

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Grundriss der sozialen Hygiene

Fischer, Alfons

Karlsruhe, 1925

IV. Einflüsse der kulturellen Umwelt auf einzelne Krankheitsarten

[urn:nbn:de:bsz:31-342002](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bsz:31-342002)

IV. Einflüsse der kulturellen Umwelt auf einzelne Krankheitsarten.

1. Medizinalstatistische und sozialpathologische Übersicht.

In den vorangegangenen Abschnitten haben wir uns mit den Hauptbestandteilen der sozialen Hygiene sowie mit den sozialhygienischen Zuständen einzelner Personenklassen befaßt, ohne daß wir hierbei näher auf einzelne Krankheitsarten eingehen konnten. Um nun weitere Einblicke in die sozialhygienischen Verhältnisse zu erlangen, müssen wir uns nun noch mit einigen Krankheiten, auf welche die kulturelle Umwelt besonders stark einwirkt, beschäftigen.

Es erhebt sich vor allem die Frage, welchen von den zahlreichen Krankheiten der Sozialhygieniker sich hauptsächlich zuwenden muß; denn wir können im Hinblick auf den verfügbaren Raum keineswegs alle, sondern nur die wichtigsten Krankheiten erörtern. Da muß nun zunächst betont werden, daß im Gegensatz zu der üblichen pathologisch-anatomischen und klinischen Betrachtungsweise, die sich mit Vorliebe den selteneren und seltensten Fällen widmet, der Sozialhygieniker sich im allgemeinen nur mit solchen Leiden befaßt, die sich besonders häufig zeigen. Es kommt allerdings bei der einzelnen Krankheitsart nicht nur auf ihre Häufigkeit, sondern auch auf ihre Gefährlichkeit für die Umgebung des Erkrankten und dadurch für das ganze Gesundheitswesen an; denn ansteckende¹⁾ Krankheiten, die zeitweise nur selten auftreten, können unter gewissen Bedingungen plötzlich zahlreiche Menschen befallen.

Wir müssen daher untersuchen, bei welchen Krankheiten sich besonders hohe Zahlen finden oder ihrem Wesen nach finden können.

Da ist nun zu bemerken, daß die Medizinalstatistik, wie bereits oben (S. 12) erwähnt wurde, noch mangelhaft gestaltet ist. Über die Krankheitsursachen, soweit sie breite allgemeine Volksschichten betreffen, liegen nur die zumeist wenig brauchbaren Angaben der Krankenkassen vor; und die Mitteilungen der Heilanstalten, der Militärverwaltung, der Schulärzte, der Lebensversicherungsgesellschaften u. a. m. erstrecken sich lediglich auf besondere Personengruppen, so daß man hieraus Schlüsse auf die Zustände des ganzen Volkes im allgemeinen nicht ziehen kann. Daß auch die Invaliditätsursachenstatistik unzureichend ist, wurde ebenfalls bereits betont. Man ist mithin im wesentlichen auf die Todesursachenstatistik angewiesen. Aber auch diesem Teil der Medizinalstatistik gegenüber ist Vorsicht geboten, da, wie bereits für die jugendlichen Altersklassen (siehe S. 245 und 264) dargelegt wurde, die Todesursache²⁾ in zahlreichen Fällen statt von Ärzten von Laien angegeben wird.

Nur wenige Staaten berichten darüber, wie viele von den Gestorbenen ärztlich behandelt waren; von den deutschen Ländern haben solche Angaben nur Baden, Württemberg und Bayern, vom Auslande namentlich die Niederlande und Ungarn veröffentlicht. Die

¹⁾ Es gilt dies nicht nur für die Infektionskrankheiten, sondern auch für geistige Epidemien.

²⁾ Vgl. auch Fr. Prinzing: „Die deutschen und die internationalen Todesursachenverzeichnisse“, Deutsches Statistisches Zentralblatt 1921 Nr. 3/4.

betreffenden Zahlen sind in unserer Zeichnung 20 veranschaulicht. Zur Ergänzung dieser Ziffern, die sich auf alle Todesfälle zusammen beziehen, seien noch entsprechende Angaben, die sich auf die wichtigsten Todesursachen erstrecken, angeführt; der den badischen amtlichen Listen entnommene Zahlenstoff für 1923 wird in unserer Zeichnung 21 dargestellt. Man sieht, daß bei manchen Krankheitsarten, die zum Tode geführt haben, zumeist, bei anderen (z.B. bei angeborener Lebensschwäche, Brechdurchfall, Abzehrung der Kinder) viel zu selten ärztliche Hilfe in Anspruch genommen wurde. Es muß bezweifelt werden, ob bei den Krankheitsfällen, bei denen eine ärztliche Diagnose fehlt, die Todesursache immer richtig angegeben wurde. Der Wert einer Todesursachenstatistik hängt naturgemäß im wesentlichen davon ab, bei wie vielen Sterbefällen die Diagnose von einem Arzt stammt.

Obwohl wir uns der Mängel unserer gegenwärtigen Medizinalstatistik bewußt sind, wollen wir an der Hand der Angaben, auf die man sich noch am ehesten stützen darf, prüfen, welche Krankheiten als Krankheits-, Invaliditäts- und Sterblichkeitsursachen sich am häufigsten geltend machen. Wir fassen daher die Angaben, welche in unseren Zeichnungen 22, 23 und 24 sowie in der Tafel 107 enthalten sind, ins Auge.

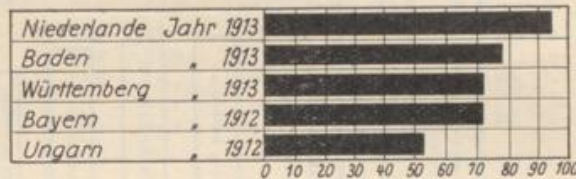
Der Zahlenstoff für die Zeichnung 22 ist dem Werk¹⁾ über die Leipziger Ortskrankenkasse entnommen, da die dort veröffentlichten Angaben die im Deutschen Reiche obwaltenden Zustände am zutreffendsten kennzeichnen. Die für die Zeichnung 23 benutzten Ziffern stammen aus der Arbeit von A. Fischer über die Invaliditätsverhältnisse in Baden; sonstige brauchbare

¹⁾ Siehe die Fußnote 2 auf S. 301.

Zeichnung 20.

Ärztlich Behandelte unter den Gestorbenen.

Von je 100 Gestorbenen waren ärztlich behandelt:



(Nach Angaben d. Medizinalstat. Mittell. a. d. Kaiserl. Gesundheitsamte Bd. 19, Berlin 1917, gezeichnet.)

Zeichnung 21.

Häufigkeit der ärztlich Behandelten unter den Gestorbenen in Baden nach Krankheitsarten.

Von je 100 an nachstehenden Krankheiten im Jahre 1923 Gestorbenen waren ärztlich behandelt:

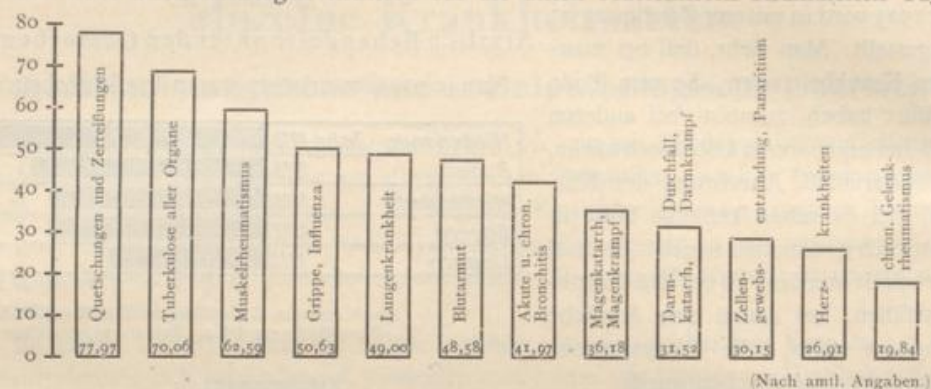


(Nach amtlichen Angaben berechnet und gezeichnet.)

Zeichnung 22.

Krankheitsursachen bei den Mitgliedern der Allgemeinen Ortskrankenkasse
Leipzig während der Jahre 1887—1905.

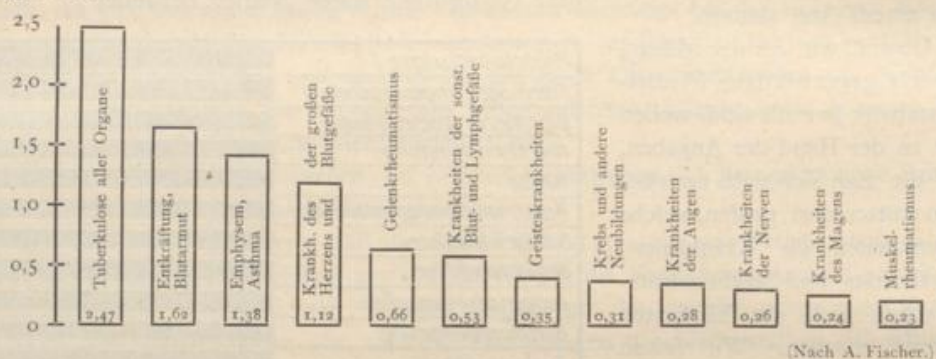
Von 1000 Krankheitstagen entfielen auf die unten bezeichneten Krankheiten Tage:



Zeichnung 23.

Invaliditätsursachen in Baden im Durchschnitt der Jahre 1905—1909.

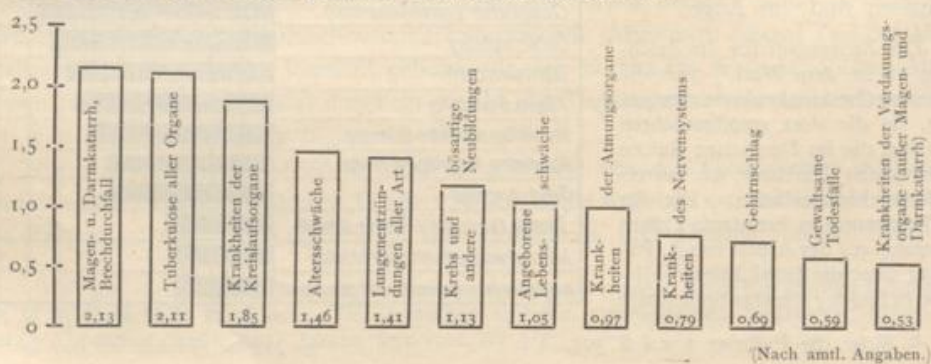
Auf 1000 über 20 Jahre alte, im Jahre 1907 versicherte Personen wurden invalide infolge von:



Zeichnung 24.

