

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Gesundheitspolitik und Gesundheitsgesetzgebung

Fischer, Alfons

Berlin [u.a.], 1914

[urn:nbn:de:bsz:31-342015](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bsz:31-342015)

ZA

207

749

AM

Sammlung Götschen

Landheilsolitik und
Landheilsgelesgebung

Von

Dr. med. Alfons Fischer



Dijsler, Gelnobetspolitik und Gelnobetsgelesgebung

Z

A 207, 749

1946 m 351

Z
A 207, 749

Sammlung Göschen

Gesundheitspolitik und Gesundheitsgesetzgebung

Von

Dr. med. Alfons [†]Fischer

Arzt in Karlsruhe.



Berlin und Leipzig

G. J. Göschen'sche Verlagshandlung G. m. b. H.

1914

© 1870

Die Hildesheimer
Bibliothek

Druck von Georg Reimer, Berlin



Druck von Georg Reimer, Berlin

Z 5

Liter
Erst

Zwe
A. S
f

B. S
f

Inhaltsverzeichnis.

	Seite
Literaturangaben	5
Erster Abschnitt: Gesundheitsstatistik	8
<p>1. Geburten und Todesfälle 9. — 2. Todesursachen 13. — 3. Die Abnahme der Sterblichkeit bei der allgemeinen Bevölkerung und die Mortalität bei der Arbeiterbevölkerung 14. — 4. Entartungs-symptome 16. — 5. Krankheitsstatistik 17. — 6. Arbeitsverhältnisse 20. — 7. Nahrungsweisen 22. — 8. Wohnungsweisen 26. — 9. Die hygienischen Zustände einzelner Altersklassen 27. — 10. Die Wirkungen der sozialen Gesetzgebung auf die Volksgesundheit (Dauer der Arbeitsfähigkeit, Zahl der Invalidentrenten und der Krankheitsfälle, Unfallstatistik) 28.</p>	
Zweiter Abschnitt: Gesundheitspolitik	34
A. Organisationen, die sich auf mehreren Gebieten des Gesundheitswesens betätigen	35
<p>1. Die Hygienische Sektion des Kongresses deutscher Naturforscher und Ärzte 35. — 2. Der Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege 36. — 3. Die Österreichische Gesellschaft für Gesundheitspflege und der Zentralausschuß für öffentliche Gesundheitspflege 42. — 4. L'Alliance d'hygiène sociale 43. — 5. Die Gesellschaft für soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik 44. — 6. Die Abteilung für freie Arztwahl in München 46. — 7. Die Naturheilvereine 49. — 8. Der Verband „Volksgesundheit“ 49.</p>	
B. Organisationen, die sich einem besonderen Gebiet des Gesundheitswesens widmen	50
<p>1. Die Deutsche und die Internationale Gesellschaft für Massenhygiene 52. — 2. Der Bund für Mutterschutz 53. — 3. Die Propaganda-gesellschaft für Mutterschaftsversicherung, Elz Karlsruhe 55. — 4. Die Zentralen für Säuglingsfürsorge in Bayern, Hessen, Preußen, Baden usw. sowie die Deutsche Vereinigung für Säuglingschutz 57. — 5. Die Schulhygienische Abteilung des Berliner Lehrervereins; der Allgemeine Deutsche Verein für Schulgesundheitspflege 58. — 6. Die Deutsche Turnerschaft 62. — 7. Der Zentralausschuß für Volks- und Jugendspiele 62. — 8. Das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose; der Internationale Kongreß zur Bekämpfung der Tuberkulose 65. — 9. Die Österreichische Gesellschaft zur Bekämpfung der Rauch- und Staubblage 67. — 10. Die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten; die Internationale Abolitionistische Föderation 67. — 11. Die Abstinenten; der Deutsche Verein gegen Mißbrauch geistiger Getränke 71.</p>	

C. Sozialpolitische Organisationen	73
1. Der Verein für Sozialpolitik 73. — 2. Die Gesellschaft für soziale Reform 75. — 3. Die Internationale Vereinigung für gesetzlichen Arbeiterschutz und das Internationale Arbeitsamt; die Internationalen Konferenzen über Arbeiterschutz 76. — 4. Der Deutsche Verein für Armenpflege und Wohltätigkeit 78. — 5. Die Zentralstelle für Volkswohlfahrt 79. — 6. Der Evangelisch-Soziale Kongress 80. — 7. Der Verband für soziale Kultur und Wohlfahrtspflege (Arbeiterwohl) 80. — 8. Der Bund Deutscher Bodenreformer 81. — 9. Die Landeswohnungsvereine 83. — 10. Die englische und die deutsche Gartenstadtgemeinschaft 83. — 11. Der Deutsche Verein für Wohnungsreform 83. — 12. Der Handelsvertragsverein 84. — 13. Der Zentralverband Deutscher Konsumvereine 85. — 14. Die Gewerkschaften 85. — 15. Die politischen Parteien 86.	
Dritter Abschnitt: Gesundheitsgesetzgebung	90
A. Allgemeines	90
1. Geschichtliche Entwicklung 90. — 2. Zusammenfassende Hygienegesetzgebungen 93.	
B. Gesetze im gesundheitlichen Interesse der ganzen Bevölkerung 96	
1. Gesetzliche Bestimmungen zum Schutze des Lebens 96. — 2. Gesetzliche Vorschriften zur Förderung der Rassenhygiene 97. — 3. Das Deutsche Impfgesetz 99. — 4. Das Gesetz, betreffend den Verkehr mit Nahrungsmitteln, Genussmitteln und Gebrauchsgegenständen 101. — 5. Das Seuchengesetz 103. — 6. Das preussische Gesetz, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten 105. — 7. Das schwedische Tuberkulosegesetz 106. — 8. Das dänische Gesetz zur Bekämpfung der öffentlichen Unsauberkeit und der venerischen Krankheiten 107. — 9. Wassergesetze 108. — 10. Gesetzliche Bestimmungen zur Bekämpfung des Alkoholismus 109. — 11. Die gesetzliche Regelung des Medizinbessens 110. — 12. Bestimmungen zur Bekämpfung des Kruphschertums 112.	
C. Gesetze im gesundheitlichen Interesse der Minderbemittelten 112	
1. Das Koalitionsrecht 113. — 2. Die australischen und englischen Minimallohngesetze 113. — 3. Die Arbeiterschutzgesetzgebung 114. a) Im allgemeinen 115; b) Bestimmungen im gesundheitlichen Interesse der Kinder 116; c) der Jugendlichen 117; d) der Arbeiterinnen 117; e) der Mütter 118; f) besonderer Berufsgruppen 119 (I. der Kleiarbeiter 119, II. der Buchbinder 119, III. der Bäcker 119, IV. der Heimarbeiter 120, V. der Handelsangestellten 121); g) Bestimmungen, betr. die Sonntagsruhe 121; h) den freien Samstagnachmittag 122; i) den Erholungsurlaub 123; k) die Arbeitgeberpflicht und die ärztliche Mitwirkung in der Fabrikinspektion 124. — 4. Die sozialen Versicherungsgesetze: a) Krankenversicherung 125; b) Unfallversicherung 127; c) Invaliditäts- und Altersversicherung 130; d) Arbeitslosenversicherung 131; e) Mutterchaftsversicherung 132; f) Arbeitslosenversicherung 135. — 5. Gesetzliche Bestimmungen zur Beschaffung einwandfreier und billiger Nahrungsmittel 136. — 6. Wohnungsgesetzgebung 138. — 7. Gesetzliche Anordnungen zum Schutze der Kinder im Säuglings- und Spielalter 141; — 8. im Schulalter 143.	
Sachregister	146

Literaturangaben.

- Abel, Rudolf: „Handbuch der praktischen Hygiene“; Jena 1913.
- Bauer, Stephan: „Fortgang und Tragweite der internationalen Arbeiterschutzverträge“; Annalen für soziale Politik und Gesetzgebung, Bd. III, Heft 1 u. 2; 1913.
- Conrad, Else: „Der Verein für Sozialpolitik und seine Wirksamkeit auf dem Gebiete der gewerblichen Arbeiterfragen“; Jena 1906.
- Eberstadt, Rudolf: „Handbuch des Wohnungswesens und der Wohnungsfrage“; Jena 1910.
- Fischer, Alfons: „Grundriß der Sozialen Hygiene“; Berlin 1913.
- „Die Mutterchaftsversicherung in den europäischen Ländern“; Gaußsch b. Leipzig 1911.
- „Ein sozialhygienischer Gesekentwurf aus dem Jahre 1800, ein Vorbild für die Gegenwart“; als Sonderabdruck aus den „Annalen für Soziale Politik und Gesetzgebung“, erschienen Berlin 1913.
- „Vermißte Folgen der deutschen Sozialversicherung. Ein Beitrag zu der Frage: Schreitet die physische Verelendung der deutschen Arbeiterbevölkerung fort?“; Conrads Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik 1913, Oktoberhft.
- „Invaliditätsbedingungen und Invaliditätsursachen“, Heft 35 der „Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung“; Berlin 1914.
- Frank, Johann Peter: „System einer vollständigen medizinischen Polizey“; Mannheim 1779 ff.
- Göbel, Karl: „Die öffentliche Gesundheitspflege in den außerdeutschen Staaten“; Leipzig 1878.
- Grotjahn, Alfred: „Soziale Pathologie“; Berlin 1912.
- u. F. Kaup: „Handwörterbuch der Sozialen Hygiene“; Leipzig 1912.
- Mahler, Karl: „Die Programme der politischen Parteien in Deutschland“; Leipzig 1911.

- Mosse, M., und G. Tugendreich: „Krankheit und Soziale Lage“; München 1913.
- Most, Otto: „Bevölkerungswissenschaft“; Bb. 696 der „Sammlung Göschen“; Berlin u. Leipzig 1913.
- Mossig, Alfred: „Einführung in das Studium der sozialen Hygiene“; Stuttgart 1894.
- Rapmund, D.: „Das öffentliche Gesundheitswesen“ Teil I, 1901 und Teil II, 1914, Leipzig.
- Rapmund, D., und E. Dietrich: „Ärztliche Rechts- und Gesetzeskunde“; Leipzig 1913.
- Roth, Emanuel: „Das öffentliche Gesundheitswesen in Belgien“; „Vierteljahrschr. f. gerichtl. Medizin u. öffentl. Sanitätswesen“ 1909, Suppl.-Heft I.
- Rubner, Max: „Die Geschichte der Hygiene“; Abhandlung im „Handbuch der Hygiene“; Leipzig 1911.
- Schallmayer, Wilhelm: „Vererbung und Auslese in ihrer soziologischen und politischen Bedeutung“; Jena 1910.
- Stein, Lorenz von: „Das Gesundheitswesen“; 2. Aufl.; Stuttgart 1882.
— „Handbuch der Verwaltungslehre“, zweiter Teil; Stuttgart 1888.
- Tönnies, Ferdinand: „Die Entwicklung der sozialen Frage“; Bb. 353 der „Sammlung Göschen“, 2. Aufl.; Berlin und Leipzig 1913.
- Tugendreich, Gustav: „Die Mutter- und Säuglingsfürsorge“; Stuttgart 1910.
- Uffelmann, Julius: „Darstellung des auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege in außerdeutschen Ländern bis jetzt Geleisteten“; Berlin 1878.
- Uffenheimer, Albert: „Soziale Säuglings- und Jugendfürsorge“; Leipzig 1910.
- Weber, A.: „Die Fürsorge für das öffentliche Gesundheitswesen in Deutschen Reiche“; Halbmonatschr. f. soziale Hygiene u. prakt. Medizin 1912, Nr. 25.
- Wend, Martin: „Die Geschichte und Ziele der deutschen Sozialpolitik“; Leipzig 1908.

Außer den oben genannten Publikationen, die nur eine Auswahl der für diese Arbeit benutzten Schriften darstellen, sind vor allem zu nennen:

- a) für den ersten Abschnitt: die statistischen Werke des Kaiserl.

Gesundheitsamtes; ferner die Veröffentlichungen des Kaiserl. Statistischen Amtes sowie der statistischen Ämter der Einzelstaaten und mancher Städte, soweit sich diese Veröffentlichungen auf die einzelnen Faktoren der Gesundheitswesens erstrecken;

b) für den zweiten Abschnitt: die Statuten, Jahresberichte, Publikationsorgane und sonstigen Druckschriften der in Betracht gezogenen Organisationen;

c) für den dritten Abschnitt: die (zumeist in den „Veröffentlichungen des Kaiserl. Gesundheitsamtes“ oder im „Bulletin des Internationalen Arbeitsamtes“ abgedruckten) Texte der erörterten Gesetze des In- und Auslandes.

I. Gesundheitsstatistik.

Der Begriff „Gesundheit“ ist keineswegs so leicht zu umschreiben, wie mancher vielleicht denkt. Gewiß wird man in häufigen Fällen nicht im geringsten daran zweifeln, daß ein Krankheitszustand vorliegt, wie man andererseits oft mit vollem Recht behaupten kann, daß die zu beurteilende Einzelperson sich der besten Gesundheit erfreut. Aber es gibt zahlreiche Grenzfälle, in denen es auch dem kundigen Arzte schwer fällt, seine Ansicht nach der einen oder nach der anderen Richtung hin auszusprechen.

Wenn es nun schon Schwierigkeiten bereiten kann, sich über den Gesundheitszustand einer Einzelperson zu äußern, so scheint es fast unmöglich, ein Urteil über die sanitären Zustände eines ganzen Volkes zu gewinnen. Denn hierzu wäre es nötig, daß alle Personen in gewissen Zeiträumen ärztlich untersucht werden würden, und daß man die hierbei erhaltenen Ergebnisse statistisch verarbeitete. Aber hiervon ist man noch weit entfernt. Vorläufig sucht man sich mittels Stichproben und auf Umwegen eine Vorstellung von den hygienischen Verhältnissen des jeweiligen Staates zu beschaffen. Eine hinreichende Gesundheitsstatistik besitzt zurzeit noch kein Land.

Aber seit langen Jahren hat man in den Kulturstaaen die Geburten und die Todesfälle gezählt. Solche Statistiken wurden zuerst im Jahre 1662 von dem Kleinhändler und Musiklehrer John Graunt zur Beurteilung der Gesundheitsverhältnisse Londons benutzt. Seitdem hat sich die Bevölkerungsstatistik in allen Staaten mächtig entfaltet, und man stützt sich gegenwärtig noch hauptsächlich auf die Angaben über die Sterblichkeitsfrequenz und die Todesursachen,

wenn man sich über die hygienischen Zustände eines Volkes orientieren will.

Allein, es leuchtet sogleich ein, daß ein solches Material für eine genauere Kenntnis von dem jeweiligen Gesundheitswesen nicht ausreichen kann, sowenig wie man aus der Schilderung der Schlachten eine Vorstellung von der Geschichte eines Volkes erhält. Aber in Ermangelung eines anderen weit zurückreichenden und umfassenden Zahlenstoffes ist man eben auf die Mortalitätsstatistik angewiesen. Wir wollen nun sehen, was sie lehrt, und wie ihre Ergebnisse zu bewerten sind.

Über das Gebiet des heutigen Deutschen Reiches liegen seit vielen Jahrzehnten bevölkerungsstatistische Angaben vor. Stellen wir die betreffenden Ziffern einiger Epochen einander gegenüber, so ergibt sich das in unserer Tabelle 1 enthaltene Bild.

Tabelle 1.

Im Gebiete des heutigen Deutschen Reiches kamen auf
1000 Einwohner:

Zeitraum	Geborene einschließlich	Gestorbene Totgeborene	mehr Ge- borene als Gestorbene	Wanderungs- verlust
1851—1860	36,8	27,8	9,0	2,5
1861—1870	38,8	28,4	10,3	2,2
1871—1880	40,7	28,8	11,9	1,8
1881—1890	38,2	26,5	11,7	2,8
1891—1900	37,3	23,5	13,9	0,7
1901—1910	33,9	19,7	14,3	0,2

Wir sehen, daß seit der Periode 1851—60 bis zur Gegenwart die Sterblichkeit sehr stark gesunken ist. Zwar bemerkt man, daß auch die Geburtenziffer namentlich gegenüber der Zahl der 70er Jahre erheblich abgenommen hat. Aber der Überschuß der Geburtenzahl über die Sterblichkeitsfrequenz ist immer größer geworden und hat noch nie eine solche Höhe erreicht wie in der letzten Epoche. Ferner ist zu bemerken, daß der früher sehr umfangreiche, in manchen

Jahren hunderttausende Personen betragende Wanderungsverlust, den das Deutsche Reich erlitten hat, jetzt gleich Null geworden ist, ja daß sich sogar in einzelnen Jahren des letzten Dezenniums ein Wanderungsgewinn gezeigt hat.

Es fragt sich nun, wie diese Bevölkerungsvorgänge vom hygienischen Standpunkte aus zu bewerten sind. Die Abnahme der Sterblichkeit ist sicherlich als ein erfreuliches Zeichen, als ein Erfolg der Fortschritte auf medizinisch-hygienischem Gebiete, der gesetzgeberischen Maßnahmen und der von den Staatsregierungen sowie den Stadtverwaltungen und privaten Organisationen geschaffenen Einrichtungen zu betrachten. Allein, jenes Resultat darf nicht kritiklos überschätzt werden, und man muß, wenn man zu einem einwandfreien Urteil gelangen will, noch mancherlei berücksichtigen.

Zunächst ist zu bedenken, daß auch die Geburtenziffer nicht unwesentlich gesunken ist. Darauf beruht aber zum großen Teil die Abnahme der Säuglingssterblichkeit, die ihrerseits wiederum einen erheblichen Einfluß auf die allgemeinen Mortalitätsverhältnisse ausübt. Die Tabelle 2 belehrt uns darüber, daß die Sterbeziffern bei den einzelnen Altersklassen voneinander abweichen, und daß die Säuglinge die bei weitem größte Mortalität darbieten, ganz gleich, ob es sich um kleine Gemeinden oder um große Städte handelt.

Tabelle 2.

Es starben im Deutschen Reich während der drei Berichtsjahre 1907—1909 im Mittel jährlich auf je 1000 Lebende der jeweiligen Altersklasse:

Altersklasse	In den Großstädten	In den Mittelstädten	Außerhalb der Groß- und Mittelstädte
Im ersten Lebensjahr	187,2	188,7	192,5
Im Alter von 1—15 Jahren	7,9	8,6	6,8
Im Alter von 15—60 Jahren	8,2	8,4	7,8
Nach Ablauf des 60. Lebensjahres	70,1	73,3	68,7

Hierzu ist noch zu bemerken, daß die Säuglingssterblichkeit pro 100 Lebendgeborene innerhalb der Zeiträume von 1871/75 bis 1901/05 z. B. in Bayern von 32,0 auf 24,0, in Württemberg von 32,9 auf 21,7, in Baden von 27,8 auf 20,2 fiel, und daß die Entwicklung in den übrigen Bundesstaaten sich ähnlich gestaltet hat. Und wenn nun, wie sich aus den deutschen Sterbetafeln ergibt, die Lebenserwartung im Deutschen Reich von Jahrzehnt zu Jahrzehnt bedeutend zugenommen hat, so darf hierbei nicht übersehen werden, daß diese Erscheinung zum großen Teil auf die von dem Geburtenrückgang stark, wenn auch nicht ausschließlich, beeinflusste Gestaltung der Kindersterblichkeit zurückzuführen ist. — Auch ist zu berücksichtigen, daß die Auswanderungen, die in früheren Jahrzehnten pro Jahr gegen 200 000 Personen, und zwar gerade jüngere und kräftige Menschen, dem Vaterlande entzogen haben, jetzt ganz belanglos sind, was dazu beiträgt, daß die physische Beschaffenheit bei der Gesamtbevölkerung gegenwärtig günstiger gestaltet ist als ehemals.

Man hat gewiß ein Recht dazu, sich des in der wachsenden Lebensdauer der Bevölkerung liegenden hygienischen Erfolges zu freuen. Aber es sei nochmals darauf hingewiesen, daß vor einer Überschätzung dieses Resultates nicht eindringlich genug gewarnt werden kann.

Denn zunächst muß bedacht werden, daß die allgemeinen Mortalitätsverhältnisse in Deutschland weit ungünstiger sind als in den sogenannten agrarischen Staaten, d. h. als in Norwegen, Schweden, Dänemark und Holland, aber auch als in den ausgesprochenen Industrieländern England und Belgien, wengleich wir niedrigere Sterbeziffern darbieten als Frankreich, Österreich und vor allem Rußland, wie man der Tabelle 3 entnimmt.

Tabelle 3.
Auf 1000 Einwohner kamen:

Staat	Jahr	Geborene	Gestorbene	Geburtenüberschuß
Deutsches Reich	1911	28,6	17,3	11,3
Dänemark	1911	26,7	13,4	13,2
Schweden	1911	23,8	13,8	10,0
Norwegen	1911	25,6	13,0	12,5
Niederlande	1911	27,8	14,5	13,3
England und Wales	1911	24,4	14,6	9,8
Belgien	1910	23,7	15,2	8,5
Frankreich	1911	18,7	19,6	-0,9
Österreich	1911	31,4	21,9	9,5
Rußland	1906	46,8	29,8	17,0

Die Sterblichkeitsziffern allein sind freilich für die Beurteilung der Gesundheitszustände nicht maßgebend; man muß sie vielmehr zunächst mit den Geburtenzahlen kombinieren und so den Geburtenüberschuß feststellen. Sucht man sich nun an der Hand der Angaben über den Geburtenüberschuß (Tabelle 3) zu orientieren, so findet man, daß das Deutsche Reich nicht gerade einen schlechten Platz in der Reihe der europäischen Staaten einnimmt, daß sich aber doch in mehreren Ländern bessere Resultate ergeben haben als bei uns.

So erkennen wir, daß es, trotz der oben erwähnten Erfolge, die in Deutschland während der letzten Jahrzehnte erzielt wurden, noch reichlich Arbeit gibt, um zunächst nur zu den Ergebnissen zu gelangen, die in manchen anderen Staaten bereits vorliegen. Hierbei sei aber ausdrücklich betont, daß ein hoher Geburtenüberschuß noch nicht ohne weiteres ein Zeichen von befriedigenden Zuständen ist, z. B. nicht, wenn wie in Rußland, eine enorme Geburtenziffer erforderlich ist, um die sehr hohe Sterblichkeitsziffer zu überragen; das Ziel

muß vielmehr, wie es z. B. in Dänemark und in den Niederlanden annähernd erreicht wird, sein: ansehnliche Geburtenfrequenz bei möglichst niedriger Mortalität.

Des weiteren muß, wenn man die Abnahme der Todesziffern richtig einschätzen will, darauf hingewiesen werden, daß infolge der gesetzlichen Maßnahmen und vieler städtischer Institutionen manche epidemisch auftretende Krankheiten, die früher ganze Völker dezimierten, jetzt so gut wie ganz von uns ferngehalten werden; es sei nur an Pest, Pocken, Cholera, in gewissem Sinne auch an Typhus, Diphtherie, Scharlach usw. erinnert. Die erstere Gruppe von Affektionen ist in Deutschland den Ärzten gegenwärtig fast unbekannt, und die letztere Gruppe spielt in der Todesursachenstatistik heutzutage nur noch eine verhältnismäßig geringe Rolle. Dagegen weisen andere Krankheitsarten, so vor allem die Tuberkulose, die Lungenentzündung sowie sonstige Erkrankungen der Atmungsorgane, die Herzkrankheiten, die Krankheiten der Verdauungsorgane bei den Kindern, die angeborene Lebensschwäche auch jetzt noch sehr hohe Todesziffern auf. Und doch ließe sich auch hier mit Hilfe von geeigneten Einrichtungen eine wesentliche Besserung erreichen.

An dieser Stelle sei übrigens bemerkt, daß die deutsche Todesursachenstatistik höchst unzuverlässig ist. Denn die Todesursache kann in der Regel naturgemäß nur dann mit hinreichender Sicherheit angegeben werden, wenn eine ärztliche Behandlung vorausgegangen ist, oder doch wenigstens eine ärztliche Leichenschau stattgefunden hat. Aber selbst in einem so kultivierten Staate wie Baden, ist z. B. unter den Säuglingen, die angeblich an angeborener Lebensschwäche gestorben sind, nur ein Drittel ärztlich behandelt worden. Welchen Wert hat dann die Todesursachendiagnose? Und wie bei den Kindern, so steht es ähnlich bei den Greisen mit diesen Diagnosen. Zudem ist zu betonen, daß es in anderen Staaten

nicht etwa besser, sondern eher noch schlechter auf diesem Gebiete aussieht als in Baden. Hier liegt also ein dunkler Punkt in unserem Gesundheitswesen vor, von dem aus wir einen Einblick in unsere sozialhygienischen Zustände, vor allem hinsichtlich der Versorgung der unbemittelten Bevölkerungskreise mit ärztlichem Rat und Beistand gewinnen. Denn es ist unzweifelhaft, daß im allgemeinen nur die bitterste Not dazu zwingt, in ernststen Krankheitsfällen von der Inanspruchnahme eines Arztes abzusehen. —

Mit diesem Hinweis sind wir bereits an die Frage herangetreten, ob sich wesentliche Unterschiede auf hygienischem Gebiete bei den einzelnen, nach der Wohlhabenheit zu gruppierenden Bevölkerungsschichten zeigen. Doch wir wollen zunächst nur untersuchen, wie sich die Sterblichkeitsverhältnisse in den verschiedenen Kreisen gestaltet haben, d. h. ob auch die weniger bemittelte Bevölkerung während der letzten Jahrzehnte eine so große Verminderung der Mortalitätsziffern, wie wir sie oben für die Gesamtbevölkerung festgestellt haben, aufzuweisen hat. Es wäre ja durchaus denkbar, daß die Sterblichkeit bei den Wohlhabenden und im Mittelstand sehr stark, dagegen sehr wenig oder gar nicht in den Kreisen der Arbeiter und der ihnen sozial Gleichgestellten gesunken ist. Hinreichend informierende Angaben hierüber für ganz Deutschland oder wenigstens für größere deutsche Landesgebiete besitzen wir nicht. Aber wir wissen zunächst, daß die Mortalität bei der gewerblichen Arbeiterschaft namentlich vom 40. Lebensjahr an viel höher ist als bei der allgemeinen deutschen Bevölkerung; ein in der Tabelle 4 dargestellter Vergleich der Sterblichkeit bei den Versicherten der großen Leipziger Ortskrankenkasse mit der Mortalität bei den gleichaltrigen männlichen Personen der gesamten deutschen Bevölkerung zeigt deutlich, um wieviel rascher sich bei den Lohnarbeitern der Verbrauch der Lebenskraft vollzieht.

Tabelle 4.
Sterbetafeln.

Alter- klasse	Männliche versicherungspflichtige freiwillige Mitglieder der Orts- krankenkasse Leipzig			Nach der allgemeinen deutschen Sterbetafel	
	ein Jahr beobachtete Personen	Todes- fälle	auf 100 000 Personen Todesfälle	auf 100 000 männliche Personen Todesfälle	nach der Sterbetafel mehr (+) weniger (-)
15—19	185 246	529	286	429	+ 143
20—24	177 857	877	493	584	+ 91
25—29	174 196	906	520	608	+ 88
30—34	132 104	866	656	715	+ 59
35—39	101 604	943	928	933	+ 5
40—44	75 651	953	1260	1221	- 39
45—49	53 432	857	1604	1567	- 37
50—54	36 352	776	2535	2067	- 68
55—59	23 041	652	2830	2782	- 48
60—64	13 649	558	4088	3942	- 146
65—69	7 166	417	5819	5757	- 62
70—74	3 165	228	7224	8558	+ 1334

Es ist aber ferner auf Grund des aus einigen Städten stammenden Zahlenstoffes sehr zweifelhaft, ob von einer Verbesserung der Sterblichkeitsverhältnisse während der letzten Jahrzehnte in den unbemittelten Kreisen gesprochen werden kann. Solche Untersuchungen liegen z. B. aus Halle vor, sowohl für die Zeit von 1855—1874 als auch für die Jahre 1901—1909. Wenn man auch die Ergebnisse der beiden Erhebungen nicht ohne weiteres miteinander vergleichen kann, weil die Bearbeitungen des jeweiligen Materials nicht ganz gleichartig sind, so kann man doch mit hinreichender Sicherheit herauslesen, daß die Säuglingssterblichkeit bei der Arbeiterbevölkerung während der letzten Jahrzehnte nicht nur nicht geringer, sondern größer geworden ist; und auch hinsichtlich des Anteils der chronischen Lungenkrankheiten an der Gesamtsterblichkeit scheint für die Arbeiter keine Besserung ein-

getreten zu sein. — Des weiteren tragen zur Lösung unseres Problems die Resultate einer Untersuchung bei, bei der die Mortalitätsverhältnisse von Bremen während der Jahre 1876 bis 1900 einheitlich geprüft wurden. Es wurde festgestellt, daß die Säuglingssterblichkeit bei den der armen Bevölkerung angehörenden Einwohnern während des angegebenen Zeitraumes nicht nur nicht gefallen, sondern gestiegen ist, daß aber auch bei den über 30 Jahre alten Personen dieser Schichten die Sterblichkeit fast dieselbe geblieben ist wie in der Zeit von 1876—1880, und daß jedenfalls ein Fortschritt zum Besseren nicht zu erkennen ist.

Wenn mithin aus dem Rückgang der allgemeinen Sterblichkeitsziffern noch nicht ohne weiteres auf eine wesentliche Verbesserung der Gesundheitsverhältnisse bei der Gesamtbevölkerung geschlossen werden darf, so wird es im Hinblick auf die zuletzt erörterten Erscheinungen erst recht zweifelhaft, ob eine nennenswerte Besserung der hygienischen Zustände bei der Arbeiterbevölkerung erzielt wurde. Gerade dieser Fortschritt ist häufig, namentlich im Zusammenhang mit den Leistungen der Sozialversicherung, betont worden; wie wenig aber solche Behauptungen bewiesen wurden, soll unten noch dargelegt werden.

Zunächst sei jedoch erwähnt, daß manche Rassehygieniker in der starken Verminderung der allgemeinen Sterbeziffern sogar eine bedenkenerregende Erscheinung erblicken. Sie meinen, daß die früheren Epidemien vorzugsweise die Schwächlichen und Gebrechlichen dahingerafft und so im Sinne der Auslese der Widerstandsfähigen gewirkt haben; jetzt, wo es an einer solchen Ausmerzung fehlt, gelangen zahlreiche körperlich und geistig Minderwertige in das fortpflanzungsfähige Alter, was zu einer immer tiefer greifenden Rasseentartung führen muß. Als bereits vorhandene Zeichen der immer weiterschreitenden Degeneration erblicken sie den

Geburtenrückgang, die Abnahme der Austragefähigkeit, die Zunahme der geburtshilflichen Operationen, die Verminderung der Stilltätigkeit, das Sinken der Militärtauglichkeit, die Ausbreitung der Nerven- und Geisteskrankheiten u. a. m.

Es fehlt uns leider an dem genügenden Raum, um einigermaßen eingehend zu prüfen, ob es sich hierbei tatsächlich um Zeichen¹⁾ einer Entartung, d. h. einer Schädigung der Erbmasse handelt. Wir können hier nur zusammenfassend betonen, daß, soweit Symptome zunehmender Verelendung der physischen Beschaffenheit einwandfrei nachweisbar sind, diese sich als Folgen sozialer Mißstände hinreichend erklären lassen. Andererseits muß betont werden, daß es im deutschen Volk zahlreiche Kranke und Gebrechliche gibt, deren Leiden auf Vererbung beruht, so daß sich das Bedürfnis nach rassehygienischen Maßnahmen stark geltend macht.

Neben den Angaben über Geburten und Todesfälle können wir auch die statistischen Mitteilungen über die Krankheitsverhältnisse zur Information über die Gesundheitszustände eines Volkes benutzen. Das hierüber vorliegende Material ist allerdings, soweit es die Gesamtbevölkerung Deutschlands betrifft, sehr mangelhaft. Denn die Morbiditätsstatistik erstreckt sich nur auf einige akute Infektionskrankheiten, bei denen für den behandelnden Arzt die Pflicht zur Anzeige an die Behörde besteht. Es handelt sich hierbei um jene oben schon erwähnten Seuchen, die man in den letzten Jahrzehnten erfolgreich zu bekämpfen gelernt hat, und die daher ihre Gefahr für die Kulturvölker so gut wie völlig verloren haben.

Über die Ausdehnung der allermeisten Krankheiten besitzen wir aber keine Kenntnis, da über ihre Frequenz keine Auf-

¹⁾ Ausführlicheres findet man in meinem „Grundriß der Sozialen Hygiene“, Kapitel „Fortpflanzung“.

zeichnungen zu erhalten sind. Nur durch besondere Erhebungen, die gewöhnlich an einem bestimmten Stichtage oder sonst für einen eng begrenzten Zeitraum durchgeführt werden, sucht man sich über die Verbreitung mancher Krankheitsarten einigermaßen zu informieren. So zählt man z. B. in Baden die Schwindsüchtigen, die am 31. Dezember jedes Jahres in ärztlicher Behandlung standen. Ähnlich verfuhr man in manchen Staaten, um die Geschlechtskranken zu zählen. Von der Häufigkeit der Geisteskrankheiten bemüht man sich eine Vorstellung zu bekommen, indem man die Anzahl der jährlichen Neuaufnahmen in den Irrenanstalten feststellt. Durch besondere Erhebungen hat man erfahren, wieviel Blinde, Taubstumme und Krüppel sich in Deutschland an einem bestimmten Zähltag befanden. In einigen Staaten, so z. B. in England und neuerdings auch bei uns werden die Fälle von gewerblichen Vergiftungen amtlich registriert. Sonst aber wissen wir über die Verbreitung der einzelnen Krankheitsarten innerhalb der Gesamtbevölkerung nichts. Dagegen sind wir einigermaßen über die Häufigkeit der verschiedenen Affektionen bei gewissen Berufs- und bei manchen Altersklassen orientiert, worauf wir noch zu sprechen kommen.

Bei dieser mangelhaften Gestaltung der Krankheitsstatistik ist es unmöglich, ein auf Tatsachen gestütztes Urteil über die gesundheitlichen Zustände des ganzen Volkes zu fällen. Man weiß jedoch, daß die soziale Lage die hygienischen Verhältnisse stark beeinflusst; wir haben ja manche dieser Beziehungen schon kennen gelernt. Wir werden daher eine Vorstellung von der Beschaffenheit unseres Gesundheitswesens erhalten, wenn wir uns näher mit den sozialen Zuständen befassen. Darum wollen wir nun kurz schildern, wie die Einkommens- und Arbeitsverhältnisse des deutschen Volkes gestaltet sind, wie es im Nahrungs- und Wohnungswesen aussieht, welche Maßnahmen man zum Zwecke der Hautpflege

und der Erholung getroffen hat, wie man für Hilfe in Krankheitsfällen, bei Unfällen, bei Entbindungen usw. gesorgt hat.

Die Einkommensverhältnisse sind außerordentlich verschieden. Den Hygieniker interessiert es aber nur, zu wissen, wieviel Personen ein zu niedriges Einkommen haben, um den gesundheitlichen Mindestanforderungen genügen zu können. Es soll freilich hiermit nicht behauptet werden, daß die hygienischen Zustände in den Kreisen der Begüterten immer ideal wären oder auch nur befriedigen. Wenn jedoch in den wohlhabenden Schichten gesundheitliche Mißstände obwalten, so sind sie in der Regel selbstverschuldet. Es sei nur an die verschiedenartigsten Folgen des Wohllebens, der Überernährung und der sexuellen Ausschweifungen erinnert. Die akuten Infektionskrankheiten, Cholera, Typhus, Diphtherie, Scharlach usw. machen allerdings selbst vor der Türe des Reichen nicht halt. Gerade gegen diese Seuchen hat man jedoch wirkungsvolle Maßnahmen getroffen, ohne die finanzielle Belastung zu scheuen. Anderen Affektionen gegenüber aber ist der Kampf noch nicht so erfolgreich geführt worden; es sind dies insbesondere solche Krankheitsarten, wie die Tuberkulose, die englische Krankheit, die Magen- und Darmkrankheiten der Säuglinge, die zwar auch in den Kreisen der Wohlhabenden vorkommen, aber in ganz ungleich größerem Maße in den ärmeren Schichten grassieren, weil die Bedingungen für die weite Ausdehnung dieser Affektionen in den wirtschaftlichen Mißständen liegen. Die ziffernmäßigen Feststellungen, die z. B. aus Hamburg, Bremen und Halle stammen, zeigen, daß die Tuberkulosesterblichkeitskurve parallel der Linie verläuft, welche die Einkommenshöhe der einzelnen Volksschichten bezeichnet.

Man wird daher ein Bild von der hygienischen Notlage gewinnen, wenn man erfährt, daß z. B. in Bayern 68% aller Steuerzahler weniger als 1200, weit über die Hälfte sogar weniger als 1050 Mk. Jahreseinkommen haben. Allerdings hat in den letzten Jahren die Zahl der der niedersten Stufe angehörenden Jenisten abgenommen; die Löhne vieler Kategorien von Arbeitern und unteren Beamten sind gestiegen, weite Kreise auch der unteren Schichten haben an dem wirtschaftlicher Aufschwung, den Deutschland seiner industriellen Entfaltung verdankt, teilgenommen. Aber andererseits kann nicht bezweifelt werden, daß die Einkommensverhältnisse von Millionen Staatsbürgern immer noch nicht ausreichen, um ihnen das Mindestmaß hygienischer Kultur zu gewährleisten, da mit der Vergrößerung des Verdienstes die Verteuerung der Lebenshaltung in allen ihren Teilen einherging. Es soll aber

nicht unerwähnt bleiben, daß es vielfach in den breiten Volksmassen an dem genügenden Verständnis fehlt, um von den zur Verfügung stehenden Geldmitteln einen vernünftigen, das gesundheitliche Wohl berücksichtigenden Gebrauch zu machen.

Die in zahlreichen Familien ungemein geringen Einkünfte führen zu mannigfaltigen Mißständen auf dem Gebiet der Arbeitsverhältnisse. Zunächst sucht der Familienvater durch lange Arbeitszeiten und Überstunden seinen Verdienst zu vergrößern; oder er arbeitet im Afford, d. h. mit Überanstrengung seiner körperlichen und geistigen Kräfte. Daß hierdurch, selbst wenn, wie man es jetzt schon oft antrifft, für hygienisch einwandfreie Arbeitsräume seitens der Arbeitgeber gesorgt ist, schwere gesundheitliche Schädigungen eintreten müssen, ist zu erwarten. „Affordlöhne sind Mordlöhne“, heißt es im Arbeitermund. Aber wir haben oben auch an der Hand der Statistik dargelegt, wie rasch der Verbrauch der Lebenskraft sich in den Arbeiterkreisen vollzieht, hier sei noch zur Ergänzung bemerkt, daß auch die volle berufliche Leistungsfähigkeit und Verdienstmöglichkeit ein sehr frühes Ende finden. Es ist durch sorgfältige wissenschaftliche Arbeiten nachgewiesen worden, daß es auch für den Arbeiter gewissermaßen eine „Majorsecke“ gibt; denn die Lohnhöhe erreicht sowohl bei den Arbeitern wie bei den Arbeiterinnen vor dem 40. Lebensjahr ihren Gipfelpunkt und sinkt dann ununterbrochen.

