Zeitschrift: Jahrbuch der Schweizerischen Gesellschaft für Schulgesundheitspflege = Annales de la Société Suisse d'Hygiène Scolaire

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für Schulgesundheitspflege

Band: 9/1/1908/9/2/1908 (1908)

Artikel: Die Säuglingsfürsorge

Autor: Bernheim-Karrer, J.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-91051

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 16.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

8. Die Säuglingsfürsorge.

Von Dr. med. J. Bernheim-Karrer, Zürich.

Leitsätze.

1. Für die Säuglingsfürsorge haben folgende, durch die Statistik wie die ärztliche Erfahrung festgestellte Tatsachen wegleitend zu sein:
   a) die hohe Sterblichkeit der künstlich ernährten Kinder;
   b) die Abhängigkeit der Säuglingssterblichkeit von der sozialen Lage der Eltern;
   c) die unverhältnismässig hohe Sterblichkeit der unehelichen Kinder;
   d) das Ansteigen der Säuglingssterblichkeit in den Sommermonaten;
   e) die hohe Sterblichkeit in den ersten Wochen und Monaten des Lebens.
2. Da an verschiedenen Orten der Einfluss der genannten Faktoren ein wechselnder ist und damit auch seine Einwirkung auf die Gesamtsterblichkeit der Säuglinge, so werden nicht überall die gleichen Massnahmen zu ergreifen sein.
3. Es ist daher zu verlangen, dass überall da, wo man an eine durchgreifende Reorganisation der Säuglingsfürsorge schreitet, zunächst genaue Studien über die lokalen Verhältnisse angestellt werden.
4. Wenn für den hygienischen Teil der Fürsorge die Hilfe der Ärzte unerlässlich ist, so kann die soziale nicht ohne die Hilfe des Staates und der Gemeinden durchgeführt werden. Die private Wohltätigkeit ist unzulänglich.
5. Der Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit ist vorerst in der Hauptsache nach ärztlichen Gesichtspunkten zu leiten. Die sozialen Massnahmen haben sich darauf zu beschränken, die Hindernisse, welche in unbemittelten Familien einer rationellen Ernährung und Pflege des Säuglings im Wege stehen, nach Möglichkeit zu beseitigen.
6. Die Aufgabe des Staates ist dabei eine mehr legislatorische und betrifft Massnahmen zum Schutze und zur Unterstützung von Schwangern und Wöchnerinnen. Eventuell könnte er mit Beiträgen an Städte und Bezirke mit besonders hoher Sterblichkeit helfend eingreifen.
7. Die Massnahmen der Gemeinden fallen zum Teil mit denjenigen zusammen, welche die Hebung der allgemeinen Lebensverhältnisse zum Ziele haben. Von besonderer Bedeutung sind alle Vorkehrungen zur Besserung der Wohnungsverhältnisse und des Milchverkehrs. Insbesondere ist auf eine reinlichere Gewinnung der Milch hinzuarbeiten und auf Einrichtungen, welche das Verderben der Milch im Sommer verhindern.
8. Es ist anzustreben, dass der Bezug einer Vorzugsmilch für Säuglinge allen Bevölkerungsklassen möglich wird.

9. Es ist für die Städte, aber auch für ländliche Bezirke mit hoher Säuglingsmortalität die Errichtung von Fürsorgestellen in Erwägung zu ziehen. Sie sollen nur der unbemittelten Bevölkerung zugänglich und von Ärzten geleitet sein.
10. Als Aufgaben der Fürsorgestellen sind zu nennen:
    a) Propaganda für die natürliche Ernährung unter Verabreichung von Stillprämien;
    b) Unterweisung der Mütter in der natürlichen und künstlichen Ernährung;
    c) Hauskontrolle der Mütter und Kostfrauen durch besoldete Pflegerinnen.
11. Eine besonders intensive Überwachung bedürfen die unehelichen Kinder. Dafür eignet sich nach dem heutigen Stande unserer Erfahrungen vor allem das von Taube in Leipzig getroffene System der Generalvormundschaft mit amtlicher und ärztlicher Aufsicht von der Geburt ab.
12. Milchküchen können wegen ihres teuren Betriebes nicht für alle fürsorgebedürftigen Kinder in Betracht kommen. Dagegen ist ihre Angliederung an Polikliniken und Krankenkassen und eventuell an Fürsorgestellen zur diätetischen Behandlung von kranken Säuglingen, die sich in Einzelpflege befinden, anzustreben. Auch dabei ist aber womöglich eine Hauskontrolle durch Pflegerinnen zu verlangen.
13. Für kranke Säuglinge, deren häusliche Pflege unzureichend ist, oder die ohne Frauenmilch nicht durchzubringen sind, sollten Säuglingskrankenhäuser mit Ammenbetrieb errichtet werden.
14. Alle für die Säuglingsfürsorge arbeitenden Institutionen müssen in Kontakt miteinander stehen, womöglich durch eine leitende oder vermittelnde Zentrale, die auch die Verbindung mit der privaten Wohltätigkeit herstellt.

Eine der erfreulichsten Erscheinungen in der Reihe der sozialen Wohlfahrtsbestrebungen unserer Zeit ist das wachsende Interesse der Öffentlichkeit für die Säuglingsfürsorge. Während der Säugling früher ein Stiefkind nicht nur der öffentlichen, sondern auch der privaten Wohltätigkeit war — der Säugling ist für die meisten erwachsenen Menschen, ich denke hauptsächlich an die Männer, etwas ganz uninteressantes, etwas, mit dem man nichts anzufangen weiss — wenden ihm jetzt Staat und Gemeinden eine immer grössere Aufmerksamkeit zu. Sie haben, dank der Aufklärungsarbeit der Ärzte, eingesehen, dass etwas getan werden muss, und dass auf dem bisherigen Wege eine energische Herabsetzung der Säuglingssterblichkeit, die an manchen Orten noch zum Himmel schreit, nicht erreicht werden kann. Aus bekannten Gründen ist Frankreich, dessen Geburtenzahl von allen europäischen Staaten auch heute noch den tiefsten Stand zeigt, vorangegangen. Etwas später hat die Bewegung in Deutschland und Österreich-Ungarn eingesetzt, und auch in der Schweiz beginnt sie jetzt, sich immer stärker bemerkbar zu machen.

Dafür sprechen die neuentstandenen Säuglingsheime in Basel, Zürich und Aarau, die Milchküchen in Genf, Lausanne und Basel u. a. m. Wenn wir dies alles nun als bedeutsame Äusserungen modernen, sozialen Empfindens begrüssen, so darf darüber nicht vergessen werden, dass es in der Tat des Staates eigenstes Interesse ist, selbst am Kampfe gegen die Säuglingssterblichkeit teilzunehmen. Wie überall im organischen Leben, so gehört auch im Leben der Staaten den wachsenden Organismen die Zukunft. Das hat uns gerade die Geschichte unserer Tage wieder aufs Eindringlichste gelehrt. Mit vollem Recht hat man ferner darauf hingewiesen, dass durch eine hohe Säuglingssterblichkeit dem Staate ungezählte wirtschaftliche Werte verloren gehen. Nicht nur deswegen, weil nach einem schönen Worte des verstorbenen Kronprinzen Rudolf von Österreich der Mensch das wertvollste Kapital des Staates darstellt, sondern wegen des Verlustes an Mühe und Geld und oft auch an Gesundheit, den der Tod eines Säuglings für die Familie und vor allem für die Mutter bedeutet. Man hat früher gesagt, und man kann auch jetzt noch die recht bedenkliche Ansicht hin und wieder hören, dass die Höhe der Säuglingssterblichkeit geradezu ein Sicherheitsventil sei, das der Übervölkerung und der Degeneration der Rasse vorbeuge. Es liege nicht im Interesse des Staates, möglichst viele schwächliche Existenzen grosszuziehen. Dem gegenüber muss festgestellt werden, dass das scharenweise Hinsterben von Säuglingen durchaus nicht im Sinne der natürlichen Auslese gedeutet werden darf. Die Mehrzahl stirbt an Verdauungskrankheiten infolge schlechter Pflege und ungeeigneter Ernährung. Es handelt sich also um eine reine Magenfrage. Wer die widerstandsfähigsten Verdauungsorgane besitzt, hat am meisten Aussichten, davonzukommen. Recht häufig wachsen aber gerade diejenigen, die als Säuglinge nur schwierig durchzubringen waren, zu den kräftigsten und leistungsfähigsten Menschen heran. Das ergibt sich auch aus der Tatsache, dass man in Gegenden mit hoher Säuglingssterblichkeit durchaus nicht mehr Militärtaugliche findet, sondern weniger als dort, wo sie niedrige Werte zeigt.