Todesursachen in Baden im Jahre 1910.

Auf 1000 im Jahre 1910 gezählte Einwohner starben an:



Tafel 107.

Die häufigsten Todesursachen im Deutschen Reiche 1892—1921.

Zahl der an nachstehenden Todesursachen Gestorbenen auf je 10000 der mittleren Bevölkerung*).

Todesursachen	1892	1900	1905	1910	1913	1918	1921
Angeborene Lebensschwäche u. Bildungsfehler	10,9	11,6	12,8	11,0	10,2	5,8	10,3
Altersschwäche	23,3	22,1	19,3	16,3	15,4	22,0	15,1
Tuberkulose aller Organe	22,2	22,5	20,5	16,3	14,3	22,9	13,7
Lungenentzündung	14,8	14,1	15,0	12,7	11,9	24,6	11,7
Influenza	—	—	1,9	1,2	0,8	29,3	2,7
Krankheiten der Atmungsorgane	17,1	15,8	11,2	8,9	8,0	9,9	6,2
Krankheiten der Kreislauforgane	—	—	14,2	15,5	16,1	18,2	16,8
Gehirnschlag	—	—	6,4	6,0	6,1	5,8	5,8
Andere Krankheiten des Nervensystems	—	—	10,4	8,0	7,0	6,6	5,8
Magen-Darmkatarrh, Brechdurchfall	32,0	34,2	24,8	15,4	12,9	5,0	8,7
Andere Krankheiten der Verdauungsorgane	—	—	5,9	4,5	4,6	4,8	4,5
Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	—	—	3,3	3,1	3,1	3,5	2,9
Krebs	6,1	7,2	7,3	7,9	8,2	8,1	8,9
Andere Neubildungen	—	—	0,8	0,9	0,9	0,8	0,9
Selbstmord	2,1	2,0	2,1	2,2	2,3	1,6	2,1
Verunglückung oder andere gewaltsame Einwirkung	—	—	3,9	3,6	3,8	52,3	4,4
Alle Todesursachen zusammen	242,5	221,1	198,1	161,9	149,9	246,8	138,9

*) Beteiligt waren 1892: 10, 1900: 20, 1905: 23, 1910: 24, 1918: 23, 1921: 16 deutsche Länder.

(Nach Sonderbeilage z. d. Veröffentl. d. Reichsgesundheitsamts 1924 Nr. 18.)

Zahlen, welche über die Invaliditätsursachen unterrichten, sind nicht vorhanden. Um die Invaliditätsursachen mit den Todesursachen desselben Gebietes vergleichen zu können, wurden auch für die letzteren (Zeichnung 24) die badischen Angaben verwendet; diese haben überdies, worauf von Rösle¹⁾ hingewiesen wurde, gegenüber dem Zahlenstoff anderer Gliedstaaten den Vorzug der größeren Zuverlässigkeit, weil in Baden der Anteil der ärztlich Behandelten an der Gesamtzahl der Gestorbenen am höchsten ist. Die in den drei Zeichnungen berücksichtigten Volkskreise stimmen zwar nicht ganz überein; aber vorsichtige Vergleiche sind doch gestattet und werden lehrreich wirken.

In den drei Zeichnungen wurden jeweils die zwölf häufigsten Krankheitsarten ihrer zahlenmäßigen Bedeutung nach veranschaulicht.

An der ersten Stelle finden wir unter den Krankheitsursachen (Zeichnung 22) die Verletzungen, unter den Invaliditätsursachen (Zeichnung 23) die Tuberkulose und unter den Todesursachen (Zeichnung 24) die Magen- und Darmkatarrhe. Man sieht also, daß die Häufigkeit der Krankheiten sehr verschiedenartig ist, je nachdem wir die Ergebnisse der Krankenkassen-, der Invaliditäts- oder Sterblichkeitsstatistik betrachten; und dies trifft nicht nur für die erste, sondern auch für die anderen Stellen der drei Reihenfolgen zu. Aber bei allen drei Arten der Statistik nimmt die Tuberkulose den ersten oder doch den zweiten Platz ein. Dadurch ist die große Bedeutung, die dieser Krankheit zukommt, schon gekennzeichnet; ihr werden wir uns vor allem zuwenden müssen, zumal wir uns schon mit den Verletzungen der Kassenmitglieder in dem Abschnitt „Arbeiter“ und mit den zumeist bei den Neugeborenen auftretenden Magen-Darmkatarrhen als Todesursachen in dem Abschnitt „Säuglinge“ befaßt haben.

¹⁾ Siehe „Ergebnisse der Todesursachenstatistik im Deutschen Reich für das Jahr 1912“, Medizinalstatist. Mitteil. a. d. Kaiserl. Gesundheitsamte Bd. 18, Berlin 1915, S. 143.

Tafel 108.

Der Einfluß der Wohlhabenheit auf die Häufigkeit der
Auf je 10000 Lebende jeden Geschlechts und

Altersstufen Todesursachen	Wohlhabende			Mittelstand			Ärmere			Insgesamt		
	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.
Gesamtzahl der Gestorbenen . .	105	58	73	109	106	107	210	182	196	147	108	125
o bis 1 Jahr:												
Gestorbene überhaupt	598	381	489	804	1031	909	3018	2119	2558	1851	1486	1676
Angeb. Lebensschwäche	213	169	192	226	240	233	595	388	489	404	304	356
Atrophie, Magen- u. Darmkatarrh	43	85	64	124	264	188	1132	720	921	603	471	540
Masern und Keuchhusten	43	—	21	—	—	—	145	180	163	78	94	86
Tuberkulose	43	—	21	21	96	55	87	152	121	57	109	83
Krankheiten der Atmungsorgane .	43	—	21	247	167	211	377	319	347	277	217	248
Krämpfe	85	85	85	21	120	67	348	194	269	192	252	173
Übrige u. unb. Ursachen	128	42	85	165	144	155	334	166	248	241	138	190
1 bis 5 Jahre:												
Gestorbene überhaupt	31	25	28	65	121	92	277	246	262	152	160	156
Magen- und Darmkatarrh etc. . .	7,8	—	4,0	5,4	—	2,8	20	15	17	13	7,1	9,8
Masern und Keuchhusten	7,8	—	4,0	—	12	5,6	44	75	60	21	39	30
Tuberkulose	—	8,3	4,0	22	35	28	56	48	52	32	36	34
Sonstige Infektionskrankheiten .	7,8	17	12	16	17	17	44	15	29	27	16	21
Krankheiten der Atmungsorgane	—	—	—	—	29	14	60	60	60	27	37	32
Übrige und unb. Ursachen	7,8	—	4,0	22	29	25	52	34	43	32	25	29
5 bis 15 Jahre:												
Gestorbene überhaupt	10	24	17	20	30	25	47	34	40	28	30	29
Tuberkulose	2,6	8	5,3	4,3	4,6	4,5	11	13	12	6,4	9	7,7
Sonstige Infektionskrankheiten .	—	5,4	2,6	6,5	11	8,9	12,8	11	11,9	7,1	9,7	8,4
Übrige und unb. Ursachen	7,8	11	9,2	8,7	14	11	23	9,4	16	14	11	13
15 bis 30 Jahre:												
Gestorbene überhaupt	23	9,6	12	31	24	27	62	70	66	42	25	32
Kindbettfieber	—	—	—	—	—	—	—	5,9	—	—	1,2	—
Lungentuberkulose	2,6	1,6	1,8	9	11	10	25	40	32	14	12	13
Sonstige Infektionskrankheiten .	5,2	3,2	3,5	3,9	2,3	3,0	11	5,9	11	7	3,5	5,5
Selbstmord	2,6	0,5	0,9	3,9	2,3	3,0	8,3	1,5	5,2	5,5	1,2	2,7
Sonstiger gewaltsamer Tod . . .	2,6	1,1	1,3	3,9	1,1	2,4	11	1,5	6,6	6,5	1,2	3,1
Übrige und unb. Ursachen	10	3,2	4,4	10	6,9	8,5	7,1	16	11	9	6,7	7,7

Nun ist zu betonen, daß die Tuberkulose zu den Infektionskrankheiten gehört. Daraus allein geht schon hervor, daß wir uns mit den ansteckenden Krankheiten besonders beschäftigen müssen. Es kommt jedoch zunächst noch hinzu, daß auch die Influenza, die namentlich bei den Krankheitsursachen (bei den Todesursachen unter „Lungenentzündung aller Art“ sowie unter „Krankheiten der Atmungsorgane“) eine sehr große Rolle spielt, ebenfalls eine Infektionskrankheit ist. Unter den zwölf häufigsten Todesursachen der Zeichnung 22 ist die Grippe nicht angeführt; denn bei ihr ist die Letalität, d. h. das Verhältnis der Gestorbenen zu den Erkrankten, gewöhnlich gering; aber es sei darauf hingewiesen, daß die Influenza sich im Jahre 1918 im Deutschen Reich, wenn man von den tödlichen Verwundungen auf dem Felde der Ehre absieht, an der obersten Stelle unter den Todesursachen (siehe Tafel 107) befand. Hieraus erkennen wir, welche Bedeutung eine Infektionskrankheit plötzlich erhalten kann. Daran müssen wir auch bei vielen anderen ansteckenden

einzelnen Todesursachen in Bremen 1876—1900.

jeder Altersstufe kommen Gestorbene:

