüchtet werden.

Bemerkenswert ist auch die Erscheinung, daß bei 5 Personen aus der Umgebung von Kranken, die klinisch vollkommen gesund waren, ein positiver Weil-Felix festgestellt werden konnte.

---

[18]) Wiener klinische Wochenschrift; 1917, Nr. 13.

[19]) Eine eingehende Veröffentlichung wird von dem Abteilungsvorsteher Prof. Dr. F. Croner an anderer Stelle erfolgen.

Da die städtische Abteilung (Abteilungsvorsteher Dr. St. Sterling), die ihr Material nur aus den Krankenhäusern der Stadt Lodz erhält, ihre Nachforschungen genauer anstellen konnte, so sei zum Schluß das Ergebnis ihrer Untersuchungen, die in den obigen Zahlen nicht enthalten sind, mitgeteilt:

1. Die Weil-Felixsche Reaktion fällt in 96% der Fleckfieberfälle positiv aus, in 4% — abhängig von der Krankheitsperiode, dem Krankenalter, dem Zustande, in dem sich der Kranke befindet — negativ aus. In etwa 40% von Fleckfieberfällen ist die Widal-Grubersche Reaktion auf Typhus und Paratyphus B in Verdünnung 1 : 50 und 1 : 100 positiv.

2. In zwei Fällen von Abdominaltyphus, d. h. etwa 2%, war die Weil-Felixsche Reaktion (in Verdünnung (1:200) positiv.

3. Die Weil-Felixsche Reaktion ist spezifisch für Fleckfieber und tritt gewöhnlich Ende der ersten oder Anfang der zweiten Woche auf.

4. Das allmähliche Steigen des Titers im Laufe von wenigen Tagen spricht aller Wahrscheinlichkeit nach für Fleckfieber.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Psychiatrie.

Ein Fall von Blutuntersuchung zur Beurteilung des Geisteszustandes. Von Dr. jur. Edm. Mezger-Stuttgart. Sonderabdruck aus der Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform; 11. Jahrgang.

Der Inhalt der Arbeit ist folgendes:

Ein 19jähriger Knecht hatte, am 23. März 1913 durch einen relativ unbedeutenden Anlaß erzürnt, seiner Herrin mit einem Krautstampfer einen Schlag versetzt, so daß sie mit schwerer Schädelverletzung zu Boden fiel. Nachher brachte er ihr trotz vorhandener Ueberlegung der Tat weitere tödliche Stiche bei. Von 5 Sachverständigen nahm nur einer Dementia praecox als vorliegend an, während die anderen wohl Schwachsinn und moralische Minderwertigkeit, aber keine eigentliche Geisteskrankheit annehmen. Das abweichende Gutachten stützte sich zwar auf psychische Befunde, die den Verdacht der Dementia praecox nahelegten, den Ausschlag für die Annahme dieser Krankheit „mit einem erheblichen Maß von Wahrscheinlichkeit" hatte aber offenbar der positive Ausfall der Abderhalden-Fauserschen Reaktion gegeben. Zwei der abweichenden Gutachten gingen auf die Frage der Bewertung dieser Reaktion näher ein und lehnten nach dem damaligen Standpunkt der Erfahrungen (und dies dürfte heute noch viel eher gelten) ihre entscheidende Bedeutung für die Diagnosenstellung, noch mehr aber ihre maßgebende Bewertung in der Frage der strafrechtlichen Verantwortungsfähigkeit ab. Der Angeklagte wurde daraufhin am 31. Januar 1914 verurteilt und hat bis zum 15. April 1916 durch sein Verhalten im Zuchthaus die Annahme bestätigt, daß Dementia praecox nicht vorlag.

Verfasser behandelt den Fall vom Standpunkt der forensischen Beweislehre als den ersten Fall, in dem die Frage der Abderhalden-Fauserschen Blutuntersuchung in ihrer Anwendung auf die Zurechnungsfähigkeit in foro einer eingehenden Erörterung unterzogen wurde. Er ist der Ansicht, daß für die Entscheidung der Zurechnungsfrage auf dem Boden des § 51 R.St.G.B. das Maßgebende in letzter Linie stets der psychische Befund ist und bleiben wird (eine Ansicht, die wohl auch von psychischer Seite zu teilen ist, wenn auch gelegentliche Durchbrechungen dieses Standpunktes, z. B. bei der progressiven Paralyse denkbar sind). Immerhin räumt er dem Nachweis eines ätiologischen Zusammenhangs des psychiatrischen Befundes mit bestimmten somatischen Vorgängen auch für die gerichtliche Praxis große Bedeutung ein und

erhofft insbesondere von der unterstützenden Heranziehung körperlicher Vorgänge auf dem Gebiet des moralischen Defektes einige Klärung.

Dr. Mayer-Weißenau.

B. Sachverständigentätigkeit in Unfall- und Invaliditäts- und Krankenversicherungssachen.

Verpflichtung der Polizeibehörde, in bestimmten Fällen die Kosten für die Gutachten von Aerzten zu tragen, die zur Unfalluntersuchung zugezogen werden. Entscheidung des Kgl. Sächs. Oberverwaltungsgerichts — III. Senat — vom 20. Januar 1917.

Die Entscheidung ist von der Vorfrage abhängig, ob die Einholung des Gutachtens dem Stadtrat in G. als Ortspolizeibehörde von Amts wegen oblag. Die RVO. hatte im § 1559 Abs. 1 gegen früher die Pflichten der Ortspolizeibehörde erweitert und ihr die selbständige Aufgabe zugewiesen, unerwartet etwaiger Anregungen der Beteiligten den Unfall zu untersuchen. Die Unfalluntersuchung an sich gehört zweifellos zu den selbständigen amtlichen Obliegenheiten der Ortspolizeibehörde und ist keine der Berufsgenossenschaft zu leistende Rechtshilfe. In erster Linie ist festzustellen, ob ein Unfall — vor allem ein Betriebsunfall — vorliegt. Die diesbezüglichen Erörterungen der Ortspolizeibehörde müssen sich auf alle Tatsachen erstrecken, die zur Erkenntnis aller Begriffsmerkmale eines Betriebsunfalles erforderlich sind. Im vorliegenden Falle ist nun unterlassen worden, festzustellen, ob überhaupt ein mit der Betriebstätigkeit des R. zusammenhängender äußerer Tatbestand vorliege, dessen Einwirkung den Schlaganfall verursacht haben könne. Bei diesem Mangel der Unfalluntersuchung war die Berufsgenossenschaft wohl berechtigt, ihre Ergänzung zu beantragen. Es fragt sich nur, ob sich die Anträge der Berufsgenossenschaft in dieser Richtung bewegten, oder ob sie ein davon abweichendes Ziel verfolgten. Die Ortspolizeibehörde hat jedenfalls auch die unmittelbaren Unfallfolgen als zu den Begriffsmerkmalen des Unfalles selbst gehörend festzustellen, nicht aber die weiteren, oft erst längere Zeit nach dem Unfall hervortretenden mittelbaren Unfallfolgen. Die Anträge der Berufsgenossenschaft sind hier aber als auf Feststellung der unmittelbaren Unfallfolgen gerichtet aufzufassen. Die B.-G. beabsichtigt offenbar nicht, von der Ortspolizeibehörde mehr zu verlangen, als die ihr von Amts wegen obliegende Aufklärung des vollen Sachverhalts, denn sie hat ausdrücklich beantragt, „im Rahmen der polizeilichen Unfalluntersuchung von Amts wegen" ein Gutachten einzuziehen. Muß also davon ausgegangen werden, daß die Ortspolizeibehörde durch die Beiziehung des Gutachtens nur ihre gesetzliche Pflicht erfüllt hat, so gehören auch die Kosten dieses Gutachtens wie alle sonstigen Kosten der Unfalluntersuchung zum Polizeiaufwand. Da nach reußischem Recht die Polizeikosten von den Gemeinden zu tragen sind, so fallen auch die streitigen Kosten der Stadtgemeinde, nicht aber der Berufsgenossenschaft zur Last. Daran vermag auch der § 1564 der RVO., auf welchen sich die Stadtgemeinde berufen habe, nichts zu ändern. Dieser kann nur dahin ausgelegt werden, daß derartige Kosten lediglich dann von dem Antragsteller zu tragen sind, wenn der Antrag mehr fordert als das, was die Ortspolizeibehörde bei der Unfalluntersuchung von Amts wegen zu leisten verpflichtet ist.

Der Anspruch auf Krankenbehandlung nach § 558 Nr. 1 der Reichsversicherungsordnung ist nicht an die Voraussetzung geknüpft, daß die Behandlung eine Erhöhung der Erwerbsfähigkeit des Verletzten erwarten läßt. Heilmittel und ärztliche Behandlung zur Erleichterung der Folgen der Verletzung können aber nur dann verlangt werden, wenn sie zur Linderung der Beschwerden von wesentlichem Nutzen sind. Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 10. Oktober 1916.

Der Senat hat die Abgabe der Sache an das Reichsversicherungsamt nicht beanstandet, da es sich um eine grundsätzliche Auslegung des Begriffs der Krankenbehandlung handelt, über die eine grundsätzliche Entscheidung des Reichsversicherungsamts noch nicht vorliegt. In dieser Hinsicht war davon auszugehen, daß die Gewährung der Krankenbehandlung, wie das Reichsversicherungsamt auch in seiner Verwaltungstätigkeit schon früher ausgesprochen

hat (zu vergleichen Handbuch der Unfallversicherung Band I Seite 257 Anmerkung 5 zu § 9 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes), nicht an die Voraussetzung geknüpft ist, daß die Behandlung eine Erhöhung der Erwerbsfähigkeit des Verletzten erwarten läßt. Es sind vielmehr Heilmittel und ärztliche Behandlung auch dann zu gewähren, wenn sie lediglich den Zweck verfolgen können, dem Verletzten die Folgen der Verletzung zu erleichtern. Dies kommt schon in dem Wortlaut des Gesetzes hinreichend deutlich zum Ausdruck. Es muß aber anderseits, um die Verpflichtung der Versicherungsträger nicht ins Zweck- und Uferlose auszudehnen, gefordert werden, daß die Versorgung des Verletzten mit Mitteln der Krankenbehandlung zur Linderung seiner Beschwerden von wesentlichem Nutzen ist. In dem vorliegenden Falle ist der Bezirksarzt der Ansicht, daß eine weitere Behandlung des Klägers zwecklos sei; etwaige Linderungsmittel, wie Einreibungen, könnten vielleicht in geringem Maße durch die Massage der Haut wirken, in der Hauptsache könne ihr Einfluß ein nur suggestiver sein. Das Leiden des Klägers, das übrigens nur zum Teil auf dem Unfall vom 17. März 1905 beruht, erfordert danach eine weitere ärztliche Beratung und die Anwendung von Arzneimitteln nicht, auch nicht zur Linderung der Beschwerden; denn die suggestive, also nur durch eine Einbildung des Verletzten vermittelte Linderung, die eine weitere Behandlung vielleicht erzielen könnte, ist immer so unsicher und von wechselnden äußeren Einflüssen so abhängig, daß sie eben nur einen ganz vorübergehenden Erfolg verspricht. Billigerweise kann die Berufsgenossenschaft aber nicht für verpflichtet erachtet werden, zu einem solchen, praktisch unwesentlichen Heilungszwecke die nicht geringen Kosten zu tragen, die eine dauernde ärztliche Behandlung veranlassen würde.

Netzhautablösung ist nur dann als Unfallfolge anzusehen, wenn die äußere Gewalt-Einwirkung eine kräftige gewesen ist und die Ablösung zeitlich in unmittelbarem Anschluß daran aufgetreten ist. Rekurs-Entscheidung des Reichversicherungsamtes vom 4. April 1917.

Bei völligem Verlust des rechten Ringfingers ist nach Gewöhnung eine Erwerbsunfähigkeit nicht mehr anzunehmen. Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 26. April 1917.

Nach den ärztlichen Gutachten ist der dritte und fünfte Finger der rechten Hand nicht mehr bei der Beugung behindert; die Folge des Unfalles besteht somit nur noch in dem glatten Verlust des rechten Ringfingers. Nach Verlauf von fast 4 Jahren nach dem Unfalle pflegt aber dieser Fingerverlust keinen wirtschaftlich in Betracht kommenden Schaden mehr zu verursachen, sondern eine bessere Ausnutzung und eine größere Geschicklichkeit der übrigen Finger einzutreten.

Ein Krankenkassenarzt kann nur durch die Satzung, aber nicht durch eine Bestimmung der Krankenordnung zur Anordnung der Krankenhauspflege ermächtigt werden. Revisions-Entscheidung des Reichs-Versicherungsamtes vom 30. Januar 1917.

In einem dringenden Falle im Sinne des § 368 der Reichsversicherungsordnung darf die Kasse die Bezahlung des anderweit zugezogenen Arztes auch dann nicht ablehnen, wenn die Dringlichkeit durch das Verhalten des Kranken verschuldet ist. Revisionsentscheidung des Reichsversicherungsamts vom 6 März 1917.

. . . . Wie das Oberversicherungsamt zutreffend ausführt, lag bei der Zuziehung des Dr. S. ein dringender Fall vor. Die Klägerin war nach den Feststellungen des Dr. S. so schwer erkrankt, daß sie nicht imstande war, selbst den Arzt aufzusuchen, und bedurfte sofortiger ärztlicher Behandlung. Der von ihr angegangene Kassenarzt Dr. H. hatte die Behandlung verweigert. In solchen dringenden Fällen darf die Kasse gemäß § 368 der Reichsversicherungsordnung die Bezahlung des hinzugezogenen Arztes nicht ablehnen. Auch ist in einem derartigen Falle der Versicherte, sofern die Kassensatzung eine Bestimmung nach § 369 Satz 3 der Reichsversicherungsordnung enthält, befugt, den Arzt

ohne Zustimmung des Kassenvorstandes zu wechseln (zu vergleichen Hahn, Handbuch der Krankenversicherung, 8. und 9. Auflage, Anmerkung 8 zu § 869). Der Ansicht des Oberversicherungsamts, daß jene Verpflichtung der Kasse dann nicht gegeben sei, wenn der Versicherte die Dringlichkeit des Falles durch sein Verhalten verschuldet habe, kann nicht beigetreten werden. Eine solche Einschränkung des § 368 a. a. O. ist im Gesetze nicht vorgeschrieben (zu vergleichen Hahn a. a. O. Anmerkung 2 b zu § 368 der Reichsversicherungsordnung). Nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung haben die Krankenkassen ihren Mitgliedern Krankenpflege unabhängig davon zu gewähren, ob das Leiden oder seine Verschlimmerung von dem Versicherten verschuldet ist, und ob die Versicherten gegen die Krankenordnung oder gegen ärztliche Vorschriften verstoßen haben. Selbst in den Fällen des § 192 der Reichsversicherungsordnung, insbesondere bei vorsätzlicher Zuziehung der Krankheit, kann nicht die Krankenpflege, sondern nur das Krankengeld verweigert werden. Zur Krankenpflege gehört die ärztliche Behandlung (§ 182 Nr. 1 a. a. O.), die in dringenden Fällen auch durch einen anderweit hinzugezogenen Arzt gewährt werden muß. Die Beklagte würde also von ihrer Verpflichtung zur Bezahlung der entstandenen Arztkosten selbst dann nicht befreit sein, wenn die Klägerin durch ihr Verhalten die Verschlimmerung ihrer Krankheit herbeigeführt hätte und dieses Verhalten ein Verschulden darstellte. Es bedarf sonach keiner Prüfung, ob für diese beiden vom Oberversicherungsamte getroffenen Feststellungen überhaupt irgend welcher Anhalt gegeben ist. Vielmehr war die Beklagte unter Aufhebung des angefochtenen Urteils und der Vorentscheidung des Versicherungsamts zur Bezahlung der durch die Behandlung des Sanitätsrats Dr. S. entstandenen Kosten, deren Höhe nicht beanstandet ist, im vollen Betrage von 59 M. zu verurteilen.

C. Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

1. Fleckfieber.

Die Stauungsreaktion als differential-diagnostisches Hilfssymptom beim Fleckfieber. Von Dr. Stefan Sterling-Warschau. Beilage zur Klinik der Infektionskrankheiten und zur Immunitätsforschung. Würzburg 1917. Verlag von C. Kabitzsch. VI. Band, H. 1 und 2. Preis: 12 M.

Das Verfahren, die Stauungsreaktion hervorzurufen, ist einfach: Unterbindung eines Armes oberhalb des Ellenbogens mit einer Gummibinde oder gedrehten Mullbinde, so daß man noch den Puls fühlt. Nach 15—30 Minuten wird die Binde abgenommen und der Arm hochgehalten; es erscheinen dann im positiven Falle mehr oder weniger zahlreiche punktförmige bis stecknadelkopfgroße Petechien; waren schon vorher Roseolen vorhanden, so treten sie auch in diesen hervor. Manchmal erfolgt das Auftreten der Petechien erst nach einer halben Stunde. Verfasser konnte in 86,5 % einer größeren Anzahl von Fleckfieberfällen das Symptom feststellen, während es bei Unterleibstyphus und Grippe ausblieb. Für die Differentialdiagnose ist es von besonderem Wert, daß die Stauungsreaktion schon am dritten Krankheitstage und vor Ausbruch des Ausschlags eintritt, daß sie gegen Ende der Krankheit (13.—20. Tag) verschwindet, dagegen nach einiger Zeit nach der Krankheit (2—3 Wochen) wieder ein positives Ergebnis liefert. Sie ist ein wertvolles Hilfsmittel für die Früh- und Spätdiagnose des Fleckfiebers, und sollte deshalb bei allen fleckfieber- und typhusverdächtigen Fällen zur Anwendung kommen. Rpd.

Fleckfieberstudien. Von Dr. Viktor Kollert und Dr. Albert Finger. Ebenda.

Auf Grund ihrer Beobachtungen bei einer Epidemie in Wolhynien (160 Fälle) kommen die Verfasser zu folgendem Ergebnis: Am Tage vor dem Fieberanstieg macht sich gelegentlich eine auffällige Blässe der Kranken bemerkbar. Für die Diagnose ist weiterhin der Nachweis einer vermehrten Lädierbarkeit der Hautgefäße von großer praktischer Bedeutung. Der Agglutinationstiter des Serums gegen Typhus bleibt bei der Mehrzahl der Kranken unverändert; im Auge werden häufig etwas kurze Lichtreaktionen der Pupillen, mitunter anfallsweise reflektorische Pupillenstarre, venöse Stauung im Augenhintergrund mit wechselnder Ungleichheit beobachtet. Die Lumbalflüssigkeit steht oft

unter erhöhtem Druck. Der Pulsdruck ist während der Fieberperiode sehr herabgesetzt; er bessert sich bei günstigem Verlaufe, seine Beobachtung gibt deshalb ein wertvolles Zeichen für die Schwere des Falles. Die Gerinnungsfähigkeit des Blutes ist herabgesetzt. Im Bereich des Nervensystems werden fibrilläre Zuckungen einzelner Muskelgruppen, tonische Krämpfe und meningeale Reizerscheinungen beobachtet. Rpd.

Klinisches und Epidemiologisches über Fleckfieber. Von Marineoberstabsarzt z. D. Dr. Siebert. Ebenda.

Die diagnostischen Hauptmerkmale des Fleckfiebers sind das hohe kontinuierliche Fieber, der Hautausschlag und die Zerebralerscheinungen; häufig wurden Conjunctivitis und katarrhalische Erscheinungen der oberen Luftwege, gelegentlich Speicheldrüsenentzündungen, Mittelohreiterungen, Perichondritis und Gangrän beobachtet. Die Milz ist meist anfangs vergrößert, später verkleinert. Puls weich, wenig gefüllt bis fadenförmig, anfangs beschleunigt, später verlangsamt, bis auf 40 Schläge sinkend. Die Zunge zeigt einen breiten, glänzenden bordeauxroten Rand und ein trockenes, schwarz-grauweißes, rissiges Zentrum. Rpd.

Besprechungen.

Prof. Dr. Albert Eulenburg, Geh. Med.-Rat in Berlin: **Moralität und Sexualität.** Bonn 1916. Verlag von A. Marcus & Weber. 8°; 92 S. Preis: 3,10 M.

Auch als Streifzüge im Gebiet der neueren Philosophie bezeichnet der jüngst verstorbene Nervenarzt diese seine vielleicht letzte Arbeit auf dem Titelblatt weiter. Und in der Tat ist es eine, wenn auch nicht vollständige, wie der Verfasser in der Vorrede sagt, so doch jedenfalls gründliche und das Wesentliche umfassende Wiedergabe und kritische Sichtung alles dessen, was sich in den Systemen der spekulativen Philosophie bei Kant, Fichte, Hegel, Herbarth, Schopenhauer, v. Hartmann u. a. über das sexualethische Problem findet, und das in dem Satz gipfelt, die Ehe muß die einzige sittliche Form der geschlechtlichen Vereinigung sein und bleiben.

Diesem Fundamentalsatz werden dann von Nietzsche ausgehend die sexualethischen Forderungen aus der neuzeitlichen Literatur gegenübergestellt, wobei der Doppelmoral der rücksichtslosen Bevölkerungspolitik im Gegensatz zur Eugenik und des Neumalthusianismus gedacht wird. Eulenburg schließt seine anregende Darstellung mit den Worten, die wir gern unterstreichen: „Die sexuelle Ethik befindet sich in einer durch mancherlei besondere Verhältnisse bedrohten und erschwerten Uebergangszeit, in der es nicht leicht ist, ihre künftigen Aenderungen oder auch nur ihre demnächstigen örtlichen und zeitlichen Schicksale annährend vorauszubestimmen.“ Dr. Kühn-Wernigerode.

Tagesnachrichten.

Die **kreisärztliche Prüfung** haben in den Jahren 1911—1916 in Preußen bestanden:

	sehr gut	gut	mit genügend	zusammmen
1911 . . .	2	16	7	25
1912 . . .	1	15	8	24
1913 . . .	2	24	11	37
1914 . . .	—	15	4	19
1915 . . .	1	6	2	9
1916 . . .	1	9	2	12
Summe:	7	85	34	126
durchschnittl. jährlich:	1	14	6	21
auf 100 berechnet:	4,8	66,6	28,6	100

Die Zahl der kreisärztlich geprüften Aerzte ist somit infolge des Krieges sehr erheblich unter dem Durchschnitt geblieben.

Wie in Nr. 12 dieser Zeitschrift, S. 367 bereits berichtet ist, ist in **Oesterreich** durch ein Kaiserl. Handschreiben die Schaffung eines **Ministeriums für Volksgesundheit und soziale Fürsorge** angeordnet. Bei der Durchführung dieser Anordnung ist man jetzt noch einen Schritt weitergegangen und hat nunmehr die Errichtung je eines besonderen Ministeriums für diese beiden wichtigen Gebiete: ein **Ministerium für Volksgesundheit** und ein **Ministerium für soziale Fürsorge** beschlossen. Während dem letzteren die Aufgabe zufallen soll, die Sorge für die Kriegsbeschädigten und die Hinterbliebenen der Gefallenen, die über die Vormundspflege hinausgehende Jugendfürsorge, das Wohnungswesen und die Sozialversicherung usw. in die Wege zu leiten, hat das Ministerium für Volksgesundheit als Aufgabe die Bekämpfung der Kriegs- und Volksseuchen und die Förderung der Volksgesundheit. Vom Standpunkt der öffentlichen Gesundheitspflege ist diese weitere Ausgestaltung zweifellos als ein großer und nachahmungswerter Fortschritt zu begrüßen, zumal mit der Leitung dieses Ministeriums ein Mediziner: der ordentl. Professor für medizinische Chemie und Vorstand des medizinisch-chemischen Instituts Hofrat Dr. Horbaczewski in Prag, beauftragt und zum Minister ernannt ist. Er gehört schon seit vielen Jahren dem Obersten Sanitätsrat als Mitglied an und hat hier als Referent eine hervorragende Tätigkeit entfaltet; seiner großen Verdienste wegen ist er auch schon vor Jahren zum lebenslänglichen Mitglied des Herrenhauses ernannt. Nach seinen bisherigen Leistungen steht jedenfalls zu erwarten, daß er dem von ihm neu einzurichtenden äußerst wichtigen Amte die zum Wohle der Bevölkerung erforderliche Geltung und Stellung verschaffen wird. (Nach der Münchener med. Wochenschrift; 1917, Nr. 37.)

Der **Preußische Landesausschuß von Deutschlands Spende für Säuglings- und Kleinkinderschutz** hat jetzt in allen Provinzen einen Aufruf zur Gewinnung von Geldmitteln erlassen, die für die zahlreichen Aufgaben der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge nutzbar gemacht werden sollen. Zu diesem Zwecke haben sich in den einzelnen Provinzen Ausschüsse behufs Entfaltung einer umfangreichen Werbearbeit sowie zur Veranstaltung von Opfertagen und Haussammlungen gebildet. Hoffentlich wird dadurch eine recht große Summe zusammengebracht, durch deren Verwendung Tausende unserer Kinder erhalten werden können.

Die in der Woche vom 27. August bis 1. September in München tagende ordentliche Mitgliederversammlung des **Gesamtverbandes Deutscher Krankenkassen,** in der vorwiegend **Fragen der Bevölkerungspolitik und der Gesundheitspflege** behandelt wurden und auf der u. a. Geheimrat Prof. Dr. v. Gruber über allgemeine Fragen der Bevölkerungspolitik, Geheimrat Dr. May über die Bekämpfung der Tuberkulose, Dr. Maria Baum über Mutter- und Säuglingsfürsorge gesprochen haben, hat einstimmig folgende Entschließung angenommen: „Die Hauptversammlung des Gesamtverbandes Deutscher Krankenkassen erklärt es als ihre nationale Pflicht, alle Bestrebungen zu fördern, die auf Kräftigung des deutschen Volkes und seines Nachwuchses, insbesondere Hebung und Festigung der wirtschaftlichen und sozialen Lage kinderreicher Familien abzielen. Sie empfiehlt den Krankenkassen-Ausbau der Familienhilfe durch Gewährung von Krankenpflege, Wochenhilfe, Sterbegeld an nicht versicherte Familienangehörige, Beteiligung an Wohlfahrtseinrichtungen für kinderreiche Familien, womöglich Schaffung solcher Einrichtungen gemeinsam mit Gemeinden, Kreisen und gemeinnützigen Vereinen. Hierzu ist notwendig durchgehende Schaffung von Säuglingspflegerinnen, Tuberkulose- und Trinkerfürsorgestellen, Beratungsstellen für Geschlechtskranke in jedem Bezirk und Errichtung einer hauptamtlichen Gesundheitspflegestelle; Förderung des gemeinnützigen Wohnungsbaues unter Voranstellung des ländlichen Einzelhauses und Bevorzugung kinderreicher Familien. Die Hauptversammlung sieht im Ausbau der gesetzlichen Zwangsversicherung das beste Mittel für die nationale Bevölkerungspolitik. Sie hält für notwendig die Gewährung von Kinderrenten vom dritten Kinde an für jedes nicht erwerbstätige Kind als Ergänzung der für die Versicherung in Betracht kommenden Bevölkerungskreise, Gewährung der jetzigen Kriegswochenhilfe für alle minderbemittelten Wöchnerinnen. Die erforderlichen Mittel sollen auf-

gebracht werden zu je einem Drittel durch das Reich, durch den Staat oder die Provinzen, durch die Beteiligten."

Die **ärztliche Abteilung der Reichsdeutschen Waffenbrüderlichen Vereinigung** beabsichtigt mit den entsprechenden Organisationen Oesterreichs und Ungarns am 11. bis 14. Oktober eine gemeinsame **Tagung in Baden bei Wien,** bei der Kaiser Karl die Schirmherrschaft übernommen hat, zu veranstalten. Die Leitung der Reise liegt in den Händen des Deutschen Zentralkomitees für ärztliche Studienreisen als Gruppe „Aerztliche Studienreisen der Waffenbrüderlichen Vereinigung". Die Teilnehmer werden voraussichtlich am Dienstag, 9. Oktober, abends 7 Uhr, mittels Sonderzuges Berlin verlassen. Doch können deutsche Teilnehmer auch in den deutschen Zwischenstationen einsteigen. Der 10. Oktober ist einem Aufenthalt in Wien gewidmet; am 14. Oktober erfolgt nach Schluß der Tagung gemeinsame Rückfahrt und Aufenthalt in Wien. Die Kosten für die gesamte Veranstaltung einschließlich Fahrt, Wohnung und Verpflegung werden voraussichtlich 275 Mark nicht übersteigen. Die Teilnahme von Damen an dieser Tagung ist vorgesehen und erwünscht. Nähere Auskunft erteilt die Geschäftsstelle des Deutschen Zentralkomitees für ärztliche Studienreisen, Berlin, Potsdamer Straße 134 b.

Lebensgefährliche Verletzung eines Medizinalbeamten durch einen Geisteskranken. In Wiesloch bei Heidelberg ist der dortige Bezirksarzt Dr. **Ernst** durch einen Geisteskranken, der das elterliche Haus in Brand gesteckt hatte und den er auf seinen Geisteszustand untersuchen wollte, durch zwei Dolchstiche lebensgefährlich verletzt. Der Geisteskranke brachte sich dann selbst einen großen Schnitt am Halse bei, der seinen Tod herbeiführte.

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten:

Das Eiserne Kreuz I. Klasse:

Oberarzt d. Res. Dr. Bingler-Gaggenau (Baden).
Stabsarzt d. Res. Dr. Curt Böhm.
Oberstabsarzt d. L. Dr. K. Blümcke-Bethel bei Bielefeld.
Dr. Paul Elsner-Breslau.
Oberstabsarzt Dr. Engelbrecht-Bischweiler (Elsaß).
Oberstabsarzt d. Res. Dr. Theodor Frank-Pfungstadt (Großherz. Hessen).
Stabsarzt d. Res. Dr. Walter Freund-Breslau.
Landsturmpflichtiger Arzt Dr. Ernst Graefenberg-Berlin-Schöneberg.
Oberarzt d. Res. Dr. Graetzer-Breslau.
Stabsarzt d. Res. Dr. Karl Heidsieck-Hohenlimburg (Westf.).
Stabsarzt d. Res. Dr. Kettner-Todtmoos (Schwarzwald).
Oberarzt Dr. Kipp-Münster i. Westf.

Das Eiserne Kreuz II. Klasse:

Oberarzt d. Res. Dr. **Eichhorn,** Bezirksarzt in Glauchau (Königreich Sachsen).

Ehren-Gedächtnistafel. Für das Vaterland gefallen oder gestorben:

Generaloberarzt z. D. Dr. Albert Liegener (infolge von Krankheit gestorben).
Feldhilfsarzt J. H. Kahn-Wiesbaden.
Dr. **Kauzki**-Bei, Kreisarzt in Luckow (Gouvernement Warschau), (infolge von Krankheit gestorben).
Oberarzt Dr. W. Krug-Neukölln (infolge von Krankheit gestorben).
Dr. Franz **Rosenbach** aus Hildesheim, Kreisarzt in Wengrow (Gouvernement Warschau), (infolge von Krankheit gestorben).
Oberarzt Dr. Gustav Sell-München.
Feldhilfsarzt Herbert Tröbs.

Außerdem: Sanitätsunteroffizier Stud. med. Eugen Schneckenburger, Sohn des Med.-Rats Dr. Schneckenburger, Oberamtsarzt in Tuttlingen (Württemberg).

Choleraerkrankungen sind in der Türkei vom 1. Mai bis 31. Juli [illegible] Todesfällen amtlich gemeldet, davon in Konstantinopel 88 Erkr.

Die Zahl der Pockenerkrankungen betrug im Berichtsmonat Juli vom 25. August bis 8. September — und zwar im Berichtsbezirk Konstantinopel vom 11. bis 25. August 1 und 1 bei Europäern.

An Fleckfieber sind im Berichtsmonat Juli vom 25. August bis 8. September [illegible] — Personen erkrankt. Außerdem ist noch 1 Erkrankung für die Provinz Izmir im Berichtsbezirk Konstantinopel gemeldet. In Konstantinopel sind vom 11. bis 25. August [illegible] und [illegible] mit [illegible] Todesfällen gemeldet, in Izmir vom [illegible]. bis 8. August 1 Erkrankungen.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 11. bis 17. März [illegible] gemeldet worden: [illegible] — [illegible] — [illegible] —

30. Jahrgang; Nr. 19. Ausgegeben am 5. Oktober 1917.

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.
Bezugspreis für das Jahr: 15 Mark.

Ausserdem ein besonderes, nur vierteljährlich erscheinendes Beiheft:
Zeitschrift für Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege.
Offizielles Organ der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens.
Bezugspreis für das Jahr: 8 Mark, für die Bezieher der Zeitschrift: 4 Mark.

VERLAG VON FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: Gelsdorf & Co., G. m. b. H., Eberswalde (Mark).

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung, Nr. 19, am Schlusse des Heftes

Choleraerkrankungen sind in der Türkei vom 24. Mai bis 31. Juli 477 mit 161 Todesfällen amtlich gemeldet, davon in Konstantinopel 88 (38).

Die Zahl der **Pockenerkrankungen** betrug im Deutschen Reich vom 25. August bis 8. September: — und 2, im Deutschen Gouvernement Warschau vom 12. bis 25. August: 1 und 1 (bei Zivilpersonen).

An **Fleckfieber** sind im Deutschen Reich vom 26. August bis 8. Sept.: 5 u. — Personen erkrankt, außerdem ist noch 1 Erkrankung für die Vorwoche gemeldet; im Deutschen Gouvernement Warschau sind vom 12. bis 25. August 339 und 307 mit je 38 Todesfällen gemeldet, in Ungarn vom 30. Juli bis 5. August: 3 Erkrankungen.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 12. bis 25. August 1917 erkrankt (gestorben) an Pest, Gelbfieber, Malaria, Rückfallfieber, Rotz, Aussatz: — (—), — (—); Tollwut: — (—), 2 (1); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 7 (—), 8 (—); Milzbrand: 1 (1), 1 (—); Pocken: 2 (—), — (—); Unterleibstyphus: 624 (50), 615 (48); Ruhr: 4803 (471), 5167 (608); Diphtherie: 1655 (88), 2059 (81); Scharlach: 543 (12), 601 (13); Kindbettfieber: 38 (15), 41 (16); übertragbare Genickstarre: 8 (6), 5 (—); spinale Kinderlähmung: 11 (1), 4 (1); Fleisch- usw. Vergiftung: 60 (3), 7 (—); Körnerkrankheit (erkrankt): 36, 23; Tuberkulose (gest.): 881, 886.

Zeichnet die siebente Kriegsanleihe!

Um die Personalien in dem nächstjährigen Kalender für Medizinalbeamte (1918) vollständig und richtig, auch in bezug auf Ordensauszeichnungen usw., bringen zu können, bitte ich die Herren Kollegen ergebenst, mir etwa notwendige Berichtigungen und Ergänzungen in dieser Hinsicht sobald als möglich mitteilen zu wollen.

Minden i. W., im September 1917. Der Herausgeber.

Druckfehlerberichtigung: In Nr. 17 Seite 494 muß es in Zeile 20 von oben statt: „Kriminalverlag“ „Kommunalverlag“ heißen.

Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

30. Jahrgang; Nr. 19. Ausgegeben am 5. Oktober 1917.

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.
Bezugspreis für das Jahr: 15 Mark.

Ausserdem ein besonderes, nur vierteljährlich erscheinendes Beiheft:
Zeitschrift für Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege.
Offizielles Organ der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens.
Bezugspreis für das Jahr: 8 Mark, für die Bezieher der Zeitschrift: 4 Mark.

VERLAG VON FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: Gelsdorf & Co., G. m. b. H., Eberswalde (Mark).

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung, Nr. 19, am Schlusse des Heftes

INHALT.

Original-Mitteilungen.

Die Notwendigkeit einer Umgestaltung der Organisation des öffentlichen Gesundheitswesens im Deutschen Reich. Von Dr. **Rapmund** 525

Tod durch Sublimatintoxikation von der Scheide aus. Von Dr. **Vollmer** . . . 535

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Sachverständigentätigkeit in Unfall-, Invaliditäts- und Krankenversicherungssachen.

Die Zahnfäule (Karries) ist eine Krankheit im Sinne des § 182 Nr. 1 der Reichsversicherungsordnung, die ärztliche Behandlung erfordert. Kann der Zahn durch Anbringen einer Zahnfüllung für längere Zeit erhalten werden, so haben die Krankenkassen diese Art der ärztlichen Behandlung zu gewähren und dürfen sich nicht darauf beschränken, die billigeren Kosten des Zahnziehens zu übernehmen 539

Nicht jeder Verstoß gegen die Krankenordnung berechtigt die Krankenkasse auf Grund des § 184 Abs. 3 Nr. 3 der Reichs-Versicherungsordnung zur Einweisung des Versicherten in ein Krankenhaus . 541

Macht die Satzung einer Krankenkasse gemäß § 176 Abs. 3 der Reichsversicherungsordnung das Recht zum Beitritt von der Vorlegung eines Gesundheitszeugnisses abhängig, so ist der Beitritt unwirksam, wenn nicht der Anmeldung das Gesundheitszeugnis beigelegt ist . 542

B. Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Soziale Hygiene.

Lundborg: Ueber Rassenmischungen, Sippschafts- und Stammehen 542

Fr. Orth: Zur Morphologie der Bevölkerungen 542

Dr. **v. Sonnenberg:** Die Hauptlehren der Vererbungswissenschaft und die Ausgestaltung der Darwinschen Selektionstheorie 542

Geza v. Hofmann: Krieg und Rassenhygiene 543

Dr. **Otto v. Franqué:** Geburtenrückgang, Arzt und Geburtshelfer 543

Dr. **Malisch:** Geburtenrückgang und Säuglingssterblichkeit 543

Dr. **Karl Oldenberg:** Geburtenrückgang und Aufwuchsziffer 543

Dr. **Laserstein:** Fach- und sozialärztliche Betrachtungen über die Volksvermehrung im Deutschen Reiche 544

Dr. **Brennecke:** Der Neuaufbau des deutschen Familienlebens nach Seiten der Kinderpflege 544

ord. Prof. **v. Haecker:** Die Erblichkeit im Mannesstamme und der vaterrechtliche Familienbegriff 545

Dr. jur. **B. Schmittmann:** Reichswohnversicherung. Kinderrenten durch Ausbau der Sozialversicherung 545

Nassauer: Der Schrei nach dem Kinde . 546

F. Schacht: Die geringere körperliche und geistige Leistungsfähigkeit des Weibes 546

Die Wohlfahrtsschule der Stadt Charlottenburg zur Ausbildung von Fürsorgerinnen 546

Merkblatt für den Frauendienst 546

Medicinisches Waarenhaus

Aktien-Gesellschaft

Berlin NW. 6, Karlstraße 31.

Centralstelle aller ärztlichen Bedarfsartikel und für Hospitalbedarf.

Neues Instrumentarium

zur Wohnungs-Desinfection

mittels

flüssigen Formalins

nach

Prof. Dr. **O. Roepke.**





Ref. Nr. 7, 1905 der Zeitschrift f. Medizinalbeamte

D. R. G. M. Modell M. W.

Ausführliche Beschreibung steht zu Diensten.

Von den Königlich Preussischen und Königlich Bayerischen Staats-Eisenbahnen eingeführt.

2. Statistik.

Die Säuglingssterblichkeit in den deutschen Orten mit 15000 und mehr, insbesondere in den Großstädten mit 200000 und mehr Einwohnern im Jahre 1916 im Vergleich mit der in den letzten Vorjahren 546

Geburtenrückgang und Sterblichkeit in Preußen während der Jahre 1875—1914 . . 547

Tagesnachrichten 549

Beilage:

Rechtsprechung 125

Medizinalgesetzgebung 128

Umschlag:

Personalien.

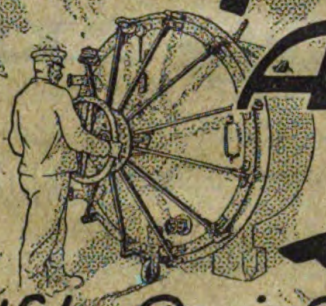
Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geh. Med.-Rat: dem Reg.- und Med.-Rat Dr. Krause in Potsdam, dem Prof. Dr. W. v. Lingelsheim, Direktor des Hygienischen Instituts in Beuthen i. Schl., dem Med.-Rat

(Fortsetzung der Personalien auf der sechsten Seite des Umschlags.)

Desinfektions-Apparate



Deutsche Desinfections-Centrale
Berlin-Weißensee
Lehderstr. 74-79

Dr. Kahlbaum, Görlitz

Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke

Offene Kuranstalt für Nervenkranke.

Aerztliches Pädagogium für jugendliche Nerven- und Gemütskranke.

Dr. Erlenmeyer'sche Anstalt für Gemüts- u. Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz.

Villenbauten, Zentralheizung, elektr. Licht. Beschäftigung der Kranken in Werkstätten und in der Gärtnerei mit Gemüsebau, Obstkultur, Treibhäusern. Tennisplatz. 14 Morgen grosser Park.

Chefarzt: **Geheimrat Dr. Erlenmeyer.** 1—2 Hilfsärzte

Prospekte durch die Verwaltung.

LECIN

Neutrale Lösung von Eiweiß-Eisen mit organ. geb. Phosphat

Wohlfeiles, **appetitanregendes** Eisenmittel

Arsa-Lecin

China-Lecin Jod-Lecin

Lecintabletten, auch mit **Arsen** und **Jod**

Menogen

Ovarial-Arsen-Eisenpräparat

Zur Bekämpfung der Amenorrhoe

Proben und Literatur vom Lecinwerk Hannover

Angesichts der Knappheit an **Perubalsam** kommt unserem seit 1900 eingeführtem synthetischen Ersatzmittel

Peruol

erhöhte Bedeutung zu.

Kein Beschmutzen der Wäsche! Geruchlos!

Muster und Literatur auf Wunsch!

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation

Pharmac. Abt. **Berlin S.O. 36.**

30. Jahrg. 1917.

Zeitschrift
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Anzeigen nehmen die Verlagshandlung sowie alle Anzeigenannahmestellen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 19. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats. | 5. Okt.

Die Notwendigkeit einer Umgestaltung der Organisation des öffentlichen Gesundheitswesens im Deutschen Reich.

Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Rapmund** in Minden i. W.

Bei der ersten Sitzung des neugebildeten Reichsgesundheitsrates am 20. März v. J. äußerte sich der damalige Staatssekretär des Innern, Graf von Posadowsky, über die große Bedeutung des öffentlichen Gesundheitswesens für das Wohl des ganzen Staates wie folgt:

„Es ist das sicherste Zeichen für den sittlichen und wirtschaftlichen Fortschritt eines Volkes, wenn sich in diesem die Erkenntnis vertieft nicht nur von der ethischen, sondern auch von der wirtschaftlichen Bedeutung jedes einzelnen Mitmenschen für die Gesundheit, und zwar dementsprechend auch die Wertschätzung des Menschenlebens sowohl seitens des Staates, wie seitens sämtlicher Volksgenossen in immer höherem Maße wächst . . . . . Gesundheit bedeutet Schaffenskraft und Arbeitsfreudigkeit nicht nur für den einzelnen Menschen, sondern auch für ein ganzes Volk, welches mit zunehmendem äußerem Wohlbefinden in gleichem Maße befähigt wird, die ihm durch seine Geschichte und die natürlichen Bedingungen des Landes zugewiesenen Aufgaben zu erfüllen."

Noch eindringlicher und überzeugender hat aber der jetzige Krieg gezeigt, daß die öffentliche Gesundheit die Grundlage bildet, auf der die Macht eines Staates, das Glück seines Volkes

beruht. Ein Staat, in dem Industrie und Handel, Handwerk und Landwirtschaft, Kunst und Wissenschaft zur größten Blüte gelangt sind, muß trotz der Klugheit und Arbeitssamkeit seiner Bürger, trotz der ihm infolge seines Wohlstandes zur Verfügung stehenden reichen Mittel zu Grunde gehen, wenn seine Bevölkerung stehen bleibt und von Jahr zu Jahr an Lebenskraft abnimmt. Deshalb ist auch die Sorge für die öffentliche Gesundheit eine der wichtigsten Pflichten des Staates und insbesondere derjenigen Männer, die zu seiner Leitung und zur Mitwirkung bei dieser Leitung berufen sind. Der Krieg hat aber weiter nicht minder eindringlich und überzeugend bewiesen, daß auch auf dem Gebiete des Gesundheitswesens nur die Zusammenfassung aller Kräfte Großes zu leisten vermag und jede Zersplitterung vermieden werden muß. Gerade hier ist ganze und großzügige Arbeit erforderlich und zwar nicht nur während des Krieges, sondern vor allem auch nach dessen Beendigung, um die unermeßlichen Schäden und Wunden, die dieser verursacht hat, wieder zu beseitigen und auszuheilen. Alles dies läßt sich aber nur erreichen, wenn ein Amt, eine Stelle vorhanden ist, die über die erforderliche Machtbefugnis und Sachkunde sowie über die notwendigen Mittel verfügt, um mit fester Hand die dazu nötigen Maßnahmen auch wirklich durchzuführen.

In ebenso kluger als landesväterlicher Fürsorge hat daher der junge Herrscher unseres eng verbündeten Nachbarstaates, Kaiser Karl, durch Kaiserliches Handschreiben die Schaffung eines Ministeriums für Volksgesundheit und soziale Fürsorge in Oesterreich angeordnet, dessen Wirkungskreis „außer den durch den Krieg unmittelbar hervorgerufenen Aufgaben der Bekämpfung der Kriegsseuchen und der sozialen Fürsorge für die Kriegsbeschädigten und die Hinterbliebenen der Gefallenen auch jene großen, in untrennbarem Zusammenhange stehenden Angelegenheiten bilden soll, die sich auf die Volksgesundheit, die über die Vormundschaftspflege hinausgehende Jugendfürsorge, das Wohnungswesen und die Sozialversicherung beziehen.“ Bei der Durchführung dieser Anordnung und bei der vor kurzem erfolgten Neubildung des österreichischen Staatsministeriums ist man aber noch einen Schritt weiter gegangen und hat, wie dies bereits in der letzten Nummer dieser Zeitschrift (s. S. 522) mitgeteilt ist, die Errichtung je eines besonderen Ministeriums für diese beiden äußerst wichtigen Gebiete: ein Ministerium für Volksgesundheit und ein Ministerium für soziale Fürsorge beschlossen. Während dem letzteren die Sorge für die Kriegsbeschädigten und die Hinterbliebenen der Gefallenen, die Jugendfürsorge, das Wohnungswesen, die Sozialversicherung usw. zufallen soll, hat das Ministerium für Volksgesundheit als Aufgabe die Bekämpfung der Kriegs- und Volksseuchen sowie die Erhaltung und Förderung der Volksgesundheit. Vom Standpunkt der öffentlichen Gesundheitspflege muß diese Teilung

des zuerst geplanten Ministeriums zweifellos nicht minder als ein außerordentlicher Fortschritt bezeichnet werden, wie die Ernennung eines Mediziners, des ord. Prof. Hofrat Dr. Horbaczewski in Prag, zum Minister des geplanten Ministeriums für Volksgesundheit, mit dessen Neueinrichtung er gleichzeitig beauftragt ist. Diese Ernennung und die damit in Verbindung stehende Schaffung eines besonderen Gesundheitsministeriums ist in Oesterreich allseitig, namentlich von der beamteten und nicht beamteten Aerzteschaft, mit großer Freude und Genugtuung begrüßt worden; auch in unserem eigenen Vaterlande hat sie besonders in den Kreisen der Aerzte und Medizinalbeamten überall volle Anerkennung gefunden und den berechtigten Wunsch erweckt, uns in dieser Hinsicht nicht von unserem verbündeten Nachbarstaate überflügeln zu lassen, sondern seinem Beispiel so schnell als möglich zu folgen.

Von mancher Seite wurde die stille Hoffnung gehegt, daß dies vielleicht schon bei der jetzigen Umgestaltung des überlasteten Reichsamts des Innern der Fall sein würde; es scheint aber leider niemand auf den Gedanken gekommen zu sein, ein besonderes Reichsamt für das Gesundheitswesen oder wenigstens eine Abteilung für das Gesundheitswesen im Reichsamt des Innern mit einem Mediziner als Unterstaatssekretär an der Spitze zu bilden. Vergegenwärtigt man sich jedoch die zurzeit im Deutschen Reiche bestehende Regelung des öffentlichen Gesundheitswesens, so hätte dieser Gedanke eigentlich recht nahe liegen müssen; denn jeder, der nur einigermaßen mit den einschlägigen Verhältnissen vertraut ist, wird zugeben müssen, daß diese keineswegs den in dieser Hinsicht zu stellenden Anforderungen entsprechen.

Nach Artikel 4 Ziffer 15 der Reichsverfassung vom 16. April 1871 unterliegen der Beaufsichtigung seitens des Reiches und der Gesetzgebung desselben auch „die Maßregeln der Medizinal- und Veterinärpolizei". Durch diese Bestimmung ist zwar die Zuständigkeit der Landesbehörden auf dem Gebiete der Gesundheitsgesetzgebung nicht allgemein aufgehoben, dem Reiche aber das Recht gegeben, Angelegenheiten des Gesundheitswesens auf reichsgesetzlichem Wege für das ganze Reich verbindlich zu regeln, sowie die zu deren Ausführung erforderlichen allgemeinen Vorschriften durch Kaiserliche Verordnung, soweit dem Kaiser die Regelung der Angelegenheit durch die Reichsverfassung oder sonst reichsgesetzlich übertragen ist (z. B. der Erlaß um Vorschriften über den freien Verkehr mit Arzneiware) oder durch Verordnungen des Bundesrates zu treffen. So lange das Reich jedoch von dieser Befugnis nicht Gebrauch gemacht hat, sind die Landesbehörden berechtigt, medizinal- und sanitätspolizeiliche Gesetze, Verordnungen usw. zu erlassen, desgleichen ist die Organisation der Medizinalbehörden und die Verwaltung des Gesundheitswesens lediglich Sache der Einzelstaaten und wird auch künftighin eine solche bleiben, so daß sie hier vorläufig unberücksichtigt bleiben kann.

Die Reichsbehörden auf dem Gebiete des Gesundheitswesens sind der Reichsverfassung entsprechend ausschliesslich zentrale; die betreffenden Angelegenheiten werden in dem Reichsamt des Innern bearbeitet, das ebenso wie andere Reichsämter dem Reichskanzler unterstellt ist. Bisher erfolgte hier ihre Erledigung in der Abteilung III, die von einem Ministerialdirektor, z. Z. Wirkl. Geh. Rat v. Joncquières, geleitet wird, und die voraussichtlich auch künftighin in dem verkleinerten Reichsamt des Innern in derselben Form verbleiben wird; denn dem von diesem abgezweigten Reichswirtschaftsamte sollen die Handels-Wirtschaftspolitik sowie die Sozialpolitik zufallen. Nach dem amtlichen Handbuch für das Deutsche Reich sind nun dieser Abteilung des Ministeriums des Innern außerdem überwiesen: See- und Binnenschiffahrt einschl. der Postdampferverbindungen und die Verwaltung des Kaiser-Wilhelms-Kanals, Auswanderungswesen, See- und Binnenfischerei, Angelegenheiten geistigen Eigentums und des gewerblichen Rechtsschutzes, Maß- und Gewichtswesen, land- und forstwirtschaftliche Biologie, Veterinärwesen; jedenfalls die verschiedenartigsten Gegenstände und eine solche Masse von Arbeitsstoff, daß man sich nicht wundern kann, wenn dabei das öffentliche Gesundheitswesen bisher erheblich zu kurz gekommen ist, zumal nicht einmal ein ständiger technischer Referent dafür im Reichsamt des Innern vorhanden war, sondern nur ein technischer Beirat, der nach Bedürfnis zur Mitwirkung herangezogen werden konnte, aber nicht herangezogen werden mußte.

Diesen technischen Beirat bildet das Kaiserliche Gesundheitsamt, dem wiederum der Reichsgesundheitsrat zu seiner Unterstützung beigegeben ist. Der Mangel einer eigenen technischen Behörde auf dem Gebiete des Gesundheits- und Veterinärwesens machte sich bei dem Reichsamt des Innern sehr bald nach seiner Errichtung geltend, seine Beseitigung erfolgte aber erst im Jahre 1876 durch Errichtung des Kaiserlichen Gesundheitsamtes, das als technisch beratende Behörde dem Reichsamt des Innern unmittelbar unterstellt ist und zu dessen Direktor zunächst ein Arzt, Oberstabsarzt Dr. Struck, ernannt wurde. Als Aufgabe ist dem Gesundheitsamte zugeteilt:

„Das Reichskanzleramt sowohl in der Ausübung des ihm verfassungsmäßig zustehenden Aufsichtsrechtes über die Ausführung der in den Kreis der Medizinal- und Sanitätspolizei fallenden Maßregeln, als auch in der Vorbereitung der weiter auf diesem Gebiete in Aussicht zu nehmenden Gesetzgebung zu unterstützen; zu diesem Zwecke von den hierfür in den einzelnen Bundesstaaten bestehenden Einrichtungen Kenntnis zu nehmen, die Wirkungen der im Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege ergriffenen Maßnahmen zu beobachten und in geeigneten Fällen den Staats- und Gemeindebehörden Auskunft zu erteilen, die Entwicklung der Medizinalgesetzgebung in außerdeutschen Ländern zu verfolgen sowie eine genügende medizinische Statistik für Deutschland herzustellen."

Es läßt sich nicht leugnen, daß das Kaiserl. Gesundheitsamt, das sich zurzeit aus einem Präsidenten (Jurist), 4 Abteilungsdirektoren (darunter 2 Aerzte), 20 ordentlichen Mitgliedern (darunter 11 Aerzte), 14 festangestellten ständigen Mitarbeitern und einer wechselnden Zahl von diätarisch beschäf-

tigten technischen Hilfsarbeitern zusammensetzt, die ihm in jenem Rahmen gestellten Aufgaben seit seinem Bestehen erfüllt hat und namentlich auch auf wissenschaftlichem Gebiete, besonders seitdem vorzüglich eingerichtete Arbeitsräume und die dazu erforderlichen technischen Einrichtungen für seine einzelnen Abteilungen (medizinische, chemisch-hygienische, bakteriologische und veterinäre) zur Verfügung gestellt sind, Hervorragendes geleistet hat. Wer sich davon ein genaues Bild machen will, braucht nur einen Blick in die fünfzig Bände starken „Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte", in die neunzehn Bände starken „Medizinalstatistischen Mitteilungen aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte" und in die seit seiner Errichtung erscheinenden „Veröffentlichungen" des Kaiserlichen Gesundheitsamtes zu werfen. Trotz seiner wissenschaftlichen Arbeiten und Leistungen hat aber das Gesundheitsamt keinen dementsprechenden Einfluß auf die Förderung des öffentlichen Gesundheitswesens im Deutschen Reiche gehabt, da es eben eine rein technische Behörde ist, der das Recht der Exekutive fehlt und die auch nur ein recht beschränktes Recht der Initiative besitzt; denn ihre Mitwirkung bei der Ausführung und Durchführung gesetzlicher Maßnahmen ist lediglich eine begutachtende und tritt vor allem nur dann in Erscheinung, wenn sie von den zuständigen Verwaltungsbehörden verlangt wird. Diese sind jedoch weder gezwungen, eine solche Mitwirkung in Anspruch zu nehmen, noch die von dem Gesundheitsamt vertretenen Anschauungen zu den ihrigen zu machen und zu verwirklichen.

Auch der dem Kaiserl. Gesundheitsamt beigegebene, auf Grund des § 43 des Gesetzes, betr. die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, vom 30. Juni 1900 neu gebildete Reichsgesundheitsrat ist eine rein beratende Behörde, die nach § 3 seiner Geschäftsordnung das Gesundheitsamt bei der Erfüllung der ihm zugewiesenen Aufgaben unterstützen soll und befugt ist, den Landesbehörden auf Ansuchen Rat zu erteilen und sich mit ihnen zu diesem Zwecke unmittelbar in Verbindung zu setzen. Der Reichsgesundheitsrat besteht aus hervorragenden wissenschaftlichen Autoritäten und Beamten der Landesmedizinalverwaltungen. Präsident ist der jeweilige Präsident des Kaiserl. Gesundheitsamts; unter seinen vom Reichskanzler gewählten 91 Mitgliedern befinden sich zur Zeit 43 Aerzte und Hygieniker, 19 Chemiker, Apotheker, Pharmakologen und Vertreter der theoretischen Großindustrie, 10 Juristen und Verwaltungsbeamte, 3 Vertreter der Landwirtschaft, je 2 Gewerbeaufsichtsbeamte und Vertreter der Landwirtschaft, je 1 Geologe und Vertreter der Seeberufsgenossenschaft). Nach § 5 seiner Geschäftsordnung berät der Reichsgesundheitsrat entweder in seiner Gesamtheit oder in Ausschüssen bezw. Unterausschüssen, die zu diesem Zwecke gebildet werden. Zur Zeit sind folgende gebildet:

Ausschuß 1: Gesundheitswesen im allgemeinen — insbesondere soweit Wohnung, Heizung, Lüftung, Beleuchtung, Bekleidung, Schule, Bäder, Bestattung und Beförderung von Leichen in Betracht kommen.

Unterausschuß: Wohnungswesen.

Ausschuß 2: Ernährungswesen, ausschließlich Fleischbeschau.
Unterausschuß: Nahrungsmittelchemie.

Ausschuß 3: Wasserversorgung und Beseitigung der Abfallstoffe einschließlich der Reinhaltung von Gewässern.
Unterausschüsse: a. Wasserversorgung, b. Beseitigung der Abfallstoffe.

Ausschuß 4: Gewerbehygiene.

Ausschuß 5: Seuchenbekämpfung einschließlich Desinfektion.
Unterausschüsse: a. Pocken und Impfwesen. b. Pest. c. Desinfektion. d. Tuberkulose. e. Unterleibstyphus. f. Cholera.

Ausschuß 6: Heilwesen im allgemeinen, insbesondere Unterbringung, Behandlung und Beförderung von Kranken, Angelegenheiten des Heilpersonals.

Ausschuß 7: Heilmittel ausschließlich des Verkehrs mit Giften.
Unterausschüssen: a. Medizinischer, b. pharmazeutischer Unterausschuß für das Arzneibuch, c. Verkehr mit Arznei- usw. Mitteln innerhalb und außerhalb der Apotheken einschließlich des Verkehrs mit Giften.

Ausschuß 8: Schiffs- und Tropenhygiene.
Unterausschuß: Schlafkrankheit.

Ausschuß 9: Veterinärwesen einschließlich Tierseuchenstatistik, Angelegenheiten des Veterinärpersonals und Fleischbeschau.
Unterausschuß: Fleischbeschau.

Wenn hier die Aufgaben der einzelnen Ausschüsse und Unterausschüsse ausführlich mitgeteilt sind, so ist dies absichtlich geschehen, weil sich daraus ein recht guter Ueberblick über den Wirkungskreis des Reiches und damit auch des jetzigen Reichsamts des Innern auf dem Gebiete des öffentlichen Gesundheitswesens gibt. Man sollte nun glauben, daß innerhalb 16 Jahren, die nunmehr der Reichsgesundheitsrat besteht, auf allen jenen Einzelgebieten durch die Anregung und Mitwirkung so zahlreicher hervorragender Fachmänner und Verwaltungsbeamten usw. in bezug auf die Entwicklung des öffentlichen Gesundheitswesens im ganzen Reiche ganz Außerordentliches erzielt sein müßte; leider ist dies aber nicht der Fall und zwar hauptsächlich, wie nicht genug betont werden kann, nur deshalb, weil die gesundheitlichen Fragen im Reichsamt des Innern nicht die Beachtung und Förderung gefunden haben, die sie mit Rücksicht auf das Allgemeinwohl verdienen. Es soll dies kein Vorwurf gegen die früheren und zeitigen Leiter des Reichsamts des Innern und der betreffenden Abteilung sowie gegen seine Mitarbeiter sein; sondern es liegt dies in der ganzen Organisation dieser Behörde und vor allem in ihrer Ueberlastung und in der ihrer Mitarbeiter. Es lag weiter in dem Umstande, daß, wie schon vorher hervorgehoben ist, ständige technische vortragende Räte im Reichsamt des Innern, die hier eine anregende und führende Rolle übernehmen konnten, bis jetzt nicht vorhanden sind. Immerhin muß hervorgehoben werden, daß trotzdem vom Reiche aus mancherlei gesundheitliche Fragen für das ganze Reich einheitlich geregelt sind, teils auf reichsgesetzlichem Wege, wie z. B. die Schutzpockenimpfung, der Verkehr mit Nahrungsmitteln usw., mit blei- und zinkhaltigen Gegenständen, mit gesundheitsschädlichen Farben, mit Butter und Margarine, mit Wein und künstlichen Süßstoffen, die Schlachtvieh- und Fleischbeschau und vor allem die Bekämpfung gemein-

gefährlicher Erkrankungen, teils durch Kaiserliche Verordnung (z. B. Verkehr mit Arzneimitteln außerhalb der Apotheken), teils durch Verordnungen des Bundesrats wie die Prüfungsvorschriften für Aerzte, Zahnärzte und Apotheker. Es soll auch anerkannt werden, daß das Reich nach mancherlei Richtungen hin mittelbar insofern einen wesentlichen Einfluß auf die Gesundheitsgebung der deutschen Bundesstaaten ausgeübt hat, als die von diesem getroffenen mehr oder weniger gleichlautenden Anordnungen z. B. über die Abgabe stark wirkender Arzneien, über den Verkehr mit Giften, über die Errichtung, den Betrieb und die Ueberwachung öffentlicher Wasserversorgungsanlagen, über die staatliche Prüfung von Krankenpflegerinnen usw. auf Beschlüsse des Bundesrats oder Rundschreiben des Reichskanzlers zurückzuführen sind, in denen die leitenden Grundsätze für die betreffenden Maßnahmen oder der Wortlaut für die Verordnungen festgestellt waren; auch der Erlaß der Deutschen Arzneitaxe gehört hierher. Es darf jedoch hierbei nicht außer Acht gelassen werden, daß ein nicht geringer Teil dieser Leistungen auf Rechnung der preußischen Medizinalabteilung geschrieben werden muß, die bei den Vorarbeiten zu den betreffenden Vorlagen in sehr erheblicher Weise mitgewirkt, bei manchen sogar die Feder geführt hat. Viele mehr und nicht minder wichtige Fragen sind aber unerledigt geblieben, trotzdem ihre einheitliche Regelung für das ganze Reich nicht nur von den beteiligten Kreisen, sondern auch vom Reichstage immer wieder verlangt worden ist. Es möge in dieser Hinsicht nur erinnert werden an den weiteren Ausbau der Seuchengesetzgebung, ohne die eine wirksame Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten nicht möglich ist, an die Forderung eines Irrengesetzes, die Schaffung einer deutschen Aerzteordnung, die Regelung des Mutter- und Säuglingsschutzes, des Haltekinder- und Hebammenwesens, an den Erlaß eines Wohnungsgesetzes sowie eines Gesetzes über die Reinhaltung der Flüsse, an die Regelung des Apothekenwesens, die Bekämpfung der Kurpfuscherei, des Handels mit Schwindelmitteln und empfängnisverhütenden Mitteln usw. Dazu sind in jüngster Zeit die überaus wichtigen Fragen der Volksernährung, der Bevölkerungspolitik und der sozialen Fürsorge gekommen, bei deren Erledigung die Gesundheitsbehörden künftighin weit mehr beteiligt werden müssen, als dies bisher zum Schaden des Allgemeinwohls, besonders bei der Volksernährung, der Fall gewesen ist.

Nicht nur von ärztlicher, sondern auch von anderer Seite ist deshalb mit Recht namentlich jetzt, wo eine Teilung des überlasteten Reichsamts des Innern vorgenommen wird, die Schaffung eines besonderen Reichsamts für Volksgesundheit mit einem Mediziner an der Spitze ähnlich wie in Oesterreich gefordert. Diesem Reichsamt müßte das bisherige Kaiserliche Gesundheitsamt auch fernerhin unterstellt bleiben, aber insofern eine Umgestaltung erfahren, als es künftighin nur ein rein wissenschaftlich-technisches Institut mit einem

hygienischen Direktor an der Spitze für hygienische, chemische, bakteriologische usw. Untersuchungen zu sein brauchte. Ein Teil seiner bisherigen Beamten könnte demzufolge als vortragende Räte in das neu zu bildende Reichsamt übertreten und würde hier einen vorzüglichen Stamm von Mitarbeitern bilden. Der Reichsgesundheitsrat würde dagegen die gleiche Zusammensetzung und die gleichen Aufgaben behalten wie bisher, er müßte aber selbstverständlich künftighin nicht mehr als Beirat für das Kaiserl. Gesundheitsamt, sondern für das neue Reichsamt sein und dessen Leiter auch den Vorsitz führen.

Eine solche Umgestaltung der gesundheitlichen Zentralinstanz im Reiche würde der außerordentlichen Bedeutung entsprechen, die gerade während des Krieges für die Erhaltung und Förderung der Volksgesundheit und damit unserer Wehr- und Lebenskraft zutage getreten ist. Sie ist aber auch ein dringendes Bedürfnis; denn man braucht nur die Verhandlungen des Reichstages in den letzten Jahrzehnten, namentlich diejenigen bei der Beratung des Haushalts des Innern, durchzulesen, um sich zu überzeugen, wie viele durchaus zweckgemäße und berechtigte Anregungen auf gesundheitlichem Gebiete hier gemacht, entsprechende Anträge gestellt und Beschlüsse gefaßt sind, ohne daß sie zu irgendwelchem Erfolg geführt haben. In vielen Fällen sind sie zwar vom Regierungstische aus als „sehr beachtenswert“ entgegengenommen, ihre wohlwollende Prüfung oder gar ihre Verwirklichung in Aussicht gestellt, in einzelnen Fällen sogar zugesagt; wurde jedoch in den nächsten Jahren von neuem die Sache zur Verhandlung gebracht, nach ihrer weiteren Behandlung und deren Ergebnis gefragt, dann wurden alle möglichen Bedenken geäußert, die eine beabsichtigte Vorlage oder den weiteren Verfolg der Sache verhindert hätten. Sehr häufig spielte dabei die Frage, ob eine reichsgesetzliche oder landesgesetzliche Regelung angezeigt sei, die Hauptrolle; dabei geschah es aber leider nicht selten, daß sich während der jahrelangen Erörterungen darüber die Ansichten der maßgebenden Stellen in dieser Hinsicht änderten und daß an Stelle der ursprünglich beabsichtigten reichsgesetzlichen Regelung eine landesgesetzliche als die zweckmäßigere bezeichnet wurde und umgekehrt; ja es fehlt sogar nicht an Fällen, in denen derartige Ansichtsänderungen wiederholt zutage getreten sind, so daß man fast von einem Circulus vitiosus sprechen könnte. Es möge in dieser Beziehung nur an die Regelung des Apotheken- und Hebammenwesens, an den Erlaß eines Wohnungsgesetzes, eines Irrengesetzes usw. erinnert werden. Die Folge davon ist natürlich gewesen, daß auf allen diesen Gebieten mehr oder weniger nichts geschehen ist und sie noch ebenso ihrer Erledigung harren, wie vor 20 oder 30, ja 40 Jahren, wo ihre Regelung zum ersten Male angeregt und reichsseitig zugesagt war. Im Reichstage hat es selbstverständlich darüber nicht an Klagen gefehlt; mit Recht ist auch hier wiederholt die Errichtung eines besonderen Reichsamtes für das öffentliche Gesund-

heitswesen, also eines Reichsgesundheitsministeriums, verlangt, das seine Hauptaufgabe in der Förderung der Volksgesundheit sieht und von dem man deshalb auch erwarten kann, daß es mit allen Mitteln für die Durchführung der in dieser Hinsicht als notwendig anerkannten Forderungen eintritt. Es dürfte auch keinem Zweifel unterliegen, daß nur auf diesem Wege die bisherige mehr nebenamtliche Behandlung aller dieser für das Gesamtwohl des Reiches so wichtigen Fragen für alle Zeiten beseitigt wird.

Von mancher Seite wird demgegenüber allerdings der Einwand erhoben werden, daß bei dem bundesstaatlichen Charakter des Reiches die Aufgaben eines solchen Reichsamtes für Volksgesundheit zu beschränkte seien und daß eine etwaige weitere Ausdehnung dieser Aufgaben nicht ohne Verletzung der Rechte der einzelnen Bundesstaaten und ohne bedenkliche Eingriffe in diese Rechte möglich sei. Eine solche Befürchtung ist jedoch durchaus unbegründet. Dem neuen Reichsamt wird, wie wir bereits gesehen haben, eine solche Fülle von Arbeiten zufallen, daß es schon von Anfang an voll beschäftigt sein wird; mit Eintritt der Friedenszeit wird sein Arbeitsgebiet aber nicht abnehmen, sondern im Gegenteil sich noch wesentlich erweitern, wie denn überhaupt seine Aufgaben mit den ständigen Fortschritten der hygienischen Wissenschaft und den wachsenden Forderungen für soziale Fürsorge wachsen werden. Es steht auch nicht zu befürchten, daß durch eine künftige größere Betätigung des Reiches in gesundheitlichen Fragen, die ihm nach der Reichsverfassung zusteht, die Vorrechte der Einzelstaaten verletzt oder in empfindlicher Weise beschnitten werden. Den Einzelstaaten muß im Gegenteil sehr viel daran liegen, daß auf gesundheitlichem Gebiete mehr Einheitlichkeit im Deutschen Reiche geschaffen wird; denn gerade hier kann die Wirksamkeit der besten Landesgesetzgebung durch die mangelhafte Gesetzgebung des Nachbarstaates hinfällig gemacht werden. Es braucht nur an die Verhütung und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten erinnert zu werden, die bekanntlich nicht nur vor dem Grenzpfahl eines Bundesstaates Halt machen.

Auch der Einwand, daß man gerade jetzt die Zahl der Behörden aus Sparsamkeitsrücksichten eher verringern als vermehren sollte, ist nicht berechtigt; denn durch die Schaffung eines Reichsamts für Volksgesundheit würde weder die vorhandene Beamtenzahl nennenswert vermehrt werden, noch erhebliche Mehrkosten entstehen, da, abgesehen von dem neu zu ernennenden Staatssekretär, die übrigen dazu erforderlichen Beamten meist vorhanden sind und in dem Gebäude des Kaiserlichen Gesundheitsamts wahrscheinlich auch die etwa noch erforderlichen Geschäftsräume für das neue Amt ohne große Unkosten beschafft werden können. Stößt man sich aber an die Kostenfrage, dann sollte man wenigstens in dem Reichsamt des Innern eine besondere Abteilung für Volksgesundheit errichten mit einem Mediziner als Unterstaatssekretär an der

Spitze. In Oesterreich liegen die Verhältnisse betreffs der Neubeschaffung eines besonderen Ministeriums für Volksgesundheit weit ungünstiger als bei uns im Reiche, denn hier muß tatsächlich ein völlig neues Beamtentum dafür vorgesehen werden; trotzdem hat man aber alle Bedenken gegen diese Einrichtung mit Rücksicht auf ihre großen Vorteile für das Gesamtwohl des Staats fallen lassen. Jedenfalls wird der Reichstag einem von der Reichsregierung dieserhalb gemachten Vorschlag seine Zustimmung nicht versagen, sondern ihn im Gegenteil mit großer Freude begrüßen; entspricht er doch einem von ihm wiederholt geäußerten Wunsche. Aber auch von der ganzen Bevölkerung, insbesondere von den beteiligten Kreisen, wird die Schaffung eines Reichsamts für Volksgesundheit vollen Beifall finden, besonders jetzt, wo die Wichtigkeit und die große Bedeutung aller dieser Fragen für die Erhaltung und Förderung unserer Wehrkraft bis in die weitesten Volksschichten gedrungen ist. Deshalb ist gerade jetzt auch der geeignetste Zeitpunkt, zumal mit der Aufteilung des Reichsamts des Innern bezw. mit dessen Umgestaltung bereits begonnen ist. Dann ist auch mit Sicherheit darauf zu rechnen, daß die vortrefflichen Beschlüsse, die der Ausschuß des Reichstags für Bevölkerungspolitik neuerlich gefaßt und in überzeugender Weise begründet hat, nicht auf dem Papier stehen bleiben, sondern zum Segen unseres ganzen Vaterlandes zur Durchführung gelangen!

Daß die Leitung dieses neuen Reichsamts oder dieser neuen Abteilung in der Hand eines medizinischen Fachmannes ruhen muß, ist endlich eine Forderung, deren Berechtigung sich aus den Aufgaben des betreffenden Amtes ergibt, deren großzügige Lösung in erster Linie umfassende Fachkenntnisse verlangt, die der Jurist nicht besitzt und sich auch niemals in dem für die richtige Beurteilung der Sachlage erforderlichen Maße aneignen kann. Mit Recht hat deshalb s. Z. Friedrich der Große den Vorschlag, an der Spitze des Amtes einer gebildeten Medizinalverwaltung einen Juristen zu stellen, durch die Kabinettsorder vom 1. Februar 1874 in seiner bekannten drastischen Weise mit den Worten abgelehnt: „Wie schickt sich denn ein Justizmann zu dem Medizinischen Fach; davon versteht er gar nichts, und soll auch keiner dergleichen wieder dabei gesetzt werden. Vielmehr gehört dazu ein guter und vernünftiger Mediziner.“ Auch hervorragende Juristen vertreten diesen Standpunkt, z. B. Lorenz v. Stein, der in seinem namentlich Verwaltungsbeamten nicht genug zu empfehlenden Werke: „Das Gesundheitswesen“, sich in dieser Beziehung wie folgt äußert:

„In dem Gesundheitswesen wird kein anderer Beruf dem medizinischen die Berechtigung streitig machen, auf Grundlage seiner Wissenschaft die Forderungen zu formulieren, welche die öffentliche Gesundheit an das Gesamtleben stellt. . . . Gerade der Wert, ja die Unentbehrlichkeit seiner Kenntnisse und Erfahrungen ist es daher, welche ihn mitten in den großen tätigen Organismus hineinschieben, den wir die Verwaltung des Staates nennen; und wahrlich nicht als dienendes, sondern gerade das Gesundheitswesen als eigentlich herrschendes Glied.“

Ueberall da, wo die Leitung des öffentlichen Gesundheitswesens in den Händen eines Fachmannes ruht, hat dieses auch die größten Fortschritte aufzuweisen, z. B. in England, in den einzelnen Bundesstaaten der Vereinigten Staaten, wo überall an der Spitze der mit dem Recht der Exekutive und Initiative ausgestatteten obersten Gesundheitsämter ein Mediziner steht. Wir brauchen aber deshalb unsern Blick gar nicht ins Ausland zu werfen; gibt doch der größte deutsche Bundesstaat, Preußen, den besten Beweis dafür, daß die Entwicklung des öffentlichen Gesundheitswesens am sichersten und besten unter der Leitung eines Fachmannes gefördert wird. Hier ist seit dem Jahre 1911 zum Direktor der Medizinalabteilung zum ersten Male seit über 100 Jahren ein Mediziner ernannt, und daß seitdem das Gesundheitswesen in Preußen weit mehr als früher mit den Fortschritten der Wissenschaft und den sich daraus ergebenden praktischen Nutzanwendungen im Einklang geblieben ist, wird von keiner Seite bestritten werden können. Allerdings bleibt auch hier in dieser Hinsicht noch manches zu wünschen übrig, und zwar nicht nur in bezug auf die oberste Instanz, sondern auch in bezug auf die mittlere und unterste Instanz des Gesundheitswesens; inwieweit dies der Fall ist, soll in einem weiteren Artikel besprochen werden.

Tod durch Sublimatintoxikation von der Scheide aus.

Von Dr. **Vollmer**, Kgl. Kreisarzt in Bad Kreuznach.

Die Frage der Quecksilbervergiftung ist eine schon vielfach erörterte; es kommen Quecksilbervergiftungen vor bei technischen Betrieben, aber auch die arzneiliche Verwendung des Quecksilbers hat schon manchen Todesfall zur Folge gehabt. Abgesehen von den Fällen, wo eine unglückliche Anwendung des Quecksilbers bei Syphilis, statt die erwünschte Heilung zu bewerkstelligen, infolge von Idiosynkrasie der Kranken einen letalen Ausgang nahm, sind auch bei Anwendung von Kalomel bei sonst verträglichen Dosen tötlicher Ausgang beobachtet worden.[1]) Infolge der weitgehenden Fürsorge der Regierung gegen jeden Mißbrauch mit Sublimatpastillen sind jedoch trotz ausgedehnter Anwendung dieses bequem desinfizierenden Mittels in der letzten Zeit Vergiftungen immer seltener geworden; so daß ein Fall Interesse beanspruchen kann, der das hiesige Gericht beschäftigt hat! Es handelt sich um einen Fall von Fruchtabtreibung durch Vergiftung mit Sublimat und zwar durch Einführung einer Sublimatpastille in die Scheide eines 20jährigen, graviden Dienstmädchens, die etwa 10 Tage danach zu Grunde gegangen ist. Der Fall steht in der Literatur einzig da und kann nur verglichen werden mit

---

[1]) Naunyn: Vergiftungen durch schwere Metalle und ihre Salze. Leipzig; 1876. Verlag von Vogel. Seite 302.

dem von Sticker[2]) berichteten interessanten Fall einer tödlichen Vergiftung von der Scheide aus, die dadurch zustande kam, daß ein junger Mann der Person vor dem Beischlaf eine Sublimatpastille in die Scheide brachte, um sich selbst vor syphilitischer Ansteckung zu schützen.

Fälle der versuchten Fruchtabtreibung durch innerliche Einnahme von Sublimat sind mehrere bekannt. Unser Fall ähnelt einem von Levin[3]) zitierten Falle, wo einer Schwangeren ein Eßlöffel von Quecksilbernitrat in die Scheide gebracht wurde zum Zwecke der Fruchtabtreibung.

Wenn Kobert die niedrigste Letaldosis für Sublimat auf 0,18 Gramm bemißt, so ist es von vornherein klar, daß die Einführung eines ganzen Grammes in die Scheide die Resorption einer tödlichen Dosis Sublimat ermöglichen kann. In dem vorliegenden Falle hatte sich nach den Aussagen der behandelnden Aerzte das Dienstmädchen, das sich in der 10. Schwangerschaftswoche befand, eingestandenermaßen eine rote Pastille, die sie von ihrem Schatze erhalten hatte, zum Zwecke der Abtreibung in die Scheide gesteckt. Die Vergiftungserscheinungen, die in Erbrechen, Durchfall und Schwellung der äußeren Schamteile bestanden, waren so schwere, daß die Ueberführung in das Krankenhaus angeordnet werden mußte. Der Frauenarzt Dr. Oerkel, der sie dort in Behandlung nahm, stellte gleichfalls eine starke Schwellung der äußeren Geschlechtsteile fest mit geschwürigem Belag, besonders der Scheidenschleimhaut. Nach seiner Zeugenaussage bestand auch Urinverhaltung, so daß der Urin durch den Katheder entnommen werden mußte. Es traten heftige Durchfälle ein mit zunehmender blutiger Beimengung; auch aus der Scheide entleerte sich in den letzten Tagen Blut. Auf der Zungen- und Wangenschleimhaut fanden sich Geschwüre von 50 Pfennig-Stückgröße, die in den nächsten Tagen sich erweiterten und den Mund und Rachen teilweise einnahmen, so daß sich schwere Schluckstörungen einstellten. Zu den Schluckstörungen gesellte sich noch Behinderung der Atmung. Am 11. Tage nach der Einführung der Pastille in die Scheide trat der Tod ein. Die Sektion, die von Herrn Oberstabsarzt Dr. Wirtz und mir vorgenommen wurde, ergab nun folgende wichtige Befunde:

Aeußere Besichtigung: An den Gesäßteilen befinden sich in der Haut tiefdunkle, linsen- bis erbsengroße, umschriebene, rote Stellen, die beim Einschnitt freies Blut in dem Gewebe erkennen lassen (Petechien). Die Oberhaut in der Umgebung der Schamteile ist von der Unterhaut abgehoben und zwar in einer Ausdehnung von dem Beginn der Schamhaare bis weit über die Afteröffnung hinaus, derart, daß man die Oberhaut vollkommen abspülen bezw. abziehen kann, wie bei einer Wasserleiche. Beide Schamlippen, deren Farbe dunkelgraurot ist, sind stark wässerig durchtränkt; an den Außenrändern zeigen die kleinen Schamlippen mehrere geschwürige Veränderungen, anscheinend Verätzungen mit Schorfbildung. Aus

[2]) Schmidtmann: Handbuch der gerichtlichen Medizin. Berlin 1905. Verlag von Hirschwald. I. Bd., Seite 854.

[3]) Ebenda.

der Schamspalte entleert sich reichliche, leicht rotgefärbte, übelriechende Flüssigkeit. Zieht man die Schamlippen auseinander, so sieht man ihre Innenfläche stark gerötet, geschwollen und mit einen graurötlichen, schmierigen Belag bedeckt.

Bei der inneren Besichtigung finden sich in der Bauchhöhle zirka 50 Gramm einer trüben, braunroten Flüssigkeit; 60 bis 70 cbm einer ähnlichen Flüssigkeit finden sich in beiden Brustfellsäcken. Das Herzfleisch ist hellbraun und brüchig, „so daß man es schon mit geringer Kraft leicht auseinander reißen kann." Die Zunge ist graurot, unversehrt. Der weiche Gaumen ist tief dunkelblaurot verfärbt, der ganze Schlund, bis zu dem Kehlkopf hin, zeigt die Schleimhautschicht schmierig verändert, zum Teil abgehoben, zum Teil leicht abhebbar (nekrotisches Gewebe). Im Kehlkopf und oberen Teil der Luftröhre zeigt sich ebenfalls dunkelblaurote Verfärbung der Schleimhaut, während die Schleimhaut der Speiseröhre blaß in scharfer Grenze beim Uebergange aus dem Schlunde sich darstellt und auch in ihrem ganzen Verlauf bis zum Magen blaß bleibt. Beide Nieren sind sehr schlaff. In der Gebärmutter, die stark gänseeigroß ist und mit der Blase zusammen das ganze kleine Becken ausfüllt, findet sich bis tief in die Scheide hineinragend ein Eisack von 12 cm Länge, 6 cm Breite, 3 cm Dicke. Bei der Oeffnung des Eisackes findet sich ein männlicher Fötus von 9 cm Länge, dessen Nabelschnur 12 cm lang ist.

Das bei der Obduktion abgegebene vorläufige Gutachten besagte:

Der Tod der Denata ist eingetreten infolge einer Zersetzung des Blutes, die ihren Ursprung an den aufgefundenen brandigen Zerstörungen des Schlundes und der Schleimhaut der Scheide, sowie der großen und kleinen Schamlippen genommen haben kann.

Bei der vorgenommenen Obduktion war es uns noch unbekannt, daß die Einführung der Sublimatpastille zweifellos feststand. Nach dem Obduktionsbefund hätte der Tod auch durch eine Diphtheritis, die unglücklicherweise auf die Scheide übertragen war, entstanden sein können. Wie bei einer schweren diphtheritischen Schleimhautzerstörung sah sich die Nekrose des Schlundes an; auch die nekrotischen Veränderungen der kleinen Schamlippen sahen fast wie Diphtheritis aus. Während der Obduktion war aber etwas von den blutigen Flüssigkeiten, die sich im kleinen Becken und beiden Brustfellsäcken fanden, aufgefangen worden und dem Chemiker zur Untersuchung auf Quecksilber überwiesen worden. Der positive Ausfall dieser Untersuchung sowie die Zeugenaussagen des behandelnden Arztes Dr. Cullmann schlossen den Ring der Beweisführung, so daß an dem tatsächlichen Tod der 20jährigen, kräftigen Frauensperson durch Einführung einer Sublimatpastille in die Scheide nicht mehr gezweifelt werden kann. Es weist dies von neuem darauf hin, wie gewissenhaft und streng die Sublimatpastillen dem freien Verkehr entzogen werden müssen und welche gefährliche Bedeutung sie in den Händen leichtfertiger Personen gewinnen können. Eine selbstmörderische Absicht hat der Person offenbar ferngelegen; den Selbstmord hätte sie auch schneller und schmerzloser bewerkstelligen können, denn die Qualen des 11tägigen Krankenlagers waren sehr groß.

Fragen wir uns, wie denn die Sublimatvergiftung in der

Scheide zustande kommen kann, so muß folgendes möglich sein: Entweder die Pastille bleibt an einer Stelle liegen, tief in die Scheide gebracht, und bewirkt dort durch lokale Verätzungen eine Wundhöhle, deren Sekrete durch die Blutbahn oder den intermediären Stoffwechsel resorbiert, sich im ganzen Körper verbreiten und, da sie mit Sublimat getränkt sind, die Vergiftung bewirken. Derart war unser Fall nicht, denn eine Verletzung der Scheide selber war nicht aufgefunden.

Oder die Pastille löst durch den Reiz eine starke Sekretion der Drüsen der Scheidenschleimhaut aus und diese Flüssigkeits- und Schleimmengen, mit Sublimat getränkt, gelangen teils unmittelbar in die Blutbahn, teils in die Oeffnungen von Blase und After und werden dort von der Schleimhaut aufgesogen. Die schorfigen Verätzungen, die wir an den vorragenden Teilen der kleinen Schamlippen aufgefunden haben, deuten an, daß bei unserem Falle jedenfalls sehr viel ätzender Schleim auch aus der Scheide ausgetreten ist, und daß Quecksilberdämpfe die ganze Schamgegend bestrichen haben, ist auch aus der eigenartigen Epidermolysis zu schließen, die in weitem Umfange um die Scheidenöffnung die Oberhaut zum Aufquellen und zur Abhebung brachte.

Es mag also ein Teil der mit Sublimat getränkten Schleimmengen der Scheide ausgeflossen sein — jedenfalls ist aber so viel zurückgeblieben und resorbiert worden, daß der Tod und daß auch so ausgedehnte Zerstörungen des weichen Gaumens und Schlundes eintreten konnten, wie sie die Sektion festgestellt hat. Auch die in der Haut der Gesäßgegend vorgefundenen Blutaustritte beweisen die schädigende Fernwirkung des Quecksilbers. Die Fruchtabtreibung hingegen war durch die Einführung der Sublimatpastillen in die Scheide nicht geglückt; das ganze Ei befand sich noch in der reichlich gänseeigroßen Gebärmutter und ließ sich zwar durch Druck auf den Grund derselben bei der Sektion als Ganzes in die Scheide hinein und aus derselben herausdrücken, aber ob diese Loslösung nun durch das Quecksilber oder durch die kadaveröse Veränderung der Uteruswandung bewirkt war, konnte nicht entschieden werden. Möglich ist diese abtreibende Wirkung des Quecksilbers ja immerhin, denn die Muskulatur sowohl des Herzens, als auch der Gebärmutter war schlaff und brüchig geworden, eine Folge, die offenbar die Ausstoßung auch des Eisackes erleichtert. Die schädigende Wirkung des Quecksilbers betrifft vor allem das Epithel, wie denn auch der behandelnde Frauenarzt größere Epithelveränderungen der Zunge und der Mundschleimhaut festgestellt hatte, die allerdings bei der Sektion nicht mehr in die Erscheinung traten, wenigstens nicht mehr als solche mit Sicherheit festgestellt werden konnten, weil die Leiche schon bei der Sommertemperatur deutliche Verwesungserscheinungen aufwies.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Sachverständigentätigkeit in Unfall- und Invaliditäts- und Krankenversicherungssachen.

Die Zahnfäule (Karies) ist eine Krankheit im Sinne des § 182 Nr. 1 der Reichsversicherungsordnung, die ärztliche Behandlung erfordert. Kann der Zahn durch Anbringen einer Zahnfüllung für längere Zeit erhalten werden, so haben die Krankenkassen diese Art der ärztlichen Behandlung zu gewähren und dürfen sich nicht darauf beschränken, die billigeren Kosten des Zahnziehens zu übernehmen. Revisions-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 20. Februar 1917.

. . . . Aerztliche Behandlung muß die Kasse ohne Einschränkung gewähren, kann sie also nicht von der Zustimmung des Kassenvorstandes abhängig machen. Hieran war auch im vorliegenden Falle festzuhalten. Es fragt sich nur, ob die Karies der Zähne, um die es sich anscheinend hier handelt, stets als Krankheit im Sinne des § 182 Nr. 1 der Reichsversicherungsordnung, die der ärztlichen Behandlung bedarf, zu gelten hat und bejahendenfalls, ob und unter welchen Voraussetzungen zur Beseitigung des krankhaften Zustandes neben dem Legen einer Zahnfüllung auch das Ausziehen des Zahnes als ausreichende ärztliche Hilfe in Betracht kommt, so daß es in das freie Ermessen des Kassenvorstandes gestellt werden könnte, welche Art der ärztlichen Behandlung er im Einzelfalle gewähren will. Wie das Kaiserliche Gesundheitsamt in seiner Aeußerung dargelegt hat, besteht die Zahnkaries nach der herrschenden Annahme in einer Entkalkung der harten Zahngewebe durch Säuren, vornehmlich Gärungssäuren, die duch Zersetzung von Nahrungsresten in der Mundhöhle gebildet werden, und in einer Auflösung der organischen Bestandteile der Zähne durch Bakterienwirkung. Es entstehen Oberflächenverluste, aus denen sich durch die weitere Wirkung von chemischen Stoffen und Bakterien größere Höhlen bilden. Der Zerstörungsvorgang greift von der Oberfläche auf die inneren Teile, zunächst das Dentin, dann die Pulpa (das Zahnmark) über. Schließlich wird die Wurzelhaut, der Kiefer selbst und das Zahnfleisch ergriffen. Die Zahnkaries bildet die Hauptursache für die Entstehung von Pulpa- und Wurzelhautentzündungen. Die vielfach mit ihr verbundenen heftigen Schmerzen können bei längerem Anhalten eine nervöse Reizbarkeit hervorrufen. Schwere Folgeerscheinungen, wie Fistelbildungen, Entzündungen, Drüsenschwellungen, Eitersenkungen, können sich anschließen. Es kommen also nicht nur der Verlust des betreffenden Zahnes, sondern auch schwere Wirkungen auf den Gesamtgesundheitszustand, möglicherweise bis zur Lebensbedrohung, in Frage. Schon die zuerst eintretende Entkalkung und Auflösung der harten Zahngewebe ist eine wesentliche Aenderung ihrer normalen Beschaffenheit, die auf den Gebrauch des Zahnes zurückwirkt. Es handelt sich also bereits in diesem Zeitpunkt nicht etwa nur um die Anlage zu einer Krankheit, sondern um eine bereits vorhandene Krankheit. Sie macht ärztliche Behandlung, auch wenn noch keine Schmerzen bestehen, erforderlich, weil die Zahnkaries mit Ausnahme seltener Fälle einer Art Selbstheilung ununterbrochen fortschreitet. Je früher die Behandlung einsetzt, desto leichter und kürzer ist sie und desto sicherer verhindert sie den Eintritt schwererer Folgen. Sie ist deshalb nicht nur eine vorbeugende Maßnahme. Ferner ist, wie das Kaiserliche Gesundheitsamt weiter ausgeführt hat, falls der Zahn durch Anbringen einer Zahnfüllung erhalten werden kann, im allgemeinen, d. h. abgesehen von besonders gearteten Fällen, lediglich diese Behandlung als sachgemäß anzusehen. Während man sich früher im allgemeinen leicht zum Zahnziehen entschlossen hat, ist in neuerer Zeit die Erkenntnis durchgedrungen, daß jeder einzelne Zahn für den Menschen von Wert ist und daher nicht ohne weiteres als entbehrlich angesehen werden kann. Der Verlust jedes Zahnes hat Aenderungen in der Zahnstellung zur Folge, welche die Zerkleinerung der Nahrung beeinträchtigen. Ueberdies bleibt der Verlust eines Zahnes nicht ohne Rückwirkung auf den Gegenzahn im anderen Kiefer. Das unvollständige Zerkleinern der Speisen beeinflußt die Verdauung ungünstig und führt zu Magen- und Darmstörungen. Als Folgeerscheinungen können Unterernährung und Blutarmut eintreten. Es wird eine Empfänglichkeit zu Erkrankungen, darunter an Tuberkulose, geschaffen und das Ueberstehen von Krankheiten erschwert. Bei der vielfach vorhandenen

Furcht vor dem Zahnziehen wird der Kranke im allgemeinen geneigt sein, die Behandlung durch den Zahnarzt länger hinauszuschieben, als wenn er erwarten darf, daß ihm eine Zahnfüllung gelegt wird. Hohle Zähne leisten aber der Ansiedelung und Wucherung von Krankheitskeimen, die bei vielen Infektionskrankheiten ihren Weg durch die Mund- und Rachenhöhle nehmen, besonderen Vorschub. Die wachsende Erkenntnis von der Wichtigkeit einer geordneten Zahnpflege hat zu der bekannten umfassenden Fürsorge auf dem Gebiete der Zahnpflege in den Schulen und im Heere geführt. Von maßgebenden Stellen ist anerkannt worden, daß die Bekämpfung der Zahnkrankheiten zur Förderung der Volksgesundheit notwendig ist. Auch auf dem Gebiete der Arbeiterversicherung hat man sich der Bedeutung der Frage nicht verschlossen, und es haben Versicherungsanstalten wie Krankenkassen bereits mehrfach besondere Einrichtungen für die Zahnpflege getroffen. Da nach der jetzt herrschenden Anschauung gerade auf die Erhaltung der Zähne besonderer Wert gelegt werden muß, können das Zahnfüllen und das Zahnziehen nicht mehr als gleichwertige Behandlungsarten der Zahnkaries angesehen werden. Deshalb sind auch die Einschränkungen, die man bisher vielfach in Literatur und Rechtsprechung bei der Verpflichtung der Krankenkassen zur Gewährung von Zahnfüllungen gemacht hat, nicht länger aufrechtzuerhalten. Insbesondere geht es nicht an, die Gewährung von Zahnfüllungen davon abhängen zu lassen, daß dem Heilzweck nicht in billigerer Weise durch das Ausziehen der Zähne genügt werden kann, oder daß mit der Zahnkaries bereits eine erhebliche Störung des körperlichen Wohlbefindens verbunden ist oder besondere Gründe nachgewiesen werden, welche die Erhaltung der Zähne durch Füllungen wünschenswert erscheinen lassen, wie beispielsweise ein schwächlicher Körperzustand, das Vorhandensein einer Magen- oder Darmkrankheit, die durch die mangelhafte Kaufähigkeit ungünstig beeinflußt werden könnten. Die Zahnkaries ist selbst eine Krankheit, die der ärztlichen Behandlung bedarf. Allerdings haben die Krankenkassen nur die notwendige ärztliche Behandlung zu leisten. Als solche ist aber nach dem dargelegten im allgemeinen lediglich das Legen von Zahnfüllungen zu betrachten, sofern nur der Zahn dadurch auf längere Zeit erhalten werden kann. Ob diese Voraussetzung im Einzelfalle zutrifft, wird im wesentlichen von dem nach pflichtmäßigem Ermessen abgegebenen Urteil des Sachverständigen abhängen. Der Krankenkasse bleibt es überlassen, wie sie sich von der Notwendigkeit der Gewährung einer Zahnfüllung überzeugen will. Insbesondere wird nichts dagegen einzuwenden sein, wenn sie sich von einem Vertrauensarzte bestätigen läßt, ob die erwähnte Voraussetzung gegeben ist. Nur kann ihr nicht ein freies Mitbestimmungsrecht, wie die beklagte Kasse es für sich beansprucht, zugebilligt werden in dem Sinne, daß sie nach ihrem Gutdünken entscheidet, ob sie die Kosten für die Zahnfüllung oder nur die billigeren Kosten für das Zahnziehen übernehmen will. Der Uebernahme der Kosten der als notwendig erkannten ärztlichen Behandlung darf sich die Krankenkasse keinesfalls entziehen. Die von mancher Seite geäußerte Befürchtung, diese Kosten könnten bei weiterer Ausdehnung des Anspruchs auf Gewährung von Zahnfüllungen zu unverhältnismäßiger Höhe anschwellen, ja sogar den Zusammenbruch mancher Kasse herbeiführen, vermochte der Senat nicht zu teilen. Zunächst können die Versicherten die Füllung mit kostspieliger Füllmasse, sofern sie durch ebenso brauchbare billigere Masse sich ersetzen läßt, nicht beanspruchen. Auch wird sich durch ein vernünftiges Handinhandarbeiten der Kassen mit den Zahnärzten ein allzu hohes Emporschnellen der aufzuwendenden Beträge vermeiden lassen. Viele Kassen haben sich bei der Gewährung von Zahnfüllungen schon jetzt von ähnlichen Gesichtspunkten, wie sie hier entwickelt sind, leiten lassen, ohne durch die aufgewendeten Kosten allzusehr belastet worden zu sein. Immerhin kommen nicht unerhebliche Summen in Betracht, zumal sich in immer weiteren Kreisen der Versicherten die Erkenntnis Bahn brechen wird, daß sie gut tun, rechtzeitig für die Erhaltung der Zähne Sorge zu tragen. Die Krankenkassen können sich aber der Verpflichtung nicht entziehen, ihre Mittel dafür zur Verfügung zu stellen, daß die weitverbreitete Karies der Zähne mit ihren möglichen ernsten Folgeerscheinungen durch die im allgemeinen allein sachgemäße Behandlung — das Anbringen von Zahnfüllungen — energisch bekämpft und damit im Interesse der Erhaltung der Volksgesundheit ein wichtiger Schritt getan wird. Mit Recht weist auch das Königliche Ge-

sundheitsamt darauf hin, daß es fraglich ist, ob es für die Krankenkassen auf die Dauer nicht vorteilhafter wird, kranke Zähne baldigst füllen zu lassen, als durch das an sich billigere Ziehen der Zähne die Möglichkeit zu schaffen, daß infolge des unzureichenden Zerkleinerns der Speisen Verdauungsstörungen mit den geschilderten Folgeerscheinungen auftreten und Leistungen der Kasse in anderer Richtung notwendig machen. Auch darf angenommen werden, daß die zunehmende umfangreiche Fürsorge für Zahnpflege auf eine Eindämmung der Zahnkaries hinwirken wird.

Nicht jeder Verstoß gegen die Krankenordnung berechtigt die Krankenkasse auf Grund des § 184 Abs. 3 Nr. 3 der Reichsversicherungsordnung zur Einweisung des Versicherten in ein Krankenhaus. Revisions-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 8. Mai 1917.

. . . Die Annahme des Oberversicherungsamts, daß es der Zustimmung der Klägerin zu ihrer Einweisung in das Krankenhaus bedurft hätte, sofern nicht die besonderen Voraussetzungen des § 184, Abs. 3 der Reichsversicherungsordnung in Verbindung mit § 28 der Kassensatzung vorlagen, ist weder aktenwidrig noch rechtsirrtümlich. Nach § 184 Abs. 1 Satz 2 a. a O. ist die Zustimmung erforderlich, wenn der Erkrankte Mitglied des Haushalts seiner Familie ist. Als maßgebend ist hierbei der Zeitpunkt in Betracht zu ziehen, zu dem die Einweisung in das Krankenhaus erfolgt. Die Klägerin hatte ihre Stellung als Dienstmagd aufgegeben und war bereits am 16. Dezember 1915 zu ihren Eltern in deren Haushalt zurückgekehrt. Daß sie hierzu durch ihre Krankheit veranlaßt wurde, ist unerheblich. Jedenfalls lebte sie zur Zeit der Einweisung in das Krankenhaus im Haushalt ihrer Eltern und wollte daselbst, wie ohne weiteres anzunehmen ist, mindestens bis zu ihrer Genesung bleiben. Es lag somit die Voraussetzung des § 184 Abs. 1 Satz 2 a. a. O. vor, die ihre Einweisung in das Krankenhaus von ihrer Zustimmung abhängig machte.

Das Oberversicherungsamt hat weiter angenommen, daß zu einer Einweisung der Klägerin in das Krankenhaus ohne ihre Zustimmung die gesetzlichen Voraussetzungen (§ 184 Abs. 3 a. a. O.) nicht gegeben gewesen seien. Auch diese Feststellung gibt zu einer Beanstandung keinen Anlaß. Um eine ansteckende Krankheit handelt es sich nicht. Nach den gutachtlichen Aeußerungen des Dr. K. war als erwiesen anzusehen, daß weder die Art der Krankheit noch der Zustand der Klägerin eine Krankenhausbehandlung erforderten. Dafür, daß das Verhalten der Klägerin eine fortgesetzte Beobachtung im Krankenhause nötig gemacht hätte, fehlt jeder Anhalt. Solange aber nicht eine dieser Voraussetzungen vorlag, war die Beklagte auch nicht berechtigt, die Klägerin in das Krankenhaus einzuweisen und von ihr die Befolgung dieser Anordnung zu verlangen.

Der Entscheidung des Oberversicherungsamts ist endlich auch darin beizutreten, daß im vorliegenden Falle die Vorschrift des § 184 Abs. 3 Nr. 3 a. a. O., auf die sich die Beklagte für die Rechtmäßigkeit ihrer Anordnung beruft, nicht zur Anwendung kommt. Nach dieser Vorschrift, soweit sie hier in Betracht kommt, ist die Zustimmung des Erkrankten zur Einweisung in ein Krankenhaus nicht erforderlich, wenn er wiederholt der Krankenordnung (§ 347) zuwidergehandelt hat. Die Krankenordnung soll, wie auch der Hinweis auf § 347 a. a. O. ergibt, die Meldung und Ueberwachung der Kranken, sowie ihr Verhalten regeln. Es soll dadurch sichergestellt werden, daß nicht der Erkrankte selbst durch sein Verhalten die möglichst rasche und gründliche Beseitigung der Krankheit gefährdet und damit die Interessen der Krankenkasse schädigt. Nicht jeder Verstoß gegen eine Bestimmung der Krankenordnung berechtigt daher die Kasse zur Einweisung des Erkrankten in ein Krankenhaus; vielmehr können hierbei nur solche Bestimmungen der Krankenordnung in Betracht kommen, die das Verhalten des Kranken in Bezug auf die Krankheit und deren Beseitigung regeln und im Falle der Zuwiderhandlung eine Krankenhausbehandlung erforderlich erscheinen lassen. Hierzu sind aber nicht die Bestimmungen zu rechnen, die seitens der Krankenkasse hinsichtlich der Auszahlung der Krankengelder in die Krankenordnung aufgenommen werden. Es handelte sich bei ihnen lediglich um Ordnungsvorschriften, die den Verkehr der Kassen mit ihren Mitgliedern regeln und mit dem Verhalten des Erkrankten in Bezug auf seine Krankheit nichts zu tun haben. Ihre Verletzung kann

daher auch nicht zu einer Einweisung des Erkrankten in ein Krankenhaus führen. Dieses muß auch von der von der Beklagten in ihre Krankenordnung aufgenommenen entsprechenden Vorschrift gelten. Daß sie nicht einer Ueberwachung des Erkrankten dienen soll, ergibt sich ohne weiteres daraus, daß die Erhebung der Krankengelder nicht allein durch den Erkrankten selbst, sondern auch durch eine von ihm beauftragte Person erfolgen kann. Selbst wenn daher die Klägerin wiederholt das Krankengeld verspätet abgehoben haben sollte, würde eine derartige Zuwiderhandlung ihre Einweisung in das Krankenhaus nicht gerechtfertigt haben.

Macht die Satzung einer Krankenkasse gemäß § 176 Abs. 3 der Reichsversicherungsordnung das Recht zum Beitritt von der Vorlegung eines Gesundheitszeugnisses abhängig, so ist der Beitritt (§ 310 der Reichsversicherungsordnung) unwirksam, wenn nicht der Anmeldung das Gesundheitszeugnis beigelegt ist. Gleichwohl können aus § 218 der Reichsversicherungsordnung auch solche Personen Anspruch auf Kassenleistungen erwerben, die mangels Beifügung des vorgeschriebenen Gesundheitszeugnisses nicht versicherungsberechtigt sind, aber sich im übrigen vorschriftsmäßig angemeldet und mindestens 3 Monate ununterbrochen und unbeanstandet Beiträge gezahlt haben. Revisions-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 27. März 1917.

B. Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Soziale Hygiene.

Ueber Rassenmischungen, Sippschafts- und Stammehen. Von Lundborg-Upsala. Archiv für Frauenkunde; 1917, Heft 1 und 2.

Die Ergebnisse auf diesem Gebiete sind folgende:

1. Völker, die hinsichtlich Rasse und Kultur in sehr hohem Grade voneinander verschieden sind, stehen sich meistens feindlich gegenüber. Kreuzungen geben meistens ein schlechtes Resultat. Ein noch schlimmeres Resultat gibt die Mischung zwischen drei oder mehreren verschiedenartigen Völkern, z. B. Negern, Indianern und Weißen.

2. Kreuzung zwischen zwei oder mehreren einander gleichartigen Völkern ergibt in der Zukunft ein gutes Resultat. Es sollen solche Kreuzungen aber nicht allzu hastig vor sich gehen.

3. Sippschafts- und Stammehen sind im großen und ganzen nützlich, wenn die Sippe resp. der Stamm gesund sind. Eine ziemlich hochgradige Inzucht (z. B. in Schweden), sogar während längerer Perioden, weist meistens günstige Resultate auf. Ein allzu einseitiges Festhalten an Inzuchtsprinzipien kann jedoch Entartung verursachen.

4. Allzu weitgehende und hastig geschehende Rassenmischungen, auch zwischen nahverwandten Völkern, sind demnach nicht unbedingt nützlich, ebensowenig eine zu einseitige und zu weit getriebene Inzucht.

5. Kein Volk bleibt im Laufe der Zeiten unverändert dasselbe; es nimmt an Kraft, Energie und Begabung zu oder es geht zurück.

Dr. Rissmann-Osnabrück).

Zur Morphologie der Bevölkerungen. Von Fr. Orth. Archiv für soziale Hygiene; Bd. XII, H. 1 und 2.

Der Verfasser bezeichnet als gesetzmäßig, daß in allen gesunden, sich aus sich selbst erzeugenden Bevölkerungen die reproduktive Mittelgruppe von 50% auf tiefen Stufen von hohen Kindergruppen und kleinen Altersgruppen, auf höheren Stufen von absinkend kleineren Gruppen I und aufsteigend größeren Gruppen III flankiert ist. Dr. Wolf-Hanau.

Die Hauptlehren der Vererbungswissenschaft und die Ausgestaltung der Darwinschen Selektionstheorie. Von San.-Rat Dr. v. Sonnenberg. Würzburger Abhandlungen; 1917, XVI. Band, 7. und 8. Heft. Verlag von K. Kabitzsch. 8°; 60 S. Preis: 2 M.

Sonnenberg gibt in klarer, straff zusammengefaßter und allgemein verständlicher Weise die Hauptlehren der Vererbung und würdigt die Darwinsche

Theorie besonders. Der Verwaltungsarzt, der nicht rückständig werden will, muß die Grundlagen der Vererbung beherrschen und wer sich darin unterrichten will, der findet bei Sonnenberg alles, was er braucht. Allerdings muß das Heftchen tatsächlich studiert werden, ein einfaches Lesen genügt nicht. — Ich kann allen Kollegen das Büchlein warm empfehlen. Dr. Graßl-Kempten.

Krieg und Rassenhygiene. Von Geza v. Hofmann. München 1916. Verlag von J. F. Lehmann. 8°; 29 S. Preis: 0,80 M.

Der verdienstvolle Geza v. Hofmann sucht in seiner Abhandlung für die Rassenhygiene zu werben. Er behandelt den Völkertod, den Einfluß des Krieges und der Kultur auf die Rasse und gibt dann Mittel der Rassenhygiene an. Er steht durchwegs auf dem Standpunkt der deutschen Gesellschaft für Rassenhygiene, befürwortet größere Einfachheit, Hebung des Familiensinns und größeres Pflichtbewußtsein unserer Jugend. Die grundlegende Bedeutung der großen Kinderzahl unterstreicht er kräftig; auch sozialpolitische Maßregeln zieht er in das Bereich der Bewertung. Dr. Graßl-Kempten.

Geburtenrückgang, Arzt und Geburtshelfer. Von Geheimrat Prof. Dr. Otto v. Franqué. Würzburger Abhandlungen; 1916, XVI. Bd., 4 S. Verlag von K. Kabitzsch. 22 S. Preis: 1 M.

Franqué polemisiert gegen mich, weil ich es nicht glauben will, daß in Bayern in der Gegenwart die Geburtenzahl so groß ist in irgendeinem Amte oder in einer Mehrzahl von Familien, daß durch die Geburtenzahl allein die Frau geschwächt wird, daß also ein „Raubbau" an der Frau getrieben wird. Er geht aber über meine Forderung, daß die Frau zur Erhaltung der individuellen Gesundheit 5 Kinder gebären soll, noch hinaus, indem er der Frau 6 Kinder unbedenklich zumutet. Erst mit dem 8. oder 9. Kind nehme die Güte der Kinder ab. Daraus schließe ich, daß die Mutter des 8. und 9. Kindes noch nicht beraubbaut sein kann. Eine solche hohe Zahl ist aber in Bayern bei ganz wenigen Familien anzutreffen, die biologisch nicht in die Wage fallen. — Franqué sagt treffliche Worte auch zu Ohr des Arztes.

Dr. Graßl-Kempten.

Geburtenrückgang und Säuglingssterblichkeit. Von Kreisarzt Dr. Malisch-Pleß. Kattowitz 1917. Verlag von G. Siwinna. Kl. 8°; 24 S. Ein Vortrag.

Wir stehen vor einem Abgrund. Namentlich die Frauen sind von der Seelenseuche erfaßt. Die Rationalisierung des Sexuallebens ist eine Begleiterscheinung der Kultur oder Ueberkultur (auch der ärztlichen. Der Ref.). Die deutschen Aerzte werden die Frage der Säuglingssterblichkeit glänzend lösen, Säuglingssterblichkeits-Bekämpfung allein reicht nicht; die gesamte Hygiene muß in Angriff genommen werden. Ein Ministerium für Volksgesundheit ist notwendig. Dr. Graßl-Kempten.

Geburtenrückgang und Aufwuchsziffer. Von Dr. Karl Oldenberg-Göttingen. Schmollers Jahrbuch für Gesetzgebung, Verwaltung und Volkswirtschaft; 40. Jahrg., S. 709.

Unter den möglichen Ursachen des Geburtenrückganges sind zwei: der Einfluß der verminderten Kindersterblichkeit und Einfluß zunehmender Brusternährung der Säuglinge, die jene Bedeutung abschwächen könnten. Beide Einflüsse verschwinden aber in den statistischen Massenerscheinungen nahezu vollständig und zwar in der großstädtischen Bevölkerung. Auch der Einfluß der Rückwirkung des Geburtenrückganges auf die Kindersterblichkeit wird, wenn er ausgeglichen wird durch die Ersparnis an Kinderverlusten in der verkleinerten Familie, stark überschätzt. Als irrtümlich erweist sich auch die Behauptung, daß Geburtenrückgang ohne gleichzeitige Abnahme der Kindersterblichkeit vorgekommen sei, ohne daß wir einen Zusammenhang beider Erscheinungen schon darum annehmen müßten. Ebensowenig trifft die Annahme Würzburgers zu, daß der Geburtenrückgang erst im 20. Jahrhundert eingesetzt habe, daß außer dem angeblich plötzlichen Rückgang der Säuglingssterblichkeit keine andere Erklärungsursache zu finden sei. Der Bevölkerungs-

verlust durch Geburtenrückgang ist größer als der Gewinn durch verminderte Kindersterblichkeit. Das beweist, daß die Zusammenhänge zwischen beiden Erscheinungen, sogar, wenn sie in denkbar größtem Umfange wirksam gewesen wären, doch nicht ausgereicht hätten, um den Geburtenrückgang auszugleichen.

Diese Erkenntnis lehrt für die Zukunft der deutschen Bevölkerung, daß, wenn unter den Ursachen des Geburtenrückganges nicht die gutartigen, sondern die bösartigen bisher anscheinend vorgeherrscht haben, diese vermutlich auch in Zukunft die Geburtenzahl noch vermindern werden, um so mehr, als der Geburtenrückgang in den letzten Jahren nicht anhielt, sondern sich beschleunigte. Aber danach werden hoffentlich auch die Ursachen des Sterblichkeitsrückganges weiter wirken und einen Teil des Schadens ausgleichen.

Dr. W. Hanauer-Frankfurt a. M.

Fach- und sozialärztliche Betrachtungen über die Volksvermehrung im Deutschen Reiche. Von Dr. Laserstein, Frauenarzt, Berlin. Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und prakt. Medizin; Jahrgang 25, Nr. 10 u. 11.

Nach statistischer Berechnung hätte heute die Volkszahl im Deutschen Reiche 72 Millionen betragen müssen; sie ist aber nur auf 68 Millionen gestiegen und demzufolge ein Rückgang von 4 Millionen zu verzeichnen, da die Sterblichkeitsziffer erheblich zurückgegangen ist, was auf Geburtenrückgang beruht. Ein solcher ist immer eine Folgeerscheinung der Kultur; denn schon im Alten Testament wird ein Geburtenrückgang des altegyptischen Kulturvolkes erwähnt. Der Grund liegt in der Verhinderung der Empfängnis und Unterbrechung der Schwangerschaft. Die Aborte sind in der weitaus größten Zahl als provoziert oder gewollt zu bezeichnen. Die Mittel, die die Empfängnis verhindern sollen, müßten deshalb verboten werden; Arzt und Hebamme müßten hier belehrend eingreifen und die Hebung dieser beiden Stände, die leider oft bei Aborten beteiligt sind, energisch betrieben werden, damit sie freier daständen. Weiter müßten den Müttern Prämien und Ordensschleifen verliehen werden, denn die Gefahr, die der Mann im Schützengraben erleidet, steht der Frau bevor durch Schwangerschaft, Geburt und Aufzug des Kindes. Das falsche Schamgefühl der Schwangerschaft muß in ein Hochgefühl des Stolzes übergeleitet werden. Die Erziehung der Kinder muß insofern erleichtert werden, daß die Schule vielleicht bis zum 12. Lebensjahre des Kindes ihre Ansprüche zurückschraubt und sie dafür für die späteren Jahre höher stellt. Verfasser bespricht auch die Indikationen für die Einleitung des Aborts und erwähnt hierbei, daß die Hysterie eine Gegenanzeige darstellt. Gegen die erwerbsmäßigen Abtreiber würden nur selten Anklagen erhoben; meist führten sie auch leider zur Freisprechung. Diese letztere Behauptung kann Referent aus eigner Erfahrung nicht bestätigen, eher das Gegenteil. Dr. Hoffmann-Berlin.

Der Neuaufbau des deutschen Familienlebens nach Seiten der Kinderpflege. Von Geh. San.-Rat Dr. Brennecke-Magdeburg. Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Bevölkerungspolitik; 1917, Nr. 5 und 6.

So eindringlich und klar Br. auch immer schreibt und redet, es kommt doch noch eins hinzu, was ihn so anziehend macht: man empfindet, daß nicht selbstsüchtige Motive, sondern stets die Sorge um des Volkes Wohl und Fortkommen ihm die Feder führen. In dem vorliegenden Vortrage fordert Br. für die Ehefrauen Wöchnerinnenasyle, für die Unverehelichten Mutter- und Säuglingsheime. Mit v. Franqué glaubt auch Br., daß durch Fürsorge für Schwangere und Gebärende jährlich in Deutschland 200 000 Kinder gerettet werden könnten. Zu bedauern ist deshalb, daß seit 1904 in Preußen mit Unterstützung der höheren Beamtenwelt pädiatrische Säuglingsfürsorge statt des geburtshilflichen Mutter- und Kinderschutzes (Wöchnerinnenasyle, Mutterheime und Säuglingsheime, Helferinnen, Krippen, Mutter- und Säuglingsberatungsstellen etc.) betrieben wird. Man überschätzte den Wert und die Leistungsfähigkeit der spezialistisch-pädiatrischen Fürsorge; erleichternd kam hinzu, daß wohl die Säuglinge, nicht aber die Hebammen und Wöchnerinnen hof- und salonfähig sind. Als auf ein Muster pädiatrisch-orientierter Säuglingsfürsorge und weltfremder Verwaltungstechnik sei auf die Pläne der Hauptstelle für Säuglingsschutz in der Provinz hingewiesen. Der Ministerialerlaß vom 18. Mai 1915 erkennt endlich die Notwendigkeit zahlreicher Ent-

bindungsanstalten an. Br. will Institute zum Unterrichte und solche für die geburtshilfliche Praxis (Kreisentbindungsanstalten als Zentralen der geburts- und wochenbetts- und säuglingshygienischen Bestrebungen des Kreises) scharf trennen. Die Kreisentbindungsanstalten (Asyle) sollen jederzeit Aerzten und Hebammen zu freier Benutzung offen stehen und das volle ihnen zustehende Honorar soll beiden werden. (Ref. erscheint es zweifelhaft, ob für das Land die Möglichkeiten dafür gegeben sind!) Die Kreisentbindungsanstalt soll ferner den nötigen Rückhalt zur Förderung aller auf Wöchnerinnen-, Säuglings- und Familienpflege abzielenden sozialhygienischen Einrichtungen bieten und die Wochen- und Säuglings- sowie die Hauspflegerinnenschulen dauernd leiten. Die Pflege des Säuglings während der ersten 6 Wochen will Br. grundsätzlich den Hebammen und den Wochen- und Säuglingspflegerinnen der geburtshilflichen Zentrale übertragen wissen, im späteren Alter den pädiatrisch geschulten Säuglingsfürsorgeschwestern.

Dr. Rissmann-Osnabrück.

Die Erblichkeit im Mannesstamme und der vaterrechtliche Familienbegriff. Von V. Haecker, ord. Professor der Zoologie in Halle a. S. Heft 1 der Biologischen Grenz- und Tagesfragen. Verlag von Gustav Fischer. Jena 1917.

Eine kleine Arbeit — nur 28 Seiten — im ersten Hefte neu erscheinender biologischer Grenz- und Tagesfragen, die aber in der Jetztzeit, wo manche Familie den letzten oder einzigen Träger ihres Namens und vielleicht hervorragenden Eigenschaften ihrer männlichen Glieder verliert und wo ihr nur noch Töchter bleiben, wohl besonderes Interesse beanspruchen kann.

Von dem feststehenden Satz der Vererbungslehre ausgehend, daß alle individuellen Eigenschaften von beiden Eltern übertragen werden können, und daß bestimmte körperliche Eigenschaften und geistige Vorzüge des Großvaters sich auch in den von Töchtern stammenden Enkelkindern wieder finden können, weist Haecker darauf hin, daß auch ausgesprochen männliche Eigenschaften ebensogut durch die weibliche Linie, wie durch den Mannesstamm fortgeleitet werden können, und belegt diesen Satz durch biologische Erörterungen und durch eine Reihe von Beispielen aus der Familiengeschichte von Fürstenhäusern, Künstler- und Gelehrtengeschlechtern. Dr. Kühn-Wernigerode.

Reichswohnversicherung. Kinderrenten durch Ausbau der Sozialversicherung. Von Dr. jur. B. Schmittmann, Professor der Sozialpolitik an der Handelshochschule in Cöln, vordem Landesrat bei der Rhein. Provinzialverwaltung. 1 Heft der Deutschen Gesellschaft für soziales Recht. Verlag von Ferd. Enke. Stuttgart 1917.

Der Verfasser, der durch eine Reihe von Arbeiten auf dem Gebiete der Sozialpolitik bekannt ist, legt in der vorgenannten Schrift den Finger an eine der empfindlichsten Wunden der Bevölkerungspolitik, indem er die Frage der Beschaffung von guten Wohnungen für kinderreiche Familien eingehend prüft. Hatte diese Frage schon vor dem Kriege eine große Bedeutung, so wird diese Bedeutung nach dem Kriege noch erheblich gesteigert sein. Alle Forderungen nach Hebung der Geburtenzahl werden ungehört verhallen, wenn nicht dafür gesorgt wird, daß die kinderreichen Familien gute Wohnungen erhalten, und wenn nicht die Frage gelöst wird, wie der kinderreiche Vater die Mittel zur Bezahlung der Miete für diese Wohnung beschaffen kann. Der von dem Verfasser gemachte und eingehend begründete Vorschlag besteht in einem Ausbau der Invaliden- und Angestelltenversicherung durch Angliederung einer Elternschaft- oder Wohnversicherung. Durch eine geringe Erhöhung der Versicherungsbeiträge werden Mittel bereitgestellt werden können, zu denen der Ledige und der Kinderarme ebenso beitragen wie der Kinderreiche. Dadurch erwirbt der letztere das Recht auf eine Kinderrente vom vierten Kinde ab, steigend mit jedem weiteren Kinde. Der Besitzlose soll so durch die staatlich organisierte Selbsthilfe befähigt werden, mit steigendem Kinderreichtum progressiv mehr für seine Wohnung aufzuwenden. Es soll also der Geldpunkt, vielleicht der wichtigste in der Wohnungsfrage, zur Lösung geführt werden. Durch eine Kapitalabfindung würde die Wohnversicherung dem Siedelungswesen und dem Eigenheim dienstbar gemacht werden können. Verfasser legt den Plan der Durchführung der Wohnversicherung in seinen Einzelheiten dar und

giebt im Anhang auch zahlreiche Vorschläge, die von anderer Seite zur Beseitigung der Wohnungsnot der Kinderreichen gemacht worden sind.

Wer sich in die Probleme der Bevölkerungspolitik vertiefen will, wird in der Schmittmannschen Schrift eine Fülle von Anregungen zu einer erfolgversprechenden Lösung der Wohnungsfrage der kinderreichen Familien finden.

Dr. Peeren-Aachen.

Der Schrei nach dem Kinde. Von Nassauer-München. Archiv für Frauenkunde; 1917, Heft 1 und 2.

Deutschlands soziale Einrichtungen, gesetzliche Festlegungen, moralische Anschauungen, vielleicht auch übertriebener Respekt vor der inneren Kulturhöhe gewisser Kreise haben es unterlassen, einen Ort, eine Stelle zu schaffen, wo der Nachwuchs an Menschen untergebracht werden, existieren und sich entwickeln kann, dann, wenn die einzelnen Personen, Vater und Mutter oder Mutter allein aus irgendwelchen Gründen es nicht vermögen, das Kind erfolgreich aufzuziehen, das deutsche Kind dem Staate gesund und stark zu erhalten.

Verfasser empfiehlt dafür als Muster das Moskauer Findelhaus, das im Jahre bis zu 15000 Findelkinder aufnimmt. Dr. Rissmann-Osnabrück.

Die geringere körperliche und geistige Leistungsfähigkeit des Weibes. Von Franz Schacht, Archiv für Frauenkunde und Eugenetik; II. Band, Heft 3.

Bewiesen ist es bisher überhaupt nicht, daß die Frau irgendwie inferior sei. Sollte das aber auch der Fall sein, so ist wiederum das bewiesen, daß die behauptetete Inferiorität der Frau eine unabänderliche Geschlechtseigenschaft ist und nicht etwa durch Erziehung, Ernährung etc. bedingt wird. Die Grundlage für die Entscheidung kann nur durch völlige Gleichstellung beider Geschlechter einschließlich der Edukation durch Jahrhunderte gewonnen werden.

Dr. Rissmann-Osnabrück.

Die Wohlfahrtsschule der Stadt Charlottenburg zur Ausbildung von Fürsorgerinnen. Zeitschrift für Säuglings- und Kleinkinderschutz; 1917, Heft 3.

Am 1. April 1917 eröffnete die Stadt Charlottenburg eine Schule für Fürsorgerinnen, über deren Organisation ich die Einwürfe wiederholen müßte, die ich mehrfach in diesen Blätten über die pädiatrisch beeinflußten Kurse gemacht habe.

Die Ausbildung von „Kreisfürsorgerinnen," die „in einem größeren Gebiete die gesamte sozialhygienische Wohlfarhtsfürsorge im „Anschluß an die Behörde organisiren und leiten" sollen, wird erst nach einjährigem Bestehen der Schule vorgesehen. Für die Aufnahme in die Wohlfahrtsschule ist die Ablegung einer Krankenpflegeprüfung oder der abschließende Besuch einer sozialen Frauenschule Voraussetzung. Auch können geprüfte Säuglingspflegerinnen aufgenommen werden. (Geprüfte Hebammenschwestern sind also wieder einmal zurückgesetzt! D. Ref.) Dr. Rissmann-Osnabrück.

Merkblatt für den Frauendienst. Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin; Nr. 4, vom 15. Februar 1917.

Es wird die von Freiherrn von Bissing geschaffene Organisation besprochen, die den Notständen einheimischer Familien vorbeugen will. Den ärztlichen Dienst versehen vom Armeearzt kommandierte Aerzte, den Fürsorgedienst Fürsorgeschwestern und unentgeltlich arbeitende Frauen aus der deutschen Wohlfartspflege. Der Frauendienst sieht vor: Vorstandsdamen, Aufsichtsdamen, Fürsorgeschwestern und Helferinnen. Besonderes Augenmerk ist auf die Heimarbeit gerichtet; durch diese sind u. a über 1 Millionen Paar Strümpfe gestrickt. Es ist gelungen, ungefähr 20000 Familien laufend vor Not zu schützen. Der Gesundheitszustand im besetzten Belgien ist noch nie so gut gewesen wie 1915/16. Dr. Hoffmann-Berlin.

---

2. Statistik.

Die Säuglingssterblichkeit in den deutschen Orten mit 15000 und mehr, insbesondere in den Großstädten mit 200000 und mehr Einwohnern

im Jahre 1916 im Vergleich mit der in den letzten Vorjahren. Statistische Korrespondenz.

Das Kaiserliche Gesundheitsamt, dem über die Lebendgeborenen und die Sterbefälle im 1. Lebensjahre nunmehr die monatlichen Nachweise aus allen Orten des Deutschen Reichs mit 15000 und mehr Einwohnern (380) für das Jahr 1916 vorliegen, hat in einer neuen Veröffentlichung die Sonderbearbeitung der Säuglingssterblichkeit in den deutschen Großstädten mit 200000 und mehr Einwohnern für die Jahre 1914 und 1915, die 1916 erschien, fortgeführt und die seither bis zum Jahre 1914 veröffentlichten Angaben über die Säuglingssterblichkeit in den deutschen Orten mit 15000 und mehr Einwohnern durch die Angaben für die letzten Jahre ergänzt. Da die auf Grund der Monatsausweise gewonnenen Angaben über die Zahlen der Lebendgeborenen und der Sterbefälle im 1. Lebensjahre nur vorläufige sind, haben sie nur mit den auf gleiche Weise gewonnenen Angaben für die Vorjahre in Vergleich gesetzt werden können.

Wie zunächst ein Vergleich dieser Angaben für das Jahr 1916 mit denen für die beiden Vorjahre in bezug auf die 26 deutschen Großstädte mit 200000 und mehr Einwohnern zeigt, ist aus begreiflichen Gründen die Zahl der Lebendgeborenen, die sich im Jahre 1915 bereits um 49470 gegenüber dem Jahre 1914 vermindert hatte, im Jahre 1916 weiterhin gesunken, nämlich um 48623. Insgesamt betrug daher die Abnahme der Zahl der Lebendgeborenen seit dem Jahre 1914 bis zum Schlusse des Jahres 1916 98093, d. s. 38,3% der Zahl der Lebendgeborenen im Jahre 1914.

Aus dem Vergleich der monatlichen und vierteljährigen Angaben für die einzelnen Jahre ist jedoch zu ersehen, daß die Abnahme der Zahl der Lebendgeborenen im Verlaufe des Jahres 1916 weniger sprungweise vor sich ging als im Vorjahr, in dem im Mai ein plötzlicher Absturz der Geburtenzahl eingetreten war. Im August und September 1916 machte sich sogar eine nicht unbeträchtliche Zunahme der Zahl der Lebendgeborenen gegenüber dem Monat Juli bemerkbar, und zwar sowohl in den 26 größten deutschen Städten als auch in der Gesamtheit deutscher Orte mit 15000 und mehr Einwohnern, eine Erscheinung, die um so mehr auffällt, als sie bisher noch nicht beobachtet worden ist; denn der bisherige monatliche Verlauf der Geburtenzahl in den deutschen Orten mit 15000 und mehr Einwohnern war dadurch gekennzeichnet, daß die Geburtenzahl von ihrem Höchststand in den Wintermonaten unter einigen Schwankungen allmählich auf ihren Tiefstand in den Herbstmonaten September bis November herabsank. Zweifellos hängt die Erscheinung mit der Beurlaubung zahlreicher Militärpersonen anläßlich des Weihnachtsfestes 1915 zusammen.

Nach den vorläufigen Angaben über die Zahl der Lebendgeborenen in den deutschen Orten mit 15000 und mehr Einwohnern, die sich seit dem Jahre 1915 auf dieselben Orte beziehen, ist diese Zahl im Jahre 1915 um 131068 gegenüber der des Vorjahres und im Jahre 1916 weiterhin um 114557 gesunken, so daß die Abnahme dieser Zahl seit dem Jahre 1914 bis zum Schlusse des Jahres 1916 insgesamt 245625 oder 39,5% der Geburtenzahl des Jahres 1914 betrug. Wie man sieht, stimmt dieser Prozentsatz mit dem oben angegebenen Prozentsatz der Abnahme der absoluten Zahl der Lebendgeborenen in den 26 größten deutschen Städten nahezu überein.

Es ist klar, daß diese durch außerordentliche Verhältnisse bedingte Abnahme der Geburtenzahl durch die gleichzeitige Abnahme der Zahl der Sterbefälle im ersten Lebensjahre nicht wettgemacht werden konnte, doch war die Abnahme der Zahl dieser Sterbefälle immerhin verhältnismäßig stärker als das Absinken der Zahl der Lebendgeborenen. Dies kommt dadurch zum Ausdruck, daß das Verhältnis der Zahl der Sterbefälle im 1. Lebensjahre zu der der Lebendgeborenen sowohl in den 26 größten deutschen Städten als auch in der Gesamtheit deutscher Orte mit 15000 und mehr Einwohnern sich seit dem Jahre 1914 fortgesetzt vermindert hat, und zwar verminderte sich dieses auf je 100 Lebendgeborene des gleichen Jahres berechnete Verhältnis nach den vorläufigen Angaben in den ersteren Orten von 15,5 auf 13,9 im Jahre 1916, in den letzteren während der gleichen Zeit von 15,5 auf 13,3. Demnach war die Säuglingssterblichkeit in diesen Orten

in dem Kriegsjahr 1916 sogar geringer als ihr im Jahre 1912 mit 14,1 erreichtes bisheriges Minimum.

Geburtenrückgang und Sterblichkeit in Preußen während der Jahre 1875—1914. Statistische Korrespondenz.

Gegenüber den Besorgnissen wegen des starken Geburtenrückganges ist mehrfach darauf hingewiesen, nicht die Geburtenziffer, sondern die Anwuchsziffer, d. h. die Zahl der die gefährlichsten ersten sieben Lebensjahre überstehenden Kinder sei das Entscheidende. Im Königl. Statistischen Landesamt ist diese Anwuchsziffer für die Jahre 1875—1914 berechnet und der Geburtenziffer (einschl. Totgeborenen) gegenübergestellt. Demnach entfielen auf je 1000 der mittleren Bevölkerung des Geburtsjahres Geborene und das 7. Lebensjahr Ueberlebende:

Geburtsjahr	Geborene einschließl. Totgeborene	das 7. Lebensjahr Ueberlebende			absolute Zahlen der Geborenen in 1000		absolute Zahlen der das 7. Lebensjahr Ueberlebenden in 1000	
		männl.	weibl.	zusammen	männl.	weibl.	männl.	weibl.
1875	42,5	13,55	13,38	26,93	560	523	347	343
1876	42,5	13,57	13,44	27,01	566	533	352	349
1877	41,7	13,67	13,48	27,15	563	529	359	354
1878	40,6	13,23	13,14	26,37	554	522	351	349
1879	40,9	13,22	13,06	26,28	564	532	355	351
1880	39,5	12,60	12,50	25,10	552	519	342	339
1881	38,5	12,48	12,33	24,81	542	512	342	338
1882	39,1	12,50	12,39	24,89	556	523	345	342
1883	38,5	12,36	12,23	24,59	551	519	344	340
1884	39,1	12,54	12,44	24,98	564	530	353	349
1885	39,3	12,90	12,73	25,63	572	537	364	359
1886	39,2	12,84	12,71	25,55	576	542	366	362
1887	39,2	13,14	13,00	26,14	581	548	379	374
1888	38,9	13,01	12,81	25,85	584	550	379	374
1889	38,6	12,80	12,70	25,50	585	552	378	375
1890	37,9	12,79	12,65	25,44	582	548	381	377
1891	39,0	13,17	13,10	26,27	606	571	398	395
1892	37,4	12,72	12,61	25,33	589	554	389	385
1893	38,6	13,30	13,17	26,47	615	580	412	408
1894	37,8	13,20	13,07	26,27	609	574	413	409
1895	38,1	13,13	13,05	26,18	622	587	416	412
1896	38,1	13,40	13,28	26,68	631	596	431	427
1897	37,8	13,26	13,10	26,36	635	599	433	428
1898	38,0	13,31	13,18	26,49	648	612	442	438
1899	37,5	13,07	13,00	26,07	651	615	441	438
1900	37,2	13,00	12,81	25,81	657	619	445	442
1901	37,4	13,40	13,22	26,62	670	631	467	460
1902	36,7	13,32	13,2[illegible]	26,[illegible]0	666	630	475	470
1903	35,5	12,83	12,68	25,51	656	619	461	456
1904	35,8	12,97	12,77	25,74	672	633	473	466
1905	34,5	12,64	12,47	25,11	660	620	468	462
1906	34,8	13,01	12,87	25,88	675	634	489	481
1907	34,0	12,85	12,60	25,45	670	629	491	481
1908	33,7	12,77	12,56	25,33	673	635	496	487
1909	32,7	12,55	12,31	24,86	662	625	494	485
1910	31,5	12,01	11,76	23,77	647	610	480	470
1911	30,3	11,35	11,15	22,50	631	594	459	449
1912	29,8	11,70	11,43	23,13	630	592	479	468
1913	29,0	11,81	12,07	22,88	622	588	469	459
1914	28,5	10,98	10,67	21,60	620	583	459	448

Danach hat die Ueberlebendenziffer in der Zeit von 1875 bis 1879 mit 26,75 auf 1000 der Bevölkerung den Höhepunkt erreicht, ist dann in den nächsten Jahrfünften etwas gesunken, aber ziemlich gleichmäßig hoch geblieben; erst seit 1909 ist sie anfangs langsam auf 23,77 ‰ und dann schneller auf 21,60 ‰ im Jahre 1914 gesunken. Es geht hieraus klar hervor, daß der Geburtenrückgang in Preußen allerdings bis 1908 zwar nicht ganz, aber doch annähernd bis auf 3—4 v. H. durch den Rückgang der Kindersterblichkeit ausgeglichen war, daß aber seitdem ein Niedergang eingetreten ist. Etwas günstiger liegen die Verhältnisse jedoch bei Betrachtung der absoluten Zahlen der das 7. Lebensjahr Ueberlebenden. Diese Zahlen steigen fast ununterbrochen von 347 000 siebenjährigen Knaben und 343 000 siebenjährigen Mädchen der Geburtengeneration 1875 auf 496 000 siebenjährige Knaben und 487 000 siebenjährige Mädchen der Generation 1908 an, um alsdann freilich auf 459 000 siebenjährige Knaben und 448 000 siebenjährige Mädchen der Generation des Jahres 1914 zurückzugehen. Rpd.

Tagesnachrichten.

In der am 22. September in Leipzig abgehaltenen Sitzung des Geschäftsausschusses des Deutschen Aerzteverbandes ist betreffs der Fürsorgebestrebungen folgender Beschluß gefaßt:

„Unter den großen Aufgaben, die der Krieg den deutschen Aerzten stellt, wird für die nächste Zukunft ihre Mitarbeit an der Wiedererstarkung unseres Volkes eine der wichtigsten sein. Es gilt, die Zahl der Geburten zu heben und die Lebenden nach Möglichkeit vor Erkrankung und Verkümmerung zu schützen. Dabei gewinnt, neben den bereits seit lange angewandten und bewährten Maßnahmen zur Hebung der allgemeinen Gesundheit, eine ausgedehnte Fürsorge immer mehr an Bedeutung.

Soweit diese Fürsorge bereits Erkrankte in sich schließt, sollte sie sich in der Hauptsache darauf beschränken, die Ausbreitung der Krankheiten zu verhüten, die Gesunden vor der Uebertragung zu schützen. Die eigentliche Behandlung des Kranken sollte sie den dazu berufenen Aerzten überlassen.

Und ebenso sollte die Fürsorge für Gesunde unnötige Eingriffe in das Gebiet der behandelnden Aerzte sorgsam vermeiden.

Gleichgültig, welche Kreise des Volkes die Fürsorge betrifft, gleichgültig von wem sie ausgeht und ausgeübt wird, sie wird ihre Aufgabe immer nur dann erfüllen können, wenn sie sich von vornherein die Zustimmung und die Mitarbeit aller Aerzte sichert. Dazu ist es nötig, daß sie in engster Fühlung mit den ärztlichen Standesverbänden und -vertretungen eingerichtet und durchgeführt wird.

Der Geschäftsausschuß des Deutschen Aerztevereinsverbandes hält für diese und für alle anderen der Wiedererstarkung und Gesunderhaltung unseres Volkes dienenden Aufgaben die Errichtung eines selbständigen Reichsamtes für notwendig, an dessen Spitze ein Arzt steht und in dem Aerzten allenthalben Sitz und Stimme in gebührendem Maße zuerkannt wird."

Weiterhin ist betreffs Beteiligung der Aerzteschaft an der Lebensmittelversorgung des Volkes nach eingehender Erörterung der Ernährungsfrage beschlossen, die darüber vorliegenden Eingaben als Material dem Kriegsernährungsamt zu übergeben. Der Jahresbeitrag ist für das Jahr 1918 wiederum auf 6 Mark für das Mitglied festgesetzt. Das ärztliche Vereinsblatt soll infolge der immer schwieriger werdenden Papierbeschaffung vom 1. Oktober ab bis auf weiteres nur zweimal im Monat erscheinen; als verantwortlicher Schriftleiter des Vereinsblattes ist Dr. Vollmann-Berlin endgültig angestellt.

Die am 22. und 23. September 1917 in Leipzig abgehaltene Hauptversammlung des Leipziger Verbandes hat u. a. folgende Beschlüsse gefaßt:

„Der Versuch, den behandelnden Arzt zum Staatsbeamten zu machen oder ihn als Kassenbeamten in die Sozialversicherung einzugliedern, wird denselben Mißerfolg haben wie das System des beamteten Kassenarztes.

Abgesehen von der gewaltigen Erhöhung der Kosten und der mit ihr verbundenen Bürokratisierung der Versicherungsträger würde sie nur zum Schaden der Versicherten erfolgen. Nur der Arzt wird seine Tätigkeit erfolgreich ausüben, der seinen Kranken als freier und unabhängiger Berater gegenübertreten kann."

„Von der Notwendigkeit planmäßiger Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten während und nach dem Kriege sind die im Leipziger Verbande organisierten Aerzte ebenso durchdrungen wie die Versicherungsträger. Die 15. Hauptversammlung ist deshalb bereit, diese Bestrebungen mit allen Kräften zu unterstützen, weist aber nachdrücklich auf die ernsten Gefahren hin, die dort entstehen müssen, wo die Beratungsstellen ohne Verständigung mit der berufenen Vertretung der Aerzteschaft gegründet werden."

„Mit Rücksicht auf das andauernde und beträchtliche Sinken des Geldwertes und die infolgedessen von allen Bevölkerungskreisen für notwendig erachtete allgemeine Erhöhung des Einkommens hält die 15. Hauptversammlung des Leipziger Verbandes auch die Forderung der deutschen Aerzte nach einer angemessenen Aufbesserung der Vergütung auf allen Gebieten ihrer Tätigkeit für berechtigt und dringend. Bei der Unmöglichkeit, die weitere Entwicklung des Geldwertes in der nächsten Zeit zu übersehen, erachtet die Versammlung es insbesondere für ihre Pflicht, vor dem Abschluß von Verträgen zu warnen, in denen die Bezüge auf längere Zeit festgelegt sind."

„In Anbetracht der vom Deutschen Aerztetag in Aussicht genommenen Schaffung einer ärztlichen Reichsgebührenordnung mit besonderer Berücksichtigung der kassenärztlichen Tätigkeit, erachtet die 15. Hauptversammlung des Leipziger Verbandes die Bestrebungen zur Abänderung der jetzt gültigen bundesstaatlichen Gebührenordnungen nicht für zweckmäßig, sondern empfiehlt deren Zurückstellung, bis der Aerztetag nach Wiederaufnahme seiner Arbeit über die Durchführung seiner Absicht im einzelnen Beschluß gefaßt haben wird."

„Die 15. Hauptversammlung des Leipziger Verbandes beschließt, in dem Bericht der Wirtschaftlichen Abteilung des Deutschen Aerztevereinsbundes auf dem nächsten Aerztetage die Frage der Krankenkassen für Beamte und andere Kreise des Mittelstandes zur erneuten Beratung und Boschlußfassung durch den Aerztetag zu bringen. Bis dahin sollen die ärztlichen Organisationen wie einzelne Aerzte unter Hinweis auf die Beschlüsse des Aerztetages zu Halle a. S. den Abschluß von Verträgen mit solchen Krankenkassen vermeiden."

Außerdem wurde der Vorstand beauftragt, eine Alterszulagekasse nach dem vorgelegten Entwurf einer Geschäftsordnung am 1. Januar 1918 zu errichten, und zu deren Grundstock der Betrag von 50 000 M. überwiesen.

Durch Erlaß des preußischen Finanzministers vom 11. September d. J. ist nun auch die Bewilligung **fortlaufender Kriegsbeihilfen an Beamte im Ruhestande** und an **Hinterbliebene von Beamten** geregelt. Danach sollen diese ebenfalls allen diesen Beamten usw. ohne die frühere Beschränkung bis 2500 Mark Ruhegehalt bezw. 1200 Mark Witwengeld gewährt werden und zwar in der Höhe von 30% des ganzen Betrages, der dem Beamten unter Zugrundelegung der von ihm zuletzt bezogenen Gehaltsbezüge (ohne Wohnungsgeldzuschuß) zustehen würde, wenn er noch im Dienst oder am Leben wäre. Bei besonderem Bedürfnis kann darüber hinausgegangen werden; anderseits sind Einnahmen aus gewinnbringender Beschäftigung bei der Gewährung bezw. Bemessung der Kriegsbeihilfe zu berücksichtigen. Die betreffenden Beamten haben einen entsprechenden Antrag zu stellen; die Zahlungsstellen für Ruhegehälter sind angewiesen, ihnen ein Muster für einen solchen Antrag auszuhändigen. Die Zahlung der Kriegsbeihilfen erfolgt zusammen mit dem Ruhegehalt und den Hinterbliebenenbezügen.

Nachruf. Wieder ist einer der preußischen Regierungs- und Medizinalräte, Geh. Med.-Rat Dr. **v. Hake**, in Wiesbaden heimgegangen. Am 22. v. M. hat er noch in voller Gesundheit an der in Berlin (Min. des Innern) abgehaltenen amtlichen Konferenz der preußischen Reg.- und Med.-Räte teilgenommen; in

der darauf folgenden Nacht ist er dann plötzlich erkrankt und am folgenden Tage, Sonntag, den 23. September, im Alter von 65 Jahren entschlafen. 35 Jahre ist der Verstorbene als Medizinalbeamter tätig gewesen, zuerst als Kreiswundarzt (von 1882—1893) und Kreisphysikus des Kreises Wittenberg (von 1894—1901), dann als Regierungs- und Medizinalrat zuerst in Marienwerder (von 1901—1912) und von da ab in Wiesbaden. Im Jahre 1910 wurde ihm der Charakter als Geh. Med.-Rat verliehen. Infolge seines umfassenden Wissens und seiner großen Tüchtigkeit sowie infolge seines außerordentlich liebenswürdigen, mit frischem Humor gepaarten Wesens erfreute er sich der größten Achtung und Beliebtheit nicht nur bei allen Behörden, mit denen er amtlich zu tun hatte, sondern vor allem auch bei seinen Berufsgenossen, insbesondere bei den Medizinalbeamten. Mit ihm hat der preußische Medizinalbeamtenverein eins seiner treuesten und ältesten Mitglieder verloren. Seit Gründung des Vereins hat er diesem als Mitglied angehört, nur selten auf einer seiner Versammlungen gefehlt und sich auch als langjähriges Vorstandsmitglied besondere Verdienste um den Verein erworben. Friede seiner Asche! Ehre seinem Andenken!

Ehren-Gedächtnistafel. Für das Vaterland gefallen oder gestorben:

Stabsarzt d. L. Dr. Max Bauholzer-Ziemetshausen (Schwaben).
Landsturmpflichtiger Arzt Dr. R. Benversdorf.
Oberarzt d. Res. Dr. Braß-Berlin.
Assistenzarzt d. Res. Dr. Buch.
Stabsarzt d. L. Dr. Bürckle-Gebweiler (Ober-Elsaß).
Oberarzt d. Res. Dr. Finkenauer-Rockenhausen (Pfalz).
Dr. Friedrich-Kraupischken (Reg.-Bez. Gumbinnen).
Dr. Goebels-Hohneukirch (Reg.-Bez. Düsseldorf).
Obergeneralarzt Dr. Großheim-Berlin (gest. infolge von Krankheit).
Stabsarzt d. Res. Dr. Paul Huisking-Iburg (Reg.-Bez. Osnabrück).
Feldhilfsarzt E. Jacobi aus Wanfried (Reg.-Bez. Kassel), (infolge von Krankheit gestorben).
Feldhilfsarzt G. Kade-Swiontkowo (gestorben infolge von Krankheit).
Dr. B. Kallweit-Berlin (gestorben infolge von Krankheit).
Stabsarzt Dr. Artur König-Bad Harzburg.
Stabsarzt d. Res. Dr. Paul Lindstädt-Hannover.
Oberarzt d. Res. Dr. Eugen Luck-München.
Oberarzt d. L. Dr. Hugo Nolger.
Dr. H. Schornstein in Aachen.
Unterarzt Dr. Stude.
Landsturmpflichtiger Arzt und Bat.-Arzt Dr. Max Wiessner-Mittweida (Königreich Sachsen), (gestorben infolge von Krankheit).

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten:

Das Eiserne Kreuz I. Klasse:

Oberarzt d. Res. Dr. Ahreiner-Straßburg i. Els.
Stabsarzt Dr. Bierast-Deutsch-Eylau (Reg.-Bez. Marienwerder).
Stabsarzt Dr. Buth-Berlin.
Bat.-Arzt Dr. Demmler-Chemnitz.
Stabsarzt d. Res. Dr. Fraesmann-Leipzig-Eutritzsch.
Stabsarzt d. Res. Dr. Franz Krebs-Vandsburg (Reg.-Bez. Marienwerder).
Unterarzt Dr. E. Lührmann-Freiburg i. Breisgau.
Stabsarzt d. Res. Dr. Franz Meissner-Glogau.
Oberstabsarzt d. Res. San.-Rat Dr. E. Meyer-Schweidnitz.
Oberarzt d. Res. Dr. Monse-Bautzen.
Stabsarzt d. L Prof. Dr. Reiner Müller-Cöln a. Rh.
Assistenzarzt d. Res. Dr. L. Neff-Friesenheim.
Stabsarzt d. L. Dr. Porzelt-Busendorf (Elsaß-Lothringen).
Oberstabsarzt d. L. Dr. Franz Prütz-Gleiwitz (Ob-Schlesien).
Stabsarzt d. Res. Dr. Hugo Rackwitz-Preuß. Börnecke (Reg.-Bez. Magdeburg).
Stabsarzt d. L. Dr. Max Reichel-Kattowitz (Oberschlesien).

Stabsarzt d. Res. Dr. Heinrich Ritzmann-Schmiedeberg (Schlesien).
Oberarzt Dr. Fritz Rosenberg-Frankfurt a. M.
Feldhilfsarzt Rudolf Schmutze-Leipzig.
Stabsarzt d. Res. Dr. Maximilian Schultze-Posen.
Oberstabsarzt d. Res. Dr. Walter Schwartz.
Oberarzt Dr. Hans Westermayer.

Zeichnet die siebente Kriegsanleihe!

Deutsche Kraft den Sieg erringt,
Wenn unser Wille Hilfe bringt.

In den Wochen vom 9. bis 22. September sind im Deutschen Reich — und 4 **Pockenerkrankungen** gemeldet; im Deutschen Generalgouvernement Warschau vom 26. August bis 15. September: 1 (1), — (1) und 5 (2), sämtlich bei der Zivilbevölkerung.

An **Fleckfieber** sind im Deutschen Reich vom 9. bis 16. September: 2 und — Personen erkrankt; im Generalgouvernement Warschau vom 26. August bis 18. September: 410 (33), 290 (19) und 389 (24), sämtlich bei der Zivilbevölkerung. In Ungarn sind vom 6. bis 12. August 2 (1) Fleckfieberfälle festgestellt.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 26. August bis 8. September 1917 erkrankt (gestorben) an Pest, Gelbfieber, Malaria, Rotz, Aussatz, Tollwut: — (—), — (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 1 (—), 12 (—); Milzbrand: — (—), 1 (—); Pocken: 1 (—), 3 (—); Rückfallfieber: — (—), 1 (—); Unterleibstyphus: 766 (58), 1052 (53); Ruhr: 5665 (691), 5973 (769); Diphtherie: 2106 (84), 2577 (116); Scharlach: 623 (21), 678 (18); Kindbettfieber: 50 (10), 61 (17); übertragbare Genickstarre: 4 (1), 5 (3); spinaler Kinderlähmung: 11 (2), 1 (—); Fleisch- usw. Vergiftung: 8 (—), 48 (2); Körnerkrankheit (erkrankt): 62, 31; Tuberkulose (gest.): 894, 874.

Um die Personalien in dem nächstjährigen Kalender für Medizinalbeamte (1918) vollständig und richtig, auch in bezug auf Ordensauszeichnungen usw., bringen zu können, bitte ich die Herren Kollegen ergebenst, mir etwa notwendige Berichtigungen und Ergänzungen in dieser Hinsicht sobald als möglich mitteilen zu wollen.

Minden i. W., im September 1917. Der Herausgeber.

Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

30. Jahrgang; Nr. 20. Ausgegeben am 20. Oktober 1917.

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.
Bezugspreis für das Jahr: 15 Mark.

Ausserdem ein besonderes, nur vierteljährlich erscheinendes Beiheft:
Zeitschrift für Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege.
Offizielles Organ der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens.
Bezugspreis für das Jahr: 8 Mark, für die Bezieher der Zeitschrift: 4 Mark.

VERLAG VON FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: Gelsdorf & Co., G. m. b. H., Eberswalde (Mark).

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung, Nr. 20, am Schlusse des Heftes.

INHALT.

Original-Mitteilungen.

Ein Beitrag zur Synonymik der Giftpflanzen. Von Dr. **Friederich Kanngiesser** . 553
Die Tätigkeit des bayerischen Bezirksarztes im Kriege. Von Dr. **J. Dreyfuss** . . 561
Die beim weiblichen Geschlecht gebräuchlichen Gummiartikel zur Verhütung und Unterbrechung der Schwangerschaft. Von Dr. **Schnell** 566

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Sachverständigentätigkeit auf militärärztlichem Gebiete.

Dr. **H Liebermeister:** Ueber die Behandlung der Kriegsneurosen 571
Prof. Dr. **Isserlin:** Ueber psychische und nervöse Erkrankungen bei Kriegsteilnehmern 571
Prof. Dr. **Aschaffenberg:** Lokalisierte und allgemeine Ausfallserscheinungen nach Hirnverletzungen und ihre Bedeutung für die sozia'e Brauchbarkeit der Geschädigten 571
Prof. Dr. **R. Geigel:** Kriegsverwendbarkeit bei inneren Krankheiten 572
Dr. **Georg Müller:** Eine eigenartige Verschüttungskrankheit 572

B. Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

Malaria.

Prof. **A. Plehn:** Ueber Malaria 572
Dr. med. **E. Becher:** Zur Klinik der Malaria 573
Dr. **S. Kaminer** u. Dr. **H. Zondek:** Ueber Malariaparasitenträger 573
Dr. **Walterhöfer:** Ueber Malaria und deren Komplikationen bei Kriegsteilnehmern 573
Dr. med. **Weidemann:** Drei Malariafälle im Heimatslazarett 574
Prof. Dr. **E. Stadelmann:** Die Malaria in Berlin und der Krieg 574
Dr. **Wolf:** Ueber Malaria 574
Besprechungen 576
Tagesnachrichten 578
Beilage:
Rechtsprechung 129
Medizinalgesetzgebung 129
Umschlag:
Personalien.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen:[1]) Verliehen: Der Charakter als Geh. Med.-Rat: dem Geh. San.-Rat Dr. Richard Paasch in Berlin, Hilfsarbeiter in der

[1]) Der größere Teil der Auszeichnungen ist erst nachträglich der Schriftleitung bekannt geworden.

Medicinisches Waarenhaus

Aktien-Gesellschaft
Berlin NW. 6, Karlstraße 31.

Centralstelle aller ärztlichen Bedarfsartikel und für Hospitalbedarf.

Neues Instrumentarium

zur Wohnungs-Desinfection

mittels

flüssigen Formalins

nach

Prof. Dr. **O. Roepke.**

Ref. Nr. 7, 1905 der Zeitschrift f. Medizinalbeamte

D. R. G. M. Modell M. W.





Ausführliche Beschreibung steht zu Diensten.

Von den Königlich Preussischen und Königlich Bayerischen Staats-Eisenbahnen eingeführt.

30. Jahrg. 1917.

Zeitschrift
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Anzeigen nehmen die Verlagshandlung sowie alle Anzeigenannahmestellen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 20. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats. | 20. Okt.

Ein Beitrag zur Synonymik der Giftpflanzen.

Von Dr. med. et phil. **Friederich Kanngießer**, Privatdozent der Toxikologie an der Universität zu Neuchâtel.

Im nachfolgenden habe ich den Versuch gemacht von unseren bekanntesten phanerogamen Giftgewächsen die von mir im Laufe der Jahre teils aus der Literatur gesammelten Namen niederzuschreiben. Nächst der Etymologie der wissenschaftlichen Geschlechtsnamen, nach deren alphabetischer Reihenfolge der Stoff angeordnet wurde, interessierten mich Synonymik und Interpretation nicht nur der deutschen, sondern auch der lateinischen, der alt- und neugriechischen, der holländischen, französischen und englischen Bezeichnungen. Daß andere Sprachen nicht berücksichtigt wurden, erklärt sich aus mir mangelnder Kenntnis weiterer Idiome. Ich rechne jedoch auf die Liebenswürdigkeit der Leser, mir diesbezüglich auszuhelfen oder wenigstens mich mit weiteren, mir unbekannten Synonymen bekannt zu machen. Bei der Sammlung des Materials legte ich Wert darauf, speziell solche Namen in die Liste aufzunehmen, die auf die Giftigkeit der Pflanze in irgendeiner Weise hindeuten. Von gleichem

Interesse war mir, eine etwaige toxikologische Etymologie nicht leicht verständlicher Namen dieser Gewächse zu ergründen.

An Literatur benutzte ich, außer den im Text zitierten Abhandlungen, u. a. die nachfolgenden Bücher: Woordenboek: der nederlandsche volksnamen van planten 1907; Θ. Χέλδραϊχ (Heldreich): Τὰ δημώδη ὀνόματα τῶν φυτῶν. Athen 1910; Toussaint: Étude étymologique sur les flores normande et parisienne. Rouen 1906; F. Kanngiesser: Die Etymologie der Phanerogamennomenklatur. Eine Erklärung der wissenschaftlichen, der deutschen, französischen, englischen und holländischen Pflanzennamen, Gera 1908, (1909), und die dort verzeichnete Literatur. Ferner sei hier noch auf das ausführliche Werk über die Vergiftungen durch Blütenpflanzen verwiesen: Ch. Cornevin: Des plantes vénéneuses et des empoisonnements qu'elles détermiment. Paris 1893.

Aconitum. Alt- und neugriechisch: ἀκόνιτον. Das Wort wird u. a. abgeleitet von κονή (Mord) mit anlautendem α; doch scheint dieses erst bei Hesych. sich vorfindende Wort jüngeren Datums als ἀκόνιτον zu sein. Freilich wurde diese auch lat. aconitum genannte Pflanze (species: napellus: Rübchen) in der römischen Kaiserzeit vielfach zum Giftmord benutzt (vergl. auch meine Abhandlung über den Tod des Britannicus (Med. Klinik 1911, Nr. 49) und über den Tod des Kaisers Claudius (St. Petersb. Med. Wochenschr. 1911, Nr. 51 und 1912, Nr. 14). Sturmhut, Eisenhut, Wolfswurz[1]). Holländisch: monnikskap (Mönchskutte), duivelskruid, huwelijksbootjes (Heiratsbootchen), Adam-en-Eva-in-'t-koetske (vgl. die beiden unter dem Helm verborgenen Blätter der inneren Geschlechtshülle). Französisch: aconit, char de Vénus, tue-chien, étrangle-loup; englisch: aconite, monk's-hood, helmetflower (Helmblume), wolf's-bane: bane, ags bana, altgr. φόνος: Mord.

Arum, altgriechisch: ἄρον und δρακοντία (Drachenwurz), neugriechisch: δρακοντία. Die Etymologie des lateinischen arum resp. des griechischen ἄρον ist unsicher. Ob ἄρον mit dem nachfolgenden ἄσαρον — beide Pflanzen sind giftig und kommen an schattigen (felsigen) Waldstellen vor — sprachlich verwandt? Aronsstab, Pfaffenpint (pint: penis), „Ingwer" (wegen des Brennens, das der Genuß von Arum auf der Zunge zurückläßt), Johannishaupt (vgl. den roten Fruchtstand). Holländisch: aronskelk, aronsstaf, kindje-in't-pak (:Windeln), papekullekens (Pfaffengliedchen), manskracht (Mannskraft); die Pflanze wurde wohl der Signaturlehre entsprechend als Aphrodisiacum benutzt; duivelsstokjes; vlämisch: berstebeziën (-beeren), doodkers (-kirsche). Franz.: gouet (Etym. unklar), pied-de-veau, battant de cloche, chandelles, picotin von piquer (vergl. hierzu auch das Kriebeln in der Haut, das sich bei mir nach Genuß von 5 Beeren von Arum maculatum einstellte und unter allmählicher Verminderung der Intensität Monate anhielt (siehe auch Zeitschrift für Medizinalbeamte; 1916, Heft 20). Englisch: cuckoo-pint und lords and ladies; beide Ausdrücke im Ursprung wohl obszöner Etymologie.

Asarum, lat. desgl. alt- und neugr. ἄσαρον: etym. verw. mit ἄρον? Haselwurz: volksetymol. aus asarum? Brechwurz. Weihrauchkraut (cf. den Geruch der Pflanze), Pferdehuf. Holl.: mansoor; franz.: asaret, rondelle, oreillette, cabaret (Schenke), volksetym aus asaret? wegen der toxischen Wirkung? Engl.: hazelwort. Auf die Verwendung von Asarum europaeum als Abortivum (vgl. K. von Sury; Münchener Med. Wochenschrift; 1910, S. 26) verweist, soweit mir bekannt, kein Synonym dieser Pflanze.

Atropa belladonna. Ob die Alten unter στρύχνος μανικός resp. (s)trynchnon manicon und μανδραγόρας (mandragoras) u. a. auch die Tollkirsche verstanden, ist

[1]) Mit Wolf, welches Raubtier noch zu Anfang des verflossenen Jahrhunderts in Deutschland vorkam, sind viele Pflanzennamen anlautend, um solche Gewächse als giftig zu bezeichnen oder zu verdächtigen.

nicht sicher. Im Neugriechischen wenigstens scheint für diese (ob in Griechenland überhaupt vorkommende?) Pflanze kein Namen zu existieren. Der Speciesnamen Belladonna stammt von dem italienischen Synonym. Es heißt, die Italienerinnen hätten sich des Saftes dieser Pflanze als Mydriaticum, um durch die weiten, schwarzen Pupillen, ihre Augen interessant zu machen, bedient. Ich möchte diese allgemein übliche Etymologie, die ein Autor dem andern kritiklos nachschreibt, stark bezweifeln; denn die mit der Einträufelung des Tollkirschensaftes in den Bindehautsack verbundenen Beschwerden: Sehstörungen, Druckschmerzen im Auge, evtl. Kopfweh und sog. Atropinkatarrh beeinträchtigen doch stark den kosmetischen Wert. Der Name Atropa — vorher hieß die Tollkirsche bei den Autoren Solatrum furiale oder mortale und Solanum melanocerasum, lethale oder hortense nigrum — wurde von Linné für die giftige Tollkirsche nach der Parze Atropos (von ἄτροπος: unabwendbar) eingeführt, wobei ihm, indem er ein Feminin von ἄτροπος bildet, ein ähnlicher lapsus linguae unterlief wie bei Orchis (ὁ ὄρχις: der Hoden) mascula etc. statt masculus. Deutsche Synonyme für die Tollkirsche sind: Wolfs-, Wut-, Schlaf-, Teufelskirsche, Irr-Schwindelbeere, Bockwurz (als vermeintliches Aphrodisiacum?); „Die schöne Römerin". Holl.: doodkruid, doodelijke nachtschade, dolkruid. wolfskers, slaapbessen (-beeren). Franz.: belladonne, morelle furieuse, herbe empoisonnée. Engl : deadly nightshade, dwale: etym. v. ags. dwelian: irren. An neueren Arbeiten zur Toxikologie der Tollkirsche sind erschienen: J. Kucera: eine Vergiftung durch Tollkirschenblätter (Klin. therap. Wochenschrift; 1909, Nr. 14); F. Kanngießer: Eine Vergiftung durch Tollkirschenbeeren (Selbstexperiment) (Münch. Med. Wochenschrift; 1911, Nr. 47 und Wiener klinische Wochenschrift; 1917); J. von Braitenberg: Beitrag zur Vergiftung mit (Beeren der) Atropa belladonna (Wiener klinische Wochenschrift; 1916, Nr. 52); R. Kobert: Aus der Geschichte der Tollkirsche und der Pupillenerweiterung durch Gifte (In der „Weihnachtsgabe Rostocker Universitätslehrer" 1916) (?).

Bryonia, desgl. im lat. Altgr. βρυωνία (von βρύω sprossen, wuchern?), neugr. φαρμακία (d. h. Giftgewächs), ἀγριόκλημα (Wildranke), ἀγριοκολοκυθιά (wilder Kürbis) und ποντικοστάφυλο (Mäusetraube), Zaun-, Schlangen-, Teufelsrübe, Gicht-Stickwurz, Scheißwurz, Hundskürbis. Holl.: heggerank, vergifbezen rGiftbeeren), duivelskers, borstbes (volksetym. „Brustbeere" wohl für berstbes), hondsbes, stikwortel, vuurwortel (Feuerwurz), wrangwortel (Herbwurz); vlämisch: auch schijtraap; frz.: bryone, couleuvrée (Natternwurz), navet du diable (Teufelsrübe), vigne folle, feu ardent; engl.: bryony. Zur Toxikologie der Beeren von Bryonia dioica, vgl. Kanngießer; Berichte der deutschen pharmazeutischen Gesellschaft; 1915, H. 6.

Chelidonium. Alt- [und neu-?] gr. χελιδόνιον, lat. herba chelidonia. Ableitung von χελιδών: Schwalbe. Die Pflanze beginnt mit der Wiederkehr der Schwalben zu blühen. Schöll-Schellkraut, verstümmelt aus chelidonium? Goldwurz, Hexenmilch, Warzenkraut. Holl.: gouw(e), verwandt mit gold, gelb wegen des gelben Saftes der auch gelbblühenden Pflanze, der übrigens schon wenige Stunden nach Abriß der Blätter und Stengel in diesen (infolge Ausblutung oder Zersetzung?) nicht mehr oder kaum nachweisbar ist; schelkruid, vuurkruid, wrattekruid (Warzenkraut); vläm.: auch vergifkruid; franz: chélidoine, herbe aux verrues; engl.: celandine. Zur Toxikologie der Pflanze vgl. J. Kucera: Ein Fall von Vergiftung eines Kindes durch Saugen an Stengeln von Chelidonium majus (Wiener klinisch-therapeutische Wochenschrift; 1916, Nr. 37). Leider wird der giftige Schöllkrautsaft schon seit dem Altertum als Mittel gegen Augenkrankheiten benutzt; vgl. auch das holländ. Synonym: oogenklaar und frz.: (é)claire. R. Hilbert beschreibt im Zentralblatt für praktische Augenheilkunde (Sept., Okt. 1916) einen Fall von Schwellungskatarrh der Lider und Hypopyon-Iritis, hervorgerufen durch etwas Schöllkrautsaft, der zufällig ins Auge gekommen war.

Cicuta. Die Römer verstanden unter Cicuta das Conium maculatum. Die Etym. v. Cicuta ist unsicher. Im Neugriechischen scheint für die (auf griechischem Sprachgebiet nicht vorkommende?) Cicuta virosa keine Bezeichnung zu existieren. Wasserschierling, Parzenkraut, Wüterich, Tollkraut, Tollrübe. Holl.: waterscheerling, dolle kervel, stinkwortel (vgl. den sehr giftigen gelben stinkenden, nach anderer Ansicht wie Sellerie riechenden Saft der Wurzelrübe). Frz.: cicutaire, ciguë aquatique ou vireuse, persil des marais.