Die wirtschaftliche Notlage, in der sich zahlreiche Familien befinden, zwingt dazu, daß neben den Männern auch die Frauen und sogar die Kinder durch Erwerbsarbeit etwas zu den Kosten des Lebensunterhaltes beizutragen suchen. Die Statistik lehrt nun, daß von Berufszählung zu Berufszählung die Zahl der erwerbstätigen weiblichen Personen in Deutschland erheblich zugenommen hat. In manchen Bundesstaaten findet man ganz besonders hohe Ziffern, so daß man sich vorstellen kann, wie hier gewissermaßen die letzte weib-

liche Kraft, die überhaupt Arbeit verrichten kann, herangeholt wurde, um mitzuverdieneu. Daß sich unter diesen Personen zahlreiche Schwächliche, zu einer anstrengenden Tätigkeit Untaugliche befinden, welche dann die Krankenkassen stark belasten und einer frühen Invalidität anheimfallen, hat die Erfahrung gelehrt. Aber nicht nur für die physisch Minderwertigen, sondern für alle erwerbstätigen Arbeiterinnen bestehen gesundheitliche Gefahren, wenn sie zur Zeit der Menstruation, namentlich aber bis nahe an die Niederkunft heran und dann wieder kurz nach der Entbindung Berufsarbeit verrichten müssen. Zugleich sind hiermit schwere Schädigungen für die neue Generation verknüpft.

Ein betrübendes Kapitel auf dem Gebiet der Arbeitsverhältnisse stellt die Kinderarbeit dar. Bei der letzten deutschen Berufszählung (1907) wurde festgestellt, daß 23 402 Knaben und 9050 Mädchen, jeweils unter 14 Jahren, gewerblich tätig waren. Im übrigen sind wir aber über die Kinderarbeit in Deutschland schlecht informiert. Dagegen wurde in amtlichen Publikationen mitgeteilt, daß unter den österreichischen Schulkindern namentlich die verwaiseten und unehelichen Erwerbsarbeit zu verrichten haben, und daß für einen großen Teil der schweizerischen Schulkinder die Gesamtbelastung durch die Schule und die Erwerbstätigkeit 10—12 Stunden und mehr beträgt.

In ganz besonders trauriger Lage befinden sich zahlreiche Heimarbeiter und -arbeiterinnen. Sie verrichten ihre, oft an sich schon gesundheitschädigende Tätigkeit zumeist in mangelhaften Arbeitsräumen, die gewöhnlich zugleich als Wohn-, Koch- und Schlafräume benutzt werden. Und für ihre Mühe erhalten sie vielfach geradezu menschenunwürdige Löhne.

Mit diesen kurzen Hinweisen sind die hygienischen Übelstände auf dem Gebiet der Arbeitsverhältnisse keineswegs

erschöpfend behandelt. Es wäre, wenn es der Raum gestatten würde, noch vieles, z. B. die Schädigungen durch die Nachtarbeit, die Tätigkeit in Giftbetrieben, in Bergwerken u. a. m. zu beleuchten. Zwar sind, wie wir sehen werden, durch die Gesetzgebung schon die schlimmsten Mißstände beseitigt worden; aber es bleibt noch gar viel zu ändern.

Im Hinblick auf die langen Arbeitszeiten und auf die gesundheitlichen Beeinträchtigungen bei der Erwerbstätigkeit wäre es nicht mehr als billig, daß allen Arbeitern und Angestellten allwöchentlich ein ungekürzter Ruhetag und alljährlich ein Erholungsurlaub von angemessener Frist gewährt wird. Aber die meisten Personen, die dem Handelsgewerbe angehören, müssen auch am Sonntag, zum Teil vier Stunden lang, tätig sein. Und aus einer Umfrage bei einer großen Reihe von deutschen Fabriken ergab sich, daß nur 20% ihren Arbeitern Urlaub gewähren.

Der starke Verbrauch organischer Substanz bei der täglichen Arbeit muß durch Nahrungszufuhr ersetzt werden. Es fragt sich nun, wie das Nahrungswesen, insbesondere bei den weniger bemittelten Volksschichten beschaffen ist.

Die Anforderungen, die der Hygieniker auf diesem Gebiete zu stellen hat, gehen vorzugsweise nach zwei Richtungen: 1. Die Nahrungsmittel müssen unverdorben und unverfälscht sein; 2. jedem Menschen muß die für ihn unbedingt notwendige Menge von Nährwerteinheiten, und zwar in der den Regeln der Physiologie entsprechenden qualitativen Zusammensetzung, zur Verfügung stehen.

Der ersten Anforderung wird im großen ganzen dank der Gesetzgebung, die unten erörtert werden wird, Genüge geleistet; wieweit der zweiten in der Praxis entsprochen wird, ist ungemein schwer festzustellen.

Die Ansichten der Physiologen über die Summe von Nährwerteinheiten und namentlich über die Eiweißmenge, die ein Erwachsener braucht, um sich bei Kräften zu erhalten, gehen noch aus-

einander. Aber im allgemeinen wird doch wohl das Urtheil Rubners, daß für einen Mann von 70 kg Gewicht täglich gegen 100 g Eiweiß erforderlich sind, zutreffen. Und wenn auch festgestellt wurde, daß viele Menschen ohne Fleischkost zu leben und vollauf tätig zu sein vermögen, so lehrt die Erfahrung doch, daß die deutsche Bevölkerung auf den Genuß von Fleisch nicht verzichten will, und daß insbesondere die Arbeiter diese Nahrung tatsächlich für längere Zeit nicht entbehren können.

Es fragt sich nun, ob der minderbemittelten Bevölkerung die erforderliche Summe von Nährwerteinheiten und die notwendige Menge von Fleisch zur Verfügung stehen. Auch wird zu prüfen sein, ein wie großer Teil des Arbeitereinkommens für die Ernährung ausgegeben werden muß; denn hiervon hängt es im wesentlichen ab, welche Geldmittel dann noch zur Befriedigung der anderen hygienischen Bedürfnisse übrigbleiben.

Naturgemäß ist es unmöglich, genau festzustellen, wie die Kost eines ganzen Volkes beschaffen ist; man muß sich hierbei mit Stichproben begnügen. Aus der Untersuchung zahlreicher sorgfältig durchgeführter Haushaltungsrechnungen hat sich ergeben, daß die Ernährung nicht nur bei den Wohlhabenden, sondern auch bei den Kleinbürgerlichen Kreisen in den Städten, bei der niederen Beamtenschaft und den bessergestellten Arbeitern sowie im allgemeinen bei der bäuerlichen Bevölkerung ausreichend ist, während die von jeder Naturalwirtschaft losgelösten, lediglich auf Geldlohn angewiesenen Industriearbeiter vielfach unterernährt sind. Der Grund hierfür liegt darin, daß diese Arbeiter sich von der voluminösen, schwer verdaulichen, aber billigen Kost der Landleute entfernt haben und nach konzentrierten Produkten (Fleisch, Weizenbrot, Zucker) streben; es fehlt ihnen aber an den Geldmitteln, um diese teureren Nahrungsmittel in der erforderlichen Quantität kaufen zu können.

Über den Fleischkonsum liegen genauere Angaben vor. Im Zusammenhang mit der allgemeinen Teuerung, die sich seit einigen Jahren ganz besonders geltend macht, wurde behauptet, daß in Deutschland, infolge unserer Handelspolitik, die erforderliche Menge an Fleisch nicht zur Verfügung steht. Das Kaiserliche Gesundheitsamt hat nun in einer Denkschrift nachgewiesen, daß im Deutschen Reiche durchschnittlich während eines Jahres pro Kopf 54,7 kg Fleisch, d. h. täglich 150 g, verbraucht werden, eine Quantität, die allgemein als hinreichend bezeichnet wird. Aber die Angabe ist eine Durchschnittsziffer. In den Kreisen der Reichen wird weit mehr, als dieser Zahl entspricht, genossen; dies trifft wohl auch noch in gewissem Umfange für den Mittelstand zu. Daraus folgt, daß breite Schichten der Arbeiterbevölkerung zu wenig Fleisch verzehren. Tatsächlich ergab sich aus einer kürzlich bei 25 Arbeiterfamilien durchgeführten Untersuchung des badischen Gewerbeaufsichtsamtes, daß der Fleischverbrauch (einschl. Wurst) pro Kopf im Jahr nur 25 kg betrug.

Aus einer im Jahre 1909 erschienenen Publikation des Kaiserlichen Statistischen Amtes über Wirtschaftsrechnungen minderbemittelter Familien im Deutschen Reiche ersah man, daß mit steigender Kopfszahl, d. h. bei geringeren Mitteln für die Einzelperson eines Haushaltes die Ausgaben für tierische Nahrungsmittel sinken, für pflanzliche dagegen steigen. Dies beweist, daß nur aus Mangel an Geld auf den Genuß von Fleisch verzichtet wird. Die teuren Lebensmittelpreise bei unzureichendem Einkommen bewirken, daß zuwenig Fleisch konsumiert werden kann, und daß mithin die Ernährung nicht genügt.

Schließlich sei hier noch eine Tabelle angeführt, aus der zu entnehmen ist, einen wie großen Anteil des Verdienstes der Arbeiter für die Ernährung ausgeben muß.

Tabelle 5.
Einnahmen und Ausgaben pro Haushalt.
Einnahmen.

Art der Einnahmen bzw. Ausgaben	Durchschnittlich in Mark		Vom Hundert der Gesamtausgaben	
	nach der Erhebung des Kaiserl. Stat. Amtes	nach der Erhebung des Metall- arb.-Ver- bandes	nach der Erhebung des Kaiserl. Stat. Amtes	nach der Erhebung des Metall- arb.-Ver- bandes
Verdienst des Mannes	1507,92	1485,04	82,2	80,0
Verdienst der Familien- angehörigen	164,78	178,96	8,9	9,6
Sonstige Einnahmen .	162,68	192,19	8,9	10,4
Zusammen	1835,38	1856,19	100,0	100,0
Ausgaben				
Nahrung	955,06	975,42	52,0	53,4
Kleidung	204,67	235,11	11,2	12,9
Wohnung	312,52	264,09	17,0	14,5
Heizung u. Beleuchtung	77,99	77,73	4,3	4,3
Sonstiges	284,82	272,93	15,5	14,9
Zusammen	1835,06	1825,28	100,00	100,0

Die Tabelle 5 belehrt uns zunächst über die Einnahmen der Arbeiterfamilie, auch über den Anteil, der nicht vom Manne, sondern von den anderen Familiengliedern erworben wird. Zu betonen ist hierbei, daß es sich bei diesen Haushaltungsrechnungen um Einnahmen handelt, die nach unseren obigen Darlegungen zahlreiche Familien nicht erreichen. Die wirtschaftliche Lage der Personen, auf welche sich die in der Tabelle 5 enthaltenen Ziffern beziehen, ist mithin noch als verhältnismäßig günstig zu bezeichnen; die Untersuchung erstreckte sich nämlich auf sog. gelernte Arbeiter. Die Ergebnisse sind wohl als zutreffend zu betrachten, da sich zwischen zwei Erhebungen eine fast völlige Übereinstimmung der Resultate zeigte.

Es ist nun betrübend, zu sehen, daß selbst in diesen bessergestellten Arbeiterfamilien trotz der Mitarbeit der Familienangehörigen Ersparnisse nicht erzielt wurden. Der Grund liegt vor allem darin, daß ein so hoher Prozentsatz der Einnahmen für die Nahrung ver-

ausgabte werden mußte. Hierbei ist aber noch zu berücksichtigen, daß für die Ernährung eine um so größere Quote des Verdienstes erforderlich ist, je geringer der Lohn ist. Denn von allen Bedürfnissen ver trägt das Verlangen nach Essen und Trinken die geringste Einschränkung; man bemüht sich zwar auch hierbei, sich nach der Decke zu strecken, aber unter ein gewisses physiologisches Existenzminimum kann nicht heruntergegangen werden.

Bei dieser Sachlage kann man sich vorstellen, welche Wirkung die Verteuerung der Nahrungsmittel und namentlich die Erhöhung des Fleischpreises auf die Ernährung und auf die gesamten Gesundheitsverhältnisse der Arbeiter und der ihnen wirtschaftlich Gleichgestellten, ja, weiter Kreise des Mittelstandes ausübt. Im Hinblick auf die außerordentlich hohe Belastung der Haushaltungsrechnung durch die Ausgaben für die Nahrung sind die Probleme der Volksernährung und die Maßnahmen, welche auf die Gestaltung der Lebensmittelpreise einwirken, als die wichtigsten aller Fragen der Volksgesundheitspflege zu bezeichnen.

Weit besser als das Nahrungswe sen ist das Wohnungswe sen erforscht worden. Auch auf diesem Gebiete herrschen noch mannigfache Mißstände schlimmster Art sowohl in den Städten wie auf dem Lande. Es muß freilich anerkannt werden, daß dank der Gesetzgebung und der behördlichen Maßnahmen in der letzten Zeit viele Verbesserungen erzielt wurden. Wie die Beschaffenheit der Nahrung so ist auch die hygienische Qualität der Wohnung im allgemeinen eine reine Geldfrage. Nur für die Minderbemittelten besteht eine Schwierigkeit, eine Wohnung zu erhalten, die den gesundheitlichen Mindestanforderungen (hinsichtlich der Größe des Raumes pro Kopf, der Belichtung, der Entfernung der Abfallstoffe usw.) genügt. Aus einer großen Reihe von Untersuchungen hat man nun erfahren, daß zahlreiche Familien in überfüllten, lichtlosen, schmutzigen Wohnungen haufen und hierfür noch weit mehr als 20% ihres Einkommens (vgl. im Gegensatz

hierzu Tabelle 5, die mithin die schlimmsten Verhältnisse nicht mitumfaßt) ausgeben müssen. Die großstädtischen Mietskasernenverhältnisse sind ja hinreichend bekannt. Die Gründe für diese Mißstände sind verschiedener Art. Zunächst muß betont werden, daß im Hinblick auf die vielfach unzureichende Höhe des Einkommens und den bedeutenden Anstieg der Nahrungsmittelpreise ein zu geringer Betrag übrigbleibt, als daß hierfür eine hygienisch einwandfreie Wohnung gemietet werden könnte. Dazu kommt aber, daß man es verabsäumt hat, der künstlichen Verteuerung des Bodens rechtzeitig durch wirkungsvolle Gesetze vorzubeugen. Noch manche andere Maßnahmen, auf die wir in den nächsten Abschnitten zu sprechen kommen, hätten schon längst und in ausgiebigem Umfange durchgeführt werden müssen.

Der zur Verfügung stehende Raum gestattet es nicht, alle Faktoren des sozialen Gesundheitswesens¹⁾ zu erörtern. Wir müssen es uns auch versagen, die hygienischen Verhältnisse der verschiedenen Alters- und Berufsclassen zu schildern. Wir können nur andeuten, daß man sich überall bemüht, Verbesserungen herbeizuführen. Bei manchen Personklassen sind auch tatsächlich beträchtliche Fortschritte erzielt worden. Man werfe einmal einen Blick in die Militär-sanitätsstatistik, dann wird man finden, daß es infolge der hygienischen Gestaltung des Dienstes, der Kasernen, der Beköstigung, der Bekleidung, der Lazarette usw. gelungen ist, die Krankheitsziffern bei fast allen Affektionen gegenüber den Ergebnissen früherer Jahrzehnte wesentlich zu verringern. Auch die hygienischen Zustände der Volksschulkinder, für die an manchen Orten während der letzten Jahre viel geschehen ist — ich erwähne nur die zahlreichen muster-gültigen Schulhäuser, die Schul-

¹⁾ Ausführlichere Darlegungen der hier erwähnten Fragen findet man in meinem „Grundriß der Sozialen Hygiene“, Berlin 1913.

bäder, Schüler speisungen, Schülerwanderungen, ärztliche Untersuchung und Überwachung der Schulkinder, u. a. m. —, dürften sich in der letzten Zeit gebessert haben, wenngleich die Einrichtungen der Schulbehörden nicht alle Schäden, die aus dem sozialen Milieu der Schüler stammen, zu beseitigen vermögen.

Die hier hervorgehobenen Erfolge wurden erzielt, weil man entsprechend den wissenschaftlichen und technischen Errungenschaften der jüngsten Zeit geeignete Maßnahmen getroffen hat. Hierzu waren aber beträchtliche Summen nötig, die man jedoch mit Recht aufgewendet hat, da es sich um Personen handelte, auf die von Staats wegen ein Zwang — Militär- bzw. Schulzwang — ausgeübt wird.

Würden auf allen wichtigen Gebieten des Gesundheitswesens die erforderlichen finanziellen Mittel seitens der in Betracht kommenden Instanzen zur Verfügung gestellt werden, um nur die größten Mißstände zu beseitigen, dann würden die sanitären Verhältnisse nicht nur der Arbeiter, sondern auch der Dienstboten, der Angestellten sowie der unteren und auch mittleren Beamten ein anderes Aussehen darbieten, als wir es gegenwärtig antreffen.

Leider können wir an dieser Stelle auf Einzelheiten, welche diese Personenklassen betreffen, nicht eingehen. Es sei nur noch ein Problem kurz erörtert, nämlich die Frage der Fürsorge bei Krankheiten, Unfällen und Entbindungen.

Für die Wohlhabenden einschließlich des Mittelstandes besteht auch auf diesem Gebiete im allgemeinen keine Schwierigkeit, sich den notwendigen Beistand zu beschaffen: An zuverlässigen Ärzten und Hebammen sowie an guten öffentlichen und privaten Krankenanstalten ist jetzt kein Mangel mehr. Durch geeignete Gesetze und Verordnungen wurden die Anforderungen, die an Ärzte, Apotheker und Hebammen zu stellen sind, geregelt. Es handelt sich aber darum, auch den Winderbemittelten den Genuß der erforderlichen Hilfe zu gewährleisten.

Unzweifelhaft sind außerordentliche Verbesserungen infolge der sozialen Gesetzgebung erreicht worden. Aber von dem Ziele, das jedem Sozialhygieniker vorschweben muß, daß nämlich kein Kranker aus Mangel an finanziellen Mitteln den Beistand entbehrt, der ihn der Gesundung entgegenführt, sind wir noch weit entfernt. Wir haben aber schon erwähnt, wie zahlreiche Personen selbst in dem kulturell so hochstehenden Großherzogtum Baden sterben, ohne daß ihnen ärztliche Behandlung zuteil wurde. Wie mag es wohl in ärmeren Gegenden und bei Krankheiten, die nicht gerade zum Tode führen, aussehen? Auf Grund der Sozialversicherung wurde, wie wir zeigen werden, für die ärztliche Behandlung der Erwerbstätigen aus den minderbemittelten Kreisen hinreichend gesorgt, aber nicht für deren Familienangehörige. Viele Arbeiter und sonstige Personen sind außerstande, bei länger dauernden Krankheiten ihrer Angehörigen die Kosten für den Arzt oder die Krankenhausbehandlung zu tragen. Die Not hindert oft daran, die erforderliche ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Auch bei Entbindungen muß vielfach auf sachgemäßen Beistand verzichtet werden. Es gibt preußische Regierungsbezirke, in denen 40% aller Entbindungen ohne Hebamme erfolgten. Die hygienischen Nachteile dieses, der finanziellen Not entstammenden Mißstandes lassen sich deutlich an der Tatsache erkennen, daß diejenigen preußischen Regierungsbezirke, in denen zahlreiche Niederkünfte ohne Hebamme stattgefunden haben, die höchsten Ziffern der Wochenbettsterblichkeit aufweisen.

Keihen wir jetzt noch einmal zu der Frage zurück, ob Zeichen dafür vorhanden sind, daß die Gesundheitsverhältnisse im Deutschen Reiche sich während der letzten Jahre verbessert haben. Wir haben oben betont, daß weder die Verringerung der Sterblichkeitsziffern noch die Vergrößerung der Lebenserwartung einwandfreie Beweise für den sanitären Fortschritt darstellen. Aber daß die zahlreichen, auf die wissenschaftlichen Errungenschaften aufgebauten Maßnahmen, die der Gesetzgebung sowie den staatlichen und städtischen Behörden zu verdanken sind, im Verein mit dem zunehmenden Wohlstand in weiten Kreisen des deutschen Volkes gesundheitliche Verbesserungen im erheb-

lichen Umfange erzielt haben, darf als sicher gelten. Es fragt sich nur, ob auch die stärkste Bevölkerungsklasse, die Arbeiterbevölkerung, und alle, die ihr an Einkommen gleichstehen, an jenen Fortschritten einen erkennbaren Anteil hatten. Wir haben schon auf Angaben hingewiesen, die zu Zweifeln Anlaß geben. Es sei nun noch erörtert, ob die so oft vernommenen Behauptungen, daß durch unsere Arbeiterschutz- und Arbeiterversicherungsgesetze die gesundheitlichen Verhältnisse so wesentlich gebessert wurden, zutreffen.

Daß durch jene bedeutungsvollen Maßnahmen, die wir unten zu behandeln haben werden, ungemein viel Elend beseitigt und verhütet wurde, ist gewiß. Aber es fragt sich, ob die jetzige Gestalt dieser Gesetze genügt, um gegenüber einer Vermehrung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen hygienische Verbesserungen zu erzielen. Es wäre ja denkbar, daß seit der Zeit, während welcher die sozialen Gesetze in Wirkung sind, die Arbeitsverhältnisse, die Zustände im Nahrungs- und Wohnungswesen u. a. m. sich so verschlechtert haben, daß trotz der legislatorischen Einrichtungen hygienische Fortschritte bei der Arbeiterbevölkerung nicht erreicht wurden.

Entsprechende Zweifel wurden von mehreren Seiten bekundet. So hat vor allem der Reichstag zu Beginn des Jahres 1913 in einer Resolution gefordert, daß eine amtliche Denkschrift über die gesundheitlichen, sittlichen und sozialen Wirkungen der deutschen Arbeiterschutz- und Arbeiterversicherungsgesetzgebung vorgelegt werden soll. Die Reichsregierung teilte zu Beginn des Jahres 1914 mit, daß eine solche Denkschrift vorbereitet werde, aber in Bälde noch nicht fertiggestellt sein könne. Trotzdem also die Sozialversicherung seit Jahrzehnten in Kraft ist, und seit langer Zeit ihre Erfolge auf dem Gebiete der Verbesserung der Gesundheitszustände bei jeder geeigneten Gelegenheit betont wurden, ist es im Laufe

eines ganzen Jahres nicht möglich gewesen, die Wirkungen der gesetzlichen Maßnahmen darzulegen. Man muß mithin noch zuwarten. Einstweilen kann man aber Zweifel gegenüber der Behauptung, die physische Beschaffenheit der Arbeiterbevölkerung habe sich in den letzten Jahren infolge der sozialen Gesetzgebung gebessert, nicht unterdrücken. Hierzu gibt zunächst die Betrachtung der Ergebnisse, welche bei den drei Berufszählungen gewonnen wurden, Anlaß genug. Die Altersgruppierung der Erwerbstätigen lehrt, daß, gemäß den Relativziffern, die über 50 Jahre alten land- und forstwirtschaftlichen Arbeiter und Angestellten im Jahre 1907 schwächer vertreten waren als im Jahre 1895, daß die Industriearbeiter keine Besserung aufweisen, daß die industriellen Angestellten vom 50. Lebensjahr an bei der letzten Berufszählung geringere Ziffern darbieten als zuvor, und daß die Zahl der älteren Arbeiter im Handel und Verkehr, besonders in der Altersklasse von 50—60 Jahren, erheblich gesunken ist. Ob diese Resultate mehr darauf beruhen, daß in der letzten Zeit die Sterblichkeit unter den Arbeitern zugenommen hat, oder mehr darauf, daß die Arbeiter jetzt häufiger als früher invalide werden, bleibt noch zu untersuchen. Jedenfalls läßt sich aus der Berufsstatistik doch wohl ersehen, daß die Dauer der Arbeitsfähigkeit bei den Arbeitern und Angestellten nicht zugenommen hat, sondern eher geringer geworden ist. Diese Feststellung spricht gewiß nicht für eine Verbesserung der gesundheitlichen Zustände in den breiten Volksschichten.

Zu Bedenken veranlaßt ferner die Invalidenrentenstatistik. Diese lehrt, daß den absoluten Zahlen nach bis zum Jahre 1903 eine ununterbrochene und starke Zunahme der Renten erfolgt ist, und daß dann plötzlich ein erheblicher Rückgang stattgefunden hat. Letztere Erscheinung ist darauf zurückzuführen, daß das Reichsversicherungsamt im Jahre 1903 alle

Versicherungsträger aufgefordert hat, im Hinblick auf die gewaltig gestiegene Ziffer der Renten die größte Zurückhaltung bei der Rentenbewilligung walten zu lassen. Daß diese Anforderung gewirkt hat, zeigt die amtliche Statistik. Wir werden mithin annehmen dürfen, daß die Rentenzahl des Jahres 1907 — dies Jahr hat für uns ein besonderes Interesse, wie wir sogleich sehen werden — nur die Summe der unbedingt zu entschädigenden Invaliditätsfälle darstellt.

Setzen wir nun die Anzahl der Rentner in Beziehung zur Ziffer der Versicherten, und gruppieren wir hierbei nach Altersklassen. Die Möglichkeit hierzu ist auf Grund der Ergebnisse bei den Berufszählungen der Jahre 1895 und 1907 gegeben.

Tabelle 6.

Von 1000 Versicherungspflichtigen kamen im Deutschen Reich Rentenempfänger auf die Altersklasse:

Zählungs-jahr	überhaupt	Von 20 bis 30 Jahre	Von 30 bis 40 Jahre	Von 40 bis 50 Jahre	Von 50 bis 60 Jahre	Von 60 bis 70 Jahre	Von 70 Jahre u. darüber
1895	6,08*)	0,91	2,20	5,22	14,95	43,22	14,63
1907	9,60*)	1,70	3,52	7,06	22,19	82,79	193,84

Zu der Tabelle 6 ist zu bemerken, daß die amtlichen Angaben über die Ziffer der Versicherten des Jahres 1895 nur auf einer Schätzung beruhen, mithin nicht so zuverlässig sind wie die Zahlen pro 1907; man darf aber doch auch jene Angaben (unter Vorbehalt) verwenden, zumal sie von der Reichsregierung benutzt wurden.

Aus der Tabelle 6 geht nun hervor, daß die auf 1000 Versicherte entfallende Zahl der Rentenempfänger im Jahre 1907 bedeutend größer war als im Jahre 1895. Die starke Differenz kann unmöglich nur auf den Fehlern der erwähnten Schätzungs-

*) Verhältnis aller Rentenempfänger zu allen über 20 Jahre alten Versicherten.

ergebnisse beruhen. Dazu kommt, daß die Zunahme der Invalideitätsfälle sich ganz besonders von der Altersklasse 50—60 Jahre an geltend macht. Diese Erscheinung steht im Einklang mit den oben erwähnten Angaben über die Altersgruppierung der Erwerbstätigen in den drei Berufszählungsjahren.

Die fortschreitende Invalidisierung in der Arbeiterbevölkerung scheint mir ziemlich sicher festgestellt zu sein. Dies Ergebnis ist um so bemerkenswerter, als seit vielen Jahren von den Versicherungsträgern große Summen für Heilverfahren, welche die Verhütung der Invalideität bezwecken sollen, und mit denen auch tatsächlich nennenswerte Erfolge erzielt wurden, verausgabt worden sind. Gewiß wäre ohne diese Prophylaxe die Ziffer der Rentenempfänger noch viel höher. Aber es fragt sich, ob die gegenwärtigen Maßnahmen genügen, um einer fortschreitenden Invalidisierung wirkungsvoll zu begegnen.

Und wie steht es mit den Krankheitsverhältnissen bei diesen Volksschichten? Eine Vorstellung hiervon gewährt uns die Krankenkassenstatistik; sie lehrt, daß die relative Zahl der Erkrankungsfälle in der Zeit von 1888—1911 erheblich zugenommen hat. Man darf jedoch wohl annehmen, daß hierzu die inzwischen eingetretene Erhöhung des Krankengeldes beigetragen hat. Aber ein günstiges Zeichen stellen die Angaben der Statistik gewiß nicht dar. Hier sei noch erwähnt, daß auch die Zahl der Unfälle trotz aller Arbeiterschutzberechtigungen nicht ab-, sondern zugenommen hat. Denn im Jahre 1890 kamen nach den Berichten der Berufsgenossenschaften auf 1000 versicherte Personen 5,36, im Jahre 1900 dagegen 7,46 und im Jahre 1911 sogar 8,15 Unfälle.

Angeichts der Ergebnisse, welche die Altersgruppierungen der Erwerbstätigen betreffen, und im Hinblick auf die Gestaltung der Invalideitäts-, Krankheits- und Unfallverhältnisse sowie auf die oben geschilderten Sterblichkeitsverhältnisse bei

der Arbeiterbevölkerung ist zu befürchten, daß sich in diesen breiten Volksschichten die gesundheitlichen Zustände während der letzten Jahrzehnte eher verschlechtert, jedenfalls aber nicht verbessert haben.

Wie dem nun auch sei, es kann keinen Zweifel darüber geben, daß auf den verschiedensten Gebieten des öffentlichen, namentlich des sozialen Gesundheitswesens noch arge Mißstände obwalten, die beseitigt werden könnten. Hier muß die Tätigkeit großer und einflussreicher Organisationen einsetzen, teils um selbst die erforderlichen Maßnahmen zu treffen, teils um auf die Behörden und vor allem auf die Gesetzgebung einzuwirken.

II. Gesundheitspolitik.

Unter Gesundheitspolitik verstehe ich die Bestrebungen, die darauf gerichtet sind, die öffentlichen Gesundheitsverhältnisse zu verbessern, sei es durch unmittelbare Durchführung geeigneter Maßnahmen, sei es durch den Versuch, auf maßgebende Instanzen Einfluß auszuüben. Hierzu ist der einzelne jedoch so gut wie nie stark genug. Es gibt freilich Autoritäten, die durch Wort und Schrift große Wirkungen erzielt haben; aber im allgemeinen müssen für jene Zwecke leistungsfähige Organisationen in Tätigkeit sein oder geschaffen werden.

Es sind bereits zahlreiche Körperschaften vorhanden, welche sich, wenn auch nicht immer ausschließlich, auf dem Gebiete der Gesundheitspolitik betätigen. Die Aufgabe der folgenden Darlegungen soll es sein, die Ziele und die Arbeit der wichtigsten unter den hier in Betracht kommenden Organisationen zu schildern.

A. Organisationen, die sich auf mehreren Gebieten des Gesundheitswesens betätigen.

Lange Zeit, bevor es Organisationen gab, die sich ausschließlich dem öffentlichen Gesundheitswesen widmeten, hatten bereits medizinische Vereine den hygienischen Fragen ihre Aufmerksamkeit zugewandt. Allerdings waren diese Bestrebungen der ärztlichen Organisationen nicht gerade sehr bedeutungsvoll. Darüber muß man sich um so mehr wundern, als schon gegen Ende des 18. Jahrhunderts das sechsbändige Werk von dem berühmten Arzt J. P. Frank¹⁾, das als die Grundlage der modernen öffentlichen Gesundheitspflege anzusehen ist, sowie der noch heute als vorbildlich zu bezeichnende, umfassende Gesetzentwurf des Heidelberger Arztes F. A. Mai²⁾ erschienen waren. Mais Gesetzesvorlage fiel, trotzdem sie die Anerkennung des Landesfürsten fand und von der Heidelberger medizinischen Fakultät als ausführbar und segensverheißend erklärt wurde, wohl infolge der Umwälzungen auf dem Gebiet der äußeren Politik, sehr schnell in völlige Vergessenheit. Franks Bücher wurden dagegen in ganz Deutschland viel beachtet; aber zu nennenswerten praktischen Erfolgen haben sie kaum geführt. Die große Masse der Ärzte brachte ebenso wie die Behörden den Fragen der öffentlichen Gesundheitspflege doch ein zuwenig tatkräftiges Interesse entgegen. Aber bei einzelnen Ärzten hatte der hygienische Gedanke einen fruchtbaren Boden gefunden. So kam es, daß man im Jahre 1867 eine besondere Hygienische Sektion des Kongresses deutscher Naturforscher und Ärzte schuf. Von Ärzten ging auch die Gründung des Niederrheinischen sowie des

¹⁾ Siehe J. P. Frank: „System einer vollständigen medizinischen Polizey“, Mannheim 1779 ff.

²⁾ Siehe Alfons Fischer: „Ein sozialhygienischer Gesetzentwurf aus dem Jahre 1800, ein Vorbild für die Gegenwart“, Berlin 1913.

Berliner Vereins für öffentliche Gesundheitspflege aus.

Die erwähnte hygienische Sektion faßte bereits im Jahre 1869 auf der 43. Versammlung deutscher Ärzte und Naturforscher zu Innsbruck einstimmig die bedeutungsvolle Resolution, daß an den Reichstag des Norddeutschen Bundes ein Gesuch, das die Bildung von Gesundheitsausschüssen, die Anstellung von Gesundheitsbeamten (Ärzte im Hauptamt) und die Gründung einer hygienischen Zentralbehörde bezweckte, gerichtet werden soll. Als Aufgaben der Zentralbehörde wurden bezeichnet: Fortlaufende Statistik der Gesundheits- und Sterblichkeitsverhältnisse, jährlicher ausführlicher Bericht über den Gesundheitszustand sowie über den Fortgang der Werke der öffentlichen Gesundheitspflege, Vorbereitung und Beratung allgemeiner Gesetze und Verordnungen.

Unter den ärztlichen Gesellschaften muß an dieser Stelle der Verein für wissenschaftliche Heilkunde in Königsberg, der am 15. März 1872 an den Reichstag eine Petition betreffs eines Impfgesetzes richtete, hervorgehoben werden. Der Bittschrift war der Entwurf eines solchen Gesetzes nebst Motiven beigelegt.

Aber trotz dieser und anderer Bestrebungen war im allgemeinen das Interesse für Fragen der öffentlichen Gesundheitspflege noch recht schwach. Es mangelte an einem literarischen Organ, das speziell der Aussprache über die Probleme des Gesundheitswesens dienen sollte; es fehlte auch eine einflussreiche Organisation, welche diese Frage von allen Seiten her erörtern und den Ergebnissen der Studien zur Verwirklichung durch die Regierungen und die sonstigen Behörden verhelfen konnte.

Hier setzt nun die Wirksamkeit der Deutschen Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege ein.

Diese Zeitschrift wurde im Jahre 1869 von dem Leipziger Professor C. Reclam gegründet. In dem ersten Artikel heißt es über die Aufgaben der öffentlichen Gesundheitspflege u. a., diese biete den Gesetzgebern die ihnen mangelnde Kenntnis von dem Umfange des Naturbedürfnisses, welches den Staatsbürgern gewährt und gesichert werden muß, wenn durch ihre Leistungen der Staat gedeihen soll. Zur Aufstellung des Naturbedürfnisses als Norm der Gesetzgebung gehöre aber die exakte Feststellung desselben in Maß, Zahl und Gewicht. Dies sei bereits in den letzten Jahren das Mühen aller strebsamen Hygieniker gewesen. „Dem Staate gegenüber kennt die öffentliche Gesundheitspflege auf ihrem eigenen Gebiete keine unnatürliche Trennung in Volk und Regierung. Die Regierenden bilden einen Teil jener Gesamtheit, welcher die Gesundheitspflege dienstbar sein will; ihnen selber kommt zugut, was sie für die Bevölkerung anordnen. Wie Sonnenlicht und Wind, so sind auch allen gemeinsam: Trinkwasser und Atemluft ohne schädliche Emanationen, rein gehaltene Straße und giftfreie Speise. Die eigenen Interessen fördert hier, wer für das Wohl des anderen sorgt.“ Am Schlusse des Artikels der neuen Zeitschrift wurde betont, daß sie sich der Lösung des Problems, wie die Leistungsfähigkeit der ganzen Bevölkerung gesichert und gesteigert werden könnte, widmen wolle.

Zu den Mitarbeitern der Vierteljahrschrift gehörten von Anfang an hervorragende Ärzte, Verwaltungsbeamte und Ingenieure. Vier von ihnen, die Ärzte Spieß, Barrentrapp und Wasserfahrt sowie der Berliner Oberbürgermeister Hobrecht richteten im Jahre 1870 an den Reichstag eine Petition betreffend die Verwaltungsorganisation der öffentlichen Gesundheitspflege im Norddeutschen Bunde. Sie forderten ein entsprechendes Gesetz, für dessen Grundlage die oben erwähnte, von der hygienischen Sektion

der 43. Versammlung deutscher Ärzte und Naturforscher gefaßte Resolution berücksichtigt werden soll, und verlangten, daß mit den Vorarbeiten für dieses Gesetz eine Kommission betraut werde.

Mittlerweile machte sich das Bedürfnis nach einer starken, von der Versammlung deutscher Ärzte und Naturforscher unabhängigen Organisation zur Förderung der öffentlichen Gesundheitspflege immer mehr geltend. Auf Einladung der oben genannten Mitarbeiter der Deutschen Vierteljahrschrift für öffentliche Gesundheitspflege sowie noch vieler Hygieniker (darunter auch Pettenkofer und der Begründer der „Deutschen medizinischen Wochenschrift“, Börner) und Stadtoberhäupter fand im September 1873 eine Versammlung statt, die zur Gründung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege führte. Dieser Verein hat, wie kaum ein zweiter, eine tatkräftige und wirkungsvolle Gesundheitspolitik durchgeführt.

Der „Zweck des Vereins ist“, so wurde in seiner Satzung bestimmt, „die praktische Förderung der Aufgaben der öffentlichen Gesundheitspflege. Zur Erreichung dieses Zweckes soll eine jährlich wiederkehrende Versammlung alle diejenigen Männer vereinigen, die auf wissenschaftlichem oder technisch-praktischem Gebiete oder als Verwaltungsbeamte der öffentlichen Gesundheitspflege ihre Teilnahme zuwenden.“ Da ferner jeder, der sich für Fragen dieses Gebietes interessiert, Mitglied werden kann, so war es möglich, die Probleme nicht nur von Ärzten, sondern von den verschiedensten Seiten her beleuchten und die Ergebnisse der Verhandlungen auf die weitesten Kreise einwirken zu lassen. Zutreffend betonte ein Redner auf der Gründungsversammlung: „Quid non est in populo, non est in mundo.“

In dieser Versammlung wurden auch bereits mehrere

Resolutionen gefaßt. Offenbar in Anlehnung an englische Zustände und unter dem Einfluß der vielen anwesenden Bürgermeister sprach man sich zunächst dahin aus, daß die Sorge für die öffentliche Gesundheitspflege in erster Linie den Gemeinden und den analogen politischen Verbänden (Kreisen usw.) obliege. „In der öffentlichen Gesundheitspflege sind wesentliche Fortschritte nur auf dem Wege der Selbstverwaltung zu erwarten.“ Die Aufsicht auch über diesen Zweig der Gemeindeverwaltung soll den Landesregierungen zustehen. Es wurde als wünschenswert bezeichnet, daß die Landesregierungen den säumigen Gemeindebehörden gegenüber die Beseitigung örtlicher, die Gesundheit gefährdender Schädlichkeiten anregen und betreiben. Schließlich wurde auch hier wieder die Schaffung einer dem Reichskanzler untergeordneten Zentralbehörde als unerlässlich bezeichnet.