Altersstufen Todesursachen	Wohlhabende			Mittelstand			Ärmere			Insgesamt		
	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.
30 bis 60 Jahre:												
Gestorbene überhaupt	86	46	62	106	70	86	165	107	136	121	72	94
Kindbettfieber	—	—	—	—	—	—	—	2,3	—	—	0,7	—
Lungentuberkulose	1,0	2,9	5,8	19	11	15	52	34	43	29	15	21
Sonstige Infektionskrankheiten	58	2,9	4,0	4,5	2,9	3,7	7,9	3,5	6,9	6,1	3,1	4,8
Lungenentzündung und sonstige Krankh. der Atmungsorgane	7,3	4,8	5,8	10	7,7	9,0	25	8,2	17	15	6,8	10
Herz- u. Blutgefäßkrankheiten	20	4,8	11	14	8,7	11	16	19	17	16	10	13
Gehirnschlag und sonstige Krank- heiten des Nervensystems	8,7	3,8	5,8	13	8,7	10	11	13	12	11	8,2	10
Krankh. der Verdauungsorgane	7,3	3,8	5,2	5,7	9,7	7,8	11	2,3	6,9	8,2	5,5	6,7
Krebs u. sonstige Neubildungen	12	17	15	16	9,7	13	6,8	18	12	11	15	13
Selbstmord	4,4	—	1,7	8	3,9	5,7	10	1,2	5,7	7,7	1,7	4,5
Sonstiger gewaltsamer Tod	—	—	—	5,7	—	2,6	9	1,2	5,2	5,3	0,3	2,6
Übrige und unb. Ursachen	10	5,8	7,5	10	6,7	8,4	16	4,7	10	12	5,8	8,7
über 60 Jahre:												
Gestorbene überhaupt	547	480	507	578	548	561	518	502	509	550	508	526
Altersschwäche	56	95	80	70	93	83	48	89	71	59	93	78
Tuberkulose	11	19	16	18	13	15	35	31	33	20	21	20
Lungenentzündung und sonstige Krankh. der Atmungsorgane	40	76	61	105	133	121	97	131	116	79	110	97
Herz- u. Blutgefäßkrankheiten	175	103	132	117	106	111	131	52	86	142	90	112
Gehirnschlag u. sonstige Krank- heiten des Nervensystems	96	50	68	111	75	90	62	31	45	91	53	70
Krankh. der Verdauungsorgane	34	11	20	18	27	23	28	16	21	26	18	21
Nierenentzünd. u. sonst. Krankh. d. Harn- u. Geschlechtsorgane	17	19	18	35	13	23	6,9	—	3,0	20	12	15
Krebs u. sonstige Neubildungen	45	65	57	58	75	68	41	94	71	49	76	65
Selbstmord	11	—	4,6	18	—	7,5	21	21	21	16	5,9	10
Übrige und unb. Ursachen	62	42	50	29	13	20	48	37	42	47	31	38

(Nach Mitteil. d. Bremischen Stat. Amts 1911 Nr. 1.)

Krankheiten, die in jüngster Zeit verhältnismäßig nur wenig, früher aber sehr zahlreiche Opfer gefordert haben, denken. Hervorgehoben sei z. B. nur, daß nach amtlichen Angaben¹⁾ auf je 10000 der mittleren Bevölkerung im Deutschen Reich an Diphtherie und Krupp im Jahre 1892 noch 11,8, im Jahre 1893 sogar 15,8, dagegen nur 1,3 im Jahre 1920 und 1,0 im Jahre 1921 starben.

Sodann ist anzuführen, daß unter den Infektionskrankheiten die Geschlechtskrankheiten, deren weite Verbreitung feststeht, deren Häufigkeit aber nicht ohne weiteres aus der bisherigen Medizinalstatistik zu ersehen ist, gerade vom Standpunkte der kulturellen Hygiene aus besonders zu beachten sind.

¹⁾ Siehe „Ergebnisse der Todesursachenstatistik im Deutschen Reich für das Jahr 1921“, Sonderbeilage z. d. Veröffentl. d. Reichsgesundheitsamts 1924 Nr. 18.

Ähnlich wie bei den Geschlechtskrankheiten lassen sich die auf Alkoholismus beruhenden Leiden nicht unmittelbar aus den Statistiken erkennen. Aber auch der Alkoholismus ist eine zahlreich vorkommende Volksseuche, deren Folgen erst in Gestalt anderer Leiden medizinalstatistisch zutage treten.

Nerven- und Geisteskrankheiten nehmen ihrer Häufigkeit nach sowohl bei den Invaliditäts- wie bei den Todesursachen vordere Plätze ein, so daß unsere Aufmerksamkeit sich auch ihnen zuwenden muß.

Schließlich sei noch erwähnt, daß wir uns mit einer Gruppe von Krankheiten, die man als Krüppelleiden bezeichnet, zu befassen haben. Aus den Zeichnungen 22—24 geht zwar ihre Häufigkeit nicht hervor; aber die weite Verbreitung dieser Leiden ist durch gelegentliche Zählungen festgestellt worden. Diese Krankheiten haben durch den im Zusammenhang mit dem Kriege erfolgten Aufschwung der Orthopädie erheblich an Interesse für den Sozialhygieniker gewonnen.

Es ist, wie schon erwähnt wurde, unmöglich, daß wir hier alle Krankheiten, die sich durch besondere Häufigkeit auszeichnen, daraufhin prüfen, ob sich bei ihrer Entstehung oder ihrem Verlauf kulturelle Einflüsse geltend machen. Wir beschränken uns daher auf die akuten Infektionskrankheiten im allgemeinen, auf die chronischen Infektionskrankheiten Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten, auf Alkoholismus, die Nerven- und Geisteskrankheiten und das Krüppelwesen.

Zahlenmäßige Angaben, wie die wirtschaftlichen Verhältnisse auf die einzelnen Krankheitsarten einwirken, liegen nur spärlich und dann auch nicht immer in einwandfreier Gestalt vor. Am besten lassen sich die aus Bremen stammenden Ziffernreihen, die wir bereits auf S. 61 sowie 264 erwähnt haben und jetzt in unserer Tafel 108 wiedergeben, benutzen.

Es sei jedoch schon hier erwähnt, daß gerade auf manche Krankheitsarten, mit denen wir uns besonders zu beschäftigen haben, durchaus nicht nur wirtschaftliche, sondern auch sonstige kulturelle Einflüsse (Bildung, Erziehung, Weltanschauung, Sitten bestimmter Gesellschaftsklassen u. a. m.) entscheidend einwirken.

Allerdings sind diese Einflüsse nur selten einwandfrei nachzuweisen. So ist es z. B. nicht immer leicht festzustellen, ob eine bestimmte Krankheitsart bei den Anhängern der einen Konfession häufiger als bei denen einer anderen Konfession vorkommt. Zwar liegen gewisse Folgen des jeweiligen Glaubensbekenntnisses, wie Landsberg ausgeführt hat, offen zutage: bei den gesetzestreuen Juden tritt keine Trichinose auf, bei den Mohammedanern ist der Alkoholismus selten, und bei den Katholiken wird der Selbstmord weniger häufig als bei der Allgemeinheit vermerkt. Nun wurde aber z. B. für Berlin und Wien festgestellt, daß bei den Katholiken eine verhältnismäßig große Tuberkulosesterblichkeit, bei den Juden dagegen eine hohe Krebssterblichkeit zu verzeichnen ist. Diese Tatsachen hängen jedoch wohl kaum mit dem Glaubensbekenntnis zusammen; sie dürften hauptsächlich durch die Verschiedenheit der Wohlhabenheit, der Altersklassenbesetzung, auch der Lebensgewohnheiten, der Berufstätigkeit u. a. m. zu erklären sein. Es wäre zu wünschen, daß diese Fragen an einem hinreichend gegliederten Zahlenstoff untersucht werden.

Die Einflüsse der kulturellen Umwelt auf die einzelnen Krankheitsarten können sich in mannigfaltiger Weise geltend machen. Die kulturelle Umwelt schafft und begünstigt vielfach die Krankheitsanlage, oft trägt sie zur Verschleppung der Krankheitserreger bei und häufig wirkt sie auf den Verlauf der Krankheiten ungünstig ein.

Literatur: 1. *Th. Altschul*: „Kritische Bemerkungen zur medizinischen Statistik“, *Klin. Zeit- u. Streitfragen* Bd. 8 Hft 8, Wien 1894. — 2. *A. Fischer*: a) siehe Fußnote 5 S. 12; b) „Gesundheitsstatistik“, *Abhandl. i. Gesundheitswesen u. Wohlfahrtspflege i. Deutsch. Reiche*, herausg. v. B. Möllers, Berlin 1923. — 3. *A. Gottstein*: „Morbiditysstatistik“, *Abhandl. i. Die Statistik i. Deutschland*, herausg. v. F. Zahn, München 1911. — 4. *Grotjahn*: „Soziale Pathologie“, 3. Aufl., Berlin 1923. — 5. *F. Hirschfeld*: „Chronische Krankheiten und Lebensversicherung“, *Abhandl. i. Die deutsche Klinik a. Eingänge d. 20. Jahrh.*, Berlin 1906. — 6. *Landsberger*: „Todesursachen und Konfession“, *Med. Reform* 1918 Nr. 3 u. 4. — 7. *Fr. Prinzing*: siehe Literatur S. 17 Ziffer 9. — 8. *Rösle*: siehe Literatur S. 17 Ziffer 10 a.

2. Infektionskrankheiten (akute).

Zum Begriff der Infektion gehört, nach Löffler, unbedingt, daß ein Eindringling sich innerhalb des Wirtschaftsorganismus vermehrt, und zwar in dem Sinne, daß fortdauernd gleichwertige Individuen dieser Kleinlebewesen erzeugt werden. Hierdurch ist der Unterschied zwischen Infektion und Intoxikation (wie sie namentlich bei Vergiftungen in Gewerbebetrieben erfolgt) gekennzeichnet.

Ohne einen lebenden Krankheitserreger gibt es keine Infektion. Jedoch nicht jede Invasion von pathogenen Mikroparasiten führt zu einer Krankheit; dazu ist noch die Krankheitsanlage des befallenen Individuums erforderlich.

Für die öffentliche Gesundheitspflege haben im allgemeinen nur diejenigen Infektionskrankheiten¹⁾ eine besondere Bedeutung, die als Epidemien auftreten. Zu dem Gebiet der sozialen Hygiene gehören die Infektionskrankheiten insoweit, als sich bei ihnen soziale (kulturelle) Einwirkungen geltend machen.

Die Epidemien hat man in Pandemien und Endemien eingeteilt. Unter Pandemien versteht man die nur zeitweise herrschenden, aus anderen Ländern eingeschleppten Seuchen; es handelt sich hierbei um die sogenannten gemeingefährlichen Infektionskrankheiten Pest, Cholera, Pocken, Gelbfieber, Fleckfieber, Rückfallfieber. Dagegen spricht man von Endemien, wenn die Seuche auf einer der in dem jeweiligen Heimatsgebiet stets vorkommenden Infektionskrankheiten, wie z. B. im Deutschen Reich Scharlach, Masern, Diphtherie, Typhus, beruht. Zweckdienlich ist es, statt der obigen Namen die neuen Bezeichnungen Fremdseuchen und Heimseuchen zu benutzen.