Engl.: water-hemlock, snakeroot (Schlangenwurz), cowbane (Kuhgift). Vgl. die Monographie von Marsh etc.: Cicuta or water hemlock (Bulletin of the U. S. Department of Agriculture. March 28, 1914); ferner R. Jaffé: Plötzliche Todesfälle nach Vergiftung mit Wasserschierling (Med. Klinik; 1917, S. 991).

Colchicum, lat. desgl., altgr.: ἐφήμερον (weil die, allerdings giftigste, Pflanze im Laufe eines Tages töte), meist aber κολχικόν (in Anlehnung an die kolchische Giftmischerin Medea? oder weil C. in Kolchis angeblich verbreitet sei); neugr.: σπασόχορτο (Berstekraut). Im Deutschen heißt Colchicum autumnale Herbstzeitlose, weil sie außerhalb der üblichen Blütezeit als Spätling blüht. Auf ihre Blütezeit nehmen auch die folgenden Synonyme Bezug: Michelsblume, Spinnerin, St. Gallusblümchen. Auf die Merkwürdigkeit, daß die Blüte im Herbst ohne Blätter (die samt der Frucht erst im nächsten Jahr treiben) erscheint, beziehen sich die folgenden Bezeichnungen: filius ante patrem, nackte Jungfer, Nacktärscher, Mucken (von mucke: vulva), faule Futen; die letzteren verächtlichen Namen weisen jedoch schon auf die Giftwirkung hin. Vgl. ferner: Hundstod, Kälber- und Rinderschisse. Wegen der Frucht: Kuheuter und Kuckuksweck. Holländ.: herfsttijloos, naakte juffrouwen, naakt mannetje, finsterbloem (angebl. vensterbloem: Fensterblume? Oder sollte der Namen auf die Giftwirkung hinweisen; finster heißt jedoch im Holländischen: duister. „Fin" steht vielleicht auch für veen [Moor, Torf], und heißt das Synonym wohl soviel als „Moorsternblume", da sie mit Vorliebe auf feuchten Wiesen wächst). Franz.: colchique, safran bâtard, dame sans chemise, cul tout nu, tuechien, chienne, veilleuse (Nachtlichtchen cf. holländ. morgensteerntjes). Engl.: meadow-saffron (auch im Deutschen: Wiesensafran).

Conium, lat. cicuta, altgr. κώνειον; wird aus κόνις: Staub, wegen der meist gefleckten Stengel von Conium maculatum herzuleiten versucht, auch von κονή (Mord) vgl. unter Aconitum, neugr κιρκοῦτα (cf. cicuta) und βρωμόχορτο (Stinkkraut, wegen des oft unangenehmen Geruchs der zerriebenen Pflanze). Schierling (d. h. Scheerling? Schneidling? wegen der Giftwirkung). Teufelpeterlein, Blutpeterlein (Peterlein: Petersilie), Wütrich, Würgling, Tollkerbel, Vogeltod. Holl.: gevlekte scheerling, dolle kervel, dolle petersilie, winterling. Zu dieser letzteren holländischen Bezeichnung vergl. in den Fröschen des Aristophanes Vers 123 etc.: „Der Weg durch Schierling zum Hades ist kalt und winterlich, rasch erstarren die Beine." (cf. Kanngießer: Botanische und medizinische Erläuterungen zu Aristophanes. Jenaïsche Zeitschrift für Naturwissenschaft; 1913, S. 851). Vlämisch: kokte (altfranz.: cocuë); neufranz.: ciguë [tachée ou tachetée], grande ciguë, ciguë d'Athènes, ciguë de Socrate (vergl. Kanngießer: Der Tod des Sokrates und des Seneca; Oesterr. Aerzte-Ztg.; 1912, Nr. 4). Engl. hemlock (altengl. homlock?) Zur Etymologie vgl. ags. hoem: Stroh, Halm; unter lock ags. leac versteht man gewöhnlich eine Pflanze mit hohlen Stengeln. Der Name hemlock wäre also vielleicht eine Tautologie.

Daphne mezerum. Diese Species war den alten Griechen und Römern nicht bekannt. Unter altgr. δάφνη versteht man den Lorbeer: lat. laurus. Die Daphnearten haben lorbeerähnliche Blätter, daher das qui pro quo resp. die Usurpation. Mezereum (ngr.: μεζέρεον, frz.: mézéréon, engl. und holl.: mezereon) stammt von einer arabisch-persischen Bezeichnung ab, die etymologisch mit ital. ammazzare (töten) verwandt sein soll. Seidelbast; verwandt mit althochdeutsch zîdal: Biene oder mit dem Namen des altgermanischen Kriegsgottes Ziu. Vgl. auch die schwedische Bezeichnung tiurbast. Der Strauch hat einen auffallend zähen, auf der Haut blasenziehenden Bast. Kellerhals (schwedisch Källarhals); vgl. livländisch Quälerhals und das deutsche volksetymologische Synonym Kälberhals. Der Genuß der Beeren veranlaßt ein Brennen im Hals und Rachen. Bergpfeffer, Brennwurz, Elendsblut, Menschenmörder, Giftbäumchen, Wolfsbast, Scheißlorbeer. Die Beeren sind ein heftiges Drasticum (vgl. Kanngießer: Eine Vergiftung mit Beeren von Daphne mezereum. Oesterr. Aerzte-Zeitung; 1914, Nr. 15). Eine schöne Bezeichnung ist die in Schlesien übliche: „Frühling", da seine herrlich duftenden rosafarbenen Blüten als erste Lenzboten, manchmal schon im Januar, erscheinen. Holländ.: peperboompje, blaarschors (Blasenbast), eerdsche (aardsche?) leeuw: irdischer Löwe? kleine laurier, miserieboom (volksetym.). Franz.: bois joli, bois gentil, lauréole gentille, malherbe, auréole (volksetym.), [faux-]garou (unter franz. garou, in loup-garou enthalten, versteht man den in einen Wolf verwandelten Teufel; vgl. die

deutsche hiermit vielleicht verwandte Bezeichnung Werwolf). Engl.: spurge-olive, spurge-laurel (Purgativum), dwarf-bay: Zwerglorbeer.

Datura stramonium. Ueber die Herkunft dieser merkwürdigen Pflanze bestehen verschiedene Mutmaßungen. Sie soll während dem dreißigjährigen Kriege durch Zigeuner aus Süd-Rußland eingeschleppt worden sein; nach anderer Ansicht soll sie erst seit der ersten Hälfte des 18. Jahrhunderts in Deutschland wild vorkommen; nach dritter Ansicht sei sie amerikanischen Ursprungs. Vielleicht regen die Notizen einmal an, der Geschichte dieser Pflanze nachzuspüren. Den alten Griechen und Römern war diese Datura wohl unbekannt. Neugriechisch: πορδόχορτο (von πορδή: Furz) und βρωμόχορτο: verächtliche Bezeichnungen; ferner τάτουλας und τατοῦλα vom türkischen tatula. Dieser wie der offizielle Namen soll von dem arabischen Synonym datora — man beachte den Wechsel der Liquida — das auch „stechen" bedeute (vergl. die stachliche Frucht) herzuleiten sein. Stechapfel, Dornapfel, Tollkraut, Teufelsapfel, Dotter (volksetym. aus Datura). Holl.: doornappel, dolappel, duivelskruid, duzelappel (vergl. deutsch: döseln; halbschlummern). Franz.: stramoine, von stramonia (14. Jahrh.), abzuleiten von στρύχνον μανικόν: (s. vorher Atropa; beide atropinhaltige Pflanzen bewirken eine deliröse Intoxikation), pomme épineuse. herbe aux sorciers, herbe magique, endormie, pomme du diable; engl.: thorn-apple.

Digitalis (purpurea). Zuerst von Fuchs 1542 so genannt; der Namen ist dem deutschen „Fingerhut" nachgebildet; im Lateinischen bedeutet digitalis: zu einem Finger gehörig. Fingerhut, Waldglöckchen, Waldschelle, Holl.: vingerhoedskruid, slangenbloemen; vlämisch: beurs van Judas (Judasgeldbeutel). Franz.: digitale (pourprée), gant de Notre-Dame, gantelée, doigt de la Vierge, doigtier, gueule de loup (Wolfsrachen); engl.: foxglove, goblin's-glove, dead-man's-bells, fairy's-cap. Auf die giftige Wirkung der Pflanze selbst weisen kaum Namen hin. Die Vergiftungsfälle ereignen sich übrigens auch fast ausschließlich durch die (1775 von W. Withering eingeführte) Digitalistherapie.

Euphorbia, altgr.: τιθύμαλ(λ)ος; Etymologie unsicher, εὐφόρβιον von εὐφέρβω: gut nähren, vielleicht per antiphrasim; lat.: herba lactaria; neugr.: γαλατσίδα (γάλα: Milch) und φλῶμος, auch φλόμμος geschrieben (worunter die alten Griechen eine Verbascumart verstanden) abzuleiten von φλογμός: das Brennen, die Entzündung, (vgl. Kanngießer: Ueber die hautirritierende Wirkung des Latex von Euphorbiaarten. Bericht zweier Fälle [Reichsmedizinal-Anzeiger; 1912, Nr. 12]. Ueber Iritis toxica durch Tithymalus Cyparissias vgl. R. Hilbert [Zentralblatt für prakt. Augenheilkunde, Februar 1897]). Wolfs-, Teufels- und Hexenmilch, Scheißkraut, Warzenkraut. Holl.: wolfsmelk, heksenmelk, schijtkruid, wrattekruid; franz.: euphorbe, lait de loup (louve), épurge (Purgativum), rhubarbe des paysans (desgl.), lait de pie (Elstermilch); engl.: spurge, devil's-milk.

Helleborus, lat.: helleborus; altgr.: ἑλλέβορος und ἐ. (?) Was die Alten unter diesem Kollektivnamen, in dem „anscheinend" auch eine Helleborusart inbegriffen war, vielleicht auch ein Veratrumgewächs[1]) etc., verstanden haben, ist nicht recht klar. Es scheint da großer Wirrwarr in der Nomenklatur zu herrschen, aus dem man nicht recht herausfindet. Ableitung von ἕλειν: nehmen und βόρα: Nahrung. Helleborus cyclophyllus heißt im Neugr.: σκάρφι (cf. σκαρφίζομαι? = Grillen fangen, sich etwas in den Kopf setzen). Nieswurz: Die Pflanze hat eine die Schleimhäute stark irritierende Wirkung. Riechen am trocknen Wurzelpulver mag Niesanfälle auslösen. Bitterwurzel, Stinkwurzel, Bären- und Greiffuß, Schlangenwurzel, Feuerkraut. Holl.: nieskruid, vuurkruid, wrangkruid (d. h. Herb-Bitterkraut); vlämisch: vaankruid (= waankruid: d. h. Wahnkraut)?, duivelinne; franz.: hellébore, herbe de feu, pied de griffon; engl.: hellebore, bear's-foot. Helleborus niger: Schnee- oder Christrose, Wendewurz (blüht um die Zeit der Wintersonnenwende); holl.: kerstroos (Christrose), franz.: rose de Noël; engl.: Christmas-rose.

Hyoscyamus, desgl. im lat., daselbst auch Herba apollinaris (vgl. frz.: herbe de sainte Apolline; Apollo galt als Erfinder der Heilkunst); vergl. die neugriechische Bezeichnung γιατρός (Arzt), auch γέρως (Greis) beide für H. niger, H. albus heißt im neugr. σκυλόλακα (σκυλο-„Hunds"-); altgr.: ὀσχύαμος, d. h.

[1]) Germer: Brechwurz, Nieswurz (Veratrin!)

Saubohne (vgl. die entfernte Aehnlichkeit der Pflanze mit der Vicia faba). Bilsenkraut; vgl. russ.: bjelna; poln.: bielnu. Diosc. vermerkt als gallische Bezeichnung βιλινουντία; die Namen sind angeblich abzuleiten von einem Stamm bal, der töten bedeutet. Todesfälle durch Bilsenkraut, dessen Genuß ein originelles Delir bewirkt, sind aber m. W. nicht beobachtet worden. Ich bin daher beruhigt, daß der Mönch in Münchhausens prächtiger Ballade von den zwei Frauen, sein Ziel, die schöne Türkin durch Bilsenkraut zu töten, wohl nicht erreicht haben wird. Weitere Synonyme für H. sind: Rasekraut, Zigeunerkraut, Schlafkraut, Teufelswurz, Tollkraut, Hühnergift, Teufelsauge, Zankkraut, Zankteufel. Holländ.: bilzenkruid, hennebloemen; frz.: jusquiame, hennebane (Hühnergift), mort aux poules; engl.: henbane. Vgl. Philippi & Mühle: Ueber eine Massenvergiftung durch den Genuß von Wurzeln von Hyoscyamus niger. (Münchener med. Wochenschrift; 1910, S. 2473).

Juniperus sabina. Es sei hier von den vielen deutschen Etymologien des Wortes Juniperus auch die erwähnt, die den Namen von juvenis, das nach Ovid auch Mädchen bedeutet und parere: gebären ableitet, also auf die abortive Kraft des betr. genus hinweist. Die Herba sabina erhielt ihren Namen angeblich von der Sabinerlandschaft, wo diese Wachholderspecies verbreitet ist. Die Pflanze wurde schon im Altertum als Abortivum benutzt. Die alten Griechen nannten sie βράθυ (Etymologie?). Sebenbaum, Siebenbaum (assimiliert aus sabina), im salzburgischen: „Segenbaum"; weitere Synonyme sind: Jungfernpalme, Mägdebaum, Jungfernrosmarin, Stinkholz, Hurenbaum, Kindermord, verbotener Baum. Holl.: sevenboom, hoereboom; frz.: sabine, savinier; engl.: savin.

Lolium temulentum: d. h. betäubender Lolch; lat.: lolium (Virgil gibt ihm im Georgicon das Epitheton „infelix"), verwandt mit δόλιος: falsch, unecht (?); alt- und neugr.: αἶρα (von αἴρω: emporheben, umbringen?); Taumelloch, Tollkorn, Schwindelhafer (vgl. das Uhlandsche Gedicht: Schwindelhaber), Töberling, Tollgerste, Rausch, Volleule. Holländ.: dolik; vlämisch: dronkaard (Trunkenbold); frz.: ivraie; engl.: darnel, vgl. darn: damn: verwünschen. Nach neueren Forschungen soll die Giftwirkung des Taumellochs auf pilzzersetzten Samen desselben beruhen, die unters Brotgetreide kommen. Aus neuerer Zeit liegen m. W. keine Berichte über solche Vergiftungen vor, auch nicht über ökonomische durch mit Secale cornutum (Mutterkorn, Stiefmutterkorn, Hungerkorn, Totenkopf, Wolfszahn, franz. und engl.: ergot) durchsetzten Mehl. Die Zeiten sollten veranlassen, schon aus prophylaktischen Gründen, auf derlei Mehlbeimengungen rechtzeitig zu achten bezw. sie zu vermeiden

Papaver somniferum, lat. papaver. (papa: in der lat. Kindersprache: Speise, Brei; holl.: „papp" desgl., ebenso „Papp" in einem Brief der Elisabeth Charlotte v. J. 1674). Es scheint eine uralte Unsitte zu sein, Kinder mit Mohnbrei einzuschläfern; zwar gilt der reife Samen für ungiftig, ist aber doch wohl, erst recht bei Kindern und in Menge genossen, toxisch. Altgr.: μήκων, verwandt mit althochdeutsch mago, das auch Magen bedeutet, wegen der magenförmigen (!?) Frucht (?). Vgl. litauisch: megmi: schlafen. Mohn: verwandt mit mago und μήκων? Magsamen, Schlafmohn, Schlafkopf. Holl.: slaapbol (bol = Ball, Kugel), maankop, slaaproos; franz.: pavot, ponceau (verwandt mit φοινίκεος: purpurrot?), rose de loup; engl.: poppy; neugr.: παπαροῦνα, ἀφιῶνι (Opium) und ὕπνος (Schlaf).

Paris quadrifolia. Abl. v. par: gleich wegen der (meist)[1]) vier gleichen Blätter. Man vergleiche die hübsche Fabel, daß die vier Blätter Paris und die drei Göttinnen, die Beere in der Mitte aber den Erisapfel darstellen. Einbeere, Sternkraut, Sauauge, Wolfswürge. Holl.: eenbes, dolwortel, wolfsbes, twistappel, spinnekop; frz.: parisette, raisin de renard, étrangle-loup; engl.: herb-Paris, true-love. Ueber die Giftigkeit dieser Pflanze hört man verschiedenes; mancher Bericht aber dürfte wie bei den Nachtschattenbeeren auf Verwechslung mit der Tollkirsche beruhen. Herr Paul Eggmann erzählte mir, daß seine Schwester als Kind absolut unbeschadet ein paar Einbeeren verzehrt habe. Ich selbst verspürte nach Genuß von 25 Einbeeren (vergl. Naturwissenschaftliche Wochenschrift; 1914, S. 512) keine wesentlichen Beschwerden. In dem Buch von P. Esser: Die Giftpflanzen Deutschlands (1910), erinnere ich

[1]) Je nach dem Alter des Wurzelstocks trägt die Pflanze in jungen Jahren eins, in höherem Alter bis zu sieben Blätter.

mich gelesen zu haben, daß Vergiftungserscheinungen erst nach Genuß von 30 bis 40 Beeren auftreten sollen.

Solanum dulcamara. Der Namen Solanum (Etym.?) findet sich schon bei Plinius und Celsus für eine στρύχνος-Art. Theophrast nennt den Bittersüß στρύχνος ὑπνώδης; Diosc. στρ. ὑπνωτικός (alt- und neugr. στρυφνός, bedeutet: herb, zusammenziehend); neugr.: ἀγιόκλημα (wohl Druckfehler für ἀγριόκλημα: wilde Ranke; vgl. unter Bryonia); Elfenranke, Stinkteufel, Mäuseholz. Holl.: bitterzoet, dolkruid, elfrank(e), hondskers; vläm.: berstebeziën; frz.: douce-amère, vigne grimpante, vigne de Iudée, feu sauvage; engl.: bittersweet. Ueber die Giftigkeit dieser Pflanze hört man verschiedenes. H. Christ (Zur Geschichte des alten Bauerngartens. Basler Zeitschrift für Geschichte und Altertumskunde; Bd. XVI., Sep. Abdr. S. 41) vermerkt folgendes: „Auch vom Bittersüß sah Schürmann in Flüelen Kinder sowohl Holz, als Beeren essen. Er warnte sie umsonst; ‚es sei allgemeiner Landesbrauch'". Ich selbst aß 25 Bittersüßbeeren unbeschadet (Naturw. Wochenschr.; 1913, Nr. 46). Hingegen berichtet Richard Hilbert über einen schweren Vergiftungsfall bei einem 8jährigen Mädchen nach Genuß von einem Dutzend dieser Beeren (Münchener Med. Wochenschrift; 1915, S. 1785).

Solanum nigrum. Bei Diosc. στρύχνος μέλας (κηπαῖος), bei Plin. strychnus, neugr.: στύφνος und μαυρόχορτο (Schwarzkraut). Nachtschatten (d. h. schwarzer Schaden?); holl.: zwarte nachtschade, hondebes; vläm.: berstkruid: frz.: morelle (noire), verw. mit μαυρός: dunkel, schwarz, herbe des magiciens, raisin de loup, crève-chien; engl.: nightshade. Auch über die Nachtschattenbeeren liegen verschiedene Angaben vor. Ich selbst aß 25 Beeren ziemlich unbeschadet, wie denn die Nachtschattenbeeren zuweilen sogar gärtnerisch gezüchtet in manchen Ländern als schmackhafte Beeren genossen werden. Aber zweifellos liegen auch Fälle von Vergiftungen durch diese Beeren vor; vgl. die von mir publizierten Fälle: Naturw. Wochenschrift; 1913, Nr. 46 und 1914, Nr. 32.

Taxus (verwandt mit τόξον: Gift?), lat. desgl. (Caesar: bell. gall. VI 31. Catuvolcus taxo, cuius magna in Gallia Germaniaque copia est[1]), se exanimavit). Altgr.: σμίλαξ, neugr.: ἴταμος und δένδρο τοῦ θανάτου! Eibe (Etymologie unsicher), Giftbaum, Todesbaum (diese Bezeichnung in den verschiedenen Sprachen wohl mehr wegen des düsteren Aussehens, daher auch vielleicht die Anpflanzung auf Kirchhöfen). Holl.: taxus, ieve, boom-des-doods, venijnboom[2]) (Giftbaum); franz.: if.; engl.: yew. Zur Toxikologie dieser Pflanze vgl. von neueren Arbeiten die beiden folgenden: P. Ehrenberg und G. Freiherr von Romberg: Die Giftigkeit der Eibe (Die landwirtschaftlichen Versuchsstationen Berlin 1913, S. 339—388) und F. Kanngießer: Sind die Eibenbeeren giftig? (Festschrift des preußischen botanischen Vereins (Königsberg 1912, S. 131).

Anschließend an vorstehende Erörterung über die Giftnamen von Pflanzen, sei hier noch einiges über das Rauschbeerenproblem berichtet. Unter der Rauschbeere versteht man — abgesehen von der Krähenbeere: Empetrum nigrum, die als genießbar gilt und abgesehen von Arctostaphylos alpina, über deren Toxicität kein ungünstiger Bericht vorliegt — vornehmlich Vaccinium uliginosum. Ueber die Beeren dieser Pflanze schrieb mir mein Freund, Geheimrat Dr. Rich. Hilbert, z. Z. Oberstabsarzt, das folgende: „Vaccinium uliginosum wird Rausch- oder Trunkelbeere im Volksmund genannt wegen angeblich berauschender Wirkung seiner Früchte. Diese Wirkung ist aber nicht vorhanden. Ich selbst aß die Beeren als Kind in großen Mengen. In Königsberg kommen die Rauschbeeren vielfach auf den Markt. Ich glaube, daß die angebliche nar-

[1]) Daselbst nunmehr auf den Aussterbeetat gekommen.
[2]) venijn = lat. venenum.

kotische Wirkung auf einem Beobachtungsfehler beruht. Wenn jemand beim Sammeln dieser Beeren eine giftige Wirkung gemerkt hat, so mag dies auf das an gleichem Standort wachsende Ledum palustre zurückzuführen sein. Das Einatmen des starken Porstduftes (Ledumkampfer) wird die dem Vaccinium uliginosum zugeschriebene Wirkung ausüben." Vgl. hierzu R. Kobert: „In Rußland will man beobachtet haben, daß die starken Ausdünstungen des Ledum palustre, das dort in Unmenge wächst, betäubend wirken können" (Lehrbuch der Intoxikationen; II, 1906, S. 532). Seine Durchlaucht Friedrich Wilhelm Fürst zu Ysenburg und Büdingen teilte mir folgendes mit: „Ueber die Giftigkeit der Beeren hört man sehr verschiedentliches. So ganz unschuldig ist die Rauschbeere (Vacc. ulig.) doch nicht, für viele wenigstens, die Schwindelanfälle nach dem Genuß bekommen. Es liegt hier wahrscheinlich auch Idiosynkrasie vor wie bei der Erdbeere. Meine Kinder haben 1895 bei Lungern (Obwalden) massenhaft die Rauschbeeren ohne jeglichen Schaden gegessen." Mein Freund Prof. Dr. oec. publ. Graf zu Leiningen schrieb mir über die Frage dieses: „Vaccinium uliginosum, auch Trunkel- und Schwindelbeere genannt, ‚soll' in Mengen genossen, Kopfweh und Erbrechen hervorrufen. Hans Schreiber aber, der Direktor der Moorkulturstation Sebastiansberg, berichtete, daß er als Kind die Beeren in Mengen ohne jeden Schaden genossen habe, ferner daß die Kamtschadalen aus dem Beerenmost ein geistiges Getränk bereiten würden." Aus einer Zeitungsnotiz entnehme ich, daß sibirische Völkerschaften diese Beeren oft zusammen mit dem bekanntlich berauschenden Fliegenschwamm verzehren sollen. Immerhin ist die Möglichkeit, daß der Namen Rauschbeere sich auf eine sporadische Giftwirkung dieser Pflanze bezieht, eventuell auf ein aus ihren Früchten hergestelltes berauschendes Getränk, nicht ganz abzuweisen, um so mehr als diese Vermutung durch zwei weitere Synonyme: Trunkel- und Schwindelbeere gestützt wird, Namen, die allerdings auch erst sekundär aus mißverstandenem „Rauschbeere" entstanden sein können. So glaubt F. Netolitzky (Oesterr. bot. Ztschr.; 1914, S. 43—45), daß der Volksglaube an eine Giftwirkung der Beere auf irriger Etymologie beruhe. N. bringt rausch mit mhd. rusch: Binse in Beziehung. Rauschbeere bedeute demnach so viel wie Moor-, Sumpf-, Moos- oder Bruchbeere (Ber. d. Schweiz. bot. Ges.; 1916, S. 331). Wenn aber schon ein Mißverständnis angenommen wird, dann wäre es m. E. einfacher, Rauschbeere, so man es nicht mit „rocher" (Felsen) in Relation bringen will, als Rauhbeere, d. h. als Wildbeere minderer Qualität zu erläutern. Immerhin sei erwähnt, daß L. Lewin (Traité de toxicologie; Paris 1903, S. 709) vermerkt: „Prise à doses élevées, l'airelle des marais aurait provoqué une fois: céphalée, engourdissement, nausées et vomissements." In Ansehung der reichen toxikologischen Literatur über die Ericinen wäre ein dubiöses Verhalten der Rauschbeeren nicht zu verwundern.

Ueber die Tabakpflanze findet sich in der Zeitschrift „Der Tabakgegner“ (Jahrgänge 1912 bis 1917) ein so reiches wissenschaftliches Material, daß ich mich begnüge, auf diese Quelle hingewiesen zu haben. Ueber die Namen der Giftpilze hoffe später einmal zu berichten.

Die Tätigkeit des bayerischen Bezirksarztes im Kriege.

Von Dr. **J. Dreyfuß**, Kgl. Bezirksarzt in Frankenthal (Pfalz).

In Nr. 13 des vorigen Jahrgangs der Zeitschrift hat Dr. Sorge die „Aufgaben für den Kreisarzt während des Krieges“ behandelt. Während diese Arbeit sich mehr vorsehend und ratend gehalten hat, möchte ich in folgendem an der Hand der bisherigen Erfahrungen zu zeigen versuchen, wie sich die Tätigkeit des bayerischen Bezirksarztes im Kriege praktisch gestaltet hat.

Zunächst ist natürlich die normale Tätigkeit, die sich vorschriftsmäßig zum großen Teil mit Besichtigungsreisen im Bezirk befaßte, geringer geworden; denn, wenn auch die Notwendigkeit, Mißbräuche zu verhüten, im Kriege noch dringender ist als sonst und deshalb gelegentliche Musterungen von Drogerien, besonders von Schrankdrogerien, außerordentliche Revisionen von Hebammen und dergleichen nicht außer Acht gelassen werden durften, so sind doch anderseits die eigentlichen Gemeindebesichtigungen weniger wertvoll geworden, weil die gemeindlichen wie die Bezirksverwaltungsbehörden mit anderen Arbeiten überlastet sind, für die Besichtigungen daher weniger Interesse zeigen und wohl auch aus finanziellen Gründen die Aussicht, auf Grund der Besichtigungen Verbesserungen durchzusetzen, geringer geworden ist.

Aus den nachstehenden Darlegungen wird sich aber ergeben, daß trotzdem die Gesamttätigkeit des Bezirksarztes keine weniger anstrengende war als im Frieden, daß er vielmehr auch an dem allgemeinen Uebermaß von Arbeit, das den Heimatkämpfern zuteil wurde, sein gerütteltes Maß abbekommen hat. Ich sehe dabei natürlich ab von einer etwaigen Lazarettätigkeit, die ja nicht zur amtsärztlichen Tätigkeit gehört, obwohl auch sie wohl den meisten Bezirksärzten den letzten Rest ihrer freien Zeit in Anspruch genommen hat.

Was der gesamten Staatsverwaltung zu Hause seit Beginn des Krieges wohl mit am allermeisten Arbeit verursacht hat, die Ernährungsfrage, hat auch in die Tätigkeit der meisten Bezirksärzte ihre Fühlhörner und Ausläufer in ausgedehntem Maße hineinfühlen lassen. Im Anfang des Krieges, so lange es sich darum handelte, die Bevölkerung über die notwendigen Aenderungen in der Ernährung zu belehren, hatten wir Gelegenheit, uns durch öffentliche Vorträge in landwirtschaftlichen Vereinen und dergl., sowie durch Verbreitung aufklärender Artikel in der Presse zu beteiligen. Wenn trotzdem, wie ich bemerken konnte, nachher an vielen Orten merkwürdigerweise die Bildung der Nahrungsmittelausschüsse ohne

Zuziehung der Amtsärzte erfolgte — wohl oft deshalb, weil man die Teilnahme der ärztlichen Mitglieder der Gemeindevertretungen für genügend hielt —, so wurde, als bald darauf der Uebergang von der Theorie der Belehrung und der Beschlüsse zu der Praxis der Verteilung erfolgte, die Notwendigkeit, den Bezirksarzt zu befragen, wieder häufiger anerkannt. Die Bundesratsvorschriften über die bevorzugte Versorgung der stillenden Mütter und der Kranken mit Milch waren gut gedacht; aber es machte an manchen Orten außerordentliche Schwierigkeiten, ihnen zur Durchführung zu verhelfen. Die Kreise der erwachsenen, nicht vorzugsberechtigten Personen waren oft mächtig genug, jenen gesetzlichen Vorzug illusorisch zu machen; es erforderte deshalb oft außerordentlich viele Gänge, Mühe und Schreibereien des Bezirksarztes, um die Lebensmittelämter zu veranlassen, nach Möglichkeit die Milchhändler zur Vorzugsbefriedigung der Vorzugsberechtigten zu zwingen. An meinem Amtssitze ist dies überhaupt schließlich nur dadurch — und auch dann noch unvollständig — gelungen, daß die Säuglingsfürsorge den Verkaufvertrieb der Milch für stillende Mütter selbst übernommen hat, wobei die Milchhändler gezwungen wurden, ihr die nötige Milch zu liefern. Sodann stellte sich bald die Notwendigkeit heraus, die Vorzugsberechtigung der Kranken auf Zuweisung von Milch, Fleisch, Fett, Weißbrot und dergl. amtsärztlich zu überprüfen.

Bei der Einrichtung der Kriegsküchen ist es wiederum der Amtsarzt, der einerseits mit unter die treibenden Kräfte für die Einrichtung tritt, anderseits bei der Einrichtung selbst mit raten hilft und die Beaufsichtigung über die Hygiene, die Nahrungsmittelmenge usw. übernimmt.

Die Fürsorgebewegung hat durch den Krieg einen starken Anreiz erhalten, so daß die Säuglings- und Tuberkulose-Fürsorge an Orten, wo sie bisher Widerstand gefunden hatte, eingerichtet werden konnte, überall aber eine wesentlich erhöhte Inanspruchnahme fand. In einer Verfügung des K. Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 7. Juni 1916 betr. Säuglingsfürsorge wird ausgeführt:

„Bei der Ueberlastung der Distriktsverwaltungsbehörden mit sonstigen Kriegsaufgaben wird es während des Krieges vor allem Aufgabe des Bezirksarztes sein, für die Durchführung der Maßnahmen, die nach örtlichen Verhältnissen zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit geeignet erscheinen, zu sorgen, hierbei selbst nach Möglichkeit mitzuwirken usw."

Demgemäß haben sich die Bezirksärzte wohl überall bemüht, die Säuglingsfürsorge in entsprechender Weise zur Einführung zu bringen. Bei der geringen Zahl der Heimatärzte und ihrer Ueberlastung sind die Bezirksärzte vielfach genötigt, die regelmäßigen ärztlichen Beratungsstunden selbst abzuhalten. In der Säuglingsfürsorge hat außerdem eine Steigerung der Arbeit durch die Reichswochenhilfe und durch die Schwierigkeiten der Milchverteilung, in der Tuberkulosefürsorge durch die Ueberweisung entlassener Militärpersonen stattgehabt. Infolgedessen sind dann beide Beratungsstnnden sehr stark besucht.

In der Fürsorge gegen übertragbare Krankheiten ist seit der Kriegszeit unsere Verantwortung naturgemäß noch größer als sonst. Die Einschleppungsmöglichkeit seltener übertragbarer Krankheiten ist erhöht. Wer solche Einzelfälle von Fleckfieber oder dergl. in seinem Bezirk erlebt hat, weiß was diese an besonderer Arbeit zu bedeuten haben. Aber auch schon unsere einheimischen übertragbaren Krankheiten bringen durch Anfragen und Meldungen von Militärbehörden, durch die Vermehrung der Bazillenträger im Bezirk infolge militärischer Beurlaubung solcher, durch die Notwendigkeit, gesunde Urlauber, in deren Behausung ansteckende Krankheiten auftreten, entsprechend zu unterrichten und nötigenfalls von der Rückkehr ins Feld zurückzuhalten, vermehrte Arbeit. In meinem Amtsbezirk ist auf meine Veranlassung seit diesem Jahr eine eigene Fürsorgeschwester im Kampfe gegen übertragbare Krankheiten tätig, die alle Fälle von Scharlach, Diphtherie usw. im ganzen Bezirk aufsucht, den Zusammenhang mit anderen feststellt und ermittelt, die möglichste Absonderung und fortlaufende Desinfektion überwacht, von allen Fällen nebst Umgebung Rachenabstriche entnimmt, die Schule benachrichtigt usw. Diese neue Einrichtung ist natürlich sehr geeignet, die Uebertragungen von Krankheiten zu vermindern. Es ist aber auch selbstverständlich, daß sie dem Bezirksarzt durch die regelmäßigen, fast täglichen Unterredungen mit der Fürsorgeschwester und durch die eingehende Beschäftigung mit jedem einzelnen Fall viel Arbeit- und Zeitopfer verursacht. Dazu kommen die außerordentlichen Lebensmittel und Gebrauchsgegenstände die Möglichkeit einer Pockenimpfungen von Personen, die in die Etappe oder in das besetzte Gebiet reisen, sowie der Desinfektoren und des sonstigen Personals.

In der Ueberwachung der Pflegekinder ist eine noch größere Sorgfalt als sonst nötig, weil bei der Schwierigkeit der Beschaffung und der herrschenden Teuerung aller schlechten Versorgung der Pflegekinder näher liegt als sonst. In meinem Amtssitze ist deshalb auf meine Anregung das Pflegegeld erhöht worden; außerdem widmet die Säuglingsfürsorgerin bei ihren Hausbesuchen ihre Aufmerksamkeit auch den Pflegekindern.

Sodann hat der Krieg direkt den Amtsärzten eine ganze Anzahl von neuen Arbeiten gebracht. Je länger der Krieg dauert, desto größer wird die Zahl derer, denen Arzt und Apotheke von der Kriegsfürsorge bezahlt wird. Demgemäß laufen bei den Lieferungsverbänden eine Unzahl von ärztlichen und Apothekenrechnungen ein, die alle amtsärztlich geprüft sein müssen.

Durch Verfügung des K. Ministeriums wurden die K. Bezirksärzte mit der Feststellung des Grades der Erwerbsbeschränkung der Militärhinterbliebenen zur Regelung von Kriegselterngeld betraut und zwar, da bei der vaterländischen Bedeutung der Hinterbliebenenfürsorge „die

Kosten vom Staat übernommen werden", ohne Gebühren. Die Zahl der Untersuchungen steigert sich fortwährend, während naturgemäß die amtsärztlichen Zeugnisse der Friedenszeit, für die Gebühren erhoben wurden, fast verschwunden sind. Selbstverständlich soll aber betont werden, daß es der Amtsarzt zu seinen stolzen und befriedigenden Aufgaben rechnet, den Kriegshinterbliebenen bei der Erlangung ihrer Renten behilflich zu sein. Dasselbe gilt, nach einer neueren Verfügung, bezüglich der Untersuchungen betreffend das Kapitalabfindungsgesetz.

Der Bezirksausschuß für Kriegsbeschädigtenfürsorge wendet sich, wenn er für einen Kriegsbeschädigten behufs Einleitung eines Heilverfahrens, behufs Unterbringung in einen Beruf, behufs sonstiger Förderung oder Unterstützung einer ärztlichen Begutachtung bedarf, naturgemäß an den Bezirksarzt.

Viele Militär-Urlauber glauben, sie müßten im Erkrankungsfalle zur Behandlung den Bezirksarzt zuziehen; in manchen Fällen verlangen auch die Truppenteile bei Einsendung von ärztlichen Zeugnissen von Urlaubern oder ihrer Familienangehörigen bezirksärztliche Nachprüfung des Krankheitsfalls.

Die Sitzungen des Armenpflegeschaftsrats sind wesentlich häufiger und erfordern unsere Anwesenheit mehr als sonst. Dazu kommen die zahlreichen anderen Sitzungen der Kriegsfürsorge — und anderer Ausschüsse.

Mit all diesen genannten Dingen sind aber die Möglichkeiten, für die Kriegsfürsorge und die Kriegsbeschädigtenfürsorge tätig zu sein, nicht erschöpft. Aus dem ganzen Bezirk kommen beständig zahlreiche persönliche und schriftliche Anfragen über alle möglichen Dinge, bei denen die Leute den Bezirksarzt teils mit Recht, teils mit Unrecht für die Stelle halten, an die sie sich zu wenden haben. Der eine hat eine Anfrage wegen einer militärischen oder zivilen Entschädigungsangelegenheit, der andere möchte ein Reklamationsgesuch einreichen; eine Frau möchte wegen Erkrankung ihren Mann oder ihren Sohn beurlaubt haben, eine andere Frau glaubt, der Bezirksarzt könne den Urlaub ihres Mannes verlängern, weil im Nachbarhaus Scharlach ausgebrochen sei, wiederum eine andere glaubt, sie müsse sich an den Bezirksarzt wenden, wenn ihr Sohn in ein anderes Lazarett verlegt sein will. Die unaufhörlichen Anfragen wegen der Ernährung, die Gesuche um Zusatzkost der verschiedensten Art wurden bereits erwähnt. Dadurch wird, zumal, wenn die Tuberkulose- und Säuglingsfürsorge in der Hand des Bezirksarztes vereinigt sind und wenn all die obigen Anfragen erledigt und die Leute an die entsprechenden Stellen verwiesen werden, das Amt des Bezirksarztes in der Tat beinahe schon jetzt zu jenem „zentralen Fürsorgeamt", das neuerdings von verschiedenen Seiten gefordert wird und unter amtsärztliche Leitung gestellt werden soll.

Die Unabkömmlichkeitsgesuche der Aerzte, Zahn-

ärzte und dergleichen gehen, wenn sie nicht direckt von uns auslaufen, durch unsere Hände.

Die Untersuchungen von geheimen Prostituierten haben sich infolge der Meldungen, die von der Militärbehörde über erkrankte Soldaten und die angeblichen Ansteckungsquellen an die Zivilbehörden erstattet werden, wesentlich vermehrt.

Die meisten Bezirksärzte, wenigstens in der Pfalz, haben in ihren Bezirken oberelsässische Flüchtlinge, mit deren gesundheitlicher Ueberwachung sie beauftragt sind.

Die Statistik der verstorbenen und gefallenen Militärpersonen, die sowohl zum Jahresbericht getrennt von der übrigen Sterblichkeitsstatistik, als auch bei jedem Vierteljahrsbeginn an das K. Statistische Landesamt eingesandt werden muß und die auf Grund der von den Bürgermeisterämtern eingelieferten Anzeigen erstattet wird, hat den Bezirksärzten besonders im Anfang des Krieges manchen Verdruß bereitet, weil die Anweisungen teils sehr verspätet eintrafen, teils nicht klar genug waren, sodaß die späteren Anweisungen mit den früheren sich zum Teil nicht deckten und Aenderungen der bereits fertig gestellten Tabellen notwendig machten.

Eingangs wurde erwähnt, daß bei unserer Betrachtung von der Lazarett-Tätigkeit, die ja nicht amtsärztlich ist, abgesehen wird. Jedoch müssen hier die Ausbildungskurse für Kriegshelferinnen erwähnt werden, weil man vom Lazarett abgesehen, mit diesen Ausbildungskursen mit Vorliebe die Bezirksärzte betraut.

Eine weitere Vermehrung und teilweise Erschwerung unserer Tätigkeit, die nicht unmittelbar mit dem Krieg zusammenhängt, aber zufällig mit dem Kriege eingetreten ist, bildet die Einführung der neuen Armengesetzgebung in Bayern. Während bis dahin bei Einschaffung von Gebrechlichen in eine Anstalt nur eine Nachprüfung der Zeugnisse nötig war, hat nunmehr in jedem Falle eine Nachuntersuchung des Kranken stattzufinden, und die Bestimmung der Notwendigkeit der Aufnahme verursacht bei der engumschriebenen Art der Voraussetzungen manches Kopfzerbrechen.

Die Steigerung der Geschäftslast der bayrischen Bezirksärzte durch den Krieg kommt am besten zum Ausdruck in der Zahl der Einlaufsnummern. Während diese Zahl z. B. in meinem Bezirke im Jahre 1913: 2016, 1914: 2104 betrug, stieg sie im Jahre 1915 auf 2551, und im Jahre 1916 auf 4311.

Selbstverständlich werden die vorstehend geschilderten Verhältnisse nicht bei allen bayrischen Bezirksärzten in gleicher Weise alle zutreffen, sondern je nach der Größe des Bezirks da das eine, dort das andere. Aber sicher haben alle ihren Anteil daran. Wenn dazu noch erwähnt wird, daß das Diensteinkommen an Zengnis- und Impfgebühren auf Jahre hinaus vermindert ist, und daß unsere Geschäftsauslagen, für die uns niemand entschädigt, der Teuerung entsprechend, sich ver-

mehrt haben, so wird wohl klar, daß auch wir bayrischen Bezirksärzte an den Mühen und Sorgen der Zeit unseren gebührenden Anteil zu nehmen Gelegenheit haben. Wir wissen, daß wir damit nicht mehr tun, als zahlreiche andere Volksgenossen, die in der Heimat mitkämpfen. Es dürfte aber dennoch nicht unbescheiden sein, für die Geschichte unseres Standes auch eine Schilderung unserer Kriegstätigkeit zu geben.

Die beim weiblichen Geschlecht gebräuchlichen Gummiartikel zur Verhütung und Unterbrechung der Schwangerschaft.

Von Sanitätsrat **Dr. Schnell**, Frauenarzt in Elberfeld.

Im Spätherbst 1915 wurde in Düsseldorf unter dem Vorsitz des Regierungspräsidenten und unter zahlreicher Beteiligung hervorragender Persönlichkeiten in amtlicher wie privater Stellung aus allen Kreisen der Bevölkerung eine „Vereinigung für Familienwohl“ gegründet, die es sich zur Aufgabe macht, im Hinblick auf den Geburtenrückgang auch in Deutschland über das Wohl und Wehe der Familie als der elementaren Kraftquelle von Volk und Staat Beratungen zu pflegen und deren Ergebnisse der Verwirklichung entgegenzuführen. Zur Sonderbearbeitung der einschlägigen religiös-sittlichen, der gesundheitlichen, polizeilich-strafrechtlichen, sowie der Steuer-, Lohn- und Gehaltsfragen, ferner des Wohnungs- und Siedlungswesens, der Werbe- und Presseangelegenheiten und endlich der Propaganda fand eine Aufteilung des ganzen Arbeitsgebietes in 10, zunächst selbständige und voneinander unabhängige, Ausschüsse statt.

Im Ausschuß 2, für gesundheitliche Fragen, habe ich im April 1916 einen Vortrag gehalten über die im Handel befindlichen Apparate zur Verhütung wie zur Unterbrechung der Schwangerschaft. Das führte zur Ausarbeitung eines Gutachtens, das dem Vorstande der „Vereinigung für Familienwohl“ eingereicht wurde mit dem Antrag, veranlassen zu wollen, daß die aus Weichgummi bestehenden Geräte, die beim weiblichen Geschlecht zur Verhütung der Schwangerschaft resp. zur Fruchtabtreibung bisher in Anwendung kamen, verboten resp. beschlagnahmt würden. Dieses Gutachten wurde im Sommer 1916 unter vielen anderen staatlichen, kirchlichen und kommunalen Behörden auch dem Generalkommando des VII. Armeekorps (Münster) unterbreitet, das im September 1916 ein dementsprechendes Verbot erließ. Dieses Verbot erstreckt sich nicht nur auf die Gummiartikel, sondern auch auf chemische Mittel, die zum gleichen Zweck sich eingebürgert hatten und trifft im Prinzip alles, was zeugungshemmend beim weiblichen Geschlecht im Schwunge war. Natürlich ist der Bezug durch Apotheken und auf ärztliche Verordnung hin für gewisse Dinge frei geblieben.

Das betreffende Gutachten lautet:

Im öffentlichen Handel gibt es eine Kategorie von Gegenständen aus Weichgummi, die einerseits völlig entbehrlich, ja überflüssig und andererseits direckt gesundheitsschädlich und demoralisirend, ja völkisch gemeingefährlich

sind. Es sind überall käufliche Apparate, die unter der Vorgabe hygienischen Nutzens den Frauen angeboten werden zu Ausspülungen der Scheide. Das ist das Gesicht der frommen Unschuld, unter dem sie sich heuchlerisch öffentlich bewegen. Sobald sie aber die Oeffentlichkeit verlassen und Aufnahme im Schlafzimmer gefunden haben, legen sie die fromme Maske ab und zeigen sich unverhüllt, was sie sind, nämlich lediglich Mittel zur Verhütung wie zur Unterbrechung der Schwangerschaft.

Gemeint ist in diesen Artikeln eine Gattung von Gegenständen, die hauptsächlich aus Weichgummi bestehen, und die vermöge ihrer besonderen Beschaffenheit sich eignen und erfahrungsgemäß Verwendung finden zur Verhütung wie zur Unterbrechung der Schwangerschaft. Im öffentlichen Handel aber erscheinen diese Artikel unter den verschiedensten Namen, die, harmlos, möglichst hygienisch und reklamekräftig zugleich, mehr oder weniger geeignet erscheinen, den eigentlichen Gebrauchszweck zur Unzucht oder zum Verbrechen für den Verfolger zu verschleiern, für den Käufer aber desto sicherer ahnen zu lassen. Da gibt es z. B. einen „Gesundheitsspüler“ oder „Matrisalus“, „Acme“, „Doppelklyso“, die “Alfaspritze“, „Ladiesfriend“, „Ritter St. Georg“, „Goebels Weltdouche“, „Gloria- und Victoriaspritze“ und sicher noch andere derartige mehr. Der Name tut eben gar nichts zur Sache, ist bei dem gleichen Gebrauchszweck lediglich wechselnde Maske.

Diese Frauendouchen seien hier zunächst einmal näher beschrieben und charakterisiert.

1. Der Verhütung der Empfängnis dienen Spülspritzen, die im wesentlichen bestehen aus einem birnförmigen, größeren Weichgummiballon. Dieser ist an seiner Oeffnung entweder einfach kegelförmig verdickt, um so leicht allen individuellen Weiten des Scheideneinganges abschließend gerecht zu zu werden, oder es ist an dieser Oeffnung noch aus Hartgummi ein gliedartiger, an seinem verdickten Ende mehrfach durchlöcherter Ansatz von ca. 10–15 cm Länge angebracht zur tiefen Einführung in die Scheide bis an ihr oberes Ende, das Scheidengewölbe, eine übrigens a priori nebenbei auch zur Masturbation höchst einladende Ergänzung.

Gefüllt mit Wasser allein oder unter Zusatz irgend einer die beweglichen Samenfäden lähmenden Flüssigkeit, werden diese Ballonspritzen post coitum in den Scheideneingang eingesetzt, um unter Druck und Drucknachlaß ihren Inhalt in der Scheide hin und wider zu spülen und so unter Dehnen und Glätten ihrer zahlreichen Buchten und Falten den gefürchteten Inhalt allenthalben zu treffen und zu entfernen, ein in der Vorstellung zugleich widerlicher wie schmutziger Vorgang. Widerlich, weil das weibliche Schamempfinden, das wir als sexualpsychologische Hemmung und Regulierung für die Geschlechtsmoral alle Ursache haben zu schonen und zu erhalten, dadurch abgestumpft wird. Schmutzig, weil die Spülflüssigkeit mit allem, was sie beim jedesmaligen Gebrauch aufs neue mit aus der Scheide aufnimmt, doch in den Resten an der Innenwandung der Apparate zurückbleibt, um so im Verlaufe widerholten Gebrauchs zu einer mit Keimen beladenen Schmutztapete heranzuwachsen.

2. An zweiter Stelle gibt es unter den Artikeln aus Weichgummi einen solchen, von dem jeder Sachkenner weiß, daß er ausschließlich und einzig allein der Unterbrechung der Schwangerschaft, also doch dem Verbrechen und seiner Ausbreitung im Volke dient. Er dokumentiert sich im wesentlichen erst durch seine lange, flachgebogene und dünn zulaufende Hartgummiansatzspitze in seinem eigentlichen Gebrauchszweck einwandfrei eindeutig und wird im Handel als „Doppelklyso“ (Clysopumpe) oder „Alfaspritze“ angeboten.

Es handelt sich hier um ein Gummirohr, das an seinem einen Ende zur gleichzeitigen Beschwerung ein bleiernes Kugelventil, in der Mitte zum Saugen und Drücken eine ballonartige Erweiterung hat und an seinem anderen Ende zunächst frei ist zu irgend einem Ansatz harmlosesten oder kriminellen Gebrauchszweckes. Es könnte z. B. daran angesetzt werden etwa ein kleines Darmrohr zum Gebrauch eines Klystiers. Es könnte daran auch etwa ein Mutterrohr befestigt werden für eine Scheidenspülung. Aber auf alles das, was an dieses harmlose Rohr sonst noch angesetzt werden könnte, kommt es zu seiner wahren Würdigkeit gar nicht an, sondern auf das, was erfahrungsgemäß als Ansatz praktisch gebraucht wird. Es wird nämlich nach der Erfahrung aller Sachkenner angesetzt eine etwa 15—20 cm lange, in ihrer Mitte stumpfwinkelig gebogene,

dünn und spitz zulaufende Hartgummispitze, und damit ist der Apparat fertig zu seinem eigentlichen Gebrauchszweck, dem Verbrechen der Abtreibung. Zu diesem Zweck wird die Hartgummispitze durch die Scheide hindurch eingeführt in den Halskanal der Gebärmutter selbst. Dann wird das mit einem bleiernen Ventil beschwerte andere Ende in eine Flüssigkeit — am besten ist bereits im ganzen Volk die Seifenlauge eingeführt — getaucht, und nun wird der Gummiball in der Mitte gehandhabt. Dadurch wird die Flüssigkeit in den Apparat aufgesaugt und durch die Hartgummispitze direkt in die Gebärmutter hineingespritzt — doch wohl nicht aus hygienischen Gründen zu ihrer Reinigung — ?! sondern einzig und allein doch wohl mit der reellen Absicht, durch die eingespritzte Flüssigkeit mechanisch die Eihäute zu unterwühlen, das Ei dadurch von der ernährenden Schleimhaut zu trennen und so die Schwangerschaft zu unterbrechen. So wird von dem Verbrecher selbst die Fehlgeburt eingeleitet. Das Weitere wird der Gebärmutter allein oder dem Arzt überlassen.

Wegen der außerordentlichen Verbreitung und Verwendung dieses Instruments im Volke zu dem geschilderten, einzigen Zweck sei es gestattet, hier zur Illustration eine Begebenheit aus der Praxis in Kürze zu skizzieren, die in mancher Hinsicht typisch ist: Eine 28-jährige, gesunde stattliche und blühende Frau, Mutter von zwei Kindern, erkrankt plötzlich, nachdem die Periode acht Tage hat auf sich warten lassen, mit heftigen Schmerzen links unten in der Tiefe des Unterleibes. Die Untersuchung ergibt links von der nicht vergrößerten Gebärmutter eine entzündliche, schmerzhafte Anschwellung, Bei der Operation wird ein frischer Eiterherd, dicht im Winkel zwischen linkem Eileiter und der Gebärmutterkante eröffnet und durch Drainage nach außen geleitet. Tod nach einigen Tagen an unaufhaltsamer Blutvergiftung (Septicopyämie). Während des schweren Krankenlagers teilt der Ehemann unter Tränen mit, er selbst habe wohl noch Kinder gewollt, seine Frau aber um keinen Preis mehr. Schon einmal habe sie eine Fehlgeburt mit einer Spritze, die sie zu diesem Zweck seit langem schon in der Kommode des Schlafzimmers bewahrt habe, herbeigeführt, und es sei alles gut abgelaufen. Als nun diesmal die monatliche Regel acht Tage über den erwarteten Termin ausgeblieben sei, habe sie in der Furcht vor eingetretener Schwangerschaft wieder diese Spritze gebraucht und sei kurz danach mit jenen Schmerzen im Leibe erkrankt. Jetzt aber habe er ihr diese Spritze verbrannt.

Diese Begebenheit ist als typisch bezeichnet. Alle Aerzte im ganzen Deutschen Reiche, die sich mit diesen Dingen beschäftigen, im speziellen die Frauenärzte, werden in diesem Falle Anklänge an ihre eigene Erfahrung in den letzten 10—15 Jahren mit rasch zunehmender Wiederholung finden. Es ist das der Kasuistik der Literatur und der umfangreichen Umfrage zu entnehmen, welche den Versammlungen vorausgingen, die die Gynäkologen, wie im übrigen Reich, speziell aus Rheinland und Westfalen im Jahre 1913 in Düsseldorf abhielten, Versammlungen, zu denen auch Vertreter juristischer, staatlicher und kommunaler Behörden eingeladen waren, um als einzigen Punkt der Tagesordnung mit Referat, Korreferat und Diskussion über das Unwesen der Konzeptionsverhütung und der Abtreibung und seiner Bekämpfung zu beraten, im Interesse des Volkes und des Staates.

Typisch in dieser Begebenheit ist auch die selbständige private Leistung der Abtreibung seitens der Frau mit dem Apparat, den sie zu diesem Zweck in ihrer Kommode vorrätig hält wie sonst irgendeinen häuslichen Gebrauchsgegenstand. Früher war das kein Hausgebrauch. Früher lag die Abtreibung nur in den schmutzigen Händen einiger Berufsverbrecher, heutzutage dagegen darf man sagen, daß durch obiges, einfaches Instrument und seine seuchenhafte Verbreitung im Volke die Abtreibung geradezu populär geworden ist, ja, Hausrecht erlangt hat. Ist der weibliche Teil einmal für sich nicht imstande, den betreffenden Apparat zu handhaben, nun, so hilft der Mann oder eine Freundin oder Nachbarin, eventuell mit ihrem eigenen Apparat. Das ist praktische Sexualhygiene im Volk bei gelockerter Moral — und Rechtsgefühl, und die statistischen Zahlen über den Geburtenrückgang auch in deutschen Landen sprechen dazu eine beredte Sprache als zahlenmäßiges Ergebnis der eingetretenen Zügellosigkeit.

Es soll hier noch näher erörtert werden, ob denn diese Apparate keine hygienische Seite haben, also existenzberechtigt wären aus Gründen der gesund-

heitlichen Volkswohlfahrt. Daß der zuletzt unter 2 genannte Apparat, armiert mit der nur eindeutig kriminellen Hartgummispritze, auch nicht einen Schatten hygienischen Charakters besitzt, erübrigt sich zu betonen. Aber auch ohne diese Spitze für sich allein genommen als Saug- und Druckschlauch, ist er für die Hygiene völlig entbehrlich, sowohl für das Volk, als für den Arzt. Jede Stempelspritze tut wegen ihres gleichmäßigeren Druckstrahles nicht nur die gleiche, sondern eine viel bessere, von Luftblasen nicht unterbrochene, leichter überseh- und regulierbare Arbeit, wie auch jedes mit einem einfachen Schlauch versehene Gefäß durch die Höhe seiner Flüssigkeit gleichmäßigen Druck und beliebige Richtung zu geben vermag (Irrigator).

Und die unter 1 besprochenen Ballonspritzen mit den hochtönenden Namen? Sie richten sich alle nur pro forma an die Hygiene. Sind Spülungen der weiblichen Scheide hygienisch, also zur Gesundhaltung notwendig? Es sei hier auf das populär gedachte und sehr empfehlenswerte Buch von dem Frauenarzt Dr. Stratz: „Die Körperpflege der Frau" verwiesen, das sich vor allem und bei allem durch ethisch-ästhetische Haltung hervortut. Hier ist mit keinem Worte bei der Hygiene der Sexualteile von der Notwendigkeit von Scheidenspülungen in gesunden Tagen die Rede, wohl aber, und das wird jeder Sachverständige billigen, nur von äußeren Waschungen in entsprechender Form. Die gesunde weibliche Scheide reinigt sich nämlich aufs beste ganz von selbst durch die unablässige Tätigkeit ihrer normalen Bakterienflora, und Spülungen mit den vorliegenden Druckballons können diese normale Selbstreinigung nur schädigen und katarrhalische „Flüsse" hervorrufen durch schädigende Temperatur- und Druckwirkungen auf die Blutzirkulation oder durch Störungen der normalen, chemischen Reaktion, an welche die Existenz und die Arbeit der Scheidenflora gebunden ist. Ja, vor dem Kriege ist viel zu viel gespült worden. Nicht aus Gesundheitsbedürfnis, sondern weil die Sexualität als Lustmoment ein viel zu unberechtigt einseitiges, intensives Interesse gewonnen hatte. Diese Gesundheitsspüler, und wie sie alle heißen, sind also recht geeignet, die Gesundheit zu stören. Sie sind also gerade das Gegenteil von dem, als was sie sich ausgeben!

Und hier kommt noch eine andere sehr wesentliche Frage in Geltung, nämlich die Beziehung dieser Spülapparate zur Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten. Je mehr nämlich im Volke die Meinung aufkäme und verbreitet würde, daß durch Spülungen mit derartigen Apparaten der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten vorgebeugt werden könnte, umso schlimmer wäre davon die Rückwirkung in moralischer Beziehung durch zunehmende Verbreitung von Syphilis und Gonorrhoe.

Hier soll, so einladend die Gelegenheit auch wäre, in keiner Weise die Frage der Schutzmittel überhaupt aufgerollt werden im Hinblick auf den alleinigen Zweck dieser Erörterungen, im Interesse des gesamten Volkswohls und des Staates die beiden genannten Kategorien von Gummiapparaten zu beurteilen und zu verurteilen. Nur das eine muß bezüglich des weiblichen Anteils an dieser Frage des prophylaktischen Schutzes vor Geschlechtskrankheiten hervorgehoben werden als wünschenswerter, allgemein gültiger Leitsatz in der Beurteilung derselben, weil ja diese Spülapparate sich für diesen eventuellen Zweck ausschließlich an die weiblichen Genitalien richten: Je einseitiger der prophylaktische Schutz dem Weibe und seinen Geschlechtsteilen überlassen bliebe, um so mehr würden die Geschlechtskrankheiten ebenso wie die entzündlichen Frauenkrankheiten zunehmen, weil mit unvergleichlicher Eindeutigkeit gerade die weiblichen Geschlechtsteile in ihrem anatomischen Reichtum an Buchten und Schlupfwinkeln vor Ansteckung überhaupt nicht zu bewahren und wegen ihrer offenen anatomischen Verbindung zwischen Bauchhöhle und Außenwelt jederzeit der schließlichen Katastrophe ausgesetzt sind, *daß* die Ansteckung bis zum Bauchraum vordringt und durch Krankheit die *Fruchtbarkeit* beendet. Und schließlich und nicht zum wenigsten hat die Frage auch ihre moralische Seite: Mit dem Glauben an eine Sicherung des Weibes vor Infektion wie vor Konzeption wächst aus Nachlaß der Furchthemmung die Unzucht. Die weibliche Kulturmission besteht aber vor allem in einer Regulierung und Begrenzung der männlichen Sinnlichkeit nur innerhalb der Ehe im Interesse einer gedeihlichen Fortpflanzung und Aufzucht.

Aber wie ist es mit dem Wert dieser Gummiapparate zu Spülungen in kranken Zuständen der weiblichen Geschlechtsteile? Hier müssen sie in ihrer geschlossenen Ballonform, deren Innenseite im Gebrauch absolut unhygienisch schmutzig würde, erst recht abgelehnt werden, ganz abgesehen davon, daß sie tatsächlich auch gar nicht in solchen Zuständen gebraucht oder von Aerzten empfohlen werden. Hier kommt man völlig und am saubersten und unschädlichsten mit dem längst eingebürgerten harmlosen Spülgefäß, dem Irrigator, aus, — wenn Spülungen überhaupt ärztlich empfehlenswert erscheinen.

Aber auch völkisch sind diese Gummiapparate mehr als gefährlich, ja, darin gipfelt der Schaden für die Allgemeinheit: Der Geburtenrückgang in Deutschland ist eine statistische Tatsache der letzten zwanzig Jahre in steigendem Maße. In steigendem Maße sind Hand in Hand damit die genannten Apparate im deutschen Volke verbreitet worden. Unter stiller behördlicher Duldung kamen sie immer schamloser im letzten Jahrzehnt aus ihrer Verborgenheit an das grelle Licht des Tages, lagen sie allerorten zur Anpreisung in den Schaufenstern nicht nur der Bandagisten und Friseure, sondern auch der Drogisten, weil da ja am meisten weibliches Publikum verkehrt. Und was in der Stadt der Laden, das besorgte auf dem Lande bis in die fernsten Winkel der Hausierer und sein volkstümlich lebendiges Wort. Nicht nur langsam und geheim von Ohr zu Ohr, wie bei einer verbotenen Sache, nein, zur rascheren und Massenwirkung wurden in öffentlichen Volksversammlungen wie eine neue Heilsverkündigung durch männliche wie weibliche Wanderredner von Stadt zu Stadt und von Dorf zu Dorf die Segnungen der Frauenspülungen zur Gesunderhaltung und willkürlichen Beschränkung der Kinderzahl seuchenartig durch das Land getragen und die öffentliche Moral und das Rechtsgefühl systematisch gelockert und verdorben durch diejenigen, deren höchstes Evangelium aus Parteipolitik sich kläglich erschöpft im Materiellen, im Wirtschaftlichen, als dem Trumpf des Daseinglückes, demgegenüber alles andere, höhere geistige Ideal nur als eine historische Phrase verächtlich gemacht wird. Der eigentliche Gebrauchszweck, das öffentliche Geheimnis dieser Spüler, zusammen mit der Tatsache, daß diese Artikel allenthalben öffentlich unter der stillen Duldung seitens der Behörden angeboten und in öffentlichen Versammlungen weitläufig besprochen und empfohlen werden dürfen, müssen doch, je länger desto mehr, naturgemäß im Volke die moralische Scheu vor der Konzeptionsverhütung wie vor der Abtreibung abstumpfen. Die Oeffentlichkeit sanktioniert.

Darüber kann kein Zweifel herrschen unter allen Sachkennern, Wohlgesinnten, Volks- und Staatsfreunden, daß diese Orgie der Niedrigkeit, die unter der heuchlerischen Maske der Hygiene wie eine Massenverschwörung gegen das Leben das Land durchzieht, unbedingt und möglichst bald ein Ende haben muß.

Zwar hat das Reichsgericht seit einer Entscheidung vom 9. 2. 1914 in ständiger Rechtsprechung die der Empfängnisverhinderung dienenden Mittel als zum unzüchtigen Gebrauch bestimmte Gegenstände und damit ihre öffentliche Ankündigung als strafbar erklärt und ganz allgemein dahingehörend alle diejenigen Gegenstände definiert, die „vermöge ihrer besonderen Beschaffenheit sich eignen und erfahrungsgemäß Verwendung finden zur Verhütung der Schwangerschaft wie zu ihrer Unterbrechung“ (Entscheidung 46,6 u. a), ganz gleichgültig, ob mit ihnen oder mit Teilstücken von ihnen auch andere, nicht strafbare, harmlose Handlungen eventuell ausgeführt werden könnten.

Aber dieser Weg sporadischer strafrechtlicher Verurteilung von Fall zu Fall auf Grund des § 184,3 St.G.B., die sich auf die Anmeldung dieses oder jenes Artikels dieser Gattung bezog, erscheint im Kampf gegen diese Flut gänzlich unzureichend. Ueber derartige Verurteilungen werden durch die Fachpresse, wie „Drogistenzeitung“ oder „Gummizeitung“, die Händler umgehend unterrichtet, damit künftighin dies oder jenes in der Benennung oder Aufmachung oder im Vertrieb dieser Artikel vermieden wird, um der weiteren strafrechtlichen Verfolgung zu entgehen. Diese Methode der strafrechtlichen Verfolgung von Fall zu Fall, bei gleichbleibender Duldung ihrer Herstellung wie ihres Vertriebes im öffentlichen Handel, mutet den Sachkenner in ihrer Ohnmacht vielmehr an wie das Beispiel der Hydra.

Schon auf den eingangs erwähnten Fachversammlungen ad hoc aus dem

Jahre 1913 war man sich demgegenüber einig, daß hier ganze Arbeit und möglichst einheitlich wie umgehend gemacht werden müsse. Und dasjenige, was in Zusammenfassung alles dessen, was mittlerweile in Wort und Schrift über diesen fressenden Krebsschaden im deutschen Volke als Grundmeinung herangereift ist, zielt dahin, daß es nicht nur wünschenswert, sondern aus kulturellen Gründen der Volkskraft und der Erhaltung des Staates, im besonderen nun noch angesichts des Krieges und seiner dringlichen, völkischen Mahnungen durchaus unerläßlich erscheint, von Staats wegen für das Gebiet des ganzen Reiches generell und möglichst umgehend die Herstellung und den Vertrieb der ganzen unter 1 und 2 genannten Artikelgattung von Weichgummi-Apparaten aus dem Handel auszuschalten und die vorhandenen Bestände zu beschlagnahmen, um so endlich eine üppig sprudelnde Quelle nicht nur für Frauen- und Geschlechtskrankheiten, sondern auch der Unzucht und des Verbrechens sowie des Geburtenrückganges an ihrem Ursprung zu fassen und zum Versiegen zu bringen.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Sachverständigentätigkeit auf militärärztlichem Gebiete.

Ueber die Behandlung der Kriegsneurosen. Von Dr. H. Liebermeister, Stabsarzt d. L. II. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten. Verlag von Karl Marhold, Halle a. S. 1917. 75 Seiten. Preis: 1,80 M.

Ohne die Therapie der Nervenkrankheiten nach jeder Seite hin erschöpfend zu behandeln, erörtert Verf. besonders ausführlich die Verfahren, die ihm geradezu glänzende Erfolge gezeitigt haben: die Methoden der Massensuggestion und, seltener angewandt, die der Individualsuggestion. Sie haben den Vorzug, mit recht einfachen Mitteln zu arbeiten, erfordern aber rücksichtslose und ausdauernde Energie seitens des behandelnden Arztes, um das Krankenmaterial völlig in der Hand zu halten und auf der Abteilung eine „Gesundungsepidemie" einzuleiten. Die von weitgehendem Optimismus getragenen Schlußfolgerungen gehen dahin, daß in der Hand geschickter Nervenärzte, deren Krankenmaterial nie zu groß sein darf, fast jeder Fall heilbar ist. Jedem mit der Leitung einer Nervenstation betrauten Arzt, namentlich auch dem weniger erfahrenen, wird die Schrift wertvolle Anregungen bieten.

Dr. Rehberg, Pyritz i. P.

Ueber psychische und nervöse Erkrankungen bei Kriegsteilnehmern. Von Stabsarzt Prof. Dr. Isserlin. Mit 2 Kurven im Text. Verlag von Kurt Kabitzsch-Würzburg. 1917. Preis: 1 M.

Im wesentlichen werden Wesen und Entstehung der Kriegsneurosen, ihre Einreihung in das bestehende System der nervösen Krankheitsbilder und namentlich ihre Beziehung zur Hysterie behandelt. Neben den klinischen Befunden werden feinere psychologische Methoden, besonders Arbeitsversuche nach der von Kraepelin ausgearbeiteten Methodik, für die Untersuchung mit verwertet. Die Therapie bestand in Anwendung aller nervenärztlichen Heilverfahren, darunter auch Ausnützung der durch den Krieg geschaffenen besonderen Arbeitstherapie in Werkstätten, Berufsarbeit usw. Sie versagte oft, wenigstens wenn noch Felddienstfähigkeit in Frage kam, bei der Hysterie, und erfordert ganz besondere Sorgfalt und Energie bei den in letzter Zeit sich sehr häufenden Rentenneurosen.

Dr. Rehberg, Pyritz i. P.

Lokalisierte und allgemeine Ausfallserscheinungen nach Hirnverletzungen und ihre Bedeutung für die soziale Brauchbarkeit der Geschädigten. Von Prof. Dr. Aschaffenberg-Cöln. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten. Bd. IX., H. 6. Verlag von Carl Marhold, Halle a. S. 1916. Preis 2 M.

Gehirnerscheinungen, die nach Geschoßverletzungen zurückbleiben, sind der topographischen Diagnostik meist besser zugängig als die Herderkrankungen im Frieden, weil diese meist infolge von Allgemeinerkrankungen, jene aber

auf gesundem Boden entstehen; schwierig ist es nur oft, Begleiterscheinungen als psychogene zu erkennen, da auch abseits von der Geschoßbahn ganz erhebliche Fernwirkungen auftreten können. Körperlich auffallende Ausfallserscheinungen (motorische und Sensibilitätsstörungen, Ataxie) bieten der Beurteilung für soziale Brauchbarkeit keine Schwierigkeiten; eine besonders eingehende Untersuchung erfordern aber Funktionsstörungen der Erinnerungsbilder, die im Wort ihren sprachlichen Ausdruck finden und als die verschiedenen Formen der Aphasie genau zu bestimmen sind; denn Störungen, die äußerlich oft nicht auffällig sind, machen für den früheren Beruf häufig schon unbrauchbar. Die Behandlung bleibt, sowohl was die anatomische, als auch die psychotherapeutische Heilung betrifft, unbefriedigend; das größte Unheil droht den Hirnverletzten von den Spätfolgen, von denen die Epilepsie die unheilvollste ist. Allgemeinstörungen auf dem Gebiete des Seelenlebens bleiben fast nie aus. Verfasser befürwortet die Einrichtung von Beratungsstellen für Nervöse und Hirnverletzte, ferner von Heilstätten und Pflegeheimen für Hirnkrüppel.

Dr. Rehberg-Pyritz i. P.

Kriegsverwendbarkeit bei inneren Krankheiten. Von Oberstabsarzt Prof. Dr. R. Geigel-Würzburg. Würzburger Abhandlungen aus dem Gebiete der prakt. Medizin XVI. H. 12. Verlag Curt Kabitzsch-Würzburg 1917. Preis: 1 M.

Zur Ergänzung der militärgesetzlichen Vorschriften, die nur in großen Umrissen die Beurteilung der Kriegsverwendungsfähigkeit regeln, will H. für die vielen Fälle, die dem pflichtgemäßen Urteil des Begutachters überlassen bleiben, bestimmte Richtlinien geben. Er behandelt alle inneren Krankheiten daraufhin, wie weit sie den Untersuchten in den einzelnen Stadien k. v., g. v. oder d. u. machen. Wenn auch ein jeder Zustand eine individuelle Beurteilung erfahren muß, so sind doch für jeden in großen Umrissen die Gesichtspunkte gegeben, nach denen er beurteilt und die Prognose gestellt werden muß. Die Schrift bildet nicht nur für jeden Militärarzt einen zuverlässigen Berater, sondern verdient bei der reichen klinischen Erfahrung, die verarbeitet ist, auch ein allgemein ärztliches Interesse. Dr. Rehberg-Pyritz i. P.

Eine eigenartige Verschüttungskrankheit. Von Dr. Georg Müller-Berlin, orthop. Fachbeirat beim Sanitätsamt des Gardekorps. Zeitschrift für Krüppelfürsorge 1917 H. 5.

6 Verschüttete, bei denen der Oberkörper durch die Erdmassen tief, nach vorn bis in die Gegend der Kniee bezw. stark seitlich, herabgedrückt worden war, zeigten Hochstand einer Beckenhälfte, so daß das eine Bein erheblich verkürzt war; 3 andere, in ähnlicher Weise Verletzte, waren außerstande, den Oberkörper allein aufzurichten. Knochen- und Gelenkverletzungen, Hysterie und andere ähnliche Erkrankungen waren ausgeschlossen. M. führt das Leiden auf Zerreißung der überdehnten Rückenmuskeln und danach folgende Narbenkontraktur zürück. Es erwies sich als unheilbar, nur erhöhte Sohle unter das verkürzte Bein und in schweren Fällen Rumpfkorsetts wirkten symptomatisch sehr günstig und stellten die Arbeitsfähigkeit wieder her.

Dr. Rehberg-Pyritz i. P.

B. Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

Malaria.

Ueber Malaria. Von Prof. A. Plehn, Direktor des Urbankrankenhauses. Berliner klinische Wochenschrift; 1917, Nr. 18.

Fast das ganze Kriegsgebiet, in dem unsere Heere kämpfen, enthält Malariaherde. Es ist also daran zu denken, daß bei jedem unserer Krieger, der im Osten oder Südosten tätig war, Malaria auftreten kann. Die primären und sekundären Latenzperioden können recht lange dauern. Das Verhüten von Rückfällen (Rezidivprophylaxe) ist praktisch ebenso wichtig wie das Kupieren des einzelnen Fieberanfalls. Diese Rezidivprophylaxe muß nach der 16jährigen Erfahrung des Verfassers in Deutschland mindestens 6 Monate nach dem letzten akuten Fieberausbruch konsequent durchgeführt werden, um die Infektion mit Sicherheit endgültig erlöschen zu lassen. Die Plehnsche

Vorschrift ist folgende: Nach Sicherung der Diagnose an 3 aufeinanderfolgenden Tagen je 1 g Chinin pro die, danach 4 Tage Pause, dann 2 Chinintage mit 0,5 Chinin am Abend, nach 4 chininfreien Tagen wieder 2 Chinintage und so 3 Monate lang fort. Danach weitere 3 Monate nur noch 1 Chinintag zu 0,5 g und 4tägige Pausen.

Eine unregelmäßige Prophylaxe nützt gar nichts.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Zur Klinik der Malaria. Von Dr. med. et phil. E. Becher. Aus der medizinischen Universitätsklinik Gießen, Vereinslazarett (Direktor Prof. Dr. Voß). Berliner klinische Wochenschrift; 1917, Nr. 1.

Verfasser hatte Gelegenheit, eine Reihe malariakranker Soldaten längere Zeit hindurch zu beobachten. Fast alle hatten sich in Serbien und Mazedonien infiziert. Bei allen handelte es sich um Tertiana. Manche erkrankten erneut in der Heimat, nachdem sie vordem durch Chinin fieberfrei geworden waren. Drei Viertel der Kranken hatten im Felde Chinin prophylaktisch bekommen, und zwar meist alle 5 Tage 0,3—1 g. Solche Gaben reichen, wie man sieht, nicht immer aus zum Verhüten der Krankheit. Verfasser empfiehlt, in solchen Fällen, in denen es sich um Heimkehr aus besonders verseuchten Gegenden handelt, etwa 1 Woche lang täglich 1 g und dann alle 5 Tage 1 g Chinin zu geben. Therapeutisch wurde den Erkrankten nach der Nochtschen Vorschrift 8 Tage lang täglich 1 g gegeben, dann nach 3 Tagen Pause 3 Tage lang täglich 1 g, darauf 4 Tage Pause und wieder 3 Tage Chinin und so weiter, immer einen Tag länger Pause, bis nach 10 Tagen Pause nochmals 3 Tage lang täglich 1 g Chinin gegeben wird. Die Tagesmenge wurde in 5 Einzeldosen zu 0,2 gegeben. Ein Fall verlief ganz atypisch unter dem Bilde einer schweren Enteritis; ohne wiederholte Blutuntersuchung wäre die Diagnose nicht zu stellen gewesen. Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Ueber Malariaparasitenträger. (Aus der 1. med. Universitätsklinik der Kgl. Charité.) Von Dr. S. Kaminer und Dr. H. Zondek, Berlin. Deutsche med. Wochenschrift; 1917, Nr. 14.

Unter 16 Fällen, die zum Teil aus Wolhynien, zum Teil aus der Gegend von Dünaburg herstammten, befanden sich solche mit und ohne Milztumor, die nach ungenügender oder ganz ausgebliebener Chininbehandlung noch Wochen danach dauernd Parasiten (Tertiana) im Blute beherbergten ohne Anfälle und ohne Fieber. Dabei bestanden im ganzen Wohlbefinden, nur gelegentlich attackenweise kurze Perioden von subjektivem Unbehagen. Solche Beobachtungen sind durch Külz, Mühlens, Plehn u. a. bekannt.

Fälle aus der Gegend von Pinsk mit Milztumor zeigten kräftiges Aussehen, subjektives Wohlbefinden, hatten niemals Anfälle oder auch nur Fieber gehabt. Dabei war im Blute der ganze ungeschlechtliche Entwicklungsgang des Tertianaplasmodiums nachweisbar. Diese Beobachtung hatte bereits R. Koch an den Negerkindern in den Küstengebieten Ostafrikas gemacht. Kamen die Erwachsenen dann aber nach malariafreier Gegend oder in eine Gegend mit Saisonmalaria (z. B. Italien), so erkrankten sie sofort.

Die Gefahr der Weiterverbreitung besteht in solchen Fällen. Die Beseitigung der Parasiten durch Chinin nach der Nochtschen Vorschrift ist immer möglich. Durch Salvarsan gelingt gewöhnlich die Kupierung des Anfalls, aber keine endgültige Zerstörung der Plasmodien.

Dr. Roepke-Melsungen.

Ueber Malaria und deren Komplikationen bei Kriegsteilnehmern. Von Stabsarzt Dr. Walterhöfer. (Aus dem Reservelazarett Nürnberg II „Ludwigsfeld", Chefarzt: Oberstabsarzt Dr. Neander.) Berliner klinische Wochenschrift; 1917, Nr. 17.

Das Beobachtungsmaterial bezieht sich auf 120 Einzelfälle, die allen europäischen Kriegsschauplätzen entstammten. Die Diagnose wurde regelmäßig durch Nachweis der Plasmodien im Blute erhärtet. 90 Fälle waren Tertiana (1 Todesfall), 30 Perniciosa (1 Todesfall). Klinisch waren mancherlei Besonderheiten zu beobachten, so Komplikationen mit Paratyphus, Oedeme, typhöse Symptome u. dgl.

Die Therapie erfolgte nach der Nochtschen Methode. Bei Rückfällen von Tertiana wurde Chinin mit Salvarsan kombiniert. In 66% der Fälle blieb nach Beginn der Behandlung jeder Fieberanstieg während einer fünfwöchigen Beobachtung aus. Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Drei Malariafälle im Heimatslazarett. Aus dem Vereinslazarett Frohnau bei Berlin. Von Dr. med. Weidemann, Stationsarzt der inneren Abteilung. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung; 1916, Nr. 22.

Drei Fälle von Tertiana, die in der Zeit von April bis Juni 1916 im Lazarett bei Verwundeten auftraten, die vor längerer Zeit alle in Rußland in der Nähe der Rokitnosümpfe gelegen hatten. Da sich andere Infektionsquellen mit ziemlicher Sicherheit ausschließen ließen, mußte angenommen werden, daß die Ansteckung bereits im Felde erfolgt war und die Inkubationszeit auch ohne prophylaktische Chinin-Behandlung eine abnorm lange gewesen sein mußte.

Dr. Rehberg-Rathenow.

Die Malaria in Berlin und der Krieg. Von Prof. Dr. E. Stadelmann in Berlin. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung; 1917, Nr. 2.

St. beobachtete im Krankenhause Friedrichshain 4 Tertianakranke, von denen 2 vor Monaten im Felde (Osten) gewesen, die anderen beiden aber aus Berlin nie herausgekommen waren. Die Aetiologie ist schwer zu klären; St. nimmt als Zwischenträger Mücken an, die im Sommer 1916 in Berlin auffallend zahlreich waren. Darunter waren aber nach seinen Untersuchungen keine Anopheles; es ist jedoch wohl möglich, daß auch andere Arten die Uebertragung vermitteln können. Er fordert daher die Fortsetzung einer energischen Mückenbekämpfung auch während des Krieges. In der folgenden Diskussion betonten Lentz und Plehn das Vorkommen von Anopheles in Berlin; letzterer hielt aber auch eine Infektion auf dem östlichen Kriegsschauplatz für möglich, da nach seinen Erfahrungen die Inkubationszeit statt wie gewöhnlich 8 Wochen, auch Monate dauern könne. Schultzen wies darauf hin, daß zur Verhütung der Einschleppung durch Kriegsteilnehmer alle Malariakranken in besonderen Lazaretten gesammelt und bis zur völligen Heilung behandelt werden. Dr. Rehberg-Rathenow.

Ueber Malaria. Sammelbericht.

Neben allen anderen Infektionskrankheiten brachte der Krieg, der unsere Truppen auch auf den Balkan geführt hat, dem Heere, wie Munk[1]) ausführt, naturgemäß auch die in diesen Ländern endemische Malaria. Die Therapie der Malaria gilt im allgemeinen als das klassische Beispiel einer spezifischen Behandlung, als der Typus einer Chemotherapie. Wer jedoch Gelegenheit hat, eine große Zahl Malariakranker zu behandeln, dem wird vielleicht zu seiner Ueberraschung mit ernster Deutlichkeit die Frage vor Augen treten, daß sich diese Therapie durchaus nicht so einfach und erfolgreich gestaltet, als es gewöhnlich angenommen wird. Abgesehen von der symptomatischen, erfordert auch die spezifische Behandlung der Malaria in hohem Maße eine aufmerksame sachgemäße, ärztliche Fürsorge und eine sorgfältige systematische Kontrolle, ohne die die Aussicht auf endgültige Heilung ganz wesentlich geschmälert wird, wie wir an einem sich über viele Hunderte von Fällen erstreckenden Krankenmaterial beobachten konnten. Dazu ist es allerdings Notwendigkeit, daß die Diagnose möglichst frühzeitig gestellt wird, was in der Praxis durchaus nicht immer der Fall ist. Die Erfahrung, daß in dem gemäßigten Klima Deutschlands oder den besetzten Gebieten Polens auch die Tropica einen relativ günstigen Verlauf nimmt und, abgesehen vom Blutbild, meist keine schweren Krankheitserscheinungen verursacht, läßt es als angebracht erscheinen, die mit Tropica infizierten Kranken alsbald aus einem heißeren ungünstigen Klima in anophelesfreie Gegenden des Heimatgebietes zu verbringen.

Külz[2]) beobachtete im Feldzug viel häufiger als sonst die Formen der Malaria, bei denen ein bestimmtes Organ stark in Mitleidenschaft gezogen ist, besonders die komatöse oder Gehirnmalaria und die Darmmalaria, die unter

---

[1]) Medizinische Klinik; 1917, Nr. 8.

[2]) Münchener Medizinische Wochenschrift; 1917, Nr. 4.

den Erscheinungen der Dysenterie verlaufen kann und so lange jeder Behandlung hartnäckig trotzt, bis sie in ihrer wahren Natur erkannt ist. Bei der komatösen Form ist möglichst die intramuskuläre oder intravenöse Chinindarreichung zu üben, desgleichen bei Magenstörungen oder Erbrechen. Je rascher die Chinintherapie einsetzt, um so wirksamer ist sie. Die mikroskopische Sicherung der Diagnose ist natürlich zu erstreben, aber allein der klinische Verdacht rechtfertigt das Chinin. Bei den sehr seltenen Fällen von Idiosynkrasie oder wo eine Malaria jeder Chinintherapie trotzt, ist ein Versuch mit Neo-Salvarsan (mindestens 0,4 g) zu machen, da es bei Tertiana prompt, bei Tropica unsicher wirkt.

Engeling[3]) bespricht die für Oesterreich in Betracht kommenden Malariagegenden und beschäftigt sich besonders mit den larvierten Formen.

Helly[4]) weist auf das Auftreten von Harnsäureinfektion bei Malaria hin. Joseph[5]) verlangt außer der Mückenbekämpfung die volle Berücksichtigung aller anderen Maßnahmen. Matko wendet neben der Nochtschen Chininkur intravenöse Injektionen von Sublimat, Calomel, Chinin und Salvarsan an. Stejskel hat die Epidemie in Albanien im September 1916 mit 8000 Fällen beobachtet. Dietel[6]) kommt zu folgendem Schluß: Bei allen diagnostisch unklaren Fällen in Malariagegenden soll an die Möglichkeit, daß es sich um Malaria handelt, gedacht werden. Es empfiehlt sich daher, in allen solchen Fällen das Blut auf Plasmodien zu untersuchen. Wo dies nicht möglich ist, führen oft eine genaue Anamnese und gewisse Symptome, von denen die wichtigsten die subikterische Hautfarbe und die Pigmentierungen sind, zur wichtigen Diagnose. Stets soll auf das Vorhandensein einer etwaigen Milzvergrößerung untersucht werden. Die Chinintherapie muß eine ausgiebige, das heißt, nicht zu kurz dauernde sein. Die intravenösen Chinininjektionen werden im allgemeinen gut vertragen; ihre Wirkung scheint bei nicht mit Chinin vorbehandelten Fällen eine bessere zu sein, als bei verschleppten Fällen. Aus der Beobachtung eines Falles schließt Verfasser, daß bei Doppelinfektion mit Febris recurrens und Malaria tertiana die letztere latent zu bleiben scheint.

L. R. Müller[7]) betont, daß man auf die Chininprophylaxe nicht verzichten kann, wenn sie auch nicht das hält, was von ihr erhofft wird. Kurz und Erdélyn[8]) kommen zu folgendem Schluß: Es dürfte eine Ueberlegenheit der intravenösen Methode gegenüber der internen Darreichung bei Neuerkrankungen kaum aufrecht zu halten sein. Auch eine günstigere Beeinflussung der Rezidiven, also eine energischere Einwirkung auf die in den inneren Organen (Milz, Knochenmark usw.) befindlichen Dauerformen dürfte den Einspritzungen der Chininlösung nach unseren Beobachtungen nicht zuzuerkennen sein. Bei bewußtlosen Kranken und in Fällen, in denen eine möglichst rasche Chininisierung notwendig ist, sind die intravenösen Injektionen als jene Applikationsform zu betrachten, die unbedingt Anwendung verdient.

V. Schilling[9]) weist darauf hin, daß die basophile Punktierung im Blutpräparat bei Malaria so früh und reichlich auftritt, daß man schon seit langem ihren Nachweis diagnostisch verwertet.

Engling[10]) betont, daß die Chininprophylaxe keinen absoluten Schutz gegen Malaria bietet, wenn sie auch die Erkrankungszahl herabsetzt und die Erkrankungsform mildert. Daneben muß die mechanische Prophylaxe, Schutz von Kranken und Gesunden vor Mückenstiche, einsetzen, ferner die Entsumpfung und Entwässerung der Umgebung. Am leichtesten durchzuführen ist die Petrolisierung. Durch Uebergießen der Wasserflächen mit Petroleum kann man die Anopheleslarven vernichten, auf 1 m Wasserfläche muß man zirka 0,25 Liter Rohpetroleum verwenden. Der Tod der Larven tritt rasch ein, im Experiment schon nach einer Viertelstunde. Der Tod ist

---

[3]) Münchener Medizinische Wochenschrift; 1917, Nr. 1.
[4]) Münchener Medizinische Wochenschrift; 1917, Nr. 1.
[5]) Wiener Klinische Wochenschrift; 1917, Nr. 2.
[6]) Militärarzt; 1917, Nr. 2/3.
[7]) Münchener Medizinische Wochenschrift; 1917, Nr. 6.
[8]) Wiener Klinische Wochenschrift; 1917, Nr. 4.
[9]) Münchener Medizinische Wochenschrift; 1917, Nr. 7.
[10]) Wiener klinische Wochenschrift; 1917.

wahrscheinlich reiner Erstickungstod, weil das Experiment auch mit reinem Olivenöl gelingt. Durch das Oel wird das Atmungsrohr der Larven verstopft, das Oel wird weit in das Atmungsrohr hineingesaugt, ob durch Kapillarität oder aktive Tätigkeit der Larve oder durch beides, kann nicht entschieden werden. Jedes Oel kann verwendet werden, es muß nur leichtflüssig sein, damit es sich rasch auf der Wasserfläche verbreitet. Das Oel braucht man nur alle 14 Tage aufzugießen, weil die Entwicklung vom Ei bis zur Mücke 3 Wochen dauert. Durch ein kälteres Klima wird aber nicht nur die Entwicklungszeit der Mücke, sondern auch die Entwicklungszeit für die Parasiten in der Mücke verlängert. Witterung und Klima werden uns also sicher im Kampf gegen die Malaria zu Hilfe kommen. Für die Verhütung der Einschleppung und Weiterverbreitung aber ist eine sofortige Behandlung und energische Nachbehandlung das wirksamste Mittel. Die Parasitenträger müssen so lange in den Spitälern bleiben, bis sie wirklich parasitenfrei sind.

Deutsch[11]) berichtet über die Tiefenstrahlung der Milz bei Malaria; ein endgültiges Urteil steht noch nicht fest.

Ueber die Arbeiten von Plehn, Becher, Kaminer und Zondeck, Walterhöfer, Weidemann und Stadelmann ist vorstehend berichtet.

Dr. Wolf-Hanau.

Besprechungen.

Prof. Dr. Otto Lentz, Geh. Medizinalrat, Berlin-Wilmersdorf: **Die Seuchenbekämpfung und ihre technischen Hilfsmittel.** Verhandlungen des Vereins zur Beförderung des Gewerbefleißes. Verlag von Leonhard Simion, Berlin N.

Nach einem ausführlichen Ueberblick über die Entstehung der Infektionskrankheiten und die Art der Uebertragung der Krankheitserreger schildert Verf. den Ausbau der durch diese Kenntnis bedingten Bekämpfungsmaßnahmen. An der Hand von Karten und Skizzen sind in umfassender Weise die der Erfüllung dieser Forderung dienenden bakteriologischen Untersuchungsanstalten, Desinfektorenschulen, Isolier- und Quarantäneanstalten, Anstalten zur Gewinnung von Tierlymphe, ihr Werdegang und ihre Einrichtungen geschildert. Vorzügliche plastische Abbildungen zeigen in systematischer Reihenfolge die gesamte Entwicklung dieser noch jungen und doch so entwickelten Technik; nichts, vom einfachsten Instrumentarium bis zur höchstentwickelten Desinfektionsanstalt, ist vergessen. Gerade diese alles umfassende, übersichtliche Darstellung ermöglicht es, sich sofort über alles das zu unterrichten, was auf dem Gebiete der Seuchenbekämpfung bisher geleistet worden ist. Die Abhandlung ist deshalb für jeden, der sich mit der Entwicklung der bakteriologischen Untersuchungstechnik, des Desinfektions- und Entlausungswesens vertraut machen will, ein unentbehrliches Nachschlageheft und in gleicher Weise auch unentbehrlich für Krankenhäuser, Medizinal- und Verwaltungsbeamte bei Einrichtung entsprechender Anstalten. Die ungemein übersichtliche und mit Abbildungen reichlich ausgestattete Darstellung wird der Abhandlung weiteste Verbreitung sichern, zumal sie nach einer Mitteilung der Verlagsbuchhandlung noch als besondere Broschüre erscheinen soll. Es wäre dann zu wünschen, daß auch in den besetzten Gebieten, namentlich im Osten, diese Broschüre als Zeichen deutschen Gewerbefleißes und deutscher Technik weiteste Verbreitung gesichert würde.

Dr. Hillgermann-Saarbrücken.

Dr. Magnus Hirschfeld-Berlin: **Sexualpathologie.** Ein Lehrbuch für Aerzte und Studierende. Bonn 1917. Verlag von A. Marcus & E. Weber. Erster Teil. 8°, S. 211. Preis: 8,40 M.

Der als vollkommen in sich abgeschlossenes Buch erschienene erste mit 14 Tafeln, einem Textbilde und einer Kurve versehene Teil dieses neuen „Lehrbuchs“ der Psychopathia sexualis behandelt die geschlechtlichen Entwicklungsstörungen und versucht die pathologischen sexuellen Vorgänge mit dem Hypothetischen und dem wenig Tatsächlichen der Lehre von der inneren Se-

[11]) Wiener klinische Wochenschrift; 1917, Nr. 7.

kretion in Zusammenhang zu bringen. Das Buch zerfällt in 6 Abschnitte, die als Geschlechtsdrüsenausfall, Infantilismus, Frühreife, Sexualkrisen, Onanie und Automonosexualismus unterschieden werden. Während dann beim Geschlechtsdrüsenausfall vorwiegend die aus dem angeborenen Mangel und bei traumatischem Verlust — auch die Kastration gehört hierher — resultierenden Veränderungen der Körperformen besprochen werden, geht der Verfasser beim Infantilismus auf die psychischen Entwicklungshemmungen, den juvenilen Schwachsinn näher ein, gedenkt dabei auch des senilen Infantilismus und wendet sich dann der somatischen, der psychosexuellen und psychischen Frühreife zu, für die neue interessante Beispiele beigebracht werden. Im Kapitel Sexualkrisen kommen die bekannten Neurosen und Psychosen der Evolutions- und Involutionsperioden zur Erörterung. Daß — S. 90 — mehr Knaben als Mädchen an Chorea erkranken sollen, ist wohl ein nur zufällig übersehener Irrtum. Das 5. Kapitel: Onanie, die Ipsation genannt wird, ist zu einer vollständigen Monographie dieser häufigsten sexuell-pathologischen Begleiterscheinung der Entwicklungsjahre geworden. Nach Behauptungen von Sachkennern sollen 90% männliche und weibliche Personen Onanisten sein; Hirschfeld rechnet nach seinen Beobachtungen gar 96% heraus. Im Schlußkapitel, bei dem Automonosexualismus, findet auch der Fetischismus Erwähnung. Dem damit skizzierten Rahmen sind eine große Zahl eigener Beobachtungen und Gutachten eingefügt, so daß man dem Verfasser glaubt, wenn er im Vorwort sagt, daß sein Buch nicht in der Schreibstube, sondern im Sprechzimmer entstanden ist, und daß die lebendige Erfahrung der Quell ist, aus dem es geschöpft ist.

Muß man auch das Urteil über das „Lehrbuch" bis zum Erscheinen des zweiten Teils verschieben, so kann man doch in diesem ersten Teil schon eine wertvolle Bereicherung unserer Sexualwissenschaft sehen.

Dr. Kühn-Wernigerode.

Prof. Dr. Adolf Passow-Berlin: **Die Operationen am Gehörorgan und an den Tonsillen.**

Prof. Dr. Adolf Passow und **Prof. Dr. Hans Claus**-Berlin: **Die Operationen in der Nase und an ihren Nebenhöhlen.** Sonderabdruck aus „Chirurgische Operations-Lehre", herausgegeben von August Bier-Berlin, Heinr. Braun-Zwickau, Herm. Kümmel-Hamburg. Leipzig 1917. Verlag von Johann Ambrosius Barth.

Es sei vorausgeschickt, daß die Autoren ihre Aufgabe in ausgezeichneter Weise gelöst haben. Die Beschreibung der einzelnen Operationen ist durch eine knappe und klare Darstellungsweise gekennzeichnet und durch die Beigabe von zahlreichen Abbildungen wird das Verständnis in hohem Grade gefördert. Auf 75 Seiten werden die Operationen am Gehörorgan beschrieben.

In dem Kapitel „die Radikaloperation" wird betont, daß die Ausräumung der Paukenhöhle von großer Bedeutung ist; ebenso wird auf die Wichtigkeit einer sorgfältigen Nachbehandlung hingewiesen. Beides wird von Seiten mancher Chirurgen, die die Operation — der Not gehorchend — machen, übersehen. Bei der Beschreibung der Radikaloperation mit Erhaltung des Trommelfells wird darauf aufmerksam gemacht, daß man beim Abtragen der hinteren, knöchernen Gehörgangswand und zwar beim Abmeißeln der medialsten Knochenspange, die den Aditus ad antrum überbrückt, sehr vorsichtig sein muß, damit eine Verletzung des noch vorhandenen Trommelfells, bzw. Trommelfellrestes und der Gehörknöchelchen vermieden wird. Referent hat bei der Ausführung der Operation zweimal die Erfahrung gemacht, daß der Amboß beim Tupfen disloziert, bezw. durch den Tupfer herausgerissen wurde, nachdem die medialste Knochenspange entfernt war; dieser in der Literatur auch von anderer Seite erwähnte Zufall hat ihn veranlaßt, mehrfach die medialste Knochenspange der hinteren Gehörgangswand absichtlich nicht zu entfernen. Der Erfolg war volltständige Heilung.

Bei der Beschreibung der Labyrinthoperation führt Verfasser aus, nach welchen Grundsätzen er bei der Indikationsstellung zur Operation verfährt; er geht dabei äußerst kritisch zu Werke. Die Operationen bei intrakraniellen Komplikationen sind vorzüglich beschrieben; die dazu gehörigen Abbildungen machen die Beschreibung in hohem Grade anschaulich.

Bei der Beschreibung der Operationen an der Gaumen- und Rachen-

mandel betont Verfasser, daß nach der totalen Extirpation starke Blutungen auftreten können. Es ist dies eine Erfahrung, die jeder Operateur macht und ihn deshalb veranlassen soll, bei der Indikationsstellung für diesen Eingriff sorgfältig zu sein. Auch wäre ein Hinweis darauf am Platze gewesen, daß im Anschluß an die Operation Todesfälle infolge von Verblutung beobachtet sind. Bei der Operation der Rachenmandel bevorzugt Verfasser das Instrument von Schütz-Passow. Auf Grund seiner Erfahrung kann auch Ref. bestätigen, daß das Instrument in der Tat äußerst zweckmäßig ist.

Der zweite Abschnitt „die Operationen in der Nase und an ihren Nebenhöhlen" ist durch dieselbe kurze, klare Darstellungsweise ausgezeichnet, wie der besprochene erste Abschnitt. Auch hier wird das Verständnis durch zahlreiche Abbildungen gefördert.

In dem Kapitel „Operationen am Gerüst der Nasenhaupthöhle" werden die verschiedenen, von Joseph angegebenen Operationsmethoden eingehend geschildert. Die beigefügten Abbildungen sind dem Handbuche der speziellen Chirurgie des Ohres und der oberen Luftwege von Katz, Preysing und Blumenfeld entnommen. Auch die endonasale Chirurgie der Thränenwege, die von Seiten der Fachgenossen noch immer nicht die genügende Anerkennung gefunden hat, wird sorgfältig berücksichtigt. Ganz vorzüglich sind die Kapitel „Operationen an der Oberkiefer- und Stirnhöhle". Bei der Aufzählung von besonders wichtigen Arbeiten am Ende dieser Kapitel haben die Verfasser das verdienstvolle Buch von Kuhnt „über die entzündlichen Erkrankungen der Stirnhöhlen" nicht erwähnt.

Ein besonderes Verdienst der Verfasser ist es, daß sie bei allen Operationen die Methoden der lokalen Anaesthesie berücksichtigt und durch Abbildungen veranschaulicht haben. Dr. Rudloff-Wiesbaden.

Tagesnachrichten.

Aus dem Reichstage. Bei der zweiten und dritten Beratung des Nachtrags über die neu zu schaffenden Reichsämter am 5. und 11. d. M. hat der Reichstag einen Antrag des Nationalliberalen Vereins auf Schaffung eines **Reichsamts für Wohlfahrtspflege**, dem die Fragen der Sozialpolitik und Bevölkerungspolitik, des Wohnungs- und Siedlungswesens, der Gesundheitspflege und Aufgaben verwandter Art zu überweisen sind, gegen die Stimmen der konservativen Partei und des Zentrums angenommen. Wir werden auf diese Verhandlungen noch zurückkommen, sobald der stenographische Bericht vorliegt.

In **Preußen** findet jetzt auf Veranlassung des Ministers des Innern eine **Umfrage über die Anwendung des Salvarsans** bei allen Krankenanstalten, Universitätskliniken, Provinzialirrenanstalten und Spezialärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten statt. In dem betreffenden Erlasse ersucht der Minister, ihm außer einem zusammenfassenden Urteil über die Wirkung des Salvarsans anzugeben, wieviel Kranke mit dem Mittel behandelt sind, wieviel Einspritzungen sie erhielten, ob und wieviel Schädigungen dabei beobachtet sind usw. Der Minister bemerkt ausdrücklich, daß er die Angaben für die nächsten Landtagsverhandlungen bedürfe.

Die neue **Hebammenlehranstalt der Provinz Brandenburg in Neukölln** (Berlin), die mit einer Frauenklinik und einem Säuglingsheim verbunden ist, ist am 3. d. M. feierlich eröffnet worden. Die bisherigen Provinzialhebammenanstalten in Lübben und Frankfurt a. O. sowie die mit der Charité in Berlin verbundenen Hebammenlehranstalt treten damit außer Tätigkeit.

Ehren-Gedächtnistafel. Für das Vaterland gefallen oder gestorben:

Stabsarzt d. Res. Dr. A. Brunner in Rheinzabern (gestorben infolge von Krankheit).

Landsturmpflichtiger Arzt Dr. Daibler.

Oberarzt und Abt.-Arzt Dr. Paul Drape-Hannover (gestorben infolge von Krankheit).

Assistenzarzt d. Res. Dr. Junkel-Dortmund.
Stabsarzt d. Res. Dr. Ludwig Koppen-Aachen (gestorben infolge von Krankheit).
Stabsarzt d. Res. Dr. Konrad Lobeck-Chemnitz.
Stabsarzt d. Res. Dr. Otto Müller-Lehe.
Oberarzt d. Res. Dr. Sendel-Leipzig (gestorben infolge von Krankheit).

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten:[1])

Das Eiserne Kreuz I. Klasse:

Stabsarzt d. L. Dr. **Buddee**, Kreisarzt in Neutomischel (Posen).
Stabsarzt Dr. Caro-Hannover.
Stabsarzt d. Res. Med.-Rat Dr. **Kasten**, Kreisarzt in Charlottenburg; demselben ist auch das Hamburger Hanseatenkreuz verliehen.
Stabsarzt d. Res. Dr. **Prang**, Kreisarzt in Bitburg (Reg.-Bez. Trier).
Stabsarzt d. Res. Dr. **Sage** in Osternberg (Reg.-Bez. Magdeburg).
Stabsarzt d. Res. Dr. **Schulte**, Kreisarzt in Kochem (Reg.-Bez. Koblenz); hat auch das Ehrenkreuz des Fürstl. Hohenzollernschen Hausordens III. Klasse mit Schwertern erhalten.
Stabsarzt d. Res. Dr. **Sieber**, Kreisarzt in Witkowo (Reg.-Bez. Bromberg).
Stabsarzt d. Res. Dr. **Vial**, Kreisarzt in Gardelegen.
Stabsarzt d. Res. Dr. **Weidanz**, Kreisarzt in Bremen.
Stabsarzt d. Res. Dr. **Weller**, Kreisarzt in Sonderburg; demselben ist auch das Hamburger Hanseatenkreuz verliehen.

Das Eiserne Kreuz II. Klasse am schwarz-weißen Bande haben folgende Medizinalbeamten erhalten:

Dr. Bogusat, Hilfsarbeiter im Gesundheitsamt zu Bremen.
Med.-Rat Dr. Burchard, Kreisphysikus in Bückeburg.
San.-Rat Dr. Buschmann, Kreisarzt in Parchim (Mecklenburg-Schwerin); hat auch das Türkische Halbmondkreuz erhalten.
Stabsarzt d. L. Prof. u. Med.-Rat Dr. Dugge, Kreisarzt in Rostock; hat auch den Großherzoglich Mecklenburgischen Verdienstorden II. Klasse am roten Bande erhalten.
Geh. Med.-Rat Dr. Esleben, Kreisarzt in Bernburg.
Med.-Rat Dr. Fitzau, Kreisarzt in Ballenstedt.
Med.-Rat Dr. Günther, Kreisarzt in Hagenau (Mecklenburg-Schwerin).
Bezirksarzt Dr. Haßmann in Bretten (Baden); hat auch das Ritterkreuz II. Klasse mit Schwertern des Großh. Badischen Ordens vom Zähringer Löwen erhalten.
Stabsarzt d. Res. Dr. Kracht, Kreisarzt in Itzehoe; hat auch das Bremer Hanseatenkreuz erhalten.
Stabsarzt d. Res. Dr. Kraus in Pfakofen (Oberpfalz), staatsärztlich approbiert; hat auch den Bayer. Militär-Sanit.-Orden II. Klasse und den Bayer. Militär-Verdienstorden IV. Klasse m. Schw. und die Luitpold-Medaille erhalten.
Kreisassistenzarzt Dr. Lenz in Königsberg i. Pr.
Kreisarzt Dr. Mende in Pillkallen (Ostpreußen).
Kreisarzt Dr. Meyer in Muskau (Oberlausitz).
Med.-Rat Dr. Müller, Physikus in Braunschweig; hat auch das Braunschweigische Kriegsverdienstkreuz und das Hamburger Hanseatenkreuz erhalten.
Kreisarzt Dr. Opitz in Peine.
Geh. Med.-Rat Dr. Rockwitz, Reg.- u. Med.-Rat in Kassel.
Med.-Rat Dr. Sarganeck, Kreisarzt in Köslin.
Kreisarzt Dr. Scheu in Heydekrug (Ostpreußen).
Ober-Med.-Rat Dr. Schläger, Landesarzt in Oldenburg; hat auch das Großherzogl. Oldenburgische Friedrich August-Kreuz II. Klasse am blauroten Bande erhalten.

---

[1]) Zum größten Teil der Schriftleitung erst nachträglich bekannt geworden.

Stabsarzt d. R. Dr. Schultess, Bezirksarzt in Auerbach (Kgr. Sachsen).
Bezirksärztlicher Stellvertreter Dr. Seidl-Waldsassen (Oberfranken); hat auch den Bayer. Militär-Verdienstorden IV. Klasse mit Krone und Schwertern erhalten.
Dr. Stade, stellvertretender Geschäftsführer des Gesundheitsamts in Bremen.
Stabsarzt d. Res. Dr. Stömmer, Bezirksarzt in Landshut; hat auch den Bayerischen Militärverdienstorden IV. Klasse mit Krone und Schwertern erhalten.
Kreisarzt Dr. Tiling in Heinrichswalde (Reg.-Bez. Gumbinnen).
Stabsarzt d. Res. Dr. Weinland, Oberarzt an der Heilanstalt Schussenried (Württemberg); hat auch den bayerischen Militär-Verdienstorden IV. Klasse mit Schwertern erhalten.
Kreisarzt Dr. Weise in Dirschau.
Kreisarzt Dr. Werner in Frankfurt a. O.
Stabsarzt d. L. II Dr. Winkelmann, Kreisarzt in Jauer; hat außerdem auch das Herzoglich Meiningensche Ehrenkreuz und das Kaiserlich Oesterreichische Ehrenzeichen II. Klasse erhalten.

Das Eiserne Kreuz II. Klasse am weiß-schwarzen Bande:

Geh. San.-Rat Dr. Creite, Physikus in Schöningen (Braunschweig).
Oberstabsarzt Med.-Rat Dr. Menke, Kreisarzt in Schlawe (Pommern).
Geh. Med.-Rat Dr. Nützenadel in Altenburg (Thüringen).
Geh. Med.-Rat Dr. Racine, Kreisarzt in Essen a. R.
Med.-Rat Prof. Dr. Schrakamp, Kreis- und Stadtarzt in Düsseldorf.

Ferner hat erhalten: Das Großh. Sächsische Militär-Verdienstkreuz II. Klasse: Stabsarzt d. Res. Med.-Rat Dr. Müller, Kreisarzt in Geestemünde.

In den Wochen vom 23. September bis 6. Oktober sind Erkrankungen an **Pocken** im Deutschen Reich 1 u. — vorgekommen, im Deutschen Gouvernement Warschau vom 16. bis 26. September: 3.

Die Zahl der **Fleckfiebererkrankungen** betrug im Deutschen Reich vom 23. September bis 6. Oktober: — u. 6 (bei Kriegsgefangenen), im Deutschen Gouvernement Warschau vom 16. bis 22. September: 357 (21), in Ungarn vom 13. bis 19. August: 2.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 9. bis 22. September 1917 erkrankt (gestorben) an Pest, Gelbfieber, Malaria, Aussatz, Tollwut: — (—), — (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 6 (—), 5 (—); Rotz: 6 (1), — (—); Milzbrand: 3 (—), — (—); — Pocken: — (—), 3 (—); Unterleibstyphus: 1063 (85), 1066 (73); Ruhr: 4622 (720), 3858 (562); Diphtherie: 2810 (108), 2923 (125); Scharlach: 727 (16), 710 (16); Kindbettfieber: 58 (17), 59 (12); übertragbare Genickstarre: 2 (2), 5 (1); spinaler Kinderlähmung: 2 (—), 4 (1); Fleisch- usw. Vergiftung: 1 (—), 9 (—); Körnerkrankheit (erkrankt): 21, 105; Tuberkulose (gest.): 836, 904.

Mitteilung für die Medizinalbeamten.

Der **Kalender für Medizinalbeamte** wird auch für das **Jahr 1918** erscheinen, und zwar diesmal rechtzeitig, da seine Drucklegung so weit gefördert ist, daß seine Ausgabe in der ersten Hälfte des Dezembers gesichert ist. **Bestellungen** nimmt die unterzeichnete Verlagsbuchhandlung schon jetzt entgegen.

Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld,
Berlin W. 62, Keithstraße 5.

Der Herausgeber.

Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

30. Jahrgang; Nr. 21. Ausgegeben am 5. November 1917.

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.
Bezugspreis für das Jahr: 15 Mark.

Ausserdem ein besonderes, nur vierteljährlich erscheinendes Beiheft:
Zeitschrift für
Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege.
Offizielles Organ der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens.
Bezugspreis für das Jahr: 8 Mark, für die Bezieher der Zeitschrift: 4 Mark.

VERLAG VON FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf

Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: Geisdorf & Co., G. m. b. H., Eberswalde (Mark).

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung, Nr. 21, am Schlusse des Heftes.

INHALT.

Original-Mitteilungen.

Zur Frage der „widernatürlichen Unzucht". Von Dr. Grassl 581

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin.

Dr. F. Kanngiesser: Zur Toxikologie von Cucumis sativus 595

Dr. F. Kanngiesser: Sind die Klavarien genießbar? 596

B. Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

1. Bekämpfung übertragbarer Krankheiten im allgemeinen.

Dr. Nesemann: Die Infektionskrankheiten in Berlin während der Jahre 1909 bis 1913. Statistik, Epidemiologie und Bekämpfung 597

2. Pocken.

Dr. Wolf: Die experimentelle Pockendiagnose nach Paul 597

3. Tuberkulose.

Dr. A. Labatt und J. Byttner: Einige Versuche über den Zusammenhang zwischen der Magenfunktion und dem Vorkommen von Tuberkelbazillen in den Fäzes 601

Dr. E. Boit: Ueber Färbung und Gegenfärbung der Tuberkelbazillen 601

Dr. Fr. Graetz: Die Bedeutung der intrakutanen Tuberkulinreaktion nach Römer-Esch für die frühzeitige Feststellung der Impftuberkulose des Meerschweinchens, unter besonderer Berücksichtigung des diagnostischen Tierversuchs bei der menschlichen Tuberkulose 601

Otto Schlesinger: Die Verbreitung der Tuberkulose nach den Ergebnissen der v. Pirquetschen Kutanreaktion 602

Tuberkulöse Infektion und klinisch nachweisbare Tuberkulose 602

Dr. Roepke: Tuberkulosetherapeutische Zeit- und Streitfragen 603

Dr. Oschmann: Erwerbsfähigkeit der Tuberkulösen 604

Tagesnachrichten 604

Sprechsaal 608

Beilage:

Rechtsprechung *133*

Medizinalgesetzgebung 134

Umschlag:

Personalien.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: der Charakter als Geh. Med.-Rat: dem Prof. Dr. Abderhalden in Berlin und Dr. A. Ellinger in Frankfurt a. M.; — der Titel Professor: Dr. Rona, Laboratoriumsleiter



Medicinisches Waarenhaus

Aktien-Gesellschaft

Berlin NW. 6, Karlstraße 31.

Centralstelle aller ärztlichen Bedarfsartikel und für Hospitalbedarf.

Neues Instrumentarium

zur Wohnungs-Desinfection

mittels

flüssigen Formalins

nach

Prof. Dr. **O. Roepke.**

Ref. Nr. 7, 1905 der Zeitschrift f. Medizinalbeamte

D. R. G. M. Modell M. W.





Ausführliche Beschreibung steht zu Diensten.

Von den Königlich Preussischen und Königlich Bayerischen Staats-Eisenbahnen eingeführt.

30. Jahrg. 1917.

Zeitschrift
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Anzeigen nehmen die Verlagshandlung sowie alle Anzeigenannahmestellen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 21. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats. | 5. Nov.

Zur Frage der „widernatürlichen Unzucht".

Von Medizinalrat Dr. Graßl, Bezirksarzt in Kempten.

Wenn wir an der Auffassung festhalten, daß die Befruchtung ein in sich geschlossener Naturvorgang ist, so dürfen wir die Befruchtung nicht willkürlich auseinanderreißen, sondern müssen jede Befriedigung des Geschlechtstriebes ohne Möglichkeit der Befruchtung als widernatürlich bezeichnen. Als gegen die Natur gerichtet müßten wir also ebenso den Coitus reservatus, wie die Onanie und die Sodomie und die übrigen Geschlechtsabirrungen auffassen. Die einzelnen Abstufungen wären wesentlich gleiche, nur in der Form verschiedene Geschlechtsverirrungen. Die Anpassungsmöglichkeit des Individuums wie der Völker verträgt aber auch in der Geschlechtsbetätigung eine gewisse Emanzipation von dem natürlichen Vorgang. Wer über diese Anpassungsmöglichkeit hinübergeht, steuert auf die Folge aller Ueberschreitungen zu: auf den Untergang als Individuum und Volk. Fast alle Religionen und Staaten haben daher die Geschlechtstätigkeit in den Bereich ihrer Ordnung einbezogen. Während die monotheistische

Religion an der ursprünglichen und biologischen Auffassung der Widernatürlichkeit des Geschlechtsaktes als Religionsdelikt festhält, haben die staatlichen Gesetzgeber die Materie erst jenseits der Grenzen zu ordnen versucht, die den zeugungsfähigen Mann und die gebärfähige Frau umschließen. Alle zwischen diesen Geschlechtspartner vorhandenen Geschlechtssitten pflegt die Staatsverwaltung als naturgemäße zu betrachten — in Erweiterung des Begriffes der Biologen.

Die Ordnung der Geschlechtssitten außerhalb des Kreises der männlichen und weiblichen Kopulanten ist bei den verschiedenen Völkern sehr verschieden und selbst bei dem nämlichen Volk zeitlich völlig geändert. So überließ das alte preußische und bayerische Strafgesetz nahezu das Gesamtgebiet der Geschlechtsbetätigung der Sittenlehre, während die mittelalterliche und die moderne deutsche Gesetzgebung gewisse Zweige der Geschlechtsbetätigung in das Bereich der staatlichen Besprechung stellt. Das österreichische Strafgesetz bestraft die Befriedigung des Geschlechtstriebes durch Gleichgeschlechtliche bei Mann und Frau; das deutsche bedroht nur die widernatürliche Geschlechtsbefriedigung zwischen den Männern. Dieser deutsche, im § 175 des St.G. geregelte Begriff schwebt uns auch hauptsächlich vor, wenn wir nachstehend von „widernatürlicher Unzucht“ sprechen.

Die ältere Gerichtsmedizin umfaßt diese Delikte mit der Bezeichnung Homosexualität. Ueber diese Homosexualität oder auch konträren Sexualbetätigung hat sich nun in den letzten 2—3 Dezennien ein heftiger Streit der Gelehrten erhoben. Man stritt sich darüber, ob die Homosexualität eine Abart der physischen Entwicklung sei oder eine psychische Abnormität und Erkrankung. Auf Seite der Auffassung als Entwicklungsanomalie stehen unter andern Krafft-Ebing und gegenwärtig Hirschfeld, auf die psychopatische Grundlage weisen Kräpelin und Rüdin hin.

Nach meiner Auffassung ist die Art der Fragestellung irreführend; nicht die Homosexualität steht in Frage, sondern der Homosexuelle. Die Homosexualität ist zweifellos ein Sammelbegriff, der zwei voneinander weit abstehende Hauptgruppen umfaßt. Es gibt Homosexuelle, die von Hause aus diese Geschlechtsempfindung haben, die also primär-homosexuell sind, und es gibt solche, die erst während ihres Individuallebens homosexuelle Empfindungen annehmen, also sekundär Homosexuelle.

Um die primäre Homosexualität begreifen zu können, muß man auf die Anfänge der Menschheit zurückgehen. Hier kann uns die Bibel einen brauchbaren Wegweiser abgeben, deren Verfasser als ägyptischer Königspflegesohn und Priesterschüler aus den uns nahezu gänzlich verloren gegangenen, anscheinend unerschöpflichen Quellen altägyptischer und altbabylonischer Weisheit und Ueberlieferung schöpfend uns immer wieder überrascht und überzeugt. Wir finden die sachlichen

Mitteilungen Mosis über die Geschlechtsverhältnisse der ersten Menschen in der modernen Biologie völlig bestätigt.

Der Bibelautor erzählt, daß anfangs nur ein Mensch vorhanden gewesen sei, Adam. Als dieser zur vollen Entwicklung gekommen war, zweigte sich aus dessen „Rippe" das Weib, Eva, ab. In Adam waren also beide Geschlechter, Mann und Frau vereinigt. Dieser Auffassung huldigt auch der größte Teil der modernen Biologen und sie ist die Grundlage aller wissenschaftlicher Zuchtlehre. Hauptsächlich Kammerer weist darauf hin, daß die Geschlechtseigenschaften des Weibes Rasseeigenschaft waren. Während also „Adam" je nach Belieben Mann oder Frau abgeben konnte, also ein echter Zwitter war, sind in der Folge der Zeit gewisse Adame beständig als Frauen benutzt worden; es bildeten sich dadurch Gruppeneigenschaften aus, so daß die betreffenden Menschengruppen nur mehr lediglich als Frauen benutzbar wurden, während ihre Partner sich zum Manne ausgestalteten. Bestimmend für die Gruppeneigenschaft und Gruppenbenutzung war die „Rippe", die Brustdrüse. In gleicher Weise fand die Geschlechtsteilung bei den übrigen Lebewesen statt.

Die nicht zur Funktion gelangten Geschlechtseigenschaften sind aber nicht verloren gegangen, sie wurden bloß „latent". In der Gegenwart ist es so, daß in jedem männlichen Lebewesen ein Gutteil weiblicher Geschlechtseigenschaften vorhanden ist und in jedem weiblichen Wesen ein Gutteil männlicher Geschlechtseigenschaften, und zwar ist das Verhältnis bei den Säugern, also auch bei den Menschen, so, daß der weibliche Teil geringere männliche Geschlechtswerte in sich hat, als der männliche Teil weibliche Geschlechtswerte. Das Weib ist also mehr Weib, als der Mann Mann ist. Goldschmidt[1]) stellt als ungefähres Zahlenverhältnis auf, daß das Weib bei 100 weiblichen Geschlechtseinheiten 60 männliche Geschlechtseinheiten in sich hat, während der Mann bei 120 männlichen Geschlechtseinheiten 100 weibliche Einheiten beherbergt.

Die Träger der Entstehung der Geschlechtseigenschaften sind die Geschlechtschromosomen; die Art und Weise der Uebertragung der Geschlechtseigenschaften der Eltern auf die Kinder wird durch das von dem Benediktiner-Schotten-Abt Mendel gefundene Vererbungsgesetz geregelt.

Das Zahlenverhältnis der überkommenen Geschlechtschromosomen zueinander ist der grundlegende Faktor der Entstehung, der Genesis, von Männlich und Weiblich in den Geschlechtsdrüsen.

Das einzelne Geschlechtschromosom hat aber nicht konstanten Wert, sondern ist in seiner Wirkung verschiedenartig. So kann es kommen, daß die Geschlechtschromosomen für das

---

[1]) Dr. Goldschmidt, Professor der Zoologie in Berlin: Die biologischen Grundlagen der konträren Sexualität und des Hermaphroditismus beim Menschen. Archiv für Rassen- und Geschlechts-Biologie; Leipzig und Berlin. Teubner; 1916/17, 1. Heft.

männliche Geschlecht zwar in der Mehrzahl sind, in ihrer Wirkung aber nicht das Uebergewicht erhalten. Dann entsteht ein Wesen, das die äußeren anatomischen Merkmale der Männlichkeit, die Hoden, bei sonst völlig weiblichen Geschlechtseigenschaften besitzt. Natürlich kann dies auch umgekehrt bei dem Weibe stattfinden. Gibt nun ein solches Wesen seinen inneren Trieb, der entgegengesetzt den äußeren Geschlechtsapparaten ist, in der Geschlechtsbetätigung nach, so sagt man, es treibe Homosexualität. Als enscheidend für den Begriff geht man vom anatomischen Bau der Geschlechtsdrüsen aus. Wie aus dem Gesagten aber hervorgeht, hält man sich bei der Namensgebung und der Begriffsentwicklung an Aeußerlichkeiten. Der innere homosexuelle Mensch gehört dem entgegengesetzten Geschlechte an, und der Geschlechtstrieb richtet sich dem inneren Wesen entsprechend auf das dem inneren Wesen entgegengesetzte, dem äußeren also gleich laufende Geschlecht. Bezeichnung wie Begriff „Homosexualität" sind also nicht wesenbestimmend. Man hat deshalb derartige Individuen als geschlechtliche Zwischenstufen aufgefaßt und den Zustand als Intersexualität bezeichnet. Sind diese auf Syllogismen aufgebauten Schlüsse richtig, so muß es gelingen, derartige Wesen künstlich zu züchten. Dieses ist in der Tat gelungen. Das Nähere kann aus Goldschmidt: Vererbung und Bestimmung des Geschlechts (Berlin 1913), ersehen werden.

Von dem ausgesprochenen Geschlechts-Weibcharakter des anatomischen Mannes bis zum Vollmann existeren alle Uebergangsformen; es muß somit eine Gruppe geben, bei denen die Geschlechtsanlagen, abgesehen von den Keimdrüsen, sich die Wage zwischen Mann und Frau halten. Für diese die Bezeichnung „bisexuell" anzuwenden, halte ich im Gegensatz zu manchen Biologen als durchwegs zutreffend.

Bei den Tieren kommt zu der durch die Chromosomen bewirkten Anlagen noch ein sehr wirksamer individueller Faktor hinzu. Die Geschlechtsanlage als Chromosomenwirkung ist im Individuum wenig aktiv; sie wird es erst durch die Wirkung des Sekretes der Geschlechtsdrüsen im Individuum. Die Lehre der „inneren Sekretion" hat uns bisher völlig unklare Beobachtungen im hellen Licht erscheinen lassen; Biedl[1]) hat die Verhältnisse in einer auch den Nichtbiologen sofort verständigen Weise beschrieben.

Das Sekret der Keimdrüsen, also das des Eierstockes und der Hoden, bewirkt eine starke Aktivierung der Anlagen des Individuums in der Richtung des Geschlechtes der Keimdrüsen. Wir finden bei dem Manne im Eintritt der Mannbarkeit häufig eine Verzögerung oder eine geringe Intensität. Anscheinend reichte der Auslöse-Wirkungsfaktor Keimdrüsen-

[1]) Arthur Biedl: Innere Sekretion. Ihre physiologischen Grundlagen und ihre Bedeutung für die Pathologie. Zweite Auflage. Berlin und Wien 1915. Verlag von Urban & Schwarzenberg.

sekret nicht aus, die unterwertige Geschlechtsanlage zu beheben. Zu dieser Insuffizienz kann einerseits die Schwere der andersgeschlechtlichen Innenanlage, anderseits die mangelhafte Funktion der Hoden geführt haben. Der anatomische Befund der Hoden zur Zeit der Untersuchung kann in einzelnen Fällen die bewirkende Ursache vermuten lassen. Kastriert man Tiere und Menschen vor der Geschlechtsreife, so bleibt die Vollentwicklung der den entfernten Geschlechtsdrüsen entsprechenden Gesamt-Körpereigenschaften regelmäßig aus. Dabei muß man sich an die Tatsache erinnern, daß die innere Sekretion viel früher eintritt als die äußere, daß also die Kastration beträchtlich vor der Zeit der Samenabgabe stattfinden muß. Der Wegfall des auslösenden Sekretes erklärt diese Erscheinung.

Diese bei den präpuberalen Kastraten regelmäßig auftretende Erscheinung kann uns auch eine nicht seltene Beobachtung bei den Intersexuellen der Erkenntnis näher bringen:

Bei der Erforschung des Individuallebens der später sich homosexuell betätigenden, sowohl bei den echten, primären Intersexuellen, als auch bei den sekundären, unechten, stoßen wir nicht selten auf Angaben über das Pubertätsalter, die geeignet waren, die Pubertätsentwicklung zu hemmen. Offensichtlich macht sich die in der Natur nahezu überall vorhandene Reziprozipitätswirkung auch hier geltend, die so häufig ist, daß wir Menschen von einem „Gesetze" sprechen. Die Wirkung der Keimdrüsen macht sich nicht bloß in dem Gesamtkörper geltend, sondern der Zustand des Gesamtkörpers beeinflußt auch die Keimdrüsenwirkung. Wird der Gesamtkörper des Knabens zu lang oder zu scharf im kindlichen, präpuberalen Zustand gehalten, so ist es möglich, daß bei der ohnehin weiblichen Anlage des Knabens in besonderen, unglücklichen Fällen die innere Keimdrüsensekretion die Ausbildung der männlichen Geschlechtseigenschaften nicht in genügender Weise betätigen kann.

Diese reziproken Hemmungen können körperlicher und seelischer Art sein. Es sei hier bloß auf den Einfluß der zu langen nicht-männlichen Bekleidung und Tracht, auf die Einflüsse allzulanger Leitung des Kindes durch überängstliche Frauen hingewiesen, auf die Fernhaltung von den Knabenspielen mit ihrer Nachahmung der Gewohnheiten Erwachsener, auf die Meidung körperlicher Betätigung überhaupt und der übersorgfältigen Pflege der asexuellen Gehirntätigkeit. Es ist wohl nicht Zufall, daß die homosexuelle Betätigung bei den Intelektuellen häufiger auftritt und daß sie geradezu als Kulturlaster bezeichnet wird. Sehr häufig findet man die Angabe, daß die erste sexuelle Betätigung eine mutuelle Onanie war, die infolge unserer gesellschaftlichen Sitten und kasernenmäßigen Erziehung vieler studierender Knaben nur zu häufig vorhanden ist. Die Knabenfreundschaft, wie sie in den Knabenkonvikten manchmal zur Beobachtung kommt, hat zweifellos homosexuellen Charakter. Bei der großen Empfindsamkeit des kindlichen Gehirns gegen

äußere Eindrücke ist es nicht zu verwundern, daß gar mancher später wieder zu ihr den Weg findet. Man kehrt auch hier zur ersten Liebe zurück.

Hemmungen in der präpuberalen Zeit, gleichgeschlechtliche Auslöseursachen in der Zeit der Geschlechtsentwicklung sind wohl geeignet, die intersexuelle Konstitution zu vertiefen und die funktionelle Homosexualität zu provozieren. Eine genaue Aufdeckung der Verhältnisse des Delinquenten zur Zeit der Geschlechtsreife gehört daher zur Vollständigkeit der Begutachtung.

Einen weiteren Einblick in die Geschlechtsverhältnisse erlauben uns die Beobachtungen der Spätkastration: Die natürliche Spätkastration bei der Frau ist die Menopause; mit dem Aufhören der Regeln beginnt im Weibe die Umwandlung zu männlicher Charakter- und Körpereigenschaften, die durchwegs auch bei der künstlichen Kastration auftreten. Ihre Beschreibung erübrigt sich hier. Bei dem Manne tritt die natürliche Kastration viel später und sehr allmählig ein. Die innere Sekretion, also der Einfluß der Hoden und seiner Beiorgane dauern noch lange fort, wenn die Samenentleerung nach außen schon lange aufgehört hat. Gerade dieser langen Dauer der endokrinen Drüsensekretion verdankt es der Mann, daß er trotz seiner dem Weibe nahen Gesamtanlage von der allzu engen Annäherung an das Weib und seiner Eigenschaften bewahrt wird. Was also das Weib in der Vollblüte der Weiblichkeit an Weiblichkeit dem Mann in der Vollentwickelung der Männlichkeit voraus ist — das Weib ist in der höchsten Entwicklung viel mehr Weib als der Mann Mann ist — um das dauert ihre Weiblichkeit kürzer. Auch ein Beweis dafür, daß das Weib lediglich zur Arbeitsteilung von dem allgemeinen Stamm Adam sich abzweigte. Es scheint, daß das Weib um so mehr nach der Menopause männlichen Charakter annimmt, je mehr sie ihre Weiblichkeit durch Vollweibtum auslebte.

Immerhin findet auch beim Manne eine in die Augen fallende Annährung an den weiblichen Charakter statt, wenn die innere Sekretion ihren Höhepunkt überschritten hat. Bei Männern mit starker femininer Geschlechtstrieb-Anlage kann dann durch Schwächung des männlichen Triebteiles der feminine Teil die Oberhand gewinnen selbst dann, wenn das Individuum zur Zeit der vollen Geschlechtskraft sich nur viril geschlechtlich betätigte. Die Vorliebe alter, geschlechtsschwacher Männer für Knaben kann so zum Ausdruck physiologischer Rückbildung werden. Ihre Häufigkeit ist jedem gerichtlich tätigen Arzt bekannt.

Was die Natur durch die Zeit manchmal erzielt, das bewirkt die Krankheit mitunter vorzeitig; denn die Krankheit ist ja in der Regel nur eine Verschärfung oder Abschwächung, eine Verspätung oder Verfrühung physiologischer Vorgänge. Das zeitliche Zusammenfallen der funktionellen Homosexualität mit der krankhaften Schwäche der Geschlechtsfähigkeit ist zu

häufig, um zufällig zu sein. Ob die Schwächung durch unverschuldete Krankheit oder durch Mißbrauch des Geschlechtes eingetreten ist, ist gleichgültig.

Eine noch nicht völlig geklärte Aufgabe in der Sexualität und damit auch in der Frage der Intersexualität und Homosexualität haben die Geschlechtsdrüsen.

Zwar wissen wir, daß bei zeitlicher funktioneller Pause der weiblichen leitenden Geschlechtsdrüse, des Eierstockes, die weiblichen Beidrüsen erster Ordnung, also die Gebärmutter- und Brustdrüsen, physiologisch an die Stelle des Eierstockes treten und eine neue zeitliche Art von Pubertätsreiz abgeben, aber die analogen Verhältnisse beim Manne mit der Vorsteherdrüse sind uns noch nicht völlig geklärt. Noch ungeklärter ist trotz der bereits weitgedienten Aufdeckung der endokrinen Drüsenforschung die Einwirkung der Beidrüsen zweiter Ordnung, also der Nebennieren, der Schilddrüse mit den Epithelkörperchen und den Gehirnanhang. Der Einfluß dieser anscheinend am Ende des Geschlechtsdrüsensystems liegenden Drüsen auf die Sexualität ist nur insofern in den Grundzügen aufgedeckt, als diese Drüsen mit den übergeordneten Drüsen zusammenarbeiten. Ziemlich dunkel ist ihre Funktion noch in den Fällen, wenn die übergeordneten, leitenden Drüsen außer Fnnktion gesetzt sind. Hier wird die forschende Biologie noch manches Licht auf die anthropologischen Verhältnisse und damit in die gerichtliche Medizin werfen. So z. B. der bisher noch ungeklärte Fall, daß bei gewissen Kastrationsfällen die Entwickelung des Gesamtkörpers in einem zu den kastrierten Geschlechtsdrüsen entgegengesetzten Sinne stattfindet.

Ganz verschieden von der konstitutionellen Intersexualität und der funktionellen Homosexualität in der genetischen Wurzel ist die Gelegenheits-Homosexualität.

Als Verschärfungs- und Auslösefaktor haben wir sie schon bei der mutuellen Knaben-Onanie kennen gelernt; sie ist eine reine Umweltsfolge. Ihre Häufigkeit fällt mit der Zusammendrängung der Männer und der Fernhaltung des Weibes zusammen. Auch die Päderastie aus sozialen Gründen z. B. aus Angst vor Ansteckung oder Befruchtung ist lediglich Gelegenheitshomosexualität. Daß sie zur funktionellen Homosexualität hinüberleiten kann, ist ohne weiteres einleuchtend. In den überwiegenden Fällen aber wird sie restlos verlassen, sobald dem Mann Gelegenheit gegeben wird, sich in naturgemäßer Weise zu befriedigen.

Es ist nicht ausgeschlossen, daß gar manche Fälle, die als konstitutioneller Intersexualismus erklärt werden, sich bei näherem Zusehen als Gelegenheitshomosexualität entpuppen. So behauptet man von den Indianern, daß sie zur Intersexualität besonders veranlagt sind. Ob nicht eine optische Täuschung vorliegt, herbeigeführt durch das Wigwamleben dieses Volkes? Auch von den Oberbayern wird häufiges Vorkommen der Geschlechtszwischenstufen in der wissenschaftlichen Literatur

angegeben. Ich habe weder als Arzt noch als Beamter hievon etwas bemerkt; ich komme vielmehr zu der Vermutung, daß die Autoren eine wenig detaillierte Kriminalstatistik benutzt haben, in der die Ausscheidung der Homosexualität von der Sodomie nicht vorgenommen ist. Die Sodomie ist ein Gelegenheitsdelikt der Viehhalter; der von dem Frauengeschlecht oft monatelang abgeschiedene Hirt der Alpen erliegt aber naturgemäß öfters der Versuchung. Möglich wäre auch, daß die Gewohnheit der bayerischen Bauern, zu zweit im Bette zu schlafen, Gelegenheit zur Homosexualität abgibt. Dieser Raummangel dürfte aber auch anderswo oft vorkommen. Auch könnte man die Gebirgstracht mit entblößten Knien als Reizauslösemoment für wirkliche oder funktionelle Homosexualen deuten. Ein von mir begutachteter Homosexueller gab dieses ausdrücklich als Ursache seiner Geschlechtsbetätigung an. In einem politischen Blatte habe ich auch einmal eine Aufforderung, die offenbar von einem Homosexuellen geschrieben war, die Gebirgstracht mit den entblößten Knien als unsittlich zu verbieten, gelesen. In dieser Beziehung ist ja auch bekannt, daß die engen Hosen der Garde geradezu schwarmanlockend auf die Homosexuellen wirkten. Selbst wenn die Delikte der widernatürlichen Unzucht in Oberbayern häufiger wären, so ist noch lange nicht damit bewiesen, daß dort das echte Zwischengeschlechtstum verbreiteter ist. Die Häufigkeit des Deliktes ist nur ein sehr vorsichtig zu gebrauchender Index der Anlage.

Ebenso ist die Häufigkeit der Homosexualität bei Knabenerziehern zu beurteilen. Nebenbei, vielleicht noch einflußreicher dürfte das triebartige Hindrängen Homosexueller zur Knabenerziehung sein. Dagegen ist es offenbar sehr plausibel, daß der Prozentsatz der konstitutionellen und funktionellen Homosexualen bei den Junggesellen größer ist als bei den Verheirateten. Die Gründe sind naheliegend. Der Junggeselle, sofern er nicht Folge der sozialen Verhältnisse ist, wurzelt nicht selten in einer Ueberbewertung seiner Person und in einer Minderwertigkeit des Triebes zur Familienbildung, dem natürlichen Höhepunkt der Männlichkeit.

Wenn ich nun nach diesen grundsätzlichen Auseinandersetzungen zur Kasuistik der widernatürlichen Unzucht übergehe, so bemerke ich, daß der eine Teil der Gerichtsakte des k. Landgerichts Kempten, also eines Alpenbezirkes entnommen ist, der andere Teil sich auf drei Jahrzehnte Privatpraxis stützt.

a. Gerichtliche Fälle nach den Akten.

Auf 5 Jahre zurück konnten lediglich 12 einschlägige Fälle gefunden werden, sicher keine Zahl, die den Vorwurf besonders ausgeprägter Anlage rechtfertigen läßt.

1. A. — Vater starb mit 38 Jahren, Mutter mit 62 Jahren; beide an Schlaganfall. In der Schule waren die Anlagen mit III bewertet; bei sehr großem Fleiß mittelmäßige Schulfortschritte. Stößt mit der Zunge an. — Kam zum Militär, wo er sich straflos führte. Nach der Entlassung aus der Kaserne kam er als Knecht zu einem Bauer, wo er 6 Jahre verblieb. Hier wurde er

nach seiner Angabe durch Heuer (fremde Arbeitsleute, zur Besorgung der Heuernte, mitunter sehr zweifelhafter Qualität) in die Geheimnisse der Päderastie im 26. Lebensjahre eingeführt. Er hatte bis dorthin nie Geschlechtsdrang gefühlt, namentlich keine Hinneigung zu Frauenspersonen, nie eine Bekanntschaft und ähnliches gehabt. Dann trieb er 1/2—1 Jahre nach der Einweihung in die Geschlechtskenntnisse mit dem Knaben seines Dienstherrn fortgesetzt geschlechtlichen Unfug in der Form der echten Päderastie, der mutuellen Onanie in der Wahl des Mundes als Auslöseort. Bei seiner Entdeckung flüchtete er und wurde sinnlos betrunken in der Scheune eines Bauern gefunden und inhaftiert. Bei der Aufnahme in das Gefängnis dauerte die Bewußtlosigkeit noch 12 Stunden an.

Seine Umgebung beschreibt ihn als „Gispel", „Wirbler", „kurios".

Der Gerichtsarzt hält ihn für zurechnungsfähig; die Möglichkeit der Perversität wird zugegeben. — Das Gericht verurteilt ihn zu 2 Jahre Gefängnis und 5 Jahre Ehrenverlust. Das Vorhandensein von Perversität wird vom Gerichte angenommen; der Einfluß dieser Anlage auf die Tat nur insofern verfolgt, als ein Strafmilderungsgrund dadurch gegeben ist.

2. B. Ist unehelich geboren; seine Mutter war fünfmal außerehelich geschwängert. Er war ein tüchtiger, fleißiger, beim Dienstherrn und Nebengehilfen angesehener Fabrikarbeiter; immerhin zeigte die Strafliste 2 Einträge mit kleinen Diebstählen. Zeugte 5 Kinder in glücklicher Ehe; 1 davon ist am Leben.

Mit 42 Jahren machte er schweren Typhus mit langdauernden Gehirnerscheinungen durch. Seitdem soll sich sein Charakter nach Angabe seiner Umgebung geändert haben, besonders in dem Kreise der Familie soll er sehr reizbar gewesen sein. Seit dieser Zeit war er nachgewiesenermaßen alkoholintolerant; er und seine Frau behaupten auch von da ab vorhandene Impotenz. Die Einladungen seiner Frau konnten ihn in höchste Aufregung versetzen. Dagegen fühlte er sich zu Knaben merkwürdig hingezogen und hatte dann auch Erektionen.

Er verübte mit Knaben verschiedenemal und wiederholt geschlechtlichen Unfug in Form der schärferen Päderastie, des Mundkoitus; besonders wählt er ein gemeinsames Bad aus. Der Fachpsychiater schließt angeborene Perversität, Paralyse, Epilepsie und Altersverblödung, die gewöhnlichsten Ursachen der geschlechtlichen Verirrung, ausdrücklich aus, begutachtet Straffähigkeit und bezeichnet die Angabe, daß durch den Typhus die ganze Gehirntätigkeit, insonderheit der Geschlechtstrieb eine krankhafte Richtung angenommen habe, für sehr naheliegend. — Dem schließt sich das Gericht an. 5 Monate Gefängnis.

3. C., Handwerksbursche, unehelich geboren, dreimal leicht vorbestraft. Wie es in den Herbergen derartiger Leute üblich ist, legte sich C. nackt zu Bette, das neben einem ebenfalls nackt zu Bette liegenden Handwerksburschen stand. C. schlich sich mehr zu seinem Nachbarn hinüber und vollführte gewöhnliche Päderastie. — 2 Monate Gefängnis.

4. D., ledig, Fabrikmeister, z. Z. der Tat 40 Jahre alt, unehelich geboren; in der Seitenlinie erbliche Belastung. Alkoholmißbrauch nachgewiesen.

Nach der Einlieferung zeigte er Schwachsinn und klagte über Gedächtnisschwäche; er will 8 × 7 nicht wissen, nicht rückwärts, namentlich nicht in der ungeraden Zahlenreihe zählen können. Wurde psychiatrisch beobachtet. Die Beobachtung ergibt Simulation in dieser Beziehung. Auch die angegebene Schwerhörigkeit erweist sich als gefälscht. Hat beim Militär gedient; dann sich aus eigener Kraft zum Meister in der Fabrik emporgearbeitet; hatte bisher nur zwei Fabrikstellen. Unterstützt Mutter und Schwestern.

Trieb mit den ihm Unterstellten gegenseitige Onanie und Päderastie, mehrmals auf bloße Exhibition beschränkt. Schwachsinn wird von dem Fachpsychiater ausdrücklich abgelehnt. — Sein Geschlechtsleben ist in den Akten wenig aufgedeckt. — 2 Monate Gefängnis.

5. E., lediger Jugenderzieher in vollster Manneskraft; 35 Jahre alt. Er begnügte sich teilweise mit Küssen und an sich drücken von Knaben, auch strich er mit den Händen ihnen über die bedeckten Körperteile. Manchmal entblößte und rieb er die Geschlechtsteile der Knaben; zweimal verfehlte er sich auch an Männern; einmal berührte er unzüchtig ein Mädchen. Seine eigenen Geschlechtsteile entblößte er nie.

Verhaftet, wollte er Simulienzwecke für sein Gebahren glaubhaft machen und deutete Homosexualität an.

E. hat auf dem Gymnasium mangelhaft gearbeitet: er wiederholte eine Klasse und hatte stets Nachprüfung zu bestehen. Er war in jedem Fach gleich schwach. Er war der faulste Schüler des Gymnasiums, war selten vorbereitet und suchte mit Hilfe der Kameraden durchzukommen. Sein Betragen gab jedoch sonst zu keiner Klage Veranlassung.

Wegen Verdachts der Homosexualität Einweisung in die Irrenanstalt zur Beobachtung und Begutachtung.

Sein Vater und zwei Brüder sollen Trinker gewesen sein: seine Mutter schwermütig. Mit 9 Jahren will er vollständig verführt gewesen sein. Er war starker Onanist, auch mit anderen Knaben verfehlte er sich schon. Später will er diese Gewohnheit aus Gewissensangst aufgegeben haben.

Am Gymnasium fiel seine Reizbarkeit auf, die ihn bei geringen Anlässen zum Weinen brachte.

Der Psychiater nimmt Homosexualität an, läßt es jedoch unentschieden, ob die Homosexualität Entwicklungsanomalien oder Teile einer Geisteskrankheit ist. In dem vorliegenden Falle sei kein Beweis irgend einer geistigen Erkrankung zu finden und die Straffälligkeit gegeben, da kein unwiderstehlicher Zwang vorhanden gewesen sei.

Die bei den Akten liegenden Schriftzüge des Angeklagten zeigen eine auffallend kindliche Unbeholfenheit.

1 Jahr, 6 Monate Gefängnis. Aberkennung der Ehrenrechte.

6. F., Kaufmann, verheiratet, 2 Kinder, 42 Jahre alt. Hat in 4 Fällen die Geschlechtsteile eines Mannes berührt, gerieben und in den Mund geschoben.

In den Akten ist er als nervöser, wenig standhafter Mann beschrieben, der geschäftlich zugrunde ging und Alkoholiker wurde. Nicht erwähnt in den Akten, aber mir bekannt ist, daß er mit seiner hochgradig nervösen Frau in stetem Unfrieden lebte, daß er ein uneheliches Kind hatte. Dieses Kind in die Familie aufzunehmen, zwang er seine Frau. Die Mißhandlung dieses Kindes duldete er. — F. fiel Erpressern in die Hände. — 14 Tage Gefängnis.

7. G., 48 Jahre alt, ledig, Dienstknecht. Vor 2 Jahren beging er widernatürliche Unzucht, wurde deshalb zu 15 Tagen Gefängnis verurteilt. Diesmal ließ er sich dreimal einfache Päderastie im Bette an einem erwachsenen Mann zuschulden kommen. — Psychiatrisch keine Würdigung.

8. H., verheiratet. Da seine Frau unterleibsleidend und deshalb eine Schwängerung ihr nicht zuträglich gewesen war, verging sich H. mehrmals mit J. — Gewöhnliche Päderastie, auch mit Mundkoitus. — Ohne psychiatrische Angaben.

9. J., ledig, 34 Jahre, Dienstknecht. War bereits wegen 4 Verbrechen der widernatürlichen Unzucht zu 2 Jahren Gefängnis verurteilt gewesen. Im Gefängnis führte er sich einwandfrei, gab weder der Direktion noch dem Hausarzte Zweifel an seiner Zurechnungsfähigkeit.

Zwei einfache päderastische Fälle.

Der Gerichtsarzt führt aus: J. ist sozial anormal, ist homosexuell und geistig minderwertig: er hat schwer gelernt und mußte wiederholt die Klassen wiederholen. — Die Homosexualität ist nicht näher ausgeführt.

10. K., der passive Päderast, wird abgeurteilt, der aktive und offenbar veranlassende Teil flüchtet. Dieser ist wegen Unsittlichkeit mit Aergernis und wiederholten Bettelsvergehens bereits abgestraft.

11. L., unehelich geboren: 56 Jahre alt, verheiratet, Handwerker. Wegen Diebstahls 1891 mit einer Woche, 1903 mit 10 Tagen Gefängnis vorbestraft; 1909 wegen zweier fortgesetzter Vergehen wider die Sittlichkeit (Exhibition) und eines Vergehens der Nötigung mit 5 Monaten vorbestraft; 1903 dreimal wegen Sittlichkeitsvergehen mit 14 Tagen und 1914 wegen widernatürlicher Unzucht mit 3 Monaten Gefängnis und 3 Jahre Verlust der Ehrenrechte vorbestraft.

Er ist Vater von 5 Kindern. Bereits 1909 wurde festgestellt, daß er 1905 an schwerem Gehirntyphus erkrankt, vor der Erkrankung aber ein kräftiger, gesunder und arbeitsamer Mann gewesen war, und sich erst nach der Erkrankung

schwere Neurasthenie und geminderte Alkoholresistenz eingestellt hatte. Trotzdem wurde er damals zu 5 Monaten verurteilt.

Diesmal hatte er mit zwei Burschen schwer gezecht und die Kosten der Zeche allein getragen. Er schlich den betrunkenen Burschen auf den Abort nach und sog mit dem Munde an deren Geschlechtsteilen bis zum Samenerguß. Auch nachts vollführte er im Schlafzimmer ähnlichen Unfug.

Er gibt an, sich an die Vorfälle im Aborte nicht mehr erinnern zu können; dagegen an die im Schlafzimmer, die er zugibt. Er trinke oft lange Zeit nichts, falle deshalb bald in Trunkenheit und würde dann ganz betäubt; der Betäubungszustand dauere mehrere Tage. Er bekomme einen unangenehmen Druck im Hirn und intensiven Trieb sich mit männlichen Personen geschlechtlich zu vereinigen. Mit seiner Frau verkehre er selten und dann sei auch der Verkehr kein eigentlicher Geschlechtsverkehr, denn sein Glied bleibe schlaff. — Der gerichtliche Sachverständige nimmt sehr erhebliche Störung des Willens an; diese, sowie die Alkoholintoleranz sei auf den Typhus zurückzuführen; es habe sich ein perverser Geschlechtstrieb entwickelt, der nicht nur unmittelbar nach dem Alkoholgenuß auftrete, sondern auch längere Zeit fortdauere. Es sei ein mehrtägiger Dämmerzustand anzunehmen und die Unzurechnungsfähigkeit gegeben. Freispruch.

12. M., Vater gewaltiger Potator, der aber gegen Alkohol gefeit gewesen zu sein scheint. Auf dem Gymnasium schwankende Kenntnisse. Auf der Universität guter Erfolg; heiteres Gemüt, aber wechselvoll. Selbständig geworden — mit 30 Jahren — ergibt er sich widerstandslos dem Trunke; wird wegen auffallend roher Mißhandlung eines völlig Unschuldigen zu zwei Monaten Gefängnis verurteilt. Die Haftstrafe wird in Geld umgewandelt. Weitere alkoholische Exzesse und dann folgend Geschlechtsdelikte mit Jünglingen und Männern, bestehend in einfacher Masturbation. Angeblich gegen das Weib ohne Empfindung. Die meisten Delikte geschehen nachts, auf dem Wege vom Gasthaus in die Wohnung. — Die Untersuchung deckt eine außerordentliche Stimmungsschwankung seit Jahren bestehend auf; sich durchwegs in Extremen bewegend. — Intellekt genügend. — Wegen unter alkoholischer Wirkung stehend Einstellung des Verfahrens.

b. Eigene Beobachtung.

13. N. Er war der Sohn armer Eltern; das Gymnasium hat er unter starken Entbehrungen mit gutem Erfolge beendet. Ob er hier Päderastie trieb, ist unbekannt. Auf der Universität trat er einer studentischen Korporation bei, die ihn „vorsichtig“ beurteilt. Dann bildete er sich an verschiedenen Hochschulen weiter und erhielt wegen seiner anerkannten Fachtüchtigkeit bevorzugte Stelle.

Die Polizei ließ ihn wegen Homosexualität beobachten, konnte ihm aber nichts nachweisen. Dann verkroch er sich in einem weltentlegenen Winkel, nahm eine Haushälterin; das von dieser geborene Kind anerkannte er als eigenes. Mit seinen dortigen Fachgenossen stand er schlecht, weshalb er in eine deutsche Mittelstadt übersiedelte. Hier lernte ich ihn kennen.

Er war zweifellos ein tüchtiger Fachgelehrter; war gegen die Armen äußerst rücksichtsvoll, konnte aber, trotzdem ihm nichts Unkollegiales zur Last lag, die Anerkennung seiner Kollegen nicht finden. Er fühlte sich beobachtet und verfolgt. Zog sich von der Gesellschaft zurück und führte ein sehr sparsames Leben, wodurch er eine gewisse Wohlhabenheit erlangte. Immer mehr nahm seine Vorstellung der Beeinträchtigung krankhaften Charakter an; dabei war es ihm unmöglich, seiner Stimmung Herr zu werden. Da es zu argem Aergernis kam, wurde er der Irrenanstalt zugeführt; dort aber alsbald wieder entlassen.

Er wechselte den Wohnsitz, erregte auch am neuen Wohnsitz den Verdacht der Homosexualität und wanderte in fernere Gegend aus. Dann kehrte er in die gleiche Gegend wiederum zurück und heiratete seine Wirtschafterin, deren Kind er anerkannt hatte.

14. O. Sein Vater war Potator und mir als homosexuell bekannt. Am Gymnasium verhielt er sich, trotzdem er in einer Knabenerziehungsanstalt sich befand, im allgemeinen rein. Die erste Neigung zum gleichen Geschlecht trat in München auf, als er die bloßen Knie der Gebirgsbewohner sah. Durch

außerordentliche Selbstzucht gelang es ihm, die Anlage zurückzudrängen; aber der Widerstreit zwischen Trieb und gesellschaftlicher Sitte führte eine starke Nervosität herbei, die sich auch intellektuell äußerte. Auf einem Landposten in verantwortlicher Stellung selbständig geworden, fiel er zum erstenmal abermals durch Anreiz nackter Knie. Er ließ sich dann in die Ebene versetzen und konnte sich beherrschen. Von neuem in das Gebirge versetzt, unterlag er zum drittenmal dem von den nackten Knien ausgehenden Reiz. Deshalb vor Gericht gestellt, kam er mit geringer Freiheitsstrafe weg.

15. P. Gleich O. war und blieb auch P. ehelos und widmete sich dem Erziehungsfach. Zu mir kam er als Mann mit der Angabe, geschlechtlich infiziert zu sein. Er müsse sich, um kein Aergernis zu erregen, an seinem Wohnsitz gut führen, hätte in einer Großstadt mit einer Prostituierten verkehrt und sei infiziert worden. Die Untersuchung ergab völlig negatives Resultat. Auffallend war die starke geschlechtliche Erektion während der Untersuchung, die zum Samenerguß führte. Als er aus dem Sprechzimmer abging, übergab er mir im Briefumschlag das Honorar. Bei der Oeffnung ergab sich eine ungewöhnlich hohe Summe. Das führte zum Verdacht, daß es sich um einen Homosexuellen handele, der den Arzt als Instrument der Auslösung benütze. Bei dem zweiten Besuch ergab eine sorgfältige Aufnahme der Anamnese die Richtigkeit der Vermutung.

Auch er war sehr reizbar; konnte mit Mühe den Anforderungen des Dienstes gerecht werden; klagte über starken Gehirndruck und Schläfenschmerzen, über Schlaflosigkeit und über die Folgen des Widerstreites zwischen Pflicht und Trieb. Plötzlich verfiel er in starkes Weinen und konnte kaum beruhigt werden. Er ließ sich versetzen und kam mir außer Augen.

Vergleicht man die 15 Falle auf ihre Gleichartigkeit, so findet man keinen einzigen Fall, in dem die Homosexualität rein als solche auftrat; in jedem Falle war außer der ungewöhnlichen Geschlechtsbetätigung eine psychische Aenderung vorhanden oder sie war doch mit großer Wahrscheinlichkeit zu vermuten. Man könnte dadurch zu der Annahme kommen, daß es eine Intersexualität sui generis überhaupt nicht gibt, sondern daß die Homosexualität eine Teilerscheinung einer psychischen Alteration in jedem Fall ist. Diese Annahme verliert aber an Beweiskraft, wenn man bedenkt, daß die echte, primäre Intersexualität infolge der gesellschaftlichen und gesetzlichen Auffassung unserer Zeit als ein Delikt entehrender Art gilt und daß diese Einschätzung in dem betreffenden Unglücklichen zur Entstehung krankhafter Auffassung erst sekundär führt. Zu dieser Erwägung wird man durch die Bewertung des Falles E. und der drei Fälle meiner Privatpraxis hingeführt. Namentlich der Fall O., der von einem inter- oder homosexuellen Vater abstammt, scheint die primäre Entstehung ziemlich sicher auf angeborene Geschlechtsanomalie hinzudeuten.

Immerhin wird man als begutachtender Arzt bei der Frage, ob der Angeklagte intersexual veranlagt ist, größte Vorsicht walten lassen müssen. Manche Fälle, die als Anlage-Folge auf den ersten Schein imponieren, entpuppen sich als funktionelle Homosexualität mit einer akuten Gelegenheitsursache.

Zweimal nahmen die Begutachter und mit ihnen das Gericht an, daß die homosexuelle Neigung als Spätfolge des durchgemachten Typhus auftraten. Der mehr oder minder großen Wahrscheinlichkeit dieser Begutachtung kann man nicht entgegentreten. Wer eine größere Anzahl Typhöser zu behandeln Gelegenheit gehabt hat, wird die verschiedensten, oft

äußerst schweren psychischen Störungen bei Typhus kennen. Liebemeister (Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie von Ziemssen) erklärt diese psychischen Störungen als einfache Störungen als einfache Temperaturfolgen, während Strümpell (Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie) spezifische Toxinwirkung annimmt. Nach meinen Erfahrungen sind sie besonders dann häufig, wenn das Gehirn schon vorher nicht völlig gesund war; namentlich ist ein dem Typhus vorausgegangener Alkoholismus in dieser Richtung sehr gefährlich. Die gerichtsärztliche Anamnese wird daher auf den Zustand des Gehirns vor dem Typhus besonderes Gewicht legen. So bei B., dessen Mutter fünfmal außerehelich geboren hat, der bereits vor dem Typhus zwei kleine Diebstahlsdelikte begangen hatte, sowie bei K., der auch außerehelich geboren ist und ebenfalls Diebstähle vor dem Auftreten des Typhus begangen hatte, ferner der Umstand, daß beide impotent gegenüber dem Weibe wurden, während sie früher anscheinend in normaler Ehe lebten. Die weitere Ausführung wäre nötig gewesen, teils entlastend, teils belastend.

Auch das fällt in unseren Fällen auf, daß die genuinen Homosexuellen sich mit leichten Sittlichkeitsdelikten begnügten, oft bloß Knaben küßten oder Betastung der bekleideten Geschlechtsteile vornahmen oder doch lediglich einfache, wechselweise Onanie trieben, während die Fälle, in denen funktionelle Homosexualität auf Grund geistiger Erkrankung oder als Spätfolge des Lebens auftreten, zu den tiefer stehenden Formen übergingen, namentlich zu dem Mundcoitus. Allerdings handelt es sich in den Fällen der primären oder doch anscheinend primären Homosexualität hier um Personen, die infolge ihrer Erziehung dem Triebe größeren Widerstand entgegensetzen konnten.

Der Einfluß des Alkohols als Gelegenheitsmacher ist auch hier unverkennbar. Beachtenswert ist ferner der Umstand, daß das Delikt gewöhnlich an einem Orte verübt wurde, der als öffentlicher gilt oder ihm doch wenigstens nahesteht. Am meisten ist der Abort beliebt, aber auch die Bank im Freien, auch der Hausgang und selbst Räume, die zum Gottesdienst verwendet werden. In einem Fall war Gegenstand der Begutachtung, ob in Schulen während des Unterrichts Onanie möglich ist. Der Gerichtsarzt hat dies verneint. Nach den Mitteilungen in der wissenschaftlichen Presse und nach meinen Erfahrungen von der Schulbank her bin ich entgegengesetzter Anschauung.

Auffallend ist auch, daß in den letzten 5 Jahren im Landgerichtssprengel Kempten kein Fall zur Aburteilung kam, in dem Paralyse, Epilepsie oder Altersdemenz die Veranlassung abgegeben hätte. Daß solche Fälle nicht vorgekommen wären, ist unwahrscheinlich. Näher liegt die Annahme, daß in solchen Fällen das Verfahren schon in der Voruntersuchung eingestellt wurde. — In bezug auf Fall N. ist es gar nicht selten, daß

echte Intersexuelle heiraten und dadurch ihren Defekt zudecken, nach außen.

Soviel scheint aber sicher zu sein, daß die auch von Goldschmidt aufgenommene Angabe Hirschfelds, daß die oberbayerische Gebirgsbevölkerung ganz besonders zur Intersexualität neige, jedes Beweises entbehrt; es wäre deshalb Zeit, daß diese die ganze Bevölkerung belastende Ansicht aus der wissenschaftlichen Literatur verschwinde.

Das Bestreben der Modernen, an deren Spitze Hirschfeld steht, die Homosexualität als Strafdelikt frei zu bekommen, gibt Veranlassung, sich auch hier in dieser Beziehung kurz zu äußern. Die rechtliche Ordnung der widernatürlichen Unzucht unter Männern, wie sie das deutsche Gesetzbuch vornimmt, geschieht lediglich nach den begleitenden Umständen. Aehnlich wie bei der Wegnahme fremden Eigentums wird auch hier das Vorhandensein gewisser Begleiterscheinungen als erschwerender Umstand aufgestellt: die Oeffentlichkeit des Deliktes, der Zwang, die Jugend, die Vertrauensstellung. Dagegen wird nicht, wie bei der Tötung, auf die Motive der Tat eingegangen. Die Gesetzgebung ist also hier sogenannt objektiv und überläßt es dem Richter und dem Einzelfall, beschwerende und entlastende Umstände selbst zu finden. Nicht einmal die Wiederholung des Deliktes gilt von Gesetz wegen als erschwerend, wie dies bei Diebstahl der Fall ist, der bei Wiederholung von Vergehen zum Verbrechen aufrücken kann.

Auf alle Theorien, die zur Begründung der Strafe in der Rechtsgelehrsamkeit geltend gemacht werden, gehen die Motive zum Gesetz nicht ein, mit Ausnahme der Theorie der Sühne. Die Motiven sagen:

„Der § 173 (im Entwurf) hält die auf Sodomie und Päderastie im Preußischen Strafgesetzbuch angedrohte Strafen aufrecht. Denn selbst, wenn man den Wegfall dieser Strafbestimmung vom Standpunkt der Medizin, wie durch manche der gewissen Theorien des Strafrechtes entnommenen Gründen rechtfertigen könnte, das Rechtsbewußtsein im Volke beurteilt diese Handlungen nicht bloß als Laster, sondern als Verbrechen, und der Gesetzgeber wird billig Bedenken tragen müssen, diesen Rechtsanschauungen entgegen Handlungen für straffrei zu erklären, die in der öffentlichen Meinung als strafwürdig gelten. Die Beurteilung solcher Personen, welche in dieser Weise gegen das Naturgesetz gesündigt, dem bürgerl. Strafgesetz zu entziehen und dem Moralgesetz anheimzugeben, würde als ein gesetzgeberischer Mißgriff getadelt werden."

Die von der Gesetzgebung bei dem Erlaß des Gesetzes bestehende Rechtsauffassung des Volkes dauert, so weit ich die öffentliche Meinung beurteilen kann, unvermindert fort; dieses Fortbestehen der öffentlichen Meinung muß man als eine gesunde Volksauffassung begrüßen.

Selbst der mildeste Richter wird die Strafwürdigkeit der Gelegenheitsdelikte der widernatürlichen Unzucht nicht leugnen wollen. Auch die von mir als mit dem Namen funktionelle Homosexualität zusammengefaßten Delikte, gleichgültig, ob sie Folgen von Krankheit oder Laster sind, in der zukünftigen Gesetzgebung als straffrei zu erklären, dürfte nicht angängig sein. Sofern bei diesen Delikten die Allgemeinperson des Delinquenten

durch Beeinträchtigung des freien Willens außerhalb der Strafbarkeit fällt, bietet die jetzige Gesetzgebung bereits genügende Anhaltspunkte des Schutzes der Geisteskranken. Dem funktionellen Homosexuellen eine Eigenstellung in Hinsicht auf seine subjektive geringe Schuld einräumen zu wollen, würde zu unübersehbaren Konsequenzen führen. Auch der Dieb, der von diebischen Eltern abstammend in der Jugend nur zum Diebstahl angehalten wurde, ist subjektiv nach unserer ärztlichen Auffassung unschuldig, muß aber doch bestraft werden.

Es ist den Aerzten, die Privatpraxis treiben und mit ihren Kranken innig verwachsen und verwachsen sind, gewiß nicht zu verdenken, wenn sie die Individualität ihres Patienten zum Ausgangspunkt ihrer logischen Auffassung eines Gegenstandes machen; neben diesen Ausgangspunkt gibt es aber noch andere Gesichtspunkte, die zu mindestens gleichwertig sind. Es ist dieses die Allgemeinheit. Gerade in der Jetztzeit tritt die Bedeutung des Individuums, das im Frieden so ungemein hoch, nach meiner steten Auffassung viel zu hoch bewertet wurde, gegenüber der Gesamtvolkskörper zurück. Ich vermute, daß die durch den Krieg veranlaßte Veränderung der Auffassung in der Stellung des Individuums sich auch in der Frage der Einschätzung der Intersexualität auswirken wird. Die Richtung Hirschfeld, die für die Straflosigkeit der Homosexualität eintritt, dürfte durch den Krieg und seine Folgen in den Hintergrund gedrängt worden sein. Ein unüberwindlicher Zwang, Geschlechtsbefriedigung vorzunehmen, wird in der gerichtsärztlichen Medizin nirgends angenommen. So sehr man die wirklichen, echten Intersexuellen bemitleidet und so sehr wir es bedauern, daß die Tragik der geringen Schuld und der hohen Strafe sich bei ihnen regelmäßig auswirkt, ändern können wir diese nicht. Diese Tragik findet sich auch anderswo und zwar selbst da, wo die Gesellschaft als solche die Schuld des tragischen Momentes trägt und nicht wie hier die Natur. Es sei an die Tragik unserer Jugend hingewiesen, die bei gesundem Körper ihren Trieb nicht nachgehen soll; es sei an die Tragik jener Männer hingewiesen, die wegen Armut keine Gattin finden oder denen die Gesellschaft die Ehe verbot.

Der Untergang der Nicht-Vollwertigen ist eben Voraussetzung der Entwicklung des Menschengeschlechtes; von diesem Gesichtspunkte aus muß man für die Fortdauer der Bestrafung der Intersexuellen eintreten.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin.

Zur Toxikologie von Cucumis sativus. Von Dr. med. et phil. F. Kanngiesser in Braunfels (Kr. Wetzlar).