Charakteristisch für den Geist, der die führenden Männer des neuen Vereins beherrschte, sind die Themen, die man auf die Tagesordnung der im Jahre 1874 veranstalteten zweiten (d. h. ersten nach der Gründung) Versammlung setzte; sie lauten: 1. Anforderungen an die Baupolizei, 2. Einfluß der verschiedenen Wohnungen auf die Gesundheit ihrer Bewohner, soweit es sich statistisch nachweisen läßt, 3. Quellwasser- und Flußwasserleitungen, 4. das Gesetz vom 18. März 1868, betreffs Schlachthäuser, 5. Frauenarbeit in Fabriken.

Man sieht, daß es vorzugsweise Fragen, die das Wohnwesen, die Versorgung mit Trinkwasser und die Beseitigung der Abfallstoffe waren, welche damals die Hygieniker beschäftigten. Es entsprach auch den dringendsten Bedürfnissen jener Zeit, daß man diese Probleme erörterte, um die Gesetzgebung und Verwaltung zur Beseitigung der schweren, zumeist durch Seuchen verursachten Mißstände im Gesundheitswesen zu veranlassen. Als Maßnahmen kamen hierbei

insbesondere die Mittel der Gesundheitstechnik in Betracht. Diesen Teil der Hygiene bezeichnet man auch heute noch als „öffentliche Gesundheitspflege“ im Gegensatz zur „sozialen Hygiene“, die sich mit den Beziehungen der gesundheitlichen Zustände zu den sozialen und wirtschaftlichen Verhältnissen befaßt.

Aber auch für Fragen der sozialen Hygiene zeigte sich auf jener Versammlung großes Verständnis. Aber das oben genannte Thema „Frauenarbeit in Fabriken“ referierte der Breslauer Gewerbehygieniker Hirt. Es war verdienstvoll, daß er zu einer Zeit, wo es noch in keinem Staate einen gesetzlich angeordneten Mutterschutz gab, eine nach Tagen bestimmte Arbeitsenthaltung für die entbundenen Arbeiterinnen forderte. Für Arbeiterinnen in sog. Giftbetrieben verlangte er 42, für die sonstigen Frauen allerdings nur 9 Tage Urlaub. In der Diskussion wurde aber von einem Schweizer darauf hingewiesen, daß die Schweiz ein Gesetz plane, wonach Arbeiterinnen 6 Wochen vor und 6 Wochen nach ihrer Niederkunft in Fabriken nicht tätig sein dürfen. Hirt erwiderte, daß er daselbe Ideal habe, wie der Vorredner, aber nicht glaube, dies sobald verwirklicht zu sehen. Eine Resolution wurde dann zwar nicht vorgeschlagen; der Versammlungsleiter, Geh. Medizinalrat Günther (Dresden) betonte jedoch, daß die Versammelten die von den beiden Rednern vorgebrachten „sehr schätzenswerten Mitteilungen dazu benutzen würden, um, wo sich die Gelegenheit böte, auf die gesetzliche Regelung dieser Frage in den verschiedenen deutschen Staaten hinzuwirken.“

In den folgenden Jahren behandelte der „Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege“ auf seinen Versammlungen eine große Reihe von Themen, die sich vorzugsweise mit der Seuchenbekämpfung und besonders der Städteassanierung (mit der Beseitigung der Fäkalien und Abfallstoffe,

mit der Wasserversorgung, mit Desinfektion), sowie mit der Sorge für einwandfreie Beschaffenheit der Nahrung und Wohnung befaßt. Auf allen diesen Gebieten wußte der Verein, zumal ihm zahlreiche beamtete Ärzte und Verwaltungsbeamte angehören, die Behörden zu energischer Tätigkeit anzuregen; er übte auch einen gewissen Einfluß auf die allerdings nur spärliche Reichsgesundheitsgesetzgebung, von der wir im nächsten Hauptabschnitt zu reden haben werden, aus. Dagegen trat in diesem Verein wie in seinem Publikationsorgan, der „Deutschen Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege“, viele Jahre hindurch das Interesse für sozialhygienische Fragen wenig hervor. Erst in der letzten Zeit wendet man in diesem Verein auch Problemen der sozialen Hygiene seine Aufmerksamkeit wieder mehr zu und berücksichtigt neuerdings auch die Fragen der Rassenhygiene einschließlich des Geburtenrückgangs.

Es muß jedoch betont werden, daß naturgemäß das Gebiet der öffentlichen Gesundheitspflege und das der sozialen Hygiene zahlreiche Berührungspunkte besitzen. Dies trifft z. B. für die Hygiene des Wohnungswesens zu. Gerade auf diesem Gebiete hat sich der Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege so große Verdienste erworben, wie außer dem Verein für Sozialpolitik, auf den wir noch zu sprechen kommen, keine andere Organisation. Bereits auf der Versammlung im Jahre 1888 stand — nachdem früher schon über die baulichen Maßregeln für neue Quartiere größerer Städte und über Stadterweiterung verhandelt worden war — das Thema „Maßregeln zur Erreichung gesunden Wohnens“ auf der Tagesordnung; Referenten waren der Frankfurter Oberbürgermeister (spätere Minister) Miquel und der Karlsruher Oberbaurat Baumeister. Das Ziel war ein Wohnungsgesetz. Miquel betonte: „Wir haben es hier nicht bloß mit einem theoretischen Gedanken zu tun, sondern

diesmal wird von dem Verein für die Gesundheitspflege eine Erklärung über die praktische Notwendigkeit und Durchführbarkeit einer großen legislatorischen Maßregel erbeten.“ Die Versammlung nahm dann, und zwar einstimmig, eine entsprechende Resolution an.

Auf Antrag von Miquel wurden diese Beschlüsse der Reichsregierung zur Kenntnis gebracht. Eine Kommission wurde mit der Beratung der technischen Einzelvorschläge betraut.

Zu den folgenden Jahren hat der Verein sich dann noch vielfach mit dem Wohnungsweisen befaßt. Insbesondere suchte man hygienische Mindestanforderungen an die Beschaffenheit der Kleinwohnungen zu formulieren, um den Behörden und der Gesetzgebung eine sachgemäße Handhabe zu bieten. Tatsächlich sind zahlreiche Stadterweiterungspläne, Bauordnungen sowie polizeiliche Bestimmungen, welche das Wohnungsweisen betreffen, auf die Wirksamkeit des Vereins zurückzuführen. Ein Reichswohnungsgesetz besitzen wir jedoch bis jetzt noch nicht.

Ähnliche Organisationen wie der Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege gibt es auch in ausländischen Staaten. Hier ist zunächst die Österreichische Gesellschaft für Gesundheitspflege hervorzuheben. Nach dem im Jahre 1896 beschlossenen Statut der Gesellschaft ist deren Zweck: „Förderung der öffentlichen Gesundheitspflege in wissenschaftlicher und praktischer Beziehung“. Die Gesellschaft soll ein Vereinigungspunkt für Ärzte, Chemiker, Architekten, Ingenieure, Verwaltungsbeamte und andere Personen, welche die Förderung der Gesundheitspflege anstreben, bilden; Vorträge, Diskussionen und Demonstrationen über hygienische Fragen sollen in Wien und anderen Orten veranstaltet werden. Die gesundheitlich nachteiligen Zustände sollen erforscht und erörtert werden, Anregungen zu ihrer

Verbesserung oder Beseitigung sollen sich anschließen. Die Gesellschaft gibt die „Zeitschrift für öffentliche Gesundheitspflege“ heraus. Von der Gesellschaft wurden Erhebungen, so im Jahre 1912 über Ernährung, im Jahre 1913 über Wohnungshygiene durchgeführt.

Die Gesellschaft fungiert auch als geschäftsführender Verein des Zentralausschusses für öffentliche Gesundheitspflege, der auf ihre Anregung hin im Jahre 1910 ins Leben gerufen wurde. In dem Zentralauschuß sind zahlreiche österreichische Organisationen, darunter die Gesellschaften für Arbeiterschutz, zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, der Rauch- und Staubplage, des Kurpfuschertums, der Verein Säuglingsschutz, der Hilfsverein für Lungenkranke, der Verein zur Pflege des Jugendspiels, der Zentralverband österreichischer Alkoholgegnervereine, die Zentralstelle für Wohnungsreform in Österreich sowie der Österreichische Ingenieur- und Architektenverein durch Delegierte vertreten. Der Zentralauschuß bezweckt die gegenseitige Fühlungnahme der angeschlossenen Vereine, insbesondere um sich gemeinsam zu den Fragen der öffentlichen Gesundheitspflege (Resolutionen, Deputationen zu gesetzgebenden Körperschaften und Behörden) zu äußern. Zu dem neuen österreichischen Gesetzentwurf, betreffend die Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, hat der Zentralauschuß Stellung genommen, indem er im Jahre 1911 selbst eine Vorlage ausarbeitete, die in vielen wichtigen Punkten bei der Beratung des Regierungsentwurfes im Reichstage Berücksichtigung fand; im Jahre 1913 hat er dem Unterrichtsministerium ein Memorandum, welches sich auf mehrere schulhygienische Fragen und auf den schulärztlichen Dienst erstreckte, überreicht.

Die gleichen Ziele wie der österreichische Zentralauschuß verfolgt eine französische Vereinigung, die den Namen L'Alliance d'hygiène sociale führt. Auch sie will ein Sammelplatz

für die Vertreter der verschiedenen Hygieneorganisationen sein. Hierbei sei jedoch bemerkt, daß man in Frankreich (wie auch in Italien) unter sozialer Hygiene das Gebiet der sozialen und das der öffentlichen Gesundheitspflege versteht. Aber durch die räumliche Angliederung an das Musée social und vor allem durch die enge Verbindung mit den verschiedenen sozialen Versicherungsorganisationen (*mutualité*) erhält die französische Zentrale ein stark soziales Gepräge.

In Deutschland wird, wie oben dargelegt wurde, zwischen den Begriffen „Soziale Hygiene“ und „Öffentliche Gesundheitspflege“ ziemlich scharf unterschieden. Und da, wie wir gesehen haben, erstere lange Zeit hindurch im Deutschen Verein für öffentliche Gesundheitspflege nicht hinreichend berücksichtigt wurde, so machte sich das Bedürfnis nach einer besonderen Organisation geltend.

Im Jahre 1905 wurde daher von einigen praktischen Ärzten, Hygienikern, Statistikern und Beamten des sozialen Versicherungswesens zur Gründung einer Gesellschaft für soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik eingeladen. In ihrem Aufruf wurde folgendes ausgeführt: Die Ursachen zahlreicher Krankheiten sind allein mit den Mitteln der klinischen, pathologischen und bakteriologischen Forschung weder zu ermitteln noch zu beseitigen. Darum haben manche Ärzte das Gebiet der sozialen Betätigung beschritten. Ebenso haben Sozialpolitiker erkannt, daß viele soziale Probleme nur mit Unterstützung der Mediziner gelöst werden können. Ärzte und Volkswirte haben sich daher bereits zu gemeinsamer Tätigkeit auf manchen sozialmedizinischen und sozialhygienischen Spezialgebieten, z. B. bei der Bekämpfung der Tuberkulose, des Alkoholismus, der Geschlechtskrankheiten, der Säuglingssterblichkeit sowie in dem großen Bereich des sozialen Versicherungswesens vereinigt. „Während aber für die praktischen Arbeiten in den großen

Sondervereinigungen Sammelstätten vorhanden sind, in denen ein Austausch der Meinungen stattfindet und einheitliche Ziele aufgestellt werden, zersplittert sich die theoretische Forschung, zieht Materien in ihren Bereich, die nur lose Beziehungen zur sozialen Medizin haben und läßt wichtige sozialmedizinische Fragen unberücksichtigt. Dadurch ist das Bedürfnis nach einer Stätte entstanden, die geeignet ist, die Arbeitenden zu sammeln und an Stelle einer weiteren Zersplitterung und Verwirrung der Meinungen zu einer theoretischen Verständigung zu führen.“ Am Schlusse wird betont, daß auf den Grenzgebieten zwischen Volkswirtschaft und Medizin nur eine Gemeinschaftsarbeit von Vertretern beider Wissenschaften Klärung schaffen kann. Die neue Organisation soll dem systematischen Ausbau der sozialen Medizin und Hygiene dienen.

Die Gesellschaft verfolgt, wie es in ihrem neuesten Geschäftsbericht heißt, keine Tendenz und gehört keiner bestimmten Richtung an, weder einer wissenschaftlichen noch sonst einer politischen oder sozialpolitischen. Darum versagt sie es sich, über wissenschaftliche Leitsätze abzustimmen, Resolutionen zu fassen, sowie an Parlamente oder Behörden Writschriften zu richten. Sie will nur eine Stätte der voraussetzungslosen Forschung und der wissenschaftlichen Erörterung sein.

Trotz dieser Beschränkung auf die rein wissenschaftliche Tätigkeit übt die Gesellschaft eine starke Wirkung auch auf dem Gebiet der Gesundheitspolitik aus. Denn sie sorgt dafür, daß das in ihren Versammlungen gesprochene Wort nicht verfliegt. Ein großer Teil der wissenschaftlichen und politischen Presse des In- und Auslandes verfolgt mit Aufmerksamkeit die Verhandlungen der Gesellschaft und gibt einem weiten Leserkreise von den erörterten Gegenständen Mitteilung. Mehr als 100 Mitglieder der Gesellschaft sind als Herausgeber,

Redakteure oder ständige Mitarbeiter an Zeitschriften und Zeitungen tätig. Außerdem gehören zahlreiche beamtete Ärzte und Verwaltungsbeamte der Gesellschaft an, so daß sich ein Einfluß auf die Behörden ganz von selbst ergibt.

Ein Bild von der anregenden Arbeit der Gesellschaft erhält man schon aus den Titeln der Themen, die behandelt wurden. Aus der Fülle der erörterten Gegenstände seien folgende erwähnt: Das Anschwellen der Invalidenrenten und die ärztlichen Atteste. Die Anzeigepflicht für gewerbliche Vergiftungen. Umbau und Weiterbildung der sozialen Versicherung. Konzeptionsbeschränkung und Staat. Zur Reform des Hebammenwesens und der geburts-hilflichen Ordnung. Die Psychiatrie in den Vorentwürfen für die neuen Strafgesetzbücher in Deutschland und in Österreich. Hygienische Ergebnisse der Aktienbaugesellschaft für kleine Wohnungen in Frankfurt a. M. Das Problem der körperlichen Entartung im Lichte der sozialen Hygiene. Zur Kenntnis der Urlaubszeiten der kaufmännischen Angestellten. Ärztliches aus dem Versicherungsgesetz für Angestellte. Aufgaben und Erfolge der Wohnungsaufsicht.

Obwohl die Gesellschaft ihren Sitz in der Reichshauptstadt hat, und ihre Versammlungen (im Winter alle 14 Tage) ausschließlich in Berlin stattfinden, gehören dem Kreis der Mitglieder auch viele auswärtige Ärzte und Sozialpolitiker an. Letztere nehmen oft auch aktiv an den Verhandlungen teil, sei es, daß sie zu Vorträgen nach Berlin reisen oder einen schriftlichen Beitrag für die Diskussion senden. Dadurch wird die Wirksamkeit der Gesellschaft noch erheblich ausgedehnt.

Einen kleineren Kreis als die Berliner Gesellschaft oder gar als der Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege stellt eine Münchener recht rege Organisation dar, die den Namen „Kommission für Arbeiterhygiene und -statistik der Abteilung für freie Arztwahl“ trägt. Alle Mitglieder sind Ärzte; aber diese vereinen sich oft mit Sozialpolitikern, so daß sich eine Gemeinschafts-

arbeit ergibt, wie bei der Gesellschaft für Soziale Medizin und Hygiene.

Der Geist, dem die Gründung der Kommission entstammte, läßt sich aus dem Programmentwurf erkennen. Dort hieß es u. a.:

„Die Krankenversicherungsgesetzgebung hat die Ärzte vor neue Probleme gestellt, nicht nur das kranke Individuum bietet sich dem Arzte als Objekt der Behandlung dar, ein großer Volkskörper mit komplizierten, sozialen, ökonomischen und hygienischen Beziehungen präsentiert sich den ärztlichen Aufgaben; daher genügen nicht mehr die Fragen der individuellen Therapie, Fragen der Hebung der Volksgesundheit treten gebieterisch an uns heran. Nichts hat uns das mehr zum Bewußtsein geführt, als die Zentralisation der Ortskrankenassen, die in München über 100 000 Mitglieder zu einer großen Gemeinschaft zusammengeschmiedet hat. Die gleichzeitige Einführung der freien Arztwahl in München hat der Mehrzahl der gesamten Ärztschaft, man kann sagen, hat der gesamten Ärztschaft gleichsam die Verantwortung für die Gesundheit dieses großen Volkskörpers zugewiesen. Daraus erklärt sich zur Genüge, weshalb die Abteilung für freie Arztwahl es unternommen hat, eine Kommission zu gründen, welche die Aufgaben der Prophylaxe der Versicherten in großem Stil zu verfolgen berufen ist. Ist der Satz, daß die Verhütung von Krankheiten dankbarer ist als ihre Heilung, bereits ein Gemeinplatz geworden, so hat er noch ganz besondere Geltung den Versicherten gegenüber, die sich zum größten Teile in schlechten hygienischen Verhältnissen befinden, bei denen die Vorbedingungen für Erkrankungen in der Unterernährung, den langen Arbeitszeiten, den schlechten Wohnungs- und Verhältnisseverhältnissen, der Beschäftigung mit gesundheitschädlichen Stoffen in hohem Maße gegeben sind.“

Diesen Gedankengängen entsprechend umschrieb die Kommission in ihrer Satzung den Kreis ihrer Aufgaben folgendermaßen:

a) Erforschung der sozialen und hygienischen Verhältnisse, unter denen die Versicherten und ihre Familien leben und beruflich tätig sind (Enquete, Statistik, Individualuntersuchung). b) Feststellung von hygienischen Mißständen und Versuch ihrer Beseitigung (Mittelung an die zuständigen Behörden, Petition, Resolution, öffentliche Versammlungen, Publikation in der Presse). c) Orga-

nisation zur Aufklärung der Ärzte über alle Fragen der Gewerbehygiene und der sozialen Hygiene sowie des sozialen Versicherungswezens. d) Hygienische Belehrung der Versicherten. e) Anregung zu hygienischen Gründungen und Stellungnahme zu allen sozialen und hygienischen Fragen, welche die Versicherten betreffen.

Über die Tätigkeit der Kommission liegen Berichte vor, denen zu entnehmen ist, daß u. a. folgende Vorträge gehalten wurden:

Die Milchversorgung der Stadt München. Die Gründung eines Ortsgesundheitsrates. Säuglingssterblichkeit und Säuglingsfürsorge. Die Wirkungen der Arbeitslosenversicherung in bezug auf die Krankentassen. Die Fleischnot. Soziale Museen. Vorschläge zur Ausbildung von Gewerbeärzten. Die Reform der Arbeiterversicherung. Sonntagsruhe im Handelsgewerbe. Blutuntersuchungen bei Bäckern. Reform des Hebammenwesens.

Aus unseren Darlegungen ergibt sich, daß die Münchener Kommission ihren Aufgabekreis einerseits etwas enger gestaltet hat, als die Gesellschaft für soziale Medizin und Hygiene, da erstere sich nur mit den der sozialen Versicherungsgesetzgebung unterstellten Personen und deren Familien befaßt; andererseits ist das Tätigkeitsgebiet in der bayerischen Residenz etwas weiter, da man sich dort mit der theoretischen Arbeit nicht begnügt, sondern zur unmittelbaren Gesundheitspolitik schreitet.

Auch die Aufklärung über Fragen der individuellen Hygiene fördert die gesundheitspolitischen Bestrebungen, sobald die belehrende Tätigkeit sich auf weite Volkstreife erstreckt. Denn es muß betont werden, daß die Gesundheitszustände nicht nur von der Gesetzgebung und Verwaltung, sondern auch von dem hygienischen Wissen des Volkes und seinem Willen zu gesundheitsgemäßer Lebensweise stark beeinflusst werden. Darum ist die Arbeit des Deutschen Vereins für Volkshygiene, der von sachkundigen Rednern den Volksmassen Vorträge über das Gebiet der persönlichen Gesundheitspflege halten läßt und

auch durch seine Monatschrift sowie durch seine in zwanglosen Heften erscheinenden „Veröffentlichungen“ aufklärend zu wirken sucht, von hohem Wert zugleich für die öffentliche und soziale Gesundheitspflege.

An dieser Stelle muß noch eine Organisation erwähnt werden, die zwar vorzugsweise ebenfalls aufklärend, wenigstens in ihrem Sinne, zu wirken sucht, aber auch auf die Gesetzgebung und Verwaltung einen unmittelbaren Einfluß auszuüben trachtet; dies ist der Deutsche Bund für naturgemäße Lebens- und Heilweise (Naturheilkunde).

Es würde zu weit führen, hier untersuchen zu wollen, wieviel Wahres und wieviel Falsches in den Lehren dieser ausgedehnten Bewegung liegt. Nur sei bemerkt: So gewiß es ist, daß die Naturheilvereine durch ihre Aufklärung über die persönliche Gesundheitspflege Nutzen gestiftet haben, so sicher ist es, daß die von ihnen propagierte Heilbehandlung, teils wegen der Einseitigkeit der Methode, teils wegen der Ausübung durch Laien, zu verwerfen ist. Auf die Tätigkeit der Naturheilvereine muß aber an dieser Stelle vor allem deswegen hingewiesen werden, weil sie schon mehrfach mit Petitionen an die gesetzgebenden Körperschaften namentlich wegen Beseitigung des Impfgesetzes und auch zum Zweck der Verhütung des sog. Kurpfuschergesetzes, worauf wir noch zu sprechen kommen, herangetreten sind.

Bemerkenswert ist, daß sich innerhalb der Naturheilbewegung vor einigen Jahren eine Spaltung vollzogen hat, indem zahlreiche ihrer Anhänger, die Arbeiter sind und sozialdemokratische Ansichten hegen, sich von den „bürgerlichen“ Mitgliedern getrennt haben. So kam es zur Gründung besonderer, namentlich in Sachsen weitverbreiteter Organisationen die sich zu dem Verband „Volksgesundheit“ zusammengeschlossen haben. Dieser Verband bezweckt die Förderung der persönlichen und sozialen Gesundheitspflege und erstreckt seine Tätigkeit vornehmlich auf die breiten Schichten der Arbeiterbevölkerung. Er will „die Schäden in der Heil-

funde und im Heilgewerbe“ bekämpfen und propagiert „die Idee der Verstaatlichung des öffentlichen Gesundheitswesens“. Seinen Zweck sucht er zu erreichen sowohl durch volkstümliche Belehrung und Gründung von hygienischen Vereinsunternehmungen als auch durch Petitionen, die an Behörden und Regierungen zu richten sind, sowie durch Anrufung der öffentlichen Meinung zur Beseitigung hygienischer und sozialhygienischer Mißstände und Einführung entsprechender Reformen. Der Verband erstrebt, wie es in seinem Programm heißt, eine Klassenhygiene. Da die Lebensverhältnisse der besitzenden und besitzlosen Volksklassen grundverschieden sind, so könne auch die „gesundheitliche und heilkundliche Aufklärung“ nicht für beide Klassen die gleiche sein. Gegen die „durch unsere moderne Kulturentwicklung hervorgerufenen Mißstände“ fordert der Verband neben der Aufklärung über Wohnungswesen, Ernährung, Arbeit, Bewegung, Ruhe, Erholung, Geschlechtsleben und Geistespflege insbesondere folgende sozialhygienische Maßnahmen:

Festsetzung eines höchstens 8 Stunden betragenden Normalarbeitstages; Verbot der Erwerbsarbeit für Kinder unter 14 Jahren, Verbot der Nachtarbeit, außer für solche Industriezweige, die ihrer Natur nach aus technischen Gründen oder aus Gründen der öffentlichen Wohlfahrt Nachtarbeit erheischen; Gewährung einer ununterbrochenen Ruhepause von wenigstens 36 Stunden wöchentlich für jeden Arbeiter; gesundheitsliche Überwachung aller gewerblichen Betriebe, durchgreifende gewerbliche Hygiene. — Außerdem erstrebt der Verband die „Unentgeltlichkeit der Krankenbehandlung und Verstaatlichung der Heilkunde mit Anstellung der Ärzte und des Heilpersonals gegen Gehalt“.

B. Organisationen, die sich einem besonderen Gebiet des Gesundheitswesens widmen.

Von den Organisationen, die sich lediglich einem Zweig der öffentlichen oder sozialen Hygiene widmen, dienen manche einzelnen Altersklassen; andere führen den Kampf gegen

einzelne Krankheitsarten; wieder andere suchen Mißstände bei einzelnen Faktoren des Gesundheitswesens (Arbeitsverhältnisse, Wohnungs-, Nahrungsweisen usw.) zu beseitigen. Nur die beiden ersten Gruppen von Vereinigungen sollen in diesem Kapitel behandelt werden; die Erörterung der dritten Gruppe eignet sich, weil es sich hierbei vorzugsweise um sozialpolitische Maßnahmen handelt, besser für das nächste Kapitel.

Unsere Schilderung der Organisationen, die sich mit einzelnen Altersklassen befassen, würde naturgemäß wohl mit den Säuglingsschutzvereinen zu beginnen haben. Aber das Wohl des Neugeborenen hängt so sehr von der Gesundheit der Mutter ab, daß wir bei unseren Betrachtungen am besten von der Mutterschutzbewegung ausgehen.

Zuvor seien jedoch noch einige Angaben über allgemeine rassehygienische Bestrebungen angeführt. Die Sorge um die Güte der Rasse hat zu allen Zeiten Staatsmänner und Gelehrte erfüllt. Aber die rassedienlichen Maßnahmen, die man traf, waren lediglich auf grober Empirie aufgebaut. Eine wissenschaftliche Rassehygiene gibt es erst seit kurzer Zeit, und darum hat die Bewegung, welche die drohende Entartung des Volkes verhindern will und die Verbesserung der Rasse erzielt, erst in den letzten Jahren eingefsetzt.

Als erster hat sich der Engländer Galton, ein Vetter Darwins, mit der Erforschung menschlicher Rasseveredlung beschäftigt; in seiner 1883 erschienenen Schrift führte er für dieses Wissens- und Betätigungsgebiet die jetzt viel benutzte Bezeichnung „Eugenik“ ein. Kurze Zeit darauf und unabhängig von Galton veröffentlichte der deutsche Arzt Schallmayer eine Abhandlung „Über die drohende körperliche Entartung der Kulturmenscheit“ und im Jahre 1895 publizierte Ploetz eine Arbeit über „Die Tüchtigkeit unserer Rasse und der Schutz der Schwachen“. Die Schriften dieser drei For-

scher fanden jedoch nicht sogleich die gebührende Beachtung. Aber im Laufe der Jahre wußten sie doch das Interesse zunächst der Fachgelehrten, dann auch weiterer Kreise zu erregen. Galton hat das erste (und bis jetzt noch einzige) wissenschaftliche Universitätsinstitut auf dem Gebiet der Rassehygiene, das Londoner „Laboratory for National Eugenics“ gestiftet. Von hier aus wird zugleich die eugenische Aufklärung in die breitesten Volksschichten getragen. Auch in Deutschland werden die rassehygienischen Probleme jetzt von vielen Forschern eifrig studiert. Um noch immer weitere Hilfskräfte im Kampfe gegen die Entartung zu gewinnen und um auf immer breitere Schichten im Sinne der Rasseveredlung einzuwirken, wurde die Deutsche Gesellschaft für Rassehygiene gegründet, die zusammen mit entsprechenden ausländischen Organisationen die Internationale Gesellschaft für Rassehygiene ins Leben gerufen hat. Ausführbare positive Vorschläge, wie man die Rasse verbessern könnte, sind bis jetzt allerdings nicht bekannt geworden. Vorläufig handelt es sich bei den rassehygienischen Bestrebungen neben dem Heiratsverbot (bezw. Absonderung, um die Fortpflanzung zu verhindern) für Kranke mit gewissen erblichen Affektionen, nur um die Verhütung von gesundheitlichen Schädigungen — des Alkoholismus, der Syphilis, der Tuberkulose usw. —, die auf die neue Generation einen vernichtenden Einfluß ausüben können.

Zu den Beeinträchtigungen dieser Art gehören auch die nachteiligen Wirkungen, denen die Schwangeren infolge schwerer und langdauernder Arbeit ausgesetzt sind. Wir haben oben die für die Mütter wie für die Säuglinge unheilvollen Folgen der mangelhaften Pflege während der Schwangerschaft und nach der Niederkunft geschildert. Wir wollen nun darlegen, wie man dahin strebt, zu einem wirkungsvollen und umfassenden Mutterchutz zu gelangen.

Es wurde oben bereits erwähnt, daß im Deutschen Verein für öffentliche Gesundheitspflege schon im Jahre 1874 der Mutterschutzgedanke diskutiert wurde. Wir werden im nächsten Hauptabschnitt zeigen, daß einige Jahre darauf einzelne Staaten tatsächlich entsprechende Gesetze schufen. Aber in Deutschland waren die ersten Bestimmungen so unzureichend, daß das Bedürfnis nach einem erheblichen Ausbau als dringend empfunden wurde. Hierbei ist zu bemerken, daß man von einem Arbeitsverbot für Wöchnerinnen ohne Entschädigung für die Lohneinbuße einen Nutzen kaum erwarten kann. Mutterschutz und Mutterschaftsversicherung gehören zusammen.

Eine Förderung empfing der Mutterschutzgedanke dann zunächst durch die Internationale Arbeiterschutzkonferenz, die im Jahre 1890 in Berlin tagte, und auf welcher der deutsche Kaiser die Worte sprach: „Das Arbeitsverbot für Wöchnerinnen hängt mit der Hebung der Klasse eng zusammen, deshalb darf in solchen Sachen das Geld keine Rolle spielen.“ Aber es ging nur sehr langsam vorwärts.

Nun traten Frauenrechtlerinnen — als erste (im Jahre 1897) Lily Braun — für den Ausbau der Mutterschaftsversicherung ein. Die erste Organisation, die auf diesem Gebiete eine tatkräftige Propaganda in Angriff nahm, war der Bund deutscher Frauenvereine, der im Jahre 1903 (vor der Novelle zum Krankenversicherungsgezet) die Frage der Mutterschaftsversicherung geprüft hatte und dann an den Reichstag eine Petition betreffs Ausdehnung des Arbeitsverbots für niedergekommene Arbeiterinnen und der Wöchnerinnenunterstützung richtete.

Noch mehrere andere Vereine wandten sich an den nächsten Jahren aus dem gleichen Grunde an die gesetzgebenden Instanzen. Aber eine unausgesetzte und energische Agitation führte erst der Bund für Mutterschutz durch. Der im

Jahre 1905 auf Anregung von Helene Stöcker, Ruth Bré, Max Marcuse u. a. gegründete Verein stellte sich, im sozialen und rassehygienischen Interesse, hauptsächlich in den Dienst der unehelichen Kinder und deren Mütter. (In Deutschland werden jährlich etwa 180 000 uneheliche Kinder geboren.) Zugleich bezeichnete der Bund aber die bisherige sittliche Verfernung der ledigen Mütter als unhaltbar und forderte eine Reform der geltenden moralischen Anschauungen. Diese „neuethischen“ Ideen riefen heftige Opposition hervor, was auch die sozial- und rassehygienischen Bestrebungen der neuen Organisation stark beeinträchtigte. Auf hygienischem Gebiet hat der Bund für Mutterschutz sich unzweifelhaft große Verdienste erworben. Von seinen Ortsgruppen wurden in einer Reihe von Städten Mütterheime, die insbesondere den ledigen Schwangeren Aufnahme gewähren, gegründet. Sein Hauptverdienst liegt aber in seinen Bemühungen um den Ausbau der Mutterschaftsversicherung. Gestützt auf die vortrefflichen Berechnungen seines Mitgliedes Mayet, des bekannten Statistikers, legte der Bund im Jahre 1907 dem Reichstage die Kostenveranschlagung für eine umfassende, der Krankenversicherung anzugliedernde Mutterschaftsversicherung in einer Petition vor. Diese und eine folgende Bittschrift des Bundes beschäftigten mehrfach die Petitionskommission des Reichstages. Aber ein Erfolg wurde nicht erzielt, da die Durchführung des Mayetschen Planes, wie der Vertreter der Reichsregierung darlegte, die gesamten Kosten der deutschen Krankenversicherung (nach dem damaligen Stande) noch um 50 Millionen Mark überragen würde.

Auch im Auslande, namentlich in Frankreich, suchte man, angeregt durch die Internationale Arbeiterschuttkonferenz, den Wöchnerinnen aus dem Arbeiterstande zu einer angemessenen Arbeitsenthaltung nach der Niederkunft zu ver-

helfen; die Schwierigkeiten waren aber dort um so größer, weil es an einer staatlichen Krankenversicherung fehlte. Darum gründete der Pariser Industrielle Poussineau im Verein mit sozialdenkenden Männern und Frauen eine private Mutterschaftskasse (Mutualité maternelle). Diese Kasse hat sich gut entwickelt und glänzende hygienische Erfolge bei den (freiwillig) versicherten Müttern und deren Kindern aufzuweisen. In zahlreichen französischen Städten gibt es jetzt derartige dem Pariser Vorbild gleiche Institute, die auf Grund eines Gesetzes vom Staat ansehnliche finanzielle Unterstützungen erhalten.

Im Hinblick auf die erwähnte Ausichtslosigkeit, in Deutschland eine alle bedürftigen Mütter umfassende Mutterschaftsversicherung — im Sinne des Bundes für Mutterschutz — in absehbarer Zeit auf gesetzlichem Wege zu erwirken, hat der Verfasser den Vorschlag gemacht, für die nichtversicherungspflichtigen, aber bedürftigen Frauen Mutterschaftskassen nach dem Vorbild der Mutualité maternelle zu gründen. Auf seine Anregung hin bildete sich die Propagandagesellschaft für Mutterschaftsversicherung, Sitz Karlsruhe. Ihre Tätigkeit ist — im Gegensatz zum Bund für Mutterschutz — rein sozialhygienischer Art; sie strebt dahin, daß allen bedürftigen Wöchnerinnen ein hinreichender Schutz zur Erhaltung der Gesundheit von Mutter und Kind gewährt wird. Darum sucht sie den Mutterschaftsversicherungsgedanken zu verbreiten und zu verwirklichen, und zwar nicht nur durch theoretische Agitation, sondern auch durch praktische Maßnahmen, durch die Gründung von Mutterschaftskassen.

Wie die Organisationen, die sich den Ausbau des Mutterschutzes zur Aufgabe gesetzt haben, zugleich den Neugeborenen nützen, so dienen die Vereine, die sich der Säuglingsfürsorge widmen, auch den bedürftigen Müttern. Diese gegen-

seitigen Ergänzungen sind erfreulich. Denn obschon in den letzten Jahren viel auf dem Gebiete sowohl der Mütter- wie auch der Säuglingsfürsorge durch die Vereinstätigkeit geleistet worden ist, so bleiben noch schwere Mißstände zu beseitigen.

Die Bemühungen um das Wohl der armen Mütter und Kinder reichen weit zurück. Aber erst in der letzten Zeit hat die Fürsorge eine ansehnliche Ausdehnung erfahren.

Mannigfaltige Einrichtungen sind erforderlich, um den einzelnen Bedürfnissen zu genügen. Denn es handelt sich darum zunächst für Beratung, finanzielle Unterstützung und zweckmäßige Unterkunft der Schwangeren und Entbundenen zu sorgen; dann aber sind auch Anstalten, in denen die Ernährung der Kinder überwacht wird, die einwandfreie Milch zu billigem Preise liefern, welche die Kinder, sei es für ständig, sei es nur während der Arbeit der Mütter aufnehmen, in denen die kranken Säuglinge behandelt werden, usw. notwendig.

Man sieht, welche Fülle von Aufgaben hier vorliegen; und so haben sich im Laufe der Jahre für jeden Zweig der Fürsorge besondere Organisationen gebildet. Dadurch entstand aber eine unliebsame Zersplitterung, es fehlte die Fühlung zwischen den einzelnen Vereinen, so daß manche Lücke unausgefüllt blieb, während für anderes im Überflusse gesorgt war.

So machte sich das Bedürfnis nach Zentralisation der Organisationen zunächst in der jeweiligen Stadt geltend. Bahnbrechend ging hierbei München voran, wo bereits im Jahre 1905 eine Zentrale für Säuglingsfürsorge geschaffen wurde.

Diese Zentrale richtete im Jahre 1908 eine eingehende und wohlbegründete Eingabe an den Landtag und bat um staatliche Abhilfe gegen die in Bayern ganz besonders hohe Säug-

lingssterblichkeit. Das Ministerium würdigte die Grundsätze der Zentrale und war zu einer Gemeinschaftsarbeit mit deren Ausschuß bereit, wofern die Tätigkeit auf ganz Bayern ausgedehnt werden würde. So entstand noch im Jahre 1908 die Zentrale für Säuglingsfürsorge in Bayern.

Die vielseitigen Aufgaben dieser neuen Organisation erkennt man am besten daran, daß folgende Kommissionen gebildet wurden:

1. Geschäftsstellenkommission, 2. Kommission zur Begutachtung der Staatszuschüsse, 3. Presse-, 4. Kostfunder-, 5. Beratungsstellenkommission, 6. Kommission für Laienbelehrung, 7. für Belehrung von Ärzten und Hebammen, 8. Milchfächer-, 9. Milchverforgungs-, 10. Krippenkommission, 11. Kommission für Säuglingsheime und -spitäler, 12. Kommission für Mutterchutz und Vormundschaftswesen, 13. Kommission für Hygiene und Statistik, 14. Ausstellungskommission.

Bereits im ersten Jahre traten der Zentrale 401 Gemeinden, 94 Vereine und viele Einzelpersonen als Mitglieder bei.

Das bayerische Beispiel führte dann schnell zur Gründung von entsprechenden Zentralen in Hessen, Preußen, Baden, Hamburg und anderen Staaten, bzw. Landesgebieten.

Die einzelnen Zentralen haben sich dann weiter gemeinsam mit anderen Verbänden und Körperschaften zur Deutschen Vereinigung für Säuglingschutz, deren Sitz in Berlin ist, verbunden. Diese Vereinigung hat den Zusammenschluß bzw. die Gründung von Landeszentralen oder anderen Organisationen der Mutter-, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge zur Aufgabe; sie unterhält eine Geschäftsstelle, gibt eine Zeitschrift heraus und veranstaltet Kongresse. Der erste derartige Kongreß hat im Jahre 1909 zu Dresden stattgefunden.

Es ist ferner neben der Säuglings- auch von der Kleinkinderfürsorge gesprochen worden. Es handelt sich hierbei um die Kinder vom 2. bis 6. Lebensjahr. Um die Kinder dieser Altersklasse hat man sich in den hygienisch tätigen Kreisen

bisher wenig bekümmert. Aber in der letzten Zeit haben einige Säuglingsfürsorgestellten, veranlaßt zuerst von dem Berliner Kinderarzt Neumann, dann von Tugendreich, ihre Tätigkeit auch auf die Kleinkinder ausgedehnt; hierbei ist Charlottenburg bahnbrechend vorangegangen.