Es sei auch darauf hingewiesen, daß manche Infektionskrankheiten akut, andere dagegen, wie z. B. Tuberkulose und Syphilis, chronisch verlaufen, und daß der Charakter der einzelnen Epidemie von der jeweiligen Krankheitsart abhängt. Manche Infektionskrankheiten befallen nur oder vorzugsweise gewisse Altersklassen, so z. B. Scharlach, Masern, Diphtherie das Kindesalter, andere, wie vor allem die Tuberkulose, werden hauptsächlich durch die soziale Umwelt, wieder andere, wie z. B. die Grippe, durch die Witterung beeinflusst.

Seitdem man durch die bakteriologischen Forschungen die Ätiologie vieler Infektionskrankheiten kennt, wurde auch der Kampf gegen die Seuchen erleichtert. Aber die Kenntnis des Krankheitserregers genügt noch nicht, um das Auftreten von Seuchen zu erklären. Im Experiment, wo man mit besonders empfindlichen Tieren und starkvirulenten Bakterien arbeitet, folgt allerdings stets auf die Impfung mit dem reingezüchteten Krankheitserreger die entsprechende Erkrankung. Die orthodoxen Bakteriologen sahen daher die alleinige

¹⁾ Bei Erysipel, Phlegmone, Pneumonie und anderen durch Bakterien erzeugten Erkrankungen werden gewöhnlich Epidemien nicht beobachtet.

Fischer, Soziale Hygiene.

Ursache für die Entstehung einer Seuche in der Berührung mit den Krankheitserregern. Daß bei jeder Epidemie zahlreiche Personen gesund bleiben, wurde mit mangelhafter Exposition erklärt, etwa nach der Art, wie ja auch in der Schlacht nicht jeder Kämpfer von einer Kugel getroffen wird. Aber der Hinweis der Dispositionisten auf die Bazillenträger, die doch pathogene Keime in sich bergen und trotzdem nicht krank geworden sind, genügt, um die Anschauung der Kontagionisten als einseitig erkennen zu lassen.

Eine Epidemie kommt nur zustande, wenn die erforderlichen Bedingungen vorhanden sind. Diese werden oft durch klimatische oder sonstige physische Einflüsse, oft auch durch soziale (kulturelle) Mißstände erzeugt, ganz abgesehen von der ererbten Disposition. Dies muß gegenüber der Kontagionslehre scharf hervorgehoben werden. Äußerte sich doch Robert Koch¹⁾: „Seuchen entstehen niemals allein durch Schmutz und Unrat, durch Ausdünstungen dicht zusammengehäufte Massen, durch Hunger, Durst, Entbehrungen, überhaupt nicht durch die Summe der Faktoren, welche man gewöhnlich mit dem Ausdruck ‚soziales Elend‘ zusammenfaßt, auch nicht durch klimatische Einflüsse, sondern durch Verschleppung ihrer spezifischen Keime, deren Vermehrung und Ausbreitung allerdings durch die genannten Einflüsse begünstigt werden können.“ Also nur hinsichtlich der Vermehrung und Ausbreitung der Keime wurde von Koch den genannten Einflüssen eine Bedeutung für die Seuchenentstehung zugeschrieben. Mit Recht hat diesen Darlegungen gegenüber Gottstein auf den Bericht Virchows über die ober-schlesische Hungertyphusepidemie im Jahre 1849, wo die Epidemien mit großen Warnungstafeln verglichen werden (siehe oben S. 36), hingewiesen.

Die gegenwärtig herrschenden Ansichten hinsichtlich der Bewertung der Krankheitserreger einerseits und der Krankheitsanlage andererseits erkennt man wohl am besten aus einem Vortrag, den Rimpau im September 1921 auf der Hauptversammlung²⁾ des Deutschen Medizinalbeamtenvereins gehalten hat. Rimpau erwähnte Robert Kochs Ausspruch „Die ersten Erkrankungen sind wie einzelne Funken, welche in ein Strohdach fallen“, und fuhr dann fort: „Wir müssen heute sagen, daß die Bekämpfung sich nicht allein mit dem Funken zu beschäftigen hat, sondern sich auch um Beschaffenheit des Daches kümmern muß.“ Das „Dach“ sind die Menschen, die je nach den ererbten Eigenschaften und der Umwelt sehr verschieden sind. Unsere gesetzliche Seuchenbekämpfung, auf die wir unten zu sprechen kommen, war jedoch bisher fast ausschließlich gemäß dem Standpunkte der Kontagionisten gestaltet; sie befaßte sich mit dem Krankheitserreger, berücksichtigte aber die Empfänglichkeit gegenüber der Krankheit und die sonstigen Bedingungen für die Entstehung bzw. Verbreitung der Seuchen zu wenig.

Um über die gegenwärtige Bedeutung der Seuchen für die öffentliche Gesundheitspflege in Deutschland ein auf Tatsachen gestütztes, weder zu Über- noch zu Unterschätzung neigendes Urteil zu gewinnen, muß man sich an die amtlich veröffentlichten Zahlen, die über die Häufigkeit der auf Infektionen beruhenden Krankheits- und Todesfälle unterrichten, halten.

Über das Vorkommen der als Fremdseuchen bezeichneten Infektionskrankheiten in Deutschland während des Jahres 1921 führt die amtliche Todesursachenstatistik³⁾ folgende Ziffern an: Pest 0, Aussatz (Lepra) 1, Cholera asiatica 2, Fleckfieber 54 und

¹⁾ Nach Angabe von Gottstein.

²⁾ Siehe den Bericht in „Zeitschr. f. Medizinalbeamte“ 1921 Nr. 22.

³⁾ Siehe die Fußnote 1 S. 351.

Pocken 109. Diese Zahlen sind sehr geringfügig; und es ist noch zu bemerken, daß solche Erkrankungen nur an den Reichsgrenzen und besonders in Hafenstädten zu verzeichnen sind. Vor dem Krieg waren die auf Fremdseuchen beruhenden Todesfälle ebenfalls sehr selten, wenn man von Ausnahmen, wie z. B. von der Choleraepidemie des Jahres 1892 zu Hamburg, absieht. Während des Weltkrieges ist freilich auch im Deutschen Reiche die Sterblichkeit an Pocken, Fleckfieber und Cholera asiatica vorübergehend stark gestiegen. Im Deutschen Reiche fehlen aber zu normalen Zeiten diese Fremdseuchen so gut wie ganz, während sie auch noch in den letzten Jahren vor dem Weltkriege in Rußland und manchen anderen Staaten, deren kulturelle Zustände an die unsrigen nicht heranreichen, sehr viele Menschenopfer gekostet haben.

Da jedoch die Todesursachenstatistik allein nicht hinreichend über die Zahl der vorgekommenen Erkrankungen, die ja durchaus nicht alle mit dem Tode endigen, unterrichten kann, so seien hier noch einige Ziffern aus der Heilanstaltsstatistik¹⁾ angeführt. In den drei Berichtsjahren 1911—1913 zusammen wurden in deutschen Heilanstalten behandelt: Pest 0, Lepra 67, Cholera asiatica 2, Fleckfieber 86 und Pocken 509; in den Jahren 1914—1916 sind jedoch die betreffenden Zahlen infolge der Kriegsverhältnisse gestiegen. Diese Angaben der Heilanstaltsstatistik sind gut verwendbar, da die an den ausländischen Infektionen Erkrankten ausnahmslos in Krankenhäusern isoliert und daher statistisch erfaßt werden. Auch aus der Heilanstaltsstatistik geht hervor, daß die Fremdseuchen der Zahl der Krankheitsfälle nach bei uns in normalen Zeiten keine Rolle mehr spielen.

Über die Häufigkeit der Heimseuchen unterrichtet die Tafel 109.

Tafel 109.

Sterblichkeit infolge von Heimseuchen im Deutschen Reich.

Von 100000 Einwohnern starben an:

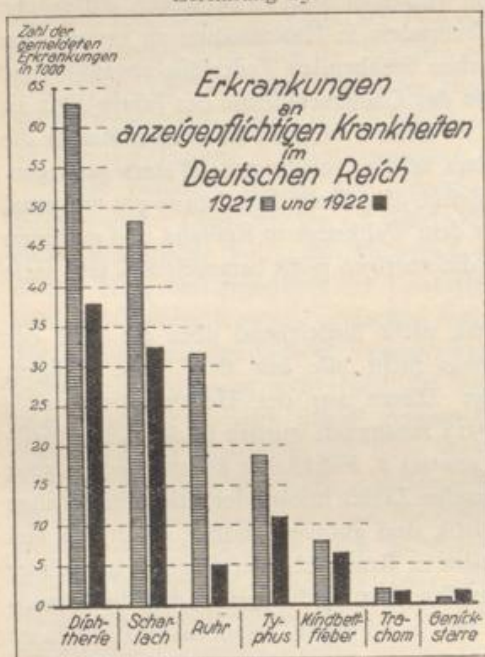
Im Mittel der Jahresdurchschnitte	Allen Todesursachen überhaupt	Kindbettfieber	Scharlach	Masern und Röteln	Diphtherie und Krupp	Keuchhusten (seit 1905)	seit 1905: Typhus, bis 1904: Unterleibstypus, gastrisches und Nervenfieber	Seit 1905: Tuberkulose, bis 1904: Lungenschwindsucht	Seit 1905: Magen- und Darmkatarrh, Brechdurchfall; bis 1904: akute Darmkrankheiten (ausschl. Brechdurchfall)	Brechdurchfall (bis 1904)
1877/1881	2671,9	14,4	56,8	27,6	99,8	—	43,6	357,7	147,3	116,8
1882/1886	2583,0	11,5	42,0	35,5	122,3	—	30,2	346,2	127,7	125,4
1887/1891	2343,9	8,0	21,2	27,6	99,7	—	20,6	304,0	120,0	138,2
1892/1896	2184,0	6,6	17,9	23,9	84,1	—	12,1	255,5	121,6	135,0
1897/1901	2045,6	5,1	20,0	21,3	31,1	—	10,4	218,7	137,1	150,7
1902/1906	1819,9	5,3	19,5	21,6	24,1	21,2 ¹⁾	6,5	201,9	175,6	109,0 ²⁾
1907/1911	1630,3	5,5	14,8	16,8	24,9	16,8	5,1	184,3	197,6	—
1912	1459,1	5,4	10,1	14,0	22,6	16,2	3,6	165,6	114,8	—
1913	1401,7	5,6	10,4	14,3	21,8	11,8	3,4	156,5	122,0	—

¹⁾ Durchschnitt aus den 2 Jahren 1905/06. ²⁾ Durchschnitt aus den 3 Jahren 1902/04.