Daß verschiedene Kukurbitazeen als Purgativa, ja als Drastica wirken und Gastroenteritis bedingen (vergl. L. Lewin: Traité de Toxicologie; 1903, S. 666) ist bekannt. Aber über die gewöhnliche Gartengurke (Cucumis sativus) findet sich in toxikologischen Werken, soweit sie mir zur Verfügung stehen und zwar ebendort, nur folgender Vermerk: „Junge Schweinchen, die Gurken-

schalen fraßen, gingen an Enteritis zugrunde." Obwohl nun Dioskorides (II. 135) die Gurke (σίκυς ἥμερος) als „εὐκοίλιος und εὐστόμαχος" bezeichnet und die meisten die Gurken auch gut vertragen, gibt es anderseits doch sehr viele Menschen, denen die Frucht unbekömmlich ist, weniger die eingemachten, als die frischen als Salat zubereiteten Gurken. Ich hatte jüngst folgenden Fall zu beobachten Gelegenheit. Eine Frau hatte einige Scheibchen einer frischen, entschalten Gurke mit etwas Salz zubereitet in den ziemlich leeren Magen hineingegessen mit dem Ergebnis, daß etwa 4 Stunden danach Leibschmerzen und 12 Stunden nach Genuß ein heftiger, sich alsdann öfters wiederholender Durchfall einsetzte, der unter Fieber, Kopf- und Knieschmerzen — Symptomen, wie sie auch sonst bei Intoxikationen beobachtet werden — einherging. Unter entsprechender Diät, Therapie (Uzara, Tannalbin) und Bettruhe trat nach etwa 40 Stunden Genesung ein. Es weist auch dieser Fall auf die Schwerverdaulichkeit einer Frucht hin, die in dieser fettarmen Zeit der Hochsaison „ruhrähnlicher Erkrankungen" manchmal als einziges „Nahrungsmittel" reichlich auf den offenen Markt gekommen ist. Ich selbst betrachte den allgemein so „beliebten" Gurkensalat ebenso wie die oft schwerverdaulichen Pilze als „cibus anceps", mit dessen Genuß besonders in diesen Zeiten, wo der Darmtraktus an und für sich schlecht „eingefettet und geschmiert" ist, man doppelt vorsichtig sein soll.

Sind die Klavarien[1]) genießbar? Von Dr. med. et phil. F. Kanngießer in Braunfels (Kreis Wetzlar).

Es sei hier an einem Beispiel erläutert, wie unzulänglich auch die Angaben von tüchtigen Pilzkennern zur Frage der Giftigkeit gewisser Pilze zu sein vermögen. So schrieb ein Herr A. Bronold in einem übrigens durchaus lesenswerten Aufsatz in der Gartenwelt 1917, S. 95 das folgende:

„Wie häufig Pilzvergiftungen zustande kommen, mag folgendes Erlebnis beweisen. Vor einigen Jahren begegnete mir ein bekannter Arzt, der mir schon von weitem zurief: ‚Na, Sie Pilzapostel, können jetzt selbst sehen, wohin man mit Ihren Pilzen kommt. Ich bin gerade auf dem Weg zu einer Familie, die sich eine Pilzvergiftung geholt hat, kommen Sie mit, um sich selbst zu überzeugen.' Ich nahm die Einladung an und ging mit. Die Familienmitglieder hatten starkes Erbrechen, Fieber und schwebten in großer Angst. Erkrankt waren Mann, Frau und ein Kind (der Sperrdruck stammt aus nachersichtlichen Gründen von mir. K.), aber nicht das Dienstmädchen, das erklärt hatte, Pilze nicht mitessen zu wollen. Ich stellte nun fest, daß die Leute die Pilze selbst gesammelt hatten, und daß es sich um Klavarien handelte, die bis auf eine Art (welche? K.) alle eßbar sind; was die Leute aber gesammelt hatten, war durchweg eßbar, frisch und gesund. Ich fragte nun nach allem möglichen, um die Ursache der Erscheinungen festzustellen. Ich erfuhr dabei, daß ein 15 Monate altes Kind der Familie mit gutem Appetit eine tüchtige Portion des Pilzgerichtes vertilgt hatte ohne irgendwelche Vergiftungserscheinungen zu zeigen, weiter, daß sich die Mutter in guter Hoffnung befand und in diesem Zustande seit einiger Zeit überhaupt häufig an Erbrechen litt, und daß der Ehegatte, als er die Frau brechen sah, sofort von dem gleichen Uebel befallen wurde. Nun war das Rätsel gelöst (? K.). Die kranken Ehegatten wurden sofort gesund (leicht erklärlich, nachdem sie die Pilzstücke ausgiebig herausgebrochen hatten. K.), waren überglücklich und haben später noch häufig mit mir über den Vorfall gelacht. Heute sind beide große Pilzfreunde (auch von Klavarien? K.). Hätte der Arzt mich damals nicht am Wege getroffen, so wäre die Sache unaufgeklärt geblieben und es hätte sich dann um eine Pilzvergiftung gehandelt wie in unzähligen ähnlichen Fällen."

Die „Beweiskraft" dieser „autoritativen" Bronoldschen Zeilen erhellt teils daraus, daß weder von dem erkrankten Kinde in seinem Bericht weiterhin die Rede ist, noch von dem Endgutachten des erwähnten Arztes, teils aber — und nicht zuletzt —, daß nun doch genügend Material vorliegt, um die Klavarien mit Recht zu verdächtigen und vor ihrem Genuß zu warnen. So vermerkt A. J. Kunkel in seinem Handbuch der Toxikologie (II, 1901, S. 1061): „Ich selbst habe von einem Gerichte, das aus verschiedenen Clavaria-Arten gemischt

---

[1]) Synonyme: Korallenschwamm, Händling, Hirschbrunst, Bärentatze, Ziegenbart.

war, sehr unbequeme Folgen erlebt. Lenz warnt vor den bläulich oder violett (? K.) aussehenden Arten und empfiehlt nur die Clavaria Botry(ti)s und flava." Doch gerade von diesen beiden sagt Lewin in seinem Lehrbuch der Toxikologie 1903, S. 903), daß sie Gastroenteritis hervorrufen können. Mir wurde ein Fall mitgeteilt, wo nach Genuß von Klavarien Durchfall eintrat. Keilich vermerkt in der Gartenwelt (1916, S. 609), daß er vor dem Genuß größerer Mengen von Clavarien warnen möchte, da sie leicht eine Magenverstimmung verursachen können. Ich selbst wollte einmal ein Gericht von Clavaria Botrys essen, fand den Geschmack aber derart bitter, daß ich von vornherein von solchem „Genuß" Abstand nahm. Herr Realoberlehrer Dr. Theodor Schick (Feuerbach) schrieb mir: „Ein trotz bitteren Geschmacks doch absichtlich gegessenes Gericht von Klavarien hat bei mir Durchfall und heftige Bauchschmerzen verursacht. Soweit ich aus dem Gedächtnis die Clavaria noch bestimmen kann, war es wohl die Art Botrytis, denn gelb war der Schwamm nicht, sondern weiß mit rötlichen Spitzen."

B. Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

1. Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten im allgemeinen.

Die Infektionskrankheiten in Berlin während der Jahre 1904—1913. Statistik, Epidemiologie und Bekämpfung. Von Geh. Med.-Rat Dr. Nesemann, Reg.- und Med.-Rat a. D. in Berlin. Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung; VII. Band, 1. H. Berlin 1917. Verlag von Richard Schoetz. 8°; 126 S. Preis: 5 Mark.

Eine überaus fleißige Arbeit, in der Verfasser seine reichen Erfahrungen während seiner 11jährigen Tätigkeit als Reg.- und Med.-Rat beim Polizeipräsidium in Berlin, wo er das Dezernat für die ansteckenden Krankheiten zu bearbeiten hatte, über deren Ursachen, Wesen und Verbreitungswege, sowie über die Durchführbarkeit und Wirksamkeit der zu ihrer Bekämpfung erlassenen gesetzlichen Bestimmungen mitteilt. Von den gemeingefährlichen Krankheiten sind nur vereinzelte Erkrankungen an Aussatz, Cholera und Pocken beobachtet, bei denen es sich stets um eingeschleppte Fälle handelte. Dank der den Polizeibehörden durch das Reichsseuchengesetz eingeräumten großen Befugnisse und der vorhandenen trefflichen Einrichtung für die Feststellung und Unterbringung solcher Kranken, hat keine der betreffenden Krankheiten in Berlin festen Fuß fassen können. Schwieriger liegen dagegen die Verhältnisse bei den einheimischen übertragbaren Krankheiten, da die Bestimmungen des für ihre Bekämpfung maßgebenden preußischen Landesseuchengesetzes gegenüber denen des Reichsseuchengesetzes vielfach abgeschwächt sind und sich infolgedessen als ungenügend erwiesen haben. Verfasser bemängelt mit Recht, daß bei diesen Krankheiten ein etwaiger Verdacht nicht anzeigepflichtig ist, daß die Ueberführung der Erkrankten in ein Krankenhaus nicht gegen den Willen der Eltern erfolgen darf und ihre wirksame Absonderung dadurch wesentlich erschwert wird. Auch mit Rücksicht auf die Ueberwachung der Bazillenträger haben sich die gesetzlichen Bestimmungen als unzureichend erwiesen. Rpd.

2. Pocken.

Die experimentelle Pockendiagnose nach Paul. (Sammelreferat.) Von Kreisarzt Dr. Wolf-Hanau, bisher Leiter des Staatl. Hygien. Instituts, Lodz.

Da der Erreger der Pocken noch nicht mit Sicherheit bekannt ist, so war man bis jetzt bei der Differentialdiagnose zwischen Variola und Varizellen außer den klinischen Symptomen auf den Nachweis der schon lange bekannten Guarnierischen Körperchen angewiesen. Nach Kolle-Hetsch liegt jedoch keine Berechtigung vor, diese Körperchen ohne weiteres als die Erreger der Pocken aufzufassen. Nach Jochmann nimmt man an, daß sie z. T. die Erreger einschließen und als spezifische Reaktionsprodukte der erkrankten Zelle aufzufassen sind. Daß diese Gebilde jedoch für die Infektion charakterisch sind, und ihr Vorhandensein mit absoluter Sicherheit das Vorliegen von Vakzine oder Variola beweist, wird heute von den meisten Forschern angenommen; sie finden sich nicht nur in der Haut bei Pocken, sondern auch in der Vakzine und ferner in der vakzinierten Hornhaut des Kaninchens. Aus diesem Grunde

wurde der Kornealversuch schon von verschiedenen Autoren (Jürgens, Paschen, Mairinger, v. Prowazek, Jochmann, Friedberger) empfohlen, da das Kaninchen nicht nur für Vakzine-, sondern auch für Variolavirus sehr empfindlich ist; auch neuerdings weist Jürgens[1]) wieder auf die Brauchbarkeit dieses Verfahrens hin. Daß diese Methode so wenig Verwendung fand, beruhte auf der umständlichen Technik. Es gelang nun Paul[2]), dem Direktor der Staatsimpfanstalt in Wien, ein einfaches und sicheres Verfahren anzugeben, an dem neu ist, daß eigenartige Veränderungen auf der mit Variolavirus geimpften Kaninchenhornhaut in Sublimatalkohol erkennbar werden, die der Feststellung am lebenden Tier häufig entgehen.

Bei der histologischen Diagnosestellung kommt es in erster Linie auf die Beurteilung des anatomischen Gesamtbildes der pathalogischen Veränderung auf der Kaninchenhornhaut an; die Guarnierischen Einschlüsse kommen erst in zweiter Linie in Betracht.

Zur Entnahme von Bläscheninhalt ist folgende Anleitung gegeben:

1. Ein oder mehrere Bläschen mit einer reinen Nähnadel eröffnen.
2. Das hervorquellende Sekret mit dem Objektträger mehrmals auftupfen; mindestens zwei Objektträger beschicken; an den Schmalseiten der Objektträger beiderseits zum Anfassen 2 cm freilassen.
3. Quillt infolge Eindickung kein Sekret mehr aus der Pustel, die Pusteldecke mit der Nadel abheben und mit der feuchten Seite am Objektträger durch Ausdrücken festkleben.
4. In jedes Versandkästchen nur Material von ein u. demselben Kranken einlegen. Von den Kranken ist stets der Impfzustand anzugeben. Die Objektträger dürfen nicht durch die Flamme gezogen werden.

Im Institut wird das angetrocknete Sekret mit 1—2 Tropfen 50proz. Glyzerins aufgenommen und möglichst gut durchmischt. Auf der Hornhaut des Kaninchens wird mit einer feinen Nadel ein dichtes Gitterwerk von Kratzstellen angelegt, das mit dem Pustelinhalt beschickt wird. Nach 24 Stunden sind die Kratzer meist schon nicht mehr zu sehen. Nach 36–48 Stunden treten aber bei positivem Ausfall der Reaktion herdweise disseminierte toxische Epithelnekrosen auf, die schon häufig bei seitlicher Beleuchtung mit 6—8facher Lupenvergrößerung als kegelförmige feuchtglänzende Erhebungen zu erkennen sind. Die Infektionsherde[3]) treten aber auf der Cornea des enukleierten und in alkoholische Sublimatlösung getauchten Kaninchenauges schon nach Einwirkung von 1—2 Minuten in Form kreisrunder isolierter Körperchen zutage, die sattweiß sich von dem mehr mattweißen Grunde der nicht infizierten Epithelpartien weich konturiert abheben. Bei negativem Ausfall der Reaktion ist die Cornea nach 48 Stunden wieder normal. Das Aussehen der Cornea post vaccinationem ist ein ganz anderes als das post inoculationem; auch die Epithelveränderungen sind bei beiden Prozessen wohl ähnlich, zeigen aber doch deutliche Verschiedenheiten. Bei Inokulation von Varizellenmaterial fehlt das Phänomen vollständig, bei purulenten Prozessen kommt es nur zu diffusen Trübungen. Auf Grund von 22 Fällen kam Paul daher anfangs 1915 zu dem Ergebnis, daß die Inokulation der Cornea eine wichtige Ergänzung der sanitätspolizeilichen Erhebungen von Blatternfällen in den Frühstadien, insbesondere in den sogenannten „Grenzfällen", sei.

Die von Paul angegebene histologische Untersuchungstechnik ist folgende:

1. Der enukleirte Bulbus kommt auf 10 Minuten in alkoholische Sublimatlösung (40 subl., 30 Alkoh., 70 aq. dest.).
2. Abkappen der Cornea und Einbringen derselben auf 1 Minute in 98% Alk.
   Dann 1 Minute in Jodalkohol von dunkler Tokayerfarbe,
   1 Minute in 98% Alkohol + Chloroform aa,
   1 Minute in reines Chloroform,
   1 Minute in eine gesättigte Lösung von Paraffin in Chloroform von 40°,
   1 Minute in verflüssigtes hartes Paraffin bei 60°.

[1]) Berliner klin. Wochenschrift; 1917, Nr. 14.
[2]) Der Amtsarzt; 1914, Nr. 7–8.
[3]) Zentralblatt für Bakteriologie; Bd. 75, H. 7.

Einbetten der Cornea in einem mit Glyzerin ausgestrichenen Blockschälchen mit der konvexen Corneafläche nach unten. Nach Bildung eines starren Paraffinhäutchens, Einbringen des Blockschälchens in eiskaltes Wasser, nach vollständiger Erhärtung Halbierung der Paraffinscheibe mittels eines schmalrückigen scharfen Messers (sägende Messerführung!), um beim Mikrotomieren mit der Schnittführung von der Mitte der halbierten Cornea beginnen und so die infizierten Partien (die Impfritzer) schon in den ersten Schnittserien zu Gesicht bekommen zu können.

Zur raschen und sicheren Fixierung der in warmem Wasser ausgebreiteten und mit einem Objektträger aufgefangenen Paraffinschnitte schleudert man zunächst durch eine Grobbewegung des Armes das in der Unterfläche derselben befindliche überflüssige Wasser ab und preßt sie mittels vierfach zusammengelegten, mit abs. Alkohol befeuchteten Josefspapier mit dem Daumenballen an den Objektträgern an. Vorsichtshalber kann man den beschickten Objektträger auf 1—2 Minuten in den Paraffinschrank (60°) bringen. Die Schnitte haften dann so fest und sicher, als hätte man sie stundenlang im Trockenschrank gehalten. Färbung mit Haemalaun durch 5 Minuten.

Man hat also zur Vorbereitung der variolierten Cornea für die histologische Untersuchung einschließlich der Einbettung nur eine halbe Stunde und eine weitere halbe Stunde zum Schneiden, Fixieren, Entparaffinieren und Färben der Schnitte nötig. Bei Einhaltung dieser Technik und bei einiger Fertigkeit kann man bequem in einer knappen Stunde — vom Tode des Versuchtieres an gerechnet — die gefärbten Kornealschnitte auf dem Objekttische des Mikroskopes haben.

Gins[4]) hat die Paulsche Methode nachgeprüft und kommt zu dem Schluß, daß sie die Diagnose in den meisten Fällen bereits nach 48 Stunden sichert. Der positive Ausfall ist beweisend für Variola, der negative Ausfall soll dagegen den klinischen Pockenverdacht nicht erschüttern. Die bei der Variola-Verimpfung auf die Kaninchenhornhaut auftretenden Veränderungen werden bei der Verimpfung von Varizellen-Material oder Material von anderen Hautaffektionen nicht beobachtet. Diese Methode erscheint daher berufen, eine empfindliche Lücke in unseren diagnostischen Hilfsmitteln bei Pocken zu schließen. Auch Merck[5]) macht auf die Methode aufmerksam. Nach Hammerschmitt[6]) ist auf Grund von 153 Untersuchungen, von denen 82 positiv waren, die in 49 Fällen klinisch bestätigt wurden, die sachgemäß ausgeführte Kornealreaktion berufen, bei der Entscheidung vieler unklarer, blatternverdächtiger Krankheitsfälle eine wichtige Rolle zu spielen. Gerade die leichtesten Fälle von Blattern pflegen häufig im Verhältnis schwere Veränderungen an der Cornea hervorzurufen. Auf der Tagung der Ophthalmologischen Gesellschaft 1916 in Heidelberg betonte Paul[7]) den streng pathognomonischen Charakter der spezifischen Epithelveränderung; die praktische Brauchbarkeit und Verläßlichkeit hat die Untersuchungsmethode als sanitätspolizeilichen Behelf in Preußen und in Oesterreich-Ungarn in vielen hunderten von Fällen bereits erwiesen. Neuerdings macht Paul[8]) nochmals auf die Brauchbarkeit seiner Methode aufmerksam. Da die Nachprüfung die praktische Brauchbarkeit des Verfahrens erwiesen hat, bestimmt der preuß. Min.-Erlaß vom 20. 12. 16. — M. 11686 —, daß in jedem Falle von Pocken und Pockenverdacht Material an das Kgl. Institut für Infektionskrankheiten „R. Koch“ in Berlin eingesandt wird. Auch in Oesterreich-Ungarn ist die Methode eingeführt.

Von Gerloczy und Voß[9]) kommen zu folgendem Schluß: Nach alldem kann der positive Ausfall der Paulschen Reaktion für Blattern spezifisch betrachtet werden. Als solche kommt sie als differentialdiagnostisches Verfahren in erster Reihe bei der Unterscheidung der Blattern von den Schafblattern in Betracht. Die positive Reaktion spricht für Variola, der negative Ausfall

---

[4]) Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 37. Oeffentliche Gesundheitspflege; 1917, Nr. 7.

[5]) Ars medici; 1917, Nr. 2.

[6]) Oesterreich-Sanitätswesen; 1916, Nr. 5–8.

[7]) Bericht der Versammlung. (Verlag von Bergmann-Wiesbaden).

[8]) Wiener klinische Wochenschrift; 1917, Nr. 16.

[9]) Berliner klinische Wochenschrift; 1917, Nr. 16.

schließt aber natürlich das Bestehen von Blattern nicht aus. Durch die neue Untersuchungsart nach Paul ist es möglich, die Diagnose in den meisten Fällen bereits nach 48 Stunden zu stellen, was besonders bei der Feststellung der ersten Fälle von erhöhtem Werte ist. Dem neuen Verfahren kommt demnach eine große Bedeutung bei den gegen Blattern zu ergreifenden Schutzmaßregeln zu. Zweifellos werden sich bei ihrer Anwendung Fälle, die für Varizellen gehalten werden, häufig als Blatternfälle entpuppen. Dem Paulschen Versuch sollte demnach in dem Kampfe gegen Blattern eine ähnliche Rolle zugesichert werden, wie der obligatorischen Stuhluntersuchung bei der Cholera. Die bisherigen günstigen Erfahrungen mit der Paulschen Probe lassen es sowohl in klinischer, als sanitätspolizeilicher Hinsicht erwünscht erscheinen, daß sie eine ihrem Wert entsprechende Verbreitung finde.

Schreiber[10]) ist bezüglich Bewertung des biologischen Nachweises der Pocken folgender Ansicht: Unter der Wirkung der Schutzimpfung wird man jetzt sehr viel häufiger Variolaspuren zu sehen bekommen, deren Erkennung bei der Bedeutung, die sie für die Weiterverbreitung der Pocken haben, sorgfältige Beobachtung erfordert. Der negative Ausfall des Tierversuches spricht in keiner Weise gegen Variolois. Bereits die Knötchen können bei echten Pocken positive Impfresultate liefern. In zweifelhaften Fällen wird man alle prophylaktischen Maßnahmen treffen, wie bei echten Pocken. Hallenberger[11]) hat ebenfalls die Methode mit Erfolg angewandt; desgleichen bestätigt W. Schultz[12]) ihre Verwendbarkeit.

Außerdem hat Paaschen (1906) auf das regelmäßige Vorkommen großer Mengen von kleinsten runden Körperchen in der Kinderlymphe und in den spezifischen Hautveränderungen bei der Variola aufmerksam gemacht. v. Prowazek hält die in den Guarnierischen Körperchen sich befindlichen, meist um $^1/_4\,\mu$ in ihrer Größe schwankenden runden Elementarkörnchen für den Erreger der Variola-Vakzine, der sich durch Hantelteilung vermehrt und Diploform annimmt; er rechnet ihn zu den Chlamydozoen, einer Gruppe von Protozoen. Neuerdings betont Paaschen[13]) nochmals die Erregernatur der von ihm angegebenen Körperchen, die er stets bei Variola und Vakzine fand. Er weist darauf hin, daß in mehreren Fällen bei der Paulschen Methode eine mikroskopische Untersuchung folgen muß, die wieder mehrere Tage in Anspruch nimmt, während sich durch Ausstrich von Pockenpustelinhalt und Färbung nach bestimmter von ihm angegebener Methode die Diagnose stellen läßt. Im Gegensatz zu Paul betont er, daß ein deutlicher Unterschied zwischen den von ihm als Erreger der Variola und Vakzine angesprochenen Körperchen und den bei Varizellen gefundenen besteht. Fahr[14]) hat diese Versuche vollinhaltlich bestätigen können. Auch Leschke[15]) empfiehlt diese Methode; besonders charakteristisch ist die intrazellulare Lagerung. Nach Becker[16]) kann der Wert dieser Methode nicht hoch genug eingeschätzt werden, wenn auch die Frage nach der Erregernatur der Körperchen noch nicht endgültig geklärt ist.

Dem Einwande Paaschens betr. die längere Dauer der experimentellen Diagnose entgegnet Paul, daß es nicht richtig sei, daß die histologische Untersuchung der geimpften Cornea „mehrere Tage" beanspruche, wenn man in Schnitten die Diagnose stellen muß. Richtig ist, daß es immerhin mindestens 36—48 Stunden dauert, bis die Diagnose makroskopisch gestellt werden kann, und daß „in manchen Fällen die mikroskopische Untersuchung folgen muß". Dies ist der Fall, wenn das makroskopische Bild der spezifischen Veränderungen auf der mit Sublimatalkohol vorbehandelten Cornea nicht eindeutig hervortritt, was insbesondere bei Milchinfektionen zu geschehen pflegt. Die Abgabe des endgültigen Gutachtens verzögert sich also hierbei um höchstens 1—2 Stunden gegenüber jenen überwiegend zahlreicheren Fällen, die sich makroskopisch er-

[10]) Deutsche medizinische Wochenschrift; 1917, Nr. 16.
[11]) Berliner klinische Wochenschrift; 1917.
[12]) Ebenda; 1917, Nr. 19.
[13]) Deutsche medizinische Wochenschrift; 1917, Nr. 11.
[14]) Medizinische Wochenschrift; 1917, Nr. 11.
[15]) Berliner klinische Wochenschrift; 1917, Nr. 19.
[16]) Deutsche medizinische Wochenschrift; 1917, Nr. 20.

ledigen lassen, was im Hinblick auf die Verläßlichkeit der Methode schon in Kauf genommen werden kann.

Da die Pocken infolge der energischen Durchimpfung der Bevölkerung in Russ.-Polen, die die Medizinal-Verwaltung in den 3 Jahren der Besatzung durchführte, in dem zuständigen Gebiete sozusagen erloschen waren, so konnte Pauls Methode, die der Entdecker im Mai 1916 im Institut vorführte, nur in einigen Fällen angewendet werden, im ganzen in 9 Fällen. Vier mal wurde der positive Befund auch klinisch bestätigt; in den drei negativen Fällen entwickelten sich Varizellen und in den zwei verdächtigen Fällen handelte es sich einmal wahrscheinlich um Variolois, während der letzte Fall unklar blieb.

3. Tuberkulose.

Einige Versuche über den Zusammenhang zwischen der Magenfunktion und dem Vorkommen von Tuberkelbazillen in den Fäzes. Von Dr. A. Labatt und J. Byttner, Tuberkulosekrankenhaus Värmland (Schweden). Zeitschrift für Tuberkulose; Bd. 27, H. 5.

Nach den Untersuchungen der Verfasser ist die Zusammensetzung des Magensaftes ohne Einfluß auf das Vorkommen von Tuberkelbazillen in den Fäzes gewesen. Ebenso konnte in keinem Falle ein Einfluß der Magenmotilität auf das Vorkommen von Tuberkelbazillen in den Fäzes nachgewiesen werden.

Dr. Roepke-Melsungen.

Ueber Färbung und Gegenfärbung der Tuberkelbazillen. Von Dr. E. Boit-Davos. Beiträge zur Klinik der Tuberkulose; Bd. 36, Heft 2.

Als sehr einfache Methode, die eine deutliche Hüllen- und Granulafärbung des Bazillenkörpers gibt und auch die Bazillensplitter gut zur Darstellung bringt, wird folgende Ausführung empfohlen:

1. Fixierung der möglichst dünnen Sputumschicht auf dem Objektträger durch vorsichtige Flammenerwärmung.
2. Aufgießen von Karbolfuchsinlösung, vorsichtige Erwärmung bis zur ersten Dampfbildung, Abspülen in Wasser.
3. Entfärbung in 15%iger Salpetersäure, Abspülen in 60%igem Alkohol.
4. Gegenfärbung mit gesättigter alkoholischer Tropäolinlösung, 5—6 Tropfen für ein Präparat, Dauer: wenige Sekunden, Abspülen in Wasser.
5. Trocknen zwischen Fließpapier.

Die Hülle der Tuberkelbazillen und die Bazillensplitter sind blaßrot bis rot, die intrabazillären Granüle sind dunkelrot, der Grund des Präparats ist dunkelgelbrötlich gefärbt. Dr. Roepke-Melsungen.

Die Bedeutung der intrakutanen Tuberkulinreaktion nach Römer-Esch für die frühzeitige Feststellung der Impftuberkulose des Meerschweinchens, unter besonderer Berücksichtigung des diagnostischen Tierversuchs bei der menschlichen Tuberkulose. Von Dr. Fr. Graetz. Beiträge zur Klinik der Tuberkulose; Bd. 36, H. 2.

Der Tierversuch, der das empfindlichste und sicherste Reagens auf tuberkulöses Virus darstellt, hat den Nachteil der langen Dauer. Die zur Beschleunigung des Tierversuches angegebenen Methoden von Bloch und Oppenheimer haben sich nicht eingebürgert. Dagegen verdient die von Esch empfohlene Tuberkulin-Intrakutanreaktion nach Roemer volle Beachtung. Tuberkulöse Meerschweinchen antworten auf die intrakutane Einverleibung von 0,02 ccm Alttuberkulin mit einer charakteristischen Lokalreaktion, die je nach Ausbreitung der tuberkulösen Infektion in verschiedener Stärke auftritt und beim tuberkulosefreien Versuchstier ausbleibt. An nahezu 1000 Versuchstieren und in mehreren Tausend Einzelprüfungen hat G. beobachtet, daß bei Anwendung der Intrakutanreaktion nach Roemer-Esch die Impftuberkulose des Versuchstieres frühestens 10—12 Tage nach der Einverleibung des tuberkuloseverdächtigen Materials festzustellen ist. Die Inkubationszeit der Intrakutanreaktion hängt von der Infektiosität des jeweils verimpften Materiales ab und schwankte in den praktischen Versuchen zwischen 10 und 60 Tagen.

Auf den Verlauf der Impftuberkulose hat die Reaktion keinen Einfluß.

Die positive Intrakutanreaktion ist trotz ihrer Spezifität durch die Sektion zu kontrollieren und bei Uebereinstimmung beider die Diagnose auf Tuberkulose zu stellen. Gelegentlich einmal kann die positive Intrakutanreaktion auch bei manifester Tuberkulose vorübergehend ausbleiben; eine negative Intrakutanreaktion beweist also allein nichts gegen Tuberkulose.

Nach allem dient die Intrakutanreaktion als Hilfsmittel, um eine Impftuberkulose zum frühesten Zeitpunkt zu erkennen und dadurch die anatomische Kontrolle zu ermöglichen. Insofern übertrifft sie alle bisher empfohlenen Methoden. Dr. Roepke-Melsungen.

Die Verbreitung der Tuberkulose nach den Ergebnissen der v. Pirquetschen Kutanreaktion. Von Otto Schlesinger-Berlin. Zeitschrift für Tuberkulose; Bd. 26, H. 3.

Die Zusammenstellung der mit der Pirquetschen Reaktion gewonnenen Ergebnisse lehrt, daß in Gegenden, die nur wenig Verkehr mit den tuberkulosereichen Kulturstaaten haben, die Tuberkulose keine oder nur geringe Ausbreitung besitzt, daß sie um so häufiger wird, je mehr die betreffenden Gegenden von Ansiedlern aus den Kulturstaaten bereits aufgesucht worden sind. Bei uns gewinnt die Tuberkulose in verkehrsarmen Dörfern und Kleinstädten nur langsam, offenbar erst in der Schule, erhebliche Ausdehnung, während sie in den Mittelstädten schon vor der Schulzeit, in den Großstädten sogar schon in den allerersten Lebensjahren einen erheblichen Teil der Kinder ergriffen hat.

Mit der allmählich stärker werdenden Immunität der miteinander im Verkehr stehenden Völker läßt sich auch der Rückgang der Tuberkulosesterblichkeit erklären, der in den letzten Jahrzehnten in Deutschland und England zu beobachten ist. Bei der Verbreitung der Tuberkulose ist der Verkehr der Menschen untereinander, wenn auch nicht allein, so doch im hohen Grade ausschlaggebend. Dr. Roepke-Melsungen.

Tuberkulöse Infektion und klinisch nachweisbare Tuberkulose. Bericht der Abteilung Utrecht des Verbandes Niederländischer Aerzte. Zeitschrift für Tuberkulose; Bd. 26, Heft 2.

Der von der Kommission erstattete Bericht über die Frage, unter welchen Umständen eine tuberkulöse Infektion Veranlassung gibt zum Entstehen schwerer tuberkulöser Erkrankungen, insbesondere der Lungentuberkulose, hebt folgende Punkte hervor: Das Alter von 14 bis 40 Jahren ist für die Tuberkulose und auch für den Ausbruch der Krankheit das gefährlichste. Mehr als die Hälfte der Kranken pflegte in dem Bezirk erst ein Jahr nach dem Auftreten der initialen Erscheinungen ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Unter den Krankheiten, die dem Ausbruche der Tuberkulose unmittelbar vorangehen, spielen die Infektionskrankheiten und besonders die Influenza die Hauptrolle. Ein überwiegender Einfluß des Alkoholismus ist nicht beobachtet; dagegen scheinen Kummer und Sorgen als disponierende Momente nicht ohne Bedeutung zu sein.

Ein gewisser Grad von Immunität bleibt nach einer in der Jugend überstandenen Knochen- oder Drüsentuberkulose in manchen Fällen übrig. Die skrophulöse Diathese ist für die Pathogenese der Tuberkulose von Bedeutung.

In großen Familien scheint die Tuberkulose relativ häufiger vorzukommen als in kleinen. Die ältesten und die jüngsten Kinder der Familie werden am meisten von der Tuberkulose ergriffen. Dies gilt, soweit die ältesten Kinder der Familien betroffen sind, insbesondere für diejenigen, deren Eltern nicht an Tuberkulose gelitten haben.

Der Aufenthalt während der Jugend außerhalb der Wohnung der Eltern übt insbesondere für junge Mädchen einen ungünstigen Einfluß auf den Ausbruch der Tuberkulose aus. Ungünstige männliche Berufe sind Buch- und Steindrucker, Holz-, Kork-, Stroh- und Metallarbeiter und Beschäftigung im Handel; die Landwirtschaft wirkt nicht ungünstig. Ungünstige weibliche Berufe sind Kleidungs- und Reinigungsindustrie, Krankenpflege, Dienstmädchenstellungen.

Hinsichtlich der Wohnung sind von Bedeutung die Lage der Wohnung (Sonne!) und das Zusammenschlafen von zwei oder mehr Personen in demselben Zimmer oder Bett. In 54% der Fälle konnte die Infektionsquelle in der

Familie nachgewiesen werden. Auch der erblichen Disposition ist eine gewisse Bedeutung wohl beizumessen. Dr. Roepke-Melsungen.

Tuberkulosetherapeutische Zeit- und Streitfragen. Von Prof. Dr. Roepke-Melsungen. Zeitschrift für Bahnärzte; 1917, Nr. 2.

1. Höhenlage eines Kurortes.

Es gibt tuberkulöse Lungenkranke, die durch das Hochgebirge besonders günstig beeinflußt werden. Ihre Zahl ist aber verhältnismäßig klein. Ihr steht die große Masse der männlichen und weiblichen Lungentuberkulösen aller Altersklassen gegenüber, für die im Binnenlandklima Deutschlands alle Abstufungen gegeben sind. Unsere deutschen Mittel- und Niedergebirgsorte bieten, bald mehr von der See, bald mehr vom Gebirge beeinflußt, kein extremes Klima, gestatten aber alle Formen der Lungentuberkulose erfolgreich und oft in ungefährlicherer Weise zu behandeln als in höheren Gebirgslagen.

Jedenfalls ist die Verschickung von tuberkulösen Lungenkranken über Deutschlands Grenzen hinaus ins Hochgebirge ohne vorausgegangene genügend lange und sorgfältige Beobachtung unter Umständen in recht vielen Fällen ein Versuch mit untauglichen Mitteln an untauglichen Objekten und daher am besten ganz zu unterlassen. Oder aber man müßte die Prophylaktiker und die fieberfreien fibrösen Formen der Lungentuberkulose, denen das Hochgebirge besondere Vorteile bringen kann, durch die klinische Beobachtung für die Kur im höheren Gebirge heraussuchen. Das ist aber zeitraubend, kostpielig und auch überflüssig, weil gerade diese Fälle als die prognostisch günstigen in unseren deutschen Kurorten und Heilstätten ebensogut und in der gleichen Zeit zu gesunden pflegen.

2. Freie Kurorte.

Im freien Kurort schickt man die Tuberkulosefreien mit nichttuberkulösen, chronischen, mehr oder weniger diffusen Katarrhen oder mit Emphysen und chronischer Bronchitis oder mit Unterlappenprozessen, auch Bronchiektasen oder mit Ueberbleibseln von trocken oder nassen Rippenfellentzündungen. Unter den Fällen mit offener Tuberkulose sind am ehesten noch die hygienisch geschulten, charakterfesten, fieberfreien Kranken geeignet, die eine fast krankhafte Abneigung gegen die geschlossene Anstalt haben oder bei denen durch die Trinkkur ein günstiger Einfluß auf besondere Beschwerden zu erwarten ist. Auch überernährte Phtisiker und solche mit leichter Eiweiß- oder Zuckerausscheidung eignen sich. Prophylaktiker gehören wegen der Ansteckungsgefahr nicht in einen offenen und erst recht nicht in einen „verschämten" Phthisikerkurort Auch tuberkulöse junge Mädchen und unverheiratete Männer sind mit ihren oft gesteigerten sexuellen Trieben in der geschlossenen Heilanstalt viel besser aufgehoben und beraten als im offenen Kurort; desgleichen die Lungentuberkulösen mit tuberkulösen Komplikationen seitens anderer Organe. Solche Fälle erfordern Zeit, die der Badearzt während der Hauptkurzeit in der Regel nicht hat.

3. Die Bestrahlung mit künstlicher Höhensonne.

Die künstliche Höhensonne beeinflußt nicht das tuberkulöse Lungengewebe, sie kann aber auf Veränderungen am Brustfell günstig wirken; im übrigen beschränkt sich der Erfolg auf die Besserung bezw. Beseitigung subjektiver Beschwerden. Die Behandlung muß als Allgemeinbestrahlung, zum wenigstens in einer Sitzung den ganzen Rücken bis zum Gesäß, vorn Brust und Bauch, betreffen und wöchentlich 2—3mal in steigender Dauer erfolgen. In den Heilstätten läßt sich die Anwendung der künstlichen Höhensonne auf die sonnenscheinärmere Jahreszeit beschränken. Ein notwendiger Kurfaktor in der Behandlung der Lungentuberkulose ist die Quarzlampe nicht; sie kann ohne Gefahr einer Schädigung bei jedem tuberkulösem Lungenkranken angewendet werden. Geschieht das nicht, so ist es keine Unterlassungssünde oder Kranken-„Vernachlässigung". Bei der prognostisch günstigen und unkomplizierten Lungentuberkulose Erwachsener ist die künstliche Höhensonne entbehrlich, wenn nicht gar überflüssig.

4. Die Röntgenbestrahlung.

Die Röntgenbestrahlung in der Phtiseotherapie ist in der Hauptsache entweder überflüssig oder erfolglos. Ist eine Lungentuberkulose durch tuberkulöse Haut-, Drüsen-, Knochen- oder Gelenkprozesse kompliziert, dann be-

stehen keine Bedenken, sie einer sachverständigen Röntgenbehandlung zu unterziehen.

5. Die ambulante Strahlenbehandlung ist nicht zu empfehlen.

6. Die hydrotherapeutischen Maßnahmen sind methodisch und systematisch zu verwenden.

7. Die allgemeine hygienische Schulung ist von großer Bedeutung.

8. Lungenheilstätten.

Mindestens 20% der Kranken mit Tuberkelbazillen im Auswurf verlassen die Heilstätte bazillenfrei; der Prozentsatz steigt noch mit der Dauer der Kur und ihrer Ergänzung durch die spezifische Therapie.

9. Ambulante Behandlung mit Tuberkulin.

Jeder unkomplizierte fieberfreie Fall von geschlossener und offener Lungentuberkulose im 1. und 2. Stadium kann die hygienisch günstige Lebensbedingung ohne Störung der Berufstätigkeit der schonenden reaktionslosen Tuberkulinbehandlung mit Erfolg ambulant unterzogen werden.

Dr. Wolf-Hanau.

Erwerbsfähigkeit der Tuberkulösen. Aus dem Jahresbericht der Tuberkulosen-Fürsorgestelle des Zweigvereins vom Roten Kreuz. Berichtsjahr 1915. Von Dr. Oschmann-Weißenfels. Halbmonatschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin; Jahrgang 25, Nr. 3.

Verfasser hält es für sehr wünschenswert, wenn mehr als bisher seitens der Aerzteschaft tuberkulöse Personen der Fürsorgestelle überwiesen würden; denn diese ist dadurch, daß sie an Tuberkulose Leidende jahrelang dauernd beaufsichtigt, wohl am ehesten in der Lage, sich ein Urteil darüber zu bilden, wie im praktischen Leben und insbesondere im Erwerbsleben der Arbeiterschaft die erzielte Erwerbsfähigkeit tatsächlich auch durchhält. Er bespricht dann die von ihm geleiteten Fürsorgestellen aus den letzten Jahren und erwähnt u. a., daß von allen im Jahre 1914 überwiesenen Personen 22 dauernd ungestört erwerbsfähig geblieben sind. Im Jahre 1915 sind 9 Fälle (= 64,2%) dauernd erwerbsfähig geblieben. Dr. Hoffmann-Berlin.

Tagesnachrichten.

Aus dem Reichstage. Wie schon in der vorigen Nummer der Zeitschrift kurz berichtet ist, hat der Reichstag in seinen Sitzungen vom 5. und 11. Oktober, die von verschiedenen Seiten vorgeschlagene Dreiteilung des Reichsamts des Innern abgelehnt und den von der Regierung gemachten Vorschlag einer Zweiteilung: Reichsamt des Innern und Reichswirtschaftsamt angenommen. Von sozialdemokratischer Seite war der Antrag gestellt, auch ein Reichsarbeitsamt zu errichten, das die sozialpolitische Gesetzgebung, Arbeiterschutz und Arbeiterfragen aller Art, Volksgesundheitspflege, Bevölkerungspolitik und ähnliche Dinge umfassen sollte; er fand aber nicht die Zustimmung des Reichstages. Dagegen wurde ein nationalliberaler Antrag angenommen, durch den der Reichskanzler ersucht wird, „für die Zukunft die Errichtung eines Reichsamts für Wohlfahrtspflege in die Wege zu leiten, dem die Fragen der Sozialpolitik und Bevölkerungspolitik, des Wohnungs- und Säuglingswesens, der Gesundheitspflege und Aufgaben verwandter Art zu überweisen sind". Der Antrag war bereits im Haushaltsausschuß gestellt, hier aber mit Stimmengleichheit abgelehnt worden. Im Reichstag selbst stimmten außer den Nationalliberalen die fortschrittliche Volkspartei und die Sozialdemokraten dafür, während die Konservativen und das Zentrum sich ablehnend verhielten. Der Antrag wurde von dem Abg. List (ntl.) befürwortet mit dem Hinweis, daß diese Fragen namentlich nach dem Kriege eine so außerordentliche Bedeutung erlangen würden und deshalb nur in einem besonderen Reichsamt in befriedigender Weise erledigt werden könnten. Wollte man auf diesem Gebiete zu guten Ergebnissen kommen, dann sei auch eine

Zentralisierung dringend notwendig. In ähnlichem Sinne äußerte sich auch der Vertreter der fortschrittlichen Volkspartei, Abg. Dove, während der sozialdemokratische Abg. David den Zusatz „für die Zukunft" bemängelte, da dieser nur ein sehr leichtes Antreiben der Entwicklung bedeute, während die möglichst baldige Errichtung eines solchen Amtes nötig sei. Von Seiten des Zentrums wurden durch den Abg. Herold namentlich partikularistische Bedenken dagegen erhoben mit der Begründung, daß die eigentliche Wohlfahrtspflege doch zu den Aufgaben der Einzelstaaten gehöre und daß deshalb unzweifelhaft Kollissionen und Meinungsverschiedenheiten zwischen diesen und dem Reiche entstehen würden besonders darüber, welche Aufgaben dem Reiche oder den Einzelstaaten obliegen. Durch solche Differenzen werde aber eine wirksame Wohlfahrtspflege aufgehalten. Der gleiche Standpunkt wurde von dem konservativen Abg. Graf v. Westarp vertreten und betont, daß gerade die Wohlfahrtspflege Gebiete umfasse, auf denen in erster Linie die verwaltende Tätigkeit der einzelstaatlichen und der kommunalen Behörden in Frage kommt. Vom Regierungstische wurde die Notwendigkeit einer Dreiteilung des Reichsamts des Innern ebenfalls verneint; es erscheint deshalb sehr zweifelhaft, ob der im Reichstag angenommene Antrag auf Errichtung eines Reichswohlfahrtsamtes in der nächsten Zeit Aussicht auf Verwirklichung hat. Auf alle Fälle ist die Frage zunächst einmal zur Erörterung gekommen und damit der erste Schritt zu ihrer Erledigung getan; es wird aber sicherlich noch recht viel Wasser aus den Flüssen Deutschlands in die Nord- und Ostsee fließen, ehe auf eine Verwirklichung gerechnet werden kann. Beschämend müssen wir uns deshalb von unserem österreichischen Bundesbruder in dieser Hinsicht nachsagen lassen: Nur immer hübsch langsam voran, damit der deutsche — nicht wie sonst der österreichische — Landwehrmann nachkommen kann.

Rpd.

In Hamburg ist ein **Landesverband für Volksgesundheitspflege** gegründet worden, der Förderung aller Einrichtungen und Maßnahmen zur Hebung der Volksgesundheit bezweckt und alle für die Volksgesundheitspflege in Betracht kommenden Hamburgischen Einrichtungen unbeschadet ihrer Selbstständigkeit zusammenfassen, unter ihnen vermitteln und etwaige Lücken nach Möglichkeit ausfüllen will. Seine Organe sind: Der Vorstand, der geschäftsführende Ausschuß und die Mitgliederversammlung. Den Vorstand bildet der Vorsitzende des geschäftsführenden Ausschusses; eine besondere Geschäftsstelle ist Mönkebergstraße Nr. 7 errichtet.

Die vom 11. bis 13. d. Mts. in Baden bei Wien abgehaltene **erste gemeinsame Tagung der ärztlichen Abteilungen der Waffenbrüderlichen Vereinigungen Deutschlands, Oesterreichs und Ungarns** war außerordentlich zahlreich besucht. Die feierliche Eröffnung erfolgte in Anwesenheit Seiner Majestät des Kaisers und Königs Karl; erschienen waren dazu u. a. der österreichische Kultusminister, der Kriegsminister, der Minister des Innern und der neue Minister für Gesundheitswesen Dr. Horbaczewski, sowie zahlreiche Vertreter des Militärsanitätswesens, der türkische und bulgarische Botschafter (der deutsche Botschafter war wegen Anwesenheit des deutschen Kaisers in Budapest am Erscheinen verhindert), der preußische Ministerialdirektor Prof. Dr. Kirchner, Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Dietrich, verschiedene höhere deutsche Militärärzte, der türkische Feldsanitätschef, der ungarische Staatssekretär des Innern, mehrere höhere bulgarische Militärärzte usw. Aus dem Deutschen Reiche nahmen etwa 150 Aerzte mit ihren Damen teil.

Die Versammlung wurde von dem Vorsitzenden der Waffenbrüderlichen Vereinigung Oesterreichs Fürst Fürstenberg begrüßt, der in seiner Ansprache darauf hinwies, daß gerade die Aerzte besonders geeignet seien, die Annäherung zu ermöglichen; der Waffenbrüderliche Gedanke könne nicht schöner und edler zum Ausdruck kommen als durch das Streben, von dem die Tagung der ärztlichen Abteilungen der Waffenbrüderlichen Vereinigungen geleitet sei. Seine Majestät der Kaiser hieß hierauf die anwesenden Vertreter der verbündeten Staaten auf das herzlichste willkommen. Von dem hohen Werte der Waffenbrüderlichen Vereinigung für die in unerschütterlicher Treue

zu einander stehenden verbündeten Mächte durchdrungen, sehe er mit besonderer Befriedigung die Abgesandten der Aerztlichen Abteilungen dieses bedeutsamen Kulturverbandes versammelt. Mit tief empfundener Erkenntlichkeit blicke er mit seinen Völkern auf die bewunderungswürdigen Errungenschaften und Leistungen der ärztlichen Wissenschaft, auf all den Trost und Segen, den sie in diesem furchtbarsten aller Kriege der Menschheit mit größter Aufopferung gespendet haben. Das Erreichte durch gemeinsame Arbeit und wechselseitige Unterstützung noch zu vertiefen und zu erweitern sei ein edles, wahrhaft bundesfreundliches Beginnen, das seiner regen Fürsorge immer versichert sein könne. Er begleite deshalb das diesem hohen Ziele gewidmete Zusammentreten mit seinen innigsten Wünschen und rufe der Versammlung bei Beginn ihrer Beratungen ein herzliches Glückauf zu. Lang anhaltender stürmischer Beifall folgte diesen Worten des Kaisers. Es folgte dann ein Rundgang des Kaisers, bei dem von deutscher Seite die Herren Ministerialdirektor Just, Ministerialdirektor Prof. Dr. Kirchner, Geheimrat Prof. Dr. Dietrich, Prof. Dr. Schwiening, Prof. Dr. Adam und San.-Rat Dr. Oliven vorgestellt wurden. Der Kaiser richtete in seiner lebhaften überaus freundlichen und gewinnenden Art an jeden der Vorgestellten einige Worte, in denen sich das deutliche Streben ausdrückte, persönliche Beziehungen zur Medizin und seinen Vertretern zu gewinnen. Nach Beendigung dieses Rundganges folgten die Begrüßungsansprachen der Vertreter der verschiedenen Staaten, sowie des österreichischen Kriegsministers, des Ministers des Innern, des Unterrichtsministers, des Generalstabsarztes und des Bürgermeisters der Stadt Wien, an die sich die Ansprachen der ärztlichen Teilnehmer anschlossen. Als erster sprach Generalstabsarzt Prof. Dr. von Hochenegg als Vorsitzender der ärztlichen Abteilung der österreichischen Waffenbrüderlichen Vereinigung; sodann der Präsident der ungarischen ärztlichen Abteilung Hofrat Dr. von Groß, und hierauf Ministerialdirektor Prof. Dr. Kirchner als Präsident der ärztlichen Abteilung der deutschen Waffenbrüderlichen Vereinigung. Er betonte, daß die Weltgeschichte noch niemals einen Krieg gesehen habe, während dessen die Zahl der an Krankheit gestorbenen Soldaten so weit hinter der Zahl der Verwundeten zurückgeblieben sei, wie in dem jetzigen gewaltigen Weltkriege. Die ärztlichen Abteilungen der Waffenbrüderlichen Vereinigungen würden aber auch nach Friedensschluß wichtige Aufgaben zu lösen haben. In erster Linie müssen sie jede Gelegenheit benutzen, ihren Mitgliedern zu ermöglichen, sich gegenseitig kennen und verstehen zu lernen, die in den verbündeten Staaten bestehenden sanitären Einrichtungen, insonderheit die Ausbildung und Fortbildung der Aerzte und der übrigen Hilfspersonen, die Kliniken, Krankenhäuser usw. gründlich kennen zu lernen. Fortschritte der ärztlichen Wissenschaft müßten den übrigen Ländern zugänglich gemacht werden, sei es durch Veranstaltung von ärztlichen Studienreisen oder Kongressen, sei es durch Austausch von akademischen Lehrern oder Assistenten. Eine wichtige Aufgabe werde auch der Austausch der Erfahrungen über Entstehung, Verbreitung und Verhütung von Seuchen sein. Wenn die Aerzte der verbündeten Staaten sich auf diesen Gebieten freundwillig die Hand reichen und in ernster hingebender Arbeit zusammenstehen würden, werde es gelingen, die furchtbaren Verluste an Menschenleben, die dieser Weltkrieg verursacht habe, in wenigen Jahrzehnten wieder auszugleichen und unsere Völker wieder in die Lage zu versetzen, sich mit Kraft und Erfolg ihren hohen kulturellen und wirtschaftlichen Aufgaben zu widmen. Mit Freude und Dank habe man auch in Deutschland von dem gewaltigen Fortschritt vernommen, der in Oesterreich durch die Begründung eines Ministeriums für Gesundheitswesen erfolgt sei. — Die Festsitzung wurde dann mit einem glänzenden Konzert beschlossen, das das ganz hervorragende Wiener Aerzte-Orchester, unterstützt von hervorragenden Solisten, den Kollegen gab. Es dürfte wohl selten eine derartig glänzende ärztliche Tagung stattgefunden haben und den Aerzten aus hohem und sachkundigen Munde eine derartige Anerkennung gezollt worden sein, wie auf diesem Kongreß. Jedenfalls hat die Tagung gezeigt, daß der Gedanke der Waffenbrüderlichen Vereinigung gerade auf medizinischem und ärztlichem Gebiete seine besondere Stätte hat und in erster Linie geeignet ist, die Brücke zu den im Kampfe vereinten Völkern zu schlagen.

Ehren-Gedächtnistafel. Für das Vaterland gefallen oder gestorben:

Oberstabsarzt d. L. Dr. B. Bosch in Brehna bei Halle a. S.
Feldhilfsarzt Dr. W. Freßel-Hamburg.
Oberstabsarzt Dr. Max Henke-Benediktbeuren (Oberbayern), (gestorben infolge von Krankheit).
Stabsarzt d. Res. Dr. Hermann Meyer-Hamburg (infolge von Krankheit gestorben).
Assistenzarzt Dr. F. Nagel-Karlsruhe (infolge von Krankheit gestorben).
Assistenzarzt d. Res. Dr. Rosenthal-Gröningen (Reg.-Bez. Magdeburg).
Oberstabsarzt d. L. Dr. H. Ziegelmayer-Langenbrücken (Baden), (gestorben infolge von Krankheit).

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten:[1])

Das Eiserne Kreuz I. Klasse:

Oberarzt d. Res. Dr. Boehne-Bischofswerder.
Stabsarzt d. Res. Dr. **Bernstein,** Mühlhausen i. Thüringen (Mitglied des Preuß. Medizinalbeamtenvereins).
Stabsarzt Dr. Heinrich Claus-Charlottenbrunn (Schlesien).
Oberstabsarzt Dr. Fürth-Berlin.
Stabsarzt d. Res. Dr. C. Geißler-Kollinghart (Ostfriesland).
Assistenzarzt d. Res. Dr. Gutsch in Karlsruhe.
Assistenzarzt Dr. W. Gutjahr in Karlsruhe.
Ob.-Med.-Rat Dr. **Kohlhaas,** Mitglied des Medizinalkollegiums in Stuttgart.
Oberarzt d. Res. Dr Leiber-Hörde (Westfalen).
Stabsarzt Dr. Lotsch-Berlin.
Prof Dr. Mühlens, Abteilungsvorsteher am Institut für Schiffs- und Tropenhygiene in Hamburg.
Stabsarzt d. Res. Dr. Naab-Biebrich a. Rhein.
Prof. Dr. Neisser-Frankfurt a. Main.
Oberarzt d. Res. Dr. W. Raschig.
Oberarzt d. Res. Dr. Rohrbach-Peine.
Stabsarzt Dr. Vogelsberger-Straßburg i. Els.
Stabsarzt d. Res. Dr. W. Wiedersheim-Nonnenbach (Württemberg).
Stabsarzt d. Res. Dr. Zeidler-Leipzig.

Das Eiserne Kreuz II. Klasse am schwarz-weißen Bande haben nachfolgende **Medizinalbeamten** u. sonstige Aerzte in **amtlichen** Stellungen erhalten:

Kreisarzt Dr. Bögershausen-Arnsberg.
Schularzt Dr. W. O. Barfurth-Hamburg; hat auch das Großherzoglich Mecklenburgische Militär-Verdienstkreuz erhalten.
Oberschiffsarzt Prof. Dr. Fülleborn, Abteilungsvorsteher am Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten in Hamburg.
Schularzt Dr. Fürst-Hamburg.
Prof. Dr. Giemsa, Abteilungsvorsteher am Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten in Hamburg.
Dr. P. Günther, Hilfsarzt eines Hafenarztes in Hamburg.
Schularzt Dr. A. W. S. Henneberg-Hamburg; hat auch das Mecklenburgische Kriegsverdienstkreuz erhalten.
Dr. F. Loewe, wissenschaftlicher Assistent am hygienischen Institut in Hamburg.
Kreisarzt Dr. Meyer-Saarburg (Lothringen).
Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Nocht-Hamburg.
Dr. O. Ohlen, Impfarzt in Hamburg.
Prof. Dr. La Rocha-Lima, Abteilungsvorsteher am Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten in Hamburg.

Das Eiserne Kreuz II. Klasse am weiß-schwarzen Bande:

Geh. Med.-Rat Dr. Heynacher, Kreisarzt in Graudenz.
Kreisarzt Dr. Kutzky-Steinau (Schlesien).
Physikus Dr. Schwarz-Hamburg.
Dr. Spaeth, Hilfsarzt eines Hafenarztes in Hamburg.

---

[1]) Zum Teil erst nachträglich der Schriftleitung bekannt geworden.

Dr. C. Stürmer, Hilfsarzt eines Hafenarztes in Hamburg.
Dr. Wolter, Hilfsarzt eines Hafenarztes in Hamburg.
Ferner haben erhalten: Das Ehrenkreuz II. Klasse des Oesterreichischen Roten Kreuzes mit Kriegsdekoration: Med.-Rat Dr. Gasters, Kreisarzt in Mühlheim a. Ruhr; — das Herzogl. Anhaltische Friedrichskreuz für Verdienste im Kriege: Oberstabsarzt u. Med.-Rat Dr. Kluge, Kreisarzt in Wolmirstedt; — das Großh. Hessische Militär-Sanitätskreuz am Bande der Tapferkeitsmedaille: Stabsarzt d. Res. Dr. Wilhelm, Kreisarzt in Kyritz.

In den Wochen vom 7. bis 20. Oktober sind im Deutschen Reiche nur 3 Erkrankungen an **Pocken** vorgekommen; im Deutschen Gouvernement Warschau vom 23. September bis 6. Oktober: 7 und 1.
Die Zahl der **Fleckfiebererkrankungen** betrug im Deutschen Reiche in den Wochen vom 7. bis 21. Oktober: 2 und 3, im Deutschen Gouvernement Warschau vom 23. September bis 6. Oktober: 460 (20) u. 539 (24), in Ungarn vom 3. bis 9. September: 1.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 23. September bis 6. Oktober 1917 erkrankt (gestorben) an Pest, Gelbfieber, Malaria, Aussatz, Rotz, Rückfallfieber, Pocken, Tollwut: — (—), — (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 8 (—), 5 (—); Milzbrand: 1 (—), 1 (—); Unterleibstyphus: 1037 (87), 915 (83); Ruhr: 2975 (519), 2866 (431); Diphtherie: 3128 (119), 3247 (133); Scharlach: 700 (17), 724 (19); Kindbettfieber: 65 (11), 45 (12); übertragbare Genickstarre: 4 (—), 3 (1); spinaler Kinderlähmung: 3 (—), — (—); Fleisch-Vergiftung: 37 (—), 37 (3); Körnerkrankheit (erkrankt): 40, 23; Tuberkulose (gest.): 843, 866.

Sprechsaal.

Anfrage des Kreisarztes Dr. I. in B: 1. Für „naheliegende" Orte (mit mehr als 8 Zügen täglich) werden Pauschalgebühren für Reisen in Höhe von 11 M. gezahlt. Bezieht sich diese Bestimmung auch auf Orte, die von den betr. Bahnstationen unter 2 km entfernt liegen?
2. Welche ministerielle Bestimmungen (Datum) sind ergangen, daß bei gerichtlichen Leichenöffnungen als zweiter Gerichtsarzt möglichst die Kreisärzte der benachbarten Kreise herangezogen werden?
Antwort zu 1: Ja, wenn der Ort der Bahnstation unter 2 km von der Ortsgrenze des betr. Ortes entfernt ist. Liegt der Bahnhof aber 2 km oder mehr von der Ortsgrenze des Ortes entfernt, so werden für die Fahrt dahin Fahrkosten, auf dem Landwege (60 Pfg. für 1 km), die vollen Tagegelder und die Fahrkosten auf der Eisenbahn (7 oder 9 Pfg. für 1 km), aber keine Vergütung für Zu- und Abgang gewährt. Die in Betracht kommenden Orte sind übrigens in dem alphabetischen Verzeichnis des Reichskursbuches mit einer kleinen Null (°) bezeichnet; die maßgebende Entfernung steht in m daneben.
Antwort zu 2: Siehe Erlaß des Justizministers vom 25. Januar 1902, des Medizinalministers vom 20. Februar 1902, abgedruckt im Min.-Bl. für Med.-Angel.; 1902, S. 60 und in der Zeitschr. für Med.-Beamte; 1902, S. 56.

Mitteilung für die Medizinalbeamten.

Der **Kalender für Medizinalbeamte** wird auch für das **Jahr 1918** erscheinen, und zwar diesmal rechtzeitig, da seine Drucklegung so weit gefördert ist, daß seine Ausgabe in der ersten Hälfte des Dezembers gesichert ist. **Bestellungen** nimmt die unterzeichnete Verlagsbuchhandlung schon jetzt entgegen; Bestellkarte liegt bei.

Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld,
Berlin W. 62, Keithstraße 5.

Der Herausgeber.

Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

30. Jahrgang; Nr. 22. Ausgegeben am 20. November 1917.

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.
Bezugspreis für das Jahr: 15 Mark.

Ausserdem ein besonderes, nur vierteljährlich erscheinendes Beiheft:
Zeitschrift für
Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege.
Offizielles Organ der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens.
Bezugspreis für das Jahr: 8 Mark, für die Bezieher der Zeitschrift: 4 Mark.

VERLAG VON FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: Gelsdorf & Co., G. m. b. H., Eberswalde (Mark).

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung, Nr. 22, am Schlusse des Heftes.

INHALT.

Original-Mitteilungen.

Ueber Nachkrankheiten von Rekurrens und rekurrensähnlichen Krankheiten. Von Dr. **Kühn** 609

Pädiatrie und Säuglingspflege. Von Dr. **Paul Rissmann** 612

Bemerkungen zu dem vorstehenden Aufsatz. Von Prof. Dr. **Thiemich** 622

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

Säuglings- und Kleinkinderfürsorge.

Dr. **Peller**: Die Maße der Neugeborenen und die Kriegsernährung der Schwangeren 625

Dr. **R. Hess**: Die Ernährungsbedingungen des Säuglings im Kriege 626

L. Steinke: Geburtenrückgang und Säuglingssterblichkeit in ihrer Bedeutung für die Zukunft unseres Volkes 626

Dr. **Ludwig Illing**: Zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit in ländlichen Bezirken 626

Dr. **L. Merkel**: Die Bekämpfung der Kindersterblichkeit auf dem Lande 627

Dr. **Kehrer**: Bedeutung, Aufgaben und Organisation der Mutter-, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge 627

Dr. **Rott**: Die Wirkung der Krankenkassen bei der Mutter-, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge 628

Dr. **Rott**: Frauenarbeit und Kinderschutz 628

Tagesnachrichten 628

Sprechsaal 632

Beilage:
Rechtsprechung 137
Medizinalgesetzgebung 137

Umschlag:
Personalien.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Kronenorden III. Klasse: dem Geh. Med.-Rat Dr. Oberstadt, Kreisarzt a. D. in Langenschwalbach; — die Rote Kreuzmedaille II. Klasse: dem Geh. Med.-Rat Dr. Räuber in Erfurt, dem Med.-Rat Dr. Stigell, Kreisarzt in Oppenheim (Hessen); — die Rote Kreuzmedaille III. Klasse: dem Reg.- und Med.-Rat Dr. Wolff in Lüneburg[1]), dem Kreisarzt Med.-Rat Dr. Krefting in Plön[1]); —

[1]) Irrtümlich war in Nr. 20 dieser Zeitschrift die Verleihung des Kriegsverdienstkreuzes angegeben.

Medicinisches Waarenhaus
Aktien-Gesellschaft
Berlin NW. 6, Karlstraße 31.
Centralstelle aller ärztlichen Bedarfsartikel und für Hospitalbedarf.

Neues Instrumentarium
zur Wohnungs-Desinfection
mittels
flüssigen Formalins
nach
Prof. Dr. O. Roepke.
Ref. Nr. 7, 1905 der Zeitschrift f. Medizinalbeamte
D. R. G. M. Modell M. W.





Ausführliche Beschreibung steht zu Diensten.
Von den Königlich Preussischen und Königlich Bayerischen Staats-Eisenbahnen eingeführt.

30. Jahrg. 1917.

Zeitschrift
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Anzeigen nehmen die Verlagshandlung sowie alle Anzeigenannahmestellen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 22. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats. | 20. Nov.

Ueber Nachkrankheiten von Rekurrens und rekurrensähnlichen Krankheiten.

Von Geh. Med.-Rat Dr. **Kühn**-Wernigerode.

Anfang März 1916 gingen dem Reservelazarett Wernigerode von Truppenkörpern im südlichen Ungarn mit den Diagnosen Erschöpfung, Rheumatismus oder mit anderen unbestimmten Krankheitsbezeichnungen innere Kranke zu, die das Gemeinsame hatten, daß ihren Angaben nach ihrem derzeitigen Krankheitszustand ein- oder mehrmals mehrtägiges Fieber vorausgegangen war. In einem Falle war dieses Fieber auf dem mitgebrachten Täfelchen als Recurrens bezeichnet; in einem anderen Fall teilte der Kranke mit, daß er vor der Rückbeförderung an zwei Fieberanfällen erkrankt und der letzte Fieberanfall mit einer als Diphtherie bezeichneten Halserkrankung verbunden gewesen sei.

Von diesen Mannschaften erkrankten in den ersten Wochen nach ihrem Eintreffen mehrere mit Schüttelfrost und mit für Infektionskrankheiten charakteristischen Allgemeinerscheinungen an meist nur 24 — 48 Stunden, in einzelnen Fällen auch

3 — 4 Tage anhaltendem Fieber, das sich in zwei Fällen nach einem mehrtägigen Intervall wiederholte. Ich hielt diese Fieberanfälle, die auch wohl mit leichten bronchitischen und bronchopneumonischen Symptomen verbunden waren, damals für Influenzaformen. Erst die Veröffentlichungen von His, Jungmann und Werner sowie die Beobachtung eines später von anderen Truppenteilen mit der Diagnose „Fünftagefieber" zugegangenen Krankheitsfalles machten es mir mehr als wahrscheinlich, daß es sich bei den oben gedachten Fieberfällen um leichte, bezw. Abortivformen des sog. wolhynischen oder Fünftagefiebers gehandelt hatte. Damit wäre auch anzunehmen, daß von den Fieberanfällen, die anfangs März 1916 aus Südungarn zugegangenen Kranken vor ihrer Rückbeförderung gehabt haben, vielleicht einzelne dem wolhynischen Fieber angehören. Wir würden dann in der genannten Gruppe neben Rekonvaleszenten von Recurrens auch Rekonvaleszenten von wolhynischem Fieber, bezw. einer Recurrens ähnlichen Krankheit gehabt haben und somit die bei diesen Mannschaften beobachteten subjektiven und objektiven Krankheitserscheinungen als Nachkrankheiten des Rückfallfiebers und einer rückfallfieberähnlichen Erkrankung ansprechen können.

Worin bestanden nun diese Krankheitserscheinungen?

Die Leute klagten über allgemeine Mattigkeit, über Schmerzen in Muskeln — besonders Wadenmuskeln —, in Gelenken — Fuß- und Kniegelenken — nnd in einzelnen Knochen — Brustbein, Schienbein —. Sehr häufig waren auch Klagen über Brustbeklemmung, besonders über Druck in den Hypochondrien, über Kopfweh und Schlaflosigkeit; seltener wurde über Druck in der Magengegend und über Verdauungsstörungen geklagt.

Objektiv ließen sich in mehreren Fällen noch wochenlang Milzvergrößerung, mäßige Tachykardie mit geringer Herzerweiterung und leicht icterische Hautverfärbung mit leichten Magendarmkatarrhen feststellen. Dazu wurden von funktionellen Neurosen vorübergehend Tremorformen mit Ataxie, Sekretionsanomalien (Hyperidrosis) und einmal Iritis beobachtet.

Mögen ein paar Krankheitsskizzen eingeschaltet werden.

1. Muskelschmerzen, ikterische Hautfärbung, Milzschwellung, Herzschwäche.

Kriegsfreiwilliger N., 21 Jahre alt, hat seinen Angaben nach vom 23. Jan. bis Mitte Februar 1916 dreimal mehrtägige Fieberanfälle gehabt, ist dieserhalb in einem Feld- und später in einem Kriegslazarett Südungarns behandelt, bis 28. Februar isoliert gewesen, dann heimwärts zurückgeschickt.

4. März 1916: Klagt über Mattigkeit, über Beklemmung und Druck in den Hypochondrien und über Schmerzen in beiden Waden.

Guter Ernährungszustand, Haut leicht gelblich verfärbt. Herzdämpfung beginnt in der Mitte des Brustbeins und reicht bis zum unteren Rand der 4. Rippe. Puls 90, etwas schnellend, Lungen, Magen-Darmkanal ohne Befund. Milzdämpfung überragt daumenbreit die vordere Achsellinie. Urin ist klar, strohgelb, eiweiß- und zuckerfrei.

Bis gegen Ende März verlor sich die ikterische Hautfärbung. Puls- und Herzdämpfung wurden normal, auch über Beklemmung und Druck in den

Hypochondrien wurde nicht mehr geklagt; nur die Wadenmuskeln, die nichts Abweichendes erkennen ließen, sollten auch bei seiner Entlassung noch bei mäßigen Märschen schmerzen.

2. Schmerzen in Knochen und Gelenken. Milzschwellung.

Musketier N., 23 Jahre alt, früher immer gesund, hat in Südungarn angeblich Mitte Januar den ersten und in den nächsten 4 Wochen noch mehrere Fieberanfälle gehabt und ist wegen Erschöpfung in die Heimat geschickt worden.

4. März: Klagt über Mattigkeit, über Druck in den Hypochondrien und über Schmerzen in Gelenken und im Brustbein.

Mäßige Blutleere bei kaum mittlerer Ernährung. Hautfarbe unverändert, auch alle Gelenke und Knochen, die als schmerzhaft bezeichnet werden, ohne Befund. Respirations-, Zirkulations- und Verdauungsorgane normal. Urin eiweiß- und zuckerfrei. Milzdämpfung überragt fingerbreit die vordere Achsellinie.

Ende März fühlte N. sich wieder kräftiger und hatte an Gewicht gut zugenommen. Milzdämpfung war kleiner geworden, aber die Schmerzen im Brustbein und in den Gelenken, für die kein objektiver Befund vorlag, sollten auch bei seiner Entlassung nicht ganz geschwunden sein.

3. Muskelschmerzen und Herzschwäche nach Rückfallfieber mit diphtheritischer Angina.

Landsturmmann J. L., 37 Jahre alt, hat seiner Angabe nach in Südungarn am 29. Januar den ersten und Anfang Februar 1916 den zweiten mit Diphtherie verbundenen Fieberanfall gehabt, war deshalb bis Mitte März in einem Kriegslazarett isoliert und wurde dann zurückgeschickt.

4. März: Klagt über Mattigkeit, Schmerz in den Gliedern, über Rückenschmerzen und Kurzatmigkeit bei geringen Körperanstrengungen.

Kräftiger Mann. An den Körperstellen, an denen über Schmerz geklagt wird, nichts Krankhaftes nachzuweisen. Schleimhaut des Rachens noch leicht geschwollen, aber keine Drüsenanschwellung am Halse. Verdauungsorgane und Lungen ohne Befund, auch Herzdämpfung nicht vergrößert, aber Puls beim ruhigen Stehen 114 und nach dreimaliger Kniebeuge 129. Milzdämpfung überragt die vordere Achsellinie nicht. Halsschleimhaut bekam nach wenigen Tagen normales Aussehen. Herzschwäche besserte sich nur langsam, so daß verhältnismäßig langer Lazarettaufenthalt erforderlich war, ehe B. dienstfähig entlassen werden konnte.

Die weiteren Fälle bieten nichts wesentlich Neues, nur in einem Fall war die Schweißsekretion ungewöhnlich stark. Ein Kranker bekam bald nach dem Zugang Iritis und mußte einer Augenklinik zugeführt werden; in zwei Fällen traten psychoneurotische Symptome ein — einmal hysterischer Tremor, der Fall ist von mir an anderer Stelle ausführlicher beschrieben — einmal Depressionszustand mit raptusähnlichen Erregungen.

Alles das, was wir damit an der hier besprochenen Gruppe von Kranken sehen, sind subjektive und objektive Krankheitserscheinungen, die als Reste der Symptome und als Nachkrankheiten von Recurrens bekannt sind. So hebt z. B. Jürgensen[1]) Milzschwellung und ikterische Hautfärbung als charakteristische Symptome von Recurrens hervor; in weiteren Handbüchern der inneren Krankheiten, die mir zur Hand sind, erwähnt z. B. schon Griesinger[2]) die Gliederschmerzen, Ophthalmien und psychoneurotischen Erscheinungen als Folgeleiden des

[1]) Jürgensen: Lehrbuch der speziellen Pathologie-Therapie; 1902, S. 316.
[2]) Griesinger: Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie; Band II, 1864, S. 284.

Rückfallfiebers. Lebert[3]) berichtet, daß in seltenen Fällen eine Zeitlang Milzschwellung fortbesteht. Romberg[4]) betont die auffällige Herzschwäche in der Rekonvaleszens der Recurrens, Eichhorst[5]) weist wie Griesinger auf die vorübergehenden Geisteskrankheiten und Augenkrankheiten als Nachkrankheiten hin; Mohr und Staehelin[6]) machen auf die diphtheritische Angina als gelegentliche Komplikation der Recurrens aufmerksam.

Somit würden auch diese Nachkrankheiten die wiederholten Fieberanfälle, die unsere Kranken in Südungarn gehabt haben, in die Gruppe der Recurrenskrankheiten einreihen.

Wenn diese Nachkrankheiten auch von geringer nosologischer Bedeutung scheinen, so wollte ich doch nicht unterlassen, darauf hinzuweisen. Denn einerseits werden Klagen über so unbestimmte Krankheitszustände wie Mattigkeit, Gliederschmerzen u. a. ohne objektiven Befund nur zu leicht für Simulation gehalten oder mit dem vagen Begriff rheumatischer Beschwerden abgetan, und dann können doch solchen Klagen ernste myeologische Vorgänge zu Grunde liegen, wie sie jüngst Hildebrand[7]) in einer vorläufigen Mitteilung über das Wesen des Fünftagefiebers andeutet.

Pädiatrie und Säuglingspflege.

Von Dr. **Paul Rissmann**-Osnabrück.

Seit einer Reihe von Jahren fällt in Deutschland eine Gruppe von Kinderärzten auf, die nicht müde werden zu verkünden, daß die Pädiatrie nicht nur der wichtigste, sondern auch der am schwierigsten zu erlernende Teil der gesamten Medizin sei. Diese überhebende Ansicht könnte man unbeachtet lassen, wenn nicht damit Hand in Hand das eifrigste Bestreben ginge, mit jedem Mittel die Einflußsphäre der Pädiater zu vergrößern. Gewöhnlich wird zu diesem Zwecke jeder Arzt, — ganz gleich, ob Kreisarzt, Kassenarzt oder Hebammenlehrer — der bei einem Säuglinge oder Kleinkinde gestanden hat, für einen Ignoranten erklärt. Ein beliebtes Mittel jener Gruppe unter den Kinderärzten besteht darin, an Behörden, denen Aerzte zugeordnet sind, in irgend einer Weise mit Anträgen heranzutreten, ohne daß die hierbei in Frage kommenden Kollegen vorher in Kenntnis gesetzt wurden. Die Anträge bringen in mehr oder minder deutlicher Form zum Ausdruck, daß die Leistungen jener ahnungslosen Kollegen minderwertig seien und daß sich alles, alles bald wenden würde, wenn nur

[3]) Lebert im Ziemssensschen Handbuch: Infektionskrankheiten; 1874, S. 582.

[4]) Merings Lehrbuch der inneren Medizin; 1905, S. 44.

[5]) Eichhorst: Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie; 1909, Band IV, S. 527.

[6]) Mohr und Staehelin; 1911, Band I, S. 970.

[7]) Stabsarzt d. Res. Dr. Hildebrand: Das Wesen des Fünftagefiebers, vorläufige Mitteilung. Feldärztliche Beilage zur Münchener med. Wochenschrift vom 1. Mai 1917, Nr. 18.

ein Pädiater mitwirkte. So ist denn allnachgerade jene Gruppe von Pädiatern, die nicht merken, daß durch die Art ihres Vorgehens ihrer Sache der schlechteste Dienst erwiesen wird, unerträglich geworden. Der berechtigte Widerstand kann gar nicht ausbleiben und es mehren sich die Zeichen, daß die Angegriffenen sich überall energisch zur Wehr setzen. So z. B. wurde ich von der Schriftleitung einer medizinischen Zeischrift vor nicht langer Zeit aufgefordert, die Interessen der schwer gekränkten Kassenärzte Deutschlands gegen die Angriffe der Kinderärzte zu verteidigen. Ich habe das abgelehnt, weil ich kein Kassenarzt bin und weil ich meine wenigen Mußestunden gerade Spinozas Briefwechsel zuwandte. Wenn neuerdings Thiemich versucht, in seinem Artikel (s. Heft 3 dieser Zeitschrift), mit dem er zum Thema, d. i. die Verbesserung des Hebammenlehrbuches, nichts Bemerkenswertes beigebracht hat, uns Hebammenlehrer und speziell mich anzugreifen, wobei sein Ton, gelinde gesagt, gereizt und auffallend erscheint, so bleibt mir leider nichts weiter übrig, als meine Verteidigung zu führen. Ich will das deutlich tun und so ergiebig, daß wenigstens die Gesamtheit auch Vorteile davon haben kann.

Den Standpunkt, daß eine pädiatrisch ausgebildete Fürsorgerin eine Hebammenschwester „in der Ueberwachung des Brustkindes und der Laktation beraten“ könne, halte ich für ebenso verkehrt, wie die Meinung Thiemichs, daß der Pädiater eher die Geburtshilfe als der Geburtshelfer die Pädiatrie studieren könne. Im letzten Falle ist schon jetzt und im ersten Falle kann wenigstens nach Durchführung einiger noch zu besprechender Reformen allgemein das Umgekehrte der Fall sein. Es ist auch an der Zeit, einmal klar auszusprechen, daß derartige Urteile zunächst eine ganz große Undankbarkeit beweisen, denn sollte die neuere Pädiatrie wirklich etwas Bleibendes geleistet haben, so steht sie ganz und gar auf den Schultern der Geburtshelfer. Selbst mein Kritiker kann in dem von ihm verfaßten Abschnitte des Feerschen Lehrbuches der Kinderheilkunde nicht vermeiden, mehrfach die Namen von Geburtshelfern zu nennen; das wird ihm allerdings bei seinem Standpunkte schwer genug geworden sein. Gewiß will ich nicht bestreiten, daß heutzutage einige Gynaekologen mehr Operateure als Geburtshelfer sind und daß dabei auch der Unterricht in der Säuglingspflege an Hebammenschulen hin und wieder gelitten haben mag. Aber notwendig muß daß nicht der Fall sein! Jedenfalls haben wir Hebammenlehrer mehr Selbsterkenntnis gezeigt, als die Scharfmacher unter den Kinderärzten, indem wir z. B. bessere Ausbildung der Hebammenlehrer (Frauenarzt; 1916, Heft 6) verlangten, Verlängerung der Kurse forderten und auf die Gefahren hinwiesen, die aus der Vereinigung von Hebammenschulen und Universitäts-Frauen-Kliniken entstehen könnten. Bei nicht wenigen Kinderärzten finde ich dagegen neben der großen Undankbarkeit und fehlenden Anerkennung gegenüber den älteren Geburtshelfern stets den Kardinalfehler,

daß sie behaupten, den Nichtpädiatern (und dann natürlich auch den Hebammenlehrern) sei es schlechterdings unmöglich, einen Säugling gut zu beobachten. Einmal ist es, wie ich neulich einen Kinderarzt auseinandersetzen hörte, für keinen Arzt möglich, den normalen Säugling vom kranken zu unterscheiden. Es fragt sich nur, ob Fachpädiater das mit der Definition, die mein Kritiker nach Czerny-Keller gibt, können (vgl. Feers Lehrbuch S. 31). Neu war mir seine Begründung für die Unfähigkeit des Gros der Aerzte in der Kinderheilkunde: „Die pädiatrische Literatur (Lehrbücher oder Zeitschriften?) lasse jeden Nichtpädiater in einem Labyrinthe!“ Das ist natürlich unrichtig! So schlecht halte ich z. B. seine Arbeit (bei Feer), obwohl ich in vielen Punkten andere Erfahrungen wie er sammmelte, doch nicht, und ich lobe ehrlich (während ich, nebenbei gesagt, die von ihm mir gespendete Anerkennung ihrer Entstehung nach als „Lückenbüßer“ bezeichnen muß). Wäre tatsächlich die pädiatrische Literatur so unvollkommen, wie Thiemich sagt, so wäre natürlich auch der pädiatrische Unterricht ebenso schlecht und dann wäre das Urteil jenes o. ö. Prof. der inneren Medizin ja richtig, der kürzlich etwa sagte: „Die Kinderärzte können nichts weiter als probieren. Das kann jeder andere auch“. Wie gesagt, ich bin nicht der Meinung, daß jenes Urteil über die pädiatrische Literatur Recht hat, ich glaube auch, daß der Leipziger Pädiater dieses sich und seine Freunde vernichtende Urteil in der Uebereilung abgab, weil er die letzten Konsequenzen nicht überlegte. Sein Wunsch, die Einflußsphären der Pädiater zu vergrößern, spielte ihm einen schlechten Streich. Lassen wir aber die Meinungsdifferenz über die pädiatrische Literatur auf sich beruhen; wir brauchen sie nicht notwendig, denn es gibt doch noch andere Möglichkeiten, in der Säuglingspflege zu lernen und dann später seinen Mann zu stehen. Sie heißen: gute eigene Beobachtung, Fleiß und eigene reiche Erfahrung! Alle sind, so häufig es die Kinderärzte für ihre Domäne auch behaupten mögen, dem Nichtpädiater keineswegs verschlossen. Es kommt hinzu, daß bei Säuglingen im Vergleiche zum erwachsenen Alter eine Monotonie der Krankheitsbilder besteht, und daß dadurch für die Diagnose eine nicht zu unterschätzende Erleichterung entsteht (so sagt Thiemich selbst; l. c. S. 60).

Was die Größe des Materials an Säuglingen anbetrifft, so muß doch jeder Unparteiische zugeben, daß wenigstens für die erste Zeit nach der Geburt der Geburtshelfer viel mehr Erfahrungen in der Stilltechnik sammeln kann als der Kinderarzt. Es gibt selbst unter den Kinderärzten eine Reihe objektiv und freimütig Denkender, die das zugeben. So sagt z. B. der Bericht des Kaiserin Auguste Viktoria-Hauses: „Während die Beobachtung der Lebensvorgänge in den ersten 14 Tage bisher hauptsächlich in den Händen der Geburtshelfer lag, ist es in der Anstalt dem Kinderarzte ermöglicht, seine Erfahrungen und Untersuchungen auch auf diese Zeit auszudehnen“ und Schloß-

mann (Deutsche med. Wochenschrift; 1917, Nr. 24): „Unsere Säuglingsheime und Kinderkrankenhäuser dienen in erster Linie der Versorgung kranker Kinder. Ich bin überzeugt, daß manche staatlich geprüfte Säuglingspflegerin unter Umständen überrascht und erstaunt sein wird, wenn sie in ihrer späteren Tätigkeit das erste mal (sic!) ein wirklich gesundes Kind zu sehen bekommt . . . .“ und weiter . . . . „Ich wüßte einen praktisch brauchbaren Vorschlag nicht zu machen, wie dem im allgemeinen zu steuern ist. Ich würde gegebenenfalls die Schülerinnen einige Wochen auf der Säuglingsabteilung meines geburtshilflichen Kollegen (sic!) arbeiten lassen“. Besser als Schloßmanns Pläne ist jedoch mein Standpunkt: Das gesunde Kind etwa bis zum Ablaufe des 1. oder 2. Lebensjahres muß mit der Mutter dem Geburtshelfer zufallen und den Wochenbettpflegerinnen und Hebammenschwestern, die an geburtshilflichen Kliniken ausgebildet sind, nicht etwa den Kinderschwestern. Die Kinderkrankenschwestern (Säuglingsschwestern ist ein falscher Ausdruck) haben nur für das kranke Kind zu sorgen. Die Säuglingsfürsorgestellen (die in Fürsorgestellen für Mutter und Kind auszubauen sind) werden unter ärztlicher Aufsicht von den an Frauenkliniken, Wöchnerinnenheimen etc. ausgebildeten Personen versehen. Säuglingsheime allein sind, wie ich schon mit guten Gründen nachgewiesen habe, für den jungen Säugling verfehlte Einrichtungen, statt dessen sind **Mütterheime** zu bauen, die natürlich unter frauenärzlicher Leitung stehen müßten und an denen Wochenbettpflegerinnen oder Hebammenschwestern, nicht Kinderkrankenschwestern zu pflegen hätten. Die Menschheit ist manchmal zunächst in die Irre gegangen, ehe sie auf den richtigen Weg kam! Das Kaiserin Auguste Viktoria-Haus ist in ein Haus zur Bekämpfung der Säuglings- **und** Muttersterblichkeit um- und auszubauen (siehe meinen Artikel in der Deutschen med. Wochenschrift; 1915, Nr. 23). Offen und ehrlich gesagt, bezweifle ich sogar, ob Thiemich, der, wie ich sehe, jünger ist als ich, soviel an jungen Säuglingen beobachten konnte wie ich. Gerade in den ersten Tagen und Wochen nach der Geburt bereitet bekanntlich das Stillen die größte Schwierigkeit. Vom 8. bis 11. Tage durch Abdrücken Milch zu erhalten, was er für besonders erwähnenswert hält, ist keine Kunst mehr. Vielleicht besteht bei einigen Pädiatern der Wunsch, mehr jüngere Säuglinge zu beobachten, der sie veranlaßt, alles schlecht zu machen, was an geburtshilflichen Anstalten geschieht. Es muß daran erinnert werden, daß selbst über die Krankheiten der ersten Lebenstage der Geburtshelfer vor dem Kinderarzte schrieb. Ausgesprochene Krankheiten der Säuglinge, namentlich der älteren, soll man aber im allge-

meinen dem Kinderarzte übergeben. Zu ihrem Betriebe gehören die Universitäts-Kinderkliniken, die Kinderhospitale, Kinderheilanstalten und ähnliche; aber nicht mehr.

Das sind meine Vermittelungsvorschläge, damit endlich die Bestrebungen der Pädiater aufhören, Ruhe und Frieden eintritt und gemeinsame Arbeit zum allgemeinen Besten anheben kann. Obwohl ich also der Ansicht bin, daß ein tüchtiger und fleißiger Geburtshelfer ebenso gut, ja besser als der Kinderarzt bei gesunden Säuglingen seine Erfahrungen sammeln kann, so kann ich mir doch denken, daß Schanta und Zweifel gute Gründe gehabt haben, wenn sie an ihren Kliniken die Mitwirkung eines Fachpädiaters zuließen. Mir ist auch bekannt, daß in Straßburg und Magdeburg Kinderärzte am Unterricht der Hebammen oder wenigstens bei der Kinderabteilung der Hebammenschule beteiligt sind, wogegen ich gar nichts einzuwenden habe. Ich will nur, daß der Direktor der Hebammenschule allein entscheidet, ob er diese Einrichtung, die keineswegs allgemein nötig ist, treffen will, und daß die Kinderärzte sich nicht eindrängen. Das Beste bleibt immer — diese Fragen sind ja auf den Versammlungen der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens genug ventiliert — wenn die Leitung des theorotischen wie praktischen Hebammenunterrichts in der Hand eines Lehrers liegt, der sich möglichst selbst viel um seine Schülerinnen bekümmert. Sollte dieser Lehrer auch in der Säuglingspflege unterrichten wollen, so wird er gewiß selbst wissen, daß in keinem medizinischen Fache soviel empfohlen und verworfen wird, wie in der Kinderheilkunde. Diese Tatsache hat aber die Kinderärzte (natürlich nicht alle) nicht bescheidener, sondern neuerdings immer anspruchsvoller gemacht. Wenn der Leipziger Pädiater also mit Recht vor den flüchtigen pädiatrischen Tagesprodukten warnt, so stimmt hiermit leider nicht überein, daß er es für bedenklich hält, wenn man eine Zeitlang zuschaut, ob das nach kinderärztlicher Meinung gesicherte sich nicht doch wieder als Eintagsfliege herausstellt.

Thiemich will nun „bewiesen“ haben, daß meine Vorschläge bereits Ueberholtes gebracht, anderseits genügend Gesichertes vernachlässigt haben. Sehen wir uns zunächst diese Beweise an. Er bemängelt — er schreibt mir sogar „utopische Gedanken“ zu — das Wort „Hebammenschwester“, obwohl man doch von Hebammenschwestern schon längst redet und schreibt. Er soll nur die Annoncen der Hebammenzeitung lesen, dann wird er fast in jeder Nummer das Wort finden. Wir nennen hier unsere Anstaltshebammen schon seit Jahren Oberin und Schwestern, sie tragen auch Schwesterntracht. Möge er durch diese Tatsache ebenso wenig betrübt werden wie durch die Gewißheit, die ich ihm geben kann, daß meine Forderung stets lauten wird: „Die Hebammenschwestern sind mindestens den Krankenschwestern und erst recht den Kinder-

krankenschwestern (z. Zt. fälschlich Säuglingsschwestern genannt) in jeder Beziehung gleich zu stellen."

Er hat ferner falsch gelesen, wenn er meine Formel für die Berechnung der Zunahme des Säuglings auf die tägliche Zunahme bezieht. Es ist doch nach der Formel nur möglich, die monatliche Zunahme (ungefähr) zu berechnen. Blinder Eifer schadet nur! Seine weitere Auseinandersetzungen zu diesem Punkte, die ich zwar unterschreibe und fast wörtlich meinen Schülerinnen gebe, wären also in dieser Zeitschrift überflüssig gewesen.

Beim „Diätzettel einer Stillenden" schiebt mein Kritiker mir Worte unter, uud bekämpft sie, die ich ganz und gar nicht gebraucht habe.

Mit seiner Darstellung der Fürsorgebestrebungen zeigt er, daß in den letzten Jahren die Hebammenreform, über deren Schwierigkeiten (nicht Lösung) er sich Gedanken macht, hauptsächlich durch die uferlosen Pläne der Kinderärzte und ihres Anhangs gehindert ist. Die Hebammenreform ist nichts weiter als eine Geldfrage; der Staat hat aber bekanntlich nicht häufig Geld. Man könnte deshalb daran denken, die ganze Hebammenschaft an die Hebammenschulen anzugliedern wie die Krankenschwestern an ihre Mutterhäuser. Uebrigens kann man es meiner Meinung nach keiner Hebamme verdenken, wenn sie im Hause einer Schwangeren, wo sie eine Säuglingschwester trifft, sich ernstlich bemüht, diese Schwester an die Luft befördern zu lassen. Ich versäume auch nie, weder im Wiederholungskursus, noch bei meinen jungen Schülerinnen, den einstimmigen Beschluß der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens bekannt zu geben: Keine Hebamme darf unter anderes weibliches Fürsorgepersonal gestellt werden.

Was Thiemich zu §§ 248 und 249 sagt, gehört in seine Studentenvorlesungen. Ich habe durch meine Worte keine Veranlassung gegeben, daß in dieser Zeitschrift Bekanntes wiederholt wird.

Seine Bemerkungen zu § 261 treffen mich wieder nicht. Wo sind die Windmühlen, gegen die er kämpft und was sollen solche Auseinandersetzungen, die mit „kaum" und „in der Mehrzahl der Fälle" arbeiten?

Ueber Menschen- und Tiermilch gibt er im Feerschen Lehrbuch fast volle 4 Seiten. Ich weiß also nicht, wie der Autor Thiemich sich mit dem Kritiker Thiemich auseinandersetzen will.

Zu § 265: Es ist unrichtig, daß das preußische Hebammenlehrbuch „nur einen Hinweis auf die Notwendigkeit der Kuhmilchverdünnung unter Innehaltung langer Nahrungspausen" gibt. Man sollte doch erwarten, daß Thiemich ehe er zum Angriff schritt, wenigstens eine sichere Grundlage sich verschafft hätte. — So gut man Pflegeschülerinnen über den

Wert eines „Schema“ belehren kann, kann man das natürlich auch bei Hebammenschülerinnen; er hält aber seine Schülerinnen für Göttinnen und die Hebammen für deren Handlangerinnen. — Nicht nur die Merkblätter des Kaiserin Auguste Viktoria-Hauses „nehme ich durch“, sondern auch, wie er verschweigt, die Merkblätter zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Ich habe sehr triftige Gründe, diese Merkblätter „durchzunehmen“, und werde damit natürlich fortfahren.

Zu § 509: Wir Hebammenlehrer können und müssen die Schülerinnen belehren, wann ein Arzt zu rufen ist. Mein Kritiker macht sich übrigens eines logischen Fehlers schuldig, wenn er zunächst gegen meine Forderung, den Arzt zu rufen, anrennt, und später dieses mit Epstein, der mir übrigens selbst seine Arbeit schickte, recht gut für möglich hält.

Also mit derartigen Ausführungen, die teilweise falsche und schiefe Zitate geben, teilweise „olle Kamellen“ wiederholen, zum größten Teile aber an meinen Worten vorbeireden, will der Leipziger Hochschullehrer „bewiesen“ haben, daß ich nicht imstande sei, „den pädiatrischen Teil des Hebammenunterrichts zu gestalten“. Difficile est satiram non scribere! Man sollte meine Vorschläge in Telegrammform nebst der Kritik Punkt für Punkt zusammendrucken und verbreiten, dann würde auch der nicht eingeweihte Leser sehen, wie oberflächlich mein Kritiker arbeitete und daß ganz andere Gründe, wie vorgegeben, ihn lenkten. Im Räderwerke der Behörden bin ich zwar nur simpler provinzieller Hebammenlehrer, aber ich hätte diese Publikation eines akademischen Lehrers nie riskiert.

Wohin eigentlich die Reise des Pädiaters gehen sollte, wußten wir übrigens schon, ehe er sprach. Er verlangt nicht nur, daß die Fachpädiater am Hebammenlehrbuche mitarbeiten sollen, sondern daß sie auch den Unterricht an Hebammenschulen erteilen. Offenbar ahnt er nicht, daß in der Kommission für Bearbeitung des letzten preußischen Lehrbuches peinlich vermieden wurde, über den Abschnitt der Kinderpflege zu reden. Da ich nicht weiß, welcher Pädiater diesen Teil bearbeitet hat, kann ich nicht in den Verdacht kommen, absichtlich jemanden zu kränken, wenn ich sage, daß sowohl an Form, wie Inhalt dieser Abschnitt der am wenigsten zu lobende des Lehrbuches ist. Was hat es nun genützt, daß ein Fachpädiater allein an dieser Stelle des Hebammenlehrbuches seine „Tagesmeinung“ zum besten gab. Manche unterschätzen auch stark die Schwierigkeiten, die sich der Abfassung eines Hebammenlehrbuches, das doch nur anerkannte Ergebnisse der medizinischen Wissenschaft bringen soll, entgegenstellen! Allgemein anerkannt ist aber in der medizinischen Wissenschaft eigentlich nicht allzuviel; das muß man sagen, auch wenn man die Wissenschaft nicht einmal sub specie aeternitatis betrachtet. So wird es am besten sein, im Hebammenlehrbuch, und das gilt für alle volkstümlich geschriebenen Bücher, möglichst wenig ganz festzulegen, hauptsächlich nicht mit Zahlen, und dem

Lehrer recht viel Freiheiten für die Erklärungen zu lassen. Ganz erschreckend wäre es, wenn etwa Thiemich mit Anträgen käme, die man nach seinem Lehrbuch vermuten darf. Im Gegensatze zu manchen Pädiatern erkenne ich ihm für seinen Wirkungskreis das Recht zu, wenn er genügend Erfahrung dafür zu haben glaubt, den Säugling 24 Stunden nach der Geburt hungern zu lassen, und wenn er sich früher meldet, ihm nur etwas mit Saccharin versüßten Tee mit dem Löffel zu geben; sollte er aber den Antrag stellen, daß diese Ansicht in das sächsische Lehrbuch aufgenommen werden soll, so hoffe ich, daß er bei der Abstimmung allein dasteht. Noch ein Beispiel! Nach seinem Lehrbuche schwankt die Zahl der spontan (nebenbei bemerkt ein Ausdruck, der wie die Faust aufs Auge paßt) aufgenommenen Mahlzeiten zwischen 5 und 6 in 24 Stunden. Dabei soll als Gesetz (sic) gelten, daß das Kind niemals (sic), um es frühzeitig an eine regelmäßige Ordnung zu gewöhnen, zum Trinken geweckt wird. Sollte in Preußen in der Kommission für ein neues Hebammenlehrbuch ein Kinderarzt solch ein „Gesetz" beantragen, (ich glaube kaum, daß es der Fall sein wird), so würde man von utopischen Gedanken reden können, aus Höflichkeit aber dem schlechten Beispiel Thiemichs nicht folgen, sondern mit Angabe von Gründen gegen die Aufnahme eines solchen Gesetzes ins Hebammenlehrbuch energisch ankämpfen. — Obwohl also die Mitarbeit von Pädiatern am Lehrbuche gänzlich überflüssig ist, bin ich gewiß, daß die Medizinalabteilung in Preußen, schon um sich den Rücken zu decken, diese Forderung erfüllen wird.

Ganz absonderlich mutet jedoch der Wunsch an, noch „einige in der sozialen Fürsorge stehende Persönlichkeiten" in die Kommission für ein neues Hebammen-Lehrbuch zu berufen; ich kann nicht glauben, daß in Preußen diesem Wunsche nachgekommen wird.

Mit der Erfüllung der zweiten Forderung aber, daß die Kinderärzte an Frauen-Kliniken, Wöchnerinnenheimen, Hebammenschulen und ähnlichem die Kinder versorgen sollen, auch allgemein bei der Ausbildung von Wochenbett- und Hebammenschwestern mitzuwirken hätten, wird es dagegen wohl noch gute Weile haben. Hier würden beträchtliche öffentliche Gelder in Frage kommen und man wird die Frage stellen, liegt ein öffentliches Interesse vor oder wollen nur die Fordernden mehr Geld verdienen und größeren Einfluß haben. Daß die Organisation der Hebammenschulen am besten ohne Pädiater auskommt und gut ohne sie auskommen kann, haben wir schon kurz angedeutet. Mit ebenso gutem Rechte wie die Pädiater können doch auch die Spezialisten für Geschlechtskrankheiten, Hygieniker und andere die Forderung erheben, bei dem Unterricht der Hebammen mitzuwirken. Die Frauen selbst werden übrigens Einspruch erheben, wenn der Geburtshelfer sofort nach der Geburt des von ihm vielleicht in die Welt beförderten Kindes dieses an einen zweiten Arzt abgeben wollte. Die Frauen

ahnen auch dunkel, daß der Geburtshelfer bestrebt ist, die Interessen von Mutter und Kind, die sich sehr häufig feindlich gegenüber stehen, möglichst zu einem guten Ausgleiche zu bringen, während der Kinderarzt nur einseitig auf das Kind sieht. Für meine Person gestehe ich auch freimütig, daß ich das Kind gar nicht abgeben will. Das Leben eines Hebammenlehrers hat wirklich nicht soviel Lichtblicke, daß ich mir die Freude rauben lassen möchte, z. B. eine von mir in die Welt beförderte Frühgeburt solange zu beraten, wie es nötig ist. Ich vergesse nicht den Tag, an dem ein fünfjähriges, blondlockiges und blühend aussehendes Mädchen, das ich mit einem Anfangsgewichte von 1100 Gramm von der Mutter entfernt hatte, mir an seinem Geburtstage einen Blumenstrauß in die Sprechstunde brachte. Der praktische Arzt beginnt bekanntlich zurzeit noch mit Frauen und Kindern seine Praxis und es ist für mich sicher, daß er der Begehrlichkeit der Pädiater, die ihn sowohl von der Fürsorge, als von der Behandlung der Kinder ausschalten möchten, den größten Widerstand entgegensetzen wird. Ueber die Großstadt wird meiner Ansicht nach der Kinderarzt nicht hinauskommen. Man sollte die Frauen, die vom ärztlichen Studium gar nicht abzuhalten sind, darauf hinweisen, daß das Spezialfach der Kinderheilkunde für die weibliche Eigenart noch am besten paßt, während die reine operative Gynäkologie, an die die Frauen ursprünglich selbst gedacht haben und noch denken, den meisten Frauen sicher nicht liegt.

So mag sich denn mein Kritiker mit seiner zweiten Forderung keinen allzugroßen Hoffnungen hingeben und froh sein, wenn den Kinderärzten überall Lehrstühle an Universitäten und Kliniken für kranke Kinder bewilligt sind. Dort ihnen etwa mehr zu gewähren wie z. B. den Dermatologen wäre auch Unrecht. Das gesunde Kind kann und muß den Studenten an Frauenkliniken gezeigt werden; dazu müßte allerdings für die Folge, das ist zuzugeben, nicht nur an einzelnen Universitäten — ich nenne nur die Namen Walther, Opitz, von Jaschke, Strassmann, Engelhorn —, sondern überall der außerordentliche Professor mit Fleiß und Interesse sich um die Kinderabteilung bekümmern. Es würde nicht schaden, wenn die jüngeren Kollegen an Universitäten etwas weniger publizierten. — Haben aber nun die angehenden Aerzte auf diese Weise eine gute Grundlage auf der Universität bekommen, so können sie sich ebenso wie in anderen Fächern an der Hand guter Lehrbücher und durch die Praxis selbst auch in der Säuglingspflege wie in der Kinderheilkunde genügend fortbilden. Wenn die Pädiater behaupten, daß Hunderttausende von Kinderleben durch Aerzte und niederes Personal vernichtet wurden und noch würden, so habe ich dies schon vor Jahren als maßlose Uebertreibung bezeichnet und hatte die Genugtuung, daß ein ruhig denkender Kinderarzt mir zustimmte. In keinem Spezialfach wird öffentlich soviel über die schlechte Ausbildung der Aerzte geklagt, wie von seiten der Kinderärzte; auch der Leip-

ziger Pädiater kündigt ja wieder eine neue Philippika an. „Wir sind allzumal Sünder und mangeln des Ruhms," sollte man den Kinderärzten stets antworten und daneben deutlich zu verstehen geben, daß, wenn diese Klagen berechtigt seien, dies auf schlechten Unterricht schließen lasse, daß vielleicht gar diese ewigen Klagen nur zu einem ganz bestimmten persönlichen Zwecke vorgebracht seien. Selbstverständlich kann der fleißige und interessierte Kassenarzt oder praktische Arzt dann auch einer Säuglingsfürsorgestelle vorstehen. Das beweisen ja die herrlichen Resultate, die die deutschen Medizinalbeamten (Wegner, Doerfler u. a.)[1]) **ohne die Fachpädiater** erzielt haben. Dies muß immer wieder von neuem betont werden, weil die Kreisärzte bescheidener als viele Kinderärzte still gute Arbeit verrichten und nicht immer davon reden.

Wie an den Universitäten, so müssen auch die Verhältnisse an den isolierten Hebammenschulen noch verbessert werden, worauf oben schon kurz hingewiesen wurde. Vieles wird allein schon dadurch besser werden, wenn wir langjährige Assistenten (Oberärzte) überall haben werden (siehe Zeitschrift für das gesamte Hebammenwesen). Hinsichtich der einjährigen Kurse bin ich augenblicklich hoffnungsvoller; ich glaube, sie werden bald kommen. Vor kurzem meldeten sich freiwillig meine sämtlichen Schülerinnen zu einem praktischen $^1/_4$ Jahre. Sollten diese Anträge genehmigt werden, so können die besseren dieser Schülerinnen zu Säuglingspflegerinnen par excellence ausgebildet werden. Einer persönlichen Mitteilung des Kollegen Mann in Paderborn entnahm ich übrigens, daß dessen Anstalt als Säuglingspflegerinnenschule vor kurzem staatlich anerkannt ist. Wenn ferner nach dem Kriege erst das Wort: „Dem Tüchtigen freie Bahn" in die Wirklichkeit überführt werden kann, wenn ohne 5—7jährige Assistentenzeit niemand zum Direktor einer isolierten Hebammenschule gewählt wird, so wird es fast lächerlich erscheinen, wenn man behauptet, der Direktor könne nicht die Anfangsgründe der Säuglingspflege bis ins zweite Jahr hinein lehren, ihre Fortschritte verfolgen und sogar selbst oder durch seine Assistenten an ihrer Fortentwicklung mitarbeiten. Meine Assistenten haben übrigens schon unter den jetzigen Verhältnissen mehrfach ihre Erfahrungen mit den pädiatrischen „Tagesmeinungen" bekannt gegeben.

Ich eile zum Schluß, indem ich klare und deutliche Schlußsätze aufstelle, die bei ihrer Allgemeinheit cum grano salis zu lesen sind und von denen das Wort gilt, keine Regel ohne Ausnahme:

1. Die Kreisärzte, praktischen Aerzte und Kassenärzte haben bislang in Deutschland auch bei den Säuglingen und Kleinkindern voll und ganz ihre Pflicht erfüllt; die gegenteiligen Behauptungen der Kinderärzte entbehren der Begründung. Selbstverständlich sind alle Bestrebungen zu unterstützen, die das Bildungsniveau der deutschen Aerzte heben.

[1]) Siehe auch die Berichte von Dr. Illing-Neustadt a. Aisch und Dr. Merkel-Nürnberg; Referate darüber S. 626 und 627 dieses Heftes.

2. Der gesunde Säugling gehört den geburtshilflichen Anstalten, die dementsprechend noch zu verbessern sind. Die Fachpädiater haben in den geburtshilflichen Anstalten keinen Dienst zu verrichten.

3. Die Fachpädiater haben sich im allgemeinen auf die kranken Kinder zu beschränken, desgleichen die Kinderkrankenschwestern (zurzeit noch fälschlich Säuglingsschwestern genannt), die auch von ihnen allein ausgebildet werden können.

4. Das Pflegepersonal für den gesunden Säugling haben die geburtshilflichen Anstalten auszubilden; deshalb ist die Mitwirkung der Fachpädiater sowohl bei Abfassung des Hebammenlehrbuches, als auch bei der Ausbildung der Hebammen und Wochenbettpflegerinnen gänzlich überflüssig.

Noch eine Schlußbemerkung sei mir gestattet:

Von großer Welterfahrung zeugt es nicht, wenn mein Kritiker in seinen Angriffen verblümt sagt: wir Frauenärzte könnten nur durch die Parteibrille sehen. Natürlich kämpfen wir nicht für die Interessn der Kinderärzte, wir mußten uns sogar verschiedentlich gegen deren Pläne, die zu teuer oder unzweckmäßig für die Gesamtheit waren, wenden. Persönliche Angriffe abzuwehren und unsere und unserer Schülerinnen Leistungen nicht herabwürdigen zu lassen, ist unser gutes Recht.

Auf weitere schriftliche Auseinandersetzungen lasse ich mich mit Thiemich und seinen Freunden nicht ein. Gern stehe ich, wenn er will, ihm aber in einer Debatte zur Verfügung. Ich will mich bemühen, sobald als möglich eine Versammlung der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens zusammenzubringen mit dem Thema: „Kinderärzte und Hebammenschule", natürlich mit einem unparteiischen Referenten. Mein Kritiker ist schon heute eingeladen und ihm volle Redefreiheit und gebührende Antwort zugesichert.

Pädiatrie und Säuglingspflege.

Bemerkungen zu dem vorstehenden Aufsatz von Dr. Paul Rissmann-Osnabrück

Von Prof. Dr. Thiemich-Leipzig.

Durch die Freundlichkeit des Herrn Geheimrat Dr. Rapmund ist es mir ermöglicht worden, den vorstehenden Aufsatz vor der Veröffentlichung zu lesen und mich dazu zu äußern. Wollte ich dies ausführlich tun, so würde ich meine Erwiderung für das nächste Heft haben aufschieben müssen. Dies scheint mir aber überflüssig, weil ich nach dem ganzen Tenor der Rissmannschen Ausführungen es für aussichtslos halte, mich mit ihm im Rahmen einer Zeitschriftendebatte über die schwierigen in Rede stehenden Probleme zu einigen. Außerdem ist der Ton seiner Ausführungen so voll von Gehässigkeiten, teils gegen mich persönlich, teils gegen meine engeren Fachgenossen, daß ich eine Diskussion auf diesem Niveau für ganz untunlich halte. Ich will also nur kurz, ohne z. B. auf die Kritik Rissmanns an meiner Kritik seiner Vorschläge für die Verbesserung

des Hebammenlehrbuches einzugehen oder seine Schlußsätze zu erörtern, folgendes hervorheben:

Es entspricht durchaus nicht den Tatsachen, wenn er uns Pädiater, und besonders die pädiatrischen Universitätslehrer, bei der Allgemeinheit der Aerzteschaft denunziert, als ob wir „jeden Arzt — ganz gleich, ob Kreisarzt, Kassenarzt oder Hebammenlehrer —, der bei einem Säuglinge oder Kleinkind gestanden hat, für einen Ignoranten erklärten." Was wir auf Grund unserer ausgedehnten Erfahrungen in der privaten und poliklinischen Praxis und bei der Teilnahme an den Fürsorgebestrebungen für sicher halten und offen, aber ohne jede Angeberei oder Gehässigkeit, immer wieder aussprechen, ist, daß eine große Zahl der die allgemeine Praxis ausübenden Aerzte, die infolgedessen viel mit leicht- und schwerkranken Säuglingen und Kindern überhaupt zu tun haben, nicht genügend von dem heutigen Stand des kinderärztlichen Wissens und Könnens unterrichtet sind. Ich selbst sehe in einer Ableugnung dieses Zustandes geradezu einen Beweis dafür, daß die betreffenden Beurteiler die moderne Kinderheilkunde nicht kennen und deshalb den Abstand zwischen den tatsächlichen und den möglichen Leistungen gar nicht ahnen und ermessen können. Ich unterlasse in keinem Semester, meinen Studenten zu sagen, daß unser Bestreben nicht dahin geht, möglichst zahlreiche Kinderärzte auszubilden und dahin zu wirken, daß nun jedes kranke Kind von einem Kinderarzte behandelt und dem allgemeine Praxis treibenden Arzte entzogen werden solle. Wir wollen vielmehr, daß jeder Arzt, sofern er nicht ein Spezialgebiet betreibt, das mit der Kinderheilkunde gar nichts zu tun hat, soweit ausgebildet sei, daß er das Gros der Fälle richtig beurteilen, prophylaktisch beraten und zweckmäßig behandeln kann, und daß er die Grenzen seines Wissens und Könnens kenne, um im gegebenen Falle ebensogut einen spezialistisch ausgebildeten Kinderarzt zu Rate zu ziehen, wie er dies bei einer ernsteren Augen- oder Ohrenkrankheit oder einem operativen Falle seiner Praxis beim Erwachsenen heute schon ganz selbstverständlich tut.

Langjährig ausgebildete Kinderärzte, die sich in der Praxis auf ihr Spezialfach beschränken, halte ich für jede Mittelstadt, die z. B. einen Augen- oder Ohrenarzt, einen Frauenarzt und Geburtshelfer, einen Chirurgen oder einen Nervenarzt besitzt, für durchaus erstrebenswert, damit sie dem Publikum und den praktizierenden Aerzten als Konsiliarien verfügbar sind. Die Vorteile, die daraus für die kranken Kinder und für die Aerzteschaft im allgemeinen hervorgehen würden, schätze ich höher ein, als die Schwierigkeiten, die sich im Anfang ergeben können.

Ebenso unberechtigt ist die Behauptung, daß wir Kinderärzte undankbar gegenüber den älteren Geburtshelfern seien (Rissmann erwähnt selbst, daß ich in dem von mir verfaßten Abschnitte des Feerschen Lehrbuches mehrfach die Namen von Geburtshelfern nenne, und dichtet mir ganz grundlos an,

daß mir dies von meinem Standpunkt aus schwer genug geworden sein müsse), und daß wir behaupten, „den Nichtpädiatern (und dann natürlich auch den Hebammenlehrern) sei es schlechterdings unmöglich, einen Säugling gut zu beobachten". Eine solche Behauptung wäre ja ganz sinnlos. Aber wo in aller Welt kommt denn heut ein Arzt, ganz gleich, ob er ein Spezialfach betreibt oder nicht, mit der „Beobachtung" aus, ohne daß er sich unter sorgfältigster kritischer Verwertung der Literatur auf die Schultern aller vorangegangenen Bearbeiter des Gegenstandes stellte.

Die Verbindung von Geburtshilfe und Wochenpflege einerseits und Säuglingspflege und Kinderkrankenpflege anderseits hat nicht mehr und nicht weniger miteinander zu tun, als die Geburtshilfe bezw. Frauenheilkunde mit der Kinderheilkunde. So wenig Rissmann es erreichen wird, daß die alte Verbindung des Frauen- und Kinderarztes wieder auflebt, so wenig wird er erreichen, daß die Säuglingspflege und die von ihr nicht trennbare Säuglingskrankenpflege Arbeitsfeld der Hebamme wird. Dafür ist das zwischen beiden Tätigkeitsgebieten liegende Grenzgebiet, das die ersten 9—10 Lebenstage umfaßt, wirklich nicht groß genug. Zu welchen grotesken Vorschlägen Rissmann durch die einseitige Verfolgung des an und für sich richtigen und von den sozial tätigen Kinderärzten selbst immer wieder betonten Gedankens, daß man die Kinder möglichst nicht von der mütterlichen Ernährung und Pflege trennen solle, gelangt, geht z. B. daraus hervor, daß er das Kaiserin Auguste Victoria-Haus aus einer Anstalt zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit zu einem Hause auch „zur Bekämpfung der Muttersterblichkeit (sic!) um- und ausgebaut" wissen will!

Eine grundsätzliche Einigung darüber, ob die Bekämpfung der Kindersterblichkeit Aufgabe des Geburtshelfers und der Hebamme oder des Kinderarztes resp. des pädiatrisch genügend geschulten praktischen Arztes und der vom Kinderarzte geschulten Säuglingsfürsorgerin ist, scheint bei der gegenwärtigen Lage kaum möglich. Ich halte das, trotzdem ich Rissmanns Bestrebungen zur Hebung des gesamten Hebammenstandes voll zu würdigen glaube, nicht einmal für ein so großes Unglück. Mögen doch beide Teile mit allen Kräften an diesen Aufgaben arbeiten und um die Palme ringen; an den Früchten wird sich zeigen, auf welcher Seite das größere Können und der weitertragende Einfluß auf die breiten Schichten der Bevölkerung liegt. Uns Pädiatern, und implicite auch mir, trotzdem er meine Stellung kennt, legt Rissmann nur niedrige und egoistische Motive unter. Eine solche Auffassung den Geburtshelfern und Hebammenlehrern gegenüber ist meines Wissens von seiten der Pädiater niemals hervorgetreten.

Zu der im Schlußabsatz angekündigten Versammlung will ich, wenn es mir irgend möglich ist, kommen, um zu sehen, ob sich in der Vereinigung zur Förderung des Hebammen-

wesens mehr oder minder ausschließlich Aerzte von der Art Rissmanns zusammengeschlossen haben. Sollte dies der Fall sein, so wird mir natürlich auch die zugesicherte Redefreiheit nicht helfen, eine gedeihliche Aussprache herbeizuführen. Meine bisherigen Erfahrungen mit vielen Gynäkologen lassen mich aber an der Hoffnung festhalten, daß es auch unter den Frauenärzten und Hebammenlehrern genügend viele gibt, mit denen man sich wohl ruhig und sachlich ohne Gehässigkeit und Eifersüchteleien über die Maßnahmen einigen könnte, die der Zukunft unseres Volkes unter gebührender Rücksichtnahme auf die verschiedenen Stände und Standesinteressen am besten dienen.

Vorläufig muß ich mich mit den obigen kurzen Bemerkungen und einem allgemeinen Proteste gegen Rissmanns Anschauungen und Pläne begnügen, damit mein Schweigen nicht mißverstanden wird.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

Säuglings- und Kleinkinderfürsorge.

Die Maße der Neugeborenen und die Kriegsernährung der Schwangeren. Von Dr. Peller-Wien. Deutsche med. Wochenschrift; 1917, Nr. 6.

Die Frage, ob die Kriegsernährung der Schwangeren im Geburtsgewichte sich geltend mache, ist von verschiedenen Forschern verneint und dahin verallgemeinert worden, daß ein Zusammenhang zwischen Ernährung der Mutter und der körperlichen Entwicklung des Fötus nicht bestehe. Die darüber in einer Wiener Landesgebärklinik und Hebammenschule angestellten Untersuchungen haben keinen Unterschied im Gesamtdurchschnitt zwischen den reifen Kriegs- und Friedensneugeborenen ergeben. Bei Teilung der Kinder nach der Geburtsnummer waren die erst- und zum Teil die zweitgeborenen reifen Kriegskinder etwas schwerer, die restlichen Kriegskinder dagegen leichter als in Friedenszeiten. Bei den Erst- und Zweitgeborenen ist jedoch der Prozentsatz der als frühreif geführten Kinder wesentlich größer als früher.

Das Durchschnittsgewicht der erstgeborenen frühreifen Kriegskinder ist um einige hundert Gramm größer als in Friedenszeiten. Durch die Heranziehung der Frühreifen werden jedoch bei den Erst- und Zweitgeborenen in ihrer Gesamtheit die Durchschnittswerte kleiner als die entsprechenden Friedenszahlen, namentlich bei den Kindern der Nichthausschwangeren. Hinsichtlich des Gewichtes unterscheiden sich die Kriegskinder, insbesondere die der Nichthausschwangeren, von den Friedenskindern durch einen bedeutend stärkeren Prozentsatz an solchen Früchten, die unter 3000 g bezw. unter 2800 g schwer sind.

Untersuchungsergebnisse, die sich nur auf „reife“ Kinder beziehen, sind nicht einwandsfrei. Ueberhaupt ist die statistische Lösung des Problems, ob die Ernährung der Schwangeren die körperliche Entwicklung des Embryo beeinflusse, mittels der Kriegserfahrung nicht einfach. Die Einzeluntersuchung ergibt Unterschiede, wenn auch nicht bedeutende oder besorgniserregende, zu ungunsten der Kriegskinder. Jedenfalls muß die Frage weiterhin offen bleiben, ob die durch klinische Schwangerenpflege hervorgerufenen, beim Friedens- wie beim Kriegsmaterial gefundenen Unterschiede und die in den Geburtsmassen zwischen Neugeborenen der unteren Volksschichten und denen des wohlhabenden Mittelstandes bestehenden Unterschiede zurückzuführen sind auf eine durch soziale Verhältnisse bedingte verschiedene Schwangerschaftsdauer oder auf Verschiedenheit der Ernährung der Graviden oder auch auf beides.

Dr. Roepke-Melsungen.

Die Ernährungsbedingungen des Säuglings im Kriege. Von Privatdozent Dr. R. Hess-Straßburg. Zeitschrift für Bevölkerungspolitik und Säuglingsfürsorge; 1917, Nr. 4—5.

Der Verfasser glaubt sich auf Grund der gewonnenen Erfahrungen berechtigt, mindestens für Kriegsdauer, hoffentlich aber darüber hinaus, folgende Forderungen aufzustellen:

1. Hinsichtlich der künstlichen Ernährung:

a) Beschaffung einer einwandfreien Kindermilch.

b) Bereitstellung der Zusätze, wie Zucker und Mehle, die für den Stoffwechsel des Säuglings unerläßliche Bestandteile darstellen und nicht entbehrt werden können.

2. Noch weitergehende Förderung des Stillens durch

a) intensivere Aufklärung, beginnend schon im Unterricht der weiblichen Fortbildungs- und Industrieschulen, der Oberklassen der Volks- und Töchterschulen. Dieser Unterricht ist möglichst durch einen Arzt zu erteilen;

b) vermehrte Außenarbeit der Fürsorge;
hier müßten Mittel und Wege gefunden werden, auch im Frieden zu den ehelichen Säuglingen zu gelangen (wie es zurzeit durch den Säuglingsschutz angebahnt ist);

c) die Regelung der sozialen Fürsorge für die Mütter, besonders auch für eheliche, gegebenfalls durch Heimarbeit an Stelle der außerhäuslichen Tätigkeit oder gesetzlichen Forderung von Stillstuben in Fabrikbetrieben mit vielen weiblichen Hilfskräften.

d) Abgabe zweckmäßiger preiswerter Nahrung an die Stillende als Teil der aufzuwendenden Unterstützung. Dr. Wolf-Hanau.

Geburtenrückgang und Säuglingssterblichkeit in ihrer Bedeutung für die Zukunft unseres Volkes. Von L. Steinke-Greifswald. Zeitschrift für Bevölkerungspolitik und Säuglingsfürsorge; 1917, Nr. 8.

Unser Bestreben muß sein, der Geburtenziffer wieder eine steigende Tendenz zu geben und für die Erhaltung jedes jungen Menschenkindes mit allen möglichen Mitteln zu sorgen; hierzu gehört auch die Unterweisung der Mädchen in der Kleinkinderpflege. Von derartigen Unterweisungen kann man mit Fug und Recht zweierlei erwarten:

1. eine bessere, zweckdienliche Behandlung des Kleinkindes, die doch vielfach in den Händen der Geschwister ruht, und

2. für die Zukunft eine tiefere Einsicht in den Kreisen der Mütter zur Ausrottung zahlreicher, tief eingewurzelter Mißbräuche und damit die Erhaltung und gesundere Entwicklung zahlloser Säuglinge zum Wohle unseres durch den Krieg geschwächten Volksbestandes. Dr. Wolf-Hanau.

Zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit in ländlichen Bezirken. Von Dr. Ludwig Illing in Neustadt a. Aisch. Oeffentliche Gesundheitspflege; zweiter Jahrgang, 1917, Heft 4.

Um die Säuglingssterblichkeit wirksam zu bekämpfen, ist es vor allem notwendig, alle als Ursachen in Betracht kommenden örtlichen Schädigungen und Mißstände genau festzustellen. Verfasser hat eine solche Feststellung für den Bezirk Neustadt a. Aisch in Mittelfranken gemacht; es ergab sich daraus, daß Erkrankungen an Magendarmkatarrh und Todesfälle infolge dieser Erkrankungen im Bezirk Neustadt erheblich geringer sind, als in Bayern, was jedenfalls auf günstige Ernährungsverhältnisse zurückzuführen ist (von den Kindern wurden 40,2 % ganz, 46,1 % zeitweise gestillt). Dagegen waren die Erkrankungen der Luftwege und an Krämpfen viel häufiger als im ganzen Staate; die Ursache dafür sieht Verfasser in den schlechten Wohnungsverhältnissen und in der bei der ländlichen Bevölkerung herrschenden Unsitte, die Kinder im ersten Lebensjahre während der kühleren Jahreszeitwende niemals ins Freie zubringen. Jedenfalls ist für die ländlichen Bezirke ebenfalls eine Fürsorge-

tätigkeit zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit erforderlich, sie darf aber nicht schablonenhaft sein, sondern muß sich den örtlichen Verhältnissen anpassen unter Berücksichtigung der für den Bezirk besonders in Betracht kommenden schädigenden Einflüsse. Sie muß sich ferner auf alle Kreise der Bevölkerung und nicht blos auf die Armen erstrecken. Mutter- und Säuglingsberatungsstellen, wie sie in Städten sich als sehr wertvoll erwiesen haben, lassen sich nach Ansicht des Verfassers in rein ländlichen Bezirken nur schwer in den Rahmen der Fürsorgebestrebungen einfügen; hier muß der Säugling in seiner Wohnung aufgesucht werden. Dazu braucht man Fürsorgerinnen, für die auf dem Lande vorerst nur die Hebammen in Betracht kommen können. „Wollte man in den meist ausgedehnten ländlichen Bezirken mit den überaus zahlreichen Gemeinden, Weilern usw. Berufsfürsorgerinnen (Fürsorgeschwestern) aufstellen, so würde man eine größere Anzahl bedürfen; bei hohen Kosten wäre trotzdem die Beaufsichtigung, zumal im Winter bei schlechten Wegen und Witterungsverhältnissen, eine mangelhafte. Wir brauchen in jedem größeren Dorfe eine Fürsorgerin, ihr Tätigkeitsbezirk muß eng begrenzt sein. Die Niederlassung der Hebammen ist aus dem Bedürfnis der örtlichen Verhältnisse hervorgegangen; dieser Wirkungskreis entspricht auch an Ausdehnung und Zahl der Pfleglinge am besten dem der Säuglingsfürsorgerin. Dazu kommt noch, daß bei dem zurückhaltenden Charakter unserer Bevölkerung eine fremde Pflegerin nur schwer und erst nach jahrelanger Tätigkeit das Vertrauen der Frauen gewinnen würde und damit wirksamen Einfluß ausüben könnte, während die Hebammen im allgemeinen das Vertrauen ihrer Klientinnen bereits besitzen. Auch die Vorbildung und ihr Beruf läßt die Hebamme als am geeignetsten erscheinen; ist sie doch an sich die schon öffentlich bestellte Fürsorgerin des Kindes in der ersten Lebenswoche.“ Die in Bayern bereits angebahnte Ausbildung der Hebammen als Säuglingsfürsorgerinnen läßt sich unschwer durchführen; sie müssen verpflichtet werden, die Kinder, bei deren Geburt sie Beistand geleistet haben, ein Jahr zu beaufsichtigen. Daß dies mit Erfolg möglich ist, hat das Vorgehen Dörflers im Bezirksamt Weißenburg bewiesen. Verfasser verlangt ferner eine durchgreifende Besserung der Wohnungsverhältnisse auf dem Lande sowie eine obligatorische Familienversicherung, die auch den minder Bemittelten die Herbeiholung ärztlicher Hilfe im Bedarfsfalle ermöglicht.

Rpd.

Die Bekämpfung der Kindersterblichkeit auf dem Lande. Von Dr. L. Merkel, Bezirksarzt in Nürnberg. Ebenda.

Verfasser schildert die von ihm in seinem Amtsbezirk (Bezirksamt Nürnberg-Land) ergriffenen Maßnahmen zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit. Unter Mitwirkung der Frauenvereine vom Roten Kreuz, der Vaterländischen Frauenvereine, der Pfarrer, Lehrer und deren Frauen, sowie unter Verwendung der Hebammen als Fürsorgerinnen nach dem Beispiel von Dr. Dörfler in Weißenburg hat er anerkennenswerte Erfolge erzielt. Die Hebammen werden gegen ein entsprechendes Entgelt (Hebammenprämien) verpflichtet, ihre entbundenen Frauen und deren Kinder alle 8 Tage, zu weit weg wohnende alle 14 Tage zu besuchen, das Stillen und die Ernährung der Kinder zu kontrollieren, mit ihrem Rat in den mannigfachen Ernährungsfragen der Kinder beizuspringen und über jedes Kind einen Fürsorgebogen zu führen. „Der Erfolg war ein auffallend guter. Die Kindersterblichkeit fiel rapid und hat sich auf ihrem guten Stand trotz heißer Jahre und trotz Krieg mit etwas verschlechterter Ernährung gehalten.“ Rpd.

Bedeutung, Aufgaben und Organisation der Mutter-, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge. Von Ob.-Med.-Rat Dr. Kehrer-Dresden. Zeitschrift für Bevölkerungspolitik und Säuglingsfürsorge; 1917, H. 8.

Sieht man von den noch in weiterer Ferne stehenden Aufgaben ab, so handelt es sich zurzeit darum, daß alle bisher unbeteiligten deutschen Bundesstaaten eine gesetzliche Regelung der M. S. K. F.-Organisation beschließen, wie es das Königreich Sachsen soeben beabsichtigt. Eine Organisation allein ist aber bloße Technik, tote Form, wenn sie nicht von dem Geist der gemeinsamen Hingabe an die große Sache und dem sicheren Glauben an die Erreich-

barkeit der Zukunftsziele beseelt ist. Darum wird der Mutter-, Säuglings- und Kleinkinderschutz sich nur dann zum wirklichen Segen für unser deutsches Vaterland erweisen, wenn er getragen wird von starkem Verantwortlichkeitsgefühl aller Beteiligten. Nur dann erreichen wir: Kräftigung der Mütter, möglichst geringe Säuglings- und Kleinkindererkrankungen und -sterblichkeit und Heranziehung eines körperlich wie geistig gleich kräftigen und leistungsfähigen Geschlechtes, dem wir die Hoffnungen unserer nationalen Zukunft stolz und ohne Sorge anvertrauen können. Dr. Wolf-Hanau.

Die Wirkung der Krankenkassen bei der Mutter-, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge. Von Dr. Rott, Oberarzt in Berlin. Aus der „Ortskrankenkasse" in Dresden.

Der Artikel enthält viele beherzigenswerte Mahnungen, hat dem Referenten aber doch Veranlassung gegeben, an die „Ortskrankenkasse" folgende Einwände zu senden, die auch über den Inhalt leicht unterrichten werden. — Die vorbeugende Hilfe der Krankenkassen müßte nicht erst im Wochenbette beginnen, sondern schon in der Schwangerschaft. Hier müßten die ungezählten Störungen rechtzeitig durch tüchtige Hebammenschwestern oder Aerzte entdeckt werden; damit würde sicher manches Mutter- und manches Kindesleben erhalten bleiben. Sowohl die Krankenkassenärzte wie Hebammen will Rott aber von der Fürsorgetätigkeit am liebsten ganz ausschalten und davor möchte ich die Vorstände der Krankenkassen warnen.

Selbst die schon bestehenden Verträge der Ortskrankenkasse in Chemnitz sind nicht vorbildlich. Es sollte, wie vorhin auseinandergesetzt, nicht erst die Fürsorgeschwester über die Wöchnerinnen benachrichtigt werden. So lange die Wöchnerin nicht gehfähig ist, haben die Säuglings(fürsorge)schwestern im Hause der Wöchnerin nichts zu tun, sondern die Hebammenschwestern, es sei denn, daß die Hebammenschwester zugleich Fürsorgeschwester ist.

Für bedenklich halte ich den Vorschlag Rotts, die Krankenkassenärzte grundsätzlich von der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge (und Behandlung!) auszuschließen. Es bedarf dieses wohl noch einer gründlichen Aussprache zwischen den Krankenkassenvorständen und den Kassenärzten, ehe man daran denken kann, die Chemnitzer Abmachungen allgemein in Deutschland einzuführen.

Dr. Rissmann-Osnabrück.

Frauenarbeit und Kinderschutz. Von Oberarzt Dr. Rott-Berlin. Zeitschrift für Säuglings- und Kleinkinderschutz; 1917, Heft 3.

Die Kindersterblichkeit unter der Bevölkerung mit außerhäuslicher Frauenarbeit ist bekanntlich viel größer als in ländlichen Gemeinden desselben Landes. Ungünstig auf die Entwicklung des Kindes wirkt auch die Arbeit schwangerer Frauen. Frühgeburten sind dabei häufiger. Der arbeitenden Frau muß deshalb in den letzten drei Monaten der Schwangerschaft ein größerer Schutz zugebilligt werden. (Der Aborte wegen nicht schon früher? Ref.) Nach der Geburt sollen die Frauen entweder 3 Monate nicht in Fabriken arbeiten oder es müssen dort Stillstuben oder Stillkrippen eingerichtet werden. (Ref. besuchte vor Ablegung des Physikatsexamens in den 90er Jahren die Stillkrippe der Mechanischen Weberei in Linden b. Hannover, die damals schon viele Jahre bestand. Ohne staatlichen Zwang werden sich viele Fabriken aber nicht zur Einführung solcher mustergültigen Einrichtungen verstehen.) Die älteren in Familienpflege untergebrachten Kinder erwerbstätiger Mütter müßten kontrolliert werden. Dr. Rissmann-Osnabrück.

Tagesnachrichten.

Durch Kaiserlichen Erlaß vom 21. Oktober d. J. ist nunmehr die Teilung und gleichzeitig eine Neuordnung des verbleibenden **Reichsamts des Innern** erfolgt. Danach zerfällt das Amt künftig in zwei Abteilungen. Die erste Abteilung umfaßt hauptsächlich folgende Angelegenheiten: Verfassungsfragen, die auf den Bundesrat, den Reichstag und die Reichstagswahlen bezüglichen Geschäfte, die allgemeinen Angelegenheiten der Reichsbehörden und Reichsbeamten, die Etat-, Kassen- und Rechnungssachen, die Religions- und Kirchensachen, die Angelegenheiten der politischen Polizei, das

Preß-, Vereins- und Versammlungswesen, die Unterstützung wissenschaftlicher und künstlerischer Unternehmungen, die physikalisch-technische Reichsanstalt, die Bauverwaltung, das Justiztariat, alle Militärangelegenheiten, besonders Familienunterstützungen, Aufwandsentschädigungen, Kriegsleistungsgesetz, Kriegschäden, Angelegenheiten der Mobilmachung, die besetzten Gebiete, die Reichsentschädigungskommission. Diese Abteilung ist dem Ministerialdirektor Dr. Lewald unterstellt. Die zweite Abteilung umfaßt u. a. die Angelegenheiten der Medizinal- und Veterinärpolizei, das Gesundheitsamt, Reichskommissar für die Typhusbekämpfung im Westen, das Medizinalprüfungswesen, den Nahrungsmittelverkehr, die Staatsangehörigkeitssachen, die Angelegenheiten der Freizügigkeit und des Unterstützungswohnsitzes, das Bundesamt für das Heimatwesen, die Aus- und Einwanderung, die ausländischen Arbeiter, die innere Kolonisation, die Verkehrspolizei, besonders Kraftfahrwesen, Luftschiffahrt und Radfahrwesen sowie die Fremdenpolizei und das Paßwesen. Mit der Leitung der zweiten Abteilung ist einstweilen der Geheime Oberregierungsrat Dammann beauftragt.

Zum Geschäftsbereiche des vom Reichsamt des Innern abgetrennten neuen **Reichswirtschaftsamtes** gehören diejenigen Angelegenheiten, die auf die Fürsorge für die arbeitenden Klassen (Kranken-, Unfall-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung, Reichsversicherungsamt, Arbeiterschutz, Sonntagsruhe usw.), die Versicherung der Angestellten und Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und sonstige Fragen der Sozialpolitik sich beziehen, das Maß- und Gewichtswesen, die land- und forstwirtschaftliche Biologie (biologische Anstalt für Land- und Forstwirtschaft).

Der Bundesrat hat am 6. d M. eine Vorlage, betreffend die **Regelung des Hebammenwesens,** angenommen.

Der Geschäftsausschuß des Deutschen Aerztevereins hat unter dem 22. v. M. an den Herrn Reichskanzler eine Eingabe gerichtet, in der unter eingehender Begründung die Notwendigkeit der Errichtung eines **Reichsmedizinalamts** für das gesamte Gesundheits- und Fürsorgewesen mit einem Mediziner an der Spitze dargelegt wird. Man kann die Eingabe nur mit Freuden begrüßen; denn sie ist der beste Beweis, daß diese Forderung in der ganzen Aerzteschaft als dringend notwendig anerkannt wird. Nach den bisherigen Erfahrungen besteht allerdings keine allzu große Aussicht auf einen Erfolg; viele Tropfen höhlen aber schließlich den Stein!

Aus dem Landtage des Königreichs Sachsen. In der Sitzung der zweiten Kammer am 5. v. M. ist ein Antrag der Abg. Dr. Hähnel u. Gen. **auf Errtchtung einer Poliklinik für manuelle Krankengymnasik in Dresden** behufs Ausbildung von Aerzten und Pflegepersonal einstimmig angenommen.

In der Sitzung vom 11. v. M. wurde zur **Reform der ersten Kammer** ein Antrag angenommen, wonach auf 6 Jahre gewählte Abgeordnete der Arbeiterschaft, der Lehrer- und Beamtenschaft, der Privatbeamten und der freien Berufe (zu denen auch der ärztliche Stand gehört) der ersten Kammer angehören sollen.

Laut Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 18. Oktober d. J. wird am 5. Dezember d. J. eine **Volkszählung** im Deutschen Reiche stattfinden, die nach Haushaltungen geschieht, getrennt durch namentliche Aufzeichnung der zu der Haushaltung gehörigen Personen. Als Haushaltung gelten auch Krankenanstalten, Lazarette, Gasthäuser, Gefangenen-, Internierungslager usw.

Wegen **schwerer Verletzung ärztlicher Pflichten gegenüber den Kranken,** namentlich wegen nicht genügend begründeter Vornahme von Schwangerschaftsunterbrechungen und mangelhafter Asepsis bei Operationen hat Ende v. Mts. vor der Großherzogl. Weimarschen Disziplinarkammer ein Disziplinarverfahren gegen den Prof. Dr. Henkel in Jena stattgefunden,

das zu dessen Verurteilung auf „Amtsversetzung“ führte. Eine große Anzahl Sachverständiger — darunter Geh. Rat Prof. Dr. Czerny-Berlin, Geh. Rat Prof. Dr. Binswanger und Prof. Dr. Lexer-Jena, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Winter und Geh. Med.-Rat Dr. Puppe-Königsberg — nahmen an der Verhandlung teil. Gegen das Urteil haben sowohl Prof. Dr. Henkel, als der Staatsanwalt, der Dienstentlassung beantragt hatte, Berufung eingelegt. Sobald das Urteil der Berufungsinstanz vorliegt, werden wir auf diesen hochinteressanten Prozeß zurückkommen.

Nachruf. Am 9. August d. Js. ist im 51. Lebensalter unerwartet durch plötzlichen Herztod Bezirksarzt Dr. **Karl Becker**-München gestorben. Mit ihm ist ein Gründungsmitglied des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins von uns geschieden. Er war besonders in den ersten Jahren nach der Gründung ein eifriges Mitglied und hat sich bekannt gemacht durch sein ausgezeichnetes, auf der IV. Landesversammlung des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins (München, Oktober 1907) erstattetes Referat über den amtsärztlichen Dienst in Bayern. Seine Anregungen haben zu einer äußerst fruchtbringenden Aussprache Veranlassung gegeben und sind bei der Neuregelung des amtsärztlichen Dienstes von Einfluß auf manche spätere gesetzliche Bestimmung geworden. — Auch im ärztlichen Vereinsleben war der Verstorbene eifrig tätig. Er ist mit Hofrat Dr. Näher in den Münchener Kassenkämpfen mit Begeisterung und Erfolg für die ärztlichen Bestrebungen eingetreten und hat neben den materiellen Sorgen und Wünschen der Aerzte stets großzügig und warmherzig die idealen Bestrebungen des ärztlichen Standes unterstützt und gefördert. Nach Nähers Tod war B. mehrere Jahre lang Vorstand des ärztlichen Bezirksvereins München. — Lange Jahre war er auch Schriftführer der Kommission des Deutschen Aerzte-Vereins-Bundes zur Bekämpfung der Kurpfuscherei. — Von der schriftstellerischen Tätigkeit Beckers sei nur auf sein geschätztes und zuverlässiges „Handbuch der Medizinalgesetzgebung in Bayern“ hingewiesen; leider sind von diesen nur 5 Bände erschienen.

Mit der Mobilmachung zog Becker als Regimentsarzt eines bayerischen Reserve-Infanterie-Regiments ins Feld, war 1 Jahr in vorderster Linie und erwarb sich als einer der Ersten den neugegründeten bayerischen Militärsanitätsorden. 1916 zum Oberstabsarzt befördert war er zuletzt Chefarzt des Reserve-Lazaretts in Benediktbeuern. Ausgestattet mit einer unermüdlichen Arbeitskraft war er Tag und Nacht im Dienste für das Vaterland tätig — auch er ist ein Opfer des Krieges geworden.

Sein Andenken wird im Bayerischen Medizinalbeamtenverein und unter den bayerischen Aerzten fortbestehen! K. Fr.

Todesfall. Am 2. d. Mts. ist der langjährige Herausgeber und Mitbesitzer der „Pharmazeutischen Zeitung“, Dr. **H. J. Böttcher** in Berlin im Alter von 74 Jahren nach kurzer Krankheit gestorben. Fast 50 Jahre (seit 1869) hat er die verantwortliche Leitung dieses Fachblattes zuerst in Gemeinschaft mit seinem Schwiegervater (1869—1881) und dann später allein innegehabt und durch seine großen Fachkenntnisse auf allen einschlägigen Gebieten, seine bewundernswerte Schaffenskraft wie durch seine ebenso gewandte als geschickte Feder in wirklich hervorragender Weise zur Förderung und Hebung des ganzen Apothekerstandes gewirkt, wenn auch seine Ansichten nicht immer mit denjenigen der berufenen Standesvertretungen übereinstimmten. Den Medizinalbeamten ist er besonders durch seine vortrefflichen, in mehrfachen Auflagen erschienenen Bücher über das „preußische Apothekerwesen“ und „über den Verkehr mit Arzneimitteln“ bekannt geworden; er wird deshalb auch bei ihnen im ehrenden Andenken bleiben!

Die **IV. Preußische Landeskonferenz der Preußischen Landeszentrale für Säuglingsschutz** findet am Sonnabend, den 24. November 1917, vormittags 10 Uhr in Berlin (Herrenhaus) statt. Zur Verhandlung gelangen: I. Die Bereitstellung der Heilbehandlung für die Säuglinge und Kleinkinder der Krankenversicherten durch die Krankenkassen. Vortragende: Professor Dr. Krautwig-Cöln, Geheimer Sanitätsrat Dr. Dippe-Leipzig und Eduard Graef-Frankfurt a. M. — II. Die Stellung von Arzt

und Fürsorgerin bei der Organisation der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge. Vortragender: Stadtrat Dr. Gottstein-Charlottenburg. — Im Anschluß an die Konferenz findet die Mitglieder-Versammlung der Preußischen Landeszentrale für Säuglingsschutz und eine Sitzung des Großen Ausschusses statt. — Anmeldungen zur Teilnahme werden an die Geschäftsstelle der Preußischen Landeszentrale für Säuglingsschutz, Charlottenburg 5, Mollwitz-Privatstraße erbeten. Der Eintritt ist kostenlos.

Zur Herbeiführung beschleunigter Maßnahmen auf dem Gebiete der Wohnungsreform nach dem Kriege hat der Deutsche Wohnungsausschuß in seiner am 30. Oktober d. J. in Berlin abgehaltenen Versammlung nach einem längeren Vortrage des Prof. Dr. C. J. Fuchs-Tübingen und eingehender Besprechung die nachstehend von diesem aufgestellten Leitsätze einstimmig angenommen:

„I. Eine durchgreifende Wohnungs- und Siedlungsreform ist ein unabweisbares Lebensbedürfnis unseres Volkes, namentlich auch gegenüber der drohenden Gefahr einer Wohnungsnot nach dem Kriege und gegenüber den berechtigten Ansprüchen unserer aus dem Felde heimkehrenden Truppen. Die Inangriffnahme dieses Werkes kann nicht ohne den größten Schaden noch länger aufgeschoben werden.

II. Als nächste wichtige Schritte der Wohnungsreform sind insbesondere zu fordern:

1. Zur Lösung der Bodenfrage: Gesetzliche Maßnamen zur Beschaffung von Land aus privater Hand durch Ausgestaltung des Enteignungsrechts, Vorkaufsrechts usw., billige Hergabe fiskalischen, kommunalen und sonstigen öffentlichen Landes sowie Gründung großer gemeinnütziger Boden- und Siedlungsgesellschaften mit weitgehender öffentlicher Hilfe.
2. Zur Lösung der Kapitalfrage: Gewährung großer Darlehen und Bürgschaften für den Wohnungsbau durch Reich, Staat und Gemeinden sowie organische Eröffnung neuer und Verbesserung bestehender Geldquellen für die Zwecke des Wohnungswesens.
3. Verbesserung der Verwaltungsorganisation für das Wohnungswesen durch Errichtung einer Zentralstelle für die gesamte Wohnungsfürsorge im Reichsamte des Innern, Bestimmung eines im Wohnungswesen führenden Ministeriums in Preußen und Durchführung einheitlicher Maßregeln in wirtschaftlich zusammenhängenden Gebieten.
4. Das baldige Zustandekommen der preußischen Wohnungsgesetzgebung."

Nach einmütigen Zustimmungserklärungen von Rednern verschiedener politischer Richtungen und einer größeren Anzahl von Vertretern der Verbände, insbesondere der Arbeiter- und Angestelltenverbände, erfolgte die einstimmige Annahme der zur Abstimmung gebrachten Leitsätze.

Ehren-Gedächtnistafel. Für das Vaterland gefallen oder gestorben:

Landsturmpflichtiger Arzt Dr. v. Ascher.
Oberarzt d. Res. Dr. Fritz Decker-Lemberg (Pfalz).
Oberstabsarzt d. Res. Dr. Deuerlein-Nürnberg.
Landsturmpflichtiger Arzt Dr. Doebler-Tufferede.
Feldhilfsarzt Dr. H. Erdt-München.
Assistenzarzt Dr. H. Feige-Marienburg (Sohn des dortigen Kreisarztes Med.-Rat Dr. Feige).
Stabsarzt d. Res. Dr. Jacob-Horst (Reg.-Bez. Münster).
Oberarzt Dr. Jordan.
Oberarzt d. Res. Dr. Willy Lange-Charlottenburg.
Oberarzt d. Res. Dr. H. Mayer-Gießen (gestorben infolge von Krankheit).
Stabsarzt d. Res. Dr. Pajenkamp-Duisburg-Meiderich.
Stabsarzt d. Res. Dr. W. Reye-Hamburg (gest. infolge von Krankheit).
Stabsarzt d. Res. Dr. Karl Schlief-Breslau.
Stabsarzt d. Res. Dr. Richard Schmitz-München-Gladbach.
Stabsarzt Dr. Bruno Schroeder-Visselhövede (Reg.-Bez. Stade).
Stabsarzt d. Res. Dr. H. Schubert-Niederstötzingen (Württemberg).

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten:

Das Eiserne Kreuz I. Klasse:

Stabsarzt d. Res. Prof. Dr. Schlager-München.
Stabsarzt d. Res. Dr. Senne-Nilvingen (Lothringen).
Dr. Spaeth, Hilfsarzt eines Hafenarztes in Hamburg.[1])
Oberarzt d. Res. Dr. Georg Straßmann-Berlin, Sohn des Geh. Med.-Rats Prof. Dr. Straßmann daselbst; hat auch das Hamburger Hanseatenkreuz erhalten.
Oberstabsarzt d. L. Dr. Vieser-Hausach (Baden).
Stabsarzt d. Res. Dr. Waldow-Osthofen (Rheinhessen).

Das Eiserne Kreuz II. Klasse am schwarz-weißen Bande folgende Medizinalbeamten:

Stabsarzt d. Res. Med.-Rat Dr. Niemeyer, Kreisarzt in Neuß.
Oberarzt d. Res. Kreisassisstenzarzt Dr. Roos, Hilfsarbeiter in der Medfzinalabteilung des Ministeriums des Innern.
Physikus Dr. Schwartz-Hamburg.[1])

Ferner das Bayer. Militär-Verdienstkreuz mit Schwertern am Bande dem Bezirksarzt Dr. Gutermann-Alzenau.

In den Wochen vom 21. Oktober bis 10. November sind im Deuschen Reich **Pockenerkrankungen** vorgekommen: — (—), — (—), 4 (—), im Deutschen Gouvernement Warschau vom 7. bis 27. Oktober: 2, 15, 1.

Die Zahl der Erkrankungen an **Fleckfieber** betrug im Deutschen Reich vom 29. Oktober bis 10. November: 2, 1 und 2, im Deutschen Gouvernement Warschau vom 7.—27. Oktober: 541 (32), 626 (54) u. 605 (46).

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 7. bis 27. Oktober 1917 erkrankt (gestorben) an Pest, Gelbfieber, Malaria, Aussatz, Rotz, Rückfallfieber — (—), — (—), — (—); Tollwut: 1 (—), — (—), — (1); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 10 (—), 1 (—), 6 (—); Milzbrand: 1 (1), — (1), — (—); Pocken: — (—), 2 (—), — (—); Unterleibstyphus: 886 (67), 913 (66), 994 (87); Ruhr: 2732 (389), 2220 (370) 1832 (253); Diphtherie: 3236 (176), 3267 (157), 3534 (183); Scharlach: 744 (18), 766 (25), 761 (32); Kindbettfieber: 56 (14), 59 (16), 67 (13); übertragbare Genickstarre: 9 (5), 6 (—), 7 (1); spinaler Kinderlähmung: 9 (2), 6 (—), 4 (2); Fleisch- usw. Vergiftung: — (—), 3 (—), 1 (—); Körnerkrankheit (erkrankt): 32, 49, 33; Tuberkulose (gest.): 852, 851, 849.

Sprechsaal.

Anfrage des Geh. Med.-Rats Dr. M. in G.: 1. Ist der Kreisarzt verpflichtet, in Unfallsachen auf Ersuchen des Oberversicherungsamtes eine bereits mehrere Jahre beerdigte Leiche zu obduzieren?

2. Ist er in diesem Falle an die Taxe der amtlichen Geschäfte gebunden, oder darf er nach der Preuß. Gebührenordnung vom 15. Mai 1896 liquidieren?

3. Darf in letzterem Falle nur die niedrigste Taxe liquidiert werden, wieviel für die Obduktion allein?

Antwort: Zu 1: Ja! Zu 2: Maßgebend ist die Gebührenordnung für Medizinalbeamte vom 11. Juli 1909. Zu 3: Durch 2 erledigt.

---

[1]) In voriger Nummer war irrtümlich die Verleihung des Eisernen Kreuzes II. Kl am weiß-schwarzen Bande angegeben.

Der Umtausch der Zwischenscheine für die 5prozentige VI. Kriegsanleihe wird vom 26. ds Mts. ab erfolgen. (Siehe Bekanntmachung darüber unter den Anzeigen der heutigen Nummer.)

Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

30. Jahrgang; Nr. 23. Ausgegeben am 5. Dezember 1917.

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.
Bezugspreis für das Jahr: 15 Mark.

Ausserdem ein besonderes, nur vierteljährlich erscheinender Beiheft:
Zeitschrift für Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege.
Offizielles Organ der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens.
Bezugspreis für das Jahr: 8 Mark, für die Bezieher der Zeitschrift: 4 Mark.

VERLAG VON FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: Gelsdorf & Co., G. m. b. H., Eberswalde (Mark).

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung, Nr. 23, am Schlusse des Heftes.

INHALT.

Original-Mitteilungen.

Lungenschwimmprobe und Leichenfäulnis. Von Dr. **Maximilian Miller** . . . 633

A. Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

1. Tuberkulose.

Dr. **Effler**: „Offene" und „geschlossene" Tuberkulose 643

Schwindsuchtsgefahr und Erziehung . . . 643

Dr. **Wilhelm Ast**: Krieg und Tuberkulose mit besonderer Berücksichtigung ihrer spezifischen Behandlung 644

Dr. **H. Grau**: Geschlecht und Tuberkulosesterblichkeit 644

Dr. **W. Unverricht**: Der Einfluß meteorologischer Faktoren auf das Zustandekommen von Lungenblutungen . . . 645

Sigurd Berg: Zur Behandlung der Tuberkulose mit Partialantigenen nach Deycke-Much 645

Dr. **J. Heising**: Nöhrings „B 4" ein neues Heilmittel gegen Tuberkulose? . . . 645

2. Desinfektion; Bekämpfung von Ungeziefer.

Die fortlaufende Desinfektion 646

Oberingenieur **Kratzsch**: Di: Formalin-Desinfektion mit und ohne Vakuum . . . 646

Prof. Dr. **Prausnitz**: Heißluftentlausung mit Fußbodenheizung 646

Die Formaldehyd-Desinfektion 647

Prof. Dr **Max Schottelius**: Chlor-m-Kresole (Sagrotan) und Sputumdesinfektion II 647

Prof. Dr. **Fr. Croner**: Ueber Desinfektion und Entlausungsversuche 648

Dr. **Robert Rembold**: Die Schnakenbekämpfung im Winter 648

B. Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Soziale Hygiene.

G. v. **Hoffmann**: Rassenhygiene und Fortpflanzungshygiene (Eugenik) 648

Dr. **Roth**: Zur Frage der Kreisfürsorgeämter 649

2. Statistik.

Durchschnittsalter beim Tode und mittlere Lebensdauer in Preußen 650

D. S **Rosenfeld**: Oesterreichs Demographie im Lichte der Statistik 651

Dr. **Roessle**: Die Entwicklung der Bevölkerung in Rußland in dem 1. Jahrzehnt dieses Jahrhunderts 651

Tagesnachrichten 651

Beilage:

Medizinalgesetzgebung 141

Umschlag:

Personalien.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Med.-Rat: den Kreisärzten Dr. Klein in St. Goar, Dr. Vollmer in Kreuznach, Dr.



Medicinisches Waarenhaus

Aktien-Gesellschaft

Berlin NW. 6, Karlstraße 31.

Centralstelle aller ärztlichen Bedarfsartikel und für Hospitalbedarf.

Neues Instrumentarium

zur Wohnungs-Desinfection

mittels

flüssigen Formalins

nach

Prof. Dr. **O. Roepke.**





Ref. Nr. 7, 1905 der Zeitschrift f. Medizinalbeamte

D. R. G. M. Modell M. W.

Ausführliche Beschreibung steht zu Diensten.

Von den Königlich Preussischen und Königlich Bayerischen Staats-Eisenbahnen eingeführt.

30. Jahrg. 1917.

Zeitschrift
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Anzeigen nehmen die Verlagshandlung sowie alle Anzeigenannahmestellen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 23. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats. | 5. Dez.

Lungenschwimmprobe und Leichenfäulnis.

Von Landgerichtsarzt und Oberstabsarzt Dr. **Maximilian Miller** in Bayreuth.

Nach den verschiedenen Lungenbefunden, die sich bei den Obduktionen Neugeborener bieten, können wir 4 Haupttypen von kindlichen Lungen unterscheiden, die Atemluftlunge, die Fruchtwasserlunge (Asphyxie), die luftleere fötale Lunge und die Fäulnislunge. Jeder Typ hat seine charakteristischen Merkmale und Erscheinungen, die an sich schon eine Diagnose sichern können, so daß wir die Lungenschwimmprobe gewissermaßen nur noch als Bestätigung durch das physikalische Experiment heranziehen. Hinsichtlich des morphologischen Befundes fallen ins Gewicht: Lungenausdehnung bis und über die Knochenknorpelgrenze, Abrundung der Lungenränder, Lungenfarbe, Oberfläche, Konsistenz, Blutfüllung, Beschaffenheit der Schnittfläche und des Abstrichblutes.

1. Die Atemluftlunge kündigt sich meist schon in einem tiefen Zwerchfellstand zwischen der 6. bis 7. Rippe an; ihre vorderen Ränder ragen weit über die Knochenknorpelgrenze vor und überdecken links den Herzbeutel. Die Ränder sind re-

trahibel, rundlich polstrig. Die Farbe ist im allgemeinen rosa, hellblaurot mit rötlichem Ton der Ränder. Häufig findet sich eine Marmorierung mit zinnoberrosa Inseln und Flecken auf bläulichem Grund und umgekehrt. Die Oberfläche ist durch die Perlbläschen mosaikartig höckerig, die Konsistenz elastisch, flaumig, luftkissenartig — beim Einschneiden deutliches Knistern. Blutfüllung durch den respiratorischen Bluteinsturz reich; Schnittfläche glatt, zinnoberrot; Abstrichblut reichlich, dünnflüssig, schaumig.

2. Die Fruchtwasserlunge ist voluminös, blutüberfüllt und gegen die Luftlunge schwer. Beim Oeffnen der Brust kein Zurückweichen der weniger vorstehenden Ränder. Lungenränder weniger abgerundet, Farbe dunkelblaurot, eintönig ohne Marmorierung; Oberfläche glatt, Konsistenz derb, prall, ohne Knistern beim Einschneiden; Blutüberfüllung mit Ekchymosenbildung. Schnittfläche glatt, dunkelrötlich; Abstrichblut reichlich, wässerig, schaumlos; im Bronchialinhalt Fruchtwasserbestandteile.

3. Fötale Lungen lassen sich schon bei hohem Zwerchfellstand zwischen der 4. und 5. Rippe vermuten. Am offenen Thorax zeigen sie sich tief in den hinteren Brustfellraum zurückgesunken. Die Lungenränder sind dünn, die Farbe ist milchschokolade braun, die Oberfläche glatt; die Konsistenz leberartig, beim Einschneiden fast knirschend. Auffällige Blutleere. Schnittfläche dunkelbraun mit weißlichen Gefäßstreifen. Abstrichblut schaumlos, nur in geringen Streifen abzustreichen.

4. Fäulnislunge: Ausdehnung verschieden nach Bildung von Fäulnisgasen und schmierigem Zerfall, ebenso Beschaffenheit der Lungenränder. Farbe schmutzig dunkelbraun, schwarzgrünlich; Oberfläche matt mit Fäulnisblasen, Konsistenz milzartig; Blutfüllung durch Diffusion verringert, selbst aufgehoben. Schnittfläche schmierig; im Gewebe Vakuolenbildung. Abstrichmasse schmierig.

Vielfach gibt, wie bemerkt, der Lungenbefund, zumal an frischen Leichen, allein schon hinreichend Aufschluß über die Art der Lunge und den Vorgang des letalen Eintritts; es sind jedoch dabei Täuschungen sicher nicht ausgeschlossen. So fand ich einmal beim Oeffnen der Brust eines Neugeborenen, das erwiesen 8 Stunden gelebt hatte, fötal in den hinteren Brustraum zurückgelagerte Lungen von dunkelrotblauer Farbe. Schwimmprobe tadellos, an der Lungenoberfläche die bekannten alveolären Perlbläschen. Die Luft war zum Teil entwichen.

Schwierig gestalten sich für eine Entscheidung nach allgemeiner Erfahrung die Fälle fortgeschrittener Fäulnis; denn es steht fest, daß die Lungen auch durch Bildung von Fäulnisgasen schwimmfähig werden. Wenn daher die sonst bekannten und für Beurteilung wichtigen Merkmale durch die Fäulnis verwischt und unbrauchbar geworden sind, so bleibt für eine Bestimmung füglich nur mehr das Ergebnis der Schwimmprobe über.

Ueber die Verwertbarkeit des Ergebnisses der Lungenschwimmprobe an durch Fäulnis veränderten Lungen Neugeborener gehen die Ansichten seit einiger Zeit auseinander. Einige wenige treten für diese Probe ein, die Mehrzahl ist dagegen; zur Vorsicht mahnen alle. Im Jahre 1895 veröffentlichten Bordas und Descoust das Ergebnis ihrer über den Einfluß der Fäulnis auf die Lungenschwimmprobe an den Leichen von Tieren und neugeborenen Kinder angestellten Untersuchungen mit der darauf fußenden Behauptung, daß die Fäulnis bei Neugeborenen, die nicht geatmet hatten, das spezifische Gewicht der Lunge nicht ändere, und daß eine Entwickelung von Fäulnisgasen sich nur in den Fällen nachweisen ließe, in denen Atmung stattgefunden hätte, weshalb der Befund von Gasblasen an den Lungen für die Atmung der Neugeborenen in positivem Sinne zu verwerten sei. Nach dieser Auffassung wäre die Schwimmfähigkeit von Fäulnislungen wie die der Atmungslunge als Beweis für vorausgegangene Amtmung zu errachten; denn in fötalen Lungen kämen nach Ansicht der beiden Autoren Gasansammlungen infolge von Fäulnis nicht leicht zur Entwickelung. In den Jahren 1896, 1901 und 1903 erfolgte nun eine Nachprüfung der Untersuchungen von Bordas und Descoust durch Lebrun,[1]) Ungar[2]) und Leubuscher,[3]) die zu gleichen Ergebnissen gelangten und damit auch der von Bordas und Descoust vertretenen Auffassung beipflichteten; Ungar allerdings unter dem Vorbehalt weiterer Klarstellung durch Untersuchungen an totgeborenen Kindern mit sichergestelltem Geburtsvorgang.

Mit der Idee, daß es hauptsächlich die Lungen von Neugeborenen sind, die geatmet hatten, in denen die Fäulnisgase in vermehrter Ansammlung zur Entwickelung kommen und daß untersinkende faule Lungen auf primären fötalen Zustand schließen lassen, scheint sich auch der alte Casper schon getragen zu haben, insoweit er beim Untersinken von Lungen grünfauler Leichen, also aus dem negativen Ergebnis der Schwimmprobe auf ein Nichtgelebthaben des Kindes schloß und sich wenigstens in diesem Sinne äußerte:[4])

„Bei Leichen in hohen Verwesungsgraden kann die Schwimmprobe noch von praktischem Werte sein, wenn sie ein negatives Ergebnis liefert, z. B. wenn die Lungen eines graugrünen Kinderleichnams untersinken, wie ich dies schon sehr häufig beobachtet habe. Mir ist diese negative Beweiskraft des Experiments in zahlreichen Fällen sehr zu statten gekommen, in denen ich dann nach den Ergebnissen der Gesamtatemprobe trotz der größten allgemeinen Verwesung noch mit mehr oder weniger Gewißheit urteilen konnte, daß das Kind nicht gelebt hatte."

Im übrigen gibt Casper bezüglich der Beurteilung der Schwimmprobe von Lungen Neugeborener nach dem Ergebnis

---

[1]) Annales d'hygiène publique et de médecine légale; 1896, S. 246 ff.
[2]) Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin; 1901, 3. F., Bd. 21.
[3]) Ebenda; 1903, 3. F., Bd. 26.
[4]) Siehe Casper: Praktisches Handbuch der gerichtlichen Medizin; IV. Auflage, 1864, Bd. II, S. 796.

eigener Beobachtungen und Erfahrungen die nachfolgenden Anweisungen und Erklärungen:

„Zunächst bleibt es, auch nach meinen eigenen Beobachtungen, unbestreitbar wahr, daß die Lungen zu denjenigen Weichteilen gehören, die am spätesten von der Verwesung ergriffen werden. So verhält sich die überwiegende Mehrzahl aller Fälle, und diejenigen, in denen ein besonders frühes Eintreten des Verwesungsprozesses in den Lungen, vor der allgemeinen Verwesung, beobachtet wird, gehören zu den sehr seltenen Ausnahmen. Man kann daher schon allein aus diesem Grunde mit Bestimmtheit urteilen, daß, wenn Lungen aus einem Leichnam Schwimmfähigkeit zeigen, der noch frisch ist, oder selbst der nur die ersten Spuren begonnener Verwesung zeigt, dies Schwimmen gewiß nicht von Fäulnisgasen herrühre, und es werden dann die adjuvierenden übrigen, die Atemprobe betreffenden Sektionsbefunde den Beweis vervollständigen.

An Lungen mit begonnenhabender Verwesung habe ich einen Unterschied darin, ob die Lungen einem Kinde angehörten, das totgeboren war, oder ob dieselben geatmet hatten, nicht wahrgenommen. An der äußeren Beschaffenheit, an den hirsekorn-, perlen- oder bohnengroßen Luftblasen erkennt man sogleich die Anwesenheit der Fäulnisgase als Fingerzeig des Wertes der Schwimmprobe, auch wenn die Farbe der Lungen noch gar nicht verändert wäre.

Im weiteren Fortschritt der Verwesung vollends, wenn die Lungen den Glanz ihres serösen Ueberzuges verlieren, dunkelgrau, endlich schwarzgrau, breiig und stinkend werden, ist eine Verwechslung der Ursache der Schwimmfähigkeit nicht mehr möglich. Ich bin weit entfernt, in Abrede zu stellen, daß das Schwimmen der Lungen an sich noch etwas beweisen könne, wenn dieselben wie der ganze Leichnam, bereits in diese hohen Verwesungsgrade übergegangen sind, besonders da ich kein Kriterium kenne, wonach man ganz verfaulte fötale Lungen von ebenso verwesten respiriert habenden unterscheiden könnte, wenn beide schwimmfähig sind."

Nach diesen Ausführungen hält Casper die Diagnose der „Atemluftlunge" bei positivem Ergebnis der Schwimmprobe nur für angängig bei Lungen aus Leichen im Beginne der Verwesung, letzteres jedoch nur dann, wenn an der noch nicht veränderten Lunge Fäulnisblasen fehlen. Aus faulen untersinkenden Lungen hält Casper beim Fehlen von Fäulnisblasen den Schluß auf primär fötale Lungen und damit die Verneinung der Frage etwa vorausgegangener Atmung für zulässig. Dem Schwimmen fauler Lungen mißt er keine Beweiskraft bei.

In gleicher Weise wie Casper beurteilt Hofmann[1]) die Verwertbarkeit der Schwimmprobe an Fäulnislungen Neugeborener:

„Die Möglichkeit, daß die Schwimmfähigkeit der Lungen von Fäulnisgasen herrühren könnte, ist selbstverständlich nur dann in Betracht zu ziehen, wenn die Leiche bereits Zeichen von Fäulnis zeigt und sie entfällt vollständig, wenn eine frische Leiche vorliegt. Ebenso entfällt eine solche Annahme, wenn bei bereits anderweitig begonnener Fäulnis die Lungen noch ein vollkommen frisches Aussehen bewahrt haben.

Wenn die Lungen zu faulen beginnen, so werden sie zunächst mißfarbig. Die ersten Fäulnisblasen zeigen sich im Blute der großen Gefäße, das dadurch eine schaumige Beschaffenheit zu erhalten beginnt, später tauchen solche sowohl einzeln, als in Gruppen auch im Lungenparemchym, namentlich in den blutig imbibierten Stellen auf, sind unter der Pleura schon außerordentlich sichtbar, indem sie diese später in größeren oder kleineren verschiebbaren Blasen abheben. In diesem Stadium der Fäulnis halten sich

[1]) Hofmann: Lehrbuch der gerichtlichen Medizin; V. Auflage, 1891, Seite 730.

die Lungen desto leichter über Wasser, je mehr sie von Luftblasen durchsetzt sind."