Ein erfolgreiches Wirken im Sinne der Fürsorgebestrebungen ist nur denkbar, wenn man über die Ursachen der Säuglingssterblichkeit völlig im Klaren ist. Sie haben soeben gehört, was uns Statistik und ärztliche Erfahrung darüber zu sagen wissen. Ich nenne als das Wichtigste:

1. Die hohe Sterblichkeit der künstlich ernährten Kinder.
2. Die Abhängigkeit der Säuglingssterblichkeit von der sozialen Lage der Eltern.

3. Die unverhältnismässig hohe Sterblichkeit der unehelichen Kinder.
4. Die hohe Sterblichkeit in den ersten Wochen und Monaten des Lebens.
5. Die enorme Mortalität in den Sommermonaten.

Da an verschiedenen Orten die Beteiligung der genannten Faktoren an der Gesamtsterblichkeit eine wechselnde ist, so wird nicht überall das gleiche Vorgehen am Platze sein. In einzelnen Städten z. B. ist es die grosse Zahl der illegitimen Geburten, welche die Säuglingssterblichkeit besonders ungünstig beeinflusst; in andern sind die schlechten Milchverhältnisse, die grosse Sommerhitze oder die Anhäufung der Bevölkerung in Massenquartieren in erster Linie zu berücksichtigen. Wo die Ernährung an der Mutterbrust immer mehr zurückgeht, wie z. B. in vielen Gegenden der Schweiz, da kann auch dadurch die Säuglingsmortalität ungünstig beeinflusst werden.

Dass es möglich ist, die Sterblichkeit der Kinder im ersten Lebensjahr ganz erheblich herabzudrücken, das haben uns Schweden und Norwegen gezeigt. Dort hat schon im Anfang des vorigen Jahrhunderts der Staat Massnahmen zur Förderung des Selbststillens und zur Herabminderung der Säuglingsmortalität getroffen und damit erreicht, dass in Schweden die Sterblichkeit von 18,3 % im Jahre 1820 auf 8,44 % im Jahre 1904 zurückgegangen ist. Ähnliches hat sich in Norwegen abgespielt, dessen Sterblichkeit von 14 % in den Jahren 1836—1840 auf 7,5 % im Jahre 1904 gesunken ist.

Wenn nun auch bald die einen, bald die andern lokal bedingten Misstände eine besondere Beachtung verdienen, so sind doch zunächst noch beinahe überall gewisse prinzipielle Forderungen zu erfüllen. Es sind dies die Prämissen, ohne welche an ein erfolgreiches Vorgehen gegen die Säuglingssterblichkeit überhaupt nicht zu denken ist. Dazu gehören:

1. Die Bestrebungen, welche darauf hinzielen, dem Selbststillen wieder eine grössere Verbreitung zu verschaffen.
2. Milch-hygienische Massregeln der Gemeinden im Sinne einer besseren Milchversorgung der Städte, insbesondere mit Kindermilch.
3. Die Schaffung von Spitälern zur Behandlung erkrankter und fürsorgebedürftiger Säuglinge.

Es liegt auf der Hand, und die weitere Darstellung wird es lehren, dass ohne die Hilfe des Staates und der Gemeinden an eine Verwirklichung dieses Programmes nicht zu denken ist.

Das wichtigste ist wohl die Stillpropaganda. In einem eigentümlichen Gegensatz zu den Ergebnissen aller Statistiken, die immer wieder die bedeutende Überlegenheit der natürlichen Ernährung bewiesen haben, ist die bis vor kurzem stets zunehmende Abneigung der Frauen zum Selbststillen gestanden. Nach den Untersuchungen Prof. Neumanns in Berlin über die Sterblichkeit der natürlich und künstlich ernährten Säuglinge im Jahre 1906 ergibt sich, wie gross die Unterschiede in den Schicksalen der beiden Kategorien der Kinderernährung sich gestalten. Taf. I (p. 138). Es zeigt sich aber noch weiter, dass die Art der Ernährung für das Sein oder Nichtsein der Kinder sogar eine grössere Rolle spielt als die soziale Stellung der Eltern. Die künstlich ernährten Kinder der gutsituierten Kreise stellen sich noch doppelt so schlecht wie die Brustkinder der untern Klassen. Gerade bei uns gehört daher eine energische Stillpropaganda zu dem nötigsten; denn nur selten trifft man Mütter, die monatelang ihre Kinder stillen können. Unter 1476 Kindern meiner Praxis wurden 33,2 % überhaupt nicht gestillt, von den gestillten nur 10,2 % länger als 6 Monate und 24,7 % bloss 14 Tage. Ähnliche Verhältnisse finden sich in Basel, und auch in Deutschland sind sie an vielen Orten nicht besser. Für Berlin ist z. B. eine progressive Abnahme der gestillten Kinder sichergestellt, von 55,2 % im Jahre 1885 auf 33,2 % im Jahre 1900. Man hat von Degeneration der Rasse und von einer Schwächung des Organs infolge des Nichtnährens in mehreren Generationen gesprochen. Man hat den Alkoholismus u. a. m. angeschuldigt. Nach der Ansicht vieler Geburtshelfer und Kinderärzte — und dies sind hier wohl die Sachverständigen — sind aber vor allem Vorurteile, Unkenntnis und schlechte Beratung die Gründe, welche so viele Mütter vom Stillen abhalten oder sie veranlassen, zu früh damit aufzuhören. Es handelt sich, um mit Taube zu reden, sehr häufig mehr um ein Nichtwollen als um ein Nichtkönnen. Nicht selten sind es wirtschaftliche Momente, die bei der Entschliessung mitwirken.

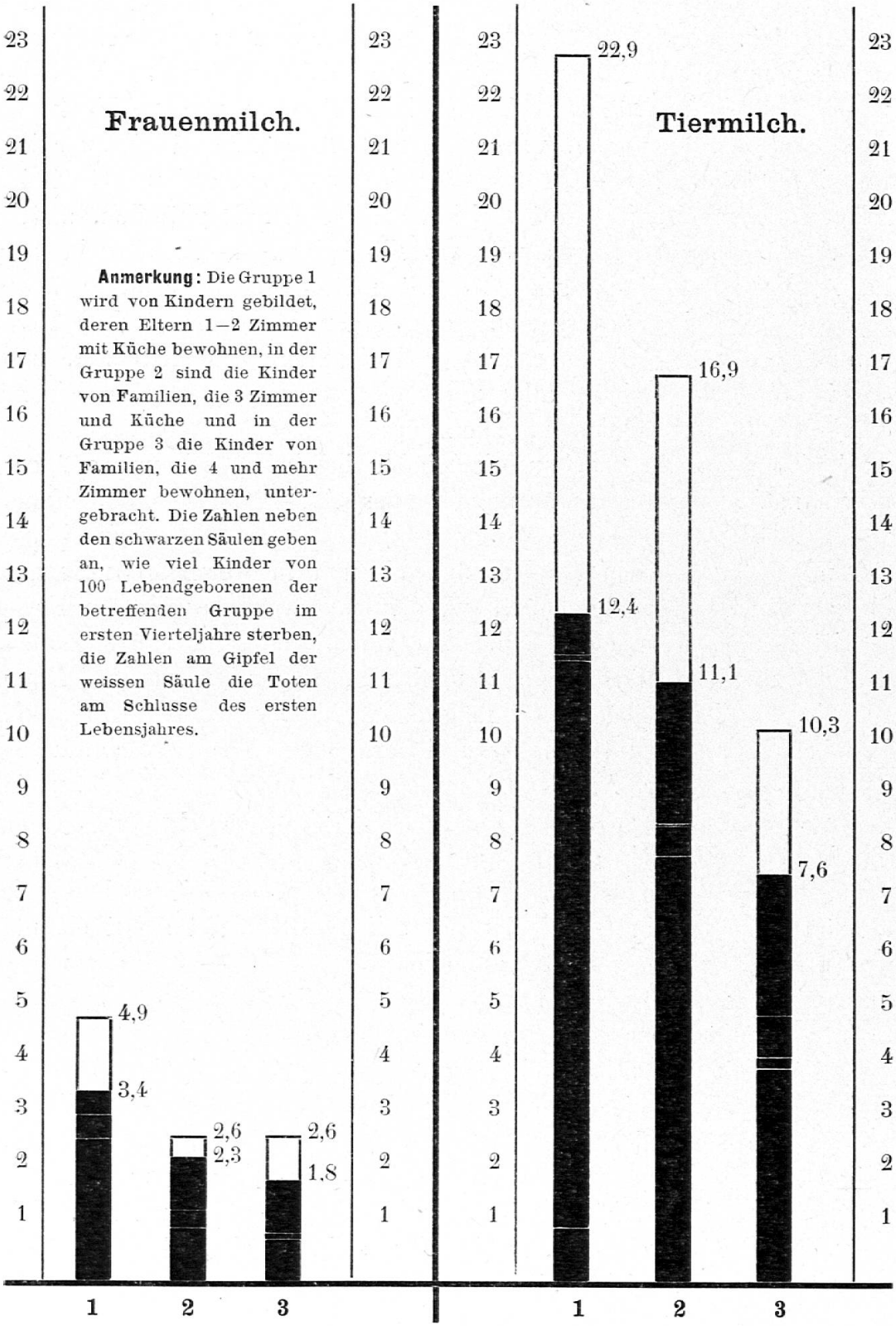
In meinen Beobachtungen gaben z. B. 12,2 % der Mütter Arbeitsüberhäufung und berufliche Pflichten als Grund für das Nichtstillen an. Trotzdem haben sich aber in der Zahl der stillenden Mütter der verschiedenen Bevölkerungsklassen keine grossen Unterschiede ergeben. Von den gutsituierten und den Frauen des Mittelstandes stillten 76,5 %, von den unbemittelten 72,1 % ihre Kinder. Nach diesem Ergebnis ist nicht daran zu zweifeln, dass der gute Wille zum Stillen auch bei den Arbeiterfrauen recht häufig vor-