(Statist. Jahrbuch f. d. Deutsche Reich 1915, Berlin 1915.)

¹⁾ Siehe „Ergebnisse der Heilanstaltsstatistik im Deutschen Reiche für die Jahre 1911 bis 1913 und 1914 bis 1916“, Medizinalstatist. Mitteil. a. d. Reichsgesundheitsamte Bd. 21, Berlin 1920.

Zeichnung 25.



Auch hier ist zu bemerken, daß man sich nicht allein auf die Todesursachenstatistik stützen darf. Da jedoch in den deutschen Gliedstaaten seit vielen Jahren die Anzeigepflicht auch gegenüber einigen Heimseuchen, wengleich eine einheitliche reichsgesetzliche Regelung nicht besteht, vorgeschrieben ist, so liegen über die Häufigkeit dieser Erkrankungsfälle Angaben der einzelnen Staaten vor. Unsere Zeichnung 25 enthält die betreffenden Ziffern für 7 anzeigepflichtigen Krankheiten aus den Jahren 1921 und 1922.

In unseren Tafeln 110 und 111 bieten wir Zahlen, die über das Vorkommen von Scharlach, Diphtherie und Typhus in Baden und zugleich über die Letalität bei diesen Krankheiten unterrichten.

Den Tafeln 110 und 111 entnimmt man, daß in den letzten drei Jahrzehnten vor dem Weltkriege die wirklichen Zahlen der Erkrankungen an Scharlach und vor allem an Typhus

Tafel 110.

Scharlach und Diphtherie in Baden.

Zeitraum	Scharlach			Diphtherie und Krupp		
	Erkrankte	Gestorbene	Von 100 Erkrankten starben	Erkrankte	Gestorbene	Von 100 Erkrankten starben
Im Durchschnitt der Jahre						
1883/1890	2529	257	10,2	2569 ¹⁾	590 ¹⁾	23,0
1891/1900	1370	81	5,9	4740 (+ 523 ²⁾	852 (+ 235 ²⁾	18,0 (44,9 ²⁾)
1904	2393	122	5,1	3708	333	9,0
1914	1756	46	2,6	3209	281	8,8

¹⁾ Ohne Krupp.

²⁾ Krupffälle, seit 1895 anzeigepflichtig.

(Nach amtlichen Angaben.)

Tafel 111.

Typhus in Baden.

Im Durchschnitt der Jahre	Erkrankte	Gestorbene	Von 100 Erkrankten starben
1882/89	1464	268	18,3
1890/96	1081	161	14,9
1897/1904	898	142	15,8
1905/1914	486	67	13,8

(Nach amtlichen Angaben.)

erheblich zurückgegangen sind, und daß sich vor allem die Letalität, namentlich bei Diphtherie, stark verkleinert hat.

Auf Grund der Tatsachen in der Art unserer hier wiedergegebenen Zahlenreihen kam Grotjahn 1912 zu folgender Bewertung der Infektionskrankheiten für das gegenwärtige Gesundheitswesen:

„Schon vor der bakteriologischen Ära haben die europäischen Kulturvölker, an ihrer Spitze England, auf rein empirischem Wege durch Städteassanierung die Seuchen wirkungsvoll eingeschränkt. Mit dem Aufschwung der Bakteriologie hat dann Deutschland die Führung in diesem Kampfe übernommen, der zurzeit so gut wie entschieden ist. Wo heute die oben erwähnten Seuchen auftreten, liegt es niemals mehr an der Unfähigkeit der Medizin und Hygiene, sondern nur an der der Verwaltungsbehörden und dem Kulturstande des betreffenden Landes, wenn sie zu einem mehr als sporadischen Vorkommen gelangen.“

Auf dem im Jahre 1921 veranstalteten 1. Deutschen Gesundheitsfürsorgetag¹⁾ legte Grotjahn in seinem Bericht u. a. folgendes dar:

„Der Krieg hat uns gelehrt, daß die großen Seuchenzüge früherer Zeiten für uns wohl für immer ihre Schrecken verloren haben. Denn obgleich an Hunderten von Stellen Typhus, Flecktyphus, Cholera, Pocken ausbrachen, so ist es doch dank rechtzeitiger Erkenntnis der ersten Fälle mit Hilfe der bakteriologischen Untersuchungsmethoden und schneller Isolierung der Fälle gelungen, die Zahl der Todesfälle auf eine bisher in der Geschichte unerhört geringe Zahl herabzudrücken und eigentliche Seuchenzüge fast ganz zu vermeiden; die Probleme des Kampfes gegen die akuten Infektionskrankheiten brauchen daher nicht mehr im Vordergrund weder der theoretischen Forschung, noch der praktischen Betätigung des behördlichen Apparates zu stehen. Um so mehr drängen sich aber die im eigentlichen Sinne sozialhygienischen Aufgaben, die sich vorwiegend mit der Bekämpfung und Verhütung chronischer Krankheiten und Körperfehler namentlich der Kinder und Frauen befassen, in den Vordergrund des hygienischen Interesses.“

Diesen Ansichten wird man im wesentlichen zustimmen können. Es ist richtig, daß die Verhütung der Fremdseuchen in der Hauptsache eine Kulturfrage des betreffenden Staates ist. Es trifft auch zu, daß jetzt neben den Problemen des Kampfes gegen die akuten Infektionskrankheiten bedeutungsvolle Aufgaben gegenüber den chronischen Infektionskrankheiten und auf anderen sozialhygienischen Gebieten zu lösen sind. Die wissenschaftliche Forschung und die Betätigung der Behörden dürfen nicht mehr, wie ehemals, fast ausschließlich auf die akuten Infektionskrankheiten beschränkt sein; sie sollen aber auch nicht, was den Worten Grotjahns entnommen werden könnte, in ihrem Eifer bei der Seuchenbekämpfung²⁾ nachlassen.

Wir haben aus unseren Tafeln 110 und 111 ersehen, daß zurzeit die Letalität bei den Heimseuchen Scharlach, Diphtherie, Typhus verhältnismäßig gering ist. Aber bei manchen Fremdseuchen ist die Letalität überaus hoch; sie beträgt bei Pest 90%, bei Cholera 50%, bei Pocken 20—50%, bei Fleckfieber 30%. Wir wissen nicht, ob die jetzt verhältnismäßig geringe Letalität bei den Heimseuchen sich nicht wieder vergrößern wird; es ist durchaus möglich, daß die Virulenz der Erreger dieser Krankheiten vorübergehend abgeschwächt ist, oder daß der gegenwärtigen Menschengeneration eine gewisse Widerstandsfähigkeit von den Vorfahren, die die betreffenden Krankheiten überstanden haben, überkommen ist. Wie dem auch sei; auch der Charakter der Heimseuchen könnte wieder gefährlicher werden. Auf keinen Fall dürfen die wissenschaftliche Forschung (namentlich zur Herstellung von

¹⁾ Siehe „Bericht über den 1. Deutschen Gesundheitsfürsorgetag in Berlin“, herausg. von Rabnow, Berlin 1921.

²⁾ Einen Abbau der Seuchenbekämpfung wünscht Grotjahn wohl selbst nicht. Manche seiner Darlegungen haben jedoch Widerspruch hervorgerufen. Siehe Kathe: „Sind die bakteriologischen Untersuchungsämter abzubauen?“, Zeitschr. f. Medizinalbeamte 1924 Nr. 4.

Heil- und Immunsera) und die behördlichen Maßnahmen gegenüber Fremd- und Heimseuchen vernachlässigt werden. Aber zugleich ist zu fordern, daß die Gesundheitsverwaltungen sich in Zukunft noch weit mehr als bisher den sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Bedingungen, die für das Entstehen von Infektionskrankheiten erforderlich sind, zuwenden.

Es sei nur darauf hingewiesen, daß die Krätze, gegen die man seit langer Zeit zuverlässig wirkende Heilmittel besitzt, in den letzten Jahrzehnten vor dem Kriege stets gleich stark verbreitet war, im wesentlichen aber nur in den kulturell unteren Volksschichten herrschte; die Wissenschaft versagte gegenüber dieser Volkskrankheit keineswegs, wohl aber die kulturelle Entwicklung. Und was hier von der Krätze angeführt wurde, gilt sinngemäß auch für den Kampf gegen die Darmerkrankungen der Säuglinge, die Tuberkulose und die Geschlechtskrankheiten. Nur durch tiefgreifende Änderungen auf den Gebieten der Volkswirtschaft, Volksbildung und Sittlichkeit können wir zu befriedigenden Zuständen gelangen.

Von manchen Rassehygienikern wurde betont, daß die Epidemien, welche die Widerstandsunfähigen dahinraffen, insbesondere in den Reihen der Kinder geradezu eine Auslese erwirken und dadurch die Rasse verbessern. Hieraus wurde dann gefolgert, daß in dem Kampf gegen die Infektionskrankheiten eine Gefahr für die Nation liegt. Es sei jedoch sogleich betont, daß die deutschen führenden Rassehygieniker, insbesondere Schallmayer¹⁾ und Plötz¹⁾, jede kulturelle und humanitäre Einschränkung in jenem Zusammenhang für indiskutabel erklärt haben. Bemerkt sei zunächst, daß ja viele Infektionskrankheiten die Rassetüchtigen ebenso wie die Schwachen vernichten. Hier trifft der Vergleich mit der Schlacht zu, in der die großen und kräftigsten Soldaten ebenso wie die konstitutionell Minderwertigen von der gleichen Granate zerrissen werden. Ja man hat sogar beobachtet, daß bisweilen gerade die gesündesten Personen am ehesten gewissen Infektionskrankheiten, wie z. B. der Grippe des Herbstes 1918, erliegen. Zuzugeben ist, daß Menschen von schwacher Körperbeschaffenheit sich gegen manche Infektionskrankheiten, insbesondere gegen Tuberkulose, weniger widerstandsfähig zeigen. Aber die Minderwertigkeit der Konstitution wird ja nicht immer ererbt und vererbt, sondern ist oft nichts anderes als die Folge ungünstiger sozialer Zustände. Die Verbesserung der kulturellen Verhältnisse und die anderen bisher angewandten und in Zukunft noch wirkungsvoller zu gestaltenden Seuchenbekämpfungsmaßnahmen haben für das Gesundheitswesen einen so überragenden Wert, daß man sich mit einem etwa hierbei entstehenden Nachteil in rassehygienischer Hinsicht ruhig abfinden kann.