Großen Wert legt Hofmann auf die Luftverteilung im Lungengewebe:

„Sind wir imstande, bei Besichtigung der Lungen mit freiem Auge, noch mehr aber mit der Lupe eine gleichmäßige Füllung der Alveolen mit Luft nachzuweisen, so sind wir um so mehr berechtigt, Fäulnis auszuschließen, über je weitere Strecken dies Verhalten ausgebreitet ist, während wenn im Lungengewebe nur unregelmäßig verteilte und ungleich große Luftblasen sich finden, die Fäulnisprovenienz derselben keinem Zweifel unterliegen kann. In den höheren Graden von Fäulnis, wenn das Lungengewebe bereits zu einer breiigen, weichen, mißfarbigen Masse verwandelt ist, entfällt selbstverständlich jede differentielle Diagnose, und es ist geboten, offen zu erklären, daß wegen allzuweit gediehener Fäulnis eine Entscheidung, ob das Kind nach der Geburt Luft geatmet habe, nicht mehr möglich sei."

In seiner „Gerichtsärztlichen Diagnostik und Technik", (Leipzig; 1905) behandelt Richter gleichfalls die Frage „Lungenschwimmprobe und Leichenfäulnis" in kurzen Zügen:

„Schwierigkeiten können bei weit gediehener Fäulnis entstehen; daß luftleere Lungen, wenn in dieselben durch Aspiration oder postmortal Fäulnisbakterien gelangt sind, gashaltig und schwimmfähig werden, ist selbstverständlich, und es beruhte nur auf mangelhafter Vertrautheit mit den Verhältnissen der Praxis, wenn man aus dem Zerfließen von ausgeschnittenen Lungen den Schluß ziehen wollte, daß fötale Lungen durch Fäulnis nicht schwimmfähig werden können. Ist die Fäulnis weit gediehen und sind nicht anderweitige Anhaltspunkte für ein stattgehabtes extrauterines Leben vorhanden, so möchte ich empfehlen, das Gutachten etwa dahin abzufassen, daß wegen vorgeschrittener Fäulnis die Frage nicht entschieden werden könne. Es ist für den Sachverständigen schon deshalb überflüssig, hier weitgehende Schlüsse zu ziehen, weil in solchen Fällen meistens auch die wichtigste Frage, nämlich die nach der Todesursache, unentschieden bleiben muß. Abgesehen vom Luftgehalte der Lunge sind sichere Zeichen extrauterinen Lebens: aspirierte und verschluckte Fremdkörper (auch bei luftleeren Lungen) und blutig suffundierte Verletzungen, die nicht im Mutterleib entstanden sein konnten."

Straßmann schreibt in seinem Handbuch „Medizin und Strafrecht" [1]):

„Es besteht kein Zweifel darüber, daß die Lebensproben — Lungen- und Magendarmprobe — kein absolut sicheres Ergebnis liefern, sondern nur unter Berücksichtigung der Umstände jedes einzelnen Falles verwertet werden dürfen, dann aber auch zumeist ein bindendes Ergebnis liefern. So wird jetzt wieder allgemein zugegeben, daß auch durch die Fäulnis Lungen schwimmfähig werden können, und nur über die Häufigkeit oder Seltenheit einer solchen Folge bakterieller Zersetzung besteht noch Zwiespalt."

Ledderhose verbreitete sich über das vorgelegte Thema in einem Vortrag auf der Herbstsitzung des Elsaß-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins am 14. November 1911 zu Straßburg [2]) wie folgt:

„Eine sehr mißliche Erschwerung der Untersuchung und Beurteilung kindlicher Leichen ist leider nur zu häufig in der vorgeschrittenen Fäulnis gegeben. Man soll gewiß nicht so weit gehen, bei eingetretener Fäulnis jedes bestimmtere Urteil von vornherein abzulehnen, aber anderseits ist es besonders dem wenig Erfahrenen dringend zu raten, die Frage des Gelebthabens und der Todesursache auf Grund der Untersuchung stark verwester Kindesleichen nur bei unzweifelhafter Sachlage in bestimmter Form zu beantworten, im übrigen aber jede Unsicherheit, die durch die Fäulnis herbeigeführt

[1]) Berlin; 1911, S. 456.

[2]) Siehe Berichts-Beilage zur Zeitschrift für Medizinalbeamte; 1912, II.

wird, zum Ausdruck kommen zu lassen. Was die Beeinflussung des Lungenbefundes durch die Fäulnis angeht, so ist zuzugeben, daß der Erfahrene, wenn die Lungen nicht bereits in eine schmierige weiße Masse umgewandelt sind, durch genaue Besichtigung ihrer Oberfläche, durch Aufstechen der Fäulnisblasen und Anstellung der Schwimmprobe mit der ausgiebig zerkleinerten Lunge, eventuell auch nach vorausgegangener Quetschung der Lungenteile zwischen den Fingern, in den meisten Fällen nicht nur bestimmt zu beurteilen vermag, ob das Kind überhaupt geatmet hat, sondern auch in welchem Maße dies geschehen ist. Aber gerade die Beurteilung der Intensität der erfolgten Atmung, die für die Frage, ob das Kind etwa asphyktisch eines natürlichen Todes gestorben ist, ausschlaggebend sein kann, ist doch an gefaulten Leichen stets wesentlich erschwert, so daß ich persönlich unter diesen Verhältnissen mich stets nur zu einem bedingten Urteil für berechtigt hielt; und ich glaube, daß man dem wenig Geübten empfehlen muß, sich große Reserve aufzuerlegen, wenn es gilt, den anatomischen Befund an durch Fäulnis wesentlich veränderten Organen festzustellen und zu deuten."

Bei Beleuchtung der Streitfrage dürfte es sich empfehlen, auch auf das Wesen der Leichenfäulnis, ihre Ursachen und ihren Verlauf zurückzukommen, Dinge, die bei der Behandlung nicht berührt werden.

Bordas und Descoust gehen hinsichtlich der Leichenfäulnis bei Neugeborenen von der Anschauung aus, daß die Fäulnis bei Leichen von Neugeborenen, die nicht zur Atmung gekommen wären, von außen nach innen erfolge, bei solchen von Kindern aber, die geatmet hätten, auch von innen nach außen. Der Verlauf der Fäulnis bei Neugeborenen und fötalen Lungen sei auch, da bei ihm der durch Mikroorganismen bewirkte Zerfall von außen nach innen vorrücke, immer sehr langsam und es bewahrten darum die Eingeweide ihr ursprüngliches Aussehen während einer sehr langen Zeit. Beim Neugeborenen, das geatmet habe, seien mit der in die Alveolen der Lunge und in den Magen (durch Schlingbewegungen) aufgenommenen Luft auch die in derselben enthaltenen Mikroorganismen eingedrungen. Diese Keime entwickelten sich je nach der Temperatur mehr oder weniger rasch, führten die Auflösung der Zellen herbei und drängen endlich ins Gefäßsystem ein; diese Mikroorganismen produzierten große Mengen von Gasen, die die Verbreitung der Keime über die ganz kleine Leiche durch eine neue Art von Zirkulation begünstigten. Bei Kindern ohne oder mit nur geringer Atmung träfe man die Erscheinungen an, daß die Fäulnis weniger rasch eintrete. — Nach dieser Annahme kämen also die durch die Atmung aufgenommenen Fäulnisbakterien in der Leiche aus den Lungenalveolen mit der durch sie produzierten Fäulnisluft in die Blutgefäßbahnen und auf dem Wege dieser fänden sie dann ihre Verbreitung im ganzen Organismus — eine Theorie, die schwerlich vollkommen stichhaltig sein dürfte.

Im Jahre 1892 veröffentlichte Ottolenghi eine Arbeit über bakteriologische Untersuchungen an Leichen[2]) bei denen er bereits 48 Stunden nach Todeseintritt bei einer

---

[2]) Vierteljahrschrift für gerichtliche Medizin; III. Folge, 4. Bd.

Temperatur von 4—8° folgende Mikroorganismen in dem dem rechten Herzohr entnommenen Blut absolut vorherrschend fand: Mesentericus vulgatus, fuscus und fuscus B, ruber und ruber B, Bacillus subtilis und subtilis B, Micrococcus albus und liquefaciens. Die in den menschlichen Leichen gefundenen Bakterien erwiesen sich bei der Prüfung nach Ottolenghi in ihrem Verhalten zu Eiweißkörpern alle als Fäulniserreger. Die Veränderungen der organischen Gewebe des Fleisches bestanden in Erweichung, Verflüssigung und Bildung von Fäulnisgasen. — Nach diesen Feststellungen verbleibt für die Theorie einer Bakterienverbreitung in der Leiche, wie sie Bordas und Descoust aufstellten, nicht viel Wahrscheinlichkeit.

Die ersten Fäulnisblasen zeigen sich nach v. Hofmann[1]) bei Neugeborenen wie auch Erwachsenen im Blute der großen Gefäße, das dadurch eine schaumige Beschaffenheit zu erhalten beginnt; später tauchen solche sowohl einzeln, als in Gruppen im Lungenparenchym, namentlich in den blutig imbibierten Partien auf, sind unter der Pleura schon äußerlich sichtbar, indem sie diese später in größen oder kleineren verschiebbaren Blasen abheben. — Der Zersetzungsangriff auf die Leiche setzt also in der Blutbahn ein, die beim Neugeborenen noch mit dem Blut von der Mutter gefüllt ist; die Diffusion der Fäulnisgase erfolgt hier vom Blut aus in die Alveolen der Lungen. Die Behauptung, daß fötale Lungen durch Fäulnisgase nicht schwimmfähig werden können, läßt sich demnach allgemein kaum aufrecht erhalten. Im weiteren erfolgt das Zerstörungswerk der Verwesung, hier wie dort durch Mikroorganismen bedingt, vom Bronchialbaum und Magendarmkanal aus, von letzterem besonders bei Leichen Erwachsener wegen der starken Füllung.

Gründlichste Arbeit besorgen bei der Auflösung von Leichen und Kadavern die Maden von Fliegen, am meisten der Schmeißfliege, worüber in einer erst jüngst im Kosmosverlag in Stuttgart erschienenen hübschen naturwissenschaftlichen Arbeit — „Plagegeister“ — Dr. Flöricke interessant und wissenswert auch für den Arzt berichtet:

„Die großen, dicken Fliegen mit dem stahlblau schimmernden Hinterleib, die so gewaltig zu brummen verstehen und mit erstaunlicher Hartnäckigkeit immer wieder und wieder gegen die Fensterscheiben anprallen, sind Schmeißfliegen (Calliphora vomitoria), vom Volk gewöhnlich Brummer genannt. Sie kommen nur dann in die menschliche Behausung, wenn sie ihre Eier ablegen wollen, und treiben sich sonst lieber im Garten draußen herum, wo sie auf den Blumenbeeten Hochzeit feiern und von den zuckersüßen Blütenausschwitzungen nippen. Um den Menschen selbst kümmern sie sich unter gewöhnlichen Umständen wenig, wohl aber sind sie verpicht auf seine Fleischvorräte, deren Vorhandensein ihr scharfes Geruchsvermögen schon aus erstaunlich großer Entfernung verrät. Sie suchen Fleisch, um an ihm ihre Eier abzulegen, damit dann die Larven von dem faulen Fleisch sich nähren können. Bei Kadavern aller Art sind sie in der Regel die ersten Lebewesen, die erscheinen, und sie spielen als Sanitätspolizei eine nicht zu unterschätzende Rolle. Die Fleischsorte selbst ist ihnen ganz gleichgültig; sie gehen ebenso gern an einen toten Singvogel, wie an ein Kamel, an einen Ochsen, wie an

[1]) Lehrbuch der gerichtlichen Medizin; 5. Auflage, S. 731.

einen Weißfisch. Das Weibchen sucht sich zur Eierablage immer die weichste und geschützteste Stelle des Kadavers aus und bevorzugt besonders die Umgebung der Augen und des Mauls oder des Schnabels oder etwa vorhandener Schußwunden, während Stellen, wo die Haut dick ist, verschmäht werden. Mit ihren Legeröhren, die sie wie ein Fernrohr auseinanderschieben, vermögen sie in den feinsten Spalt einzudringen und setzen hier ihre 300 Eier ab, die etwas gekrümmt sind wie Gurken. Die schon nach wenig Stunden ausschlüpfenden Maden sind nackt, weiß, kegelförmig, haben lederartige Haut und Luftlochträger mit je drei Löchern, die wie blaßgelbe Wärzchen aussehen. Der ausstülpbare After ist mit zwei Fleischfortsätzen versehen. Auch diese Maden besitzen schon den scharfen Geruchssinn ihrer Mutter, denn wenn sie nicht unmittelbar am Aas abgesetzt werden, sondern nur in dessen Umgebung, so wissen sie doch ihre Nährquelle alsbald zu finden und scheuen auch nicht davor zurück, sich dabei aus ziemlicher Höhe herabfallen zu lassen, was ihnen bei ihrer elastischen Leibesbeschaffenheit nicht im geringsten schadet. Einen so ekelhaften Anblick ein von Fliegenmaden wimmelnder Kadaver auch bietet, so vollzieht sich doch hier ein natürlicher Auflösungsvorgang, der nur im Interesse der lebenden Geschöpfe gelegen ist. Schon im Altertum erkannte der Mensch die Bedeutung dieser merkwürdigen Tiere, aber das naturgeschichtlich so schlecht unterrichtete Mittelalter bezeichnete sie als „Leichenwürmer" und nahm an, daß sie ganz von selbst entstünden. So gierig fressen diese kleinen Larven, daß sie schon am zweiten Tage die doppelte Körpergröße erreichen und innerhalb 24 Stunden um das 200fache an Gewicht zunehmen. Auch findet im Larvenstadium eine weitere Entwicklung der Mundteile und der Atmungsorgane statt. Besonders kennzeichnend für diese Maden ist es, daß sie mit Speicheldrüsen versehen sind, deren Sekret offenbar und wohl mit Nachhilfe der Fäulnisbakterien die Zersetzung des Fleisches beschleunigt. Das ist auch notwendig, denn die aus zwei gekrümmten Stäbchen mit hakenförmigen Enden bestehenden Mundteile wären gar nicht zur Aufnahme fester Nahrungsstoffe geeignet, sondern das Fleisch muß erst verflüssigt und in einen breiartigen Zustand versetzt werden. Es findet also gewissermaßen eine Art Vorverdauung der Nährstoffe schon außerhalb des Tierkörpers statt. Die Made spuckt auf ihre Nahrung, wie Fabre sich drastisch ausdrückt, und verwandelt das Fleisch in eine Art Kraftbrühe oder Liebigs Fleischextrakt, um es bequem zu sich nehmen zu können. Genaue Untersuchungen haben gezeigt, daß das Speichelsekret mit dem Pepsin verwandt ist, aber noch stärker wirkt. Ist die Made ausgewachsen, so bohrt sie sich durch die Haut des Kadavers, der von anderen Aasfressern dann vollends vertilgt wird, nach außen, läßt sich herabfallen und gräbt sich bis zu 5 cm Tiefe in die Erde ein, wo die Verpuppung und Ueberwinterung erfolgt. Das Gewaltige der Minierarbeit dieser Kleinlebewesen kennzeichnet nichts besser als ein Ausspruch Linnés, nach dem die Nachkommenschaft von drei Fliegen während ihrer Madenzeit mit einem Pferdekadaver ebenso rasch fertig werde wie ein Löwe."

Die hübsch und treffend geschilderten Beobachtungen Flörikes kann ich nach eigenen Erlebnissen bei gerichtlichen, im Hochsommer und in offenen Heuschuppen vorgenommenen Obduktionen vollauf bestätigen. Einmal hatte ich die Leiche eines Erwachsenen zu sezieren, die 8 Tage in den heißesten Hundstagen im Freien gelegen hatte und derart von Maden wimmelte, daß mir zwei Mann unablässig die bloßen Arme abstreifen mußten. In einem anderen Falle handelte es sich um ein im August über drei Wochen ausgesetzt gewesenes Neugeborenes. Kaum wenige Sekunden war die kleine, aashaft stinkende, schmierige grünfaule Leiche aus der spärlichen Umhüllung genommen, als schon ein mächtiger Schwarm von Mücken, Fliegen und Brummern einschoß und gierig auf die infernalisch duftende leckere Beute sich warf. So etwas muß man gesehen und auch in die Nase bekommen haben!

Das Zerstörungswerk an der Leiche setzt, wie vorstehend dargelegt wurde, äußerlich durch Fliegenmaden im Verein mit Bakterien ein, und innerlich von den Luftwegen und vom Darm, hauptsächlich aber vom Blut aus, durch Bakterien. Nach von Hofmann beginnt die Fäulnis im Blut, das dadurch schaumig wird und in kleinen Bläschen die ersten Zeichen von Fäulnisgasbildung, also von Stoffumsatz durch Fäulnisvorgänge, aufweist. Daß dem so ist, muß ohne weiteres einleuchten, da das Blut als Flüssigkeit den Bakterien den günstigsten und geeignetsten Nährboden bietet. Die sulzigflüssige Beschaffenheit ist zweifellos zum Beispiel auch beim Gehirn der Neugeborenen der Grund, daß es rascher wie alle Organe in Fäulnis übergeht. Die leichte Blutzersetzlichkeit durch Bakterien macht es auch verständlich, daß die verschiedenen Organe nach einander je nach Blutgehalt und Gewebsdichtigkeit der Fäulnis anheimfallen. Magen, Darm, Milz, Leber, Erwachsenenhirn faulen leichter und rascher, Herz, Lungen, Nieren, Uterus dagegen langsamer und schwieriger.

Was nun die fötale Lunge betrifft, so kommt diese nach den Untersuchungen von Bordas, Descoust, Ungar und Leubuscher nur schwer und spät zum Faulen ebenso wie die Lunge des Erwachsenen, die im Gegensatz zu der fötalen lufthaltig ist. Der Grund des späteren Verwesens jener kann demnach nicht in dem Luftmangel liegen, sondern wir müssen ihn anderweitig im Blutgehalt suchen. Die These von Bordas und Descoust stimmt, wenn wir nicht zwischen luftleerer und lufthaltiger Lunge sondern zwischen blutleerer und bluthaltiger Lunge unterscheiden. Blutleer ist allein die fötale Lunge, bluthaltig dagegen neben der geatmet habenden Lunge auch die Lunge von asphyktisch geborenen, also auch nicht zur Atmung gekommenen Kindern. Die Versuche gingen stets von Atmung oder Nichtatmung aus und dadurch fielen die Lungen von asphyktischen mit fötalen zusammen, die in verschieden langer Zeit zum Faulen kommen. Der Satz von Bordas, Descoust ist also dahin zu ändern:

1. Lungen von Neugeborenen, die nicht geatmet haben, auch im Uterus oder während der Geburt zum Atmen nicht angesetzt haben, faulen spät und werden nicht leicht schwimmfähig; umgekehrt ist es bei Lungen von asphyktisch Geborenen und solchen nach Atmung.

2. Fäulnisgasgehalt mit Schwimmfähigkeit sprechen für vorausgegangene Atmung oder Asphyxie und schließen die Diagnose der fötalen Lunge aus.

Uebrigens ist auch damit zu rechnen, daß die Entwickelung von Fäulnisgasen in der Lunge erst im Laufe der Zeit eintritt und Fäulnisgase ebenso wie die Atemluft mit der Zeit durch Diffusion und Lungendruck wieder zum Entweichen kommen.

Auch an die Umwandlung der Atemluft in Fäulnisluft muß man denken. Die Fäulnisfrage ist demnach auch Zeitfrage.

Für differenzialdiagnostische Prüfung können nachfolgende Merkmale, Erscheinungen und Richtpunkte in Verwertung kommen:

1. Fäulnisgrad der Leiche: Fäulnisfärbung grau, grün, schwarz; Mazeration und Erweichung der Hautdecken durch Maden, Ablösung derselben in Fetzen und Lappen, Zerstörung der Augen und Genitalien durch Maden, zusammengeklatschter Schädel, zusammengesunkene Brust, geplatzte Körperhöhlen; Geruch, typischer Leichengeruch, aashafter Fäulnisgeruch; Gewichtsverlust durch Wasserverdunstung, Eintrocknung.

2. Lungenbefund: Oberfläche spiegelnd, matt, rauh; Farbe, hellrosa, bläulich, dunkelblau, grün, schwarz. Casper schreibt S. 57 des oben angezogenen Handbuches, daß die Farbe der Lungen anfangs trotz der Entwickelung der Fäulnisblasen noch gar nicht verändert sei; im weiteren Verlaufe des Verwesungsprozesses werde sie dunkler, flaschengrün und dann schwarz. Auch ich fand einmal bei einer 3 Wochen im Wasser gelegen gewesenen Kindsleiche eine tadellos hellrosa Lunge mit zahlreichen Perlbläschen, daneben aber viele Fäulnisblasen und im Gewebe zahlreiche Fäulnisvakuolen.

Perlbläschen in größeren Flächen bilden nach v. Hofmann an frischen Leichen und erst im Beginne der Verwesung befindlichen ein sicheres Zeichen für vorausgegangene Luftatmung, größere Bläschen und Blasen an der Lungenoberfläche (im inneren Gewebe Vakuolen) sind nach Casper stets als Fäulnisblasen anzusprechen. Schaumiges Blut ist Kennzeichen der Fäulnis, weißlicher Bronchialinhalt solches für vorzeitiges Atmen.

3. Die Zeit seit dem Todeseintritt kann zur Deutung des Befundes als Unterstützung mit herangezogen werden; dabei wird man natürlich auch Jahreszeit, Temperatur u. a. berücksichtigen und mit in Rechnung nehmen.

4. Bergung der Leiche in der Erde, in Kisten und Verstecken, Aussetzen in Wasser können als fäulnisfördernde oder -hemmende Faktoren in Betracht kommen.

5. Fremdkörper in den Luftwegen und im Magen-Zwölffingerdarm beweisen Respiration und Schlingakt, somit früheres Leben.

6. Ein Geständnis der Kindsmutter kann füglich in dunkelste Tiefen Licht bringen.

Nach dem Ergebnis der bisherigen Behandlung der für die Begutachtung in Fällen von Kindstötung hochwichtigen Streitfrage muß ich Ungar mit seinem Vorschlag zu weiterer Sachklärung beipflichten. Ausgehend davon, daß die erste Fäulnis von der Blutbahn aus einsetzt, wäre das Leichenmaterial sachdienlich nach leblos und asphyktisch geborenen Kindern sowie zur Atmung gekommenen toten Neugeborenen zu sichten anstatt nach solchen mit und ohne Atmung.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

1. Tuberkulose.

„Offene" und „geschlossene" Tuberkulose. Von Dr. Effler-Danzig. Zeitschrift für Tuberkulose; Bd. 26, H. 6.

E. vertritt den Standpunkt, daß die „geschlossene" Tuberkulose durchaus nicht Ansteckung ausschließt, und hält es daher für ratsam, die nach seiner Ansicht irreführenden Ausdrücke „offene" und „geschlossene" Tuberkulose überhaupt fallen zu lassen. Die „offene" Tuberkulose sei ja nur die vorgeschrittene Form der „geschlossenen" Tuberkulose, und wer wollte im Einzelfalle bestimmen, zu welchem Zeitpunkte sich dieser Uebergang vollzieht? Das Auffinden von Tuberkelbazillen hat nicht das entscheidende Gewicht, das man ihm vielfach noch beimißt. (Gerade bei der Heeresverwaltung wird dem Bazillennachweis das allerentscheidendste Gewicht beigemessen! Ref.) E. empfiehlt, von einer Tuberkulose ohne Sputum und einer Tuberkulose mit Sputum zu sprechen. Letztere muß, gleichgiltig, ob Tuberkelbazillen nachzuweisen sind oder nicht, für die Praxis als ansteckende Form gelten; aber auch die Tuberkulose ohne Sputum ist nur ein zeitweiser Zustand, der sich zum ungünstigen wenden kann.

Weiter schreibt Effler: „Bei der Beurteilung der Verwendungsfähigkeit ist aber sowohl beim Musterungsgeschäft, wie bei der Truppe, in den Lazaretten und Heilstätten der Beschaffenheit des Sputums besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Nicht die augenblickliche körperliche Leistungsfähigkeit und der augenblickliche Lungenbefund sind allein entscheidend, sondern ganz besonders der Umstand, ob Sputum vorhanden ist. Liegt dieser Fall vor, so hat der Gesichtspunkt, ob ein Tuberkulöser ansteckend wirken kann, zu entscheiden und über den der augenblicklichen Verwendungsfähigkeit, gemessen nur am Allgemein- und Lungenbefund, zu überwiegen. Es bringt dem deutschen Heere keinen Nutzen, wenn man einen Mann, dessen weiteres Befinden obendrein zweifelhaft ist, dem Garnison- oder Arbeitsdienst erhält und dabei eine Reihe seiner Kameraden Gefahren aussetzt." (Letzteres doch nur, wenn das vorhandene Sputum Tuberkelbazillen enthält. Ref.)

Dr. Roepke-Melsungen.

Schwindsuchtsgefahr und Erziehung. Verhandlungsbericht der Dresdener Konferenz am 29. Januar 1916. Tuberkulose-Fürsorge-Blatt; 1916, Nr. 8.

In der Konferenz, die auf Einladung des Sächsischen Volksheilstättenvereins zusammengekommen war, sprach Stadtschularzt Dr. Thiele-Chemnitz über Wesen und Verbreitung der Kindertuberkulose und ihre Bedeutung für die Schwindsucht der Erwachsenen, ferner San.-Rat Dr. Gebser-Carolagrün über tuberkulöse Krankheitserscheinungen beim Kinde und deren Heilmittel, an dritter Stelle Hofrat Dr. Wolff über erzieherische Maßregeln zur Verhütung von Tuberkulose und Schwindsucht. Das Ergebnis der Vorträge und anschließenden Beratung läßt sich hinsichtlich der Hauptfrage „Schwindsuchtsgefahr und Erziehung" wie folgt zusammenfassen:

Die Schwindsucht ist bei der Erziehung dadurch zu bekämpfen, daß die Jugend von früh ab zum vorsichtigen und gesitteten Verhalten beim Husten, Ausspucken, Niesen, Sprechen, Lachen usw. erzogen und ihr von Kindheit eine Lebensweise eingeprägt wird, die, in allen Lebenslagen durchführbar, selbst den von Tuberkulose Angesteckten vor den Folgen der Ansteckung (Schwindsucht) bewahren kann. Diese Maßregeln sind nur durchführbar, wenn die Leiter aller Erziehungsanstalten und Lehrinstitute für sie volles Verständnis gewinnen, die Bezirksschulinspektoren in den Lehrerkreisen die genaue Kenntnis der Maßnahmen fördern und die Familien durch die Lehrer zur Durchführung der Maßregeln möglichst angeregt werden.

Die Anstellung von Schulärzten im Hauptamt, denen besonders die Bekämpfung der Schwindsucht im Kindesalter obliegt, ist dringend erwünscht, ebenso die gesetzliche Einführung regelmäßiger Belehrung über die Tuberkulose-Gefahr in Schulen und Seminaren. Die Belehrung darf nicht gelegentlich oder einmalig geschehen, sondern muß regelmäßig wiederholt und

[illegible] an die Umwandlung der [illegible] muß man [illegible]. Die Fäulnisfrage [illegible] Zeitfrage.

Für differenzialdiagnostische [illegible] können nachfolgende Merkmale, Erscheinungen [illegible] in Verwertung kommen:

1. Fäulnisgrad [illegible] Fäulnisfärbung grau, grün, schwarz; Maseration [illegible] der Hautdecken durch Maden, Ab[illegible] Fetzen und Lappen, Zerstörung der Augen [illegible] Maden, zusammengeklatschter Schädel, [illegible] geplatzte Körperhöhlen; Geruch, [illegible] aashafter Fäulnisgeruch; Gewichtsverl[illegible] Eintrocknung.

2. Lungenbefund [illegible] spiegelnd, matt, rauh; [illegible] grün, schwarz. Casper [illegible] Handbuches, daß die [illegible] Entwickelung der Fäul[illegible] im weiteren Verlaufe des [illegible] flaschengrün und dann [illegible] 3 Wochen im Wasser [illegible] eine nadellos hellrosa Lunge [illegible] daneben aber viele Fäulnisblasen [illegible] Fäulnisvakkolen.

[illegible] Flächen bilden nach v. Hof[illegible] im Beginne der Verwesung be[illegible] vorausgegangene Luftatmung, [illegible] der Lungenoberfläche (im [illegible] Casper stets als Fäulnis[illegible] ist Kenn[illegible] der [illegible] für vorze[illegible]n.

[illegible]

[illegible] Temperatur [illegible] der Zellen [illegible] und dräng[illegible] diese Mikroorganismen produ[illegible] die die Verbreitung der Kei[illegible] durch eine neue Art von Zirku[illegible] ohne oder mit nur geringer [illegible] nungen an, daß die Fäulnis [illegible] dieser Annahme können also [illegible] nommenen Fäulnisbakterien in [illegible] mit der durch sie produ[illegible] und auf dem Weg[illegible] im ganzen Organismu[illegible] vollkommen stichhaltig sein [illegible] Jahre 1892 veröffentlicht [illegible] bakteriologische Unter[illegible] er bereits 48 Stunden [illegible]

ere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

riologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

1. Tuberkulose.

Tene" und „geschlossene" Tuberkulose. Von Dr. Effler-Danzig. für Tuberkulose; Bd. 26, H. 6.

vertritt den Standpunkt, daß die „geschlossene" Tuberkulose durch- Ansteckung ausschließt, und hält es daher für ratsam, die nach sicht irreführenden Ausdrücke „offene" und „geschlossene" Tuber- erhaupt fallen zu lassen. Die „offene" Tuberkulose sei ja nur die ittene Form der „geschlossenen" Tuberkulose, und wer wollte im e bestimmen, zu welchem Zeitpunkte sich dieser Uebergang vollzieht? nden von Tuberkelbazillen hat nicht das entscheidende Gewicht, das vielfach noch beimißt. (Gerade bei der Heeresverwaltung wird dem Ba- weis das allerentscheidendste Gewicht beigemessen! Ref.) E. empfiehlt, r Tuberkulose ohne Sputum und einer Tuberkulose mit zu sprechen. Letztere muß, gleichgiltig, ob Tuberkelbazillen nach- sind oder nicht, für die Praxis als ansteckende Form gelten; aber Tuberkulose ohne Sputum ist nur ein zeitweiser Zustand, der sich ünstigen wenden kann.

eiter schreibt Effler: „Bei der Beurteilung der Verwendungsfähig- aber sowohl beim Musterungsgeschäft, wie bei der Truppe, in den n und Heilstätten der Beschaffenheit des Sputums besondere Auf- eit zu schenken. Nicht die augenblickliche körperliche Leistungs- und der augenblickliche Lungenbefund sind allein entscheidend, anz besonders der Umstand, ob Sputum vorhanden ist. Liegt dieser so hat der Gesichtspunkt, ob ein Tuberkulöser ansteckend wirken ntscheiden und über den der augenblicklichen Verwendungsfähigkeit, nur am Allgemein- und Lungenbefund, zu überwiegen. Es bringt chen Heere keinen Nutzen, wenn man einen Mann, dessen weiteres bendrein zweifelhaft ist, dem Garnison- oder Arbeitsdienst erhält eine Reihe seiner Kameraden Gefahren aussetzt." (Letzteres doch las vorhandene Sputum Tuberkelbazillen enthält. Ref.)

Dr. Roepke-Melsungen.

---

dsuchtsgefahr und Erziehung. Verhandlungsbericht der Dresdener 29. Januar 1916. Tuberkulose-Fürsorge-Blatt; 1916, Nr. 8.

Konferenz, die auf Einladung des Sächsischen Volksheilstätten- mengekommen war, sprach Stadtschularzt Dr. Thiele-Chemnitz nd Verbreitung der Kindertuberkulose und ihre Bedeutung für cht der Erwachsenen, ferner San.-Rat Dr. Gebser-Carolagrün öse Krankheitserscheinungen beim Kinde und deren Heilmittel, le Hofrat Dr. Wolff über erzieherische Maßregeln zur Ver- berkulose und Schwindsucht. Das Ergebnis der Vorträge und Beratung läßt sich hinsichtlich der Hauptfrage „Schwindsuchts- iehung" wie folgt zusammenfassen:

indsucht ist bei der Erziehung dadurch zu bekämpfen, daß die h ab zum vorsichtigen und gesitteten Verhalten beim Husten, en, Sprechen, Lachen usw. erzogen und ihr von Kindheit eine prägt wird, die, in allen Lebenslagen durchführbar, selbst den gesteckten vor den Folgen der Ansteckung (Schwindsucht) e Maßregeln sind nur durchführbar, wenn die Leiter aller nd Lehrinstitute für sie volles Verständnis gewinnen, die in den Lehrerkreisen die genaue Kenntnis der Maß- Familien durch die Lehrer zur Durchführung der regt werden.

Schulärzten im Hauptamt, denen besonders die Be- im Kindesalter obliegt, ist dringend erwünscht, Einführung regelmäßiger Belehrung über die und Seminaren. Die Belehrung darf nicht hen, sondern muß regelmäßig wiederholt und

mit allen Mitteln (Heranziehen der Familie) beobachtet werden, ob die gegebenen Lehren auch befolgt werden.

Der Schutz gegen Schwindsucht wird nicht durch einzelne Maßregeln (Sportübungen, Schuleinrichtungen usw.) erreicht, sondern durch eine geregelte Lebensweise, bei der Ernährung, Schlaf, Arbeit, Erholung nach Art und Zeit begrenzt und durchgeführt werden. Daher muß die gesundheitliche Erziehung danach streben, unserer Jugend von früh ab Liebe zu reichlichem Wasserverbrauch bei Reinigung und Erfrischung (Waschen, Bäder, Mundspülen, Zahnpflege) beizubringen, den Genuß frischer Luft bei regelmäßigem Spazierengehen, Wandern, Spielen, Schlafen bei weitgeöffnetem Fenster als unentbehrlich einzuprägen, die regelmäßige nicht zu knappe Einnahme von Speisen ohne Laune, Stimmung, Mäkeln zur festen Gewohnheit auszubilden, wobei sauberes Anrichten selbstverständlich ist. Ein regelmäßiges Verlassen der nächtlichen Lagerstatt soll jedem zur zweiten Natur werden.

Die Festigung des Charakters, die einen vom Mißgeschick Heimgesuchten nicht leicht körperlich erliegen läßt, ist durch die Regelmäßigkeit der Lebensweise, durch Selbstzucht und sonstige Erziehungsmittel zu erstreben. Frühzeitig ist die Liebe für die Natur und Kunst wie der Sinn für das Familienleben zu wecken, wo jene die beste Pflege finden und die Gesundheit weniger gefährdet wird wie in Kneipen, Vergnügungsorten anderer Art usw.

Dr. Roepke-Melsungen.

Krieg und Tuberkulose mit besonderer Berücksichtigung ihrer spezifischen Behandlung. Vortrag, gehalten im Wiener mediz. Doktoren-Kollegium im Juni 1916 von Med.-Rat Dr. Wilhelm Ast. Sonderabdruck aus der ärztl. Reformzeitung.

Die durch den Krieg bedingte Häufung der Tuberkulose unter den Kriegsteilnehmern und deren Familien wird in Zukunft den praktischen Arzt mehr als bisher zwingen, die Behandlung der Tuberkulose ambulant in der Praxis durchzuführen. Dazu empfiehlt der Verfasser besonders die Tuberkulinbehandlung und bespricht auf 22 Seiten die Indikationen und die Art ihrer Durchführung mit den bekanntesten Tuberkulinen. Ohne sich mit theoretischen Erörterungen abzugeben, bringt er nur das für den Praktiker Wissenswerte in einer leicht verständlichen Form, so daß auch der fernstehende Arzt danach die Tuberkulinbehandlung aufnehmen kann. Dr. Rehberg-Pyritz i. P.

Geschlecht und Tuberkulosesterblichkeit. Von Chefarzt Dr. H. Grau-Honnef. Zeitschrift für Tuberkulose; Bd. 27, Heft 5.

Nach Orths Untersuchungen hat die Tuberkulosesterblichkeit der Frau in den letzten Jahrzehnten nicht in gleicher Weise wie die des Mannes abgenommen. Seit dem Jahre 1894 ist die Sterblichkeit an Tuberkulose zwar bei beiden Geschlechtern erheblich zurückgegangen, bei den Frauen aber weniger als bei den Männern. Als Erklärung dieser Tatsache nimmt Orth an, daß für die Männer günstigere Arbeitsbedingungen eine überwiegende Bedeutung haben, daß also der Gewerbehygiene der erwähnte Einfluß zukommt.

Grau sieht einen weiteren Grund in der wachsenden Teilnahme des weiblichen Geschlechts am Berufsleben und weist an Zahlen für das Deutsche Reich, Preußen und Rheinland nach, daß die Berufstätigkeit der Frau in der Berichtszeit erheblich zugenommen hat, und zwar stärker als die des Mannes und in steigendem Maße. So wird die Vermutung zur Wahrscheinlichkeit, daß die zunehmende Berufstätigkeit der Frau und ihr Uebergang in gesundheitlich weniger zuträgliche Berufsarten die Schuld trägt an der mangelhaften Abnahme der Tuberkulosesterblichkeit der Frau. Es gibt eine ganze Reihe von weiblichen Berufen, die eine besonders große Zahl von Tuberkulösen liefern, z. B. die Stellen als Dienstmädchen in großen Städten mit schlechtem Schlafzimmer und langer Arbeitszeit, noch mehr die Tätigkeiten als Textilarbeiterinnen, dann die Ladnerinnen und kaufmännischen Büroangestellten in dauernd schlecht gelüfteten und wenig belichteten Räumen, endlich Lehrerinnen und Krankenpflegepersonal. Genauere Untersuchungen über die Ursachen der Tuberkulosehäufigkeit in den einzelnen Berufen sind dringend notwendig, damit sich danach die Forderungen für die Hygiene der einzelnen Berufe hinsichtlich Dienstart, Arbeitszeit, Urlaub usw. richten können.

Zugleich muß eine größere durchschnittliche Kräftigung der weiblichen Jugend angestrebt werden durch Erweiterung des Turnunterrichts in den Schulen, durch Aufklärung und Schaffung geeigneter Sportgelegenheiten, Pflege der Körperübungen bei der schulentlassenen weiblichen Jugend. Diese Forderungen der Verbesserung der Berufshygiene und der körperlichen Ausbildung für das weibliche Geschlecht gewinnen an Bedeutung, weil die Berufstätigkeit der Frau noch in der Zunahme begriffen, die immer größere Teilnahme der Frau am Berufsleben — auch nach dem Kriege! — nicht aufzuhalten ist und ein großer Teil der Berufstätigen später zur Heirat und Fortpflanzung gelangt. Dr. Roepke-Melsungen.

Der Einfluß meteorologischer Faktoren auf das Zustandekommen von Lungenblutungen. Von Dr. W. Unverricht-Davos-Berlin. Zeitschrift für Tuberkulose; Bd. 27, H. 5.

U. glaubt den kleinen und rasch aufeinander folgenden Luftdruckschwankungen und den Veränderungen im luftelektrischen Zustand den Haupteinfluß auf das Zustandekommen von Blutungen bei Patienten im Hochgebirge zuschreiben zu müssen. Auf diese Weise können von den beobachteten 102 Blutungen 89 erklärt werden, nämlich 71 Blutungen bei Luftdruckdepression (davon 44 mit Föhn), 13 Blutungen bei Föhn ausschl. Depression, 5 bei Südwind (Berg) ausschl. Depression und Föhn. Gerade bei diesen meteorologischen Vorgängen treten kleine Luftdruckschwankungen und Aenderungen des luftelektrischen Zustandes auf. Dr. Roepke-Melsungen.

Zur Behandlung der Tuberkulose mit Partialantigenen nach Deycke-Much. Von Sigurd Berg Beiträge zur Klinik der Tuberkulose; Bd. 36, H. 2.

Es wurden 14 Fälle von klinischer Tuberkulose behandelt, 12 mit dem antigen Milchsäuretuberkelbazillenrückstand (M. Tb. R.), 2 mit den Partialantigenen A (Eiweißstoffe) + F (Fettsäuren und Lipoiden) + N (Neutralfett). Von den Behandelten litten 10 an Lungentuberkulose (4 im I.—II. Stadium, 6 im III. Stadium), 8 an tuberkulösen Lymphomen, 1 Fall an doppelseitiger Nieren- und Blasentuberkulose.

Es wurde folgendes beobachtet: Bei der quantitativ angestellten Intrakutanreaktion mit Partialantigenen nach Deycke-Much trat ein deutlicher Unterschied zwischen Tuberkulosefreien und Tuberkulösen insofern zu Tage, als die Tuberkulösen eine bedeutend höhere Ueberempfindlichkeit gegen die aus dem Tuberkelbacillus isolierten Fettsäuren und besonders gegen das Neutralfett zeigten. Durch Zuführung von Antigen bezw. Partialantigenen wurde in der Regel eine bedeutende Steigerung der intrakutanen Ueberempfindlichkeit verursacht. Doch konnte irgendeine sichere Einwirkung auf den klinischen Verlauf in den behandelten Fällen nicht beobachtet werden. Die gebesserten Fälle waren solche, die die gleichen Fortschritte bei der gewöhnlichen hygienischen diätetischen Therapie erwarten ließen; vielleicht hat bei den tuberkulösen Lymphomen die Therapie günstig mitgewirkt. Bei Fällen mit schlechter Prognose ist der Verlauf nicht günstig geändert worden.
Dr. Roepke-Melsungen.

Nöhrings „B 4" ein neues Heilmittel gegen Tuberkulose? Von Dr. J. Heising-Honnef a. Rh. Beiträge zur Klinik der Tuberkulose; Bd. 36, H. 1.

Das neue Mittel „B 4" ist eine in Salzsäure leicht lösliche in Alkalien unlösliche Substanz, die aus der Galle isoliert worden ist. Es stellt ein gelbliches Pulver dar, das in kleinsten Dosen subkutan injiziert nach Nöhring lokale Reaktionen bei jeder Tuberkulose auslösen soll. Nach der Analyse dürfte „B 4" einen bisher nicht bekannten Bestandteil der Galle darstellen.

Es wurden 16 schwere und 8 mittelschwere Tuberkulosefälle behandelt. Verlust des Fiebers trat ein bei 4 schweren und 3 mittelschweren Fällen, Verlust der Bazillen bei 6 schweren Fällen und 1 mittelschwerem Fall. Auffallende Besserung zeigte sich bei 4 schweren und 2 mittelschweren Fällen, d. i. bei 25% der behandelten Fälle. Einer von den 4 schweren gut gebesserten Fällen wurde ambulant behandelt. Schädigungen sind in keinem Falle beobachtet, so daß Verfasser anregt, B 4 und die damit erzielten Erfolge zu prüfen und kritisch zu werten. Dr. Roepke-Melsungen.

2. Desinfektion; Bekämpfung von Ungeziefer.

Die fortlaufende Desinfektion. Der Prakt. Desinfektor 1917 Nr. 5.

Die Ueberwachung der fortlaufenden Desinfektion ist in den meisten Fällen den Desinfektoren zu übertragen und folgendermaßen zu gestalten:

I. Fortlaufende Desinfektion bei Erkrankungsfällen:

A. Beim ersten Besuch: 1. Anordnung der Isolierung bezw. Ueberführung in ein Krankenhaus (falls kein Arzt behandelt). 2. Sperrung der schulpflichtigen Kinder (falls kein Arzt behandelt). 3. Besprechung der „Desinfektionsanweisung" und „gemeinverständlichen Belehrung". 4. Praktische Vorführung der fortlaufenden Desinfektion. 5. Entnahme von Proben der Ausscheidungen des Kranken.

B. Bei den weiteren Besuchen: Kontrolle der angeordneten Maßnahmen.

C. Beim letzten Besuch: 1. Besprechung über die Maßnahmen am Tage der Schlußdesinfektion. 2. Feststellung der Zimmergröße.

II. Bei Bazillenträgern: Behandlung der Ausscheidungen.

III. Feststellung des Termins der Schlußdesinfektion.

IV. Beobachtung von Personen gemäß der Seuchengesetze.

Würden diese Aufgaben den Desinfektoren übertragen, so würde erreicht, daß die Desinfektoren, 1. mehr beschäftigt würden, mithin mehr in der Uebung bleiben. 2. eine größere Einnahme hätten, so daß sie von ihrem Beruf leben könnten und nicht mehr auf einen Nebenberuf angewiesen wären, wie es jetzt der Fall ist. Sie ständen dann auch jederzeit zur Verfügung, der Behörde, was für die Durchführung der sanitätspolizeilichen Maßnahmen sehr wesentlich wäre. Dr. Wolf-Hanau.

Die Formalin-Desinfektion mit und ohne Vakuum. Von Oberingenieur Kratzsch-Weimar. Der Prakt. Desinfektor 1917 Nr. 3.

Nach Ansicht des Verf. kann man einen Dampfdesinfektionsapparat mit Formalindampfluftein richtung wegen seines billigeren Preises überall da aufstellen, wo man keinen allzu großen Wert auf die Zeit zu legen braucht und wo nicht empfindliches Material zur Desinfektion vorkommt, wo man vielmehr diese Objekte zu einer Gesamtdesinfektion aufsammeln kann. Dies trifft bei kleineren und mittleren Krankenhäusern und ländlichen öffentlichen Desinfektionsanstalten zu. Bei städtischen öffentlichen Desinfektionsanstalten dagegen, wo man mit weiten Entfernungen für den Transport der Desinfektionsobjekte und mit der Zeit rechnen muß, wird man praktisch einen Vakuum-Formalindesinfektionsapparat wegen seiner größeren Leistungsfähigkeit resp. kürzeren Betriebsdauer den Vorzug geben. Dabei spielen die Anschaffungskosten keine große Rolle, denn man wird sowieso noch einen großen Dampfdesinfektionsapparat aufstellen, damit ein regelrechter Parallelbetrieb gewährleistet ist. Die Vakuumapparate leisten jetzt schon hinsichtlich der Desinfektionszeit doppelt soviel als die Formalindampfluftapparate. Es wird der Technik gelingen, die Apparate noch mehr zu vervollkommen, so daß der Formalinverbrauch, der den Betrieb teuer gestaltet, heruntergedrückt und auch die Desinfektionszeit abgekürzt werden kann. Dr. Wolf-Hanau.

Heißluftentlausung mit Fußbodenheizung. Von Ober-Sanitäts-Rat Prof. Dr. Prausnitz-Graz. Das österr. Sanitätswesen 1916 Nr. 44—52.

1. Entlausungsöfen haben häufig den Fehler, daß einzelne Teile ungleichmäßig erwärmt werden, namentlich am Boden. Das wird am besten dadurch vermieden, daß man — und das ist das Wichtigste — die Heizung als Fußbodenbeheizung in den Boden legt und die dadurch erreichte günstige Wirkung noch durch eine künstliche Luftbewegung im geschlossenen Raume verstärkt.

2. Diese Aufgaben können technisch in verschiedener Weise gelöst werden. Hauptsächlich kommt es darauf an, dort, wo Zentralheizung nicht zur Verfügung steht, die Rauchgase unter dem ganzen Fußboden der Entlausungsanlage hindurchzuleiten, ehe sie in den Kamin eintreten. Dies kann mittels eiserner Rauchröhren oder in Backsteinkanälen geschehen. Erstere gestatten ein rascheres Anheizen und erfordern weniger Heizmaterial, erschweren aber

die gleichmäßige Wärmeverteilung und erhöhen die Anlagekosten, weil sie eine kompiziertere Konstruktion bedingen. Der Ofen ist außerhalb des Entlausungsraumes an diesen angesetzt zu bauen.

3. Die Luftbewegung kann durch Einsetzen eines Elektromotors mit Flügelrad erfolgen; dabei ist jedoch zu berücksichtigen, daß ein gewöhnlicher Motor hohe Temperaturen nicht aushält. Sie kann aber auch durch einfache mit der Hand betriebene Vorrichtungen hervorgerufen werden.

4. Trockenes Leder (Schuhwerk) leidet bei Temperaturen bis höchstens 100° nicht, wohl aber feuchtes Leder. Es ist aber zu erwarten, daß bei längerem Aufenhalte der Objekte, bei einer für sie unschädlichen Temperatur von höchstens 90 bis 100°, pathogene Keime (Diphtherie, Cholera, Typhus usw.) sicher abgetötet werden, so daß solche Lauseöfen bei Einschaltung von Temperaturen zwischen 90 bis 100° während 4 Stunden auch zur Desinfektion (Keimabtötung) benutzt werden können.

5. Es empfiehlt sich, die Umfassungsmauern nicht massiv aufzuführen, sondern eine Luftschicht in sie einzubauen.

6. Die Kosten derartiger Lauseöfen sind sehr niedrig.

Dr. Wolf-Hanau.

Die Formaldehyd-Desinfektion. Der prakt. Desinfektor; 1917, Nr. 2.

Die wissenschaftlichen Forschungen und praktischen Erfahrungen ergeben, daß von allen Apparaten zur Versprayung oder Verdampfung flüssiger Formaldehyd-Lösungen die nach Flügge und Lingner die wirksamsten und verbreitesten sind und daß nach Beendigung der Formaldehyddesinfektion die Einleitung von Ammoniakdämpfen mittels eines Ammoniak-Vergasers in das desinfizierte Zimmer zu empfehlen ist. Dr. Wolf-Hanau.

Chlor-m-Kresole (Sagrotan) und Sputumdesinfektion II. Von Prof. Dr. Max Schottelius. Aus dem Hygienischen Institut der Universität Freiburg i. B. Zeitschrift für Tuberkulose; Bd. 26, Heft 6.

In einem Erlaß des Ministers des Innern betr. Beseitigung des Auswurfs Schwindsüchtiger in Krankenanstalten vom 24. November 1916 wird darauf hingewiesen, daß von Kirstein bessere Lösung des Auswurfs und Abtötung der Tuberkelbazillen durch eine 2%ige Phobrollösung bei 12—24stündiger Einwirkungsdauer erzielt sind. Es erscheine daher angebracht, mit diesem Mittel in der von Kirstein vorgeschlagenen Form auch praktische Versuche anzustellen.

Zu einem anderen Urteil über das Phobrol und zur Empfehlung des Sagrotan kommt Schottelius auf Grund von Desinfektionsversuchen, die in badischen Lungenheilstätten mit dem Chlor-m-Kresol (Sagrotan) angestellt sind. Danach eignet sich das Sagrotan besser zur Sputumdesinfektion als das dreimal so teure Phobrol. Eine mechanische Mischung des Sputums mit dem Desinfektionsmittel ist immer notwendig, denn je gründlicher beide miteinander gemischt werden, um so rascher tritt die desinfizierende Wirkung ein.

Zur Abtötung der Tuberkelbazillen genügt nach Sch. der 24stündige Verbleib des Auswurfs in einer 10%igen Sagrotanlösung, Sputum und Auswurf zu gleichen Teilen gemischt.

Die von Kirstein gegen das Sagrotan erhobenen Bedenken werden als hinfällig bezeichnet, weil Kirstein beim Vergleich des Sagrotans mit dem Phobrol den verschiedenen Kresolgehalt der beiden Präparate nicht berücksichtigt und die empfohlene Methode der Aufnahme des Auswurfs in Sammelgefäßen nicht anwendet.

(Die Heilstättenärzte werden gut tun, die Empfehlung chemischer Präparate zur Sputumdesinfektion sehr zurückhaltend aufzunehmen. Die Kosten sind in jedem größeren Anstaltsbetriebe erheblich und die Wirkung ist nicht bezw. niemals sicher. Ueberdies kann gegenwärtig und bis auf weiteres wegen des Fett- und Seifenmangels weder das eine noch das andere Präparat in größeren Mengen hergestellt werden. Ref.) Dr. Roepke-Melsungen.

Ueber Desinfektion und Entlausungsversuche. Von Prof. Dr. Fr. Croner-Lodz. Gesundheit; 1917, Nr. 1.

Wie der Verfasser feststellt, kann man im fahrbaren Dampfdesinfektionsapparat Typ O. A. F. mit Formalin-Dampfluft-Einrichtung der Apparatebauanstalt A. G.-Weimar bei 50° C. und 5stündiger Einwirkungszeit unter Verwendung von 1 l Formalin auch Bücher, Leder- und Pelzwaren ohne wesentliche Schädigung desinfizieren. Auch für die Entlausung ist er zu verwenden; strömender Wasserdampf von 0,15 Atm. vernichtet in 30 Minuten Läuse und ihre Brut, desgleichen 50gradiges Formalin-Dampfgemisch bei 5stündiger Einwirkung. Dr. Wolf-Hanau.

Die Schnakenbekämpfung im Winter. Von Medizinalrat Dr. Robert Rembold, Oberstabsarzt in Waldsee. Württembergisches med. Korrespondenzblatt; 1917.

Da die von dem Verfasser mit dem amtlich empfohlenen Insektizid P. angestellten Probeversuche ein wenig befriedigenderes Ergebnis lieferten und außerdem zu kostspielig waren, ist er zu einem älteren, wesentlich einfacheren und billigeren Verfahren zurückgekehrt, bei dem Kreolin zur Verwendung kommt. Nach der von ihm für die Behörden und die Bevölkerung ausgearbeiteten Belehrung und Beschreibung sind im Winter alle Orte, wo das Schnakenweibchen ihren Winterschlaf hält, also besonders Keller, Ställe, Kanäle, Gruben usw. in denen sich Schnaken befinden können, mit Hilfe einer Azetylenlaterne genau auf ihr Vorhandensein zu untersuchen. Wenn Schnaken vorhanden sind, wird in einem Eimer etwa 10 cm hoch Wasser gebracht, dem Wasser etwa der achte Teil von einem Liter Kreolin zugemischt, dann werden Besen in die Flüssigkeit getaucht und damit Decken und Wände abgestreift. Besonders müssen Ecken, Vertiefungen, Luftlöcher, die Räume hinter den Fässern, Hurden und Gestellen beachtet werden. Von Zeit zu Zeit sind die Besen wieder in die Flüssigkeit zu tauchen und darin auszuschütteln. Sie dürfen nie beim Bestreichen der Wände triefen, sondern nur feucht sein. Zwei für diese Arbeit nötige Personen teilen sich diese so ein, daß die eine das Abwischen der Decken und Wände besorgt, die andere ihr mit der Azetylenlaterne dazu leuchtet. Die im Eimer bereitete Kreolinlösung kann in mehreren Kellern benützt, muß aber, wenn sich eine zu starke Verunreinigung bemerkbar macht, erneuert werden. In kleineren Gemeinden wird 1 Liter Kreolin vielleicht ganz ausreichen, während in größeren mehr nötig ist. In Gruben, Schächten und sonstigen schlecht zugänglichen Räumen oder solchen, wo Kälte keinen Schaden bringen kann, können die Schnaken auch dadurch getötet werden, daß man die Räume in einer kalten Nacht öffnet und der Kälte Zutritt gestattet. Es ist dann aber Vorkehrung zu treffen, daß niemand durch Hineinstürzen in die Gruben und Schächte Schaden nehmen kann. Das Kreolin ist nicht nur billiger als das Insektizid, sondern es macht auch keine Flecken und verursacht keinen lästigen, den Nachrungsmitteln anhaftenden Geruch. Rpd.

B. Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Soziale Hygiene.

Rassenhygiene und Fortpflanzungshygiene (Eugenik). Von G. v. Hoffmann-Berlin. Oeffentliche Gesundheitspflege 1917. Zweiter Jahrgang; 1917, Heft 1.

Der Aufsatz ist eine Rechtfertigung des Systems der auf deutschem Boden entstandenen Rassenhygiene gegenüber der einseitigen englisch-amerikanischen Eugenik. Verfasser will der auf diesem Gebiete einreißenden Begriffsverwirrung vorbeugen. Während die von Galton ausgehende Eugenik den Menschen als biologisches Einzelwesen mit den Augen eines Tierzüchters betrachtet und Zeugung wie Fortpflanzung, in weiterer Folge die erhöhte Fruchtbarkeit der Tüchtigen und die herabgesetzte Fruchtbarkeit der Minderwertigen beeinflussen will, betrachtet die von Schallmeyer und Ploetz ausgehende Rassenhygiene nicht den einzelnen Menschen, sondern die Gesamtheit der durch Fortpflanzung zusammenhängenden Einzelwesen. Sie frägt nach den besten Entwickelungsmöglichkeiten dieser dauernd lebenden Einheit, die Ploetz

treffend Rasse, die Lehre ihrer bestmöglichen Entwickelungsbedingungen Rassenhygiene genannt hat. Diese schließt also die Eugenik (Fortpflanzungs- und Zeugungshygiene) in sich ein, erstreckt sich aber über die Eugenik hinausgehend auf alle gesellschaftlichen, kulturellen, wirtschaftlichen usw. Erscheinungen, die der Rassenwohlfahrt dienen können. Unter Rasse wird im alten Sinne des Wortes die Lebensrasse, der dauernd lebende Volkskörper verstanden. Zu den Systemrassen (Germanen, Juden, Turaner usw.) verhält sich die Rassenhygiene so, wie sonst zu einzelnen Gruppen von Minderwertigen oder Hochwertigen (z. B. Fallsüchtige, Geisteskranke, musikalisch Begabte usw.): Aufgabe der Anthropologie ist die Wertung der einzelnen Systemrassen, wie es Aufgabe der Vererbungswissenschaft ist, die Vererbung von Merkmalen aufzudecken. Auf Grund der Forschungsergebnisse der Vererbungswissenschaft und der Anthropologie strebt dann die Rassenhygiene die Vermehrung der Tüchtigen und Verminderung der Minderwertigen an. Auch die Bevölkerungspolitik, eine Hilfswissenschaft oder Unterabteilung der Volkswirtschaftslehre, fällt mit dem Arbeitsgebiet der Rassenhygiene vollkommen ebenso zusammen, wie ihre Grundlage; denn die Bevölkerungsvorgänge sind keineswegs wirtschaftliche Erscheinungen, sondern in erster Linie biologische; sie beruhen deshalb auf der Vererbungslehre und Anthropologie. Rassenhygiene und Eugenik sind also nicht gleichbedeutend; Rassenhygiene ist das Ganze, Eugenik oder Fortpflanzungshygiene dagegen nur ein Teil dieses Ganzen; demzufolge ist auch das deutsche System der Rassenhygiene dem angelsächsischen engeren System der Eugenik überlegen. Rpd.

Zur Frage der Kreisfürsorgeämter. Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Roth, Reg.- und Med.-Rat in Potsdam(†). Oeffentliche Gesundheitspflege; zweiter Jahrgang, 1917, Heft 3.

Der leider so früh verstorbene Verfasser tritt in dieser Abhandlung für die Errichtung von Kreisfürsorgeämtern ein. Nach seiner Ansicht ist in jedem Stadt- und Landkreise ein solches Amt nebst Fürsorgeausschuß einzurichten, soweit nicht bestehende Gesundheitsämter oder Wohlfahrtsdeputationen die Aufgabe auf dem Gebiete der sozialen Hygiene bereits übernommen haben. Vorsitzender des Amtes muß der Landrat bzw. Oberbürgermeister sein, dem als Vertreter und fachtechnischer Berater der Kreisarzt und die besonderen Kreisfürsorgeärzte oder Kommunalärzte, deren Zahl sich nach den örtlichen Verhältnissen zu richten hat, zur Seite stehen. Den Fürsorgeärzten sind entsprechend ausgebildete Fürsorgeschwestern oder Gemeindeschwestern beizugeben, die die Fürsorge in den Familien und Wohnungen ausüben. Soweit es die Verhältnisse gestatten, kann derselbe Arzt und dieselbe Fürsorge- oder Gemeindeschwester auch die Beratung auf verschiedenen Gebieten der sozialen Fürsorge ausüben. In erster Linie müssen nach Ansicht des Verf. in allen Kreisen die Säuglingsfürsorge in Verbindung mit Mutterberatungsstellen und die Tuberkulosefürsorge einheitlich geregelt werden, in den Städten und deren Vororten noch die Fürsorge für Alkoholtrinker sowie in den Großstädten die Beratungsstellen für Geschlechtskrankheiten. Für die übrige Fürsorgetätigkeit ist die Einrichtung besonderer Fürsorgestellen nicht nötig; sie kann vom Wohlfahrtsamt selbst wahrgenommen werden. Außer der Förderung aller Fürsorgemaßnahmen hat der Kreisarzt sein Augenmerk vor allem auf die fortschreitende Belehrung der Mütter und der heranwachsenden Jugend zu richten und diesem Zwecke dienende geeignete Maßnahmen in die Wege zu leiten. Geeignete Persönlichkeiten für das Fürsorgeamt und den Fürsorgeausschuß würden sich in allen Kreisen finden lassen; auch die Kostenfrage dürfe kaum besonderen Schwierigkeiten begegnen, da auf die Unterstützung der Landesversicherungsanstalten, Angestelltenversicherung, Krankenkassen und Wohlfahrtsvereine gerechnet werden kann. Im Interesse eines schnelleren Ausbaues der Fürsorgetätigkeit ist die Vollbesoldung der Kreisärzte in möglichst weitem Umfange anzustreben; für ihre Mitwirkung an dem Wohlfahrtsamt bzw. ihre Tätigkeit an den Fürsorgestellen ist ihnen eine entsprechende Entschädigung zu gewähren. Rpd.

---

2. Statistik.

Durchschnittsalter beim Tode und mittlere Lebensdauer in Preußen. Statistische Korresspondenz.

Das Durchschnittsalter beim Tode wird ermittelt, indem man die Anzahl der Gestorbenen in einer jeden Arbeitsklasse mit der Anzahl der Altersjahre beim Tode vervielfältigt, sodann die für alle Altersklassen erhaltenen Beträge aufrechnet und durch die Anzahl aller Gestorbenen teilt. Das Durchschnittsalter beim Tode ist vielfach von Schriftstellern, die mit den verfeinerten wissenschaftlich-statischen Rechenmethoden nicht vertraut sind, mit der mittleren Lebensdauer verwechselt worden, d. h., es ist vielfach angenommen worden, dieses Durchschnittsalter sei die wahre mittlere Lebensdauer. Tatsächlich hängt das Durchschnittsalter beim Tode aufs engste mit der Altersbesetzung einer gegebenen Bevölkerung zusammen: in einer Geburtsklinik würde sich das Durchschnittsalter beim Tode auf 8—14 Tage stellen, in einem Gymnasium auf 10—12 Jahre, im stehenden Heer im Frieden auf 22—23 Jahre, in einer Invalidenanstalt auf über 70—80 Jahre. In einer anwachsenden Bevölkerung findet eine Ueberbesetzung der jugendlichen Altersklassen statt, wodurch das Durchschnittsalter beim Tode herabgedrückt wird. Nur in einer seit 100 Jahren völlig stillstehenden Bevölkerung würden sich Durchschnittsalter beim Tode und mittlere Lebensdauer völlig decken. Wie sehr das Durchnittsalter Tode und die wissenschaftlich richtig aus Sterbetafeln ermittelte mittlere Lebensdauer in Preußen auseinandergehen, lehrt die folgende Gegenüberstellung. Es betrug:

das Durchschnittsalter beim Tode			die mittlere Lebensdauer		
	männl.	weibl.		männl.	weibl.
1876/80 .	25,4	27,1	1867/77 .	35,38	37,99
1881/85 .	25,9	27,7	1881/90 .	37,60	40,70
1886/90 .	26,0	28,3	1891/1900	41,07	44,59
1891/95 .	26,5	29,4	1901/05 .	43,72	47,33
1896/1900	27,3	30,0	1906/10 .	46,42	50,03.
1901/05 .	28,3	31,2			
1906/10 .	30,6	34,0			
1911/14 .	32,4	36,5			

Man sieht also: das Durchschnittsalter beim Tode hat in Preußen beim männlichen Geschlecht von 1875/80 bis 1906/10 von 25,4 auf 30,6 Jahre, also um 5,2 Jahre zugenommen; 1911/14 ist eine weitere Erhöhung um 1,8 Jahr eingetreten. Beim weiblichen Geschlecht ist eine Zunahme des Alters beim Tode von 1875/80 bis 1906/10 um 6,9 Jahre zu verzeichnen; dieses Alter ist von 27,1 auf 34,0 Jahre und 1911/14 weiter um 2,5 Jahre angestiegen.

Ganz anders und zwar erheblich stärker, ist das Anwachsen der mittleren Lebensdauer gewesen; ihre Zunahme von 1868/77 bis 1906/10 beträgt beim männlichen Geschlecht 11,04 Jahre (sie stieg von 35,38 auf 46,42 Jahre), also mehr als das Doppelte des gleichzeitigen Anstieges des Durchschnittsalters beim Tode! Dabei war die mittlere Lebensdauer beim männlichen Geschlecht gleich in der ersten Periode um rund 10 Jahre höher als das Durchschnittsalter beim Tode, in der Periode 1906/10 sogar um 15,8 Jahre höher (46,42 anstatt 30,6 Jahre). Beim weiblichen Geschlecht ist ein Anwachsen der mittleren Lebensdauer von 1867/77 bis 1906/10 um 12,04 Jahre (von 37,99 auf 50,03 Jahre) eingetreten; die mittlere Lebensdauer war in der ersten Periode um etwa 10,9 Jahre, 1906/10 dagegen um 16,0 Jahre höher als das Durchschnittsalter beim Tode. Diese Gegenüberstellung zeigt zur vollen Klarheit, wie sehr das so oft geübte Verfahren, das Durchschnittsalter beim Tode der mittleren Lebensdauer gleichzusetzen, zu falschen Ergebnissen führt. Will man einen wissenschaftlich einwandfreien Vergleich über die Abwandlungen der Sterblichkeit durchführen, so bleibt nichts anderes übrig, als auf die aus einer Sterbetafel ermittelte „mittlere Lebensdauer" einzugehen, bei der alle Abweichungen, die sich aus der Altersbesetzung erklären, voll in Rechnung gezogen sind.

Oesterreichs Demographie im Lichte der Statistik. Von D. S. Rosenfeld-Wien. Archiv für soziale Hygiene und Demographie; 12. Bd., H. 3—4.

Oesterreich verhält sich in vielfacher Beziehung wie die meisten europäischen Staaten. Die Wirkung der Nationalitäten verrät sich in mancher demographischer Beziehung; jedoch ist der Einfluß des Gesamtstaates nirgends verkennbar. Dr. Wolf-Hanau.

Die Entwicklung der Bevölkerung in Rußland in dem 1. Jahrzehnt dieses Jahrhunderts. Von Dr. Roessle-Berlin. Archiv für soziale Hygiene und Demographie; Bd. 12, H. 3—4.

Die enorme Ausdehnung des Landes und die damit verbundene Entwicklungsfähigkeit seiner Volkswirtschaft haben den Boden für eine ungehinderte Volksvermehrung geschaffen, die durch die niedrigen Lebensmittelpreise begünstigt wird. Dr. Wolf-Hanau.

Tagesnachrichten.

Dem preußischen Landtage ist jetzt die neue **Wahlrechtsvorlage** zugegangen, darunter auch diejenige betreffend die **Zusammensetzung des Herrenhauses.** Ebenso wie im Königreich Sachsen (s. Nr. 22 dieser Zeitschrift, S. 629) ist hier leider eine Vertretung der freien Berufe, wozu auch die Aerzte gehören, nicht vorgesehen. In der Begründung heißt es allerdings mit Recht: Die Zulassung von Präsentationsberechtigungen wird das Ziel im Auge haben müssen, „die großen tragenden Gewalten des öffentlichen Lebens aus der Geschichte und aus dem Stande der politischen, wirtschaftlichen und geistigen Entwicklung zu erkennen und zur Geltung zu bringen," bei Lösung dieser Aufgabe hat man sich jedoch auf 76 Vertreter der Selbstverwaltung, 36 Vertreter der Landwirtschaft, 36 Vertreter von Handel und Industrie, 12 Vertreter des Handwerks, 16 Vertreter der Kirche und nur 16 Vertreter der Hochschulen als Vertreter der Wissenschaft beschränkt, obwohl sich doch gerade die Wissenschaft in allen ihren Zweigen zu großer Kraft und Leistungsfähigkeit entwickelt und erst dadurch diese großartige Entwicklung der übrigen Berufsstände ermöglicht hat. Die freien Berufe, namentlich die Aerzte, werden außerdem in den Vertretern der Hochschule niemals eine ausreichende Vertretung ihres Standes in politischer Hinsicht anerkennen; denn bei aller Tüchtigkeit in ihrem Fache versagen gerade die Hochschullehrer leider nur zu oft in politischer Hinsicht. In der Begründung der Vorlage heißt es allerdings „etwa noch verbleibende Unbilligkeiten sollen auf anderem Wege ausgeglichen werden", also durch Königliche Berufung, der 150 Sitze vorbehalten sind, die freien Berufe können aber mindestens ebensogut wie alle anderen Berufstände eine gesetzlich festgelegte Vertretung im Herrenhause verlangen, ganz abgesehen davon, daß eine solche Vertretung auch im allgemeinen staatlichen Interesse unbedingt notwendig ist. Hoffentlich erfährt der betreffende Gesetzentwurf bei der weiteren Beratung im Landtage eine entsprechende Aenderung, die unseres Erachtens kaum auf Schwierigkeiten stoßen dürfte.

Nachruf. Am 24. v. Mts. ist das langjährige Mitglied des Preußischen und Deutschen Medizinalbeamtenvereins, Geh. Med.-Rat Dr. **Hermann Salomon,** ordentl. Honorarprofessor an der technischen Hochschule in Charlottenburg, nach längerem Leiden im Alter von 63 Jahren gestorben. Der Verstorbene war zunächst Kreisphysikus in seiner Heimatprovinz Ostpreußen, in Darkehmen; im Februar 1897 erfolgte seine Ernennung zum Regierungs- und Medizinalrat bei der Königl. Regierung in Koblenz, 10 Jahre später wurde ihm der Charakter als Geh. Med.-Rat verliehen und im Jahre 1908 wurde er seinem Wunsche entsprechend zum Honorarprofessor der Hygiene an der technischen Hochschule in Charlottenburg ernannt. In allen diesen Stellungen hat er sich den Ruf eines außerordentlich tüchtigen, hochbefähigten und zielbewußten Medizinalbeamten erworben, der auch in wissenschaftlicher Hinsicht durch sein hervorragendes Werk: „Die städtische Abwässerbeseitigung in Deutschland" — zwei Bände mit einem Ergänzungsband in den Jahren 1906, 1907 und 1911

erschienen —, namentlich auf dem Gebiete der Wasserversorgung als hervorragender Fachmann allseitig geschätzt wurde. Mit Beginn des Krieges hat er sich sofort der Militär-Sanitätsverwaltung zur Verfügung gestellt und ist als Chefarzt eines Reservelazaretts solange militärärztlich tätig gewesen, bis ihn ein langwieriges körperliches Leiden zwang, diese Tätigkeit niederzulegen. Friede seiner Asche! Ehre seinem Andenken!

Wegen der notwendigen Einschränkung des Umfanges der Zeitschrift muß künftighin die **Ehrengedächtnistafel** und **Ehrentafel** auf die Medizinalbeamten und sonstigen Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins beschränkt werden.

In Nr. 21 der Zeitschrift muß es bei der Ehrentafel (S. 607) heißen: „Oberstabsarzt“ Dr. Bernstein statt „Stabsarzt d. Res.“.

Die bisher gebrachten **statistischen Mitteilungen** über das Auftreten von übertragbaren Krankheiten in Preußen, sowie über das Auftreten von Pocken, Fleckfieber und Cholera bleiben infolge des beschränkten Umfanges der Zeitschrift künftighin fort.

Mitteilung an die Leser und Mitarbeiter der Zeitschrift.

Infolge der dem Verlag von der Reichspapierstelle für die Zeitschrift für Medizinalbeamte zugewiesenen nochmals erheblich verringerten Papiermenge und der inzwischen eingetretenen außerordentlich gesteigerten Druckkosten muß der Umfang jeder Nummer der Zeitsehrift künftighin auf 1¼ Bogen beschränkt werden, um ihr 14tägiges Erscheinen auch weiterhin zu ermöglichen. Die Drucklegung der bereits eingesandten Abhandlungen, Auszüge usw. wird dadurch eine wesentliche Verzögerung erleiden, die wir unsere Mitarbeiter zu entschuldigen bitten. Gleichzeitig richten wir an diese aber auch die dringende Bitte, sich bei Abfassung ihrer Abhandlungen usw. der möglichsten Kürze zu befleißigen, damit die Zeitschrift auch ferner tunlichst in der bisherigen Weise fortgeführt werden kann.

Die Schriftleitung.

Deutscher und Preußischer Medizinalbeamtenverein.

Die **Mitglieder des Deutschen und Preussischen Medizinalbeamtenvereins** werden gebeten, etwa bevorstehende **Wohnungsänderungen umgehend** der **Geschäftsstelle der Zeitschrift — Hofbuchdruckerei von J. C. C. Bruns, Minden i. W.** — mitzuteilen, damit in der Zustellung der Zeitschrift mit Beginn des neuen Jahres keine Unterbrechung eintritt. Gleichzeitig wird darauf aufmerksam gemacht, daß die Zeitschrift nicht bei der Post zu bestellen ist, da die Zustellung von seiten des Vereins bewirkt wird.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

30. Jahrgang; Nr. 24. Ausgegeben am 20. Dezember 1917.

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.
Bezugspreis für das Jahr: 15 Mark.

Ausserdem ein besonderes, nur vierteljährlich erscheinendes Beiheft:
Zeitschrift für Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege.
Offizielles Organ der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens.
Bezugspreis für das Jahr: 8 Mark, für die Bezieher der Zeitschrift: 4 Mark.

VERLAG VON FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: Boldert & Co., G. m. b. H., Eberswalde (Mark).

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung, Nr. 24, am Schlusse des Heftes.

INHALT.

Original-Mitteilungen.

Ueber Ruhrerkrankungen im Regierungsbezirk Königsberg während der Kriegsjahre. Von Dr. **Solbrig** 653

Zur Kasuistik der Sublimatintoxikation in der Geburtshilfe. Von Dr. **Walther** . 659

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Säuglings- und Kleinkinderfürsorge.

Prof. Dr. **Schlossmann**: Der Unterricht in der Säuglings- und Kinderpflege . . . 662

Dr. **Steinhaus**: Der Unterricht in der Säuglingskunde an den Mädchenoberklassen der Dortmunder Volksschulen 663

Direktorin **Deutsch**: Der Unterricht in der Kinderpflege für Volksschülerinnen . 663

Leo Langstein: Die Ausbildung der Lehrerinnen für den Unterricht in der Kinderpflege 663

Dr. **Noeggerath**, Dr. **Göppert** und Dr. **Rietschel**: Die Ausbildung der Lehrerinnen für den Unterricht in der Kinderpflege 663

Dr. **Rott**: Die Ziele der Kleinkinderfürsorge 664

Prof. Dr. **J. Bauer**: Der Schutz vor Infektionskrankheiten in Kinderheimen und Krippen 664

2. Schulgesundheitspflege.

Dr. **M. H. Baege**: Die Gefahren der zu frühen Einschulung 664

Dr. **Bachauer**: Ophthalmologische Beobachtungen aus den Volksschulen Augsburgs 664

Dr. **Poetter**: Untersuchungen des Hämoglobingehalts im Blute Leipziger Schulkinder vor und während der Zeit des Krieges 665

Dr. **Lehfeld**: Ueber den Einfluss der Kriegsernährung auf den Gesundheits- und Kräftezustand der Magdeburger Volksschüler 665

Dr. **Oschmann**: Der Einfluss der Kriegskost auf die Schulkinder 665

Besprechungen 666

Tagesnachrichten 666

Beilage:

Rechtsprechung 145

Medizinalgesetzgebung 146

Umschlag: Personalien.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Ernannt: Wirklicher Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Kirchner, Direktor der Med.-Abteilung des Ministeriums des Innern zum ordentlichen Ehrenmitgliede des Instituts für Infektionskrankheiten „Robert Koch“ in Berlin. — Verliehen: Der Charakter als Geh.



Medicinisches Waarenhaus

Aktien-Gesellschaft

Berlin NW. 6, Karlstraße 31.

Centralstelle aller ärztlichen Bedarfsartikel und für Hospitalbedarf.

Neues Instrumentarium

zur Wohnungs-Desinfection

mittels

flüssigen Formalins

nach

Prof. Dr. **O. Roepke.**





Ref. Nr. 7, 1905 der Zeitschrift f. Medizinalbeamte

D. R. G. M. Modell M. W.

Ausführliche Beschreibung steht zu Diensten.

Von den Königlich Preussischen und Königlich Bayerischen Staats-Eisenbahnen eingeführt.

30. Jahrg. 1917.

Zeitschrift
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Anzeigen nehmen die Verlagshandlung sowie alle Anzeigenannahmestellen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 24. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats. | 20. Dez.

Ueber Ruhrerkrankungen im Regierungsbezirk Königsberg während der Kriegsjahre.

Von Geh. Med.-Rat Dr. **Solbrig**, Reg.- und Med.-Rat in Breslau, früher in Königsberg i. Pr.

Der Regierungsbezirk Königsberg ist in Friedenszeiten nur selten und wenig von der Ruhr befallen gewesen. Nach den Jahresberichten sind während der Jahre 1904 bis 1914 zur amtlichen Kenntnis gekommen:

1904:	8 Fälle (tödlich),	1910:	5 „ (—)
1905:	14 „ (4 tödlich),	1911:	7 „ (2 tödlich),
1906:	5 „ (—)	1912:	4 „ (1 tödlich),
1907:	2 „ (tödlich),	1913:	1 Fall (tödlich),
1908:	1 Fall (tödlich),	1914:	16 „ (7 tödlich).
1909:	2 Fälle (tödlich),		

Hierbei mag auffallen die verhältnismäßig hohe Zahl von Todesfällen, denn im ganzen kamen auf die 60 Erkrankungsfälle des Zeitraums 1904 bis 1914 23 Todesfälle (= 38,3%). Es ist deshalb immerhin leicht möglich, daß die wirkliche Zahl der Erkrankungsfälle höher gewesen ist. Demgegenüber bleibt aber eine Tatsache bestehen, daß eigentliche Epidemien in dem

genannten Zeitraum nicht vorgekommen sind. Während der Kriegsjahre ist dies anders geworden. Das Jahr 1914 brachte bereits ein Ansteigen der Ziffer, das hauptsächlich auf Erkrankungen an Ruhr unter Flüchtlingen, die in Königsberg vorübergehend untergebracht waren, zurückzuführen ist. In den beiden folgenden Jahren kam die Seuche häufiger vor. Namentlich sind es die Kreise Heiligenbeil, Labiau und Memel, in denen ein epidemisches Auftreten der Ruhr beobachtet wurde. Ein Zusammenhang mit dem Kriege war überall festzustellen oder wenigstens mit größter Wahrscheinlichkeit anzunehmen. Im Anschluß an eine kürzlich in dieser Zeitschrift erschienene ähnliche Veröffentlichung aus einer anderen Gegend sei über die Beobachtungen im folgenden kurz berichtet. Von vornherein sei bemerkt, daß bei den drei größeren Epidemien im Kreise Memel und Labiau die Sterblichkeit eine recht hohe war. Die Fälle verliefen im allgemeinen ziemlich schwer, zuweilen foudroyant; im übrigen war klinisch etwas besonderes, das sich von sonstigen Beobachtungen unterschiede, nicht zu beobachten.[1])

Der Zeitfolge nach ist zunächst über zwei Epidemien im Kreise Memel, eine auf dem platten Lande, eine in der Stadt, zu berichten:

Im August 1915 wurde dem Kreisarzt Mitteilung von ruhrverdächtigen Erkrankungen in Arbeiterfamilien des Ritterguts B. gemacht. Die näheren Ermittlungen ergaben, daß am 11. Juli ein Arbeiter Johann P. auf diesem Gut als Fuhrmann mit einer Fuhrwerkskolonne in Rußland gewesen war, dabei sich in einem Ort aufgehalten hatte, in dem unter der einheimischen Bevölkerung die Ruhr stark verbreitet war, und drei Tage nach seiner Rückkehr unter Ruhrerscheinungen erkrankte. Er wurde am 23. Juli ins Krankenhaus nach M. gebracht, wo klinisch Ruhr festgestellt wurde. Im Laufe des Juli erkrankten dann noch 17 Personen aus 8 Arbeiterfamilien auf dem Rittergut unter meist leichten Krankheitserscheinungen, die aber bei dem zugezogenen Arzt den Verdacht auf Ruhr erweckten. Es wurden deshalb alle, auch die leicht Erkrankten, dem Krankenhaus in M. zugeführt. Hier bestätigte sich klinisch der Ruhrverdacht. Nachdem dann auch sogleich eine ordnungsmäßige Desinfektion der infizierten Wohnungen vorgenommen war, kam die Epidemie zum Erlöschen.

Außerdem flackerte die Ruhr in anderen ländlichen Ortschaften auf. So erkrankten ein Bahnarbeiter, der sich in dem vorher genannten russischen Grenzort aufgehalten hatte, und nach ihm seine Frau und 4 Kinder, ferner in einem Dorfe T. unweit der Grenze 5 Personen in der Familie eines kleinen Besitzers und außerdem verschiedene einzelne Personen in anderen Ortschaften. Im ganzen wurde nur der nördliche, der russischen Grenze zu gelegene Teil des Kreises befallen, während der südliche Teil frei blieb. Wenn auch die Wege der Infektion nicht jedesmal mit Sicherheit festgestellt werden konnten, so deutete doch in den meisten Fällen der Verkehr mit infizierten Ortschaften auf den Infektionsherd jenseits der Grenze, wo nachgewiesenermaßen teils unter der einheimischen Bevölkerung, teils unter den Armierungsarbeitern Ruhr vorgekommen war. Naturgemäß kam es dann verschiedentlich noch zu Kontaktinfektionen, was um so leichter geschehen konnte, als bei den weiten Entfernungen und der Gleichgültigkeit der Bevölkerung, die littauisch ist, ärztlicher Rat nur selten eingeholt wurde. Soweit durchführbar, wurden die Erkrankten, sobald sie einmal ermittelt waren, dem Krankenhaus in M. zugeführt.

Insgesamt kamen auf dem Lande in der Zeit von Anfang Juli bis

[1]) Nach Fertigstellung dieser Arbeit sind während des Jahres 1917 noch weitere Ruhrepidemien vorgekommen, bei denen gleichfalls ein Zusammenhang mit Erkrankungen bei Soldaten nachzuweisen oder anzunehmen war.

Anfang Oktober 79 Ruhrfälle vor, von denen 22 tödlich verliefen. Die Sterblichkeit mit 28% muß als eine recht hohe bezeichnet werden. Gegen Mitte September war die Epidemie ziemlich erloschen, es kamen dann nur noch bis Oktober einige vereinzelte Fälle vor.

Außer auf dem platten Lande kam es nun auch in der Kreisstadt selbst zu einer epidemischen Ausbreitung der Seuche.

Der erste Fall wurde Ende Juli 1915 bekannt. Sein Ursprung blieb unaufgeklärt. Es schlossen sich anfangs August einige weitere Erkrankungen an, bei denen der Infektionsherd gleichfalls unklar blieb. Obwohl die zuerst Erkrankten alsbald dem Krankenhause überwiesen wurden, kam es dann Mitte August ziemlich plötzlich zu einer stärkeren Häufung der Krankheitsfälle. In der Woche vom 15. bis 21. August wurden 35 klinisch sichere Fälle bekannt, in der darauf folgenden Woche noch 32 und in der nächsten 21. Damit war der Höhepunkt überschritten; in der folgenden Woche bis Oktober kamen nur noch im ganzen 26 Fälle hinzu. Insgesamt sind also in der Stadt 119 Fälle mit 21 Todesfällen (= 18% Sterblichkeit) vorgekommen. Bezüglich der Aetiologie ist mit größter Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß auch die Ruhrerkrankungen in M. mit denen in den benachbarten russischen Grenzorten in ursächlichem Zusammenhang stehen. Es fand damals ein reger Verkehr zwischen dem besetzten Gebiet und der Stadt statt; es ist deshalb höchst wahrscheinlich, daß direkt oder indirekt die Ruhrkeime von dort nach hier eingeschleppt wurden.

Soweit irgend möglich, wurden die Kranken alsbald einem Krankenhause oder einer zu diesem Zweck schleunigst im städtischen Arbeitshause eingerichteten Ruhrstation zugeführt.

Die übrigen Maßnahmen bestanden hauptsächlich in Belehrung der Bevölkerung durch Verteilung der Merkblätter und Veröffentlichung in der Zeitung, Einschärfung der Meldepflicht, Wohnungsdesinfektion usw. Die Gesundheitskommission beteiligte sich rege an der Ueberwachung. Dem Kreisarzt wurde ein Gesundheitsaufseher zur Seite gestellt. In sämtlichen Schulen wurde regelmäßig nach irgendwie krankheitsverdächtigen Kindern geforscht.

Mit Hilfe dieser Maßnahmen gelang es verhältnismäßig schnell, der Seuche, die sich über die räumlich recht ausgedehnte Stadt weit verbreitet hatte, Herr zu werden; denn bereits Anfang September gingen die Erkrankungsziffern wesentlich zurück und Ende dieses Monats war die Seuche bereits erloschen.

Insgesamt sind im Kreise Memel von Juli bis Okt. 1915 198 Ruhrfälle vorgekommen, von denen 43 (= 21%) tödlich endeten.

Was die Diagnose betrifft, so mußte sie auf dem Lande fast regelmäßig auf die klinischen Erscheinungen beschränkt bleiben, da die Entnahme des Untersuchungsmaterials und Verschickung zwecks bakteriologischer Untersuchung zu viel Mühe und Zeit gekostet hätte. Bei den Erkrankungsfällen in der Stadt wurde die bakteriologische Untersuchung meist mit herangezogen; es wurde aber nur recht selten, auch bei klinisch ganz sicheren, selbst den schwersten, zum Tode führenden Fällen, ein positives Ergebnis der Stuhluntersuchung erzielt. Von den Ruhrfällen sind 302 Stuhluntersuchungen ausgeführt worden, aber nur in 17 von diesen Untersuchungen, d. h. in 5,6% wurden Bazillen gefunden; letztere waren regelmäßig von Typus Shiga-Kruse. Unter den bakteriologisch untersuchten Fällen waren 21 tödlich verlaufende, aber auch von diesen hatten nur 4 ein positives Ergebnis. Blutproben wurden bei 7 verdächtigen Fällen untersucht, dabei zeigte sich in 6 Fällen ein positiver Widal (Bacillus Shiga-Kruse), wobei der Wert zwischen 1: 20 und 1: 320 schwankte. Außerdem

wurde in einem dieser Fälle daneben noch ein positiver Widal der Pseudodysenterie gefunden.

Unter den Erkrankten waren alle Altersstufen vertreten, der jüngste Kranke war im Alter von 4 Monaten, der älteste 70 Jahre alt. Unter den Erkrankten waren 2 Diakonissen, die sich bei der Pflege im Krankenhause infiziert hatten; eine von ihnen starb.

In Krankenhausbehandlung waren von den 198 Kranken 82.

Im Kreise Heiligenbeil sind seit 30 bis 40 Jahren überhaupt keine Ruhrerkrankungen beobachtet worden.

Im Oktober 1916 teilte ein Arzt dem Kreisarzt mit, daß er in der letzten Zeit in einer ländlichen Ortschaft E. 3 Kranke behandelt habe, die ihm ruhrverdächtig vorgekommen seien. Auch berichtete der Arzt zugleich, daß noch andere Personen jener Gegend erkrankt gewesen seien, ohne ärztliche Hilfe in Anspruch genommen zu haben.

Die nunmehr angestellten Ermittlungen ergaben folgendes:

In E. war außer Genesenen und einer Rekonvaleszentin nur ein 8jähriges Kind Erich K. krank zu finden. Die Erkrankung war ganz frisch, typische Krankheitserscheinungen, die für Ruhr sprachen, waren nicht festzustellen. Die alsbald veranlaßte Blutprobe konnte mangels einer genügenden Blutmenge nicht ausgeführt werden. Da nun aber in den allernächsten Tagen bei dem Kinde profuse Durchfälle auftraten, wurde am dritten Tage nach der Erkrankung die Ueberführung in das Kreiskrankenhaus veranlaßt. Hier ließen die klinischen Erscheinungen keinen Zweifel, daß es sich um Ruhr handelte. Eine nunmehr vorgenommene Blutuntersuchung ergab einen positiven Widal 1: 40 für Shiga-Kruse und von 1: 80 für Pseudodysenterie. Das Kind starb am 22. Oktober.

Es gelang nun durch genauere Nachforschungen eine Reihe weiterer, bereits abgeheilter Ruhrfälle zu ermitteln und dabei den Herd dieser kleinen Epidemie aufzudecken, auch einige Neuerkrankungen noch festzustellen.

Ende August war ein Besitzer St. aus dem Felde auf Urlaub nach E gekommen. Ob er vorher Ruhr durchgemacht hat, ließ sich nicht feststellen. Jedenfalls erkrankte seine Ehefrau Anfang September an einer anscheinend leichten Darmerkrankung, zugleich an einer Zellgewebsentzündung einer Hand, weshalb ein Krankenhaus in K. aufgesucht wurde. Anstelle der erkrankten Frau St. kam eine 60jährige Frau Sch. zur Führung der Wirtschaft ins Haus; sie erkrankte am 15. September. Bald darauf erkrankten 3 Geschwister O., 3 bis 7 Jahre alt, die einer Familie angehörten, die ihre Behausung neben der der zuerst erkrankten Frau St. hatten. Von diesen starb die 4jährige Minna O. am 27. September. Anfang Oktober erkrankte dann eine 64jährige Frau O., die mit der Familie O. an demselben Flur wohnte. Zu gleicher Zeit ereigneten sich dann zwei weitere Ruhrfälle bei einer 54jährigen Frau K. aus einem Nachbarort und ihrer 27jährigen Tochter, die Dienstmädchen bei St. in E. war. Beide hatten an der Begräbnisfeier der oben genannten Minna O. teilgenommen. Die Tochter K. infizierte darauf ihr uneheliches Kind, den 8jährigen Erich K.; dies war der zuerst genannte Erkrankungsfall, der Anlaß zu den Ermittlungen überhaupt gab. Weiter erkrankten dann noch anfangs Oktober 2 Geschwister P., 13 und 6 Jahre alt, in einem Nachbarort, zweifellos infolge Verkehrs mit den in E. Erkrankten, und Ende Oktober eine 25jährige Verkäuferin K. in E., die ihre Mutter, die oben genannte Frau K. während ihrer Erkrankung gepflegt hatte.

Die zuletzt erkrankten Personen wurden ins Krankenhaus gebracht, während die übrigen meist gänzlich unbehandelt und damit als infektionsgefährlich unerkannt geblieben waren. Außerdem wurden die erforderlichen Maßnahmen zur Desinfektion der befallenen Wohnungen getroffen. Die Epidemie erlosch damit alsbald.

Kurz zusammengefaßt verlief die kleine Epidemie, ihren Ausgang von einem im Felde stehenden, zu Haus vorübergehend auf Urlaub befindlichen Besitzer St. nehmend, in einer fortlaufenden Kette, indem erkrankten:

1. die Ehefrau, anfangs September, danach
2. die in demselben Haushalt befindliche 50jährige Frau Sch., am 15. 9.,
3. Ernst O., 7 Jahre alt, Mitte September,
4. Minna O., 4 Jahre alt, 23. 9. (gest. 27. 9),
5. Franz O., 3 Jahre alt, 28. 9. (sämtlich Kinder einer benachbarten Familie),
6. die mit diesen an demselben Flur wohnende 64jährige Frau G., Anfang Oktober,
7. die Großmutter der 3 Kinder O. (3 — 5), die 54jährige Frau K., am 7. 10.,
8. deren Tochter Hulda K., 27 Jahre alt, am 9. 10.,
9. der Sohn der letzteren, Erich K., 8 Jahre alt, am 16. 10. (gest. 22. 10.),
10. Otto P., 13 Jahre alt, anfangs Oktober,
11. dessen Bruder Ernst, 6 Jahre alt, 17. 10. (beide aus einem Nachbarort, im Verkehr mit den vorher Erkrankten in E. stehend,
12. Minna K., 25 Jahre alt, Tochter der zu 7. genannten, am 19. 10.

Von den 12 Erkrankten sind also 2 gestorben.

Bemerkt sei noch, daß außer bei dem schon erwähnten bakteriologischen Befund bei Erich K. noch in 2 anderen Fällen ein positiver Ruhr-Widal gefunden wurde, und zwar bei den unter 11. genannten Kranken ein Agglutinationsbefund 1: 160 für Pseudodysenterie und zugleich 1: 40 für Shiga-Kruse, zweitens bei der unter 12. genannten Kranken ein positiver Ruhr-Widal (ohne nähere Angabe) von 1: 320.

Im Kreise Labiau, der in früheren Jahren auch fast ganz von der Ruhr verschont geblieben war, trat die Seuche epidemisch in 2 benachbarten ländlichen Ortschaften auf. Das eine Mal kam es nur zu einer eng umschriebenen Hausepidemie, im zweiten Fall verbreitete sich die Ruhr über den ganzen Ort.

Am 26. Aug. 1916 meldete der Amtsvorsteher einen Choleraverdachtsfall in der kleinen Ortschaft La. Der Kreisarzt stellte sogleich an Ort und Stelle fest, daß es sich um Ruhr handelte, und fast gleichzeitig eine Pächterfrau mit ihrem erwachsenen Sohn erkrankt war. Aerztliche Hilfe war nicht in Anspruch genommen. Die Ermittelungen ergaben, daß im Nachbarhause kurz zuvor ein zum Heeresdienst eingezogener junger Mann auf Urlaub gewesen war, hier erkrankt und ins Lazarett nach K. gebracht worden war. Nach den Krankheitsschilderungen, die dem Kreisarzt gemacht wurden, muß angenommen werden, daß es sich bei diesem Soldaten um Ruhr handelte. Der Erkrankte hatte in der Nachbarfamilie verkehrt und muß als Infektionsquelle für die Erkrankungen in dieser angesehen werden. Von einer Ueberführung in das nächste Krankenhaus mußte wegen der Schwere der Erkrankungen und des weiten Weges zum Krankenhaus (gegen 25 km) abgesehen werden, obwohl die Wohnungsverhältnisse für eine Absonderung nicht ausreichten. Als nun aber noch 2 schulpflichtige Kinder dieser Familie in den nächsten Tagen erkrankten, erfolgte deren Ueberführung in das Krankenhaus, zugleich mit dem erst erkrankten älteren Sohn. Es erkrankten in den nächsten Tagen noch 2 erwachsene Söhne in derselben Familie, die dann gleichfalls sofort ins Krankenhaus gebracht wurden. Die Mutter allein verblieb in der Wohnung. Von den 6 Kranken starb einer. Die Epidemie war damit erloschen.

Zu gleicher Zeit kam in dem benachbarten größeren Kirchdorf Lau. mit etwa 800 Einwohnern die Ruhr vor, sich schnell zu einer größeren Epidemie entwickelnd. Am 30. August 1916 wurde vom Standesamt in Lau. ein Todesfall an Ruhr angezeigt; er betraf einen 58jährigen Arbeiter M. Aerztliche Behandlung hatte nicht stattgefunden. In der Folgezeit mehrten sich die Erkrankungsfälle. Zunächst erkrankten verschiedene Personen in der nächsten

Nachbarschaft, später dehnte sich die Epidemie schnell über einen großen Teil der räumlich weit zerstreuten Ortschaft aus. Begünstigt wurde die Verbreitung der Seuche dadurch, daß in keinem Fall ärztliche Hilfe zugezogen wurde. Dies aber lag hauptsächlich daran, daß der in Lau. in Friedenszeiten ansässige Arzt jetzt fehlte und der nächst erreichbare Arzt 20 km entfernt wohnte. Eine Gemeindeschwester war damals noch nicht vorhanden. Auch ist der Unverstand der — littauischen — Bevölkerung, die auf einem rein fatalistischen Standpunkt den Krankheiten gegenüber steht, an Ansteckungen überhaupt nicht glaubt und allen hygienischen Maßnahmen gegenüber sich widerspenstig zeigt, für die Verbreitung der Seuche außerordentlich fördernd gewesen. Schließlich sind auch die vielfach mangelhaften Wohnungsverhältnisse, die ungünstigen Trinkwasserverhältnisse (offene Brunnen mit ganz oberflächlichem, schlechtem Wasser sind für diese Gegend im „Moosbruch" charakteristisch) und die dürftigen Abortverhältnisse geeignet, der Verbreitung ansteckender Krankheiten wie Ruhr Vorschub zu leisten.

So war es kaum verwunderlich, daß die Seuche schon einen erheblichen Umfang angenommen hatte, als die Medizinalbehörden Kenntnis erhielten. Der erste Ruhrfall in Lau. betraf, wie die genaueren Feststellungen ergaben, ein 8jähriges Kind Anna M., das am 11. August erkrankte, nicht ärztlich behandelt und am 23. August gestorben war. Die Entstehung dieses Falles war nicht sicher aufzuklären; ein gewisser Anhalt wurde aber dadurch gegeben, daß ein Soldat aus dem Felde in Lau. auf Urlaub gewesen war, der früher wahrscheinlich an Ruhr gelitten hatte. Genauere Feststellungen in dieser Hinsicht konnten leider nicht gemacht werden. Jedenfalls griff die Seuche schnell um sich und erreichte im September ihren Höhepunkt. Insgesamt sind 42 sichere Fälle mit 8 Todesfällen festgestellt; daß außerdem verschiedentlich leichtere Erkrankungen, die unbekannt blieben, trotz eifrigen Nachforschens, vorgekommen sind, ist nicht ausgeschlossen.

Von der Ueberführung der Kranken in ein Krankenhaus mußte bei der weiten Entfernung und wegen Platzmangel in dem in Betracht kommenden Krankenhaus bis auf einige Fälle abgesehen werden. Besondere Absonderungsräume zu schaffen, war gleichfalls nicht möglich. Die Kranken mußten also in der Hauptsache in ihren Behausungen verbleiben. Es galt dann, dem Hauptübelstand: Fehlen ärztlicher Hilfe und geeigneter Pflege, abzuhelfen. Dies geschah dadurch, daß der Kreisarzt sich häufiger an Ort und Stelle begab und die ärztlichen Maßnahmen anordnete, und daß eine Krankenschwester angestellt wurde. Namentlich verdient das umsichtige, rastlose, energische Eingreifen dieser Krankenschwester uneingeschränkte Anerkennung. Welchen Vorurteilen die Schwester bei der Bevölkerung begegnete, erscheint vielfach kaum glaublich. Zwei besonders krasse Fälle sollen erwähnt werden: Eines Tages fand die Schwester, wie sie mir bei meinen Kontrollbesuchen berichtete, einen schwerkranken alten Mann im Zimmer nackt auf einen Stuhl sitzend, umgeben von einer Schaar von Nachbarfrauen, die den Kranken durch Abbrennen schmutzigster Lumpen einräucherten, um die Krankheit zu bannen. Daß die Luft im Krankenzimmer dabei einen fürchterlichen Gestank annahm, ist begreiflich. Ein anderes Mal mußte die Schwester feststellen, daß die Mutter ihrem schwererkrankten Kinde statt der umsonst zur Verfügung gestellten Medizin Kuhmist (!) in Milch einflößte. Was an Unsauberkeit der Wohnungen und Lagerstätten und sonstigen hygienischen Ungeheuerlichkeiten zu bekämpfen war, soll nicht weiter ausgeführt werden.

Trotz der großen Schwierigkeiten und Ungunst der Verhältnisse gelang es, der Seuche einigermaßen schnell Herr zu werden. Ende September waren 42 Erkrankungsfälle (mit 8 Todesfällen), die sich auf 17 verschiedene Häuser erstreckten, festzustellen. In den nächsten vierzehn Tagen kamen noch 14 weitere Fälle hinzu und Ende Oktober war die Seuche erloschen. Insgesamt wurden 58 sichere Ruhrfälle nachgewiesen, von denen 22 (= 38%) tödlich endeten. Die 58 Fälle verteilten sich auf 20 Häuser und 27 Familien. Von den Erkrankten waren 25 Kinder unter 14 Jahren, von denen 12 starben. Die Sterblichkeit war also eine ganz enorm hohe. In manchen Familien starben zahlreiche Mitglieder, so in einer Familie von 7 Köpfen die Mutter und 4 Kinder. Unter den Erkrankten waren alle Altersstufen vertreten; ein Kranker war unter 1 Jahr alt, die ältesten befanden sich in dem hohen Alter von 77 und 85 Jahren, die auch beide starben.

Es bleibt noch zu erwähnen, daß die Diagnose lediglich durch die klinischen Erscheinungen zu stellen war. Die bakteriologische Untersuchung, die in vielen Fällen veranlaßt wurde, ergab regelmäßig negativen Befund.

Fassen wir die Erkrankungsfälle aus allen Epidemien zusammen, so sind es 274, von denen 68 tödlich endeten. Dies entspricht einen Prozentsatz von 25, der offenbar recht hoch zu nennen ist. Wenn der schwere Verlauf bei den Epidemien in Lau. im Kreise Labiau und im Landkreis Memel darauf zurückgeführt werden könnte, daß ärztliche Behandlung nicht rechtzeitig einsetzte oder überhaupt fehlte, so trifft dies für die Epidemie in der Stadt Memel nicht zu, wo die meisten Erkrankten in Krankenhausbehandlung kamen und doch 18% der Erkrankten starben. Man muß also doch wohl mit einer besonderen Bösartigkeit der Ruhr bei unseren Epidemien rechnen. Von den 274 Erkrankten waren 100 männlichen, 174 weiblichen Geschlechts. Nach den einzelnen Altersstufen gesondert, waren erkrankt (gestorben) im Alter von:

0— 1	Jahr:	4	(4)	16—20	Jahren:	21	(3)	51—60	Jahren:	19	(4)
1— 5	Jahren:	42	(12)	21—30	„	24	(3)	61—70	„	14	(5)
6—10	„	51	(12)	31—40	„	26	(4)	71—80	„	3	(2)
11—15	„	40	(11)	41—50	„	29	(8)	85	„	1	(1)

Zur Kasuistik der Sublimatintoxikation in der Geburtshilfe.

Von Prof. Dr. **Walther**-Gießen.

Durch die Mitteilung eines Falles von tödlicher Sublimatintoxikation von der Scheide aus in Nr. 19 dieser Zeitschrift hat Kreisarzt Dr. Vollmer von neuem die Aufmerksamkeit auch auf die Anwendung des Sublimates in der Gynäkologie und Geburtshilfe gelenkt. Dieser Fall beweist aufs neue wieder, wie vorsichtig man in der Abgabe, d. h. in dem Verschreiben von Sublimat- oder ähnlichen Pastillen sein sollte, und wie genau die Hebammen in denjenigen Staaten unterrichtet sein müssen, in denen Sublimat noch zur Desinfektion eingeführt ist (Hessen, Sachsen, Oldenburg). Ich pflegte daher bisher in dem Hebammenlehrgang und bei den alljährlich stattfindenden Wiederholungslehrgängen die Gefahr der Sublimatvergiftung ganz besonders zu besprechen, ebenso aber auch diejenige der Lysolanwendung, nachdem ich vor einigen Jahren einen Fall von tödlicher Lysolvergiftung gesehen habe, der sich dadurch ereignete, daß bei einer Frau im Anschluß an einen Abort eine Lysolflasche offen stehen geblieben war und die Kranke dann $^3/_4$ des Inhalts der kleinen käuflichen Lysolflasche ausgetrunken hatte. Als die Aerzte, schließlich auch ich, hinkamen, war die Betreffende aber nach vorausgegangenen komatösen Erscheinungen schon verschieden.[1]) Also muß auch in bezug auf Lysol und andere giftige Desinfektionsmittel das Wartepersonal, mithin auch das Wochenpflegepersonal, genauestens unterrichtet werden.

[1]) Vergl. darüber Walther; Allg. Deutsche Hebammen-Zeitung, 1912, Nr 14.

Der Vollmersche Fall beweist wiederum die außerordentliche Resorptionsfähigkeit der Scheidenschleimhaut selbst im nicht puerperalen Zustande; erheblich größer ist die Gefahr, wie bei allen derartigen Arzneimitteln, wenn das betr. Mittel mit der Rektalschleimhaut in längere Berührung kommt (ich verweise in dieser Hinsicht auch auf scheinbar unschädliche Mittel, wie z. B. Veronal, das per os gegeben selten, in der gleichen Dosis per rectum gegeben aber schwere Vergiftungserscheinungen machen kann); daher bei Operationen der Rat, das Rectum gegen derartige Desinfektionslösungen stets gut abzudecken. Noch größer ist indessen die Gefahr der Resorption, wie bekannt, bei frisch puerperalen Zuständen; deshalb ist sowohl bei der Geburt, als auch im Wochenbett die Anwendung des Sublimats zu vaginalen Spülungen bekanntlich aufs strengste verboten. Wenn die Abspülung (nicht Ausspülung!!) der Geschlechtsteile (vgl. in der hessischen Dienstanweisung S. 14) mit $^1/_2$ ‰ tiger Sublimatlösung noch gestattet ist, so ist auch hier Vorsicht am Platz; denn es gibt Fälle von Idiosynkrasie gegenüber Sublimat, selbst bei stärkster Verdünnung. Ich habe drei derartige Fälle gesehen, wo eine derartige Idiosynkrasie bestand, daß schon die Berührung mit der mit Sublimat befeuchteten Hand eine intensive Rötung mit nachfolgender Dermatitis zur Folge hatte.

Daß bei vaginalen Spülungen im Wochenbett, wohl gemerkt, nicht nur nach rechtzeitiger Geburt, als auch nach Fällen von Frühgeburten, tödliche Vergiftungsfälle sich einstellen können, ist aus der Literatur zur Genüge bekannt. Vor vielen Jahren ereignete sich in der hiesigen Umgegend ein von Dr. Herr in dem allerdings wenig bekannten Blatte „Der praktische Arzt“ etwa 1880 mitgeteilter Fall von tödlicher Sublimatvergiftung nach prophylaktischen Sublimatscheidenspülungen (1 : 2000) bei einer Frau, die, um einer puerperalen Erkrankung vorzubeugen, tatsächlich täglich 2 Spülungen der Scheide mit Sublimat gemacht hatte und schließlich unter den typischen Vergiftungserscheinungen starb, eine Warnung vor Spülungen mit Sublimat im Puerperium! Ich möchte in dieser Hinsicht auch vor den noch bei manchen Aerzten angeordneten Sublimatspülungen sowohl nach gynäkologischen Eingriffen, als auch bei Pessarien warnen! Vor einigen Jahren sah ich eine Patientin, die ein Pessar von einem Arzte erhalten und auf dessen Rat hin lange Zeit Scheidensublimatspülungen benutzt hatte, um den Ring rein zu halten, und mich schließlich nicht nur wegen der Kolpitis, sondern auch wegen einer lästigen Stomatitis konsultierte. Mit dem Sistieren der Sublimatspülungen und Ersatz durch Wasserstoffsuperoxyd-Spülungen trat sofort Besserung und Linderung ein. Gerade in dem offizinellen Wasserstoffsuperoxyd besitzen wir ein ausgezeichnetes, um es noch einmal zu wiederholen, absolut ungiftiges und zugleich stark desinfizierendes Mittel, das in der Gynäkologie immer noch nicht genügend Eingang gefunden hat, wie ich schon früher

öfter betont habe.[2]) Ich benutze es sowohl für die kleine Gynäkologie (Kolpitis, Endometritis, Vulvitis), als auch im Wochenbett mit ausgezeichnetem Erfolge zu Spülungen, ganz besonders auch bei der Pessartherapie, die leider doch nicht ganz zu entbehren, wenn auch einzuschränken ist, ebenso zu Abspülungen nach plastischen Operationen (auch bei Dammrissen post partum).

Ist bei Sublimat schon die Gefahr der Resorption bei vaginaler Anwendung recht groß, so ist natürlich die allergrößte Gefahr einer tödlichen Vergiftung gegeben bei der intra-uterinen Anwendung einer Sublimatspülung 1) bei frisch puerperalem Uterus, also post partum, 2) im Puerperium sowohl nach rechtzeitiger, als auch nach Fehl- und Frühgeburten, 3. schließlich nach gynäkologischen Operationen.

Einen tragischen Fall, den ich in der Konsultations-Praxis erlebt hatte, habe ich a. a. O.[3]) mitgeteilt; ein Arzt hatte bei seiner eigenen Schwester, in der wohlgemeinten Absicht, am 9. Tage durch eine intrauterine Sublimatspülung bei Resorptionsfieber einer puerperalen Spätinfektion vorzubeugen, eine tödliche Sublimatvergiftung hervorgerufen. Als ich die Patientin sah, waren die typischen Vergiftungs-Erscheinungen da; Rettung war nicht mehr möglich (vollkommene Anurie).

Ich warne daher stets in den Operationskursen bei Besprechung der Uterusspülung post partum sowie im Wochenbett die Studierenden vor der Anwendung des Sublimats.

Selbstverständlich muß man einen solchen Fall zur Warnung vor überflüssigen intra-uterinen Eingriffen, sei es auch nur eine Uterusspülung, im Wochenbett benutzen. Nirgends rächt sich eine Vieltuerei so, wie hier. Uebrigens bezieht sich das auch auf Lysol. Vor Karbol braucht man ja nicht mehr zu warnen, da es nirgends mehr zu Spülungen oder zur Desinfektion gebraucht wird.

Die Gefahr der Sublimatvergiftung durch die verkehrte Anwendung des Sublimats zu therapeutischen Zwecken bezw. durch Anwendung zu anderen Zwecken, wie im Vollmerschen Falle zum Zwecke der Abtreibung, ist in der Literatur der letzten 15 Jahre mehrfach beschrieben. Fischer,[4]) beschrieb einen typischen Fall von Sublimatvergiftung durch Sublimatspülung vor und nach der Periode mit Bildung von Geschwüren in der Scheide und im Uterus, Nekrose, konsekutiver Nephritis, Darmgeschwüren, Anurie und Tod. Wolfenstein[5]) wies auf die Gefahren der Quecksilberkuren bei manchen Frauen hin und beschrieb einen Fall von gangränöser Zerstörung der Scheide, vom Introitus bis zur Portio mit Ausstoßung einer jauchigen Masse, mit nachfolgender totaler Schrumpfung der Scheide im

---

[2]) Walther: Wasserstoffsuperoxyd in der gynäkologischen Praxis. Med. Klinik; 1905, Nr. 3 und Münchener med Wochenschrift; 1914, Nr. 44.

[3]) Walther: Indikationsstellung und Prognose bei der geburtshilflichen Operation. Urban & Schwarzenberg; 1917, S. 112.

[4]) Fischer; Berliner klin. Wochenschrift, 1913.

[5]) Wolfenstein; ebenda.

Anschluß an eine Quecksilber-Injektionskur. Ein Fall von tödlicher Sublimatvergiftung durch Einlegen einer Sublimatpastille in die Scheide zum Zwecke der Fruchtabtreibung ist beschrieben von Michel und Barthélemy[6]); schon nach 5 Stunden nach der Einlegung einer $^1/_2$ g-Pastille waren die ersten Vergiftungserscheinungen (Erbrechen, heftige Koliken, Stomatitis, blutige Durchfälle aufgetreten; nach 8 Tagen kam Hämaturie, schließlich urämisches Coma hinzu. Die Sektion ergab Nephritis, Darmgeschwüre, Gangrän der Scheide). Aehnlich verlief ein Fall von Perrin[7]), bei dem gleichfalls durch Sublimat ein Abtreibungsversuch gemacht worden war.

Auch Eichhorst[8]) beschreibt einen Fall von Sublimatvergiftung bei einem Mädchen, das einen Abortversuch gemacht hatte. In einem von Lankford[9]) beschriebenen Fall, in dem 1 mal nach Ausbleiben der Periode, also offenbar auch als Abtreibungsversuch, 2 Pastillen in die Scheide eingeführt wurden, traten sehr bald Vergiftungserscheinungen und schließlich Exitus ein. Bei einem Fall von Bonnaire trat nach einer Scheidensublimatspritzung (1:800) nach anfänglichen leichten Symptomen Anurie und Exitus ein.

Was hier über die Gefahren des Sublimats gesagt ist, gilt in gleicher Weise für die Oxyanatpastillen und ähnliche giftige Präparate.

Jedenfalls ist die Vollmersche Mitteilung auch für die Anwendung und Aufbewahrung des Sublimats als Desinfektionsmittel von Bedeutung, sowie eine Mahnung für alle diejenigen, die Krankenpflegepersonal auszubilden haben, also auch die Chefärzte der Reservelazarette, in denen Pflegerinnen und Helferinnen vom Roten Kreuz nach nur kurzen Lehrgängen mit Sublimat als Desinfektionsmittel bekannt werden. Gerade bei den Ausbildungskursen für solche Pflegerinnen, die ich als Chefarzt eines Reservelazaretts abgehalten habe, habe ich, wie in den Hebammenkursen und in den Kursen für Wochenpflegerinnen, daher stets auf die Gefahr des Sublimats aufmerksam gemacht. Hoffentlich dienen, wie die Vollmersche Mitteilung, auch diese Zeilen zur Warnung, ohne daß die große Bedeutung des Sublimats zur subjektiven Desinfektion in dieser Hinsicht herabgesetzt werden soll.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Säuglings- und Kleinkinderfürsorge.

Der Unterricht in der Säuglings- und Kinderpflege. Von Prof. Dr. Schlossmann-Düsseldorf. Zeitschrift für Bevölkerungspolitik und Säuglingsfürsorge; Bd. 9, Nr. 9.

---

[6]) Michel und Bartélemy; Revue med. de l'Est. Newyork. Med. Journal, Bd. 88.

[7]) Perrin; Prov. médic. (Referat in Zentralblatt für Gyn., Bd. 30).

[8]) Eichhorst: Ueber anatomische Veränderungen der Speicheldrüse bei lokaler Quecksilbervergiftung. Med. Klinik, Bd. 5/45.

[9]) Lankford; Journal of Americ. Med. Assoc. Bd. 54.

Der Verfasser berichtet über die in Düsseldorf getroffene Einrichtung, die sich sehr gut bewährt hat. Die Ausgestaltung des Lehrplanes, die Ausbildung der mit der Durchführung des Lehrplans betrauten Kräfte sowie die Beaufsichtigung des Unterrichts sind in vorbildlicher Weise durchgeführt.

Dr. Wolf-Hanau.

Der Unterricht in der Säuglingskunde an den Mädchenoberklassen der Dortmunder Volksschulen. Von Stadtschularzt Dr. Steinhaus. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1917, Nr. 3.

Die auf Vorschlag des Verfassers in Dortmund eingerichteten Kurse wurden in der Weise vorgenommen, daß die technischen Lehrerinnen ärztlich rheoretisch in 7 Doppelvorlesungen unterwiesen wurden, während eine praktische Ausbildung durch eine Schwester vom Säuglingsheim und Krankenhaus erfolgte, darauf fanden in den Haushaltungsschulen Kurse durch diese Lehrerinnen für 13jährige Mädchen, die sich freiwillig meldeten, statt, die insgesamt 12 Unterrichtsstunden umfaßten. Der Lehrplan wird genauer mitgeteilt. Der Erfolg war ein recht zufriedenstellender. Die Kosten eines Kursus für 25 Schülerinnen belaufen sich auf etwa 250 Mark.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Der Unterricht in der Kinderpflege für Volksschülerinnen. Von Direktorin Deutsch in Charlottenburg. Zeitschrift für Säuglings- und Kleinkinderschutz; 1917, Heft 3.

Die Einrichtung des Säuglingspflegeunterrichts als Pflichtunterricht an der Volksschule erscheint der Verf. nach ihren langjährigen Erfahrungen als Volksschullehrerin nicht angebracht. An der Fortbildungsschule wird am besten eine Schwester unterrichten. Soll etwas Ganzes erreicht werden, so muß für jedes schulentlassene Mädchen ½ Jahr Hausfrauen- und Mutterschule als Pflicht eingerichtet werden. Auch hier soll eine Schwester unterrichten, keine Lehrerin, der die praktischen Erfahrungen fehlen. Kurze pädagogische Kurse wären wohl für die Schwestern nützlich. Die Vorschläge bieten zu gleicher Zeit die Möglichkeit, ältere verdiente Schwestern zu versorgen. Dr. Rissmann-Osnabrück.

Die Ausbildung der Lehrerinnen für den Unterricht in der Kinderpflege. Von Leo Langstein. Zeitschrift für Säuglings- und Kleinkinderschutz; 1917, Heft 4.

Verfasser vertritt bekanntlich die Forderung, Schulkinder in den Grundsätzen rationeller Kinderpflege zu unterrichten. Er will die „Vorbereitung, die die Erfüllung der Mutterschaft an die Frauen stellt", in der Volksschule bewerkstelligen lassen, die Pflichtfortbildungsschule soll das Wissen vertiefen. Obwohl L. betont, daß an zahlreichen Orten der Unterricht in der Volksschule bereits eingeführt ist, hofft er, daß zwangsweise der Besuch dieses Unterrichtes den Kindern nicht auferlegt wird. L. will den theoretischen Unterricht in der Schule, den praktischen in einer Krippe oder Säuglingsheime erteilt wissen; ersteren soll eine Lehrerin, letzteren eine Berufspflegerin erteilen. Die Lehrerinnen meint L. in 8—14tägigen Kursen ausbilden zu können. Als Anschauungsmaterial für solche Kurse stellte Verfasser zusammen mit Rott einen Atlas her. Dr. Rissmann-Osnabrück.

Die Ausbildung der Lehrerinnen für den Unterricht in der Kinderpflege. Von Dr. Noeggerath-Freiburg, Dr. Göppert-Göttingen und Dr. Rietschel-Würzburg. Zeitschrift für Säuglings- und Kleinkinderschutz; Juni 1917.

Zu Langsteins Vorschlägen äußern sich nur drei Vertreter der Kinderheilkunde und bringen drei verschiedene Ansichten vor. Man muß sich wundern, daß bei dieser Tatsache das preußische Unterrichtsministerium den Mut fand, für die Einführung des Unterrichtes in der Kinderpflege an Volksschulen Schritte zu tun. Besonders falsch ist, daß Rietschel sagt, die Notwendigkeit des Unterrichts in der Kinderpflege für die weibliche Jugend sei allgemein anerkannt, während doch Elise Deutsch in der vorigen Nummer der gleichen

Zeitschrift nach ihren langjährigen Erfahrungen als Volksschullehrerin klar und deutlich ausspricht: „Die Einrichtung des Säuglingspflegeunterrichtes als Pflichtunterricht in der Volksschule erscheint nicht angebracht. Dr. Rissmann-Osnabrück.

Die Ziele der Kleinkinderfürsorge. Von Oberarzt Dr. Rott in Berlin. Zeitschrift für Säuglings- und Kleinkinderschutz; 1917, H. 1 u. 2.

Ein großer Prozentsatz der Kleinkinder weist konstitutionelle Fehler auf (lymphat. Konstitution [Heuber] oder exsudative Diathese [Czerny]). Außer der gesundheitlichen Fürsorge kommt auch die pädagogische in Betracht, namentlich bei schlecht oder nicht beaufsichtigten Kindern. Die „halbgeschlossene" Fürsorge in Krippen, Kindergärten, Spielschulen ist bis jetzt für das Kleinkind am häufigsten zur Anwendung gekommen. Jedoch empfiehlt sich die „offene" Fürsorge deshalb, weil sie allein alle fürsorgebedürftigen Kleinkinder umfassen kann. Ihre Ausbreitung über das Reich in derselben Weise wie für den Säugling ist daher die erste und hauptsächlichste Forderung einer planmäßigen Kleinkinderfürsorge. In Charlottenburg ist innerhalb der Säuglingsfürsorgestellen eine Sprechstunde für Kleinkinder eingerichtet. Das ärztliche und pflegerische Personal ist das gleiche wie in der Säuglingsfürsorge. Ein Mangel besteht darin, daß die Kleinkinderfürsorgestellen nicht gleichzeitig über Einrichtungen für die Belehrung der Mutter in Fragen der Erziehung verfügen. Dazu sollte die Säuglingspflegerin eine spezielle Ausbildung auf pädagogischem Gebiete erhalten (Fröbelanstalt). Verfasser bedauert, daß in den Säuglingsfürsorgestellen keine Therapie getrieben werden darf, verlangt aber Polikliniken für bedürftige erkrankte Kleinkinder auf alle Fälle, wenn nicht die Kinder in den Bereich der Krankenkassenhilfe einbezogen werden. Ferner sind für die „geschlossene" Kleinkinderfürsorge die Kinderkrankenhäuser wesentlich zu vermehren. Bei der „halbgeschlossenen" Fürsorge beklagt Verfasser, daß die Krippen, Bewahranstalten und Kindergärten hygienische Mängel aufweisen, z. B. oft ohne jegliche ärztliche Aufsicht stehen, und daß die Kindergärtnerin oft ohne Kenntnisse der Gesundheitslehre und Kinderpflege ist. Dr. Rissmann-Osnabrück.

Der Schutz vor Infektionskrankheiten in Kinderheimen und Krippen. Von Prof. Dr. J. Bauer-Düsseldorf. Deutsche med. Wochenschrift; 1917, Nr. 7.

Kinderheime, Krippen und Kinderbewahranstalten, wie sie durch den Krieg in großer Anzahl entstanden sind, sollten jeden Neuankömmling als infiziert betrachten. Nach dem Vorschlage von Bauer ist jeder Neuaufgenommene, sofern er Masern und Keuchhusten noch nicht überstanden hat, 14 Tage, sonst 7 Tage in einem Einzelzimmer oder Boxe abzusondern. Erst dann kommt er in die gemeinschaftlichen Räume.

B. empfiehlt ferner, daß der einen Infektionskranken behandelnde Arzt dem Patienten ein Zeugnis darüber ausstellt, daß er die betreffende Infektionskrankheit überstanden hat, sofern es sich um eine Krankheit handelt, die im allgemeinen eine langdauernde Immunität hinterläßt, also im kindlichen Alter im besonderen um Masern, Scharlach und Keuchhusten.

Dr. Roepke-Melsungen.

2. Schulgesundheitspflege.

Die Gefahren der zu frühen Einschulung. Von Dr. M. H. Baege. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1917, Nr. 3.

Verfasser will mit Rücksicht darauf, daß das Gehirn durchschnittlich erst mit Ablauf des siebenten Lebensjahres seine volle bleibende Ausbildung erreicht und zu dieser Zeit die geistige Entwicklung einen Wendepunkt zeigt, den Beginn des Unterrichts erst zu Anfang des achten Lebensjahres gelegt wissen. Die vorzeitige Einschulung der Kinder rächt sich sehr.

Dr. Solbrig-Königsberg.

Ophthalmologische Beobachtungen aus den Volksschulen Augsburgs. Von Stadtarzt Dr. Bachauer. Der Schularzt; 1917, Nr. 2 u. 3.

In Augsburg findet die augenärztliche Ueberwachung der Volksschul-

kinder nach dem Züricher und Straßburger Prinzip statt. Verfasser ist gleichzeitig Schulaugenarzt und Schularzt. Im Zeitraum 1910/15 wurden über 30000 Kinder untersucht. Ueber die Erkrankungsformen der Augen werden genauere Angaben gemacht. Myopie wurde bei 1,24% gefunden; Hyperopie war seltener (0,85%).

Die Hauptaufgaben des augenärztlichen Dienstes sieht Verfasser in der Fernhaltung ansteckender Augenkrankheiten, Fürsorge für die an skrofulösen Augen Erkrankten, Bekämpfung der Myopie und Förderung der Beschaffung von Brillen bei den verschiedenen Refraktionsanomalien. Im weiteren Sinne gehört die Zweckmäßigkeit der Schulbänke, die Beleuchtung der Schulgebäude, die Art der Druck- und Schreibschrift in den Bereich der schulärztlichen Tätigkeit.

Verfasser tritt noch für die Einrichtung von Schwachsichtigenklassen ein, wie sie in Straßburg seit 1911 vorhanden sind. Dort werden in diese Sonderklassen diejenigen Kinder aufgenommen, die auf dem besseren Auge eine korrigierte Sehschärfe von unter 0,2 haben, aber doch noch zu gut sehen, als daß sie in eine Blindenanstalt gehören. Die Schülerzahl in solchen Klassen soll nicht über 15—17 sein. Dr. Solbrig-Königsberg.

Untersuchungen des Hämoglobingehalts im Blute Leipziger Schulkinder vor und während der Zeit des Krieges. Von Stadtbezirksarzt Dr. Poetter-Leipzig. Deutsche med. Wochenschrift; 1917, Nr. 19.

Bei zahlreichen Schülern und Schülerinnen der Leipziger Schulen wurden Untersuchungen des Hämoglobingehalts während der Kriegszeit öfters vorgenommen unter Benutzung des Sahlischen Hämometers. Dabei stellte sich die immerhin auffallende Tatsache heraus, daß der Hämoglobingehalt des Blutes bei den untersuchten Schulkindern im Verlaufe des Krieges durchweg deutlich zugenommen hat. Die Zahl der mit niedrigem Hämoglobingehalt behafteten Kinder verringerten sich immer mehr; betrug sie früher in vielen Klassen mindestens ein Drittel, so sank sie im Jahre 1916 fast oder ganz auf Null. Der Anstieg ist nirgends regelmäßig, sondern schwankt; alle Kinder mit niederen Werten zeigten aber bei der zweiten Untersuchung eine Erhöhung des Hämoglobinwertes. Mit finanzieller Unterstützung des Leipziger Lehrervereins werden weitere Untersuchungen während der Kriegsdauer stattfinden auch nach der Richtung hin, ob es sich bei der Erhöhung des Blutfarbstoffgehaltes um eine reine Anpassungserscheinung handelt, oder ob die jetzige fettarme Nahrung den Hämoglobingehalt günstig beeinflußt, oder ob die für die Hämoglobinbildung nötigen Eisenverbindungen gerade in den Nahrungsmitteln, wie sie zur Kriegszeit zur Verfügung stehen, in der rechten Menge und Art enthalten sind. Dr. Roepke-Melsungen.

Ueber den Einfluß der Kriegsernährung auf den Gesundheits- und Kräftezustand der Magdeburger Volksschüler. Von Schularzt Sanitätsrat Dr. Lehfeldt. Der Schularzt; 1917, Nr. 1.

Aus den Berichten sämtlicher 23 Schulärzte für die beiden letzten Jahre ergab sich das erfreuliche Resultat, daß, wie fast übereinstimmend festgestellt wurde, der Kräfte- und Ernährungszustand der Kinder — es kommen 27000 Schulkinder in Betracht — ein recht günstiger war.

Diese Beobachtungen stimmen, wie Verfasser hervorhebt, mit den aus anderen Großstädten vorliegenden Erfahrungen überein; sie sind zusammen mit der weiter festgestellten Tatsache, daß die allgemeine Sterblichkeit und besonders die Säuglingssterblichkeit in Deutschland während der Kriegsjahre 1915 und 1916 abgenommen hat, ein Beweis dafür, daß die vereinfachte und verringerte Ernährung unserm Volke kaum Schaden gebracht hat und keinen ernstlichen Schaden bringen wird. Dr. Solbrig-Königsberg.

Der Einfluß der Kriegskost auf die Schulkinder. Von Stadtarzt Dr. Oschmann in Weißenfels. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1917, Nr. 2.

An 161 Mädchen und 169 Knaben vom 6. bis 11. Lebensjahr wurde die Zunahme an Größe und Gewicht in den Jahren von 1913—1916 festgestellt. Es ergab sich zwar, daß in dem Schuljahr 1915/16 eine geringere Zunahme an Größe und Gewicht zu bemerken war; im übrigen stellte aber Verfasser fest, daß alle diese Kinder bei den schulärztlichen Untersuchungen einen durchaus

gesunden, frischen und kräftigen Eindruck machten. Von einer Gefährdung der Gesundheit kann nicht die Rede sein lediglich auf Grund einer geringeren Größen- und Gewichtszunahme. Weiter wurden 164 eingeschulte Kinder des Jahres 1915 mit ebenso vielen des Jahres 1916 verglichen. Hierbei zeigte sich, daß das Durchschnittsgewicht im Jahre 1916 bei den Mädchen um 0,5, bei den Knaben um 1,3 kg, die Durchschnittsgröße bei den Mädchen um 3, bei den Knaben um 1 cm abgenommen hatte gegenüber dem Ergebnis des Jahres 1915. Der durchschnittliche Ernährungszustand war dagegen fast derselbe in den Jahren 1915 und 1916 geblieben. Dadurch, daß jetzt eine Anzahl Kalorien weniger zur Verfügung stehen, wird unsere Jugend gewiß nicht gefährdet.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Besprechungen.

Dr. O. Rapmund, Prof. und Geh. Med.-Rat in Minden i. W.: **Kalender für Medizinalbeamte.** XV. Jahrgang. Berlin 1918. Verlag von Fischers medizinische Buchhandlung (H. Kornfeld) Ausgabe A (für die preußischen Medizinalbenamten). Preis: 5,50 M. und Ausgabe B (für die übrigen Medizinalbeamten) Preis: 4,50 M.

Der neue Jahrgang des Kalenders ist diesmal erfreulicherweise rechtzeitig erschienen, was bei den jetzigen Schwierigkeiten in Bezug auf Druck, Einband usw. besonders anerkannt zu werden verdient. Ebenso wie früher hat der Kalender entsprechende Umarbeitungen und Abänderungen erfahren, um die einzelnen Abschnitte sowohl mit den Fortschritten der Wissenschaft, als mit der neuesten Rechtsprechung und Gesetzgebung in Einklang zu bringen. Im übrigen ist die bewährte Form und Einteilung des Kalenders beibehalten.

Infolge der ungewöhnlichen weiteren Preissteigerung der Herstellungskosten hat der Preis des Kalenders nochmals um etwas (um 50 Pfg.) erhöht werden müssen, diese geringe Erhöhung wird aber sicherlich keinen Medizinalbeamten von seiner Anschaffung abhalten; findet er doch in ihm den zuverlässigsten Ratgeber für seine amtliche Tätigkeit.

Dr. Fielitz-Halle a. S.

Deutscher Hebammenkalender 1918. Berlin 1918. Verlag von Elwin Staude. Preis: 1,20 Mark.

Der Kalender ist diesmal mit Rücksicht auf die ungeheure Preissteigerung für Papier, Einband, Druckkosten usw. in etwas verkürzter Form erschienen, um den bisherigen Preis beizubehalten; er bietet aber gleichwohl alle Einrichtungen, die für die Berufsführung der Hebammen nützlich sind. Es ist dies besonders ein Verdienst des Verlags, der unter Verzicht auf nennenswerten geschäftlichen Nutzen es ermöglicht hat, den Kalender ohne Preiserhöhung in bezug auf Inhalt und Einrichtung so auszugestalten, daß er den Hebammen nach wie vor gute und wertvolle Dienste bei ihrer Berufstätigkeit leisten wird. Die Medizinalbeamten können deshalb seine Anschaffung den Hebammen ihres Bezirkes warm empfehlen bezw. darauf hinwirken, daß eine solche auf Kosten der Gemeinden bewirkt wird. Rpd.

Tagebuch für Säuglingsfürsorgerin. Berlin 1918. Verlag von Elwin Staude. Preis: 1,20 Mark.

Das 7 Druckbogen starke, in Form eines Quartheftes herausgegebene Tagebuch ist nach einem Entwurf der Hauptstelle für Säuglingsschutz in der Provinz Sachsen angefertigt und zweckmäßig eingerichtet. Für jeden zu überwachenden Säugling sind zwei nebeneinander stehende Seiten mit verschiedenen Spalten und entsprechendem Vordruck vorgesehen, wodurch die erforderlichen Eintragungen wesentlich erleichtert werden. Das Tagebuch wird sich deshalb für den praktischen Gebrauch sicherlich gut bewähren. Rpd.

Tagesnachrichten.

Ueber die beabsichtigte Errichtung eines **Reichswohlfahrtsamtes** wird jetzt in politischen Blättern folgendes mitgeteilt: „Der Volksgesundheit wird

nach dem Kriege besondere Aufmerksamkeit zugewendet werden. Um dieses möglichst wirksam tun zu können, ist im Reichstage schon mehrfach die Bildung eines Reichswohlfahrtsamtes angeregt worden, in dem das Reichsgesundheitsamt aufgehen und das außerdem mit allen bevölkerungspolitischen Aufgaben sich befassen soll. Das Gebiet dieser Aufgaben ist allmählich so groß geworden, daß ein besonderes Staatssekretariat für sie notwendig ist. Diesem neuen Staatssekretär würde man dann auch die gesamten öffentlichen Wohlfahrtsfragen unterstellen, ebenso alle Medizinalangelegenheiten. In den Ausschüssen des Reichstages sind diese Fragen schon wiederholt angeschnitten worden. Die Regierung hat sich aber bisher abwartend verhalten. Während der Januartagung des Reichstages soll nun die Bedeutung der Angelegenheit erneut hervorgehoben werden." Hoffentlich führen dann diese Beratungen zur Errichtung eines solchen Amtes, das im großen und ganzen den Anforderungen entsprechen würde, die an dieser Stelle in Nr. 19 der Zeitschrift als notwendig anerkannt sind.

Der **Preußische Aerztekammerausschuß** hat an den Minister des Innern eine **Eingabe** gerichtet, in dem er mit Recht bedauert, daß eine **Vertretung des ärztlichen Standes** in dem Gesetzentwurf, betr. **Neuordnung des Herrenhauses**, nicht vorgesehen sei, während doch gerade die Folgen des Weltkrieges den Fragen der Volksgesundheit, der Bevölkerungspolitik und sozialen Medizin eine verdoppelte Bedeutung gegeben haben. Sowohl in gutachtlich beratendem Sinne, als für die wirksame Durchführung der gesetzlich zu beschließenden Maßnahmen seien hierbei durch Gesetz zu bestellende und von den Aerztekammern zu wählende Vertreter des ärztlichen Standes unentbehrlich; sie dürften daher bei der beabsichtigten Neuordnung des Herrenhauses um so weniger ausgeschlossen bleiben, als diese einen ausgesprochen berufsständischen Charakter habe.

In **Oesterreich** hat jetzt Se. Majestät der Kaiser der **Errichtung eines Ministeriums für Volksgesundheit** mit dem in einer Anlage festgesetzten Wirkungskreise genehmigt und den Ministerpräsidenten Dr. v. Seidler ermächtigt, den hierauf bezüglichen Gesetzentwurf zur verfassungsmäßigen Behandlung im Reichsrate einzubringen. Der Wirkungskreis des neuen Ministeriums, dessen Leitung bekanntlich dem ordentlichen Professor für medizinische Chemie in Prag Dr. Johann Horbaczewski übertragen wurde (s. Nr. 18 dieser Zeitschrift S. 522), wird umfassen: 1. Die Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten des Menschen. 2. Die Mitwirkung in Veterinärangelegenheiten, welche die Wahrung der Gesundheit des Menschen berühren. 3. Die Hygiene der Städte. 4. Die Verkehrshygiene. 5. Die Ernährungshygiene, 6. Gesundheitliche Jugendfürsorge. 7. Berufs-, Gewerbe- und Unfallhygiene. 8. Behandlung und Pflege der Kranken. 9. Gefängnishygiene. 10. Apothekerwesen. 11. Leichenwesen. 12. Gesundheitliche Fürsorge für Kriegsbeschädigte. 13. Ausübung ärztlicher und einschlägiger Hilfstätigkeit. 14. Statistik des Volksgesundheitswesens. 15. Organisierung und Förderung der freien Selbsttätigkeit auf allen Gebieten des Volksgesundheitswesens der Vereine, Anstalten, Fonds und Stiftungen.

Der Bundesrat hat unter dem 21. November d. J. neue **Vorschriften über Krankheitserreger** erlassen, deren Abdruck in der Beilage zur nächsten Nummer der Zeitschrift erfolgen wird.

Durch Erlaß des Ministers des Innern vom 30. November d. J. sind die **Gebühren der preußischen Landesanstalt für Wasserhygiene** vom 1. Dezember d. J. ab um 20 % erhöht. Die erweiterten Bauschbeträge für fortlaufende Untersuchungen werden davon nicht berührt.

---

70. Geburtstag. Am 9. d. Mts. hat Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Flügge** in Berlin seinen siebenzigsten Geburtstag gefeiert. Er ist nicht bloß der älteste, sondern wohl auch der bekannteste aller jetzt im Amte befindlichen deutschen Hochschullehrer der Hygiene. Im Jahre 1883 wurde er nach Göttingen

zum außerordentlichen Professor und Direktor des dortigen medizinischen Instituts für medizinische Chemie und Hygiene, des ersten derartigen Instituts in Preußen, berufen und zwei Jahre später zum ordentlichen Professor ernannt. Von 1887 bis 1909 hat er dann in Breslau, seitdem in Berlin den gleichen Lehrstuhl innegehabt und an beiden Orten eine segensreiche Tätigkeit entfaltet, nicht nur als Lehrer und Forscher in wissenschaftlicher, sondern vor allem auch in praktischer Hinsicht. Wie kein anderer Hygieniker ist gerade Flügge allezeit bemüht gewesen, die wissenschaftlichen Errungenschaften der Hygiene für das gesundheitliche Allgemeinwohl und das öffentliche Gesundheitswesen nutzbar zu machen; auch allen sozialhygienischen Fragen hat er von jeher das größte Interesse entgegengebracht. Von seinen vielen literarischen Werken hat vor allem sein jetzt in achter Auflage vorliegender „Grundriß der Hygiene", die größte Anerkennung und weiteste Verbreitung gefunden; es dürfte wohl in keiner Bibliothek eines Medizinalbeamten fehlen. Auch sein ebenso anregender wie überzeugender und klarer Vortrag, seine außerordentliche persönliche Liebenswürdigkeit haben nicht wenig zu der großen Beliebtheit und des hohen Ansehens beigetragen, dessen sich Flügge weit über den Kreis seiner Schüler hinaus erfreut. Möge ihm noch recht viele Jahre die gleiche körperliche Rüstigkeit und Frische vergönnt sein!

Todesfall. Am 22. v. M. ist der langjährige Leiter des Korrespondenzblattes der ärztlichen Kreise und Bezirksvereine im Königreich Sachsen, San.-Rat Dr. **Schneider,** Gerichtsassistenzarzt in Zittau, verstorben. Er hat sich als außerordentlich tüchtiger Leiter dieses Blattes sowie als Vorsitzender der Aerztekammer Bautzen und als a. o. Mitglied des Sächsischen Landesgesundheitsamtes große Verdienste um die Förderung der ärztlichen Standesinteressen in seinem heimatlichen Bundesstaate erworben und erfreute sich bei allen seinen Berufsgenossen der größten Achtung und des vollsten Vertrauens. Sein Andenken wird deshalb in Ehren bleiben!

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten:

Das Eiserne Kreuz I. Klasse:

Stabsarzt der Res. Dr. Franke, bezirksärztlicher Stellvertreter in Kirchenlamitz (Oberfranken).

Stabsarzt der Res. Dr. Klix. Kreisarzt in Osterode (Ostpr.); hat auch das Ritterkreuz I. Kl. des Königl. Sächsischen Albrechtsordens mit Schwertern und Krone erhalten.

Stabsarzt d. Res. u. Regt.-Arzt Dr. Stackemann, Kreisarzt in Walsrode (Reg.-Bez. Lüneburg).

Ferner hat erhalten: Der Stabsarzt d. Res. Dr. Schirow Kreisarzt in Gummersbach (Rheinland) das Ehrenzeichen I. Klasse vom Roten Kreuz mit der Kriegsdekoration Oesterreich-Ungarns.

Mitteilung.

Infolge der außerordentlichen Preissteigerung für Papier, Druckkosten usw. hat sich die unterzeichnete Verlagsbuchhandlung leider gezwungen gesehen, den **Bezugspreis** der Zeitschrift von **15 auf 17 Mark** zu erhöhen. Auf den Bezug der Zeitschrift seitens des Deutschen, Preußischen, Bayerischen usw. Medizinalbeamtenvereins findet diese Erhöhung jedoch keine Anwendung.

Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld, Berlin.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 1. 5. Januar. 1917.

Rechtsprechung.

Entziehung des Prüfungszeugnisses einer Hebamme wegen Pflichtwidrigkeiten. Entscheidung des Preußischen Oberverwaltungsgerichts (III. Sen.) vom 4. November 1915.

In den zutreffenden Gründen der Vorentscheidung ist dargelegt, daß der Beklagten die Eigenschaften, die bei der Erteilung des Hebammenprüfungszeugnisses vorausgesetzt werden mußten, insbesondere die größte Gewissenhaftigkeit bei der Beobachtung der Vorschriften des Lehrbuchs und die pünktliche Befolgung der Anweisungen des Kreisarztes, nicht mehr eigen sind. Völlig unzutreffend ist es, wenn die Beklagte behaupten will, daß bei jeder Hebamme derartige Verstöße vorkämen. Jedenfalls machen solche Verstöße eine Hebamme ungeeignet für ihren Beruf. Nachdem sich die Beklagte die früheren Bestrafungen und alle Warnungen des Kreisarztes so wenig zu Herzen genommen hat, daß sie unmittelbar nach der letzten Warnung und dem ausdrücklichen Verbote, vor dem 20. Oktober weiterhin beruflich tätig zu sein, am Nachmittag des 18. Oktober die Entbindung der Frau B. vorgenommen hat, so zeigt das, daß sie des Pflichtgefühls bar ist, das unerläßlich ist. Es war die Folge dieser Pflichtverletzung, daß die Beklagte sich zur Fälschung des Tagebuches, zur Nichtbeachtung des Fiebers der Wöchnerin und dazu hat drängen lassen, die notwendige Heranziehung eines Arztes zur Behandlung der Frau B. zunächst zu unterlassen. Was sie zur Erklärung ihrer Handlungsweise, deren Verwerflichkeit sie übrigens voll zugibt, anführt: ihre Angst vor dem Kreisarzt und die Schwäche der weiblichen Natur, kann nicht dazu führen, anzunehmen, daß sie in Zukunft in der Weise ihren Berufspflichten nachzukommen willens sein werde, die unbedingt im Interesse der auf die Hilfe der Hebammen angewiesenen Personen erforderlich ist. Daran ändert auch die Tatsache nichts, daß der Vorderrichter der Beklagten hinsichtlich ihrer persönlichen Lage, ihrer Familienverhältnisse usw. ein gewisses Mitgefühl nicht versagt, während er ihr anderseits mit Recht unverbesserliche Pflichtvergessenheit vorhält. Demgegenüber ist es auch ohne Bedeutung, wenn die Beklagte für die Zukunft treue Pflichterfüllung verspricht. Die Entziehung des Prüfungszeugnisses ist auch nicht, wie die Berufungsschrift am Schlusse meint, eine Strafe, sondern eine Verwaltungsmaßregel zur Aufrechterhaltung der gewerblichen Ordnung und zum Schutze der Bevölkerung. Muß hiernach der Beklagten im öffentlichen Interesse das Prüfungszeugnis als Hebamme entzogen werden, so gibt das Gesetz dem Verwaltungsrichter nicht die Befugnis, aus Rücksicht auf die sich etwa ergebende Notlage der Betroffenen, sei es auf die Dauer, sei es auf einen vorübergehenden Zeitraum, von der gesetzlichen Vorschrift abzuweichen.

(Sächsische Korrespondenz; Nachdruck nur mit deren Genehmigung gestattet.)

Eine Zwangsetatisierung von Kosten, die durch Untersuchungen in einem staatlichen Medizinaluntersuchungsamt entstanden sind, ist nur dann statthaft, wenn die Kosten durch Maßnahmen der Ortspolizei oder der Gemeinde, die die Trägerin der Kosten der Polizeiverwaltung ist, entstanden sind. Entscheidung des preuß. Oberverwaltungsgerichts (I. Sen.) vom 24. Februar 1916.

. . . . Die streitigen Gebühren werden den klagenden Gemeinden als Trägern der Kosten der örtlichen Polizeiverordnung abgefordert. . . . . Hierzu gehören alle persönlichen und sachlichen Ausgaben, die durch die Verwaltung der Ortspolizei entstehen oder erforderlich werden, soweit sie nicht nach

sonstigen Rechtsvorschriften einem anderen Verpflichteten zur Last fallen. Darunter fallen auch die Gebühren von Untersuchungsstellen, deren Tätigkeit von der Ortspolizeibehörde, sei es aus eigener Entschließung, sei es auf Anweisung seitens der Aufsichtsbehörde, zu polizeilichen Zwecken in Anspruch genommen wird. . . . . Nun ist aber die Tätigkeit der Untersuchungsstelle weder von der Ortspolizeibehörde der klagenden Gemeinden, noch auch von diesen unmittelbar in Anspruch genommen, sondern ohne Mitwirkung der Ortspolizeibehörde lediglich von den Aerzten, in deren Behandlung sich die Kranken befanden.[1]) Ob die Ortspolizeibehörde Pflicht und Anlaß gehabt hätte, ihrerseits die Untersuchungen herbeizuführen, kommt hier nicht in Betracht. Wäre es der Fall und hätten die Aerzte, indem sie die Abgänge der Kranken dem Untersuchungsamte zur Untersuchung einschickten, ein Geschäft für die Ortspolizeibehörde besorgt, so würde dies vielleicht für eine, im übrigen lediglich dem ordentlichen Rechtswege vorbehaltene, Auseinandersetzung zwischen den Aerzten und der Ortspolizeibehörde bezw. deren Kostenträgerin von Bedeutung sein. . . . Tatsächlich hatten aber die Aerzte weder einen entsprechenden Auftrag, noch der Zustimmung der Ortspolizeibehörde zu H. erhalten. Ist aber die Tätigkeit des Untersuchungsamtes nicht von der Ortspolizeibehörde oder von den Gemeinden in Anspruch genommen worden, so fehlt der Aufsichtsbehörde auch die Zuständigkeit zur Feststellung der Leistungspflicht der Gemeinden und damit entfällt eine Entscheidung darüber, ob diese an sich überhaupt für die Kosten dieser Art ein Einkommen haben würde.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Deutsches Reich.

Gesundheitsschädliche und täuschende Zusätze zu Fleisch und dessen Zubereitungen. Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 14. Dezember 1916.

Auf Grund des § 21 des Gesetzes, betreffend die Schlachtvieh- und Fleischbeschau, vom 3. Juni 1900 (Reichs-Gesetzbl. S. 547) hat der Bundesrat die nachstehende Ergänzung der Bekanntmachung vom 18. Februar 1902 (Reichs-Gesetzbl. S. 48)/4. Juli 1908 (Reichs-Gesetzbl. S. 470) beschlossen:

1. Im ersten Absatz ist hinter den Worten „Chlorsaure Salze“ in neuer Zeile einzufügen:
   „Salpetrigsaure Salze“.
2. Die Ergänzung tritt mit dem Tage der Verkündung in Kraft.

Aenderung der Ausführungsbestimmungen zur Verordnung über den Verkehr mit Seife, Seifenpulver und anderen fetthaltigen Waschmitteln. Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 14. Dezember 1916.

Auf Grund des § 1 der Bekanntmachung über den Verkehr mit Seife, Seifenpulver und anderen fetthaltigen Waschmitteln vom 18. April 1916 (Reichs-Gesetzbl. S. 307)[2]) wird folgendes bestimmt:

Der § 3 der Bekanntmachung, betreffend Ausführungsbestimmungen zur Verordnung über den Verkehr mit Seife, Seifenpulver und anderen fetthaltigen Waschmitteln vom 21. Juli 1916 (Reichs-Gesetzbl. S. 766)[3])/28. August 1916 (Reichs-Gesetzbl. S. 970) wird wie folgt geändert:

1. in Nr. 1b wird hinter den Worten „ansteckender Krankheit“ eingefügt „sowie Tuberkulose jeder Art“,

---

[1]) Die betreffenden Aerzte, in deren Krankenhausbehandlung sich typhusverdächtige Personen aus den beklagten Gemeinden befanden, hatten Proben von den Abgängen der Kranken dem staatlichen Medizinaluntersuchungsamte übersandt. Bei den Erkrankungen handelte es sich nicht um die Feststellung erster Fälle, sondern um die Feststellung weiterer Erkrankungen, die nach dem Min.-Erlaß vom 27. März 1907 auf Kosten der Gemeinde als Trägerin der örtlichen Polizeilast zu erfolgen hat.

[2]) Siehe Beilage Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung zu Nr. 10 dieser Zeitschrift; Jahrgang 1916.

[3]) Desgl. zu Nr. 15.

2. in Nr. II werden die Worte „für unter Tag arbeitende Grubenarbeiter in Kohlenbergwerken“ gestrichen,
3. als Abs. 2 und Abs. 3 wird dem § 3 hinzugefügt:

Auf die nach Abs. 1 Nr. I b und c ausgestellten Zusatzseifenkarten darf in Apotheken statt K. A.-Seife Kaliseife in gleicher Menge abgegeben werden.

Im Falle des Abs. I Nr. 1 c kann an Stelle der Einzelzusatzkarten eine Sammelzusatzkarte ausgestellt werden.

Die Bestimmung tritt mit dem Tage der Verkündung in Kraft.

B. Königreich Preussen.

Stiftung eines Verdienstkreuzes für Kriegshilfe. Urkunde vom 5. Dezember 1916.

§ 1. Das Verdienstkreuz für Krieghilfe besteht aus einem aus Kriegsmetall hergestellten achtspitzigen Kreuz mit einem Mittelschild, das auf der Vorderseite die Inschrift „Für Kriegshilfsdienst“ und auf der Rückseite Unseren gekrönten Namenszug trägt. Das Kreuz wird an einem weißen, sechsmal schwarz gestreiften Bande mit rotem Vorstoß getragen und hat in der Ordensreihe seinen Platz zwischen der Rettungsmedaille und den Orden dritter Klasse am satzungsmäßigen Bande.

§ 2. Das Verdienstkreuz für Kriegshilfe soll ohne Unterschied des Ranges und Standes an Männer und Frauen verliehen werden, die sich im vaterländischen Hilfsdienst (§ 2 des Reichsgesetzes vom 5. Dezember 1916, Reichs-Gesetzbl. S. 1333) besonders ausgezeichnet haben. Jedoch soll es in betreff der Verdienste um die Krankenpflege im Dienste des Roten Kreuzes und der ihm verwandten Aufgaben bei der Verleihung der dafür bestimmten Auszeichnung der Roten Kreuzmedaille verbleiben.

Das Verdienstkreuz für Kriegshilfe kann in geeigneten Fällen auch an Angehörige der verbündeten Mächte verliehen werden.

Die Verleihung neben dem Eisernen Kreuz oder anderen Kriegsauszeichnungen ist zulässig.

§ 3. Das Verdienstkreuz für Kriegshilfe verbleibt beim Tode des Inhabers zur Erinnerung an dessen Verdienste im Besitze der Angehörigen.

Einholung der Genehmigung zum Eintritt von nicht dienstpflichtigen Medizinalbeamten in den Heeresdienst. Rund-Erlasse des Ministers des Innern vom 17. März 1915 — M 589 — (a) und vom 5. Dezember 1916 — M 3306 — (b) an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

a. Es ist zu meiner Kenntnis gelangt, daß nicht militärdienstpflichtige Medizinalbeamte mit Genehmigung der Herren Regierungspräsidenten bis in die neuere Zeit sich mehrfach der Heeresverwaltung zur Verwendung im Kriegsdienste zur Verfügung gestellt haben. Bei aller Anerkennung, welche diese patriotische Handlungsweise verdient, wird es doch nicht immer angängig sein, ihr Folge zu geben. Bei der großen Zahl der zum Kriegsdienst einberufenen Medizinalbeamten haben sich in einzelnen Bezirken bereits Schwierigkeiten hinsichtlich der Verwaltung der Kreisarztstellen ergeben. Es erscheint daher geboten, bei der Erteilung der Genehmigung zum Eintritt in das Heer für nicht dienstpflichtige Medizinalbeamte in Zukunft größere Zurückhaltung zu beobachten.

Ew. pp. ersuche ich ergebenst, an nicht dienstpflichtige Medizinalbeamte Urlaub zum Eintritt in das Heer künftig nur nach Einholung meiner Genehmigung zu erteilen.

Sofern im dortigen Bezirke Kreisärzte oder Kreisassistenzärzte für eine anderweite Verwendung im Dienste der Medizinalverwaltung abkömmlich sind, ersuche ich, mir diese gefälligst binnen 8 Tagen namhaft zu machen. Einer Fehlanzeige bedarf es nicht.

b. Zum Eintritt von nicht dienstpflichtigen Medizinalbeamten in den Heeresdienst ist in jedem Falle vorher meine Genehmigung einzuholen, auch wenn es sich um die Wiederanstellung verabschiedeter Sanitätsoffiziere handelt, die zunächst nur an ihrem Wohnorte verwendet werden sollen. Unter Bezug-

nahme auf den Erlaß vom 17. März v. Js. — M 589 — ersuche ich ergebenst die Kreisärzte hierauf hinzuweisen.

Bekämpfung übertragbarer Krankheiten in Fortbildungsschulen usw. Erlaß des Ministers des Innern vom 25. November 1916 — M 12229 — an den Herrn Polizeipräsidenten in Berlin.

Von einer Aenderung oder Ergänzung der Formulare für Meldungen über übertragbare Krankheiten sehe ich zurzeit ab. Ich ersuche indessen ergebenst, die unteren Dienststellen gefälligst anzuweisen, stets die in Frage kommenden Feststellungen vorzunehmen und erforderlichenfalls den Leitern von Fortbildungsschulen, Kindergärten und dergl. entsprechende Mitteilungen zu machen.

Beseitigung des Auswurfs Schwindsüchtiger in den Krankenanstalten. Erlaß des Ministers des Innern vom 24. November 1916 — M. 12161/15 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten, abschriftlich an die Herren Oberpräsidenten.

Aus den Berichten der Regierungspräsidenten über die Beseitigung des Auswurfs Schwindsüchtiger in den Krankenanstalten ergibt sich, daß fast allgemein in den Lungenheilanstalten eine einwandfreie Vernichtung der Tuberkelbazillen durch Auskochen oder Dampfdesinfektion des Auswurfs angewendet wird. Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß dies die beste und sicherste Form der Unschädlichmachung des tuberkulösen Auswurfes ist. Dagegen werden die Glasgefäße, in denen der Auswurf gesammelt wird, Speigläser und Spuckflaschen nicht in allen Lungenheilstätten durch Auskochen oder im Dampfsterilisator desinfiziert, sondern noch mehrfach auf mechanischem Wege unter Zuhilfenahme von Desinfektionsmitteln und heißem Wasser gereinigt. Bei diesem Verfahren ist eine sichere Keimfreimachung der Gläser nicht gewährleistet, auch sind dabei die mit der Reinigung betrauten Personen einer nicht unerheblichen Ansteckungsgefahr durch verspritzende Tropfen ausgesetzt. Es muß daher darauf hingewirkt werden, daß in allen Lungenheilanstalten sowohl der Auswurf der Kranken durch Auskochen oder Erhitzen im Dampfsterilisator unschädlich gemacht, als auch in gleicher Weise die Sammelgefäße sterilisiert und die dazu notwendigen Apparate, wo sie noch fehlen, beschafft werden. Zweckmäßig werden dazu solche Apparate gewählt, welche es gestatten, die Sammelgefäße mit ihrem Inhalt zu desinfizieren, so daß ein Entleeren der Gefäße vor erfolgter Desinfektion vermieden wird. Denn auch in den Lungenheilanstalten ist ebenso wie in anderen Krankenhäusern, in denen übertragbare Krankheiten behandelt werden, peinlichst darauf zu achten, daß keinerlei undesinfiziertes Infektionsmaterial verstreut werden oder aus der Anstalt hinausgelangen kann.

Die Berichte betonen dagegen übereinstimmend, daß die Vernichtung des Auswurfs Schwindsüchtiger in den übrigen Krankenhäusern nicht einheitlich durchgeführt wird. Auskochen oder Dampfdesinfektion wird nur in wenigen angewendet, vielmehr ist das Auffangen des Auswurfs in Speigläsern, die mit Sublimat-, Lysol-, Kresolseifenlösung, 2—5%igem Karbolwasser oder mit Wasser ohne Zusatz gefüllt sind, die Regel. Eine Desinfektion der Speigläser findet entweder gar nicht oder mit unzureichenden Mitteln statt; über eine einwandfreie Desinfektion dieser Gläser wird nur vereinzelt berichtet.

Es ist trotz vereinzelt geäußerter anderer Ansicht daran festzuhalten, daß eine sichere Vernichtung der Tuberkelbazillen im Innern von zähen Auswurfballen durch 5%ige Sublimat-, 2,5%ige Kresolseifenlösung, 1%ige Formaldehydlösung und ähnliche Desinfektionsmittel nicht gelingt, weil diese Mittel in die Auswurfballen nicht eindringen und entweder gar keine oder nur eine unvollkommene Lösung des geballten Auswurfs herbeiführen. Es muß daher angestrebt werden, daß diese Mittel für sich allein künftig zur Desinfektion des Auswurfs nicht mehr benutzt werden. 5%ige Sublimat- und 10%ige Kresolseifenlösung können indessen in der Weise zur Desinfektion des Auswurfs verwandt werden, daß, wie von verschiedenen Seiten empfohlen wird, die Speiflaschen und Spuckgläser zu etwa ¼ ihres Innenraumes mit 2%iger Soda- oder 1%iger Antiforminlösung, die beide eine schnelle und gründliche Auflösung der Auswurfballen bewirken, gefüllt werden und erst nach Benutzung des Ge-

fäßes die Desinfektion des Auswurfs durch Hinzufügen der gleichen Menge des Desinfektionsmittels und wenigstens zweistündige Einwirkung desselben vorgenommen wird.

Von einer Seite ist angeregt worden, an Stelle der bisher üblichen Mittel eine 1 %ige Phobrollösung (der „Chemischen Werke A.-G." Grenzach) anzuwenden, da in ihr eine bessere Lösung des Auswurfs und eine sichere Abtötung der Tuberkelbazillen erfolgen soll. Nach den günstigen Ergebnissen, welche in wissenschaftlichen Laboratoriumsversuchen mit diesem Desinfiziens, jedoch in 2 %iger Lösung und bei 12—24stündiger Einwirkungsdauer, erzielt worden sind (cfr. Kirstein: „Ueber die Desinfektion phthisischen Auswurfs mittels der Phenolderivate Phobrol, Grotan und Sagrotan, insbesondere bei gleichzeitiger Anwendung von Antiformin", Veröffentl. a. d. Gebiete der Medizinalverwaltung Bd. V Heft 7), erscheint es angebracht, mit diesem Mittel in der von Kirstein vorgeschlagenen Form auch praktische Versuche anzustellen.

Zu verwerfen sind aber alle Verfahren, bei denen der Auswurf undesinfiziert in den Abort oder die Kanalisation entleert wird, da hierdurch einer Ausstreuung infektionstüchtiger Tuberkelbazillen Vorschub geleistet wird.

Mehrfach sind Spucknäpfe mit Wasserspülung in Gebrauch; als einwandfrei können jedoch nur diejenigen Anlagen bezeichnet werden, bei denen die Abwässer in Sammelbehältern aufgefangen und durch Kochen desinfiziert werden. Spucknäpfe aus Pappe haben sich nicht bewährt, da sie dem Eintrocknen und Verstäuben des Auswurfs Vorschub leisten. Wo Spucknäpfe als Sammelbehälter für den Auswurf aufgestellt werden sollen, empfiehlt es sich, sie an der Wand in etwa 1—1¼ m Höhe über dem Boden anzubringen, um ein Verspritzen des Auswurfs zu vermeiden. Die Näpfe sind mit einer sputumlösenden oder desinfizierenden Flüssigkeit zu ⅓ zu füllen, ihr Inhalt wie der von Speigläsern zu behandeln.

Das beste Mittel zur Vernichtung der Tuberkelbazillen im Auswurf ist aber auch für Krankenhäuser die Einwirkung hoher Temperaturen in Form des Verbrennens in einer Heizanlage, des Auskochens oder der Dampfdesinfektion in besonderen Apparaten, wie sie von Kirchner, Heim u. a. angegeben worden sind. Diesem Gesichtspunkt ist möglichst überall Geltung zu verschaffen. Wo die Anschaffung eines besonderen Apparates für die Sputumdesinfektion nicht angängig ist oder die Kosten zu groß sein würden, läßt sich das Auskochen des Auswurfs in den Speigläsern auch in einfachen Kochtöpfen durchführen. Besonders empfehlenswert erscheinen für diesen Zweck grosse Kochtöpfe mit einem Siebeinsatz, auf welchen die Speigläser mit Inhalt gesetzt oder gelegt werden. Auf diese Weise wird gleichzeitig die notwendige Desinfektion der Gläser gewährleistet. Mit den Spuckflaschen ist ebenso zu verfahren.

Das Auskochen des Auswurfs auf Feuerstellen, die zum Zubereiten menschlicher Nahrung dienen, ist aus hygienischen und ästhetischen Gründen zu vermeiden. Am besten wird sich der Desinfektionsraum, Vorraum des Klosetts oder ein ähnlicher Nebenraum eignen.

Auch wird mehrfach bemängelt, daß die Speigläser am Krankenbett ohne Bedeckung vorgefunden werden, so daß es Fliegen ermöglicht wird, an den tuberkelbazillenhaltigen Auswurf zu gelangen, und daß ferner der Transport der Gefäße vom Krankenbett zum Desinfektionsraum in offenen Gefäßen stattfindet. Beide Verfahren schließen die Gefahr einer Ausstreuung des Infektionsstoffs in sich und fordern dringend eine Abstellung. Zweckmäßig werden die Speigläser auch mit einem Handgriff versehen, um ihre Handhabung zu erleichtern.

Das merkliche Ansteigen der Tuberkulose-Erkrankungs- und Sterbeziffern im Deutschen Reiche, das wir seit Ausbruch des Krieges feststellen können, fordert gebieterisch, daß alle Mittel angewandt werden, welche eine Eindämmung der unserem Volke drohenden Gefahr eines Weiterumsichgreifens der Tuberkulose gewährleisten können. Dazu gehört aber in erster Linie die Vernichtung des tuberkelbazillenhaltigen Auswurfs der Tuberkulösen.

Ich ersuche daher ergebenst, nach der in den obigen Ausführungen angedeuteten Richtung auf die Ihrer Aufsicht unterstehenden Krankenhäuser und Lungenheilanstalten einzuwirken.

Einem weiteren Bericht über die Erfahrungen mit den zur Vernichtung und Unschädlichmachung des tuberkulösen Auswurfs empfohlenen Verfahren in Krankenhäusern und Lungenheilanstalten will ich zum 1. Januar 1918 entgegensehen.

Leihweise Ueberlassung von Baracken beim Auftreten von Seuchen seitens des Zentralkomitees des Preußischen Landesvereins vom Roten Kreuz an Stadt- und Landkreise. Erlaß des Ministers des Innern vom 29. September 1916 — M. 11948 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten, abschriftlich an die Herren Oberpräsidenten.

In der Anlage übersende ich Abdruck eines mir vom Zentralkomitee des Preußischen Landesvereins vom Roten Kreuz vorgelegten Entwurfes der künftig zwischen der genannten Stelle und den Land- und Stadtkreisen zu schließenden Verträge, betreffend die Ueberlassung von Baracken beim Auftreten von Seuchen. Ich habe gegen die Fassung des Entwurfes, der gegenüber den bisherigen Verhältnissen mancherlei weitere Vorteile für die Kreise enthält, keine Bedenken und ersuche daher ergebenst, den Kreisen unter Uebermittelung je eines Abdruckes des Entwurfes den Abschluß eines solchen Vertrages mit dem Landesverein vom Roten Kreuz für alle diejenigen Fälle zu empfehlen, in denen die Kreise ausreichende und den modernen Anforderungen entsprechende Einrichtungen für die Absonderung und Pflege Seuchenkranker nicht besitzen und in nächster Zeit einzurichten nicht in der Lage sind.

Dabei bitte ich aber darauf hinzuweisen, wie wichtig es ist, daß tunlichst alle Kreise rechtzeitig aus eigenen Mitteln die gemäß § 23 des Reichsseuchengesetzes vom 30. Juni 1900 und §§ 29 und 30 des Landesseuchengesetzes vom 28. August 1905 erforderlichen Einrichtungen zur Absonderung Kranker treffen.

Ich ersuche, mir nach Ablauf von 2 Jahren zu berichten, ob und welche Kreise derartige Verträge mit dem Roten Kreuz abgeschlossen haben.

Anlage.

Zwischen dem
Zentralkomitee des Preußischen Landesvereins vom Roten Kreuz zu Berlin
einerseits
und dem
Kreiskommunalverband des Kreises

.....

andererseits

wird nachstehender

Vertrag

abgeschlossen.

§ 1. Das Zentralkomitee verpflichtet sich, dem Kreis . . . . . in Friedens- wie in Kriegszeiten bei Ausbruch der im § 1 des Reichsseuchengesetzes vom 30. Juni 1900 aufgeführten Seuchen sowie bei dem bedrohlichen Auftreten von Diphtherie-, Genickstarre-, Granulose-, Ruhr-, Scharlach- und Unterleibstyphus-Erkrankungen innerhalb des Stadtkreises — Landkreises [1]) aus seinen großen verfügbaren Beständen an Baracken mit größeren Einrichtungsstücken solche für die Dauer genannter Seuchen leihweise zur Verfügung zu stellen.

§ 2. Anträge auf Ueberweisung von Baracken usw. sind, versehen mit dem Zeugnis des Kreisarztes, an den zuständigen Provinzialverein vom Roten Kreuz zu richten. In eiligen Fällen können sie ausnahmsweise auch unmittelbar und telegraphisch an das Zentralkomitee gerichtet werden.