Der Schulgesundheitspflege hatten schon sowohl J. P. Frank als auch J. A. Mai ihre volle Aufmerksamkeit gewidmet. Ebenso hatte der Medizinalrat R. J. Lorinser durch seine im Jahre 1836 erschienene Schrift „Zum Schutze der Gesundheit in den Schulen“ das Interesse der Öffentlichkeit für die schulhygienischen Probleme zu wecken versucht; von ihm angeregt hatte Friedrich Wilhelm IV. in einer Kabinettsorder vom Jahre 1842 bestimmt, daß „die Leibesübungen als ein notwendiger und unentbehrlicher Bestandteil der männlichen Erziehung anerkannt und in den Kreis der Volkserziehungsmittel aufgenommen werden sollten“.

Die erste Organisation, die sich ausschließlich der Schulgesundheitspflege zuwandte, wurde aber erst im Jahre 1882 gegründet; es war die schulhygienische Abteilung des Berliner Lehrervereins. Diese Vereinigung, die gewiß sehr segensreich wirkte und noch wirkt, hatte aber weit mehr den Zweck der Belehrung und Information der eigenen Mitglieder als den der Gesundheitspolitik.

Dagegen finden wir, daß man sich, ebenfalls im Jahre 1882, auch auf dem IV. Internationalen hygienischen Kongreß mit schulhygienischen Problemen, und zwar im besonderen mit der Schularztfrage, beschäftigte; die These über die Notwendigkeit der Einführung von Schularzten in allen Ländern wurde angenommen. Das Thema: „Schularzt“ wurde auch auf dem VI. internationalen Kongreß für Hygiene behandelt, diesmal von dem um die Schulhygiene sehr verdienten Breslauer Augenarzt Hermann Cohn.

Aber die Schulgesundheitspflege gelangte in Deutschland

nur sehr langsam vorwärts. Erwähnt sei z. B., daß, obgleich in Belgien der schulärztliche Dienst bereits im Jahre 1874 eingerichtet wurde, in Deutschland hiermit erst im Jahre 1892 ein Versuch angestellt wurde, und daß diese Institution erst, seitdem Wiesbaden im Jahre 1896 ein geeignetes System angewendet hat, allgemeineren Eingang fand.

Zwei Faktoren haben aber, neben der wissenschaftlichen Erforschung auf dem Gebiete der Schulgesundheitspflege, einen großen Einfluß auf deren Entwicklung in der Praxis ausgeübt. Zunächst wurde die „Zeitschrift für Schulgesundheitspflege“ von Rotelmann im Jahre 1888 gegründet. Dadurch wurde ein eigenes Organ für die Erörterung aller schulhygienischen Fragen geschaffen. Dazu kam dann, daß Kaiser Wilhelm II. gelegentlich einer Konferenz, die das höhere Schulwesen betraf und im Jahre 1890 in Berlin stattfand, sich folgendermaßen äußerte: „Ich suche nach Soldaten, wir wollen eine kräftige Generation haben.“ Nun wurde das Interesse für die Gesundheitspflege der Schulkinder in den weitesten Kreisen wach. Erwähnt sei hier, daß sich im Jahre 1891 der Zentralausschuß für Jugend- und Volksspiele konstituierte; wir kommen auf die Wirksamkeit dieses Ausschusses unten noch ausführlicher zu sprechen.

Aber es dauerte noch ziemlich lange, bis sich eine besondere Organisation für das Gesamtgebiet der Schulgesundheitspflege bildete. Auf der Versammlung der Deutschen Naturforscher und Ärzte im Jahre 1899 wurde in der hygienischen Abteilung auf Antrag von Griesbach eine Kommission zur Vorbereitung für einen zu bildenden Allgemeinen deutschen Verein für Schulgesundheitspflege ernannt; in die Kommission wurden u. a. H. Cohn (Breslau) und Oberschulrat Perschensteiner (München) gewählt.

Man schuf zunächst einen Arbeitsausschuß, dem hervorragende Hygieniker, Ärzte, Schulmänner und Verwaltungs-

beamte angehörten. Der Ausschuß lud dann zu einer Versammlung im Jahre 1900 ein. Der Einladung war der Entwurf der Satzung beigegeben, in der als Zweck des Vereins folgendes angegeben wurde: 1. die Verbreitung der Lehren der Hygiene in den Schulen; 2. die Verhütung der durch die Schule verursachten gesundheitschädigenden Einflüsse auf Lehrer und Schüler. Der Verein soll unter anderem anstreben, daß in den Schulen ein elementarer Hygieneunterricht erteilt wird, allerorts Schulärzte angestellt werden, die von den Lehrern zu erteilenden Unterrichtsstunden, soweit sie nicht technischer Art sind, auf 18 bis 20 normiert werden, die Maximalzahl der wissenschaftlichen Unterrichtsstunden für die Schüler 24 in der Woche nicht übersteigt, die Schülerzahl einer Klasse die festgesetzte Norm nicht überschreiten darf, die Unterrichtsmethode den Forderungen der Hygiene und den Gesetzen der Physiologie Rechnung trägt, der wissenschaftliche Nachmittagsunterricht beseitigt wird, an die Baulichkeiten, Beleuchtung, Ventilation, Heizung und Reinlichkeit sämtlicher Schulräume die allerhöchsten Anforderungen gestellt werden.

Um die Wirksamkeit der von dem Verein alljährlich veranstalteten Versammlungen zu kennzeichnen, seien hier einige Vortragsthemen und die sich an diese anschließenden Resolutionen genannt. Auf der Versammlung im Jahre 1900 wurden u. a. folgende Gegenstände behandelt: Die neue preussische Schulreform in Beziehung zur Schulhygiene; Schulhygiene und Schwindsuchtsbekämpfung; Die schulhygienischen Einrichtungen der Stadt Wiesbaden. In den folgenden Jahren wurden u. a. Beschlüsse gefaßt, dahin zu wirken, daß in die Vorbildung der Volksschullehrer und der Lehrer an höheren Lehranstalten der hygienische Unterricht aufgenommen wird, Schulärzte in allen Bundesstaaten, in den Städten und auf dem Lande angestellt werden, die schulärztliche Über-

wachung auch auf die höheren Knaben- und Mädchenschulen ausgedehnt wird, die Schlußreifeprüfung an den neunklassigen höheren Lehranstalten beseitigt werden soll.

Im allgemeinen hat der Verein mit Beschlüssen stark zurückgehalten und sich auf die Erörterung der Themen beschränkt. Hierbei wurde eine sehr große Reihe von Gegenständen behandelt. Unzweifelhaft haben die Jahresversammlungen auf die Maßnahmen der Verwaltungsbehörden einen erheblichen Einfluß ausgeübt; sicherlich sind viele treffliche, der Hygiene der Schüler dienende Einrichtungen, auf die wir im ersten Abschnitt hingewiesen haben, den Anregungen des Allgemeinen deutschen Vereins für Schulgesundheitspflege und den mit ihm in Verbindung stehenden Publikationsorganen zu verdanken. Es sind allerdings immer noch zahlreiche und bedeutungsvolle Mißstände auf dem Gebiete der Schulhygiene zu beseitigen.

Die gesundheitlichen Zustände bei der schulentlassenen Jugend suchen zahlreiche Organisationen, teils direkt, teils indirekt, zu verbessern. Hierzu gehören vor allem die Bestrebungen, die auf den Arbeitsschutz gerichtet sind, wovon jedoch erst in dem nächsten Kapitel zu reden sein wird. Sodann ist hier auf alle jene Bemühungen hinzuweisen, die aus sittlichen, konfessionellen, politischen oder sonstigen Gründen heraus, die Jugend vor den Schädigungen des Alkoholmißbrauches oder der sexuellen Ausschweifungen bewahren wollen.

Den Jünglingen und Mädchen im Alter von 14—18 Jahren haben die Hygieniker bis vor kurzem zu wenig Interesse entgegengebracht. Dies war um so bedauerlicher, als es sich hier um eine sehr große, nach Millionen zählende Altersklasse handelt; dazu kommt aber vor allem, daß diese jungen Menschen sich noch in der Wachstumsperiode befinden und doch schon den mit der Berufstätigkeit verbundenen Beeinträchtigungen der Gesundheit ausgesetzt sind. Darum muß auf die

Hygiene der Jugendlichen ganz besondere Sorgfalt gelegt werden.

Erfreulicherweise haben sich dieser Aufgabe, und zwar in positiv-hygienischer, d. h. gesundheitsstärkender, nicht nur krankheitsverhütender Art, zahlreiche Sportvereine, voran die Deutsche Turnerschaft, die auf eine hundertjährige Geschichte zurückblickt, gewidmet. Eine besondere gesundheitspolitische Bedeutung wohnt aber der Spielbewegung inne, die seit etwa 33 Jahren, zuerst durch einen Erlaß des Ministers v. Göppler aus dem Jahre 1882 und dann durch die im Jahre 1891 erfolgte Gründung des schon oben erwähnten Zentralauschuß für Volks- und Jugendspiele zu hoher Entwicklung gelangt ist.

Der von seinem Gründer v. Schenkendorff noch heut geleitete Ausschuß verfolgt den Zweck, die Leibesübungen im Freien, insbesondere die Volks- und Jugendspiele in Deutschland zu allgemeiner Volkssitte zu machen. Seine reiche Wirksamkeit erkennt man schon daran, daß er neun Unterausschüsse, und zwar neben dem technischen Ausschuß je eine Kommission für Jugend-Volksfeste, für die deutschen Hochschulen, für Fortbildungs- und Fachschulen, für Förderung der Wehrkraft durch Erziehung, für die Landjugend, für das Wandern, für winterliche Leibesübungen, für die Erziehung des weiblichen Geschlechts gebildet hat.

Der Zentralauschuß, der u. a. von etwa 350 Gemeinden und auch aus Staatsmitteln Beiträge erhält, hat unermüdblich auf die Verwaltungen einzuwirken gesucht, damit diese für Gelegenheit zum Spielen im Freien, zum Baden, zum Eislaufen usw. Sorge tragen. Wie aus den Ergebnissen mehrerer statistischer Erhebungen, die der Zentralauschuß durchgeführt hat, zu ersehen ist, haben seine Anregungen einen fruchtbaren Boden gefunden.

Neuerdings hat der Zentralauschuß seine Bestrebungen

auf dem Gebiet der Jugendhygiene noch erweitert. Bereits im Jahre 1908 hatte der Ausschuß in einer Denkschrift, die den deutschen Reichs- und Staatsregierungen sowie den Kommunalverwaltungen unterbreitet worden ist, ein Gesetz gefordert, wonach überall im Deutschen Reich die Fortbildungsschulen für alle aus der Volksschule entlassenen Knaben und Mädchen mindestens vom 14.—17. Lebensjahr eingeführt werden soll; im Plan dieser Schulen soll ein geregelter Betrieb von körperlichen Übungen pflichtmäßig mit mindestens zwei Stunden wöchentlich zur Durchführung gelangen. Der Gedanke der pflichtmäßigen Leibesübungen im Rahmen der Fortbildungsschule wurde damals noch von vielen leitenden Persönlichkeiten als undurchführbar erachtet und war nur ganz ausnahmsweise in einzelnen Schulen verwirklicht; eine im Jahre 1912 veranstaltete Erhebung des Ausschusses hat aber gezeigt, daß jetzt wenigstens doch schon eine beträchtliche Anzahl von Städten jener Forderung entspricht. Der Ausschuß hat mittlerweile für seine Vorschläge weite Kreise zu interessieren verstanden. Er berief im Jahre 1912 eine Konferenz von Sachverständigen unter Hinzuziehung von hervorragenden Kennern des Fortbildungsschulwesens und einzelner Parlamentarier, wobei man zu dem Schluß gelangte, nicht nur, entsprechend obigen Wünschen, die allgemeine Pflichtfortbildungsschule und in Verbindung mit ihr eine mindestens zweistündige wöchentliche Übung des Turnens, Spielens oder Wanderns, sondern auch die Einführung einer regelmäßigen ärztlichen Untersuchung der Fortbildungsschüler und -schülerinnen zu fordern; ferner wurde es als wünschenswert bezeichnet, daß für die Jugendlichen tunlichst durch früheren Geschäftsschluß an den Sonnabendsnachmittagen und unter Gewährung von Ferienurlaub, nach dem Vorbilde anderer Länder die freie Zeit für die notwendige körperliche Ausbildung gewonnen wird.

Wenden wir uns nun den Organisationen zu, die sich der Bekämpfung einzelner Krankheitsarten widmen.

Wegen ihrer außerordentlich starken Verbreitung interessiert uns unter den verschiedenen Affektionen die Tuberkulose am meisten. Die Bestrebungen, gegen diese Seuche erfolgreich zu Felde zu ziehen, wurden auf eine sichere, wissenschaftliche Grundlage gestellt, seitdem Robert Koch im Jahre 1882 den Erreger der Lungentuberkulose, der sich auch als Ursache aller anderen Formen der Tuberkulose erwies, entdeckt hatte. Ohne Tuberkelbazillus keine Tuberkulose, lautet ein jetzt feststehendes Gesetz. Im Laufe der Jahre hat man jedoch erkannt, daß die Entstehung der Tuberkulose nicht allein von der Infektion, sondern auch von der Disposition abhängt. Die Krankheitsanlage wiederum kann ererbt oder erworben sein. Der Kampf gegen die Tuberkulose muß sich daher sowohl gegen den Bazillus als auch gegen die Faktoren, die zur Disposition führen, richten.

Um die Krankheitsanlage, soweit sie auf Vererbung beruht, zu verhüten, muß dahin gestrebt werden, daß die Tuberkulösen sich nicht fortpflanzen. Aber diese Anschauung ist dem Publikum, ja selbst den Ärzten, vorläufig so ungewohnt, daß eine tatkräftige Agitation im eugenischen Sinne noch nicht in Angriff genommen werden konnte, so sehr dies von einigen Rassehigiern gewünscht wird.

Da die erworbene Schwindsuchtsdisposition zumeist durch soziale Mißstände hervorgerufen wird, so sucht man durch entsprechende Reformen die Schwindsucht zu bekämpfen. In dieser Richtung sind die Organisationen, die sich der Erhöhung des Einkommens, der Verbesserung der Arbeitsverhältnisse, des Nahrungs- und Wohnungswesens usw. widmen, tätig, worauf wir im nächsten Kapitel zu sprechen kommen. Hier sei nur noch sogleich bemerkt, daß die Hebung der allgemeinen Lebenslage zugleich auf die hygienische Kultur, ins-

besondere auf die Reinlichkeit in den Wohnungen und Werkstätten einwirkt; die Sauberkeit stellt aber das beste Mittel für die Vernichtung der Tuberkelbazillen dar. Die Schwindsüchtigen sind die Träger und Verbreiter der Krankheits-erreger. Der Kampf gegen die Bazillen darf nun zwar nicht zum Kampf gegen die Kranken ausarten. Aber es gilt dafür zu sorgen, die Gesunden vor der Ansteckung zu bewahren. Dazu ist es notwendig, daß man die Tuberkulösen und zwar so frühzeitig wie möglich als solche erkennt und von den Gesunden trennt. Um zu diesem Ziele zu gelangen, müssen rechtzeitige Untersuchungen durchgeführt und die Erkrankten der Behörde angezeigt werden. Forderungen in dieser Richtung sind schon vielfach laut geworden; sie wurden bisher jedoch nur in beschränktem Umfange auf dem Wege der Gesetzgebung verwirklicht.

Die frühzeitige Feststellung der tuberkulösen Affektion liegt aber auch im Interesse der Kranken selbst, nicht nur ihrer Familienangehörigen, Arbeitsgenossen und sonstigen Personen, mit denen sie in nahem Verkehr stehen. Durch die von Brehmer und Dettweiler angewandte Methode der Sanatoriumsbehandlung wurde gezeigt, daß die Tuberkulose im ersten Stadium heilbar ist. Man strebte dahin, diese Methode auch den Wenigerbemittelten zugänglich zu machen, damit sie die Gesundheit oder wenigstens die Erwerbsfähigkeit wieder erhalten.

Der Aufgabe, volkstümliche Lungenheilstätten zu errichten, widmete sich der im Jahre 1895 gegründete Volksheilstätten-Verein vom Roten Kreuz. Zu derselben Zeit bildete sich das von Althoff und B. Fränkel viele Jahre geleitete Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose (anfänglich unter dem Namen „zur Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke“). Hier sei bemerkt, daß Gebhardt, der Vorstand der Landesber-

sicherungsanstalt der Hansastädte, sowie der Posener Arzt Pauly die ersten waren, welche auf Grund der Invalidenversicherung bei Lungentranken Heilverfahren einleiteten. Die Erfolge waren günstig. Da durch eine im Jahre 1899 erfolgte Änderung des Invalidenversicherungsgesetzes die gesetzliche Basis zur Einleitung von Heilverfahren deutlich betont wurde, fanden die Bestrebungen des genannten Zentralkomitees fruchtbaren Boden.

Dazu kam, daß der zu Berlin im Jahre 1899 veranstaltete erste Internationale Kongreß zur Bekämpfung der Tuberkulose einen starken Einfluß auf die Heilstättenbewegung und auf die sonstigen Kampfmittel (Errichtung von Fürsorgestellen nach französischem Vorbilde, Walderholungsstätten nach den Vorschlägen der Berliner Ärzte Becher und Lennhoff usw.) ausübte. Ja, diesem Kongreß wohnte noch eine weit höhere, allgemeine Bedeutung inne. Wie Gottstein mit Recht betont, stellt er den äußerlichen Merkpunkt des Beginnens eines neuen Abschnittes der Heilkunde, welcher der sozialen Medizin und Hygiene die Daseinsberechtigung als selbständiger Arbeitsgebiete verlieh, dar. Denn auf dem Kongresse fanden sich Hygieniker, Ärzte, Verwaltungsbeamte aller Art, Arbeitgeber und Arbeiter zusammen und bekannnten sich somit zu der Lehre, daß zur Bekämpfung der Tuberkulose die Berücksichtigung der sozialen Zustände und die Vereinigung mannigfaltiger Kräfte notwendig sind.

Diese Gedanken wurden in den zahlreichen Tuberkulose-Ausschüssen, die sich zu Landesverbänden vereinigten, gepflegt und verwirklicht. So entstanden, mit Unterstützung aus staatlichen und kommunalen Mitteln, zahlreiche Institute, die im Kampfe gegen die Tuberkulose segensreich wirken. Um aber das Übel an der Wurzel zu fassen, dazu reichen all diese Maßnahmen der Wohltätigkeit nicht aus; dazu sind umfassende Änderungen durch die Gesetzgebung, namentlich auf dem

Gebiete der Arbeitsverhältnisse sowie des Nahrungs- und Wohnungswesens erforderlich.

Im Zusammenhang mit der Verhütung der Schwindsucht und der sonstigen Lungenerkrankungen stehen auch die Bestrebungen, welche auf die Bekämpfung der mit der Ausdehnung der Industrie immer stärker gewordenen Rauchbelästigung, sowie der namentlich mit dem Aufschwung des Automobilverkehrs wachsenden Staubbelästigung auf den Straßen, gerichtet sind. Auf diesem Gebiete ist insbesondere die Österreichische Gesellschaft zur Bekämpfung der Rauch- und Staubplage tätig. Diese im Jahre 1906 begründete Organisation beobachtet die Art der Handhabung der bestehenden Gesetze und Verordnungen, welche die Beseitigung der Rauch- und Staubplage bezwecken, und hat neue derartige gesetzliche und administrative Maßnahmen beantragt.

Einen verheerenden Einfluß auf die Volksgesundheit wie auf das Volkswohl üben auch die Geschlechtskrankheiten aus. Zwar hat man seit langer Zeit gegen diese Affektionen durch die Gesetzgebung und Verwaltung anzukämpfen gesucht. Aber hierbei wurden nicht immer geeignete Mittel angewandt, während man manche erforderlichen Maßnahmen zu treffen unterlassen hat.

Darum war es zu begrüßen, daß sich eine Organisation gebildet hat, welche, fußend auf den Ergebnissen der Wissenschaft und der praktischen Erfahrungen, den Kampf systematisch zu führen gewillt ist. Die im Jahre 1902 namentlich auf das Betreiben der Ärzte Reißer und Blaschko gegründete Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, deren Sitz in Berlin ist, will die Bevölkerung, insbesondere die männliche und weibliche Jugend, durch Rede und Schrift über das Wesen, die Gefahren und die soziale Bedeutung der venerischen Leiden aufklären. Zugleich sucht die Gesellschaft durch eigene Erhebungen und Förderung wissenschaftlicher Arbeiten zur Lösung der die Geschlechtskrankheiten betreffenden Probleme beizutragen, um für die Gesetzgebung und Verwaltung eine

sichere Grundlage anzubahnen. Die neue Organisation hat aber betont, daß „es nicht in ihrer Macht liegt, die gewaltigen ethischen und sozialen Kräfte auszulösen, die zu einer radikalen Beseitigung dieser Seuchen führen könnten“.

Dem Programm gemäß hat die Gesellschaft, welche in fast allen großen Städten Deutschlands Ortsgruppen besitzt, zahlreiche belehrende Vorträge für Abiturienten, Seminaristen Fortbildungsschüler, Arbeiter usw. halten lassen und hat auch durch Flugblätter, durch ihre Zeitschriften und Broschüren sowie durch Ausstellungen hygienisches Wissen in die breitesten Volksschichten getragen. Ferner wurden mehrere Kongresse veranstaltet, auf denen einige der wichtigsten Fragen: die zivilrechtliche und strafrechtliche Bedeutung der Geschlechtskrankheiten, die Aufklärung der Jugend über die Gefahren der Geschlechtskrankheiten, die Reform der Reglementierung, die Frage der Kasernierung, das ärztliche Berufsgeheimnis, die individuelle Prophylaxe sowie das ganze Gebiet der Sexualpädagogik eingehend erörtert wurden.

Vor allem interessiert uns aber die ausgedehnte und erfolgreiche Wirksamkeit, durch welche die Gesellschaft die Gesetzgebung und Verwaltung zu beeinflussen bemüht war. Schon in der konstituierenden Versammlung wurde eine Eingabe an den Bundesrat und Reichstag beschlossen; in dieser Petition wird verlangt, daß bei der bevorstehenden Abänderung des Krankenversicherungsgesetzes die Bestimmungen, wonach die geschlechtskranken Rassenmitglieder kein oder ein geringeres Krankengeld erhalten, beseitigt werden soll. Die Novelle vom Jahre 1903 brachte die Erfüllung dieses Wunsches. — Im Jahre 1904 wandte sich die Gesellschaft an das Preussische Abgeordnetenhaus mit der Bitte, gelegentlich der Änderungen im Entwurf des Seuchengesetzes die Stadtgemeinden zu verpflichten, daß diese für die Unterbringung der Geschlechtskranken in geeigneten Krankenstationen Sorge zu

tragen haben. Die Abteilungen für die venerischen Affektionen waren früher tatsächlich zumeist die Stieftinder der Krankenhausesverwaltungen; in den letzten Jahren wurde aber auf diesem Gebiet viel gebessert. — Mit Recht kämpft die Gesellschaft gegen einen in unserer Gesetzgebung gelegenen Zwiespalt, der darin besteht, daß die Polizei einerseits die Prostitution zu überwachen und zu reglementieren hat, andererseits aber die Beherbergung einer Prostituierten strafbar ist. Die Gesellschaft richtete daher im Jahre 1909 an die gesetzgebenden Körperschaften die Bitte, in dem neuzugestaltenden Reichsstrafgesetzbuche anzuordnen, daß die Bestrafung der gewerbsmäßigen Prostitution von der Gefährdung der öffentlichen Ordnung, der öffentlichen Gesundheit und des öffentlichen Anstandes abhängig gemacht werde, und daß, ohne die Bordelle zuzulassen, das bloße Vermieten an Prostituierte ohne Ausbeutung derselben straffrei sein soll. — Schließlich hat die Gesellschaft noch wiederholt an die maßgebenden Instanzen Petitionen gerichtet, in denen das Verbot der Behandlung von Geschlechtskranken durch Kurpfuscher gefordert wird, und hat sich zu der Frage der Unterdrückung von Schutzmitteln durch Gesetz und Rechtsprechung in einer Resolution dahin geäußert, daß die Strafbarkeit auf denjenigen beschränkt werden soll, welcher Gegenstände oder Verfahrn, die zum Gebrauch beim Geschlechtsverkehr bestimmt sind, in einer den Anstand gröblich verletzenden Weise öffentlich anpreist.

Ergänzend sei hier bemerkt, daß in manchen Kreisen die Reglementierung der Prostitution für ungerecht (gegenüber dem weiblichen Geschlecht), ja sogar für gefährlich, weil sie dem männlichen Geschlecht eine Sicherheit gegen Ansteckungsgefahr vor- spiegelt, erachtet wird. Auf diesem Standpunkte steht die Internationale abolitionistische Föderation, deren deutscher Zweig fordert, daß die Tätigkeit der Staats- und Polizeigewalt bei der Bekämpfung der geschlechtlichen Unsitlichkeit sich hauptsächlich auf die Bestrafung des verletzten öffentlichen Anstandes,

der öffentlichen Aufforderung zur Ausschweifung und der Kuppelei erstrecken soll, und daß allen die Unzucht betreffenden gesetzlichen Bestimmungen Mann und Frau in gleicher Weise zu unterwerfen sind.

Den genannten Seuchen kommt der Alkoholismus, der überdies oft sowohl zur Tuberkulose wie zu den Geschlechtskrankheiten den Weg bahnt, in seiner die Volksgesundheit untergrabenden Wirkung gleich. Gewiß haftet den Alkoholikern wie den Geschlechtskranken eine eigene Schuld an. Aber andererseits darf nicht übersehen werden, daß bei der Entstehung dieser Volkskrankheiten auch die sozialen Mißstände, namentlich schlechte Wohnungsverhältnisse, und die Mängel in der Gesetzgebung eine große Rolle spielen.

Im Kampf gegen den Alkoholismus muß daher für Aufklärung über die Gefahren beim Alkoholgenuß, für soziale Reformen und für Verbesserungen auf dem Gebiete der Gesetzgebung und Verwaltung gesorgt werden. Hierbei treten zwei Kampfarten, eine strenge und eine mildere, zutage; der ersteren bedient sich die Enthaltensamkeitsbewegung, der letzteren die Mäßigkeitsbewegung.

Nachdem seit den 70er Jahren des 19. Jahrhunderts Ärzte (namentlich Psychiater) und Hygieniker, unter denen Bär, Forel, Kraepelin, Bunge, v. Gruber besonders zu nennen sind, die durch den Alkoholmißbrauch erzeugten schweren Gesundheitschädigungen bei den Trinkern und deren Nachkommenschaft überzeugend dargelegt hatten, war für jene Bewegungen die wissenschaftliche Grundlage geschaffen worden, von der aus sie sich kräftig entwickeln konnten.

Die Abstinenzbewegung ist freilich schon alt; sie hat bereits zu Beginn des 19. Jahrhunderts in Amerika eingesetzt, konnte aber lange Zeit keinen nennenswerten Einfluß ausüben. Im Jahre 1868 wurde der Guttemplerorden in England, 1877 in Norwegen, 1879 in Schweden, dann in Island und Dänemark eingeführt. Von hier gelangte die

Bewegung im Jahre 1888 nach Deutschland, und zwar in verschiedener Gestalt, teils als Zweig des Internationalen Guttemplerordens, teils als Neutraler Guttemplerorden, teils als konfessionelle Abstinentenvereine (Blaues Kreuz; Katholisches Kreuzbündnis), teils als (sozialistischer) Deutscher Arbeiterabstinentenbund.

Die Abstinenten fordern die völlige Enthaltbarkeit gegenüber dem Alkohol; alle ihre Mitglieder müssen sich hierzu verpflichten. Zugleich suchen sie in allen Ländern, in denen sie Fuß gefaßt haben, auf die Gesetzgebung einzuwirken. Sie verlangen, daß es gesetzlich verboten werden soll, alkoholische Getränke zu verkaufen.

Diese Bestrebung hat bereits in zahlreichen amerikanischen Staaten, und zwar zuerst bereits im Jahre 1851 im Staate Maine, zu Verbotsgesetzen geführt. Auch in europäischen Staaten besitzen die Abstinenten unter den Parlamentariern starken Anhang; in den schwedischen, norwegischen und dänischen Parlamenten sitzen zahlreiche organisierte Abstinenten.

Auch im Deutschen Reichstage befinden sich unter den sozialdemokratischen Abgeordneten hervorragende Mitglieder der Enthaltbarkeitsbewegung. Die Abstinenten konnten bis jetzt freilich auf die deutsche Gesetzgebung keinen erkennbaren Einfluß ausüben. Daß sie aber unter den Reichstagsabgeordneten der verschiedensten Parteien Verständnis für ihre Bestrebungen gefunden haben, geht aus dem Ergebnis einer Umfrage hervor, welche Deutschlands Großloge II des J. D. G. L. bei Gelegenheit der Reichstagswahlen im Jahre 1912 unter den Kandidaten veranstaltete. Aus den Antworten der gewählten Kandidaten teilt die Großloge folgendes mit:

„Auf die Frage 1: „Sind Sie bereit, Anträge zu unterstützen, die auf eine Bekämpfung des Alkoholismus hincielen?“ antworteten von 50 befragten Abgeordneten 32 direkt zustimmend.

Auf Frage 2, betr. eventuelle „Unterstützung solcher Anträge, die eine pekuniäre Förderung der alkoholgegnertischen Vereine bezwecken“, antworteten 24 mit glattem „ja“, 16 mit Einschränkungen (z. B.: „wenn die Alkoholbekämpfung wirklich Hauptvereinszweck ist“, oder: „Ist eigentlich Aufgabe der Einzelstaaten“ usw.), 5 gaben unbestimmte Erklärungen ab, 5 sagten „nein“.

„Für ein allgemeines Verbot der Abgabe von Alkohol an Personen unter 15 Jahren“ (Frage 3) erklärten sich 32 Abgeordnete unbedingt, 10 allgemein zustimmend, 2 hatten gewisse Bedenken.

„Den Gemeinden einen größeren Einfluß auf die Konzessionierung des Alkoholausschanks einzuräumen und den interessierten Gemeindegliedern (z. B. Nachbarn, sozialen Vereinen usw.) eine Einspruchsmöglichkeit zu schaffen“ (Frage 4), erklärten sich nur 8 bereit; 21 waren unbedingt dagegen, 21 blieben in ihren Äußerungen unbestimmt. Die Gegnerschaft wurde hier fast stets mit einem Hinweis darauf begründet, daß bei einer Verwirklichung dieses Antrages leicht das Gegenteil dessen eintreten könnte, was damit bezweckt werden sollte.

„Für eine Konzessionierung des Flaschenbierhandels“ (Frage 5) erklärten sich 15 Abgeordnete bestimmt. Der Rest nahm zu dieser Frage keine klare Stellung.“

Den Mäßigkeitsgedanken vertritt bei uns der Deutsche Verein gegen den Mißbrauch geistiger Getränke. Der Verein, der im Jahre 1883 (also früher als die deutschen Abstinenzorganisationen) gegründet wurde, kämpft mit allen ihm zu Gebote stehenden Mitteln gegen den Mißbrauch der geistigen Getränke in Deutschland und seinen Kolonien. Von den Mitgliedern wird völlige Enthaltbarkeit gegenüber Wein, Bier oder Brauntwein nicht verlangt; erstrebt werden „bessere Anschauungen, bessere Sitten, bessere Einrichtungen, bessere Gesetze“. Bei seinen Forderungen berücksichtigt der Verein auch die Tatsache, daß der Staat und die Gemeinden nach ihrer gegenwärtigen politischen und ökonomischen Lage leichter den Mäßigkeitsgedanken als die Enthaltbarkeit unterstützen können.

Der Deutsche Verein hat zahlreiche Eingaben an Behörden und an die gesetzgebenden Körperschaften gerichtet, so an die Eisenbahn-, Militär- und andere Verwaltungen (Krankenkassen, Landes-

versicherungsanstalten) betreffs Mitarbeit, an die deutschen Ministerien des Innern betreffs der Animerkneipen, an die Städte mit mehr als 20 000 Einwohnern betreffs Aufnahme der Trinkerfürsorge in das kommunale Arbeitsprogramm, an das Reichsschatzamt betreffs des Brausteuer- und Weinsteuergesetzes sowie des Gesetzes über den Zwischenhandel mit Branntwein, und schließlich an die gesetzgebenden Körperschaften gelegentlich der Beratungen der Reichsversicherungsordnung betreffs der sich auf die Trinker beziehenden Krankentassenleistungen.

C. Sozialpolitische Organisationen.

Neben den Organisationen, die sich ausschließlich auf dem Gebiete der Hygiene betätigen, üben noch zahlreiche andere Körperschaften einen großen Einfluß auf die Gestaltung der gesundheitlichen Zustände aus. Hier kommen vor allem die Vereine, die sich der Sozialpolitik widmen, in Betracht; denn die Gesundheitspolitik stellt, namentlich soweit sie sich mit der Verbesserung der sozialhygienischen Verhältnisse befaßt, einen Zweig der Sozialpolitik dar. Wir müssen aber hierbei wieder zwischen den Organisationen, die sich auf einem, und solchen Vereinen, die sich auf mehreren Gebieten der sozialen Politik betätigen, unterscheiden. Naturgemäß werden hier nur solche sozialpolitischen Bestrebungen berücksichtigt werden, bei denen ein starker hygienischer Einschlag zu bemerken ist; überdies können wir, im Hinblick auf den verfügbaren Raum, nur die wichtigsten Vereinigungen hervorheben.

Die älteste und wohl auch bedeutendste Organisation auf diesem Gebiet ist der Verein für Sozialpolitik, dessen Entstehungs- und Entwicklungsgeschichte derjenigen des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege ähnelt. Nachdem im Jahre 1872 von hervorragenden Nationalökonomern und praktischen Sozialreformern, darunter Roscher, Adolf Wagner, F. Conrad, Brentano, Max Hirsch, Fr. Dunder, Miquel, Lasfer, Jordanbeck, die erforder-

lichen Vorbereitungen für einen „Kongreß für soziale Reform“ getroffen waren, wurde im Oktober 1873 der „Verein für Sozialpolitik“ gegründet. Man wollte die bestehenden Verhältnisse erforschen, die Ansichten durch Aussprache klären und nach Maßnahmen zur Abhilfe der sozialen und wirtschaftlichen Schäden sinnen. In den ersten Jahren suchte der Verein unmittelbar auf die Politik einzuwirken. Aber dies führte zu heftigen Differenzen bei den den verschiedensten politischen Parteien und wirtschaftlichen Organisationen angehörenden Vereinsmitgliedern. Darum wandte man vom Jahre 1881 an seine Haupttätigkeit der wissenschaftlichen Erforschung und Schriftenpublikation zu; der Verein wollte, als „objektiver Anwalt für die berechtigten Forderungen der Notleidenden“, sich nunmehr darauf beschränken, den gesetzgebenden Körpern Material und Vorstudien zu übermitteln.

Zu Beginn der Vereinstätigkeit standen die Fragen des Arbeiterschutzes und -rechtes auf der Tagesordnung. Besonders lebhaft wurden wiederholt die Probleme der Handelspolitik sowie deren Einwirkungen auf die Nahrungsmittelpreise und auf die Lebenshaltung der Arbeiter diskutiert. Vor allem aber hat sich der Verein, und zwar noch früher als der Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege, mit dem Wohnungswesen befaßt; dieser Gegenstand wurde vielfach behandelt, wobei besonders zu erwähnen ist, daß auf der Vereinsversammlung im Jahre 1886 der damalige Oberbürgermeister Miquel zuerst den Gedanken eines Reichswohnungsgesetzes aussprach und hiermit fast allseitigen Beifall bei den Versammelten fand.

Die Arbeit des Vereins für Sozialpolitik hat auf die Gesetzgebung und Verwaltung einen gewissen Einfluß ausgeübt. So wurden insbesondere bei der Gestaltung des Arbeiterschutzgesetzes vom Jahre 1878 die Forderungen dieser Organisation (wie auch diejenigen des Deutschen Vereins für öffent-

liche Gesundheitspflege) berücksichtigt; ferner haben die Anregungen des Vereins zu wertvollen Verordnungen mancher Einzelstaaten auf dem Gebiete des Wohnungswesens geführt. Aber in der letzten Zeit stand doch die sozialpolitische Tätigkeit hinter der sozialwissenschaftlichen zurück. In dieser Feststellung soll keine Verkleinerung liegen. Denn die Verhandlungen und Publikationen des Vereins haben unzweifelhaft einen hohen Wert, oft auch für die Hygiene; es seien z. B. die vor wenigen Jahren erschienenen Arbeiten über Auslese und Anpassung der Arbeiter in den Fabrikindustrien erwähnt, denen man unter anderem erstmalig wichtige Angaben über die Leistungsfähigkeit der Arbeiter in den einzelnen Altersklassen entnehmen konnte.

Aber das Bedürfnis nach einer Organisation, die sich unmittelbar der sozialen Praxis, d. h. der direkten Anbahnung des sozialen Fortschrittes widmete, machte sich immer mehr geltend. So gründete man im Jahre 1901 die „Gesellschaft für Soziale Reform“. Sie will durch Aufklärung in Wort und Schrift den Ausbau der Gesetzgebung und der Selbsthilfemaßnahmen fördern und dadurch die soziale Reform auf dem Gebiete der Arbeiter- und Angestelltenfragen in Deutschland erwirken.

Die Gesellschaft, deren Vorsitzender der frühere preussische Minister v. Berlepsch ist, und deren Ausschuß die bedeutendsten Sozialreformer aller Parteien angehören, hält jährlich eine Hauptversammlung, die der Erörterung sozialer Probleme dient, ab.

Unter den Themen dieser Verhandlungen, deren Wortlaut veröffentlicht wird, sowie unter den sonstigen Gegenständen, über welche die Gesellschaft Schriften publiziert hat, seien folgende erwähnt: Arbeiterschutz in Gast- und Schankwirtschaften (1902); Herabsetzung der Arbeitszeit für Frauen und die Erhöhung des Schutzesalters für jugendliche Arbeiter in Fabriken (1903); Arbeiterkonsumvereine (1903); Gesetz betr. Kinderarbeit in den gewerb-

lichen Betrieben (1905); acht Gutachten über die Sonntagsruhe im Handelsgewerbe (1905); Untersuchungen über die Hausindustrie in Deutschland (1906); Die Privatbeamten und die Versicherungsgesetzgebung (1909); Die wirtschaftliche und soziale Lage der Privatangestellten (1910); Die jugendlichen Arbeiter in Deutschland (Schädigung von Leben und Gesundheit der Jugendlichen) (1911); Die Schulpfandung in Groß-Berlin (1912).

Die Gesellschaft hat mehrfach Erhebungen, die für die Kenntnis der sozialhygienischen Zustände von hoher Bedeutung sind, durchgeführt oder bei den Behörden angeregt. Als Beispiele seien genannt die Umfrage über die soziale Lage der Privatangestellten und die Untersuchung der deutschen Gewerbeaufsichtsämter betreffs der Nachtarbeit jugendlicher Personen.