* * *

Solange man keine sicheren Kenntnisse von dem Wesen der Infektionskrankheiten besaß, stand man den Seuchen völlig hilflos gegenüber. In früheren Jahrhunderten wurden große Feuer auf Straßen und Plätzen angezündet, weil man meinte, dadurch die in der Luft vermuteten krankmachenden Ausdünstungen vernichten zu können, oder man veranstaltete Wallfahrten. Zeitweise verbrannte man die Juden in der Annahme, sie hätten die Brunnen vergiftet.

Man ahnte jedoch schon in frühen Zeiten, daß die Gefahr von den Erkrankten ausgeht und gelangte so auf den Gedanken der Absonderung. Sie wurde bei dem Aussatz (Lepra)

¹⁾ Siehe Literatur S. 218 Ziffer 17 und 18

mit aller Strenge durchgeführt, und mit Hilfe der Leprösenanstalten hat man die besten Erfolge erzielt. Aber die Verschiedenartigkeit der einzelnen Seuchen erschwerte die Einrichtung wirkungsvoller Maßnahmen.

Die Erkenntnis, daß die Völker ein gemeinsames Interesse an dem Kampf gegen die Seuchen, die ja an der Landesgrenze nicht haltmachen, besitzen, drang erst spät durch; zunächst suchte jeder Staat nur sich gegen die Einschleppung der Seuchen zu schützen. So entstanden die Bestimmungen, für die der Name Quarantäne geprägt wurde. Diese Einrichtung wurde zuerst im 15. Jahrhundert von der Republik Venedig geschaffen. Die Reisenden und die Schiffsgüter wurden 40 Tage (quaranta) zum Zwecke der Beobachtung abgesondert.

Allmählich sahen die europäischen Staaten aber ein, daß sie der Seuchengefahr gemeinsam entgegentreten müssen. So kam es 1838 auf Frankreichs, 1843 auf Englands Anregung zu entsprechenden internationalen Konferenzen. Naturgemäß war es jedoch damals noch überaus schwer, eine Einigung zu erzielen. Nach mehreren fruchtlosen Versuchen wurde zum erstenmal 1892 in Venedig eine Verständigung aller seefahrenden Völker erreicht. Weitere internationale Übereinkünfte folgten 1897, 1903 und 1911; sie befaßten sich lediglich mit der Verhütung von Fremdseuchen.

Die Absonderung der gefährlichen Kranken, die, wie oben erwähnt, schon seit vielen Jahrhunderten gehandhabt wurde, war jedoch nicht das einzige im Kampfe gegen die Seuchen angewandte Mittel der vorbakteriologischen Zeit. Man hatte längst beobachtet, daß bei jeder Seuche die Sterblichkeit in alten Städten mit schlecht gehaltenen Straßen, verunreinigtem Boden und mangelhaften Brunnen besonders hoch war. So schritt man zu all den Maßnahmen, die unter dem Namen Städtereinigung zusammengefaßt werden.

Die Engländer waren das erste Volk, das seit etwa 1840 die auf jenen Beobachtungen beruhenden Theorien in die Tat umsetzte. In der Public Health Act vom Jahre 1848 wurde den zu gründenden Ortsgesundheitsämtern die Sorge für Anlage und Überwachung von Entwässerungs- und Schwemmkanälen, Brunnen, Pumpwerken, Wasserleitungen, Beseitigung aller Abfall- und Schmutzstoffe, Einführung von Wasserklosetts in allen öffentlichen und privaten Häusern, Errichtung von Schlachthäusern, Überwachung gefährlicher Gewerbe, Pflasterung und Reinigung der Straßen, Beaufsichtigung der Wohnungen, namentlich in öffentlichen Wohnhäusern und Kellerwohnungen, Anlage unschädlicher Begräbnisplätze u. a. m. übertragen. Diese großzügigen Maßnahmen zeitigten u. a. den Erfolg, daß man in London, wo früher jede Choleraepidemie eine gewaltige Zahl von Menschenleben hinraffte, dieser Seuche Herr wurde.

Das englische Vorbild der Städtereinigung wurde in allen Kulturstaaten nachgeahmt, insbesondere in Deutschland. Um die Mitte des 19. Jahrhunderts herum wurden in München und Berlin unter dem Einfluß Pettenkofers bezw. Virchows entsprechende gesundheitstechnische Einrichtungen getroffen; andere deutsche Städte folgten sehr schnell diesen Beispielen. So kam es, daß nicht nur Berlin, sondern auch München und Danzig, die als Typhusnester gefürchtet waren, nach dem Bau der Wasserleitungen und der Kanalisationen eine ganz niedere Typhussterblichkeit aufwiesen. Andererseits aber konnten diese gesundheitstechnischen Maßnahmen, deren hygienischer Nutzen nicht hoch genug veranschlagt werden kann, in Anbetracht der Verschiedenartigkeit, welche die Infektionskrankheiten zeigen, nicht für die Bekämpfung aller Seuchen genügen.

Unter dem Eindruck der Pockenepidemie, die nach dem Kriege 1870/71 in Deutschland dreimal soviel Menschenopfer wie der Krieg gekostet hatte, wurde das Reichsimpfgesetz im Jahre 1874 verabschiedet. Zu weiteren reichsgesetzlichen Maßnahmen, die der Seuchenbekämpfung dienen sollten, kam es aber erst infolge der Choleraepidemie des Jahres 1893. Nach langjährigen Vorarbeiten wurde das Reichsgesetz vom 30. VI. 1900 betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten (RGBl. S. 306 ff.) geschaffen. Dies sog. Seuchengesetz erstreckt sich nur auf die Fremdseuchen: Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest und Pocken; die wiederholt unterbreiteten Vorschläge, das Gesetz auch auf die Heimseuchen zu beziehen, wurden vom Reichstag abgelehnt, weil man meinte, die Bekämpfung dieser Infektionskrankheiten könne besser durch die Landesgesetzgebung erfolgen, und die wünschenswerte Einheitlichkeit würde durch das im Jahre 1876 gegründete Kaiserliche Gesundheitsamt und den im Jahre 1900 gebildeten Reichsgesundheitsrat erreicht werden. Bemerkenswert sei noch, daß der Bundesrat, nach § 5 Absatz II des Gesetzes, die Anzeigepflicht auch auf andere Krankheiten ausdehnen kann.

Nach dem genannten Gesetz sind bei den sechs dort angeführten Seuchen jeder Krankheits- und jeder Todesfall sowie jeder Verdächtige der zuständigen Polizeibehörde unverzüglich anzuzeigen. Die Anzeigepflicht besteht insbesondere für den Arzt, den Haushaltungsvorstand und gegebenenfalls für den Leichenschauer. Die Polizei hat von der Anzeige dem zuständigen beamteten Arzt Kenntnis zu geben. Dieser hat dann die erforderlichen Ermittlungen über Art, Stand und die Ursache der Krankheit vorzunehmen. Um die Verbreitung der gemeingefährlichen Krankheiten zu verhüten, können Absperrungs- und Aufsichtsmaßregeln angeordnet werden. Kranke oder verdächtige Personen können einer Beobachtung unterworfen und abgesondert werden. Die Desinfektion der in Betracht kommenden Räume und Gegenstände kann angeordnet werden. Die dem allgemeinen Gebrauch dienenden Einrichtungen für Versorgung mit Trink- und Wirtschaftswasser und für die Fortschaffung der Abfallstoffe sind fortlaufend durch staatliche Beamte zu überwachen. Die Gemeinden sind verpflichtet, für die Beseitigung der vorgefundenen gesundheitsgefährlichen Mißstände Sorge zu tragen.

Es leuchtet sofort ein, daß ein Seuchengesetz, das sich nur auf die genannten sechs Fremdseuchen bezieht, unzureichend ist. Mit Recht wurde bereits 1902 von Wodtke¹⁾ darauf hingewiesen, daß in dem Zeitraum von 1891 bis 1900 an jenen sechs Affektionen zusammen 2301, an den anderen Infektionskrankheiten aber 1435059 Personen gestorben sind. Es war daher dringend erforderlich, das Reichsgesetz durch Maßnahmen in den einzelnen Bundesstaaten zu ergänzen. Braunschweig machte hierbei den Anfang mit seinem Gesetz vom 26. VI. 1904. In Preußen wurde das Gesetz betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 28. VIII. 1905 geschaffen. Die übrigen Bundesstaaten begnügten sich mit entsprechenden ministeriellen Verordnungen. Alle diese Maßnahmen lehnen sich an das Reichsseuchengesetz an und ergänzen es, allerdings in den einzelnen Bundesstaaten besonders hinsichtlich der Anzeigepflicht recht verschiedenartig. An berechtigter Kritik dieser Gestaltung fehlt es nicht.

Dies kam namentlich auf der schon erwähnten Tagung des Deutschen Medizinalbeamtenvereins im Jahre 1921 deutlich zum Ausdruck. Welche Ansprüche gegenwärtig gestellt werden, zeigen die dort einstimmig angenommenen Leitsätze, die wörtlich wiedergegeben werden sollen; sie lauten:

¹⁾ Nach Angabe von Gumprecht.