§ 3. Der Kreis . . . . . verpflichtet sich — und zwar zunächst auf die Dauer von 10 Jahren — dem Zentralkomitee alljährlich einen Betrag von . . . Mark, geschrieben . . . . . zu zahlen.

Die Verpflichtungsbeschlüsse sind in rechtlich bindender Form zu fassen und mit der vorgeschriebenen Genehmigung oder Bestätigung zu versehen.

§ 4. Die jährlichen Beiträge sind festgesetzt auf 3 Mark für jedes Tausend der Kreisseelenzahl (Kreiskopfstärke), ausschließlich Militärpersonen.

Jedes angefangene Tausend wird als voll angesehen. Für die Bemessung der die Grundlage der Beitragsberechnung bildenden Kreiskopfstärke ist das amtlich festgestellte Ergebnis der letzten vor dem Vertragsabschluß stattgehabten Volkszählung maßgebend. Diese Berechnung soll für die 10jährige Dauer des Vertragsverhältnisses auch dann bestehen bleiben, wenn inzwischen eine neue Volkszählung eine veränderte Kreiskopfstärke nachweist. Bei einer Verlängerung des Vertrages über 10 Jahre hinaus (auch der stillschweigenden

fäßes die Desinfektion des Auswurfs durch Hinzufügen der gleichen Menge des Desinfektionsmittels und wenigstens zweistündige Einwirkung desselben vorgenommen wird.

Von einer Seite ist angeregt worden, an Stelle der bisher üblichen Mittel eine 1 %ige Phobrollösung (der „Chemischen Werke A.-G." Grenzach) anzuwenden, da in ihr eine bessere Lösung des Auswurfs und eine sichere Abtötung der Tuberkelbazillen erfolgen soll. Nach den günstigen Ergebnissen, welche in wissenschaftlichen Laboratoriumsversuchen mit diesem Desinfiziens, jedoch in 2 %iger Lösung und bei 12—24stündiger Einwirkungsdauer, erzielt worden sind (cfr. Kirstein: „Ueber die Desinfektion phthisischen Auswurfs mittels der Phenolderivate Phobrol, Grotan und Sagrotan, insbesondere bei gleichzeitiger Anwendung von Antiformin", Veröffentl. a. d. Gebiete der Medizinalverwaltung Bd. V Heft 7), erscheint es angebracht, mit diesem Mittel in der von Kirstein vorgeschlagenen Form auch praktische Versuche anzustellen.

Zu verwerfen sind aber alle Verfahren, bei denen der Auswurf undesinfiziert in den Abort oder die Kanalisation entleert wird, da hierdurch einer Ausstreuung infektionstüchtiger Tuberkelbazillen Vorschub geleistet wird.

Mehrfach sind Spucknäpfe mit Wasserspülung in Gebrauch; als einwandfrei können jedoch nur diejenigen Anlagen bezeichnet werden, bei denen die Abwässer in Sammelbehältern aufgefangen und durch Kochen desinfiziert werden. Spucknäpfe aus Pappe haben sich nicht bewährt, da sie dem Eintrocknen und Verstäuben des Auswurfs Vorschub leisten. Wo Spucknäpfe als Sammelbehälter für den Auswurf aufgestellt werden sollen, empfiehlt es sich, sie an der Wand in etwa 1—1¼ m Höhe über dem Boden anzubringen, um ein Verspritzen des Auswurfs zu vermeiden. Die Näpfe sind mit einer sputumlösenden oder desinfizierenden Flüssigkeit zu ⅛ zu füllen, ihr Inhalt wie der von Speigläsern zu behandeln.

Das beste Mittel zur Vernichtung der Tuberkelbazillen im Auswurf ist aber auch für Krankenhäuser die Einwirkung hoher Temperaturen in Form des Verbrennens in einer Heizanlage, des Auskochens oder der Dampfdesinfektion in besonderen Apparaten, wie sie von Kirchner, Heim u. a. angegeben worden sind. Diesem Gesichtspunkt ist möglichst überall Geltung zu verschaffen. Wo die Anschaffung eines besonderen Apparates für die Sputumdesinfektion nicht angängig ist oder die Kosten zu groß sein würden, läßt sich das Auskochen des Auswurfs in den Speigläsern auch in einfachen Kochtöpfen durchführen. Besonders empfehlenswert erscheinen für diesen Zweck grosse Kochtöpfe mit einem Siebeinsatz, auf welchen die Speigläser mit Inhalt gesetzt oder gelegt werden. Auf diese Weise wird gleichzeitig die notwendige Desinfektion der Gläser gewährleistet. Mit den Spuckflaschen ist ebenso zu verfahren.

Das Auskochen des Auswurfs auf Feuerstellen, die zum Zubereiten menschlicher Nahrung dienen, ist aus hygienischen und ästhetischen Gründen zu vermeiden. Am besten wird sich der Desinfektionsraum, Vorraum des Klosetts oder ein ähnlicher Nebenraum eignen.

Auch wird mehrfach bemängelt, daß die Speigläser am Krankenbett ohne Bedeckung vorgefunden werden, so daß es Fliegen ermöglicht wird, an den tuberkelbazillenhaltigen Auswurf zu gelangen, und daß ferner der Transport der Gefäße vom Krankenbett zum Desinfektionsraum in offenen Gefäßen stattfindet. Beide Verfahren schließen die Gefahr einer Ausstreuung des Infektionsstoffs in sich und fordern dringend eine Abstellung. Zweckmäßig werden die Speigläser auch mit einem Handgriff versehen, um ihre Handhabung zu erleichtern.

Das merkliche Ansteigen der Tuberkulose-Erkrankungs- und Sterbeziffern im Deutschen Reiche, das wir seit Ausbruch des Krieges feststellen können, fordert gebieterisch, daß alle Mittel angewandt werden, welche eine Eindämmung der unserem Volke drohenden Gefahr eines Weiterumsichgreifens der Tuberkulose gewährleisten können. Dazu gehört aber in erster Linie die Vernichtung des tuberkelbazillenhaltigen Auswurfs der Tuberkulösen.

Ich ersuche daher ergebenst, nach der in den obigen Ausführungen angedeuteten Richtung auf die Ihrer Aufsicht unterstehenden Krankenhäuser und Lungenheilanstalten einzuwirken.

Einem weiteren Bericht über die Erfahrungen mit den zur Vernichtung und Unschädlichmachung des tuberkulösen Auswurfs empfohlenen Verfahren in Krankenhäusern und Lungenheilanstalten will ich zum 1. Januar 1918 entgegensehen.

Fürsorge für eine kräftige Ernährung der in der Kriegsindustrie tätigen Arbeiterschaft. Rund-Erlaß des Ministers des Innern vom 1. Dezember 1916 — VIa 1585 — an die Herren Landräte.

Die kräftige Ernährung der Männer und Frauen, die für Bewaffnung und Ausrüstung unserer siegreichen Heere schwer arbeiten, ist zur Stunde die vornehmste Sorge der Heimat. Die Erhaltung der Kräfte, der Arbeitsfreudigkeit und der Leistungsfähigkeit der in der Kriegsindustrie tätigen Arbeiterschaft entscheidet über Sieg, Leben und Zukunft des Deutschen Reiches und Volkes nicht weniger als Opfermut, Tapferkeit und Standhaftigkeit der deutschen Krieger im Felde. Die mit den Aufgaben der Ernährung im Kriege betrauten Dienststellen sind unter Leitung des Kriegsernährungsamtes tatkräftig und dauernd bestrebt, die kräftige Ernährung der Schwerarbeiter sicherzustellen. Die Beamten und Behörden der Staats- und Selbstverwaltung leisten das Aeußerste, um die für die Ernährung ergehenden Anordnungen zur Durchführung zu bringen. Die deutschen Landwirte sind in patriotischem Pflichtbewußtsein, allen Schwierigkeiten zum Trotz bestrebt, mit ihrer Arbeit für die Volksernährung bereitzustellen, was Acker und Stall irgend hergeben. Es geschieht viel. Aber immer kann noch mehr geschehen. Der Krieg kann von jedem das Aeußerste, das Letzte fordern, die letzte Kraft, das letzte Gut. Keine Pflicht ist zu schwer, kein Opfer zu groß. Bequemlichkeit und Behagen gewinnen ein Recht erst wieder nach dem Kriege. Das gilt vor allem für die Ernährung. Es ist durchaus nicht alles getan, wenn jeder einzelne nur die Verordnungen ausführt. Freiwilliger Opfersinn hat auch hier noch weiten Raum. Er muß in höherem Maße beteiligt werden, als es bisher der Fall war. Den Behörden und jedem Einzelnen ersteht hier eine große Aufgabe und eine schöne Pflicht. Die Ernährung der Schwerarbeiter und -arbeiterinnen bietet die Gelegenheit, sie zu betätigen.

Jeder Deutsche kennt die Mahnung des Generalfeldmarschalls v. Hindenburg. Es gilt, sie zu befolgen.

Was ein jeder, insbesondere jeder Landwirt, an Nahrungsmitteln über die nach den Verordnungen ablieferungspflichtigen Mengen hinaus entbehren kann, namentlich Speck und Schmalz, Schinken, Wurst u. dgl, für deren Abgabe die in dieser Jahreszeit stattfindenden Hausschlachtungen die gegebene Gelegenheit bieten, soll für die Arbeiter der Kriegsindustrie gespendet werden. Soweit nicht bereits auf Grund der von mir ergangenen telegraphischen Weisung seitens der Herren Oberpräsidenten abweichende Anordnungen getroffen sind, sind im Verein mit den Landwirtschaftskammern an allen geeigneten Orten Sammel- und Anmeldestellen einzurichten, die in den Landkreisen unter Leitung und nach Anweisung der von den Landräten einzurichtenden Kreissammelstellen zu wirken haben. Die Kreissammelstellen werden ihrerseits die abgelieferten Vorräte zweckmäßig größeren Sammelstellen für die Provinz, den Regierungsbezirk u. dgl. zuzuleiten haben. Ueber die Verwendung der Vorräte ist bereits den Herren Oberpräsidenten (dem Herrn Regierungspräsidenten in Sigmaringen) telegraphische Weisung zugegangen.

Das in allen schweren Zeiten erprobte preußische Pflichtgefühl wird, dessen bin ich sicher, alsbald dies freiwillige Opferwerk zu höchstem Erfolge führen. Jeder Ort, jeder Kreis wird seine Ehre darin setzen, einen ersten Platz unter den Sammlungen in der Monarchie zu erringen. Ich werde dafür Sorge tragen, daß die namhaftesten Ergebnisse alsbald und laufend der Oeffentlichkeit bekanntgemacht werden.

Den Herren Landräten mache ich die Durchführung dieses Erlasses, der allerorten bekanntzugeben ist, zur dringenden Pflicht. Die Landbevölkerung ist in Wort und Schrift mit allem Nachdruck über die hohe vaterländsche Bedeutung der Sammlungen für die Hindenburgspende der deutschen Landwirte zugunsten der Industriearbeiterschaft aufzuklären.

Ich behalte mir vor, demnächst über den Erfolg der Sammlung durch Vermittlung der Herren Regierungspräsidenten und Oberpräsidenten Bericht zu erfordern.

Redaktion: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

auf je ein Jahr, s. § 6) wird das Ergebnis der neuesten Volkszählung für die etwa neu festgesetzte Vertragsdauer maßgebend.

§ 5. Die Kreiskommunalkassen haben den Kreisbeitrag jährlich bis spätestens 1. Juli an die Schatzmeisterkasse des Zentralkomitees, Königliche Seehandlung (Preußische Staatsbank) in Berlin W. 56, Markgrafenstraße 38, portofrei unter der ausdrücklichen Bezeichnung: „Konto B 81459 Seuchenbekämpfungsfonds" einzusenden. Die erste Beitrags-Jahreszahlung ist innerhalb einer Frist von 3 Monaten nach Inkrafttreten dieses Vertrages (§ 8) zu leisten.

§ 6. Nach Ablauf von 10 Jahren seit Inkrafttreten dieses Vertrages (§ 8) steht beiden Teilen der Rücktritt von ihm frei. Bis zum Eingang der Rücktrittserklärung des einen Vertragschließenden bei dem anderen gilt das Vertragsverhältnis als stillschweigend fortgesetzt. Geht eine Rücktrittserklärung nicht binnen 4 Wochen vor Ablauf der Vertragsdauer bei dem anderen Vertragschließenden durch eingeschriebenen Brief ein, so gilt das Vertragsverhältnis jedesmal als stillschweigend auf ein weiteres Jahr verlängert.

§ 7. Im Fall der Ueberweisung von Baracken usw. hat der Kreis . . . . . die Hälfte der Kosten der Abbeförderung (hin und zurück) sowie die gesamten Aufstellungs-, Abbruchs- und Instandsetzungskosten der Baracken zu tragen oder zu erstatten. Als Instandsetzungskosten im Sinne dieser Bestimmung gelten alle die Kosten, die zur Beseitigung der durch die Abbeförderung (hin und zurück), die Aufstellung, den Gebrauch und den Abbau der Baracken verursachten Schäden erwachsen.

Rückgabe der Baracken möglichst bald nach Erlöschen der Seuchen empfiehlt sich schon deswegen, weil weitere Abnutzungskosten dadurch vermieden werden.

§ 8. Vorstehender Vertrag tritt in Kraft, sobald das Zentralkomitee sich hiermit ausdrücklich einverstanden erklärt hat.

Die 10jährige Vertragszeit beginnt mit dem Ersten des Monats, in dem die Einverständniserklärung des Zentralkomitees bei dem Kreis eingegangen ist.

§ 9. Jeder vertragschließende Teil trägt die auf ihn entfallende Hälfte der durch diesen Vertrag entstehenden Stempelkosten ohne Rücksicht auf die dem anderen Teil etwa zustehende Stempelbefreiung.

§ 10. Kreise, die bei Ausbruch oder während des Bestehens genannter (§ 1) Seuchen innerhalb ihrer Kreisgrenzen die Aufnahme in das Vertragsverhältnis nachsuchen, können in dieses eintreten, wenn sie für die erste Vertragsdauer von 5 Jahren einen jährlichen Beitrag zahlen, der auf 5 Mark für jedes Tausend der Kreiskopfstärke beruht. Für die weitere Vertragsdauer gilt auch für sie der im § 4 dieses Vertrages genannte Betrag.

. . . ., den . . . . . 19 . .

Genehmigt auf Grund des Beschlusses

d . . . . . .

vom . . . . . .

Berlin, den . . . . . 19 . .

Genehmigt auf Grund des § 5 Abs. 3 der Satzung des Preußischen Landesvereins vom Roten Kreuz vom 7. Mai 1866/25. Oktober 1897.

Verzeichnis

der Ausstattungsgegenstände, die das Zentralkomitee bei Abgabe von Seuchenbaracken auf besonderen Wunsch den Baracken beifügt.

Bettstellen	Nachtgeschirre
Leibstrohsäcke	Klosetteimer
Kopfstrohsäcke	Steckbecken
Wolldecken	Urinenten
Deckenbezüge	Speibecher
Kissenbezüge	Spucknäpfe
Bettlaken	Gartentische
Stecklaken	Gartenstühle
Handtücher	Feldstühle
Nachttische mit Umhang	Scheuereimer
Waschbecken	Matratzen dreiteilig
Seifnäpfe	Kopfpolster
Wasserkrüge	Matratzenschoner.

Fürsorge für eine kräftige Ernährung der in der Kriegsindustrie tätigen Arbeiterschaft. Rund-Erlaß des Ministers des Innern vom 1. Dezember 1916 — VIa 1585 — an die Herren Landräte.

Die kräftige Ernährung der Männer und Frauen, die für Bewaffnung und Ausrüstung unserer siegreichen Heere schwer arbeiten, ist zur Stunde die vornehmste Sorge der Heimat. Die Erhaltung der Kräfte, der Arbeitsfreudigkeit und der Leistungsfähigkeit der in der Kriegsindustrie tätigen Arbeiterschaft entscheidet über Sieg, Leben und Zukunft des Deutschen Reiches und Volkes nicht weniger als Opfermut, Tapferkeit und Standhaftigkeit der deutschen Krieger im Felde. Die mit den Aufgaben der Ernährung im Kriege betrauten Dienststellen sind unter Leitung des Kriegsernährungsamtes tatkräftig und dauernd bestrebt, die kräftige Ernährung der Schwerarbeiter sicherzustellen. Die Beamten und Behörden der Staats- und Selbstverwaltung leisten das Aeußerste, um die für die Ernährung ergehenden Anordnungen zur Durchführung zu bringen. Die deutschen Landwirte sind in patriotischem Pflichtbewußtsein, allen Schwierigkeiten zum Trotz bestrebt, mit ihrer Arbeit für die Volksernährung bereitzustellen, was Acker und Stall irgend hergeben. Es geschieht viel. Aber immer kann noch mehr geschehen. Der Krieg kann von jedem das Aeußerste, das Letzte fordern, die letzte Kraft, das letzte Gut. Keine Pflicht ist zu schwer, kein Opfer zu groß. Bequemlichkeit und Behagen gewinnen ein Recht erst wieder nach dem Kriege. Das gilt vor allem für die Ernährung. Es ist durchaus nicht alles getan, wenn jeder einzelne nur die Verordnungen ausführt. Freiwilliger Opfersinn hat auch hier noch weiten Raum. Er muß in höherem Maße beteiligt werden, als es bisher der Fall war. Den Behörden und jedem Einzelnen ersteht hier eine große Aufgabe und eine schöne Pflicht. Die Ernährung der Schwerarbeiter und -arbeiterinnen bietet die Gelegenheit, sie zu betätigen.

Jeder Deutsche kennt die Mahnung des Generalfeldmarschalls v. Hindenburg. Es gilt, sie zu befolgen.

Was ein jeder, insbesondere jeder Landwirt, an Nahrungsmitteln über die nach den Verordnungen ablieferungspflichtigen Mengen hinaus entbehren kann, namentlich Speck und Schmalz, Schinken, Wurst u. dgl, für deren Abgabe die in dieser Jahreszeit stattfindenden Hausschlachtungen die gegebene Gelegenheit bieten, soll für die Arbeiter der Kriegsindustrie gespendet werden. Soweit nicht bereits auf Grund der von mir ergangenen telegraphischen Weisung seitens der Herren Oberpräsidenten abweichende Anordnungen getroffen sind, sind im Verein mit den Landwirtschaftskammern an allen geeigneten Orten Sammel- und Anmeldestellen einzurichten, die in den Landkreisen unter Leitung und nach Anweisung der von den Landräten einzurichtenden Kreissammelstellen zu wirken haben. Die Kreissammelstellen werden ihrerseits die abgelieferten Vorräte zweckmäßig größeren Sammelstellen für die Provinz, den Regierungsbezirk u. dgl. zuzuleiten haben. Ueber die Verwendung der Vorräte ist bereits den Herren Oberpräsidenten (dem Herrn Regierungspräsidenten in Sigmaringen) telegraphische Weisung zugegangen.

Das in allen schweren Zeiten erprobte preußische Pflichtgefühl wird, dessen bin ich sicher, alsbald dies freiwillige Opferwerk zu höchstem Erfolge führen. Jeder Ort, jeder Kreis wird seine Ehre darin setzen, einen ersten Platz unter den Sammlungen in der Monarchie zu erringen. Ich werde dafür Sorge tragen, daß die namhaftesten Ergebnisse alsbald und laufend der Oeffentlichkeit bekanntgemacht werden.

Den Herren Landräten mache ich die Durchführung dieses Erlasses, der allerorten bekanntzugeben ist, zur dringenden Pflicht. Die Landbevölkerung ist in Wort und Schrift mit allem Nachdruck über die hohe vaterländsche Bedeutung der Sammlungen für die Hindenburgspende der deutschen Landwirte zugunsten der Industriearbeiterschaft aufzuklären.

Ich behalte mir vor, demnächst über den Erfolg der Sammlung durch Vermittlung der Herren Regierungspräsidenten und Oberpräsidenten Bericht zu erfordern.

Redaktion: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

der Weise, daß zunächst die auf möglichst niedrige Temperatur abgekühlte Magermilch unmittelbar nach der Entrahmung in die sorgfältig gereinigten Transportkannen derart eingefüllt wird, daß ein Zehntel des Kanneninhalts ungefüllt bleibt. Werden z. B. Kannen von einem Raumgehalte von 20 Liter verwendet, so muß ein Leerraum von 2 Liter gelassen werden.

Alsdann wird die abgemessene Wasserstoffsuperoxydlösung hinzugegossen und die Flüssigkeit durchgemischt, indem man mit einem sauberen Holz-, Glas- oder Porzellanstab oder einem ähnlichen Gerät gut umrührt. Die Kannen sind gleich darauf zu verschließen.

Um ein Entweichen des in größeren Mengen frei werdenden Sauerstoffgases während der Beförderung zu ermöglichen, dürfen die Deckel der Kannen nicht ganz luftdicht abschließen. Ist dies gleichwohl der Fall, so empfiehlt es sich, im Deckel der Kanne eine kleine Durchbohrung anzubringen.

6. Lagerung und Beförderung der Magermilch. Die mit Wasserstoffsuperoxyd versetzte Magermilch soll bei der Lagerung und Beförderung kühlgehalten und keiner höheren Temperatur als 16 Grad Celsius ausgesetzt werden. Sie darf nicht später als 24 Stunden nach dem Zusatz des Frischerhaltungsmittels in die Hände der Verbraucher gelangen.

7. Behandlung der Magermilch im Haushalt. Im Haushalt soll die Magermilch alsbald abgekocht werden; zweckmäßig werden hierzu die mit Vorkehrungen gegen das Ueberwallen versehenen sogenannten Milchkochtöpfe verwendet. Nach dem Kochen ist die Milch sofort abzukühlen und zur Verhütung des Zutritts neuer Keime möglichst in demselben Gefäß, das zum Aufkochen dient und einen übergreifenden Deckel haben soll, kühl aufzubewahren.

8. Ist Magermilch infolge zu langer Lagerung oder unsachgemäßer Behandlung und Aufbewahrung fadenziehend oder schleimig geworden oder zeigt sie sonst eine abweichende Beschaffenheit, insbesondere einen fremdartigen Geruch oder Geschmack, so ist sie vom Genuß auszuschließen.

Sauergewordene Magermilch von reinem Geruch und Geschmack kann wie saure Vollmilch verwendet werden.

9. Zur Ernährung von Säuglingen darf Magermilch auf keinen Fall verwendet werden.

B. Königreich Preussen.

Anrechnung des von Studierenden der Zahnheilkunde neben dem Kriegsdienst betriebenen Studiums. Rund-Erlaß der Min. der geistl. und Unterr.-Angelegenheiten vom 13. November 1916 — U I 1764. 1 — an sämtliche Universitätskuratoren.

In ständiger Uebung wird den Studierenden der Medizin das neben dem Kriegsdienst betriebene Studium als ordnungsmäßiges Studium angerechnet, sofern sie eine Bescheinigung ihrer vorgesetzten Militärbehörde beibringen, wonach ihnen die zum ausreichenden Besuche der Vorlesungen und Uebungen erforderliche Zeit zur Verfügung gestellt worden ist. Es erscheint billig, den Studierenden der Zahnheilkunde die gleiche Vergünstigung zu gewähren. Im Einvernehmen mit dem Herrn Reichskanzler genehmige ich daher, daß ihnen das neben dem Kriegsdienst betriebene Studium unter derselben Voraussetzung angerechnet wird, unter der eine solche Anrechnung bei den Studierenden der Medizin erfolgt.

Einsendung von Material bei Pocken und Pockenverdacht sowie Vornahme einer Impfung nach Ablauf pockenverdächtiger Erkrankungen zwecks Sicherung der Diagnose. Erlaß des Ministers des Innern vom 20. Dezember 1916 — M 11686 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten, abschriftlich an die Herren Oberpräsidenten.

Anliegend übersende ich . . . Sonderabdrucke einer Mitteilung aus dem hiesigen Königlichen Institut für Infektionskrankheiten „Robert Koch“ über „Erfahrungen mit der experimentellen Pockendiagnose nach Paul“ zur gefälligen Kenntnisnahme und Verteilung an die sämtlichen Bezirks- und Kreismedizinalbeamten einschließlich der Gerichtsärzte.

Da die Nachprüfung die praktische Brauchbarkeit des Verfahrens er-

wiesen hat, bestimme ich, daß zur Sicherung der Diagnose von jedem Fall von Pocken und Pockenverdacht Material an das Königliche Institut für Infektionskrankheiten „Robert Koch“ hier N. 39, Föhrerstraße 2, eingesandt wird. Das Untersuchungsergebnis ist entsprechend der vorliegenden Mitteilung über das Verfahren zu bewerten.

Außerdem ersuche ich ergebenst, durch die Kreisärzte in geeigneter Weise darauf hinwirken zu lassen, daß möglichst in jedem Fall von nur pockenverdächtigen Erkrankungen nach Ablauf derselben eine Impfung mit frischer Lymphe vorgenommen wird. Aus dem Impfverlauf bietet sich die Möglichkeit, noch nachträglich weitere Schlüsse für die Diagnose zu ziehen. Einer Mitteilung über den Impfverlauf will ich in den Schlußberichten über die fraglichen pockenverdächtigen Erkrankungen ergebenst entgegensehen.

Vorlage von Kanalisationsprojekten umfänglicherer Art bei der Zentralinstanz. Rund-Erlasse der Minister des Innern, der öffentlichen Arbeiten, für Handel und Gewerbe und für Landwirtschaft usw. vom 13. Juli 1914 (a) — M. d. I. II g 498, M. d. ö. A. III 1877 A C, M. f. H. III 6270, M. f. L. I B II b 5808 — und vom 25 November 1916 (b) — M. d. I. M 11896, M. d. ö. A. III 2608, M. f. H. III 6907, M. f. L. I B II b 4301 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

a. Nach dem inzwischen in Kraft getretenen Wassergesetz vom 7. April 1913 kommt für die Projekte von Kanalisationsanlagen die landespolizeiliche Genehmigung nicht mehr in Frage. Die Projekte sind vielmehr entweder nach § 23 a. a. O. der Wasserpolizeibehörde vorzulegen, oder es ist das Recht zur Einleitung der Abwässer in den Wasserlauf nach § 46 a. a. O. durch Verleihung nachzusuchen. Da anzunehmen ist, daß Gemeinden, die Kanalisationen auszuführen beabsichtigen, überwiegend den ersteren Weg beschreiten, also an die Wasserpolizeibehörden herantreten werden, so ersuchen wir Ew. pp. ergebenst, diese mit Anweisung dahin zu versehen, daß sie alle bei ihnen eingehenden Projekte umfänglicherer Art, d. h. solche, bei denen es sich um die Kanalisation ganzer Ortschaften oder größerer Ortsteile handelt, bevor sie darüber entscheiden, durch die Hand Ew. pp. der Zentralinstanz vorzulegen haben. Ew. pp. wollen alsdann die Projekte uns — äußere Adresse: Ministerium des Innern — weiterreichen und dabei die Vorschriften des Runderlasses vom 30. März 1896 beachten. Wir legen Wert darauf, die Projekte kennen zu lernen, um auf eine gleichmäßige Handhabung der Grundsätze für die Reinhaltung der Wasserläufe hinwirken zu können.

Sollte in einzelnen Fällen eine Gemeinde wegen der von uns der Wasserpolizeibehörde empfohlenen Anforderungen es vorziehen, den Antrag auf Verleihung des Rechts zur Einleitung ihrer Abwässer zu stellen, so wollen Ew. pp. die Wasserpolizeibehörden anweisen, gegebenfalls von dem Rechte des Widerspruchs nach S 49 Abs. 4 a. a. O. Gebrauch zu machen.

b. Durch unseren gemeinschaftlichen Erlaß vom 13. Juli 1914 — M. d. I. II g 498, M. d. ö. A. III 1877 A C, M. f. H. III 6270, M. f. L. I B II b 5808 — sind die Herren Regierungspräsidenten ersucht worden, die Wasserpolizeibehörden anzuweisen, alle ihnen auf Grund des § 23 des Wassergesetzes zugehenden Kanalisationsprojekte umfänglicherer Art, bevor sie darüber entscheiden, durch die Hand der Herren Regierungspräsidenten der Zentralinstanz vorzulegen. Da es uns für eine gleichmäßige Handhabung der Grundsätze über die Reinhaltung der Wasserläufe erwünscht ist, auch diejenigen größeren Kanalisationsprojekte kennen zu lernen, bei denen das Recht zur Einleitung der Abwässer durch Verleihung auf Grund des § 46 W.G. nachgesucht wird, so ersuchen wir die Herren Regierungspräsidenten ergebenst, die Medizinalbeamten, denen nach Ziffer 10 unserer Ausführungsanweisung zum Wassergesetz vom 7. April 1913, betreffend das Verleihungsverfahren und das Ausgleichungsverfahren, vom 25. April 1914 eine Ausfertigung der dem Bezirksausschuß einzureichenden Vorlagen zugeht, anzuweisen, uns auch diese Projekte, sofern sie umfänglicher Art sind, durch ihre Hand vorzulegen.

Es ist anzunehmen, daß die Bezirksausschüsse, wenn sie auch gesetzlich, abgesehen von dem Falle des § 49 Absatz 4 des Wassergesetzes, dazu nicht verpflichtet sind, dem Unternehmer die von uns notwendig erachteten An-

forderungen auf Grund der §§ 47 und 49 W. G. auferlegen werden. Sollte es wider Erwarten in vereinzelten Fällen nicht geschehen, so wollen die Herren Regierungspräsidenten von dem Ihnen nach § 384 W. G. zustehenden Beschwerderecht Gebrauch machen.

Verteilung der Nährmittel. Erlaß der Minister des Innern, für Landwirtschaft usw. und für Handel und Gewerbe vom 12. Dezember 1916 — M. d. I. VIb 1048, M. f. L. I A Ie 14197, M. f. H. IIb 13797 — an die Herren Oberpräsidenten und Regierungspräsidenten.

Nach Bestimmung des Herrn Präsidenten des Kriegsernährungsamts soll die Verteilung von Hafer- und Gerstenfabrikaten, von Weizengraupen, Grieß, Teigwaren, Grünkern, von Sago und dergl., von Hülsenfrüchten (Buchweizen, Hirse), von Maisgrieß sowie von Mischfabrikaten aus den genannten Nährmitteln, insbesondere von Suppenwürfeln und losen Suppen, von Speisepulvern, vegetabilischen Fleischersatzmitteln und Kindernährmitteln künftig nach einheitlichen Grundsätzen unter Mitwirkung der Behörden erfolgen. Zu diesem Zweck ist in Verbindung mit der Reichsverteilungsstelle für Eier eine dem Herrn Präsidenten des Kriegsernährungsamts unmittelbar unterstellte Verteilungsstelle eingerichtet worden, welche die Bezeichnung „Reichsverteilungsstelle für Nährmittel und Eier" führt und ihren Sitz in Berlin, Potsdamer Platz 3 III, hat.

Die kriegswirtschaftlichen Organisationen, welche die erwähnten Nährmittel in geschäftlicher Hinsicht verwalten, sind angewiesen, vom 1. Dezember 1916 ab solche Waren nur mehr im Einverständnis oder nach Anweisung des Kriegsernährungsamts bezw. der Reichsverteilungsstelle für Nährmittel und Eier zur Verteilung zu bringen. Die Verteilung auf die Bundesstaaten wird nach einem vom Herrn Präsidenten des Kriegsernährungsamts aufgestellten Verteilungsschlüssel erfolgen.

Für die Unterverteilung der vom Kriegsernährungsamt bezw. von der Reichsverteilungsstelle dem Preußischen Staat zugewiesenen Nährmittel auf die einzelnen Teile des Staatsgebiets ist die Schaffung einer Landesverteilungsstelle notwendig. Die Geschäfte der Landesverteilungsstelle übertragen wir hiermit unter entsprechender Erweiterung ihres Aufgabenkreises der durch die Ausführungsanweisung vom 24. August 1916 (Reichs-Gesetzbl. S. 927) errichteten Landesverteilungsstelle für Eier (Landeseierstelle). Der Landesverteilungsstelle für Eier wird von jetzt ab die Bezeichnung:

„Landesamt für Nährmittel und Eier"

beigelegt. Die Angelegenheiten der Eierversorgung sind in einer besonderen Abteilung des Landesamts zu bearbeiten, welche die Bezeichnung:

„Landesamt für Nährmittel und Eier, Abteilung für Eierversorgung"

zu führen hat. Das Landesamt wird vorläufig seinen Sitz in den bisherigen Geschäftsräumen der Landesverteilungsstelle für Eier in Berlin SW. 68, Markgrafenstraße 21 I (Fernsprechanschluß: Amt Zentrum 4481) behalten.

Ebenso wie die bisherige Landesverteilungsstelle für Eier ist auch das in der Form eines Ausbaus dieser Stelle geschaffene Landesamt für Nährmittel und Eier eine Behörde. Die Aufsicht wird durch den Minister des Innern ausgeübt.

Der Vorsitzende, die stellvertretenden Vorsitzenden, die ständigen und nichtständigen Mitglieder des Landesamts werden von dem Minister des Innern im Benehmen mit den Ministern für Landwirtschaft, Domänen und Forsten und für Handel und Gewerbe ernannt. Bei der Ernennung des stellvertretenden Vorsitzenden und der Mitglieder kann vorbehalten bleiben, daß sich ihre Tätigkeit auf die Geschäfte der Abteilung für Eierversorgung zu beschränken hat.

Dem Landesamt wird zur Anhörung in Fragen von allgemeinerer Bedeutung, insbesondere zur Anhörung über die Verteilungsgrundsätze und die Verbrauchsvorschriften, ein Beirat beigegeben, dessen Mitglieder vom Minister des Innern im Benehmen mit den Ministern für Landwirtschaft, Domänen und

wiesen hat, bestimme ich, daß zur Sicherung der Diagnose von jedem Fall von Pocken und Pockenverdacht Material an das Königliche Institut für Infektionskrankheiten „Robert Koch“ hier N. 39, Föhrerstraße 2, eingesandt wird. Das Untersuchungsergebnis ist entsprechend der vorliegenden Mitteilung über das Verfahren zu bewerten.

Außerdem ersuche ich ergebenst, durch die Kreisärzte in geeigneter Weise darauf hinwirken zu lassen, daß möglichst in jedem Fall von nur pockenverdächtigen Erkrankungen nach Ablauf derselben eine Impfung mit frischer Lymphe vorgenommen wird. Aus dem Impfverlauf bietet sich die Möglichkeit, noch nachträglich weitere Schlüsse für die Diagnose zu ziehen. Einer Mitteilung über den Impfverlauf will ich in den Schlußberichten über die fraglichen pockenverdächtigen Erkrankungen ergebenst entgegensehen.

Vorlage von Kanalisationsprojekten umfänglicherer Art bei der Zentralinstanz. Rund-Erlasse der Minister des Innern, der öffentlichen Arbeiten, für Handel und Gewerbe und für Landwirtschaft usw. vom 13. Juli 1914 (a) — M. d. I. IIg 498, M. d. ö. A. III 1877 A C, M. f. H. III 6270, M. f. L. I B IIb 5808 — und vom 25 November 1916 (b) — M. d. I. M 11896, M. d. ö. A. III 2608, M. f. H. III 6907, M. f. L. I B IIb 4301 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

a. Nach dem inzwischen in Kraft getretenen Wassergesetz vom 7. April 1913 kommt für die Projekte von Kanalisationsanlagen die landespolizeiliche Genehmigung nicht mehr in Frage. Die Projekte sind vielmehr entweder nach § 23 a. a. O. der Wasserpolizeibehörde vorzulegen, oder es ist das Recht zur Einleitung der Abwässer in den Wasserlauf nach § 46 a. a. O. durch Verleihung nachzusuchen. Da anzunehmen ist, daß Gemeinden, die Kanalisationen auszuführen beabsichtigen, überwiegend den ersteren Weg beschreiten, also an die Wasserpolizeibehörden herantreten werden, so ersuchen wir Ew. pp. ergebenst, diese mit Anweisung dahin zu versehen, daß sie alle bei ihnen eingehenden Projekte umfänglicherer Art, d. h. solche, bei denen es sich um die Kanalisation ganzer Ortschaften oder größerer Ortsteile handelt, bevor sie darüber entscheiden, durch die Hand Ew. pp. der Zentralinstanz vorzulegen haben. Ew. pp. wollen alsdann die Projekte uns — äußere Adresse: Ministerium des Innern — weiterreichen und dabei die Vorschriften des Runderlasses vom 30. März 1896 beachten. Wir legen Wert darauf, die Projekte kennen zu lernen, um auf eine gleichmäßige Handhabung der Grundsätze für die Reinhaltung der Wasserläufe hinwirken zu können.

Sollte in einzelnen Fällen eine Gemeinde wegen der von uns der Wasserpolizeibehörde empfohlenen Anforderungen es vorziehen, den Antrag auf Verleihung des Rechts zur Einleitung ihrer Abwässer zu stellen, so wollen Ew. pp. die Wasserpolizeibehörden anweisen, gegebenfalls von dem Rechte des Widerspruchs nach S 49 Abs. 4 a. a. O. Gebrauch zu machen.

b. Durch unseren gemeinschaftlichen Erlaß vom 13. Juli 1914 — M. d. I. IIg 498, M. d. ö. A. III 1877 A C, M. f. H. III 6270, M. f. L. I B IIb 5808 — sind die Herren Regierungspräsidenten ersucht worden, die Wasserpolizeibehörden anzuweisen, alle ihnen auf Grund des § 23 des Wassergesetzes zugehenden Kanalisationsprojekte umfänglicherer Art, bevor sie darüber entscheiden, durch die Hand der Herren Regierungspräsidenten der Zentralinstanz vorzulegen. Da es uns für eine gleichmäßige Handhabung der Grundsätze über die Reinhaltung der Wasserläufe erwünscht ist, auch diejenigen größeren Kanalisationsprojekte kennen zu lernen, bei denen das Recht zur Einleitung der Abwässer durch Verleihung auf Grund des § 46 W.G. nachgesucht wird, so ersuchen wir die Herren Regierungspräsidenten ergebenst, die Medizinalbeamten, denen nach Ziffer 10 unserer Ausführungsanweisung zum Wassergesetz vom 7. April 1913, betreffend das Verleihungsverfahren und das Ausgleichungsverfahren, vom 25. April 1914 eine Ausfertigung der dem Bezirksausschuß einzureichenden Vorlagen zugeht, anzuweisen, uns auch diese Projekte, sofern sie umfänglicher Art sind, durch ihre Hand vorzulegen.

Es ist anzunehmen, daß die Bezirksausschüsse, wenn sie auch gesetzlich, abgesehen von dem Falle des § 49 Absatz 4 des Wassergesetzes, dazu nicht verpflichtet sind, dem Unternehmer die von uns notwendig erachteten An-

forderungen auf Grund der §§ 47 und 49 W. G. auferlegen werden. Sollte es wider Erwarten in vereinzelten Fällen nicht geschehen, so wollen die Herren Regierungspräsidenten von dem Ihnen nach § 384 W. G. zustehenden Beschwerderecht Gebrauch machen.

Verteilung der Nährmittel. Erlaß der Minister des Innern, für Landwirtschaft usw. und für Handel und Gewerbe vom 12. Dezember 1916 — M. d. I. VIb 1048, M. f. L. I A Ie 14197, M. f. H. IIb 13797 — an die Herren Oberpräsidenten und Regierungspräsidenten.

Nach Bestimmung des Herrn Präsidenten des Kriegsernährungsamts soll die Verteilung von Hafer- und Gerstenfabrikaten, von Weizengraupen, Grieß, Teigwaren, Grünkern, von Sago und dergl., von Hülsenfrüchten (Buchweizen, Hirse), von Maisgrieß sowie von Mischfabrikaten aus den genannten Nährmitteln, insbesondere von Suppenwürfeln und losen Suppen, von Speisepulvern, vegetabilischen Fleischersatzmitteln und Kindernährmitteln künftig nach einheitlichen Grundsätzen unter Mitwirkung der Behörden erfolgen. Zu diesem Zweck ist in Verbindung mit der Reichsverteilungsstelle für Eier eine dem Herrn Präsidenten des Kriegsernährungsamts unmittelbar unterstellte Verteilungsstelle eingerichtet worden, welche die Bezeichnung „Reichsverteilungsstelle für Nährmittel und Eier" führt und ihren Sitz in Berlin, Potsdamer Platz 3 III, hat.

Die kriegswirtschaftlichen Organisationen, welche die erwähnten Nährmittel in geschäftlicher Hinsicht verwalten, sind angewiesen, vom 1. Dezember 1916 ab solche Waren nur mehr im Einverständnis oder nach Anweisung des Kriegsernährungsamts bezw. der Reichsverteilungsstelle für Nährmittel und Eier zur Verteilung zu bringen. Die Verteilung auf die Bundesstaaten wird nach einem vom Herrn Präsidenten des Kriegsernährungsamts aufgestellten Verteilungsschlüssel erfolgen.

Für die Unterverteilung der vom Kriegsernährungsamt bezw. von der Reichsverteilungsstelle dem Preußischen Staat zugewiesenen Nährmittel auf die einzelnen Teile des Staatsgebiets ist die Schaffung einer Landesverteilungsstelle notwendig. Die Geschäfte der Landesverteilungsstelle übertragen wir hiermit unter entsprechender Erweiterung ihres Aufgabenkreises der durch die Ausführungsanweisung vom 24. August 1916 (Reichs-Gesetzbl. S. 927) errichteten Landesverteilungsstelle für Eier (Landeseierstelle). Der Landesverteilungsstelle für Eier wird von jetzt ab die Bezeichnung:

„Landesamt für Nährmittel und Eier"

beigelegt. Die Angelegenheiten der Eierversorgung sind in einer besonderen Abteilung des Landesamts zu bearbeiten, welche die Bezeichnung:

„Landesamt für Nährmittel und Eier, Abteilung für Eierversorgung"

zu führen hat. Das Landesamt wird vorläufig seinen Sitz in den bisherigen Geschäftsräumen der Landesverteilungsstelle für Eier in Berlin SW. 68, Markgrafenstraße 21 I (Fernsprechanschluß: Amt Zentrum 4481) behalten.

Ebenso wie die bisherige Landesverteilungsstelle für Eier ist auch das in der Form eines Ausbaus dieser Stelle geschaffene Landesamt für Nährmittel und Eier eine Behörde. Die Aufsicht wird durch den Minister des Innern ausgeübt.

Der Vorsitzende, die stellvertretenden Vorsitzenden, die ständigen und nichtständigen Mitglieder des Landesamts werden von dem Minister des Innern im Benehmen mit den Ministern für Landwirtschaft, Domänen und Forsten und für Handel und Gewerbe ernannt. Bei der Ernennung des stellvertretenden Vorsitzenden und der Mitglieder kann vorbehalten bleiben, daß sich ihre Tätigkeit auf die Geschäfte der Abteilung für Eierversorgung zu beschränken hat.

Dem Landesamt wird zur Anhörung in Fragen von allgemeinerer Bedeutung, insbesondere zur Anhörung über die Verteilungsgrundsätze und die Verbrauchsvorschriften, ein Beirat beigegeben, dessen Mitglieder vom Minister des Innern im Benehmen mit den Ministern für Landwirtschaft, Domänen und

Forsten und für Handel und Gewerbe unter Berücksichtigung der verschiedenen Teile des Staatsgebiets und der wichtigsten Bevölkerungsgruppen zu berufen sind.

Zum Vorsitzenden des Landesamts ist der Königliche Landrat Dr. Cornelsen aus Minden i. W. ernannt.

Dem Landesamt wird auf Grund der Bekanntmachung über die Errichtung von Preisprüfungsstellen und die Versorgungsregelung vom 25. September 1915 (Reichs-Gesetzbl. S. 607) und der ergänzenden Bekanntmachungen vom 4. November 1915 und vom 6. Juli 1916 (Reichs-Gesetzbl. 1915 S. 728 und 1916 S. 673) die Befugnis verliehen, die Versorgung der Bevölkerung des Staatsgebiets oder eines Teils des Staatsgebiets mit den von ihm unterzuverteilenden Nährmitteln gemäß § 15 Abs. 3 der ersterwähnten Bekanntmachung in seiner gegenwärtigen Fassung zu regeln. Soweit das Landesamt von dieser Befugnis Gebrauch macht, ruhen die entsprechenden Befugnisse der Kommunalverbände und der Oberpräsidenten und Regierungspräsidenten. Von diesen Stellen etwa erlassene, der Regelung des Landesamts entgegenstehende Anordnungen werden mit dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Anordnungen des Landesamts ohne weiteres außer Wirkung gesetzt. Auf eine Vorlage der Anordnungen des Landesamts zur Genehmhaltung vor ihrer Veröffentlichung wird von uns allgemein Verzicht geleistet.

Das Landesamt wird mit den staatlichen und kommunalen Behörden *in* unmittelbaren Verkehr treten. Die Behörden haben den innerhalb seiner Zuständigkeit an sie gerichteten Ersuchen des Landesamts zu entsprechen. Alle Wünsche, Beschwerden und Anregungen in Angelegenheiten der Nährmittelverteilung sind künftig ausschließlich dem Landesamt auf dem vorgeschriebenen Dienstwege zuzuleiten. Dies gilt auch für die sogenannten Notstandszuweisungen von Nährmitteln zugunsten der Schwerarbeiter oder der minderbemittelten Bevölkerung, zur Förderung der Massenspeisung usw., welche der Herr Präsident des Kriegsernährungsamts sich wie bisher unmittelbar vorbehalten hat, es sei denn, daß die Berichterstattung an eine andere Stelle ausnahmsweise besonders angeordnet worden ist. In solchem Fall ist dem Landesamt gleichzeitig eine Abschrift des Berichts einzureichen. Wir haben den Herrn Präsidenten des Kriegsernährungsamts ersucht, die Benachrichtigungsschreiben über Notstandszuweisungen von Nährmitteln an die provinziellen oder Bezirksverteilungsstellen künftig durch Vermittlung des Landesamts, nicht mehr durch meine, des Ministers des Innern, Hand gehen zu lassen.

Das Landesamt wird die ihm überwiesenen Nährmittel unter Festhaltung angemessener Rücklagen in der Regel nicht unmittelbar auf die Kommunalverbände, sondern auf die Provinzen bezw. Regierungsbezirke unterverteilen, in denen die Weiterverteilung von den Oberpräsidenten bezw. Regierungspräsidenten vorzunehmen ist. Dabei wird sich das Landesamt zunächst an die gegenwärtig in den Provinzen bestehende Verteilungsorganisation anlehnen, auf deren Vereinheitlichung und Vervollkommnung im Interesse übersichtlicherer Gestaltung des Verteilungsgeschäfts aber hinwirken. Für diejenigen Provinzen, in denen bisher die Weiterverteilung der von den Zentralstellen zur Verfügung gestellten Nahrungsmittel in der Hand der Oberpräsidenten gelegen hat, wird das Landesamt auch fernerhin bis auf weiteres die Nährmittel den Oberpräsidenten zuweisen. Die Bestimmung über die Form der Unterverteilung, insbesondere auch über die Beteiligung der Regierungspräsidenten bei der Unterverteilung, bleibt den Oberpräsidenten überlassen. In den übrigen Provinzen und im Regierungsbezirk Hohenzollern, wo bisher ein unmittelbarer Verkehr zwischen den Zentralstellen und den Regierungspräsidenten bestanden hat, wird das Landesamt auch weiter vorläufig mit den Regierungspräsidenten unmittelbar verkehren. Sofern das Landesamt in Einzelfällen einem Kommunalverband oder einer Bedarfsstelle innerhalb eines Kommunalverbandes Nährmittel unmittelbar zuweist, wird es den Oberpräsidenten bezw. den Regierungspräsidenten davon in Kenntnis setzen.

Die Oberpräsidenten und die Regierungspräsidenten werden beauftragt, aus den zu ihrer Verfügung gestellten Nährmittelmengen unmittelbare Zuwendungen an größere öffentliche und private Krankenanstalten, sonstige

bedeutendere Anstalten, an größere industrielle Betriebe und Vereinigungen von solchen, an gemeinnützige Vereine und an sonstige geeignete Bedarfsstellen zu machen, insoweit dies ohne starke Beschwerung des Verteilungsgeschäfts praktisch durchführbar ist. Die zuständigen Kommunalverbände sind von den Zuwendungen zwecks Vermeidung von Ueberlieferungen zu benachrichtigen.

Falls der Umfang der mit der Verteilung der Nährmittel und anderer Nahrungsmittel verbundenen Arbeit es erfordern sollte, können die Oberpräsidenten und die Regierungspräsidenten mit der Vornahme der Verteilung eine der in der Provinz bezw. dem Regierungsbezirk vorhandenen Stellen (Fleischstelle, Fettstelle, Eierstelle usw.) betrauen oder eine besondere Verteilungsstelle ins Leben rufen. Dem Landesamt ist hiervon unter genauer Angabe der Adresse Anzeige zu erstatten. Die Kosten der besonderen Verteilungsstellen sind aus Staatsfonds zu decken und bei den sonstigen außeretatsmäßigen Ausgaben der Verwaltung des Innern (unter Abschnitt C) zu verrechnen.

Das Landesamt ist berechtigt, für den bei der Weiterverteilung der Nährmittel in den Provinzen und Regierungsbezirken anzuwendenden Verteilungsschlüssel allgemeine Grundsätze aufzustellen.

Der rein geschäftliche, privatwirtschaftliche Teil der Nährmittelverteilung wird sich nach den Anweisungen der vorerwähnten behördlichen Verteilungsstellen in der gleichen Form abwickeln, wie sie bei dem größten Teile der in Frage kommenden Waren schon bisher üblich gewesen ist. Die Reichsverteilungsstelle benachrichtigt das Landesamt über die ihm zustehenden Nährmittel. Das Landesamt hat sich sodann mit den für die Beschaffung der Nährmittel in Betracht kommenden zentralen Wirtschaftsstellen, insbesondere der Hafereinkaufsgesellschaft m. b. H., der Graupenzentrale G. m. b. H., der Grießzentrale G. m. b. H., dem Verbande deutscher Teigwarenfabrikanten, der Reichsgetreidestelle und der Reichshülsenfruchtstelle G. m. b. H. über die Lieferungen an die Geschäftsstellen in den Provinzen bezw. den Regierungsbezirken zu verständigen und sie zur Gutschreibung bezw. Lieferung der festgesetzten Nährmittelmengen an die Geschäftsstellen in den Provinzen bezw. den Regierungsbezirken anzuweisen. Vorbehaltlich anderweitiger Mitteilung des Landesamts für Ausnahmefälle findet ein unmittelbarer Geschäftsverkehr zwischen den zentralen Geschäftsstellen und den Kommunalverbänden grundsätzlich nicht statt. Die Oberpräsidenten und Regierungspräsidenten geben ihrerseits wiederum den Geschäftsstellen in den Provinzen bezw. den Regierungsbezirken Anweisung über die weitere Verwendung der dorthin zu ihrer Verfügung überwiesenen Nährmittel. Die Geschäftsstellen in den Provinzen bezw. Regierungsbezirken nehmen je nach der Anweisung die Nährmittel einstweilen auf Lager und führen sie den Kommunalverbänden zu. Abgerechnet wird zwischen den zentralen Geschäftsstellen oder den von ihnen bezeichneten Betrieben und den Geschäftsstellen in den Provinzen bezw. in den Regierungsbezirken einerseits und den letztgenannten Stellen und den Kommunalverbänden anderseits. Zu beachten ist, daß jeder Verteilungsverfügung einer obrigkeitlichen Verteilungsstelle ein entsprechender geschäftlicher Vorgang, Gutschrift oder tatsächliche Lieferung der Ware an die bezugsberechtigte Stelle, nachfolgen muß. Auf möglichste Vereinfachung, Verbilligung und Beschleunigung der geschäftlichen Abwicklung ist mit größtem Nachdruck hinzuwirken.

Das Landesamt wird alsbald den Oberpräsidenten und Regierungspräsidenten mitteilen, mit welchen behördlichen Verteilungsstellen und mit welchen Geschäftsstellen in den Provinzen bezw. Regierungsbezirken es arbeiten wird.

Wir weisen noch besonders darauf hin, daß es im Interesse einer glatten Abwicklung der geschäftlichen Aufgaben bei der Nährmittelverteilung dringend geboten ist, den auf diesem Gebiet erfahrenen Handel in weitestem Umfang zu beteiligen und ihn namentlich auch in die provinziellen und Bezirksnahrungsmittelgesellschaften einzugliedern, wie dies bei verschiedenen Gesellschaften mit bestem Erfolge geschehen ist. Auch für die Unterverteilung der Nährmittel in den Kommunalverbänden ist der Handel, insbesondere der zuverlässige Kleinhandel, neben den Konsumvereinen, soweit es ohne Beeinträchtigung der Versorgung der Bevölkerung irgend geschehen kann, heranzuziehen. Der

Vertrieb von Nahrungsmitteln in kommunaler Regie hat sich namentlich an solchen Orten nicht bewährt, wo eine zu kleine Anzahl von kommunalen Verkaufsstellen eingerichtet worden ist.

Fürsorge für eine kräftige Ernährung der in der Kriegsindustrie tätigen Arbeiterschaft („Hindenburgspende"). Erlaß des Ministers des Innern vom 23. Dezember 1916 — VIa 1707 — an die Herren Oberpräsidenten und den Herrn Regierungspräsidenten in Sigmaringen.

Im Anschluß an die Telegramme vom 28. v. und 1. d. M., sowie in Verfolg meines Runderlasses vom 1. d. M. — VIa 1585 —[1]) bestimme ich zur Ausführung der inzwischen eingeleiteten Sammlungen für die Hindenburgspende im Einvernehmen mit dem Herrn Präsidenten des Kriegsernährungsamts und dem Herrn Landwirtschaftsminister folgendes:

Die Spende hat sich in der Regel auf Speck und Schmalz zu beschränken, das von Selbstversorgern aus den ihnen rechnungsmäßig zustehenden Mengen abgegeben wird. Es ist davon auszugehen, daß den Selbstversorgern ein um die Spende vergrößerter Mehrverbrauch nicht zugestanden werden kann.

Die freiwillige Spende von Butter, Kartoffeln und Schlachtvieh kommt nicht in Frage, da es dringend geboten und höchste vaterländische Pflicht ist, diese Waren innerhalb des vorgeschriebenen Verfahrens dem Kommunalverband bezw. der Sammelstelle zur weiteren regelmäßigen Verfügung zu überlassen. Hierdurch wird die Rüstungsindustrie mitversorgt.

Soweit in Einzelfällen Wild gespendet werden soll, ist dies zuzulassen. Der Absatz wird von der Verwaltungsstelle der Hindenburgspende vermittelt.

Die Geschäftsführung der „Verwaltungsstelle der Hindenburgspende der deutschen Landwirte", deren Aufgabe die zentrale Leitung der Sammeltätigkeit und die Verfügung über die gesammelten Vorräte ist, liegt in Händen des Geheimen Regierungsrats von Schlieben in Berlin, Köthenerstraße 16. Den Wünschen und Verteilungsanordnungen der Verwaltungsstelle ist Folge zu leisten.

Als Sammelstellen für die Provinzen sind in erster Linie die Provinzialfleischstellen einzusetzen, sofern nicht mit der Verwaltungsstelle aus besonderen Gründen etwas anderes vereinbart wird.

Etwaige Anträge der Provinzialbehörden, daß die innerhalb der Provinz gesammelten Spenden bestimmten Bedarfsgebieten zugeführt werden sollen, werden möglichste Beachtung finden. Sie sind bei der Verwaltungsstelle anzubringen, die darüber zu wachen hat, daß keine Doppelberücksichtigung oder Vernachlässigung einzelner Gegenden erfolgt.

Die gesammelten Lebensmittel werden vorerst Industriebezirken zugewiesen werden, in denen die Fleischversorgung noch leidet, damit in diesen Bezirken namentlich die Schwerstarbeiter mit der vollen Fleischration von 250 g wöchentlich versorgt werden können.

Der Herr Präsident des Kriegsernährungsamts hat allgemein genehmigt, daß im Bedarfsfalle Fleisch und Fett aus der Hindenburgspende ohne Einziehung der Fleischkarten, also außerhalb der Verbrauchsregelung, verabfolgt wird. In jedem Falle muß dafür gesorgt sein, daß die Spende wirklich auf kürzestem Wege den Schwerstarbeitern und sodann den Schwerarbeitern, besonders den Arbeitern in der Rüstungsindustrie, zugeführt wird.

Meine Anordnung im Telegramm vom 1. Dezember d. J., daß im Notfall zunächst die gesammelten Vorräte an die Provinzialfleischstellen in Cöln bezw. Breslau abgeliefert werden sollten, hat jetzt keine Geltung mehr.

Anfragen und Wünsche aller Art in Sachen der Hindenburgspende sind an die Verwaltungsstelle zu richten.

---

[1]) Siehe Beilage Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung zu Nr. 1 dieser Zeitschrift; Jahrgang 1917.

Redaktion: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 3. 5. Februar. 1917.

Rechtsprechung.

Der Arzt (Zahnarzt, Dentist) ist auch dann schadensersatzpflichtig, wenn er auf Wunsch des Kranken zu einer sachwidrigen Behandlung schreitet. Urteil des Oberlandesgerichts Colmar (I. Z.-Sen.) vom 20. Februar 1914.

Der Dentist N. hatte einer jungen Frau im ganzen 22 Zähne und Zahnwurzeln gezogen. Obwohl das Ausziehen der Zähne auf ihren Wunsch erfolgt war, verklagte sie hinterher den Dentisten auf Schadensersatz wegen unsachgemäßer Behandlung. Das Oberlandesgericht in Colmar gab auch ihrer Klage statt mit folgender Begründung:

Von den 22 Zähnen und Zahnwurzeln waren 5 ganz gesund, 3 nur mit leichtester Karies und 3 mit einer der Behandlung leicht zugänglichen Karies behaftet. Diese 11 Zähne hätten daher als gesund oder durch Behandlung, Füllung etc. leicht instand zu setzen, überhaupt nicht ausgezogen zu werden brauchen. Daß sie gleichwohl ausgezogen wurden, widersprach dem in der Zahnheilkunde allgemein anerkannten Grundsatz, daß ein künstlicher Zahn und ein künstliches Gebiß nie einen natürlichen Zahn und ein natürliches Gebiß voll ersetzen kann, und daß daher der Zahnheilkundige unbedingt darauf bedacht sein muß, natürliche Zähne nicht auszuziehen, sondern sie instand zu setzen und zu erhalten, so lange ihre Beschaffenheit es zuläßt. Von diesem ihm bekannten Grundsatz ist der Beklagte abgewichen, weil die Klägerin ihn zum Ziehen aller dieser Zähne aufgefordert hatte. Auf seinen Einwand, einige dieser Zähne seien gesund, andere davon müßten gefüllt werden, hat sie sich allerdings geweigert, Zähne füllen zu lassen und auf dem Ziehen der Zähne bestanden, da sie ihr zu groß und zu häßlich seien; sie wünsche sich kleine weiße Zähne. Dadurch, daß Beklagter diesem Wunsche nachkam, den er bei einer 25jährigen Frau als berechtigt ansah, hat er sich gröblich gegen die Pflichten vergangen, die jedem, der sich mit entgeltlicher Ausübung der Heilkunde befaßt, den von ihm Rat und Hilfe Verlangenden gegenüber obliegen. Denn wie auch in anderen Fällen, in denen ein Sachverständiger seiner überlegenen Sachkunde wegen um seine Dienste angegangen wird, besteht bei dem, der gewerblich die Heilkunde ausübt, nach der Eigenart seines Berufs, überdies aber auch nach Treu und Glauben der Inhalt des Vertragsverhältnisses nicht darin, daß er sich blindlings den Wünschen der Kranken unterwirft; vielmehr setzen diese in sein Wissen und seine Gewissenhaftigkeit Vertrauen, daß ihnen ein wirklich sachgemäßer Rat und eine sachgemäße Behandlung zuteil werden. Wer sich in ärztliche Behandlung begibt, hat sich demgemäß dem Rat und den Anordnungen des Arztes zu unterwerfen. Tut er dies nicht, so hat der Arzt die Pflicht, den Kranken zu belehren, unter Umständen ihn auch auf die gesundheitlichen Nachteile hinzuweisen, die sich sonst ergeben, vor allem aber jede sachwidrige Behandlung abzulehnen und nötigenfalls vom Vertrage zurückzutreten. Für eine sachwidrige Behandlung bleibt daher der Arzt auch dann, wenn er hierbei ungeachtet seiner besseren Sachkunde den Wünschen des Kranken nachgegeben hat, verantwortlich, und zwar nicht nur aus dem Vertragsverhältnis, sondern zugleich aus seiner unerlaubten Handlung. Insbesondere sind in solchem Falle — ohne daß die Frage, inwieweit die Einwilligung des Kranken die Rechtswidrigkeit der Körperverletzung oder der Gesundheitsbeschädigung aufzuheben vermag (§ 823), erheblich ist — alle Voraussetzungen des § 826 gegeben. Denn es verstößt bei jedem, der

die Heilkunde als Beruf ausübt, gröblich gegen die guten Sitten, einem Kranken, auch wenn er es wünscht, eine Behandlung zuteil werden zu lassen, von der der Heilkundige weiß, daß sie sachwidrig und gesundheitsschädlich ist, und das Bewußtsein, daß die sachwidrige Behandlung dem Kranken gesundheitlich nachteilig sein wird, enthält zugleich die vorsätzliche Schädigung.
(Sächsische Korrespondenz; Nachdruck nur mit deren Genehmigung gestattet.)

Schadenersatzpflicht einer städtischen Gasanstalt bei Tod eines Arztes während der Benutzung eines Gasbadeofens, der von ihr vor Anbringung eines Ableitungsrohres an die Gasleitung angeschlossen ist. Urteil des Reichsgerichts (VI. Z.-S.) vom 21. Dezember 1916.

Der 50 Jahre alte praktische Arzt Dr. T. in S. hatte sich in seiner Wohnung einen Gasbadeofen aufstellen lassen, die Gas- und Wasserzuleitung wurde durch die Stadtgemeinde besorgt. Ein Abzugrohr für das überschießende Gas und eine Lüftungsvorrichtung war noch nicht angebracht und Dr. T. von der Installationsfirma darauf aufmerksam gemacht, daß vorher nicht gebadet werden dürfe. Dessenungeachtet, und obwohl eines seiner Kinder kurz vorher nach dem Baden wahrscheinlich an Gasvergiftung erkrankt war, nahm Dr. T. ein Bad. Er schlief dabei von dem ausströmenden Gase betäubt ein und kam nicht mehr zum Bewußtsein. Seine Witwe klagte in Gemeinschaft mit ihren beiden Kindern gegen die Stadt S. auf Schadensersatz, da die Familie durch den Tod T.s ihren Ernährer verloren habe. Die Kläger behaupteten, die Stadt sei an dem Unglück schuld, da sie dem noch nicht fertigen Badeofen kein Gas hätte zuführen dürfen. Der vom Landgericht Bautzen anerkannte Anspruch wurde auch vom Oberlandesgericht Dresden zur Hälfte als gerechtfertigt anerkannt unter folgender Begründung: Mit Recht macht das Landgericht die Beklagte für den Unfall verantwortlich. Nach Bekundung der Sachverständigen bedingt die Benutzung des Gasbadeofens die Zuführung frischer Luft und die Abführung der Verbrennungsgase, da sich sonst leicht schwere Unglücksfälle ereignen können. Die Anwendung dieser Sicherheitsvorrichtung ist insbesondere bei dem an Dr. T. gelieferten Gasbadeofen unerläßlich, da derartige Oefen einen überschießenden Gasverbrauch aufweisen. Aus diesem Grunde durfte die städtische Gasanstalt noch kein Gas in den unfertigen Badeofen leiten. Der Beklagten kann nicht darin beigetreten werden, daß die Stadt nur dann eine Verantwortung trifft, wenn sie auch die Installation des Badeofens besorgt habe. Es genügt nach dem Sachverständigengutachten, wenn den Beamten der Gasanstalt lediglich die Prüfung der Anlage aufgegeben und sie von ihrer Unfertigkeit Kenntnis haben. In diesem Falle darf kein Gas geliefert werden. Die Beklagte kann sich nicht damit entschuldigen, daß sie ihren Obliegenheiten dadurch nachgekommen sei, daß sie den Gasmeister M. mit der Ueberwachung der Badeanlagen und der Gaszufuhr betraut gehabt habe, vielmehr war die Stadt verpflichtet, den Gasmeister ihrerseits zu überwachen. Es muß vorausgesetzt werden, daß der Stadt die Anleitung des Deutschen Vereins der Gas- und Wasserfachleute bekannt war, die die Ansicht der maßgebenden Fachkreise zum Ausdruck bringt. Dies hätte die Beklagte veranlassen müssen, dem Gasmeister ausdrücklich Anweisung zu erteilen, daß ein Gasbadeofen vor Anbringung des Abzugrohrs unter keinen Umständen an die Gasleitung angeschlossen werden dürfe. Die Beklagte hat demnach die im Verkehr erforderliche Sorgfalt außer Acht gelassen und ist deshalb nach § 844 B.G.B. zum Ersatz des Schadens verpflichtet. Daß den Hinterbliebenen das Vermögen Dr. T.s in Höhe von ungefähr 30000 Mark zugeflossen ist, kann die Beklagte nicht für sich geltend machen; denn es stehen den Hinterbliebenen keine Erwerbsquellen mehr zur Verfügung und das Vermögen reicht zum Unterhalt nicht aus; sie sind beträchtlich schlechter gestellt als bei Lebzeiten ihres Ernährers. — Anderseits ist nicht zu verkennen, daß Dr. T. mit Schuld an seinem Tode ist. Er ist zur Genüge auf die drohende Gefahr aufmerksam gemacht worden; er hatte es mit einer sachverständigen Persönlichkeit zu tun, über deren Warnungen er sich nicht hinwegsetzen durfte. Mindestens mußte er sich während der Krankheit seines Kindes, die im unmittelbaren Anschluß an ein Bad auftrat, dieser Anweisungen erinnern und

jenen ungesäumt nachkommen; dies umsomehr, als der Arzt, den er zugezogen hatte, ausdrücklich auf die Möglichkeit einer Gasvergiftung hinwies. Die Fahrlässigkeit, die ihm zum Vorwurf gemacht werden muß, wiegt um so schwerer, als man bei ihm als Mann in höheren Jahren und bei seinem Berufe als Arzt Aufmerksamkeit und Umsicht voraussetzen könnte. Diese mußte er bei einem Falle, wie dem vorliegenden, in besonderem Maße anwenden. Die Schuld, die ihn trifft, ist der der Klägerin gleichzuerachten, weshalb die Ansprüche der Kläger nur zur Hälfte als gerechtfertigt anerkannt werden konnten.

Die gegen dieses Urteil beim Reichsgericht eingelegte Revision wurde vom VI. Zivilsenat des höchsten Gerichtshofes als unbegründet zurückgewiesen.

(Sächsische Korrespondenz; Nachdruck nur mit deren Genehmigung gestattet.)

Unzulässigkeit der Zurücknahme einer Approbation als Apotheker wegen nachträglich bekannt gewordener Verfehlungen des Approbierten. Entscheidung des preuß. Oberverwaltungsgerichts (III. Senats) vom 3. Januar 1916.

Die Klage würde begründet sein, wenn das polizeiliche Führungszeugnis des Wortlauts: „Es wird hiermit bescheinigt, daß über die Führung des Apothekers Alfred H., geboren am 18. Juli 1884 zu N., Kreis P., wohnhaft zu O., welcher sich seit dem 10. November 1908 hierselbst aufhielt, Nachteiliges hier nicht bekannt geworden ist. Ausgefertigt für Approbationszwecke" sich als ein unrichtiger Nachweis im Sinne des § 53 Absatz 1 der Gewerbeordnung darstellte. Dies ist aber, wie der Vorderrichter mit Recht annimmt, nicht der Fall. Der Inhalt und Wortlaut der von der zuständigen Polizeibehörde für den Beklagten ausgestellten Bescheinigung entsprachen der Tatsache, daß die Polizei nach Lage des ihr zur Verfügung stehenden Materials von den neuerdings bekannt gewordenen Verfehlungen, deren Kenntnis übrigens anscheinend niemals in weitere Kreise gedrungen war, nicht unterrichtet gewesen ist. Sie hatte aber auch nach allem, was ihr über die Person des Beklagten vorlag, keine Veranlassung zu vermuten, es möchten durch weitere Nachforschungen noch irgendwelche ungünstige Umstände sich ermitteln lassen, die für die Beurteilung des Beklagten hinsichtlich der Erteilung der Approbation als Apotheker entscheidend sein könnten. Bei Ausstellung derartiger Führungszeugnisse ist die Polizeibehörde berechtigt, von den ihr vorliegenden, die betreffende Person angehenden Akten auszugehen und, wenn nicht aus ihrer sonstigen Kenntnis der Verhältnisse oder aus Mitteilungen, die ihr bei Gelegenheit amtlicher Vorgänge gemacht sind, besondere Veranlassung zu weiteren Ermittelungen hervortritt, sich solcher zu enthalten. Führungszeugnisse, die die Polizei in der Weise, wie es im vorliegenden Falle geschehen ist, ohne Vernachlässigung ihrer Obliegenheiten ausgestellt hat, müssen als richtige Nachweise gelten, wenn sie zur Zeit der Ausstellung mit den der Behörde bekannten oder genügend aufgeklärten Tatsachen im Einklange stehen. Sie werden nicht nachträglich zu unrichtigen Nachweisen im Sinne des § 53 der Gewerbeordnung, wenn sie späterhin in einem oder dem anderen Punkte sich als objektiv unrichtig erweisen. Wollte man das annehmen, so würde ein unerträgliches Maß von Unsicherheit in das Leben gebracht werden.

Rechtsgültigkeit der auf Grund des ministeriellen Normalentwurfs erlassenen Polizeiverordnungen, betr. die Herstellung von kohlensauren Getränken und den Verkehr mit diesen Getränken. Entscheidung des Kgl. Kammergerichts (Ferien-Strafsenats) vom 11. August 1916.

Der Angeklagte stellt gewerbsmäßig ein Erfrischungsgetränk aus Wasser, Kohlensäure, Zucker, Fruchtessenzen und gelber Teerfarbe her, das er unter der Bezeichnung „Brause" an Zwischenhändler im großen verkauft. Nach § 3 Abs. 1 der Polizeiverordnung des Oberpräsidenten der Provinz Schleswig-Holstein vom 30. Januar 1913 (Amtsblatt Schleswig S. 62) dürfen zur Herstellung von Getränken, die als Frucht- oder Brauselimonaden in den Verkehr gebracht werden, neben Wasser, Kohlensäure und Rohr- oder Rübenzucker nur natürliche Fruchtsäfte oder reine Fruchtsirupe (Zubereitungen aus natürlichen Fruchtsäften und Zucker) benutzt werden. Enthalten die Ge-

tränke andere als die genannten Stoffe, so müssen sie als Kunsterzeugnisse gekennzeichnet werden.

Wegen Uebertretung der §§ 3, 15 der Polizeiverordnung vom 30. Januar 1918 ist der Angeklagte vom Landgericht zu Strafe verurteilt worden. Seine Revision rügt Verletzung sachlichen und förmlichen Rechts, auch behauptet sie die Ungültigkeit der angewendeten Verordnung.

Dem Rechtsmittel war der Erfolg zu versagen. Die Gültigkeit der Polizeiverordnung hat das Kammergericht bereits in dem Urteile wider B. vom 26. Mai 1916 anerkannt. An dieser Auffassung ist auch nach erneuter Prüfung festzuhalten. Wie die Eingangsworte ergeben, ist die Verordnung auf Grund des § 137 des Landesverwaltungsgesetzes vom 30. Juli 1883 mit Zustimmung des Provinzialrats erlassen. Ihre stoffliche rechtliche Stütze findet die Vorschrift in § 3 der Polizeiverordnung, in § 6 der Verordnung vom 20. September 1867 sowie in den Grundsätzen des § 10 II 17 ALR.

Ob die Verordnung nach einem von den zuständigen Ministerien aufgestellten Musterentwurfe erlassen worden ist und ob die Minister in ihren Erläuterungen des Entwurfs sich auf § 6 der Verordnung vom 20. September 1867 nicht gestützt haben, ist bedeutungslos. Das Gericht hat für die Frage der Rechtsgültigkeit des § 3 lediglich zu prüfen, ob diese Bestimmung in dem in der Polizeiverordnung angezogenen § 6 der Verordnung vom 20. September 1867 ihre rechtliche Grundlage finden kann. Das aber ist zu bejahen. Zunächst ist § 6 Buchst. c anwendbar. Zwar kommt im vorliegenden Falle nicht ein Verkauf im Marktverkehr in Betracht, doch ist es immerhin von Bedeutung, daß auch beim Handel auf Märkten der Verkauf von Limonaden üblich ist. Frucht- und Brauselimonaden sind ferner Stoffe, die der Mensch nicht lediglich zu seiner Erfrischung, sondern wegen ihres Zuckergehalts auch zu seiner Ernährung zu sich nehmen kann.

Grundlegend ist ferner die Bestimmung in § 6f der Verordnung vom 20. September 1867, nach der es zu den Aufgaben der Polizei gehört, für Leben und Gesundheit des Publikums zu sorgen. Zwar mögen künstliche Zusätze zu Limonaden an und für sich nicht besonders gesundheitsschädlich sein; immerhin besteht aber die Gefahr, daß Kinder, Genesende und Personen mit schwachem Magen durch den Genuß solcher Getränke gesundheitliche Nachteile erleiden. Das Verlangen, Limonaden mit künstlichen Zusätzen als Kunsterzeugnisse zu kennzeichnen, findet daher in den Aufgaben der Polizei seine Rechtfertigung. Schließlich wurde auch Buchst. a des § 6 anwendbar sein, da das Verbot das Publikum vor Uebervorteilungen bewahren, also das Eigentum schützen will.

Daß der Angeklagte seine Erzeugnisse unter der Bezeichnung „Brause" und nicht als „Brauselimonade" in den Verkehr gebracht hat, ist für die Beurteilung der Sachlage ohne Bedeutung. Das Landgericht nimmt an, daß nach der Verkehrsauffassung beide Ausdrücke gleichbedeutend seien. Diese Feststellung ist tatsächlicher Natur und einer Nachprüfung des Revisionsrichters durch § 376 St.P.O. entzogen.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Deutsches Reich.

Neuregelung der Stellung und Uniform der landsturmpflichtigen Aerzte im Militärdienst. Allerhöchste Kabinettsorder vom 8. Januar 1917 (a) und Erlaß des preußischen Kriegsministeriums vom 8. Januar 1917 (b) an mit Kriegsstellen beliehene Aerzte.

a. Landsturmpflichtige, mit einer Kriegsstelle auf Widerruf beliehene Aerzte besitzen allgemein den militärischen Rang als Sanitätsoffizier und sind Unteroffizieren und Mannschaften gegenüber „Höhere im Dienstrange". Unteroffiziere und Mannschaften haben den Anordnungen der landsturmpflichtigen Aerzte im Sanitätsdienst Folge zu leisten.

b. Vorstehende Allerhöchste Kabinettsorder wird im Anschluß an den Erlaß vom 26. November 1916 (A.V.Bl. S. 413) mit folgendem zur Kenntnis der Armee gebracht:

1. Sämtliche mit wehrpflichtigen Aerzten bestehende Verträge sind zwecks Durchführung der allgemeinen Wehrpflicht gemäß § 626 des Bürgerlichen Ge-

setzbuchs fristlos zu kündigen, und die Aerzte alsbald unter Beachtung der Erlasse vom 10. Mai 1915 — Nr. 9307/4. 15. MA. —, vom 7. August 1915 — Nr. 1126/4. 15. M A. — IV., Absatz 2 und vom 23. Juni 1915 (A.V.Bl. S. 286/287) mit Kriegsstellen widerruflich zu beleihen.

2. Nicht mehr wehrpflichtigen, vertraglich verpflichteten Aerzten ist anheimzugeben, sich gemäß Artikel II, vierter Abschnitt, § 30 des Gesetzes, betreffend Aenderungen der Wehrpflicht, vom 11. Februar 1888 als Freiwillige in den Landsturm einstellen zu lassen, wonach einer Beleihung mit einer entsprechenden Arztstelle nichts im Wege steht.

3. Eine weitere vertragliche Beschäftigung nicht mehr wehrpflichtiger Aerzte ist im Feldheer (Operations- und Etappenbereich sowie besetztes Gebiet) fortab nicht mehr zulässig. Im Besatzungsheer steht ihrer vertraglichen Verwendung nichts entgegen.

4. Die mit Assistenzarztstellen beliehenen landsturmpflichtigen Aerzte erhalten an beiden Kragenseiten außer neben der Mitte des Aeskulapstabes je einen goldenen Stern nach dem Muster der auf den Achselstücken der Sanitätsoffiziere getragenen Sterne, die mit Stabsarztstellen Beliehenen an beiden Kragenseiten 2 Sterne, und zwar außen neben dem oberen und unteren Ende des Aeskulapstabes je 1 Stern.

Ferner tritt zu der Uniform der landsturmpflichtigen Aerzte der Helm der Sanitätsoffiziere des Beurlaubtenstandes hinzu.

5. Entscheidungen auf hier vorliegende Einzelanträge sind nicht zu erwarten.

B. Königreich Preussen.

Fortfall des Gesundheitsberichts für 1916 und Erstattung eines solchen über den zweijährigen Zeitabschnitt 1916/1917. Erlaß des Ministers des Innern vom 2. Januar 1917 — M 1 — an die Herren Regierungspräsidenten.

Mit Rücksicht auf die in meinen Erlassen vom 29. Dezember 1914 — M 3187 — und vom 31. Dezember 1915 — M 2723 — bereits anerkannten Schwierigkeiten der Erstattung einwandfreier Jahresgesundheitsberichte während des Krieges will ich von der Vorlage dieser Berichte für das Jahr 1916 einstweilen Abstand nehmen. Jedoch ordne ich hierdurch an, daß unter Berücksichtigung der in jenen Erlassen hervorgehobenen Gesichtspunkte nach Ablauf eines Jahres wiederum ein Bericht über den zweijährigen Zeitabschnitt 1916/1917 zu erstatten ist. Ueber den Zeitpunkt für den Termin, zu welchem dieser Bericht vorzulegen ist, sowie über sonstige Einzelheiten werde ich mit besonderem Erlaß am Schlusse des Jahres 1917 noch Entscheidung treffen.

Massenspeisungen. Erlaß des Ministers des Innern vom 26. Dezember 1916 — VIa 1593 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten und den Herrn Oberpräsidenten von Berlin in Potsdam.

Die Kommunalverbände sind nach § 12 Ziffer 2 der Bekanntmachung über die Einrichtung der Preisprüfungsstellen und der Versorgungsregelung vom 25. September 1915 in der Fassung vom 4. November 1915 (Reichs-Gesetzbl. S. 728) in der Lage, die Versorgung der Bevölkerung mit Gegenständen des notwendigen Lebensbedarfs zu angemessenen Preisen unter völligem oder teilweisem Ausschluß von Handel und Gewerbe selbst zu übernehmen. In Ausführung dieser Verordnung sind sie befugt, selbst Gelegenheiten zur Verabreichung fertiger Speisen an die Bevölkerung (Kriegs-Speisehäuser) einzurichten. Nach der vom Kriegsernährungsamte veranstalteten Umfrage ist dies in weitem Umfange geschehen. Die Lage der gesamten Volksernährung läßt es aber geboten erscheinen, dem weiteren Ausbau dieser Einrichtung näher zu treten.

Den Gemeiden stand es bisher frei, ob sie die Kriegsspeisehäuser zum beliebigen Gebrauche für jedermann oder für bestimmte Bevölkerungsschichten einrichten und ob sie den einzelnen zur Teilnahme an der Speisung verpflichten wollten. Ein Zwang zur allgemeinen Teilnahme an öffentlichen Speisungen wird sich nach den eingehenden, über diese Frage gepflogenen Verhandlungen nicht allgemein durchführen lassen. Es muß aber Wert darauf gelegt werden, daß alle Gemeinden, in denen ein Bedürfnis hierzu vorliegt

oder im Laufe des Winters eintreten kann, baldigst Einrichtungen, soweit sie noch nicht vorhanden sind, schaffen, die es ermöglichen, daß jedermann, der das Bedürfnis hiernach empfindet, aus öffentlicher Speisung genußfertige Speisen zu angemessenen Preisen beziehen kann. Die Aufsichtsbehörden haben zu diesem Zwecke, wo es erforderlich erscheint, von der Vorschrift des § 15 Abs. 2 der Bekanntmachung vom 25. September/4. November 1915 Gebrauch zu machen und die Schaffung entsprechender Einrichtungen, soweit sie noch nicht vorhanden sind, zu fordern. Bei der Regelung dieser Einrichtungen sind von den Gemeinden, nötigenfalls von der Aufsichtsbehörde, folgende Grundsätze zu beachten:

1. Für die staatliche Unterstützung der Einrichtung von Kriegsspeisehäusern bleibt der Erlaß der Minister des Innern und der Finanzen vom 2. Dezember 1916 — Min. d. Inn. IV a 2863, Fin.Min. I 11021 — maßgebend. Grundsätzlich ist davon auszugehen, daß die Speiseausgabe der Kriegsspeisehäuser zu den Selbstkosten, ausgenommen den Kosten der ersten Einrichtung, erfolgen sollen, so daß die Einnahmen die Ausgaben decken.
2. Die Berechtigung zur Entnahme von Speisen darf in der Regel nicht an den Nachweis der Bedürftigkeit geknüpft werden. Die Ausgabe von Berechtigungsausweisen ohne Entgelt oder unter Preisnachlaß im Wege der Kriegsunterstützung, Kriegswohlfahrtspflege, Armenfürsorge bleibt zugelassen.
3. Die Gemeinden können je nach den Preisen verschiedene Arten von Kriegsspeisehäusern einrichten. Die Benutzung der einzelnen Arten soll in der Regel nicht an besondere Voraussetzungen gebunden sein Die Gemeinden können an Stelle gemeindlicher Einrichtungen private Unternehmungen, die den Vorschriften dieser Grundsätze entsprechen, als Kriegsspeisehäuser zulassen.
4. Die Entnahme der Speisen darf nur erfolgen gegen Ablieferung der für die zur Speiseausgabe verwandten Lebensmittel geltenden Lebensmittelkarten nach Maßgabe der vom Reiche oder vom Kommunalverbande erfolgten Verbrauchsregelung und dem Umfange der tatsächlich verabreichten Rationen. Die Entnahme kann an die Bedingung geknüpft werden, daß sie eine bestimmte Mindestzeit lang erfolgt.

   Es ist zulässig, besondere Ausweise für den Empfänger gegen Einziehung der anzurechnenden Teile der Lebenmittelkarten auszugeben. In jedem Fall ist darauf hinzuwirken, daß die Anrechnung der Lebensmittel in den Gastwirtschaften nach den gleichen Grundsätzen wie in den öffentlichen Kriegsspeisehäusern erfolgt.
5. Die Versorgung der Kriegsspeisehäuser mit Lebensmitteln geschieht durch die Gemeinden, wobei nach Maßgabe der vereinnahmten Lebensmittelkarten die bestimmter Verteilung unterworfenen Lebensmittel zuzuteilen sind.

   Abdrucke für die Gemeinden mit mehr als 10000 Einwohnern sind beigefügt. Für die Entscheidung der Bedürfnisfrage können keine allgemeinen Richtlinien gegeben werden. Die Beurteilung der örtlichen Verhältnisse muß unter besonderer Berücksichtigung der Bedürfnisse der Munitions- und Rüstungsarbeit erfolgen. Ueber die Durchführung der auf Grund dieses Erlasses getroffenen Anordnungen ist zum 1. Februar 1917 kurz zu berichten.

Warnung vor dem sogenannten handelsfreien Mehlstreckungsmittel „Paulinium-Mehl". Erlaß des Ministers des Innern vom 30. Dezember 1916 — V I a 1824 — an die Herren Regierungspräsidenten.

Die Firma „Fernutho", Nähr- und Genußmittelfabrik in Berlin SO. 33, Schlesischestraße 27, und C. 19, Wallstraße 25, hat als „Pflanzenmehl" mit der näheren Bezeichnung „Paulinium-Mehl" ein sogenanntes „handelsfreies Mehlstreckungsmittel" unter besonderem Hinweis auf die Backfähigkeit in den Verkehr zu bringen versucht und sich hierbei anscheinend vornehmlich an Kommunalbehörden gewandt. Nach dem Ergebnis der amtlichen Untersuchung von Proben der betreffenden Ware handelt es sich um Strohmehl; weitere Ermittelungen haben ergeben, daß im wesentlichen gemahlenes Bohnen- und Rapsstroh in Betracht kommt.

Unter Bezugnahme auf meinen Erlaß vom 19. Juni 1916 — V 13730 — ersuche ich ergebenst, unverzüglich den nachgeordneten Behörden von Vorstehendem Kenntnis zu geben und die mit der Beaufsichtigung des Verkehrs mit Backwaren betrauten Beamten und Sachverständigen, insbesondere auch die öffentlichen Nahrungsmittel-Untersuchungsanstalten, anzuweisen, auf die in Betracht kommenden Verfälschungen besonders zu achten.

Bereitstellung von Polster- und Spitalwatte für Krankenanstalten und Medizinalpersonen. Erlaß des Ministers des Innern vom 4. Januar 1917 — M 7652 — an die Herren Regierungspräsidenten, abschriftlich an die Herren Oberpräsidenten.

Mit Bezug auf den Erlaß vom 16. September v. J. — M 6659 II —.

Anliegend übersende ich Abschrift eines Schreibens zur gefälligen Kenntnisnahme, das die Kriegsrohstoff-Abteilung des Kriegsministeriums unter dem 14. Oktober 1916 in der Angelegenheit, betreffend die Bereitstellung von Polsterwatte und Spitalwatte, an den Verband Deutscher Wattefabrikanten gerichtet hat. Infolge Anregung des nach § 16 der Bundesratsverordnung vom 10. Juni 1916 gebildeten Ausschusses hat die Kriegsrohstoff-Abteilung des Kriegsministeriums (Kriegsamt) dieses Schreiben durch das weiter in Abschrift mitgeteilte Schreiben vom 14. Nov. 1916 (s. Anlage b) ergänzt.

Hiernach werden als Staatsaufträge im Sinne des § 7 des Schreibens vom 14. Oktober 1916 (s. Anlage a) die Bestellungen von Apotheken angesehen. Es wird also den Krankenanstalten, den Krankenkassen mit Verbandstoffniederlage und den Medizinalpersonen überlassen, ihren Bedarf bei jedem beliebigen Lieferer zu decken, wie es anderseits auch den Apotheken freisteht, sich nach Belieben zu versorgen. Wenn jedoch ihnen dies nicht mehr möglich sein sollte, dann sollen die Apotheken durch die gedachte Regelung in die Lage versetzt werden, der Nachfrage seitens der Krankenanstalten, der Krankenkassen mit Verbandstoffniederlage und der Medizinalpersonen durch unmittelbare Bestellung bei der Geschäftsstelle des Verbandes Deutscher Wattefabrikanten zu entsprechen. Die Mitglieder des Verbandes sind verpflichtet, 35 % der ihnen freigegebenen Mengen für diesen Fall zur Verfügung zu halten.

Ich ersuche ergebenst, die der dortigen Aufsicht unterstehenden Krankenanstalten, Apotheken und Medizinalpersonen gefälligst alsbald entsprechend zu benachrichtigen.

Anlage a.

Kriegsministerium.
Kriegs-Rohstoff-Abteilung. Berlin SW. 48, den 14. Oktober 1916.

Auf Grund der am 9. August 1916 mit dem Vorstand des Verbandes Deutscher Wattefabrikanten und dem Syndikus, Rechtsanwalt Thomas, stattgehabten Verhandlung wird folgendes mitgeteilt:

1. Zur Ermöglichung der Herstellung von Polsterwatte und Spitalwatte gibt die Kriegs-Rohstoff-Abteilung für die Zeit vom 1. September 1916 bis 31. Dezember 1916

750000 kg Lumpen

frei, und zwar:

500000 kg in den Klassen 123, 124, 127, 146 und 149,
215000 kg in den Klassen 125, 134 und 153,
35000 kg in den Klassen 120, 121, 131 und 142.

Die Aktiengesellschaft zur Verwertung von Stoffabfällen, Berlin, wird beauftragt, diese Lumpen reißen zu lassen und den Mitgliedern des Verbandes nach dem vom Verband aufzustellenden Verteilungsschlüssel in nachstehenden Sorten Spinnstoffe zur Verfügung zu stellen:

1. für bunte Watte:
   Spinnstoff 10 für Mittelwatte zu 82 M. für 100 kg,
   „ 10 b für Deckenwatte zu 99 M. für 100 kg;
2. für schwarze Watte:
   Spinnstoff 10 c für Mittelwatte zu 96 M. für 100 kg,
   „ 10 d für Deckenwatte zu 115 M. für 100 kg;
3. für weiße Watte:
   Spinnstoff 10 e für Mittelwatte zu 122 M. für 100 kg,
   „ 10 f für Deckenwatte zu 147 M. für 100 kg;

4. für Spitalwatte:
Spinnstoff 10e zu 122 M. für 100 kg.

Bei dem Reißauftrag sind nach Möglichkeit diejenigen Mitglieder des Verbandes, welche eigene Reißerei besitzen, mit Lohnreißaufträgen zu bedenken. Auch können, soweit tunlich, die eigenen Lumpenbestände der Mitglieder denselben zum Reißen in Lohn zugeteilt werden. Für die Reißlöhne sind die mit dem Verband Deutscher Kunstbaumwollfabriken aufgestellten Lohnsätze maßgebend.

2. Es ist Pflicht des Verbandes, dafür Sorge zu tragen, daß jedes seiner Mitglieder bei Zuteilung der Spinnstoffe eine seiner Leistungsfähigkeit entsprechende Menge nach Maßgabe des Verteilungsschlüssels zugewiesen erhält.

3. Dem Verband Deutscher Wattefabrikanten werden ferner sämtliche Heeres-, Marine- und Staatsaufträge auf Polsterwatte und Spitalwatte zugewiesen, dagegen geht er die Verpflichtung ein, diese Aufträge seinen Mitgliedern zuzuteilen.

4. Der Verband hat die Aufträge der Heeres-, Marine- und Staatsbehörden an die einzelnen Mitglieder in der Weise zuzuteilen, daß jede Firma im Verhältnis zu ihrer Leistungsfähigkeit gleichmäßig bedacht wird.

5. Die Gesamterzeugung von Polster- und Spitalwatte aus Textilrohstoffen darf bis auf weiteres nur 50% der bisherigen, für die Zeit vom 1. Juli 1913 bis 30. Juni 1915 durch den Verband ermittelten durchschnittlichen Jahreserzeugung betragen.

6. Der Verkaufspreis der fertigen Polster- und Spitalwatte darf für:

Sorte I	bunt	2,10 M.	für 1 kg,
Sorte II	schwarz . . .	2,30 M.	„ 1 kg,
Sorte III	weiß	2,75 M.	„ 1 kg,
Spitalwatte		2,25 M.	„ 1 kg,

nicht übersteigen. Die Lieferung hat an Heeres-, Marine- und Staatsstellen frei Lager der empfangenden Stelle zu erfolgen; Verpackung unberechnet.

7. Der Verband hat zu überwachen, daß Heeres-, Marine- und Staatsaufträge von den Mitgliedern vor allen anderen Aufträgen zur Ausführung und Ablieferung gebracht werden. An Private darf nur geliefert werden, wenn Sicherheit besteht, daß von dem Rest der Bedarf der Heeres-, Marine- und Staatsstellen voll gedeckt wird. Aus den freigegebenen Lumpen dürfen keinerlei Erzeugnisse hergestellt werden, die für die Ausfuhr bestimmt sind. Ebenso ist es verboten, die Spinnstoffe oder die aus denselben hergestellte Polster- bezw. Spitalwatte zu Spinnzwecken zu verwenden oder für diesen Zweck zu veräußern. Der Verband hat seinen Mitgliedern eine entsprechende Verpflichtung aufzuerlegen.

8. Mitglieder, die den Bestimmungen zuwiderhandeln, sind von dem Verband sofort der Kriegs-Rohstoff-Abteilung zu melden. Die Abteilung behält sich vor, bei derartigen Firmen, die freigegebenen Rohmaterialien von neuem zu beschlagnahmen und ihnen weitere Freigaben nicht zu erteilen.

Anlage b.

Kriegsamt.
Kriegs-Rohstoff-Abteilung. Berlin SW. 48, den 14. November 1916.

Im Anschluß an das Schreiben vom 14. Oktober 1916 — Nr. W IV 1378/9 16 KRA — teilt die Abteilung mit, daß Bestellungen von Apotheken auf Polster und Spitalwatte als Staatsaufträge im Sinne des § 7 des angezogenen Schreibens anzusehen sind. Wie mit dem Syndikus des Verbandes, Herrn Rechtsanwalt Thomas, vereinbart, haben die Mitglieder des Verbandes 35% der ihnen freigegebenen Mengen zur freien Verfügung zu halten, damit jederzeit Apothekenaufträge erfüllt werden können. Den Apotheken steht es frei, sich nach Belieben zu versorgen, wie es auch Krankenanstalten, größeren Krankenkassen mit Verbandstoffniederlage und den Medizinalpersonen überlassen bleibt, ihren Bedarf bei jedem beliebigen Lieferer zu decken. Erst wenn dies nicht möglich sein sollte, können die Bestellungen der Apotheken unmittelbar bei der Geschäftsstelle des Verbandes gemacht werden.

Redaktion: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 4. 20. Februar. 1917.

Rechtsprechung.

Nachträgliche Erhöhung einer einmal ausgestellten ärztlichen Rechnung ist unzulässig. Entscheidung des Großherzoglichen Oberversicherungsamts in Darmstadt vom 1. Juli 1916.[1])

Das Oberversicherungsamt schließt sich einer früheren Entscheidung des Oberlandesgerichts Celle an, in der es heißt: „Die auf Grund des § 80 der Gewerbeordnung erlassene preußische Gebührenordnung für Aerzte stellt nicht festbestimmte Sätze, sondern nur Höchst- und Mindestsätze auf; sie überläßt also dem Arzt einen darnach begrenzten Spielraum. Innerhalb dieses Spielraumes hat der Arzt nach seinem billigen Ermessen gemäß §§ 315, 316 die Leistung zu bestimmen. Die Bestimmung geschieht durch Erklärung gegenüber dem anderen Teil, mithin durch eine einseitige empfangsbedürftige Willenserklärung, die einem Abwesenden gegenüber mit dem Zugehen an ihn wirksam wird. Von dem Zeitpunkte des Zugehens an ist der Arzt gebunden, er kann die einmal getroffene Bestimmung nicht mehr widerrufen; eine nachträgliche Erhöhung der vom Arzte einmal bestimmten Gebühr ist ausgeschlossen, sofern er sich nicht das Recht hierzu bei der Bestimmung vorbehält. Dies gilt sogar dann, wenn der Gegner die Erklärung zurückweist. In der Uebersendung der Rechnung liegt eine Bestimmung der Leistung im Sinne des § 315.“ Die preußische und hessische Gebührenordnung treffen bezüglich der ärztlichen Honorarbemessung in der vorgenannten Richtung gleiche oder doch ähnliche Bestimmungen, sodaß die Ausführungen des zitierten Urteils auch im Fragefall einschlagend erscheinen. Darnach konnte Dr. Sch. seine Gebühren, nachdem er sie dem Kläger angefordert hatte, nachträglich nicht mehr erhöhen, als die Kasse deren Spezifikation verlangte.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Deutsches Reich.

Anrechnung des Kriegsdienstes auf die Ausbildungszeit der Studierenden der Medizin, der Zahnheilkunde, der Tierheilkunde und der Pharmazie. Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 2. Februar 1917.

Der Bundesrat hat wegen Anrechnung des Kriegsdienstes auf die Ausbildungszeit der Studierenden der Medizin, der Zahnheilkunde, der Tierheilkunde und der Pharmazie folgendes beschlossen:

I. Die Bekanntmachung, betreffend Anrechnung des Kriegsdienstes auf die medizinische Ausbildungszeit, vom 19. Januar 1915 (Zentralblatt für das Deutsche Reich, S. 10) und die Bekanntmachung, betreffend Anrechnung des Kriegsdienstes auf die für die Zulassung zu den tierärztlichen Prüfungen nachzuweisende Ausbildungszeit, vom 27. März 1915 (Zentralblatt für das Deutsche Reich, S. 118) werden aufgehoben.

II. Für die Anrechnung des Kriegsdienstes auf die Ausbildungszeit der Studierenden der Medizin, der Zahnheilkunde, der Tierheilkunde und der Pharmazie gelten künftig folgende Bestimmungen:

---

[1]) Das vorstehende Urteil ist bereits in der Beilage zu Nr. 21 dieser Zeitschrift, Jahrg. 1916, kurz erwähnt; nachdem jetzt auch die Begründung vorliegt, schien ein nochmaliger Abdruck mit dieser zweckmäßig. In Nr. 21 ist übrigens das Urteil irrtümlich als ein solches des Oberlandesgerichts in Darmstadt bezeichnet.

1. a) Den Studierenden der Medizin kann der Kriegsdienst bis zur Dauer eines halben Jahres auf die für die Zulassung zur ärztlichen Vorprüfung nachzuweisende Studienzeit angerechnet werden, wenn nicht schon eine Anrechnung von Militärdienst gemäß § 7 der Prüfungsordnung für Aerzte stattgefunden hat. Außerdem kann den Studierenden der Kriegsdienst bis zur Dauer eines halben Jahres auch auf die für die Zulassung zur ärztlichen Prüfung nach vollständig bestandener Vorprüfung nachzuweisende Studienzeit angerechnet werden, wenn nicht schon eine Anrechnung von Militärdienst auf diese Zeit nach § 23 der Prüfungsordnung für Aerzte stattgefunden hat. Die gemäß §§ 24, 25 der Prüfungsordnung nach vollständig bestandener Vorprüfung zurückzulegende Studienzeit von mindestens vier Halbjahren darf durch Anrechnung von Kriegsdienst nicht gekürzt werden.
   b) Soweit der Kriegsdienst nicht auf die vorgeschriebene Studienzeit angerechnet worden ist, kann er auf das vorgeschriebene praktische Jahr angerechnet werden.
2. Den Studierenden der Zahnheilkunde kann der Kriegsdienst bis zur Dauer eines halben Jahres auf die für die Zulassung zur zahnärztlichen Prüfung nach vollständig bestandener Vorprüfung nachzuweisende Studienzeit angerechnet werden. Die gemäß § 25 der Prüfungsordnung für Zahnärzte nach vollständig bestandener Vorprüfung zurückzulegende Studienzeit von mindestens drei Halbjahren darf durch Anrechnung von Kriegsdienst nicht gekürzt werden.
3. a) Den nach der Prüfungsordnung vom 13. Juli 1889 zu prüfenden Studierenden der Tierheilkunde kann der Kriegsdienst bis zur Dauer eines halben Jahres auf die für die Zulassung zur tierärztlichen Fachprüfung nach vollständig bestandener naturwissenschaftlicher Prüfung nachzuweisende Studienzeit von vier Halbjahren angerechnet werden.
   b) Den nach der Prüfungsordnung vom 24. Dezember 1912 zu prüfenden Studierenden der Tierheilkunde kann der Kriegsdienst bis zur Dauer eines halben Jahres auf die für die Zulassung zur tierärztlichen Vorprüfung nachzuweisende Studienzeit angerechnet werden, wenn nicht schon eine Anrechnung von Militärdienst gemäß § 9 der Prüfungsordnung für Tierärzte stattgefunden hat. Außerdem kann den Studierenden der Kriegsdienst bis zur Dauer eines halben Jahres auch auf die für die Zulassung zur tierärztlichen Prüfung nach vollständig bestandener Vorprüfung nachzuweisende Studienzeit von vier Halbjahren angerechnet werden.
4. Den Kandidaten der Pharmazie kann der Kriegsdienst bis zur Dauer eines Jahres auf die gemäß § 35 der Prüfungsordnung für Apotheker nach vollständig bestandener pharmazeutischer Prüfung nachzuweisende zweijährige praktische Gehilfenzeit in Apotheken angerechnet werden.
5. Die Entscheidung über die Anrechnung des Kriegsdienstes gemäß Ziffer I, 4 erfolgt durch den Reichskanzler im Einvernehmen mit der zuständigen Landeszentralbehörde.

B. Königreich Preussen.

Maßnahmen zur Verhütung einer weiteren Ausbreitung der Pocken. Erlaß des Ministers des Innern vom 25. Januar 1917 — M. 10143 — an die Herren Regierungspräsidenten in Schleswig, Lüneburg, Stade, Hannover, Hildesheim, Magdeburg, Potsdam, Frankfurt a. O. und den Herrn Polizeipräsidenten in Berlin, abschriftlich an die Herren Oberpräsidenten in Schleswig, Hannover und Potsdam.

In den Anlagen übersende ich Abschriften der Reiseberichte [1]), welche meine Fachvertreter über die Besprechungen in Hamburg und Lübeck wegen der Pockenausbreitung in den Regierungsbezirken Schleswig und Lüneburg, dem Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin, dem Fürsten-

[1]) Hier nicht abgedruckt.

tum Lübeck und den Gebieten der Freien und Hansestädte Hamburg und Lübeck erstattet haben.

Aus den Berichten ergibt sich, daß die Pocken durch Landstreicher und Wanderarbeiter eine erhebliche räumliche Ausbreitung erfahren haben. Inzwischen ist die Krankheit auch in die Regierungsbezirke Hannover, Hildesheim, Stade, Magdeburg, Potsdam, Frankfurt a. O. und nach Berlin verschleppt worden.

Um einer weiteren Ausbreitung der Pocken vorzubeugen, bestimme ich folgendes:

1. Zwischen den Präsidenten benachbarter von den Pocken befallener Bezirke findet bis auf weiteres ein Nachrichtenaustausch über das Auftreten von Pocken in der Weise statt, daß die erste Erkrankung an einem Ort sofort telegraphisch, weitere Erkrankungen in demselben Ort durch schriftliche Wochenmeldung mitgeteilt werden. Die Herren Regierungspräsidenten in Potsdam, Schleswig und Lüneburg ersuche ich ergebenst, diese Mitteilungen auch an das Großherzogliche Justizministerium, Abteilung für Medizinalangelegenheiten, in Schwerin, den Herrn Kreisarzt in Schoenberg, Fürstentum Ratzeburg, den Herrn Regierungspräsidenten in Eutin im Fürstentum Lübeck, das Medizinalamt in Hamburg und das Gesundheitsamt in Lübeck gelangen zu lassen.

2. Da die Herbergen an der Verbreitung der Pocken besonders beteiligt sind, sind die für sie erlassenen hygienischen Vorschriften erneut ihren Besitzern in Erinnerung zu bringen. Außerdem sind, soweit es noch nicht geschehen, zunächst in allen Orten, in denen ein Arzt ansässig ist, die Besitzer der Herbergen, ihre Familien, ihr Personal und die zur Zeit in der Herberge anwesenden Gäste sofort der Pockenimpfung zu unterziehen; die Besitzer der Herbergen sind ferner zu verpflichten, jeden neu eintreffenden Gast innerhalb von längstens 2 Stunden der Ortspolizeibehörde zu melden, die dessen schleunige Impfung zu veranlassen hat. Zu diesem Zweck hat sie mit einem ortsansässigen Arzte zu vereinbaren, daß er die Durchführung der Impfungen übernimmt und regelmäßig, zweckmäßig in späterer Abendstunde, die neu eintreffenden Gäste der Herberge impft. Der Impfung sind diejenigen Personen nicht zu unterwerfen, welche nachweisen können, daß sie innerhalb der letzten 5 Jahre die natürlichen Blattern überstanden haben oder mit Erfolg geimpft worden sind. Den Geimpften ist von dem Arzt eine Bescheinigung über die erfolgte Impfung auf einem von der Polizeibehörde zur Verfügung zu stellenden Vordruck auszuhändigen. Als Honorar für jede Impfung erscheint der Satz von 1 Mark angemessen.

Die Maßnahme findet ihre Stütze in den Anordnungen der stellvertretenden Generalkommandos des III., IX. und X. Armeekorps, betreffend die Schutzpockenimpfung.

3. Es empfiehlt sich, in den Kreisen, in denen Pocken aufgetreten sind, allgemeine Impftermine für die freiwillige Impfung der gesamten Bevölkerung einzurichten und die vorgeschriebenen Impftermine für Erst- und Wiederimpfungen möglichst bald abzuhalten.

4. Bezüglich der Feststellung zweifelhafter Pocken- bezw. pockenverdächtiger Erkrankungen verweise ich auf meinen Erlaß vom 20. Dezember 1916 — M. 11686 —.

5. Seitens des Herrn Kriegsministers ist für den Bereich des III., IX. und X. Armeekorps die Pockenimpfung aller in staatlichen und privaten Kriegslieferungsbetrieben Beschäftigten, die in den letzten 4 Jahren nicht mit Erfolg geimpft sind, angeordnet worden. Ich ersuche ergebenst, die Durchführung dieser Maßnahmen nach Kräften zu fördern, auch dafür zu sorgen, daß die Geimpften über die erfolgte Impfung Ausweise, wie zu 2 erwähnt, erhalten. Mit Rücksicht auf den zurzeit herrschenden Aerztemangel habe ich den Herrn Kriegsminister ersucht, diesen Impfungen tunlichst durch Sanitätsoffiziere ausführen zu lassen. Soweit dies nicht möglich sein sollte, wollen Sie auch dafür Sorge tragen, daß für die Entschädigung der sonstigen, die Impfungen ausführenden Aerzte in mäßigen Grenzen gehaltene Pauschalbeträge festgesetzt werden.

Im Einvernehmen mit dem Herrn Finanzminister will ich mit Rücksicht auf die obwaltenden besonderen Verhältnisse von der Frage absehen, ob und

1. a) Den Studierenden der Medizin kann der Kriegsdienst bis zur Dauer eines halben Jahres auf die für die Zulassung zur ärztlichen Vorprüfung nachzuweisende Studienzeit angerechnet werden, wenn nicht schon eine Anrechnung von Militärdienst gemäß § 7 der Prüfungsordnung für Aerzte stattgefunden hat. Außerdem kann den Studierenden der Kriegsdienst bis zur Dauer eines halben Jahres auch auf die für die Zulassung zur ärztlichen Prüfung nach vollständig bestandener Vorprüfung nachzuweisende Studienzeit angerechnet werden, wenn nicht schon eine Anrechnung von Militärdienst auf diese Zeit nach § 23 der Prüfungsordnung für Aerzte stattgefunden hat. Die gemäß §§ 24, 25 der Prüfungsordnung nach vollständig bestandener Vorprüfung zurückzulegende Studienzeit von mindestens vier Halbjahren darf durch Anrechnung von Kriegsdienst nicht gekürzt werden.
   b) Soweit der Kriegsdienst nicht auf die vorgeschriebene Studienzeit angerechnet worden ist, kann er auf das vorgeschriebene praktische Jahr angerechnet werden.
2. Den Studierenden der Zahnheilkunde kann der Kriegsdienst bis zur Dauer eines halben Jahres auf die für die Zulassung zur zahnärztlichen Prüfung nach vollständig bestandener Vorprüfung nachzuweisende Studienzeit angerechnet werden. Die gemäß § 25 der Prüfungsordnung für Zahnärzte nach vollständig bestandener Vorprüfung zurückzulegende Studienzeit von mindestens drei Halbjahren darf durch Anrechnung von Kriegsdienst nicht gekürzt werden.
3. a) Den nach der Prüfungsordnung vom 13. Juli 1889 zu prüfenden Studierenden der Tierheilkunde kann der Kriegsdienst bis zur Dauer eines halben Jahres auf die für die Zulassung zur tierärztlichen Fachprüfung nach vollständig bestandener naturwissenschaftlicher Prüfung nachzuweisende Studienzeit von vier Halbjahren angerechnet werden.
   b) Den nach der Prüfungsordnung vom 24. Dezember 1912 zu prüfenden Studierenden der Tierheilkunde kann der Kriegsdienst bis zur Dauer eines halben Jahres auf die für die Zulassung zur tierärztlichen Vorprüfung nachzuweisende Studienzeit angerechnet werden, wenn nicht schon eine Anrechnung von Militärdienst gemäß § 9 der Prüfungsordnung für Tierärzte stattgefunden hat. Außerdem kann den Studierenden der Kriegsdienst bis zur Dauer eines halben Jahres auch auf die für die Zulassung zur tierärztlichen Prüfung nach vollständig bestandener Vorprüfung nachzuweisende Studienzeit von vier Halbjahren angerechnet werden.
4. Den Kandidaten der Pharmazie kann der Kriegsdienst bis zur Dauer eines Jahres auf die gemäß § 35 der Prüfungsordnung für Apotheker nach vollständig bestandener pharmazeutischer Prüfung nachzuweisende zweijährige praktische Gehilfenzeit in Apotheken angerechnet werden.
5. Die Entscheidung über die Anrechnung des Kriegsdienstes gemäß Ziffer I, 4 erfolgt durch den Reichskanzler im Einvernehmen mit der zuständigen Landeszentralbehörde.

B. Königreich Preussen.

Maßnahmen zur Verhütung einer weiteren Ausbreitung der Pocken. Erlaß des Ministers des Innern vom 25. Januar 1917 — M. 10143 — an die Herren Regierungspräsidenten in Schleswig, Lüneburg, Stade, Hannover, Hildesheim, Magdeburg, Potsdam, Frankfurt a. O. und den Herrn Polizeipräsidenten in Berlin, abschriftlich an die Herren Oberpräsidenten in Schleswig, Hannover und Potsdam.

In den Anlagen übersende ich Abschriften der Reiseberichte [1]), welche meine Fachvertreter über die Besprechungen in Hamburg und Lübeck wegen der Pockenausbreitung in den Regierungsbezirken Schleswig und Lüneburg, dem Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin, dem Fürsten-

[1]) Hier nicht abgedruckt.

tum Lübeck und den Gebieten der Freien und Hansestädte Hamburg und Lübeck erstattet haben.

Aus den Berichten ergibt sich, daß die Pocken durch Landstreicher und Wanderarbeiter eine erhebliche räumliche Ausbreitung erfahren haben. Inzwischen ist die Krankheit auch in die Regierungsbezirke Hannover, Hildesheim, Stade, Magdeburg, Potsdam, Frankfurt a. O. und nach Berlin verschleppt worden.

Um einer weiteren Ausbreitung der Pocken vorzubeugen, bestimme ich folgendes:

1. Zwischen den Präsidenten benachbarter von den Pocken befallener Bezirke findet bis auf weiteres ein Nachrichtenaustausch über das Auftreten von Pocken in der Weise statt, daß die erste Erkrankung an einem Ort sofort telegraphisch, weitere Erkrankungen in demselben Ort durch schriftliche Wochenmeldung mitgeteilt werden. Die Herren Regierungspräsidenten in Potsdam, Schleswig und Lüneburg ersuche ich ergebenst, diese Mitteilungen auch an das Großherzogliche Justizministerium, Abteilung für Medizinalangelegenheiten, in Schwerin, den Herrn Kreisarzt in Schoenberg, Fürstentum Ratzeburg, den Herrn Regierungspräsidenten in Eutin im Fürstentum Lübeck, das Medizinalamt in Hamburg und das Gesundheitsamt in Lübeck gelangen zu lassen.

2. Da die Herbergen an der Verbreitung der Pocken besonders beteiligt sind, sind die für sie erlassenen hygienischen Vorschriften erneut ihren Besitzern in Erinnerung zu bringen. Außerdem sind, soweit es noch nicht geschehen, zunächst in allen Orten, in denen ein Arzt ansässig ist, die Besitzer der Herbergen, ihre Familien, ihr Personal und die zur Zeit in der Herberge anwesenden Gäste sofort der Pockenimpfung zu unterziehen; die Besitzer der Herbergen sind ferner zu verpflichten, jeden neu eintreffenden Gast innerhalb von längstens 2 Stunden der Ortspolizeibehörde zu melden, die dessen schleunige Impfung zu veranlassen hat. Zu diesem Zweck hat sie mit einem ortsansässigen Arzte zu vereinbaren, daß er die Durchführung der Impfungen übernimmt und regelmäßig, zweckmäßig in späterer Abendstunde, die neu eintreffenden Gäste der Herberge impft. Der Impfung sind diejenigen Personen nicht zu unterwerfen, welche nachweisen können, daß sie innerhalb der letzten 5 Jahre die natürlichen Blattern überstanden haben oder mit Erfolg geimpft worden sind. Den Geimpften ist von dem Arzt eine Bescheinigung über die erfolgte Impfung auf einem von der Polizeibehörde zur Verfügung zu stellenden Vordruck auszuhändigen. Als Honorar für jede Impfung erscheint der Satz von 1 Mark angemessen.

Die Maßnahme findet ihre Stütze in den Anordnungen der stellvertretenden Generalkommandos des III., IX. und X. Armeekorps, betreffend die Schutzpockenimpfung.

3. Es empfiehlt sich, in den Kreisen, in denen Pocken aufgetreten sind, allgemeine Impftermine für die freiwillige Impfung der gesamten Bevölkerung einzurichten und die vorgeschriebenen Impftermine für Erst- und Wiederimpfungen möglichst bald abzuhalten.

4. Bezüglich der Feststellung zweifelhafter Pocken- bezw. pockenverdächtiger Erkrankungen verweise ich auf meinen Erlaß vom 20. Dezember 1916 — M. 11686 —.

5. Seitens des Herrn Kriegsministers ist für den Bereich des III., IX. und X. Armeekorps die Pockenimpfung aller in staatlichen und privaten Kriegslieferungsbetrieben Beschäftigten, die in den letzten 4 Jahren nicht mit Erfolg geimpft sind, angeordnet worden. Ich ersuche ergebenst, die Durchführung dieser Maßnahmen nach Kräften zu fördern, auch dafür zu sorgen, daß die Geimpften über die erfolgte Impfung Ausweise, wie zu 2 erwähnt, erhalten. Mit Rücksicht auf den zurzeit herrschenden Aerztemangel habe ich den Herrn Kriegsminister ersucht, diesen Impfungen tunlichst durch Sanitätsoffiziere ausführen zu lassen. Soweit dies nicht möglich sein sollte, wollen Sie auch dafür Sorge tragen, daß für die Entschädigung der sonstigen, die Impfungen ausführenden Aerzte in mäßigen Grenzen gehaltene Pauschalbeträge festgesetzt werden.

Im Einvernehmen mit dem Herrn Finanzminister will ich mit Rücksicht auf die obwaltenden besonderen Verhältnisse von der Frage absehen, ob und

wie weit die Kosten der unter Nr. 2 und 5 erwähnten Impfungen an sich nach den geltenden Rechtsgrundsätzen als ortspolizeiliche den Gemeinden oder, soweit es sich um die zwangsweise Durchführung erstmaliger Impfungen handelt, den Kreisen zur Last zu legen wären. Vielmehr genehmige ich, daß diese Kosten, soweit sie bei Durchimpfungen der Arbeiterschaft von Fabriken nicht entsprechend den in mehreren Fällen schon geübten Verfahren von den Besitzern dieser Fabriken gezahlt werden, auf die Staatskasse übernommen und, gegebenenfalls als Etatsüberschreitung, in der Rechnung der Medizinalverwaltung bei Kap. 97a Tit. 25 für 1916 verrechnet werden. Die für die Impfungen unter Nr. 2 und 5 benötigte Schutzpockenlymphe wird durch die Impfanstalten kostenlos geliefert werden. Sie wollen auf größtmögliche Sparsamkeit für die Staatskasse Bedacht nehmen. Die zur Anweisung gelangten Beträge sind hierher mitzuteilen.

Pockenschutzimpfung der Desinfektoren, der Krankenhausärzte und des Krankenpflegepersonals sowie der Besitzer und des Personals von Herbergen. Rund-Erlaß des Ministers des Innern vom 26. Januar 1917 — M. 10259 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten, abschriftlich an die Herren Oberpräsidenten.

Mit Rücksicht auf die neuerdings an zahlreichen Orten vorgekommenen Pockenerkrankungen verweise ich ergebenst auf meinen Erlaß vom 11. August 1914, betreffend Pockenschutzimpfung der Desinfektoren sowie der Krankenhausärzte und des Krankenpflegepersonals.[1]) Soweit die betreffenden Personen nicht in den letzten 5 Jahren erfolgreich gegen die Pocken geimpft worden sind oder die natürlichen Blattern überstanden haben, ersuche ich ergebenst, ihnen diese Impfung jetzt erneut dringend nahelegen zu lassen.

Wegen der vielfach vorgekommenen Verbreitung der Pocken durch Landstreicher wollen Sie den Herbergen besondere Aufmerksamkeit zuwenden lassen, auch unter der vorstehenden Einschränkung den Besitzern und dem Personal der Herbergen empfehlen, sich alsbald impfen zu lassen.

Die Ergebnisse der Mückenbekämpfung in den Jahren 1914 und 1915. Erlaß des Ministers des Innern vom 16. Januar 1917 — M 103 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten, abschriftlich an die Herren Oberpräsidenten.

In der Anlage übersende ich Abschrift einer Zusammenstellung aus den Berichten der Regierungspräsidenten über die Ergebnisse der Mückenbekämpfung in den Jahren 1914 und 1915.

Es geht daraus hervor, daß an vielen Orten die verschiedenen Mittel der Mückenbekämpfung mit gutem Erfolge Anwendung gefunden haben. Leider haben aber infolge des Kriegsausbruchs die getroffenen Maßnahmen nicht überall mit dem wünschenswerten Nachdruck durchgeführt werden können oder sind sogar wieder eingestellt worden. Das ist im Interesse der Volksgesundheit zu bedauern. Denn gerade infolge des Krieges ist es an vielen Orten Deutschlands wieder zu einer Einschleppung von Malaria aus dem Auslande gekommen, und es droht somit, da die Malariamücke sich fast in allen Teilen Deutschlands findet, ein stärkeres Wiederaufflackern dieser bei uns schon fast ganz verschwundenen Krankheit.

Ich ersuche daher ergebenst, die weitere Durchführung der Mückenbekämpfung mit allem Nachdruck zu fördern, soweit es während des Krieges möglich ist. Als ein wichtiges, bisher anscheinend nicht angewandtes Mittel zur Vernichtung der Mücken möchte ich auch das Umwenden des trockenen Laubes bei Frostwetter in der Umgebung menschlicher Wohnungen empfehlen, wodurch die dort überwinternden Mücken durch Erfrieren zugrunde gehen.

Anlage.

Ergebnis der Mückenbekämpfung in Preußen in den Jahren 1914 und 1915.

Nach den Berichten der Regierungspräsidenten für 1914 waren folgende Bezirke von einer Mückenplage frei: Breslau, Königsberg, Gumbinnen, Marienwerder, Frankfurt a. O., Köslin, Bromberg.

[1]) Siehe Beilage zu Nr. 17 dieser Zeitschrift; Jahrg. 1914, S. 133.

Liegnitz, Oppeln, Hannover, Stade, Lüneburg und Wiesbaden. Demgemäß wurden in diesen Bezirken über die Bekämpfung der Mückenplage keine neuen Erfahrungen gemacht, oder die Bekämpfung fand nur in einzelnen Bezirken statt.

Ueber ein zahlreiches, erheblich belästigendes Auftreten der Mücken wird berichtet aus den Küstengegenden in den Regierungsbezirken Stettin und Danzig; Bad Prerow, Regierungsbezirk Stralsund; Stadt Posen; Elbniederung bei Magdeburg, Forst der Stadt Burg, Regierungsbezirk Magdeburg; Gemeinden Neunkirchen und Wiebelskirchen, Kreis Ottweiler, Regierungsbezirk Trier; Kreise Büren, Regierungsbezirk Minden, und Heinsberg, Regierungsbezirk Aachen.

Die Mobilmachung veranlaßte in den meisten Bezirken die Einstellung der Bekämpfungsmaßregeln. Wo sie vorher durchgeführt worden waren, war entsprechend der Anweisung des Kaiserlichen Gesundheitsamtes verfahren worden.

Im Jahre 1915 wurde in der Mehrzahl der Regierungsbezirke keine systematische Bekämpfung durchgeführt. Die Mückenplage war im allgemeinen nur gering. In erheblicherem Maße wurde sie festgestellt; in den Danziger Ortsteilen Heubude und Brösen; im Regierungsbezirk Merseburg nur in Bitterfeld; im Regierungsbezirk Cöln in Bonn, in den Kreisen Bergheim und Euskirchen; im Regierungsbezirk Aachen in den Flußniederungen des Kreises Heinsberg.

Nachrichten liegen vor über folgende Verfahren:

A. Die Winterbekämpfung durch Abflammen, Ausräuchern, Vernichten mit nassen Tüchern.

In der Stadt Stettin war die allgemeine Durchführung der Winterbekämpfung nicht möglich, weil die Hausbesitzer in zahlreichen Fällen nicht bereit waren, sich an der Bekämpfung zu beteiligen. Abgeflammt wurde in der Stadt Breslau, im Regierungsbezirk Potsdam, in der Stadt Posen. Hier wurden bei der Untersuchung zahlreiche Keller mückenfrei gefunden, was vielleicht ein Erfolg der bisherigen Bekämpfung ist. Im Amt Gadderbaum, Regierungsbezirk Minden, wurden in der Anstalt Bethel alle Kellerräume und Ställe abgeflammt. Im Regierungsbezirk Wiesbaden wurde in der Stadt Frankfurt a. M. wie in den Vorjahren wieder fleißig bekämpft. Untersucht wurden 1914: 2303, 1915: 2480 Liegenschaften. Mit Schnaken besetzt wurden angetroffen 1547 bezw. 1505 Liegenschaften. In all diesen wurde die Vernichtung durchgeführt. Verwendet wurde überall da, wo Abbrennen nicht möglich war, das Floria-Insektizid in 1½ % Lösung. Die Wirkung war gut. Beanstandungen kamen nicht vor. Zur Bekämpfung der Larven im Stadtwald wurde wieder Floria-Larviol mit Erfolg verwendet. Die Kosten der Bekämpfung betrugen 4750 M.

Im Regierungsbezirk Düsseldorf wurde in der Stadt Rheydt vorbildlich gearbeitet. Dort wurden 3824 Gebäude von Mücken befreit. In Essen dagegen beteiligten sich nur 37 % aller Eigentümer an der Bekämpfung. Im Regierungsbezirk Trier wurde in Wiebelskirchen abgeflammt. In der Stadt Trier besteht die vorbildliche Einrichtung, daß auf Antrag der Stadtverwaltung das Abflammen der Keller kostenlos geschieht.

Im Kreise Frankenstein, Regierungsbezirk Breslau, wurden die überwinternden Mücken mit nassen Tüchern weggefangen.

B. Sommerbekämpfung durch:

1. Saprolisieren oder Petrolisieren stehender Gewässer.

Im Regierungsbezirk Stettin wurde ein großer Versuch mit Petrolisieren im Nemitzer Tal gemacht. Der Erfolg war, daß 1915 dort keine Mückenlarven gefunden wurden. Im Regierungsbezirk Breslau wurde in den Kreisen Steinau und Frankenstein Petroleum verwendet. Im Regierungsbezirk Potsdam wurden verschiedene larventötende Mittel angewandt. Die Stadt Greifswald, Regierungsbezirk Stralsund, verwendete Petroleum ohne Erfolg, ebenso Bad Prerow, im gleichen Regierungsbezirk. Halle, Zeitz, Pforta, Teile des Kreises Liebenwerda im Regierungsbezirk Merseburg verwendeten larventötende Mittel mit gutem Erfolg, ebenso das Amt Sarbeck im Regierungsbezirk Münster. Im Regierungsbezirk Minden in der Stadt

Bielefeld und im Regierungsbezirk Trier in Neunkirchen wurde Saprol und Petroleum verwendet.

In dem Bericht des Regierungspräsidenten in Merseburg wird darauf hingewiesen, daß die Bekämpfung der Mückenplage Erfolg verspricht, wenn die Gewässer in der nächsten Umgebung der bewohnten Orte mit Saprol oder ähnlichen Mitteln bearbeitet wurden. Dagegen ist eine wirksame Bekämpfung großer Wasserflächen mehr als 1—2 km von dem Ort entfernt, wie z. B. in der Saale-, Elster-, Luppe-Niederung, unmöglich.

Aus dem Regierungsbezirk Düsseldorf wurden Bedenken geäußert wegen des Wildes und der Vögel, die durch die Saprolisierung ihrer Trinkstätten geschädigt werden könnten. Diesen Bedenken wurde 1915 Rechnung getragen, und es wurde auf die mit Fischen besetzten stehenden Gewässer, auf Wild-Wasserstellen in den Wäldern und auf möglichste Förderung des Vogelschutzes Rücksicht genommen.

Aus Frankfurt a. M. wird berichtet, daß im Stadtwald schon im März Mückenlarven unter dem Eis gefunden würden. Die Bekämpfung wurde daher sehr früh begonnen.

2. Zuschütten von Wasserlöchern.

Im Kreis Franzburg, Regierungsbezirk Stralsund, und in Recklinghausen, Regierungsbezirk Münster, wurden zahlreiche Wasserlöcher zugeschüttet und dadurch den Mücken der Brutplatz entzogen.

3. Besetzen der Gewässer mit Vögeln oder Fischen.

Im Kreis Frankenstein, Regierungsbezirk Breslau wurden die stehenden Gewässer mit Fischen besetzt. In Neufahrwasser und auf der Westerplatte, Regierungsbezirk Danzig, waren die Schwalbennester auch in diesem Jahr nicht bezogen. Der Kreis Franzburg, Regierungsbezirk Stralsund, besetzte die stehenden Gewässer mit Fischen und schuf zahlreiche Nistgelegenheiten für Singvögel. Im Regierungsbezirk Merseburg wurden in einigen Kreisen Wildenten ausgesetzt; der Erfolg bleibt abzuwarten. In einem Bezirk ebenda hatte der Schutz der Schwalben augenscheinlich guten Erfolg. Im Schwanenteich in Oberwerth bei Koblenz gingen die Schwäne und Wildenten im vorigen Jahre durch Sturm zugrunde. Die Folge war das Wiederauftreten von großen Mückenschwärmen im folgenden Sommer. Die Stadt Bonn, Regierungsbezirk Cöln, besetzte alle Wasserbehälter in den Anlagen mit Fischen.

C. Belehrungen fanden statt:

in Charlottenburg durch den Magistrat wie schon 1913, im Regierungsbezirk Potsdam durch die Haus- und Grundbesitzervereine, in der Stadt Greifswald, Regierungsbezirk Stralsund, durch die Zeitung, ebenso im Kreise Gronau und in der Stadt Recklinghausen, Regierungsbezirk Münster. In Posen wurde durch die Schule auf die Notwendigkeit der Mückenbekämpfung aufmerksam gemacht, ebenso im Landkreise Crefeld, Regierungsbezirk Düsseldorf.

D. Polizeiverordnungen wurden erlassen in Glücksburg, Regierungsbezirk Schleswig, und in Saarburg, Regierungsbezirk Trier.

Blutpräparat „Bovisan". Erlaß des Ministers des Innern vom 16. Januar 1917 — M. 5009 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Der Frauenarzt Dr. Grotthoff in Cöln preist Kommunalverwaltungen unter dem Namen Bovisan als Volksnahrungsmittel eine Blutzubereitung an, die besonders wertvolle physiologische Eigenschaften haben soll. Der Preis der betreffenden Ware ist im Verhältnis zu ihrem Nährwert viel zu hoch. Volkswirtschaftlich ist es zurzeit weit zweckmäßiger, das zur menschlichen Ernährung geeignete Blut der Schlachttiere in Form von Blutwurst, Blutbrot oder ähnlichen einfachen Zubereitungen der allgemeinen Volksernährung zugänglich zu machen. Durchaus fehl geht erfahrungsgemäß u. a. die Behauptung des Dr. Grotthoff, daß es der Bevölkerung nur alle 14 Tage einmal möglich sei, Blut als Blutwurst zu genießen, ganz abgesehen davon, daß Blutwurst nur in beschränktem Umfange zur Verfügung steht.

Ich ersuche ergebenst, die nachgeordneten Behörden von vorstehendem Kenntnis zu geben.

C. Königreich Bayern.

Der Ausbau des Wohnungswesens. Verordnung des Ministeriums des Innern vom 18. Januar 1917 — Nr. 3902 a/3 — an sämtliche K. Regierungen, Kammern des Innern, Bezirksämter und die Gemeindebehörden.

Das Wohnungswesen, das in Bayern eine gesetzliche Aufgabe der Gemeinden bildet, wird nach dem Krieg an die Gemeinden erhöhte Anforderungen stellen. Die Wohnungsherstellung, die schon einige Jahre vor dem Kriege nicht mehr mit der Nachfrage nach Kleinwohnungen gleichen Schritt hielt, hat während des Krieges fast ganz aufgehört. Dazu kommt, daß aus mehreren Ursachen eine an verschiedenen Orten bemerkbare Abwanderung nicht unerheblicher Bevölkerungskreise aus mittelgroßen Wohnungen in Kleinwohnungen stattfand, wodurch der Bestand an Kleinwohnungen weiterhin verringert wurde. Auf der anderen Seite ist aber nach dem Kriege mit einer Steigerung der Nachfrage nach Kleinwohnungen bestimmt zu rechnen. Sollte diese Nachfrage durch das Angebot auch nicht annähernd befriedigt werden können, so ist nicht nur eine höchst unerfreuliche Steigerung des Preises für Kleinwohnungen zu erwarten, unter der vor allem die kinderreichen Familien zu leiden haben würden, sondern es liegt auch die Gefahr nahe, daß leerstehende größere Wohnungen wiederum in Teilwohnungen mit allen ihren schweren sozialen Folgen zerlegt werden. Ferner ist auch zu befürchten, daß die vorhandenen Kleinwohnungen in unzulässiger Weise übersetzt werden.

Es ist daher unbedingt notwendig, daß der Eintritt solcher Verhältnisse die Gemeinden zur Abwehr und Abhilfe gerüstet findet. Dazu gehören sowohl ein sachgemäßer Ausbau der Wohnungsaufsicht, als auch geeignete Maßnahmen der Wohnungsfürsorge.

1. Zum sachgemäßen Ausbau der Wohnungsaufsicht gehört vor allem ihre den Bedürfnissen der Wohnungsfürsorge im allgemeinen und der Gemeinde angepaßte Einrichtung. Es ist geboten, daß Gemeinden mit mehr als 100000 Einwohner ein eigenes Wohnungsamt errichten, das mit dem erforderlichen Personal zu besetzen ist und dem insbesondere die notwendige Zahl von berufsmäßigen Wohnungsinspektoren im Hauptamt beigegeben wird. Das gleiche wird notwendig für Gemeinden zwischen 50000 bis 100000 Einwohner, deren Bevölkerungszahl sich dieser oberen Grenze nähert oder für die aus besonderen Gründen (z. B. sehr hoher Bestand von Kleinwohnungen, starke Zuwanderung von Arbeiterbevölkerung, rasche Zunahme der Industrie u. a.) die Errichtung eines eigenen Wohnungsamts notwendig erscheint. Jedenfalls müssen auch diese Gemeinden Wohnungsinspektoren im Hauptamt und in der erforderlichen Anzahl bestellen. Für Gemeinden mit mehr als 10000 bis 50000 Einwohner wird die Aufstellung von Wohnungsinspektoren (sei es im Hauptamt oder im Nebenamt) notwendig werden. Für den Betrieb des Wohnungsamts sind die erforderlichen Satzungen und Dienstvorschriften (Wohnungsordnungen) zu erlassen. Für die Stellen der Wohnungsinspektoren werden auch geeignete Kriegsbeschädigte in Betracht kommen.

   Eine besonders wichtige Aufgabe des Wohnungsamts wird aber die Führung eines unentgeltlichen, paritätischen und durchaus unabhängigen Wohnungsnachweises sein, der sich vor allem auch mit der Nachweisung der Kleinwohnungen befaßt.
2. Die Maßnahmen der Wohnungsfürsorge werden sich auf die Erleichterung und Unterstützung der Wohnungserstellung, insbesondere der Herstellung von Kleinwohnungen zu erstrecken haben.
   a) Dazu gehört einmal die Bereitstellung von für die Herstellung von Kleinwohnungen geeignetem Gelände, sei es, daß diese allgemein in den gemeindlichen Baulinienplänen und den dazu gehörigen Bebauungsvorschriften erfolgt, sei es, daß die Gemeinde gemeindeeigenes Gelände für diesen Zweck zur Verfügung stellt.
   b) Ferner gehört dazu die tunlichste Verbilligung der Erstellung baureifen Geländes durch weitgehende Herabminderung der Straßenherstellungskosten, insbesondere auch durch ganzen oder teilweisen Nachlaß dieser Kosten.
   c) Bei Gewährung der für die Herstellung von Kleinwohnungen in den

Bauordnungen vorgesehenen Erleichterungen wird das größte Entgegenkommen veranlaßt sein (vgl. §§ 40, 54, 62 Abs. VI Ziff. 2 Bauordnung, §§ 38, 47, 81 Abs. VI Ziff. 2 der Münch. Bauordnung).

d) Endlich sind durch die Gemeinde alle Bestrebungen nachdrücklich zu unterstützen, die die Erstellung billiger und preiswerter, gesundheitlich einwandfreier Wohnungen zum Gegenstand haben. Dazu gehört die Förderung der Tätigkeit der gemeinnützigen Bauvereinigungen, soweit sie sich auf die Schaffung vorbildlicher Kleinwohnungen für die minderbemittelte Bevölkerung bezieht, nicht minder aber auch die Bautätigkeit solider Bauunternehmer und Grundstücksbesitzer, die unter Ausschluß ungesunder Spekulation dem Wohnungsbedürfnis durch die Erbauung preiswerter und gesundheitlich tadelloser Wohnungen, insbesondere Kleinwohnungen, abzuhelfen gewillt sind. Zu diesen Bestrebungen ist auch die Ansiedlung Kriegsbeschädigter im Entwicklungsgebiet der Ortschaften, insbesondere der größeren Städte und Industrieorte zu rechnen.

Die Gemeinden werden diese Bestrebungen gebotenenfalls auch durch Gewährung oder Vermittlung der notwendigen Geldmittel unterstützen, insbesondere auf Antrag durch Vermittlung von Darlehen aus der Landeskulturrentenanstalt nach Maßgabe des Gesetzes vom 24. März 1908, oder durch Ausmittlung der erforderlichen Baukapitalien für Privathausbauten. Dabei wird auch die Heranziehung von Industriellen, die an solchen Unternehmungen wegen der Unterbringung ihrer Arbeiter beteiligt sind, insbesondere jener Industrie- und Gewerbetreibenden, die sich größerer Kriegsgewinne erfreuen, in Betracht kommen.

Daneben darf wohl auch die Hoffnung gehegt werden, daß es gelingen wird, staatliche Mittel wenigstens zur Unterstützung gemeinnütziger Bauvereinigungen bei der Erstellung von Kleinwohnungen bereitzustellen.

Die vorerörterten Aufgaben ergeben sich teils aus der Natur der Dinge, teils sind sie zur Erreichung der in der Zukunft notwendigen Ziele des Wohnungswesens unerläßlich. Gleichwohl sind sie noch in keiner Gemeinde des Königreichs ganz befriedigend zur Durchführung gelangt.

Ich nehme daher Anlaß, die Gemeinden neuerdings auf die Wichtigkeit dieser Aufgaben aufmerksam zu machen und ihnen dringend nahezulegen, der Regelung dieser Aufgaben in Bälde näherzutreten. Hierbei verkenne ich nicht, daß die dermaligen durch den Krieg veranlaßten Verhältnisse, insbesondere Mangel an Personal und finanzielle Belastung, ein wirksames Eingreifen der Gemeinden wesentlich erschweren; aber die jetzige Lage und die zukünftige Entwicklung des Wohnungsmarktes sind derart, daß trotz aller Schwierigkeiten rechtzeitig auf Abhilfe Bedacht genommen werden muß.

Die Bayerische Staatsregierung hat bisher, abgesehen von Sonderfällen, davon abgesehen, die Regelung der oben erörterten Aufgaben zum Gegenstand einer besonderen Wohnungsgesetzgebung zu machen. Sie hofft, daß die Gemeinden in ihrem eigenen Interesse und freiwillig eine ausreichende Ordnung der Wohnungsaufsicht sowohl wie der Wohnungsfürsorge in die Hand nehmen werden, so daß sich die Erlassung eines eigenen Wohnungsgesetzes in Bayern wenigstens zunächst erübrigen wird.

Die Regierungen, Kammern des Innern, und die Bezirksämter haben es sich angelegen sein lassen, in den ihnen unmittelbar unterstellten Gemeinden, bei denen die oben erörterten Voraussetzungen zutreffen, durch Belehrung und persönliche Einwirkung die Durchführung der notwendigen Einrichtungen herbeizuführen. Ueber den Erfolg dieser Bemühungen ist binnen Jahresfrist zu berichten.

Redaktion: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 5. 5. März. 1917.

Rechtsprechung.

Grenzen für die Verpflichtung, sich einer ärztlichen Behandlung behufs Beseitigung von Unfallfolgen zu unterziehen. Urteil des Reichsgerichts (VI. Z.-S.) vom 26. Februar 1917.

Bekanntlich hat jeder bei einem Unfall Verletzte, der einen anderen ersatzpflichtig machen will, die sich aus § 254 BGB. (mitwirkendes Verschulden) ergebende Verpflichtung, alles den Umständen nach Angemessene zur Heilung zu tun, um so den Schaden zu mindern. Es kann ihm jedoch nicht zugemutet werden, sich auf eine Behandlung einzulassen, die nicht nur keine sicheren Aussichten auf Besserung bietet, sondern außerdem noch die Gefahr einer Verschlimmerung seines Zustandes in sich birgt.

Der Fuhrwerksbesitzer H. in H. hatte es übernommen, die Familie des V. nebst Gästen anläßlich der Hochzeit seiner Tochter zur Kirche zu fahren. Der Wagen, in dem Frau V. saß, schlug um, wodurch sich diese eine Verletzung des sogen. Gesichtsnerves zuzog. Sie erhob infolgedessen gegen H. Klage auf Schadenersatz, der den Anspruch auf einen solchen ablehnte, weil die Klägerin sich nicht einer für sie kostenlosen elektrischen Behandlung unterzogen habe, wie er ihr in Verbindung mit seiner Versicherungsgesellschaft vorgeschlagen habe. Das Landgericht in Stade und das Oberlandesgericht in Celle gaben jedoch der Klage statt, das letztere mit folgender Begründung:

„Der Beklagte stützt seine Widerklage darauf, daß der Klägerin der Vorschlag gemacht worden sei, sich in kostenlose Behandlung des Dr. F. zu begeben, und daß diese Behandlung die Schmerzen der Klägerin nach dem Gutachten des Arztes bis zum 16 Mai 1915 beseitigt haben würde. Die Klägerin habe es aber, obwohl auf die Folgen dieses Verhaltens hingewiesen, vorgezogen, nicht zu Dr. F. zu gehen. Das Gericht kann in diesem Verhalten der Klägerin ein Verschulden nicht erblicken. Zwar hat ihr der Hausarzt nicht, wie sie behauptete, die elektrische Behandlung direkt widerraten, er hat jedoch so schwere Bedenken dagegen geäußert, daß dies im Ergebnis auf dasselbe hinauskommt. In dem Brief des Hausarztes an den Mann der Klägerin vom 12. März 1915 wird die Frage aufgeworfen, wie lange wohl die elektrische Behandlung dauern würde, und ob die Reise nach Hamburg nicht schädlich auf das Befinden der Klägerin wirken werde. Ferner wäre der Nervenarzt Dr. F. zu fragen, ob es ausgeschlossen sei, daß die Klägerin eine Neuritis davon trage; er halte es nicht für ausgeschlossen. Nachdem diese und andere Bedenken gegen die vorgeschlagene Behandlung der Klägerin zu Ohren gekommen, konnte man es ihr nicht verargen, daß sie, die selbst in medizinischen Dingen natürlich ganz unerfahren ist, sich nicht darauf einlassen wollte. Jedenfalls wäre es Sache der Versicherung und des Beklagten gewesen, diese Bedenken der Klägerin zu zerstreuen; nicht aber war es Pflicht der Klägerin, einen anderen Nervenarzt um seinen Rat zu fragen, wie die Gegenseite behauptet.

Gegen diese Entscheidung legte der Beklagte Revision beim Reichsgericht ein, das indessen das Rechtsmittel aus den folgenden Gründen zurückwies: Wenn das Berufungsgericht davon ausgeht, daß es nicht Sache der Klägerin war, einen anderen Nervenarzt aufzusuchen und dessen Rat einzuholen, sondern daß der Beklagte die berechtigten Bedenken der Klägerin gegen die vorgeschlagene Behandlung hätte zerstreuen müssen, so ist dies eine Feststellung die auf tatsächlichem Gebiet liegt und unanfechtbar ist. Hiernach kann ein Verschulden der Klägerin nicht angenommen werden.

(Sächsische Korrespondenz; Nachdruck nur mit deren Genehmigung gestattet)

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Deutsches Reich.

Anrechnung des Jahres 1917 als Kriegsjahr. Allerhöchster Erlaß vom 30. Januar 1917.

Auf Ihren Bericht vom 24. Januar 1917 bestimme Ich: Meine Order vom 7. September 1915 über die Anrechnung von Kriegsjahren aus Anlaß des gegenwärtigen Krieges gilt auch für das Kalenderjahr 1917. Denjenigen Kriegsteilnehmern, denen auf Grund der genannten Order oder der Order vom 24. Januar 1916 bereits Kriegsjahre anzurechnen sind, ist ein weiteres Kriegsjahr anzurechnen, wenn sie die Bedingungen auch für das Kalenderjahr 1917 erfüllt haben.

Beschränkungen des Verkehrs mit Kampfer. Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 16. Februar 1917.

Der Bundesrat hat auf Grund des § 3 des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. August 1914 (Reichs-Gesetzbl. S. 327) folgende Verordnung erlassen:

§ 1. Natürlicher Kampfer (Japankampfer) darf unbeschadet seiner Verwendung für Zwecke der Heeres- und Marineverwaltung nur zur Herstellung von Arzneien oder Arzneimitteln für den inneren Gebrauch bei Menschen einschließlich Einspritzungen unter die Haut und in die Blutbahn verwendet werden.

§ 2. Die unter Verwendung von natürlichem Kampfer (Japankampfer) noch herstellbaren Arzneien und Arzneimitteln dürfen in den Apotheken nur auf jedesmal erneute schriftliche, mit Datum und Unterschrift versehene Anweisung eines Arztes oder Zahnarztes abgegeben werden.

§ 3. Für andere als die im § 1 bezeichneten arzneilichen Zwecke ist an Stelle des natürlichen (Japan-) Kampfers künstlicher (synthetischer) Kampfer zu verwenden, der nachstehenden Anforderungen entsprechen muß:

Er darf nicht unter 175 Grad schmelzen und den polarisierten Lichtstrahl nicht oder nur wenig nach links oder nach rechts drehen. Für eine 20prozentige Lösung in absolutem Alkohol darf $[\alpha]_D$ 20 Grad zwischen $-$ 2 Grad und $+$ 5 Grad schwanken. Die weingeistige Lösung (1 $+$ 9) darf durch Silbernitratlösung nicht verändert werden.

Entgegenstehende Bestimmungen treten außer Kraft.

§ 4. Mit Geldstrafe bis zu eintausendfünfhundert Mark oder mit Gefängnis bis zu drei Monaten wird bestraft, wer den Vorschriften der §§ 1 und 2 zuwiderhandelt.

§ 5. Der Reichskanzler kann Ausnahmen von dem Verbot im § 1 gestatten.

§ 6. Die Verordnung tritt mit dem Tage der Verkündung in Kraft. Der Reichskanzler bestimmt den Zeitpunkt des Außerkrafttretens.

Vorverlegung der Stunden während der Zeit vom 16. April bis 17. September 1917. Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 16. Februar 1917.

Der Bundesrat hat auf Grund des § 3 des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. August 1914 (Reichs-Gesetzbl. S. 327) folgende Verordnung erlassen:

§ 1. Für die im § 2 vorgesehene Zeitspanne ist die gesetzliche Zeit in Deutschland die mittlere Sonnenzeit des dreißigsten Längengrads östlich von Greenwich (Sommerzeit).

§ 2. Die Sommerzeit beginnt am 16. April 1917 vormittags 2 Uhr nach der gegenwärtigen Zeitrechnung und endet am 17. September 1917 vormittags 3 Uhr im Sinne dieser Verordnung.

Die öffentlich angebrachten Uhren sind am 16. April 1917 vormittags 2 Uhr auf 3 Uhr vorzustellen, am 17. September 1917 vormittags 3 Uhr im Sinne dieser Verordnung auf 2 Uhr zurückzustellen.

§ 3. Von der am 17. September 1917 doppelt erscheinenden Stunde von

2 bis 3 Uhr vormittags wird die erste Stunde als 2 A, 2 A 1 Min. usw. bis 2 A 59 Min., die zweite als 2 B, 2 B 1 Min. usw. bis 2 B 59 Min. bezeichnet.

B. Königreich Preussen.

Abänderung des Tarifs für die Gebühren der Kreisärzte. Erlaß des Ministers des Innern vom 8. Februar 1917.

Auf Grund des § 8 Abs. 2 des Gesetzes, betreffend die Gebühren der Medizinalbeamten, vom 14. Juli 1909 (Gesetzsamml. S. 625) wird der Tarif für die Gebühren der Kreisärzte (Anlage I d. Ges.) wie folgt abgeändert:

Die Ziffer B 15 des Tarifs enthält den Zusatz:

desgleichen nicht für ein schriftliches Gutachten über den Gesundheitszustand von Kriegerwitwen, die auf Grund des Gesetzes über Kapitalabfindung an Stelle von Kriegsversorgung (Kapitalabfindungsgesetz) vom 3. Juli 1916 (Reichs-Gesetzbl. S. 680) eine Kapitalabfindung beantragen.

Reisekosten bei der Verbindung von Dienstreisen mit Urlaubsreisen. Erlaß des Ministers des Innern vom 26. Januar 1917 — M 12225 — an den Herrn Leiter der Königlichen Landesanstalt für Wasshygiene in Berlin-Dahlen.

Auf den gefälligen Bericht vom 9. Oktober v. Js. — Nr. 4502 — erwidere ich im Einverständnis mit dem Herrn Finanzminister ergebenst, daß in den Fällen des § 15 Abs. 2 Ziffer 2 der Ausführungsbestimmungen des Staatsministeriums zu den Vorschriften über die Reisekosten der Staatsbeamten vom 24. September 1910 die Entschädigung für Zu- und Abgang bei der Reise vom Geschäftsort zum Wohnort, sofern die Voraussetzungen für ihre Gewährung nach § 3 des Gesetzes vom 26. Juli 1910 gegeben sind, nicht versagt werden kann. Nach § 15 a. a. O. werden bei der Verbindung von Dienstreisen mit Urlaubsreisen Reisekosten nur für den dienstlich zurückgelegten Teil der Reise gewährt. Als dienstlich zurückgelegt gilt beim Anschluß einer Dienstreise an eine Urlaubsreise die Strecke vom Urlaubsorte zum Geschäftsort und von diesem zum Wohnorte, soweit sie die Strecke übersteigt, die der Beamte auch ohne das Dienstgeschäft zur Rückkehr vom Urlaub hätte zurücklegen müssen. Daß hierbei der Zu- und Abgang als Teil der Dienstreise angesehen wird, folgt aus § 29 Abs. 1 Satz 2 der Ausführungsbestimmungen.

Vorübergehende Aenderung der Ausführungsanweisung zum Feuerbestattungsgesetz. Erlaß des Ministers des Innern vom 17. Februar 1917 — II d 340 — an den Herrn Regierungspräsidenten in Wiesbaden, abschriftlich an die übrigen Herren Regierungspräsidenten.

In Ergänzung meines Erlasses vom 23. August 1915 — II d 1812 — erkläre ich mich damit einverstanden, daß für die fernere Dauer des Kriegszustandes das gemäß Abschnitt II Ziffer 6 Absatz 5c der Anweisung vom 29. September 1911 zur Ausführung des Gesetzes, betreffend die Feuerbestattung, erforderliche Kupferschild an dem Deckel des Aschenbehälters bei dem zur Zeit bestehenden Mangel an Kupfer und Hartblei aus Zink hergestellt werden kann.

Herstellung von Verbandstoffen. Erlaß des Ministers des Innern vom 10. Februar 1917 — M 5231 — an die Herren Regierungspräsidenten.

Ich mache ergebenst darauf aufmerksam, daß die Verbandstoffe wegen Mangel an Rohmaterialien den Vorschriften des Deutschen Arzneibuches entsprechend nicht mehr hergestellt werden können und daß hierfür bis auf weiteres die Anordnungen der zuständigen Heeres- und Kriegswirtschaftsstellen maßgebend sind. Ich ersuche daher, die Apotheker und Apothekenrevisoren im Sinne des Erlasses vom 16. Mai 1916 — M 6964 — zu verständigen.

Warnung vor der Verwendung von chlorsauren Salzen bei der Zubereitung (Pökelung) von Fleisch und Fleischwaren. Erlaß der Minister des Innern, für Landwirtschaft usw. und für Handel und Ge-

werbe vom 24. Januar 1917 — M. d. I. M. 5031, M. f. L. I A III c 102, M. f. H. II b 598 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Einer dem Kaiserlichen Gesundheitsamte zugegangenen Mitteilung zufolge gelangt neuerdings chlorsaures Kalium an Stelle von Salpeter zum Pökeln von Fleisch in den Verkehr. Nach der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 18. Februar 1902/4. Juli 1908 und 14. Dezember 1916 (Reichs-Gesetzbl. S. 48, S. 470 und S. 1359), betreffend gesundheitsschädliche und täuschende Zusätze zu Fleisch und dessen Zubereitungen, ist zwar die Verwendung von chlorsauren Salzen bei der gewerbsmäßigen Zubereitung von Fleisch, ebenso das Feilhalten, der Verkauf und das sonstige Inverkehrbringen derartig zubereiteten Fleisches verboten; gleichwohl halten wir es für zweckmäßig, daß den Nahrungsmittel-Untersuchungsanstalten von der in Rede stehenden Beobachtung Kenntnis gegeben wird, weil chlorsaures Kalium schon seit Jahren als Pökelsalz kaum noch Anwendung gefunden hat. Wir ersuchen daher ergebenst, die genannten Anstalten zu veranlassen, der Verwendung von chlorsauren Salzen beim Pökeln von Fleisch erneut ihre Aufmerksamkeit zuzuwenden.

In den Veröffentlichungen des Kaiserlichen Gesundheitsamtes XL. Jahrgang Nr. 51 S. 693 vom 20. Dezember 1916 ist bereits vor der Verwendung von chlorsauren Salzen bei der Zubereitung (Pökelung) von Fleisch und Fleischwaren gewarnt worden. Es empfiehlt sich, diese Warnung, die in Abschrift beiliegt, der Presse zugehen zu lassen.

Anlage.

Warnung vor der Verwendung von chlorsauren Salzen bei der Zubereitung (Pökelung) von Fleisch und Fleischwaren.

Nach einer dem Kaiserlichen Gesundheitsamt zugegangenen Mitteilung ist vor kurzem in einem Verkaufsgeschäft chlorsaures Kalium in loser Verpackung an Stelle von Salpeter zum Zwecke des Einpökelns von Fleisch abgegeben worden. Da es sich hierbei vermutlich nicht um einen Einzelvorfall handelt, sondern versucht werden wird, das bezeichnete Salz in größerem Umfange als Salpeterersatz zur Fleischpökelung einzuführen, so sei darauf hingewiesen, daß durch eine Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 18. Februar 1902 (Reichs-Gesetzbl. S. 48) es aus gesundheitlichen Rücksichten verboten worden ist, chlorsaure Salze bei der gewerbsmäßigen Zubereitung von Fleisch zu verwenden oder Fleisch, dem solches Salz zugesetzt worden ist, feilzuhalten, zu verkaufen oder sonst in den Verkehr zu bringen. Zuwiderhandlungen gegen die genannte Bestimmung werden nach dem Fleischbeschaugesetz mit Gefängnis bis zu sechs Monaten und mit Geldstrafe bis zu eintausendfünfhundert Mark oder mit einer dieser Strafen geahndet.

Da chlorsaure Salze in den bei der Pökelung in Betracht kommenden Mengen Giftwirkungen hervorrufen können, so sei vor ihrer Anwendung beim Pökeln von Fleisch oder vor der Benutzung von Pökelersatzmitteln, die solche Salze enthalten, auch im privaten Haushalt, wie z. B bei Hausschlachtungen, dringend gewarnt.

C. Königreich Sachsen.

Abgabe von Morphium und ähnlichen Betäubungsmitteln. Erlaß des Ministers des Innern vom 3. Februar 1917.[1])

Inhalt und Wortlaut dieses Erlasses stimmt genau mit der in Preußen über denselben Gegenstand erlassenen Medizinal-Verfügung vom 15. November 1916 (s. Beilage Nr. 24 zu dieser Zeitschrift, Jahrgang 1916, S. 202) überein.

[1]) Eine gleiche Anweisung ist auch im Königreich Württemberg unter dem 29. Januar 1917 vom dortigen Medizinalkollegium getroffen.

Redaktion: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 6. 20. März. 1917.

Rechtsprechung.

§ 11 des Nahrungsmittelgesetzes findet nicht nur bei vorsätzlicher sondern auch bei fahrlässiger Verfälschung von Nahrungsmitteln Anwendung. Entscheidung des Reichsgerichts (V. St.-S.) vom 7. März 1916.

Daß zur Anwendung des § 11 in Verbindung mit § 10 Nr. 2 des Nahr.-Mittel-G. vorausgesetzt wäre, daß das als echt verkaufte Nahrungsmittel vom Verkäufer oder einem anderen vorsätzlich verfälscht worden ist, behauptet der Beklagte[1]) mit Unrecht. Eine solche Voraussetzung ist aus dem Wortlaute des Gesetzes nicht mit Notwendigkeit zu folgern. Denn nicht von Nahrungsmitteln, die verfälscht worden sind, spricht in den §§ 10 Nr. 2, 11 das Gesetz, sondern von Nahrungsmitteln, die verfälscht sind, und es stellt diese Nahrungsmittel neben die „verdorbenen" Nahrungsmittel, deren Verkauf es, wenn er fahrlässig unter Verschweigung des Umstandes des Verdorbenseins geschieht, in gleicher Weise mit Strafe bedroht. Seinem Wortlaute nach kann also das Gesetz sehr wohl zu verstehen sein, daß mit den Worten „verfälscht sind", nicht eine Verfälschungshandlung, sondern nur der Zustand der Unechtheit, das Fehlen der Eigenschaften, die der Verbraucher zu erwarten berechtigt ist, bezeichnet werden soll. Auch der Zusammenhang des Gesetzes ermöglicht diese Auslegung. Notwendig wird sie aber durch den Sinn und Zweck des Gesetzes. Aus der gegenteiligen Auslegung würde sich ergeben, daß, wer verwässerte Milch verkauft, ohne ihren Zustand zu prüfen und zu kennen, nach dem Nahrungsmittelgesetz strafbar wäre, falls die Verwässerung von einem Dritten vorsätzlich bewirkt ist, während er straffrei wäre, wenn der Dritte fahrlässig gehandelt hat. Anderseits würde sich ergeben, daß selbst wer wissentlich von einem anderen verwässerte Milch verkaufte und dabei diesen Umstand verschwieg, doch nach § 10 Nr. 2 des Nahrungsmittelgesetzes nicht bestraft werden könnte, wenn nur sein Vorgänger die Verfälschung nicht vorsätzlich, sondern fahrlässig vorgenommen hätte. Eine solche Regelung wäre sinnlos und geeignet, ohne Not den Schutz des Verkehrs vor unechten Nahrungsmitteln zu beeinträchtigen. Es kann also nicht angenommen werden, daß sie gewollt ist.

Zulässigkeit eines polizeilichen Verbots des Kegelschiebens von 10 Uhr abends ab wegen Gefährdung durch ruhestörenden Lärm. Entscheidung des Preußischen Oberverwaltungsgerichts vom 20. Dezember 1915.

Unbegründet ist der Einwand des Klägers, daß das polizeiliche Vorgehen schon deshalb ein unberechtigtes sei, weil es sich, wenn überhaupt eine Gesundheitsgefahr vorliege, nur um eine solche für einzelne Mitglieder der M.schen Familie handeln kann. Nach der ständigen Rechtsprechung des Gerichtshofes sind die Polizeibehörden gemäß § 10 Tit. 17 T. II des Allgemeinen Landrechts befugt, auch zum Schutze der Gesundheit einzelner Personen einzuschreiten (Urteil vom 2. März 1905 und 25. Oktober 1909). Diese Befugnis würde ferner durch die angebliche Zustimmung der Polizeibehörde zur Benutzung der Kegelbahnen bis 11 Uhr abends nicht beschränkt werden können. Die Entscheidung hängt somit lediglich davon ab, ob die von der Polizeibehörde behauptete Gesundheitsgefahr vorliegt, und ob, wenn das der Fall ist, diese Gefahr

---

[1]) Der angeklagte Landwirt hatte durch Unterlassen der Ueberwachung seiner Milchwirtschaft verschuldet, daß in den Milchgefäßen nach dem Reinigen nicht unbeträchtliche Mengen Wasser zurückgeblieben waren und dadurch die hineingefüllte und als Vollmilch verkaufte Milch verwässert war.

zwar durch ein Verbot des Kegelns nach 10 Uhr abends beseitigt werden kann. Beide Fragen mußten zu ungunsten des Klägers in bejahendem Sinne beantwortet werden. Die Richtigkeit der in dieser Hinsicht von dem Hauptmann M. über das durch den Betrieb der Kegelbahnen verursachte Geräusch gemachten Angaben[1]) ist um so weniger in Zweifel zu ziehen, als einerseits der Kläger sie in keiner Weise bemängelt hat und sie anderseits mit dem Ergebnisse der vom Stadtarzt in A. am 17. Januar 1914 angestellten Ermittelungen im Einklange stehen. Der Stadtarzt hat ferner in seinem Gutachten vom 19. Januar 1914 sich dahin geäußert, daß schon das Geräusch der einen, damals gerade betriebenen Kegelbahn die Nachtruhe der Bewohner des Hauses Flottbekerstraße Nr. 14 erheblich stören müsse und infolgedessen ihre Gesundheit gefährde. Wenn aber die Polizeibehörde angenommen hat, daß die Nachtruhe mit 10 Uhr abends beginne, so läßt sich das nicht beanstanden; auch der Gerichtshof hat wiederholt ausgesprochen, daß von dieser Stunde ab Schutz gegen ruhestörenden Lärm beansprucht werden kann (Urteil vom 10. Oktober 1900). Hiernach ist das Vorliegen einer Gesundheitsgefahr erwiesen. Daß aber diese Gefahr nur durch ein völliges Verbot des Kegelns nach 10 Uhr abends beseitigt werden kann, ergibt sich aus dem Gutachten des Stadtarztes; dieser hat ausdrücklich erklärt, daß es nicht möglich sei, „den Uebelstand auf ein erträgliches Maß durch besondere Vorrichtungen herabzumindern." Hält der Kläger dies für möglich, so bleibt es ihm unbenommen, an die Polizeiverwaltung mit entsprechenden Vorschlägen heranzutreten und auf diese Weise die Aufhebung des Verbots zu betreiben. (Preuß. Verwaltungsblatt; 37. Jahrg., S. 459.)

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Königreich Preussen.

Die Untersuchung und Begutachtung des Gesundheitszustandes katholischer Geistlicher zwecks ihrer Versetzung in den Ruhestand gehört zu der vertrauensärztlichen Tätigkeit des Kreisarztes. Erlaß des Ministers des Innern vom 2. März 1917 — M. 488 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Im Anschluß an § 115 der Dienstanweisung für die Kreisärzte bestimme ich, daß die Untersuchung und Begutachtung des Gesundheitszustandes von katholischen Geistlichen zum Zwecke der Versetzung in den Ruhestand zu den vertrauensärztlichen Obliegenheiten des Kreisarztes gehört.

Einsendung einer Blutprobe bei Fleckfieber und Fleckfieberverdacht an das Institut für Infektionskrankheiten „Robert Koch" zwecks Feststellung der Diagnose mittels der Weil-Felixschen Blutreaktion. Erlaß des Ministers des Innern vom 14. Februar 1917 — M 10519 — an die Herren Regierungspräsidenten.

Während des Krieges ist mehrfach Fleckfieber nach Deutschland eingeschleppt worden. Wenn auch die Gefahr einer ausgedehnteren Weiterverbreitung dieser Krankheit bei uns nicht besteht, weil diese ein stärkeres Verlaustsein der Bevölkerung zur Voraussetzung hat, so ist doch mit Rücksicht auf den gewöhnlich sehr schweren Verlauf, den das Fleckfieber bei uns nimmt, nach wie vor die größte Vorsicht und besonders die größte Aufmerksamkeit der beamteten und praktischen Aerzte geboten, um jeden Fall von Fleckfieber sofort unschädlich machen zu können. Dem stand bisher entgegen, daß es den Aerzten häufig nicht möglich ist, auf Grund der klinischen Erscheinungen das Fleckfieber mit Sicherheit zu erkennen. Hier scheint die sogenannte Weil-Felixsche Blutreaktion berufen zu sein, eine wesentliche Lücke in unseren diagnostischen Hilfsmitteln auszufüllen.

Die Reaktion beruht darauf, daß das Blutserum Fleckfieberkranker im Verlauf der Krankheit die Fähigkeit gewinnt, Proteusbazillen, die als

[1]) Danach war in dem betreffenden Hause nicht nur das Geräusch der rollenden Kegelkugeln und umfallenden Kegel, sondern auch die üblichen Beifallsrufe der Spielenden so deutlich zu hören, daß an Nachtruhe vor Beendigung des Kegelns, gewöhnlich Mitternacht, nicht zu denken war. Das Geräusch übertönte sogar den Straßenlärm.

zufälliger Befund mehrfach im Urin von Fleckfieberkranken gefunden wurden, hoch zu agglutinieren. (Es handelt sich hier um eine sogenannte Paragglutination, da der Proteusbacillus nicht der Erreger des Fleckfiebers ist.) Zahlreiche Nachprüfungen der Angaben von Weil und Felix haben ergeben, daß der positive Ausfall der Reaktion mit Sicherheit für Fleckfieber spricht, daß sie im Verlauf der Krankheit regelmäßig auftritt und nur in ihrem Beginn noch gelegentlich vermißt wird. Wie bei fast allen biologischen Reaktionen ist also auch hier nur der positive Ausfall der Reaktion beweiskräftig, während der negative Ausfall nicht gegen die Richtigkeit der klinischen Diagnose spricht. Bei negativem Ausfall der Reaktion und Weiterbestehen der klinischen Verdachtsanzeichen wird daher zweckmäßig nach einigen Tagen eine zweite Blutprobe zu untersuchen sein.

Das Institut für Infektionskrankheiten „Robert Koch“ in Berlin N. 39, Föhrerstraße 2, ist in der Lage, die Weil-Felixsche Reaktion jederzeit auszuführen. Ich ersuche daher, die nachgeordneten Medizinalbeamten anzuweisen, daß sie bei allen Krankheiten, die den Verdacht des Fleckfiebers erregen, eine Blutprobe (einige Kubikzentimeter) dem Kranken entnehmen und an das genannte Institut einsenden, bei negativem Ausfall der Reaktion, aber Fortbestehen der klinischen Verdachtsanzeichen, eine zweite Blutprobe zur Untersuchung bringen und auch die praktischen Aerzte in geeignet erscheinender Weise auf diese Reaktion hinzuweisen. Die Blutentnahme und die Versendung kann in dem den Typhus- und Ruhr-Versandkästen beigefügten Blutröhrchen erfolgen, bei größeren Blutmengen auch in dem Glase eines Tuberkulose-Versandkästchens.

Herausgabe eines Atlas über die Hygiene des Säuglings und Kleinkindes seitens des Kaiserin Auguste Victoria-Hauses. Erlaß des Ministers des Innern vom 9. Februar 1917 — M. 3650 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten und sämtlichen Herren Oberpräsidenten mit dem Ersuchen mitgeteilt, den Landeshauptleuten (Landesdirektoren) die Anschaffung des Werkes für den Unterricht der Hebammenschülerinnen in Säuglingspflege in den Provinzialhebammenlehranstalten zu empfehlen.

Das Kaiserin Auguste Victoria-Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reich gibt einen Atlas über die Hygiene des Säuglings und Kleinkindes heraus, der demnächst im Verlag von Julius Springer erscheinen und auf 100 zum Aufhängen eingerichteten Tafeln eine Darstellung der Entwicklung, Ernährung, Pflege usw. des Säuglings und Kleinkindes enthalten wird. Das Werk erscheint als Hilfsmittel bei den durch meinen Erlaß vom 3 Oktober 1916 — M. 3009 — angeregten Lehrgängen und Vorträgen über Säuglings- und Kleinkinderpflege geeignet. Seine Anschaffung wird sich für größere Städte sowie für Kreise empfehlen, die es den Gemeinden oder Vereinen zu dem gedachten Zwecke zur Verfügung stellen können. Der Vorzugspreis des Kartenwerkes wird sich auf 80 Mark stellen. Ich ersuche ergebenst, die beteiligten Kreise auf das Werk aufmerksam zu machen.