handen ist. Aber gerade sie sind es, die meist nur ganz kurze Zeit stillen. Zu viel Arbeit im Hause und ausser dem Hause — die Frau muss häufig selbst dem Verdienste nachgehen — und dabei ungenügende Ernährung, da wird ihr niemand zum Vorwurf machen wollen, wenn sie ihr Kind bald von der Brust absetzt. Diese Fälle sind es auch, wo die Stillpropaganda nicht nur beratend, sondern auch helfend einsetzen muss. Dies geschieht heute in manchen Städten Frankreichs, Deutschlands und Österreich-Ungarns durch die Fürsorgestellen, deren Modell die im Jahre 1892 von dem ausgezeichneten Pariser Geburtshelfer Budin eröffnete Consultation de nourissons ist. Sie hatte den Zweck, die Mütter, welche in der Klinik geboren hatten, zum Stillen anzuhalten. Budin suchte dieses Ziel zunächst durch Belehrung zu erreichen. Indem er die Mütter aufforderte, ihre Kinder von Zeit zu Zeit wieder in der Klinik vorzustellen, blieb er in Kontakt mit ihnen. Sobald nun die Brust zu versiegen begann, wurde immer wieder, eventuell auch mit Geld, auf möglichst lange anhaltendes Stillen hingewirkt und als Unterstützung der nicht mehr ausreichenden Brustnahrung sterilisierte Kindermilch mitgegeben. Die Erfolge waren überraschend gute. Während vorher die gesund entlassenen Kinder der Klinik zum grossen Teil noch während des ersten Jahres zu Grunde gegangen waren, betrug ihre Sterblichkeit später nur 4,6 % gegenüber einer allgemeinen Säuglingsmortalität in der Stadt Paris von 17,8 %. Seither sind in Frankreich dutzende von Consultations de nourissons errichtet worden, in dem einen Departement Pas de Calais bis zum Jahre 1905 allein 189. Sie überwachen ausser den Säuglingen der Gebärkliniken nun aber möglichst alle der Fürsorge bedürftigen Kinder. Mit welchem Erfolge gearbeitet wurde, das illustriert am besten Taf. II (p. 139). Sie zeigt Ihnen, dass die Höhe der Säuglingssterblichkeit seit der Einführung der Fürsorgestellen in einer Reihe von Städten des Pas de Calais ganz erheblich zurückgegangen ist. Damit übereinstimmend sind aus den gleichen Orten Berichte über eine unverkennbare Zunahme des Selbststillens eingelaufen. Das Entgegenkommen, das von privater und staatlicher Seite der ganzen Bewegung entgegengebracht wird, möge folgendes Beispiel beleuchten: In Elbeuf gaben die Besitzer einer Fabrik ihren Arbeiterinnen nicht nur die Erlaubnis, ihre Arbeit zu verlassen, um in der Stillkrippe ihre Kinder zu stillen, sondern überdies jeder Arbeiterin, die ein Jahr lang stillte, eine Prämie von 100 Fr., und ähnliches wird von den staatlichen Tabakfabriken gemeldet. — Auch in Deutschland

sind in den letzten Jahren eine Anzahl derartiger Fürsorgestellen entstanden. So finden sich z. B. in Berlin jetzt fünf, in Karlsruhe und in Halle je eine, in Leipzig vier Fürsorgestellen etc. Von Interesse für die Beurteilung des Budgets ist, dass die Berliner Fürsorgestellen, die vom Magistrat gegründet, aus den Mitteln einer Stiftung unterhalten werden und je nach den häuslichen Verhältnissen eine Unterstützung bis zu einem Betrage von 25 Mark im Monat gewähren können, vom Januar 1906 bis März 1907 an Stillprämien 81,137 M. 67 Pf. ausbezahlt und ausserdem 310,494 l Kindermilch meist zum ortsüblichen Preise der Marktmilch, selten unter demselben oder umsonst, verteilt haben. In Anbetracht der kurzen Existenz der deutschen Anstalten lässt sich über ihre Erfolge noch nichts sicheres aussagen. Gegenüber den französischen Fürsorgestellen weisen sie aber einen bedeutsamen Fortschritt auf, und das ist die Überwachung aller unter der Fürsorge stehenden Kinder durch besoldete Pflegerinnen. Die Pflegerinnen, die eine entsprechende Ausbildung erhalten, suchen die Kinder in ihrer Wohnung auf und sehen nach, ob die Verordnungen des Arztes richtig ausgeführt werden. Sie bekommen dadurch ein genaues Urteil über die häuslichen Verhältnisse der Kinder, und ob und in welchem Grade mit einer Stillprämie nachgeholfen werden muss. Ein weiterer Fortschritt liegt in dem Verlangen, dass vom Standesamt aus den Fürsorgestellen jedes bedürftige Neugeborene angezeigt werde. Denn so wird es den Pflegerinnen möglich werden, manchem Kinde die Ernährung an der Mutterbrust zu sichern, dem sie sonst verloren gegangen wäre. Diese Art der Überwachung ist zweifellos dem Taubeschen System der sog. Ziehkinderbeaufsichtigung entnommen. Der verdienstvolle Leipziger Arzt hat mit dieser Organisation eine Fürsorge über die unehelichen Kinder geschaffen, die sich schon seit vielen Jahren bewährt — sie besteht seit 1883 und ist somit eigentlich die erste und älteste Säuglingsberatungsstelle — und das unerwartete Resultat gezeitigt hat, dass die Mortalität seiner Pfleglinge an Sommerdiarrhöen sogar unter diejenige der ehelichen gesunken ist. Ein weiterer, sehr wichtiger Bestandteil der Leipziger Organisation ist ferner die Generalvormundschaft über alle unehelichen Kinder, wo sie sich auch befinden mögen, bei einer Pflegemutter, bei der Mutter selbst oder den Grosseltern, und die es nun ermöglicht, dass kein uneheliches Kind der Fürsorge entgehen kann. Ich trete darauf nicht ein. Dr. Taube wird selbst in einem Referate über seine Schöpfung berichten.