Aber auch durch Eingaben an die gesetzgebenden Instanzen sucht die Gesellschaft Einfluß auf die Gestaltung der sozialen Verhältnisse auszuüben.

Die Petitionen, die besonders hervorzuheben sind, betrafen die Arbeitsverhältnisse auf den Staatsbahnhöfen und in den Speisewagen (1911), den Arbeitsnachweis und Arbeiterschutz im Gastwirtsgererbe (1911), das Verbot der Nachtarbeit jugendlicher Arbeiter in Hammer- und Walzwerken, desgleichen in der Glasindustrie (1911), die Arbeitszeit und Pausen in den Betrieben der Großindustrie (1912), die Einrichtung bzw. den Ausbau der Schulpfandung (1912) und schließlich das Reichsversicherungsgesetz (1913).

— In geeigneten Fällen werden die Petitionen der Gesellschaft auch von den christlichen Gewerkschaften sowie von den Hirsch-Dunderschen Gewerkvereinen mitunterzeichnet; dagegen halten sich die freien Gewerkschaften der Gesellschaft für soziale Reform fern.

Die Gesellschaft für soziale Reform stellt zugleich die deutsche Sektion der Internationalen Vereinigung für gesetzlichen Arbeiterschutz dar.

Die Anregungen, welche die schon wiederholt erwähnte Berliner Internationale Arbeiterschutzkonferenz vom Jahre 1890 ausgestreut hatte, führten zu manchen hygienischen Maßnahmen in einigen Staaten. Aber viele berechnete und durchführbare Forderungen blieben unerledigt. Darum grün-

deten Sozialreformer der verschiedensten Kulturstaaten im Jahre 1901 die Internationale Vereinigung für gesetzlichen Arbeiterschutz, deren Sitz in der Schweiz ist.

Die Vereinigung soll ein Bindeglied sein für alle, die in den einzelnen Industriestaaten die Arbeiterschutzgesetzgebung als Notwendigkeit erachten. Zur Sammlung der Arbeiterschutzgesetze aller Länder wurde ein Internationales Arbeitsamt, mit dem Sitz in Basel, errichtet. Die Vereinigung will durch Denkschriften oder in anderer Weise das Studium der Frage fördern, wie die verschiedenen Arbeiterschutzgesetzgebungen in Übereinstimmung gebracht werden können, und wie eine internationale Arbeiterstatistik einzurichten ist. Eine der wichtigsten Aufgaben der Vereinigung ist die Einberufung internationaler Arbeiterschutzkongresse.

Die Vereinigung lenkte zunächst ihr Augenmerk auf zwei Gegenstände: 1. das internationale Verbot der Nachtarbeit der Frauen und 2. das Verbot der Verwendung von giftigem Phosphor in der Zündholzindustrie. Nachdem diese Fragen gründlich studiert waren, faßte die Vereinigung geeignete Beschlüsse. Der Durchführung derselben waren dadurch, daß bei der Gestaltung der Resolutionen Regierungsvertreter, Wissenschaftler, Arbeiter und Unternehmer zusammenwirkten, die Wege geebnet. So kam es auf der im Jahre 1906 zu Bern veranstalteten diplomatischen Internationalen Konferenz über Arbeiterschutz zu einem Übereinkommen, auf Grund dessen mittlerweile in fast allen Kulturstaaten die Nachtarbeit der Frauen sowie die Verwendung von Phosphor bei der Herstellung von Zündhölzern verboten sind. — Eine zweite Konferenz, die im Jahre 1913 zu Zürich getagt hat, brachte weitere Verbesserungen der Arbeitsverhältnisse, insbesondere für die jugendlichen Arbeiter und Frauen.

Ferner ist zu erwähnen, daß die Internationale Vereini-

gung für gesetzlichen Arbeiterschutz mehrere Eingaben betreffend die Bekämpfung der Bleivergiftung sowie der Gaißonkrankheit ausgearbeitet hat, und daß vom Internationalen Arbeitsamt (außer seinem periodisch erscheinenden Organ, dem Bulletin des Internationalen Arbeitsamtes) mehrere wertvolle Schriften, z. B. „Erster vergleichender Bericht über die zur Durchführung der Arbeiterschutzgesetze getroffenen Maßnahmen“, ferner „Liste der gewerblichen Gifte“ veröffentlicht worden sind.

Zu den für uns in Betracht kommenden sozialpolitischen Organisationen gehört auch der Deutsche Verein für Armenpflege und Wohltätigkeit. Der im Jahre 1881 gegründete Verein bildet einen Mittelpunkt für alle Bestrebungen auf dem Gebiete der Armenpflege und Wohltätigkeit; gegenseitige Aufklärung, Anbahnung und Beeinflussung von Reformbestrebungen, Förderung der Wissenschaft des Armenwesens, Verbreitung gesunder Grundsätze in der Praxis von Armenpflege und Wohltätigkeit stellen seine Hauptaufgaben dar.

Der Verein veranstaltet alljährlich eine Versammlung und gibt Schriften heraus.

Hierbei wurden oft sozialhygienische Themen behandelt, von denen folgende genannt seien: Armenpflege und Arbeiterversicherung (1895); Fürsorge für arme Schulkinder durch Speisung bzw. Verabreichung von Nahrungsmitteln (1896); Fürsorge für die schulentlassene Jugend (1897); Aufgaben der Armenpflege gegenüber trunksüchtigen Personen (1901); Ziehkinderverwesen (1902); Aufgaben der Armenpflege bei der Bekämpfung der Tuberkulose (1904); Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit (1905); Berufsvormundschaft (1907); Mutterschutz und Mutterschaftsversicherung (1908); Fürsorge für die normale volkschulentlassene männliche städtische Jugend (1908); Schulspeisung (1909).

Die Teilnahme zahlreicher Behörden, insbesondere der städtischen Armenverwaltungen, an den Bestrebungen des Vereins verleiht dessen Verhandlungen eine nachhaltige Wirkung.

Eine für die Hygiene sehr wertvolle Arbeit leistet auch die Zentralstelle für Volkswohlfahrt. Sie ist im Jahre 1891 als Zentralstelle für Arbeiterwohlfahrts-Einrichtungen gegründet worden, dehnte aber ihre Tätigkeit so weit aus, daß die im Jahre 1906 erfolgte Namensänderung geboten erschien.

Der Zentralstelle, die unter Beteiligung des preussischen Ministeriums für Handel und Gewerbe und der öffentlichen Arbeiten sowie einer Anzahl größerer Wohlfahrtsvereine ins Leben gerufen wurde, schlossen sich im Laufe der Jahre weitere Behörden des Reiches und der einzelnen Bundesstaaten sowie Kommunalverwaltungen, Handels- und Gewerkekammern, Vereine, Industriefirmen und Privatpersonen an. Die Aufgaben der Zentralstelle bestehen insbesondere darin, eine Verbindung zwischen den mannigfaltigen freien Organisationen auf dem Gebiet der Wohlfahrtsbestrebungen herzustellen, über die Entwicklung der Wohlfahrtspflege im In- und Auslande den beteiligten Regierungen fortlaufend zu berichten und auf Wunsch einer Regierung Gutachten zu erstatten, Vorschläge auszuarbeiten und bei der Vorbereitung von Gesetzentwürfen oder Verwaltungsanordnungen mitzuwirken.

Von der Zentralstelle wird das Gesamtgebiet der Volkswohlfahrt, das in vier Abteilungen eingeteilt ist, bearbeitet; eine dieser Abteilungen ist der Hygiene gewidmet.

Um auch das für die Beurteilung der ausländischen Verhältnisse notwendige Material zu erhalten, steht die Zentralstelle mit gleichgearteten Organisationen im Auslande — Musée social in Paris, British Institute of Social Service in London, Institute of Social Service in New York, Bureau voor Soziale Advizen in Amsterdam, Soziales Museum in Budapest, Zentralbund für soziale Arbeit in Stockholm, Soziales Sekretariat und Bibliothek in Kopenhagen in Verbindung.

Auch die Zentralstelle veranstaltet alljährlich Konferenzen und gibt Schriften heraus.

Hierbei wurden vielfach sozialhygienische Themen berücksichtigt, von denen folgende angeführt seien: Die Verbesserung der Wohnungen (1892); Die zweckmäßige Verwendung der Sonntags- und Feiertage (1892); Die planmäßige Schwindsuchtbekämpfung durch Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke (1897); Die ländlichen Arbeiterwohnungen (1897); Die Fürsorge für Säuglinge (1899); Bau und Errichtung von Kleinwohnungen (1900); Unterbringung bedürftiger Kranker in Heilstätten, Heimstätten und Genesungsheimen (1902); Schlafstellen- und Ledigenheime (1904); Die Belehrung der Arbeiter über die Giftgefahren in gewerblichen Betrieben (1905); Die Förderung und Ausgestaltung der hauswirtschaftlichen Unterweisung (1908); Fürsorge für die schulentlassene Jugend, namentlich im Anschluß an die Fortbildungsschule (1909); Die Ernährungsverhältnisse der Volksschulkinder (1909).

Schließlich seien hier noch zwei hervorragende konfessionelle Organisationen genannt, welche sich, aus sittlichen und religiösen Motiven, auf sozialpolitischem Gebiete betätigen und hierbei auch öfters sozialhygienische Fragen behandeln; dies sind der Evangelisch-soziale Kongreß und der katholische Verband für soziale Kultur und Wohlfahrtspflege (Arbeiterwohl).

Der Evangelisch-soziale Kongreß, der erstmalig im Jahre 1890, hauptsächlich auf das Betreiben des Hospredigers Stöcker und des Nationalökonomten Adolf Wagner, zusammentrat, erörterte u. a. folgende Themen:

Die Arbeiterschutzgesetzgebung (1890); Die Wohnungsnot der arbeitenden Klasse und ihre Abhilfe (1890); Die soziale Lage der Frauen (1895); Nationale Wohnungsreform (1896); Die moderne Wohnungsnot in Stadt und Land und ihre planmäßige Bekämpfung (1900); Die weibliche Heimarbeit (1904); Fabrikarbeit und Frauenleben (1910).

Der Verband Arbeiterwohl wurde im Jahre 1880 gegründet. Er erstrebt die Förderung des sozialen Fortschrittes auf dem Boden des Christentums; seinen Zweck sucht er insbesondere durch Herausgabe der Zeitschrift „Soziale Kultur“,

in welcher man oft wertvolle Aufsätze hygienischen Inhalts findet, sowie durch Veranstaltung von Konferenzen zur Klärung und Bearbeitung schwieriger Fragen auf dem Gebiete der praktischen Sozialpolitik und der Wohlfahrtspflege in Stadt und Land, unter Festlegung ihrer Ergebnisse in Denkschriften und Eingaben, zu erreichen. Zur Erörterung gelangten namentlich Fragen des Arbeiterschutzes sowie der Wohnungs- und Krankenfürsorge.

Bei der Erörterung derjenigen Organisationen, die sich nur einem Zweige der Sozialpolitik widmen, müssen wir uns, den Raum berücksichtigend, auf die Vereinigungen, welche Verbesserungen der Wohnungsverhältnisse oder des Nahrungswesens anstreben, beschränken.

Die Wohnungsverhältnisse haben sich aus verschiedenen Gründen verschlechtert. Aber eine der Hauptursachen stellt die Verteuerung des Bodens, die durch eine geeignete Gesetzgebung zu vermeiden oder zu hemmen gewesen wäre, dar. Diesen Zusammenhang zwischen dem Wohnungselend und der (insbesondere durch Spekulation künstlich hervorgerufenen) Steigerung des Bodenpreises hat der Amerikaner Henry George in dem 1878 erschienenen Werk „Progress and Poverty“ mit allem Nachdruck dargelegt. Seine Lehre war der Ausgangspunkt der Bodenreformbewegung, die von Amerika zuerst nach England kam, dann aber auch in Deutschland unter der Führung von Damaschke eine sehr große Anhängerschaft fand. Der Bund deutscher Bodenreformer „tritt dafür ein, daß der Grund und Boden, diese Grundlage aller nationalen Existenz, unter ein Recht gestellt werde, das seinen Gebrauch als Werk- und Wohnstätte befördert, das jeden Mißbrauch mit ihm ausschließt, und das die Wertsteigerung, die er ohne die Arbeit des einzelnen erhält, möglichst dem Volksganzen nutzbar macht“. Der Bund fordert daher insbesondere 1. den Erlass eines

Wohnungsgesetzes, das die übermäßige und daher die Gesundheit gefährdende Ausnützung des Bodens und der Wohnräume verhindert, 2. die Besteuerung des unbebauten städtischen Bodens nach dem wahren Wert (nicht nach dem Nutzungswert) und 3. die Besteuerung bei allen Wertsteigerungen, die durch Verbesserungen auf öffentliche Kosten entstanden sind. Die deutschen Bodenreformer haben bereits ansehnliche Erfolge aufzuweisen, was wir im nächsten Abschnitt bei der Erörterung der Wohnungsgesetzgebung zu behandeln haben werden.

So bedeutungsvoll für die Herstellung billiger und gesunder Wohnungen der Bodenpreis ist, so wichtig ist es auch, zu verhüten, daß durch die Baukosten die Miete nicht unnötig verteuert wird. Darum ist es erforderlich, daß man ein geeignetes Bauystem wählt, und daß eine große Anzahl von Wohnhäusern gleichzeitig gebaut wird. Dieser Aufgabe vermag in der Regel der private Bauunternehmer nicht gerecht zu werden. Darum gründeten sozial denkende Männer gemeinnützige Baugenossenschaften. Eine der ältesten und bedeutendsten Organisationen dieser Art ist die im Jahre 1890 gebildete Aktienbaugesellschaft für kleine Wohnungen zu Frankfurt, die eine umfangreiche Bautätigkeit entfaltet hat. Ebenso hat man schon vor vielen Jahren zahlreiche Bauvereine im Rheinland ins Leben gerufen. Gegenwärtig hat das Baugenossenschaftswesen in ganz Deutschland eine ansehnliche Ausdehnung gefunden, womit aber keineswegs behauptet werden soll, daß dadurch die erforderliche Ziffer von Kleinwohnungen hergestellt worden ist.

Wie auf allen Zweigen des Fürsorgewesens, so hat sich auch auf dem Gebiete der Wohnungsfürsorge das Bedürfnis der Zentralisation geltend gemacht. Bahnbrechend war hierbei die im Jahre 1897 erfolgte Gründung des Rheinischen Vereins zur Förderung des Arbeiterwohnungs-

wesens. Diese Organisation stellte einen Mittelpunkt dar, an welchem alle Erfahrungen über das Kleinwohnungswesen gesammelt und allen Interessenten zugänglich gemacht wurden; der Verein hat dadurch auf die Gestaltung der Wohnungsverhältnisse in den unbemittelten Kreisen befruchtend gewirkt. Nach seinem Vorbilde wurden in mehreren Staaten Landeswohnungsvereine, zuerst in Hessen, dann in Bayern und Baden ins Leben gerufen.

Eine ganz besonders hohe hygienische Bedeutung wohnt der Gartenstadtbewegung inne. Im Jahre 1898 veröffentlichte der Londoner Schriftsteller Ebenezer Howard in seinem Buch „To morrow“ den Plan zur Gründung von Gartenstädten, welche nach hygienischen Gesichtspunkten angelegte Siedlungen werden und die Verbindung der städtischen Kultur mit den Annehmlichkeiten des Landlebens herbeiführen sollen. Veranlaßt durch dieses Buch entstand ein Jahr darauf in London die Garden City Association, welche 10 Meilen von der englischen Hauptstadt entfernt die Siedlung Letchworth schuf und dadurch den Gedanken Howards in allen wesentlichen Punkten verwirklichte. — Von England kam die Gartenstadtbewegung auch nach Deutschland; sie hat sich aber bei uns bisher damit begnügt, sog. Gartenvorstädte, d. h. Kolonien von Kleinhäusern an der Peripherie von Großstädten, anzulegen.

Während die Hauptarbeit dieser Organisationen in der Herstellung von Wohnungen bzw. in der Anregung hierzu liegt, suchte der im Jahre 1898 gegründete Verein Reichswohnungsgesetz vor allem die legislatorischen Maßnahmen zu beeinflussen. Dieser Verein, der jetzt den Namen Deutscher Verein für Wohnungsreform führt, will durch wissenschaftliche Tätigkeit, durch Agitation, Schaffung und Förderung von Organisationen u. a. m. auf eine durchgreifende Vertheuerung der Wohnungs- und An-

siedlungsverhältnisse im ganzen Reiche hinwirken; er gibt das wertvolle „Jahrbuch der Wohnungsreform“ heraus und hat bereits mehrere Wohnungskongresse angeregt.

Trotzdem im Interesse der Volksgesundheitspflege die Sorge für gute und billige Nahrungsmittel noch wichtiger ist, als die Beschaffung einwandfreier Wohnungen zu geringem Preise, so finden sich doch nur verhältnismäßig wenig Organisationen, welche sich auf diesem Gebiete betätigen. Der Grund hierfür liegt wohl darin, daß in Deutschland die Preise für die Lebensmittel hauptsächlich von der jeweiligen Handelspolitik abhängen. Die Gestaltung der Zölle ist aber eine Hauptaufgabe der politischen Parteien, so daß besondere Vereine für diesen Zweck als überflüssig erachtet wurden. Es ist zwar trotzdem der Handelsvertragsverein gegründet; er entfaltet aber nur eine geringe Wirksamkeit im öffentlichen Leben. Auf die Tätigkeit der politischen Parteien kommen wir noch zu sprechen.

Der Nahrungsmittelpreis wird jedoch naturgemäß nicht lediglich von der Höhe des Zolles, sondern auch von den vielen anderen Faktoren, insbesondere vom Zwischenhandel beeinflusst. Um diesen möglichst auszuschalten, gründete man, zuerst in England, Konsumgenossenschaften.

„Es bedeutete einen Markstein der sozialen Geschichte, als an einem dunklen Dezemberabend des Jahres 1844 der Auld Wayvers Shop in Toad Street in der kleinen Stadt Rochdale eröffnet wurde, als unter dem Hohngelächter der Straßenjugend von Rochdale, dem Spott neugieriger Kaufleute und den gleichgültigen Bemerkungen der Vorübergehenden die Läden eines im Erdgeschoß einer Spintergasse gelegenen Magazins vorsichtig in die Höhe gezogen und winzig kleine Quantitäten an Butter, Zucker, Mehl und Hafermehl in dem Schaufenster sichtbar wurden.“ (Sombart.)

Aus kleinen Anfängen haben sich die englischen Konsumvereine zu Organisationen, die jetzt gegen 3 Millionen Mitglieder besitzen und einen Jahresumsatz von 1½ Milliarde aufweisen, entfaltet. In Deutschland hat der Konsumvereins-

gedanke erst viel später Boden gefaßt; aber die Entwicklung ging dann sehr schnell vorwärts. Die großen Organisationen haben sich zum Zentralverband deutscher Konsumvereine zusammengeschlossen. Die Zahl der Mitglieder aller Konsumvereine in Deutschland wird auf 2 Millionen veranschlagt; ihr Jahresumsatz wird auf $\frac{1}{2}$ Milliarde geschätzt.

Die Konsumvereine, deren Mitglieder den verschiedensten politischen Parteien angehören, verhalten sich offiziell gegenüber der Handelspolitik neutral; aber sie sind so stark an der Gestaltung der Einkaufspreise interessiert, daß wohl doch, wenn auch nur mittelbar, versucht wird, einen Einfluß auf die Erledigung der Zollfragen auszuüben.

Zum Anschluß an die Genossenschaften sei noch kurz die Wirksamkeit der Gewerkschaften auf dem Gebiet der Gesundheitspolitik beleuchtet. In dem Gegenwartsstaat ist jeder Arbeitgeber berechtigt, aus seinem Unternehmen einen möglichst großen Nutzen für sich zu ziehen, sei es auch auf Kosten der Arbeitergesundheit. Wir besitzen zwar Arbeiterschutzgesetze, auf die wir noch ausführlich zu sprechen kommen; aber schon hier sei betont, daß sie sich nur gegen die schlimmsten Mißstände richten. Manche für die Gesundheit überaus wichtigen Faktoren, vor allem die Höhe der Löhne, die Dauer der Arbeitszeiten, sowie auch Verbesserungen im Betriebe zum Schutze der Arbeiter, unterliegen der freien Vereinbarung zwischen dem Arbeiter und dem Unternehmer. Da der einzelne Arbeitnehmer gegenüber dem kapitalkräftigen Arbeitgeber zu schwach ist, so war der Zusammenschluß der Arbeiter erforderlich.

Der Koalitionsgedanke wurde in England bereits vor Beginn des 19. Jahrhunderts verwirklicht; von dort kam er in den 60er Jahren, als in Deutschland die Industrie sich immer mehr ausdehnte, auch zu uns. Die deutschen Gewerkschaften haben sich aber in den letzten Jahren so kraftvoll ent-

wickelt, daß sie die viel älteren Trades Unions an Zahl weit überflügelt haben.

Die deutschen Organisationen sind hauptsächlich in die freien Gewerkschaften (2½ Millionen Mitglieder), in die christlichen Gewerkschaften (344 000 Mitglieder) und in die Hirsch-Dunker'schen deutschen Gewerkvereine (109 000 Mitglieder) einzuteilen. Die Gruppierung wird durch die parteipolitische Stimmung erzeugt. Die Gewerkschaften haben nämlich jeweils Anschluß bei den politischen Parteien gesucht und gefunden, eine Taktik, welche Licht, aber auch Schattenseiten für die Tätigkeit der Gewerkschaften auf dem Gebiet der Arbeiterwohlfahrt und im besonderen der Arbeitergesundheitspflege in sich birgt.

Die für die Hygiene wichtigen Leistungen der Gewerkschaften sind in den einzelnen Ländern, je nach den staatlichen Maßnahmen, deren Lücken die Organisationen auszufüllen bestrebt sind, verschiedenartig. Aber fast alle Gewerkschaften gewähren ansehnliche Beträge für Arbeitslosen- und Krankenunterstützungen; hierin liegt, neben ihrer Wirksamkeit im Interesse besserer Arbeitsbedingungen, ihre Hauptbedeutung für die Gesundheitspflege. Ferner ist zu betonen, daß die Gewerkschaften auch dahin streben, das allgemeine Bildungsniveau ihrer Mitglieder zu heben und sie über hygienische Fragen aufzuklären.

Wie die Arbeiter, so haben sich auch andere Stände, so die Handlungsgehilfen, die Privatbeamten, die technisch-industriellen Angestellten, die Beamten u. a. m., in Berufsvereinen zusammengeschlossen, um zu besseren Arbeitsbedingungen zu gelangen; auch der Tätigkeit dieser Organisationen wohnt ein gesundheitspolitischer Wert inne.

Schließlich sei noch kurz die Wirksamkeit der politischen Parteien hervorgehoben. In konstitutionellen Staaten kann ohne das Parlament, dessen Mitglieder ja fast ausnahmslos

aus den politischen Parteien hervorgehen, kein Gesetz, also auch kein Hygienegesetz verabschiedet werden. Alle legislatorischen Maßnahmen, die der Gesundheitspflege dienen, sind mithin auch den politischen Parteien zu verdanken. Bemerkenswert sei hierbei, daß die Tätigkeit der Parlamentsmitglieder nicht nur in der Mitarbeit an den Gesetzentwürfen der Regierungen besteht; die Abgeordneten können auch Initiativanträge stellen und Resolutionen fassen. So liegt z. B. gegenwärtig dem Reichstage ein von Abgeordneten unterbreiteter Gesetzentwurf, der sich auf die Bekämpfung des Geburtenrückganges bezieht, vor. So wenig aber das Parlament einen Entwurf der Regierung anzunehmen braucht, so wenig ist diese verpflichtet, den Wünschen des Reichstages zu entsprechen. Im Jahre 1913 hat z. B. der Reichstag beschlossen, die Regierung um die Vorlage eines Reichsgesetzes zur Bekämpfung der Tuberkulose zu ersuchen; die Regierung hat aber darauf die Antwort kundgegeben, daß es nach ihrer Meinung eines solchen Reichsgesetzes nicht bedarf. Zur Verabschiedung eines Gesetzes ist eben die Verständigung der Regierung mit der Parlamentsmehrheit erforderlich.

Von der Zusammensetzung der Parlamentsmajorität hängt daher sehr viel, in parlamentarisch regierten Ländern so gut wie alles ab. Es ist mithin auch für die Gestaltung der Hygienegesetzgebung höchst bedeutungsvoll, welche Parteien die Mehrheit bilden. Denn die einzelnen Parteien unterscheiden sich in ihrer Stellung zu hygienischen Fragen sehr erheblich, allerdings nicht gegenüber gesundheitlichen Problemen, welche die Gesamtheit der Bevölkerung betreffen, wie z. B. bei der Bekämpfung der akuten Seuchen, wohl aber gegenüber solchen Gebieten der Hygiene, die mit wirtschafts- oder sozialpolitischen Bestrebungen zusammenhängen. Bei sozialhygienischen Fragen scheiden sich die Geister in den Parlamenten nach den jeweiligen Parteiprogrammen.

Darum wollen wir uns einmal die Programme der großen politischen Parteien hinsichtlich der hygienischen Forderungen, die sie an den Staat richten, ansehen. Die Konservativen stehen sozialpolitisch auf dem Boden der kaiserlichen Botschaft vom Jahre 1881, „welche die Grundsätze praktischen Christentums in der Gesetzgebung zur Geltung bringt“. Ferner wünschen sie die Erhaltung eines kräftigen Bauernstandes, eine Forderung, die der Hygieniker nur billigen kann; aber gegen den von dieser Partei verlangten „ausreichenden Zollschutz“ wird er Bedenken hegen, während er andererseits zustimmen kann, daß „dem Mißbrauch des Börsengeschäftes als Spielgeschäft, namentlich in den für die Volksernährung wichtigen Artikeln entgegengetreten“ werden soll. Sonstige mit der Hygiene in Zusammenhang stehende Punkte findet man weder im Programm der Konservativen, noch in dem der Freikonservativen. — Die Zentrumsparthei hat seit langer Zeit kein Programm veröffentlicht. Aus ihren Wahlprogrammen ersieht man aber (was auch ihre Tätigkeit im Reichstage bekundet), daß sie einerseits für Nahrungsmittelzölle, andererseits mit Nachdruck für Fortschritte auf dem Gebiet des Arbeiterschutzes und der Arbeiterversicherung eintreten. — Die Nationalliberalen nehmen dem Programm nach keine bestimmte Stellung zur Handels- und Zollpolitik ein, haben jedoch tatsächlich unsere gegenwärtige Zollgesetzgebung gemeinsam mit den Rechtsparteien geschaffen. Aber nach nationalliberalen Wünschen sollen „die Kosten der Volksernährung im erträglichen Verhältnis zum Arbeitseinkommen stehen“. Auch sie fordern die „Bildung neuer bäuerlicher Stellen durch gesetzliche und Verwaltungsmaßnahmen der inneren Kolonisation“. Auf sozialpolitischem Gebiete treten sie ein für weitere Entwicklung der Gewerbeaufsicht, für Vereinfachung und Verbilligung der Arbeiterversicherung, für Ausbau des Arbeiterschutzes, namentlich im Interesse der in

der Heimindustrie tätigen weiblichen und jugendlichen Personen, sowie für staatliche Unterstützung der Bestrebungen, welche dem Bau gesunder, billiger Wohnungen für Unterbeamte und Arbeiter dienen. — Die Fortschrittliche Volkspartei fordert: schrittweise Herabsetzung der Lebensmittel wie der Industriezölle, Zusammenwirken von Gesetzgebung, Verwaltung und Selbsthilfe zur Hebung der wirtschaftlichen und sozialen Lage der Lohnarbeiter und Angestellten, Ausbau des Arbeiterschutzes, vor allem zugunsten der Frauen und Kinder sowie für die Hausindustrie, Vereinfachung und Verbesserung der Reichsversicherungsgesetzgebung unter Wahrung der Selbstverwaltung, Maßnahmen zur Sicherung gegen unverschuldete Arbeitslosigkeit, Förderung der Gesundheitspflege, vor allem durch Beseitigung der Mißstände im Wohnungswesen, Förderung internationaler Vereinbarungen zum Schutze der Arbeitnehmer und des heimischen Wirtschaftslebens. — Die am weitesten gehenden Wünsche, die zwar für absehbare Zeiten unerreichbar, aber vom Standpunkte der Hygiene aus zu billigen sind, hat die Sozialdemokratie in dem sog. Erfurter Programm niedergelegt. Dort wird gefordert: Unentgeltlichkeit der ärztlichen Hilfeleistung einschließlich der Geburtshilfe und Heilmittel, Abschaffung aller indirekten Steuern, Zölle und sonstigen wirtschaftspolitischen Maßnahmen, welche die Interessen der Allgemeinheit den Interessen einer bevorzugten Minderheit opfern, wirksame nationale und internationale Arbeiterschutzesgesetzgebung (Festsetzung eines höchstens 8 Stunden betragenden Normalarbeitstages; Verbot der Erwerbsarbeit für Kinder unter 14 Jahren; Verbot der Nachtarbeit, außer für solche Industriezweige, die ihrer Natur nach, aus technischen Gründen oder aus Gründen der öffentlichen Wohlfahrt Nachtarbeit erheischen; ununterbrochene Ruhepause von mindestens 36 Stunden in jeder Woche für jeden Arbeiter); durchgreifende

gewerbliche Hygiene, Übernahme der gesamten Arbeiterversicherung durch das Reich mit maßgebender Mitwirkung der Arbeiter an der Verwaltung.

In den erwähnten Programmen, welche die an das Reich und die Staaten gerichteten Forderungen enthalten, sind die die Gesundheitspflege betreffenden oder berührenden Wünsche in die verschiedensten Abschnitte eingereiht worden. Dagegen weisen die Kommunalprogramme, welche die jeweiligen Landesverbände einiger Parteien geschaffen haben, zumeist besondere Teile, die der Hygiene gewidmet sind, auf. Die Gestaltung dieser Hygieneprogramme trägt allerdings vielfach einen recht laienhaften Charakter und vermag fast nie modernen Ansprüchen zu genügen. Neuerdings haben jedoch die liberalen Parteien Bayerns ein Gemeindeprogramm geschaffen, in dem auch die Gesundheitspflege in immerhin anerkennenswerter Weise berücksichtigt wurde.

III. Gesundheitsgesetzgebung.

A. Allgemeines.

Zutreffend hat Rubner darauf hingewiesen, daß die Hygiene nicht aus der Medizin, sondern aus den Bedürfnissen des praktischen Lebens herausgewachsen ist. Auch die Gesundheitsgesetzgebung ist ursprünglich nicht auf dem Boden exakter Wissenschaft entstanden; sie wurde vielmehr entsprechend den jeweiligen Nöten, die im Staate empfunden wurden, geschaffen. So kam es, daß die hygienische Gesetzgebung hier das Gebilde eines Propheten, dort das Werk eines Staatsmannes oder Gelehrten ist.

Die ältesten Hygienegeetze, insbesondere die der Juden, erschienen im religiösen Gewande. Aber welches Motiv auch immer den Vorschriften, die Moses seinem Volke verkündete,

zugrunde lag, die Institutionen dienten in hohem Maße der Volksgesundheit. Es sei hier nur an die Gesetze über die Reinhaltung des Bodens, die Handhabung des Wassers, über gesunde Nahrung u. a. m. erinnert. Die größte Bedeutung kommt jedoch der Vorschrift über die Sabbatruhe zu. Diesem Gesetz, das gegenwärtig wegen der die Sonntagsruhe im Handelsgewerbe betreffenden Vorlage im Vordergrund des Interesses steht, und auf das wir noch zurückkommen, wurde offenbar sogleich ein besonders hoher Wert zuerteilt; denn man findet es schon an dritter Stelle unter den zehn Geboten. Auch sei darauf hingewiesen, daß es sich nicht etwa nur auf die Freien, sondern ausdrücklich auch auf die Sklaven und Sklavinnen sowie auf die Fremdlinge in den jüdischen Ortschaften im vollen Umfange bezieht. Auch ist hierbei zu betonen, daß das Gesetz nicht allein die Ruhe am 7. Tage der Woche befiehlt; es enthält vielmehr zugleich die hygienisch sehr wichtige Bestimmung, daß jeder 6 Tage hindurch arbeiten soll.

War Moses, nach seinen Worten, darauf bedacht, ein „Volk von Priestern“ zu erziehen, so schwebte Lykurg als Ideal ein Volk von Kriegeren vor. Darum schrieb die spartanische Gesetzgebung die Aussetzung der schwächlichen Kinder vor, und alle Einrichtungen bezweckten die körperliche Erziehung der Jugend. In Athen, dem Sitz der Philosophenschulen, begnügte man sich jedoch mit der physischen Kraftentfaltung allein nicht; hier galt als Ziel der hygienischen Erziehung: „Der Geist eines Weisen in dem Körper eines Athleten.“

Gewiß schuf man in Griechenland manche hygienische Institution, aber über die Gesundheitsgesetzgebung wird äußerst wenig berichtet. Das gleiche trifft für Rom und auch für die Kulturstaaten im Mittelalter und in der Neuzeit bis zum Beginn des 19. Jahrhunderts zu.

Es sei jedoch erwähnt, daß einzelne weitblickende Männer zu den verschiedensten Zeiten Gesetzesvorschläge der Öffentlichkeit unterbreiteten. Ich erinnere an die rassehygienischen Vorschriften, die man in Platos Werk „Der Staat“ oder in dem Roman „Civitas solis“ des Italieners Campanella findet. Allerdings waren diese Ideen zu „platonisch“, um verwirklicht zu werden. Dagegen ist die von dem Heidelberger Arzt F. A. Mai († 21. April 1814) verfaßte Gesetzesvorlage keinesfalls als utopistisch betrachtet worden.

Mai unterbreitete im Jahre 1800 seinem Landesfürsten, dem damaligen Kurfürsten und späteren Bayernkönig Max Joseph einen Entwurf für eine zusammenfassende Hygienegesetzgebung, in der, ganz in modernem Sinne, rassehygienische Vorschriften, Bestimmungen über Mütter- und Säuglingsfürsorge, über Ertüchtigung der Jugend, Volksernährung, Wohnungswesen u. a. m. enthalten waren. Max Joseph übergab die Arbeit Mais seinen Regierungsbeamten zur Berücksichtigung, und die Heidelberger medizinische Fakultät erklärte die in der Vorlage entwickelten Gedanken als durchführbar. Es ist daher wohl möglich, daß die Vorschläge Mais, wenigstens teilweise, Gesetzeskraft erhalten hätten, wenn der schöne Plan nicht durch die Umwälzungen, die sich in der äußeren Politik zur damaligen Zeit vollzogen hatten, vereitelt worden wäre.

Aber wenn diese Gesetzesvorschläge auch nicht verwirklicht wurden, so zeigen sie uns doch, daß das Bedürfnis nach legislatorischen Regelungen empfunden wurde. Dies Verlangen wird sich ganz besonders zu Zeiten von Epidemien geltend gemacht haben. Allein, man stand den Seuchen ganz machtlos gegenüber, weil ihr Wesen völlig unbekannt war; wie konnte man da ein wirkungsvolles Gesetz schaffen? Darum beschränkte man sich darauf, Medizinalverordnungen zu erlassen.

Erst als in England mit der zunehmenden Industrialisierung und Großstadtbildung ganz besondere Mißstände im Gesundheitswesen ziffernmäßig festgestellt waren, da verlangte man mit Nachdruck ein Gesetz. So schuf man im Jahre 1848 das erste Sanitätsgesetz, das den Namen Public Health Act erhielt. Es folgten die Arbeiterschutzgesetze. Und je weiter sich der Industrialismus entwickelte, und je mehr die hygienische Wissenschaft fortschritt, um so weiter konnte die Gesundheitsgesetzgebung ausgebaut werden.

In den folgenden Darlegungen sollen nun die wichtigsten Gesundheitsgesetze geschildert werden. Mit Rücksicht auf den Raum müssen wir uns hierbei jedoch im allgemeinen auf die deutschen Maßnahmen beschränken; die ausländischen Einrichtungen können nur, soweit sie mustergültig sind, erörtert werden.

Eine den modernen Ansprüchen genügende und zugleich umfassende Hygienegesetzgebung, wie sie Mai vorgeschwebt hat, besitzt bis jetzt noch kein Staat. Gegenwärtig sind die hygienischen Anordnungen über die verschiedensten legislatorischen Maßnahmen verstreut. Dies ist ein sehr bedauerlicher Zustand, weil dadurch die Orientierung selbst dem Fachmann außerordentlich erschwert ist. Ein zusammenfassendes Hygienegesetz würde dagegen, wie ein Barometer, den Stand der jeweiligen gesundheitlichen Kultur leicht erkennen lassen. Der Straßburger Staatsrechtslehrer Laband hat sich zwar dahin geäußert, daß man eine bunte, unübersichtliche Masse ohne inneren juristischen Zusammenhang bekäme, wollte man aus allen Gesetzen und Vorschriften des Reiches diejenigen Anordnungen zusammenstellen, die eine Beziehung zur Gesundheitspflege haben. Allein, ich meine, gerade an Unübersichtlichkeit kann die gegenwärtige Gestaltung nicht übertroffen werden. Überdies lehrt die Erfahrung, daß man es tatsächlich in mehreren

Staaten für zweckmäßig gehalten hat, die verstreuten gesetzlichen Bestimmungen möglichst zu kodifizieren.

Eine ganze Anzahl von Bestimmungen, die sich auf die verschiedenartigsten Gebiete des Gesundheitswesens erstreckten, vereinigte die schwedische Gesundheitsverordnung vom 25. September 1874. Sie enthielt Vorschriften über die Bildung eines die Oberaufsicht führenden Gesundheitskollegiums, über Wohnungen, Aborte, Ställe, offensive Gewerbe, Trinkwasser, Nahrungsmittel, Infektionskrankheiten u. a. m. Dies Gesetz wurde im Jahre 1885 ergänzt.

Im eigentlichen Sinne eine Zusammenfassung von Hygienegesetzen schuf man in England in Gestalt der Public Health Act 1875. Hier treffen wir eine Kodifikation zahlreicher einzelner Gesetze über Kanalisation, Abtritte, Straßenreinigung, Wasserversorgung, Logierhäuser und Kellerwohnungen, schädliche Gewerbe, ungesundes Fleisch, ansteckende Krankheiten und Hospitäler, Vorbeugungsmaßregeln gegen Epidemien, Leichenhäuser u. a. m. Im Jahre 1907 wurde dies Gesetz erweitert.

Auch das französische Gesundheitsgesetz vom Jahre 1902 (loi relative à la protection de la santé publique), mit dessen Beratung schon im Jahre 1884 begonnen worden war, umfaßt eine Reihe von verschiedenartigen Gebieten der Hygiene. Die dort getroffenen Bestimmungen erstrecken sich auf die Sanitätsordnungen, welche die Bürgermeister in den Städten mit mehr als 20 000 Einwohnern zu erlassen haben, auf die Wohnungshygiene, auf Impfung und Wiederimpfung, auf die obligatorische Anzeigepflicht und Desinfektion bei manchen Infektionskrankheiten und auf besondere Maßnahmen für diejenigen Gemeinden, in denen während drei aufeinanderfolgenden Jahren die mittlere Sterbeziffer Frankreichs übertroffen wurde.