Verkauf von gewöhnlichem Leimpulver als Speisegelatine. Erlaß der Minister des Innern und für Handel und Gewerbe vom 3. Februar 1917 — M. d. I. M 5183, M. f. H. II b 1010 — an die Herren Regierungspräsidenten.

In neuerer Zeit ist wiederholt beobachtet worden, daß infolge des Mangels an Speisegelatine teils in verschleierter Form, teils ohne weiteres zur Herstellung von Nahrungs- und Genußmitteln unter Bezeichnungen wie „Gelatinepulver“, „Geleepulver“ und „Gelatineleimpulver“ Waren in den Verkehr gebracht werden, deren Farbe und Geruch bereits erkennen läßt, daß es sich nicht um einwandfreie, zum menschlichen Genuß geeignete Speisegelatine, sondern um Leimpulver handelt, die insbesondere beim Auflösen in der Hitze einen ekelerregenden Geruch nach Knochenleim verbreiten, und daß für derartige Erzeugnisse von Zwischenhändlern sogar Preise verlangt werden, die die einwandfreier Waren reeler Feingelatinefabriken weit überschreiten. Sowohl Feilhalten, als auch Verkauf und Verarbeiten derartiger Erzeugnisse als menschliche Lebensmittel verstößt gegen das Nahrungsmittelgesetz vom 14. Mai 1879; im übrigen kommt Betrug und Kriegswucher in Betracht.

Wir ersuchen ergebenst, die mit der Ueberwachung des Verkehrs mit Nahrungs- und Genußmitteln betrauten Beamten und Sachverständigen anzuweisen, dem Verkehr mit Speisegelatine, insbesondere gepulverter Speisegelatine, besondere Beachtung zuzuwenden, damit u. a. auch verhindert wird, daß durch den Zusatz unreiner, ekelerregender und somit strafrechtlich „verdorbener" Gelatine wesentliche Mengen wichtiger Nahrungsmittel verloren gehen.

Warnung vor der Unsitte des Gräserkauens zwecks Verhütung der Strahlenpilzerkrankung. Erlaß des Ministers der geistlichen und Unterrichts-Angelegenheiten vom 24. Januar 1917 — M. d. g. A. U III A 1305 II. 1 U III B U II — an die Königlichen Regierungen und Provinzialschulkollegien.

Im Einvernehmen mit dem Herrn Minister des Innern mache ich darauf aufmerksam, daß die weitverbreitete Unsitte des Gräserkauens Anlaß zur Strahlenpilzerkrankung geben kann, einer zwar seltenen, stets aber sehr bösartigen und selbst durch Operation nur selten heilbaren Krankheit. Der zu den höheren Pilzen gehörige Erreger der Krankheit findet sich häufig auf Gräsern, vorzugsweise auf der Gerste, und kann dadurch, daß die Grannen solcher Gräser sich in die Haut oder in die Schleimhaut, besonders des Mundes einspießen, in die Gewebe dringen und so zunächst örtliche Entzündungen setzen, die aber bald die Neigung einer Verpflanzung des Krankheitsprozesses in andere Körpergegenden bezw. Organe zeigen, so daß durch Operation des Ursprungsherdes die Krankheit meist nicht mehr geheilt werden kann.

Die meisten der bisher beobachteten Strahlenpilzerkrankungen sind auch sowohl bei Tieren, wie bei Menschen durch das Einspießen von Gerstengrannen in die Schleimhaut des Mundes, besonders der Mandeln entstanden. In Anbetracht der Bösartigkeit der Krankheit ist die Schuljugend regelmäßig im Frühjahr darüber zu belehren und vor dem Gräserkauen zu warnen.

B. Königreich Bayern.

Amtsärztliche Zeugnisse im Vollzuge des Kapitalabfindungsgesetzes. Entschließung des Staatsministeriums des Innern vom 3. Februar 1917 — Nr. 5025 d/1 — an die K. Regierungen, Kammern des Innern die K. Bezirksärzte und Landgerichtsärzte.

Nach Ziff. 2 der Ausführungsbestimmungen zum Gesetz über Kapitalabfindung an Stelle von Kriegsversorgung (Kapitalabfindungsgesetz) vom 8. Juli 1916, R.G.Bl. S 684, veranlaßt die Militärbehörde die Untersuchung des Antragstellers durch einen beamteten Arzt, der sich auch dahin zu äußern hat, ob vom ärztlichen Standpunkte Bedenken gegen die Gewährung der Kapitalabfindung bestehen.

Im Einverständnisse mit dem K. Staatsministerium der Finanzen und dem K. Kriegsministerium werden auf Grund von § 17 Abs. III der K. V. vom 9 Januar 1912, G.V.Bl. S. 7, mit diesen Untersuchungen, soweit sie die Witwen von Kriegsteilnehmern betreffen, die K. Bezirksärzte betraut. Ihnen wird auch die Erstattung von amtsärztlichen Gutachten und Zeugnissen übertragen, soweit sich sonst im Vollzuge des Kapitalabfindungsgesetzes die Prüfung des Gesundheitszustandes von Kriegerwitwen oder anderen Angehörigen von Kriegsteilnehmern als notwendig erweist.

Bei der vaterländischen und sozialen Bedeutung der Fürsorge für die Kriegsbeschädigten und die Hinterbliebenen der Gefallenen werden die Kosten vom Staat übernommen. Nach § 2 der K. V. vom 17. November 1902, G. V. Bl. S. 715, wird daher den Bezirksärzten eine Gebühr für die Verrichtung nicht gewährt und sind etwaige Reiseentschädigungen auf die Pauschsumme für auswärtige Dienstgeschäfte zu verrechnen. Nach Art. 3 Abs. I Ziff. 2, Abs. III Satz 2 des Stempelgesetzes, G. V. Bl. 1914 S. 488, bleibt der Stempel außer Ansatz. Dies ist auf den Zeugnissen durch Vermerk „gebühren- und stempelfrei" nach M. B. vom 3. Februar 1917, M. A. Bl. S. 151 zum Ausdruck zu bringen.

Redaktion: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 7. 5. April. 1917.

Rechtsprechung.

Wenn eine Hebamme durch deutliche und zweifellose Willenserklärung sowie auch durch Rückreichung des Prüfungszeugnisses auf Ausübung ihrer Berufstätigkeit verzichtet, so wird dadurch die Klage auf Zurücknahme des Prüfungszeugnisses gegenstandslos. Entscheidung des preußischen Oberverwaltungsgerichts (III. Senats) vom 20. Dezember 1915.

. . . . In der Entscheidung vom 19. Juni 1915 hat der Gerichtshof in Uebereinstimmung mit seiner sonstigen Rechtsprechung ausgeführt: „Das Oberverwaltungsgericht hat fortgesetzt — auch durch die Entscheidung vom 19. Juni 1915 — die Auffassung vertreten, daß das Prüfungszeugnis eine gewerbepolizeiliche Genehmigung darstellt, welche der Inhaberin das Recht zur Ausübung der Hebammentätigkeit verleiht, und daß daher kein hinreichender Grund besteht, das Erlöschen der Befugnis durch Verzicht auszuschließen. Vorausgesetzt ist nur die Zweifellosigkeit der auf die Verzichtleistung lautenden Willenserklärung und, abgesehen von Fällen, in denen die endgültige Aufgabe des Gewerbes ohnedies feststeht, die Rückgabe der über die Genehmigung ausgefertigten Urkunde. Diese Voraussetzungen sind hinsichtlich des Prüfungszeugnisses der Beklagten erfüllt. Sie hat den Verzicht zum Protokolle der Gefängnisverwaltung unzweideutig ausgesprochen und das Prüfungszeugnis an den Polizeipräsidenten in Br. zurückgegeben; danach besitzt sie die Befugnis zur Ausübung der Hebammentätigkeit nicht mehr.“ An diese Rechtsprechung war festzuhalten. Aus ihr folgt auch bereits, daß eine Annahme des Verzichts durch den Gegner im Verwaltungsstreitverfahren bezw. der Ortspolizeibehörde nicht nötig ist, zumal der Verzicht auch durch schlüssige Handlungen, so unter Umständen schon durch die Rückreichung des Prüfungszeugnisses, ausgesprochen werden kann. (Entscheidungen des Oberverwaltungsgerichts vom 2. Februar 1893 und 26. März 1903 sowie des Reichsgerichts vom 13. März 1903). Nachdem jetzt das Prüfungszeugnis zurückgereicht und dadurch in Verbindung mit der früheren Verzichtleistung gegenwärtig die endgültige Aufgabe des Gewerbebetriebes feststeht, ist das Verfahren in der Hauptsache erledigt und die Klage gegenstandslos. (Gewerbearchiv; 1916, XV. Bd., 3. H, S. 499/502.)

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Deutsches Reich.

Erfordernis einer besonderen Erlaubnis zum Betriebe des Großhandels mit Arzneimitteln sowie Beschränkung der Ankündigung von Arzneimitteln. Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 22. März 1917.

Der Bundesrat hat auf Grund des § 3 des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. August 1914 (Reichs-Gesetzbl. S. 327) folgende Verordnung erlassen:

§ 1. Der Handel mit Arzneimitteln ist vom 16. April 1917 ab nur solchen Personen gestattet, denen eine besondere Erlaubnis zum Betriebe dieses Handels erteilt worden ist.

Diese Vorschrift findet keine Anwendung

1. auf Personen, die bereits vor dem 1. August 1914 mit Arzneimitteln Handel getrieben haben, der sich nicht auf die unmittelbare Abgabe an die Verbraucher beschränkt,

2. auf Apotheken, in denen Arzneimittel nur unmittelbar an Verbraucher abgegeben werden,
3. auf sonstige Kleinhandelsbetriebe, in denen Arzneimittel nur unmittelbar an Verbraucher abgegeben werden,
4. auf Tierärzte, soweit sie in Ausübung ihrer tierärztlichen Tätigkeit Arzneimittel unmittelbar an Verbraucher abgeben dürfen.

§ 2. Arzneimittel im Sinne dieser Verordnung sind solche chemischen Stoffe, Drogen und Zubereitungen, die zur Beseitigung, Linderung oder Verhütung von Krankheiten bei Menschen oder Tieren bestimmt sind.

§ 3. Die Erlaubnis wird auf Antrag erteilt. Sie kann zeitlich, örtlich und sachlich begrenzt werden. Wird sie örtlich unbegrenzt erteilt, so wirkt sie für das Reichsgebiet. Vorschriften, nach denen die Ausübung des Handels mit Arzneimitteln anderweitigen Beschränkungen unterliegt, bleiben unberührt.

Die Erlaubnis kann versagt werden, wenn Bedenken wirtschaftlicher Art oder persönliche oder sonstige Gründe der Erteilung entgegenstehen.

§ 4. Die Erlaubnis kann von der Stelle, die zu ihrer Erteilung zuständig ist, zurückgenommen werden, wenn sich nachträglich Umstände ergeben, die die Versagung der Erlaubnis rechtfertigen würden.

In den Fällen des § 1 Abs. 2 Nr. 1 und 3 kann der Handel in solchen Fällen untersagt werden.

§ 5. Gegen die Versagung und die Zurücknahme der Erlaubnis sowie gegen die Untersagung des Handels ist nur Beschwerde zulässig; sie hat keine aufschiebende Wirkung.

§ 6. Die Landeszentralbehörden bestimmen, welche Stellen zur Erteilung, Versagung und Zurücknahme der Erlaubnis, zur Untersagung des Handels sowie zur Entscheidung über die Beschwerde zuständig sind; sie bestimmen auch das Nähere über das Verfahren.

§ 7. Oertlich zuständig zur Entscheidung ist die Stelle, in deren Bezirke die Hauptniederlassung des Handelsbetriebs liegt. Fehlt es an einer inländischen Hauptniederlassung, so bestimmt die Landeszentralbehörde des Bundesstaats, in dem der Handel betrieben wird oder betrieben werden soll, die zuständige Stelle.

§ 8. Die Stelle, von der die Erlaubnis versagt oder zurückgenommen oder der Handel untersagt worden ist, kann die Vorräte an Arzneimittel übernehmen und auf Rechnung und Kosten des Händlers verwerten. Ist Beschwerde (§ 5) eingelegt, so ist mit der Uebernahme nach Möglichkeit bis zur Entscheidung über die Beschwerde zu warten.

Ueber Streitigkeiten, die sich aus der Uebernahme und Verwertung ergeben, entscheidet endgültig die von der Landeszentralbehörde bestimmte Stelle.

§ 9. Mit Gefängnis bis zu einem Jahre und mit Geldstrafe bis zu zehntausend Mark oder mit einer dieser Strafen wird bestraft:

1. wer ohne die erforderliche Erlaubnis (§ 1) oder nach Zurücknahme der Erlaubnis oder nach erfolgter Untersagung (§ 4) Handel mit Arzneimitteln treibt,
2. wer den Preis für Arzneimittel durch unlautere Machenschaften, insbesondere Kettenhandel, steigert.

Neben der Strafe kann auf Einziehung der Arzneimittel erkannt werden, auf die sich die strafbare Handlung bezieht, ohne Unterschied, ob sie dem Verurteilten gehören oder nicht. Ist die Verfolgung oder Verurteilung einer bestimmten Person nicht ausführbar, so kann auf die Einziehung selbständig erkannt werden.

§ 10. Es ist verboten, in periodischen Druckschriften oder in sonstigen Mitteilungen, die für einen größeren Kreis von Personen bestimmt sind,

1. ohne vorherige Genehmigung der von der Landeszentralbehörde bestimmten Stelle sich zum Erwerbe von Arzneimitteln zu erbieten,
2. zur Abgabe von Preisangeboten auf Arzneimittel aufzufordern,
3. bei Ankündigungen über Erwerb oder Veräußerung von Arzneimitteln oder über die Vermittlung solcher Geschäfte Angaben zu machen, die geeignet sind, einen Irrtum über die geschäftlichen Verhältnisse des Anzeigenden oder die Menge der ihm zur Verfügung stehenden Vorräte oder über den Anlaß oder Zweck des Ankaufs, Verkaufs oder der Vermittlung zu erwecken.

Es ist ferner verboten, in periodischen Zeitschriften bei Ankündigungen über Veräußerung von Arzneimitteln Preise anzugeben.

Das Verbot im Abs. 1 Nr. 1, 2 sowie im Abs. 2 findet keine Anwendung auf Behörden.

Die Verleger periodisch erscheinender Druckschriften sind verpflichtet, die Unterlagen für die erscheinenden Anzeigen über Arzneimittel auf die Dauer von mindestens sechs Monaten vom Tage des Erscheinens ab aufzubewahren. Eine Prüfungspflicht dahin, ob die Anzeigen dem Verbot im Abs. 1 zuwiderlaufen, liegt den Verlegern sowie den bei der Herstellung und Verbreitung der Druckschriften tätigen Personen nicht ob.

§ 11. Mit Gefängnis bis zu einem Jahre und mit Geldstrafe bis zu zehntausend Mark oder mit einer dieser Strafen wird bestraft, wer den Vorschriften im § 10 Abs. 1, Abs. 2, Abs. 4 Satz 1 zuwiderhandelt.

Werden in den Fällen des § 10 Abs. 1 Nr. 3 die Angaben in einem geschäftlichen Betriebe von einem Angestellten oder Beauftragten gemacht, so ist der Inhaber oder Leiter des Betriebs neben dem Angestellten oder Beauftragten strafbar, wenn die Handlung mit seinem Wissen geschah.

§ 12. Die Verordnung tritt mit dem 16. April 1917 in Kraft. Der Reichskanzler bestimmt den Zeitpunkt des Außerkrafttretens.

Personen, die beim Inkrafttreten der Verordnung Handel mit Arzneimitteln treiben, hierzu aber einer besonderen Erlaubnis bedürfen, können ihren Handel bis zum 1. Juni 1917 oder, wenn sie bis zu diesem Tage den Antrag auf Erteilung der Erlaubnis gestellt haben, bis zur Entscheidung über den Antrag ohne Erlaubnis fortführen.

Handel mit Opium und anderen Betäubungsmitteln. Verordnung des Bundesrats vom 22. März 1917.

Der Bundesrat hat auf Grund des § 3 des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. August 1914 (Reichs-Gesetzblatt S. 327) folgende Verordnung erlassen:

§ 1. Opium, Morphin und die übrigen Opiumalkaloide, Kokain und analog zusammengesetzte Ecgoninverbindungen sowie die Verbindungen und Zubereitungen dieser Stoffe dürfen außerhalb des Großhandels nur in Apotheken und nur als Heilmittel abgegeben werden. Im Großhandel dürfen sie nur an Apotheken und an solche Personen abgegeben werden, denen der Erwerb von der Landeszentralbehörde oder von der durch diese bestimmten Behörde gestattet ist.

§ 2. Wer den Vorschriften im § 1 zuwider die dort bezeichneten Betäubungsmittel abgibt, wird mit Gefängnis bis zu einem Jahre und mit Geldstrafe bis zu zehntausend Mark oder mit einer dieser Strafen bestraft.

Neben der Strafe kann auf Einziehung der Mittel erkannt werden, auf die sich die strafbare Handlung bezieht, ohne Unterschied, ob sie dem Verurteilten gehören oder nicht. Ist die Verfolgung oder Verurteilung einer bestimmten Person nicht ausführbar, so kann auf die Einziehung selbständig erkannt werden.

§ 3. Die Verordnung tritt mit dem 26. März 1917 in Kraft. Der Reichskanzler bestimmt den Zeitpunkt des Außerkrafttretens.

B. Königreich Preussen.

Benutzung der Güterzüge seitens der Kreisärzte. Rund-Erlaß des Ministers des Innern vom 4. März 1917 — M 500 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Euerer Hochwohlgeboren übersende ich Abschrift eines Schreibens des Herrn Ministers der öffentlichen Arbeiten vom 27. Februar d. J. — II 26 27 Cf 839 —, betreffend die Benutzung der Güterzüge seitens der Kreisärzte, zur entsprechenden Verfügung.

Anlage.

Der Minister der öffentlichen Arbeiten. II 26/27 Cf 839.

Berlin W 66, den 27. Februar 1917. Wilhelmstr. 79.

Den beamteten Aerzten (Kreisärzten usw.) wird zur Ausübung ihrer Dienstgeschäfte gegen Vorzeigung eines Ausweises über ihre amtliche Eigenschaft und gegen Lösung einer Fahrkarte 3. Klasse für Eil- oder Personenzüge

vorbehaltlich jederzeitigen Widerrufs im Bereich der preußisch-hessischen Staatsbahnen die Benutzung der auf der Reiseantrit- und Zielstation fahrplanmäßig haltenden Güterzüge gestattet.

Die Königlichen Eisenbahndirektionen sind mit Weisung versehen worden.

Im Auftrage:
Szyskowitz.

An den Minister des Innern.

Schutzpockenimpfung der Insassen aller Strafanstalten und Gefängnisse. Erlaß des Ministers des Innern vom 3. März 1917 — S 586 — an die Herren Regierungspräsidenten und den Herrn Polizeipräsidenten in Berlin.

Infolge des Auftretens der Pocken in einer Reihe von Regierungsbezirken ist es im Interesse der möglichsten Einschränkung dieser Seuche notwendig, die Insassen aller Strafanstalten und Gefängnisse alsbald der Schutzpockenimpfung zu unterziehen und die Impfung ferner ganz allgemein für alle diejenigen anzuordnen, die in die Anstalten neu aufgenommen werden. Sofern etwa in einer Anstalt diese Krankheit bereits ausgebrochen sein sollte, worüber mir gegebenenfalls unverzüglich Anzeige zu erstatten wäre, hat der Anstaltsarzt täglich sich in die Anstalt zu begeben, um alle verdächtigen Fälle sofort festzustellen. Erkrankte Gefangene sind erst nach ihrer vollen Genesung aus der Anstalt zu entlassen. Vom Zeitpunkte des Ablaufs der Strafe bis zur Entlassung sind sie indes nicht als Strafgefangene, sondern als Kranke zu behandeln. Allen Geimpften ist bei ihrer Entlassung ein Ausweis über die erfolgte Impfung mitzugeben. Alle Räume, in denen etwa Erkrankungen vorgekommen sind, müssen desinfiziert werden.

Ich ersuche ergebenst, hiernach unverzüglich das Weitere zu veranlassen.

Meldung von Pockenfällen und Einreichung der Wochennachweisungen über Cholera-, Flecktieber-, Pest- und Pockenfälle. Erlaß des Ministers des Innern vom 6. März 1917 — M 10831 — an die Herren Regierungspräsidenten, abschriftlich an den Herrn Polizeipräsidenten in Berlin und an die Herren Oberpräsidenten.

Zur Entlastung des telegraphischen Verkehrs mache ich ergebenst darauf aufmerksam, daß nicht jeder einzelne Fall von Pockenerkrankungen mir und dem Kaiserlichen Gesundheitsamte telegraphisch anzuzeigen ist, sondern daß sich diese Telegramme auf die erste Feststellung der Pocken in einer Ortschaft und auf den begründeten Verdacht zu beschränken haben. Selbstverständlich ist dann aber durch besondere Anzeigen zu berichten, ob sich der Verdacht bestätigt hat oder nicht.

Um hier fortgesetzt die Möglichkeit einer Kontrollführung zu haben, bestimme ich hierdurch, daß die wöchentlich mir und dem Kaiserlichen Gesundheitsamte einzureichenden Nachweisungen über vorgekommene Erkrankungen (Todesfälle) an Cholera, Flecktieber, Pest und Pocken in Zukunft durch folgende Angaben in der Spalte „Bemerkungen“ des vorgeschriebenen Formblattes zu ergänzen sind: Vor- und Familienname des Erkrankten (Verstorbenen). Geschlecht. Alter. Stand oder Gewerbe. Datum der Erkrankung (des Todes). Infektionsquelle.

Für die Zeit vom 1. Januar d. Js. ab sind diese ergänzten Nachweisungen über die Pocken alsbald nachzuliefern. Im übrigen sind diese Wochennachweisungen regelmäßig so abzusenden, daß sie tunlichst Montag mittag nicht nur im Kaiserlichen Gesundheitsamte, sondern auch bei mir vorliegen.

Sollten die vorgenannten Krankheiten in einem Orte in kurzer Frist in erheblichem Umfange auftreten, so daß eine Gefährdung für die Allgemeinheit zu fürchten ist, so ist in Ergänzung der vorstehenden Bestimmungen unverzüglich, gegebenenfalls telegraphisch, an mich zu berichten, damit ich nötigenfalls meinen Fachreferenten an Ort und Stelle entsenden kann.

Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 8. 20. April. 1917.

Rechtsprechung.

Solange eine Hebamme auf ihr Prüfungszeugnis nicht verzichtet hat, ist sie den für Hebammen geltenden Vorschriften unterworfen, auch wenn sie ihren Beruf nicht ausübt. Ebenso kann gegen sie bei Unzuverlässigkeit und Weigerung, sich einer Nachprüfung zu unterziehen, das Verfahren auf Entziehung des Prüfungszeugnisses eingeleitet und durchgeführt werden. Urteil des preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 8. Februar 1917.

Durch Urteil des Bezirksausschusses zu Minden vom 27. Mai 1914 ist der Hebamme K., die bis 1910 als solche in M. tätig war und dann zur Versorgung der Wirtschaft ihres verwitweten Bruders nach A. verzogen ist, das ihr erteilte Prüfungszeugnis entzogen worden. Gegen dieses Urteil, auf dessen Inhalt hier Bezug genommen wird, hat die Beklagte Berufung eingelegt. Der Gerichtshof hat zunächst eine Beweisaufnahme stattfinden lassen durch Vernehmung des Kreisarztes Dr. L. als Zeugen und Sachverständigen und der Frau D., des Ackerwirts L. und der Franziska L. als Zeugen, sowie durch Einholung eines schriftlichen Gutachtens des Geh. Med.-Rats Prof. Dr. R. und eines Nachtrags dazu. Auf den Inhalt dieses Gutachtens [1]) und die Aussagen der Zeugen wird hier Bezug genommen. Demnächst ist der Beklagten gemäß Beschluß vom 20. September 1915 Gelegenheit zu einem Wiederholungskursus in der Hebammenlehranstalt zu P. und zu einer Nachprüfung durch den Direktor dieser Anstalt gegeben. Die Beklagte hat jedoch von dieser Gelegenheit keinen Gebrauch gemacht und dies damit entschuldigt, daß sie mit Rücksicht auf ihre häuslichen Verhältnisse nicht abkömmlich sei. Sie ist daraufhin aufgefordert, sich wenigstens einer Nachprüfung durch den Reg.- und Medizinalrat zu unterziehen, und zwar nach ihrem Wunsche entweder an dessen Amtssitz in M. oder in A. selbst. Aber auch dem gegenüber hat die Beklagte sich unter Hinweis auf ihre häuslichen Verhältnisse weigerlich verhalten.

Es war wie geschehen zu entscheiden.

Die Beklagte führt zunächst aus, das Prüfungszeugnis könne ihr um deswillen nicht entzogen werden, weil sie seit ihrem Anzug in A. das Gewerbe als Hebamme gar nicht mehr ausübe und nur in Notfällen ihrer Pflicht gemäß einspringe. Unter diesen Umständen sei sie auch nicht verpflichtet, sich einer Nachprüfung zu unterziehen. Die Pflicht hierzu läge ihr nur dann ob, wenn sie ihr Gewerbe wieder aufnehmen wollte. Zur Herausgabe ihres Prüfungszeugnisses, welches ihr Eigentum wäre, sei sie nicht verpflichtet; diese könne nicht im Verwaltungsstreitverfahren, sondern höchstens im Zivilprozeß erzwungen werden. Aus diesem Grunde sei das Verwaltungsstreitverfahren im vorliegenden Falle überhaupt unzulässig. Alle diese Ausführungen sind unrichtig und rechtsirrtümlich. Es handelt sich im vorliegenden Falle überhaupt nicht darum, daß die Beklagte unmittelbar zur Zurückgabe ihres Prüfungszeugnisses gezwungen werden soll. Dieser Zwang kommt gemäß Ziffer 62 der Preußischen Ausführungsbestimmungen zur Reichsgewerbeordnung vom 1. Mai 1904, gegebenenfalls erst nach Beendigung des vorliegenden Rechtstreites in Frage. Er wird erforderlichenfalls im Wege des polizeilichen Zwangsverfahrens durchzusetzen sein. Die Ausführung, daß hierfür der Weg des Zivilprozesses gegeben und ausschließlich zugelassen sei, ist unzutreffend.

Für den vorliegenden Rechtsstreit kommt folgendes in Betracht. Durch den Erwerb des Prüfungszeugnisses hat die Beklagte das Recht verlangt, das

[1]) Das Gutachten ist in Nr. 4, Jahrg. 1915 dieser Zeitschrift veröffentlicht.

Gewerbe einer Hebamme so lange zu betreiben, bis ihr das Prüfungszeugnis gemäß § 53 der Reichsgewerbeordnung in Verbindung mit § 120 des Zuständigkeitsgesetzes im Verwaltungsstreitverfahren entzogen ist, oder bis sie ihr Gewerbe endgültig unter Verzicht auf das Prüfungszeugnis niedergelegt hat. Eine Vorschrift, daß sie ihr Gewerbe erst nach Bestehen einer Nachprüfung wieder aufnehmen könne, und daß mit Rücksicht hierauf jetzt ein Vorgehen gegen sie unzulässig sei, besteht nicht. Vielmehr bleibt die Beklagte, solange sie ihr Gewerbe noch weiter betreiben darf, also bis zur endgültigen Einstellung des Gewerbes unter Verzicht auf das Prüfungszeugnis, oder bis zur rechtzeitigen Zurücknahme dieses Zeugnisses, den für die Hebamme geltenden Vorschriften unterworfen. Sie bleibt also bis dahin, wie dies im § 5 der Dienstanweisung für die Hebammen (abgedruckt in dem Hebammenlehrbuch) ausdrücklich und klar vorgeschrieben ist, verpflichtet, „sich den Nachprüfungen und außerordentlichen Revision des Kreisarztes oder eines anderen von der Behörde damit beauftragten Arztes willig zu unterziehen." Auch kann gegen sie, wenn sie sich unzuverlässig erweist, das Verfahren auf Zurücknahme des Prüfungszeugnisses eingeleitet und durchgeführt werden.

Diesen Vorschriften ist die Beklagte noch bis jetzt unterworfen geblieben, da sie ihr Gewerbe noch nicht endgültig eingestellt und auch auf ihr Prüfungszeugnis noch nicht verzichtet hat. Dies folgt klar daraus, daß sie noch jetzt für sich in Anspruch nimmt, ihr Gewerbe jederzeit, wenn auch vielleicht erst nach Bestehen einer Nachprüfung wieder aufzunehmen und daß sie sich ausdrücklich weigert, ihr Prüfungszeugnis zurückzugeben. Die Einwendungen der Beklagten gegen die Zulässigkeit des vorliegenden Verfahrens sind deshalb unbegründet und es kommt nach § 53 Abs. 1 der Reichsgewerbeordnung lediglich darauf an, ob aus Handlungen und Unterlassuugen der Beklagten sich ergibt, daß sie diejenigen Eigenschaften nicht mehr besitzt, die bei Erteilung des Prüfungszeugnisses vorausgesetzt werden mußten und zu denen nach § 3 der Allgemeinen Verfügung des Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten vom 6. August 1883 vor allem die erforderliche Zuverlässigkeit gehört.

Nach dem Gutachten des Geh. Med.-Rates Prof. Dr. R. in Verbindung der Bekundung des Kreisarztes Dr. L. und der sonst vernommenen Zeugen trifft die Beklagte der Vorwurf, daß sie bei der Entbindung der Ehefrau L. im August 1913 „den Zustand der Entbundenen in der Nachgeburtsperiode weder genügend überwacht, noch rechtzeitig die Maßnahmen ergriffen hat, die sie nach dem von ihr selbst schließlich festgestellten Befunde hätte ergreifen müssen". Es kann dahingestellt bleiben, ob diese nach Ansicht des Gerichtshofs festgestellte Verfehlung der Beklagten für so erheblich zu erachten ist, daß sie allein schon die Zurücknahme des Prüfungszeugnisses rechtfertigen kann, insbesondere auch, ob durch diese Verfehlung die in dem Zustande der Frau L. eingetretene Verschlimmerung und schließlich deren Tod verursacht ist, und es braucht aus diesem Grunde auch nicht weiter auf die Behauptungen der Beklagten eingegangen zu werden, daß der schlimme Ausgang wahrscheinlich auf andere Gründe zurückzuführen sei. Denn unter allen Umständen lag nach dem Ausgange der Entbindung der Frau L. — ganz abgesehen von der ohnehin schon bestehenden Verpflichtung der Beklagten, sich auf Erfordern des Kreisarztes einer Nachprüfung zu unterziehen — für den Kreisarzt besondere Veranlassung dazu vor, von der Beklagten das Bestehen einer Nachprüfung zu fordern. Die Beklagte konnte sich hierüber und über ihre Verpflichtung, sich zur Nachprüfung zu stellen, nicht im unklaren sein. Es mag nun dahingestellt bleiben, ob man mit dem Sachverständigen Dr. R. das Nichterscheinen der Beklagten auf die drei ihr vor dem Entbindungsfalle der Frau L. zugegangenen Vorladungen des Kreisarztes für ausreichend entschuldigt ansehen kann. Den nach dem Entbindungsfalle L. ergangenen Vorladungen durfte sie sich keinesfalls entziehen. Selbst wenn man ihr aber auch bezüglich dieser Vorladungen zugute halten will, daß sie vielleicht mit Rücksicht auf ihre Erklärungen, das Gewerbe nicht weiter ausüben zu wollen, und ihr von anderer Seite zugegangene unrichtige Belehrungen geglaubt haben kann, den Vorladungen nicht Folge leisten zu brauchen, so ist sie doch durch die in der Berufungsinstanz erlassenen Beschlüsse des Gerichtshofes ausreichend darüber belehrt worden, daß sie sich einer Nachprüfung unterziehen müsse. Der

Gerichtshof ist ihr weit entgegen gekommen, indem er ihr zuerst Gelegenheit verschaffte, sich einem Wiederholungslehrgang in einer Hebammenlehranstalt und anschließend daran einer Nachprüfung zu unterziehen, und indem er sich schließlich mit der Ablegung einer Nachprüfung in A. selbst begnügen wollte. Der Gerichtshof hält es für ausgeschlossen, daß die häuslichen Verhältnisse der Beklagten oder sonst erhebliche Gründe es dieser nicht gestatteten, sich der Nachprüfung in A. zu unterziehen, er hält vielmehr für festgestellt, daß die Beklagte sich ohne Grund und absichtlich dem zu entziehen sucht. Hierdurch verletzte die Beklagte an sich schon ihre Pflichten, zu denen, wie oben ausgeführt ist, auch die Ablegung von Nachprüfungen gehört, in gröblicher Weise. Dies fällt ihr um so schwerer zur Last, da sie, wie der Gerichtshof für erwiesen ansieht, es in dem Entbindungsfalle der Frau L. tatsächlich in der von dem Sachverständigen Dr. R. bekundeten Weise an der nötigen Aufmerksamkeit, Sorgfalt und Umsicht hat fehlen lassen, und da ihr von zuständiger Seite wiederholt eröffnet worden war, daß erhebliche Bedenken gegen ihre Fähigkeit, ihren Beruf als Hebamme noch weiter ordnungsmäßig auszuüben, hervorgetreten wären und daß deshalb die Ablegung einer Nachprüfung von ihr gefordert werden müsse. Eine Hebamme, die bei dieser Sachlage hartnäckig und unbelehrbar die Ablegung einer Nachprüfung verweigert, kann nicht mehr als zuverlässig in Beziehung auf ihren Beruf angesehen werden und deshalb erscheint die Zurücknahme des der Beklagten erteilten Hebammenprüfungszeugnisses gerechtfertigt. Ob die Beklagte sich in früheren Jahren als zuverlässig erwiesen und auch Nachprüfungen abgelegt und sich Fortbildungslehrgängen unterzogen hat, ist unerheblich, und es braucht hier nicht weiter darauf eingegangen zu werden.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Deutsches Reich.

Ausbau der Fürsorgestellen für Lungenkranke. Rundschreiben des Reichskanzlers vom 13. März 1917. An die außerpreußischen Bundesregierungen und an den Herrn Statthalter in Elsaß-Lothringen.

Die lange Dauer des Krieges und die damit verbundenen Schädlichkeiten, wie Anstrengungen und Aufregungen, unzureichende Nahrung, schlechtere Wohnungsverhältnisse und verminderte gesundheitliche Fürsorge, bringen die Gefahr einer neuen Ausbreitung der in angestrengter Arbeit so vieler Jahre mühsam zurückgedrängten Tuberkulose mit sich. Dieser Gefahr kann nur durch einen beschleunigten Ausbau der Fürsorgestellen für Lungenkranke, von denen bis jetzt einschließlich der Hilfsstellen rund 2000 im Deutschen Reiche vorhanden sind, begegnet werden. Dabei wird einmal die Einrichtung möglichst vieler neuer Fürsorgestellen, dann aber auch eine bessere finanzielle Sicherstellung der bereits vorhandenen anzustreben sein. Als Anhalt für die in dieser Beziehung erforderlichen Maßnahmen sind von dem Deutschen Zentral-Komitee zur Bekämpfung der Tuberkulose die anliegenden „Leitsätze" aufgestellt.

Da es nach dem Kriege mehr denn je darauf ankommen wird, mit Kräften und Mitteln auf allen Gebieten hauszuhalten, wird bei der Verwirklichung der den Leitsätzen zu Grunde liegenden Gedanken, insbesondere bei der Neubegründung von Fürsorgestellen für Lungenkranke in ländlichen Bezirken ein Zusammengehen und Handinhandarbeiten mit anderen Einrichtungen zur sozialen Fürsorge notwendig und zweckmäßig sein.

Ein solches Zusammengehen und ständiges Zusammenwirken mit den bereis vorhandenen Wohlfahrtsorganisationen wird in vielen Fällen nicht nur eine wesentliche Ersparnis an Betriebsunkosten und Arbeitskräften ermöglichen, sondern auch diejenigen Personen selbst, denen Hilfe gebracht werden soll, zugute kommen.

Die Aufwendungen für eine Tuberkulosefürsorgestelle werden sich wesentlich geringer gestalten, wenn es z. B. gelingt, die Betriebseinrichtungen in demselben Gebäude mit anderen Wohlfahrtsorganisationen unterzubringen, den Geschäftsverkehr unter diesen Stellen auf diese Weise tunlichst zu vereinfachen, und, wo die Verhältnisse es gestatten, eine gemeinsame, auf verschiedene Tage oder Tagesstunden sich verteilende Benutzung der Verwaltungsräume und des Arbeitspersonals (Arzt, Fürsorgeschwester, sonstige in der Wohlfahrtspflege geschulte Personen und Berater, Bureaupersonal usw.) zu er-

reichen. Zugleich wird die Hilfeleistung wirksamer und beschleunigter sein, wenn, wie es nicht selten vorkommt, bei den Ermittelungen der einen Wohlfahrtsstelle bekannt wird, daß in der unterstützungsbedürftigen Familie auch das Eingreifen einer anderen Wohlfahrtsstelle angezeigt erscheint, daß z. B. neben der Hilfe für ein tuberkulöses Familienmitglied auch noch Fürsorge für einen Säugling, für ein krüppelhaftes Kind usw. notwendig ist. Anderseits läßt es sich bei entsprechender Zusammenarbeit der einzelnen Wohlfahrtsstellen vermeiden, daß eine unnötige gehäufte Fürsorgetätigkeit mehrerer Wohlfahrtsstellen stattfindet, ohne daß sie von ihrer gleichzeitigen Inanspruchnahme Kenntnis haben.

Namentlich wird in ländlichen Verhältnissen bei der Begründung von Tuberkulosefürsorgestellen zweckmäßig darauf Bedacht zu nehmen sein, mit den anderen, daselbst tätigen Wohlfahrtseinrichtungen auf verwandten sozialen Gebieten Hand in Hand zu gehen und dadurch eine ausgiebige Nutzbarmachung der verfügbaren Hilfskräfte und Hilfsmittel auch bei der Bekämpfung sonstiger sozialer Uebelstände (Säuglingssterblichkeit, ungesunde Wohnungsverhältnisse, Alkoholmißbrauch usw.) zu erreichen. Auf ein Zusammenfassen der verschiedenen Zweige der sozialen Fürsorgetätigkeit ist von Ihrer Majestät der Kaiserin wiederholt hingewiesen worden, auch hat in letzter Zeit der Königlich Preußische H. Minister des Innern innerhalb seines Bereichs durch Empfehlung der Einrichtung von Wohlfahrts- oder Fürsorgeämtern hierauf besonders aufmerksam gemacht.

Ich würde es begrüßen, wenn die vorstehenden, für den Ausbau des Fürsorgestellenwesens zur Bekämpfung der Tuberkulose gegebenen Richtlinien auch dort Veranlassung zu geeignet erscheinenden Maßnahmen geben würden.

Anlage.

Leitsätze über den Ausbau des Fürsorgestellenwesens zur Bekämpfung der Tuberkulose.

1. Die Fürsorgestellen gehören zu den wirksamsten Mitteln der Tuberkulosebekämpfung. Es ist deshalb dahin zu streben, daß jeder an Tuberkulose Erkrankte, der nicht bereits einer ausreichenden Fürsorge teilhaftig wird, an eine Fürsorgestelle verwiesen werden und die nach Lage des Falles notwendige Fürsorge finden kann. Eine möglichst vollzählige Zuweisung dieser Tuberkulösen an die Fürsorgestellen ist nur durch Zusammenarbeiten sämtlicher in Betracht kommenden Stellen, insbesondere der Aerzte (Armenärzte, Schulärzte), Armenkommissionen, Bezirksvorsteher und sonstigen Gemeindeorgane, sowie der Träger der sozialen Versicherung (Krankenkassen, Versicherungsanstalten) unter tunlichster ehrenamtlicher Mitwirkung von Vertretern der beteiligten Bevölkerungskreise und ihrer Organisationen zu erreichen.

2. Es ist erforderlich:

a) die Zahl der Fürsorgestellen insbesondere für die Landbevölkerung dem Bedürfnis entsprechend zu vermehren,

b) allen Fürsorgestellen eine gesicherte finanzielle Grundlage zu geben, die einen dauernden ungestörten Betrieb gewährleistet.

3. Als Träger von Fürsorgestellen kommen in Betracht:

a) öffentlich-rechtliche Körperschaften (Gemeinden, Gemeindeverbände, sowie die Träger der Sozialversicherung).

b) Vereinsorganisationen (Tuberkulosevereine, Vereinigungen vom Roten Kreuz, Ausschüsse usw.).

Sind öffentlich-rechtliche Körperschaften Träger der Fürsorgestelle, so wird dadurch in der Regel ihre finanzielle Grundlage von vornherein genügend sichergestellt und ihre gedeihliche Fortentwicklung gewährleistet sein. Aus diesem Grunde wird bei Neueinrichtungen von Fürsorgestellen in erster Linie zu prüfen sein, ob öffentlich-rechtliche Körperschaften als Träger zu gewinnen sind.

Wo sich die von Vereinen ins Leben gerufenen Stellen gut bewährt haben, ist ihre Weiterentwicklung nach Möglichkeit zu fördern. Unter allen Umständen ist aber ein möglichst enges Zusammenarbeiten der in der Tuberkulosefürsorge tätigen Vereine mit den an der Gesundheitspflege beteiligten behördlichen Stellen anzustreben; insbesondere muß eine ausreichende laufende Unterstützung der Vereine mit Geldmitteln seitens dieser Stellen gesorgt werden.

4. In finanzieller Beziehung gilt als Mindestforderung, daß den Fürsorgestellen regelmäßige, sichere Einnahmen in solcher Höhe zur Verfügung stehen müssen, um daraus zum mindesten die Betriebskosten, soweit solche entstehen, und die Kosten der nachfolgend bezeichneten Regelleistungen decken zu können.

a) Die Betriebskosten umfassen:
   1. Miete und Unterhaltung der Räume,
   2. Gehälter für Aerzte, Schwestern und sonstiges Personal,
   3. Bürokosten.

b) Die Regelleistungen der Fürsorgestellen umfassen:
   a) ärztliche Untersuchung des Kranken und seiner Familie und fortlaufende ärztliche Beobachtung, sowie sachgemäße Bearbeitung der zugunsten der Kranken an Behörden zu richtenden Fürsorgeanträge,
   b) Untersuchung des Auswurfs auf Tuberkelbazillen,
   c) hygienische Beaufsichtigung und Beratung der tuberkulösen Familien durch die Fürsorgeschwestern usw.,
   d) Wohnungsfürsorge (Desinfektion, Gewährung von Betten usw.),
   e) Verabreichung von Kräftigungsmitteln in dringenden Fällen.

Erwünscht ist, daß hierüber hinaus noch weitere Mittel vorhanden sind, die den Fürsorgestellen im Bedarfsfalle, wenn ein anderer Kostenträger nicht vorhanden ist, erhöhte Leistungen (z. B. Gewährung von Mietsbeihilfen und Zuschüssen zu Heilverfahren, Unterhaltung von Walderholungstätten, andere Pflege- und Vorbeugungsmaßnahmen) ermöglichen.

5. Maßnahmen der Fürsorgestellen sollen niemals den Charakter der öffentlichen Armenunterstützung tragen.

6. Es ist anzustreben, daß die Fürsorgeschwestern in besonderen Kursen und Wiederholungskursen mit dem Wesen der Tuberkulose sowie mit den Gründzügen der sozialen Gesetzgebung vertraut gemacht und außerdem in der selbständigen Bearbeitung des gesamten Fürsorgeverfahrens ausgebildet werden.

7. Es wird empfohlen, bei der Einrichtung und dem Betrieb der Fürsorgestellen in tunlichster Fühlung mit den anderen Organisationen auf dem Gebiet der sozialen Fürsorge vorzugehen.

Strenges Vorgehen der Kriegswucherämter gegen den Verkauf beschlagnahmter Lebensmittel zu Ueberpreisen. Rundschreiben des Präsidenten des Kriegsernährungsamts vom 24. Februar 1917 — A II 2477/17 — an sämtliche Bundesregierungen.[1])

Trotz aller aufklärenden Einwirkung durch amtliche und außerordentliche Stellen nimmt das Bestreben unlauterer Personen zu, sich durch widerrechtliche Lieferung beschlagnahmter Lebensmittel an zahlungsfähige Käufer zu Ueberpreisen Wuchergewinne zu verschaffen. Die Käufer solcher Waren erklären, mit den ihnen zugewiesenen Rationen nicht auskommen zu können; sie bewilligen deshalb für heimlich ihnen kartenfrei zugeführte Waren Preise von oft unverhältnismäßiger Höhe und verführen dadurch gewissenlose Erzeuger und Händler dazu, immer größere Warenmengen beiseite zu schieben zum heimlichen Verkauf, der oft unter der wahrheitswidrigen Bezeichnung als geschmuggelte Auslandsware erfolgt. Durch dieses Treiben wird die zur ordnungsmäßigen Verteilung an die Gesamtbevölkerung verfügbare, an sich schon knappe Menge von Lebensmitteln weiter verringert. Die einigermaßen auskömmliche Versorgung der großen Mehrheit der Bevölkerung, die sich Waren zu Ueberpreisen aus Achtung vor dem Gesetz nicht beschaffen will oder aus Mangel an Mitteln nicht beschaffen kann, wird so auf die Dauer unmöglich gemacht.

Die ordentlichen Polizeiorgane sind in der Verfolgung dieser im Frieden kaum vorkommenden Uebertretungen nicht geübt. Um so notwendiger ist es, daß die Kriegswucherämter sich dieser Sache mit besonderem Nachdruck annehmen. Sind erst in jeder Gegend in einigen schwer liegenden Fällen Verkäufer, Zwischenhändler und Käufer zur strengen Bestrafung gebracht, so wird das Treiben von selbst nachlassen. Das Berliner Kriegswucheramt hat auf meine Anregung neuerdings in mehreren Einzelfällen dieser Art scharf zugegriffen. Dabei ist festgestellt, daß große Mengen von Schweinen gewerbsmäßig heimlich geschlachtet sind, um das Fleisch zu Ueberpreisen zu verkaufen, daß Brotmarken in großen Mengen gestohlen oder gefälscht worden sind, daß die Geschäftsführer eines großen Gasthofes beträchtliche Mengen von Fleisch, Butter, Speck usw. sich heimlich zu Ueberpreisen

[1]) Das Rundschreiben ist von den einzelnen Bundesregierungen den nachgeordneten Behörden zur strengen Durchführung mitgeteilt; in Preußen durch Erlaß des Ministers des Innern vom 6. März 1917, II a 271.

verschafft haben, nicht nur, um Gäste ohne Abforderung von Fleischkarten bewirten zu können, sondern auch, um mit dem Rest der Ware zu Ueberpreisen Handel zu treiben. Neuerdings werden Landwirte bei dem herrschenden Kunstdüngermangel häufig durch Lieferung von Kunstdünger häufig zur heimlichen Abgabe für den Heeresbedarf beschlagnahmter Lebensmittel verführt.

Gesetzliche Bestimmungen können diese Mißstände allein nicht beseitigen. Von der fortgesetzten Aufklärung darüber, wie schwer ein solches Treiben die Versorgung des Heeres und der Gesamtbevölkerung gefährdet, ist zwar Besserung zu erhoffen. Daneben aber müssen die Kriegswucherämter und die von diesen ausgebildeten Polizeibeamten abschreckend wirken, indem sie, wo der Verdacht derartiger Vergehen vorliegt, durch Zeugenvernehmungen, unvermutete Durchsuchungen und Ueberwachung der Betriebe die Ueberführung der Schuldigen herbeiführen.

Die große Mehrheit der deutschen Bevölkerung, die durch dieses Treiben in ihrer schon an sich so knappen Ernährung noch weiter beeinträchtigt wird, hat Anspruch darauf, daß hier ohne Ansehen der Person scharf und rücksichtslos durchgegriffen wird.

B. Königreich Preussen.

Anrechnung des vaterländischen Hilfsdienstes auf das Dienstalter der Beamten. Beschluß des Staatsministeriums vom 23. März 1917.

Der Staatsministerialbeschluß vom 17. Juni 1916, betr. die Grundsätze über Anrechnung des Kriegsdienstes auf das Dienstalter der Staatsbeamten, wird durch folgende Bestimmungen ergänzt und abgeändert:

Dem Kriegsdienste im Sinne der Grundsätze über Anrechnung des Kriegsdienstes auf das Dienstalter der Staatsbeamten ist der vaterländische Hilfsdienst gleich zu achten, der auf Grund einer Ueberweisung (§ 7 Abs. 3 des Reichsgesetzes vom 5. Dez. 1916, R.-Gesetzbl. S. 1333) oder auf Grund einer von der vorgesetzten Dienstbehörde ausgesprochenen Beurlaubung abgeleitet ist.

Wie weit ein sonst übernommener vaterländischer Hilfsdienst dem Kriegsdienst gleich zu achten ist, bestimmt der Verwaltungschef im Einvernehmen mit dem Finanzminister oder die von beiden bezeichnete Dienststelle.

Art, Umfang und Dauer des vaterländischen Hilfsdienstes sollen bei dessen Beendigung, insbesondere durch eine Bescheinigung der Betriebsleitung, festgestellt werden.

Gelegenheit für die Studierenden der Medizin zum Studium der Pocken am Krankenbett. Erlaß des Ministers des Innern vom 13. März 1917 — M 10833 — an die Herren Regierungspräsidenten, abschriftlich an die Herren Oberpräsidenten.

Bei den jetzt mehrfach auftretenden Pockenerkrankungen bietet sich die zu Friedenszeiten seltene Gelegenheit, den Studierenden der Medizin die Möglichkeit zu geben, die Pocken aus eigener Anschauung am Krankenbett näher kennen zu lernen. Im Einvernehmen mit dem Herrn Minister der geistlichen und Unterrichtsangelegenheiten ersuche ich daher ergebenst, die Kreisärzte gefälligst anzuweisen, von den in ihrem Kreise gemeldeten Pockenerkrankungen dem Direktor der Inneren Klinik des nächstgelegenen Universitätsortes umgehend Mitteilung zu machen.

Erhöhung der Preise für Kartenbriefvordrucke zu Meldungen von übertragbaren Krankheiten. Erlaß des Ministers des Innern vom 17. März 1917 — an die Herren Regierungspräsidenten und den Herrn Polizeipräsidenten hier.

Mit Bezug auf den Erlaß vom 2. Februar 1906 — M 14893 —.

Nach einer Mitteilung der Waisenhaus-Buchdruckerei in Cassel ist es wegen der Steigerung der Papierpreise und der Preise für Rohmaterialien und für Verpackung nicht möglich, die Kartenbriefformulare zu Meldungen von übertragbaren Krankheiten zu den bisherigen Preisen von 8 bezw. 10 M. für das Tausend zu liefern. Die Preise erhöhen sich für das Tausend auf 15 M. neben einem Teuerungszuschlage von 10%. Bei der gleichzeitigen Abnahme von 5000 Stück und mehr tritt eine Preisermäßigung auf 13 M. für das Tausend ein. Zwecks Kostenersparnis empfiehlt es sich, die Formularmengen

tunlichst dort für den ganzen Bezirk in einer Sendung in Empfang zu nehmen. Das Weitere stelle ich hiernach ergebenst anheim.

Verbot für Gastwirtschaften usw., die Abgabe der Speisen von der Entnahme von Getränken abhängig zu machen. Erlaß der Minister des Innern und für Handel und Gewerbe vom 7. Februar 1917 — M. d. I. VIa 328, M. f. H. IIb 1022 — an die Herren Oberpräsidenten und die Herren Regierungspräsidenten.

Nach Mitteilungen, welche dem Herrn Präsidenten des Kriegsernährungsamts zugegangen sind, wird in Gast-, Schank- und Speisewirtschaften vielfach die Abgabe von Speisen davon abhängig gemacht, daß der Gast Getränke, namentlich Bier oder Wein genießt, oder es wird ein Aufschlag erhoben, wenn diese Bedingung nicht erfüllt wird (Weinzwang, Bierzwang). Dieses im Auslande meist unbekannte Verfahren wird vielfach mit Recht als gemeinschädlich und insbesondere auch als mit den Forderungen der Kriegszeit nicht in Einklang stehend empfunden. Es führt zu einer Vergeudung von Bier und Wein sowie zu einer Verteuerung der Speisen für den Verbraucher, der bei der vielfach sehr beträchtlichen Erhöhung der Bier- und Weinpreise gezwungen wird, für Genußmittel, auf die er häufig gern verzichten würde, Geld aufzuwenden, das er sonst für Beschaffung von Speisen und sonstigen Nahrungsmitteln verwenden könnte.

Es ist vorläufig nicht beabsichtigt, gegen den sogenannten Trinkzwang von hier aus im Verordnungswege einzugreifen. Es erscheint aber erwünscht, daß da, wo sich schädliche Mißbräuche auf diesem Gebiet zeigen, von den örtlichen Verwaltungsstellen eingeschritten wird. Die Vorschriften in § 12 Nr. 1 und § 15 Abs. 1,3 der Verordnung über die Errichtung von Preisprüfungsstellen und die Versorgungsregelung vom 25. September 1915 in der Fassung vom 24. November 1915 (RGBl. S. 728) bezw. der Ergänzungsbekanntmachung vom 6. Juli 1916 (RGBl. S. 673) und der zu letzterer ergangenen Ausführungsanweisung vom 19. Juli 1916 geben dazu die geeignete Handhabe. Auf Grund dieser Vorschriften würde beispielsweise verboten werden können, die Abgabe von Speisen in Gast-, Schank- und Speisewirtschaften davon abhängig zu machen, daß der Gast Getränke entnimmt, oder den Preis von Speisen für den Fall zu erhöhen, daß der Gast Getränke nicht genießt.

Beschäftigung von nichtpharmazeutischem Hilfspersonal in den Apotheken. Bescheid des Ministers des Innern vom 26. Jan. 1917 — M. Nr. 7525 — an den Vorstand angestellter Deutscher Apotheker.

Ueber die Frage, inwieweit die Beschäftigung von nicht pharmazeutischem Hilfspersonal in Apotheken für zulässig zu erachten sei, haben früher schon eingehende Erörterungen stattgefunden. Auch der Apothekerrat hat Gelegenheit gehabt, zu der Frage Stellung zu nehmen. Es begegnet keinen Bedenken, solches Personal zu gröberen, Fachkenntnisse nicht erfordernden Hilfeleistungen im Apothekenbetrieb zu verwenden, wenn die Beschäftigung unter Aufsicht und alleiniger Verantwortung des pharmazeutischen Personals erfolgt. Ebenso unbedenklich ist es, nichtpharmazeutisches Personal mit den durch den Apothekenbetrieb bedingten, die Arzneiabgabe nicht berührenden kaufmännischen Arbeiten — wie Führung der Geschäftskasse und der kaufmännischen Bücher, Ausschreibungen von Rechnungen usw. zu beschäftigen. Hieran haben auch die durch den Krieg eingetretenen Verhältnisse nichts geändert. Nach den Erfahrungen, die bei den amtlichen Apothekenbesichtigungen gemacht worden sind, ist eine mißbräuchliche Beschäftigung von nichtpharmazeutischem Personal bisher im allgemeinen nicht hervorgetreten; ein Bedürfnis für besondere Maßnahmen zu deren Verhütung liegt deshalb nicht vor. Kann aus diesem Grunde von einer weiteren Verfolgung der dortigen Anregungen abgesehen werden, so behalte ich mir jedoch vor, sie bei späteren erneuten Erwägungen in der Angelegenheit als Material zu verwenden.

Was die von einzelnen Apothekenbesitzern eingerichteten Kurse für Helferinnen betrifft, so muß es als nicht angängig bezeichnet werden, den Apothekenbesitzern allgemein die Ausbildung über den eigenen Bedarf hinaus zu untersagen. Nur wenn solche Veranstaltungen zu Mißständen im Betriebe

des unterweisenden Apothekenbesitzers führen sollten, würde ein Anlaß zum Einschreiten gegeben sein.

C. Fürstentum Lippe.

Hebammenwesen. Verordnung der Regierung vom 25. Januar 1917.

§ 1. Das Hebammengewerbe dürfen im Fürstentum Lippe nur diejenigen Personen ausüben, welche ein Prüfungszeugnis der Prüfungskommission für Hebammenschülerinnen besitzen.

Hebammen mit Zeugnissen von auswärtigen Prüfungsbehörden bedürfen zur Ausübung ihrer Tätigkeit in Lippe der besonderen Genehmigung der Regierung und haben sich auf deren Anordnung der Lippischen Hebammenprüfung zu unterziehen.

§ 2. Der Regel nach werden zur Hebammenprüfung nur solche Personen zugelassen, welche den Lehrgang in der Landeshebammen-Lehranstalt durchgemacht haben.

§ 3. Anträge auf Zulassung zum Hebammenunterrichte sind an die Regierung zu richten. Die Bewerberinnen werden von den unteren Verwaltungsbehörden der Regierung vorgeschlagen, nachdem unter Zuziehung des Kreisarztes eine Auswahl unter den geeigneten Personen getroffen ist. Die Ausbildung in der Landeshebammen-Lehranstalt ist kostenlos. Dem Antrage auf Zulassung sind beizufügen:

1. Ein Zeugnis des Kreisarztes über die körperliche und geistige Befähigung, sowie darüber, daß die betreffende Person nicht schwanger ist und nicht an Krankheiten oder Gebrechen leidet, die sie an der Ausübung des Hebammenberufs hindern oder ihre Pflegebefohlenen schädigen könnten.
2. Eine Bescheinigung der unteren Verwaltungsbehörde und des zuständigen Geistlichen über den unbescholtenen Ruf, insbesondere auch darüber, daß die betreffende Person nicht außerehelich geboren hat.
3. Ein Tauf- oder Geburtsschein.

Es werden, abgesehen von besonderen Fällen, nur Personen im Alter von 20 bis 35 Jahren zugelassen. Die in der Landes-Hebammen-Lehranstalt ausgebildeten Personen sind bei Vermeidung der Rückerstattung der auf ihre Ausbildung verwendeten Kosten verpflichtet, mindestens 3 Jahre lang als Bezirks- oder Hilfshebamme (siehe § 4 dieser Verordnung) tätig zu sein.

§ 4. Die bisherigen Hebammenbezirke bleiben bestehen, jedoch kann die Regierung Aenderungen vornehmen.

Die Zahl der Bezirkshebammen in den einzelnen Bezirken richtet sich nach der Größe dieser Bezirke und wird von der Regierung nach Anhörung der unteren Verwaltungsbehörde und des Hebammenlehrers festgesetzt. Ist eine Bezirkshebamme durch Krankheit oder Alter in ihrer Leistungsfähigkeit beeinträchtigt, so kann neben der Bezirkshebamme eine Hilfshebamme angestellt werden, die in die etwa frei werdende Stelle der Bezirkshebamme aufrücken kann, wenn sie sich als tüchtig und zuverlässig bewährt hat.

§ 5. Die Bezirks- und Hilfshebammen werden beim Antritt ihres Dienstes von der unteren Verwaltungsbehörde ihres Bezirks auf die gewissenhafte Befolgung der Vorschriften des Lehrbuchs und auf die Dienstanweisung für die Hebammen beeidigt. Sie erhalten eine für ihre Stellen festgesetzte Vergütung.

§ 6. Zuwiderhandlungen gegen die Vorschriften des Lehrbuches und die Bestimmungen der Dienstanweisung [1]) werden von der Regierung mit Verweis oder mit Geldstrafe bis zu 30 M. belegt.

Im Wiederholungsfalle und bei schweren Vergehen kann auf Absetzung und Entziehung des Prüfungszeugnisses erkannt werden.

§ 7. Hinsichtlich der Gebühren für die Tätigkeit der Hebammen gilt das Gesetz, die Gebühren der Hebammen betreffend, vom 25. März 1903.

§ 8. Die Verordnungen vom 4. Juni 1872, vom 12. September 1883, vom 7. April 1897, vom 3. Juli 1906 werden aufgehoben.

---

[1]) Vom Abdruck der Dienstanweisung vom 25. Januar 1917 ist wegen Raummangels Abstand genommen.

Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 9. 5. Mai. 1917.

Rechtsprechung.

Gesundbeterei vor dem Reichsgericht. Urteil des Reichsgerichts (III. Str.-S.) vom 14. April 1916.

Das bereits in der Beilage zu Nr. 8 der Zeitschrift, Jahrg. 1916 im Auszuge mitgeteilte Urteil liegt jetzt im Wortlaut vor; es möge daraus noch folgender Grundsatz von allgemeinem Interesse mitgeteilt werden: „Der Kranke mag für seine Person sich behandeln lassen dürfen, wie er will und durch wen er will. Da er gegen sich selbst keine rechtlichen Verpflichtungen hat, wird er, von besonderen Verhältnissen abgesehen, in der Regel auch dann kein Unrecht begehen, wenn er sich in völlig zweckwidriger Weise und unter Mißachtung anerkannter Regeln der Gesundheitslehre behandeln läßt. Auf dieses Selbstbestimmungsrecht des Kranken kann sich indes der Dritte, der die Krankheit eines anderen zu heilen übernommen hat, nicht berufen. Mit der Uebernahme der Behandlung hat er immer zugleich die rechtliche Verpflichtung auf sich genommen, nach dem Maße seiner Kenntnisse und seiner Einsicht alles in seinen Kräften Stehende zu tun, um den Kranken zu heilen. Verfehlt er sich hiergegen und läßt seine Behandlung die durch die Umstände des Falls gebotene Sorgfalt vermissen, so macht er sich strafrechtlich verantwortlich. Sonach kann keine Rede davon sein, daß die Angeklagte in ihrer Eigenschaft als „christliche Helferin“ von jeder rechtlichen Verpflichtung gegen Frau B. entbunden gewesen wäre. Der Vorwurf, der wider die Angeklagte erhoben wird, geht nicht dahin, daß sie unterlassen hat, einen Arzt zu Hilfe zu rufen, sondern dahin, daß sie bei ihrem Heilverfahren auch dann noch verharrt hat, als die fortschreitende Verschlimmerung im Zustande der Kranken sie bereits zu der Einsicht geführt hatte, daß die rein geistigen Mittel keinen Erfolg hatten und den drohenden Zusammenbruch nicht aufzuhalten vermochten.“

Maßgebend für die Zurücknahme des Prüfungszeugnisses einer Hebamme wegen vorgekommener Verstöße und Zuwiderhandlungen gegen die Dienstanweisung ist der tatsächliche Nachweis solcher Verstöße. Es ist weder erforderlich, daß diese Verstöße grober Art sind, noch daß die Hebamme bereits dieserhalb bestraft ist oder ein böswilliges Verharren gezeigt hat. Entscheidung des Preußischen Oberverwaltungsgerichts (III. Sen.) vom 18. November 1915.

. . . . Daß Verstöße gegen die „Dienstanweisung für die Hebammen im Königreiche Preußen“ und gegen das ihr beigegebene Hebammenlehrbuch, dessen Vorschriften zu befolgen in § 17 der Dienstanweisung jeder Hebamme zur besonderen Pflicht gemacht ist, die für den Beruf erforderliche Zuverlässigkeit in Frage stellen und somit die Klage der Ortspolizeibehörde auf Zurücknahme des Prüfungszeugnisses (gemäß §§ 30 Abs. 3 und 53 Abs. 2 d. G.-O.) rechtfertigen können, steht nach der Rechtsprechung außer Zweifel. Es kann daher im vorliegenden Falle unerörtert bleiben, ob die Reg.-Polizei-Verordnung vom 31. Oktober 1883, auf welche die Bestrafungen der Beklagten mit gestützt worden sind, nach der Rechtsprechung (Entscheidung des Kammergerichts vom 11. Februar und 8. Dezember 1904) etwa der Rechtsgültigkeit entbehrt. Hier kommt es nicht darauf an, ob eine Bestrafung wegen der Verstöße und Zuwiderhandlungen gegen die Dienstordnung zulässig war und erfolgt ist, sondern nur darauf, ob die betreffenden Verstöße usw. tatsächlich erwiesen sind; denn damit ist die Unzuverlässigkeit dargetan. . . . Die durch die Anzeigen des aufsichtsführenden Kreisarztes und die Beweisaufnahme in

erster Instanz sowie durch den Inhalt der polizeilichen Vorzeige und der Strafprozeßakten erwiesenen Verstöße werden nun in der Entscheidung eingehend geschildert — es handelt sich hierbei um unvorschriftsmäßige Beschaffenheit der Hebammentasche, Unvollständigkeit der Gerätschaften, Nichtbeachtung der Anordnungen des Kreisarztes, Nichtbenutzung der vorgeschriebenen weißen Aermelschürze, Nichtherbeirufung eines Arztes bei einer mit starken Blutungen verlaufenden Fehlgeburt, Nichtanzeige von Kindbettfieber, zeitweise völlige Unterlassung der Führung des Tagebuches — und diese dann als durchaus hinreichend bezeichnet, um die Unzuverlässigkeit der Beklagten für den Hebammenberuf klar darzutun. Es heißt dann weiter: „Unrichtig ist es, wenn die Beklagte meint, nur grobe Verstöße gegen die Berufspflichten können die Zurücknahme des Prüfungszeugnisses rechtfertigen. Auch darauf kommt es nicht entscheidend an, ob die Gesundheit der Wöchnerinnen infolge der Verstöße der Hebamme gelitten hat. Endlich ist auch nicht immer ein „böswilliges Verharren der Hebamme im Ungehorsam" nötig, um wegen formeller Verstöße gegen die Vorschriften die Zurücknahme auszusprechen. Eine große Anzahl auch der rein formell anmutenden Vorschriften der Dienstanweisung und des Lehrbuches ist von allergrößter Wichtigkeit für die Erhaltung von Wöchnerin und Kind, so insbesondere, wie der Senat schon oft betont hat, diejenigen Vorschriften, die auf peinlichste Sauberkeit der Hebamme, ihrer Instrumente und ihres Verfahrens hinwirken sollen, weil jede Verunreinigung die Gefahr des Kindbettfiebers und anderer Erkrankungen im höchsten Grade nahe bringt. Den gleichen Zweck und zugleich den Zweck, jeden Aufschub in der Hilfeleistung zu verhüten, verfolgen u. a. die Vorschriften darüber, daß die Hebammen ihre Gerätschaften stets beisammen haben muß. Deshalb können auch vorliegendenfalls die an sich wenig bedeutsam aussehenden Verfehlungen der Beklagten keineswegs außer Betracht bleiben. Wesentlich schwerer fällt es freilich ins Gewicht, daß die Beklagte zu wiederholten Malen die Anordnungen des Kreisarztes, dessen Aufsicht sie untersteht, nicht rechtzeitig befolgt hat und es dahin kommen ließ, daß die Polizei sie anhalten mußte, ihnen nachzukommen. Ob nicht übrigens hierin das von der Beklagten im Schriftsatze vom 15. November 1915 vermißte „böswillige Verharren im Ungehorsam" schon zu finden wäre, mag dahingestellt bleiben. Dazu kommt die zeitweise völlige Unterlassung der Führung des Tagebuchs und die Ungenauigkeit und Nachlässigkeit bei seiner Führung. Gerade das Tagebuch ist für die Kontrolle des Kreisarztes darüber, ob die Hebamme ihren Pflichten nachkommt, ein unentbehrliches Hilfsmittel. Durch nachlässige Führung dieses Buches wird die im öffentlichen Interesse der Gesundheitspflege unbedingt nötige Aufsicht der Behörden über das Hebammengewerbe gelähmt und beeinträchtigt. Derartige Verstöße können unmöglich leicht genommen werden, zumal ein Fall, wie hier, wo die Beklagte unter nichtigen Vorwänden länger als ein Vierteljahr überhaupt kein Tagebuch geführt hat. Besonders schwer endlich sind die Verfehlungen der Beklagten in den Fällen St. I und II (Unterlassung des Herbeirufens eines Arztes bei einer mit starken Blutungen verlaufenden Fehlgeburt); sie sind derart belastend für die Beklagte, daß schon sie allein ausgereicht hätten, ihr das Prüfungszeugnis wieder zu entziehen. Die Verstöße sind schlechterdings nicht entschuldbar und zeigen, zumal in ihrer Aufeinanderfolge bei derselben Wöchnerin die Unzuverlässigkeit der Beklagten im hellsten Lichte. Wenn diese in der Berufungsinstanz wiederum auf ihre 25jährige Tätigkeit hingewiesen und beantragt hat, über ihre Befähigung als Hebamme die von ihr benannten Aerzte zu vernehmen, so hält der Gerichtshof alles das für unerheblich und die Beweise für nicht erforderlich, weil der Sachverhalt genügend geklärt ist. Daß Schaden für die Wöcherinnen und Kinder angerichtet worden ist, wie oben schon erwähnt, ist keine Voraussetzung der Zurücknahme des Prüfungszeugnisses, und die günstige Beurteilung einiger nicht beamteter Aerzte kann nicht ins Gewicht fallen gegenüber dem überaus ungünstigen Urteile, welches nicht nur der ganz zu Unrecht von der Beklagten als gegen sie voreingenommen geschilderte frühere Kreisarzt, Med.-Rat Dr. R., sondern auch der von ihr selbst als Zeuge benannte neue Kreisarzt Med.-Rat Dr. H. über sie und ihr Verhalten abgeben hat. (Gewerbearchiv; 1916, XV. Bd., H. 3, S. 503/508.)

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Königreich Preussen.

Regelung der Krankenversorgung. Erlaß des Staatskommissars für Volksernährung vom 2. März 1917 — VIa 851 — an die Herren Oberpräsidenten und die Herren Regierungspräsidenten.

Für die Abgabe von Nahrungsmitteln an Krankenhäuser, Heilanstalten und an in eigener Beköstigung lebende Kranke sind im Kriegsernährungsamt die in zwei Abdrucken beifolgenden Grundsätze aufgestellt worden, welche Richtlinien für das bei der Gewährung von Krankenzulagen zu beobachtende Verfahren und für die Höhe der notwendigen Zulagen geben. Dazu ist zu bemerken, daß die hier angegebenen Sätze im allgemeinen Mindestsätze bedeuten, durch welche eine etwa örtlich mögliche, an sich wünschenswerte weitergehende Berücksichtigung der Kranken nicht hintangehalten werden soll, wie auch allgemein bestehende und bewährte kommunale Einrichtungen nur soweit betroffen werden sollen, als es notwendig ist, um sie mit zwingenden Vorschriften der Grundsätze in Einklang zu bringen. Im übrigen bleibt die nähere Regelung im einzelnen den kommunalen Anordnungen überlassen. Dies gilt insbesondere für die Zusammensetzung und Bildung der Prüfungsstellen mit der Einschränkung, daß ihnen tunlichst mindestens ein beamteter Arzt angehören muß, für den Geschäftsgang der Prüfungsstellen, für die Frage, ob die Zulagen in Form von Zusatzmarken oder Bezugsscheinen anzuweisen sind und dergleichen mehr.

Die Kosten für die vorzuschreibenden Vordrucke und die sonstigen Drucksachen haben die Kommunalverbände zu tragen. Die Kosten für ärztliche Zeugnisse fallen — soweit sie nicht unentgeltlich sind oder von den Krankenkassen usw. getragen werden — den Kranken selbst zur Last; gegebenenfalls sind sie im Wege der öffentlichen Armenpflege aufzubringen. Soweit Kassenärzte nicht verpflichtet werden können, die vordrucksmäßigen Bescheinigungen ohne Berechnung besonderer Kosten für die Antragsteller zu benutzen, werden unter Verzicht auf jene die kassenärztlichen Zeugnisse — in Anlehnung an die Vorschrift der Anordnungen der Reichsfettstelle vom 4. Oktober 1916 zur Ausführung der Milchverordnung vom 3. Oktober 1916 zu § Ziffer 4 Absatz 2 — der Entscheidung der Prüfungsstelle zugrunde gelegt werden müssen. Auch können für die ärztlichen Zeugnisse und die Listen der Anstalten (vgl. Grundsätze III 1, Absatz 2) bereits eingeführte Formulare, die sich als zweckmäßig bewährt haben, weiter benutzt oder örtliche Abmachungen und Ergänzungen gegenüber dem Muster zugelassen werden, vorausgesetzt, daß dabei der Charakter des ärztlichen Zeugnisses gewahrt bleibt und daß alle diejenigen Angaben verlangt werden, welche für die Nachprüfung der Anträge und für die Bedarfsfestsetzung durch die ärztliche Prüfungsstelle nicht entbehrt werden können.

Die Versorgung der Kranken als eines Teiles der Gesamtbevölkerung muß sich im Rahmen der allgemeinen Versorgung vollziehen. Sie ist also grundsätzliche Sache der Ortsgemeinde, und zwar auch hinsichtlich der vorzugsweisen Berücksichtigung, die den Kranken in den Grenzen der Grundsätze zuzubilligen ist. Dies gilt nicht allein und selbstverständlich für die Hauskranken, sondern auch für die in Kranken- und Heilanstalten befindlichen Kranken, da eine Durchbrechung des Prinzips der kommunalen Versorgung auch hinsichtlich der Anstalten nicht durchführbar ist. Auch die für die Krankenversorgung nötigen Mehraufwendungen fallen somit den Gemeinden zur Last und müssen bei der Zuteilung von Lebensmitteln an diese in Rechnung gestellt werden.

Statistische Ermittelungen haben ergeben, daß der durchschnittliche tägliche Krankenbestand in dem ganzen Reiche auf etwa 2,37 % der Gesamtbevölkerung zu schätzen ist, wobei 0,254 % auf die öffentlichen und allgemeinen Krankenanstalten, 0,044 % auf die öffentlichen und privaten Lungenheilstätten und 2,072 % auf die übrigen Kranken entfallen. Daraus ergibt sich, daß die durch die notwendige bessere Versorgung der Kranken bedingte Verkürzung der übrigen Bevölkerung im allgemeinen ernstlich nicht ins Gewicht fällt. Wohl kann der Prozentsatz der Kranken sich in einzelnen Gemeinden und vereinzelt wohl auch innerhalb der Bezirke der niederen Kommunalverbände wesentlich höher stellen, so daß hier eine den Bedürfnissen der Kranken ent-

sprechende Versorgung ohne eine unerträgliche Beeinträchtigung der übrigen Einwohnerschaft nicht möglich sein würde. In solchen nachweisbaren Fällen bedarf es zur Entlastung der Gemeinden eines Ausgleichs, der innerhalb der übergeordneten provinziellen Verteilungsbezirke zu erfolgen hat. Zu diesem Zweck werden die Provinzzentralen sich einen Ueberblick über den durch die Krankenversorgung bedingten Mehrbedarf an den einzelnen Nahrungsmitteln zu beschaffen und durch Ausscheidung von Reserven aus den ihnen für die allgemeine Versorgung zur Verfügung stehenden oder zugewiesenen Nahrungsmittelmengen Vorsorge zu treffen haben, um bei der Unterverteilung den Mehrbedarf der in Ansehung des Krankenstandes ungünstig gestellten Gemeinden durch entsprechende Mehrzuweisungen Rechnung tragen zu können. Eine Ersatzleistung durch Mehrbelieferung seitens der Reichs- oder der Landesverteilungsstellen kann hierfür grundsätzlich nicht gewährt werden. Soweit durch eine entsprechende Versorgung der Kranken eine Kürzung der Durchschnittsquote für die übrige Bevölkerung notwendig wird, läßt sich dies nach Lage der Verhältnisse leider nicht vermeiden. Es wird sich eine solche Kürzung indes auf ein Mindestmaß beschränken lassen, je mehr die übergeordneten Verteilungsstellen auf einen tunlichsten Ausgleich innerhalb des größeren Verteilungsbezirks Bedacht nehmen.

Den Verteilungsstellen und Gemeinden bleibt es im übrigen überlassen, die Auswahl zwischen den verschiedenen Arten der Nährmittel nach Lage der Verhältnisse zu treffen. Doch wird darauf zu sehen sein, daß nach Möglichkeit die leicht verdaulicheren Nährmittel vorzugsweise für die Krankenversorgung herangezogen werden.

Es ist dabei besonders zu berücksichtigen, daß mit der Bemessung des Kopfsatzes auf 2 kg je Monat für Nährmittel (Graupen, Grieß, Haferfabrikate), Teigwaren und Hülsenfrüchte bis zur äußersten Grenze des unbedingt notwendigen heruntergegangen ist, dessen Lieferung aber unbedingt gewährleistet sein muß. Dagegen wird bei der jetzigen Knappheit der Kartoffelbestände auf die Gewährung einer Zulage für die Kranken zurzeit verzichtet werden müssen, es steht ihnen also nur ein Anspruch auf den zur allgemeinen Verteilung kommenden Kopfsatz, gegebenenfalls mit entsprechender Umrechnung in Kohlrüben, zu. Ebenso wird den Anstalten ein Anspruch auf besondere Belieferung mit Käse zurzeit nicht zugebilligt werden können. Die Gewährung der Zulagen an Brot bezw. Mehl, an Fleisch und Brotaufstrich wird voraussichtlich nicht zu Schwierigkeiten führen. Sollte in besonderen Fällen die vorzugsweise Belieferung der Kranken mit Butter und Speisefett zu einer zu starken Herabsetzung der Fettmenge für die gesunde Bevölkerung führen und ein Ausgleich innerhalb des Bezirks nicht möglich sein, so wird die Landesfettstelle eine Regelung eintreten lassen.

Hinsichtlich der Fischversorgung wird bei der derzeitigen Regelung für die Gemeinden sowohl wie für die Anstalten selbst die Möglichkeit gegeben sein, sich durch die mit der Fischbelieferung befaßten Gesellschaften in den Grenzen der vorhandenen Mengen unmittelbar zu versorgen. Dabei wird es zweckmäßig sein, wenn die Anstalten und Gemeinden sich wegen der Zulassung als Abnahmestelle mit den Provinzialstellen in Verbindung setzen.

Ich ersuche ergebenst, die Regelung der Versorgung der Kranken in Krankenhäusern und Heilanstalten und der in eigener Beköstigung lebenden Kranken nach vorstehenden Gesichtspunkten einheitlich vorzunehmen und das hiernach Erforderliche unverzüglich in die Wege zu leiten.

Anlage 1.

Grundsätze für die Abgabe von Nahrungsmitteln an Krankenhäuser, Heilanstalten und an in eigener Beköstigung lebende Kranke.

I. Allgemeine Grundsätze.

1. Anträge auf Nahrungsmittelzulagen sind einer Nachprüfung zu unterstellen. Zu diesem Zwecke sind in jedem Kommunalverband eine oder nach Bedarf mehrere ärztliche Prüfungsstellen einzurichten. Jeder Prüfungsstelle soll tunlichst mindestens ein beamteter Arzt angehören.

Die Mitglieder der Prüfungsstelle sind zur Verschwiegenheit über den Inhalt der zu ihrer Kenntnis gelangten ärztlichen Zeugnisse auf Grund des

§ 300 des Strafgesetzbuches verpflichtet. Insbesondere darf auch den Kranken keine Mitteilung über den Inhalt der Zeugnisse gemacht werden.

Besondere dringliche Anträge sind sofort zu erledigen.

2. Bei der Aufnahme von Kranken in Krankenhäusern, Heilanstalten und anderen Kranken- und Rekonvaleszentenanstalten sind den Kranken sämtliche Nahrungsmittelkarten abzufordern; bei der Entlassung sind ihnen die Nahrungsmittelkarten, soweit sie nicht verbraucht sind, zurückzugeben.

3. Den Krankenhäusern, Heilanstalten und den sich selbst beköstigenden Kranken soll auf Antrag unter Anrechnung auf die Brotkarte eine bestimmte Menge reines Weizenmehl — etwa 20 g je Kopf und Tag — zur Verfügung gestellt werden.

II. Für die öffentlichen Krankenhäuser

sind die Lebensmittel im vereinfachten Verfahren nach Durchschnittssätzen zuzuweisen, und zwar in folgenden Mindestmengen.

Im einzelnen sollen zugewiesen werden:

1. Oeffentlichen allgemeinen Krankenhäusern:

Brot: 2 kg wöchentlich,
Fleisch: mindestens 300 g wöchentlich, Kinder unter 2 Jahren bleiben bei der Berechnung des Wochenbedarfs außer Betracht,
Milch: ½ Liter für Kopf und Tag. Wo Vollmilch nicht ausreicht, ist Ersatz an Magermilch zu geben,
Butter: mindestens 140 g wöchentlich,
Käse: 400 g monatlich,
Eier: 2 Eier wöchentlich,
Hülsenfrüchte: (Erbsen, Bohnen, Linsen),
Nährmittel: (Graupen, Grütze, Haferfabrikate usw.) und
Teigwaren: nach Maßgabe der jeweils zur Verfügung stehenden Bestände je Kopf und Monat insgesamt 2000 g,
Brotaufstrichmittel: (Marmelade, Kunsthonig, Rübensaft) je Kopf und Monat ingesamt 1000 g.

Die ärztliche Leitung der Krankenhäuser hat für den richtigen Ausgleich der Nahrungsmittelzulagen unter den Anstaltsinsassen, je nachdem sie ihrer mehr oder minder bedürftig erscheinen, zu sorgen.

Für das in den Anstalten tätige Pflege- und Dienstpersonal sind die für die übrige Bevölkerung geltenden Bestimmungen maßgebend.

2. Anstalten für Geisteskranke und Sieche:

Die Insassen der Anstalten für Geisteskranke und Sieche gelten hinsichtlich der Versorgung mit Lebensmitteln als der gesunden Zivilbevölkerung gleichgestellt, mit Ausnahme derjenigen, die einer diätetischen Behandlung bedürfen. Diese werden den Kranken in öffentlichen allgemeinen Krankenhäusern — II, 1 — gleichgestellt.

3. Lungenheilanstalten,

öffentliche und private sind gleich zu berücksichtigen:
Brot: 2 kg wöchentlich,
Fleisch: 500 g wöchentlich,
Milch: 1 Liter je Kopf und Tag,
Butter: mindestens 250 g wöchentlich,
Käse: 400 g monatlich,
Eier: 4 Eier wöchentlich,
Nährmitttel und Brotaufstrich wie zu II, 1.

III. Regelung der Ueberweisung von Nahrungsmitteln an:

1. Konzessionspflichtige Privat-Heilanstalten.

Für die in Privat-Heilanstalten befindlichen Kranken — unter Ausschluß etwaiger gesunder Begleitpersonen — sollen bezüglich der Bewilligung von Sonderzulagen die für die Begutachtung der Zeugnisse der sich selbst beköstigenden Kranken geltenden Richtlinien — nachstehend unter 2 — maßgebend sein.

Die Anstalten haben monatlich ihre Anträge auf Sonderbewilligung einzelner Nahrungsmittel unter Angabe der Diagnose des Einzelfalles mit Namensnennung der Kranken auf einem vorgedruckten Formular in beiliegender

Fassung an die zuständige ärztliche Prüfungsstelle einzureichen. Diese bestimmt die Höhe des laufenden Bedarfs für die Dauer eines Monats. Stellt sich nachträglich durch Aufnahme besonderer Krankheitsfälle ein höherer Bedarf heraus, so ist dieser nachträglich nach Prüfung durch die ärztliche Prüfungsstelle zu bewilligen.

2. Kranke, die in eigener Beköstigung leben.

Anträge auf Zubilligung von Nahrungsmittelzulagen an sich selbst beköstigende Kranke sind unter Anschluß eines von einem Arzt auf vorgeschriebenem Vordruck ausgestellten Zeugnisses der ärztlichen Prüfungsstelle einzureichen. Diese entscheidet, ob die Anforderung überhaupt in vollem Umfange und auf die gewünschte Zeitdauer zu bewilligen oder ob sie abzulehnen oder nach Menge und Zeitdauer zu beschränken oder durch Bewilligung anderer, gerade in reichlicherer Menge vorhandenen Nahrungsmittel zu ersetzen ist.

Die ärztlichen Zeugnisse gewähren sonach keinen Anspruch auf den beantragten Mehrbezug, sondern es ist neben dem nachgewiesenen Bedürfnis auch der jeweils vorhandene Vorrat der Lebensmittel maßgebend. Ein abschlägiger Bescheid bedeutet daher keinen Zweifel an der Richtigkeit des Zeugnisses des ausstellenden Arztes.

Zur Förderung einer ausreichenden Ernährung der in häuslicher Pflege befindlichen Kranken wird sich in größeren Gemeinden empfehlen, von der Einrichtung besonderer Krankenspeisungen — etwa ein Anschluß an Krankenhausküchen — Gebrauch zu machen.

Formular für die Liste zu 1.[1])

Bezeichnung und Art der Anstalt: . . . . . .
Ort, Straße und Hausnummer: . . . . . .
Zahl der verfügbaren Betten (belegte und unbelegte): . . . . . .
Durchschnittsbelegungszahl im abgelaufenen Kalendermonat: . . . . . .
Aerztlicher Leiter: . . . . . .

Laufende Nummer	Name des Kranken	Alter	Diagnose	Krankheitserscheinungen, die die Gewährung von Milch benötigen	Erforderliche Mengen von					
					Milch	Sahne	Butter	Eier	Fleisch	Mehlhaltige Nahrungsmittel, Graupen, Haferflocken, Reis, Grieß, Nudeln

[1]) Anmerkung:

Die Liste soll als Attest gelten und bedarf deshalb der Unterschrift des leitenden Arztes.

Es sind nur die Kranken einzutragen, zu deren Wiederherstellung Sonderbewilligungen unbedingt erforderlich sind.

Am 20. jedes Monats ist eine neue Liste der ärztlichen Prüfungsstelle einzureichen, woselbst Vordrucke hierzu erhältlich sind.

Anlage 2.

Richtlinien für die Sonderbewilligung von Nahrungsmittelzulagen für die ärztliche Prüfungsstelle.

Sonderbewilligungen sind nur zu gewähren auf Grund eines ärztlichen Attestes. Bei der Ausstellung desselben hat sich der Arzt stets eines vorgedruckten Zeugnisformulars zu bedienen. Als Vordruck hat sich beiliegendes Formular bewährt.

Das Zeugnis ist nach eingehender Beantwortung sämtlicher auf dem Vordruck aufgestellten Fragen verschlossen vom Arzt an die ärztliche

Prüfungsstelle einzuschicken. Nach Begutachtung des eingereichten Attestes durch die Prüfungsstelle erhält der Patient Mitteilung von der Entscheidung, unter keinen Umständen aber von dem Inhalt des Zeugnisses. Die Zuteilung an Kranke soll nur insoweit erfolgen, als aus dem ärztlichen Zeugnis ersichtlich ist, daß dem Kranken ernsthafte Schädigung durch Nichtgewährung droht. Zur Aufklärung für den behandelnden Arzt empfiehlt es sich, den vorgedruckten Zeugnisformularen ein Merkblatt beizugeben, aus dem zu ersehen ist, welche Richtlinien für die Sonderbewilligung von Nahrungsmitteln an Kranke maßgebend sein müssen.

In das Merkblatt sind folgende Punkte aufzunehmen:

1. Das Zeugnis kann nur Berücksichtigung finden, wenn alle auf beiliegendem Vordruck aufgestellten Fragen sachgemäß beantwortet sind.

2. Das Zeugnis ist verschlossen vom Arzt an die ärztliche Prüfungsstelle zurückzusenden. Der Antragsteller erhält keine Kenntnis von dem Inhalt.

3. Die Sonderbewilligung von Nahrungsmitteln muß in erster Linie abhängig gemacht werden von der Art und Menge der für die Krankenernährung zur Verfügung stehenden Nahrungsmittel. Die Ablehnung ist demnach nicht ohne weiteres auf den Inhalt des Zeugnisses zu beziehen.

4. Der ärztlichen Prüfungsstelle muß es überlassen bleiben, unter jeweiliger Berücksichtigung der Vorräte anstatt des gewünschten Nahrungsmittels ein anderes zu befürworten.

5. Im allgemeinen kann nur eine Zulage gewährt werden. Ausgenommen sind Fälle von Tuberkulose und Diabetes, in denen 2 bis 3 und unter besonderen Umständen mehr Zulagen bewilligt werden können. Fälle von einfacher alimentärer Glykosurie begründen an sich keine Sonderzulagen.

6. In erster Linie wird die Bewilligung von Milch in Frage kommen. Bei dem augenblicklichen Mangel an Vollmilch ist größte Sparsamkeit in der Verordnung von Vollmilch dringend geboten.

Demnach sind Anträge auf Milchbewilligung im allgemeinen auf bestimmte Krankheitsgruppen zu beschränken.

Berücksichtigt werden können im allgemeinen nur:

a) Fiebernde und Kranke nach schweren Operationen.
b) Kranke Kinder und in der Ernährung zurückgebliebene Kinder.
c) Kranke mit akuten oder chronischen Verdauungskrankheiten, die auf flüssige oder breiige Kost angewiesen sind.
d) Nierenkranke:
   1. In Fällen von akuter Nephritis.
   2. In Fällen von chronischer Nephritis bei akuter Verschlimmerung.
e) Kranke mit Kreislaufstörungen infolge von Klappenfehlern, Herzmuskelerkrankung und Arteriosklerose nur im Stadium der gestörten Kompensation.
f) Kranke mit Lungentuberkulose, bei denen besondere im Zeugnis aufzuführende Umstände die Milchzugabe dringlich erscheinen lassen.
g) Alte Leute, wenn Krankheiten eine ausschließliche Ernährung mit flüssiger und breiiger Ernährung erfordern.

Nervenkranke, Schwächliche, Patienten mit konstitutionellen Erkrankungen usw. können an sich für den Milchbezug nicht in Betracht kommen. Sie können nur dann berücksichtigt werden, wenn besondere Gründe die Milchverabreichung dringend notwendig machen.

In der Regel soll nicht mehr als $^1/_2$ Liter an einen Kranken je Tag verordnet werden. In vielen Fällen wird $^1/_4$ Liter Milch genügen.

Auf Einreichung eines neuen Gesuches des Antragstellers entscheidet die ärztliche Prüfungsstelle, ob Weiterbewilligung, Ablehnung oder Einforderung eines neuen ärztlichen Attestes erfolgen soll.

7. An Stelle von Milch können Mehl oder mehlhaltige Stoffe zur Zubereitung von Suppen oder Brei verwendet werden. Mehl kann nur anstatt Brot gewährt werden.

8. Von Hafergrütze, Haferflocken, Hafermehl, Reis, Gries oder Graupen kann als Höchstmaß insgesamt nur $^1/_2$ Pfund für eine Woche verabfolgt werden.

9. Sahne kann nur ausnahmsweise bewilligt werden für Rekonvales-

zenten nach schweren Erkrankungen und für Diabetiker in ganz besonderen Fällen von Unterernährung.

10. Die Höchstmenge von Butter, welche insgesamt gewährt werden darf, beträgt einschließlich der allgemein gewährten Buttermenge 400 g die Woche. In Frage kommen nur:

a) Diabetiker bis 400 g,
b) Rekonvaleszenten nach schweren Erkrankungen und Operationen bis 300 g,
c) Tuberkulöse in besonderen Fällen bis 300 g.

11. Bei dem augenblicklichen Mangel an Eiern können Eierzulagen nur Diabetikern gewährt werden. Auch diese sollen nur ausnahmsweise Eierzulagen bis zu 5 Eiern wöchentlich erhalten. Bei günstigem Stande der Eierversorgung können auch Tuberkulösen Eier bewilligt werden.

12. Es wird höchstens eine Fleischzusatzmenge von 250 g wöchentlich und nur Diabetiker in besonderen Fällen gewährt.

13. Sämtliche Sonderbewilligungen können nur auf eine begrenzte Zeit gewährt werden.

14. Für Genesende wird in vielen Fällen die Gewährung auf eine Dauer von 2 bis 4 Wochen genügen.

Aerztliches Zeugnis.

(Unvollständig ausgefüllte u. unleserliche Zeugnisse werden nicht berücksichtigt.)

Das Zeugnis ist zurückzusenden: An die ärztliche Prüfungsstelle.

1. Name des Kranken . . . . . ———
2. Wohnung . . . . . ———
3. Alter . . . . . ———
4. Art der Beschäftigung (Beruf) . . . . . ———
5. Zahl der im Haushalt verpflegten Personen . . . . ———
6. Spezielle Diagnose . . . . . ———
   Komplikationen . . . . . ———
7. Beginn der Erkrankung . . . . . ———
8. a) Welche Krankheitserscheinungen benötigen die Gewährung von Zusatznahrungsmitteln . . . . ———
   b) Welche ernsthafte Schädigung des Kranken ist durch Nichtgewährung einer Sonderbewilligung zu befürchten? . . . . . ———

Antrag auf Sonderzuteilung von:

	in Menge von	auf die Dauer von . . . Wochen
Milch	———	———
Sahne	———	———
Eier	———	———
Butter	———	———
Fleisch	———	———
Mehl an Stelle von Brot	———	———
Mehlhaltige Nahrungsmittel (Haferflocken, Reis, Grieß, Graupen, Nudeln)	———	———

Ich bescheinige hiermit, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

. . . . . ., den . . . . . 1917.

. . . . . .

Name und Wohnung des Arztes.

Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 10. 20. Mai. 1917.

Rechtsprechung.

Anspruch auf Ruhegehalt nach dem preußischen Pensionsgesetz. Urteil des Reichsgerichts (VII. Z. S.) vom 9. Januar 1917.

Für den Anspruch auf Ruhegehalt ist es nicht nötig, daß die dazu erforderliche Dienstzeit „von wenigstens 10 Jahren“ (§ 1 Abs. 1 des Pensionsgesetzes vom 27. März 1872) eine „ununterbrochene“ gewesen ist. Nur die Zeit der den Staatsdienst unterbrechenden freiwilligen Dienstlosigkeit und die Zeit eines fremden oder anderweitigen Dienstes können nicht angerechnet werden, wohl aber alle Staatsdienstzeiten, trotz etwaiger kürzerer oder längerer Unterbrechungen. Das Recht; 1917, Nr. 5/6.

Schriftliche Mitteilungen zwischen einem Beschuldigten und den zur Verweigerung des Zeugnisses nach §§ 51, 52 Str.-P.-O. berechtigten Personen, zu denen auch die Aerzte gehören, unterliegen nicht der Beschlagnahme, vorausgesetzt, daß diese Personen nicht der Teilnahme, Begünstigung oder Hehlerei schuldig sind. Urteil des Reichsgerichts (I. Str.-S. vom 8. Februar 1917. Ebenda.

Zu den Hindernissen, die nach § 222 der Str. Pr. O. die Vernehmung eines Sachverständigen oder Zeugen durch einen beauftragten Richter und die Abstandnahme von seiner Vorladung nach einem entfernteren Gerichtsort begründen, kann bei einem Arzte auch seine ausgedehnte Berufstätigkeit angesehen werden, falls diese einer Entfernung von seinem Wohnorte für eine bestimmte Dauer entgegensteht. Urteil des Reichsgerichts (III. Str.-S.) vom 8. Januar 1917. Ebenda.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Deutsches Reich.

Regelung des Fleischverbrauchs. Verordnung des Reichskanzlers vom 2. Mai 1917.

Auf Grund der Verordnung über Kriegsmaßnahmen zur Sicherung der Volksernährung vom 22. Mai 1916 (Reichs-Gesetzbl. S. 401) wird verordnet:

Artikel 1.

In der Verordnung über die Regelung des Fleischverbrauchs vom 21. August 1916 (R.-G.-Bl. S. 941)[1]) werden folgende Aenderungen vorgenommen:

1. An die Stelle der §§ 9, 10 treten folgende Vorschriften:

§ 9. Die Verbrauchsregelung erstreckt sich auf die Selbstversorger. Als Selbstversorger gilt, wer durch Hausschlachtung oder durch Ausübung der Jagd Fleisch und Fleischwaren zum Verbrauch im eigenen Haushalt gewinnt.

Mehrere Personen, die für den eigenen Verbrauch gemeinsam Schweine mästen, werden ebenfalls als Selbstversorger angesehen. Als Selbstversorger können vom Kommunalverbande ferner anerkannt werden Krankenhäuser und ähnliche Anstalten für die Versorgung der von ihnen zu verköstigenden Personen sowie gewerbliche Betriebe für die Versorgung ihrer Angestellten und Arbeiter; für die Selbstversorgung durch Schlachtung von Rindvieh mit Ausnahme von Kälbern bis zu sechs Wochen ist die Anerkennung von der Genehmigung der Landeszentralbehörde oder der von dieser bestimmten Stelle abhängig.

---

[1]) Siehe Beilage Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung zu Nr. 18, Jahrgang 1916, S. 197.

Der Erwerb von Schweinen mit einem Lebendgewichte von mehr als 60 Kilogramm zum Zwecke der Selbstversorgung ist verboten.

§ 9a. Selbstversorger bedürfen zur Hausschlachtung von Schweinen und von Rindvieh, mit Ausnahme von Kälbern bis zu sechs Wochen, der Genehmigung des Kommunalverbandes.

Die Genehmigung hat zur Voraussetzung, daß der Selbstversorger das Tier in seiner Wirtschaft mindestens sechs Wochen, und wenn die Schlachtung nach dem 30. September 1917 erfolgt, mindestens drei Monate gehalten hat. Die Landeszentralbehörden haben Vorkehrung zu treffen, daß, wenn infolge der Hausschlachtung der Fleischvorrat des Selbstversorgers die ihm zustehende Fleischmenge (§ 10a) übersteigen würde oder ein Verderben der Vorräte zu befürchten ist, die Genehmigung versagt wird oder die überschüssigen Mengen an besonderen Stellen gegen Entgelt abgeliefert werden.

Hausschlachtungen von Kälbern bis zu sechs Wochen, von Schafen und Hühnern sind dem Kommunalverband anzuzeigen. Die Landeszentralbehörden können auch diese Hausschlachtungen von der Genehmigung des Kommunalverbandes abhängig machen.

Die Verwendung von Wildbret im eigenen Haushalt sowie die Abgabe an andere sind dem Kommunalverband anzuzeigen.

§ 9b. Die Kommunalverbände haben die Hausschlachtungen zu überwachen. Sie haben Ueberwachungspersonen zu bestellen, die insbesondere das Schlachtgewicht genau zu ermitteln und darüber eine amtliche Bescheinigung auszustellen haben. Die Landeszentralbehörden erlassen die näheren Bestimmungen; sie haben festzusetzen, welche Teile der Tiere beim Ausschlachten vor der Ermittlung des Schlachtgewichts zu trennen sind, und über die Art der Gewichtsermittlung Grundsätze aufzustellen.

§ 10. Den Selbstversorgern ist das aus der Hausschlachtung oder durch Ausübung der Jagd gewonnene Fleisch nach Maßgabe der Vorschriften im § 10a zum Verbrauch im eigenen Haushalt zu belassen.

Hierbei gelten als zum Haushalt gehörig auch die Wirtschaftsangehörigen einschließlich des Gesindes sowie ferner Naturalberechtigte, insbesondere Altenteiler und Arbeiter, soweit sie kraft ihrer Berechtigung oder als Lohn Fleisch zu beanspruchen haben.

§ 10a. Der Selbstversorger hat anzugeben, innerhalb welcher Zeit er die Fleischvorräte verwenden will. Für diese Zeit erhält er für sich und die von ihm verköstigten Personen nur so viele Fleischkarten, als ihm nach Abzug der Vorräte noch zustehen.

Wildbret und Hühner werden mit der nach § 6 vom Kriegsernährungsamte für die Reichsfleischkarte festgesetzten Höchstmenge angerechnet. Bei der Anrechnung von Schlachtviehfleisch ist eine Wochenmenge zugrunde zu legen, die um zwei Drittel höher ist, als die nach § 6 festgesetzte; beim ersten Schwein, das innerhalb des vom 1. Oktober ab laufenden Jahres geschlachtet wird, ist die nach § 6 festgesetzte Wochenmenge zu verdoppeln.

Fleisch zur Selbsversorgung darf aus Hausschlachtungen, die zwischen dem 1. September und 31. Dezember erfolgen, höchstens für die Dauer eines Jahres, aus Hausschlachtungen in der übrigen Zeit höchstens für die Zeit bis zum Schlusse des Kalenderjahrs belassen werden.

§ 10b. Fleisch und Fleischwaren, die aus der Hausschlachtung gewonnen und dem Selbstversorger zur Selbstversorgung überlassen sind, dürfen gegen Entgelt nur an den Kommunalverband oder mit dessen Genehmigung abgegeben werden.

Die Landeszentralbehörden können weitergehende Einschränkungen anordnen.

2. Im § 14 werden folgende Aenderungen vorgenommen:

a) In Nr. 1 wird an Stelle von „§ 10“ gesetzt: „§ 10b Abs. 1 oder den nach § 10b Abs. 2 erlassenen Bestimmungen“;
b) in Nr. 2 wird hinter den Worten: „§ 5 Abs. 2“ eingefügt: „§ 9 Abs. 3“;
c) in Nr. 3 wird die Zahl „9“ durch „9a“ ersetzt;
d) in Nr. 5 wird an Stelle der Zahl „10“ gesetzt: „9b,“.

Artikel 2.

Diese Verordnung tritt mit dem 15. Mai 1917 in Kraft.

Regelung des Verkehrs mit Seife, Seifenpulver und anderen fetthaltigen Waschmitteln. Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 5. Mai 1917.

Auf Grund des § 1 der Bekanntmachung über den Verkehr mit Seife, Seifenpulver und anderen fetthaltigen Waschmitteln vom 18. April 1916 (Reichs-Gesetzbl. S. 307)[1]) wird folgendes bestimmt:

Artikel I

Die Ausführungsbestimmungen zur Verordnung über den Verkehr mit Seife, Seifenpulver und anderen fetthaltigen Waschmitteln vom 21. Juli 1916 (Reichs-Gesetzbl. S. 766)[2]) werden wie folgt ergänzt:

1. Im § 3 Abs. 1 wird folgende Nummer IV eingefügt:
   IV. für Arbeiter, bei denen infolge der Einwirkung von Schmierölersatz Erkrankungen der Haut eintreten, je bis zu zwei Zusatzseifenkarten für den Bezug von K. A.-Seife, sofern nicht die Arbeiter Betrieben angehören, denen der Kriegsausschuß für pflanzliche und tierische Oele und Fette nach näherer Weisung des Reichskanzlers Waschmittel besonders zuteilt,
2. Hinter § 6 wird folgender § 6a eingefügt:

§ 6a. Bei Abgabe an den Verbraucher dürfen die Preise

1. bei Kernseife und sonstiger Seife in schnittfester Form, mit Ausnahme von Feinseife, mit einem Gehalt an Fettsäure von
   a) 58 und mehr vom Hundert 8,00 Mark für 1 Kilogramm,
   b) 50 bis 57 „ „ 7,20 „ „ 1 „
   c) 40 „ 49 „ „ 6,00 „ „ 1 „
   d) 30 „ 39 „ „ 4,70 „ „ 1 „
   e) 20 „ 29 „ „ 3,35 „ „ 1 „
   f) unter 20 „ „ 1,30 „ „ 1 „
2. bei Feinseife, mit Ausnahme von K. A.-Seife, einschließlich Packung 12 Mark für 1 Kilogramm,
3. bei Schmierseife mit einem Gehalt an Fettsäure von
   a) 38 und mehr vom Hundert 5,20 Mark für 1 Kilogramm,
   b) 30 bis 37 „ „ 4,65 „ „ 1 „
   c) 20 „ 29 „ „ 3,25 „ „ 1 „
   d) 10 „ 19 „ „ 1,60 „ „ 1 „
   e) unter 10 „ „ 0,65 „ „ 1 „

nicht übersteigen. Geringere Mengen sind entsprechend dem Mindergewichte geringer zu berechnen.

Die vorstehend festgesetzten Preise sind Höchstpreise im Sinne des Gesetzes, betreffend Höchstpreise vom 4. August 1914 in der Fassung vom 17. Dezember 1914 (Reichs-Gesetzbl. S. 516), in Verbindung mit den Bekanntmachungen vom 21. Januar 1915 (Reichs-Gesetzbl. S. 25), vom 23. März 1916 (Reichs-Gesetzbl. S. 183) und vom 22. März 1917 (Reichs-Gesetzbl. S. 253).

Artikel II.

Die Bestimmungen treten mit dem 10. Mai 1917 in Kraft.

B. Königreich Preussen.

Vermeidung des Bezuges über den Bedarf hinausgehender Lymphmengen durch Behörden usw. sowie kostenfreie Abgabe von Lymphe seitens der Impfanstalten. Erlaß des Ministers des Innern vom 18. April 1917 — M 11182 — an die Herren Regierungspräsidenten, abschriftlich an die Herren Oberpräsidenten.

Seitens einer Impfanstalt ist nach den vorgelegten Unterlagen berechtigte Klage darüber geführt worden, daß behördlicherseits sehr erhebliche Lymphmengen angefordert worden sind, für die keine Verwendung vorhanden und die späterhin, nicht benutzt und für anderweiten Gebrauch ungeeignet, der Impfanstalt wieder zurückgesandt worden sind. Ich ersuche ergebenst, die in Betracht kommenden Behörden, sowie die Kreis- und Impfärzte gefälligst alsbald anzuweisen, bei Bestellungen von Lymphe die für die nächsten Impftermine erforderlichen Mengen jedesmal annähernd genau zu berechnen und sich, wenn

[1]) Siehe Beilage Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung zu Nr. 10, 1916, S. 119.

[2]) Desgl. zu Nr. 15, 1916, S. 56.

nötig, telegraphische Nachbestellung vorzubehalten. Die erhaltenen Lymphvorräte müssen kalt und dunkel aufbewahrt und, wenn kein weiterer Bedarf vorliegt, umgehend an die Impfanstalt zurückgesandt werden.

Zur Behebung von Zweifeln bemerke ich, daß kostenfrei von den Impfanstalten die Lymphe herzugeben ist:

a) für die gesetzlichen öffentlichen Erst- und Wiederimpfungen,
b) für die gesetzlich zulässigen Zwangsimpfungen,
c) gemäß Erlasses vom 25. Januar 1917 — M. 10143 —[1]), soweit diese Erlaßbestimmungen für die einzelnen Regierungsbezirke in Kraft gesetzt sind, bis auf weiteres für die Impfungen in den Herbergen und in den staatlichen und privaten Kriegslieferungsbetrieben.

Bei den jetzigen Zeiten, in denen an die Leistungsfähigkeit der Impfanstalten trotz des erschwerten Betriebes die größten Anforderungen gestellt werden müssen, ist es unerläßlich, mit den Lymphmengen haushälterisch umzugehen. Sollten durch Nichtbeachtung dieser Bestimmungen größere Mengen von Lymphe fernerhin unbrauchbar werden, so wird gegebenenfalls in Erwägung zu ziehen sein, von den Bestellern die Bezahlung zu fordern.

Einholung der ministeriellen Genehmigung vor Anordnung allgemeiner Zwangsimpfungen. Rund-Erlaß vom 21. April 1917 — M 11443 — an die Herren Regierungspräsidenten, abschriftlich an die Herren Oberpräsidenten.

Bei Gelegenheit der neuerdings in vermehrtem Umfange aufgetretenen Pockenerkrankungen sind seitens der zuständigen Polizeibehörden in vereinzelten Fällen allgemeine Zwangsimpfungen für ganze Orte angeordnet und durchgeführt worden. Einen Grund für derartige allgemeine Zwangsimpfungen vermag ich nicht anzuerkennen. Auch die seitens der zuständigen Kommandierenden Generale wegen der Durchführung von Pockenschutzimpfungen ergangenen Erlasse bezwecken zunächst nur, die Vornahme von Zwangsimpfungen bei Einzelpersonsn über den Rahmen des § 55 des Preußischen Regulativs von 1835 hinaus zu ermöglichen, bei denen nach dem Urteil des Kreisarztes eine Impfung notwendig ist. Ich ersuche daher ergebenst, die Polizeibehörden gefälligst anzuweisen, vor der etwaigen Anordnung allgemeiner Zwangsimpfungen, soweit sie nicht bereits, wie die Impfungen in Herbergen und Kriegslieferungsbetrieben, für einzelne Regierungsbezirke durch meinen Erlaß vom 25. Januar d. Js. — M 10143 —[1]) angeordnet sind, durch dortige Vermittelung meine Genehmigung — nötigenfalls telegraphisch — einzuholen. In den meisten Fällen wird durch die Einrichtung öffentlicher Impftermine zur freiwilligen Impfung der beabsichtigte Zweck, der Bevölkerung einen ausreichenden Impfschutz zu gewähren, in genügender Weise erreicht werden.

Unterbrechung der Schwangerschaft. Erlaß des Ministers des Innern vom 19. Januar 1917 — M. 135 —.

Bei dem im Jahre 1912 veranstalteten Erhebungen über die Ursachen des Geburtenrückganges sind Anzeigen dafür hervorgetreten, daß die Zahl der von Aerzten vorgenommenen Unterbrechungen einer Schwangerschaft in den letzten Jahrzehnten eine Vermehrung erfahren hat, die auf eine zunehmende Neigung mancher Aerzte zurückzuführen ist, den an sie herantretenden Wünschen von Frauen wegen vorzeitiger Unterbrechung der Schwangerschaft selbst in Fällen stattzugeben, in denen die Rücksicht auf das Leben oder Gesundheit der Frauen dies nicht unbedingt erforderlich macht . . .

Auf meine Anordnung hat die . . . . erweiterte wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen in der Sitzung vom 14. März 1916 die Frage beraten, ob und unter welchen Voraussetzungen ein Arzt berechtigt ist, eine bestehende Schwangerschaft zu unterbrechen. Dabei hat die Deputation die beifolgenden Leitsätze angenommen . . .

Leitsätze,

die in der Sitzung der erweiterten Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen am 14. März 1916 aufgestellt worden sind:

---

[1]) Siehe Beilage Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung zu Nr. 4 d. J., S. 26.

1. Der Arzt darf nur aus medizinischen Indikationen die Schwangerschaft unterbrechen. Die Indikation darf nur dann als vorliegend erachtet werden, wenn bei der betreffenden Person infolge einer bereits bestehenden Erkrankung eine als unvermeidlich erwiesene schwerste Gefahr für Leben oder Gesundheit vorhanden ist, die durch kein anderes Mittel als durch Unterbrechung der Schwangerschaft abgewendet werden kann.
2. Der Arzt ist nicht berechtigt, die Unterbrechung aus sozialen oder rassehygienischen Gründen vorzunehmen. Er würde durch eine solche Handlung einen Verstoß gegen das Strafgesetzbuch begehen.
3. Es empfiehlt sich, eine Schwangerschaftsunterbrechung nur auf Grund einer Beratung mehrerer Aerzte vorzunehmen.
4. Für die durch Aerzte vorgenommene Unterbrechung der Schwangerschaft ist die Anzeigepflicht einzuführen.

Vorschriften über die staatliche Prüfung von Säuglingspflegerinnen. Erlaß des Ministers des Innern vom 31. März 1917 — M. 3626/16 — an die Herren Regierungspräsidenten (a) Abschrift an die Herren Oberpräsidenten (b).

a. Mit Rücksicht auf die zunehmende Bedeutung der Säuglingspflege und der öffentlichen Säuglingsfürsorge habe ich unterm heutigen Tage die in der Anlage in 10 Abdrucken beigefügten Vorschriften über die staatliche Prüfung von Säuglingspflegerinnen nebst einer Ausführungsanweisung erlassen. Die Vorschriften werden in der nächsten Nummer des „Ministerialblattes für Medizinalangelegenheiten" veröffentlicht werden.

Ich ersuche die Herren Regierungspräsidenten und den Herrn Polizeipräsidenten in Berlin, für weitere Veröffentlichung in den amtlichen Blättern usw. Sorge zu tragen.

Im einzelnen bemerke ich zu diesen Vorschriften noch folgendes:

Die einjährige Ausbildung der Säuglingspflegerinnen (§ 5 Ziff. 6 der Prüfungsordnung) soll in halbjährigen, aufeinander folgenden Lehrgängen in einer staatlich anerkannten Krankenpflegeschule bezw. einer staatlich anerkannten Säuglingspflegeschule stattfinden. Für den ersten halbjährigen Lehrgang in der allgemeinen Krankenpflege werden demnach die schon jetzt vorhandenen staatlich anerkannten Krankenpflegeschulen zu benutzen sein. Für Ableistung des zweiten halbjährigen Lehrgangs in der eigentlichen Säuglings- und Kleinkinderpflege müssen die in Frage kommenden staatlich anzuerkennenden Säuglingspflegeschulen noch bestimmt werden.

Ich ersuche daher, mit tunlichster Beschleunigung festzustellen, welche Säuglingsheime, Kinderkrankenhäuser oder ähnliche Anstalten als Säuglingspflegeschulen geeignet sein würden und die Absicht haben, eine derartige Anerkennung ihrer Anstalten zu beantragen. Ich bemerke hierzu, daß es nicht erwünscht ist, eine zu große Anzahl von Säuglingspflegeschulen anzuerkennen, und daß als solche nur Anstalten in Frage kommen können, die von tüchtigen Kinderärzten geleitet werden, über eine größere Zahl von Betten für Säuglinge und Kleinkinder verfügen und deshalb sowie auf Grund ihrer gesamten Einrichtungen eine Gewähr für eine gediegene Ausbildung bieten.

Soweit nicht besondere Umstände dagegen sprechen, sind die staatlich anerkannten Säuglingspflegeschulen gleichzeitig als Prüfungsstellen zu bestimmen. Die Zusammensetzung des Prüfungsausschusses wird in der Regel so zu gestalten sein, daß der Regierungs- und Medizinalrat als Vorsitzender und wenigstens ein Arzt der Pflegeschule als zweites Mitglied der Prüfungskommission bestellt wird; als drittes Mitglied der Prüfungskommission würde entweder ein zweiter Arzt der Säuglingspflegeschule, ein anderer geeigneter Arzt oder der Kreisarzt in Frage kommen.

Es ist anzunehmen, daß noch im Laufe dieses Jahres Anträge, betreffend Abhaltung staatlicher Prüfungen von Säuglingspflegerinnen, eingehen werden; es wird deshalb die Ansetzung von Prüfungsterminen bereits für den Herbst oder das Ende dieses Jahres in Betracht kommen. Namentlich ist damit zu rechnen, daß solche Krankenpflegerinnen, die bereits als Krankenpflegepersonen nach Maßgabe des Erlasses vom 10. Mai 1907 staatlich anerkannt oder geprüft sind und deshalb nur noch einer halbjährigen Ausbildung in einer Säuglingspflegeschule bedürfen, den Wunsch haben, noch in diesem Jahre als Säuglings-

dflegerin geprüft zu werden. Gegen die Zulassung solcher Personen und deren Prüfung vor Ablauf des Jahres würde nichts einzuwenden sein, sofern sie den Nachweis führen, daß sie einen halbjährigen Lehrgang in der Säuglingspflege durchgemacht haben, der den Anforderungen der jetzt erlassenen Prüfungsvorschriften entspricht und somit als eine gleichwertige Ausbildung im Sinne des § 6 Abs. 2 der Prüfungsordnung anzusehen wäre. Anträge, betreffend Zulassung solcher Personen, würden zunächst mir vorzulegen sein. Ich ersuche, alles hiernach Erforderliche zu veranlassen und mir baldtunlichst zu berichten, welche Krankenanstalten als Säuglingspflegeschulen anzuerkennen sein würden, sowie Vorschläge für die Zusammensetzung der Prüfungsausschüsse zu machen.

b. Abschrift übersende ich mit 5 Abdrucken der Prüfungsvorschriften nebst Ausführungsanweisung zur gefälligen Kenntnisnahme und mit dem ergebensten Ersuchen, den Provinzialhebammenlehranstalten unter Hinweis auf § 6 Abs. 1 der Prüfungsvorschriften je einen Abdruck zuzustellen. Zugleich stelle ich anheim, die in Frage kommenden Ordensgesellschaften, Vaterländischen Frauenvereine sowie die Provinzialvereine vom Roten Kreuz und andere Wohlfahrtsorganisationen auf die Prüfungsvorschriften hinzuweisen.

Anlage.

Vorschriften

über die staatliche Prüfung von Säuglingspflegerinnen.

§ 1. Die staatliche Prüfung von Säuglingspflegerinnen findet nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen in einem als Säuglingspflegeschule staatlich anerkannten Säuglings- oder Kinderkrankenhause oder einer ähnlichen Anstalt statt.

§ 2. Der Prüfungsausschuß besteht aus einem beamteten Arzt als Vorsitzenden und zwei Aerzten, von denen mindestens einer ein Kinderarzt ist, als Mitgliedern, die durch mich auf Widerruf ernannt werden. Sitz und Zusammensetzung der Prüfungsausschüsse sowie die als Prüfungsstellen dienenden Anstalten werden alljährlich durch das „Ministerialblatt für Medizinalangelegenheiten“ bekannt gegeben.

§ 3. Die Prüfungen finden nach Bedarf, in der Regel zweimal im Jahre, im März und im September statt.

§ 4. Die Zulassungsgesuche sind dem Vorsitzenden desjenigen Prüfungsausschusses, bei dem die Ablegung der Prüfung beabsichtigt ist, unter Beifügung der erforderlichen Nachweise (§ 5) bis zum 15. Februar bezw. 15. August einzureichen.

Bewerberinnen, deren Zulassungsgesuche später eingehen, haben keinen Anspruch auf Berücksichtigung in der laufenden Prüfungszeit.

§ 5. Dem Zulassungsgesuche sind beizufügen:

1. der Nachweis der Vollendung des 21. Lebensjahres,
2. ein behördliches Leumundszeugnis.
3. der Nachweis einer erfolgreich zum Abschluß gebrachten Volksschulbildung oder einer gleichwertigen Bildung,
4. ein selbstverfaßter und eigenhändig geschriebener Lebenslauf,
5. der Nachweis körperlicher und geistiger Tauglichkeit zur Säuglingspflege; in ihm ist insbesondere zu bescheinigen, daß die Bewerberin nicht an Krankheiten oder Körperfehlern leidet, die geeignet sind, sie an der Ausübung der Säuglingspflege zu hindern oder die zu pflegenden Kinder zu schädigen,
6. der Nachweis der erfolgreichen und einwandfreien Teilnahme an einem halbjährigen zusammenhängenden Lehrgange in einer staatlichen oder staatlich anerkannten Krankenpflegeschule und an einem im Anschluß hieran abgelegten, zusammenhängenden halbjährigen Lehrgange in einer staatlichen oder staatlich anerkannten Säuglingspflegeschule (§ 1).

Die Nachweise unter Nr. 5 und 6 werden geführt durch schriftliche Zeugnisse derjenigen Aerzte, die den Unterricht in der Krankenpflegeschule und in der Säuglingspflegeschule geleitet haben. Ist zwischen dem Austritt der Bewerberin aus der Säuglingspflegeschule und ihrer Meldung zur Prüfung mehr als ein halbes Jahr verflossen oder liegen die Voraussetzungen des § 6 vor, so ist der Nachweis unter Nr. 5 außerdem durch ein Zeugnis des für den Wohnort oder Aufenthaltsort zuständigen beamteten Arztes zu erbringen.

Der Vorsitzende des Prüfungsausschusses entscheidet über die Zulassung.

§ 6. Geprüfte **Hebammen**, die eine Ausbildung von 9 Monaten in einer deutschen Hebammenlehranstalt genossen haben, werden zur Prüfung bereits nach Ablegung eines zusammenhängenden Lehrganges von mindestens 3 Monaten Dauer in einer staatlichen oder staatlich anerkannten Säuglingspflegeschule zugelassen; dem darüber beizubringenden Nachweis ist außer den gemäß § 5 unter Ziffer 1—5 erforderlichen Unterlagen auch ein Zeugnis des beamteten Arztes oder — falls die Hebamme noch nicht selbständig praktisch tätig war — des Direktors der von ihr besuchten Hebammenlehranstalt darüber beizufügen, daß gegen ihre Zulassung zur Prüfung keine Bedenken bestehen.

Sonstige Pflegerinnen, welche eine der im § 5 Nr. 6 bezeichneten Pflegeschulen nicht oder nur während einer beschränkten Zeit besucht haben, können ausnahmsweise zur Prüfung zugelassen werden, wenn sie den Nachweis einer mindestens gleichwertigen Ausbildung in der Säuglingspflege beibringen.

Ueber die Zulassung dieser Ausnahmen behalte ich mir die Entscheidung bis auf weiteres vor.

§ 7. Die Gebühren für die Prüfung betragen 24 M. und sind vor Beginn der Prüfung zu entrichten.

Wer von der Prüfung spätestens zwei Tage vor ihrem Beginn zurück tritt, erhält die bereits entrichteten Prüfungsgebühren zurückerstattet.

§ 8. Die **Ladung** der Prüflinge wird von dem Vorsitzenden des Prüfungsausschusses (§ 4) verfügt; sie soll spätestens zwei Wochen vor der Prüfung erfolgen. Zugleich mit der Ladung wird der Bewerberin ein Abdruck der Prüfungsvorschriften mit der Aufforderung zugestellt, sich am Tage vor der Prüfung zu einer bestimmten Stunde bei der Leitung der Anstalt (§ 2) zu melden, um die Pflege eines Säuglings oder eines Kleinkindes zu übernehmen (§ 14).

§ 9. Zu einer Prüfung werden in der Regel nicht mehr als 10 Prüflinge zugelassen.

Wer zur Prüfung ohne ausreichende Entschuldigung nicht rechtzeitig erscheint, kann bis zur Dauer von sechs Monaten von der Prüfung ausgeschlossen werden.

§ 10. Der Vorsitzende gibt **Tag und Stunde der Prüfung** spätestens eine Woche vor ihrem Beginn der Leitung der Prüfungsstelle (§ 1) bekannt, damit die nötigen Prüfungsräume und sächlichen Hilfsmittel bereitgehalten und die für die praktische Prüfung sich eignenden Krankheitsfälle ausgesucht werden.

§ 11. Die Prüfung ist eine mündliche und eine praktische; jene wird in der Regel am ersten, diese im wesentlichen am zweiten Tage abgehalten.

§ 12. Der Vorsitzende leitet die Prüfung, bestellt bei Behinderung eines Mitgliedes des Prüfungsausschusses einen Vertreter und verteilt die Prüfungsgegenstände (§ 13a bis q) unter die Prüfenden.

Die praktische Prüfung wird von einem Lehrer der Säuglingspflegeschule in Gegenwart des Vorsitzenden abgehalten.

§ 13. Die **mündliche Prüfung** erstreckt sich auf folgende Gegenstände:

a) Bau und Verrichtungen des menschlichen Körpers.
b) Allgemeine Gesundheitslehre, Reinlichkeit, Licht und Luft; gesunde Wohnung, Kleidung und Ernährung.
c) Allgemeine Krankheitslehre; Fieber und Puls; Ansteckung; übertragbare und Wundkrankheiten.
d) Wichtigste Grundsätze der Krankenpflege: Krankenräume, Krankenbeobachtung, Hilfeleistung bei der Krankenuntersuchung und -behandlung.
e) Körperliche Entwicklung des Säuglings und des Kleinkindes: Sonderstellung des Kindesalters in bezug auf Bau, besondere Verrichtungen und Wachstum des Körpers.
f) Natürliche Ernährung des Säuglings und deren Ueberlegenheit gegenüber der künstlichen Ernährung.
g) Künstliche Ernährung des Säuglings: Milch und Milchpräparate; Mehl und Zucker; Beikost.
h) Ernährung des zweijährigen, des 3—6jährigen Kindes. Fehlerhafte Ernährung.
i) Pflege des Säuglings und Kleinkindes. Bedeutung peinlichster Sauberkeit.

Baden und Waschen des Kindes. Das Bett. Die Kleidung. Das Zimmer. Tragen und Halten des Kindes. Licht und Luft.

k) Die wichtigsten Erkrankungen des Säuglings- und Kleinkindesalters. Ernährungsstörungen. Darmkrankheiten. Englische Krankheit. Tuberkulose. Die sonstigen übertragbaren Krankheiten.

l) Krankheitsverhütung durch geeignete Ernährung und Pflege; insbesondere Schutz des Kindes vor ansteckungsverdächtigen Gegenständen und Personen.

m) Beobachtung und Pflege des kranken Kindes. Bericht hierüber an den Arzt. Hilfeleistung bei der ärztlichen Untersuchung und Behandlung des kranken Kindes (siehe unter d).

n) Pflege bei übertragbaren Krankheiten. Verhütung der Uebertragung von Krankheitskeimen von dem Kranken auf seine Umgebung, die Pflegerin und andere Personen. Desinfektion.

o) Gesetzliche und sonstige Bestimmungen, soweit sie die Pflege von Kindern berühren.

p) Allgemeines Verhalten der Pflegerin gegenüber dem gesunden und kranken Kinde, dessen Angehörigen, den Aerzten, Geistlichen und Mitpflegerinnen.

q) Bedeutung und Durchführung der öffentlichen Säuglingsfürsorge.

§ 14. In der praktischen Prüfung sollen die Prüflinge sich befähigt erweisen, ihre Kenntnisse in der Pflege des Säuglings und Kleinkindes praktisch zu betätigen. Zu diesem Zwecke wird jedem von ihnen bei der Meldung in der Prüfungsstelle die selbständige Pflege eines Säuglings oder — falls dies aus besonderen Gründen nicht möglich ist — eines kranken Kleinkindes bis zum zweiten Prüfungstage übertragen. Die Ausführung dieser Aufgabe erfolgt unter Aufsicht des für das betreffende Kind verantwortlichen Arztes und Pflegepersonals.

Die wichtigeren Vorkommnisse während der Pflege hat der Prüfling kurz schriftlich zu vermerken und die Niederschrift am zweiten Tage vorzulegen.

Ferner haben die Prüflinge am zweiten Prüfungstage ihre Kenntnisse in der Pflege, Ernährung, Kleidung, Reinigung und des Badens des gesunden und kranken Säuglings bezw. Kleinkindes praktisch darzutun.

§ 15. Die Gegenstände und das Ergebnis der Prüfung werden für jede Pflegerin in einer Niederschrift vermerkt, die von dem Vorsitzenden und den Mitgliedern des Prüfungsausschusses zu unterzeichnen ist.

§ 16. Jeder Prüfende faßt sein Urteil über die Kenntnisse und Fertigkeiten der Geprüften zusammen unter ausschließlicher Verwendung der Zensuren „sehr gut“ (1), „gut“ (2), „genügend“ (3), „ungenügend“ (4) „schlecht“ (5).

Hat die Geprüfte von einem Prüfenden die Zensur „schlecht“ oder von zwei Prüfenden die Zensur „ungenügend“ erhalten, so gilt die Prüfung als nicht bestanden.

Im übrigen hat der Vorsitzende am Schlusse der Prüfung die Zahlenwerte der Zensuren zusammenzurechnen und behufs Ermittelung der Gesamtzensur durch 3 zu teilen; ergeben sich hierbei Drittel, so werden ein Drittel nicht, zwei Drittel als voll gerechnet.

§ 17. Tritt ein Prüfling ohne eine nach dem Urteile des Prüfungsausschusses genügende Entschuldigung während der Prüfung zurück, so gilt die Prüfung als nicht bestanden und ist vollständig zu wiederholen.

Die Wiederholung der nicht bestandenen Prüfung ist nicht öfter als zweimal und frühestens nach sechs Monaten, spätestens nach drei Jahren, zulässig; sie muß vor demjenigen Prüfungsausschuß stattfinden, bei dem die frühere Prüfung abgelegt oder begonnen ist.

Ueber die Zulassung von Ausnahmen behalte ich mir die Entscheidung bis auf weiteres selbst vor.

§ 18. Die Geprüfte wird, falls sie die Prüfung nicht bestanden hat, vom Vorsitzenden davon benachrichtigt und erhält auf ihren Antrag die eingereichten Zeugnisse zurück, nachdem auf den Zeugnissen über die Teilnahme an den Pflegekursen (§ 5 Nr. 6) ein Vermerk über den Ausfall der Prüfung gemacht worden ist.

Wenn die Prüfung bestanden ist, reicht der Vorsitzende die Prüfungsverhandlungen nebst Mitteilung der Gesamtzensur an den Regierungspräsi-

denten, im Landespolizeibezirk Berlin an den Polizeipräsidenten in Berlin, behufs staatlicher Anerkennung der Pflegerin ein.

Im Falle der Anerkennung wird ein Ausweis nach anliegendem Muster A erteilt.

§ 19. Pflegerinnen, die schon vor dem Erlaß dieser Prüfungsvorschriften an einem Lehrgange von ausreichender Dauer teilgenommen haben und durch das Zeugnis des zuständigen beamteten Arztes oder Krankenhausarztes oder des Leiters (Oberin) einer vom Staate anerkannten geistlichen oder weltlichen Krankenpflegegenossenschaft nachweisen, daß sie mindestens fünf Jahre lang in Privatpflege oder im Anstalts- oder Gemeindedienste Säuglingspflege in befriedigender Weise ausgeübt haben, kann die staatliche Anerkennung als Säuglingspflegerin ohne vorherige Prüfung erteilt werden, sofern spätestens bis zum 1. Juli 1918 ein dahingehender Antrag bei dem für den Wohnsitz zuständigen Regierungspräsidenten, im Landespolizeibezirk Berlin bei dem Polizeipräsidenten in Berlin, gestellt worden ist und der gutachtlich gehörte Prüfungsausschuß sich dafür ausspricht; sind mehrere Prüfungsausschüsse im Bezirk, so wählt der Regierungspräsident, im Landespolizeibezirk Berlin der Polizeipräsident in Berlin, den zu hörenden Prüfungsausschuß; auf Befürwortung des Prüfungsausschusses kann, wenn besonders dringende Gründe vorliegen, ausnahmsweise auch der Nachweis des Besuches eines Ausbildungskursus erlassen werden.

Ueber die Erteilung der staatlichen Anerkennung in den vorstehend bezeichneten Fällen behalte ich mir die Entscheidung bis auf weiteres selbst vor.

§ 20. In den Fällen des § 19 ist ein Ausweis nach beiliegendem Muster B zu erteilen.

§ 21. Die in einem anderen deutschen Bundesstaate auf Grund gleicher Vorschriften erfolgte Anerkennung als Säuglingspflegerin gilt auch für das preußische Staatsgebiet.

§ 22. Die staatliche Anerkennung als Säuglingspflegerin kann von dem für den Wohnsitz zuständigen Regierungspräsidenten, im Landespolizeibezirk Berlin von dem Polizeipräsidenten in Berlin, zurückgenommen werden, wenn Tatsachen vorliegen, welche den Mangel derjenigen Eigenschaften dartun, die für die Ausübung des Säuglingspflegeberufs erforderlich sind, oder wenn die Pflegerin den in Ausübung der staatlichen Aufsicht erlassenen Vorschriften beharrlich zuwiderhandelt.

Einer in einem anderen Bundesstaate erfolgten Anerkennung kann unter denselben Voraussetzungen von dem für den Wohn- oder Aufenthaltsort zuständigen Regierungspräsidenten, im Landespolizeibezirk Berlin von dem Polizeipräsidenten in Berlin, die Wirksamkeit für das preußische Staatsgebiet entzogen werden. Die Entziehung ist der Behörde, die die Anerkennung erteilt hat, zur Kenntnis zu bringen.

Diese Vorschriften treten am 1. Juli 1917 in Kraft.

Muster A.

Ausweis

als staatlich geprüfte Säuglingspflegerin.

. . . . . aus . . . . . , welche vor dem staatlichen Prüfungsausschuß in . . . . . die Prüfung für Säuglingspflegerinnen mit der Zensur . . . . . bestanden hat und die zur Ausübung des Säuglingspflegeberufs erforderlichen Eigenschaften besitzt, erhält hiermit den Ausweis als staatlich geprüfte Säuglingspflegerin.

Für den Fall, daß Tatsachen bekannt werden, welche den Mangel derjenigen Eigenschaften dartun, die zur Ausübung des Säuglingspflegeberufs erforderlich sind, oder daß die Pflegerin den in Ausübung der staatlichen Aufsicht erlassenen Vorschriften beharrlich zuwiderhandelt, bleibt die Zurücknahme der Anerkennung vorbehalten.

. . . . . den . . . . . 191 . . . .

(Dienststempel.) (Unterschrift.)

. . . . . .

Muster B.

Ausweis

als staatlich anerkannte Säuglingspflegerin.

. . . . . aus . . . . . , welche den Nachweis der Ausbildung in der Säuglingspflege erbracht hat und die zur Ausübung des Säuglingspflegeberufs

erforderlichen Eigenschaften besitzt, erhält hiermit den Ausweis als staatlich anerkannte Säuglingspflegerin.

Für den Fall, daß Tatsachen bekannt werden, welche den Mangel derjenigen Eigenschaften dartun, die zur Ausübung des Säuglingspflegeberufs erforderlich sind, oder daß die Pflegerin den in Ausübung der staatlichen Aufsicht erlassenen Vorschriften beharrlich zuwiderhandelt, bleibt die Zurücknahme der Anerkennung vorbehalten.

. . . . . ., den . . . . . 191 . . . .

(Dienststempel.) (Unterschrift.)

. . . . . .

Ausführungsanweisung

zu den Vorschriften über die staatliche Prüfung von Säuglingspflegerinnen vom 31. März 1917.

Zur näheren Ausführung der Vorschriften über die staatliche Prüfung von Säuglingspflegerinnen vom 31. März 1917 bestimme ich folgendes:

Zu § 3: Die Prüfung soll in der Regel im März oder im September stattfinden; doch können ausnahmsweise Prüfungen auch in anderen Monaten abgehalten werden.

Zu § 4: Die Meldung zur Prüfung soll bis zum 15. Februar und 15. August erfolgen. Später eingehende Meldungen können nur bei ausreichender Entschuldigung vom Vorsitzenden des Prüfungsausschusses berücksichtigt werden.

Zu § 5 Nr. 1: Der Nachweis der Vollendung des 21. Lebensjahres ist durch Geburtsurkunde zu erbringen.

Zu § 5 Nr. 2: Als behördliches Leumundszeugnis kommt in der Regel ein Führungszeugnis der Ortspolizei in Betracht. Handelt es sich um Angehörige einer staatlich anerkannten geistlichen oder weltlichen Krankenpflegegenossenschaft, so ist das Zeugnis der Oberin (des Vorstehers), des Geistlichen der Krankenpflegegenossenschaft oder anderer verantwortlicher Vorstandsmitglieder der Krankenpflegegenossenschaft als ausreichend zu erachten.

Zu § 5 Nr. 3: Der Nachweis einer erfolgreich zum Abschluß gebrachten Volksschulbildung wird geliefert durch das Schulabgangszeugnis oder das Zeugnis über den erfolgreichen einjährigen Besuch der obersten Schulklasse. Die Entscheidung über den Nachweis einer gleichwertigen Bildung bleibt dem pflichtgemäßen Ermessen des Vorsitzenden des Prüfungsausschusses überlassen.

Zu § 5 Nr. 4: Wo die Verhältnisse es gestatten, z. B. in der Säuglingspflegeschule, empfiehlt es sich, den Lebenslauf von der Schülerin in Anwesenheit einer verantwortlichen Person (Krankenhausarzt, Oberin der Anstalt usw.) schreiben und dies durch die betreffende Aufsichtsperson auf dem Lebenslauf bescheinigen zu lassen.

Zu § 5 Nr. 5: Der Nachweis körperlicher und geistiger Tauglichkeit zum Säuglingspflegeberuf ist durch ein schriftliches Zeugnis des ärztlichen Leiters der Säuglingspflegeschule zu erbringen, der das Zeugnis unmittelbar dem Vorsitzenden des Prüfungsausschusses zu übersenden hat.

Die Bescheinigung über die körperliche Tauglichkeit muß sich auf Grund einer sorgfältigen Aufnahme über den bisherigen Gesundheitszustand der Schülerin, einer ärztlichen Untersuchung, sowie auf Grund der Beobachtung während des Lehrganges darüber aussprechen, daß die Schülerin nicht an Krankheiten (z. B. Tuberkulose, Hauterkrankungen, Epilepsie, Hysterie, Blutarmut) und an Körperfehlern (z. B. Mißbildungen, erhebliche Schwäche der Sinnesorgane) leidet, die sie an der Ausübung des Säuglingspflegeberufes hindern oder die zu pflegenden Kinder schädigen könnten. Hinsichtlich der geistigen Tauglichkeit ist zu beachten, daß die Schülerin auch noch zur Zeit der Meldung mindestens den Standpunkt einer guten Volksschulbildung nachweist, und daß sie ausreichend befähigt erscheint, um z. B. einen zutreffenden Bericht über das Befinden eines von ihr gepflegten Säuglings oder Kleinkindes dem Arzte mündlich oder schriftlich erstatten zu können.

Zu § 5 Nr. 6: Auch die Nachweise der erforderlichen und einwandfreien Teilnahme an einem halbjährigen, zusammenhängenden Lehrgange in einer staatlichen oder staatlich anerkannten Krankenpflegeschule und an einem daran angeschlossenen, zusammenhängenden halbjährigen Lehrgange in einer staatlichen oder staatlich anerkannten Säuglingspflegeschule sind durch Bescheini-

gung der ärztlichen Leiter der betreffenden Pflegeschulen zu führen. Pflegerinnen, die sich bereits im Besitze des Zeugnisses als staatlich anerkannte bezw. geprüfte Krankenpflegeperson befinden, bedürfen nur noch des Nachweises der Teilnahme an dem halbjährigen Lehrgang in einer Säuglingspflegeschule.

Die Lehrgänge dürfen, abgesehen von kurzen Ferien, nicht durch monatelange oder längere Pausen unterbrochen gewesen sein. Es ist ferner nachzuweisen, daß das Verhalten der Schülerin während der Lehrgänge, namentlich auch in sittlicher Beziehung, einwandfrei gewesen ist, und daß die Schülerin in ihrem Wissen und Können in bezug auf den Säuglingspflegeberuf ausreichend gefördert worden ist. Während der Lehrgänge soll nicht nur eine praktische, sondern auch eine ausreichende mündliche Unterweisung in regelmäßigen Unterrichtsstunden erfolgen; in welcher Weise dieser Unterricht zu gewähren ist, richtet sich nach den besonderen Einrichtungen der Pflegeschule und kann bis auf weiteres der Entscheidung der ärztlichen Leiter der betreffenden Anstalten überlassen bleiben. Doch sollen in der Regel im Rahmen der abzuhaltenden mündlichen Unterweisung insgesamt 200 Unterrichtsstunden, und zwar wenigstens die Hälfte in der eigentlichen Säuglings- und Kleinkinderpflege, erteilt und hierbei die im § 13 sowie in dem dieser Anweisung beigefügten Ausbildungsplan erwähnten Gegenstände behandelt werden. Die Nachweise über die Teilnahme an den Lehrgängen müssen einen Vermerk über die Zahl der erteilten Unterrichtsstunden enthalten.

Als staatlich anerkannte Krankenpflegeschulen für das erste Halbjahr und als staatlich anerkannte Säuglingspflegeschulen für das zweite Halbjahr der Ausbildung gelten die Pflegeschulen an denjenigen Krankenanstalten, die von mir als solche besonders genehmigt worden sind und alljährlich im „Ministerialblatt für Medizinalangelegenheiten“ bekannt gegeben werden. Anträge, betreffend staatliche Anerkennung einzelner Krankenanstalten als Krankenpflege- oder Säuglingspflegeschulen, sind an den zuständigen Regierungspräsidenten, im Landespolizeibezirk Berlin an den Polizeipräsidenten in Berlin, zu richten und von diesem mit gutachtlicher Aeußerung mir einzureichen.

Die ärztlichen Leiter der Krankenpflegeschulen und der Säuglingspflegeschulen haben vor Ausstellung der Bescheinigungen zu Nr. 5 und 6 eine gutachtliche Aeußerung der Oberinnen oder der Vorstände der als Pflegeschulen dienenden Krankenhäuser über die sittliche Befähigung sowie über die Führung der Schülerinnen während der Ausbildungszeit herbeizuführen. Ueber diese Aeußerungen der Oberinnen oder der Vorstände sind Vermerke in die betreffenden Zeugnisse aufzunehmen.

Zu § 6 Abs. 1: Die nach Maßgabe des § 6 für den Fall der vorzeitigen Zulassung von Hebammen zur Prüfung als Säuglingspflegerinnen auszustellenden Zeugnisse des beamteten Arztes oder des Direktors der von der Hebamme besuchten Hebammenlehranstalt müssen sich darüber aussprechen, ob die Hebamme sich hinsichtlich ihrer Persönlichkeit für den Beruf einer Säuglingspflegerin eignet und ob sie bereits ein solches Maß von Kenntnissen in der Säuglingspflege besitzt, daß gegen ihre Zulassung zur Prüfung als Säuglingspflegerin nach einer nur dreimonatigen Ausbildung in einer Säuglingspflegeschule keine Bedenken bestehen.

Zu § 6 Abs. 2 und 3: Die Zulassung sonstiger Personen zur Prüfung ohne den Nachweis des § 5 Ziffer 6 ist bei dem zuständigen Regierungspräsidenten, im Landespolizeibezirk Berlin bei dem Polizeipräsidenten in Berlin, zu beantragen und von diesem mit gutachtlicher Aeußerung mir zur Entscheidung vorzulegen.

Zu § 7: Als Entschädigung für die Tätigkeit der Mitglieder des Prüfungsausschusses kommen nur die Gebühren in Betracht; Reisekosten und Tagegelder werden nicht gewährt. Von den Gebühren erhält der Vorsitzende die Hälfte (einschließlich der Entschädigung für sächliche Unkosten), während die beiden anderen Prüfenden die andere Hälfte zu gleichen Teilen erhalten.

Zu § 8: In der Ladung der Prüflinge sind Tag und Stunde anzugeben, zu denen sich der Prüfling bei der Leitung des Krankenhauses zu melden hat, in dem die Prüfung stattfindet.

Zu § 9: Zu einem Prüfungstermine dürfen nur ausnahmsweise mehr als 10 Prüflinge, jedoch nicht über 12, zugelassen werden. Beim Vorliegen einer größeren Anzahl von Meldungen sind mehrere Prüfungen abzuhalten.

Zu § 10: Die Prüfung soll an zwei aufeinander folgenden Tagen stattfinden. Nur in besonderen Ausnahmefällen (z. B. wenn einer der Prüfenden oder ein Prüfling an einem dieser Tage plötzlich verhindert wird), ist es dem Ermessen des Vorsitzenden überlassen, die Prüfung an einem Tage, jedoch nicht über drei Tage hinaus, auszusetzen.

Die Höhe der Entschädigung für die Verpflegung von Prüflingen während der Prüfungstage in den als Prüfungsstellen dienenden Anstalten wird durch Vereinbarung zwischen dem zuständigen Regierungspräsidenten, im Landespolizeibezirk Berlin dem Polizeipräsidenten in Berlin, und den Vorständen der betreffenden Krankenanstalten festgesetzt.

Zu § 11: Ueber die nähere Ausführung der Prüfung entscheidet der Vorsitzende im Einvernehmen mit den anderen beiden Mitgliedern des Prüfungsausschusses. Als Anhalt hierfür möge folgendes dienen:

Jeder Prüfling wird in der ihm zuzustellenden Ladung aufgefordert, an dem ersten Prüfungstage vorhergehenden Abend um 7 Uhr sich in der Säuglingspflegeschule einzufinden. Sofort nach dem Eintritt wird dem Prüfling von dem ärztlichen Leiter der Krankenanstalt oder dessen Vertreter ein gesunder oder kranker Säugling oder ein Kleinkind überwiesen, dessen Pflege die zu Prüfende an diesem Abend und während der folgenden beiden Prüfungstage zu übernehmen hat. Dem Ermessen des Vorsitzenden des Prüfungsausschusses bleibt es überlassen, anzuordnen, daß die Schülerin bereits am ersten oder am nächsten Abend eine Nachtwache, die unter Umständen auf nur wenige Stunden beschränkt werden kann, zu übernehmen hat; hat die Schülerin eine solche Nachtwache durchgeführt, so ist ihr am anderen Vormittag eine angemessene Ruhezeit von mindestens drei Stunden zu gewähren. Ueber die während der Pflege des Kindes gemachten Beobachtungen hat der Prüfling den im § 14 Abs. 2 der Prüfungsordnung vorgesehenen schriftlichen Bericht zu erstatten

Am ersten Prüfungstage findet die mündliche Prüfung nach Maßgabe des § 13 der Prüfungsvorschriften statt. Die Dauer der mündlichen Prüfung wird am besten so geregelt, daß unter Annahme einer Zahl von 8—10 Prüflingen vormittags und nachmittags je zwei bis drei Stunden geprüft und dazwischen eine zweistündige Mittagspause eingeschaltet wird. Am zweiten Tage wird die praktische Prüfung erledigt. Hierbei soll die Schülerin dartun, daß sie in der praktischen Ausführung aller in das Gebiet der Säuglings- und Kleinkinderpflege fallenden Regeln (§ 13 der Prüfungsordnung sowie Plan für die Ausbildung in der Säuglings- und Kleinkinderpflege) ausreichende Uebung besitzt. Bei dieser Gelegenheit soll auch der dem Vorsitzenden am zweiten Prüfungstage vorzulegende Bericht über die übernommene Pflege eines Säuglings (Kleinkindes) zum Gegenstand der Besprechung und Prüfung gemacht werden. Die Dauer der praktischen Prüfung soll im allgemeinen die der mündlichen Prüfung nicht übersteigen und in der Regel in den ersten Nachmittagsstunden beendet sein.

In besonderen Fällen kann nach dem Ermessen des Vorsitzenden die praktische Prüfung am ersten und die mündliche am zweiten Tage stattfinden.

Zu § 12: Der Vorsitzende, im Falle der Behinderung sein Stellvertreter, leitet die Prüfung, bestellt bei Behinderung der anderen Mitglieder des Prüfungsausschusses deren Stellvertreter und verteilt im Einvernehmen mit den anderen Prüfenden die Prüfungsgegenstände unter die Mitglieder des Ausschusses (§ 13 der Prüfungsordnung).

Der Vorsitzende ist berechtigt, der Oberin oder dem Vorsteher der Krankenpflegevereinigung oder des Krankenhauses sowie Mitgliedern des Kuratoriums oder des Vorstandes der Anstalt auf Wunsch den Zutritt zu den Prüfungen zu gestatten. Die Zulassung sonstiger Personen zu der Prüfung ist nur in besonders begründeten Ausnahmefällen zu genehmigen; die Oberin (der Vorsteher) und das Kuratorium oder der Vorstand sind von dem Prüfungstermin rechtzeitig in Kenntnis zu setzen.

Zu § 13: Dem Unterricht in der Krankenpflege während des ersten Halbjahres der Ausbildung und in der Prüfung hierüber ist das in meinem Auftrage herausgegebene amtliche Krankenpflegelehrbuch zugrunde zu legen. Welches Lehrbuch für Säuglings- und Kleinkinderpflege für den Unterricht im

zweiten Halbjahr in den Säuglingspflegeschulen und bei der Prüfung benutzt werden soll, bleibt bis auf weiteres dem Ermessen des ärztlichen Leiters der Säuglingspflegeschule bezw. dem Vorsitzenden des Prüfungsausschusses überlassen.

Die Herausgabe eines besonderen Lehrbuches auch für die Ausbildung und Prüfung in der Säuglingspflege bleibt vorbehalten.

Zu § 14: Die Pflege eines Säuglings oder Kleinkindes sowie gegebenenfalls die Nachtwache (siehe Ausführungsanweisung zu § 11) hat unter Aufsicht des verantwortlichen Arztes und der betreffenden Pflegerin (Stationsschwester) zu erfolgen; die Niederschrift über die Pflege des Säuglings oder Kleinkindes ist von dem aufsichtführenden Arzte und der Pflegerin mit einem entsprechenden Vermerk zu versehen.

Zu § 17 Abs. 3: Anträge über die Zulassung von Ausnahmen sind von dem Vorsitzenden des Prüfungsausschusses an den zuständigen Regierungspräsidenten, im Landespolizeibezirk Berlin an den Landespolizeipräsidenten in Berlin, zu richten und von diesem mit gutachtlicher Aeußerung mir vorzulegen.

Zu § 19: Die Anträge auf staatliche Anerkennung für Säuglingspflegerinnen ohne vorherige Prüfung im Sinne des § 19 sind an den für den Wohnort oder Aufenthaltsort zuständigen Regierungspräsidenten, im Landespolizeibezirk Berlin an den Polizeipräsidenten in Berlin, einzusenden, der die Anhörung eines Prüfungsausschusses veranlaßt und die Verhandlungen demnächst mit seiner Aeußerung an mich weiterreicht.

Es ist in Aussicht genommen, die krankenpflegenden Orden und Kongregationen, die Diakonissenmutterhäuser, den evangelischen Diakonieverein, die Krankenpflegeanstalten vom Roten Kreuz sowie die verschiedenen staatlichen und kommunalen Schwesternschaften oder sonstige Krankenpflegevereinigungen als gleiche Pflegegenossenschaften im Sinne des § 19 anzuerkennen, sofern sie nach ihrer ganzen Tätigkeit als eine ausreichende Vor- und Durchbildung sowie einwandfreie Führung ihrer Mitglieder Gewähr bieten und eine solche nachweisen.

Zu §§ 22: Als in Ausübung der staatlichen Aufsicht erlassene Vorschriften kommen bis auf weiteres die zurzeit bestehenden Bezirksvorschriften in Betracht. Gegen den die Anerkennung zurücknehmenden Bescheid kann Beschwerde beim Minister des Innern erhoben werden. Derjenigen Behörde, welche die Anerkennung seinerzeit ausgesprochen hat, sei es in Preußen, sei es in einem anderen Bundesstaate (§ 21 der Prüfungsvorschriften), ist von der Rücknahme der Anerkennung für das preußische Staatsgebiet Mitteilung zu machen.

Plan für die Ausbildung

in der Säuglings- und Kleinkinderpflege (einschließlich der allgemeinen Krankenpflege). (Zu § 5 Nr. 6 Abs. 2 der Ausführungsanweisung.)

Die Ausbildung in der Säuglings- und Kleinkinderpflege (einschließlich der allgemeinen Krankenpflege) soll eine vorwiegend praktische sein und gemäß nachstehendem Plan in der Weise erfolgen, daß die Ausbildung in den die Gesundheitslehre, allgemeine Krankenpflege usw. behandelnden Abschnitten 1—4 vorwiegend im ersten Halbjahr in einer Krankenpflegeschule, die Ausbildung in der eigentlichen Säuglings- und Kleinkinderpflege (Abschnitt 5—8) im zweiten Halbjahr in einer Säuglingspflegeschule stattfindet:

1. Die Schülerin soll über Bau und Verrichtungen des menschlichen Körpers, und zwar namentlich über Körperbau und Entwicklung des Säuglings und Kleinkindes, soweit unterrichtet werden, daß sie ein für die Pflege der Säuglinge und Kleinkinder ausreichendes Verständnis für die im gesunden und kranken Körper stattfindenden Vorgänge gewinnt.

2. Die weitere Unterweisung erstreckt sich auf die Grundsätze der allgemeinen Gesundheitslehre (Reinlichkeit, Luft, Licht usw.) einwandfreie Beschaffenheit der Wohn- und Schlafräume, Krankenzimmer, (Kinderzimmer), die täglichen Dienstleistungen der Pflegerin, die Pflege bei besonders wichtigen Krankheitszuständen und die Ausführung ärztlicher Verordnungen. Dabei sollen eingehende praktische Uebungen stattfinden.

3. Die Schülerin soll zu möglichst scharfer Krankenbeobachtung, namentlich auch hinsichtlich kranker Säuglinge und Kleinkinder, angeleitet und

darüber belehrt werden, durch welche Handreichungen sie nötigenfalls die beobachteten Leiden und Beschwerden vorläufig lindern kann. Sie soll über die ihr bei solchen Hilfeleistungen gezogenen Grenzen sowie über die Notwendigkeit rechtzeitiger Heranziehung des Arztes unterrichtet werden.

4. Auch die Hilfeleistungen bei der Wundbehandlung sind entsprechend zu lehren. Dabei soll hauptsächlich die Lehre von den Wundkrankheiten, Infektion und Desinfektion, sowie die Asepsis und Antisepsis berücksichtigt werden. Außerdem ist über die Blutstillung, das Anlegen von Verbänden und die Ruhigstellung verletzter Teile, ferner über Hilfeleistung bei plötzlich auftretenden Leiden, Unglücksfällen und Vergiftungen sowie über die zweckmäßigste Krankenbeförderung zu unterrichten.

5. Besonders eingehend ist die Pflege des gesunden Säuglings und Kleinkindes zu lehren und durch ständige praktische Uebungen zu erläutern. Hierbei sind namentlich die Nabelpflege, allgemeine Reinigung des Körpers, das Baden des Säuglings, Trockenlegen und Pudern, ferner das Wickeln, die Kleidung, die Beschaffenheit des Bettes und sonstige Pflegeregeln für Säuglinge und Kleinkinder zu behandeln. Auch soll die Schülerin mit den allgemeinen Grundzügen der Beschäftigung des Säuglings und Kleinkindes vertraut gemacht werden.

6. Ueber die Ernährung des Säuglings, Bedeutung und Vorteile der Brustnahrung (Mutter, Amme), die Zwiemilchernährung, Abstillen, die künstliche Ernährung (namentlich deren Nachteile), die Beikost, die Ernährung der Kleinkinder usw. sind sehr genaue mündliche und praktische, immer wiederholte Unterweisungen zu erteilen.

7. Die Verhütung von Krankheiten und die Verhinderung der Verschleppung und Uebertragung von Krankheitskeimen sollen Gegenstand eingehender Unterweisungen bilden. Die Schülerin soll lernen, daß neben der peinlichsten Reinlichkeit nur die sofortige sorgfältige Vernichtung der Krankheitskeime die Verbreitung der übertragbaren Krankheiten verhindern und sie selbst vor Ansteckung schützen kann. Insbesondere sind die Krankheiten der Neugeborenen (Frühgeburten), die sonstigen Krankheiten des Säuglingsalters (übertragbare Krankheiten) und regelwidrigen Veranlagungen, Ernährungsstörungen, Erkältung, Hitzestauung und die Verhütung aller dieser Gesundheitsschädigungen genau zu behandeln.

8. Schließlich ist die Bedeutung der öffentlichen Mütter- und Säuglingsfürsorge in einigen Unterrichtsstunden zu erläutern und tunlichst auch durch praktische Vorführungen (Besuch von Säuglingsfürsorgestellen und ähnlichen Einrichtungen) darzustellen.

Ausführungsanweisung betr. den Handel mit Opium und anderen Betäubungsmitteln. Rund-Erlaß der Minister des Innern und für Handel und Gewerbe vom 13. April 1917 — M. d. I. M 5533, M. f. H. II b 3176 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Auf Grund des § 1 der Verordnung des Bundesrats vom 22. März 1917 (Reichs-Gesetzbl. S. 256)[1]), bereffend den Handel mit Opium und anderen Betäubungsmitteln, bestimmen wir folgendes:

1. Zuständig für die Erteilung der Erlaubnis zum Erwerbe der im § 1 der Verordnung genannten Betäubungsmittel sind die Regierungspräsidenten, im Landespolizeibezirk Berlin der Polizeipräsident in Berlin.

2. Der Erlaubnis bedarf mit Ausnahme von Apotheken jeder, der im Großhandel die in § 1 der Verordnung bezeichneten Mittel erwerben will, auch der Hersteller von Waren, die unter Benutzung der in § 1 a. a. O. genannten Stoffe angefertigt sind.

Apotheken bedürfen zum Erwerb der Betäubungsmittel keiner besonderen Erlaubnis. Sie dürfen indes die Betäubungsmittel fortan nur noch zu Heilzwecken, d. h. unter Beachtung der Vorschriften in § 1 bis 9 des Erlasses vom

---

[1]) Siehe Beilage Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung zu Nr. 7 d. J., S. 43.

22. Juni 1896, betreffend die Abgabe stark wirkender Arzneimittel usw. (Min. Bl. f. d. i. Verw. S. 123) abgeben; eine Abgabe zu wissenschaftlichen Zwecken ist Apotheken nicht mehr gestattet.

3. Die Erlaubnis ist Großhändlern nur dann zu erteilen, wenn sie vorwiegend mit chemischen Stoffen und Arzneimitteln im großen Handel treiben und ihre Waren nicht unmittelbar an Verbraucher absetzen; im übrigen ist sie nur solchen Personen zu bewilligen, welche die erwähnten Betäubungsmittel zu einem erlaubten wissenschaftlichen oder gewerblichen Zwecke benutzen wollen und vermöge ihrer Vorbildung und persönlichen Zuverlässigkeit eine Gewähr gegen mißbräuchliche Verwendung der Mittel bieten.

4. Die Erlaubnis ist nur auf Antrag und unter Ausstellung eines Erlaubnisscheines zu gewähren. In dem Erlaubnisschein ist in der Regel Art und Menge der zu erwerbenden Mittel anzugeben.

5. Die Abgabe der Mittel darf, wenn die in dem Erlaubnisschein angegebene Menge im ganzen bezogen wird, nur gegen Aushändigung des Erlaubnisscheines erfolgen; werden nur Teilmengen erworben, so ist bei der Abgabe von dem Veräußerer Art und Menge der abgegebenen Stoffe sowie das Datum der Abgabe auf dem Erlaubnisschein zu vermerken. Beim Bezug der Restmenge ist der Schein an den letzten Veräußerer auszuhändigen.

Ueber die Abgabe ist fortlaufend ein Lagerbuch zu führen, in dem der Eingang und Ausgang für jeden Stoff einzeln und gesondert zu vermerken sind. Aus den Eintragungen über Eingang und Abgang der Mittel müssen die Bezugsquellen sowie Namen, Stand und Wohnort der Empfänger zu erkennen sein.

6. Die eingegangenen Erlaubnisscheine sind nach der Zeitfolge gesondert mit dem Lagerbuch aufzubewahren und den mit der Ueberwachung beauftragten Personen jederzeit vorzulegen.

Die Einrichtung von Krankenspeisungen. Erlaß des Ministers des Innern vom 16. April 1917 — M. 5454 II — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten und den Herrn Oberpräsidenten in Potsdam.

Durch den Erlaß des Herrn Staatskommissars für Volksernährung vom 2. März 1917 — VI a 851 — (abgedruckt im Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten Nr. 15 Seite 139 ff.) hat die Frage der Versorgung der Krankenanstalten mit den für ihre besonderen Zwecke erforderlichen, über das der gesunden Bevölkerung zugeteilte Maß hinausgehenden Nahrungsmittelmengen eine wesentliche Förderung erfahren. Auch für die Kranken in häuslicher Pflege ist nach Möglichkeit dadurch vorgesorgt worden. Für einen Teil dieser Kranken aber wird sich unter den besonderen Verhältnissen der Großstädte und großen Industriegemeinden durch eine vermehrte Zuweisung von rationierten Nahrungsmitteln allein oft nicht in der wünschenswerten Weise sorgen lassen. Das sind insbesondere diejenigen Kranken, die aus den Krankenhäusern schließlich entlassen werden müssen und noch einer weiteren besonderen Pflege und Kost bedürfen — Rekonvaleszenten, Zuckerkranke, Nierenkranke, Magen-, Darmkranke usw. Aber auch von vornherein im Privathaushalt verpflegte Kranke werden sich oft lediglich durch Zuweisung erhöhter Nahrungsmittelmengen nicht zweckmäßig und ausreichend ernähren können. Es ist dabei insbesondere an alleinstehende Personen — auch der bemittelten Schichten — und an Familien zu denken, wo die Hausfrau infolge beruflicher Beschäftigung usw. nicht in der Lage ist, die erforderliche Zeit auf Beschaffung und Zubereitung der Nahrungsmittel zu verwenden. In diesen Fällen kann dem Uebel nur durch Schaffung von Krankenspeisungen, ähnlich den Massenspeisungen für die Gesunden, abgeholfen werden. Die Stadt Berlin hat im Anschluß an die städtischen Krankenanstalten solche mustergültigen Einrichtungen getroffen, die in dem beiliegenden Sonderabdruck von Geh. San.-Rat Prof. Dr. L. Kuttner auf Seite 8 ff. beschrieben sind. Zwei dazu gehörige Umdrucke füge ich ebenfalls bei.

Ich ersuche die Herren Regierungspräsidenten, die in Betracht kommenden Gemeindeverwaltungen auf die Krankenspeisungen aufmerksam zu machen und dort, wo ein Bedürfnis dafür vorhanden ist, auf ihre Einführung hinzuwirken.

Anlage 1.

Magistrat
der Königlichen Haupt- und Residenzstadt.
Zentralstelle für Krankenernährung.
Zeichen: Z. K.

(Bei der Antwort bitten wir das vorstehende Zeichen anzugeben.)

Berlin C. 2, den . . . . . 191 . .
Fischerstr. 35-42.
(Medizinalamt.)

Auf Grund ärztlichen Zeugnisses ist
. . . . . wohnhaft . . . . . .
ein Kranken-Mittagstisch im Krankenhaus . . . . . .
bewilligt worden, und zwar Form DD — II — III
zum Preise von 1,20 — 0,75 — 0,50
für die Portion, auf die Dauer von . . . . . Woche . .

Die Anmeldungen sind für eine Woche, die vom Montag bis Sonntag geht, unter Vorweis dieser Benachrichtigung bis zum Mittwoch der vorhergehenden Woche abends 6 Uhr im Büro des oben bezeichneten Krankenhauses zu bewerkstelligen. Die Speisen sind in der Zeit von 12 bis 1 Uhr in der Küche des Krankenhauses in Empfang zu nehmen. Entsprechend der Massenspeisung für Gesunde ist die Bewilligung mit einer Anrechnung auf die Nahrungsmittelkarten verknüpft. Für die Diabetiker-Diät (DD) sind Fleisch- und Zuckerkarte sowie eine Marke von der Kartoffelkarte, für Form II 3 Marken von der Fleischkarte und 2 Marken von der Kartoffelkarte, für Form III 2 Marken von der Fleischkarte und 1 Marke von der Kartoffelkarte abzugeben. Eine Aenderung dieser Bestimmung bleibt vorbehalten.

Die Fleisch und Kartoffelkarten sind in die Krankenanstalt mitzubringen, die Ausgabe der Speisungskarte erfolgt nur nach vorheriger Abtrennung der Nahrungsmittelkarten-Abschnitte für die Woche.

Die Bezahlung der Speisen erfolgt **täglich** im Krankenhaus.

(Siegel)

Auf Anordnung
(Unterschrift)

Anlage 2.

(Stadt-Wappen) **Krankenmittagstisch der Stadt Berlin.**

Woche: Vom . . . . . bis . . . . . **Form:** D D — II — III

Speisenempfangsort: Krankenhaus . . . . . .

Die Anmeldung oder Abmeldung für die folgende Woche hat in der Zeit vom Montag bis Mittwoch abends 6 Uhr der voraufgehenden Woche zu erfolgen.

(Stadt-Wappen)	(Stadt-Wappen)	(Stadt-Wappen)	(Stadt-Wappen)	(Stadt-Wappen)	(Stadt-Wappen)	(Stadt-Wappen)
Montag	**Dienstag**	**Mittwoch**	**Donnerstag**	**Freitag**	**Sonnabend**	**Sonntag**
D D	D D	D D	D D	D D	D D	D D
II	II	II	II	II	II	II
III	III	III	III	III	III	III

Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns Herzogl. schaumb. u. F. Schaumb.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 11. 5. Juni. 1917.

Rechtsprechung.

Ein ärztlicher Sachverständiger kann zur Vorbereitung und Ausarbeitung des Gutachtens Hilfskräfte heranziehen, muß aber die Verantwortung für das Gutachten auf Grund eigner Untersuchungen und Beobachtungen übernehmen. Urteil des Reichsgerichts (VI. Z.S.) vom 28. September 1916.

Die Revision rügt, daß der Vorderrichter seiner Entscheidung das Gutachten des Professors Dr. W. zugrunde lege, ohne auf die gegen dieses Gutachten erhobenen Bedenken einzugehen. Gegen dieses Gutachten wird geltend gemacht, daß es nicht von Professor W., sondern von dem Assistenzarzt Dr. St. herrühre, der es auch mitunterzeichnet habe. Aus der in dem Gutachten enthaltenen Bemerkung, der Kläger sei bei seinem zweimaligen Aufenthalte in der Klinik durch W. „und mich" des öfteren untersucht und beobachtet worden, ergebe sich die Abfassung durch St., es müsse aber verlangt werden, daß der vom Gericht bestellte Sachverständige die volle Verantwortung für seine Tätigkeit übernehme. Es gehe nicht an, daß an Stelle des geforderten Gutachtens ein anderes gesetzt werde, das nur scheinbar ein solches des ernannten Sachverständigen sei. Gegen die letztere Ausführung bestehen keine Bedenken, es kann aber nicht zugegeben werden, daß das vorliegende Gutachten nicht von Professor W. selbst erstattet sei. Aus der von der Revision angezogenen Stelle ergibt sich nur, daß Professor W. bei seiner Tätigkeit als Gutachter seinen Assistenten zugezogen hat, und daß von diesem die schriftliche Ausarbeitung herzustammen scheint, weiter aber auch, daß er selbst bei den Untersuchungen und der Beobachtung des Klägers mitgewirkt hat und daher in der Lage war, sich über dessen Zustand ein eigenes Urteil zu bilden. Daß ein Sachverständiger bei der Vorbereitung oder Ausarbeitung seines Gutachtens Hilfskräfte zuzieht, ist an sich nicht zu beanstanden und wird bei der Beobachtung eines Kranken in einer Klinik schon deshalb häufig nötig werden, weil dessen andauernde Beobachtung durch den ernannten Sachverständigen überhaupt unmöglich wäre. Gefordert muß freilich werden, daß sich der Sachverständige nicht ohne Nachprüfung auf die Hilfskraft verläßt und deren Ansicht ohne weiteres mit seinem Namen deckt. Für eine solche Annahme liegen hier keine Anhaltspunkte vor, insbesondere kann aus der Unterzeichnung des Gutachtens durch den Sachverständigen und seinen Assistenten nur geschlossen werden, daß zwar die Beteiligung des letzteren ersichtlich gemacht werden sollte, daß aber der Sachverständige selbst die vorliegende schriftliche Ausarbeitung auf Grund seiner im Text des Gutachtens bekundeten Beobachtungen und Untersuchungen billigt. Hiernach ist die erhobene Rüge unbegründet und es kann dahingestellt bleiben, ob ihr nicht auch § 295 Z.P.O. entgegenstehen würde. (Juristische Wochenschrift; 1916, S. 1587.)