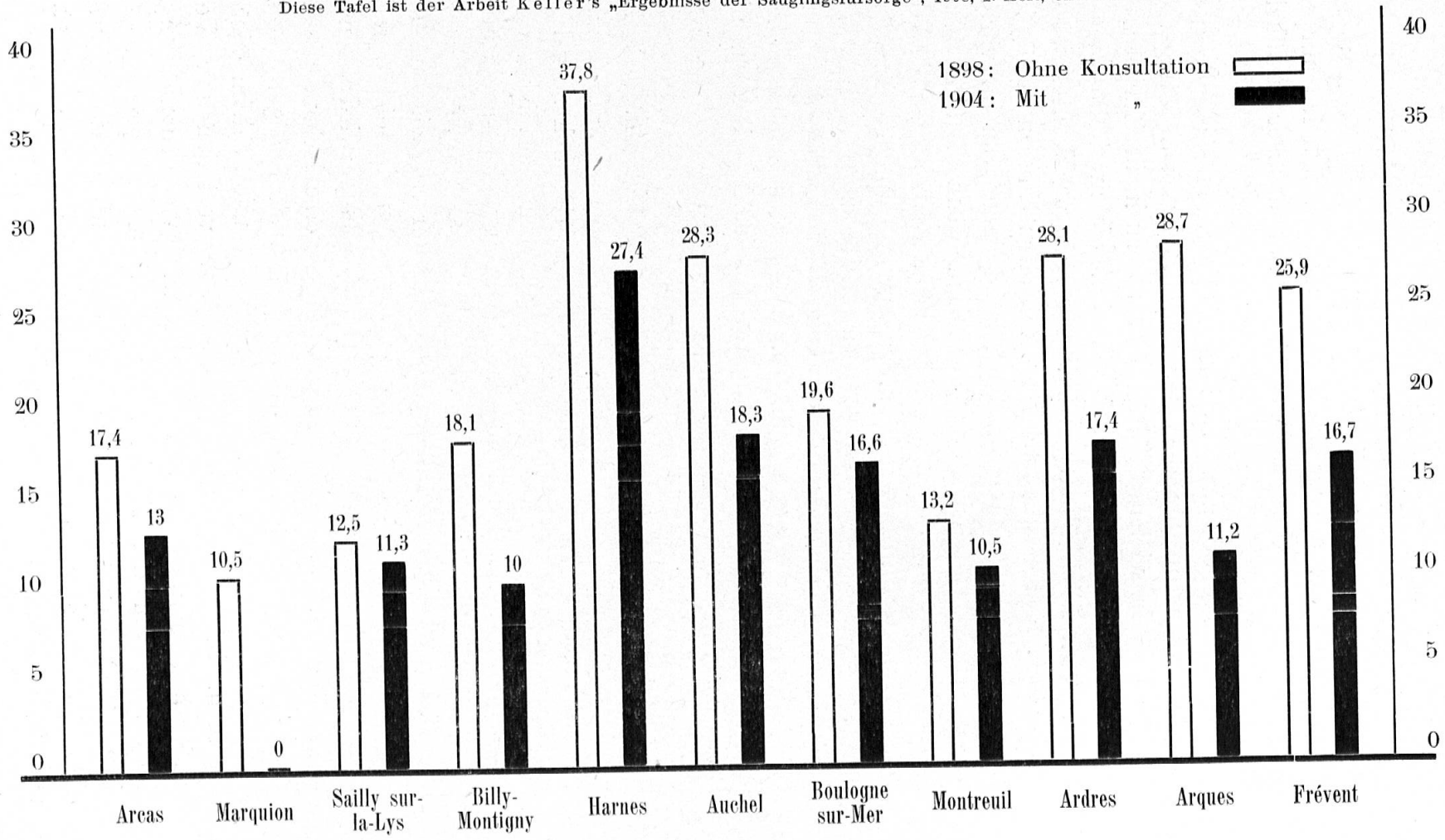
Taf. I.

Einfluss der Ernährung und der sozialen Lage auf die Säuglingssterblichkeit.



Einfluss der „Consultations de nourrissons“ auf die Gesamtmortalität der Säuglinge in einigen Städten des Departements Pas de Calais.

Diese Tafel ist der Arbeit Keller's „Ergebnisse der Säuglingsfürsorge“, 1908, I. Heft, entnommen.



Auch denjenigen Teil der Fürsorge, der den Schutz und die Unterstützung der schwangeren Frau und der Wöchnerin von Seiten des Staates und der privaten Wohltätigkeit betrifft und für den Säugling von der allergrössten Bedeutung ist, will ich nur erwähnen. Das erste Referat des heutigen Tages hat darüber ausführlich Auskunft gegeben.

Das zweite Postulat des Fürsorgeprogramms ist die Beschaffung guter Kuhmilch für die künstlich ernährten Säuglinge. Es gibt bekanntlich in vielen Städten und so auch in Zürich Ställe und Molkereien, die Kindermilch verkaufen, die zweifellos der gewöhnlichen Marktmilch überlegen ist. Ihr einziger Nachteil ist der hohe Preis, der ihren Bezug nur den bemittelten Klassen ermöglicht. Ein Einfluss auf die Säuglingssterblichkeit ist daher von ihr vorerst nicht zu erwarten. Dies wird erst geschehen, wenn sie allen Kreisen zugänglich ist. Um dies zu ermöglichen, ist man zu der Gründung von Milchküchen geschritten, zuerst in Hamburg im Jahre 1889 unter der Leitung des Pastors Manchot, dann in Frankreich, wo Variot in Paris im Jahre 1892 und Dufour in Fécamp 1894 die ersten Gouttes de lait errichteten. Sie hatten zunächst den Zweck, den Leuten der Armenviertel einwandfreie Kuhmilch zu niedrigem Preise zu verschaffen. Man hoffte, dadurch die Gefahren, welche bei der künstlichen Ernährung durch die Verwendung verdorbener Milch dem Proletarierkinde drohen, verringern zu können. Die Kuhmilch wurde nur ausnahmsweise unentgeltlich abgegeben. Meistens hatten die Mütter den Preis der gewöhnlichen Marktmilch zu zahlen. Um eine unrichtige Verwendung der Milch zu vermeiden, ist auch bei der Organisation der Milchküche die Mitwirkung eines sachverständigen Arztes unerlässlich. Der Betrieb gestaltet sich gewöhnlich so, dass die Mütter wie in den Fürsorgestellen in kurzen Zwischenräumen die Kinder zur Untersuchung und zum Wägen in die Sprechstunde bringen. Je nach dem Zustand des Säuglings wird dann für die nächsten 8—14 Tage die neue Nahrung verschrieben, die von der Mutter täglich abzuholen ist. Einzelne Anstalten geben die trinkfertige Nahrung, Verdünnungen der Milch mit Schleim oder andern Zusätzen, in Einzelportionen ab, andere verteilen nur Vollmilch, wieder andere tun beides. Die Milch wird von den meisten Küchen sterilisiert, von der Minderzahl pasteurisiert abgegeben. An den einen Orten werden nur gesunde Kinder kontrolliert und kranke an die Ärzte gewiesen, in andern Milchküchen erhalten beide Rat. Nach und nach haben die meisten Milchküchen sich zu Fürsorgestellen