In Italien hat man im Jahre 1907 eine ganze Anzahl

von Gesetzen, die dem Gesundheitswesen dienen, vereinigt. Von den dort zusammengefaßten Bestimmungen seien die wichtigsten genannt. Für jede Provinz ist ein besonderes Gesundheitsamt zu bilden. Ärztliche Hilfe und Medikamente sind Armen unentgeltlich zu gewähren. Die Gemeindeverwaltungen haben die Pflicht, die hygienische Überwachung zu übernehmen. Von jeder Gemeinde, die mehr als 20 000 Einwohner besitzt, ist ein hygienisches Laboratorium einzurichten. Die Gemeinden müssen kommunale Ärzte anstellen und honorieren. Ausführliche Vorschriften erstrecken sich auf das maritime Gesundheitswesen, auf die Hygiene des Bodens, der Wohnhäuser, der Nahrungsmittel, auf die Arbeit in Reiskulturanlagen, auf Maßnahmen gegen die Infektionskrankheiten der Menschen und Tiere, auf die Herstellung der Impfstoffe sowie der Heilsera u. a. m. Im besonderen wird bestimmt, daß die Städte mit mehr als 40 000 Einwohnern spezielle Institute zur unentgeltlichen Behandlung der venerischen Krankheiten zu errichten haben, und daß die Zahl dieser Institute in der jeweiligen Stadt nach der Bevölkerungsziffer zu bemessen ist. Weiter wird angeordnet, daß in Malariagegenden an Bauern und Arbeiter auf Kosten des Staates Chinin als Präventiv- und Heilmittel unentgeltlich in den erforderlichen Quantitäten abgegeben werden soll. Eine Reihe von Bestimmungen endlich richtet sich auf die Verhütung der Pellagra, einer namentlich in der Lombardei häufig auftretenden Affektion, die sich anfangs in Magen- und Darmstörungen, später aber in Erkrankungen der Nerven und der Psyche äußert, und die mit Hilfe dieser legislatorischen Maßnahmen sehr erfolgreich bekämpft wird.

Schließlich sei noch erwähnt, daß im Dezember 1911 der belgischen Repräsentantenkammer ein (allerdings bis jetzt noch nicht verabschiedeter) Gesetzentwurf vorgelegt wurde,

der in 30 kurzen, aber ausführlich begründeten Artikeln folgende Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege umgreift: Bekämpfung ansteckender Krankheiten, Pockenimpfung, Schutz der Säuglinge und Kinder, Verhütung der Tuberkulose, Medizinalstatistik, Wasserversorgung sowie Organisation eines öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Die hier geschilderten zusammenfassenden Gesundheitsgesetze entsprechen allerdings noch nicht dem Ideal des modernen Hygienikers; es gilt dies selbst für das inhaltlich umfangreichste dieser Gesetze, das italienische. Aber in systematischer Hinsicht stellen diese Modifikationen, namentlich die italienische, beachtenswerte Fortschritte dar.

In Deutschland haben wir vorläufig keine Zusammenfassung. Wollen wir die wichtigsten gesetzlichen Bestimmungen, durch die das öffentliche Gesundheitswesen gefördert wird, ins Auge fassen, so müssen wir unsere Blicke über die verschiedenartigsten Gesetze schweifen lassen. Wir wollen hierbei die legislativischen Anordnungen einteilen in solche, die sich auf die ganze Bevölkerung, und in solche die sich nur auf die Kinder bemittelten erstrecken; es muß allerdings betont werden, daß die Trennungslinie nicht ganz scharf zu ziehen ist, da sich Übergänge finden, und daß die der Allgemeinheit dienenden hygienischen Institutionen in der Regel den Kinderbemittelten am meisten zugute kommen.

B. Gesetze im gesundheitlichen Interesse der ganzen Bevölkerung.

Den Erörterungen der Gesetze, mit welchen man Gesundheitschädigungen verhüten will, seien einige Bemerkungen über solche Vorschriften, die den Schutz des Lebens bezwecken, vorausgeschickt.

Das Strafgesetzbuch für das Deutsche Reich be-

stimmt, daß der Mord (§ 211) mit dem Tode, der Totschlag (§ 212) mit Zuchthaus nicht unter fünf Jahren, die Kindes-tötung (§ 217) mit Zuchthaus oder, wenn mildernde Umstände vorhanden sind, mit Gefängnis nicht unter zwei Jahren ge-ahndet werden sollen. Eine Schwangere, welche ihre Frucht vorsätzlich abtreibt oder im Mutterleibe tötet, wird mit Zuchthaus, wenn mildernde Umstände vorliegen, mit Gefängnis bestraft. Dieselbe Strafe trifft denjenigen, der mit Ein-willigung der Schwangeren die Mittel zu der Abtreibung oder Tötung bei ihr angewendet oder ihr beigebracht hat. Eine Zuchthausstrafe bis zu zehn Jahren hat derjenige zu er-warten, der einer Schwangeren, welche ihre Frucht abge-trieben oder getötet hat, gegen Entgelt die Mittel hierzu ver-schafft, bei ihr angewendet oder ihr beigebracht hat (§ 219). — Die fahrlässige Tötung eines Menschen (§ 222) wird mit Ge-fängnis bis zu drei Jahren, und wenn der Täter auf Grund seines Amtes, Berufes oder Gewerbes zu besonderer Auf-merksamkeit verpflichtet war, mit Gefängnis bis zu fünf Jahren bestraft. — Wer vorsätzlich einen anderen körperlich mißhandelt oder an der Gesundheit beschädigt (§ 223), erhält eine Gefängnisstrafe bis zu drei Jahren oder eine Geldstrafe bis zu 1000 Mark. — Auf dem Verbrechen der Brunnen-vergiftung (§ 324) steht langjährige Zuchthausstrafe. Auch der Handel mit Giften (§ 367), ohne daß die polizeiliche Er-laubnis hierzu erteilt wurde, steht unter Strafe.

Das Strafgesetzbuch enthält aber auch Bestimmungen, die der Rassehygiene dienen, wenngleich sie wohl vorzugs-weise aus moralischen Motiven heraus geschaffen worden sind. Der Beischlaf zwischen Verwandten auf- und abstei-gender Linie (§ 173) wird an ersteren mit Zuchthaus bis zu fünf Jahren, an letzteren mit Gefängnis bis zu zwei Jahren bestraft. Ferner ist der Beischlaf zwischen Geschwistern (sowie zwischen Verschwägerten, obwohl hier ein hygienischer Anlaß

nicht vorliegt) mit Gefängnis bis zu zwei Jahren bedroht. Erwähnt sei hier auch, daß die widernatürliche Unzucht, welche zwischen Personen männlichen Geschlechts oder von Menschen mit Tieren begangen wird (§ 175), gesetzlich verboten ist.

Wie das Strafgesetzbuch, so enthält auch das Bürgerliche Gesetzbuch rassehygienisch wirkende Bestimmungen. Ein Mann darf nicht vor dem Eintritt der Volljährigkeit, eine Frau nicht vor Vollendung des 16. Lebensjahres eine Ehe eingehen; einer Frau kann allerdings Befreiung von dieser Vorschrift bewilligt werden (§ 1303). Ferner wird (nach § 1310) angeordnet, daß eine Ehe zwischen Verwandten in gerader Linie, zwischen vollbürtigen oder halbbürtigen Geschwistern (sowie zwischen Verschwägerten) nicht geschlossen werden darf. Das deutsche Gesetz gestattet jedoch die Ehe mit dem Kinde eines Bruders oder einer Schwester, sowie zwischen Geschwisterkindern, obwohl dem geschlechtlichen Verkehr zwischen so nahen Blutsverwandten nur zu oft körperlich oder geistig minderwertige Kinder entstammen.

Außer den genannten Bestimmungen besitzen wir keine gesetzlichen Vorschriften, welche die Verhütung eines körperlich minderwertigen Nachwuchses bezwecken, obwohl schon Mai in seinem Gesetzentwurf Anordnungen über die ärztliche Untersuchung der Eheandidaten und das Eheverbot gegenüber Personen, die mit gewissen erblichen Krankheiten behaftet sind, vorgesehen hatte. Dagegen haben amerikanische Staaten, z. B. Connecticut und Ohio, vor einiger Zeit Eheverbote für Epileptische, Geisteskranke, Idioten usw. bei Strafandrohung eingeführt; in Michigan erstreckt sich das Eheverbot auch auf Geschlechtskranke und besonders schwere Verbrecher, im Staate Washington außerdem noch auf Trunkfüchtige und Personen mit fortgeschrittener Lungentuberkulose.

Die rassebedienstlichen Maßnahmen beziehen sich aber nicht nur auf die Qualität, sondern auch auf die Quantität der Volksreproduktion. Der Staat ist in hohem Maße an einer großen Geburtenziffer interessiert und hat daher schon lange Zeit, bevor man den Rückgang der Fortpflanzungsfrequenz befürchtete, gesetzliche Bestimmungen zugunsten kinderreicher Familien getroffen. Steuererleichterungen für solche Familien sieht das Preußische Einkommensteuergesetz vom 24. Juni 1891 vor. Direkte Belohnungen für Kinderreichtum ordnete schon die Lex Papia Poppaea (vom Jahre 9 n. Chr.) an. In dem kinderarmen Frankreich werden ähnliche Einrichtungen seit langer Zeit ernstlich erwogen. Australien hat im Jahre 1912, Washington im Jahre 1913 ein Mutterschaftspensionsgesetz geschaffen. Der einzige Staat, der die (auch von Mai vorgeschlagene) Junggesellensteuer eingeführt hat, ist Ruß (ält. Linie).

Das erste eigentliche und ausschließlich der Krankheitsverhütung dienende Gesetz, welches das Deutsche Reich geschaffen hat, ist das Impfgesetz vom 8. April 1874. Gleichartige Gesetze bestanden schon zuvor in Bayern, Württemberg und Baden. Die Anregung zu der nach manchen Richtungen hin ein Novum darstellenden Institution gab der Reichstag selbst, der ein Jahr zuvor eine entsprechende Resolution gefaßt hatte. Nachdem die Vorlage dem Parlament unterbreitet war, liefen zahlreiche Petitionen gegen den Gesetzentwurf, insbesondere aus dem Lager der Naturheilvereine, ein. Auch viele von den Reichstagsabgeordneten waren gegen das Gesetz; sie hielten den in der Impfung liegenden Schutz nicht für hinreichend erwiesen und befürchteten Gesundheitschädigungen für die Geimpften; manchen war auch der Zwang, dieser Eingriff in die persönliche Freiheit, unsympathisch. Aber eine starke Mehrheit trat für die Vorlage

ein und hielt nicht einmal die Beratung in einer besonderen Kommission für erforderlich. Innerhalb der kurzen Zeit vom 18. Februar bis 16. März 1874 wurde das Gesetz in allen drei Lesungen erörtert und dann von einer großen Majorität angenommen.

Das Gesetz schreibt vor, daß jedes Kind vor dem Ablaufe des auf sein Geburtsjahr folgenden Kalenderjahres, falls es nicht die natürlichen Blattern überstanden hat, der Impfung mit Schutzpocken unterzogen werden soll, und daß jeder Zögling einer öffentlichen Lehranstalt oder einer Privatschule innerhalb des Jahres, in welchem er das 12. Lebensjahr zurücklegt, wiederum zu impfen ist, wofern er nicht in den letzten 5 Jahren an Pocken erkrankte oder mit Erfolg geimpft wurde.

Zwecks Beseitigung oder Änderung des Impfgesetzes (Einführung der Gewissensklausel nach englischem Vorbilde) wurden den maßgebenden Instanzen im Laufe der Jahre bis in die jüngste Zeit zahlreiche Petitionen unterbreitet, jedoch ohne ihr Ziel zu erreichen. Die Institution hat eben bewirkt, daß die Pocken für die gegenwärtige Generation der deutschen Ärzte eine fast unbekannte Krankheit sind; darum sind die Regierung und die Reichstagsmehrheit von dem Nutzen des Impfgesetzes überzeugt.

Bemerkt sei noch, daß der Reichstag gelegentlich der Beratung dieses Gesetzes eine Resolution faßte, in welcher der Reichskanzler ersucht wurde, „mit Rücksicht auf die durch das Impfgesetz begründete Notwendigkeit, die Oberaufsicht über das Impfwesen wirksam und einheitlich zu handhaben, die Errichtung eines Reichs-Gesundheitsamtes tunlichst zu beschleunigen“.

Das Kaiserliche Gesundheitsamt wurde im Jahre 1876 als technische beratende Behörde der Reichsverwaltung auf gesundheitlichem Gebiete geschaffen, nachdem in der Reichstagsitzung vom 28. November 1875 die erforderlichen Mittel

bewilligt worden waren. Dem Amt fielen folgende Aufgaben zu:

„Das Reichskanzleramt sowohl in der Ausübung des ihm verfassungsmäßig zustehenden Aufsichtsrechtes über die Ausführung der in den Kreis der Medizinal- und Veterinärpolizei fallenden Maßregeln, als auch in der Vorbereitung der weiter auf diesem Gebiet 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.“

Das erste Gesetz, für welches das Kaiserliche Gesundheitsamt im Verein mit einigen besonders ausgewählten Sachverständigen die Vorarbeiten geleistet hatte, war das Gesetz, betreffend den Verkehr mit Nahrungsmitteln, Genussmitteln und Gebrauchsgegenständen vom 14. Mai 1879. Die Klagen über Verfälschungen der zum Verkaufe ausgebotenen Nahrungs- und Genussmittel waren von Jahr zu Jahr lauter geworden; man beschwerte sich nicht nur über die betrügerische Verringerung der Waren, sondern namentlich auch über die durch Verfälschung verursachten Gesundheitschädigungen. Letzteres traf über den Kreis der Lebensmittel hinaus noch für eine Anzahl Gebrauchsgegenstände zu. Darum legte die Reichsregierung einen eingehend motivierten und mit vielen wertvollen Anlagen versehenen Gesetzentwurf, für welchen das entsprechende englische Gesetz vom Jahre 1875 als Vorbild gedient hatte, dem Reichstage im Jahre 1878 vor.

Nach einigen Änderungen wurde die Vorlage am 28. April 1879 vom Reichstage mit erheblicher Majorität angenommen. Das Gesetz bestimmt, daß der Verkehr mit Nahrungs- und

Genußmitteln sowie mit Spielwaren, Tapeten, Farben, Eß-, Trink- und Kochgeschirren und mit Petroleum der Beaufsichtigung unterliegen soll. Die Polizeibeamten sind befugt, (gegen Bezahlung) Proben von feilgehaltenen Gegenständen dieser Art zum Zwecke der Untersuchung zu entnehmen. Zum Schutze der Gesundheit können durch kaiserliche Verordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften erlassen werden, nach welchen bestimmte Arten der Herstellung, Aufbewahrung und Verpackung von Nahrungs- und Genußmitteln sowie die Verwendung gewisser Stoffe und Farben für Bekleidungsgegenstände, Spielwaren, Tapeten, Eß-, Trink- und Kochgeschirre verboten sein sollen. Ferner wird angeordnet, daß derjenige, der vorsätzlich gesundheitschädliche Gegenstände der in Rede stehenden Art herstellt oder sie wissentlich verkauft, mit Gefängnis bestraft wird; schon der Versuch ist strafbar. Wenn schwere Körperverletzung oder Tod durch die Handlung verursacht wurden, so tritt Zuchthausstrafe bis zu 5 Jahren ein. Ebenso hat derjenige, der Nahrungs- und Genußmittel fälscht oder verdorbene, bzw. nachgemachte oder verfälschte Lebensmittel wissentlich verkauft, Gefängnisstrafe zu erwarten.

Die allgemein gehaltenen Bestimmungen dieses Gesetzes genügt jedoch in mancher Hinsicht nicht, so daß man, um möglichst alle Mißstände im Verkehr mit Lebensmitteln und Gebrauchsgegenständen zu beseitigen, noch folgende Ergänzungen schuf: 1. Gesetz, betreffend den Verkehr mit blei- und zinkhaltigen Gegenständen, vom 25. Juni 1887; 2. Gesetz, betreffend die Verwendung gesundheitschädlicher Farben bei der Herstellung von Nahrungsmitteln, Genußmitteln und Gebrauchsgegenständen, vom 5. Juli 1887; 3. Gesetz, betreffend den Verkehr mit Butter, Käse, Schmalz und deren Ersatzmitteln, vom 15. Juni 1897; 4. Gesetz, betreffend die Schlachtvieh- und Fleisch-

beschau, vom 3. Juni 1900; 5. das Weingesez, vom 7. April 1909; 6. das Süßstoffgesez, vom 7. Juli 1902; 7. Gesez, betreffend die Phosphorzündwaren, vom 10. Mai 1903.

Neben dem Impf- und dem Nahrungsmittelgesez gibt es nur noch ein bedeutungsvolles Reichsgesez, das ausschließlich hygienischen Zwecken dient: das Seuchengesez vom 31. Juli 1900.

Schon im Jahre 1848 hatte Rudolf Virchow geschrieben: „Epidemien gleichen großen Warnungstafeln, an denen der Staatsmann im großen Stil lesen kann, daß in dem Entwicklungsgange seines Volkes eine Störung eingetreten ist, welche selbst eine sorglose Politik nicht länger übersehen darf.“ Allein, obwohl es an Epidemien, selbst an Cholera-, namentlich aber an Typhus-, Scharlach-, Diphtherie- und anderen Epidemien in Deutschland bis in die 90er Jahre des vorigen Jahrhunderts und darüber hinaus nicht gefehlt hatte, besaß das Deutsche Reich bis zum Jahre 1900 kein Seuchengesez. Die Ätiologie der meisten Infektionskrankheiten war längst wissenschaftlich festgestellt worden; die in der Isolierung und Desinfektion gelegenen Schutzmaßnahmen waren wohl bekannt und wurden auch, wenngleich nicht immer in hinreichendem Umfange, angewendet. Aber eine das ganze Reich umfassende legislatorische Maßnahme ließ lange auf sich warten, offenbar weil man meinte, daß die Seuchenbekämpfung eine Aufgabe der Einzelstaaten und der Gemeinden ist.

Das Seuchengesez vom Jahre 1900 erstreckt sich jedoch nur auf wenige, zumeist vom Auslande eingeschleppte und daher in der Regel nur an der Peripherie des Reiches, namentlich in Hafenstädten, auftretende Krankheiten; es sind dies: Aussatz (Septra), Cholera (asiatische), Fleckfieber, Gelbfieber, Pest und Pocken.

Das Gesez bestimmt, daß jede Erkrankung oder der Ver-

dacht der Erkrankung und jeder Todesfall an einer dieser Krankheiten unverzüglich der zuständigen Polizeibehörde, in erster Linie vom behandelnden Arzt oder vom Haushaltungsvorstand, Leichenschauer usw., anzuzeigen ist. Die Polizeibehörde muß dann den beamteten Arzt benachrichtigen. Dieser hat darauf an Ort und Stelle Ermittlungen über die Art, Stand und Ursache der Krankheit vorzunehmen und der Polizeibehörde eine Erklärung darüber abzugeben, ob er den Ausbruch der Krankheit festgestellt hat, bzw. ob der Verdacht des Ausbruches begründet ist. Zutreffendfalls hat die Polizeibehörde Schutzmaßregeln durchzuführen. Kranke oder krankheits- bzw. ansteckungsverdächtige Personen können einer Beobachtung unterworfen und isoliert werden. Die Benutzung von Brunnen, Teichen, Seen, Wasserläufen, Wasserleitungen, Bädern, Schwimm-, Wasch- und Bedürfnisanstalten kann verboten werden. Die Räumung von Wohnungen und Gebäuden sowie die Desinfektion bzw. Verbrennung infizierter Gegenstände können angeordnet werden. Um die Einschleppung gemeingefährlicher Krankheiten aus dem Auslande zu verhüten, kann der Einlaß der Seeschiffe von der Erfüllung gesundheitspolizeilicher Vorschriften abhängig gemacht werden.

In das Seuchengesetz nahm man auch einen Paragraphen auf, wonach in Verbindung mit dem Kaiserlichen Gesundheitsamt ein Reichsgesundheitsrat gebildet werden soll, der insbesondere das genannte Amt bei der Erfüllung seiner Aufgaben unterstützen und den Landesbehörden auf Ersuchen Rat zu erteilen hat.

Der Reichsgesundheitsrat besteht aus folgenden Ausschüssen:

1. Gesundheitswesen im allgemeinen, insbesondere soweit Wohnung, Heizung, Beleuchtung, Bekleidung, Schule, Bäder, Bestattung und Beförderung von Leichen in Betracht kommen. 2. Ernährungswesen, ausschließlich Fleischbeschau. 3. Wasserversorgung

und Beseitigung der Abfallstoffe, einschließlich Reinhaltung von Gewässern. 4. Gewerbehygiene. 5. Seuchenbekämpfung einschließlich Desinfektion. 6. Heilwesen im allgemeinen, insbesondere Unterbringung, Behandlung und Beförderung von Kranken, Angelegenheiten des Heilpersonals. 7. Heilmittel einschließlich des Verkehrs mit Giften. 8. Schiffs- und Tropenhygiene. 9. Veterinärwesen einschließlich Tierseuchenstatistik, Angelegenheiten des Veterinärpersonals und Fleischbeschau.

Das Reichseuchengesetz erhielt dann noch durch die Internationale Sanitäts-Übereinkunft zu Paris vom 3. Dezember 1903 eine bedeutungsvolle Ergänzung.

Wie schon betont wurde, überläßt das Reich die Bekämpfung der im Gesetz nicht genannten Infektionskrankheiten den Einzelstaaten. Nach § 5 des Gesetzes können zwar auf Beschluß des Bundesrates die Vorschriften über die Anzeigepflicht auch auf andere übertragbare Affektionen ausgedehnt werden; allein, von dieser Befugnis wurde bisher kein Gebrauch gemacht.

Manche Einzelstaaten haben dann Ergänzungsgesetze geschaffen, so vor allem Preußen mit seinem Gesetz, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, vom 28. August 1905. Die Anzeigepflicht wird hierbei auf Diphtherie, übertragbare Genickstarre, Kindbettfieber, Körnerkrankheit, Rückfallfieber, übertragbare Ruhr, Scharlach, Typhus, Milzbrand, Rotz, Tollwut, Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung, Trichinose ausgedehnt. Wechselt der Erkrankte die Wohnung oder den Aufenthaltsort, so ist dies innerhalb 24 Stunden nach erlangter Kenntnis bei der Polizeibehörde zu melden. Ferner ist jeder Todesfall an Lungen- und Kehlkopftuberkulose anzuzeigen. —

Die gesetzlichen Bestimmungen bzw. ministeriellen Verordnungen in anderen Bundesstaaten sind ähnlich gestaltet. Erwähnt sei hierbei jedoch besonders, daß in Baden, wo zur Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten eine Verordnung am 9. Mai 1911 erlassen wurde, nicht nur jeder

Todesfall an Schwindsucht, sondern auch jeder Erkrankungsfall an Lungen- und Kehlkopftuberkulose dann anzuzeigen ist, wenn der Erkrankte mit Rücksicht auf seine Wohnungsverhältnisse seine Umgebung hochgradig gefährdet, wenn ein an offener Lungen- oder Kehlkopfschwindsucht (bei der im Auswurf Tuberkelbazillen nachweisbar sind) Erkrankter seine Wohnung wechselt, endlich, wenn es sich um die Erkrankung an Lungen- oder Kehlkopfschwindsucht bei Personen handelt, die in einer Schule oder Erziehungsanstalt und den dazu gehörigen Räumlichkeiten wohnen oder durch Teilnahme am Unterricht ihre Umgebung gefährden.

Ob diesen Bestimmungen hinsichtlich der Anzeige von Schwindsüchtigen in der Praxis seitens der Ärzte immer entsprochen wird, bzw. werden kann, scheint mir allerdings recht zweifelhaft zu sein. Es sei hier jedoch noch erwähnt, daß in England das Lokalverwaltungsamt in einer Vorschrift zur Abwehr der Tuberkulose, *The Public Health (Tuberculosis) Regulation 1911*, unter anderem angeordnet hat, daß jede seitens eines Arztes erfolgte Anzeige eines Tuberkulösen mit 2½ Schilling zu honorieren ist.

Ein besonderes Tuberkulosegesetz hat Schweden im Jahre 1904 geschaffen. Es schreibt insbesondere die Anzeigepflicht sowie die Desinfektion der Wohnung, Betten und Kleider des Erkrankten vor.

Zu den hygienisch bedeutungsvollsten Infektionskrankheiten, die jedoch in den erwähnten Seuchengesetzen nicht berücksichtigt wurden, gehören die Geschlechtskrankheiten. Auch sie sollte man mit Hilfe der Gesetzgebung energisch zu bekämpfen suchen. Allein, in dieser Hinsicht ist bisher noch zu wenig geschehen. Wir haben zwar oben bereits hervorgehoben, daß das deutsche Krankenversicherungsgesetz auch auf diesem Gebiet segensreich wirkt, und daß durch das allgemeine italienische Hygienegesetz für die Behandlung auch der unbe-

mittelsten Geschlechtskranken gesorgt wird. Es sei noch bemerkt, daß man auch durch § 361 des Deutschen Strafgesetzbuches die gewerbmäßige Unzucht zu bekämpfen oder wenigstens unschädlich zu machen sucht. Diese Maßnahmen reichen jedoch noch nicht aus; viel weitergehende Bestimmungen sind dringend erforderlich.

Dänemark ist bis jetzt der einzige Staat, der — mit seinem Gesetz, betreffend die Bekämpfung der öffentlichen Unsitlichkeit und venerischen Krankheiten, vom 30. März 1906 — eingehendere Anordnungen gesetzlich eingeführt. Das Gesetz schreibt zunächst vor, daß die polizeiliche Gestattung der Prostitution aufgehoben wird. Gegen Personen, die ein solches Gewerbe treiben, kann die Polizei einschreiten, und zwar nach dem Gesetz, betreffend die Landstreicherei. Wer zur Unzucht in der Weise auffordert oder ein unsittliches Benehmen derart zur Schau trägt, daß dadurch das Schamgefühl verletzt, öffentliches Argernis erregt oder Unwohnennde belästigt werden, wird mit Gefängnis bestraft. Es ist verboten, Bordelle zu unterhalten. — Ferner wird unter anderem bestimmt: Personen, die an Geschlechtskrankheiten leiden, sind ohne Rücksicht darauf, ob sie selbst die Kosten ihrer Heilung zu bestreiten vermögen oder nicht, berechtigt, ärztliche Behandlung auf öffentliche Kosten zu fordern; sie sind verpflichtet, sich einer derartigen Kur zu unterwerfen, sofern sie nicht beweisen, daß sie sich in privater ärztlicher Behandlung befinden. Wenn es bei der Behandlung der Krankheit oder nach ihrer Beendigung im Hinblick auf die Ansteckungsgefahr für nötig erachtet wird, daß der Kranke noch weiter unter ärztlicher Aufsicht bleibt, so ist ihm von Seiten des Arztes die Verpflichtung aufzuerlegen, sich zu bestimmten Zeiten bei ihm einzufinden oder ihm eine schriftliche Bescheinigung darüber vorzulegen, daß die Behandlung von einem anderen autorisierten Arzte

übernommen worden ist. Jeder Arzt, der eine geschlechtsfranke Person behandelt oder untersucht, ist verpflichtet, diese auf die Ansteckungsgefahr und auf die gerichtlichen Folgen aufmerksam zu machen, die eintreten würden, wenn jemand von ihr angesteckt wird. Insbesondere ist davor zu warnen, eine Ehe einzugehen, solange noch Ansteckungsgefahr besteht. Jeder Arzt hat ferner die Aufgabe, in den wöchentlichen Berichten an den zuständigen Amtsarzt ausdrücklich hervorzuheben, daß er diese Bestimmungen genau befolgt hat; er muß zugleich angeben, wie vielen Personen er die oben erwähnte Verpflichtung auferlegt hat.

Bemerkt sei noch, daß die Gesundheitsbehörde (Board of Health) der Stadt New York am 19. Februar 1912 angeordnet hat, daß von allen Geschlechtskranken, die in öffentlichen Instituten (Krankenhäusern, Polikliniken, Asylen usw.) behandelt werden, der Name, Geschlecht, Alter, Nationalität, sowie die Art der Krankheit anzuzeigen sind; bei Privatpatienten ist ebenfalls seitens des behandelnden Arztes Anzeige zu erstatten, jedoch ohne Angabe des Namens und der Adresse.

In engem Zusammenhang mit der Seuchenbekämpfung steht die gehörige Beseitigung der Abfallstoffe und die Versorgung mit einwandfreiem Trinkwasser. Gesetze, welche die Beseitigung der Abfallstoffe betreffen, gibt es in W. nicht; man hat sich hierbei bisher mit Polizeivorschriften und Ortsstatuten begnügt. Dagegen wandten die Gesetzgeber der gesundheitsgemäßen Trink- und Brauchwasserversorgung ihr Augenmerk zu. Nachdem der Bundesrat neben den zahlreichen in den Einzelstaaten bestehenden Vorschriften, die der Sicherung dieser Versorgung dienen, im Jahre 1906 eine „Anleitung für die Einrichtung, den Betrieb und die Überwachung öffentlicher Wasserversorgungsanlagen“ bekannt gegeben hat, wurde in Preußen noch das Wassergesetz

vom 7. April 1913, das insbesondere die Reinhaltung der Wasserläufe betrifft, geschaffen. Erwähnenswert ist an dieser Stelle das italienische Gesetz, betreffend die Herstellung von Trinkwasserleitungen, vom 25. Juni 1911. Hierdurch wurde die Spar- und Leihkasse ermächtigt, den einzelnen oder zu Genossenschaften vereinigten Gemeinden unter 100 000 Einwohnern für den Gesamtbetrag von 250 Millionen Lire Anleihen zu gewähren, um die Durchführung der für die Lieferung von Trinkwasser erforderlichen Arbeiten und die Bestreitung der dadurch entstehenden Kosten zu ermöglichen. Die Gemeinden erhalten das Darlehen zum Zinsfuß von 2% einschließlich der Amortisationsrate, und der Staat hat der Sparkasse die Differenz zwischen diesem und dem normalen Zinsfuß zu vergüten.

Außer den genannten Infektionskrankheiten wird noch eine weitverbreitete Volksseuche, der Alkoholismus, durch Gesetze bekämpft. Ein besonderes Antialkoholgesetz haben wir in Deutschland nicht. Aber manche Bestimmungen im Bürgerlichen Gesetzbuch (Entmündigung nach § 6), in der Zivilprozessordnung (Aussetzen der Entmündigung, wenn Aussicht auf Besserung besteht; nach § 680) und in der Reichsversicherungsordnung sowie die Besteuerung des Alkoholverbrauches wirken im Verein mit den in der Gewerbeordnung enthaltenen Vorschriften über die Gastwirtschaftskonzession und der Festsetzung der Polizeistunde günstig auf die Unterdrückung des Alkoholmißbrauches ein.

Einige ausländische Staaten haben bereits spezielle Gesetze gegen den Alkoholismus geschaffen. Am radikalsten sind einige amerikanische Staaten vorgegangen, welche, wie oben bereits erwähnt wurde, den Verkauf geistiger Getränke völlig verbieten. Die Schweiz hat im Jahre 1910 ein Bundesgesetz betreffend das Absinthverbot geschaffen. In Schweden besteht seit langer Zeit auf Grund einer

Königlichen Verordnung, die dann im Jahre 1895 gesetzlich sanktioniert wurde, das sogenannte Gothenburger System. Hiernach wird jedweder Ausschank und Kleinhandel von spirituellen Getränken in einer Stadt oder einem Landbezirk einer Aktiengesellschaft „Bolag“ übertragen; diese übernimmt den Vertrieb entweder selbst oder gibt ihn unter Erfüllung bestimmter Bedingungen an einen Dritten weiter. Die „Bolag“ darf durch Ausübung dieser Befugnis keine höhere Verzinsung des Kapitals als 5% erzielen; ein etwaiger größerer Gewinn muß zum Besten gemeinnütziger oder wohltätiger Zwecke verwendet werden. Die Verwalter der Ausschankstellen müssen fest besoldet sein und dürfen keinesfalls irgendeinen Nutzen aus dem Ausschank von Branntwein ziehen. Branntwein darf nur an Personen über 15 Jahre, nur gegen Barzahlung und nur an solche Gäste, die gleichzeitig eine Mahlzeit einnehmen, abgegeben werden. Der Ausschank von Branntwein ist auf die Zeit von morgens 9 bis abends 8 Uhr auf dem Lande, bzw. abends 10 Uhr in den Städten beschränkt. — Endlich sei noch auf das Branntweinmonopol, das durch das Bundesgesetz vom Jahre 1887 in der Schweiz eingeführt wurde, hingewiesen. Die Monopolverwaltung übernimmt käuflich den gesamten, innerhalb des Bundesstaates hergestellten Rohspiritus und verkauft ihn nach sorgfältiger Reinigung zu erhöhtem Preise. Der zehnte Teil des hierbei erzielten Reingewinnes muß zur Bekämpfung des Alkoholismus oder seiner Folgen in Gestalt von Zuwendungen an Irren-, Trinker- und Armenfürsorgeanstalten benutzt werden.

Zum Schluß unserer Erörterungen über die Gesetze, welche im gesundheitlichen Interesse der ganzen Bevölkerung geschaffen wurden, sei noch kurz die Regelung des Arzte-, Hebammen- und Leichenschauwesens betrachtet.

Die Ausübung der Heilkunde steht in Deutschland

nach der Gewerbeordnung jedem frei. Aber die Bezeichnung „Arzt“ ist für diejenigen geschützt, welche auf Grund des Nachweises ihrer Befähigung die staatliche Approbation erlangt haben. Nach den bundesrätlichen Bestimmungen vom Jahre 1901 müssen der Erteilung der Approbation die Ablegung der ärztlichen Vorprüfung, der ärztlichen Prüfung und die Ableistung des praktischen Jahres vorangehen. — Den Wünschen der organisierten Ärzteschaft hinsichtlich einer reichsgesetzlichen Bestimmung über die Errichtung von Ärztekammern wurde bisher nicht entsprochen. Aber in den meisten Bundesstaaten bestehen Gesetze, welche die staatliche Organisation des ärztlichen Standes regeln. Die Ärztekammern dienen der Wahrnehmung der ärztlichen Standesinteressen, zugleich aber auch zur Mitwirkung auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege.

Nach § 30 der Gewerbeordnung wird für alle Hebammen des Deutschen Reiches festgesetzt, daß sie eines Prüfungszeugnisses der nach den Landesgesetzen zuständigen Behörde bedürfen. Hinsichtlich der Konzession und des Prüfungszeugnisses finden sich aber in den einzelnen Bundesstaaten große Unterschiede.

Auch das Leichenschauwesen ist im Deutschen Reich bis jetzt keineswegs einheitlich gestaltet worden. Obgleich schon die Reichstagskommission zur Vorbereitung der Reichsmedizinalstatistik im Jahre 1875 den Entwurf für ein Leichenschaugesetz, in welchem die allgemeine Zwangleichenschau durch Ärzte angeordnet war, ausgearbeitet hatte, besitzen wir noch heute kein derartiges Gesetz. Nur in zwölf Bundesstaaten (unter denen sich Preußen nicht befindet), besteht gegenwärtig, teils auf Grund eines Gesetzes, teils auf Grund einer Verordnung, die obligatorische Leichenschau; ausschließlich von Ärzten wird sie nur in Hamburg und Lübeck, dagegen

wird sie in Hessen und Bayern von Ärzten oder Laien und in den übrigen Staaten nur von Laien ausgeübt.

Endlich sei noch kurz auf die Bestimmungen, welche der Bekämpfung des Kurpfuschertums dienen, hingewiesen. Hier kommen insbesondere die Strafgesetzbuchparagraphen 222 und 230 (Fahrlässige Tötung, bzw. Körperverletzung) sowie Paragraph 263 (Betrug) in Betracht. Diese Bestimmungen haben sich aber als unzureichend erwiesen. Darum wurde im Jahre 1910 dem Reichstage der Entwurf eines Gesetzes gegen die Mißstände im Heilgewerbe unterbreitet. Die Vorlage bedarf aber noch einer gründlichen Umgestaltung.

C. Gesetze im gesundheitlichen Interesse der Minderbemittelten.

Wir haben oben, im Abschnitt „Gesundheitsstatistik“, vielfach darauf hingewiesen, daß die Minderbemittelten weit mehr als die Wohlhabenden der Gefahr zu erkranken ausgesetzt sind. Bei unseren Darlegungen stützten wir uns auf zuverlässige zahlenmäßige Feststellungen der jüngsten Zeit. Aber auch schon lange, bevor so sichere Unterlagen zur Verfügung standen, war man sich der Beziehungen zwischen Armut und Krankheit bewußt. „Gesunder Mensch ohne Geld ist halb krank“, so äußerte sich schon Goethe. Die wirtschaftliche Notlage ist eben die Bedingung für zahlreiche Affektionen, und andererseits führen langdauernde Krankheiten zu finanziellen Bedrängnissen.

Der Gesetzgebung erwachsen daher hauptsächlich zwei Aufgaben: 1. Verhütung der zu Krankheiten führenden Bedingungen, die aus sozialen Mißständen resultieren; 2. Sorge für die Kranken, um sie vor dauernder Erwerbsunfähigkeit und Armut zu bewahren.

Die wirtschaftliche und soziale Lage hängt in erster Linie von den Lohn- und Arbeitsverhältnissen ab. Diese werden im allgemeinen durch Verträge zwischen dem Unternehmer und dem Arbeiter geregelt. Letzterer ist aber, wenn er allein steht, dem kapitalkräftigen Arbeitgeber gegenüber viel zu schwach und daher naturgemäß im Nachteil; die Proletarier können zu günstigeren Arbeitsbedingungen nur dann gelangen, wenn sie geschlossen auftreten. Der Besitz des vollen Koalitionsrechtes (§ 152 der Gewerbeordnung) ist daher ein außerordentlich wichtiger Faktor für die sozialen und hygienischen Zustände innerhalb der Arbeitererschaft.

Aber von dem Rechte des Zusammenschlusses wird und kann nicht immer im erforderlichen Umfange Gebrauch gemacht werden; dies trifft z. B. für die Heimarbeiter zu. In solchen Fällen sind dann die Löhne zumeist sehr gering. Und selbst dort, wo der Koalitionsfreiheit und -möglichkeit gar kein Hindernis im Wege steht, würden von den Arbeitgebern lediglich auf Grund von Vereinbarungen die im Interesse der Volksgesundheit notwendigen Arbeitsbedingungen nicht zu erkämpfen sein. Darum haben alle Kulturstaaten mit Hilfe der Gesetzgebung für einen gewissen Arbeiterschutz gesorgt; und in manchen Ländern ist man neuerdings auch dazu übergegangen, Minimallöhne für einzelne Arbeiterkategorien festzusetzen.