Ein aus einer Heilanstalt ausgetretener Arzt verstößt nicht gegen die Konkurrenzklausel, wenn er als praktischer Arzt an demselben Orte die Praxis aufnimmt. Urteil des Reichsgerichts (VI. Z.S.) vom 16. März 1917.

In dem Urteile vom 11. Juni 1907 (III. 21/07, Reichsgericht in Zivilsachen Bd. 66, S. 143) hat der erkennende Senat ausgesprochen, daß für Aerzte und Rechtsanwälte ein vertragsmäßiges Wettbewerbsverbot kraft ihrer Berufsstellung an sich schlechthin gegen die guten Sitten sei, und zur Begründung ausgeführt, das eigentümliche und entscheidende Gepräge beider Berufe liege darin, daß sie fundamentale, allgemeine, öffentliche Zwecke, nämlich die der

Gesundheitspflege und der Rechtspflege, auf Grund staatsseitig geforderter und gewährleisteter wissenschaftlicher Vorbildung unter besonderer Verantwortung zu erfüllen haben; sie seien Träger geistiger Kräfte im Dienste des Gemeinwohls und deshalb seien Wettbewerbsabkommen zwischen Aerzten wie zwischen Rechtsanwälten in besonderem Maße anstößig; es zieme nach allgemeiner Anschauung den Vertretern dieser wissenschaftlichen, staatlich geordneten, den wichtigsten Gemeininteressen dienenden Berufe nicht, der Berufsausübung irgendeine Beschränkung (nach Ort, nach Zeit oder gegenständlich) aufzuerlegen oder auferlegen zu lassen; diese Berufe müßten frei sein kraft der ihnen innewohnenden sittlichen Würde im öffentlichen Interesse; es verletze das öffentliche Interesse unmittelbar, wenn für die Ausübung dieser Berufe private Monopole irgend welcher Art geschaffen und diese der Allgemeinheit gewidmeten Funktionen in privatem Interesse und zu privatem Nutzen irgend gehemmt und gebunden würden.

Auf Grund dieser Ausführungen, die mit der grundsätzlichen Auffassung des erkennenden Senats in späteren, die Stellung der Aerzte betreffenden Entscheidungen im Einklange stehen (z. B. R.G.Z. Bd. 68, S. 186; Jur. Wochenschrift 1915 S. 696 = Harneyer 8. Jahrg. S. 241 Nr. 162) und deren Richtigkeit der VII. Zivilsenat in seinem Urteil vom 15. Oktober 1912 (R.G.Z. Bd. 80 S. 223) nicht etwa bekämpft, sondern nur dahingestellt sein läßt, ist auch in dem vorliegenden Falle die Rechtsgültigkeit des Wettbewerbsabkommens auf Grund des § 138 B.G.B. zu verneinen. Die Gründe, aus denen das Landgericht und das Oberlandesgericht die Anwendbarkeit jener Ausführungen auf den gegebenen Fall verneint haben, sind nicht zu billigen.

Da die sittliche Würde und die öffentlichrechtliche Bedeutung des ärztlichen Berufs, das öffentliche Interesse an einer guten Gesundheitspflege die freie, ungebundene Ausübung dieses Berufs fordern, ist die Auferlegung einer Beschränkung der Berufsausübung mit den guten Sitten nicht nur dann unvereinbar, wenn sie durch einen Vertrag zwischen zwei gleichgestellten Aerzten erfolgt, sondern auch wenn sich ein Arzt einer nicht ärztlich vorgebildeten Inhaberin einer gewerblich betriebenen Privatkrankenanstalt zur Unterlassung des Wettbewerbs verpflichtet. Nicht die Stellung desjenigen, zu dessen Gunsten das Wettbewerbsverbot vereinbart ist, entscheidet, sondern die des Verpflichteten; ist dieser ein Arzt, so verstößt die Beschränkung gegen die guten Sitten, auch wenn damit ein gewerbliches Unternehmen gegen den Wettbewerb geschützt werden soll. Ob die Sittenwidrigkeit zu verneinen ist, wenn der Arzt sich lediglich verpflichtet, einen gewerblichen Anstaltsbetrieb zu unterlassen, bedarf hier keiner Entscheidung; denn dem Kläger ist, wie die Revision mit Recht hervorhebt, in dem Vertrage die Verpflichtung auferlegt, keinerlei Konkurrenzpraxis, weder selbständig noch als angestellter Arzt, zu betreiben, sich also jeder ärztlichen Berufsausübung in Darmstadt und dessen Vororten zu enthalten. Mit der Entscheidung vom 11. Juni 1907 ist weiter auch die Erwägung unvereinbar, daß ein Wettbewerbsabkommen im Interesse des Unternehmens einer gewerblichen Anstalt unentbehrlich und nicht sittenwidrig sei, daß es vielmehr sittenwidrig erscheinen würde, wenn ein an einer solchen Anstalt angestellter Arzt, nachdem er jahrelang die Vorteile einer gesicherten Stellung genossen und sich die Kenntnis des Patientenkreises verschafft habe, unter Ausnützung der geschaffenen Beziehungen und der durch seine Anstaltstätigkeit erlangten Kenntnisse seinen bisherigen Dienstherrn durch ungehinderte Ausübung der ärztlichen Tätigkeit an demselben Orte schädigen könnte. Wäre diese Erwägung ausschlaggebend, so hätte sie auch in dem damals entschiedenen Falle zur Verneinung der Sittenwidrigkeit führen müssen; denn es handelte sich auch dort um einen Vertrag, durch den ein Arzt von einem anderen als Assistent gegen ein festes Gehalt auf Jahre angestellt war. Gegenüber dem oben erwähnten Grundsatze, daß das öffentliche Interesse an einer guten Gesundheitspflege die Beschränkung der ärztlichen Berufsausübung verbiete, fällt sie nicht ins Gewicht. Endlich schlägt auch die Ausführung der Vorinstanzen nicht durch, der hier vertretene Standpunkt müsse dahin führen, daß dem Arzte auch während seiner Anstellung an der Krankenanstalt keine Schranke hinsichtlich seiner Berufsausübung auferlegt werden dürfe. Daß einem angestellten Arzte während der Dauer seiner Anstellung die Ausübung jeder Berufstätigkeit außerhalb des Anstellungsverhältnisses verboten wird, hat regelmäßig seinen

Grund darin, daß er seine ganze Arbeitskraft dem Interesse seines Dienstherrn zu widmen hat, und verstößt insoweit nicht gegen die sittliche Würde und die öffentlichrechtliche Bedeutung des ärztlichen Berufs. Ob etwas anderes anzunehmen ist, wenn ausnahmsweise durch ein solches Verbot einem nicht voll beschäftigten Arzte nur der Wettbewerb untersagt werden soll, bedarf zurzeit keiner Entscheidung. — Demnach ist dem Feststellungsantrage des Klägers zu entsprechen.

(Sächsische Korrespondenz; Nachdruck nur mit deren Genehmigung zulässig.)

Freie Krankenkassenvereinigungen können Verträge mit Aerzten nur mit Genehmigung der obersten Verwaltungsbehörde schließen. Grundsätzliche Entscheidung des Reichsgerichts (III. Z.-Sen.) vom 16. März 1917.

Die Abweisung der Klage rechtfertigt sich durch die Feststellung, daß die beklagten Kassen sich ohne die nach § 414 Satz 2 Reichsversicherungsordnung erforderliche Genehmigung zum gemeinsamen Abschlusse von Verträgen mit Aerzten (§ 407 Nr. 2 a. O.) vereinigt und zur Erfüllung dieser Aufgabe auch den hier streitigen Vertrag gemeinsam abgeschlossen haben. Daraus folgt nicht bloß die Unzulässigkeit des Zusammenschlusses, sondern auch die Verbotswidrigkeit und Nichtigkeit des mit dem Arzt abgeschlossenen Vertrages B. G. B. § 134. Die Revision will daraus, daß § 414 nur von Kassenvereinigungen spricht, die den allgemeinen Zwecken der Krankenhilfe dienen, folgern, daß auch das Erfordernis der Genehmigung zur Uebernahme einzelner der im § 407 bezeichneten Aufgaben nur für Kassenvereinigungen jener Art gelte, und verweist darauf, daß die Reichsversicherungsordnung freie Kassenvereinigungen allgemein zulasse. Allein der letztere Umstand berechtigt nicht zu dem Schlusse, daß freie Kassenvereinigungen auch die den Kassenverbänden nach §§ 406 ff. zugewiesenen besonderen Aufgaben unbeschränkt übernehmen dürfen. Die Auffassung der Revision würde dazu führen, daß neben den Kassenverbänden, denen im § 407 besondere Aufgaben, darunter die gemeinsame Vorbereitung und Abschließung von Verträgen mit Aerzten, zugewiesen sind, und neben den Kassenvereinigungen, die nach § 414 zur Uebernahme solcher Aufgaben der Genehmigung der obersten Verwaltungsbehörde bedürfen, noch andere Vereinigungen bestünden, die in diesem Punkte jeder gesetzlichen Regelung entbehren, also alle Aufgaben, die den Kassenverbänden zugewiesen sind, ohne jede Einschränkung übernehmen könnten. Das würde aber den ganzen Aufbau des Kassenverbandsrechtes in Frage stellen und kann deshalb auch nicht als Sinn des Gesetzes erachtet werden. Daraus, daß § 414 nur von solchen Kassenvereinigungen spricht, die allgemeinen Zwecken der Krankenhilfe dienen, ließe sich eher folgern, daß Kassenvereinigungen anderer Art die in § 407 aufgeführten Aufgaben überhaupt nicht, auch nicht mit Genehmigung der obersten Verwaltungsbehörde, übernehmen dürfen. In jedem Falle aber ist der Schluß begründet, daß, wenn schon Vereinigungen, die den allgemeinen Zwecken der Krankenhilfe dienen, zur Uebernahme der fraglichen Aufgaben einer Genehmigung bedürfen, dies erst recht gelten muß, wenn sich Vereinigungen gerade nur für einen solchen Zweck bilden.

(Sächsische Korrespondenz; Nachdruck nur mit deren Genehmigung gestattet.)

Nicht nur zum menschlichen Genuß ungeeignete, sondern auch im Verhältnis zu der im Verkehr üblichen und allgemein vorausgesetzten Beschaffenheit minder geeignete, insbesondere in ihrem Nährwert herabgesetzte Nahrungsmittel sind in dem Sinne des Gesetzes als „verdorben“ anzusehen. Entscheidung des Reichsgerichts (I. Str.-Sen.) vom 31. Mai 1916.

Die Strafkammer stellt fest, daß der Angeklagte das Fleisch eines Kalbes, das erst nach dem Verenden „abgestochen“ worden war, unter Verschweigung dieses Umstandes als vollwertig verkauft hat; sie nimmt an, daß solches Fleisch zum Genuß für Menschen tauglich, aber nach allgemeiner Anschauung in seiner normalen Verwendbarkeit erheblich verringert, in seinem Nahrungs- und Genußwert erheblich herabgesetzt sei, daß sein Verkaufswert um ein Viertel geringer sei, als der des vollwertigen Fleisches, daß es deshalb verdorben im Sinne des § 10 Nr. 2 des Nahrungsmittelgesetzes sei, und hat

deshalb den Angeklagten auf Grund dieses Gesetzes bestraft. Darin tritt ein dem Angeklagten nachteiliger Rechtsirrtum nicht zu Tage. Allerdings ist in dem Urteil des erkennenden Senats vom 12. Januar 1882 ausgesprochen, daß als verdorben im Sinne des Nahrungsmittelgesetzes nur ein solches Nahrungs- oder Genußmittel anzusehen sei, das infolge von Veränderungen des regelmäßigen („normalen") Zustandes nach allgemeiner Ansicht zum Genuß von Menschen ungeeignet sei, und daß der Umstand, daß ein Tier ohne Schlachtung verstorben sei, noch nicht zu der Annahme berechtigt, das von einem solchen Tiere herrührende Fleisch sei im Sinne des Gesetzes verdorben. In anderen Urteilen des Reichsgerichts wird indes eine strengere Auslegung des Gesetzes vertreten. Danach ist, um ein Nahrungsmittel als verdorben im Sinne des Nahrungsmittelgesetzes erscheinen zu lassen, nicht erforderlich, daß es völlig zum Genuß untauglich oder unbrauchbar wäre, es genügt vielmehr, daß es nachteilige Veränderungen erlitten hat, durch die seine Tauglichkeit im Verhältnis zum regelmäßigen und im Verkehr allgemein vorausgesetzten Zustand und unter Berücksichtigung der Anforderungen, die das Publikum an ein Nahrungsmittel dieser (regelmäßigen) Art stellt, gemindert wird. Insbesondere ist in dem Urteil vom 5. Oktober 1881 angenommen, daß schon ein der Regel gegenüber verminderter Nährwert Fleisch als verdorben kennzeichnen kann, und im Urteil vom 5. Februar 1906 ist anerkannt, daß sog. minderwertiges — zum Genuß für Menschen taugliches, aber in seinem Nahrungs- und Genußwert herabgesetztes — Fleisch im Sinne des Nahrungsmittelgesetzes betrachtet werden kann. Dieser strengeren Auslegung hat sich der erkennende Senat bereits im Urteil vom 31. Januar 1893 angeschlossen, und daran ist festzuhalten. Zweck des Nahrungsmittelgesetzes ist u. a., der aus eigennützigen Beweggründen entspringenden Unlauterkeit im Verkehr entgegenzutreten; das Publikum soll davor geschützt werden, verdorbene oder verfälschte Nahrungsmittel als „normale" zu kaufen und zu bezahlen; deshalb soll der Verkäufer genötigt werden, den Kaufliebhabern die Möglichkeit zu gewähren, von der, wenn auch nicht völlig unbrauchbaren oder gesundheitsgefährlichen, so doch minderwertigen Beschaffenheit der Ware Kenntnis zu nehmen, und er soll bestraft werden, wenn er dem Käufer die wirkliche Beschaffenheit der Ware verschwiegen oder verborgen und ihn dadurch verleitet hat, etwas zu kaufen, was er, wenn er seine Beschaffenheit gekannt hätte, nicht als ein ihm zusagendes Nahrungsmittel angesehen hätte. Dieser Zweck des Gesetzes würde nur sehr unvollkommen erreicht werden, wenn nur zum menschlichen Genuß ungeeignete und nicht auch im Verhältnis zu der im Verkehr üblichen und allgemein vorausgesetzten Beschaffenheit minder geeignete, insbesondere in ihrem Nährwert herabgesetzte Nahrungsmittel als im Sinne des Gesetzes verdorben anzusehen wären. Demgemäß bezeichnet die Begründung zum Nahrungsmittelgesetz S. 8 u. 19 als Aufgabe des Gesetzes u. a., zu verhindern, daß dem Publikum Gegenstände dargeboten werden, die durch Verfälschung oder inneren Verderb in ihrem Nährwert verringert und deshalb ihren Zweck zu erfüllen mehr oder weniger untauglich sind, und S. 21 wird unter „Verderben" der „natürliche Prozeß" (im Gegensatz zum Verfälschen) verstanden, durch den eine Ware verschlechtert wird. Die Strafkammer hat deshalb rechtlich nicht geirrt, wenn sie das Fleisch des verendeten Kalbes als verdorben im Sinne des Nahrungsmittelgesetzes erachtete.

Berechtigung der Polizei zum Einschreiten gegen die Benutzung feuchter Wohnungen. Entscheidung des preußischen Oberverwaltungsgerichts (IX. Sen.) vom 30. Juni 1916.

Nach feststehender Rechtsprechung ist die Polizei gemäß ihrer gesetzlichen Aufgaben nach § 10 Tit. II B. 17 A. L. R. befugt, gegen die mit einer ernsten Gesundheitsgefahr verbundenen Benutzung einer Wohnung im Interesse des Publikums einzuschreiten. Zu dem Publikum ist sowohl der jeweilige Besitzer einer Wohnung, als der unbegrenzte Personenkreis zu rechnen, dem leerstehende Wohnungen zur Benutzung angeboten werden. Dem Mieter kann die sofortige Räumung der Wohnung aufgegeben und ebenso dem Hauseigentümer die Weitervermietung der Wohnung verboten werden, so lange ihre Gefahrlosigkeit nicht durch ein amtsärztliches Zeugnis bescheinigt ist. Voraussetzung ist jedoch, daß die Mängel der Wohnung derartig sind, daß dadurch

die Gesundheit des Wohnungsinhabers ernstlich gefährdet wird und diese Gefährdung nicht durch die ihm nach der Verkehrssitte obliegende Sorgfalt (mittels Lüften, Heizen usw.) abgewendet werden kann.

(Das Recht; 1917, Nr. 5/6, S. 141.)

Medizinal-Gesetzgebung.

Königreich Preußen.

Befugnis jedes approbierten Arztes zur Vornahme von Impfungen. Erlaß des Ministers des Innern vom 1. Mai 1917 — M. 12333/16 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten, abschriftlich an die Herren Oberpräsidenten.

Einer beachtenswerten Anregung des Ausschusses der Preußischen Aerztekammern entsprechend, ersuche ich ergebenst, in den Bekanntmachungen der Termine für die öffentlichen Impfungen und Wiederimpfungen in geeigneter Weise darauf hinweisen zu lassen, daß neben den amtlich angestellten Impfärzten auch jeder approbierte Privatarzt zur Vornahme von Impfungen berechtigt ist.

Abdrucke für die Landräte und Magistrate der selbständigen Städte sind beigefügt.

Bestimmungen in der Provinz Hannover über Zwangsimpfungen beim Auftreten der Pocken. Erlaß des Ministers des Innern vom 21. April 1917 — M 11347 — an den Herrn Regierungspräsidenten in Osnabrück.

Die hannoversche Verordnung, die polizeilichen Maßregeln beim Ausbruch der natürlichen Menschenblattern betreffend, vom 6. Juni 1833 ist nicht aufgehoben, ihre weitere Gültigkeit durch § 37 Abs. 3 des Gesetzes, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, vom 28. August 1905 vielmehr ausdrücklich betont worden.

Dagegen begründet Nr. 1 Abs. 2 dieser Verordnung nicht, wie Euere Hochwohlgeboren anzunehmen scheinen, die Anordnung allgemeiner Zwangsimpfungen, sondern, ebenso wie der § 55 des preußischen Regulativs von 1835, nur die zwangsweise Durchführung von Erstimpfungen bei bisher noch nicht geimpften Personen in der Umgebung von Pockenkranken, allerdings in einem weiteren Umfange, als der § 55 des Regulativs. Bezüglich der Wiederimpfung bereits geimpfter Personen in der Umgebung von Pockenkranken besagt dagegen Abs. 4 der Nr. 1 der hannoverschen Verordnung, entsprechend dem § 56 des preußischen Regulativs, daß die angestellten Impfärzte sowohl als auch die sonstigen Aerzte und Wundärzte sie möglichst befördern, d. h. also empfehlen sollen.

Euere Hochwohlgeboren ersuche ich ergebenst, hiernach zu verfahren soweit nicht durch meinen Erlaß vom 25. Januar 1917 — M 10143 — anderweite Anordnung getroffen worden ist.

Lieferung von Verbandstoffen an die Krankenanstalten. Erlaß des Ministers des Innern vom 30. April 1917 — M. 5626 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten, abschriftlich an die Herren Oberpräsidenten.

Im Anschluß an die Erlasse vom 1. Dezember 1916 — M. 7482 — und vom 7. Dezember 1916 — M. 7568 —.

Nach einer Mitteilung der Reichsbekleidungsstelle wird die Lieferung von Verbandstoffen an die Krankenanstalten und den allgemeinen Schwierigkeiten der Kriegswirtschaftsführung sich nicht immer mit der wünschenswerten Schnelligkeit und Pünktlichkeit ermöglichen lassen. Ich ersuche daher ergebenst, den in Betracht kommenden Krankenanstalten hiervon mit dem Ersuchen Kenntnis zu geben, ihren Betrieb dementsprechend einzurichten. Auch werden die Krankenanstalten sich der Verwendung von Ersatzstoffen, wie Papierbinden und Zellstoffwatte, in immer weiterem Maße zuwenden müssen. Bei der Bestellung von Krepp-Papierbinden ist den Krankenanstalten

anzuraten, die Länge in gekrepptem Zustande zu vereinbaren. Bei scheinbar billigeren Angeboten ist es vorgekommen, daß der Hersteller das Papier in ungekrepptem Zustande der Berechnung zugrunde legte und daß die Auftraggeber dadurch kürzere Binden erhielten, als von ihnen beabsichtigt war.

Zur Vereinfachung des Geschäftsbetriebes würde es beitragen, wenn die Krankenanstalten davon absehen wollten, Versuche zu machen, baumwollene gewebte Verbandstoffe im freien Handel selbst zu beschaffen. Die Händler, die übrigens nicht ohne Bezugsschein liefern dürfen, sind nicht im Besitz von Beständen für die Anstaltsversorgung und behelligen durch Freigabeanträge, denen nicht stattgegeben werden kann, unnötigerweise die beteiligten Amtsstellen. Sind Krankenanstalten in dringender Verlegenheit, so ist die Reichsbekleidungsstelle bereit, Teillieferungen auf den für das erste Halbjahr 1917 anerkannten Bedarf ausnahmsweise vorzunehmen. Derartige Anträge müssen sich naturgemäß auf das unbedingt Notwendige beschränken. Die Reichsbekleidungsstelle kann auch keine Gewähr dafür übernehmnn, daß sich die Anträge durchweg werden erfüllen lassen.

Soweit die Vereinslazarette Wolle und dergl. brauchen, um die den Heeresangehörigen bei der Entlassung aus den Lazaretten mitzugebenden Strümpfe und sonstige Wollsachen usw. wieder instand zu setzen, erfolgt die Lieferung allgemein aus Beständen der Heeresverwaltung. Ich verweise ergebenst auf den Erlaß des Herrn Kriegsministers vom 24. Januar 1917 — Nr. 5186/12. 16 M A —, abgedruckt in Nr. 8 Seite 5 der Mitteilungen der Reichsbekleidungsstelle für 1917. Einige Abdrucke füge ich bei.

Bei einigen Krankenanstalten hat sich herausgestellt, daß sie Bindenmull in ganzen Rollen bestellt haben, aber in Ermangelung eigener Bindenschneidemaschinen die Lieferung nachher vom Hersteller in geschnittenen Binden verlangt haben. Da die Verarbeitung des Bindenmulls in Rollen ohne Bindenschneidemaschine zu Stoffverschwendungen führt, so ist diesen Krankenanstalten dringend zu empfehlen, den Bedarf an Bindenmull durch Bestellung fertiger Binden zu decken. Eine Lieferung von halben Stücken Bindenmull und dergl. findet nicht statt.

Die Krankenanstalten und die den Bedarf zunächst prüfenden Kreisärzte mögen auch beachten, daß aus einer Rolle Bindenmull rund 1100 Binden von 5 cm Breite und 5 m Länge geschnitten werden können.

Von der Verwendung von Borlint wird zweckmäßig abzusehen sein. Es ist jetzt meist minderwertig und wird durch Barchent zu ersetzen sein.

Ich ersuche ergebenst, die Krankenanstalten entsprechend zu benachrichtigen. Für die Landräte und Magistrate der kreisfreien Städte sind Abdrucke beigefügt.

Abstandnahme von der Mitteilung des Ergebnisses der Apothekenbesichtigungen an die pharmazeutischen Bevollmächtigten. Erlaß des Ministers des Innern vom 23. April 1917 an die Herren Regierungspräsidenten.

Nach § 20 der Anweisung für die amtliche Besichtigung der Apotheken vom 18. Februar 1902 ist von dem Bescheide, der auf Grund der Besichtigungsverhandlung an den Apothekenvorstand erlassen wird, dem oder den pharmazeutischen Bevollmächtigten eine Abschrift mitzuteilen. Zur Verminderung des Schreibwerks will ich nachlassen, daß von der Erfüllung dieser Bestimmung bis auf weiteres abgesehen werden kann.

Ausführungsbestimmungen zu der Verordnung über den Handel mit Arzneimitteln vom 22. März 1917 (RGBl. S. 270).[1]) Erlaß der Minister für Handel u. Gewerbe, für Landwirtschaft usw. und des Innern vom 23. April 1917 — M. d. I. M 5700, M. f. H. II b 2992, M. f. L. I A III e

[1]) Siehe Beilage Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung zu Nr. 7 dieser Zeitschrift, S. 41.

4605 — an die Herren Regierungspräsidenten, abschriftlich an die Herren Oberpräsidenten.

Auf Grund der §§ 6, 7, 8 Abs. 2 und § 10 Abs. 1 Ziffer 1 der Verordnung über den Handel mit Arzneimitteln vom 22. März 1917 (RGBl. S. 270) wird folgendes bestimmt:

Zu §§ 1, 3, 4, 6. 1. Die vorstehend genannte Verordnung bezweckt, Mißständen, die auf dem Gebiete des Arzneimittelhandels hervorgetreten sind, entgegenzuwirken. Es sollen unzuverlässige Personen vom Arzneimittelhandel dadurch ferngehalten werden, daß die Ausübung dieses Handels, abgesehen von gewissen Ausnahmen, an eine besondere Erlaubnis geknüpft wird. Ferner soll der Kettenhandel mit Arzneimitteln ausgeschaltet und das Anpreisen in ungehöriger Form, sei es unter Angabe von Preisen, sei es unter Aufforderung zur Abgabe von Preisangeboten oder dergl. unmöglich gemacht werden. Die Verordnung erstreckt sich nur auf den Großhandel. Einer Erlaubnis bedürfen nicht der Kleinhandel in den Apotheken und sonstigen Handelsbetrieben sowie die Abgabe von Arzneimitteln seitens der Tierärzte in Ausübung ihrer tierärztlichen Tätigkeit. Unter Kleinhandel wird die unmittelbare Abgabe an die Verbraucher verstanden. Als Verbraucher gelten auch Krankenanstalten, ärztliche Hausapotheken und ähnliche Einrichtungen. Ausgenommen von der Verpflichtung zur Einholung der Erlaubnis sind ferner alle Personen, die bereits vor dem 1. August 1914 Großhandel betrieben haben. Dies gilt auch für Apotheken (§ 1 Abs. 2 Ziffer 1). Hat ein Apothekeninhaber seinen Betrieb nach dem 1. August 1914 begonnen, so bedarf er für den eigentlichen Apothekenbetrieb (unmittelbare Abgabe an die Verbraucher) keiner Erlaubnis (§ 1 Abs. 2 Ziffer 2); er braucht sie aber, wenn er Großhandel betreiben will. Ebenso verhält es sich mit den sonstigen Kleinhändlern von Arzneimitteln (§ 1 Abs. 2 Ziffer 3). Der eigentliche Apothekenbetrieb wird durch die Verordnung nicht betroffen; für eine etwaige Entziehung der Apothekenkonzession bietet sie keine Handhabe.

2. Zur Entscheidung über die Erteilung, Versagung und Zurücknahme der Erlaubnis zum Handel mit Arzneimitteln sowie zur Untersagung des Handels in den Fällen des § 1 Abs. 2 Nr. 1 und 3 ist in Stadtkreisen die Ortspolizeibehörde, in Landkreisen der Landrat, im Landespolizeibezirk Berlin der Polizeipräsident in Berlin zuständig.

3. Der Antrag auf Erteilung der Erlaubnis ist schriftlich einzureichen. Es ist darin anzugeben, ob und seit wann der Antragsteller eine im Handelsregister eingetragene Firma besitzt, mit welchen Waren er bisher gehandelt hat, ob er Arzneimittel nur an Zwischenhändler oder auch an Verbraucher oder ausschließlich an Verbraucher abgibt, ob er wegen Zuwiderhandlung gegen die Höchstpreisverordnungen, gegen die Verordnungen über Vorratserhebung vom 2. Februar und 3. September 1915 (R.G.Bl. S. 54, 549) und die Verordnung gegen übermäßige Preissteigerung vom 23. Juli 1915 (R.G.Bl. S. 467, 514) bestraft ist, und ob ein Verfahren wegen Untersagung des Handelsbetriebes auf Grund der Verordnung zur Fernhaltung unzuverlässiger Personen vom Handel vom 23. September 1915 (R.G.Bl. S. 603) gegen ihn geschwebt hat. Ist dem Antragsteller auf Grund der letztgenannten Verordnung der Handelsbetrieb untersagt gewesen, so kann der Antrag auf Erteilung der Erlaubnis nur gestellt werden, nachdem die Wiederaufnahme des Handelsbetriebes gemäß § 2 Abs. 3 der Verordnung vom 23. September 1915 gestattet worden ist. In dem Antrage ist ferner anzugeben, für welche Zeit und für welches Gebiet die Erlaubnis erteilt werden soll.

4. Die zur Entscheidung nach Ziffer 1 zuständige Stelle kann jederzeit die Vorlegung der Handelsbücher sowie eine Auskunft über die Persönlichkeit der Angestellten des Antragstellers verlangen.

5. Die Erlaubnis kann versagt werden, wenn Bedenken wirtschaftlicher Art oder persönliche oder sonstige Gründe der Erteilung entgegenstehen (§ 3 Abs. 2).

Sie kann, wenn sie erteilt ist, wieder zurückgenommen werden, wenn sich nachträglich Umstände ergeben, die die Versagung der Erlaubnis rechtfertigen würden (§ 4 Abs. 1).

Ergeben sich bei einem Betriebe, der nicht genehmigungspflichtig ist, Bedenken wirtschaftlicher, persönlicher oder sonstiger Art, so kann auch der

Handel selbst untersagt werden. Die Untersagung hat sich aber auf die Fälle des § 1 Abs. 2 Ziffer 1 und 3 zu beschränken, d. h. einmal auf Personen, die bereits vor dem 1. August 1914 den Großhandel mit Arzneimitteln betrieben haben (Ziffer 1), und sodann auf Kleinhandelsbetriebe (Ziffer 3). Dagegen ist bei Apotheken (Ziffer 2) und bei Tierärzten (Ziffer 4) eine solche Untersagung unstatthaft, soweit beide nicht etwa Großhandel betreiben (Ziffer 1).

Vor der Zurücknahme einer Erlaubnis (§ 4 Abs. 1) oder vor der Untersagung des Handels (§ 4 Abs. 2 ist dem Beteiligten Gelegenheit zur Geltendmachung etwaiger Einwendungen zu geben.

6. Der § 3 Abs. 2 der Verordnung läßt für die Entscheidung der Frage, welche Gründe für die Versagung und die Zurücknahme der Erlaubnis sowie für die Untersagung des Handels (§ 4 Abs. 2) in Frage kommen, den durch die Sachlage gebotenen Spielraum. Neben den Versagungsgründen, die in der Person des Unternehmers und der Beschaffenheit der Unternehmung liegen, z. B. Unzuverlässigkeit, Mangel an Sachkenntnis, Mangel an den für einen ordnungsmäßigen Handelsbetrieb erforderlichen Einrichtungen oder dem nötigen Betriebskapital, kann die Versagung der Zulassung oder die fernere Nichtzulassung eines Betriebes auch mit Bedenken wirtschaftlicher Art begründet werden. Solche können namentlich daraus hergeleitet werden, daß für den in Rede stehenden Handelsbetrieb kein Bedürfnis vorliegt.

Die Erlaubnis kann zeitlich, örtlich und sachlich begrenzt werden. Sie kann von der Erfüllung bestimmter Bedingungen abhängig gemacht werden. Dies wird sich besonders dann empfehlen, wenn eine dauernde Ueberwachung des zu gestattenden Handelsbetriebes erwünscht ist, etwa um einer ungesunden Preisentwicklung oder einer Irreführung des Publikums entgegenzuwirken. Bedingungen dieser Art können z. B. sein: die Verpflichtung, Bücher zu führen die über Herkunft und Verbleib der Ware, Einkaufs- und Verkaufspreise Auskunft geben, die Entlassung von Angestellten, die sich als unzuverlässig im Handel erwiesen haben, oder das Verbot des Gebrauches einer Firmenbezeichnung, die geeignet ist, über Art und Umfang des Geschäftsbetriebes im Publikum Irrtum zu erregen. Werden die Bedingungen nicht erfüllt, so ist die erteilte Erlaubnis gemäß § 4 der Verordnung zurückzunehmen.

7. Dem Handeltreibenden ist über die Erteilung der Erlaubnis eine Bescheinigung auszuhändigen.

8. Die Entscheidung ist gebührenpflichtig. Die Gebühr beträgt für Handelsbetriebe, die gemäß §§ 6, 8 des Gewerbesteuergesetzes vom 24. Juni 1891 (GS. S. 205) zur Gewerbesteuerklasse I veranlagt sind, 50 M., für die Gewerbesteuerklasse II 30 M., der Gewerbesteuerklasse III 10 M. Für Betriebe der Gewerbesteuerklasse IV und die gemäß §§ 5, 7 des Gesetzes von der Gewerbesteuer befreiten Betriebe ergeht die Entscheidung gebührenfrei.

Zu § 5. Ueber die Beschwerde entscheidet endgültig der Regierungspräsident, in dessen Bezirk die zur Erteilung der Erlaubnis zuständige Stelle ihren Sitz hat, soweit der Landespolizeibezirk Berlin in Betracht kommt, der Oberpräsident in Potsdam.

Zu § 7. Fehlt es an einer inländischen Hauptniederlassung, so bestimmt, wenn die Erlaubnis für ein die Grenzen eines Regierungsbezirkes nicht überschreitendes Gebiet nachgesucht wird, der Regierungspräsident die zuständige Stelle; im übrigen ist der Polizeipräsident in Berlin zuständig.

Zu § 8. Ueber Streitigkeiten, die sich aus der Uebernahme und Verwertung zwischen den Beteiligten ergeben, entscheidet endgültig der Regierungspräsident, in dessen Bezirk sich die zu übernehmenden und zu verwertenden Arzneimittelvorräte befinden, im Landespolizeibezirk Berlin der Oberpräsident zu Potsdam.

Zu § 10. Zur Erteilung der im § 10 Abs. 1 Ziffer 1 vorgesehenen Genehmigung ist die Polizeibehörde des Ortes der gewerblichen Niederlassung oder, in Ermangelung einer solchen, des Wohnortes des Anzeigenden zuständig. In Orten, in denen eine Preisprüfungsstelle errichtet ist, ist diese zuständig.

Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 12. 20. Juni. 1917.

Rechtsprechung.

Beamtete Tierärzte — also auch beamtete Aerzte —, die als öffentliche Beamten eine tierärztliche — ärztliche — Untersuchung vorgenommen haben, dürfen als Zeugen über das Ergebnis der Untersuchung nur mit Genehmigung ihrer vorgesetzten Dienstbehörde aussagen. Urteil des Oberlandesgerichts (VI. Z.-S.) in Hamburg vom 10. Februar 1917. Das Recht; 1917, Nr. 9/10.

Ein der freien Willensbestimmung Beraubter kann weder straffrei noch überhaupt eine Handlung im Sinne des Strafrechtes begehen; er kann deshalb auch nicht Mittäter sein. Urteil des Reichsgerichts (III. Str.-Sen.) vom 12. März 1917. Ebenda.

Ein Heilmittel kann nicht schon deshalb als Nahrungs- und Genußmittel angesehen werden, weil zu seiner Herstellung ein Stoff verwendet wird, der für sich allein ein Nahrungsmittel ist. Urteil des Reichsgerichts (I. Str.-S.) vom 19. April 1916.

. . . . Ein Heilmittel (Fenchelhonig) wird nicht dadurch zum Nahrungsmittel, daß zu seiner Herstellung ein Stoff (Honig- und Zuckersyrup) verwendet wird, der für sich allein ein Nahrungsmittel ist; auch dann nicht, wenn dieser Stoff einen wesentlichen Bestandteil oder sogar den Grundstoff des Heilmittels bildet. Häufig wird sogar einem solchen Stoff, wenn er behufs Herstellung eines Heilmittels mit anderen Stoffen verbunden wird, die Eigenschaft als Nahrungsmittel genommen, wie z. B. dem Fett, das zu einer Salbe verarbeitet wird. Vielmehr kommt es nur darauf an, ob das Erzeugnis, das aus der Verbindung eines solchen Stoffes mit anderen Stoffen ein Nahrungs- oder Genußmittel ist. Das hat die Strafkammer verkannt, da sie nicht geprüft hat, ob der durch Verbindung von Fenchel und Honig entstehende Fenchelhonig ein Nahrungs- oder Genußmittel ist. Das ist er aber schon deshalb nicht, weil er ein Heilmittel ist. Heilmittel sind an und für sich keine Nahrungs- oder Genußmittel, weil sie nicht dazu bestimmt sind, zur Ernährung oder zum Genusse des Menschen zu dienen. Dies gilt auch für solche Heilmittel, welche innerlich genommen und so dem Körper zugeführt werden. Wohl aber können sie es sein, wenn sie auch diesem Zwecke neben dem Heilzwecke dienen, wie dies häufig namentlich bei sogen. Hausmitteln der Fall ist . . . . .; denn darüber, ob ein Heilmittel zugleich Genußmittel ist, entscheidet der Geschmack der Abnehmer und die Bestimmung, die sie ihm geben.

Nach dieser Richtung muß deshalb der Tatbestand weiter aufgeklärt werden. Wird festgestellt, daß Fenchelhonig nicht bloß Heilmittel, sondern auch Genußmittel ist, so ist die Möglichkeit der Annahme einer strafbaren Verfälschung oder Nachmachung nicht deshalb ausgeschlossen, weil Vorschriften über seine Herstellung nicht bestehen. Herrscht, wie bereits festgestellt ist, nach der Bezeichnung des Mittels in den beteiligten Verkehrskreisen die Auffassung, daß Fenchelhonig aus Fenchel und Bienenhonig bestehen soll und hat die Angeklagte mit einer derartigen Verkehrsauffassung gerechnet, trotzdem aber statt Honig zum weitaus größten Teil minderwertigen Zuckersyrup verwendet und unter Verschweigung dieses Umstandes sein Erzeugnis als Fenchelhonig in den Verkehr gebracht, so würde er gegen § 10 Nr. 2 N.M.G. verstoßen haben. . . .

Eine Polizeiverordnung, die eine gesundheitschädliche oder ekelerregende Aufbewahrung von Nahrungsmitteln sowie die Aufbewahrung verdorbener Nahrungs- und Genußmittel in den für die Aufbewahrung solcher Mittel bestimmten Räumen verbietet, ist rechtsgültig. Urteil des preußischen Kammergerichts (Str.-S.), vom 20. Febr. 1917.
Das Recht; 1917, Nr. 9/10.

Eine Approbation kann nicht wegen Unrichtigkeit der Nachweise (polizeiliches Führungszeugnis) zurückgenommen werden, wenn sich jemand vor ihrer Ausstellung strafbare Handlungen (z. B. Unterschlagungen von Geld) hat zuschulden kommen lassen, eine Strafanzeige aber unterblieben ist und demzufolge die Polizei, in dem von ihr ausgestellten Führungszeugnis, das dem Antrag auf Zulassung zur Prüfung beigefügt ist, bescheinigt hat, daß ihr Nachteiliges über den Betreffenden nicht bekannt gewesen ist, da die Kenntnis der Unterschlagungen nicht über die engsten Kreise hinausgedrungen war und die Behörde unter diesen Umständen nicht vermuten konnte, daß etwas von Bedeutung gegen den Betreffenden vorlag. Urteil des preußischen O.V.G. (III. Sen.) vom 3. Januar 1916.

Unter „abschreckend" kranken Siechen im Sinne des Bayerischen Armengesetzes vom 21. August 1917 (Art. 59, Abs. 1, Ziffer 1) sind solche Siechen zu verstehen, deren äußere Erscheinung oder deren Zustand einem der fünf menschlichen Sinne in abschreckender oder Abscheu erregender Weise unangenehm berührt. Entscheidung des Bayer. Oberverwaltungsgerichtshofes (III. S.) vom 15. Januar 1917.
Das Recht; 1917, Nr. 9/10.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Deutsches Reich.

Erhöhung des Wochengeldes. Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 6. Juni 1917.

Der Bundesrat hat auf Grund des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. August 1914 (Reichs-Gesetzbl. S. 327) folgende Verordnung erlassen:

§ 1. Der Betrag des Wochengeldes, welches nach den Bekanntmachungen vom 3. Dezember 1914, 28. Januar und 23. April 1915 (Reichs-Gesetzbl. 1914 S. 492, 1915 S. 49, 257) für Rechnung des Reichs weiterhin zu zahlen ist, wird von einer Mark auf ein und eine halbe Mark täglich erhöht.

§ 2. Die Verordnung tritt mit dem Tage der Verkündung in Kraft.

Verbot des Halsschnitts (Schächtschnittes) beim Schlachten von Tieren. Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 2. Juni 1917.

Der Bundesrat hat auf Grund des § 3 des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. August 1914 (Reichs-Gesetzbl. S. 327) folgende Verordnung erlassen:

§ 1. Beim Schlachten von Rindern, einschließlich der Kälber, von Schafen und Ziegen darf der Halsschnitt (Schächtschnitt) nur beim rituellen Schächten durch die hierzu bestellten Schächter angewendet werden. Im übrigen ist der Halsschnitt verboten.

Auf Notschlachtungen, bei denen die Zuziehung eines Schächters nicht möglich ist, findet das Verbot des Abs. 1 keine Anwendung.

§ 2. Zuwiderhandlungen gegen diese Verordnung werden mit Gefängnis bis zu sechs Monaten und mit Geldstrafe bis zu eintausendfünfhundert Mark oder mit einer dieser Strafen bestraft.

§ 3. Diese Verordnung tritt mit dem Tage der Verkündung in Kraft. Der Reichskanzler bestimmt den Zeitpunkt des Außerkrafttretens.

B. Königreich Preußen.

Gesundheitspolizeiliche Behandlung des Fleisches und der Milch von Tieren, die der Serumgewinnung gedient haben. Erlaß der Minister für Landwirtschaft usw. und des Innern vom 25. Mai 1917 — M. f. L. I A III e 4885, M. d. I. M. 11911 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Zur einheitlichen Regelung des Verkehrs mit Fleisch und Milch von Tieren, die der Serumgewinnung gedient haben, hat der Herr Reichskanzler die anliegenden Bestimmungen mitgeteilt. Wir ersuchen, wegen ihrer Durchführung das Erforderliche zu veranlassen.

Zu I Absatz 1 und II der Bestimmungen sind den Serumgewinnungsanstalten entsprechende Auflagen zu machen. Soweit es sich um Anstalten handelt, die Impfstoffe gegen Tierkrankheiten herstellen, bietet § 82 meiner, des Ministers für Landwirtschaft, Domänen und Forsten, viehseuchenpolizeilichen Anordnung vom 1. Mai 1912 die Grundlage dafür. Im übrigen werden die Anordnungen auf Grund der Bekanntmachung über das Arbeiten und den Verkehr mit Krankheitserregern, ausgenommen Pesterreger, vom 4. Mai 1904 (Reichs-Gesetzbl. S. 159) zu erlassen sein.

Wegen Beachtung der Vorschriften für die gesundheitspolizeiliche Behandlung der Serumtiere sind die Fleischbeschauer mit der nötigen Anweisung zu versehen.

Anlage.

Bestimmungen über die gesundheitspolizeiliche Behandlung des Fleisches und der Milch von Tieren, die zur Serumlieferung gedient haben.

I. Fleisch.

Serumgewinnungsanstalten dürfen Tiere, die ihnen zur Serumlieferung gedient haben, zur Schlachtung nur abgeben, nachdem sie sich darüber vergewissert haben, wo und wann die Schlachtung stattfinden soll. Die Anstalten haben den für die Schlachtung zuständigen Fleischbeschauer von der Abgabe der Tiere unter Mitteilung der Erkennungsmerkmale der Tiere und unter Angabe des Tages der letzten Impfung sowie der Art der dabei den Tieren einverleibten Stoffe zu benachrichtigen.

Werden bei den Tieren Mängel festgestellt, welche schon jetzt nach den Ausführungsbestimmungen A zum Fleischbeschaugesetze zu Beanstandungen des ganzen Tierkörpers oder veränderter Teile führen müssen, so finden diese Vorschriften Anwendung.

Außerdem gelten für die gesundheitliche Beurteilung des Fleisches der Serumtiere noch folgende Bestimmungen:

A. Von Tieren, die eine Behandlung mit lebenden Tuberkelbazillen erfahren haben, sind anzusehen als

1. untauglich

a) Lunge und Herz, wenn noch nicht mindestens 10 Monate seit der letzten Impfung des geschlachteten Tieres abgelaufen waren;

b) das Fleisch an der Impfstelle und in deren Umgebung bis einschließlich der zugehörigen Lymphdrüsen, wenn Veränderungen an der Impfstelle festgestellt worden sind;

2. bedingt tauglich

der ganze Tierkörper — mit Ausnahme von Lunge und Herz (vergl. vorstehend 1 a), wenn noch nicht mindestens 4 Monate seit der letzten Impfung abgelaufen sind.

B. Von Tieren, die eine Behandlung mit lebenden Bakterien der Paratyphus- und Fleischvergiftergruppe erfahren haben, ist anzusehen als

untauglich

der ganze Tierkörper,

a) wenn noch nicht mindestens 3 Wochen seit der letzten Impfung des geschlachteten Tieres abgelaufen sind;

b) wenn zwar schon 3 Wochen, aber noch nicht 2 Monate seit der

letzten Impfung des geschlachteten Tieres abgelaufen sind und eine vorgenommene bakteriologische Untersuchung nicht ergeben hat, daß das Fleisch frei von Bakterien und Paratyphus- und Fleischvergiftergruppe ist.

C. Von Tieren, welche eine Behandlung mit anderen menschenpathogenen — lebenden oder nicht vollständig abgetöteten — Erregern erfahren haben, ist anzusehen als

bedingt tauglich

der ganze Tierkörper, abgesehen von den unschädlich zu beseitigenden veränderten Teilen, wenn noch nicht mindestens 8 Wochen seit der letzten Impfung des geschlachteten Tieres abgelaufen sind.

Auf das Fleisch von Tieren, die zur Lieferung von Serum gegen Maul- und Klauenseuche gedient haben, finden die vorstehenden Sonderbestimmungen keine Anwendung. Solches Fleisch ist lediglich nach den Ausführungsbestimmungen A zum Fleischbeschaugesetze zu beurteilen.

D. Von Tieren, die mit abgetöteten menschenpathogenen Erregern oder mit Extrakten oder Stoffwechselprodukten von solchen Bakterien behandelt worden sind, ist anzusehen als

bedingt tauglich

der ganze Tierkörper, abgesehen von den unschädlich zu beseitigenden veränderten Teilen, wenn noch nicht mindestens 7 Tage seit der letzten Impfung des geschlachteten Tieres abgelaufen sind.

In den Fällen unter A, C und D hat die Brauchbarmachung des bedingt tauglichen Fleisches zum Genusse für Menschen durch Ausschmelzen, Kochen oder Dämpfen gemäß § 39, Nr. 1, 2 und 3 der Ausführungsbestimmungen A zum Fleischbeschaugesetze zu geschehen.

II. Milch.

Die Milch der Tiere darf, solange diese der Serumlieferung noch dienen, aus den Serumanstalten nicht entfernt werden.

Die vorstehenden Bestimmungen unter I und II beziehen sich nicht auf Rinder, welche zur Gewinnung von Kuhpockenlymphe gedient haben.

Unzulässige Reklame für Amol. Erlaß des Kriegsministeriums vom 10. Mai 1917 — Nr. 9454/3. 17. M. A. — an das Königliche Oberkommando in den Marken, sämtliche Königlich Preußischen stellvertr. Generalkommandos (ausschl. XVI. Armeekorps).

Der Amol-Versand von Vollrath Wasmuth in Hamburg, Amol-Posthof, ist unablässig bemüht, seinem Erzeugnis „Amol“ bei den Heeresangehörigen Eingang und Verbreitung zu verschaffen. Der Versand scheut hierbei kein Mittel der Reklame. So muß die Art der Anpreisung als irreführend und den Tatsachen nicht entsprechend bezeichnet werden, wenn z. B. gesagt wird, „das Mittel lindert alle innerlichen und äußerlichen Schmerzen und hebt die Energie“, oder wenn das Mittel, wie auf der Flasche und der Umhüllung geschehen, gegen eine ganze Reihe von Krankheiten empfohlen wird. Jedes zulässige Maß der Reklame wird aber überschritten, wenn den Packungen aufdringliche Anpreisungen minderwertiger Bücher wie das „goldene Buch der Frau“ und das „goldene Buch des Mannes“ beigefügt werden.

Es handelt sich bei Amol um ein altes sogenanntes Hausmittel Karmelitergeist, dessen Mitführung durch die Truppe sich erübrigt, zumal in der Heeressanitätsausrüstung alles das, was zur Behandlung verwundeter und erkrankter Heeresangehöriger sowie zur Gesunderhaltung der Truppen erforderlich ist, in ausreichender Menge vorgesehen und bereitgestellt wird.

Das Kgl. Generalkommando wird ersucht, der marktschreierischen und unzulässigen Reklame des Amol-Versands mit allen Mitteln entgegenzutreten.

Die Kommandobehörden usw. im Felde haben Abdruck hiervon erhalten.

Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 13. 5. Juli. 1917.

Rechtsprechung.

Zur Auslegung der Vorschriften in § 2 Abs. 1 des Gesetzes, wonach der Impfpflichtige binnen Jahresfrist nach Aufhören des gefahrdrohenden Zustandes der Impfung zu unterziehen ist und in Abs. 2 daselbst, wonach in zweifelhaften Fällen der zuständige Impfarzt endgültig zu entscheiden hat, ob diese Gefahr noch fortbesteht.[1]) Urteil des preuß. Oberverwaltungsgerichts (IV. Sen.) vom 8. Februar 1916.

Es handelt sich um die Auslegung des § 2 des Reichsimpfgesetzes vom 8. April 1874 (R. G. Bl. S. 31), welchen der Kläger dahin verstanden wissen will, daß, wenn durch Entscheidung des Impfarztes gemäß Abs. 2 daselbst gegenüber einem auf vorhandene Impfgefahr lautenden privatärztlichen Zeugnisse die Impffähigkeit festgestellt wird, die Impfung frühestens erst nach Ablauf eines Jahres nach Ergehen dieser Entscheidung verlangt werden könne. Er nimmt also an, daß ein privatärztliches Zeugnis, das Impfgefahr bejaht, deren Fortbestand bis zu dem Zeitpunkte beweist, in welchem eine gegenteilige Entscheidung des Impfarztes ergeht. Eine solche Auffassung würde dazu führen, daß der Vollzug der Impfung im wesentlichen vom Willen der Pflegeberechtigten (Eltern, Pflegeeltern, Vormünder), des Impflings abhängig sein würde. Denn dadurch, daß die Pflegeberechtigten nach Ablauf der Jahresfrist nach einer auf Impffähigkeit lautenden Entscheidung des Impfarztes ein ärztliches Zeugnis vorlegen, wonach in diesem Zeitpunkte, d. h. wenn es sich um Nachholung der bis dahin unterbliebenen Impfung handelt, Impfgefahr besteht, können sie die Polizeibehörde stets nötigen, eine erneute Entscheidung des Impfarztes herbeizuführen und demnach, wenn diese von neuem den Lauf der Jahresfrist (§ 2 Abs. 1 des Impfgesetzes) eröffnet, immer wieder, so oft sie ein ärztliches Zeugnis beibringen, eine neue Jahresfrist zur Nachholung der Impfung sich verschaffen. Ein solches Verfahren würde dazu führen, den Zweck des Gesetzes, das den Impfzwang eingeführt hat und die Entziehung von der vorgeschriebenen Impfung als einen gesetzwidrigen Zustand ansieht, zu vereiteln, so daß seine Zulassung nicht in der Absicht des Gesetzgebers gelegen haben kann. Es kann sich also nur darum handeln, ob etwa die Fassung der in Betracht kommenden gesetzlichen Vorschrift (§ 2 des Impfgesetzes) eine derartige ist, daß sie nur in dem vorgedachten, vom Kläger gewollten Sinne entgegen der Absicht des Gesetzgebers ausgelegt werden kann. Das ist zu verneinen.

Der Gesetzgeber hat den Zeugnissen approbierter Aerzte gegenüber, daß zu der Zeit, in welcher die Impfung oder Wiederimpfung nach § 1 des Gesetzes zu erfolgen hat, eine Gefahr für Leben oder Gesundheit des Impflings besteht, die Wirkung beigelegt, daß sie die Impfpflicht für so lange aufschieben, als nach Ansicht des Arztes voraussichtlich die Impfgefahr besteht. Zu diesem Zwecke hat der Arzt in den Zeugnissen über die vorläufige Befreiung anzugeben, auf wie lange die Impfung unterbleiben darf. Ein nach Vorschrift der §§ 10 und 11 des Impfgesetzes ausgefülltes und unangefochten gebliebenes ärztliches Zeugnis hat demnach zur Folge, daß die Polizeibehörde die Nachholung der Impfung gemäß § 4 in Verbindung mit § 2 Abs. 1 des Gesetzes frühestens erst ein Jahr nach dem Zeitpunkte verlangen kann, der in dem Zeugnis als derjenige angegeben ist, bis zu welchem die Impfung unterbleiben darf. Dies gilt aber nur für ärztliche Zeugnisse bei

[1]) Im gleichen Sinne hat das Oberverwaltungsgericht (IV. Sen.) in einem anderen Falle durch Urteil vom 2. November 1915 entschieden.

Fällen, in denen nicht eine impfärztliche Entscheidung gemäß § 2 a. a. O. herbeigeführt worden ist. Ist eine abweichende Entscheidung des Impfarztes gemäß § 2 Abs. 2 ergangen, so beseitigt sie die Wirkung des ärztlichen Zeugnisses hinsichtlich der in diesem angenommenen Dauer des Gefahrzustandes. Darüber kann nach dem Wortlaute der Vorschrift kein Zweifel bestehen. Aber auch die weitere Frage, ob die Entscheidung des Impfarztes die Annahme des privaten ärztlichen Zeugnisses über das Vorhandensein und die Dauer des Gefahrzustandes erst von dem Zeitpunkt ab entkräftet, an dem sie ergeht, und bis dahin unwiderleglich der im privatärztlichen Zeugnis angenommene Gefahrzustand als tatsächlich vorhanden zu gelten hat, ist zu verneinen. Ausdrücklich ausgesprochen ist solches im Gesetze nicht, insbesondere ist den Worten im § 2 Abs. 2 „ob diese Gefahr noch fortbesteht" ein solcher Sinn nicht beizulegen. Diese Worte erklären sich aus der nach dem Vorschlage der freien Kommission erfolgten Anfügung des Abs. 2 an den Abs. 1 in § 2 des Gesetzentwurfes, worin nur der Fall behandelt wird, daß ein im ersten Jahre gemäß § 1 impfpflichtig oder wiederimpfpflichtig werdendes Kind auf Grund eines ärztlichen Zeugnisses von der Impfung befreit worden ist. Aus dieser Anknüpfung ist die gedachte Fassung entstanden, die aber nicht dahin zu verstehen ist, daß nur über den Fortbestand der gleichen Impfgefahr, die im ersten Impf- oder Wiederimpfpflichtjahre zur Befreiung von der Impfpflicht geführt hat, vom Impfarzt endgültig entschieden werden soll. Denn dieselben Gründe, welche nach seiner Entstehungsgeschichte, wie sie in dem Urteile vom 18. Juni 1912 (Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts Bd. 61 S. 226) dargelegt worden ist, zu diesem Zusatze führten, machen in gleichem Maße die endgültige Entscheidung des Impfarztes auch in den Fällen notwendig, in denen nicht der Fortbestand einer früher festgestellten, sondern überhaupt das Vorhandensein einer Impfgefahr zweifelhaft erscheint. Es würde widersinnig sein, wenn man annehmen wollte, der Gesetzgeber habe nicht auch dann die endgültige Entscheidung dem Impfarzte zuweisen wollen, wenn immer neue Gefahrzustände (im ersten Jahr z. B. Skrofulose, im nächsten Jahr Masern, im dritten Lungenentzündung) als Gründe für die Impfgefahr geltend gemacht werden. Die Worte „Ob diese Gefahr noch fortbesteht", besagen daher nichts anderes, als etwa die Worte: „Ob eine Impfgefahr besteht." Keinesfalls enthalten sie eine Bestimmung, daß privatärztliche Zeugnisse, die das Vorhandensein eines Gefahrzustandes bescheinigen, dessen Fortdauer bis zu dem Augenblicke beweisen, in dem eine Entscheidung des Impfarztes ergeht. Vielmehr muß, um bei der Auslegung der Absicht des Gesetzgebers gerecht zu werden und die oben dargelegten, zur Vereitelung des Zweckes des Gesetzes führenden Folgen zu vermeiden, § 2 Abs. 2 des Impfgesetzes dahin verstanden werden, daß eine nach dieser Vorschrift ergehende impfärztliche Entscheidung, soweit aus ihr nichts anderes erhellt, ein privatärztliches Zeugnis über die Fortdauer oder das Vorhandensein einer Impfgefahr vollständig beseitigt und für den streitigen Fall wirkungslos macht. Demnach kann der Pflegeberechtigte ein so beseitigtes ärztliches Zeugnis nicht zum Beweise für den Zeitpunkt des Aufhörens des Gefahrzustandes geltend machen und darauf gestützt, die Jahresfrist des § 2 Abs. 1 des Impfgesetzes zur Nachholung der Impfung beanspruchen.

Im vorliegenden Falle streiten die Parteien zunächst darüber, ob in dem Schreiben des Impfarztes vom 13. Juni 1915 eine Entscheidung im Sinne des § 2 Abs. 2 des Impfgesetzes zu erblicken ist. Vom Beklagten wird dies durch Beitritt zu den Ausführungen im Bescheide des Regierungspräsidenten mit dem Hinweise darauf bestritten, daß eine endgültige Entscheidung des Impfarztes bereits am 3. Juni 1913 ergangen sei. Es gewinnt demnach den Anschein, als ob der Beklagte den Standpunkt vertritt, daß, nachdem einmal eine endgültige Entscheidung des Impfarztes ergangen ist, kein Raum für nochmal endgültige Entscheidungen gemäß § 2 Abs. 2 vorhanden sei. Eine solche Annahme könne für zutreffend nicht erachtet werden. Vielmehr ist dem Standpunkte, den der Kläger in der Klage abweichend von seinen Ausführungen in der weiteren Beschwerde eingenommen hat, beizutreten, wonach

sowohl die Entscheidung des Impfarztes vom 3. Juni 1913, wie diejenige vom 13. Juni 1915 als eine endgültige im Sinne des § 2 Abs. 2 anzusehen ist. Endgültig heißt soviel wie unanfechtbar, hat aber nicht die Bedeutung, daß eine einmal vom Impfarzte festgestellte Impffähigkeit nun für alle Zeiten gilt und nicht wieder in einer eine erneute Entscheidung des Impfarztes notwendig machenden Weise zweifelhaft werden kann. Dies ergiebt ohne weiteres die Erwägung, daß Fälle von Impfgefahr bei demselben Impflinge mehrfach zu verschiedener Zeit auftreten können und die gemäß § 2 Abs. 2 zu treffende Entscheidung endgültig nur für den jedesmal vorliegenden Fall ergehen und sich nicht auf unbekannte künftige Gefahrfälle beziehen kann. Nachdem vom Kläger das Zeugnis des Dr. K. über eine bei dem Kinde eingetretene Impfgefahr vorgelegt worden war, stand der Polizeibehörde nur offen, entweder das Vorhandensein der dort bescheinigten Impfgefahr anzuerkennen und demnach von der Forderung der Impfung abzusehen oder den Fall als zweifelhaften zu erachten und eine Entscheidung des Impfarztes gemäß § 2 Abs. 2 des Gesetzes wiederum herbeizuführen. Sie hat den letzteren Weg in der Verfügung vom 15. Mai 1915 gewählt, von der sie dem Impfarzte Mitteilung machte. Mit dieser Mitteilung an den Impfarzt gab sie deutlich zu erkennen, daß sie den Fall für zweifelhaft und eine Entscheidung des Impfarztes für erforderlich erachte. Dieser hat darauf das Kind untersucht und auf Grund der Untersuchung dessen Impffähigkeit festgestellt, wovon der Kläger im Untersuchungstermin am 4. Juni 1915 und die Polizeibehörde durch Schreiben vom 13. Juni 1915 in Kenntnis gesetzt worden sind. Dieses Schreiben enthielt sonach unzweifelhaft eine der Polizeibehörde zugegangene Mitteilung über eine auf Impffähigkeit des Kindes lautende endgültige Entscheidung des Impfarztes gemäß § 2 Abs. 2 des Impfgesetzes. Durch diese Entscheidung war das Zeugnis des Dr. K. für die in ihm bescheinigte Impfunfähigkeit des Kindes nach den vorstehenden Ausführungen endgültig beseitigt und konnte danach auch nicht mehr zum Beweise des Fortbestandes einer früher einmal festgestellten Impfgefahr bis zum Tage der Entscheidung des Impfarztes dienen.

Demnach kommt für die Entscheidung folgendes in Betracht: Am 3. Juni 1913 hatte der zuständige Impfarzt das Vorhandensein einer Impfgefahr anerkannt (Entscheidung gemäß § 2 Abs. 2 des Impfgesetzes) und ferner bis dahin ausgesprochen, daß der Gefahrzustand voraussichtlich bis zum Frühjahr 1914 dauern werde. Dieser ärztliche Ausspruch bildet, wie in der Entscheidung des Gerichtshofes vom 28. September 1915 (IX. A. 18. 15)[1]) dargetan worden ist, so lange Gegenteiliges nicht eine genügende Grundlage für die Annahme, daß über den vom Arzte angenommenen Zeitpunkt hinaus eine Impfgefahr nicht mehr besteht und mit diesem Zeitpunkte der Lauf der einjährigen Frist beginnt, innerhalb deren nach gesetzlicher Vorschrift (§ 2 Abs. 1) der Impfung nachzuholen ist. Einen Nachweis, daß dem nicht so sei, hat der Kläger durch das Attest des Dr. K. nicht erbracht, da dieses Zeugnis durch die Impffähigkeit des Kindes feststellende endgültige Entscheidung des Impfarztes vom 4./13. Juni 1915 widerlegt worden ist. Die Annahme der Polizeibehörde, daß

[1]) In dem Urteile vom 28. Sept. 1915 (s. Beilage Rechtsprechung u. Med.-Gesetzgebung zu Nr. 2 dieser Zeitschrift; 1916, S. 8) heißt es: „Eine endgültige Entscheidung darüber, wie lange ein von einem Impfarzt festgestellter Gefahrzustand in Zukunft dauern werde, kennt das Gesetz nicht. Der Zeitpunkt, wann der Gefahrzustand aufhören wird, kann naturgemäß im voraus niemals mit unbedingter Sicherheit festgestellt, sondern nur auf Grund der Erfahrungen und Kenntnisse der ärztlichen Wissenschaft als mehr oder minder wahrscheinlich angenommen. Wenn nun das Zeugnis des Impfarztes vom 18. März 1913 sich dahin ausspricht, daß das Kind wegen Skrophulose bis zum 15. September 1913 zurückgestellt werden muß, so ist damit zwar nur gesagt, daß nach Ansicht des zuständigen Arztes der Gefahrzustand voraussichtlich bis zum 15. September 1913 dauern werde, ein solcher ärztlicher Ausspruch über die voraussichtliche Dauer der Gesundheitsgefahr gibt aber der Polizeibehörde, solange Gegenteiliges nicht erhellt, eine genügende Grundlage für die Annahme, daß über den ärztlich angenommenen Zeitpunkt hinaus die Impfgefahr nicht mehr besteht, und mit diesem Zeitpunkt der Lauf der einjährigen Frist beginnt, innerhalb deren die Impfung nach gesetzlicher Vorschrift nachzuholen ist."

der Gefahrzustand im Frühjahr 1914 aufgehört habe und bei Erlaß der angefochtenen Verfügung vom 18. Juni 1915 die dem Kläger zur Nachholung der Impfung gemäß § 2 Abs. 1 des Gesetzes offenstehende Jahresfrist bereits abgelaufen war, erscheint sonach gerechtfertigt. Daraus folgt, daß die Impfung bei Erlaß der angefochtenen Verfügung ohne gesetzlichen Grund unterblieben war, und diese in § 4 des Impfgesetzes ihre gesetzliche Stütze findet. Der Klage war demnach der Erfolg zu versagen.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Deutsches Reich.

Zulassung von Wasserstoffsuperoxyd zur Frischerhaltung von Vollmilch. Anordnung der Reichsstelle für Speisefette vom 1. Juni 1917.

Auf Grund des § 11 der Verordnung über die Bewirtschaftung von Milch und den Verkehr mit Milch vom 3. Oktober 1916 (Reichs-Gesetzbl. S. 1100)[1]) wird folgendes bestimmt:

§ 1. Zur Frischerhaltung von Vollmilch darf bis auf weiteres Wasserstoffsuperoxyd nach Maßgabe der in der Beilage enthaltenen Anleitung verwendet werden.

Die Bestimmungen der Anordnung der Reichsstelle für Speisefette über die Zulassung von Wasserstoffsuperoxyd zur Frischerhaltung von Magermilch vom 21. Dezember 1916[2]) finden sinngemäß Anwendung.

§ 2. Diese Anordnung tritt mit dem Tage der Verkündung in Kraft.[3])

Beilage.

Anleitung zur Frischerhaltung von Vollmilch mit Wasserstoffsuperoxyd.

1. Beschaffenheit der Vollmilch. Die für die Frischerhaltung mit Wasserstoffsuperoxyd bestimmte Vollmilch muß in sauberer Weise gewonnen, insbesondere nach dem Melken durchgeseiht oder ausgeschleudert und schnell gekühlt sein. Sie darf nicht erhitzt (pasteurisiert) werden.

2. Beschaffenheit der Wasserstoffsuperoxydlösung. Die zur Verwendung gelangende Wasserstoffsuperoxydlösung soll 3 Gewichtsprozent Wasserstoffsuperoxyd enthalten und im übrigen den Anforderungen des Deutschen Arzneibuchs entsprechen.

3. Aufbewahrung der Wasserstoffsuperoxydlösung. Die Lösungen müssen in Flaschen aus dunklem Glase an einem kühlen und vor Licht geschützten Orte aufbewahrt werden. Um den Inhalt der Flaschen vor Verunreinigungen zu schützen und anderseits das etwaige Entweichen des Sauerstoffgases zu ermöglichen, müssen die zum Verschlusse dienenden Korkstopfen mit geschmolzenem Paraffin getränkt und mit einer Durchbohrung versehen sein, in welche ein kleines rechtwinkliges oder U förmig gebogenes, beiderseits offenes Glasrohr eingeführt ist. Die Hersteller der Lösungen pflegen die Flaschen mit solchen Verschlüssen versehen zum Versand zu bringen. Sollte ein derartiger Verschluß nicht zu beschaffen sein, so muß auf einen Ersatzverschluß Bedacht genommen werden, der in gleich sicherer Weise die Zersetzung des Wasserstoffsuperoxyds hintanhält.

Lösungen, die länger als 8 Wochen gestanden haben, sind wegen der in der Regel eingetretenen Verminderung ihres Gehalts an Wasserstoffsuperoxyd nicht mehr zu verwenden.

---

[1]) Siehe Beilage zu Nr. 20 dieser Zeitschrift, Jahrg. 1916, S. 167.

[2]) Siehe Beilage zu Nr. 2 dieser Zeitschrift, Jahrg. 1917, S. 9.

[3]) Zur Ausführung dieser Anordnung ist von der Preußischen Landesfettstelle durch Bekanntmachung vom 2. Juni 1917 folgendes bestimmt:

„Für die Erteilung der Ermächtigung zur Verwendung von Wasserstoffsuperoxyd zur Frischerhaltung von Vollmilch an Molkereien und zur Durchführung der Maßnahmen zur Ueberwachung von Molkereien und Milchhändlern, die Vollmilch mit Wasserstoffsuperoxydzusatz in den Verkehr bringen, sind die Kommunalverbände zuständig.“

4. Werden die Flaschen zur Entnahme von Flüssigkeit geöffnet, so muß streng darauf geachtet werden, daß keine Verunreinigungen (Korkteilchen, Papierstückchen, Strohteilchen, Milch u. dgl.) in sie hineingelangen.

5. Zusatz der Wasserstoffsuperoxydlösung zur Vollmilch. Um Vollmilch für die Dauer von 24 Stunden haltbar zu machen, müssen ihr in der kälteren Jahreszeit auf je 10 Liter 333 ccm (= 1/3 Liter), in der wärmeren Jahreszeit auf je 10 Liter 500 ccm (= 1/2 Liter) oder auf je einen Liter in der kälteren Jahreszeit 33 ccm, in der wärmeren Jahreszeit 50 ccm der unter Nr. 2 beschriebenen 3prozentigen Wasserstoffsuperoxydlösung hinzugesetzt werden.

Das Abmessen der berechneten Menge geschieht am besten mit Hilfe sorgfältig gereinigter Meßgefäße aus Glas oder Porzellan.

Beim Zusatz der Lösung zur Vollmilch verfährt man zweckmäßig in der Weise, daß zunächst die auf möglichst niedrige Temperatur abgekühlte Vollmilch in die sorgfältig gereinigten Transportkannen derart eingefüllt wird, daß ein Zehntel des Kanneninhalts ungefüllt bleibt. Werden z. B. Kannen von einem Raumgehalt von 20 Liter verwendet, so muß ein Leerraum von 2 Liter gelassen werden.

Alsdann wird die abgemessene Wasserstoffsuperoxydlösung hinzugegossen und die Flüssigkeit durchgemischt, indem man mit einem sauberen Holz-, Glas- oder Porzellanstab oder einem ähnlichen Gerät gut umrührt. Die Kannen sind gleich darauf zu verschließen.

Um ein Entweichen des in größeren Mengen freiwerdenden Sauerstoffgases während der Beförderung zu ermöglichen, dürfen die Deckel der Kannen nicht ganz luftdicht abschließen. Ist dieses gleichwohl der Fall, so empfiehlt es sich, im Deckel der Kanne eine kleine Durchbohrung anzubringen.

6. Lagerung und Beförderung der Vollmilch. Die mit Wasserstoffsuperoxyd versetzte Vollmilch soll bei der Lagerung und Beförderung möglichst kühl gehalten werden. Sie darf nicht später als 24 Stunden nach dem Zusatz des Frischerhaltungsmittels in die Hände der Verbraucher gelangen.

7. Behandlung der Vollmilch im Haushalt. Im Haushalt soll die Vollmilch alsbald abgekocht werden; zweckmäßig werden hierzu die mit Vorkehrungen gegen das Ueberwallen versehenen sogenannten Milchkochtöpfe verwendet. Nach dem Kochen ist die Milch sofort abzukühlen und zur Verhütung des Zutritts neuer Keime möglichst in demselben Gefäß, das zum Aufkochen dient und einen übergreifenden Deckel haben soll, kühl aufzubewahren.

8. Ist Vollmilch infolge zu langer Lagerung oder unsachgemäßer Behandlung und Aufbewahrung fadenziehend oder schleimig geworden oder zeigt sie sonst eine abweichende Beschaffenheit, insbesondere einen fremdartigen Geruch oder Geschmack, so ist sie vom Genuß auszuschließen.

9. Zur Ernährung von Säuglingen darf die mit Wasserstoffsuperoxyd versetzte Vollmilch auf keinen Fall verwendet werden.

Ausführungsbestimmungen zur Verordnung über den Verkehr mit Seifen, Seifenpulvern und anderen fetthaltigen Waschmitteln vom 18. April 1916. Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 21. Juni 1917.

Auf Grund des § 1 der Bekanntmachung über den Verkehr mit Seife, Seifenpulver und anderen fetthaltigen Waschmitteln vom 18. April 1916 (Reichs-Gesetzbl. S. 307) wird folgendes bestimmt:

§ 1. Die Abgabe von fetthaltigen Waschmitteln an Selbstverbraucher darf nur nach folgenden Grundsätzen erfolgen:

1. Die an eine Person in einem Monat abgegebene Menge darf fünfzig Gramm Feinseife (Toiletteseife, Kernseife und Rasierseife) sowie zweihundertfünfzig Gramm Seifenpulver nicht übersteigen. Bleibt der Bezug einer Person in einem Monat unter der zugelassenen Höchstmenge, so wächst der Minderbetrag der Höchstmenge des nächsten Monats nicht zu. Dagegen ist der Vorausbezug der Mengen für zwei Monate gestattet.

Die Abgabe von Schmierseife ist unbeschadet der Bestimmungen des § 7 verboten.

2. Die Abgabe von Feinseife und Seifenpulver darf nur gegen Ablieferung des für den laufenden oder nächstfolgenden Monat gültigen, das abzugebende Waschmittel bezeichnenden Abschnitts der von der zuständigen Ortsbehörde des Wohnsitzes oder dauernden Aufenthalts auszugebenden Seifenkarte erfolgen. Die Seifenkarte[1]) hat den aus der Anlage ersichtlichen Inhalt. Sie gilt unabhängig vom Orte der Ausgabe an allen Orten des Reichs.

Fetthaltige Waschmittel im Sinne der Verordnung sind Waschmittel, die Oelsäuren, Fettsäuren, Harzsäuren oder deren Salze oder andere organische Säuren enthalten, die selbst oder in der Form ihrer Salze eine Wasch- oder Reinigungswirkung ausüben.

Die nach der Weisung des Ueberwachungsausschusses der Seifenindustrie hergestellte Feinseife trägt die Bezeichnung „K. A. Seife", das Seifenpulver die Bezeichnung „K. A. Seifenpulver".

§ 2. Die Seifenherstellungs- und Vertriebsgesellschaft hat nach näherer Weisung des Reichskanzlers eine zusätzliche Versorgung von Arbeitern in Betrieben, deren Art ein besonderes Reinigungsbedürfnis der dort beschäftigten Personen rechtfertigt, mit Waschmitteln durchzuführen.

Außerdem ist die zuständige Ortsbehörde befugt, auf Antrag

I. a) für Aerzte, Personen, die berufsmäßig mit Krankheitserregern arbeiten, Zahnärzte, Tierärzte, Zahntechniker, Hebammen und Krankenpfleger,
   b) für mit ansteckender Krankheit sowie Tuberkulose jeder Art behaftete Personen nach entsprechender Bescheinigung seitens des Kreisarztes oder eines von der Ortsbehörde bestimmten Arztes,
   c) für Krankenhäuser auf die nach dem Jahresdurchschnitte berechnete Kopfzahl der verpflegten Kranken

   je bis zu vier Zusatzseifenkarten;

II. für in gewerblichen Betrieben vor dem Feuer oder mit der Kohlenbewegung ständig beschäftigte Arbeiter und für Schornsteinfeger sowie für Land- und Schiffskesselreiniger je bis zu zwei Zusatzseifenkarten, soweit nicht eine zusätzliche Versorgung gemäß Abs. 1 erfolgt;

III. für Kinder im Alter bis zu 18 Monaten je eine Zusatzseifenkarte;

IV. für Arbeiter, bei denen infolge der Einwirkung von Schmierölersatz Erkrankungen der Haut eintreten, je bis zu zwei Zusatzseifenkarten für den Bezug von K. A. Seife, sofern nicht die Arbeiter Betrieben angehören, bei denen eine zusätzliche Versorgung gemäß Abs. 1 erfolgt,

auszugeben.

Auf die nach Abs 2 Nummer I ausgestellten Zusatzseifenkarten darf in Apotheken statt K. A. Seife Kaliseife in gleicher Menge abgegeben werden.

Im Falle des Abs. 2 Nummer Ic kann an Stelle der Einzelzusatzkarten eine Sammelzusatzkarte ausgestellt werden.

§ 3. Die Ueberlassung der Seifenkarten zum Bezuge von Waschmitteln an andere Personen als diejenigen, für die sie ausgegeben sind, sowie die entgeltliche Weiterveräußerung von Waschmitteln, die auf Seifenkarten bezogen sind, ist verboten.

§ 4. Der Ueberwachungsausschuß der Seifenindustrie kann die Abgabe von fetthaltigen Waschmitteln an Wiederverkäufer regeln, insbesondere bestimmen, daß der Bezug von der Abgabe eines von der zuständigen Ortsbehörde ausgestellten Bezugsscheins abhängig sein soll.

Die Ueberlassung der nach Abs. 1 ausgestellten Bezugsscheine zum Bezuge von Waschmitteln an andere Personen als diejenigen, für die sie ausgegeben sind, ist nur nach den Bestimmungen des Ueberwachungsausschusses der Seifenindustrie gestattet.

Der Vertrieb von fetthaltigen Waschmitteln im Hausierhandel ist verboten.

§ 5. Bei Abgabe im Kleinhandel an den Selbstverbraucher dürfen die Preise

[1]) Von einem Abdruck des Musters für die Seifenkarte ist Abstand genommen.

1. bei K. A. Seife einschließlich Packung
   für ein Stück von 50 Gramm . . . . . 0,20 Mark
   „ „ „ „ 100 „ . . . . . 0,40 „
2. bei K. A. Seifenpulver einschließlich Packung für je 250 Gramm . . . . . 0,30 „
3. bei Kernseife und sonstiger Seife in schnittfester Form, mit Ausnahme von Feinseife, mit einem Gehalt an Fettsäure von
   a) 50 und mehr vom Hundert 8,00 Mark für 1 Kilogramm
   b) 50 bis 57 „ „ 7,20 „ „ 1 „
   c) 40 „ 49 „ „ 6,00 „ „ 1 „
   d) 30 „ 39 „ „ 4,70 „ „ 1 „
   e) 20 „ 29 „ „ 3,35 „ „ 1 „
   f) unter 20 „ „ 1,30 „ „ 1 „
4. bei Feinseife einschl. Packung 12 Mark für 1 Kilogramm,
5. bei Schmierseife, mit Ausnahme der nach § 2 Abs. 3 in Apotheken abzugebenden Kaliseife, mit einem Gehalt an Fettsäure von
   a) 38 und mehr vom Hundert 5,20 Mark für 1 Kilogramm
   b) 30 bis 37 „ „ 4,65 „ „ 1 „
   c) 20 „ 29 „ „ 3,25 „ „ 1 „
   d) 10 „ 19 „ „ 1,60 „ „ 1 „
   e) unter 10 „ „ 0,65 „ „ 1 „

nicht übersteigen.

Die vorstehend festgesetzten Preise sind Höchstpreise im Sinne des Gesetzes, betreffend Höchstpreise, vom 4. August 1914 in der Fassung vom 17. Dezember 1914 (Reichs-Gesetzbl. S. 516), in Verbindung mit den Bekanntmachungen vom 21. Januar 1915 (Reichs-Gesetzbl. S. 25), vom 23. März 1916 (Reichs-Gesetzbl. S. 183) und vom 22. März 1917 (Reichs-Gesetzbl. S. 253).

§ 6. Die Versorgung der Barbiere und Friseure mit der zur Aufrechterhaltung ihres Gewerbes erforderlichen Rasier- und Kopfwaschseife erfolgt nach näherer Weisung des Ueberwachungsausschusses der Seifenindustrie durch Vermittlung des Bundes deutscher Barbier-, Friseur- und Perückenmacher-Innungen.

§ 7. Zur Verwendung zu technischen Zwecken dürfen fetthaltige Waschmittel an technische Betriebe und Gewerbetreibende, insbesondere an Waschanstalten, nur mit Zustimmung des Ueberwachungsausschusses der Seifenindustrie abgegeben werden.

Für technische Betriebe und Gewerbetreibende, insbesondere Waschanstalten, die weniger als 10 Arbeiter beschäftigen, kann die zuständige Ortsbehörde auf Antrag einen Ausweis ausstellen, gegen dessen Vorlegung die zur Aufrechterhaltung des Betriebs erforderliche Menge an Waschmitteln abgegeben werden darf. Der Ausweis muß die zulässige Höchstmenge angeben. Die Abgabe hat nach näherer Weisung des Ueberwachungsausschusses der Seifenindustrie zu erfolgen.

Die Ueberlassung der auf Grund vorstehender Bestimmungen ausgestellten Ausweise zum Bezuge von Waschmitteln an andere Personen sowie die Weiterveräußerung der auf die Ausweise bezogenen Waschmittel ist verboten.

§ 8. Die Verwendung von fetthaltigen Waschmitteln zu Putz- und Scheuerzwecken ist verboten.

§ 9. Welche Behörden als zuständige Ortsbehörden im Sinne der §§ 1, 2, 4 und 7 anzusehen sind, bestimmt die Landeszentralbehörde.

§ 10. Die Bestimmungen dieser Verordnung finden keine Anwendung gegenüber den Heeresverwaltungen, der Marineverwaltung und denjenigen Personen, die von diesen Verwaltungen mit Waschmitteln versorgt werden. Die Verwaltungen treffen besondere Anordnungen über die Versorgung.

§ 11. Mit Gefängnis bis zu drei Monaten oder mit Geldstrafe bis zu fünfzehnhundert Mark wird bestraft:

1. wer den Bestimmungen der §§ 1, 3, 6, 7, 8, § 4 Abs. 2 und 3 zuwiderhandelt,
2. wer Waschmittel an Wiederverkäufer entgegen der nach § 4 Abs. 1 getroffenen Regelung abgibt.

§ 12. Die Bestimmungen treten am 1. Juli 1917 in Kraft; sie treten an die Stelle der Bekanntmachungen, betreffend Ausführungsbestimmungen zur Verordnung über den Verkehr mit Seife, Seifenpulver und anderen fetthaltigen Waschmitteln, vom 21. Juli 1916 (Reichs-Gesetzbl. S. 766), vom 28. August 1916 (Reichs-Gesetzbl. S. 970), vom 14. Dezember 1916 (Reichs-Gesetzbl. S.. 1381), vom 5. Mai 1917 (Reichs-Gesetzbl. S. 399).

B. Königreich Preussen.

Vergütung für ärztliche Auskunftserteilung an Militärbehörden. Anweisung des Kriegsministers vom 12. April 1917.

In der zur beschleunigten Verfügbarmachung militärisch oder in der Kriegswirtschaft verwendbarer Wehrpflichtiger und Heeresangehöriger durch die Bezirkskommandos, Truppenteile und Lazarette erlassenen Anweisung heißt es unter Ziffer 2 (Erhebungen):

Den Anfragen der Militärbehörden an Zivilbehörden, Krankenhäuser, Krankenkassen, Arbeitgeber usw. über frühere Krankheiten von Mannschaften oder über Gesundheits- oder Erwerbsverhältnisse von Militärinvaliden und Militärrentenempfängern sind für die Antwort Briefumschläge beizufügen, die im voraus mit der Adresse der Militärbehörde, dem Vermerk „Heeressache" und dem Dienststempel zu versehen sind. Wird eine Mitteilung von Zivilärzten über frühere Krankheiten oder deren Behandlung für nötig erachtet, so wird es in der Regel genügen, eine kurze, ausdrücklich als einfache Bescheinigung zu bezeichnende Angabe über die Krankheit oder über die Behandlung von dem Zivilarzt unmittelbar — nicht auf dem Verwaltungsweg — einzufordern. Hierfür ist auf Verlangen des Arztes der niedrigste Satz der ärztlichen Gebührenordnung des betr. Bundesstaates für Rechnung des Kapitels 29. Titel 6 zu entrichten. Daß der betr. Wehrpflichtige oder Heeresangehörige sich mit der Auskunfterteilung durch den Zivilarzt auf ausdrückliches Befragen einverstanden erklärt hat, muß in der Zuschrift an den Arzt angegeben werden.

Vergütung der Aerzte für die Ausführung von Massenimpfungen. Erlaß des Ministers des Innern vom 2. Juni 1917 an die Herren Regierungspräsidenten, abschriftlich an die Herren Oberpräsidenten.

Zur Behebung von Zweifeln, die sich bei Ausführung meines Erlasses vom 25. Januar 1917 — M 10143 —, betreffend Maßnahmen zur Verhütung einer weiteren Ausbreitung der Pocken (Min.-Bl. f. Med.-Ang. S. 46), über die Höhe der den Aerzten für ihre Tätigkeit zu zahlenden Vergütung ergeben haben, teile ich im Einvernehmen mit dem von mir zur Sache gehörten Aerztekammerausschusse ergebenst mit, daß während der Dauer des gegenwärtigen Krieges bei gleichzeitiger Impfung einer größeren Anzahl von Personen gegen Pocken (Massenimpfung) eine vertragsmäßig zu vereinbarende Entschädigung von 0,50 M. für jede geimpfte Person (mindestens jedoch insgesamt 20 M. für einen Termin) als angemessene Vergütung eines Arztes zu erachten ist. Daneben sind die baren Auslagen für eine etwa erforderlich gewordene Fahrt mit der Eisenbahn oder mit Fuhrwerk zu vergüten. Bei der Bemessung der Gebühr auf 0,50 M. wird davon ausgegangen, daß die Lymphe den Aerzten unentgeltlich zur Verfügung gestellt, für Schreib- und sonstige Hilfe bei der Impfung gesorgt, eine Impfnachschau nicht verlangt, auch nur die Ausstellung eines kurzen Ausweises über die Vornahme, den Ort und den Tag der Impfung gefordert wird.

Gleichzeitig ersuche ich ergebenst, dafür zu sorgen, daß bei allen von Ihnen veranlaßten Massenimpfungen, soweit die Staatskasse die Kosten nach Maßgabe meines oben bezeichneten Erlasses vom 25. Januar d. J. übernimmt, den mit ihrer Ausführung betrauten Aerzten nur die von mir als angemessen erachtete Vergütung bewilligt wird.

Dieser Erlaß ist dem Aerztekammerausschuß und den Vorsitzenden der Aerztekammern unmittelbar mitgeteilt worden.

Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 14. 20. Juli. 1917.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Deutsches Reich.

Ernährungsfürsorge für werdende Mütter, Säuglinge und Kleinkinder. Rundschreiben des Präsidenten des Kriegsernährungsamts vom 25. Mai 1917 an sämtliche Bundesregierungen[1]).

Die Gewinnung und Erhaltung eines zahlreichen, gesunden und lebenskräftigen Nachwuchses ist mehr wie je eine nationale Aufgabe von größter Bedeutung. Die Ernährungsverhältnisse der werdenden und stillenden Mütter, ebenso wie der Säuglinge und Kleinkinder verdienen daher vollste Beachtung, und das Bestreben muß auch unter den erschwerten Lebensbedingungen der Kriegszeit darauf gerichtet sein, diesem Teil der Bevölkerung im Rahmen der allgemeinen Versorgung vorzugsweise eine seinen besonderen Bedürfnissen angepaßte und möglichst ausreichende Ernährung zu sichern. Für die Versorgung mit Vollmilch ist dies in meiner Bekanntmachung vom 3. Oktober 1916 (Reichs-Gesetzbl. S. 1100) und den hierzu ergangenen Anordnungen der Reichsstelle für Speisefette vom 4. Oktober 1916 vorgesehen. Die Kommunalverbände sind ferner durch die ihnen erteilte Befugnis, bei der Unterverteilung der als Höchstverbrauch zugelassenen Mehlmenge Unterschiede zugunsten bestimmter Bevölkerungskreise zu machen, in die Lage versetzt, nicht nur schwangeren Frauen Brotzulagen zu gewähren, sondern auch Stillende, Säuglinge und Kinder bei der Brot- und Mehlzuteilung zu bevorzugen. Auch bei der Verteilung der Nährmittel ist nach meinem Rundschreiben vom 19. Januar 1917 — B II 728 — auf eine besondere Berücksichtigung dieser Gruppen Bedacht zu nehmen. Auf dieser Grundlage findet sich die Lebensmittelversorgung für Mütter und Säuglinge bereits in einer großen Zahl von Gemeinden in zweckentsprechender und zum Teil vorbildlicher Weise geregelt. Gleichwohl erscheint es erwünscht, die für jene Versorgung in Betracht kommenden Gesichtspunkte — ähnlich wie es neuerdings für die Krankenversorgung geschehen ist — einheitlich zusammenzufassen als Richtschnur vornehmlich für die Gebiete und Orte, wo eine solche Regelung noch nicht durchgeführt ist. Diesem Zweck sollen die im Benehmen mit dem Kaiserlichen Gesundheitsamt und unter Mitwirkung berufener Sachverständiger und Kinderärzte aufgestellten Grundsätze dienen, welche ich in der Anlage den hohen Bundesregierungen mitzuteilen mich beehre. Die Versorgung der hier in Rede stehenden Personen, die sich auf alle Gemeinden verteilen und für die ein besonderer Mehrbedarf im allgemeinen nicht in Frage kommt, hat selbstverständlich im Rahmen der allgemeinen Versorgung und soweit nötig unter Kürzung des Durchschnittsanteils für die übrige Bevölkerung zu erfolgen. Sonderzuweisungen für diese Zwecke können keinesfalls in Betracht kommen.

Aufgabe der Gemeinde ist es, eine den eingangs betonten Gesichtspunkten und den in den Grundsätzen enthaltenen Richtlinien entsprechende Versorgung innerhalb der für die Allgemeinheit verfügbaren Lebensmittelmengen sicherzustellen.

---

[1]) In Preußen durch Rundschreiben des Staatskommissars für Volksernährung vom 11. Juni 1917 — Nr. VI a 2938 — an sämtliche Königl. Regierungspräsidenten zur Kenntnisnahme übersandt mit dem Ersuchen, eine baldige Regelung dieser überaus wichtigen Frage in allen ihrer Aufsicht unterstehenden Gemeinden pp. nach den beigefügten Grundsätzen des Kriegsernährungsamts hinzuwirken und bis zum 15. Juli d. J. einen zusammenfassenden Bericht über das Veranlaßte zu erstatten.

Wo sich Kopfsätze vorgesehen finden, sind sie bei der Knappheit der Bestände auf das Mindestmaß des unerläßlich Notwendigen bemessen. Die Gemeinden müssen daher zum mindesten da, wo es die örtlichen Verhältnisse gestatten, bemüht sein, eine darüber hinausgehende Versorgung eintreten zu lassen. Dies erscheint um so notwendiger, nachdem die Herstellung der bisher eine Ergänzung bildenden sogenannten Kindermehle und von Keks und Zwieback hat eingestellt und diejenige der Nährmittelzubereitungen hat eingeschränkt werden müssen. Die letzteren sollen künftig nur für kranke Kinder bis zum vollendeten 2. Lebensjahre und nur auf ärztliche Bescheinigung abgegeben werden.

Als Ersatz für die wegfallenden Kindermehle, Kekse und Zwieback werden den Kommunalverbänden geringe Mengen von nur bis zu 75 v. H. ausgemahlenem Weizenmehl überwiesen werden, welches nur an Kranke (Kinder und Erwachsene) nach näherer örtlicher Regelung zur Ausgabe gelangen darf.

Gesunde Säuglinge bleiben künftig auf das Weizenmehl gewöhnlicher Ausmahlung angewiesen. Dafür sind ihnen aber, soweit verfügbar, vorzugsweise die leicht verdaulichen feineren Nährmittel (Weizengrieß und Haferflocken) zuzuweisen (Ziffer I, 4 Abs. 1), während eine Rücklage für Zwecke der Krankenbeköstigung zurückzustellen bleibt (Ziffer I, 4 Abs. 2).

Die Abgabe der Nährmittelzubereitungen (Ziffer IV) in den Ausgabestellen ist landesrechtlich oder örtlich näher zu regeln. Dabei bleibt es den Gemeinden überlassen, ob sie die vorzuschreibenden ärztlichen Bescheinigungen einer Vor- oder Nachprüfung durch die ärztlichen Prüfungsstellen unterwerfen wollen. Im ersteren Falle wird die Einziehung der Vollmilch- und Zuckerkarte für die Dauer der Verschreibung sich ohne weiteres ermöglichen lassen, während es im anderen Fall notwendig werden dürfte, eine Entwertung entsprechender Kartenabschnitte in den Ausgabestellen vorzuschreiben.

Soweit sich zurzeit noch Kindermehle und andere Nährmittelzubereitungen, die nicht dem Rezeptzwang unterstellt sind, im freien Verkehr befinden, ist eine allgemeine Beschlagnahme nicht beabsichtigt. Es bleibt aber den Kommunalbehörden unbenommen, Maßnahmen zu treffen, um diese Bestände vorzugsweise der Kinder- und Krankenernährung zuzuführen. Ein unter Mitarbeit des Kaiserlichen Gesundheitsamts aufgestelltes Merkblatt über die Ernährung der Kinder bis zum vollendeten zweiten Lebensjahre, das zur Verteilung an sämtliche Aerzte bestimmt ist, wird den Bundesregierungen demnächst zugehen.

Hiernach darf ich an die Hohen Bundesregierungen das ergebene Ersuchen richten, die Versorgung der werdenden und stillenden Mütter, Säuglinge und Kleinkinder nach vorstehenden Gesichtspunkten einheitlich vornehmen und insbesondere die Gemeinden zu einem den anliegenden Grundsätzen entsprechenden Verfahren zu verpflichten. Von den getroffenen Maßnahmen bitte ich, mir Mitteilung machen zu wollen.

Grundsätze, betreffend die Ernährungsfürsorge für werdende Mütter, Säuglinge und Kinder.

I. Allgemeines.

1. Einrichtungen, die einer besondereren oder weitergehenden Fürsorge für werdende Mütter, Säuglinge und Kinder dienen, bleiben unberührt.

2. Für die Milchversorgung sind die Bestimmungen der Bekanntmachung vom 3. Oktober 1916 und der hierzu ergangenen Anordnungen der Reichsstelle für Speisefette vom 5. Oktober 1916 zu §§ 4, 5 über Vollmilchversorgungsberechtigte maßgebend.

Sollte die zur Verfügung stehende Milchmenge zur Deckung des Bedarfs aller Bezugsberechtigter nicht ausreichen, so gehen die stillenden Mütter und Säuglinge (Ziffer III a) den anderen Gruppen der Berechtigten unter allen Umständen vor.

Die Gemeindebehörden haben Vorsorge zu treffen, daß die zustehende Milchmenge ohne Schwierigkeiten und Zeitverlust an den Ausgabestellen in Empfang genommen werden kann, damit das für die Mütter nachteilige lange Warten und Stehen vermieden bleibt.

3. Wo für Zuweisungen von Brot, Mehl, Nährmitteln und Zucker nachstehend bestimmte Kopfsätze vorgesehen sind, bedeuten sie Mindestmengen. Es

muß daher als erwünscht gelten, wenn höhere Sätze oder besondere Zuweisungen, wie beispielsweise die an manchen Orten üblichen Wöchnerinnenpakete, gewährt werden können.

4. Die für die Ernährung der gesunden Säuglinge nötige Menge an Haferflocken und Weizengrieß (III a, 3) ist von den Kommunalverbänden bei der Verfügung über die ihnen für die allgemeine Versorgung zugewiesenen Nährmittelmengen vorweg zu berücksichtigen und sicherzustellen. Die Art der Ausgabe an die Bezugsberechtigten (Ausgabestellen, Bezugsscheine u. dgl.) ist örtlich näher zu regeln.

Die kommunalen Verbände haben außerdem Vorsorge zu treffen, daß für kranke Kinder (Ziffer IV, ebenso wie für erwachsene Kranke) eine nach dem örtlichen Durchnittsbedarf zu bemessende Menge an Haferflocken und Weizengrieß in bestimmten Ausgabestellen (Krankenhäusern, Kliniken, Apotheken, Säuglingsfürsorgestellen usw.) zur Verfügung steht, damit diese Nährmittel hier in geringen Mengen, etwa bis zu einem Pfund wöchentlich, nach näherer Bestimmung der Behörde, in Notfällen jeder Zeit bezogen werden können.

5. Durch geeignete Anordnungen ist eine unbedingte Gewähr dafür zu schaffen, daß das den Kommunalverbänden zugewiesene, zu nur 75 v. H. ausgemahlene Weizenmehl oder das aus ihm herzustellende Krankengebäck ausschließlich für Kranke zur Ausgabe gelangt. Die Verabfolgung hat unter Anrechnung auf die Brotkarte zu erfolgen.

6. Für den Bezug der ausschließlich für kranke Kinder bestimmten Nährmittelzubereitungen gelten die Bestimmungen unter Ziffer IV.

II. Werdende Mütter.

1. Vom 6., spätestens vom 7. Kalendermonat der Schwangerschaft ab bis zur Beendigung der Schwangerschaft sind auf Antrag Schwangerschaftszulagen nach Ziffer 3 zu gewähren. Die Anweisung auf die Zulage erfolgt durch die Gemeindebehörde. Zum Nachweis der Schwangerschaft kann die Bescheinigung einer Hebamme verlangt werden.

2. In früheren Abschnitten der Schwangerschaft können Zulagen nur nach den für die Krankenversorgung geltenden Bestimmungen auf Grund eines ärztlichen Zeugnisses durch die kommunalärztliche Prüfungsstelle bewilligt werden.

Für Schwangerschaftszulagen (Ziffer 1) kommen in Betracht Brot und Milch.

Es sind zu gewähren:

a) eine Brotzulage von mindestens 350 g Brot für die Woche. Diese Brotzulage ist dem Bedarfsanteil des Kommunalverbandes zu entnehmen und durch entsprechende Regelung des Verbrauchs der dem Kommunalverband zur Verfügung stehenden Vorräte gemäß § 47 der Verordnung über Brotgetreide und Mehl aus der Ernte 1916 vom 29. Juni 1916 (Reichs-Gesetzbl. S. 613 ff.) zu beschaffen. Eine Erstattung dieser Brotzulage seitens der Reichsgetreidestelle findet nicht statt;

b) soweit Vollmilch zur Verfügung steht, täglich bis 3/4 Liter (zu § 4 Ziffer 1 d der Anordnungen der Reichsstelle für Speisefette), sonst, wenn möglich, Magermilch oder eine entsprechende Zulage in anderen gleichwertigen Lebensmitteln, wie Teigwaren, Nährmittel, Zucker.

III. Gesunde Säuglinge und Kinder.

Neben der Milchversorgung nach den Anordnungen der Reichsstelle für Speisefette zu § 4 Ziffer 1 a, b, c, d und e, nnd zu § 5 der Milchverordnung vom 8. Oktober 1916 sollen erhalten:

a) Säuglinge:

1. Zucker nicht unter 30 g und möglichst bis zu 50 g täglich,
2. mindestens 200 g Weizenmehl gewöhnlicher Ausmahlung für die Woche,
3. an Nährmitteln mindestens 500 g Haferflocken oder Weizengrieß den Monat.

Soweit für den Säugling nicht volle Nahrungsmittelkarten ausgegeben werden, sollen den stillenden Müttern nach Möglichkeit Zulagen (Stillbeihilfen) gewährt werden.

b) Kinder vom zweiten Lebensjahr ab haben den Anspruch, sämtliche Lebensmittel nach den für diese im einzelnen geltenden Bestimmungen zu be-

ziehen. Eine Herabsetzung des örtlichen allgemeinen Kopfsatzes bei der Mehl- und Brotversorgung zu ungunsten der Kinder ist nicht statthaft.

IV. Kranke Kinder bis zum vollendeten zweiten Lebensjahre.

Für diese kann es notwendig werden, die gewöhnliche Ernährung durch Verabfolgung von weniger stark ausgemahlenem Weizenmehl oder durch besondere, ausschließlich für diesen Zweck bestimmte Nährmittelzubereitungen zu ersetzen oder zu ergänzen.

1. Die Verabfolgung des 75 prozentigen Weizenmehls ist nach Ziffer 1, 5 besonders zu regeln.

2. Die nachstehend aufgeführten Nährmittelzubereitungen dürfen auf Grund einer den herstellenden Fabriken bei der Belieferung mit Rohstoffen gemachten Auflage künftig nur noch an behördlich zugelassene Ausgabestellen abgegeben werden. Den Kommunalverbänden steht es frei, die Zubereitungen unmittelbar von den Fabriken zu beziehen und an die Ausgabestellen zu verteilen oder den Fabriken die bezugsberechtigten Ausgabestellen (Krankenhäuser, Kliniken, Apotheken, Säuglingsfürsorgestellen u. dgl. namentlich zu bezeichnen.

Die Kommunalverbände haben zu überwachen, daß die nach dem durchschnittlichen Bedarf benötigten Mengen dieser Heilmittel nach Möglichkeit in den Ausgabestellen jederzeit zur Verfügung gehalten werden.

Die Abgabe in den Ausgabestellen an den Verbraucher ist nur auf Grund einer ärztlichen Bescheinigung zulässig. Die Kommunalverbände erlassen die hierfür nötigen nähren Bestimmungen und überwachen deren Durchführung.

Milchzubereitungen.

Eiweißmilch nach Finkelstein u. Meyer, hergestellt von den Töpferschen Trockenmilchwerken in Böhlen in Sachsen.

Buttermilch derselben Werke und der Deutschen Milchwerke in Zwingenberg.

Larosan (Kasein-Kalzium) der Vereinigten chemischen Werke in Grenzach in Baden.

Plasmon der Firma „Plasmon" G. m. b. H., Neubrandenburg in Mecklenburg.

Ramogen der Deutschen Milchwerke in Zwingenberg und Büdingen in Hessen.

Malzzuckerzubereitungen.

Soxhlets Nährzucker, Nährmittelfabrik München-Pasing.

Löflunds Nährmaltose und Löflunds Malzsuppenextrakt Löflund u. Co. — Grumbach b. Stuttgart, Soxhlets verbesserte Liebigsuppe.

Die Verabfolgung von Eiweiß- und Buttermilch sowie von Ramogen ist nur unter Einziehung der Vollmilchkarte, die der Malzzuckerzubereitungen nur unter Einziehung der Zuckerkarte für die Dauer der Verschreibung zulässig. Die näheren Bestimmungen sind von den Kommunalverbänden zu treffen.

Die Verschreibung darf für Nährzucker und Nährmaltose die Menge von 200 g bis 350 g, bei Malzsuppenextrackt von 500 g bis 700 g (1- bezw. 1½-Liter-Flasche) für Kopf und Woche nicht übersteigen.

B. Königreich Preussen.

Maßnahmen zur Bekämpfung des Schleichhandels. Rund-Erlaß des Ministers des Innern vom 8. Juni 1917 — IIa 789 — an die Herren Regierungspräsidenten.

Im Einvernehmen mit dem Präsidenten des Kriegsernährungsamts und mit dem Preußischen Staatskommissar für Volksernährung erblicke ich in dem unrechtmäßigen Handel mit öffentlich bewirtschafteten, beschlagnahmten Lebensmitteln eine besondere Gefahr für die gleichmäßige Ernährung des Volkes. Der von gewissenlosen Personen betriebene Schleichhandel verhindert eine gleichmäßige Verteilung der notwendigsten Lebensmittel, indem er Waren in den Handelsverkehr einbezieht, die diesem entzogen sind, und diese Waren zu Wucherpreisen an Personen bringt, die größere Mittel zur Erreichung von Sondervorteilen in ihrer Ernährung aufzuwenden vermögen. Trotz aller Gegenmaßnahmen nimmt der Schleichhandel immer weitere Ausdehnung an. Es bedarf nachdrücklicheren Vorgehens als bisher. Insbesondere wird gegen die zahlreichen unzuverlässigen Gast- und Schankwirtschaften, Konditoreien, Bäckereien, Feinkostgeschäfte usw., die am Schleichhandel hauptsächlich beteiligt sind, unnachsichtlich einzuschreiten sein. Rechtsgrundlage für die Prüfungen dieser Betriebe bildet die Bekanntmachung über Vorratserhebungen vom 2. Februar

1915 (Reichs-Gesetzbl. S. 54, 549 und 648). Im Falle der Feststellung unzulässiger Vorräte wird tunlichst neben der sofort durchzuführenden strafgerichtlichen Beschlagnahme der vorgefundenen Mengen (Bekanntmachung gegen übermäßige Preissteigerung vom 23. Juli 1915/23. März 1916 — Reichs-Gesetzbl. 15 S. 467, 514, 604 und Reichs-Gesetzbl. 16 S. 184, Strafprozeßordnung § 94) und neben deren sofortiger Verwertung gemäß Bekanntmachung vom 22. März 1917 (Reichs-Gesetzbl. S. 255) die dauernde Schließung der Betriebe, nicht nur die Ausschließung einzelner Angestellter, in Anwendung der Bekanntmachung zur Fernhaltung unzuverlässiger Personen vom Handel vom 23. September 1915 (Reichs-Gesetzbl. S. 603) zu erfolgen haben. Daneben wird die gerichtliche Strafverfolgung der Schuldigen zu betreiben sein. Die öffentliche Brandmarkung der gemaßregelten Betriebe, durch Bekanntgabe der Namen der Inhaber und Firmen, ist ein geeignetes Mittel, die in dem Vorgehen vorliegende Warnung und Abschreckung wirksamer zu gestalten, so daß sie in allen geeigneten Fällen zu empfehlen ist. Da die Gefahr der Erschütterung der Volksernährung durch den Schleichhandel für die bevorstehenden Schlußmonate des Erntejahres besonders greifbar wird, ersuche ich Sie ergebenst, unverzüglich die erforderlichen Maßnahmen zu treffen und insbesondere anzuordnen, daß die polizeiliche Nachschau in den oben bezeichneten Betrieben unter Zusammenziehung aller verfügbar zu machenden Vollzugsbeamten nach Möglichkeit so häufig vorgenommen wird, daß Zuwiderhandlungen nicht unbemerkt bleiben können.

Bei Vorliegen begründeten Verdachts der widerrechtlichen Beschaffung rationierter Waren wird die polizeiliche Prüfung, die durch besonders geschickte und zuverlässige Beamte auszuführen sein würde, vor den städtischen und ländlichen Einzelhaushaltungen nicht Halt machen dürfen.

In geeigneten und wichtigen Fällen gebe ich anheim, die Hilfe des Kriegswucheramts in Anspruch zu nehmen.

Deckung des Bedarfs der Medizinaluntersuchungsanstalten an Agar-Agar sowie Wiederverwendung gebrauchter Agarnährböden. Erlaß des Ministers des Innern vom 13. Juni 1917 — M 17189 — an die zuständigen Herren Regierungspräsidenten; abschriftlich an die Herren Direktoren der Hygienischen Institute.

Das Kriegsministerium hat einen Vorrat von Agar-Agar für die Herstellung bakteriologischer Nährböden beschlagnahmen und in der Kaiser Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen in Berlin NW. 40, Scharnhorststraße 35, einlagern lassen, aus dem auch der Bedarf der Medizinaluntersuchungsämter usw. nach Möglichkeit gedeckt werden soll. Soweit daher Agar-Agar im freien Verkehr nicht mehr erhältlich ist, können die Untersuchungsämter ihn bei der Kaiser Wilhelms-Akademie anfordern. Da der Agar-Agar zu verschiedenen Zeiten durch Beschlagnahme sichergestellt, auch seine Güte verschieden ist, so hat sich ein Einheitspreis nicht festsetzen lassen. Die Kaiser Wilhelms-Akademie muß daher bei der Bemessung des Verkaufspreises den für den einzelnen Ballen des Rohstoffes von ihr selbst gezahlten Einstandspreis zugrunde legen.

Das Kriegsministerium hat zugleich darauf aufmerksam gemacht, daß mit dem Vorrat auf das allersparsamste umgegangen werden muß und es infolgedessen geboten ist, bakteriologisch-wissenschaftlice Arbeiten nur dann vornehmen zu lassen, wenn sie im Interesse der Volksgesundheit unerläßlich sind. Auf Bezug von Agar-Agar aus dem Auslande kann kaum mehr gerechnet werden, auch würden die Preise für diese Ware außerordentlich hohe sein. Es ist ferner auf die von verschiedenen Seiten gemachten Vorschläge zur Wiederverwendung des gebrauchten Agarnährbodens hingewiesen worden. In der Untersuchungsstelle eines großen Kriegsgefangenenlagers wird beispielsweise fast nur gebrauchter Agar verwendet, teilweise bis zu 7 und 8 mal; freilich scheint für den Erfolg des Agar-Erneuerungsverfahrens die Geschicklichkeit und Hingabe des jeweiligen Vorstehers des Untersuchungsamts von besonderer Bedeutung zu sein.

Verhaltungsmaßregeln zur Verhütung von Gesundheitsschädigungen durch bakterienhaltige Mäuse- und Rattenvertilgungsmittel. Erlaß der Minister für Landwirtschaft usw. und des Innern vom 4. Juni

1917 — M. d. I. M. 12098 M. f. L I A III e 5314 — an die Herren Regierungspräsidenten.

Die Verhaltungsmaßregeln zur Verhütung von Gesundheitsschädigungen durch Mäusevertilgungsmittel sind im Kaiserlichen Gesundheitsamte neu gefaßt und insbesondere auch auf die Rattenvertilgungsmittel ausgedehnt worden. Indem wir einige Druckstücke hiervon beifügen, ersuchen wir im Einvernehmen mit dem Herrn Minister für Handel und Gewerbe ergebenst, das weiter Erforderliche gefälligst zu veranlassen.

Verhaltungsmaßregeln zur Verhütung von Gesundheitsschädigungen durch die Mäuse- und Rattenvertilgungsmittel, welche Bakterien aus der Gruppe der Rattenschädlinge oder Mäusetyphusbazillen enthalten.

1. Die Bakterien der bakterienhaltigen Mäuse-, Ratten- und Hamstervertilgungsmittel sind für den Menschen nicht ganz ungefährlich.

2. Durch Aufnahme größerer Mengen solcher Bakterien können Durchfälle und selbst schwere Erkrankungen hervorgerufen werden. Besonders gefährdet sind Kinder und Personen, welche an Darmstörungen leiden oder dazu neigen.

3. Deshalb sind solche Personen und Kinder unter 12 Jahren mit der Zubereitung und beim Auslegen derartiger Präparate nicht zu verwenden.

4. Die mit dem Zurichten der Präparate und dem Auslegen der damit beschickten Köder betrauten Personen sind davor zu warnen, während dieser Arbeiten zu essen, zu rauchen oder mit den Fingern den Mund zu berühren. Namentlich sollen sie sich hüten, von den zubereiteten Ködern zu essen.

5. Die mit den bezeichneten Arbeiten beauftragten Personen haben sich nach beendeter Arbeit zuerst die Hände und dann das Gesicht gründlich mit Seife zu waschen.

6. Alle bei der Zubereitung der Bakterienpräparate und bei der Auslegung benutzten Gefäße sind nach jedesmaligem Gebrauche mit heißer Sodalösung auszuwaschen oder auszukochen.

6. Bei Benutzung von Kulturen, die unter Verwendung von Milch hergestellt worden sind, ist auf die Befolgung der vorstehenden Ratschläge besonders zu achten.

8. In Räumen, welche zur Herstellung, zur Verpackung oder zur Aufbewahrung von menschlichen Nahrungs- und Genußmitteln benutzt werden, sind solche bakterienhaltigen Präparate nicht zu verwenden.

Wiedergewinnung des in Krankenanstalten abfallenden gebrauchten Spiritus. Erlaß des Ministers des Innern vom 12. Juni 1917 — M 6120— an die Herren Oberpräsidenten und Regierungspräsidenten.

Einer Anregung des Herren Reichskanzlers (Reichsamt des Innern) entsprechend, ersuche ich ergebenst, die Krankenanstalten des Bezirks gefälligst anzuweisen, den bei ihnen abfallenden gebrauchten Spiritus zu sammeln, und, insoweit die Anstalten selbst keine Möglichkeit zur Reinigung, z. B. in den Krankenhausapotheken, besitzen, den gesammelten Spiritus geeigneten Reinigungsanstalten zur Reinigung und Wiedergewinnung zuzuführen. Dabei dürften die Reinigungsanstalten davon zu verständigen sein, woher der ihnen zugeführte Spiritus stammt und in welcher Weise oder durch welche Chemikalien, z. B. durch Sublimat, er verunreinigt sein kann, damit danach die Reinigung zweckmäßig einzurichten ist.

Erhebungen über die taubstummen oder der Taubstummheit verdächtigen Kinder. Erlaß des Ministers des Innern vom 31. Mai 1917 — M 1262 — an die Herren Oberpräsidenten und den Herrn Regierungspräsidenten in Sigmaringen.

Einer Anregung des Präsidenten des Statistischen Landesamts hierselbst entsprechend, genehmige ich im Einverständnisse mit dem Herrn Minister der geistlichen und Unterrichts-Angelegenheiten, daß vom 1. Oktober d. Js. ab die für die Reichstatistik angeordnete fortlaufende Erhebung der taubstummen

oder der Taubstummheit verdächtigen Kinder bei ihrem Eintritt in das schulpflichtige Alter der Vollsinnigen in der bisherigen Form fortfällt, und bestimme gleichzeitig, daß die Regierungen vom 1. Oktober d. Js. an die ihnen zur Feststellung der Schulpflicht zugehenden Fragebogen der taubstummen, tauben sowie der hochgradig schwerhörigen Kinder halbjährlich, und zwar für Oktober—März im April, für April—September im Oktober jeden Jahres dem Königlichen Statistischen Landesamt hierselbst, SW. 68, Lindenstraße 28, zur Entnahme der für die Reichstaubstummenstatistik erforderlichen Angaben auf etwa 8 Tage zusenden. Ich ersuche ergebenst, hiernach das weiter Erforderliche gefälligst alsbald zu veranlassen.

Sparsamkeit bei Verordnung von Arzneimitteln. Bekanntmachung des Königl. Polizeipräsidenten in Berlin vom 6. Juni 1917.

Das hiesige stellvertretende Generalkommando des III. Armeekorps hat Veranlassung genommen, auf folgende Mißstände hinzuweisen:

Für die Kriegsgefangenen der Arbeitskommandos werden große Mengen oft teurer, unter Wortschutz stehender Arzneimittel verschrieben. Zu allen Mixturen werden (meist überflüssige) Geschmackskorrigentien, häufig fast sogar sehr kostspielige, wie Sir. Aurant. Cort., Oelzucker u. a. m., verordnet. Verordnung von Arzneispezialitäten, wie Sirolin, Aspirintabletten usw., statt der viel billigeren gleichwertigen Ersatzpräparate (Sir. Kal. sulfogualjacol, Tabletten Ac. acetylosalicyl. und ähnliche), ist fast die Regel. Bei Verbandstoffen sind Verordnungen wie ½ Kilogramm Watte, 10 oder gar mehr Mullbinden, bis zu 3 Flanellbinden oder Trikotschlauchbinden für einen Kranken keine Seltenheit, trotz der wiederholten Hinweise in der Fachpresse auf die Knappheit der Verbandmittel. Es sind möglichst Papierbinden und Zellstoffwatte zu verordnen.

Auch ärztliche Verschreibungen von Luxusgefäßen (z. B. ad. vitr. pat., ad. scat., ad. oll tect.) kommen vor.

Mit Rücksicht auf die infolge des Krieges knapp gewordenen Vorräte beinahe aller Arznei- und Verbandmittel ist größte Sparsamkeit bei dem Verbrauch derselben geboten, damit nicht über kurz oder lang die Bestände völlig aufgebraucht sind. Ganz besonders aber im Hinblick darauf, daß unseren in feindlicher Kriegsgefangenschaft befindlichen Leuten in den allermeisten Fällen nicht einmal die unumgänglich notwendigen Arznei- und Verbandmittel geliefert werden, ist das oben geschilderte Verfahren der Arzneiverschwendung, wie es leider von einem großen Teil der Aerzte geübt wird, nicht am Platze. Zwar sollen die Kriegsgefangenen Arzneien usw. erhalten, jedoch müssen sämtliche Verordnungen sich auf das unumgänglich Notwendige beschränken und jedenfalls dem Grundsatze der durch die Zeitlage gebotenen weisen Sparsamkeit entsprechen.

Zur Erzielung größerer Sparsamkeit beim Arzneiverbrauch sind die in den Berliner Magistratsformeln Ausgabe 1917 unter Ziffer 5 abgedruckten Bestimmungen als sehr geeignet zu empfehlen.

Einsammlung von Arzneipflanzen. Erlaß des Ministers des Innern vom 30. Mai 1917 — M 5782 — an die Herren Regierungspräsidenten.

Von den zu Heilzwecken dienenden Pflanzendrogen ist in Friedenszeiten ein großer Teil aus dem Auslande bezogen worden. Nachdem sich infolge des Krieges die Zufuhr von dort wesentlich verringert hat, kann der volle Bedarf nur gesichert werden, wenn den im Inlande wildwachsenden Arzneipflanzen fortan eine erhöhte Beachtung zugewendet wird. Von sachverständiger Seite sind deshalb für alle Teile der Monarchie Veranstaltungen vorgesehen, die darauf hinzielen, die Bevölkerung unter Hinweis auf die Bedeutung und den Wert der Arzneikräuter zu einer größeren Sammeltätigkeit anzuregen und die gesammelten Pflanzenteile sachgemäß aufbewahren, trocknen und den Großhandel zuführen zu lassen. Diese Veranstaltungen verdienen vom Standpunkte der öffentlichen Gesundheitspflege jede Förderung. Es ist insbesondere dringend erwünscht, daß den Einsammlern von Arzneipflanzen das Betreten von Feld und Wald nicht in unnötiger Weise erschwert wird. Entsprechende Belehrung der beteiligten Kreise wird zu einem allseitigen verständnisvollen Entgegenkommen führen.

C. Königreich Bayern.

Fürsorgestellen für Tuberkulose. Bekanntmachung des Staatsministeriums des Innern vom 16. April 1917.

Die lange Dauer des Krieges und die damit verbundenen Schädlichkeiten, wie Anstrengungen und Aufregungen, unzureichende Nahrung, schlechtere Wohnungsverhältnisse, verminderte gesundheitliche Fürsorge, bringen die Gefahr einer neuen Ausbreitung der durch die Arbeit vieler Jahre mühsam zurückgedrängten Tuberkulose mit sich. Dieser Gefahr kann nur durch einen beschleunigten Ausbau der Fürsorgestellen begegnet werden. Dabei wird sowohl die Einrichtung neuer Fürsorgestellen in Bezirken, in denen solche bisher vermißt wurden, als auch der Ausbau der bestehenden, namentlich auch ihre bessere wirtschaftliche Sicherstellung anzustreben sein.

Die mit der Bekanntmachung vom 29. März 1911 veröffentlichten Leitsätze für die Einrichtung und den Betrieb von Fürsorgestellen für Tuberkulose haben sich bewährt. Sie werden deshalb auch fernerhin zweckmäßig als Richtlinien dienen, hierbei wird den durch den Krieg geschaffenen besonderen Verhältnissen Rechnung zu tragen sein. Als Anhalt für die weiteren Maßnahmen sind die nachstehend abgedruckten, vom deutschen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose aufgestellten Leitsätze über den Ausbau des Fürsorgestellenwesens zu beachten.[1])

Nach dem Kriege wird es mehr denn je darauf ankommen, mit Kräften und Mitteln auf allen Gebieten hauszuhalten. Es wird sich deshalb vielfach auch bei der Gründung und dem Ausbau von Fürsorgestellen für Tuberkulose, namentlich in ländlichen Bezirken, ein Zusammenarbeiten mit anderen Einrichtungen der sozialen Fürsorge empfehlen.

Ein solches Zusammenwirken mit anderen bereits bestehenden oder noch zu gründenden Wohlfahrtseinrichtungen wird vielfach nicht nur eine wesentliche Ersparnis an Betriebskosten und Arbeitskräften ermöglichen, sondern wird auch den unter Fürsorge gestellten Personen selbst zugute kommen. So können die Kosten einer Tuberkulosefürsorgestelle häufig verringert werden, wenn diese in demselben Gebäude mit anderen Wohlfahrtseinrichtungen untergebracht werden kann. Dadurch wird sich auch der Geschäftsverkehr unter diesen Stellen tunlichst vereinfachen lassen. Wenn auch bei stark beanspruchten Fürsorgestellen, wie in den großen Städten, die gemeinsame Benützung von Räumen mit anderen Fürsorgestellen oder ähnlichen Einrichtungen sich nicht empfiehlt, so bestehen hiergegen bei kleineren Einrichtungen keine Bedenken, woferne durch Verteilung der Geschäftsstunden auf verschiedene Tage, zum mindesten auf verschiedene Tagesstunden, eine Trennung der Besucher stattfindet und die von tuberkulösen oder der Tuberkulose verdächtigen Personen benützten Räume vor anderweitiger Verwendung jeweils gründlich gereinigt, tunlichst desinfiziert und ausgiebig gelüftet werden. Bei kleineren Fürsorgestellen werden vielfach der Arzt, die Fürsorgeschwester und die sonst sich betätigenden Personen häufig für verschiedene Wohlfahrtseinrichtungen herangezogen werden können. Dadurch wird auch die Hilfeleistung nicht selten wirksamer und rascher sein, so wenn bei den Ermittlungen der einen Wohlfahrtsstelle bekannt wird, daß in der unterstützungsbedürftigen Familie auch ein Eingreifen einer anderen Wohlfahrtsstelle angezeigt ist, wenn beispielsweise neben der Hilfe für eine tuberkulöse Person noch die Fürsorge für einen Säugling, ein Kleinkind, ein krüppelhaftes Kind notwendig ist, oder die ungesunde Wohnung, vielleicht auch Alkoholmißbrauch Abhilfe erheischen. Durch ein Zusammenarbeiten der einzelnen Wohlfahrtsstellen wird auch vermieden, daß eine unnötig gehäufte Fürsorgetätigkeit mehrerer Wohlfahrtsstellen stattfindet, ohne daß diese von ihrer gleichzeitigen Inanspruchnahme Kenntnis erhalten.

[1]) Siehe Beilage Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung zu Nr. 8 dieser Zeitschrift, Jahrg. 1917, S. 48.

Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 15. 5. August. 1917.

Rechtsprechung.

Berechnung der Gebühren für gerichtsärztliche Gutachten. Beschluß des Königl. Landgerichts in Paderborn vom 17. Juli 1917.

Es kann dahingestellt bleiben, ob Prof. Dr. Sch. in seiner Eigenschaft als Direktor der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in G. als öffentlicher Beamter anzusehen ist. Denn selbst wenn diese Frage zu bejahen ist, so findet der § 14 der Reichsgebührenordnung nur dann Anwendung, wenn seine Zulassung als Sachverständiger aus Veranlassung seines Amtes erfolgt wäre, wenn er sein Gutachten über Vorgänge abgegeben hätte, mit denen er amtlich befaßt war. Diese Voraussetzung aber ist im vorliegenden Falle nicht gegeben. Mit der Beobachtung des Angeklagten W. zufolge dessen Ueberweisung in die Heilanstalt Göttingen ist Prof. Dr. Sch. nicht als Direktor dieser Anstalt, sondern als für den Einzelfall ausgewählter Psychiater befaßt worden; sie bildet einen Teil der ihm aufgetragenen Sachverständigentätigkeit. Mithin stand es ihm frei, an Stelle der Gesamtvergütung nach den Taxvorschriften die Berechnung der Gesamtvergütung nach den Vorschriften der Gebührenordnung für Zeugen und Sachverständige zu beanspruchen. (§ 13 Abs. 2 G.O.)

Danach konnte er verlangen:

an Vergütung für 20 Stunden à 3 M. = . . .	60,— M.,
an Entschädigung für die baren Auslagen:	
a) an Fahrgeld	11,— „
b) Nachtquartier	4,— „
c) an Aufwand für 2 Tage à 7,50 M. = .	15,— „
im ganzen	90,— M.,

die ihm auch der Gerichtsschreiber zugebilligt hat.

Erteilung des Zwangsrechts zur Duldung der Anlage einer unterirdischen Druckwasserleitung für eine städtische Wasserleitung. Beschluß des Königlich Preußischen Landeswasseramts vom 27. Juni 1916.

Die Gemeinde Berlin-Steglitz hatte mit der Gemeinde Berlin-Lichtenberg einen Vertrag auf Lieferung von einwandfreiem Trink- und Gebrauchswasser abgeschlossen, durch den sie verpflichtet war, die dazu erforderlichen Druckrohrstränge am Lichtenberger Pumpwerk bis nach Steglitz selbst zu legen. Da diese Durchleitung des Druckrohrs von verschiedenen beteiligten Grundbesitzern nicht gestattet wurde, beantragte die Stadtgemeinde Steglitz bei dem Bezirksausschuß in Potsdam auf Grund des § 204 des Wassergesetzes die Erteilung des Zwangsrechts zur Duldung dieser Durchleitung und erhob, als der Antrag abgewiesen wurde, Beschwerde beim Landeswasseramt in Berlin, das diese als berechtigt mit nachfolgender bemerkenswerter Begründung anerkannte:

. . . . „In welcher Weise die Gemeinden den öffentlichen Bedürfnissen der kommunalen Wirtschaft genügen wollen, ist erfahrungsgemäß in ihr freies Ermessen gestellt; sie sind darin nur denjenigen Beschränkungen unterworfen, die die gesetzlichen Vorschriften der Kommunalaufsicht geben. Den Beschlußbehörden bei der Feststellung von Zwangsrechten kommunalaufsichtliche Befugnisse zu übertragen, ist nicht die Absicht des Wassergesetzes gewesen und würde über den Rahmen und die Zwecke des Verfahrens zur Begründung des Zwangsrechts hinausgehen. Ebensowenig kann es richtig sein,

die Vorteile der Befriedigung der Bedürfnisse der Kommunalwirtschaft allein nach dem Maßstabe des rechnungsmäßigen Ergebnisses zu prüfen, abgesehen davon, daß die Gemeinde es in der Hand hat, diese Vorteile durch Bemessung des Wasserzinses beliebig zu verändern. Als Nutzen im Sinne des vorliegenden Unternehmens kommt allein die Möglichkeit in Frage, der Gemeinde Wasser zu beschaffen und dadurch einem Bedürfnis zu genügen, dessen Befriedigung nach den örtlichen Verhältnissen und den an Gemeinden gleicher Art zu stellenden Anforderungen als notwendige Aufgabe der kommunalen Wirtschaft angesehen werden muß. Bei den steigenden Schwierigkeiten, diesem Bedürfnis in der Nähe von Berlin zu genügen, Schwierigkeiten, die durch die Vorgeschichte der Steglitzer Wasserleitung ihre volle Betätigung gefunden haben, muß die Möglichkeit der Beschaffung einwandfreien Wassers als erheblicher Nutzen im Sinne des Gesetzes angesehen werden. Auch in der einer Gemeinde eröffneten Möglichkeit, eine eigene Wasserversorgung einzurichten und sich von dem Vertrage mit einer Privatgesellschaft frei zu machen, ist ein so erheblicher öffentlicher Nutzen zu erblicken, daß dagegen der Nachteil der einzelnen betroffenen Grundstückseigentümer schwerlich entscheidend wird ins Gewicht fallen können. Diesen Nutzen rechnungsmäßig zu beziffern ist weder möglich, noch notwendig; die Abwägung gegen die den einzelnen Grundeigentümern etwa erwachsenden Schäden muß unter Würdigung dieses Gesichtspunktes erfolgen.

(Oeffentliche Gesundheitspflege; zweiter Jahrgang, 1917, Heft 4.)

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Königreich Preußen.

Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in den Kur- und Badeorten. Erlaß des Ministers des Innern vom 11. Juni 1917 — M 10706 — an die Herren Regierungspräsidenten.

Seitens des Deutschen Ausschusses für die gesundheitlichen Einrichtungen in den Kur- und Badeorten in Misdroy ist bei mir auf die große Gefahr der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in den Kur- und Badeorten hingewiesen und die Anordnung geeigneter Bekämpfungsmaßnahmen erbeten worden. Indem ich davon absehe, wegen der Verschiedenartigkeit der zu berücksichtigenden Verhältnisse allgemeine Bestimmungen zu erlassen, verweise ich ergebenst auf die anliegenden, von dem genannten Ausschuß für die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in den Kur- und Badeorten aufgestellten Leitsätze, ohne sie mir im einzelnen zu eigen zu machen. Die darin angegebenen Maßnahmen erfassen den beabsichtigten Zweck im allgemeinen richtig. Die vorgesehene Verteilung der Merkblätter der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten wird den Gemeindevorständen anheimzugeben sein. Die Fürsorge für die Erkrankten wird sich am besten durch Einrichtung von Fürsorgestellen mit unentgeltlicher Behandlung ermöglichen lassen. Betreffs des Schlußsatzes der Leitsätze bemerke ich indessen, daß er insofern ein falsches Bild von dem bestehenden Rechtszustand zu geben geeignet ist, als er ganz allgemein behauptet, daß eine Anzeige zu erstatten ist, während tatsächlich nur Verfolgung auf Antrag des Geschädigten eintreten kann. Soweit erforderlich, stelle ich die weiteren Anordnungen hiernach ergebenst anheim.

Anlage.

Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in den Kur- und Badeorten.

Die Geschlechtskrankheiten bilden, wie allgemein anerkannt ist, eine große Gefahr für die Volksgesundheit. Ihr Hauptausgangspunkt sind die großen Städte, ferner die Standorte der Truppen. Daß in stark besuchten Kurorten, Seebädern und Sommerfrischen die Verhältnisse denen der Großstädte vielfach ähnlich sind, wurde bisher wenig beachtet. In vielen Badeorten, die weniger von Schwerkranken als von Erholungsbedürftigen besucht werden, trägt der ganze Zuschnitt des Badelebens großstädtisches Gepräge. Mehr als die Hälfte der Gäste sind Großstädter, das Sommerpersonal ist während der übrigen Jahreszeit in größeren Städten beschäftigt; ferner aber sind infolge des Krieges auch Heeresangehörige in ungewöhnlicher Zahl in den Badeorten anzutreffen.

Hieraus ergeben sich besondere Gefährdungen:

1. Durch das Sommmerpersonal.

Bei Kellnern, Musikern und Friseuren sind Geschlechtskrankheiten häufig, aber auch bei dem weiblichen Hotelpersonal. Im allgemeinen stehen die besseren und gefestigteren Elemente dieser Berufsklassen in dauernden Jahresstellungen, während zahlreiche minderwertige während der Kurzeit in die Badeorte strömen und, wenn erkrankt, teils durch Unkenntnis, teils durch Achtlosigkeit ihre Umgegend gefährden.

2. Durch die Badegäste.

Das sorglose Leben, die freien gesellschaftlichen Formen, die einseitig auf die Körperpflege gerichtete Aufmerksamkeit, die für viele geschlechtlich erregende Wirkung der Bäder, z. B. der See- oder der Kohlensäurebäder, ferner bei den Alleinreisenden der mangelnde Rückhalt an der Familie und die den Ortsfremden nicht so notwendige Rücksichtnahme auf persönliche Stellung und Ansehen — das alles gibt Anlaß zu geschlechtlichen Ausschreitungen.

3. Durch Heeresangehörige.

Der Krieg führt bei vielen zu einer Lockerung der Sitten; und wenn auch der Verhältnissatz der Geschlechtskranken nur wenig verändert ist, so darf man bei der Größe des Kriegsheeres und der großen Zahl von Kurbedürftigen, durch die jetzt schon manche Badeorte an Standorte von Truppen erinnern, diese Gefahr nicht unterschätzen.

4. Durch Vergnügungsstätten niedriger Art.

Solche haben nach großstädtischem Muster in den letzten Jahren vor dem Kriege auch in mittleren und kleineren Badeorten Eingang gefunden. Sie sichern dem Unternehmer bei dem sorglosen, freien Leben der Badegäste leichten und reichen Gewinn. Aber auch mancher Kurdirektor vermeint, seinem Badeort durch derartige Einrichtungen eine besondere Anziehungskraft geben zu sollen, und es besteht in manchen Orten, namentlich in Seebädern, eine bedenkliche Duldsamkeit der Polizeibehörden gegenüber dem Nachtbetrieb.

Das Vorhandensein von Nachtlokalen fördert mittelbar den weiteren Zuzug weiblicher Personen, die unangemeldet und bei dem steten Wechsel der Badegäste schwer feststellbar gewerbsmäßig Unzucht treiben. Diese aber sind die gefährlichsten Verbreiter der Geschlechtskrankheiten.

Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in den Kur- und Badeorten wäre verhältnismäßig leicht, wenn für die Erkrankungen eine Anzeigepflicht, wenn ferner für anzustellendes Personal eine Untersuchungspflicht bestände. Beides ist schwer durchführbar. Jene würde die Erkrankten in die Behandlung Unberufener treiben, diese würde an dem Widerstand der Arbeitgeber scheitern.[1])

Die Hauptaufgabe wird sich mithin

a) auf die Bekämpfung der Krankheitsursache,

b) auf die Heilung der Erkrankten erstrecken müssen.

a) Für die Bekämpfung der Krankheitsursache ist zunächst die Aufklärung über die meist unterschätzten Gefahren der Erkrankung von hohem Werte. Das Merkblatt der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (Berlin W. 66, Wilhelmstraße 48) sollte in den in Betracht kommenden Kreisen tunlichst verbreitet werden.

Es sollten ferner zu Beginn der Kurzeit kurze leichtverständliche ärztliche Vorträge für Angestellte von den Badeverwaltungen oder von den Krankenkassen veranlaßt werden. Die Hausärzte sollten Arbeitgeber, namentlich die im Gastwirtgewerbe stehenden, auf die großen Gefahren der Beschäftigung Geschlechtskranker aufmerksam machen.

---

[1]) Bezüglich der Anzeigepflicht dürfte es aber doch richtig sein, auf das Vorgehen der Freien und Hansestadt Lübeck hinzuweisen; es besteht dort auf Grund des § 4 der Medizinalverordnung die Bestimmung:

„Die im lübeckischen Staatsgebiet praktizierenden Aerzte haben die in ihrer Praxis vorkommenden Erkrankungen an Geschlechtskrankheiten dem Medizinalamt anzuzeigen, falls durch das Verhalten oder die Berufstätigkeit des Kranken dessen Umgebung oder das Publikum gefährdet wird."

(Für eine derartige beschränkte Anzeigepflicht in den Badeorten hat sich ebenfalls der Verein der Badeärzte a. d. Ostsee in seiner Sitzung vom 10. Dezember 1916 einstimmig ausgesprochen.)

Besondere Beachtung erheischt die Unterbringung des Personals. Zur Beseitigung der oft schreienden Mißstände ist die alljährliche Besichtigung der Schlafstätten des männlichen und des weiblichen Personals in den größeren Gasthofbetrieben durch beamtete Aerzte notwendig.

Die Genehmigung der Einrichtung von Lockkneipen, Bars u. dgl. ist möglichst zu versagen. Ein Bedürfnis für solche Stätten wird gerade in Kur- und Badeorten nicht nachgewiesen werden können. Die Kaffehäuser sind mit Rücksicht auf die Ruhe des Kurorts spätestens um 12 Uhr zu schließen.

Die gewerbsmäßige Unzucht ist in Kur- und Badeorten besonders scharf zu überwachen, gegebenenfalls auch durch weibliche Beauftragte. Gegen nächtliches Umhertreiben Angestellter in Kuranlagen, am Strand usw. ist streng einzuschreiten. Die Polizeibehörden sind zu veranlassen, eine sorgfältige ärztliche Untersuchung und Fürsorge für die der gewerbsmäßigen Unzucht verdächtigen Personen bereitzuhalten. Den jugendlichen Verführten ist die Rückkehr zu einem geordneten Lebenswandel tunlichst zu erleichtern.

b) Erkrankten ist die Möglichkeit zu geben, baldigst sachverständige ärztliche Hilfe erhalten. Die Krankenfürsorge wird um so wirksamer sein, je verschwiegener sie ist.

In stark besuchten Badeorten, besonders in der näheren Umgebung großer Städte, aber auch in größeren Seebade- und Luftkurorten, ist die Einrichtung öffentlicher Beratungsstellen nach Art derer für Lungenleidende anzustreben.

Erkrankte, deren häusliche und Berufsverhältnisse die ärztliche Behandlung erschweren, sind im Krankenhause zu behandeln. Den Kassenvorständen ist zu empfehlen, von der Ueberweisung geschlechtskranker Kassenmitglieder in ein Krankenhaus nur aus ganz besonderen Gründen abzusehen. Es ist darauf hinzuwirken, daß in keinem Krankenhause, wofern es nicht Sonderzwecken dient, die Aufnahme Geschlechtskranker auf Grund von Satzungsbestimmungen abgelehnt werde. Die Geschlechtskranken sind in den Krankenhäusern gesondert, aber ebenso gut wie die anderen Kranken unterzubringen. Das Personal ist auf die Schweigepflicht mit Nachdruck hinzuweisen.

Die Apotheker sind durch den beamteten Arzt daran zu erinnern, daß die von ihnen bisweilen geübte Beratung Geschlechtskranker gegen die gesetzlichen Bestimmungen und gegen das öffentliche Wohl verstößt. Solche Ratsuchende sollen an den Arzt verwiesen werden

Geschlechtskranke Personen, die trotz Kenntnis ihres Zustandes durch Geschlechtsverkehr eine Ansteckung verursachen, sind zur Anzeige zu bringen (vergl. 3 §§ 223 ff. 230 StGB.).

Die Sonderkommission des Deutschen Ausschusses für die gesundheitlichen Einrichtungen in den Kur- und Badeorten.
Der Vorsitzende: Dr. Röchling.

Richtlinien für die Ernährung gesunder und kranker Kinder bis zum 2. Lebensjahre in der Kriegszeit. Erlaß des Ministers des Innern vom 22. Juni 1917 — M 1672 — an die Herren Regierungspräsidenten, abschriftlich an die Herren Oberpräsidenten.

Bei einer im Kaiserlichen Gesundheitsamte abgehaltenen Sachverständigenberatung, die durch die Knappheit an Mehlen für diätetische Präparate und Nährmittel veranlaßt war, wurde es allerseits als dringend erwünscht bezeichnet, dafür zu sorgen, daß die Aerzte über den Wert der Kindernährmittel einerseits und über die Entbehrlichkeit mancher, bald nicht mehr erhältlicher oder bereits ausverkaufter diätetischer Präparate für erwachsene Kranke anderseits durch geeignete Veröffentlichungen aufgeklärt werden. Von den einschlägigen Veröffentlichungen liegt nunmehr die erste, in 2 Stücken zur gefälligen Kenntnisnahme beifolgende Drucksache vor.

Das Merkblatt, welches Richtlinien für die Ernährung gesunder und kranker Kinder bis zum 2. Lebensjahre in der Kriegszeit enthält, ist vom Kaiserlichen Gesundheitsamt unter Mitwirkung namhafter Kinderärzte im Einverständnisse mit dem Kriegsernährungsamt herausgegeben.

Die darin für die Ernährung des kranken Säuglings aufgezählten Präparate sind in einer im Kriegsernährungsamt abgehaltenen Sachverständigenberatung als dringend erwünscht bezeichnet und für die weitere Herstellung

ausgewählt worden. Sie sind auch in den „Grundsätzen, betreffend die Ernährungsfürsorge für werdende Mütter, Säuglinge und Kinder“ [1]) aufgeführt.

Weitere Stücke des Merkblattes folgen mit dem ergebensten Ersuchen anbei, je ein Stück den Aerzten des Bezirks, soweit sie Praxis betreiben und nicht im Heeresdienst stehen, übermitteln zu lassen.

Mit den im Merkblatt angegebenen Richtlinien soll nicht eine Art polizeilicher Reglementierung der Ernährung eingeführt oder auch nur der Versuch gemacht werden, den Aerzten Vorschriften über die Art der Ernährung und Behandlung gesunder oder kranker Kinder zu geben. Sie sollen nur Fingerzeige für den Arzt dafür sein, wie er in der jetzigen schwierigen Zeit mit den wenigen noch verfügbaren Präparaten bei der Kinderernährung und -behandlung zur Not auskommen kann; auch sollen sie zur Aufklärung und Beruhigung derjenigen, die für Kinder zu sorgen haben, beitragen.

Anlage.

Merkblatt, enthaltend Richtlinien für die Ernährung gesunder und kranker Kinder bis zum 2. Lebensjahre in der Kriegszeit,

vom Kaiserlichen Gesundheitsamt unter Mitwirkung von praktischen Sachverständigen herausgegeben.

Die auf dem Lebensmittelmarkt eingetretenen Verhältnisse haben es erforderlich gemacht, eine Reihe von Rohstoffen, die bisher zur Herstellung von Kindernährmitteln und diätetischen Zubereitungen verwendet worden sind, fortan der Volksernährung im allgemeinen zuzuführen; nur in sehr beschränktem Umfange können sie noch für die Säuglingsernährung im besonderen verfügbar gemacht werden.

Es wird unter diesen Umständen, angesichts der Notwendigkeit, sich der veränderten Sachlage anzupassen, für manche Aerzte erwünscht sein, kurz dargelegt zu sehen, wie sie sich mit den verfügbaren Mengen der Lebensmittel behelfen können. Trotz der unabänderlichen Tatsache, daß sie auf das eine oder andere ihnen lieb gewordene Präparat vorübergehend werden verzichten müssen, werden sie, wie aus den folgenden Ausführungen hervorgeht, imstande sein, eine sachgemäße Ernährung der ihnen anvertrauten gesunden oder kranken Kinder durchzuführen.

Nach den getroffenen Bestimmungen des Kriegsernährungsamts sind für gesunde und kranke Kinder bis zum vollendeten 2. Lebensjahr die unter I und II aufgeführten Nahrungsmittel und Nährpräparate in den nachbezeichneten Mengen vorgesehen.

I. Ernährung des gesunden Säuglings.

Für gesunde Säuglinge sind vorgesehen:

1. Vollmilch täglich $^3/_4$ bis 1 Liter;
2. Rübenzucker (Rohrzucker) nicht unter 30 g, möglichst bis zu 50 g für den Tag;
3. Weizenmehl, zu 94% ausgemahlen, mindestens 200 g für die Woche;
4. Haferflocken oder Weizengrieß in der Mindestmenge von 500 g für den Monat.

Diese Nahrungsmittel reichen in der angegebenen Beschaffenheit und Menge zur sachgemäßen Ernährung eines gesunden Säuglings aus:

Zu 1. Es braucht der gesunde Säugling kaum jemals mehr als $^3/_4$ Liter Milch, in den ersten Lebensmonaten bekanntlich nur $^1/_2$ Liter.

Zu 2. Bisher wurde der Nährwert der verdünnten Milch, mit der das Kind in den ersten Lebensmonaten ernährt wird ($^1/_3$-Milch, $^1/_2$-Milch, $^2/_3$-Milch) dadurch gehoben, daß eine Anreicherung mit Fett oder mit Kohlehydraten erfolgte. Eine Anreicherung der Milch mit Fett oder Fettkonserven ist infolge des eingetretenen Fettmangels gegenwärtig nicht möglich. Aus diesem Grunde ist auch die weitere Herstellung von fettreichen trinkfertigen Milchmischungen eingestellt. Für die zukünftige Kriegszeit bleibt keine andere Wahl, als die Anreicherung der Milchmischungen mit Zucker und Mehl. Die Säuglinge erleiden dabei keinen Schaden an ihrer Gesundheit. Von dem zur Hebung des Nährwertes der Säuglingsnahrung geeigneten Rübenzucker (Rohr-

[1]) Siehe Beilage Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung zu Nr. 14 dieser Zeitschrift, Jahrg. 1917, S. 98.

zucker) sind bis zu 50 g täglich für den Kopf der Säuglinge vorgesehen. Diese Menge ist ausreichend, um den Nährwert der Mischung so hoch zu halten, wie ihn das Kind zu seinem Gedeihen benötigt. Mit Rücksicht darauf, daß die Herstellung von malzzuckerhaltigen Präparaten stark eingeschränkt werden mußte, ist deren Verwendung für die Anreicherung der Milchmischungen für gesunde Kinder nicht mehr angängig; sie bleiben ausschließlich den kranken Kindern vorbehalten.

Zu 3. Neben dem Rübenzucker (Rohrzucker) ist zur Anreicherung der Milchmischung Mehl erforderlich, welches in Form von Schleim- oder Mehlabkochungen der Milch zugefügt wird. Von den Mehlen kommen in Frage: Roggenmehl, Weizenmehl, Hafermehl, Maismehl, Reismehl. Das gesunde Kind scheint sämtliche Mehlarten in gleicher Weise verarbeiten zu können, jedenfalls bestehen kaum Unterschiede zwischen dem am häufigsten gebrauchten Weizenmehl und Hafermehl. Nach den vom Kriegsernährungsamt getroffenen Bestimmungen sind für die Woche mindestens 200 g Weizenmehl, das bis zu 94 % ausgemahlen ist, für den Kopf der Säuglinge vorgesehen, d. h. für den Tag eine Menge von ungefähr 30 g. Diese Menge ist in Anbetracht der gewährten Zuckermenge ausreichend. Daß das 94prozentig ausgemahlene Mehl vom Säugling vertragen wird, haben Untersuchungen im Kaiserin Auguste Victoria-Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche und in der Universitäts-Kinderklinik zu München erwiesen. Das Urteil des Kaiserin Auguste Victoria-Hauses lautet dahin, daß das zu 94 % ausgemahlene Weizenmehl von gesunden, über 3 Monate alten Säuglingen schadlos vertragen wird, und daß nur bei Kindern unter 3 Monaten und bei kranken Säuglingen möglicherweise gewisse Schwierigkeiten bestehen können. In der Universitäts-Kinderklinik München ergab sich, daß die Zuführung von solchem Mehl an gesunde und leicht erkrankte Säuglinge deutliche Ausschläge in ungünstigem Sinne nicht bewirkte. Sollten — was immerhin nicht ausgeschlossen ist — bei der Zuführung von so hoch ausgemahlenem Mehl bei Kindern unter 3 Monaten sich Störungen einstellen, so wird der Arzt zu Haferflocken greifen müssen. Säuglinge unter 3 Monaten wird man mit dem 94prozentigen Mehl deshalb nicht ernähren müssen, weil für jeden Säugling monatlich 500 g Haferflocken, d. i. ungefähr 15 g für den Tag, vorgesehen sind. Diese Menge genügt, um unter Ausschaltung des Mehles die für die Verdünnung der Milch in den ersten Lebensmonaten notwendige Schleimabkochung herzustellen. Präparierte Kindermehle werden künftig im Handel nicht mehr erhältlich sein.

Daß aus diesem gewiß bedauernswerten Mangel eine ernste Gefährdung für die Gesundheit gesunder Säuglinge nicht zu befürchten ist, wird von den Sachverständigen nahezu übereinstimmend anerkannt.

Zu 4. Die Haferflocken werden für die Bereitung der Schleimabkochung behufs Anreicherung der verdünnten Milch in den ersten 3 Monaten vorzubehalten sein. Der Weizengrieß wird z. B. zur Herstellung einer Breimahlzeit verwendet werden können.

In den Bestimmungen des Kriegsernährungsamtes sind Mutter und Säugling als eine zusammengehörende Einheit betrachtet, d. h. stillt die Mutter ihr Kind und bedarf infolgedessen der Säugling weder der Kuhmilch noch des Zuckers, Weizenmehls und der Haferflocken, dann kann die Mutter die genannten Mengen zur Verbesserung ihrer eigenen Ernährung verwenden.

II. Ernährung des kranken Säuglings.

Zur ferneren Herstellung von Nährmitteln für kranke Säuglinge können Rohstoffe nur noch für einige wenige Präparate abgegeben werden; für diese unabweisbar gewordene Beschränkung sind einzig und allein wirtschaftliche Gründe maßgebend gewesen; es soll damit kein Urteil über die Güte und Brauchbarkeit der nicht mehr herstellbaren Präparate abgegeben sein.

Es dürfen Rohstoffe bereitgestellt werden für nachbezeichnete Zubereitungen:

1. Milchpräparate:
   a) Eiweißmilch (nach Finkelstein und Meyer);
   b) Buttermilch (in Form der Holländ. Säuglingsnahrung und als Buko);
   c) Ramogen.

2. Eiweißpräparate:
   a) Plasmon;
   b) Larosan.
3. Malzpräparate:
   a) Nährzucker (Soxhlet);
   b) Liebigsuppe (verbessert nach Soxhlet);
   c) Nährmaltose (Löflund);
   d) Malzsuppenextrakt (Löflund).

   (Die Menge von Nährzucker und Nährmaltose dürfen für den Kopf und die Woche 200—350 g, die Mengen von Malzsuppenextrakt 500 bis 700 g, d. h. eine 1- bezw. 1½ Literflasche pro Kopf und Woche nicht übersteigen.)
4. Feinmehl: zu 75% ausgemahlenes Weizenmehl.

Nach Anordnung des Kriegsernährungsamts soll die Verschreibung dieser Präparate durch einen Arzt nur auf den Bedarf innerhalb höchstens eines Monats sich erstrecken.

Die Verabfolgung von Eiweißmilch, Buttermilch und Ramogen ist den getroffenen Anordnungen zufolge nur unter Einziehung der Vollmilchkarte oder Entwertung der Kartenabschnitte für die Dauer der Verschreibung zulässig. Ebenso werden für die abzugebenden Mengen von Malzpräparaten die Zuckerkarten eingezogen; allerdings nicht etwa in dem Sinne, daß z. B. bei der Ausgabe von Malzsuppenextrakt die gleiche Menge an Zucker zurückbehalten wird, sondern daß die Menge von 500—700 g Malzsuppenextrakt der Wochenmenge des Rübenzuckers gleichgerechnet wird.

Die Aerzte werden aus dieser Zusammenstellung ersehen können, daß sie auch weiterhin die Behandlung kranker Säuglinge auf Grund der von ihnen erprobten Grundsätze mit Erfolg werden durchführen können; denn sie haben zur Verfügung z. B. für die Behandlung akuter und chronischer Verdauungsstörungen Eiweißmilch und Holländische Säuglingsnahrung, für die Herstellung von eiweißmilchartigen Gemischen im Hause Plasmon und Larosan. Sie werden sich auch künftighin zur Anreicherung der Eiweißmilch wie auch der Milchmischungen des Nährzuckers und der Nährmaltose bedienen können, wenn die Neigung des Kindes zu erhöhter Darmgärung das erfordert. Sie werden bei der Notwendigkeit der Verabreichung von Malzsuppe genügende Mengen Malzsuppenextrakt aus der Apotheke beziehen können; und da nach den mitgeteilten Untersuchungen kranke Säuglinge das zu 94% ausgemahlene Mehl schlecht vertragen, können die Aerzte künftig für kranke Säuglinge 75prozentig ausgemahlenes Feinmehl verschreiben. Anhängern der Kindermehle wird es möglich sein, aus Feinmehl und den angeführten Malzpräparaten Mischungen zum Ersatz der Kindermehle herzustellen.

Durch die für kranke Säuglinge zur Verfügung stehenden Milch-, Eiweiß- und Kohlehydrat-Präparate ist den Aerzten auch weiterhin die Anwendung der in Friedenszeit erprobten Behandlungsmethoden kranker Säuglinge ermöglicht worden. Da jedoch die Mengen, in denen diese Zubereitungen in den Handel kommen, begreiflicherweise nicht so groß sein können wie in Friedenszeiten, werden die Indikationen für die Verabfolgung bezw. Verschreibung sehr scharf gestellt werden müssen. Bisher sind diese Präparate, wie die Erfahrung hat lehren müssen, auch ohne zwingende Indikation, sogar gesunden Säuglingen verschrieben worden, oder das Publikum hat sie ohne ärztliche Vorschrift verlangt und erhalten.

Dieser Zustand ist jetzt unhaltbar geworden. Deswegen werden die Präparate fortan nur auf ärztliches Attest hin, niemals für länger als einen Monat und nur gegen Ablieferung der entsprechenden Milch- und Zuckerkarten erhältlich sein. Mißbräuchlicher Beschaffung der Zubereitungen durch das Publikum ist so ein Riegel vorgeschoben, und die Aerzte werden in jedem einzelnen Falle sorgsam zu überlegen haben, ob sie nicht auf die genannten Präparate verzichten können; dies wird bei leichteren Störungen sicherlich ohne weiteres möglich sein, wenn sie gewisse Modifikationen in den für die gesunden Säuglinge geltenden Ernährungsvorschriften eintreten lassen. Läßt sich ein solches sparsames Verschreiben nicht erzielen, so entsteht die Gefahr, daß die jetzt noch vorgesehenen Präparate selbst den kranken Kindern bis zu 2 Jahren nicht mehr verfügbar gemacht werden können.

Schlußbemerkung.

Die Ernährung des gesunden und kranken Kindes bis zum vollendeten 2. Lebensjahre wird somit für die Kriegszeit nur insofern entscheidend beeinflußt, als die Indikationen für bestimmte Milchpräparate bezw. für bestimmte Zucker- und Mehlarten viel schärfer zu ziehen sind als bisher. Es ist nicht zu befürchten, daß Säuglinge durch die neue Sachlage nennenswerten Schaden erleiden werden, wenn auch zugegeben werden muß, daß Aerzte, Eltern und Pflegerinnen gewisse Unbequemlichkeiten werden in den Kauf nehmen müssen. Anderseits wird vielleicht gerade die Kriegszeit eine gewisse Erziehung des Publikums für eine richtige, nicht übertrieben hohe Einschätzung der künstlichen Ernährung herbeiführen unter der Voraussetzung, daß die Aerzte bei jedem einzelnen Falle sorgfältig und individuell bei ihren Verschreibungen künstlicher Nährpräparate vorgehen. Mit Rücksicht auf die große Inanspruchnahme der praktischen Aerzte in der heutigen Zeit werden diese das ratsuchende Publikum auf die Säuglingsfürsorgestellen dort, wo solche vorhanden sind, aufmerksam zu machen haben, und diese wiederum werden besonders jenen Kindern, die durch die sozialen Verhältnisse gefährdet sind, ihre besondere Aufmerksamkeit zuwenden müssen. Eine gesteigerte Tätigkeit der Fürsorgestellen nach dieser Richtung ist allerdings unerläßlich. Kranke Säuglinge, deren Zustand schwerer ist, oder deren soziale Verhältnisse eine genaue Befolgung der Vorschriften des Arztes nicht erwarten lassen, sollen unverzüglich in geeigneten, sachkundig geleiteten Säuglingskrankenanstalten Aufnahme finden, wo solche zur Verfügung stehen. Im allgemeinen werden die Schwierigkeiten bei der künstlichen Ernährung gesunder und kranker Säuglinge während der noch bevorstehenden Kriegsmonate um so geringer werden, je mehr die natürliche Ernährung an Umfang zunimmt. Hier haben die Aerzte als Berater des Volkes eine große dankbare, im besten Sinne vaterländische Aufgabe zu erfüllen. Jetzt ist der Zeitpunkt für eine wirksame Stillpropaganda ganz besonders günstig; er sollte von keinem Arzt versäumt werden.

B. Königreich Württemberg.

Bereitschaftsdienst in Apotheken. Erlaß des Ministeriums des Innern vom 6. Juli 1917.

Im Hinblick auf den gegenwärtigen Gehilfenmangel im Apothekengewerbe werden bis auf weiteres nachstehende Erleichterungen im Bereitschaftsdienst der Apotheken zugelassen:

§ 1. An Orten mit mehreren Apotheken können die Betriebsleiter sich dahin vereinbaren, daß an Sonn- und Festtagen sowie an einzelnen Wochentagen ein Teil der Apotheken, sei es während des ganzen, sei es während eines Teils des Tages oder auch nur über die Mittagszeit abwechselnd geschlossen bleibt. Auch über die Abwechslung im Nachtdienst können sich die Apotheker verständigen. Die Vereinigung bedarf der Genehmigung des Oberamts. Dieses hat zuvor den Oberamtsarzt zu hören und sich den jederzeitigen Widerruf der Genehmigung vorzubehalten.

§ 2. Insolange eine solche Vereinbarung (§ 1) nicht zustande kommt, sowie an Orten mit nur einer Apotheke kann das Oberamt in stets widerruflicher Weise gestatten, daß Apotheken, die ohne Gehilfen sind, an Sonn- und Festtagen und auch an Werktagen einige Stunden, z. B. über die Mittagszeit, geschlossen bleiben. Auch in diesen Fällen sind zuvor der Oberamtsarzt und die beteiligten Aerzte zu hören.

§ 3. Jede Einschränkung des Bereitschaftsdienstes ist an der Zugangstür zur Apotheke in deutlicher und leicht in die Augen fallender Weise unter Angabe der Zeiten, während deren der Apothekenbetrieb eingeschränkt ist, bekannt zu geben. An Orten mit mehreren Apotheken ist hierbei auf die nächste offene oder dienstbereite Apotheke hinzuweisen. An Orten mit nur einer Apotheke ist den Arzneigläsern u. dgl. ein Zettel aufzukleben, in dem auf die Einschränkung des Apothekenbetriebs hingewiesen wird. Erleichterungen, die schon bisher gewährt waren, bleiben in Kraft.

§ 4. Der Geschäftsschluß der Apotheken darf um 8 Uhr abends erfolgen. Die Bestimmungen über die Nachttaxe werden hiervon nicht berührt.

Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 16. 20. August. 1917.

Medizinal-Gesetzgebung.

Königreich Preußen.

Anrechnung des Einkommens aus Nebenämtern bei Gewährung laufender Kriegsbeihilfen an Kreisärzte. Erlaß des Ministers des Innern vom 18. Juli 1917 — M. 2143 — an den Herrn Regierungspräsidenten in Wiesbaden.

Als Nebenamt im Sinne der Nr. I 4 Absatz 2 und 4 des Erlasses vom 22. Dezember 1916 — Fin.-Min. I 11748 II, M. d. I. Ia 1782 — ist jede Betätigung öffentlich-rechtlicher Art anzusehen. Bei der Feststellung der Höhe des Einkommens für die Gewährung laufender Kriegsbeihilfen ist dem Diensteinkommen der nicht vollbesoldeten Kreisärzte das fortlaufend gewährte Einkommen aus Nebenämtern aller Art hinzuzurechnen, auch aus solchen, zu deren Uebernahme die nicht vollbesoldeten Kreisärzte nach § 27 Nr. 4 Abs. 1 der Dienstanweisung keiner Genehmigung bedürfen.

Wochenanweisungen über Pockenfälle. Erlaß des Ministers des Innern vom 6. Juli 1917 — M. 12538 — an die H. Regierungspräsidenten.

Zur Vereinfachung des Schreibwerkes ersuche ich ergebenst, die wöchentlich mir und dem Kaiserlichen Gesundheitsamte einzureichenden Nachweisungen über vorgekommene Erkrankungen (Todesfälle) an Pocken gefälligst vom 1. Juli d. J. unter Benutzung des anliegenden Formulars aufzustellen. In Spalte „Bemerkungen“ ist neben den Ursachen der Ansteckung der Vor- und Familienname des Erkrankten (Verstorbenen) anzugeben, bei der „Gemeinde“ deren Einwohnerzahl. Die Ausfüllung der Spalten über das Impfverhältnis, den Verlauf und die Dauer der Erkrankung usw. wird, soweit sie nicht gleich erfolgen kann, auf Grund der eingehenden Pockenzählkarten später hier geschehen. Ein weiterer Bedarf an Formularen ist von der Geheimen Medizinal-Registratur — M III — anzufordern; hierbei ist die jetzige Papierknappheit angemessen zu berücksichtigen.

Anlage.

(Linke Hälfte.)

Regierungsbezirk	Laufende Nr.	Gemeinde	Kreis	Der Erkrankten: Geschlecht männl.	Geschlecht weibl.	Alter	Stand oder Gewerbe	Staatsangehörigkeit	Datum der Erkrankung	Impfverhältnis: Erstimpfung mit Erfolg	Erstimpfung wann?	Erstimpfung wieviel Narben?	Wiederimpfung Lebensalter	Wiederimpfung Erfolg?

(Rechte Hälfte.)

Ist der Erkrankte Soldat gewesen? Wann?	Angaben über bereits überstandene Pockenerkrank.: wann?	Pockennarben?	Verlauf d. Krankheit: leicht / mittelschwer / schwer; d = diskret, k = konfluierend, h = hämorrhagisch	Dauer der Krankheit bezw. Todestag; W. = Wochen	Geschäfts-Nr.	Bemerkungen (Angaben über die Ursachen der Ansteckung usw.)

Mitwirkung der Kreisärzte bei der Todesursachenstatistik. Rundschreiben des Präsidenten des Königlich Preußischen Statistischen Landesamts vom 5. Juni 1917 an die Herren Kreisärzte.

Die Erfahrungen bei der Herstellung der Todesursachenstatistik haben gezeigt, daß über die Mirkung der Kreisärzte hierbei Unklarheiten bestehen, die vielfach zu einem umfangreichen Schriftwechsel genötigt haben. Die darüber geltenden Bestimmungen werden daher im folgenden kurz zusammengestellt.

Den Kreisärzten ist die Mitwirkung bei der Todesursachenstatistik durch den Ministerialerlaß vom 20. August 1901 (Min. Bl. f. Med. Angelegenheiten 1901 S. 233) auferlegt worden. Diese Mitwirkung ist doppelter Art. Einmal haben die Kreisärzte die Aufgabe, auf Ersuchen des Königlichen Statistischen Landesamts die einer Aufklärung der Todesursache bedürftigen Zählkarten für Gestorbene zu prüfen und zu berichtigen, sodann wirken sie von Amts wegen bei der Statistik der Selbstmorde mit.

Es ist zu beachten:

1. Die Todesursache ist grundsätzlich von den Standesbeamten auf der Sterbefallzählkarte anzugeben. Bei allen gewaltsamen Todesfällen ist die Todesursache möglichst ausführlich einzutragen, damit hier unzweifelhaft erkannt werden kann, ob es sich etwa um Mord und Totschlag oder Selbstmord oder tödliche Verunglückung handelt.[1])

Zählkarten über Sterbefälle, aus denen die Todesursache nicht klar ersichtlich ist, werden den Kreisärzten vom Statistischen Landesamt zur Aufklärung zugesandt. Die Kreisärzte haben nach einer Entscheidung des Herren Ministers des Innern in einem Einzelfalle (Erlaß vom 29. Juni 1913 — I b 1115 — an den Regierungspräsidenten in Frankfurt a. O.) das Recht, die Zählkarten zur Vervollständigung den Standesämtern zurückzugeben und Rückfragen bei ihnen anzustellen. Sie haben aber für das Maß ihrer Rückfragen zu beachten, daß die Standesbeamten keine Medizinalpersonen sind und daß ihnen, insbesondere auf dem platten Lande und in sonstigen Orten ohne obligatorische Leichenschau, die Möglichkeit der genauen ärztlichen Feststellung

---

[1]) Die Anweisung an die Standesbeamten bestimmt hierüber folgendes:

„Da die Todesursache nicht im Sterberegister beurkundet wird, so ist dort, wo ärztliche Leichenschau besteht, auf Grund des ärztlichen Leichenschauscheins, wo dies nicht der Fall ist, nach Befragen des Anzeigenden oder nach bestem Wissen des Standesbeamten die Krankheit oder die Art des Unglücksfalles oder der Gewalttat (Mord oder Totschlag, Selbstmord) anzugeben, die den Tod herbeiführte.

Die Todesursache ist möglichst genau und ausführlich einzutragen. Insbesondere ist auf den Zählkarten, auf denen ein gewaltsamer Tod verzeichnet ist, noch anzugeben, ob dieser durch einen Unfall, d. h. durch Zufall, oder durch eigene oder fremde Unvorsichtigkeit oder Schuld herbeigeführt worden ist. Es kann z. B. aus der einfachen Beantwortung der Frage nach der Todesursache mit „Ertrinken", „Erschießen", „Ersticken" oder „Vergiften" nicht ersehen werden, ob dieser Todesursache ein Unfall, eine eigene oder fremde strafbare Schuld oder ein Selbstmord zu Grunde liegt. Auch über die Art des gewaltsamen Todes ist Auskunft zu erteilen (z. B. für Verunglückte: erstickt durch Rauch, durch einen verschluckten Pflaumenkern — verbrüht durch Dampf, durch kochendes Wasser — vergiftet durch Kohlenoxydgas, durch Arsenik, Phosphor, durch Pilze, Beeren, Schierling usw. — ertrunken beim Baden, durch Sturz aus einem Boote, durch Sturz in einen Brunnen, Kanal, in einen Pfuhl — erschlagen durch einstürzende Gebäudeteile, beim Baumfällen, durch Schlag eines Pferdes, Menschen usw. — Sturz vom Gerüste, Stallboden, von einer Leiter, aus dem Fenster, von der Treppe, vom Felsen, vom Dache, auf die Tenne usw. — verunglückt beim Steinsprengen, durch Anprall von Arbeitsgerät — usw.). Besonders wichtig ist bei Verletzungen auch die Angabe der verletzten Körperteile, z. B. „Schädelbruch", ebenso bei Krankheiten die Bezeichnung des befallenen Organs, z. B. „Magenkrebs", „Lungentuberkulose". Ferner ist neben der Todesursache zutreffendenfalls die Mitteilung erforderlich: (Aus ärztlichem Leichenschauscheine)."

der Todesursache fehlt, sie vielmehr lediglich auf die Mitteilungen der den Todesfall anzeigenden Personen angewiesen sind. Die Standesbeamten sind zu weiteren Erhebungen über die Todesursachen nicht berufen. Wo solche in besonderen Fällen erforderlich erscheinen, werden die Kreisärzte entweder durch eigene Erhebungen oder durch die Polizeibehörden die weiteren Auskünfte einzuziehen in der Lage sein.