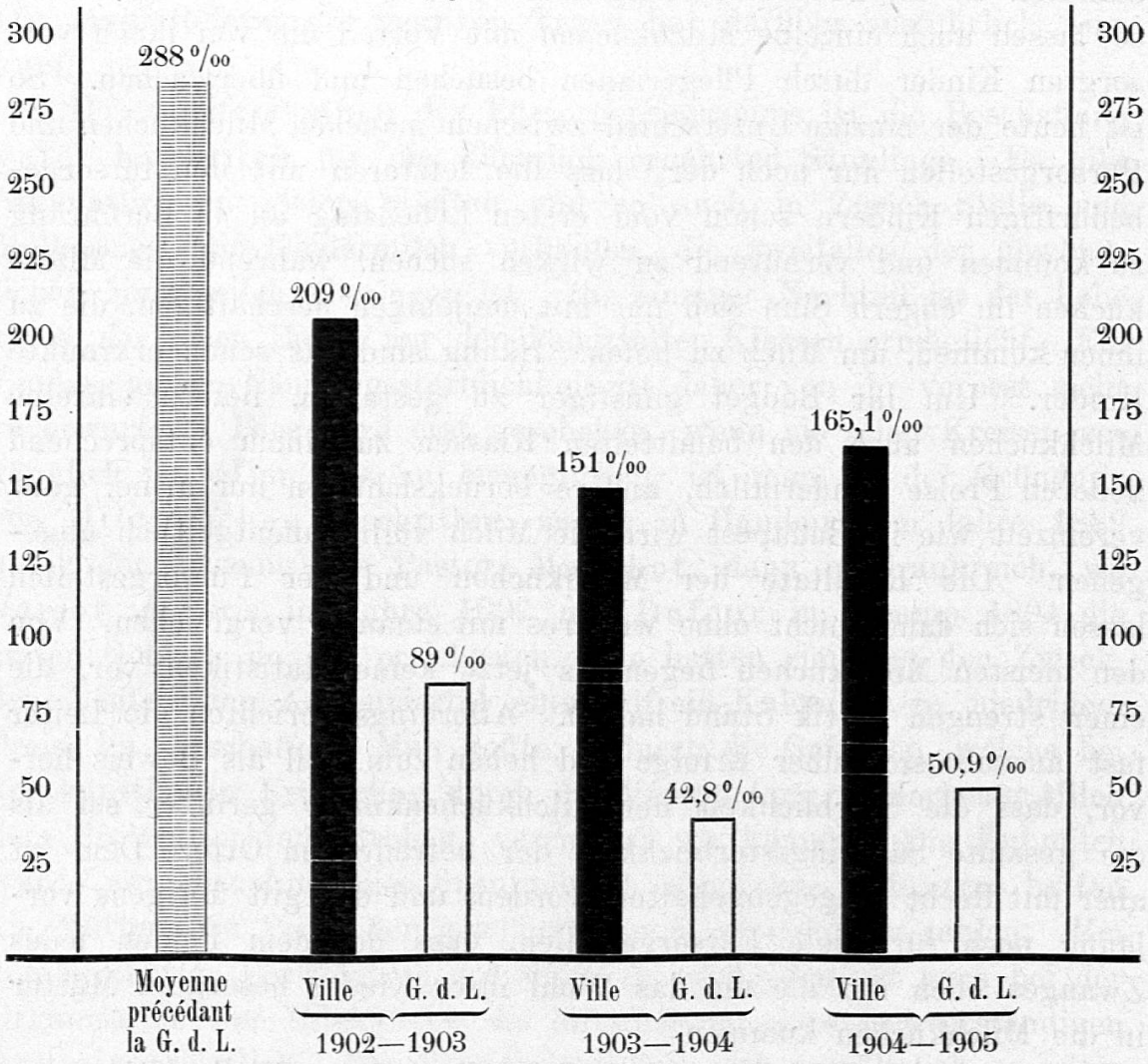
entwickelt und neben der Verteilung guter Milch, der Verbreitung vernünftiger Anschauungen über natürliche und künstliche Ernährung die Stillpropaganda inklusive Stillprämien als einen wesentlichen Bestandteil in ihr Programm aufgenommen. Wie die Fürsorgestellen, so lassen auch einzelne Milchküchen mit Vorteil die von ihnen versorgten Kinder durch Pflegerinnen besuchen und überwachen. So ist heute der einzige Unterschied zwischen manchen Milchküchen und Fürsorgestellen nur noch der, dass die letzteren mit den fürsorgebedürftigen Kindern schon vom ersten Lebenstag an in Berührung zu kommen und verhütend zu wirken suchen, während die Milchküchen im engern Sinn sich nur mit denjenigen beschäftigen, die zu ihnen kommen, um Milch zu holen. Häufig sind das schon erkrankte Kinder. Um ihr Budget günstiger zu gestalten, liefern einzelne Milchküchen auch den bemittelten Klassen zu einem entsprechend höheren Preise Kindermilch, andere berücksichtigen nur arme, ganz vereinzelt wie in Budapest wird die Milch völlig unentgeltlich abgegeben. Die Resultate der Milchküchen und der Fürsorgestellen lassen sich daher nicht ohne weiteres mit einander vergleichen. Von den meisten Milchküchen liegen bis jetzt keine Statistiken vor, die einer strengen Kritik Stand halten. Allerdings berichten die Leiter fast ausnahmslos über Erfolge und heben zum Teil als Beweis hervor, dass die Sterblichkeit der Milchküchenkinder geringer sei als die gesamte Säuglingssterblichkeit der betreffenden Orte. Dem ist aber mit Recht entgegengehalten worden, und das gilt übrigens vorläufig noch für viele Fürsorgestellen, dass bei dem Fehlen jedes Zwanges eben nur die um das Wohl ihrer Kinder besorgten Mütter in die Milchküchen kommen.

Es sei daher leicht verständlich, dass diese Kinder eine geringere Mortalität hätten als der Durchschnitt. Ein einwandfreier Beweis für den Erfolg einer Milchküche liegt eben nur dann vor, wenn es ihr gelingt, die Säuglingssterblichkeit einer ganzen Stadt oder eines ganzen Bezirkes herabzusetzen. Bis jetzt sind erst von zwei Orten Berichte über eine derartige Wirkung eingelaufen. Der eine stammt aus Frankreich und beleuchtet den Einfluss der Goutte de lait de Saint-Paul-sur-mer auf die Säuglingsmortalität dieser Stadt. Ich habe ihn auf Taf. III (p. 142) zur Anschauung gebracht. Sie sehen, dass in der Tat nicht nur die durch die Milchküche versorgten Kinder eine geringere Sterblichkeit haben als die übrige Stadt, sondern dass auch die Gesamtmortalität ganz bedeutend gesunken ist. — Die andere Mitteilung kommt von Floridsdorf, einem Bezirke

Taf. III.

Einfluss der Goutte de lait auf die Gesamtmortalität der Stadt Saint-Paul-sur-mer.

Diese Tafel entstammt der Mitteilung „Kindersterblichkeit und Milchküche" von Deutsch. (Vgl. Litteraturverzeichnis.)



Wiens, wo nach der Eröffnung einer Milchabgabestelle die Sterblichkeit von 28% auf 17,4% zurückgegangen ist. Es ist wohl kein Zufall, dass an beiden Orten vor der Einführung der Milchküche die Mortalität eine sehr hohe war. Es deutet dies darauf hin, dass es sich jedenfalls um besonders schlechte Milchverhältnisse gehandelt hat. Ob bei geringerer Sterblichkeit, wie z. B. in Basel oder Zürich, ein ähnlicher Ausschlag zu erwarten wäre, erscheint mir vorerst recht zweifelhaft. Diesen Berichten gegenüber darf nicht verschwiegen werden, dass wir auch von einem eklatanten Misserfolg kürzlich gehört haben. Er betrifft die städtische Milchküche in Magdeburg, die im Jahre 1905 gegründet und schon im Oktober 1907 durch einen Aufsehen erregenden Beschluss der Behörden wieder geschlossen worden ist.

Sie entsprach in keiner Richtung den gestellten Erwartungen, was zum Teil allerdings den Fehlern der Organisation zugeschrieben werden muss. Nicht nur, dass ihr Betrieb viel zu teuer zu stehen kam, so dass ein jährlicher Zuschuss von 45,000 Mark notwendig wurde, auch der ärztliche Teil gestaltete sich zu einem offenkundigen Fiasko, indem die Mortalität der Milchküchenkinder noch schlechter war als die Gesamtsterblichkeit, und zudem ein günstiger Einfluss auf die Höhe der Sommersterblichkeit fehlte. Das mahnt zur Vorsicht, und man wird gut tun, die Ergebnisse der bestehenden Milchküchen abzuwarten, bevor man weiter städtische Gelder für diesen Zweck in Anspruch nimmt. Die Meinung vieler Ärzte geht dahin, sie für die Stillpropaganda zu verwenden, sei viel richtiger. Ich glaube, diese Frage lässt sich nicht rundweg mit ja oder nein beantworten, sondern muss von Fall zu Fall entschieden werden.