In Australien wurden im Jahre 1896 durch Staatsgesetze aus Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretern sowie einem unparteiischen Vorsitzenden zu bildende Lohnämter eingerichtet, um Minimallöhne für Zeit- und Affordarbeit, zunächst für das Bekleidungs-gewerbe, zu fixieren. Ein ähnliches Gesetz, das sich auf die Kleidererzeugung sowie auf die Herstellung von Zündholzschachteln, Wäsche und Ketten erstreckt, trat am 1. Januar 1910 in England in Kraft; im Jahre 1912 wurde ein Mindestlohn-gesetz für die Kohlen-

grubenarbeiter Großbritanniens, deren Zahl sich auf mehr als eine Million beläuft, geschaffen. Auch in Oesterreich und Frankreich werden derartige Maßnahmen vorbereitet. Dagegen hat man es, trotz aller Bemühungen, in Deutschland verabsäumt, entsprechende Bestimmungen in das Hausarbeitsgesetz, auf das wir noch zu sprechen kommen, aufzunehmen.

Viel älter als die Lohngesetzgebung ist die Arbeiterschutzgesetzgebung. Diese nahm, wie schon erwähnt wurde, ihren Anfang im Jahre 1802 in England.

Wie notwendig gegenüber der rücksichtslosesten Ausbeutungsgier des damaligen englischen Unternehmertums eine solche legislatorische Regelung war, geht aus den Berichten jener Zeit hervor. Als die neuen Maschinen zur Verwendung gelangten, meinte man, daß sie von den kleinen und flinken Fingern der Kinder besonders gut bedient werden könnten; und die englischen Armenverwaltungen stellten solche Arbeitskräfte in hinreichender Zahl. Die Kinder erhielten keinen Lohn, sondern nur Kost und Wohnung, die überdies oft erbärmlich waren; und dafür mußten sie im allgemeinen täglich 16 Stunden lang arbeiten, vielfach auch in der Nacht: „Man sagte damals in Lancashire, daß die Betten nicht kalt würden. Das Lager, das die Kinder der Tageschicht verließen, wurde sofort von denjenigen in Anspruch genommen, die während der Nacht gearbeitet hatten.“

In Deutschland war es stellenweise nicht viel besser; hieß es doch in einem amtlichen Bericht aus dem Jahre 1824, daß in manchen Fabriken schon sechsjährige Kinder von 6 Uhr morgens bis 8 Uhr abends arbeiteten. „Diese unglücklichen Geschöpfe entbehren des Genußes der frischen Luft, sind schlecht gekleidet, schlecht genährt und verbringen ihre Jugend in Kummer und Elend, bleiche Gesichtser, matte und entzündete Augen, geschwollene Leiber, aufgedunsene Aden, aufgeschwollene Lippen und Nasenflügel, Drüsenanschwellungen am Halse, böse Hautausschläge und asthmatische Anfälle unterscheiden sie in gesundheitlicher Beziehung von anderen Kindern derselben Volksklasse, welche nicht in Fabriken arbeiten.“ Zunächst geschah aber noch nichts zur Beseitigung dieser schreienden Mißstände. Erst als im Jahre 1828 der Generalleutnant v. Horn dem König Friedrich Wilhelm III. meldete, daß das rheinische Gebiet infolge der durch die Fabrikarbeit erzeugten Gesundheitschädigungen nicht mehr imstande sei, das erforderliche Truppenkon-

tingent zu stellen, und später der rheinische Provinziallandtag in derselben Angelegenheit beim Landesfürsten vorstellig wurde, bestimmte eine königliche Verordnung im Jahre 1839, daß Kinder unter neun Jahren überhaupt nicht, 9–16jährige wenigstens nicht während der Nacht und nicht länger als zehn Stunden in Fabriken beschäftigt werden dürfen.

Nachdem man in England und Preußen zunächst einen, wenngleich sehr kümmerlichen Kinderschutz geschaffen hatte, ging man allmählich dazu über, auch die Arbeitszeit der Frauen gesetzlich zu regeln. Und so notdürftig anfangs diese Maßnahmen waren, sie bedeuteten doch zugleich eine Beschränkung der Arbeitszeit der männlichen Erwachsenen, weil diese bei vielen Fabrikationsprozessen auf die Kooperation der Kinder und Frauen angewiesen waren. Im Laufe der Jahre ging man, nicht nur in England und bei uns sondern in allen Kulturstaaten dazu über, allgemeine Arbeiterschutzgesetze zu schaffen, wobei aber den Kindern, jugendlichen Personen und Frauen besondere Fürsorge zuteil wurde.

Die erste deutsche Gewerbeordnung wurde im Jahre 1869 geschaffen. Das Gesetz erfuhr dann mehrfach Verbesserungen; in seiner neuesten Gestalt ist es seit dem 1. Januar 1910 in Kraft. Von seinen Vorschriften seien zunächst diejenigen, die sich auf die allgemeine Beschaffenheit in den Gewerbebetrieben erstrecken, genannt:

Die Gewerbeunternehmer sind verpflichtet, die Arbeitsräume, Betriebsvorrichtungen und Gerätschaften so einzurichten, und zu unterhalten und den Betrieb so zu regeln, daß die Arbeiter gegen Gefahren für Leben und Gesundheit soweit geschützt sind, wie es die Natur des Betriebes gestattet.

Insbefondere ist für genügendes Licht, ausreichenden Luft-raum und Luftwechsel, Beseitigung des bei dem Betrieb entstehenden Staubes, der dabei entwickelten Dünste und Gase sowie der dabei entstehenden Abfälle Sorge zu tragen.

Ebenso sind diejenigen Vorrichtungen herzustellen, welche zum Schutze der Arbeiter gegen gefährliche Berührungen mit Maschinen oder Maschinenteilen oder gegen andere in der Natur der Betriebsstätte oder des Betriebes liegenden Gefahren, namentlich auch gegen

die Gefahren, welche aus Fabrikbränden erwachsen können, erforderlich sind.“

„In Anlagen, deren Betrieb es mit sich bringt, daß die Arbeiter sich umkleiden und nach der Arbeit sich reinigen, müssen ausreichende, nach Geschlechtern getrennte Ankleide- und Waschräume vorhanden sein.

Die Bedürfnisanstalten müssen so eingerichtet sein, daß sie für die Zahl der Arbeiter ausreichen, daß den Anforderungen der Gesundheitspflege entsprochen wird, und daß ihre Benutzung ohne Verletzung von Sitte und Anstand erfolgen kann.“

Zum Schutze der einzelnen Alters- bzw. Geschlechts- und Berufsgruppen gelten besondere Bestimmungen.

Die Gewerbeordnung schreibt vor, daß Kinder unter 13 Jahren in Fabriken überhaupt nicht und Kinder über 13 Jahre nur dann in Fabriken beschäftigt werden dürfen, wenn sie nicht mehr schulpflichtig sind; keinesfalls darf die tägliche Arbeitszeit die Dauer von sechs Stunden überschreiten. Für die schulpflichtigen Kinder wurden durch das Reichsgesetz, betreffend die Kinderarbeit in gewerblichen Betrieben, vom 30. März 1903 Anordnungen getroffen, wobei unterschieden wird, je nachdem es sich um eigene oder um fremde Kinder handelt. In manchen Betrieben, so in Berg- und Hüttenwerken, Brüchen, Ziegeleien, in der Tabakindustrie, bei Bauten, in Werkstätten mit Motorbetrieb u. a. m. dürfen Kinder nicht tätig sein. Über ihre Beschäftigung bei öffentlichen Vorstellungen oder in Gastwirtschaften bestehen eingehende Vorschriften. Verboten ist die gewerbliche Arbeit fremder Kinder unter zwölf Jahren sowie eigener Kinder unter zehn Jahren. Aber auch in den Betrieben, in welchen die Tätigkeit von Kindern erlaubt ist, dürfen diese weder nachts noch überhaupt länger als drei Stunden in der Schulzeit (in den Ferien höchstens vier Stunden) täglich beschäftigt werden. Sonntagsarbeit ist im allgemeinen verboten. Dagegen unterliegt die Kinderarbeit in der Landwirtschaft sowie im Haushalt keiner Beschränkung.

Zum Schutze der Jugendlichen zwischen 14 und 16 Jahren bestimmt die Gewerbeordnung, daß ihre tägliche Arbeitszeit in Fabriken zehn Stunden nicht überschreiten darf. Die Beschäftigung der Jugendlichen während der Nachtstunden ist im allgemeinen verboten; in besonderen Fällen, wo es der Betrieb erheischt, darf der Bundesrat jedoch Ausnahmen zulassen. Von dieser Befugnis hat der Bundesrat zugunsten der Glashütten, der Hammer- und Walzwerke sowie der Steinkohlenbergwerke Gebrauch gemacht. Die Erlaubnis für die Nacharbeit der Jugendlichen in den beiden genannten Betriebsarten war im Jahre 1912 abgelaufen. Der Bundesrat hat aber, trotzdem die Beseitigung der Nacharbeit im Interesse der Jugendlichen lebhaft gewünscht wurde, die Erlaubnis wiederum erteilt.

Bei den für die Arbeiterinnen in der Gewerbeordnung vorgesehenen Sondervorschriften ist zwischen solchen, die für alle weiblichen Arbeitskräfte gelten, und solchen für die jungen Mütter zu unterscheiden. Das Gesetz schreibt folgendes vor:

„Arbeiterinnen dürfen nicht in der Nachtzeit von 8 Uhr abends bis 6 Uhr morgens und am Sonnabend sowie an Vorabenden der Festtage nicht nach 5 Uhr nachmittags beschäftigt werden.

Die Beschäftigung von Arbeiterinnen darf die Dauer von zehn Stunden täglich an den Vorabenden der Sonn- und Festtage von acht Stunden nicht überschreiten. Zwischen den Arbeitsstunden muß den Arbeiterinnen eine mindestens einstündige Mittagspause gewährt werden.

Nach Beendigung der täglichen Arbeitszeit ist den Arbeiterinnen eine ununterbrochene Ruhezeit von mindestens elf Stunden zu gewähren.

Arbeiterinnen, welche ein Hauswesen zu besorgen haben, sind auf ihren Antrag eine halbe Stunde vor der Mittagspause zu entlassen, sofern diese nicht mindestens einundeinehalbe Stunde beträgt.“

Mit diesen Anordnungen kann sich der Hygieniker noch nicht zufriedengeben; sie sind insbesondere im Hinblick auf

die immer größer werdende Ziffer der Verheirateten unter den Arbeiterinnen unzureichend.

Auch die gegenwärtig geltenden Mutterschutzbestimmungen sind, trotz der Fortschritte auf diesem Gebiete in den letzten Jahren, noch ungenügend. Wir weisen hier auf unsere Darlegungen im vorigen Abschnitt hin und fügen noch hinzu, daß nach der Forderung des Internationalen Kongresses für Hygiene im Jahre 1900 jeder Arbeiterin Arbeitsenthaltung während der letzten drei Monate ihrer Schwangerschaft zu gewähren ist, und daß zu demselben Resultat der Kongreß für Geburtshilfe und Frauenheilkunde zu Nantes im Jahre 1901 gelangte.

Das erste Land, das einen solchen Mutterschutz schuf, war, wie oben schon erwähnt wurde, die Schweiz, wo im Jahre 1877 gesetzlich bestimmt wurde, daß der Schwangeren-Wöchnerinnenschutz auf acht Wochen, wovon zwei auf die Zeit vor der Entbindung fallen dürfen, auszu dehnen sei; bei dem Wiedereintritt der Wöchnerin in die Fabrik müssen nachweislich sechs Wochen seit der Niederkunft verstrichen sein. Kein Staat hat bis heute eine längere Schonungsfrist angeordnet.

Dem Beispiel der Schweiz folgte im Jahre 1878 als erster unter den Staaten das Deutsche Reich, dann Ungarn, Österreich, Belgien und die Niederlande. Unter dem Einfluß der Internationalen Arbeiterschutzkonferenz in Berlin vom Jahre 1890 schufen England, Schweden, Portugal und Norwegen, später dann auch Dänemark, Italien und Spanien Mutterschutzgesetze, während eine solche Maßnahme noch jetzt in Frankreich und Rußland fehlt.

Gewöhnlich erstrecken sich die Arbeitsverbote auf die ersten vier Wochen nach der Entbindung. Am weitesten ausgedehnt ist der Mutterschutz jetzt neben der Schweiz in Deutschland. Bei uns hatte man zunächst eine obligatorische Ruhezeit von drei Wochen für die niedergekommenen Arbeiterinnen eingeführt. Die Gewerbeordnung für das Deutsche Reich vom Jahre 1891 brachte bereits eine Erweiterung, indem sie bestimmte, daß Wöchnerinnen während vier Wochen nach der Niederkunft überhaupt nicht und während der folgenden zwei Wochen nur dann beschäftigt werden dürfen, wenn das Zeugnis eines approbierten Arztes dies für zulässig erklärt. Erst 31 Jahre nach dem erwähnten schweizerischen Gesetz, nämlich im

Dezember 1908, beschloß der Deutsche Reichstag, dem Wöchnerinnen-Arbeitsverbot eine Ausdehnung nach dem Vorbilde der Schweiz zu geben; die neueste Novelle der Gewerbeordnung brachte nämlich folgende Abfassung des in Rede stehenden § 137: „Arbeiterinnen dürfen vor und nach ihrer Niederkunft im ganzen während acht Wochen nicht beschäftigt werden. Ihr Wiedereintritt ist an den Ausweis geknüpft, daß seit ihrer Niederkunft wenigstens sechs Wochen verflossen sind.“ Von hoher Bedeutung ist es aber, daß sich, wie wir sehen werden, in Deutschland an den Ausbau des Mutterschutzes auch stets eine entsprechende Erweiterung der gesetzlich vorgeschriebenen Wochenbettunterstützungen angeschlossen.

Aus diesen Darlegungen geht hervor, daß im Deutschen Reiche zwar ansehnliche Fortschritte auf dem Gebiete des Mutterschutzes erreicht wurden, daß man aber von dem Ziel, das alle Sozialhygieniker übereinstimmend bezeichnet haben, noch weit entfernt ist. Es ist vor allem zu bedenken, daß den Schutz der Gewerbeordnungen lediglich nur die gewerblichen Arbeiterinnen genießen; diese stellen aber in Deutschland nur etwa den neunten Teil aller weiblichen Erwerbstätigen dar. Dazu kommt noch, daß bei den Erwerbstätigen die nach Millionen zählenden Ehefrauen von Arbeitern und ihnen sozial Gleichgestellten nicht mitgerechnet sind, weil sie „nur“ im Haushalte beschäftigt sind; aber jeder Kenner der Zustände in den Arbeiterfamilien weiß, daß diese Frauen oft ebenso schwer zu arbeiten haben wie die Erwerbstätigen, und daher des Schutzes ebenfalls bedürfen.

Nach der Gewerbeordnung ist der Bundesrat befugt, für einzelne Gewerbe, in denen den Arbeitern besondere Gefahren drohen, Sondervorschriften zu erlassen. Demgemäß hat der Bundesrat die Arbeitsverhältnisse bei einer Anzahl von Berufsarten durch Vorschriften geregelt; diese erstrecken sich namentlich auf die Herstellung von Bleifarben und anderen Bleiprodukten sowie von Zigarren, auf die Arbeit vor allem in Bäckereien, ferner in Buchdruckereien, Steinbrüchen und Lumpensortieranstalten.

Durch ein besonderes Gesetz, das oben bereits erwähnte Hausarbeitsgesetz (1911), soll auf die hygienischen Zustände der Heimarbeiter eingewirkt, zugleich soll aber auch die Gesamtbevölkerung vor Gesundheitschädigungen geschützt werden. Die Werkstätten, einschließlich der Betriebsvorrichtung, Maschinen und Gerätschaften sind (nach § 6) so einzurichten und zu unterhalten, daß die Hausarbeiter gegen Gefahren für Leben und Gesundheit soweit geschützt sind, wie es die Natur des Betriebes gestattet. Insbesondere ist für genügend Licht, ausreichenden Luftraum und Luftwechsel, Beseitigung des bei dem Betriebe entstehenden Staubes, der dabei entwickelten Dünste und Gase sowie der dabei entstehenden Abfälle zu sorgen. Zum Schutze gegen gefährliche Berührungen mit Maschinen, Maschinenteilen usw. sind die erforderlichen Vorrichtungen herzustellen. Soweit sich in den einzelnen Gewerbezeigen, insbesondere solchen, welche der Herstellung, Verarbeitung oder Verpackung von Nahrungs- und Genussmitteln dienen, Gefahren für die öffentliche Gesundheit ergeben, kann (nach § 7) die zuständige Polizeibehörde durch Verfügung für einzelne Werkstätten anordnen, wie diese und die Lagerräume einschließlich der Betriebsvorrichtungen, Maschinen und Gerätschaften einzurichten und zu unterhalten sind, und wie der Betrieb zu regeln ist, um die Gefahren auszuschließen. Die Polizeibehörde kann anordnen, daß Räume, in denen Nahrungs- und Genussmittel hergestellt oder verarbeitet werden, zu bestimmten anderen Zwecken nicht benutzt werden dürfen. Der Bundesrat kann (nach § 10) die Verrichtung solcher Arbeiten in der Hausarbeit verbieten, welche mit erheblichen Gefahren für Leben, Gesundheit oder Sittlichkeit der Hausarbeiter oder für die öffentliche Gesundheit verbunden sind.

Im Gegensatz zu Frankreich, Rußland, Österreich und der Schweiz, wo Maximalarbeitsstage fixiert worden sind,

enthält die deutsche Gewerbeordnung im allgemeinen keine Vorschriften über die tägliche Arbeitsdauer der erwachsenen Arbeiter. Dagegen ordnet das Gesetz an, daß Arbeiter an Sonntagen nicht beschäftigt werden dürfen.

Nur die Arbeitszeit der Handelsangestellten wird in gewissem Umfange durch die Gewerbeordnung geregelt. Es besteht die Vorschrift, daß von 9 Uhr abends bis 5 Uhr morgens offene Verkaufsstellen für den geschäftlichen Verkehr geschlossen sein müssen. Der Spielraum für die Ausnützung der Arbeitskraft ist mithin sehr groß geblieben. Dazu kommt, daß im Handelsgewerbe Gehilfen, Lehrlinge und Arbeiter an Sonn- und Festtagen bis zu fünf Stunden beschäftigt werden dürfen.

Die deutsche Reichsregierung will aber offenbar die auf dieser Erlaubnis beruhenden hygienischen Mißstände mildern; sie hat Ende 1913 dem Reichstage den Entwurf eines besonderen, die Sonntagsruhe im Handelsgewerbe betreffenden Gesetzes unterbreitet. Die hierbei beabsichtigten Verbesserungen bestehen im wesentlichen darin, daß die Beschäftigung am Sonntag in offenen Verkaufsstellen bis zu drei Stunden, im übrigen Handelsgewerbe bis zu zwei Stunden zulässig sein soll.

Sehr beachtenswert ist das dem Entwurf angefügte Gutachten des Kaiserlichen Gesundheitsamtes über den gesundheitlichen Einfluß der Beschäftigung der Arbeiter und Angestellten im Handelsgewerbe. Dort wird dargelegt, daß die volle Sonntagsruhe für die Erholung des Nervensystems erforderlich sei; denn die Frühstunden seien im Sommer häufig gerade diejenigen, die sich zu einem Ausfluge ins Freie am besten eignen. Und dann heißt es wörtlich:

„Eine auch nur durch eine kurze Arbeitszeit in zwei Stücke getrennte Ruhezeit besitzt für geistig überanstrengte, nervöse Personen nicht entfernt den gleichen Erholungswert wie ein gleicher zusammenhängender Zeitraum. Insbesondere gilt dies für Kon-

toristen, die zeitweise Überarbeit zu leisten haben. Daß die gesundheitliche Bedeutung des freien Sonntags noch wesentlich gesteigert wird, wenn am Sonnabend vorher schon die Arbeitszeit eine Verkürzung erfahren hat, ergibt sich aus den vorstehenden Ausführungen von selbst. Es dürfte sogar möglich sein, durch eine solche Maßnahme denjenigen Kontoristen, die während der Saison erhebliche Überarbeit geleistet haben, die nötige Erholung zu verschaffen. Doch wird es dazu nötig sein, daß monatelang, möglichst während der stillen Geschäftszeit, ein Sonnabend-Frühschluß stattfindet, und daß die Leute in derselben Zeit volle Sonntagsruhe genießen.“

Hier finden wir also in dem amtlichen Gutachten einen Hinweis auf die gesundheitliche Bedeutung des freien Samstagnachmittags. Trotzdem hat sich die Reichsregierung nicht einmal zur vollen Sonntagsruhe im Handelsgewerbe entschlossen. Dagegen sehen wir, daß einige ausländische Staaten die gesetzliche Sonntagsruhe bereits um einen wöchentlichen Halbfeiertag verlängert haben. In England ist die Samstagnachmittagsruhe für Kinder und Frauen seit langer Zeit obligatorisch. Und für die englischen Männer wird diese Einrichtung durch einen langjährigen, ziemlich allgemein befolgten Brauch so strikte durchgeführt, daß man in Frankreich mit Recht den Namen „semaine anglaise“ geprägt hat. Als ich mich vor einigen Jahren in London aufhielt, habe ich überall die Geschäftshäuser am Samstag nach 2 Uhr geschlossen gesehen. Um aber allen englischen Handelsangestellten das Recht auf den freien Samstagnachmittag zu sichern, hat man das Ladenschlußgesetz (Shops Act) geschaffen, das am 1. Januar 1913 in Kraft trat. — In Victoria wurde schon im Jahre 1909 gesetzlich bestimmt, daß die Läden am Samstag um 1 Uhr zu schließen sind. Und in einigen amerikanischen Staaten, so in Kalifornien und Ohio, gilt bereits der Samstagnachmittag als gesetzlicher Feiertag. Man hat eben eingesehen, daß, wenn auch für die einfachen Verhältnisse zur Zeit der mosaischen Gesetzgebung ein Ruhetag innerhalb einer Woche genügt hat, für den

modernen Geistesarbeiter, sei es in den freien Berufen, sei es im Handelsgewerbe oder im Beamtenstand, eine solche Erholungsfrist oft nicht mehr ausreicht.

Schließlich sei noch betont, daß neben der kurzen wöchentlichen Ruhepause auch eine alljährlich etwas länger dauernde Erholung erforderlich ist. Bisweilen erhalten Arbeiter und Angestellte zur Wiederherstellung ihrer Gesundheit bzw. zur Verhütung der Invaliddität einen Erholungsurlaub. Man sollte aber hiermit nicht warten, bis eine Erkrankung vorliegt. Im Hinblick auf die zahlreichen Gesundheitschädigungen, die mit der Ausübung fast jeder Berufsart verbunden sind, und in Anbetracht der Tatsache, daß die Arbeits- und Lebenskraft, namentlich bei der Arbeiterschaft, so frühzeitig verbraucht ist, müßten alle Erwerbstätigen jedes Jahr Ferien erhalten, um Körper und Geist zu erfrischen. Wie aus mehreren Erhebungen hervorgegangen ist, wird nur sehr wenigen Arbeitern ein Erholungsurlaub gewährt; etwas besser sind hierbei die Verhältnisse bei den Handelsangestellten. Auf dem Wege des Vertrages wird aber die dringend notwendige Verallgemeinerung der Ferienerteilung nicht erzielt werden. Auch auf diesem Gebiete ist die gesetzliche Regelung nicht zu entbehren. Östereich ist mit seinem Handelsgehilfengesetz, das seit dem 1. Juli 1910 in Kraft ist, bahnbrechend vorangegangen. Der § 417 bestimmt, daß dem Dienstnehmer, wenn das Dienstverhältnis ununterbrochen sechs Monate gedauert hat, ein ununterbrochener Urlaub von zehn Tagen zu gewähren ist, und daß die Ferienfrist bei einem Dienstverhältnis von mehr als fünf Jahren auf zwei und drei Wochen verlängert werden soll; während des Urlaubs behält der Dienstnehmer den Anspruch auf seine Bezüge. — Es ist dringend zu wünschen, daß ein solches Gesetz, das dann gleichzeitig auf die Arbeiter auszu dehnen wäre, auch in Deutschland geschaffen wird.

Die Arbeiterschutzesetzgebung würde ihren Zweck ver-

fehlen, wenn nicht für eine gehörige Gewerbeaufsicht gesorgt worden wäre; diese Institution besteht bei uns seit dem Jahre 1879. Nach § 139 b der deutschen Gewerbeordnung wird die Aufsicht über die Ausführung der Schutzvorschriften ausschließlich oder neben den ordentlichen Polizeibehörden besonderen, von den Landesregierungen zu ernennenden Beamten übertragen. Die Fabrikinspektoren leisten überall eine gewaltige Arbeit; und doch genügt ihre Überwachungstätigkeit noch nicht, da sie aus Mangel an hinreichendem Hilfspersonal nicht alle Betriebe besuchen können. Wie notwendig aber die Gewerbeaufsicht ist, zeigt die große Zahl der verschiedenartigen, gegenüber den Vorschriften erfolgten Verstöße, welche alljährlich zur Anzeige gelangen.

Von besonders hohem hygienischen Wert ist die Mitwirkung von Ärzten bei der Fabrikinspektion.

In Deutschland gibt es allerdings bis jetzt nur in Bayern und Baden je einen Arzt, welcher an der Gewerbeaufsicht teilnimmt. — Viel weiter ist diese Entwicklung bereits in Großbritannien gediehen. Dort sind über 2000 Ärzte (Certifying Surgeons) in der Fabrikinspektion tätig; sie haben vor allem die Aufgabe, die Kinder und Jugendlichen unter 16 Jahren auf ihre körperliche Befähigung zur Arbeit in bestimmten Betrieben (zumeist in Bleibetrieben und chemischen Fabriken) zu untersuchen und hierüber Zeugnisse auszustellen, ferner über die Unfälle und gewerblichen Vergiftungen der Aufsichtsbehörde zu berichten, die Arbeit in gefährlichen Betrieben zu beaufsichtigen und auf Anordnung des Ministeriums Sondererhebungen auszuführen. — In Belgien hat man seit dem Jahre 1895 der Zentralverwaltung der Gewerbeaufsicht einen Arzt zuerteilt, dem vier weitere Mediziner in der Provinz angereiht sind. Diese Gewerbeärzte werden von zahlreichen praktischen Ärzten, den *Médecins agréés*, bei ihrer Tätigkeit unterstützt. Letztere werden ebenfalls von der Regierung mit bestimmten Untersuchungen beauftragt; sie sind verpflichtet, alle gewerbehygienisch wichtigen Beobachtungen der Behörde anzuzeigen und namentlich die Bleiarbeiter in gewissen Zeitabständen zu untersuchen.

Wie man durch die Schutzgesetzgebung Krankheiten zu

verhüten trachtet, so sucht man durch die Sozialversicherung die trotz der Prophylaxe erfolgten Schädigungen zu beseitigen oder zu mildern.

Auf diesem Gebiete hat Deutschland allen Staaten den Weg gezeigt. Zwar bestanden schon vor der französischen Revolution Krankenkassen in Frankreich und dann auch in England auf privater Basis. Aber der Ruhm, als erstes Land ein staatliches System, und zwar in Gestalt des Versicherungszwanges, eingeführt und damit „den Sprung ins Dunkle gewagt“ zu haben, gebührt dem Deutschen Reich.

Schon in der Botschaft, die Kaiser Wilhelm im Jahre 1881 dem Reichstage übermitteln ließ, war hervorgehoben, daß man dem Vaterlande neue und dauernde Bürgschaft seines inneren Friedens und den Hilfsbedürftigen größere Sicherheit und Ergiebigkeit des Bestandes, auf den sie Anspruch haben, gewähren müsse und den Arbeitern in den durch Krankheit, Unfall, Invalidität und Alter verursachten Notlagen ein Anrecht auf eine standesgemäße, die Armenpflege umgehende Fürsorge beschaffen solle. Der erste Entwurf des Krankenversicherungsgesetzes erschien gleichzeitig mit der Vorlage des Unfallversicherungsgesetzes im Jahre 1882; ersteres wurde aber schon im Jahre 1883 verabschiedet, letzteres dagegen erst 1884. Im Jahre 1890 trat dann das Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetz in Kraft.

Die drei Versicherungsgesetze wurden mehrfach novelliert, zuletzt im Jahre 1911, wo sie in der Reichsversicherungsordnung (wenigstens äußerlich) vereinigt wurden. Von den gegenwärtig geltenden Vorschriften seien die wichtigsten hier beleuchtet.

Nach § 165 der Reichsversicherungsordnung sind versicherungspflichtig:

1. Arbeiter, Gehilfen, Gesellen, Lehrlinge, Dienstboten,
2. Betriebsbeamte, Werkmeister und andere Angestellte in

- ähnlich gehobener Stellung, sämtlich, wenn diese Beschäftigung ihren Hauptberuf bildet;
3. Handlungsgehilfen und -Lehrlinge, Gehilfen und Lehrlinge in Apotheken;
 4. Bühnen- und Orchestermitglieder ohne Rücksicht auf den Kunstwert der Leistungen;
 5. Lehrer und Erzieher;
 6. Hausgewerbetreibende;
 7. die Schiffsbesatzung deutscher Seefahrzeuge (unter gewissen Voraussetzungen) sowie die Besatzung von Fahrzeugen der Binnenschifffahrt.

Die Versicherungspflicht besteht nur für diejenigen, deren Jahreseinkommen unter 2500 Mk. liegt.

Die Krankenkassen, die Träger der Krankenversicherung, bieten insbesondere Krankenhilfe, Wochenhilfe und Sterbegeld.

Die Krankenhilfe setzt sich aus Krankenpflege, welche vom Beginn der Krankheit an, und aus Krankengeld, das vom vierten Krankheitstage an nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit zu gewähren ist, zusammen. Diese Leistungen enden im allgemeinen spätestens mit Ablauf der 26. Woche nach Beginn der Krankheit. — Die Krankenpflege umfaßt ärztliche Behandlung, Versorgung mit Arznei sowie erforderlichenfalls mit Brillen, Bruchbändern, anderen kleinen Heilmitteln und nach der Reichsversicherungsordnung auch mit Krankenkost. — Das Krankengeld ist in der Höhe des halben Tagelohns für jeden Arbeitstag zu zahlen, wenn die Krankheit mit Erwerbsunfähigkeit verbunden ist; das Krankengeld kann bis auf drei Viertel des Tagelohns erhöht und auch für Sonn- und Feiertage zugebilligt werden. Die Karenz und die Gewährung nur eines Teilbetrages des Arbeitslohnes als Krankengeld sollen der Verhütung der Simulation dienen.

Die Bestimmungen über die Wochenhilfe werden unten

dargelegt. Als Sterbegeld wird beim Tode eines Versicherten das Zwanzigfache des Tagelohnes gewährt. Die Krankenkassen sind befugt, aber leider nicht verpflichtet, auch Familienhilfe zu bieten.

Zu der Kostendeckung haben die Arbeiter zwei Drittel, die Unternehmer ein Drittel beizutragen.

Die deutsche Krankenversicherung wurde zunächst in Oesterreich und dann in Ungarn, Luxemburg und Norwegen nachgeahmt; in jüngster Zeit wurden Krankenversicherungsgeetze auch in England, Rußland und Rumänien geschaffen. In den sonstigen Staaten, so in Frankreich, Italien und in der Schweiz gibt es nur private Krankenkassen; diese auf Selbsthilfe beruhenden Maßnahmen werden jedoch, wie die Erfahrung stets gelehrt hat, nur von einer verhältnismäßig kleinen Anzahl von Erwerbstätigen benutzt. — Die ausländischen Krankenversicherungsmaßnahmen haben in mancher Hinsicht Vorzüge vor der deutschen Gesetzgebung. So haben z. B. Ungarn und Norwegen die obligatorische Familienversicherung eingeführt. Die englische Versicherungsbill umfaßt einen verhältnismäßig noch größeren Personenkreis als die Reichsversicherungsordnung. Sodann werden den englischen Krankenkassen vom Staate finanzielle Unterstützungen zuteil; auch ist die vorgeschriebene Bildung von Gesundheitskommissionen wertvoll.

Unter den Krankheiten nehmen die Anfälle eine besondere Stellung ein; es handelt sich hierbei um solche Affektionen, die bei der Betriebstätigkeit plötzlich durch äußere Schädigung hervorgerufen wurden. Dieser Besonderheit entsprechend hat man neben dem Krankenversicherungsgesetz zunächst das Gewerbe-Unfallversicherungsgesetz im Jahre 1884 geschaffen; ihm folgten 1886 das Unfallversicherungsgesetz für Land- und Forstwirtschaft und 1887 das Bau- sowie das See-Unfallversicherungsgesetz. Zuvor galten die

Bestimmungen des Haftpflichtgesetzes vom 7. Juni 1871, wonach der Unternehmer eine Entschädigung zu zahlen hatte, wenn ein Unfall auf seine Schuld zurückzuführen war; aber der verletzte Arbeiter mußte hierfür einen entsprechenden Nachweis erbringen, was jedoch häufig sehr schwierig war und zu zahlreichen langdauernden Prozessen Anlaß gab.

Nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung müssen alle Arbeiter, Gehilfen, Gesellen, Lehrlinge sowie Betriebsbeamte, deren Jahreseinkommen 5000 Mk. an Entgelt nicht übersteigt, gegen Unfall versichert sein; der Versicherungspflicht unterliegen Fabriken, Bergwerke, Eisenbahnen, Post-, Gewerbebetriebe für Bau-, Steinhauer- usw. Arbeiten, Zuhrenwerksbetriebe u. a. m. Die Kosten der Versicherung haben allein die in Berufsgenossenschaften vereinigten Arbeitgeber zu tragen.

Im Falle einer Verletzung sind vom Beginne der 14. Woche nach dem Unfall Krankenbehandlung und eine Rente für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit zu gewähren. Die Rente beträgt, solange der Verletzte infolge des Unfalls völlig erwerbsunfähig ist, zwei Drittel des Lohnes; wenn er nur teilweise erwerbsunfähig ist, den entsprechenden Teil der Vollrente; solange der Verletzte infolge des Unfalls hilflos ist, d. h. ohne fremde Wartung nicht bestehen kann, ist ihm eine Entschädigung bis zum vollen Verdienste zu erhöhen.

Sehr zu bedauern ist vom hygienischen Standpunkte aus die erwähnte, von dem obersten Schiedsgericht verkündete Auslegung, daß der Begriff „Unfall“ an die plötzliche Entstehung gebunden sei. Denn es wird als ein soziales Unrecht empfunden, daß z. B. ein Arbeiter, dem durch eine Maschine der Arm schwer verletzt wurde, eine lebenslängliche angemessene Entschädigung erhält, daß derselbe Arbeiter aber keine Rente empfängt, wenn sein Arm durch Lähmung infolge einer Bleivergiftung verstümmelt und gebrauchsunfähig wird. In

England werden dagegen auf Grund eines Gesetzes vom Jahre 1906 (Workmens Compensation Act) auch bei Arbeitsunfähigkeit oder Tod infolge von manchen Gewerbekrankheiten (Milzbrand, Blei-, Quecksilber-, Phosphor-, Arsenikvergiftungen, Wurmkrankheit) Renten bewilligt.

Das Deutsche Unfallversicherungsgesetz selbst fordert jedoch im übrigen weniger zur Kritik heraus als die Verwaltungspraxis. Denn die Berufsgenossenschaften zahlen die Renten nicht ohne weiteres aus; häufig entstehen Streitverfahren, welche vor den Schiedsgerichten auszufechten sind. Die Entscheidungen der Schiedsgerichte sind aber von Jahr zu Jahr für die Versicherten ungünstiger ausgefallen, was im wesentlichen darauf beruht, daß die Berufsgenossenschaften Atteste von angesehenen Ärzten vorlegen können, während die Verletzten aus finanziellen und anderen Gründen zumeist hierzu nicht in der Lage sind.

So verfehlt das an sich gewiß nicht schlechte Gesetz oft seinen Zweck. Der Hygieniker muß dies beklagen. Denn wenn ein Unfallverletzter nicht gehörig entschädigt wird, so muß er sich entsprechend seiner Erwerbsbehinderung stärker anstrengen, um am Lohn keine Einbuße zu erleiden; dadurch schädigt er sich aber an seiner Gesundheit.

Andererseits ist betont worden, daß ganz besonders das Unfallversicherungsgesetz Simulation und Renten hysterie erzeugt hat. Wie jedes Gesetz, so zeitigt auch das Unfallversicherungsgesetz zugleich „unerwünschte Folgen“. Aber die Häufigkeit der Unfallversicherungsgesetzneurosen ist nicht so groß, wie von manchem Gegner des sozialpolitischen Fortschrittes behauptet wird. Die mißlichen Nebenerscheinungen, die sich übrigens in anderen Bevölkerungsschichten nicht seltener finden als in Arbeiterkreisen, können den hohen Wert der Versicherungsgesetze nicht verdunkeln.

Fischer, Gesundheitspolitik.

Die meisten Staaten haben das deutsche System der Unfallversicherung nachgeahmt. In manchen Ländern hat man hierbei Bestimmungen geschaffen, die auch für uns vorbildlich sein könnten. Wie in England, so fallen auch in der Schweiz die gewerblichen Vergiftungen unter den Begriff „Unfall“. Ferner wird nach dem schweizerischen Gesetz (1912) nicht nur bei Betriebs-, sondern auch bei Nichtbetriebsunfällen Entschädigung gewährt. — Das englische Gesetz bestimmt, daß dem Schiedsgericht als Beisitzer vom Ministerium des Innern eingesetzte und besoldete Ärzte (medical referees) beizugeben sind; unter der Mitwirkung dieser unparteiischen Sachverständigen wurden weit mehr Schiedsgerichtsentscheidungen zugunsten der Arbeiter als zugunsten der Unternehmer gefällt.

Aus praktischen Gründen hat man die mit Erwerbsunfähigkeit verbundenen Erkrankungen in solche, die vorübergehend, und in solche, die von langer Dauer sind, eingeteilt. Hat eine Erkrankung mehr als 26 Wochen gewährt, so stellt im allgemeinen die Krankenversicherung ihre Leistungen ein, und die Invalidenversicherung übernimmt die Fürsorge.

Bereits bei der Novellierung dieses Gesetzes im Jahre 1899 wurde aus dem Namen das Wort „Altersversicherung“ gestrichen; hiermit wurde schon angedeutet, daß im Vordergrund der Leistungen, obwohl die Gewährung von Altersrenten beibehalten wurde, die finanziellen Unterstützungen der Invaliden und die Verhütung der Invalidität standen.

Nach der Reichsversicherungsordnung sind Arbeiter, Gehilfen, Gesellen, Lehrlinge, Dienstboten, Betriebsbeamte, Handlungsgehilfen, Lehrer, Gehilfen und Lehrlinge in Apotheken sowie Bühnen- und Orchestermitglieder, wosfern die regelmäßige Jahreseinnahme die Summe von 2000 Mk. nicht übersteigt, versicherungspflichtig, und zwar vom vollendeten 16. Lebensjahr an.

Auf Grund des neuen Gesetzes werden nicht nur Invaliden- oder Altersrenten, sondern auch Hinterbliebenen-Unterstützungen (Renten, Witwengeld und Waisenaussteuer) gewährt.