1. Eine Vereinheitlichung der Seuchengesetzgebung im Reiche ist im Interesse der Bekämpfung und Erforschung der Heimseuchen nötig.
2. Als erreichbar wird angesehen, daß
 - a) der Reichsrat auf Grund des § 5 II des Reichsgesetzes betreffend die Bekämpfung der gemeingefährlichen Krankheiten vom 30. VI. 1900 eine Anzeigepflicht einführt und Leitsätze oder Anweisungen zur Bekämpfung der betreffenden Seuche herausgibt, die der Seuchengesetzgebung der Einzelstaaten als Unterlage dienen;
 - b) das Reich durch das Reichsgesundheitsamt die Einheitlichkeit auf dem Gebiete der Seuchenbekämpfung herbeiführt.
3. Es ist im Reiche und in den einzelnen Ländern eine größere Selbständigkeit des Medizinalwesens gegenüber den Verwaltungsbehörden anzustreben. Der erste Schritt dazu ist, daß die Anzeigen statt an die untere Verwaltungsbehörde an den beamteten Arzt gerichtet werden.
4. Vom Reiche ist die Anzeigepflicht
 - a) im Erkrankungs- und Todesfalle für folgende Krankheiten anzuordnen: Diphtherie, Genickstarre, Kindbettfieber, Milzbrand, Ruhr, Scharlach, Tollwut einschließlich der Bißverletzungen, Typhus, Paratyphus, Blennorrhoe der Neugeborenen, Rückfallfieber, Körnerkrankheit mit Eiterabsonderung, Rotz, Trichinose, Fleisch-, Fisch-, Wurstvergiftung, spinale Kinderlähmung, Malaria, Wurmkrankheit, Varicellen bei Erwachsenen; bei Masern, Keuchhusten, Mumps, Röteln, beim Auftreten in Schulen, Seebädern, Kurorten;
 - b) im Verdachtsfalle für Milzbrand, Typhus, Ruhr, Genickstarre, Kindbettfieber, Rückfallfieber, Rotz.
5. Für die Bekämpfung der Tuberkulose und der Geschlechtskrankheiten ist ein besonderes Reichsgesetz zu fordern.
6. Das Reichsgesetz über die obligatorische Leichenschau, das seit 50 Jahren gefordert wird, ist für die Erforschung und Bekämpfung der einheimischen Seuchen unbedingt notwendig. Die Leichenschau ist in der Regel durch Ärzte, ausnahmsweise durch anderes Gesundheitspersonal auszuführen.
7. Die Ermittlungen sind grundsätzlich von den beamteten Ärzten des Staates vorzunehmen, alle Beschränkungen bei der Anordnung und Ausführung der Ermittlungen haben fortzufallen. Ermittlungsbögen, die als Unterlage der Berichte über Ermittlungen dienen, sind für alle Krankheiten, die in Frage kommen, vom Reiche auszuarbeiten; ihre Einführung ist den Einzelstaaten nahe-zulegen.
8. Eine Reichsdesinfektionsordnung ist zu fordern.
9. Die Frage der sanitätspolizeilichen Behandlung und der Entschädigung der Bazillenträger ist vom Reiche zu regeln.
10. Die Kosten zur Bekämpfung ansteckender Krankheiten sind soweit als möglich aus öffentlichen Mitteln zu tragen.
11. Voraussetzung für eine volle erfolgreiche Seuchenbekämpfung ist verständnisvolle Mitwirkung der Bevölkerung. Zu diesem Ende ist hygienische Volksbelehrung, beginnend im Schulunterricht, dringendes Erfordernis.⁶⁴

Diese Leitsätze können in allen Stücken gebilligt werden. Sie sind jedoch insofern noch zu ergänzen, als der Hinweis fehlt, daß zu den wichtigsten Gegenwartsforderungen bei der Seuchenbekämpfung auch die Beseitigung oder Milderung der zahlreichen sozialen Mißstände, die hier nicht im einzelnen angeführt zu werden brauchen, sowie die Erziehung zur Sittlichkeit gehören.

* * *

Aus der großen Reihe der akuten Infektionskrankheiten seien nun noch drei besonders erörtert.

Zunächst müssen wir uns etwas eingehender mit den Pocken befassen. Denn diese Seuche war es, gegen die das erste deutsche Hygienegesetz, dessen Beseitigung jetzt einflußreiche Kreise fordern, geschaffen wurde. Wie das Gesetz wirkt, erkennt man daran, daß bis 1873 jährlich mehrere Tausend Menschen im Deutschen Reiche an Pocken gestorben sind, während diese Krankheit den jetzigen deutschen Ärzten so gut wie nie zu Gesicht kommt, und daß im Weltkrieg in Österreich, das den Impfwang nicht eingeführt hatte, etwa zehnmal soviel Pockenfälle festgestellt wurden wie bei uns.

Die Impfung von Menschen mit Kuhpockenstoff zum Zwecke der Krankheitsverhütung wurde zum ersten Male von dem englischen Landarzte Jenner¹⁾ am 14. Mai 1796 planmäßig ausgeführt. In Deutschland wird jetzt bei der Impfung stets Kuhpockenlymphe (früher Lymph von anderen geimpften Menschen) verwandt, wodurch die syphilitischen oder sonstigen Ansteckungen vermieden werden. Zur Herstellung des Impfstoffes wurden in Deutschland 22 staatliche Impfanstalten geschaffen.

Der durch die Impfung erzielte Schutz währt nur einige Jahre; Wiederholungen sind daher erforderlich. Die Zwangsimpfung erstreckt sich in Deutschland auf die Kinder im 1. bis 2. und im 12. Lebensjahr. Auf Grund eines ärztlichen Zeugnisses wird vorübergehend Befreiung von der Impfpflicht bewilligt. In Deutschland werden jährlich nach Angabe von Gumprecht etwa 6% der Gesamtbevölkerung geimpft. Die Kosten für den Impfstoff und die Impfungen sind allerdings nicht gering, können aber im Hinblick auf die großen Erfolge getrost aufgewandt werden.

Daß selbst bei der Impfung mit Kuhlymphe gelegentlich eine unliebsame Begleiterscheinung auftritt, ist zuzugeben. Die Gefahr ist jedoch nicht so groß, daß deshalb, wie die zahl- und einflußreichen Impfgegner²⁾ verlangen, das Impfgesetz beseitigt oder gemildert (Einführung der Gewissensklausel nach englischem Vorbild) werden darf. Erforderlich ist allerdings, daß diejenigen, welche nachgewiesenermaßen infolge der Impfung in ihrer Gesundheit beeinträchtigt werden, auf Staatskosten zu entschädigen sind.

Des weiteren sind hier der Milzbrand und die Wurmkrankheit hervorzuheben, weil bei diesen Krankheiten der Einfluß der Berufstätigkeit mit aller Deutlichkeit zutage tritt. Der Erreger des Milzbrands ist ein verhältnismäßig plumper Bazillus, den bereits 1849 bzw. 1850 unabhängig voneinander Pollender, Brauell und Davaine entdeckten. Robert Koch gelang es im Jahre 1876, den Milzbrandbazillus mittels fester Nährböden rein zu züchten, was für die Entwicklung der Bakteriologie³⁾ bahnbrechend wirkte. Die Krankheit befällt Rinder, Schafe, Schweine usw. und wird dadurch auf Menschen, die sich mit solchen Tieren oder Teilen von ihnen beruflich zu befassen haben, übertragen. Im Deutschen Reich⁴⁾ wurden während der Jahre 1910—1919 1357 Erkrankungsfälle, von denen 205 zum Tode führten, verzeichnet. Die Erkrankung kommt vorzugsweise bei Landwirten und landwirtschaftlichen Arbeitern, Schlächtern, Abdeckern,

¹⁾ Wie hoch die Schutzimpfung von einsichtigen Ärzten sofort geschätzt wurde, ersieht man aus dem von dem Bückeburger Dr. B. C. Faust veröffentlichten „Zuruf an die Menschen“ (Hannover 1804); hier wird dazu aufgefordert, daß alle Völker an jedem 14. Mai ein Dankfest veranstalten. In Berlin feierte die Hufelandsche Gesellschaft lange Zeit alljährlich die Wiederkehr des 14. Mai. (Siehe J. Bornträger: „Das Buch vom Impfen“, Leipzig 1901.)

²⁾ Zu den Impfgegnern gehört auch Grotjahn insofern, als er den Impfwang beseitigt wissen will. In diesem Sinne hat er sich auch im Reichstag geäußert. Sein Standpunkt wird aber in Deutschland wohl von allen Sachverständigen abgelehnt. Siehe H. A. Gins: „Ist die Einführung der Gewissensklausel nach englischem Muster in Deutschland empfehlenswert?“, Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung 1922 Nr. 12; dazu Grotjahn: „Erwiderung“, ebenda 1922 Nr. 20.

³⁾ Den gewaltigen Eindruck, den die Entdeckung Kochs sofort hervorrief, erkennt man aus folgender Schilderung: „Als der Wollsteiner Kreisphysikus Robert Koch dem Breslauer Botaniker Ferd. Cohn unter Zurückweisung der Institutsmikroskope mit seinem eigenen, aus Wollstein mitgebrachten, die von ihm gefundenen Milzbrandbazillen zeigte, schickte der zuerst sehr skeptische Professor nach der Klinik die Aufforderung an alle Ärzte, sofort herüberzukommen: Eine neue Epoche der Medizin sei eben eröffnet worden.“ (Siehe Ascher: „Zur Verbesserung des preußischen Gesundheitswesens“, Zeitschr. f. Medizinalbeamte 1918 Nr. 3.)

⁴⁾ Siehe „Veröffentlichungen d. Reichsgesundheitsamtes“ vom 7. XII. 1921.

sowie bei Personen, die in Häute- und Fellhandlungen, Gerbereien, Roßhaarspinnereien und Bürstenmachereien tätig sind, vor. Während des Krieges sind die jährlichen Erkrankungsziffern sehr stark zurückgegangen, von 198 im Jahre 1913 auf 25 im Jahre 1918 und auf 18 im Jahre 1919. Dies Ergebnis ist auf die verminderte Einfuhr ausländischer Rohstoffe zurückzuführen und zeigt zugleich, wie sehr die Verbreitung der Krankheit bei uns mit der Einschleppung des Erregers vom Auslande her zusammenhängt. Um die Krankheit bei den Menschen zu verhüten, müßte es vermieden werden, kranke Tiere zu berühren. Aber es ist schwer, die Krankheit bei den Tieren zu erkennen, und der Berührung mit infizierten Fellen, Haaren und Borsten können die in den genannten Betrieben Beschäftigten nicht leicht aus dem Wege gehen.

Der Erreger der Wurmkrankheit, die zu bösartiger Blutleere und oft gänzlichem Verfall führt, ist ein Eingeweidewurm, *Ankylostoma duodenale*. Es handelt sich hier um eine Bergarbeiterkrankheit, die von Ungarn eingeschleppt wurde. Die Übertragung erfolgt zumeist durch die Verdauungsorgane, aber auch durch die Haut, in die sich die Larven des Wurms einbohren. Für die Entwicklung der Eier und Larven sind hohe Temperaturen, Ausschluß des Sonnenlichts und hoher Feuchtigkeitsgehalt der Luft erforderlich; daher findet die Infektion fast nur an der unter Tage befindlichen Arbeitsstelle statt, während fast nie eine Übertragung auf die Familienangehörigen der Bergarbeiter festzustellen ist. Wie schnell die Wurmkrankheit verbreitet wird, geht aus den Feststellungen des Knappschaftsvereins¹⁾ zu Bochum hervor, wonach 1896 auf 16 Zechen 107 Krankheitsfälle = 0,64% der Belegschaft, 1902 aber bereits auf 69 Zechen 1355 Krankheitsfälle = 5,29% der Belegschaft vorkamen. Da die Wurmkrankheit nur durch die Verschmutzung des Bergwerks entsteht, ist es erforderlich, nicht nur Infizierte von der Arbeit fernzuhalten, sondern auch die Fäkalien und den Grubenschlamm zu beseitigen, für einwandfreies Trinkwasser zu sorgen und die Arbeiter zu belehren. In diesem Sinne sind vom Oberbergamt Dortmund bergpolizeiliche Vorschriften getroffen worden, mit dem Erfolg, daß die Wurmkrankheit zurzeit so gut wie erloschen ist.