Nach der Ansicht eines der kompetentesten Männer, Prof. Keller in Berlin, fährt man an Orten, die über gute Molkereien verfügen, billiger ohne städtische Milchküche. Und gewiss nicht schlechter, wenn sich wenigstens die Behörden das Recht wahren, Vorschriften für die Produktion und den Transport der Milch zu machen und durch entsprechende Organe die Erfüllung derselben genügend strenge überwachen lassen. Im Sommer müsste die Milch womöglich in Eis gekühlten Waggons, wie dies die Kopenhager Milchversendungsanstalt erfolgreich durchgeführt hat, in die Stadt und auf Eis gekühlt durch Wagen zu den Wohnungen der Konsumenten gebracht werden. Nach diesem System, d. h. ohne die Eiskühlung, versehen die Berliner Fürsorgestellen den grössten Teil der unter ihrer Obhut stehenden künstlich genährten Säuglinge mit Kindermilch. In der Sprechstunde bekommen die Mütter Marken. Ihre Adresse wird der Molkerei angegeben, deren Milchführer die Flasche hierauf zum Hause der betreffenden Frau bringen und gegen Einhändigung der Marke abgeben. Nur für kranke Kinder und nur dann, wenn die Mutter nicht fähig erscheint, die Herstellung der Milchverdünnungen oder der etwas komplizierten Nährgemische zu besorgen, gibt man Einzelportionen ab, die in der kleinen, einfach und mit geringen Kosten eingerichteten Milchküche der Fürsorgestelle zubereitet werden. Für Krankenzwecke, als Anhängsel von Polikliniken und Fürsorgestellen, sind Milchküchen ein Bedürfnis; — vielleicht kommen auch die Krankenkassen dazu, für diese Fälle sich ihrer zu bedienen — für gesunde und leicht kranke Säuglinge dürfte das weit billigere Verfahren der Vollmilchlieferung durch Milchzentralen

genügen. In beiden Fällen aber, und das kann nicht genug betont werden, müsste namentlich im Sommer durch eine besonders intensive Hauskontrolle dafür Sorge getragen werden, dass in den Wohnungen nicht ein nachträgliches Verderben der Milch möglich wird. Denn auch die sterilisierte und die pasteurisierte Milch des Handels ist in den meisten Fällen nicht bakterienfrei und nicht haltbar, so wenig wie die rohe Milch, sobald sie nicht kühl gehalten wird.

Die bisher geschilderten Einrichtungen hat man als offene Fürsorge bezeichnet. Ihre notwendige Ergänzung bilden nun die Anstalten, welche der geschlossenen Säuglingsfürsorge dienen, die Säuglingsheime und Säuglingskrankenhäuser. Während die Bedeutung der Krankenhäuser eine durchaus klare ist, wird die Bezeichnung Säuglingsheim verschiedenartigen Anstalten beigelegt. Bald sind es Institute, welche nur die Verpflegung unehelicher und obdachloser Kinder, ganz gleichgültig, ob sie gesund oder krank sind, zum Ziele haben. Einzelne nehmen die Mütter mit auf und zwar schon vor der Niederkunft. Dabei war vielleicht bei der Gründung der Hauptzweck, den Müttern zu helfen, und erst nachträglich wurde daraus, wie z. B. in Leipzig, ein Säuglingsspital, das auch von der Stadt zu versorgende Kinder aufnimmt. An einem andern Orte gilt die Bestimmung, dass die Kinder erst vom 14. Lebenstage an eintreten dürfen und gesund sein müssen. Die meisten neueren Säuglingsheime aber sind eigentliche Krankenhäuser und dienen der Pflege und Behandlung von Säuglingen, die an Ernährungsstörungen leiden. Die Forderung, dass für kranke Säuglinge eigene Krankenabteilungen notwendig sind, ist noch keine alte. Ja, man hielt bis vor wenigen Jahren die Unterbringung einer grösseren Anzahl von Säuglingen in Spitalpflege geradezu für einen Fehler und eine Dauerverpflegung für undurchführbar. Die Resultate waren beinahe überall so schlechte, dass man oft die Versorgung in noch so ungünstigen äusseren Verhältnissen vorzog. Starben doch z. B. in der Universitätskinderklinik zu Berlin im Jahre 1896 über $^2/_3$ der eingelieferten Säuglinge! Und diese Sterbeziffern waren noch lange nicht die traurigsten. Glücklicherweise hat sich dies gründlich geändert und zwar dank zweier einschneidender Massnahmen, die, in ihrer Bedeutung erkannt und für die Praxis nutzbar gemacht zu haben, das Verdienst Schlossmanns, des Gründers des Dresdener Säuglingsheims, und Heubners und Finkelsteins in Berlin ist. Zunächst war es dasselbe Prinzip, das aus den Krankensälen der Geburtshelfer und Chirurgen das Wund- und das Wochenbettfieber verdrängt hat.

Durch den Grundsatz, dass jedes in einem Säuglingskrankenhaus verpflegte Kind an jeder Stelle seines Körpers als ansteckend betrachtet werden muss, und dass daher nach seiner Berührung Arzt und Pflegerinnen sich die Hände aufs sorgfältigste zu reinigen haben, bevor sie sich mit einem zweiten beschäftigen, hat man diejenige Art der Übertragung auszuschalten gesucht, die man Kontaktinfektion nennt. Dadurch, dass alle Gebrauchsgegenstände der kleinen Patienten, vom Thermometer angefangen bis zum „Nüggi" herab, für jeden einzelnen gesondert zur Verfügung stehen, ist die Übertragung von Krankheitskeimen noch weiter erschwert. Durch minutiöse Untersuchungen der eben genannten Ärzte hat sich nämlich zeigen lassen, dass ein grosser Teil der in den Spitälern alten Systems grassierenden Krankheiten durch Verschleppung von einem Patienten auf den andern zu stande kamen. Es handelt sich dabei weniger um die bekannten Infektionskrankheiten des Kindesalters, wie Masern, Scharlach, Keuchhusten usw., sondern um übertragbare Darmerkrankungen und Eiterungen, die, manchmal stürmisch, manchmal harmlos und unscheinbar beginnend und verlaufend, die Insassen ganzer Säle zum Opfer forderten. Lange war dieser Vorgang unerkannt geblieben. Man sprach von Spitaleinfluss, von Spitalkrankheit der Säuglinge, von Hospitalismus, gegen den es nur ein sicheres Mittel zu geben schien, und das war die möglichst rasche Entfernung der Säuglinge aus dem Spital. Die Erfolge der modernen Säuglingsheime beweisen, dass man mit der Einführung des aseptischen Betriebes das Übel an der Wurzel getroffen hat.

Aber noch eine zweite grundsätzliche Bedingung ist für die Leistungsfähigkeit eines Säuglingsspitales massgebend, und das ist die Möglichkeit, den kranken Kindern Frauenmilch zu verschaffen. Nicht alle Pfleglinge allerdings brauchen sie unbedingt. Manche gedeihen, namentlich heute, wo die Diätetik des kranken Säuglings viel besser erforscht ist wie früher, auch bei der künstlichen Ernährung. Aber eine nicht kleine Anzahl ist ohne sie nicht durchzubringen. Dabei ist es nicht einmal notwendig, dass sie ausschliesslich Frauenmilch bekommen, ja sie kann sogar nur den kleineren Teil der Nahrung ausmachen. Das ist sehr wichtig, weil sonst durch die Anstellung vieler Ammen das Budget dieser Anstalten unverhältnismässig hoch belastet würde. Gewiss wäre es am besten, wenn jedes Kind eine Amme hätte; man kommt aber auch aus, wenn nur auf 10 Kinder noch eine da ist. In Zürich sind für 13 Kinder zwei Ammen zur Verfügung. Die Tagesmenge Milch, die

