

# **Badische Landesbibliothek Karlsruhe**

**Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe**

## **Gesundheitspolitik und Gesundheitsgesetzgebung**

**Fischer, Alfons**

**Berlin [u.a.], 1914**

I. Gesundheitsstatistik

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

## 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 Zeichen<sup>1)</sup> 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-

<sup>1)</sup> 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 Wohnungsverwesen aussieht, welche Maßnahmen man zum Zwecke der Hauptpflege

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 Verhältnisse 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 Urteil 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 Nahrungsweesen ist das Wohnungsweesen 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 Gesundheitswesens<sup>1)</sup> 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-

<sup>1)</sup> 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 Arbeiterschutzeinrichtungen 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 Körperchaften 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.