Invaliden- oder Altersrente erhält, wer die Invalidität oder das gesetzliche Alter (70. Lebensjahr) nachweist. Wittvenrente bezieht die Witve jedoch nur dann, wenn sie selbst invalide ist. Die Waisenrente wird unter allen Umständen nach dem Tode des versicherten Vaters seinen ehelichen (nicht aber seinen unehelichen) Kindern unter 15 Jahren, nach dem Tode einer Versicherten ihren vaterlosen oder unehelichen Kindern unter 15 Jahren gewährt.

Die Mittel für die Versicherung bringen das Reich, die Arbeitgeber und die Versicherten — die beiden letzteren in gleichem Umfange — auf.

Eine bedeutungsvolle Neuerung stellt die Kinderzuschussrente dar; wenn der Empfänger einer Invalidenrente Kinder unter 15 Jahren hat, wird diese Rente für jedes Kind um ein Zehntel bis zum höchstens eineinhalbfachen Betrag erhöht.

Die Invalidenrente wird ohne Rücksicht auf das Lebensalter der versicherten Personen bewilligt, wenn Invalidität vorliegt; als invalide gilt, wer nicht mehr imstande ist, durch seine Tätigkeit, die seinen Kräften und Fähigkeiten entspricht, ein Drittel dessen zu erwerben, was körperlich und geistig gesunde Personen derselben Gegend durch Arbeit zu verdienen pflegen.

Zu den für die Hygiene wichtigsten Vorschriften des Invaliditätsversicherungsgesetzes gehören die Anordnungen über die Einleitung eines Heilverfahrens, um die drohende Invalidität einer versicherten Person oder einer Witve abzuwenden. Auf dieser Bestimmung beruht unter anderem die Entwicklung der Lungenheilstätten.

Bedauerlicherweise hat man die Heimarbeiter auch bei der Neugestaltung des Gesetzes nicht in die Versicherung einbezogen; gerade für diese Berufsgruppe wären die genannten Fürsorgemaßnahmen besonders erforderlich.

Dagegen ist zu begrüßen, daß man durch die Angestellten-

versicherung (1911) den Kreis derjenigen, die gegen Invaldität versichert sind, erheblich erweitert hat. Versicherungspflichtig sind nach diesem Gesetz alle Angestellten, deren Jahresverdienst unter 5000 Mk. liegt. Ruhegeld erhält, wer das 65. Lebensjahr vollendet hat oder durch körperliche Gebrechen oder wegen Schwäche seiner körperlichen und geistigen Kräfte zur Ausübung seines Berufes dauernd unfähig ist. Berufsunfähigkeit ist dann anzunehmen, wenn die Arbeitsunfähigkeit auf weniger als die Hälfte derjenigen eines körperlich und geistig gesunden Versicherten von ähnlicher Ausbildung und gleichartigen Kenntnissen und Fähigkeiten herabgesunken ist. Nach 26 Wochen ununterbrochener Berufsunfähigkeit erhält er Krankenruhegeld, auch wenn er nicht dauernd erwerbsunfähig ist. Um die infolge einer Erkrankung drohende Berufsunfähigkeit eines Versicherten abzuwenden, kann der Träger der Versicherung, die Reichsversicherungsanstalt, ein Heilverfahren einleiten, soweit nicht bereits durch eine Landesversicherungsanstalt, den Träger der reichsgesetzlichen Arbeiterversicherung, eine derartige Maßnahme getroffen ist. Dies gilt auch, wenn zu erwarten ist, daß der Empfänger eines Ruhegeldes durch ein Heilverfahren die Berufsfähigkeit wiedererlangt.

Von den ausländischen Staaten besitzen bis jetzt nur Luxemburg, England und Frankreich Invalditätsversicherungs-gesetze, die nach deutschem Vorbilde den Versicherungszwang anordnen.

Wir haben oben die Mutterschutzbestimmungen geschildert und dabei betont, daß diese Vorschriften nur dann von Wert sind, wenn für die vom Staate gesetzlich festgelegte Arbeitsenthaltung eine Entschädigung gezahlt wird; dieser Forderung wird am besten durch die Mutterschaftsversicherung entsprochen. Man hat hierbei zwei Systeme benutzt: bei dem einen ist die Mutterschaftsversicherung ein Teil der Kranken-

versicherung, bei dem anderen ist sie eine selbständige Institution.

Das erste Land, welches dem Mutterschutz eine finanzielle Mutterfürsorge anreichte, war das Deutsche Reich. Schon in das erste Krankenversicherungsgesetz (1883) wurden Anordnungen, nach welchen Wochenbettunterstützungen zu gewähren sind, aufgenommen. Auch bei der Gestaltung der Reichsversicherungsordnung blieb die gesetzliche Regelung der Wochenhilfe ein Bestandteil der Krankenversicherung.

Während anfangs die finanzielle Beihilfe nur drei Wochen hindurch geboten wurde, hat man bei fast jeder Novellierung des Krankenversicherungsgesetzes die Dauer ausgedehnt, erst auf vier, dann auf sechs und nun auf acht Wochen, von denen, wie es im § 195 der RVO. heißt, sechs in die Zeit nach der Niederkunft entfallen müssen; das Wöchnerinnengeld wird in Höhe des Krankengeldes bezahlt. — Leider gilt diese Zeitbestimmung nur für die Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, während die Landkrankenkassen die Unterstützungen nur vier Wochen hindurch zu gewähren brauchen.

Neben den Anordnungen über die obligatorischen Leistungen enthält das Gesetz auch Vorschriften über fakultative Darbietungen. Zu letzteren gehören vor allem die Gewährung von freien Hebammendiensten, die Schwangerschaftsunterstützung sowie die Zahlung von Stillgeld. Ferner ist zu erwähnen, daß alle diese Leistungen auch den versicherungsfreien Ehefrauen von Versicherten zugewilligt werden dürfen. Allein, von Gesetzesbestimmungen, die keinen bestimmten Zwang ausüben, ist erfahrungsgemäß nur wenig Erfolg zu erwarten.

Die deutschen gesetzlichen Mutterschaftsfürsorgemaßnahmen weisen mithin noch manche Mängel auf. Vor allem ist zu bedauern, daß das Wochengeld im allgemeinen nur die

Hälfte des Lohnes beträgt, was ohne Zweifel zu niedrig bemessen ist. Dazu kommt, daß trotz des immer größer werdenden Versicherungskreises noch nach Millionen zählende Frauen, die der Wöchnerinnenunterstützung bedürftig sind, außerhalb des Versicherungszwanges stehen.

Österreich, dann Ungarn, Luxemburg, Norwegen und neuerdings England, Rußland und Rumänien haben das deutsche System der Krankenversicherung nachgeahmt und hierbei eine gesetzliche Regelung der Mutterschaftsfürsorge geschaffen. Allein, die Leistungen der drei zuerst genannten Länder bleiben in jeder Hinsicht weit hinter denen des Deutschen Reiches zurück; aus den anderen Staaten liegen Berichte noch nicht vor. Es muß jedoch hervorgehoben werden, daß manche Bestimmungen in den ausländischen Gesetzen für uns nachahmenswert sind. Nach den englischen Anordnungen wird auch den versicherungsfreien Ehefrauen von Versicherten Wochenbettunterstützung zugebilligt. In England leistet der Staat, in Norwegen gewähren Staat und Gemeinden den Krankenkassen finanzielle Beihilfen. In der Schweiz, wo es allerdings nur private (nicht gesetzlich angeordnete) Krankenkassen gibt, übernimmt der Bund die Kosten, welche diesen Institutionen aus der Zubilligung von Wochenbettunterstützungen und Stillgeld erwachsen.

Das System der selbständigen Mutterschaftsversicherung ist seit dem Jahre 1912 in Italien in Kraft. Das Gesetz erstreckt sich allerdings nur auf die gewerblichen Arbeiterinnen. Der Staat trägt zur Deckung der Kosten bei. In Schweden wird ein ähnliches Gesetz vorbereitet.

Wir haben die gesundheitlichen Gefahren, denen die Arbeiter infolge der Berufstätigkeit ausgesetzt sind, geschildert, und wir haben dann erörtert, welche gesetzlichen Schutzmaßnahmen geschaffen worden bzw. noch zu wünschen sind. Das schlimmste Übel aber, das dem Arbeitsfähigen droht, ist die Arbeitslosigkeit. Arbeitslos sein heißt zumeist: hungern. Im ersten Abschnitt haben wir dargelegt, wie schwer es selbst in normalen Zeiten für zahlreiche Arbeiterfamilien ist, das Gleichgewicht zwischen Einnahmen und Ausgaben herzustellen, und wie unmöglich es ist, Ersparnisse zu erzielen.

Eine selbst nur kurze Zeit währende Verdienstlosigkeit führt mithin zu hart empfundenen Einschränkungen und zur Verschlechterung des Ernährungszustandes. Dazu kommt, daß in gewissen Perioden die Furcht, beschäftigungslos zu werden, über ganzen Berufsgruppen schwebt und dann jene Gereiztheit und Nervosität erzeugt, die jeder Kassenarzt so häufig bei Arbeitern beobachtet.

Daß die Krankenziffer, sobald der erste Schnee fällt, bedeutend in die Höhe steigt und die Krankenkassen dann gewissermaßen zu Arbeitslofenkassen werden, wurde oft festgestellt. Mag diese Erscheinung auch in manchen Fällen auf Mißbrauch beruhen, so ist doch sicher, daß die Verdienstlosigkeit zu seelischen Alterationen und körperlichen Schädigungen führt. Vom Standpunkte der Hygiene aus muß man daher eine hinlängliche Arbeitslofenfürsorge fordern, auch wenn theoretisch mancherlei berechtigte Bedenken gegen eine solche Maßnahme vorliegen.

Das erste System der Arbeitslofenversicherung schuf die Stadt Bern, im Jahre 1893; diesem Beispiel folgten in Deutschland Köln im Jahre 1896, später dann Leipzig, Schw.-Gmünd und Kaiserslautern. Diese fakultativen Einrichtungen nach Art von Sparkassen wurden zwar nur von wenigen Arbeitern benutzt und sind nur durch erhebliche Zuschüsse existenzfähig; aber es wohnt ihnen doch ein hoher Wert für die Propaganda des Arbeitslofenversicherungsgedankens inne. Einen Schritt vorwärts kam man, als Barlez in Gent vorschlug, die Arbeitslofenfürsorge der Gewerkschaften durch Subventionen aus kommunalen Mitteln zu unterstützen. Die Stadt Gent führte diesen Plan zuerst im Jahre 1900 aus. Inzwischen ist in allen belgischen Städten mit mehr als 40 000 Einwohnern und in vielen kleineren Orten das Genter System nachgeahmt worden. In Straßburg (1907), Mülhausen (1909), Erlangen (1909), Freiburg i. B. (1910), Schöneberg (1910) und neuerdings in einer Reihe anderer Städte hat man sich im wesentlichen ebenfalls an das Genter System gehalten.

Neben anderen Bedenken ist darauf hingewiesen worden, daß eine einzelne Stadt eine Einrichtung wie die Arbeits-

losenversicherung nicht treffen könne, weil sie befürchten muß, daß es daraufhin in ihr zu einer Massenansammlung des Proletariats kommen würde. In der Tat ist es notwendig, daß die Arbeitslosenversicherung durch ein Staatsgesetz geregelt wird.

Solche Gesetze schufen zuerst Dänemark (1907) und Norwegen (1911); in diesen Ländern wählte man die Gestalt der freiwilligen, staatlich subventionierten Versicherung. Ganz vortrefflich ist das englische Gesetz (1912), das mit dem Krankenversicherungsgesetz verbunden wurde; es erstreckt sich zwar nur auf die (etwa 2½ Millionen) Arbeiter in Maschinenbau- und Schiffsbauindustrie sowie im Baugewerbe, aber es unterstellt diese dem Versicherungszwang.

Bei uns ist in absehbarer Zeit eine Reichsarbeitslosenversicherung, die von vielen Seiten dringend verlangt wird, nicht zu erwarten. Das Reich weist diese Aufgabe den Einzelstaaten zu; die Regierungen der Bundesstaaten sind aber der Meinung, daß die gesetzliche Regelung der Arbeitslosenfürsorge durch das Reich oder die Städte erfolgen müsse.

Auf die hygienischen Zustände der minderbemittelten Bevölkerung muß aber der Gesetzgeber nicht nur insofern einwirken, als er die Einkommensverhältnisse zu verbessern, die Erwerbstätigen vor Gesundheitsschädigungen infolge der Arbeit zu bewahren, die Erkrankten arbeitsfähig zu machen und die Arbeitslosen zu unterstützen sucht; durch legislatorische Maßnahmen muß vielmehr auch dafür gesorgt sein, daß sich die Preise für einwandfreie Lebensmittel und Wohnungen im Einklang mit den Einnahmen der in Rede stehenden Schichten befinden.

Wir haben oben die gesetzlichen Bestimmungen erörtert, welche verhüten sollen, daß verdorbene oder verfälschte Nahrungsmittel in den Handel gelangen. Es fragt sich nun, ob durch die Gesetzgebung ein Einfluß auch dahin ausgeübt wer-

den kann, daß jeder Familie eine quantitativ und qualitativ befriedigende Ernährung zuteil wird.

Ein Gesetz pflegt man aber nur dann zu schaffen, wenn Mißstände vorherrschen. Man wird mithin zu einer die Verbilligung der Nahrungsmittel betreffenden legislatorischen Maßnahme nur dann schreiten, wenn festgestellt ist, daß weite Kreise der Bevölkerung unterernährt sind. Entsprechende Untersuchungen wurden zwar schon vielfach durchgeführt; sie haben aber, wie wir im ersten Abschnitt dargelegt haben, bisher die zu lösenden Probleme nicht hinreichend geklärt. Der Staat sollte daher für das erforderliche Tatsachenmaterial, aus dem man sich ein Urteil über die Zustände im Nahrungsweisen bilden kann, sorgen. Das Kaiserliche Gesundheitsamt hat zwar, wie oben erwähnt wurde, im Jahre 1910 dem Reichstage eine Denkschrift über den Einfluß der Fleischversorgung auf die Volksernährung unterbreitet; der in der amtlichen Publikation verwandte Stoff ist aber als unzulänglich zu bezeichnen. Darum hätte das Gesundheitsamt nicht den Schluß ziehen dürfen, daß keine Fleischnot und überhaupt keine Unterernährung in weiten Kreisen besteht. Diese von einer so hervorragenden Stelle stammenden Thesen mußten bei den hygienisch wenig informierten Abgeordneten im Reichstage und in den Parlamenten der Einzelstaaten zu der Überzeugung führen, daß zu besonderen Verbesserungsmassnahmen kein Anlaß vorliegt.

Die Gesetzgebung sollte dahin wirken, daß die Nahrungsmittel so billig als möglich auf den Markt gelangen. Nun ist aber das Deutsche Reich nicht imstande, soviel Getreide und Fleisch, wie dem Bedarf seiner Bevölkerung entspricht, zu produzieren; wir sind also auf ausländische Staaten angewiesen, bei denen wir gegen Industriewaren landwirtschaftliche Erzeugnisse eintauschen müssen. Unsere Handels- und Verkehrspolitik sollte daher so gestaltet werden, daß die Nah-

rungsmittel möglichst leicht und schnell eingeführt werden. Statt dessen sind wir von einer zeitgemäßen Verkehrspolitik, welche die tunlichst rasche und billige Beförderung der Nahrungsmittel bezweckt, weit entfernt; und die Einführung ausländischer Produkte wird bedauerlicherweise nicht nur nicht gefördert, sondern durch eine nur einem beschränkten Kreise von Interessenten dienende Zollgesetzgebung erschwert. Die Nationalökonomien streiten sich allerdings noch darüber, ob die Zölle der Lebenshaltung der Arbeiterbevölkerung geschadet haben. Denn in der Zeit der Preissteigerung sind auch die Löhne höher geworden. Aber man muß doch wohl annehmen, daß die Beseitigung der Lebensmittelzölle eine erhebliche Steigerung des Konsums zeitigen würde. Dafür spricht vor allem die Erfahrung, die man in England gewonnen hat. Dort wurden im Jahre 1846 die Kornzölle aufgehoben, und seitdem konnten die Arbeiter von den für die Ernährung wertvollen Waren weit mehr kaufen als je zuvor; insbesondere stieg der Konsum an animalischen Lebensmitteln, während die Arbeiter zur Zeit der Kornzölle „am Fleischpreise so wenig Interesse gehabt haben, wie am Preise der Diamanten“.

Wenn wir uns nun daran erinnern, welcher Anteil des Arbeitereinkommens auf die durch die hohen Lebensmittelpreise stark angewachsenen Ausgaben für die Ernährung entfällt, und wie wenig dann noch für die Befriedigung der anderen Bedürfnisse, insbesondere für die Wohnungsmiete übrigbleibt, dann werden wir unschwer die Bedeutung der Zollgesetzgebung nicht nur für das Nahrungs-, sondern auch für das Wohnungsweisen erkennen.

Fragen wir nun, wie man durch die Gesetzgebung auf die Verbesserung des Wohnungswezens einzuwirken sucht. Es handelt sich darum, für einwandfreie und zugleich billige Wohnungen zu sorgen. Die Höhe der Wohnungsmiete hängt

nun von verschiedenen Faktoren, insbesondere von dem Bodenpreis, von der Bauordnung, von den Baukosten und vom Zinsfuß für das Baukapital ab.

Um die Steigerung des Bodenpreises zu hemmen, hat Preußen in seinem Kommunalabgabengesetz (1893) angeordnet, daß die Grund- und Gebäudesteuer nach dem Nutzungswert oder nach dem gemeinen Wert erhoben werden kann. In der Tat haben bereits zahlreiche Gemeinden die Besteuerung nach dem gemeinen Wert eingeführt. — In Preußen ist für die Gemeinden allgemein, vorbehaltlich staatlicher Genehmigung, die Erhebung einer Abgabe bei Bodenbesitzwechsel zulässig. Frankfurt a. M. hat als erste Stadt im Jahre 1904 diese Zuwachsteuer eingeführt; Köln, Gelsenkirchen, Dortmund, Breslau, Kiel und mehrere Berliner Vororte sind diesem Beispiel schnell gefolgt. Von hoher Bedeutung ist es aber, daß das Deutsche Reich ein Zuwachsteuergesetz (1911) geschaffen hat; hiernach ist die Hälfte des Steuereingangs dem Reiche, 10% den Einzelstaaten und 40% den Gemeinden zuzuweisen.

Baupolizeiliche Vorschriften hat es in jeder Periode des Städtebaues gegeben. Die Anordnungen erstreckten sich entweder auf die Ausführung der einzelnen Gebäude (Höhen- und Flächenausnutzung, bauliche Anlage und Nutzung, Bauausführung und Material) oder auf die Bauweise nach Gebäudegattungen und Bezirken (offene Bauweise, weiträumige geschlossene Bauweise, Aussonderung von Landhausbezirken, Aussonderung von Geschäfts- und Industriebezirken und Fabrikvierteln). Mit diesen Bestimmungen hat man — gewiß erfolgreich — Leben und Gesundheit der Bewohner zu schützen gesucht. Allein, die Vorschriften haben gewöhnlich dieselben Ansprüche an die Kleinhäuser in den Außenbezirken wie an die großen Mietshäuser im Zentrum der Stadt gerichtet und dadurch zum Mietskasernensystem Anlaß gegeben. Landesbauordnungen, in denen sich neuere, das Kleinwohnungsweisen fördernde Anschauungen geltend machen, wurden namentlich in Bayern (1901), Sachsen (1904) und Baden (1907) geschaffen.

Auf die Höhe der Baukosten kann, abgesehen von den polizeilichen Bauvorschriften, durch die Gesetzgebung kein Einfluß ausgeübt werden. Aber wie jede Ware, so lassen sich auch Häuser billiger im Großbetrieb herstellen. Diese Aufgabe haben die gemeinnützigen Baugenossenschaften übernommen; sie sollten vom Staat in jeder möglichen Weise gefördert werden. Dies kann vor allem dadurch geschehen, daß den Baugenossenschaften aus staatlichen Mitteln billiges Baugeld zur Verfügung gestellt wird. Auf diesem Gebiete wirkt bereits die Reichsversicherungsordnung (§ 1356), wonach die Landesversicherungsanstalten Darlehen für Unternehmungen, die ausschließlich oder überwiegend den Versicherungspflichtigen zugute kommen, hergeben dürfen, segensreich; denn die Versicherungsträger haben schon mit Hunderten von Millionen Mark den Bau von Arbeiterwohnungen unterstützt.

In Belgien (1899) sowie namentlich in Österreich (1910) hat man besondere Gesetze geschaffen, um die gemeinnützigen Baugenossenschaften, welche sich dem Bau von Kleinwohnungen widmen, zu fördern.

In Deutschland fehlt es noch immer an dem seit langer Zeit gewünschten Reichswohnungsgesetz. Dagegen hat die preußische Regierung zu Beginn des Jahres 1913 den Entwurf eines Wohnungsgesetzes veröffentlicht; er erstreckt sich insbesondere auf baupolizeiliche Vorschriften, Benutzung der Gebäude und Wohnungsaufsicht.

In England hat man im Jahre 1890 ein Gesetz (Housing of the Working Classes Act) geschaffen, wonach die Sanitätsbehörde Häuser eines ungesunden Viertels abreißen und neue Straßen und Häuser herstellen lassen darf. Selbstverständlich erhalten die betreffenden Eigentümer eine Entschädigung. Zugleich wurde die Staatsbehörde ermächtigt und verpflichtet, für Arbeiterwohnhäuser zu sorgen; unter Wohnhaus ist hier ein Einzelhaus oder ein großes Gebäude für zahlreiche Mieter

zu verstehen. Ein zweites Gesetz (Housing Town Planning Act 1909) ermächtigt das Local Government Board, einen Druck auf die Sanitätsbehörde auszuüben, wenn sie den genannten Vorschriften des Gesetzes vom Jahre 1890 ungenügend nachkommt.

In den vorstehenden Darlegungen haben wir geschildert, welche Gesetze im hygienischen Interesse der Erwerbstätigen sowie zugunsten der Invaliden und Greise geschaffen wurden. Man hat aber nicht nur für die Generationen von heute und gestern, sondern auch für die von morgen durch legislatorische Maßnahmen gesorgt; man hat auch dem Schutze der Kinder im Säuglings-, Spiel- und Schulalter seine Aufmerksamkeit zugewandt.

Zu den Institutionen, die den Säuglingen der minderbemittelten Bevölkerungskreise dienen, gehören zunächst die von uns schon erörterten Mutterchutz- und -versicherungsgesetze. Man hat aber noch unmittelbare Einrichtungen für die Neugeborenen geschaffen. Diese Anordnungen erstrecken sich in Deutschland vor allem auf die Vormundschaft der Unehelichen sowie auf die Pflege der sog. Ziehkinder.

Zahlreiche, namentlich uneheliche Kinder werden kurze Zeit nach der Geburt von ihren Müttern getrennt und „in Kost gegeben“. Hierbei entwickelten sich vielfach Mißstände, die man auf verschiedenartige Weise zu verhüten, bzw. zu beseitigen sucht. Aufs beste bewährt hat sich hierbei das Laubische System. Der bekannte Leipziger Arzt hat im Jahre 1883 vorgeschlagen, daß an Stelle der Einzelvormundschaft die Generalvormundschaft zu setzen ist, und daß zugleich die in Pflege gegebenen Kinder von besoldeten Ziehkinderärzten und beamteten Aufsichtsdamen überwacht werden sollen. Diese Methode hat sich trefflich bewährt, so daß im § 136 des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuch auf die für ganz Sachsen geschaffene Einrichtung Rück-

sicht genommen wurde. Inzwischen ist die Generalvormundschaft auch in Koburg-Gotha, Bremen, Hamburg, Oldenburg und in gewissem Umfange in Bayern eingeführt worden.

Durch besondere Gesetze in Hessen (1874), Württemberg (1909) und Hamburg (1910), bzw. durch ministerielle Verordnungen in Sachsen (1877), Preußen (1905), Bayern (1906) usw. wird die Erlaubnis zum Halten von Pflegekindern an besondere Bedingungen, insbesondere an die hygienische Beschaffenheit der von den Pflegeeltern bewohnten Räume, geknüpft.

Von den ausländischen Gesetzen, die der Kinderfürsorge dienen, sei zunächst die im Jahre 1874 von den beiden französischen Kammern angenommene Loi Roussel hervorgehoben. Hiernach steht jedes Kind unter zwei Jahren, das gegen Entgelt in Pflege gegeben wurde, unter Aufsicht der Behörde, die nach Bedarf einen ärztlichen Überwachungsdiensit anordnet. Besonders bemerkenswert ist an diesem Gesetz die Bestimmung (§ 8), daß jede Person, die sich als Amme vermieten will, sich vom Bürgermeister ihres Wohnortes ein Attest darüber ausstellen lassen muß, ob ihr letztes Kind lebt, und daß es bereits älter als sieben Monate ist, oder, wenn es dies Alter noch nicht erreicht hat, von einer anderen Frau gestillt wird.

Großzügig gestaltet ist der gesetzliche Schutz der verlassenen Kinder in Ungarn. Das Fundament zu dieser Institution legte bereits der Gesetzesartikel XXII vom Jahre 1886, der in späteren Jahren, zuletzt durch die Gesetzesartikel VIII und XXI des Jahres 1901 ergänzt wurde. Hiernach werden alle Kinder, die von ihren Eltern oder den dazu verpflichteten Angehörigen nicht erhalten werden können, jederzeit in staatlichen Kindersyhlen, deren es im ganzen Lande zurzeit 17 gibt, und die musterhaft eingerichtet und ärztlich überwacht sind, aufgenommen.

England hat durch sein Children Act 1908 angeordnet, daß die Aufnahme von Pflegekindern, die weniger als sieben Jahre alte sind, binnen 48 Stunden der Ortsbehörde anzuzeigen ist. In demselben Gesetz befinden sich auch Bestimmungen zum Schutz der Kinder und jugendlichen Personen vor Mißhandlung. Ein besonderer Abschnitt verbietet den Verkauf von Zigaretten oder Zigarettenpapier an anscheinend noch nicht 16 Jahre alte Personen, sei es zum eigenen Gebrauch oder nicht.

Seit kurzer Zeit erstreckt sich die Gesetzgebung auch auf die Hygiene der Schulkinder. Wir haben oben geschildert, daß die Gemeinden schon recht viel auf dem Gebiete der Schulgesundheitspflege geleistet haben. Aber im Hinblick darauf, daß der Staat den Schulzwang angeordnet hat, wäre zu erwarten gewesen, daß schon längst auch für eine gesetzliche Regelung aller im Interesse der Schülerhygiene erforderlichen Maßnahmen gesorgt worden ist.

Bahnbrechend ist in dieser Hinsicht England vorgegangen. In seinem Schulspeisungsgesetz vom 21. Dezember 1906 (An act to make provision for meals for children attending Public elementary schools in England and Wales) wurden folgende Anordnungen getroffen: Die örtliche Unterrichtsbehörde kann nach eigenem Ermessen für die Verabreichung von Speisen an Volksschulkinder ihres Bezirkes sorgen. Zu diesem Zwecke kann sie einem sog. Schulspeisungsausschuß beitreten und diesen durch Bereitstellung von Räumlichkeiten, Zuweisung von Beamten u. a. m. unterstützen. Im allgemeinen soll aber die örtliche Unterrichtsbehörde die Kosten der Schulspeisung nicht tragen. Die Angehörigen jedes Kindes sollen für die Verabreichung der Speisen einen von der Unterrichtsbehörde festzusetzenden Betrag zahlen, wenn sie hierzu in der Lage sind. In Fällen, wo festgestellt wurde, daß Volksschulkinder aus Mangel an Nahrung nicht imstande sind, dem Unterricht gehörig zu folgen, und daß keine Mittel zur Verfügung stehen, um die Kosten der erforderlichen Schulspeisung zu decken, kann das Unterrichtsministerium eingegriffen werden. Die Verabreichung von Speisen an ein Kind soll aber bei dessen Angehörigen keinerlei Rechte beeinträchtigen.

Des weiteren hat man auch die ärztliche Untersuchung der Schulkinder in einigen Staaten gesetzlich geregelt.

für die männliche und weibliche Jugend sowie auf die Gewerbe- und Handelsschulen erstrecken soll.

In dem oldenburgischen Gesetz, betreffend die ärztliche Untersuchung der Schulkinder, vom 27. Juni 1913 wird bestimmt, daß alle schulpflichtigen Kinder jährlich mindestens einmal durch einen Schularzt untersucht werden müssen. Bei den Untersuchungen der Schüler soll der Schularzt die Räumlichkeiten der Schule und deren Einrichtungen besichtigen und, falls er in hygienischer Hinsicht Mängel findet, hiervon dem Schulvorstande Kenntnis geben.

Sachregister.

Abolition 69.
 Ähntverbot 109.
 Ähntens 70, 71.
 Ähntung 97.
 Ähntismus 70, 109.
 Ähntstelle 28, 131.
 Ähnterschutz 53, 76, 77, 88, 89, 113, 114.
 Ähnterversicherung 29, 88, 89.
 Ähntensamt, internationales 77.
 Ähntensfähigkeit 31.
 Ähntenslosenversicherung 135, 136.
 Ähntensverhältnisse 20, 86.
 Ähntenspflege 78.
 Ähntenswesen 110, 111.
 Ähntensliche Gewerbeaufsicht 124.

Ähntensliche Untersuchung der Eheandidaten 98.
 Ähntensfähigkeit 17.
 Ähntensgeld 140.
 Ähntensgenossenschaft 82.
 Ähntensordnung 139.
 Ähntensbeamte 28.
 Ähntensfähigkeitsergebnisse 31.
 Ähntenspreise 139.
 Ähntensreform 79.
 Ähntensweinmonopol 110.
 Ähntensbrunnenbergiftung 31.

Ähntensdegeneration 16, 17.
 Ähntensdesinfektion 94.
 Ähntensdiensthöten 28.
 Ähntensverhöte 98.

Ähntensverhältnisse 19.
 Ähntensartung 16, 17.
 Ähntensenthaltbarkeit 70, 71.
 Ähntenserholung 62, 121, 123.
 Ähntensgenit 51.

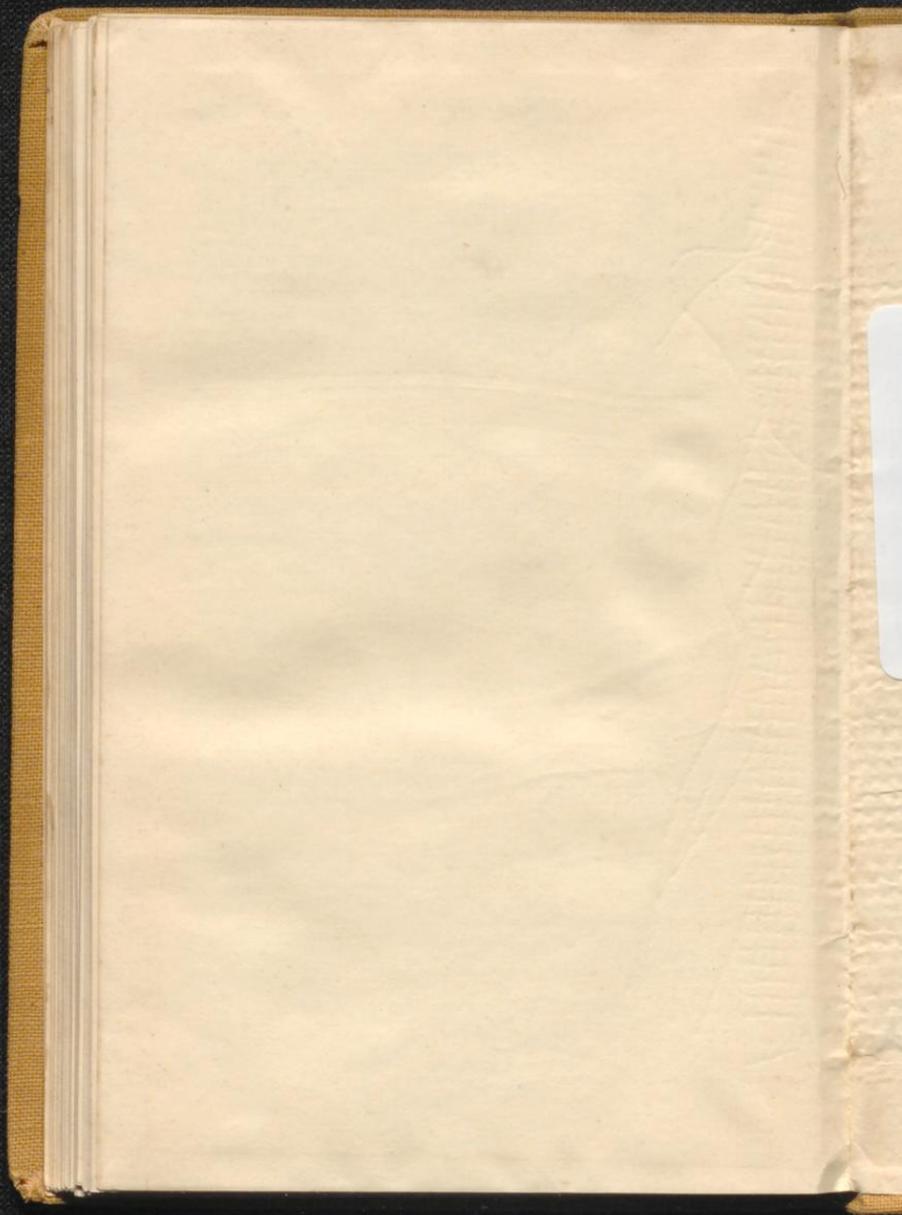
Ähntensfleischkonsum 24, 137, 138.
 Ähntensfleischpreise 24, 26, 138.
 ÄhntensFrauenarbeit 20, 77, 115, 117.

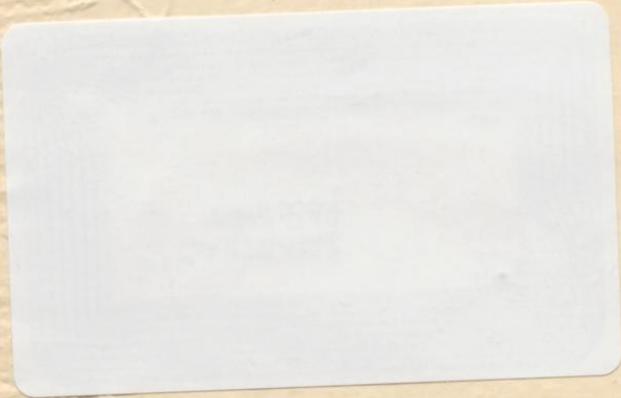
ÄhntensGartenstadtbewegung 83.
 ÄhntensGeburtenrückgang 17.
 ÄhntensGeburtenüberschuß 9, 12.
 ÄhntensGeburtenziffer 9, 10, 12.
 ÄhntensGeneralvormundschaft 141.
 ÄhntensGeschlechtskrankheiten 67, 68, 69, 106, 108.
 ÄhntensGesundheitsausschüsse 36.

- Gesundheitsbeamte 36.
 Gesundheitspflege, öffent-
 liche 37, 38, 40, 43, 87.
 —, persönliche 49.
 —, soziale 40, 43, 44, 49,
 73, 87.
 Gewerbliche Vergiftungen
 119, 129.
 Gewerkschaften 85, 86.
 Gothenburger System 110.
 Handelspolitik 84, 88, 89,
 137.
 Haushaltsrechnungen
 23, 25.
 Hebammendienste 133.
 Hebammenwesen 111.
 Heilverfahren 131, 133.
 Heimarbeit 21, 120, 131.
 Impfgesetz 36, 49, 94, 95,
 99.
 Invalidentrenten 31, 32,
 33.
 Invalidenversicherung 130.
 Jugendfürsorge 61, 77,
 117.
 Jugendspiele 62.
 Junggesellensteuer 99.
 Kanalisation 94.
 Kinderarbeit 21, 115, 116.
 Klassenhygiene 50.
 Kleintinderfürsorge 57.
 Koalitionsrecht 113.
 Konsumvereine 89.
 Krankenversicherung 125.
 Krankheitsverhältnisse 33.
 Kurpfuschertum 49, 112.
 Laboratorium, hygienisches
 95.
 Landesbauordnungen 139.
 Lebenserwartung 10, 11,
 29.
 Leibesübungen 62.
 Leichenschau 111.
 Lungenheilstätten 64.
 Malaria 95.
 Mäßigkeitsbewegung 70,
 71.
 Minimalarbeitstage 120.
 Militärarbeitsstatistik 27.
 Militärauglichkeit 17, 114.
 Minimallohn 113.
 Wort 97.
 Mutterchaftskassen 55.
 Mutterchaftspensionen 99.
 Mutterchaftsversicherung
 53, 55, 132.
 Mutterchutz 40, 52, 53,
 118.
 Nachtarbeit 22, 77.
 Nahrungsweisen 22, 81, 84,
 95, 101, 137.
 Parteiprogramme 87.
 Bellagra 95.
 Pflegefinder 142.
 Phosphorverbot 77.
 Prostitution 107.
 Rassehygiene 16, 51, 52,
 97.
 Rauch- und Staubplage
 67.
 Reichsgesundheitsamt 100.
 Reichsgesundheitsrat 104.
 Rentenhygiene 129.
 Sabbatrube 91.
 Samstagfrühschluß 63,
 122.
 Säuglingschutz 51, 55, 56,
 57, 96, 141, 142.
 Säuglingssterblichkeit 10.
 Schulärzte 28, 58, 63, 143,
 144, 145.
 Schulbäder 28.
 Schülerpensionen 28, 143.
 Schülerwanderungen 28.
 Schulgesundheitspflege 58,
 59, 60, 61.
 Schulhäuser 27.
 Schwangerschaftsgehd 11
 Seuchenbekämpfung
 92, 103, 105.
 Simulation 126, 129.
 Sonntagsruhe 121.
 Sozialpolitik 73.
 Sozialreform 75.
 Sozialversicherung 29,
 89, 125.
 Sterbetafeln 15.
 Sterblichkeitsziffern 9,
 29, 94.
 Stillgeb 133.
 Stilltätigkeit 17.
 Taubstumm System 1
 Todesursachen 13.
 Totschlag 97.
 Tuberkulose 64, 65,
 87, 96, 106.
 Turnerschaft, Deutsche
 Unfälle 33, 127.
 Unfallversicherung 127.
 Urlaub 63, 123.
 Volksheilstätten 64.
 Volks- und Jugendspil
 62.
 Wanderungsverlust 9.
 Wasserversorgung 94,
 108, 109.
 Wohlfahrtspflege 79.
 Wohnungsvereine 82,
 Wohnungsweisen 94,
 108, 109.
 Zentralbehörde, hygie
 sche 36.
 Ziehfinder 141.
 Ziel der sozialen Hygie
 29.
 Zollgesetzgebung 138.
 Zuwachssteuer 139.

Badische
 Landesbibliothek

27.
aufgefalt 1
aufjung
5.
26, 120.
121.
73.
75.
ung 29,
15.
iffert 9,
17.
System 1
13.
64, 65,
Deutsche
27.
ung 127.
83.
n 64.
Jugendbü
erlust 9.
ung 94,
ege 79.
eine 82,
en 94,
e, hügte
ien hügte
ng 138.
139.





BLB Karlsruhe



41003688031