eine Amme liefert, schwankt beträchtlich. Es gibt bei uns solche, die anfangs kaum $^1/_2$ Liter ergeben und nicht höher zu bringen sind, während andere rasch auf einen Liter und mehr kommen. An andern Orten sind Ammen beobachtet worden, die bis zu vier Litern Milch im Tage produzierten. Das wird nur erreicht, wenn man mehrere Kinder bei einer Amme trinken lässt und durch den Saugreiz das Organ zu erhöhter Tätigkeit anspornt. Die Ammen selbst leiden darunter nicht im geringsten. Sie nehmen im Gegenteil sehr häufig bei reichlicher Kost trotzdem meist an Gewicht noch erheblich zu. Fast ausnahmslos wird mit der Amme auch ihr Kind aufgenommen, und die Möglichkeit, ihr Kind bei sich zu behalten, ist geradezu für manche dieser jungen Mütter die eigentliche Veranlassung, ins Säuglingsheim zu kommen. Wenn sie nach 10 Tagen die Frauenklinik verlassen müssen, sind sie häufig genötigt, sich von ihrem Kinde zu trennen und, selbst noch geschwächt, wieder Arbeit zu suchen, um für beide den Lebensunterhalt zu verdienen. Im Säuglingsheim finden sie, sofern sie stillen können, mit ihrem Kinde unentgeltliche Aufnahme, unter der einzigen Bedingung, dass sie den Überschuss ihrer Milch für die Anstaltszwecke zur Verfügung stellen. Steigt die Milchmenge genügend an, so werden sie als Anstaltsammen angestellt und bekommen nun ausser der freien Station noch eine Entschädigung. Dass durch das Zusammenbleiben mit dem Kinde selbstverständlich das Muttergefühl geweckt und gestärkt wird, erwähne ich nur nebenbei, für das weitere Schicksal des Kindes ist schon dieses ethische Moment von der grössten Bedeutung, vielleicht noch wichtiger aber ist der Umstand, dass nach einigen Wochen oder Monaten das Ammenkind eine ganz andere Widerstandskraft besitzt, als wenn es schon am 10. Lebenstage in die wenig subtilen Pflegebedingungen eines Kostortes gekommen wäre. So ist allen Teilen genützt worden: der Amme, die sich erholen konnte, ihrem Kinde und den oft in einem jammervollen Zustande befindlichen übrigen Insassen des Säuglingsheims. Für eine Stadt wie Zürich, wo es bisher dem grössten Teil der Eltern unmöglich war, einem schwer erkrankten Kinde Frauenmilch zu verschaffen, hat ein Säuglingsheim einen ganz besondern Wert. Ich habe diesen Mangel oft genug schmerzlich empfinden müssen.

Denn die Summe, welche die Anstellung einer Amme erfordert, überschreitet, vom Proletariat ganz abgesehen, auch da oft das Budget einer Haushaltung, in welcher die für einen kranken Säugling erforderliche Pflege noch geleistet werden kann. Wenn dann

in der ganzen Umgebung keine Frau aufzutreiben war, die stillen und dem Kinde hätte die Brust reichen können, blieb nichts anderes übrig, als bald dieses, bald jenes Nährpräparat zu versuchen, und wenn es nichts half, das Kind zu Grunde gehen zu lassen. Meines Erachtens war unter Berücksichtigung dieses Misstandes die Gründung eines Säuglingsheims für Zürich ein dringendes Bedürfnis. Glücklicherweise stand ein grösseres Legat (Bovet-David) zur Verfügung, das die Veranlassung für weitere Schenkungen und zu dem Entschlusse des Regierungsrates wurde, die Errichtung einer solchen Anstalt dem Kantonsrate zu empfehlen. Die Weisung des h. Regierungsrates, wie die debattelose Bewilligung des zu der Durchführung des Projektes notwendigen Fehlbetrages durch den Kantonsrat beweist, dass auch bei uns die Behörden gewillt sind, tatkräftig am Kampfe gegen die Säuglingssterblichkeit teilzunehmen.

Um sich stets die nötige Zahl von Ammen zu sichern, ist das Säuglingsheim an die Frauenklinik angegliedert worden, und die bis heute vorliegenden Erfahrungen haben diese Massregel, welche die lebhafte Unterstützung des Direktors der Frauenklinik, Prof. Wyder, gefunden hat, als durchaus richtig erwiesen. Die Verbindung mit der Gebäranstalt bietet aber noch den weiteren Vorteil, dass sich das Säuglingsheim infolgedessen an dem Unterricht und der Ausbildung der Hebammen und Wochenpflegerinnen beteiligen muss.

Es ist eine überall wiederkehrende Klage, dass gerade die Pflegerinnen und insbesondere die Hebammen bis jetzt noch viel zu wenig zu Gunsten der natürlichen Ernährung eintreten. Man kann ihnen das aber nicht allzusehr verübeln, da sie bei der kurzen Aufenthaltsdauer von Mutter und Kind in den Gebärkliniken nicht Gelegenheit haben, sich genügend mit den wechselnden Bedingungen und der Technik der Ernährung mit Frauenmilch vertraut zu machen, und aus dem gleichen Grunde nicht mit eigenen Augen sehen können, wie oft mit ihr viel mehr zu erzielen ist als bei der bestgeleiteten künstlichen Ernährung.

Dass die Säuglingsheime eine wirksame Waffe im Kampfe gegen die Säuglingssterblichkeit sind, darüber ist heute nicht mehr ernsthaft zu diskutieren. Zahlenmässig lässt sich ihre Wirksamkeit allerdings in der Mehrzahl der Fälle noch nicht wiedergeben.

Man erzielt in gutgeleiteten Anstalten, im eklatanten Gegensatze zu den alten, sehr niedrige Mortalitätsziffern. Zu viel Wert möchte ich aber auch auf diese Statistiken nicht legen, da die Erfolge der einzelnen Anstalten in dieser Beziehung sehr von dem Zu-

stand der eingelieferten Kinder, von der Fassung des Begriffes „geheilt“, von dem Alter der Kinder u. a. m. abhängen. Das Wichtigste, d. h. ob die entlassenen Kinder auch wirklich das erste Jahr überlebt haben, erfahren wir zudem aus den Statistiken meistens nicht. Auch aus der gesamten Säuglingsmortalität wird man den Einfluss der Säuglingsheime wohl noch lange nicht ablesen können. Dazu ist ihre Zahl viel zu gering. Um so wertvoller ist für unser Urteil daher eine Mitteilung aus dem städtischen Kinderasyle zu Berlin, welche den Einfluss eines modernen Säuglingskrankenhauses auf die Sterblichkeit einer besondern, gut übersehbaren Klasse von Säuglingen anschaulich zur Darstellung bringt. Das Asyl hat nämlich die Aufgabe, die Kranken unter den der kommunalen Fürsorge anheimfallenden verwaisten und verlassenen Kindern so lange zu beherbergen, bis sie in Aussenpflege gegeben werden können. Es soll auf diese Weise womöglich eine Herabsetzung der unverhältnismässig hohen Mortalität dieser Kinder, die vor der Errichtung der Anstalt trotz eines grossen Aufwandes von Geldmitteln und Mühe nicht vermindert werden konnte, herbeiführen. Durch die Tätigkeit des Asyls ist sie nun in der Tat bereits um mehr als die Hälfte herabgesetzt worden und zwar einerseits durch die Anstaltserfolge — es sind eine Reihe von Kindern hier am Leben erhalten worden, die unter dem früheren Regime verloren gegangen wären — und durch die besseren Resultate der Kostpflege, die ihrerseits wieder die Folge des Aufenthaltes der Kinder im Asyl sind, von wo sie jetzt erst dann in die Aussenpflege kommen, wenn sie wochenlang gut gediehen und als völlig gesund und widerstandsfähig anzusehen sind. Es zeigt dieser Versuch im kleinen, wie wichtig für die Fürsorgebestrebungen ein Zusammenarbeiten und eine gegenseitige Rücksichtnahme von offener und geschlossener Fürsorge ist. Im grossen ist eine derartige Organisation in Ungarn geschaffen worden, wo seit dem Jahre 1903 der Staat die Fürsorge über jedes verlassene Kind übernimmt, und zwar in liberalster Weise, sobald die Mutter um Hilfe ansucht. Die amtliche Feststellung der Notwendigkeit einer staatlichen Versorgung geschieht dabei erst nach der Aufnahme der Kinder. Die Ausdehnung der Fürsorge ergibt sich daraus, dass sie im Jahre 1907 sich über mehr als 35,000 Kinder erstreckte und ein Budget von 4,434,000 Kronen verlangte. Es sind über das Land 18 Asyle verteilt, in welchen vorübergehend die der Spitalpflege bedürftigen Säuglinge und Kinder untergebracht sind. Die Gesunden werden in kontrollierte Aussenpflege abgegeben, entweder zu Pflege-

eltern in die an 350 Orten errichteten Kolonien, zum Teil mit ihren Müttern, die sie dort weiterstillen, oder sie verbleiben bei ihrer Mutter, die für ihr Kind Verpflegegebühren bezahlt bekommt.

Trotzdem im Jahre 1903 die Sterblichkeit der Säuglinge in den Asylen 16,3 % gegenüber dem Landesdurchschnitt von 21,9 % betrug, ist es dieser imponierenden Organisation nicht gelungen, die Gesamtmortalität des Landes herabzudrücken. Sie betrug im Jahre 1904 allerdings 19,67 %, 1905 jedoch schon wieder 23 % gegen 20,9 % im Jahre 1899.