2. Ueber die vorgekommenen Selbstmorde erhält der Kreisarzt auf doppelte Weise Kenntnis. Einmal haben nach dem Erlassen vom 10. Februar 1902 — M. d. J. I b 3987, M. d. g. A. M. 14286 — und vom 18. Dezember 1906 (Min. Bl. f. Med. Angel. 1907 S. 56) die Ortspolizei-, die Berg-, Hütten- und Salinenbehörden und die Bahnpolizeibeamten besondere Zählkarten über Selbstmorde aufzustellen und diese den Kreisärzten unmittelbar zu übersenden. Außerdem haben die Standesbeamten von jeder Zählkarte über Sterbefälle, die einen Selbstmord betrifft, eine Abschrift dem Kreisarzt zuzustellen; dieser hat hiernach die Vollständigkeit der besonderen Selbstmordkarten nach Zahl und Inhalt zu prüfen und etwa fehlendes Material von der betreffenden Dienststelle einzufordern. Sämtliche Zählkarten über Selbstmorde sind von den Kreisärzten nach Prüfung sogleich, spätestens aber nach Ablauf eines jeden Vierteljahres an das Königliche Statistische Landesamt einzusenden, während die zur Prüfung der Selbstmordkarte verwandte Abschrift der standesamtlichen Sterbekarte der kreisärztlichen Registratur verbleibt.

Wenn die Polizeibehörden usw. die Selbstmordkarten, oder die Standesbeamten die entsprechenden Abschriften der Sterbekarten nicht eingesandt haben, oder wenn diese amtlichen Stellen es bei Rückfragen an Bereitwilligkeit oder rechtzeitiger Erledigung fehlen lassen, so haben die Kreisärzte nötigenfalls die zuständigen Aufsichtsbehörden (Landrat, Regierungspräsident, Oberbergamt, Eisenbahndirektion) um Abhilfe zu bitten.

Bei Schülerselbstmorden ist nach dem Erlasse des Herrn Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten vom 15. Juni 1906 (Min. Bl. für Med. Angel. 1906 S. 264) die betreffende Selbstmordkarte vor Uebersendung an das Königliche Statistische Landesamt von dem Kreisarzt der zuständigen Schulbehörde zur Bestätigung der Angaben vorzulegen.

Selbstmordversuche, in deren Folge der Tod später eintrat, sind gleichfalls als Selbstmorde anzusehen und durch die besonderen Selbstmordkarten nachzuweisen. Ueber Selbstmorde aktiver Militärpersonen sind Selbstmordkarten nicht auszufüllen; solche Fälle werden durch die Militär- und Marineverwaltung erhoben.

Die Polizeiverwaltungen haben die Formulare für Selbstmordkarten von den Regierungspräsidenten zu erbitten.

Statistische Tafeln „Alkohol und Geschlechtskrankheiten“ sowie „Sonntag, Alkohol und Geschlechtskrankheiten“. Erlaß des Ministers des Innern vom 3. Juli 1917 — M. 1601 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten, abschriftlich an die Herren Oberpräsidenten.

Von dem im Auftrage des Deutschen Vereins gegen den Mißbrauch geistiger Getränke (E. V.) hierselbst herausgegebenen statistischen Tafeln von Prof. Dr. August Forel „Alkohol und Geschlechtskrankheiten“ und Dr. Hugo Hecht „Sonntag, Alkohol und Geschlechtskrankheiten“ übersende ich je . . . Stücke mit dem ergebensten Ersuchen, sie an die Bezirks- und Kreismedizinalbeamten zu verteilen und je ein Stück zu den Akten zu nehmen.

Bei der großen Bedeutung der Frage der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und bei dem Einfluß, den der Alkoholmißbrauch auf die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten zweifellos ausübt, ersuche ich ergebenst, die Kreisärzte anzuweisen, es sich angelegen sein zu lassen, an geeigneten Stellen auf die Tafeln hinzuweisen.[1]) Auch wird sich gelegentlich eine Besprechung in den ärztlichen Standesvereinen empfehlen.

---

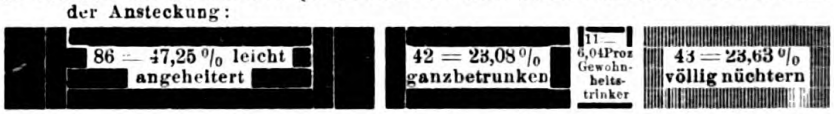
[1]) Die Tafeln sind zu beziehen (schwarz-weiß, etwa 57 × 46 cm) zum Preise von je 1 M., 10 (auch gemischt): 8,50 M. (dazu Verpackung und Postgeld) durch den Mäßigkeits-Verlag, Berlin W. 15, Uhlandstr. 146.

Anlage 1.

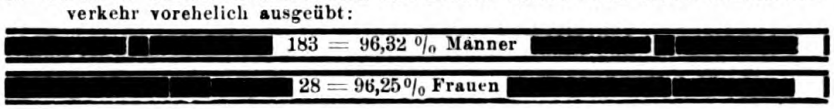
Alkohol und Geschlechtskrankheiten.

Professor Dr. Aug. Forel in Chigny (Schweiz) stellte bei 190 geschlechtskranken Männern und 29 geschlechtskranken Frauen, welche seine ärztliche Hilfe in Anspruch nahmen, folgendes fest:

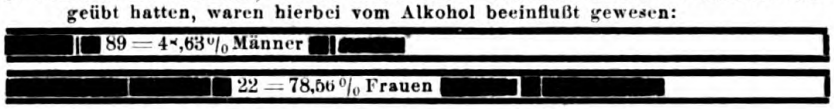
1. Von 182 von 190 Männern (in 8 Fällen ließ sich nichts ermitteln) waren zur Zeit der Ansteckung:



2. Von sämtl untersuchten Männern und Frauen hatten ihren ersten Geschlechtsverkehr vorehelich ausgeübt:



3. Von den 211 Personen, welche ihren ersten Geschlechtsverkehr vorehelich ausgeübt hatten, waren hierbei vom Alkohol beeinflußt gewesen:

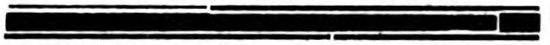


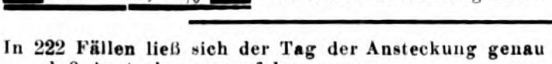
Quelle: Professor Dr. A. Forel, Chigny, „Alkohol, Vererbung und Sexualleben." Vortrag, gehalten auf dem X. internationalen Kongreß gegen den Alkoholismus im Jahre 1905 zu Budapest. Berlin. Seite 17 und 18.

Anlage 2.

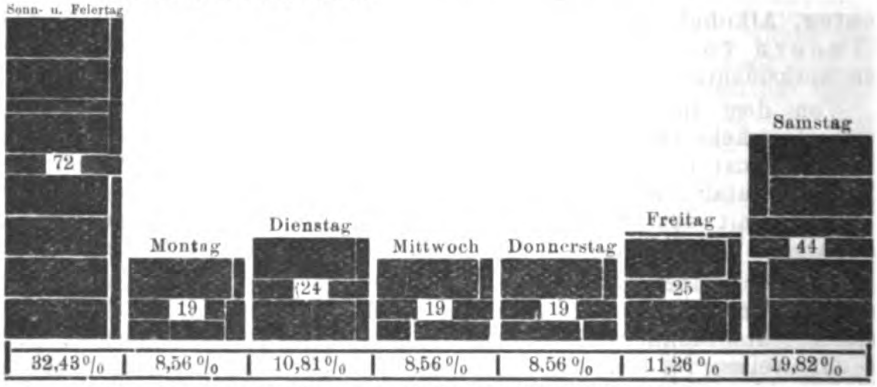
Sonntag, Alkohol und Geschlechtskrankheiten.

Dr. med. Hugo Hecht, Prag, ermittelte in der Zeit vom 1. Sept. 1908 bis 31. Dez. 1910 in der Dermatologischen Klinik des Allg. Krankenhauses in Prag, dass von





In 222 Fällen ließ sich der Tag der Ansteckung genau feststellen. Hierbei zeigte sich, daß Ansteckungen erfolgten am:



Quelle: Dr. med. Hugo Hecht, „Geschlechtskrankheiten und Alkohol". Berlin 1914. Seite 14 u. 15 und eine eigene Mitteilung nebst Ergänzungen und Berichtigungen des Verfassers vom 2. Juli 1914.

Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 17. 5. September. 1917.

Rechtsprechung.

Die bloße tatsächliche Duldung eines polizeiwidrigen Zustandes — einer unvorschriftsmäßigen Klosettanlage — bedeutet noch keine Genehmigung. Entscheidung des Preußischen Oberverwaltungsgerichts (IX. Senats) vom 23. Mai 1916.

. . . . Die vorhandenen Spülaborte, deren Ableitung nach dem alten Graben durch die angefochtenen Verfügungen beseitigt werden soll, verstoßen, worüber kein Streit herrscht, gegen § 26 Ziffer 3 der Baupolizeiverordnung für die Stadt E. vom 21. September 1908, welche lautet: „Spülaborte neu anzulegen, ist bis auf weiteres verboten." Der Ausdruck „bis auf weiteres" weist darauf hin, daß eine anderweitige Regelung in Aussicht genommen worden ist. Bevor aber diese stattgefunden hat und dementsprechend die genannte Vorschrift geändert worden ist, ist sie als zwingendes öffentliches Recht zu beachten und die Polizeibehörde sowohl befugt, wie verpflichtet, Verstöße dagegen mit den ihr gesetzlich zu Gebote stehenden Machtmitteln zu verhindern. Das Einschreiten der Polizeibehörde mit den von ihr erlassenen polizeilichen Verfügungen, welche den Gegenstand des Streites bilden, wäre nur dann nicht gerechtfertigt, wenn die gedachte Vorschrift infolge Erteilung einer gültigen Ausnahmebewilligung für die Kläger nicht mehr bindend wäre. Eine solche Ausnahmebewilligung konnte gemäß § 114 Ziffer 3 der Baupolizeiverordnung aus besonderen Gründen, wie sie dort genannt sind, von der Polizeibehörde auf Grund eines Gutachtens der Baukommission nach Anhörung der städtischen Kollegien erteilt werden. Wenn aber der Vorderrichter annimmt, daß hier eine Ausnahme von der Vorschrift des § 26 Z. 3 a. a. O. den Klägern von der Polizeibehörde bewilligt worden sei, so kann dies nicht für zutreffend erachtet werden. Allerdings kann die Erteilung einer Ausnahmebewilligung auch stillschweigend durch konkludente Handlungen erfolgen, es muß dann aber aus dem Verhalten der genehmigenden Behörde die Absicht klar hervorgehen, daß sie von ihrem Ausnahmebewilligungsrechte Gebrauch machen, also den regelwidrigen Zustand als zu Recht bestehend anerkennen will. Dagegen ist die bloße tätsächliche Duldung eines vorschriftswidrigen Zustandes noch keine Genehmigung. Denn es sind wohl Fälle denkbar, die es der Polizeibehörde zweckmäßig erscheinen lassen, ein polizeiliches Einschreiten gegen einen illegalen Zustand zu unterlassen, ohne daß die Absicht besteht, sich des Rechtes zu einem solchen Einschreiten zu begeben. Hier kann nach den Vorgängen in Hinsicht der Kläger zu 1 bis 11 kein Zweifel darüber bestehen, daß die Polizeibehörde eine Ausnahme von Regelvorschrift des § 26 Ziffer 3 der Baupolizeiverordnung nicht bewilligt, sondern den regelwidrigen Zustand in Rücksicht auf seine nach ihrer Annahme nur kurze Dauer lediglich geduldet hat, um unnötige Härten zu vermeiden, die darin bestanden hätten, daß die Beseitigung der unzulässigen Aborte erzwungen würde, obwohl die Fertigstellung der Kanalisation, nach welcher sie zugelassen werden sollten, in kurzer Zeit in Aussicht stand. Erst als infolge des Krieges sich diese Aussicht nicht verwirklichte, ist die Polizeibehörde den gegen vorschriftswidrigen Zustand eingeschritten, weil sie aus polizeilichen Gründen die Verantwortung für die längere Dauer dieses Zustandes nicht übernehmen zu können glaubte.

. . . . Fehlt es sonach bei allen Klägern an einer Ausnahmebewilligung von der Bestimmung in § 26 Ziffer 3 der Baupolizeiverordnung, so kommt diese zur Anwendung, und war die Polizeibehörde befugt, zur Herbeiführung eines dieser Vorschrift entsprechenden Zustandes die angefochtenen Verfügungen

an die Kläger zu erlassen, und zwar auch dann, wenn in den hier vorliegenden Fällen die Nichtbeachtung dieser Vorschrift Gesundheitsgefahren nicht hervorrufen oder sonstige dem Schutze der Polizei unterstellten Interessen nicht verletzen sollte. Denn wenn, wie hier, rechtsgültige allgemeine polizeiliche Vorschriften in Frage stehen, so ist lediglich zu prüfen, ob der besondere Fall von ihnen betroffen wird, dagegen nicht auch, ob für den besonderen Fall die gesetzlichen Voraussetzungen — § 10 Titel 17 Teil II des Allgemeinen Landrechts —, welche die Polizei zu einem Einschreiten berechtigen, vorliegen (vergl. Entscheidungen des Oberverwaltungsgerichts Band 13 Seite 395). Demnach kommt es auf die Ausführungen der Kläger, mit welchen sie dartun wollen, daß die Fäkalien aus den beanstandeten Spülaborten in den alten Graben keine Gesundheitsgefahren hervorriefen, nicht an. Ebenso ist es, was keiner weiteren Ausführung bedarf, für die hier allein zu entscheidende Frage nach der Rechtsgültigkeit der angefochtenen Verfügungen gleichgültig, ob die Verschmutzung anderer Gewässer in E. gesundheitsgefährliche Zustände hervorruft und die Polizeibehörde in anderen Fällen das Vorhandensein von Spülaborten noch weiter duldet. Hiernach waren, unter Abänderung der Vorentscheidung, die Klagen abzuweisen.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Königreich Preußen.

Bekämpfung der Malaria in den Kreisen Pleß, Kattowitz Land und Rybnik. Verordnung des Staatsministeriums vom 31. Juli 1917.

Die Gültigkeitsdauer der Verordnung des Königlichen Staatsministeriums vom 17. Juli 1914, betreffend die Bekämpfung der Malaria (des Wechselfiebers) in den Kreisen Pleß, Kattowitz Land und Rybnik, Regierungsbezirk Oppeln, wird hierdurch vom 1. August d. J. ab auf 3 Jahre weiter verlängert.

Maßnahmen zur Verhütung einer Verbreitung der Ruhr. Rund-Erlaß des Ministers des Innern vom 2. August 1917 — M 12778 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Mit Bezug auf den Erlaß vom 30. September 1916 — M 12106 — [1])

Nach hierher gelangten Mitteilungen hat die übertragbare Ruhr neuerdings nicht unerheblich zugenommen, und es sind auch bereits mehrfach Todesfälle an Ruhr vorgekommen. Ich ersuche daher ergebenst, die Bevölkerung durch geeignete Hinweise in den Tageszeitungen auf die Zunahme der Ruhrerkrankungen aufmerksam zu machen und zur Vorsicht und Sauberkeit zu ermahnen. Gegenüber der viel verbreiteten Annahme, daß der Genuß verdorbener Nahrungsmittel zum Ausbruch von Ruhrepidemien Anlaß gegeben habe, ist darauf hinzuweisen, daß verdorbene Nahrungsmittel zwar an sich keine Ruhrerkrankungen hervorrufen, jedoch das Zustandekommen der Infektion mit Ruhrerregern begünstigen können. Bei einem Auftreten von Ruhrerkrankungen sind die eingangs bezeichneten Erlaßbestimmungen genau zu beachten. Insbesondere ist unter Hinweis auf die Anzeigepflicht eine wiederholte Belehrung der Bevölkerung durch die Tagespresse vorzunehmen.

Verhütung von Trichinoseerkrankung infolge Genusses von Auslandsfleisch. Rund-Erlaß des Ministers des Innern vom 3. August 1917 — 12658 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten, abschriftlich an die Herren Oberpräsidenten.

Neuerdings mehrfach vorgekommene Trichinoseerkrankungen infolge Genusses von Auslandsfleisch, das nicht amtlich auf seine Tauglichkeit zum menschlichen Genuß untersucht war, machen es notwendig, der Bevölkerung in geeigneter Weise alsbald anzuraten, die gedachten Waren zunächst auf Trichinen untersuchen zu lassen [oder aber nur in gut gekochtem oder gut durchgebratenem Zustande zu genießen. Ich ersuche ergebenst, das weiter Erforderliche gefälligst zu veranlassen.

---

[1]) Siehe Beilage zu Nr. 21 dieser Zeitschrift, S. 177.

Abänderung des § 12 der Polizeiverordnung über den Handel mit Giften vom 22. Februar 1906. Polizeiverordnung der Minister für Handel und Gewerbe und des Innern vom 10. August 1917.

Auf Grund des § 136 Abs. 3 des Gesetzes über die allgemeine Landesverwaltung vom 30. Juli 1883 — Gesetzsamml. S. 195 fg. — wird verordnet, was folgt:

Der erste Absatz des § 12 der Polizeiverordnung über den Handel mit Giften vom 22. Februar 1906 wird, wie folgt, abgeändert:

„Gift darf nur an solche Personen abgegeben werden, die als zuverlässig bekannt sind und das Gift zu einem erlaubten gewerblichen, wirtschaftlichen, wissenschaftlichen oder künstlerischen Zwecke benutzen wollen. Sofern der Abgebende von dem Vorhandensein dieser Voraussetzungen sichere Kenntnis nicht hat, darf er Gift nur gegen Erlaubnisschein abgeben. Kaliumhydroxyd (Aetzkali) und Natriumhydroxyd (Aetznatron, Seifenstein) sowie Kalilauge und Natronlauge dürfen nur gegen Erlaubnisschein abgegeben werden."

Diese Polizeiverordnung tritt mit dem Tage ihrer Veröffentlichung in Kraft.

Gebühren der Hebammen bei Bezahlung aus der Reichswochenhilfe. Rund-Erlaß des Ministers des Innern vom 4. August 1917 — M 6071 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten (mit Ausnahme desjenigen in Cöln).

In verschiedenen Orten sind Streitigkeiten über die Frage entstanden, in welcher Höhe die Hebammen Gebühren in solchen Fällen zu nehmen berechtigt sind, in denen die Krankenkassen die Gebühren aus der Reichswochenhilfe decken.

An sich soll der Betrag der Reichswochenhilfe ein Beitrag zu den gesamten Kosten der Entbindung sein, also nicht allein für die Bezahlung der Hebammen dienen. Doch haben die Hebammen in allen Fällen wenigstens auf Bezahlung der Mindestgebühren Anspruch, und zwar auch dann, wenn diese mit Rücksicht auf besonders schwierige und langdauernde Hilfeleistungen der Hebammen den Betrag der Reichswochenhilfe erreichen oder übersteigen sollten.

Der Regierungspräsident in Cöln hat nun durch Verordnung vom 15. März 1915 zur Behebung von Zweifeln bestimmt, daß die niedrigsten Sätze der Gebührenordnung für Hebammen auch in denjenigen Fällen Anwendung finden sollen, wo die Reichswochenhilfe zu leisten ist.

Für den Fall, daß für den dortigen Bezirk ein Bedürfnis zutage getreten ist, stelle ich anheim, eine ähnliche Anordnung wie im Cölner Bezirk zu erlassen.

Verwendung ungebleichten ausgekochten Mulls als Bindemull. Erlaß des Kriegsministeriums (Medizinal-Abteilung) vom 9. Mai 1917 — K. M. 7979/4. 17 M A — an sämtliche Herren Armee- und Etappenärzte usw.

Um eine schnellere Fertigstellung und eine beschleunigte Ablieferung des Bindemulls zu ermöglichen sowie zwecks Ersparnis von Chemikalien (Chlor und Säuren usw.) beim Zurichten des Gewebes und zur Verminderung der Transporte bei der Fertigstellung wird im Einverständnis mit dem Herrn Chef des Feldsanitätswesens im Großen Hauptquartier bestimmt, daß als Bindemull im Felde und im Heimatgebiete künftighin ungebleichter ausgekochter Mull Verwendung zu finden hat.

B. Königreich Sachsen.

Staatliche Prüfung von Krankenpflegepersonen. Anderweitige Verordnung des Ministeriums des Innern vom 11. Mai 1917.

I. Was in der Verordnung vom 7. Februar 1909 (G.- u. V.-Bl. S. 100) zu § 5 der Vorschriften über die staatliche Prüfung von Krankenpflegepersonen in den beiden ersten Absätzen bestimmt worden ist, wird abgeändert, wie folgt:

Die in § 5 unter 1 bis 6 erforderlichen Nachweise sind in Urschrift einzureichen.

In dem in § 5 unter 6 erwähnten Nachweis ist außer der einjährigen einwandfreien praktischen Ausbildung eine ebensolche mindestens 200 Unterrichts-

stunden umfassende theoretische Ausbildung zu bezeugen. Ferner hat sich dieser Nachweis mit darauf zu erstrecken, daß bei der praktischen Ausbildung neben chirurgisch Kranken auch Seuchenkranke und sonst innerlich Kranke gepflegt worden sind, daß bei der theoretischen Ausbildung eine Unterweisung in der Pflege Geisteskranker, für weibliche Prüflinge außerdem in der Pflege von stillenden Frauen und Säuglingen stattgefunden hat, sowie daß in der manuellen Massage und Krankengymnastik unterrichtet worden ist. Von dem Nachweise einer mindestens 200 Unterrichtsstunden umfassenden theoretischen Ausbildung darf auf Befürwortung des Landes-Gesundheitsamtes lediglich dann abgesehen werden, wenn die erhaltene theoretische Ausbildung nur in geringem Maße hinter dieser Anforderung zurückbleibt.

Der in § 5 unter 6 erwähnte Lehrgang ist in der Regel nur an einer Krankenpflegeschule zurückzulegen. Ausnahmsweise wird auch ein zwischen mehreren Schulen geteilter Lehrgang als genügend anerkannt werden, wenn die mehreren Schulen sich nach einem bestimmten Plan in den Lehrstoff teilen. Die Genehmigung dazu ist vor der Teilung beim Ministerium des Innern nachzusuchen.

Staatlich anerkannt werden nur Krankenpflegeschulen mit wenigstens 100 Krankenbetten, zurzeit diejenigen bei dem Carolahause in Dresden, bei den städtischen Krankenhäusern in Dresden-Johannstadt, in Zwickau und in Plauen i. V., bei der Kinderheilstätte für Neu- und Antonstadt in Dresden, sowie die Krankenpflegeschule des Leipziger Albert-Zweigvereins am Stadtkrankenhause St. Georg in Leipzig. Die Anerkennung weiterer bleibt vorbehalten.

II. Zu § 13 der Vorschriften wird bestimmt:

Die Prüfung hat sich auch auf die Pflege Geisteskranker sowie auf manuelle Massage und Krankengymnastik zu erstrecken.

C. Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin.

Erhöhung der Reisekosten der beamteten Aerzte aus Anlaß des Kriegszustandes. Verordnung des Ministeriums, Abt. für Medizinalangelegenheiten, vom 19. Januar 1917.

§ 1. Die unter B. Ziffer 18 Abs. 3 der Taxvorschriften für die Kreisärzte vom 1. Juli 1910 . . . . festgesetzten Sätze der Fuhrkosten werden wegen der durch den Kriegszustand veränderten wirtschaftlichen Verhältnisse vom 1. Januar 1916 ab bis auf weiteres erhöht, und zwar bis Zurücklegung von Wegestrecken a) mittels eines Kraftwagens auf 70 Pf., b) mittels eines Fuhrwerks auf 60 Pf. für jedes angefangene Kilometer des Hin- und Rückweges.

§ 2. Der Zeitpunkt, mit welchem an die Stelle der im § 1 bestimmten Sätze wieder die bisher maßgebend gewesenen Sätze treten sollen, wird vom Ministerium, Abteilung für Medizinalangelegenheiten, bestimmt.

Bekämpfung der Abtreibung von Leibesfrüchten. Erlaß des Ministeriums, Abt. f. Medizinalangelegenheiten, vom 20. Juni 1917.

Die Hebammenaufsichtsärzte werden hierdurch aufgefordert, den Hebammen, wenn sie, sich zwecks Ratseinholung oder zur Vorlage der Geburtenverzeichnisse bei ihnen einfinden, in vertraulicher Weise Mitteilung zu machen, daß möglicherweise jetzt an sie öfter als bisher das Ansinnen gestellt werden wird, bei Beseitigung der Leibesfrucht behilflich zu sein, vielleicht nur in der Form, Rat und Mittel bei Menstruationsstörungen zu geben, sowie daß damit zu rechnen ist, daß von Frauen und Mädchen auch versucht werden wird, die Hebammen über eine bestehende Schwangerschaft zu täuschen und sie zu irgend welchen Hilfeleistungen zu veranlassen, die eine Abtreibung herbeiführen können.

Dabei sind die Hebammen unter Vermeidung jeglichen Anscheins, als ob Verdachtsgründe gegen sie vorlägen, darauf aufmerksam zu machen, welche Folgen ein auch nur fahrlässiges Tun für sie haben könnte, und an ihre Verpflichtungen aus § 15 der Verordnung betr. das Hebammenwesen vom 9. April 1885 (Anzeige von allem, was von sträflichen Versuchen der Abtreibung der Frucht zu ihrer Kunde gelangt, bei der Obrigkeit) zu erinnern.

Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 18. 20. September. 1917.

Rechtsprechung.

Die Schweigepflicht des Arztes erstreckt sich auch über den Tod hinaus. Urteil des Oberlandesgerichts Posen vom 5. März 1917.

Auf Antrag einer Frau N., die sich einen Scheidungsgrund verschaffen wollte, sollte der Testamentsvollstrecker des verstorbenen Arztes X. darüber vernommen werden, ob X. nach seinen vom Zeugen einzusehenden ärztlichen Tagebüchern den Beklagten an Syphilis behandelt habe. Er verweigerte sein Zeugnis und das Oberlandesgericht Posen trat ihm darin bei. Es führte in seiner Entscheidung aus:

Der Arzt selbst war zu seinen Lebzeiten von der Schweigepflicht aus § 383 Nr. 5 der Zivilprozeßordnung nicht entbunden worden mit der Folge, daß er zur Zeugnisverweigerung nicht nur berechtigt, sondern zur Vermeidung seiner Bestrafung (§ 300 Str. G. B.) auch verpflichtet gewesen wäre. Unter das Berufsgeheimnis des X. fielen aber nicht blos solche Tatsachen, die ihm gelegentlich der ärztlichen Behandlung unmittelbar vom Beklagten mitgeteilt waren, sondern im Zweifel auch alle Wahrnehmungen, die er als Arzt bei ihm gemacht, sowie alle Aufzeichnungen, die er darüber in sein Tagebuch aufgenommen hatte. Aus der „Natur" der Sache ergab sich die Verpflichtung zur Geheimhaltung dieser Tagebuchvermerke ohne weiteres; denn sie enthielten den urkundlichen Niederschlag des dem Arzt anvertrauten Privatgeheimnisses, das nach dem Willen des Arztes und des Kranken ausschließlich ihnen beiden bekannt bleiben sollte. An ihrer Geheimhaltung waren daher beide gleich stark beteiligt und zwar der Arzt, um das persönliche Vertrauen seiner Kundschaft sich zu erhalten, der Kranke aber, um seine Ehre und Achtung als verheiratetet Mann durch Offenbarung einer etwa durch Ehebruch erworbenen Syphilis nicht preiszugeben. Durch die Mitteilung des Tagebuchs an Dritte würde demzufolge der Arzt nicht nur nach der allgemeinen Anschauung einen schweren Vertrauensbruch begehen, sondern geradezu den Tatbestand des § 300 Str. G. B. erfüllen. Bestand hiernach für den Erblasser die ärztliche Verschwiegenheitspflicht und erstreckte sie sich auch auf seine Tagebuchvermerke, so ist die Annahme gerechtfertigt, daß Arzt und Patient auch für die Zeit nach dem Tode des Arztes die Geheimhaltung gewollt haben. An diesen Willen des Arztes ist auch sein Vollstrecker gebunden. Demzufolge ist er sehr wohl zu der vom Erblasser gewollten Geheimhaltung des Tagebuchs befugt. Er ist zwar nicht „Gehilfe" des Arztes im Sinne des § 300 Str. G. B. gewesen. Auch nach dem Tode des Arztes verdient aber der Wille seiner Kranken einen Schutz auf Geheimnisbewahrung. Sonst wäre kein Kranker davor sicher, daß wider seinen Willen das anvertraute Geheimnis nach dem Tode des Arztes durch Offenlegung des Tagebuchs in einem Zivil- oder Strafprozesse verwertet werden könnte. (Sächsische Korrespondenz; Nachdruck nur mit deren Genehmigung gestattet.)

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Deutsches Reich.

Beschäftigung von Arbeiterinnen und jugendlichen Arbeitern in Glashütten, Glasschleifereien und Glasbeizereien sowie Sandbläsereien. Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 22. August 1917.

Auf Grund der §§ 120 e und 139 a der Gewerbeordnung hat der Bundesrat folgende Bestimmung erlassen:

In Abänderung des Abschnittes VII der Bekanntmachung vom 9. März

1913, betreffend die Beschäftigung von Arbeiterinnen und jugendlichen Arbeitern in Glashütten, Glasschleifereien und Glasbeizereien sowie Sandbläsereien (Reichs-Gesetzbl. S. 129), wird die Gültigkeitsdauer der Bestimmungen bis zum 1. April 1919 verlängert.

B. Königreich Preußen.

Ausstellung von Befundscheinen seitens der Kreisärzte über die Notwendigkeit der Beschaffung von orthopädischem Schuhwerk. Erlaß des Ministers des Innern vom 8. August 1917 — Va 2343 II — an die Herren Regierungspräsidenten.

Die Kontrollstelle für freigegebenes Leder fordert, daß ihr vor der Sonderzuteilung von Leder für orthopädisches Schuhwerk eine amtsärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit der Beschaffung vorgelegt wird. Diese Forderung ist angezeigt zur Vermeidung von Mißbräuchen, die bei dem herrschenden Mangel an Leder besonders naheliegen.

Um bedürftigen Fußkranken nicht zu hohe Unkosten zu verursachen, ersuche ich ergebenst, die Kreisärzte zur Ausstellung von Befundscheinen (3 M.) über die Notwendigkeit der Beschaffung von orthopädischem Schuhwerk zu verpflichten. Um ferner bedürftige Antragsteller nicht auch noch mit Stempelkosten zu belasten, wird zweckmäßig von der Ausstellung stempelpflichtiger Zeugnisse, also der amtlichen Bescheinigung von Tatsachen abzusehen sein.

Verlängerung der Wahlzeit des Vorstandes der Aerztekammern usw., des Vorstandes der Apothekerkammern usw. sowie des Vorstandes der Zahnärztekammer für das Königreich Preußen. Erlaß des Ministers des Innern vom 23. August 1917 — M 2225 II — an die Herren Oberpräsidenten.

Durch die Königliche Verordnung vom 19. Juli d. Js. (Gesetzsamml. S. 77) ist die bis zum 31. Dezember 1917 laufende Amtsdauer der Aerztekammern und der Apothekerkammern bis zum 31. Dezember 1918 verlängert worden, und es haben die Neuwahlen zu diesen Kammern danach erst im November 1918 stattzufinden.

Damit erfährt auch die Wahlzeit

a) des Vorstandes jeder Aerztekammer gemäß § 8 der Verordnung vom 25. Mai 1887 (Gesetzsamml. S. 169),
b) der Mitglieder des Aerztekammerausschusses gemäß § 3 der Verordnung vom 6. Januar 1896 Gesetzsamml. S. 1),
c) der Mitglieder der ärztlichen Ehrengerichte und des ärztlichen Ehrengerichtshofes gemäß §§ 7 und 43 des Gesetzes vom 25. November 1899 (Gesetzsamml. S. 565),
d) der in die Provinzial-Medizinalkollegien und in die Wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen gewählten Vertreter der Aerztekammern gemäß §§ 3 und 8 der Verordnung vom 25. Mai 1887,
e) des Vorstandes jeder Apothekerkammer gemäß § 7 Abs. 5 der Verordnung vom 2. Februar 1901 (Gesetzsamml. S. 49),
f) der Mitglieder des Apothekerkammerausschusses gemäß § 14 der Verordnung zu e

eine Verlängerung bis zu 31. Dezember 1918.

Ich ersuche ergebenst, dem Vorstande der Apothekerkammer der dortigen Provinz hiervon gefälligst Mitteilung zu machen.

Aufhebung der zur Verhütung einer Weiterverbreitung der Pocken getroffenen Maßnahmen. Erlaß des Ministers des Innern vom 24. August 1917 — M 13006 —. An die Herren Regierungspräsidenten.

Mit Rücksicht auf das Erlöschen der Pocken im dortigen Bezirk werden die zur Verhütung der Weiterverbreitung durch Erlaß vom 25. Januar 1917 — M 10143 —[1]) angeordneten Maßnahmen hiermit aufgehoben. Ich ersuche

[1]) Siehe Beilage Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung zu Nr. 4 dieser Zeitschrift; 1917, S. 26.

ergebenst, das weiter Erforderliche gefälligst sogleich zu veranlassen. Abdruck dieses Erlasses erfolgt im Ministerialblatt für Medizinalangelegenheiten.

Ergebnisse der im Jahre 1915 in Preußen ausgeführten Schutzimpfungen gegen Cholera und Typhus. Erlaß des Ministers des Innern vom 27. Juni 1917 — M. 12201 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten, abschriftlich an die Herren Oberpräsidenten.

In der Anlage übersende ich ergebenst Abschrift einer Uebersicht über die Ergebnisse der im Jahre 1915 in Preußen ausgeführten Schutzimpfungen gegen Cholera und Typhus, die nach den von den Regierungspräsidenten eingereichten Berichten zusammengestellt ist. Aus ihr ergibt sich, daß die Injektionen der Schutzimpfstoffe im allgemeinen gut vertragen wurden, stärkere Reaktionen nur selten und Komplikationen nur ganz vereinzelt auftraten.

Vor allem wird aber die gute Wirkung der Schutzimpfungen gelobt. Wenn sie auch nicht in jedem Falle eine Erkrankung der Geimpften verhüten konnten, wenn die Betreffenden bereits vor der Impfung infiziert waren oder die Erkrankung vor Ausbildung des vollen Impfschutzes zum Ausbruch kam, so verlief doch in den meisten derartigen Fällen die Erkrankung milde; auf den Verlauf von Epidemien hatte die Durchführung der Schutzimpfung in der Regel einen entscheidenden Einfluß, insofern, als nach ordnungsmäßiger Durchführung der Schutzimpfung im ganzen Kreise der Gefährdeten die Epidemien schnell zu erlöschen pflegten.

Ich ersuche daher ergebenst, auf die Medizinalbeamten und Aerzte des Bezirks einzuwirken, daß auch weiterhin von der Möglichkeit zur Vornahme von Schutzimpfungen — vergl. meine Erlasse vom 26. Mai 1915 — M. 11252 —, vom 18. Juni 1915 — M. 11616II — und vom 27. September 1915 — M. 11979 — ausgiebigster Gebrauch gemacht wird.

Ueber die in den Jahren 1916 und 1917 ausgeführten Schutzimpfungen und ihre Ergebnisse ersuche ich zum 1. Januar 1918 gefälligst zu berichten.

Anlage.

Zusammenstellung der im Jahre 1915 in Preußen ausgeführten Schutzimpfungen gegen Cholera und Typhus.

Während des Jahres 1915 wurden, soweit Zahlenangaben vorhanden sind, 7269 Personen gegen Cholera geimpft und außerdem im Regierungsbezirk Oppeln noch 5659 Einzelimpfungen gegen Cholera ausgeführt. Davon waren nach Abzug dieser Einzelimpfungen 5438 im Auftrage der Militärbehörden oder an Kriegsgefangenen ausgeführt. Es sind also 1831 Zivilpersonen geimpft worden. Die Veranlassung zu den Impfungen war in vielen Fällen ein Cholerafall in der Umgebung, im übrigen handelte es sich meistens um Aerzte, Pflegepersonen, Desinfektoren und Eisenbahnangestellte. In 15 Regierungsbezirken sind keine Impfungen vorgenommen worden, im Regierungsbezirk Köslin wurden vereinzelte Schutzimpfungen an Eisenbahnbediensteten und deren Familienmitgliedern ausgeführt.

Es wird allgemein berichtet, daß die Injektionen gut vertragen wurden. Die Allgemeinreaktion war unbedeutend, wenn überhaupt eine solche beobachtet wurde. Dagegen traten öfters Erscheinungen an der Impfstelle auf, Schwellung, Rötung und Schmerzhaftigkeit, die aber nur verübergehend waren. Im Regierungsbezirk Stettin erkrankte und starb ein ½jähriges Kind 3 Tage nach der ersten Impfung an Cholera. Die Angabe im Bericht „die Impfung hatte demnach weder einen Einfluß auf die Erkrankung selbst, noch auf die Schwere des Verlaufs ausgeübt“ kann wohl nicht aufrecht erhalten werden, da die volle Schutzwirkung frühestens eine Woche nach der zweiten Injektion erwartet werden darf. Im gleichen Regierungsbezirk fanden sich bei 7 anderen Geimpften Choleravibrionen ohne sonstige Krankheitserscheinungen. Im Regierungsbezirk Breslau wurde von einem Bahnarzt an der Impfstelle einmal ein Abszeß beobachtet, von einem anderen Bahnarzt eine ausgedehnte Zellgewebsentzündung an der Impfstelle, die zu allgemeiner Sepsis und zum Tode führte. Ein gerichtliches Ermittelungsverfahren ergab die Schuldlosigkeit des Arztes.

Im Regierungsbezirk Schleswig erwiesen sich 3 Familienangehörige eines Cholerakranken nach der ersten Impfung als Bazillenträger, ohne Krankheitserscheinungen gehabt zu haben. Deshalb wurde die zweite Impfung unterlassen.

Gegen Typhus wurden im Laufe des Jahres 1915 25778 Personen geimpft. 21522 Personen wurden im militärischen Auftrag geimpft. Unter den Geimpften befanden sich 17613 Kriegsgefangene. Die übrigen 8165 sind Zivilpersonen, die entweder aus der Umgebung von Typhuskranken stammten, wegen Epidemiegefahr geimpft wurden oder als Eisenbahnbedienteste und Krankenpflegepersonal geimpft wurden, weil sie in erhöhtem Maße der Infektionsgefahr ausgesetzt waren.

Die Allgemeinreaktion war in der Regel stärker als nach der Cholera-schutzimpfung, ebenso die lokalen Beschwerden an den Impfstellen. Aus verschiedenen Regierungsbezirken wird berichtet, daß zahlreiche Personen wegen der Impfreaktion sich weigerten, die 2. und 3. Injektion vornehmen zu lassen.

Im Regierungsbezirk Liegnitz wurden im Kreise Bunzlau stärkere Allgemeinreaktionen, die 2—3 Tage anhielten, beobachtet. Woher der Impfstoff stammte, ist nicht angegeben.

Im Regierungsbezirk Hildesheim erkrankte ein Dienstmädchen 3 Wochen nach der letzten Injektion an mittelschwerem Typhus.

Im Regierungsbezirk Gumbinnen verliefen 34 von 42 Typhusimpfungen reaktionslos. Bei 8 Fällen trat leichte lokale und allgemeine Reaktion ein, bei 6 von diesen Fällen Unbehagen, Mattigkeit und Kopfschmerz. Einmal wurde am 2. Tage nach der Impfung Urticaria beobachtet. Die Reaktionen waren immer nach 24 Stunden abgelaufen.

Die größte Zahl der Typhusimpfungen weist der Regierungsbezirk Allenstein auf. Es wurden dort 4511 Personen geimpft, und zwar Pflegepersonal, Desinfektoren, Wach- und Polizeimannschaften, Eisenbahnpersonal, Angehörige von Typhuskranken und eine große Zahl Personen aus infizierten Ortschaften. In 10 typhusbefallenen Orten des Kreises Johannisburg wurden 296 Personen geimpft. Auf Anordnung des Kommandanten der Feste Boyen wurde die Zivilbevölkerung von Lötzen zwangsweise geimpft. Die noch nicht schulpflichtigen Kinder, Personen über 60 Jahre, Kranke, schwangere und stillende Frauen wurden von der Impfung befreit. Die Reaktionen waren im allgemeinen mild und vorübergehender Natur. Die Kreisärzte von Johannisburg und Lötzen stimmen darin überein, daß schwerere Krankheitserscheinungen nach der Schutzimpfung nicht vorkamen und daß die Schutzimpfung mit gewissen Einschränkungen von unverkennbarem Erfolg war.

Im Kreise Johannisburg z. B. hörten in einer typhusverseuchten Ortschaft die Erkrankungen auf und blieben auf schutzgeimpfte Personen aus Typhusfamilien beschränkt, wo also die Möglichkeit vorlag, daß die Leute schon vor Beginn der Impfung infiziert waren. Der Verlauf der Krankheit bei Geimpften wird als besonders leicht geschildert.

Im Regierungsbezirk Posen wurde fast die ganze Bevölkerung von Mszcyczyn und des Gutes Xionsek, Kreis Schrimm, geimpft. Die Impfungen verliefen, abgesehen von leichten Fieberanfällen, ohne besondere Schädigung. Nach Durchführung der Impfungen sind weitere Erkrankungen nicht aufgetreten.

Typhuserkrankungen auf Gut Dürrjentsch, Regierungsbezirk Breslau, hörten auf, nachdem die ganze Gutsbevölkerung, 63 Personen, geimpft worden war.

In der Provinzialheilanstalt Warstein, Reg.-Bezirk Arnsberg, wurden sämtliche Insassen und Angestellte, im ganzen 1600 Personen, mit Erfolg geimpft, so daß, trotzdem die Epidemie einen recht bösartigen Charakter hatte, nach Durchführung der 3. Impfung die Epidemie erlosch.

In 16 Regierungsbezirken wurden Typhusschutzimpfungen nicht vorgenommen.

Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 19. 5. Oktober. 1917.

Rechtsprechung.

Voraussetzung für Gewährung der einjährigen Frist zur Nachholung der unterbliebenen Impfung ist, daß laut ärztlichen Zeugnisses eine Impfgefahr für den Impfpflichtigen zur Zeit, als die Impfung nach den gesetzlichen Bestimmungen zu vollziehen war, bestanden hat. Entscheidung des Königlichen Oberverwaltungsgerichts (IX. Senats) vom 21. Dezember 1915.

. . . Der Streit dreht sich um die Frage, ob die Polizeibehörde gesetzlich berechtigt war, am 20. August 1915 die Impfung des Kindes des Klägers bis zum 24. August 1915 zu verlangen. Der Kläger bestreitet dies mit der Begründung, daß zufolge Erkrankung seines Kindes am 8. Juli 1915 an diesem Tage ein die Impfunfähigkeit begründender Gefahrzustand bestanden habe und ihm infolgedessen das mit dem Aufhören dieses Gefahrzustandes beginnende Fristjahr des § 2 Abs. 1 des Reichsimpfgesetzes für Nachholung der Impfung offen stände, diese also nicht schon bis zum 24. August 1915 verlangt werden könne. Dem kann nach Lage der hier in Betracht kommenden Verhältnisse nicht beigetreten werden. Auf Grund der Verfügung der Polizeibehörde vom 6. Oktober 1913, in welcher die Vorführung des Kindes vor den Impfarzt zur Entscheidung darüber angeordnet wurde, ob die nach früher vorgelegten Zeugnissen vorhandene Impfgefahr noch fortbestehe, hat die Vorführung vor den Impfarzt stattgefunden, und dieser sich in dem Atteste vom 31. Oktober 1913 dahin ausgesprochen, daß das Kind an Skrofulose leide und bis zum 1. Mai 1914 von der Impfung zurückzustellen sei. Dieser Ausspruch stellt eine Entscheidung im Sinne des § 2 des Reichsimpfgesetzes vom 8. April 1874 dar, da die Vorgänge erkennen lassen, daß die Polizeibehörde die früher beigebrachten ärztlichen Zeugnisse nicht für genügend erachtete, um die behauptete Fortdauer der Impfgefahr darzutun, mithin den Fall als einen zweifelhaften im Sinne des § 2 Abs. 2 a. a. O. ansah und deshalb die Entscheidung des Impfarztes veranlaßte. Diese Entscheidung erging dahin, daß der Gefahrzustand am 31. Oktober 1913 noch vorhanden war. Gleichzeitig wurde aber vom Impfarzte die Ansicht ausgesprochen, daß dieser Gefahrzustand voraussichtlich nicht länger als bis zum 1. Mai 1914 dauern werde. Ein solcher ärztlicher Ausspruch über die voraussichtliche Dauer der Impfgefahr gibt der Polizeibehörde, wie der Senat in seiner Entscheidung vom 28. September 1915 (IX A 18. 15) ausgeführt hat, solange gegenteiliges nicht erhellt, eine genügende Grundlage für die Annahme, daß über den ärztlich angenommenen Zeitpunkt hinaus die Impfgefahr nicht mehr besteht und mit diesem Zeitpunkte der Lauf der einjährigen Frist beginnt, innerhalb deren die Impfung gemäß § 2 Abs. 1 des Reichsimpfgesetzes nachzuholen ist. Irgend ein Anhalt dafür, daß dem hier nicht so sei, liegt nicht vor. War daher die Impfung bis zum 1. Mai 1915 nicht erfolgt, so war sie von diesem Tage ab ohne gesetzlichen Grund unterblieben, und demnach gemäß § 4 des Gesetzes die Polizeibehörde berechtigt, ihre Nachholung binnen einer von ihr zu setzenden Frist vom 1. Mai 1915 ab zu verlangen, . . zumal die die impfärztliche Feststellung vom 7. Juli 1915 das Nichtvorhandensein einer Impfgefahr bei dem Kinde ergab. Ohne Einfluß auf diese Berechtigung der Polizeibehörde war ferner die Tatsache, daß am 8. Juli 1915, also einen Tag nach der impfärztlichen Feststellung vom 7. Juli, das Kind an einer Erkältung mit Fieber erkrankte und deshalb am 8. Juli 1915 nach einer Aeußerung des behandelnden Arztes dem Kläger gegenüber nicht impffähig war. Die Annahme des Klägers, daß diese Tatsache genüge, um den Lauf einer neuen Jahresfrist fur Nachholung der Impfung beginnen zu lassen findet im Gesetze keine Stütze. Denn nach § 2 Abs. 1

des Impfgesetzes ist die Voraussetzung für Gewährung der einjährigen Frist zur Nachholung der nicht erfüllten Impfpflicht, daß eine Impfgefahr für das impfpflichtige Kind laut ärztlichen Zeugnisses zur Zeit, als die Impfung nach den gesetzlichen Bestimmungen zu vollziehen war, bestanden hat. Die Zeit, in welcher die Impfung im vorliegenden Falle zu vollziehen war, war, nachdem sie innerhalb des Jahres nach Aufhören des Gefahrzustandes nicht stattgefunden hatte, die gemäß § 4 des Reichsimpfgesetzes von der Polizeibehörde gestellte Frist bis zum 24. August 1915. Es fehlt aber an jedem ärztlichen Zeugnisse darüber, daß bis zum 24. August 1915 das Kind ohne Gefahr für sein Leben oder für seine Gesundheit nicht geimpft werden konnte, insbesondere enthalten die Aeußerungen des Impfarztes Dr. F. vom 17. August und 13. September 1915 nichts, was eine solche Annahme begründen könnte. Zu der vom Kläger beantragten Vernehmung des Dr. F. lag keine Veranlassung vor, da die von ihm zu bekundenden Tatsachen an den vorstehenden Darlegungen nichts ändern können. Eine Entscheidung des Dr. F. als Impfarzt gemäß § 2 Absatz 2 des Impfgesetzes kam nicht in Frage, da ein zweifelhafter Fall im Sinne jener Vorschrift nicht vorlag. Wenn die Polizeibehörde nach dem Wortlaute der Verfügung die Impfung durch den Impfarzt angeordnet hat, wozu ihr nach Lage der Gesetzgebung kein Recht zustand, so hat der Gerichtshof nach der Sachlage angenommen, daß es der Polizeibehörde lediglich auf Durchführung der Impfung bei dem Kinde des Klägers angekommen ist, und sie nicht beabsichtigt hat, die Zwangsandrohung auch dann zur Ausführung zu bringen, wenn der Kläger seinen Sohn Walter in der gesetzten Frist einem anderen Arzte zur Impfung vorgeführt und durch dessen Zeugnis (§ 10 Absatz 2 des Gesetzes) den in § 12 a. a. O. vorgeschriebenen Nachweis geführt hätte. Die Verfügung ist somit dahin zu verstehen, daß dem Kläger die Impfung durch den Impfarzt nur als der bequemste und billigste Weg zur Erreichung des Zweckes der Anordnung aufgegeben worden war, ohne ihn dabei in der Wahl eines anderen Arztes beschränken zu wollen, und die zwangsweise Vorführung zur Impfung erst dann erfolgen sollte, wenn bis zu dem gesetzten Termin die Impfung — sei es durch den Impfarzt oder durch einen Privatarzt — nicht vollzogen oder ein vorschriftsmäßiges Zeugnis über einen gesetzlichen Befreiungsgrund nicht vorgelegt worden war. Vom Kläger sind Bedenken in dieser Hinsicht auch nicht geltend gemacht worden.

Ein Gewerbebetrieb (Leimledertrocknung), der an sich auf ein in der Nähe belegenes Wasserwerk nicht gesundheitsgefährdend einwirkt, kann nicht um deswillen polizeilich untersagt werden, weil er durch üble Gerüche in die Umgebung des Wasserwerks den Charakter des Unappetitlichen bringt. Entscheidung des Preußischen Oberverwaltungsgerichts (III. Senats) vom 9. Dezember 1915.

. . . . Die Verfügung der Beklagten vom 30. November 1912 geht von der Annahme aus, daß der Betrieb des Klägers auf dem an das Gelände des Wasserwerkes grenzenden H.schen Grundstücke vermöge des von der Leimledertrockenanstalt abfließenden, mit schädlichen Stoffen gesättigten Wassers geeignet sei, die vorhandenen sowohl, wie die etwa künftig zur Vermehrung des Wassers noch zu erbohrenden Brunnen zu verseuchen, wodurch eine Gefährdung der Gesundheit und des Lebens der Einwohner E.s herbeigeführt werde. Diese Annahme ist indessen unbegründet. Sowohl aus dem Sch.er Gutachten wie aus dem Obergutachten der Königlichen Landesanstalt für Wasserhygiene ergibt sich, daß das von der Leimledertrocknungsanstalt des Klägers kommende und in den Boden versickernde Wasser durchweg die etwaigen schädlichen Stoffe in der oberen Schicht der Erde zurückläßt und sie völlig unschädlich werden läßt. Das gilt auch von dem Meteorwasser, das möglicherweise schädliche Stoffe von Lederteilen, die durch Raubzeug von den Trockenplätzen verschleppt werden können, ablösen und weiterführen sollte. Die Festhaltung schädlicher Stoffe in den oberen Erdschichten und ihre Fernhaltung von den in einer Tiefe von mindesteus 15 Meter angelegten Brunnen ist nach dem Gutachten selbst dann gewährleistet, wenn durch die ständige Entnahme größerer Wassermengen aus dem Grundwasser die oberen, der Verunreinigung ausgesetzten Wasserschichten rascher absinken. Dieses Gutachten erstreckt sich auf alle 22 Brunnen, die bis zum Jahre 1912 dem Wasserwerk

angeschlossen worden sind. Hiernach liegt eine Gefährdung der Gesundheit und des Lebens der das Wasser des Wasserwerkes benutzenden Einwohnerschaft nicht vor. Ob bei Beurteilung der Frage, ob die angefochtene Verfügung nach Lage der tatsächlichen Verhältnisse gerechtfertigt war, auf die etwaige künftige Ausdehnung des Wasserwerkes durch Erbohrung weiterer Brunnen über die Zahl der zur Zeit der Verfügung vorhandenen hinaus Rücksicht zu nehmen und das Wasserwerk insoweit als ein einheitliches Unternehmen in Betracht zu ziehen sei, brauchte nicht untersucht zu werden. Abgesehen davon, daß das Endergebnis des Sch.er Gutachtens wie des Obergutachtens in der Beurteilung der für die Abfangung der schädlichen Stoffe in den oberen Erdschichten entscheidenden geologischen Verhältnisse für das ganze zur Wasserwerksanlage bestimmte Gelände gelten muß, so zeigt der dem Obergutachten beigefügte Lageplan, daß für die etwaige weitere Erbohrung neuer Brunnen im wesentlichen nur Grundstücke in Frage kommen, die von dem vom Kläger benutzten Grundstücke noch weiter entfernt sind als die zuletzt dem Wasserwerk angeschlossenen Brunnen. Hiernach liegt eine Gefahr für Leben und Gesundheit der das Wasser des E.er Wasserwerkes benutzenden Einwohnerschaft überhaupt nicht vor, und fehlt es mithin an den tatsächlichen Voraussetzungen für den Erlaß der angefochtenen Verfügung. Denn wenn das Obergutachten in seinen weiteren oben angeführten Darlegungen darauf hinausläuft, daß die zwar nicht gesundheitsgefährliche Leimledertrocknung doch in die nahe Umgebung des Wasserwerkes den Charakter des Unappetitlichen bringe, und wenn es unter Bezugnahme auf die Vorschriften des Bundesrats die Appetitlichkeit als eine wesentliche und notwendige Eigenschaft einer öffentlichen Wasserversorgungsanstalt hinstellt, um zu dem Schlußurteile zu gelangen, daß der Betrieb des Klägers einen schädigenden Einfluß auf das Wasserwerk zu üben geeignet sei, so ist damit keineswegs das Vorhandensein einer dem Publikum oder seinen einzelnen Mitgliedern drohenden Gesundheitsgefahr erwiesen. Es mag anerkannt werden, daß aus einer Unappetitlichkeit des Trinkwassers, die z B. auf einer besonderen Färbung oder einem besonderen Geruch, also auf Eigenschaften, die beim Genusse des Wassers sich sinnenfällig bemerkbar machen, beruht, wovon allein in der genannten Anleitung unter Ziffer 3 und zu Nr. 8 der Erläuterung die Rede ist, eine Gefährdung des Publikums erwachsen könnte, sofern etwa das objektiv nicht gesundheitsschädliche Wasser bei dem es Genießenden Abscheu oder Ekel erregen würde. Im vorliegenden Falle aber handelt es sich lediglich darum, daß auf dem Gebiete des Wasserwerkes, fernab vom Gebrauchsorte, sich gelegentlich ein nicht angenehmer Geruch entwickelt, der bei dem dort etwa ganz vorübergehend sich aufhaltenden Publikum die tatsächlich unzutreffende Vorstellung erwecken kann, als sei das Wasserwerk nicht genügend gegen möglicherweise schädliche Einflüsse geschützt. Uebrigens ist nichts dafür beigebracht, daß das zeitweise beobachtete Vorhandensein unangenehmer Gerüche schon jemals in einer der Gesundheit des Betroffenen schädlichen Weise, etwa durch Hervorrufen von Erbrechen bei dem Genusse des Wassers oder auf andere Weise, gewirkt hätte. Nach der ausdrücklichen Erklärung des Vertreters der Beklagten in der mündlichen Verhandlung vor dem Oberverwaltungsgerichte sind auch Beschwerden in dieser Hinsicht bei der Polizeiverwaltung nicht erhoben.

Es sei darauf hingewiesen, daß die Anleitung des Bundesrats, die laut des Ministerialerlasses vom 23. April 1907 als Richtschnur für die zur Beschaffung eines brauchbaren, hygienisch einwandfreien Wassers berufenen Stellen erlassen ist, nach ihrer Natur keine für das Publikum bindenden Normen aufstellt; sie wendet sich vielmehr an die Gemeinden oder sonstigen Unternehmer von Wasserwerken und an die zu deren Ueberwachung berufenen Behörden. Das ergibt sich auch aus der Min.-Anweisung vom 23. April 1907. In dieser Anweisung ist im 17. u. 18. Absatze darauf hingewiesen, daß auf die Befolgung der Grundsätze zur Durchführung der hygienischen Prüfung einmal bei Anträgen auf Erteilung des Enteignungsrechts, sodann bei kommunalen Werken im Wege der Aufsicht, endlich bei sonstigen Wasserleitungen auf Grund der näher bezeichneten gesetzlichen Bestimmungen hinzuwirken sei. Danach will die Anleitung selbst neue Rechtsgrundsätze nicht aufstellen, und sie ist für die vorliegende Streitsache nicht von Belang. Sie mag der Stadtverwaltung oder den berufenen Aufsichtsbehörden Veranlassung geben, zu erwägen, ob und welche Mittel zur Verfügung

stehen, der unerfreulichen Nachbarschaft des Betriebes des Klägers ein Ende zu machen. Ein polizeiliches Einschreiten ermöglicht sie aber nicht.

Schließung von Wasserentnahmestellen wegen Gesundheitsgefährlichkeit des Wassers. Entscheidung des preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 30. Mai 1916.

. . . . Daß der Klägerin das Wasser für ihren landwirtschaftlichen Betrieb sowie für Feuerlöschzwecke (durch Schließung des bei ihrem Hause befindlichen Brunnens und der Zisterne) entzogen wird, bedeutet keine Verletzung ihrer Rechte, soweit diese Entziehung zur Beseitigung von Gesundheitsgefahr nötig ist, also in Anwendung der gesetzlichen Befugnisse der Polizei (§ 10 Titel 17 Teil II des Allgemeinen Landrechts) gefordert wird (vergl. § 903 des Bürgerlichen Gesetzbuchs, Art. 111 des Einführungsgesetzes). Ob mehr die Gesundheitsgefahr als die Feuersgefahr polizeilich beachtet und bekämpft werden soll, ist eine Ermessensfrage, eine Frage der Zweckmäßigkeit, die der Nachprüfung durch den Verwaltungsrichter schon an und für sich entzogen wäre. Die Einwendungen gegen das Gutachten des Prof. Dr. B. vom 26. Mai 1913 gehen fehl. Es stellt auf Grund örtlicher Prüfung der Lage und Einrichtung von Brunnen und Zisterne sowie nach bakteriologischer und chemischer Untersuchung des Wassers ganz grobe Mißstände fest, über die ein wesentlicher Irrtum, insbesondere etwa als Folge fachmännischer Befangenheit, kaum denkbar ist. Lage und Einrichtung der streitigen Anlagen machen hinsichtlich der Beschaffenheit des Wassers ein Untersuchungsergebnis wie das von Dr. B. gefundene von vornherein wahrscheinlich und glaubhaft. Demgegenüber kann auch die nicht bewiesene und kaum beweisbare Behauptung, daß die Benutzung des Wassers in der langen Zeit des Bestehens der klägerischen Besitzung nie irgendwelche Krankheiten oder Gesundheitsbeschädigungen hervorgerufen habe, nicht von durchgreifender Bedeutung sein. Die Klägerin hat auch nach Lage der Akten bisher die Gesundheitsgefährlichkeit des Wassers nicht in Zweifel gezogen, ist vielmehr erst bei der Klageerhebung dazu übergegangen, anscheinend, nachdem sie von der rechtlichen Unhaltbarkeit der Gründe, auf welche sie bis dahin ihren Widerstand gegen die polizeilichen Forderungen stützte, überzeugt worden war.

Medizinal-Gesetzgebung.

Königreich Preußen.

Verwendung von Papiergarngeweben an Stelle von Baumwolle und Wolle seitens der Krankenanstalten usw. Erlaß des Ministers des Innern vom 31. August 1917 — M. 6569 — an die H. Regierungspräsidenten.

Mit Rücksicht auf die große Knappheit an Baumwolle und Wolle sowie den daraus ganz oder teilweise gefertigten Erzeugnissen an Geweben ist die Reichsbekleidungsstelle genötigt, den Krankenanstalten und sonstigen Anstalten, die von ihr unmittelbar versehen werden, Bezugsscheine auf reine Papiergarngewebe für eine große Anzahl der benötigten Gegenstände auszustellen. Voraussichtlich wird dies für die Zukunft in noch größerem Maßstabe erfolgen müssen. Die Industrie hat sich mit großem Eifer und Erfolg der Erzeugung solcher Gewebe angenommen und verbessert sie ständig.

In der Zeit vom 29. September bis 14. Oktober findet in Breslau, Kaiser Wilhelm-Straße 121, eine Ausstellung solcher Papiergarngewebe und sonstiger Erzeugnisse aus der Papiergewebeindustrie statt. Ferner unterhält die Firma Ferd. Emil Jagenberg in Düsseldorf, Himmelgeisterstraße 107, die sich mit der Anfertigung der einschlägigen Maschinen beschäftigt, eine ständige, sehr lehrreiche Ausstellung solcher Gewebe usw. in ihren Fabrikräumen und ist bereit, nach vorheriger Anmeldung sie zu zeigen. Im November oder Dezember etwa wird voraussichtlich auch in Berlin eine solche Ausstellung stattfinden.

Ich ersuche ergebenst, die Leitungen der genannten Anstalten auf diese Ausstellungen aufmerksam zu machen, damit sie in der Lage sind, vor größeren Einkäufen sich entsprechend zu unterrichten.

Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 20. 20. Oktober. 1917.

Rechtsprechung.

Entziehung des Prüfungszeugnisses wegen Trunksucht der Hebamme. Urteil des preußischen Oberverwaltungsgerichts (III. S.) vom 2. November 1916.

Die R. hat, ohne die ihr vorgeworfenen Verfehlungen zu bestreiten, versprochen, mit aller „Pflicht und Treue“ ihrem bisherigen Berufe nachzugehen und unterm 30. Oktober 1916 die Versicherung abgegeben, seit längerer Zeit dem Laster der Trunkfälligkeit ganz entsagt zu haben und künftig ein geordnetes Leben führen zu wollen. Schon vorher hatte die Polizeiverwaltung zur Kenntnis des Gerichtshofes gebracht, daß die Beklagte neuerdings, und zwar am 21. und 29. September in ihrem Garten und im Oktober auf der Straße, von namhaft gemachten Zeugen völlig betrunken gesehen worden sei. In solchem Zustande hat sie denn auch die „Leitung“ der verschiedenen Entbindungen übernommen. Nach der Dienstinstruktion für die Hebammen ist es deren Pflicht, einen ehrbaren nüchternen Lebenswandel zu führen. Dieser Pflicht hat die Beklagte gröblich zuwidergehandelt, und zwar noch nach Einleitung des gegenwärtigen Verfahrens und nachdem bereits das Urteil des Vorderrichters gegen sie ergangen war, ungeachtet ihres feierlichen Versprechens, dem Laster zu entsagen und in Kenntnis dessen, was für sie auf dem Spiele stand. Ihrem Versprechen, sich zu bessern, kann um so weniger Bedeutung beigemessen werden, als sie, wie die neuesten Vorkommnisse zeigen, es nicht zu halten vermocht hat. Mag man ihr menschliches Mitleid nicht versagen, weil sie angeblich aus Schmerz und Trauer um ihren im Felde gefallenen Sohn sich dem Trunke ergeben haben soll, so berechtigt das in keiner Weise einer Hebamme, die die zu ihrem verantwortlichen Beruf erforderlichen Eigenschaft des nüchternen Lebenswandels verloren hat und befürchten läßt, daß durch sie Wöchnerinnen und neugeborene Kinder gefährdet werden, die fernere Ausführung ihrer Berufstätigkeit zu gestatten.

(Sächsische Korrespondenz; Nachdruck nur mit deren Genehmigung zulässig.)

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Deutsches Reich.

Einrichtung des Kriegsernährungsamts. Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 27. September 1917.

Auf Grund des § 4 der Verordnung über Kriegsmaßnahmen zur Sicherung der Volksernährung vom 22. Mai 1916 in der Fassung der Verordnung vom 18. August 1917 und des Allerhöchsten Erlasses vom 30. August 1917 (Reichs-Gesetzbl. 1916 S. 401, 1917 S. 824) wird über die Einrichtung des Kriegsernährungsamts folgendes bestimmt:

§ 1 Der Vorstand des Kriegsernährungsamtes besteht fortan aus dem Staatssekretär, den beiden Unterstaatssekretären und neun weiteren Mitgliedern. Der Staatssekretär leitet die Geschäfte, vertritt die Behörde nach außen und ist für die Ausübung der der Behörde übertragenen Befugnisse verantwortlich. In wichtigen Fragen entscheidet er nach Beratung mit dem Vorstand. Er führt den Vorsitz im Beirat und regelt dessen Geschäftsgang.

Im übrigen verbleibt es bei den Bestimmungen der §§ 2 bis 6 der Bekanntmachung über die Errichtung eines Kriegsernährungsamts vom 22. Mai 1916 (Reichsgesetzbl. S. 402).

§ 2 Diese Verordnung tritt mit dem Tage der Verkündung in Kraft.

B. Königreich Preußen.

Gebührenfreie amtsärztliche Untersuchung von Kriegerwitwen auf Grund des Kapitalabfindungsgesetzes. Erlasse des Ministers des Innern vom 8. Februar 1917 — M. 3275 — (a) und vom 15. September 1917 — M. 2404 (b) — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

a. Nach den vom Bundesrat erlassenen Ausführungsbestimmungen zum Gesetz über Kapitalabfindung an Stelle von Kriegsversorgung (Kapitalabfindungsgesetz) vom 8. Juli 1916 (Reichs-Gesetzbl. S. 684) hat das Bezirkskommando die Untersuchung des Antragstellers durch einen beamteten Arzt zu veranlassen, der vom ärztlichen Standpunkt aus zu prüfen hat, ob die im Gesetz vorgesehenen Bedingungen erfüllt sind, und sich dahin zu äußern hat, ob vom ärztlichen Standpunkt aus Bedenken gegen die Gewährung der Kapitalabfindung bestehen.

Die Untersuchung der Kriegsbeschädigten liegt in diesen Fällen dem beim Bezirkskommando diensttuenden Arzte ob. Für die Untersuchung der Kriegerwitwen ist, um ihnen die unter Umständen für sie peinliche Untersuchung bei dem Bezirkskommando mit seinem militärischen, auf Untersuchungen weiblicher Antragstellerinnen im allgemeinen nicht eingerichteten Dienstbetrieb zu ersparen und dadurch einen möglichen Hinderungsgrund für eine gerade bei ihnen so erstrebenswerte Kapitalisierung ihrer Bezüge hinwegzuräumen, zugelassen, daß sie auf Antrag der betreffenden Witwe auch durch einen beamteten Zivilarzt erfolgen darf. Im Einverständnis mit dem Herrn Kriegsminister wird die ärztliche Beurteilung der eine Abfindung beantragenden Kriegerwitwen für solche Fälle den Kreisärzten übertragen.

Bei der ärztlichen Begutachtung sind die in den umseitigen Vorschriften des Kriegsministeriums (Medizinalabteilung) vom 20. August 1916 bezeichneten Gesichtspunkte zu beachten; für die Untersuchung der Kriegerwitwen kommen insbesondere die Vorschriften unter II in Betracht.

Für die Untersuchung der Kriegerwitwen haben die Kreisärzte nach einer auf Grund des § 8 Abs. 2 des Gesetzes, betreffend die Gebühren der Medizinalbeamten, vom 14. Juli 1909 von mir getroffenen Zusatzbestimmung zu der Ziffer B 15 des Tarifs für die Gebühren der Kreisärzte keine Gebühren zu beanspruchen. Da es sich bei dem Reichsgesetze vom 3. Juli 1916 nur um Kapitalabfindungen zum Zwecke des Erwerbes oder der wirtschaftlichen Stärkung eigenen Grundbesitzes handelt, so ist für den einzelnen Kreisarzt eine nennenswerte Mehrbelastung durch die übertragene Gutachtertätigkeit nicht zu erwarten. Es konnte daher auch vom Standpunkte billiger Rücksichtnahme auf die an sich zum Gebührenbezug berechtigten nicht vollbesetzten Kreisärzte die im sachlichen Interesse angezeigte Einführung der Gebührenfreiheit, die auch schon zur Vermeidung einer Schlechterstellung der Kriegerwitwen im Verhältnis zu den Kriegsbeschädigten geboten erschien, keinem wesentlichen Bedenken unterliegen.

Ich ersuche ergebenst, die Kreisärzte mit entsprechender Anweisung zu versehen.

b. Unter Bezugnahme auf den Erlaß vom 8. Februar d. Js. — M. 3275 — ersuche ich ergebenst, die Kreisärzte darauf hinzuweisen, daß für die ärztlichen Gutachten bei Kapitalabfindungsanträgen von Kriegsbeschädigten oder Witwen von solchen vom Kriegsministerium durch Erlaß vom 15. Juni 1917 — Nr. 190/6. 17 C 3 F — ein einheitliches Muster vorgeschrieben ist. In Fällen, in denen Kriegerwitwen bei Kapitalabfinungsanträgen zur Untersuchung ihres Gesundheitszustandes die Heranziehung des Kreisarztes an Stelle des beim Bezirkskommando diensttuenden Arztes beantragen, können die Kreisärzte Vordrucke zu den auszustellenden ärztlichen Zeugnissen vom nächsten Bezirkskommando kostenlos beziehen. Auch kann den Kreisärzten auf Antrag von den Bezirkskommandos ein kleiner Vorrat von Zeugnisvordrucken kostenlos überwiesen oder in einschlägigen Fällen von den Bezirkskommandos den Kriegerwitwen ein Zeugnisvordruck zur Aushändigung an den Kreisarzt mitgegeben werden (kriegsministerieller Erlaß vom 8. August 1917 — Nr. 1034/6. 17 S 1).

Zugleich ersuche ich, die Kreisärzte auf den Vortrag des Oberstabsarztes Dr. Martineck über „Das Gesetz über Kapitalabfindung an Stelle von Kriegsversorgung (Kapitalabfindungsgesetz) in sozialhygienischer Beleuchtung“ aufmerksam zu machen, in dem unter anderem auch eingehende Hinweise über die

Aufgaben des ärztlichen Gutachtens im Rahmen des Kapitalabfindungsgesetzes enthalten sind. Der Vortrag ist abgedruckt in der Zeitschrift für ärztliche Fortbildung XIII. Jahrgang 1916. Ein erweiterter Sonderabdruck ist in Buchform beim Verlage von Gustav Fischer, Jena, zum Preise von 1,20 M. für ein Stück erhältlich.

Pockenschutzimpfung der Gendarmen und ihrer Familienangehörigen. Erlaß des Ministers des Innern vom 20. Sept. 1917 — M 13113 — an die Herren Regierungspräsidenten.

Hierdurch bestimme ich, daß die etwa notwendig werdenden Pockenimpfungen von Gendarmen für die Zukunft von den Kreisärzten unentgeltlich vorzunehmen sind. Was die gleichen Impfungen der Familienangehörigen von Gendarmen anlangt, so wird diesen in der Regel die Impfung nur nahezulegen sein und die Kostentragung dem Haushaltungsvorstande überlassen bleiben müssen. Sollten die Impfungen der Familienmitglieder behördlicherseits gefordert werden, so fallen die dadurch erwachsenden Kosten der Behörde zur Last.

Ich ersuche ergebenst, das Weitere gefälligst alsbald zu veranlassen.

Einschränkung der bakteriologischen Ruhrfeststellung sowie Maßregeln zur Verhütung einer Weiterverbreitung der Ruhr. Erlaß des Ministers des Innern vom 27. September 1917 — M. 13311 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Mit Bezug auf die Erlasse vom 30. September 1916 — M. 12106 — und vom 2. August 1917 — M. 12778 —.[1])

Mit Rücksicht darauf, daß die bakteriologische Feststellung der übertragbaren Ruhr bei der allgemein üblichen und in den meisten Fällen auch allein möglichen Art der Einsendung des Untersuchungsmaterials auf Schwierigkeiten stößt, empfehle ich in Anbetracht der Knappheit der zur Herstellung der Bakteriennährböden notwendigen Zutaten bis auf weiteres bei der Ruhrfeststellungen folgende Einschränkungen:

Bakteriologisch festzustellen sind in Zukunft nur die ersten Fälle in einem Orte. Ist der Ausbruch der Ruhr an einem Orte festgestellt, so kann bei etwaigen weiteren Erkrankungen hiervon abgesehen werden. Da die Erkennung der Ruhr in der Regel schon nach dem klinischen Bilde der Erkrankung möglich ist, so ist auf die behandelnden Aerzte dahin einzuwirken, daß sie alle die klinischen Zeichen der Ruhr bietenden Erkrankungsfälle, besonders alle in den Sommermonaten gehäuft auftretenden Durchfälle mit Beimengung von blutigem Schleim als übertragbare Ruhr behandeln und zur Anzeige bringen.

Die Entscheidung über die erfolgte Genesung der Erkrankten wird fernerhin nicht davon abhängig zu machen sein, daß nach erfolgter Genesung eine zweimalige Untersuchung des Stuhles negativ ausfällt; vielmehr wird hierüber auf Grund sorgfältiger klinischer Beurteilung des Erkrankungsfalles entschieden werden können. Von bakteriologischen Umgebungsuntersuchungen wird künftig abzusehen sein. An ihre Stelle kann für die Ermittelung verdächtiger Erkrankungen in der Umgebung von Kranken eine eingehende Befragung der betreffenden Personen sowie bei abgelaufenen oder in Heilung begriffenen Erkrankungen die serologische (Widalsche) Untersuchung einer Blutprobe treten. Dafür ist aber der laufenden Desinfektion am Krankenbett erhöhte Bedeutung beizulegen.

Zur Erzielung besserer positiver Untersuchungsergebnisse bei der bakteriologischen Feststellung einer ersten Ruhrerkrankung an einem Orte empfiehlt es sich, daß die zuständigen Bakteriologen in den dazu geeigneten Fällen tunlichst das frisch gewonnene Untersuchungsmaterial unmittelbar am Krankenbett selbst entnehmen und auf Platten ausstreichen. Es sind auf diese Weise sehr beachtenswerte Ergebnisse erzielt worden. Soweit durch diese Maßnahmen im Rechnungsjahre 1917 besondere Reisekosten entstehen, bin ich bereit, sie auf Fonds der Medizinalverwaltung zu übernehmen. Einstweilen sind sie bis zum Gesamtbetrage von 200 M. vorschußweise zu zahlen und bei mir zum 31. Dezember d. Js. zur Erstattung anzumelden. Ferner ist den Leitern der bakterio-

---

[1]) Siehe Beilage zu Nr. 21 dieser Zeitschrift; Jahrg. 1916, S. 177, und zu Nr. 17, Jahrg. 1917, S. 113.

logischen Untersuchungsanstalten zur Pflicht zu machen, daß sie sich um die Herstellung und Beschaffenheit der Nährböden fortlaufend selbst kümmern.

Was die Behandlung der Ruhrkranken anlangt, so wird den Aerzten zu empfehlen sein, daß sie frische Krankheitsfälle tunlichst mit Ruhrserum behandeln, gegebenenfalls mit Serum in Verbindung mit Vakzine. Dieser letztgenannte Impfstoff wird unter dem Namen Dysbakta von den Chemischen Werken Ruete-Enoch & Co. in Hamburg hergestellt und kann von dort oder durch die Apotheken bezogen werden.

Personen, welche in den Verdacht geraten, daß sie Ruhrbazillenträger sind, sind mehrmals in der oben gedachten Weise bakteriologisch zu untersuchen, nach Bestätigung des Verdachts über die von ihnen für ihre Umgebung drohende Gefahr zu belehren und zur Beobachtung der nötigen Vorsicht bei Verrichtung ihrer Notdurft und größter Sauberseit, besonders ihrer Hände, zu ermahnen, um so die Gefahr für ihre Umgebung möglichst einzuschränken.

Im übrigen ist zur Vermeidung der Ruhrübertragung allgemein auf die Beoachtung größtmöglichster Sauberkeit, besonders der Hände, und auf die Vernichtung der Fliegen hinzuwirken. Auch ist die Bevölkerung wiederholt zu ermahnen, rohe Nahrungs- und Genußmittel, besonders Obst, vor dem Genuß durch Abwaschen oder Abschälen zu reinigen.

Ich ersuche ergebenst, die Bezirks- und Kreis-Medizinalbeamten gefälligst entsprechend anzuweisen. Die praktischen Aerzte werden durch die Aerztekammern Kenntnis erhalten.

C. Königreich Bayern.

Förderung von Fabrikkrippen. Entschließung des K. Staatsministeriums des Innern vom 11. September 1917. An die K. Regierungen, Kammern des Innern, die Distriksverwaltungsbehörden und die K. Bezirksärzte.

Die gesteigerte Beschäftigung von Frauen in der Industrie, besonders in den Munitionsbetrieben, hat die bedauerliche Folge, daß den Kindern der Arbeiterinnen vielfach nicht die notwendige Fürsorge zugewendet wird; hiervon werden in erster Reihe die Säuglinge ungünstig betroffen.

Als Mittel zur Beseitigung dieses Mißstandes hat sich vielfach die Einrichtung von Fabrikkrippen bewährt, in denen die Mütter ihre Kinder während der Arbeitszeit unterbringen und, soweit sie die Kinder selbst stillen, auch die Stillung während der Arbeitspausen vornehmen können.

Im Benehmen mit den örtlichen Einrichtungen für Säuglingsfürsorge ist die Frage zu prüfen, wieweit für derartige Krippen ein Bedürfnis besteht. Wo die Einrichtung einer Krippe sich durchführen läßt und Erfolg verspricht, sind die geeigneten Schritte zu unternehmen. Der Landesverband für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, Geschäftsstelle München, Ludwigstraße 14, dessen Vorstandsmitglied K. Hofrat und Kinderarzt Joseph Meier in München, zugleich 1. Vorsitzender des deutschen Krippenverbandes, Berlin-Charlottenburg 5, Mollwitzstraße, ist, hat sich bereit erklärt, bei der Einrichtung von Krippen, auch von Familienkrippen, mit Rat beizustehen.

Soweit die Errichtung von Krippen bei Munitionsbetrieben in Frage kommt, empfiehlt es sich, mit den zuständigen Kriegsamtsstellen ins Benehmen zu treten.

D. Königreich Sachsen.

Anzeigepflicht bei Ruhr (Dysenterie) und ruhrverdächtigen Krankheitsfällen. Verordnung des Ministeriums des Innern vom 14. September 1917.

Für Ruhr (Dysenterie) und ruhrverdächtige Krankheitsfälle wird die Anzeigepflicht gemäß den Verordnungen vom 29. April 1905 (Gesetz- und Verordnungsblatt Seite 149) und vom 21. Juni 1911 (Gesetz- und Verordnungsblatt Seite 131) angeordnet.

Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 21. 5. November. 1917.

Rechtsprechung.

Klage einer Friseurin gegen einen Arzt wegen angeblich falscher Behandlung eines Handgelenkbruches. Urteil des Oberlandesgerichts Hamburg vom 31. März 1917.

Die Friseurin B. in Hamburg wurde von Dr. med. M. daselbst, dem Arzt der Gehilfenkasse der Friseurinnung, wegen einer Verletzung des rechten Handgelenkes behandelt, die sie durch Sturz sich zugezogen hatte. Sie strengte Schadenersatzklage gegen Dr. M. an mit der Behauptung, er habe unter Außerachtlassung seiner Berufspflicht die Klägerin falsch behandelt. Bei sachgemäßer Behandlung würde eine Heilung des Handgelenkes zu erzielen gewesen sein. Er habe fahrlässigerweise nicht erkannt, daß ein Bruch und nicht eine Verstauchung vorgelegen habe. Jetzt sei ihr Handgelenk durch den Bruch stark verdickt und wesentlich steif. Sie sei dauernd erwerbsunfähig und nicht mehr imstande, ihrer Beschäftigung als Friseurin nachzugehen und verlangte Zahlung einer Jahresrente von 2000 M. Beklagter wandte ein, er habe der Klägerin keinen festen Verband angelegt, sondern ihr verordnet, den Arm in einer Schlinge zu tragen. Ferner habe er die Verletzung mit Massage und Bewegungsübungen behandelt. Diese Behandlung entspreche dem derzeitigen Stande der Wissenschaft. Der Bruch sei gut verheilt. Eine Verdickung des Handgelenkes, die sich eingestellt habe, sei eine Folge der Verletzung und rühre nicht von unsachgemäßer Behandlung her. Das Landgericht Hamburg gab der Klage statt, indem es den Anspruch dem Grunde nach für gerechtfertigt ansah, das Oberlandesgericht Hamburg dagegen wies die Klage ab aus folgenden Gründen:

Aus den eingeholten Gutachten ist zu entnehmen, daß die medizinische Wissenschaft für die Behandlung von Brüchen zwei Methoden anwendet: die fixierende und die funktionelle Methode. Die erstere Methode war die früher allgemein übliche, während die letztere die moderne ist. Die fixierende Methode verfolgt in erster Linie das Ziel, die Reponierung, d. h. die Richtigstellung und Anheilung der beiden durch den Bruch geteilten Knochenenden zu bewirken, während die funktionelle Methode mehr Gewicht auf Beibehaltung der Gelenkfunktionen legt. Die Vorteile der funktionellen Methode leuchten ein, besonders für solche Fälle, in denen es sich um Brüche in Gelenken handelt, wie im vorliegenden Falle. Bei Brüchen in Gelenken und besonders im Handgelenk, erscheint es bei dem Zusammentreffen mehrerer Knochen an der Gelenkstelle von vornherein ungewiß, ob eine annähernd vollkommene Reponierung gelingen wird. Es liegt daher nahe, in solchen Fällen der funktionellen Methode den Vorzug zu geben, bei welcher die Gefahr, daß die Gelenkfunktionen durch die bei der fixierenden Methode eintretenden Beschäftigungslosigkeit der Gelenke leiden und Steifheit eintritt, wirksamer vermieden wird. Der Beklagte hat bei der Behandlung des Handgelenkbruches, den sich die Klägerin zugezogen hat, die funktionelle Methode angewendet, indem er die Klägerin von Anfang an mit Massage und Gelenkbewegung behandelt hat. Der Sachverständige Professor Dr. S. hat dargelegt, daß diese Behandlungsmethode von namhaften Universitätslehrern und Aerzten nachdrücklich gelehrt, empfohlen und angewendet werde, und daß es ganz unmöglich sei, dem Beklagten den Vorwurf eines Kunstfehlers und einer Außerachtlassung seiner Berufspflichten zu machen, wenn er eine solche Behandlungsmethode angewandt habe. Das Berufungsgericht folgt dem Gutachten des Sachverständigen Professor Dr. S., eines namhaften Chirurgen von anerkanntem Ruf.

(Sächsische Korrespondenz; Nachdruck nur mit deren Genehmigung zulässig.)

Klage wegen unlauteren Wettbewerbs; Bedeutung der ärztlichen Gutachten. Urteil des Reichsgerichts (II. Str.-S.) vom 21. Sept. 1917.

Die offene Handelsgesellschaft Ch. & Co. in Hamburg vertrieb längere Zeit ihr Fabrikat Ichthyol, ein ziemlich bekanntes Heilmittel, konkurrenzlos unter dem Schutz ihres Patentes. Nachdem das Patent durch Zeitablauf erloschen war, trat die Firma H. in R. mit einem ähnlichen Fabrikat, das sie Ichthynat nannte, auf den Markt. Beide Konkurrenten ließen sich ihre Ware durch Warenzeichen schützen. Die Ichthyolgesellschaft gab nun alsbald eine Broschüre heraus, in der die Behauptung aufgestellt wurde, daß mit den Ersatzpräparaten für Ichthyol nicht die gleichen Erfolge wie mit dem Mutterpräparat erzielt würden und daß man mit ihnen Enttäuschungen erlebe. Diese Behauptung wurde belegt durch Gutachten der Aerzte Dr. W. und Dr. A. Hierdurch fühlte sich die Chemische Fabrik in R. getroffen, da sie den Ausdruck Ersatzpräparate naturgemäß auf ihr Fabrikat beziehen mußte. Sie erhob Klage auf Unterlassung der Verbreitung dieser Behauptung und auf Schadenersatz, indem sie sich auf das Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb stützte. Die Klage wurde aber sowohl vom Landgericht, als Oberlandesgericht Hamburg abgewiesen, von dem letzteren aus den folgenden Gründen:

Es ist zunächst zu entscheiden, ob in der angegriffenen Behauptung der Beklagten eine nicht erweislich wahre Tatsache enthalten ist, oder ob sie nicht vielmehr lediglich ein subjektives Werturteil darstellt, welches nicht unter den § 14 des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb fallen würde. Die Gutachten der als Sachverständigen vernommenen beiden Professoren gehen dahin, daß über die feineren Unterschiede zwischen den beiden Präparaten mehr gefühlsmäßig und auf Grund einer allgemeinen ausgedehnten Praxis entschieden werden müsse; ein endgültiges Ergebnis lasse sich nur auf wissenschaftlicher Grundlage feststellen. Hieraus ergibt sich, daß ein objektiver Maßstab in dieser Streitfrage gänzlich fehlt, daß also in der angegriffenen Aeußerung der Beklagten lediglich ein subjektives Werturteil liegen kann, das nicht zum Gegenstand einer Unterlassungsklage zu machen ist. Ein unlauterer Wettbewerb wird von Seiten der Klägerin aber auch darin erblickt, daß die Beklagte sich von „Soldschreibern“ habe Gutachten ausstellen lassen, und diese zu Reklamezwecken benutzte. Ein solches Verhalten würde in der Tat gegen § 1 des Wettbewerbsgesetzes verstoßen. Es ist jedoch nicht erwiesen, daß die Herren Dr. W. und Dr. A. als Soldschreiber anzusehen sind. Dr. A. stand allerdings in der verdächtigen Liste, die von der Kommission der Vereinigung der deutschen ärztlichen Fachpresse herausgegeben wird. Es ist jedoch nichts darüber beigebracht, auf Grund welcher Tatsachen Dr. A. in diese Liste hineinkam. Auch aus dem Umstande, daß Dr. W. der Beklagten anbot, sich über seine jahrelangen Erfahrungen mit Ichthyol gutachtlich zu äußern, wobei er ersuchte, ihn zu unterstützen, kann selbst, wenn man als erwiesen annimmt, daß Dr. W. von der Beklagten 200 M. erhalten hat, nicht unbedingt der von der Klägerin geforderte Schluß gezogen werden, daß die Gutachten auf erdichteter Grundlage beruhten und völlig wertlos seien. Die Klage entbehrt demnach auch in dieser Beziehung der Begründung.

Gegen diese Entscheidung legte die Klägerin Revision beim Reichsgericht ein, das jedoch das Rechtsmittel zurückwies und das angefochtene Urteil bestätigte.

(Sächsische Korrespondenz; Nachdruck nur mit deren Genehmigung zulässig.)

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Deutsches Reich.

Gewährung von Sterbegeld und Hinterbliebenenrenten bei Gesundheitsschädigung durch aromatische Nitroverbindungen. Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 12. Oktober 1917.

Der Bundesrat hat auf Grund des § 3 des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. August 1914 (Reichs-Gesetzbl. S. 327) folgende Verordnung erlassen:

§ 1 Wenn eine nach dem dritten Buche der Reichsversicherungsordnung versicherte Person bei Herstellung von Kriegsbedarf sich eine Gesundheits-

schädigung durch nitrierte Kohlenwasserstoffe der aromatischen Reihe (z. B. Dinitrobenzol, Trinitrotoluol, Trinitroanisol) zuzieht und infolge ihrer Einwirkung stirbt, so sind Sterbegeld und Hinterbliebenenrenten unter entsprechender Anwendung der Vorschriften der Reichsversicherungsordnung auch dann zu gewähren, wenn der Tod nicht als Folge einer allmählichen Einwirkung der genannten Stoffe anzusehen ist.

§ 2 War der Verstorbene in mehreren Betrieben beschäftigt, welche die im § 1 genannten Stoffe herstellen oder verarbeiten, so hat derjenige Versicherungsträger die Bezüge festzusetzen und zu gewähren, dem der Betrieb angehört, in welchem der Verstorbene zuletzt mit jenen Stoffen beschäftigt worden ist.

§ 3 Der Reichskanzler kann besondere Vorschriften zur Ausführung dieser Verordnung, insbesondere über die Aufbringung der Mittel erlassen.

§ 4 Diese Verordnung gilt rückwirkend für die seit dem 1. August 1914 eingetretenen Todesfälle. Die Frist zur Anmeldung von Ansprüchen aus zurückliegenden Todesfällen läuft frühestens mit dem 1. Februar 1918 ab.

Ansprüche auf Sterbegeld und Hinterbliebenenrenten, die seit dem 1. August 1914 rechtskräftig abgelehnt worden sind, weil die schädigende Einwirkung der im § 1 genannten Stoffe nicht die Folge eines Unfalls gewesen ist, hat der Versicherungsträger nach den Vorschriften dieser Verordnung zu prüfen. Führt die Prüfung zu einem dem Berechtigten günstigeren Ergebnis oder wird es von dem Berechtigten verlangt, so ist ihm ein neuer Bescheid zu erteilen.

§ 5 Der Reichskanzler bestimmt den Zeitpunkt des Außerkrafttretens dieser Verordnung.

B. Königreich Preußen.

Gemeinverständliche Belehrung über die Ruhr. Erlaß des Ministers des Innern vom 8. Oktober 1917 — 134131 — an die Herren Regierungspräsidenten, abschriftlich an die Herren Oberpräsidenten.

Im Anschluß an den Erlaß vom 27. September d. J. — 13311 —.[1])

An Stelle der im § 16 der Sonderanweisung (Heft 5) für die Bekämpfung der übertragbaren Ruhr (Dysenterie) vom 10. August 1906 vorgesehenen gemeinverständlichen Belehrung über die übertragbare Ruhr habe ich die in einigen Abdrucken beigefügte kürzere ausarbeiten lassen. Der hierin erforderliche Bedarf ist unmittelbar bei dem Königl. Zellengefängnis Moabit in Berlin NW. 40, Lehrter Straße 3 anzufordern. Mit Rücksicht auf die auch weiterhin noch herrschende Ruhrepidemie ist auf möglichste Bekanntgabe dieser Belehrung in geeigneter Weise hinzuwirken. Wegen der Verbreitung durch die größeren Tageszeitungen ist das Nötige von hier veranlaßt worden.

Hinsichtlich der verschiedentlich hier noch eingehenden namentlichen Wochenverzeichnisse — § 39 a. a. O. — mache ich ergebenst darauf aufmerksam, daß die Einsendung dieser Verzeichnisse bereits durch Erlaß vom 21. Januar 1909 — M 15064 I. Ang. — Ministerialblatt für Medizinal- pp. Angelegenheiten Seite 81 — zur Verminderung des Schreibwerks nachgelassen worden ist.

Anlage.

Gemeinverständliche Belehrung über die Ruhr.

Die Ruhr beginnt mit heftigen Leibschmerzen und Durchfällen, die bald ein schleimiges Aussehen annehmen. Meist ist dem Schleim auch Blut beigemengt. Bisweilen beginnt die Krankheit mit Erbrechen und Uebelkeit. Fieber ist oft vorhanden, kann aber auch vollständig fehlen. Es empfiehlt sich, beim Auftreten verdächtiger Krankheitserscheinungen sofort einen Arzt zu Rate zu ziehen.

Die Ruhr ist eine ausgesprochene Schmutzkrankheit. Ihre Uebertragung kommt ausschließlich dadurch zustande, daß Teile vom Stuhlgang eines Ruhrkranken in den Mund eines

---

[1]) Siehe Beilage zu Nr. 20 dieser Zeitschrift, Jahrg. 1917, S. 131.

Gesunden gelangen. Der Erreger der Ruhr, ein Bacillus, wird nämlich von den Kranken lediglich mit dem Stuhlgang ausgeschieden. Die dünnflüssigen Darmentlehrungen beschmutzen auch bei an sich sauberen Menschen sehr leicht die Hände, zumal Papier häufig für Flüssigkeiten und Bakterien durchlässig ist. Durch unsaubere Hände werden dann die Ruhrkeime auf Gegenstände (Griff am Wasserzug des Klosetts, Türklinken, Treppengeländer und Gebrauchsgegenstände, ferner auf Nahrungsmittel oder unmittelbar auf Gesunde übertragen.

Der wirksamste Schutz gegen die Ruhr ist daher Sauberkeit der Hände Dringend zu empfehlen ist deshalb der Gebrauch von gutem Klosettpapier. Außerdem aber beherzige jeder:

„Nach der Notdurft, vor dem Essen
Händewaschen nicht vergessen!"

Besonders muß auch beim Herrichten von Speisen (Anrichten ungekocht zu genießender Gericht, Streichen des Butterbrots!) auf Sauberkeit der Hände geachtet werden:

„Willst andere du mit Speise laben,
So mußt du saubere Hände haben!"

sollte sich jede Hausfrau, jede Köchin zum Wahlspruch wählen.

Auch können Fliegen die Ruhr verbreiten, wenn sie Gelegenheit haben, sich auf Entleerungen von Ruhrkranken und danach auf Nahrungsmittel zu setzen. Daher sind zur Verrichtung der Notdurft gut gebaute Aborte zu benutzen; im Freien entleerter Stuhlgang ist sorgfältig mit Erde zu bedecken. Anderseits sind Nahrungsmittel und noch zum Genuß bestimmte Speisereste sorgfältig vor Fliegen zu schützen. Ueberhaupt ist der Fliegenplage nach Möglichkeit Einhalt zu tun.

Unreifes Obst und verdorbene Nahrungsmittel verursachen an sich keine Ruhr. Sie können jedoch durch Erzeugung von Magen-Darmkartarrhen das Haften etwa in den Darmkanal hineingelangter Ruhrbazillen und damit das Entstehen der Ruhr begünstigen. Deshalb vermeide man beides, wenn Ruhr herrscht, ganz besonders.

Die beste Pflege findet ein Ruhrkranker in einem Krankenhaus. Durch schleunige Absonderung der Kranken und Infizierten im Krankenhaus werden auch ihre Familienangehörigen und Arbeitsgenossen in wirksamster Weise gegen die Uebertragung der Ruhr geschützt. Werden die geschilderten Vorsichtsmaßregeln beobachtet, so erlischt eine Ruhrepidemie in der Regel schnell.

Feststellung des Gesundheitszustandes pockenansteckungsverdächtiger Personen vor ihrer Entlassung aus der Beobachtung oder Absonderung. Erlaß des Ministers des Innern vom 1. Oktober 1917 — M. 13385 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten, abschriftlich an die Herren Oberpräsidenten.

Es ist mir bekannt geworden, daß mehrfach Personen, welche wegen einer Pockenerkrankung in ihrer Umgebung als ansteckungsverdächtig unter Beobachtung gestellt oder abgesondert worden waren, seitens der zuständigen Polizeibehörden gemäß § 10 der Anweisung des Bundesrats zur Bekämpfung der Pocken vom 28. Januar 1904 Abs. 4 und 6 aus der Beobachtung bezw. Absonderung entlassen worden sind, ohne daß die Polizeibehörde sich darüber vergewisserte, daß die betreffenden Personen gesund geblieben waren. Auf diese Weise sind mehrfach Personen aus der Beobachtung bezw. Absonderung entlassen worden, trotzdem sie inzwischen an Pocken erkrankt waren.

Ich ersuche daher, die nachgeordneten Polizeibehörden mit Anweisung dahin zu versehen, daß sie vor der Entlassung pockenansteckungsverdächtiger Personen aus der Beobachtung oder Absonderung sich vergewissern, daß die Betreffenden nicht an Pocken erkrankt sind.

Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 22. 20. November. 1917.

Rechtsprechung.

Die Polizei ist verpflichtet, auch einzelne nervöse Personen gegen die durch übermäßige Geräusche (z. B. durch elektrisch angetriebenes Klavier hervorgerufenen) entstehenden Gesundheitsgefahren zu schützen. Entscheidung des preuß. Oberverwaltungsgerichts (III. Sen.) vom 30. November 1916.

. . . In der Rechtsprechung des Oberverwaltungsgerichts steht fest, daß die Polizei zwar nicht kranke, aber doch auch nervöse Personen gegen die Gesundheitsgefahren zu schützen hat, die ihnen von den aus benachbarten Betrieben herrührenden Geräuschen drohen (Entscheidungen vom 20. Okt. 1909 und 3. Juni 1912), und daß dieser Schutz auch einzelnen gefährdeten Personen zu gewähren ist. Ob der Zeuge N. nicht nur nervös empfindlich ist in gleicher Weise wie die Mehrzahl der Menschen der Gegenwart von mittlerem gesundheitlichen Durchschnitt, sondern gerade nervenkrank, wie der Kläger behauptet, kann dahin gestellt bleiben. Die Zeuginnen D. und V. haben mit voller Bestimmtheit . . . . betont, daß sie durch das ungedämpfte Klavierspiel Gesundheitsschädigungen erlitten haben Nach dem Gutachten des Dr. H. ist es zur Abwehr der von ihm vorher dargelegten Gesundheitsgefahren schlechthin notwendig, dem Kläger aufzugeben, den Musikapparat ausschließlich mit dem Dämpfer zu betreiben, und der Kreisarzt, Med.-Rat Dr. Sch., spricht zweifellos aus, daß bei einzelnen Personen die Summation von Reizen, wie die von ihm wahrgenommene, geeignet ist, eine dauernde Reizung des Nervensystems, einen allgemeinen Erregungszustand, zuwege zu bringen und dadurch gesundheitsschädigend zu wirken. Aus den Ausführungen der beiden Aerzte ergibt sich zweifellos, daß auch bei Benutzung des Dämpfers die Töne des Klaviers in einer Weise nach dem N.schen Hause hinüberklingen, daß sie geeignet sind, die Bewohner in ihrer Nachtruhe, die nach der Rechtsprechung des Gerichtshofes um 10 Uhr abends beginnt, zu stören und dadurch die Gesundheit zu gefährden. . . . . Die Polizeibehörde war daher, wenn es sich um die Abwendung einer gesundheitlichen Gefahr handelte, berechtigt, dem Kläger, von dessen Grundstück und Gewerbebetrieb die zu bekämpfende Gefahr ausging, die erforderlichen Auflagen (Betrieb des elektrischen Klaviers bis 10 Uhr abends nur mit Schalldämpfer und zugleich Untersagung des Betriebs nach 10 Uhr abends) zu machen, bei denen sie über das Maß des § 10, Tit. 17, Teil II des Allgemeinen Landrechts nicht hinausgegangen ist.

(Gewerbearchiv; XVI. Bd., 1917, 3. Heft, S. 377.)

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Deutsches Reich.

Höchstpreise für Gries, Graupen und Grütze. Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 16. Oktober 1917.[1])

Darnach beträgt im Kleinhandel der Preis für 500 g Gries: 32 Pfg., Gerstengraupen und Gerstengrütze: 36 Pf. (Reichsgesetzblatt; 1917, S. 901.)

[1]) Infolge der notwendigen Beschränkung des Umfanges der Zeitschrift wird künftighin von einzelnen Gesetzen, Erlassen, Verfügungen usw. nur die ihren Inhalt bezeichnende Ueberschrift oder ein kurzer Auszug des Inhalts mitgeteilt unter Angabe der Gesetzsammlung usw., wo der Wortlaut zu finden ist.

Regelung des Fleischverbrauchs und des Handels mit Schweinen. Verordnung des Reichskanzlers vom 19. Oktober 1917.

Der Inhalt der Bekanntmachung stimmt im großen und ganzen mit der bisherigen Verordnung vom 21. August 1916 (s. Beilage zu Nr. 18 dieser Zeitschrift, S. 14) überein. Neu ist die Bestimmung, daß die Selbstversorger von jedem Schwein eine bestimmte Menge Speck oder Fett an den Kommunalverband gegen Zahlung abgeben müssen und zwar 1 kg bei einem Schlachtgewicht von mehr als 60—70 kg, 2 kg bei mehr als 70—80 kg und weitere je 0,5 kg bei mehr als 80 kg Schlachtgewicht für je weitere angefangene 10 kg. (Reichsgesetzblatt; 1917, S. 949).

Regelung des Verkehrs mit Fleischbrühwürfel und deren Ersatzmittel. Verordnung des Bundesrats vom 25. Oktober 1917.

§ 1. Erzeugnisse in fester oder loser Form (Würfel, Tafeln, Kapseln, Körner, Pulver), die bestimmt sind, eine der Fleischbrühe ähnliche Zubereitung zum unmittelbaren Genuß oder zum Würzen von Suppen, Soßen, Gemüse oder anderen Speisen zu liefern, dürfen auf der Packung oder dem Behältnis, in denen sie an den Verbraucher abgegeben werden, nur dann die Bezeichnung „Fleischbrühe“ oder eine gleichartige Bezeichnung (Brühe, Kraftbrühe, Bouillon, Hühnerbrühe usw.) ohne das Wort „Ersatz“ enthalten, wenn

1. sie aus Fleischextrakt oder eingedickter Fleischbrühe und aus Kochsalz mit Zusätzen von Fett oder Würzen oder Gemüseauszügen oder Gewürzen bestehen;
2. ihr Gehalt an Gesamtkreatinin mindestens 0,45 vom Hundert und an Stickstoff (als Bestandteil der den Genußwert bedingenden Stoffe) mindestens 3 vom Hundert beträgt;
3. ihr Kochsalzgehalt 65 vom Hundert nicht übersteigt;
4. Zucker und Sirup jeder Art zu ihrer Herstellung nicht verwendet worden sind.

§ 2. Erzeugnisse der im § 1 genannten Bestimmung in fester oder loser Form, die den Anforderungen im § 1 Nr 1 bis 3 nicht entsprechen, dürfen nur gewerbsmäßig hergestellt, feilgehalten, verkauft oder sonst in Verkehr gebracht werden, wenn ihr Gehalt an Stickstoff (als Bestandteil der den Genußwert bedingenden Stoffe) mindestens 2 vom Hundert beträgt, ihr Kochsalzgehalt 70 vom Hundert nicht übersteigt, Zucker und Sirup jeder Art zu ihrer Herstellung nicht verwendet worden sind und sie auf der Packung oder dem Behältnis, in denen sie an den Verbraucher abgegeben werden, in Verbindung mit der handelsüblichen Bezeichnung in einer für den Verbraucher leicht erkennbaren Weise das Wort „Ersatz“ enthalten.

§ 3. Bei Erzeugnissen der in den §§ 1, 2 genannten Art, die bestimmt sind, in kleinen Packungen an den Verbraucher abgegeben zu werden, darf der Inhalt ohne die Packung nicht weniger als 4 Gramm wiegen.

§ 4. Der Reichskanzler kann Ausnahmen von den Vorschriften dieser Verordnung zulassen.

§ 5. Enthält die üblichen Strafbestimmungen.

Bewirtschaftung von Milch und Verkehr mit Milch. Verordnung des Staatssekretärs des Reichsversicherungsamts vom 3. November 1917 und Anordnung der Reichsstelle für Speisefette dazu vom 8. November 1917 (Reichsanzeiger vom 8. und 9. November ds. Js., Nr. 266 und 267).

Der Inhalt der Verordnung stimmt im wesentlichen mit dem der bisher geltenden Verordnung vom 8. Oktober 1916 (s. Beilage zu Nr. 20 dieser Zeitschrift, Jahrgang 1916, S. 167) überein. Von Bedeutung ist, namentlich für die Leser dieser Zeitschrift, daß im § 2 der Begriff „Milch“ wie folgt gefaßt ist: Milch im Sinne dieser Verordnung sind Kuhmilch in unbearbeitetem und bearbeitetem Zustand, ferner alle Bestandteile, die durch Zerlegung oder sonstige Verarbeitung dieser Milch gewonnen werden (Sahne, Magermilch, Buttermilch, Molke, Molkeneiweiß, Kasein, Milchzucker und dergleichen), endlich alle Erzeugnisse, die ganz oder vorzugsweise aus Kuhmilch hergestellt werden (Dauermilch und Dauersahne jeder Art, Joghurt, Kefir, Larosan und ähnliche Erzeugnisse) sowie Quark, nicht aber andere Käsearten und Butter,

und nach der Ausführungsanweisung darunter auch ausländische Milch und Milcherzeugnisse zu verzeichnen sind.

Weiterhin sind im § 4 die Bestimmungen getroffen, daß unter entsprechender Kürzung der Vollmilchversorgungsberechtigten — wie bisher: Kinder bis zum vollendeten sechsten Lebensjahre, stillende Frauen, schwangere Frauen in den letzten Monaten vor der Entbindung, Kranken auf Grund amtlich vorgeschriebener Bescheinigung — noch weiteren Bevölkerungsgruppen z. B. Kindern über 6 Jahre und Personen über 65 Jahre) Vollmilch gewährt werden kann. Die Unterverteilung der Milch, insbesondere die Bestimmung der den einzelnen Gruppen zu gewährenden Tagesmengen ist Sache des Kommunalverbandes. In der Ausführungsanweisung wird hierzu bestimmt:

1. „Der tägliche Gesamtbedarf der Vollmilchversorgungsberechtigten ist nach folgenden Ansätzen zu errechnen:
   a) für Kinder im 1. und 2. Lebensjahre, soweit sie nicht gestillt werden, je 1 Liter,
   b) für stillende Frauen je 1 Liter auf jeden Säugling,
   c) für Kinder im 3. und 4. Lebensjahre je ¾ Liter,
   d) für schwangere Frauen in den letzten 3 Monaten vor der Entbindung je ¾ Liter,
   e) für Kinder im 5. und 6. Lebensjahre je ½ Liter,
   f) für Kranke 1 Liter, gerechnet auf 2 v. H. der Bevölkerung.

2. Die Zahl der vollmilchbedürftigen schwangeren Frauen wird gleichgesetzt dem vierten Teile der Geburten im vorhergehenden Jahre.

3. Wenn örtliche Verhältnisse, insbesondere das Vorhandensein größerer Krankenanstalten, eine hohe Zuweisung von Vollmilch an Kranke notwendig machen, so kann der dem Ansatz zu 1 f zugrunde zu legende Prozentsatz der Bevölkerung mit Zustimmung der zuständigen Verteilungsstelle erhöht werden, jedoch ohne Genehmigung der Reichsstelle nicht über 3 v. H.

4. Der Kommunalverband hat die Form der Bescheinigungen, auf Grund welcher Kranke für vollmilchversorgungsberechtigt erklärt werden sollen, vorzuschreiben. Die Bescheinigungen dürfen nur für bestimmte Zeit und in der Regel für höchstens 2 Monate ausgestellt werden. Der Kommunalverband kann gestatten, daß die Bescheinigungen für die Insassen von Krankenhäusern und ähnlichen Anstalten durch die Anstaltsleitung, und zwar für sämtliche vollmilchversorgungsberechtigte Insassen, in einer Urkunde ausgestellt werden.

Soweit Kassenärzte nicht verpflichtet werden können, die amtlich vorgeschriebenen Bescheinigungen ohne Berechnung besonderer Kosten für die Antragsteller zu benutzen, hat der Kommunalverband die Zeugnisse der Kassenärzte, vorbehaltlich der Nachprüfung durch die von ihm zu bezeichnende Stelle, seiner Entscheidung zugrunde zu legen." Die Bescheinigungen sind ebenso wie bisher von dem Amtsarzt oder einer von dem Kommunalverbande zu bezeichnenden Stelle auszustellen oder nachzuprüfen.

Höchstpreise für Hafernährmittel und Teigwaren. Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 9. November 1917.

Nach dieser Bekanntmachung sollen künftighin im Kleinhandel kosten: 500 g gewöhnliche Haferflocken (lose) 50 Pfg., als Kindernährung 68 Pfg. (250 g: 33 und 35 Pfg.), Hafermehl (Kindernahrung) in 250 g-Packung 35 Pfg., Teigwaren 58—62 Pfg., solche als Auszugsmehl 80—86 Pfg.

(Reichsgesetzblatt; 1917, S. 1014.)

B. Königreich Preußen.

Benutzung von Eil- oder Schnellzügen bei Dienstreisen der Beamten. Erlaß des Ministers des Innern vom 17. Oktober 1917 —[1]) F. M. I 10024, II 11384, III 9403; M. d. J. Ia 1565/Ia 1565 II —.

Die von der Eisenbahnverwaltung für die Benutzung von Schnell- und Eilzügen erhobenen besonderen Ergänzungsbeiträge sind bei Zurücklegung von

[1]) Der Erlaß ist durch Erlaß des Ministers des Innern vom 26. Oktober d. J. den seiner Verwaltung unterstehenden Behörden, Instituten usw. zur Nachachtung mitgeteilt.

Dienstreisen besonders zu vergüten, wenn die Benutzung des Eil- oder Schnellzuges notwendig war. Zum Nachweise der Notwendigkeit ist die pflichtmäßige Bescheinigung des Beamten auf der Reisekostenrechnung erforderlich und ausreichend. Die Notwendigkeit ist im allgemeinen nur dann gegeben, wenn ohne die Benutzung des Eil- oder Schnellzuges die Dienstreise entweder höhere Tagegelder verursacht hätte, oder wenn die schleunige Erledigung der Reise aus dienstlichen Gründen, z. B. mit Rücksicht auf die sonstigen Dienstobliegenheiten des reisenden Beamten, erforderlich war. Mit der Verkehrssitte kann die Notwendigkeit nicht begründet werden.

Ohne zwingende Notwendigkeit sind gegenwärtig Dienstreisen überhaupt nicht zu machen.

Deckung des Bedarfs der Kreismedizinalbeamten, Aerzte und Krankenanstalten an chirurgischer Seide. Erlaß des Ministers des Innern vom 9. Oktober 1917 — M 6789 — an die Herren Regierungspräsidenten, abschriftlich an die Herren Oberpräsidenten.

Nach einer Mitteilung der Kriegsrohstoffabteilung des Kriegsministeriums ist ein demnächst eintretender Mangel an chirurgischer Seide nicht ausgeschlossen.

Indem ich von dieser Sachlage Mitteilung mache, ersuche ich ergebenst, die Kreismedizinalbeamten und die Krankenanstalten des Bezirks wegen Deckung ihres Bedarfs an chirurgischer Seide für längere Zeit in geeigneter Weise zu verständigen.

Wegen der Provinzialheilanstalten habe ich das gleiche Ersuchen an die Herren Oberpräsidenten gerichtet. Die praktischen Aerzte werden durch die Aerztekammern benachrichtigt werden.

Wiederaufarbeiten der in Krankenhäusern abgängigen Verbandstoffe durch die Firma Julius Jolenberg Nachf. in Berlin. Bekanntmachung des Ministers des Innern vom 16. Oktober 1917.

Durch das Kriegsministerium, Kriegsamt, Kriegsrohstoffabteilung in Berlin ist der Firma Julius Jolenberg Nachf. in Berlin C 2, An der Spandauer Brücke 7, ausnahmsweise die Erlaubnis erteilt worden, die in Krankenhäusern abgängigen unbrauchbaren Stoffbinden und sonstigen Abfälle mit der Maßgabe zu übernehmen, daß sie in den Betrieben der Firma gemäß besonderer Anordnung der vorgeschriebenen Reinigung und Desinfektion unterzogen und nach erfolgter Fertigstellung ausnahmslos wieder der Kriegsrohstoffabteilung Sektion W IV zur Verfügung gestellt werden.

Die Genehmigung ist unter der Voraussetzung erteilt, daß

1. die abzugebenden Verband- usw. Stoffe vor Uebergabe an die Firma Jolenberg in einer 3%igen Kresol-Kresotin- oder Betalysol-Lösung 2 Stunden lang desinfiziert werden,
2. sie alsdann in Säcke verpackt werden, die mit einer 3%igen Kresol-Kresotin- oder Betalysol-Lösung getränkt sind,
3. die mit den Verbandstoffen gefüllten Säcke nur in mit Blech wasserdicht ausgeschlagenen Kästen, die vor Umstürzen zu bewahren sind, weiter befördert werden.

Erhöhung der Verpflegungskosten für Wutschutzpatienten bei dem Institut für Infektionskrankheiten „Robert Koch" Berlin. Erlaß des Ministers des Innern vom 29. Oktober 1917 — M 13341 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten, abschriftlich an die Herren Oberpräsidenten.

Mit Rücksicht auf die allgemeine Teuerung der Lebensmittel habe ich die Verpflegungskosten für Wutschutzpatienten bei dem Königlichen Institut für Infektionskrankheiten „Robert Koch", Berlin N. 39, Föhrerstraße 2, vom 1. Juli d. Js. ab für Kinder unter 12 Jahren von 45 M. auf 60 M. und für Erwachsene von 60 M. auf 75 M. erhöht. Diese Summen entsprechen den bereits früher erhobenen Beträgen. Ich ersuche ergebenst, das Erforderliche gefälligst zu veranlassen.

Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 23. 5. Dezember. 1917.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Königreich Preußen.

Aufhebung der zur Verhütung einer Weiterverbreitung der Pocken getroffenen Maßnahmen. Erlaß des Ministers des Innern vom 2. November 1917 — M 13493 — an den Herrn Regierungspräsidenten in Düsseldorf.

Mit Rücksicht auf das Erlöschen der Pocken im dortigen Bezirk werden die zur Verhütung der Weiterverbreitung durch den Erlaß vom 5. Februar 1917 — M 10143 II. Ang. — angeordneten Maßnahmen hiermit aufgehoben. Ich ersuche ergebenst, das weiter Erforderliche gefälligst sogleich zu veranlassen.

Maßnahmen im Eisenbahnverkehre zur Bekämpfung der Ruhr. Erlaß des Ministers der öffentlichen Arbeiten vom 18. Oktober 1917 — M. d. ö. A. II 22 Cg 8148 — an die Königlichen Eisenbahndirektionen.

Der Reichsgesundheitsrat hat in einer Besprechung über die Ausbreitung der Ruhr als besonders notwendig für eine erfolgreiche Bekämpfung dieser Krankheit die Beobachtung größter Sauberkeit in den öffentlichen Verkehrsmitteln und den Bedürfnisanstalten bezeichnet. Ich nehme hieraus Veranlassung, den Königlichen Eisenbahndirektionen die genaueste Befolgung der Weisungen meines Erlasses vom 26. Oktober 1914 — II 22 Cg 6380 — in Erinnerung zu bringen. Besondere Fürsorge ist vor allem darauf zu legen, daß die Aborteinrichtungen auf den Bahnhöfen und in den Zügen sich in einem einwandfreien Zustande befinden. Außerdem verweise ich auf die Bestimmungen der Eisenbahnverkehrsordnung in § 11 (4) und für den Fall eines schärferen Auftretens von Ruhrerkrankungen auf die bei Cholera anzuwendenden Vorschriften der Anweisung zur Bekämpfung ansteckender Krankheiten im Eisenbahnverkehre in den §§ 13 und 25 (2) und auf Seite 34 unter 22. Sie sind auch bei der Ruhr sinngemäß anzuwenden.

Vorschriften zur Verhütung der Weiterverbreitung der Tuberkulose. Bekanntgegeben durch Erlaß des Kriegsministeriums vom 10. September 1917 — 3203 8. 17 S 1 —.

A. Maßnahmen gegen die Verschleppung der Tuberkuloseerreger.

1. Die Tuberkuloseerreger werden hauptsächlich mit dem Auswurf der Kranken, seltener mit Harn, Stuhl oder Eiter ausgeschieden.

2. Alle Tuberkulosekranken und -verdächtigen sind an der Hand der auf den Abteilungen aushängenden Merkblätter wiederholt und eindringlich darüber zu belehren, daß sie beim Husten den Mund mit dem Taschentuch bedecken müssen und ihren Auswurf nur in Speigläser, Spucknäpfe oder Spuckflaschen entlehren dürfen.

3. Die Speigläser sollen mit einem Metalldeckel versehen sein und stets bedeckt gehalten werden.

4. In allen Krankenzimmern ist für reichliche Waschgelegenheit zu sorgen.

5. Zur Aufnahme der gebrauchten Taschentücher, die besonders häufig die Uebertragung der Tuberkulose vermitteln, muß an jedem Krankenbett ein Wäschebeutel hängen. Bei der Wäscheabgabe sind diese Beutel zu sammeln und für wenigstens 24 Stunden samt ihrem Inhalt in 2%ige Kresotin-

Kresollösung einzulegen. Bei der später erfolgenden Wäsche müssen die Beutel und Taschentücher zuerst gründlich ausgekocht werden.

6. Auch die gebrauchte Leib- und Bettwäsche der Tuberkulösen wird zunächst bei der Abgabe in Kresotin-Krosollösung eingelegt und später beim Waschen gründlich ausgekocht.

7. Die Kleider und Decken der Tuberkulösen sind durch Dampf keimfrei zu machen. Ledersachen (auch lederbesetzte Reithosen usw.) sowie Gebrauchsgegenstände, die die Dampfdesinfektion nicht vertragen, sind wiederholt gründlich mit Kresotin-Kresollösung abzureiben und dann längere Zeit zu lüften und zu sonnen.

8. Bei der Reinigung der Aufenthaltsräume der Kranken sind vor allem die Stellen zu berücksichtigen, die mit den Ausscheidungen des Kranken in nähere Berührung kommen können, also die Bettstelle und der Nachttisch des Kranken, ferner die Fußboden- und die Wandfläche in der Nähe des Bettes und der Spucknäpfe. Bettstelle und Nachttisch und die benachbarten Wandflächen sind täglich feucht abzureiben, der Fußboden feucht aufzuwischen. Außerdem müssen in angemessenen Zwischenräumen, etwa monatlich einmal, besonders auch beim Wechsel der Belegung der Stuben, außer den Bettstellen und Nachttischen die ganzen Wandflächen, soweit sie abwaschbar sind, und der Fußboden durch Abreiben mit 2%iger Kresotin-Kresollösung desinfiziert werden; gekalkte Wand- und Deckenflächen werden durch frischen Kalkanstrich desinfiziert.

9. Eß- und Trinkgeschirre der Kranken werden in ein Kochgefäß mit kalter 1%iger Sodalösung gelegt, so daß sie von der Flüssigkeit vollkommen bedeckt sind, langsam erwärmt und 15 Minuten lang ausgekocht. Eßgeräte, die das Auskochen nicht vertragen, sind auf Tuberkuloseabteilungen nicht zu verwenden.

B. Bestimmungen über Auffangen und Behandlung des Auswurfs.

1. Die in den Krankenräumen verwendeten Speigläser werden vor der Verausgabung zu etwa einem Viertel ihres Fassungsvermögens mit 2%iger Kresotin-Kresollösung gefüllt. Für jeden Kranken müssen zwei Speigläser verfügbar sein, die abwechselnd verausgabt werden. Wenn die Speigläser nach ihrer Benutzung aus dem Krankenzimmer entfernt werden, soll ihr Inhalt von dem Pflegepersonal mit der gleichen Menge 2%iger Kresotin-Kresollösung versetzt werden und so 2—3 Stunden stehen bleiben. Ueber die weitere Behandlung siehe unter 4.

2. Auf den Fluren, Treppen und Latrinen sind in hinreichender Zahl Spucknäpfe aufzustellen, die zu etwa einem Viertel mit 2%iger Kresotin-Kresollösung gefüllt werden.

3. Im übrigen dürfen tuberkulöse Kranke und Tuberkuloseverdächtige ihren Auswurf in die stets mitzuführenden gläsernen Spuckflaschen entleeren. Das Ausspucken auf die Straße oder die Gartenwege ist streng zu verbieten. Die Spuckflaschen dürfen nicht zu klein sein und müssen mit einem befestigten, gut schließenden Deckel versehen und zu etwa einem Viertel mit 2%iger Kresotin Kresollösung gefüllt sein. Auch sie sind, ebenso wie die Speigläser, für jeden Kranken in doppelter Zahl vorrätig zu halten und abwechselnd zu verausgaben. Nach der Benutzung wird ihr Inhalt ebenso behandelt, wie der der Speigefäße.

4. Beseitigung des in die Speigläser, Spucknäpfe und Spuckflaschen entleerten Auswurfs. Die Kresotin-Kresollösung genügt selbst bei mehrstündiger Einwirkung nicht, um auch die im Innern der Auswurfballen enthaltenen Tuberkelbazillen sicher abzutöten. Andere wirksame chemische Desinfektionsmittel (Kresolseifenlösung, Sagrotan, Phobrol usw.) stehen zur Zeit nicht zur Verfügung. Es ist daher überall das am schnellsten und sichersten wirkende Desinfektionsverfahren anzuwenden, das Auskochen des Auswurfs im Wasserdampf. Dabei werden mit dem Auswurf zugleich auch die Speigläser und Spuckflaschen ausgekocht. Wo besondere, auch mit Absaugevorrichtungen für den übelriechenden Kochdampf versehene Dampfdesinfektionsapparate nicht vorhanden sind, kann ein hinreichend großer, nur für diesen Zweck bestimmter Kessel verwendet werden, der in seinem unteren

Teil einen durchlochten Einsatz (Siebplatte von Holz, Blech oder Drahtgeflecht) enthält und mit einem lose schließenden Deckel versehen ist. Man stellt die gefüllten Speigläser und Spuckflaschen auf den durchlochten Zwischenboden, bringt das unter letzterem befindliche Wasser zum Sieden und läßt den strömenden Wasserdampf eine Stunde einwirken. Nach dieser Zeit sind alle Tuberkelbazillen mit Sicherheit abgetötet. Der Auswurf kann dann unbedenklich in die Kanalisation geschüttet oder, mit Torfmull oder Sägespänen vermischt, in einer im Betrieb befindlichen Feuerungsanlage verbrannt oder im Freien vergraben werden. Das Auskochen des Auswurfs darf aber nicht auf einem Kochherd geschehen, der, wenn auch nur gelegentlich oder aushilfsweise, zur Bereitung oder Warmhaltung des Essens dient. Die Gefäße dürfen nicht in den schon vorgeheizten Kessel eingestellt werden, weil dann die Gläser leicht springen. Ebenso müssen sie nach dem Kochen langsam abkühlen (½ Stunde). Die Speigläser und Spuckflaschen werden weiterhin noch mechanisch gereinigt und mit kaltem Wasser sauber gespült.

C. Schutzmaßnahmen für das Pflegepersonal der Tuberkuloseabteilungen.

1. Das gesamte Pflegepersonal der Tuberkuloseabteilungen muß darüber unterrichtet sein, daß die Tuberkulose eine übertragbare Krankheit ist, und daß es sich vor der Ansteckung sicher schützen kann, wenn es die für das Umgehen mit dem Kranken, seinem Auswurf, seinen Ausscheidungen, der Kleidung, Leib- und Bettwäsche gegebenen Verhaltungsmaßregeln sorgfältig befolgt und vor allem vermeidet, sich den beim Husten, Niesen und Sprechen der Kranken entstehenden, häufig mit Bazillen beladenen Tröpfchen unmittelbar auszusetzen.

2. Jede auf einer Tuberkuloseabteilung beschäftigte Person muß während des Dienstes einen die Kleidung abschließenden, Vorderkörper und Rücken voll deckenden waschbaren Mantel tragen, der genügend häufig zu wechseln und vor der Wäsche zu desinfizieren ist. Vor dem Verlassen der Abteilung ist dieser Mantel abzulegen und dann eine gründliche Desinfektion der Hände vorzunehmen.

3. Außerdem sind vor jeder Nahrungsaufnahme die Hände gründlich zu desinfizieren. Der Genuß von Speisen und Getränken auf den Krankenzimmern ist dem Pflegepersonal streng untersagt. Der Eßraum der Schwestern und Wärter darf von Kranken nicht betreten werden.

4. Das vom Pflegepersonal benutzte Eß- und Trinkgeschirr und die Tischwäsche ist getrennt von den Eßgeräten der Kranken zu halten und darf auch nicht mit diesen zusammen gereinigt werden.

5. Besondere Vorsichtsmaßnahmen haben die mit der Behandlung des Auswurfs und der Spuckgefäße beauftragten Personen zu beobachten. Sie sind dauernd darin zu überwachen, daß sie während ihrer Arbeit einen den Anzug deckenden waschbaren Mantel tragen, der genügend oft gewechselt und vor der Wäsche desinfiziert werden muß. Das gleiche ist erforderlich für die bei den Reinigungsarbeiten vielfach zur Schonung der Hände gebräuchlichen Zwirnhandschuhe. Nach Beendigung der Arbeit ist eine gründliche Desinfektion der Hände und Unterarme sowie eine Waschung des Gesichts vorzunehmen.

Zusammenfassender Bericht über die Tätigkeit der Desinfektorenschulen in Preußen im Jahre 1915.

Aus den auf Grund des Ministerialerlasses vom 11. Dezember 1913 — M 11113 — über die Tätigkeit der Desinfektorenschulen im Jahre 1915 geht folgendes hervor:

Nach der beiliegenden Nachweisung[1]) wurde im Jahre 1915 eine volle Ausbildung in der Desinfektion in 1 zwölftägigen, 7 zehntägigen, 1 neuntägigen, 3 achttägigen und 40 sechstägigen, im ganzen in 52 Kursen erteilt. 6 von diesen Kursen galten nur der Ausbildung von weiblichem Pflegepersonal. Im ganzen erhielten 71 Schwestern und weibliche Pflegepersonen auf Grund der Prüfung das Zeugnis über die erfolgreich abgelegte staatliche Prüfung in

[1]) Die Nachweisung kann Raummangels wegen nicht abgedruckt werden.

der Desinfektion. Von 354 männlichen Teilnehmern erhielten 346 das Zeugnis als staatlich geprüfter Desinfektor.

Wiederholungskurse fanden mit Rücksicht auf die Schwierigkeiten, bei dem herrschenden Leutemangel Desinfektoren dazu frei zu bekommen, nur 11 mal statt. 2 Kurse waren sechstägig, die übrigen 9 waren dreitägig.

In 4 dreitägigen, 1 viertägigen, 1 fünftägigen und 7 sechstägigen, im ganzen in 13 Kursen wurden Krankenschwestern und Pflegerinnen in der laufenden Desinfektion am Krankenbett ausgebildet. An sämtlichen Desinfektionskursen nahmen 258 Krankenpflegerinnen bezw. Pfleger teil, ein Beweis dafür, daß immer mehr Wert auf die Ausbildung des Pflegepersonals gelegt wird.

Einen breiten Raum nahm in den Desinfektorenschulen der Unterricht in der Entlausung ein. In 52 teils drei-, teils viertägigen Kursen wurden 1165 Personen ausgebildet.

Unzulässigkeit der Heranziehung des in der Küche beschäftigten Krankenhauspersonals zur Pflege von Personen, die an übertragbaren Krankheiten leiden. Erlaß des Ministers des Innern vom 12. November 1917 — M 13674 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten, abschriftlich an die Herren Oberpräsidenten.

Infolge des Krieges ist in vielen Krankenhäusern ein großer Mangel an Pflegepersonal eingetreten. Infolgedessen müssen vielfach sonst nicht in der Krankenpflege beschäftigte Personen aushilfsweise zur Pflege und zu Nachtwachen herangezogen werden. Dies hat in einem Falle dazu geführt, daß eine Küchenschwester sich bei der Nachtwache bei einem Typhuskranken mit Typhus infiziert und nun ihrerseits durch Vermittelung der Speisen den Typhus auf 11 weitere Personen, Angestellte und Patienten des Krankenhauses, übertragen hat.

Ich sehe mich daher veranlaßt, mit allem Nachdruck darauf hinzuweisen, daß das in der Küche beschäftigte Krankenhauspersonal unter keinen Umständen zur Pflege von Kranken, die an übertragbaren Krankheiten leiden, herangezogen werden darf.

Ich ersuche ergebenst, die Krankenhäuser des dortigen Bezirks gefälligst entsprechend zu verständigen.

Regelung des Abdeckereiwesens. Verfügung der Minister für Handel und Gewerbe, des Innern und für Landwirtschaft vom 6. September 1917 an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

(Veröffentlichungen des Kaiserlichen Gesundsheitsamts; 1917, Nr. 45.)

B. Grossherzogtum Baden.

Ausdehnung der Anzeigepflicht auch auf die der Ruhr verdächtigen Erkrankungsfälle. Verordnung des Ministers des Innern vom 15. Oktober 1917.

Auf Grund des § 85 des Polizeistrafgesetzbuches wird mit sofortiger Wirkung verordnet:

„In § 1 Abs. 2 Buchstabe b sowie in § 7 Abs. 1 Zeile 4 unserer Verordnung vom 11. Mai 1911, die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten betreffend [1]) wird hinter ‚Rotz' jeweils eingeschaltet ‚Ruhr'."

Danach ist auch jeder Erkrankungsfall, der den Verdacht von Ruhr zu erwecken geeignet ist, anzeigepflichtig; desgleichen sind bei jedem ersten derartigen Falle Ermittelungen an Ort und Stelle anzustellen.

[1]) Siehe Beilage Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung zu Nr. 12 dieser Zeischrift; Jahrgang 1911, S. 10.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 24. 20. Dezember. 1917.

Rechtsprechung.

Polizeiliche Schließung einer Badeanstalt wegen unsittlichen Verhaltens des Besitzers, auch wenn der Betrieb durch eine vorgeschobene Person angeblich geleitet wird. Entscheidung des Preuß. Oberverwaltungsgerichts (III. Senats) vom 28. Juni 1917.

.... Die vorgelegten Akten, insbesondere diejenigen der Polizeipräsidenten zu B. und P., und die genannten Privatklageakten ergeben nun klar, daß E. S. seit Jahren mit Erfolg bemüht war, Badeanstalten zu betreiben, trotzdem ihm der Betrieb im Jahre 1904 wegen Unregelmäßigkeit durch Urteil des Bezirksausschusses und des Oberverwaltungsgerichts untersagt war. Nach Lage der Akten kann darüber kein Zweifel bestehen, daß er seit Jahren, insbesondere auch in den Jahren 1912 und 1913, fortgesetzt die Badeanstalt in B., L.straße 130, geleitet hat und der eigentliche Unternehmer derselben war. Die Akten des Polizeipräsidenten zu B. enthalten eine große Anzahl von Schriftstücken, die ergeben, daß E. S. regelmäßig, vielfach fast täglich, die Badeanstalt besuchte, den Betrieb beaufsichtigte und leitete, das Personal anstellte und mit Anweisungen versah und die eingenommenen Gelder einzog. Um sein Treiben vor der Polizei zu verdecken, hielt er sich vielfach heimlich und versteckt in dem Bade auf; vielfach gab er vor, er müßte dort, bezw. in dem Keller Installations- und Reparaturarbeiten ausführen, die sich angeblich immer längere Zeit hinzogen. Nach außen hin schob er, in raschem Wechsel und meist unter Vorlegung flüchtig entworfener Verträge, dritte, vielfach für die selbstständige Uebernahme einer Badeanstalt völlig ungeeignete Personen als angebliche Pächter oder Leiter der Anstalt vor, z. B. K., H., M., W., L., M., J., L., J., G., G., H., P. usw. Zum Teil waren dies offensichtlich seine Angestellten oder schon anderswo vorgeschobene Personen, und, wenn etwa tatsächlich Pachtverhältnisse bestanden, hatte E. S. sich doch die Aufsicht und Leitung vorbehalten und übte diese auch aus.

Nicht anders, als bei den übrigen dritten Personen, lag die Sache bei Th. S. Nach Lage der Akten muß für erwiesen erachtet werden, daß er, insbesondere auch hinsichtlich der Badeanstalt L.straße 130, lediglich und nur insoweit eingreift, um seinem Bruder die unzulässige Leitung bezw. den Betrieb der Anstalt zu ermöglichen. So tritt er der Behörde gegenüber überhaupt erst in Erscheinung, nachdem Max N. seine Anzeige vom 28. Oktober 1912 erstattet hatte, auf die hin die hier angefochtene Verfügung vom 29. Oktober 1912 erlassen wurde. Sein Eingreifen war ein rein äußerliches und scheinbares, und neben ihm schaltete und waltete dauernd, insbesondere zur Zeit des Erlasses der hier streitigen Verfügung, als der eigentliche Verwalter und Unternehmer des Bades der E. S. Der Kläger hat nichts dafür erbracht, daß er alleiniger oder auch nur Mitinhaber des Bades war. Insbesondere war auch nach den Aussagen der Frau St. und der polizeilichen Aussage des Hausverwalters S. sowie nach den vorgelegten Akten des Königlichen Amtsgerichts B., betreffend die Zivilprozesse St. gegen E. S. — 68 C 1909. 13 — und Th. S. gegen St. — 159 C 1836. 13 — nur E. S. der Mieter der Badeanstaltsräume und der Vermieterin gegenüber über diese verfügungsberechtigt. Aber selbst wenn Th. S. neben seinem Bruder E. Mitmieter und Mitinhaber des Bades gewesen sein sollte, so war das ganze Verhältnis so geregelt, daß dem E. S. jedenfalls jede Verfügung über das Bad und die Leitung des Bades verblieb. Es muß für erwiesen angesehen werden, daß die Mitwirkung des Th. S. gerade den Zweck verfolgte, die Betätigung des E. S. in dem Bade zu ermöglichen und zu verdecken.

Unter diesen Umständen war die Sachlage im Oktober 1912 derart, daß die Polizei gegenüber den hartnäckigen, durch zahlreiche vorgeschobene Personen und auch von dem jetzigen Kläger unterstützten Machenschaften des E. S. kein anderes Mittel hatte, um den unzulässigen Betrieb des Bades durch den letzteren und jede unzulässige Einwirkung desselben auf das Bad gemäß § 10 Titel 17 Teil II des allgemeinen Landrechts zu verhindern, als die völlige Schließung des Bades. Hierdurch wurde in die Rechte des Th. S. nicht in unzulässiger Weise eingegriffen. Denn einmal ist nicht dargetan, daß er überhaupt am 29. Oktober 1912 Mieter und Unternehmer des Bades war. Aber auch wenn sich nachweisen ließe, daß er dies neben oder an Stelle des E. S. war, so ging doch sein ganzes Treiben, wie erörtert, nur darauf aus, seinem Bruder E. die unzulässige Mitwirkung an dem Badebetriebe zu ermöglichen, wozu ihm jede Berechtigung fehlte. Unzutreffend ist auch der Einwand des Klägers, gegen ihn hätte nicht im Wege der Polizeiverfügung, sondern höchstens im Wege einer Untersagungsklage gemäß § 35 Abs. 1 der Reichsgewerbeordnung vorgegangen werden können. Denn es handelt sich hier nicht darum, daß dem Kläger der Betrieb von Badeanstalten untersagt werden soll; es soll vielmehr nur das unzulässige Treiben des E. S. verhindert werden, und dies hat durch polizeiliche Verfügung zu geschehen.

Hiernach mußte unter Abänderung der angefochtenen Entscheidung die Klage abgewiesen werden.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Deutsches Reich.

Krankenversicherung und Wochenhilfe während des Krieges. Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 22. November 1917.

§ 1 wird die für die Festsetzung des Grundlohns bestimmte obere Grenze des durchschnittlichen Tagesentgelts von fünf auf acht Mark, bezw. von sechs auf zehn Mark erhöht.

Nach § 2 können auf übereinstimmenden Beschluß der Arbeitgeber und Versicherten im Ausschuß zur Deckung von Mehrleistungen die Beiträge bis auf sechs vom Hundert erhöht werden.

§ 3. Die Satzung einer Krankenkasse kann mit Zustimmung des Oberversicherungsamts bis zu der Höchstgrenze von drei Vierteln des Grundlohns

1. das Krankengeld für Verheiratete und Ledige sowie nach der Zahl der Kinder und sonstigen Angehörigen abstufen, die der Versicherte bisher von seinem Arbeitsverdienste ganz oder überwiegend unterhalten hat,
2. für alle oder nur für die niedrigeren Mitgliederklassen oder Lohnstufen Zuschläge zum Krankengeld in einem für alle gleich hohen oder für die niedrigeren von ihnen erhöhten Betrage bewilligen,
3. das Wochengeld höher als das Krankengeld bemessen.

§ 4. Für uneheliche Kinder ist der Anspruch auf Wochenhilfe auch dann gegeben, wenn die Verpflichtung eines Kriegsteilnehmers zur Gewährung des Unterhalts für das Kind festgestellt und die Mutter minderbemittelt ist.

Förderung von Fabrikkrippen. Rundschreiben des Reichskanzlers vom 21. Juli 1917.

Auf der am 25. Mai 1917 in Karlsruhe abgehaltenen 3. Krippenkonferenz des Deutschen Krippenverbandes ist die vermehrte Einrichtung von Fabrikkrippen befürwortet worden. Es wurde dabei nach einem Berichte des Kaiserlichen Gesundheitsamts von verschiedenen Seiten als dringend erwünscht bezeichnet, daß den seit einigen Monaten immer zahlreicher in die Fabriken zur Einstellung gelangenden Frauen die Möglichkeit geboten wird, dann, wenn sie für einen Säugling zu sorgen haben, dieses Kind während der Arbeitszeit in einer Fabrikkrippe unterzubringen und, soweit sie selbst das Kind nähren, die Stillung während der Arbeitspausen vorzunehmen. Während bei Beginn des Krieges, als viele Fabriken den Betrieb einschränken oder einstellen mußten und deshalb die daselbst beschäftigt gewesenen Frauen, zumal wenn sie nach Einziehung ihrer Ehemänner zum Heeresdienste Kriegsunterstützung bekamen, wieder mehr zu Hause der Familie sich widmen konnten, die Krippen allmählich leer wurden, sei nun bei der gewaltig zunehmenden Beschäftigung

von Frauen in den industriellen Betrieben eine Ueberfüllung der Krippen und ein Mangel an solchen Einrichtungen eingetreten. Namentlich wurde verlangt, daß in den von den Kriegsministerien eingerichteten oder ihrer Aufsicht unterstehenden militärischen Betrieben, insbesondere in den Munitions- und ähnlichen Werkstätten, für Krippen Vorsorge getroffen werde. Fräulein Dr. Lueders, die im Auftrage des Kriegsamts an den Verhandlungen in Karlsruhe teilnahm, erkannte die Notwendigkeit und die Zweckmäßigkeit der Krippeneinrichtungen an, teilte mit, daß sie bereits verschiedentlich im Auftrage des Kriegsamts nach der gedachten Richtung Fürsorgemaßnahmen veranlaßt habe, gab aber zu, daß manches auf diesem Gebiete noch zu geschehen habe oder verbesserungsbedürftig sei. Auch aus der Privatindustrie, in der gegenwärtig Frauen in überaus großer Zahl, darunter auch solche, die zu Hause für Säuglinge zu sorgen haben, beschäftigt werden, wurde von verschiedenen Rednern mitgeteilt, daß eine vielfach verspürbare Not hinsichtlich der Unterbringung und Pflege der Säuglinge von Müttern, die zur Arbeit gehen, herrsche. Abhilfe sei dringend erforderlich.

Da anderseits die Fürsorge für die Säuglinge der Arbeiterinnen, auch unter den Maßnahmen, die gegenwärtig vom Standpunkt der Bevölkerungspolitik aus erstrebt werden, eine wichtige Rolle spielt, gestatte ich mir, unter Bezugnahme auf die im Verlaufe der Karlsruher Krippenkonferenz laut gewordenen Wünsche, die Aufmerksamkeit auf die in der Jetztzeit besonders wichtige Frage der geeigneten Unterbringung der Säuglinge von Arbeiterinnen in industriellen Betrieben während der Arbeitszeit und auf die dafür sehr geeigneten Fabrikkrippen-Einrichtungen zu lenken. Der Deutsche Krippenverband, Berlin-Charlottenburg 5, Mollwitzstraße, ist gern bereit, bei der Einrichtung von Krippen, namentlich auch von Familienkrippen, mit seinem Rate helfend beizustehen.

Lebensmittelversorgung der Lungenheilstätten und Genesungsheime. Rundschreiben des Staatssekretärs des Kriegsernährungsamtes vom 27. September 1917 — B I 85100 — an sämtliche Bundesregierungen und den Herrn Statthalter in Elsaß-Lothringen.

Im Verfolg meines Schreibens vom 1. Februar 1917 — C I 997 — betreffend die Nahrungsmittelversorgung der Kranken beehre ich mich im Einvernehmen mit dem Kaiserlichen Gesundheitsamt und dem Reichsversicherungsamt ergebenst zu ersuchen, in Zukunft die von den Trägern der sozialen Versicherung sowie die von den Gemeinden und Gemeindeverbänden betriebenen „Genesungsheime“ hinsichtlich der vorzugsweisen Versorgung mit Lebensmitteln den Lungenheilanstalten (Z. II 3 der obigem Rundschreiben beigefügten „Grundsätze“) gleichzustellen, da bei den in ihnen untergebrachten — insgesamt übrigens höchstens 6000 — Pfleglingen die alsbaldige Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit wesentlich davon abhängt, daß ihnen eine kräftige Ernährung zuteil wird.

Es hat sich ferner als zweckmäßig erwiesen, den Vorschriften über die Versorgung der Insassen von Krankenhäusern, Heilanstalten usw. eine andere Fassung zu geben. Z. I, 2 der „Grundsätze“[1]) lautet daher in Zukunft wie folgt:

„Krankenhäuser, Heilanstalten, Genesungsheime und ähnliche ausschließlich der Krankenversorgung dienende Anstalten sind hinsichtlich der Lebensmittelversorgung ihrer Insassen als ein Haushalt zu betrachten. Den Anstaltsleitungen sind von den Kommunalverbänden Lebensmittelkarten in solcher Zahl auszuhändigen, daß auf jeden Insassen die vorgeschriebenen Kopfmengen (s. u.) entfallen.

Nach Maßgabe der Zahl der an die Anstalten ausgehändigten Lebensmittelkarten erhöht sich die Zahl der versorgungsberechtigten Bevölkerung des Kommunalverbandes.

Bei der Aufnahme in die Anstalt sind den Kranken, soweit es sich um Personen aus dem Kommunalverband handelt, die Lebensmittelkarten — Abmeldescheine (Rundschreiben vom 4. Mai 1917 — A II 3928 und vom 13. Juli 1917 — A II 7782) und die auf diesen vermerkte Anzahl von Reisebrotmarken, Reichsfleischmarken usw. abzunehmen. Abmeldescheine, Lebensmittelkarten,

[1]) Siehe Beilage zu Nr. 9 dieser Zeitschrift S. 56.

Reisebrotmarken usw. sind an den Kommunalverband des Anstaltssitzes abzuliefern.

Die der Anstalt zugeteilten Lebensmittelkarten haben im Gewahrsam der Anstaltsleitung zu verbleiben; sie dürfen nicht den Anstaltsinsassen überlassen werden. Die Kommunalverbände haben dafür Sorge zu tragen, daß während des Aufenthalts des Kranken in der Anstalt der Haushalt, dem der Kranke bisher angehörte, im Bezuge von Lebensmittelkarten entsprechend gekürzt wird.

Nach der Entlassung aus der Anstalt ist den in Behandlung gewesenen Personen, falls sie Lebensmittelkarten über den Zeitraum ihres Aufenthaltes in der Anstalt hinaus abgeliefert haben, vom Kommunalverbande des Anstaltssitzes die entsprechende Zahl solcher Karten, Reisebrotmarken usw. wieder auszuhändigen."

An die hohen Bundesregierungen darf ich das ergebene Ersuchen richten, die Kommunalverbände usw. von Vorstehendem entsprechend zu verständigen.

Verkehr mit baumwollenen Verbandstoffen. Bekanntmachung der Reichsbekleidungsstelle vom 1. Dezember 1917.

Auf Grund der §§ 1 und 2 der Bundesratsverordnung über Befugnisse der Reichsbekleidungsstelle vom 22. März 1917 (Reichs-Gesetzbl. S. 257) wird folgendes bestimmt:

§ 1. Fertige Verbandstoffe aus Web-, Wirk- oder Strickwaren (Meterware und fertig geschnittene Binden), die ganz oder zum Teil aus Baumwolle hergestellt sind, dürfen, soweit sie sich im Besitze von Verbandstoffabriken oder von Händlern befinden oder künftig von Verbandstoffabriken fertiggestellt werden, im Großhandel nur an die von der Reichsbekleidungsstelle zu bezeichnende Stelle und von dieser nur an Apotheken veräußert werden.

Verbandstoffabriken dürfen künftig Verbandstoffe aus Web-, Wirk- oder Strickwaren, die ganz oder zum Teil aus Baumwolle hergestellt sind, nicht mehr im Kleinhandel an Verbraucher veräußern. Ausgenommen hiervon sind die zur Zeit des Inkrafttretens der Bekanntmachung bei ihren Kleinhandelsverkaufsstellen befindlichen Bestände. Die Verbandstoffabriken haben ihre gesamten Bestände an derartigen Verbandstoffen mit Ausnahme der zur Zeit des Inkrafttretens dieser Bekanntmachung bei ihren Kleinhandelsverkaufsstellen befindlichen Bestände unverzüglich der Reichsbekleidungsstelle nach Art und Menge mitzuteilen.

§ 2. Von der Vorschrift des § 1 bleiben die Mengen unberührt, die als sog. Anstaltskontingent zur Verfügung der Reichsbekleidungsstelle zu halten sind, ebenso die Mengen, die auf Grund von Aufträgen des Heeres oder der Marine angefertigt sind.

§ 3. Die Veräußerung von Verbandstoffen aus Web-, Wirk- oder Strickwaren, die ganz oder zum Teil aus Baumwolle hergestellt sind, an die Verbraucher ist allen anderen Personen als den in § 4 genannten Gewerbetreibenden verboten.

§ 4. Gewerbetreibende, deren ständiger Gewerbebetrieb auf Kleinhandel mit Verbandstoffen aus Web-, Wirk- oder Strickwaren gerichtet ist, insbesondere Apotheken und Drogenhandlungen, dürfen solche Verbandstoffe an Verbraucher nur auf schriftliche Verordnung eines approbierten Arztes (auch Zahn- oder Tierarztes) veräußern.

Die Aerzte dürfen für ihren eigenen beruflichen Bedarf Verbandstoffe der in § 3 bezeichneten Art sich schriftlich verordnen.

Die ärztliche Verordnung darf nur den für die allernächste Zeit des Heilungsprozesses bezw. des beruflichen Bedarfs des Arztes erforderlichen Vorrat zubilligen, und zwar unter Berücksichtigung der Möglichkeit, an Stelle sonstiger Web-, Wirk- oder Strickwaren für den vorliegenden Zweck Verbandstoffe aus Papiergarngeweben oder Papier zu verwenden.

Zu der schriftlichen Verordnung der Aerzte sind besondere Verordnungszettel zu verwenden, die anderweitige Verordnungen nicht enthalten dürfen.

§ 5. Für den beruflichen Bedarf anderer Medizinalpersonen als approbierter Aerzte, insbesondere von Heilgehilfen, Hebammen, Zahntechnikern und dergl., dürfen die in § 4 genannten Gewerbetreibenden Verbandstoffe aus Web-, Wirk- oder Strickwaren, die ganz oder zum Teil aus

Baumwolle hergestellt sind, nur gegen eine besondere Bescheinigung einer der von den Landeszentralbehörden unter näherer Regelung des Verfahrens für diesen Zweck bestimmten ärztlichen Stellen veräußern.

Die Bescheinigung hat die benötigten Verbandstoffe nach Art und Stückzahl bezw. Maß genau anzugeben. Sie soll nur denjenigen Vorrat für die allernächste Zeit enthalten, dessen die Medizinalperson unter Berücksichtigung der örtlichen Verhältnisse zur Fortsetzung ihres Gewerbes, jedoch nur bei ihren eigenen beruflichen Handreichungen bedarf. Es ist hierbei ebenfalls auf die Möglichkeit Rücksicht zu nehmen, an Stelle sonstiger Web-, Wirk- und Strickwaren für die vorliegenden Zwecke Verbandstoffe aus Papiergarngeweben oder Papier zu verwenden.

§ 6. Die Gewerbetreibenden (Apotheken usw.) haben die ärztlichen Verordnungen bezw. Bescheinigungen durch deutlichen Vermerk unter Angabe des Liefertages ungültig zu machen, die ungültigen Scheine zu sammeln und zur Ermöglichung einer Nachprüfung 6 Monate hindurch geordnet aufzubewahren.

§ 7. Damenbinden sind keine Verbandstoffe im Sinne dieser Bekanntmachung.

§ 8. Die Apotheken haben unverzüglich, spätestens aber bis zum 15. Dezember 1917, ihren gesamten Bestand an Verbandstoffen aus Web-, Wirk- oder Strickwaren, die ganz oder zum Teil aus Baumwolle hergestellt sind, nach Gattung und Menge bei der Reichsbekleidungsstelle, Verwaltungsabteilung (Abteilung B für Anstaltsversorgung) in Berlin W. 50, Nürnbergerplatz 1, zu melden.

§ 9. Die Vorschriften dieser Bekanntmachung finden keine Anwendung:

1. auf Verbandstoffe, die bei plötzlichen Unfällen oder Erkrankungen benötigt werden, wenn die ordnungsmäßige Beschaffung der Verbandstoffe nach den Bestimmungen dieser Bekanntmachung die Person des Verunglückten oder Erkranken gefährden würde;
2. auf die von den Heeresverwaltungen oder der Marineverwaltung beschlagnahmten Verbandstoffe während der Dauer der Beschlagnahme;
3. auf den Erwerb von Verbandstoffen seitens der Heeresverwaltungen und der Marineverwaltung.

§ 10. Als zuständige Behörden, die zur Festsetzung der näheren Bestimmungen zur Ausführung und Ueberwachung der Einhaltung der Vorschriften dieser Bekanntmachung berufen sind, gelten die im § 13 der Bundesratsverordnung über die Regelung des Verkehrs mit Web-, Wirk-, Strick- und Schuhwaren vom 10. Juni/23. Dezember 1916 (Reichs-Gesetzbl. S. 1420) in der Fassung der Abänderungsverordnung vom 1. März 1917 (Reichs-Gesetzbl. S. 196) hinsichtlich der Bezugsscheine bezeichneten Behörden.

§ 11. Die Reichsbekleidungsstelle behält sich vor, weitere Ausnahmen von den Vorschriften dieser Bekanntmachung zuzulassen.

§ 12. Wer den Bestimmungen dieser Bekanntmachung zuwiderhandelt, wird auf Grund der Vorschrift des § 3 der Bundesratsverordnung über Befugnisse der Reichsbekleidungsstelle vom 22. März 1917 mit Gefängnis bis zu einem Jahr und mit Geldstrafe bis zu zehntausend Mark oder mit einer dieser Strafen bestraft.

Neben diesen Strafen kann auf die in § 3 der Bundesratsverordnung über Befugnisse der Reichsbekleidungsstelle bezeichneten Nebenstrafen erkannt werden.

§ 13. Die Bekanntmachung tritt sofort in Kraft.

B. Königreich Preußen.

Amtsärztliche Bescheinigung der vollen Turnfähigkeit bei Aufnahme von Zöglingen in Lehrer- und Lehrerinnenbildungsanstalten. Erlaß des Ministers des Innern vom 19. November 1917 — M 3183 — an die Herren Regierungspräsidenten.

Zufolge Bestimmung des Herrn Ministers der geistlichen und Unterrichts-Angelegenheiten dürfen junge Leute, die nicht die volle Turnfähigkeit besitzen, in die Lehrerbildungsanstalten nicht aufgenommen werden. Das gleiche gilt sinngemäß auch für die Aufnahme in die öffentlichen und privaten Volksschullehrerinnenseminare.

Ich ersuche ergebenst, die Kreisärzte anzuweisen, in Gesundheitszeug-

nissen zum Zwecke der Aufnahme in Anstalten der gedachten Art ausdrücklich anzugeben, ob der Anwärter die volle Turnfähigkeit besitzt.

Nahrungsmittelversorgung der Kranken- und Heilanstalten der Landesversicherungsanstalten. Erlaß des Preuß. Staatskommissars für Volksernährung vom 28. Aug. 1917 — VIa 3883 II — an die Herren Regierungspräsidenten usw.

Die Kranken- und Heilanstalten der Landesversicherungsanstalten gehören nicht zu den konzessionspflichtigen Unternehmen im Sinne des § 30 der Reichsgewerbeordnung. Hinsichtlich der Versorgung mit Nahrungsmitteln sind sie daher den öffentlichen Krankenanstalten gleichzustellen.

C. Königreich Sachsen.

Beratungsstellen für Geschlechtskranke betr. Erlaß des Königlich Sächsischen Ministeriums des Innern vom 20. Oktober 1917 — an die Herren Bezirksärzte und die Herren Vorstände der ärztlichen Bezirksvereine.

Wie bekannt, sind gegen die Einrichtung der Beratungsstellen für Geschlechtskranke bei der Aerzteschaft gewisse Bedenken laut geworden; die Aerzte fürchten, daß von ihnen verlangt werde, jeden Kranken der Beratungsstelle zu melden, daß damit die ärztliche Schweigepflicht, die sie als eine der wichtigsten Pflichten des Aerztestandes ansehen, durchlöchert werde und daß, wenn das Publikum davon Kenntnis erhalte, das Vertrauen zu den Aerzten und vor allem zur ärztlichen Schweigepflicht nachlassen würde.

Die Bedenken der Aerzte mögen zum Teile berechtigt sein. Es ist zweifellos, daß der Geschlechtskranke besonders ängstlich ist, sein Vorgesetzter oder eine Behörde oder die Familie oder sonstige Angehörige könnten von der Erkrankung erfahren, und daß er aus diesem Grunde sehr oft fremde Aerzte oder sogar Kurpfuscher aufsucht, die Nennung des Namens verweigert oder unter falschem Namen zum Arzte kommt, um unerkannt seine Krankheit heilen lassen zu können. Aus dieser gerade bei den Geschlechtskrankheiten und für die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten wichtigen Tatsache fürchtet die Aerzteschaft vielleicht nicht mit Unrecht, daß das Vertrauen der Kranken zu ihnen nachlassen würde, wenn es bekannt wäre, daß jeder Arzt gezwungen ist, den Kranken weiterzumelden.

Des weiteren fürchtet die Aerzteschaft, daß, solange der § 300 des Strafgesetzbuchs nicht entsprechend abgeändert ist, der Arzt wegen Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht gerichtlich zur Verantwortung gezogen werden könnte. Zum mindesten werden die Aerzte fürchten, mit der Möglichkeit einer Anklage, den unangenehmen Folgen des Gerichtsverfahrens, den Aufregungen und Sorgen, die ihnen ein derartiger, bis in alle Instanzen durchzuführender Prozeß bringt, rechnen zu müssen. Diese Bedenken haben die Aerzte zum großen Teile veranlaßt, den ärztlichen Beratungsstellen kühl gegenüber zu stehen und außer bei freiwilligen Meldungen von Kranken so gut wie ganz von Meldungen abzusehen.

Da die Beratungsstellen sich aber im allgemeinen außerordentlich bewähren und der Zuspruch der Kranken z. B. in Dresden regelmäßig und ständig zunimmt, wäre es außerordentlich bedauerlich, wenn diese wohltätige Einrichtung von der Aerzteschaft nicht unterstützt würde und ihr Ausbau darunter leiden müßte.

Nun sind in der letzten Zeit zwei wichtige Auslassungen ergangen, welche geeignet sind, die Aerzteschaft darüber aufzuklären, daß ihre Bedenken gegen die Beratungsstellen grundlos sind und daß auch niemand daran denkt, die ärztliche Schweigepflicht zu berühren.

In erster Linie ist auf dem Kongreß der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, der am 22. Juni 1917 in Mannheim stattfand und auf dessen Tagesordnung als einziges Verhandlungsthema „Die Beratungsstellen für Geschlechtskranke“ stand, auf Antrag des Vorsitzenden des Deutschen Aerztevereinsbundes, Dr. Dippe einstimmig folgende Entschließung angenommen worden:

„Die Versammlung hält einen mit voller Kraft und allen irgend Erfolg versprechenden Mitteln geführten Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten

für dringend notwendig und fordert alle Aerzte auf, sich an diesem Kampfe, jeder an seiner Stelle, wirksam zu beteiligen. Insbesondere sollen die Aerzte die vielfach bereits mit gutem Erfolge tätigen Beratungsstellen unterstützen, sollen ihren Kranken Zweck und Wert dieser Beratungsstellen eindringlich klar machen und sie zu deren Benutzung anhalten. Ob die Aerzte darüber hinaus auch Kranke ohne deren Zustimmung der Beratungsstelle überweisen wollen, muß jedem von ihnen von Fall zu Fall überlassen bleiben.

Die Versammlung ist sich darüber einig, daß der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten nur dann Erfolg haben wird und daß insbesondere die Beratungsstellen ihre Aufgaben nur dann erfüllen können, wenn es gelingt, Anteilnahme und Mitarbeit möglichst aller Aerzte zu gewinnen. Dazu gehört vor allem, daß die Landesversicherungsanstalten und die Krankenkassen bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten allenthalben gemeinsam mit den ärztlichen Standesvertretungen vorgehen.

Die Versammlung nimmt mit voller Bestimmtheit an, daß als Grundbedingung jedes weiteren Vorgehens in allernächster Zeit die Behandlung aller Geschlechtskrankheiten durch Nichtärzte, die Fernbehandlung Geschlechtskranker sowie das öffentliche Sichanbieten zur Behandlung Geschlechtskranker gesetzlich streng verboten wird."

Die zweite Auslassung betrifft die Antwort der Reichsregierung auf die Anfrage des Reichstagsabgeordneten van Calker u. Gen.:

„Erkennt der Herr Reichskanzler an, daß Mitteilungen über den Gesundheitszustand von Personen durch Behörden und durch Aerzte an die Träger der Sozialversicherung und an die von den Landesversicherungsanstalten eingerichteten Beratungsstellen, wenn diese Mitteilungen im Interesse der Gesundung dieser Personen erfolgen, nicht als unbefugt erachtet werden können und daher von der Strafbestimmung des § 800 des Strafgesetzbuches nicht betroffen werden?"

Die Reichsregierung hat durch den Direktor im Reichsamt des Innern, Dr. von Jonquières, sich folgendermaßen zu dieser Anfrage geäußert:

„Nach § 300 des Strafgesetzbuches werden Rechtsanwälte, Advokaten, Notare, Verteidiger in Strafsachen, Aerzte, Hebammen, Apotheker sowie die Gehilfen dieser Personen bestraft, wenn sie unbefugt Privatgeheimnisse offenbaren, die ihnen kraft ihres Amts, Standes oder Gewerbes anvertraut sind. Mitteilungen von Behörden fallen danach überhaupt nicht unter die Strafbestimmungen, Mitteilungen von Aerzten nur, wenn sie unbefugt sind. Befugt ist eine Mitteilung, wenn sie mit Einwilligung des Kranken erfolgt, oder wenn eine öffentlich-rechtliche Befugnis oder eine Pflicht zur Mitteilung besteht. Darüber hinaus wird in der Literatur wie in der Rechtsprechung, insbesondere des Reichsgerichts, der Standpunkt vertreten, daß auch höhere sittliche Pflichten die Befugnis zur Preisgabe des Berufsgeheimnisses begründen können.

Inwieweit diese Pflichten so überragend sind, daß sie den Arzt von der Verpflichtung zur Verschwiegenheit zu entheben vermögen, kann nur im einzelnen Falle unter Abwägung der sich gegenüberstehenden Pflichten beurteilt werden. Letzten Endes steht die Entscheidung bei den Gerichten. Mitteilungen, die von Kassenärzten über die Erkrankungen von Kassenmitgliedern an die Träger der Sozialversicherung und von diesen an die von den Landesversicherungsanstalten eingerichteten Beratungsstellen im Interesse der Gesundung dieser Personen erfolgen, werden nicht als unbefugt angesehen werden können, vorausgesetzt, daß die Beratungsstellen organisch in die Landesversicherungsanstalten eingegliedert und damit der Schweigepflicht des § 141 R.V.O unterworfen sind, und daß die Mitteilungen auf das Notwendigste beschränkt werden."

Das Reichsversicherungsamt hat nun in einem eingehenden Berichte diese Aeußerung des Regierungsvertreters besprochen und die ganze Frage der Beratungsstellen, deren Wert und den unendlichen Vorteil, der für das Volk, den Staat und vor allen Dingen für die Kranken selbst darin besteht, daß sie der Ueberwachung bedürfen und lange Zeit überwacht werden, selbst wenn sie es nicht wollen, noch einmal klar gelegt. Es hat fernerhin die Wichtigkeit der Meldungen durch die Militärbehörden bei der Entlassung der Truppen hervorgehoben und den Wunsch ausgesprochen, daß von denselben in stärkerem Maße als bisher den Beratungsstellen Kranke überwiesen werden sollen, und daß die

Angehörigen des Heeres ausdrücklicher als bisher bereits bei der Entlassung aus dem Lazarett aufgefordert werden, freiwillig ihre Zustimmung zur Meldung an die Beratungsstellen zu geben.

Im allgemeinen ist diese Meldung der Kranken bei den Krankenkassen bereits eingeführt und die Schweigepflicht der Aerzte durch ihre Pflicht erläutert worden, der Krankenkasse die Erkrankung auf dem Krankenzettel anzugeben. Wenn auch in einzelnen Fällen die Meldung von den Aerzten nicht in vollem Maße ausgeführt wird und die Aerzte im Interesse der Kranken z. B. statt „syphilitisches Geschwür" nur „Geschwür" geschrieben haben, so hat doch die Krankenkasse das Recht, ohne weiteres eine richtige Angabe der Krankheit von ihrem beamteten Arzt zu verlangen.

Das Ministerium des Innern ersucht, der Angelegenheit Aufmerksamkeit zu widmen und im Kreise der Herren Aerzte zu eingehender Besprechung zu bringen. Die Herren Aerzte sind zu ersuchen, durch eindringliche Ermahnungen und Belehrungen in verstärktem Maße darauf hinzuwirken, daß die zur Entlassung kommenden geschlechtskrank gewesenen Heeresangehörigen ihre Einwilligung zur Namhaftmachung an die Landesversicherungsanstalten geben. Dazu ist es erforderlich, daß insbesondere die behandelnden Aerzte schon während der Krankenbehandlung die Kranken wiederholt mit diesem Gedanken vertraut machen und sie darauf hinweisen, daß ihnen keinerlei Unkosten daraus erwachsen und daß die Namhaftmachung einzig und allein den Nutzen der Namhaftgemachten im Auge hat.

Die Kranken müssen die Ueberzeugung gewinnen, wie wichtig eine dauernde Ueberwachung auf viele Jahre hinaus nach überstandener Geschlechtskrankheit, vor allem Syphilis, ist, und daß sie ohne Ueberwachung schwerste Gefahr laufen, unheilbare Erkrankungen des Zentralnervensystems zu bekommen, die zu Siechtum führen.

Auch ist ausdrücklich hervorzuheben, daß die Namhaftmachung keinerlei Preisgabe des Geheimnisses der überstandenen Geschlechtskrankheit mit sich bringt, sondern daß die von den Landesversicherungsanstalten errichteten Beratungsstellen für Geschlechtskranke zur Amtsverschwiegenheit verpflichtet sind und daß bei der ganzen gesundheitlichen Beratung der geschlechtskrank Gewesenen die Geheimhaltung des Namens der Beratenen und ihrer Leiden auf das sorgfältigste beachtet wird.

Die Geschlechtskranken sind aber auch mit allem Ernste darauf aufmerksam zu machen, daß sie die sittliche Pflicht haben, nicht nur in ihrem eigenen, sondern auch im Interesse ihrer Familie und Mitmenschen sich zu der gesundheitlichen Ueberwachung bereit finden zu lassen, da sie sonst durch Uebertragung ihres wieder ausgebrochenen Leidens andere an ihrer Gesundheit auf das schwerste schädigen können.

Abänderung des Gesetzes über die Feuerbestattung vom 29. Mai 1916. Gesetz vom 15. September 1917.

Zwischen § 10 und § 11 des Gesetzes, die Feuerbestattung betr., vom 29. Mai 1906 (G.- und V.-Bl. S. 189), wird eingefügt:

§ 10a. Die Ortspolizeibehörde des Bestattungsortes soll jedoch die nachträgliche Feuerbestattung schon beerdigter Leichen gestatten und kann von der Vorlegung der in § 6 Ziffer 1 und 3 erwähnten Nachweise absehen, wenn es sich um Leichen von Militärpersonen des Heeres im Sinne von § 1 und § 2 der Verordnung vom 20. Januar 1879 (R.-G.-Bl. S. 5) oder der Kaiserlichen Marine im Sinne von § 2 Abs. 1 und § 3 Ziffer 3 der Verordnung vom 20. Februar 1906 (R.-G.-Bl. S. 359) oder von Angehörigen der Kaiserlichen Schutztruppen im Sinne von § 3 des Gesetzes vom 7./18. Juli 1896 (R.-G.-Bl. S. 187, 653) handelt und durch die Bescheinigung der für die Anzeige des Sterbefalles an den Standesbeamten zuständigen Militär- oder Dienststelle über den Todesfall und die Todesursache jeder Zweifel über die Persönlichkeit des Toten und der Verdacht einer strafbaren Handlung ausgeschlossen werden. Mit Genehmigung des Kriegsministeriums kann die Bescheinigung auch von einer anderen Stelle erteilt werden.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 06232 5496