Wenn wir nun zum Schlusse die Nutzanwendung auf unsere schweizerischen und speziell zürcherischen Verhältnisse ziehen, so sind, worauf ich schon im Laufe meiner Auseinandersetzungen hingewiesen habe, auch bei uns die Stillpropaganda, die Hebung des Milchverkehrs und die Errichtung von Säuglingsheilanstalten wohl überall das Nachahmenswerte. Dabei möchte ich namentlich auf die Stillpropaganda den Hauptakzent legen. Nach der sehr exakten Untersuchung Neumanns ist es zweifelhaft, ob auch bei der besten Ausgestaltung der für die künstliche Ernährung in Betracht kommenden Faktoren die Sterblichkeit sich wesentlich unter das Niveau herabdrücken lässt, die sie jetzt in der Schweiz einnimmt. Auch die Überwachung der unehelichen Kinder nach Taube ist für städtische Verhältnisse anzustreben. Wir haben im Kanton Zürich schon seit dem August 1893 eine Verordnung, welche diese Frage regelt und die den heutigen Anforderungen entsprechend ausgebaut werden könnte. Als weitere Punkte nenne ich den in der Schweiz gesetzlich vorgeschriebenen Ausschluss der Schwangeren von einer Reihe gesundheitsschädlicher Gewerbe und von der Fabrikarbeit während zwei Wochen vor und sechs Wochen nach der Geburt. In den grössern Städten, die zugleich fast stets Universitätsstädte sind, finden wir jetzt schon eine Reihe von Einrichtungen, die der Säuglingsfürsorge dienen. So kann z. B. in Zürich im Säuglingsheim und im Kinderspital eine kleine Anzahl kranker Säuglinge untergebracht werden. Auch die Pflegerinnenschule nimmt kranke, wohl häufiger aber gesunde Säuglinge auf, denen zu Hause z. B. infolge Erkrankung der Mutter die nötige Pflege fehlt. Dann können auch in der Station der Einwohner- und Armenpflege einige obdachlose Säuglinge vorübergehend Unterkunft finden.

Endlich ist noch die Anstalt Pilgerbrunnen zu erwähnen, in welcher unverheiratete Mütter ihre Niederkunft erwarten und dann samt ihren Kindern eine Zeitlang bleiben können. Für unbemittelte

Frauen bietet sich in der Frauenklinik Gelegenheit, die Geburt und das Wochenbett durchzumachen. Leider ist aber der durchschnittliche Aufenthalt dort viel zu kurz. Etwas Abhülfe ist seit diesem Jahre durch das Wöchnerinnenheim geschaffen worden, das im gleichen Hause wie das Säuglingsheim untergebracht ist, aber nur wenig Betten zur Verfügung hat. An der offenen Fürsorge beteiligen sich die Poliklinik des Kinderspitals und die Universitätspoliklinik, dann eine Anzahl von Krankenkassen und die vier Kinderkrippen. Es besteht ferner ein Verein zur Unterstützung von armen Wöchnerinnen u. a. m. Es sind also eine ganze Anzahl von Faktoren, die für die Fürsorge in Betracht kommen, vorhanden. Was hauptsächlich fehlt, das ist auch bei uns neben der Unzulänglichkeit der einzelnen Anstalten gegenüber der grossen Zahl der Hülfesuchenden vor allem eine einheitliche Organisation, wie sie z. B. vor kurzem erst die Stadt Magdeburg eingeführt hat.

Es mag ja eingewendet werden, dass wir alle diese Dinge und diesen grossen Apparat nicht so dringend notwendig haben, dass unsere verhältnismässig niedere Säuglingsmortalität sich wohl neben der deutschen sehen lassen darf. Das ist gewiss richtig, aber dass nicht noch vieles besser zu machen wäre, ist ebenso sicher richtig. Man erinnere sich nur an das, was Schweden und Norwegen in dieser Hinsicht geleistet haben. Und wenn man, was sehr zu begrüssen ist, in diesen Tagen neue Waffen zur Bekämpfung der Tuberkulose geschmiedet hat, so ist dies nicht minder dringlich im Hinblick auf die Säuglingssterblichkeit. Dies lehrt ein Vergleich der Mortalitätsziffern besser als viele Worte. Starben doch im Jahre 1906 in der ganzen Schweiz an Tuberkulose 8915 Personen, während dem Würgengel des Säuglingsalters 12,112 Kinder erlagen!

Literatur.

Keller: Ergebnisse der Säuglingsfürsorge. Leipzig und Wien 1908.

Trumpp und Salge: Referat über die Milchküchen und Beratungsstellen im Dienste der Säuglingsfürsorge. Verhandlungen der Gesellschaft für Kinderheilkunde 1907.

Finkelstein: Die Waisensäuglinge Berlins. Berlin 1904.

Dietrich: Das Fürsorgewesen für Säuglinge. Zeitschrift für Säuglingsfürsorge. Bd. 2. 1908.

Taube: Das Fürsorgewesen für Säuglinge. 1908.

Neumann: Einfluss der Ernährung auf die Säuglingssterblichkeit. Zeitschrift für soziale Medizin 1908.

Tugendreich: Bericht über die Säuglingsfürsorgestellen der Schmidt-Gallischstiftung in Berlin. Zeitschrift für Säuglingsfürsorge 1908. Bd. 2.

Boye: Jahresbericht der städtischen Säuglingsfürsorgestelle zu Halle a. S. Ibid. 1908. Bd. 2.
Schiller und Behrens: Bericht über das Jahr 1907 der Säuglingsberatungsstelle in Karlsruhe. 1908. Bd. 2.
Deutsch: Kindersterblichkeit und Milchküche. Archiv für Kinderheilkunde. 47. Bd. 1907.
Szana: Die Säuglinge in öffentlicher Fürsorge. 1907. 47. Band.
Torday: Das Budapester staatliche Kinderasyl. 1908. 48. Bd.
Finkelstein: Die Bedeutung städtischer Säuglingsasyle usw. Zeitschrift für Säuglingsfürsorge 1907. Bd. 1.

Diskussion.

Dr. Schenker, Oberarzt am Spital in Aarau, machte zu den Vorträgen über die Ursachen der Säuglingssterblichkeit und über Säuglingsfürsorge am Nachmittag bei Anlass des Besuches der Frauenklinik folgende Bemerkungen:

1. Je gesunder und kräftiger der Mensch ist, umso widerstandskräftiger ist er gegen Krankheiten und Tod, und diese Tatsache macht sich schon beim Neugeborenen geltend.
2. Um aber gesunde und kräftige Neugeborene zu bekommen, müssen die Erzeuger auch gesund sein. Speziell während der Schwangerschaft, ganz besonders in den letzten Wochen derselben, soll die Mutter eine qualitativ und quantitativ gute Ernährung und eine für sie den Umständen angemessene Beschäftigung haben.
3. Unsere Töchter sollten schon, bevor sie Gattin und Mutter werden, durch geeigneten Unterricht über die hehren, aber verantwortungsvollen Aufgaben von Gattin und Mutter genügend unterrichtet werden, ebenso über Gesundheits-, Kranken- und Säuglingspflege.
4. Die jungen Mütter müssen, speziell durch Ärzte und Hebammen, aufgeklärt werden, dass es ihre Pflicht ist, ihre Kinder an der Brust zu nähren.
5. Die Wöchnerinnen müssen von der Geburt an mit reichlicher guter Kost genährt werden und sich rationell pflegen können, damit sie auch viel Milch produzieren können.
6. Wo Gefahr für wunde Brustwarzen vorhanden ist, soll man den Müttern, die prophylaktischen Mittel dagegen zeigen (Abspritzen, Hyperaemie, Bier etc.).
7. Man verbessere unser Hebammenwesen! Aber hiezu müssen unsre Gemeindehebammen vor allem finanziell besser gestellt werden als bis anhin. Dann wird es möglich, bei der Auswahl der Hebammenschülerinnen in physischer, psychischer und moralischer Beziehung grössere Anforderungen zu stellen, als es in den meisten Kantonen unter den jetzigen Zuständen erlaubt ist.
8. Sorgen wir für gesunde Mütter und gesunde Kinder, dann haben wir für die Zukunft immerdar auch ein gesundes Vaterland in Krieg und Frieden.