Literatur: 1. *Finkelnburg*: „Die öffentliche Gesundheitspflege Englands“, Bonn 1874. — 2. *A. Fischer*: „Infektionskrankheiten“, Art. i. Handw. d. Staatsw. 4. Aufl. Bd. 5, Jena 1922. — 3. *Gottstein*: „Epidemiologie“, Art. i. Handw. d. soz. Hyg., Leipzig 1912. — 4. *Grotjahn*: a) „Soziale Pathologie“, Berlin 1912; b) „Leitsätze der sozialen und generativen Hygiene“, 2. Aufl., Sozialhyg. Abhandl. Nr. 3, Karlsruhe 1923. — 5. *Gumprecht*: „Prophylaxe der Infektionskrankheiten“, Weyls Handb. d. Hyg., 2. Aufl. Bd. 8 Abt. 3, Leipzig 1921. — 6. *W. Hoffmann*: „Die wichtigsten Kriegs-seuchen“, Abhandl. i. „Die deutschen Ärzte i. Weltkriege“, Berlin 1920. — 7. *E. Hübner*: „Allgemeine Epidemiologie u. Immunität“, Weyls Handb. d. Hyg., 2. Aufl. Bd. 8 Abt. 1, Jena 1918. — 8. *M. Kirchner*: „Allgemeine Gesichtspunkte für die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten“, Abhandl. i. „Handb. d. prakt. Hyg.“, herausg. v. Abel, Jena 1913. — 9. *F. A. J. Löffler*: „Grundzüge der Lehre von der Infektion und Immunität“, Abhandl. i. „Handb. d. prakt. Hyg.“, herausg. v. Abel, Jena 1913. — 10. *Rimpau*: „Die Vereinheitlichung der Seuchenbekämpfung im Deutschen Reiche“, Zeitschr. f. Medizinalbeamte 1921 Nr. 22. — 11. *Solbrig*: „Die neuen Desinfektionsvorschriften in Preußen“, Sozialhyg. Mitteil. 1921 Heft 3.

3. Tuberkulose.

Unter den Infektionskrankheiten nimmt die Tuberkulose schon wegen ihrer Häufigkeit und ihres chronischen Verlaufes eine besondere Stellung ein; und da überdies hierbei die soziale Umwelt von maßgebendem Einfluß ist, so muß sich der Sozialhygieniker ganz besonders mit dieser Krankheit befassen.

¹⁾ Siehe W. Ewald: „Soziale Medizin“, Berlin 1911.

Unsere Tafeln 39 (S. 111) und 107 (S. 349) enthalten Angaben über die Tuberkulosesterblichkeit im Deutschen Reich, die Zeichnungen 16 (S. 92) und 17 (S. 112) legen den Einfluß der Volksernährung auf die Tuberkulosesterblichkeit dar, auf S. 127 wurde gezeigt, wie die Wohnungsverhältnisse auf die Tuberkulose einwirken, der Tafel 62 (S. 256) und den Ausführungen auf Seite 261 sowie der Tafel 71 (S. 263) war zu entnehmen, wie häufig die Tuberkulose im Kindesalter vorkommt, die Parallelbewegung von Säuglings- und Tuberkulosesterblichkeit wurde auf Seite 246 geschildert, und über die Zahl der Krankheits-, Invaliditäts- und Sterbefälle, welche die Tuberkulose innerhalb der Arbeiterklasse verursacht hat, unterrichtet der Abschnitt „Arbeiter“. Trotzdem wir uns bereits an so vielen Stellen mit der Tuberkulose beschäftigt haben, müssen hier noch ergänzende Darlegungen angereicht werden.

Tafel 112.

Die Tuberkulosesterblichkeit in deutschen Staaten in den Jahren
1892 bis 1920.

Staaten	Auf je 10000 der mittleren Bevölkerung trafen Sterbefälle an Tuberkulose aller Organe in den Jahren					
	1892—95	1896—1900	1901—05	1906—10	1913	1920*)
Baden	28,4	25,6	23,5	22,4	18,4	18,5
Bayern	31,3	29,2	28,0	24,5	17,7	15,1
Hessen	32,3	29,9	27,8	22,1	16,4	17,0
Württemberg .	23,7	22,9	21,2	18,0	14,3	14,2
Preußen	24,2	20,8	19,1	16,1	13,6	16,3
Sachsen	23,9	22,1	18,2	15,5	12,9	12,4

*) Die Zahlen für 1920 wurden auf die Bevölkerungsziffern vom 8. X. 1919 bezogen.

(Nach amtlichen Angaben zusammengestellt bzw. berechnet.)

Zunächst sei in unserer Tafel 112 eine Übersicht über die Tuberkulosesterblichkeit in den größten deutschen Gliedstaaten während der Zeit von 1892 bis 1920 geboten. Man entnimmt der Tafel 112, daß sich die Tuberkulosesterblichkeit in allen Gliedstaaten während der letzten Jahrzehnte vor dem Weltkriege bis 1913 ständig verringert hat; in manchen Staaten sind die Sterbeziffern aber 1920 etwas größer als 1913, was noch als eine der Kriegsfolgen zu betrachten ist. Bemerkenswert ist, daß 1913 und 1920 Baden (im Gegensatz zu den Ergebnissen während der Jahre 1892 bis 1900) die höchsten Ziffern aufweist. Diese Tatsache ist zum großen Teil auf die in Baden besonders weit ausgedehnte Frauenarbeit (siehe Tafel 20 auf S. 70) zurückzuführen.

Über die Beteiligung der beiden Geschlechter und der einzelnen Altersklassen an der Tuberkulosesterblichkeit in Preußen¹⁾ unterrichtet die Zeichnung 26. Vergleicht man diese mit der Zeichnung 5 (S. 56), so sieht man auf den ersten Blick den großen Unterschied zwischen dem Verlauf der allgemeinen Sterblichkeit und dem der Tuberkulosesterblichkeit. Bei der letzteren findet man die höchsten Ziffern in den mittleren Altersklassen. Das weibliche Geschlecht zeigt im allgemeinen niedrigere Zahlen als das männliche, aber in den Altersklassen von 5 bis 20 und von 25 bis 50 Jahren ist das Verhältnis umgekehrt.

¹⁾ Siehe „Medizinalstatistische Nachrichten“, herausg. vom Preuß. Stat. Landesamt, Berlin 1923, Jahrg. 11 Heft 2.

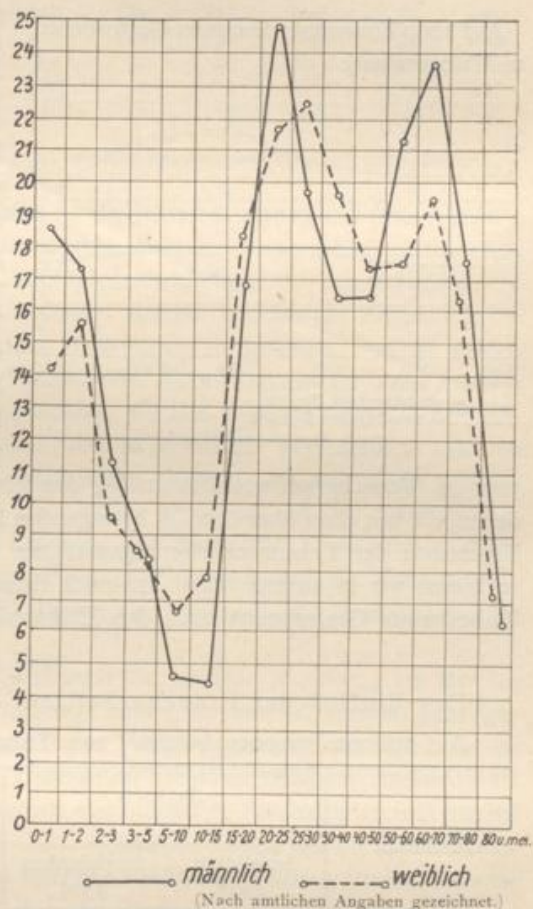
Auch über die Verschiedenartigkeit der Tuberkulosesterbeziffern in Stadt und Land liegen aus Preußen Angaben vor. Es starben 1920 in Preußen auf 10000 Lebende an Tuberkulose aller Formen in der Stadt 19,05 bei dem männlichen und 18,52 bei dem weiblichen Geschlecht, dagegen auf dem Lande 11,81 bei dem männlichen und 13,74 bei dem weiblichen Geschlecht. Man sieht, daß das Land hierbei günstiger dasteht als die Städte, was wohl zum großen Teil darauf zurückzuführen ist, daß die Ernährungszustände bei der Landbevölkerung zumeist besser sind als bei den Städtern. Zu beachten ist aber, daß auf dem Lande die Sterblichkeit bei dem weiblichen Geschlecht höher ist als bei dem männlichen. Bemerkenswert sind ferner die Angaben des badischen Bezirksarztes Dörner, der die Tuberkulosesterblichkeit in einem landwirtschaftlichen und in einem industriellen Bezirke Badens an der Hand der Sterberegister untersucht hat. Die betreffenden Ziffern veranschaulicht unsere Zeichnung 27. Man sieht, daß die Kurve des landwirtschaftlichen Bezirkes wesentlich tiefer liegt, als die Kurve des industriellen Bezirkes. Von ganz besonderer Bedeutung ist aber, daß, wie man der Zeichnung 27 entnimmt, eine Abnahme der Tuberkulosesterblichkeit weder in dem landwirtschaftlichen noch in dem industriellen Bezirk seit dem Zeitraum 1852/61 feststellbar ist. Die sonst beobachtete Abnahme der Tuberkulosesterblichkeit fehlt in diesen Bezirken nach Angabe Dörners, vorzugsweise weil hier die weibliche Erwerbsarbeit wesentlich zugenommen hat.

Den Einfluß der weit ausgedehnten Frauenarbeit auf die Tuberkuloseverbreitung erkennt man besonders daran, daß, während im allgemeinen das weibliche Geschlecht günstiger hinsichtlich der Tuberkuloseerkrankung als das männliche dasteht, für Baden das Gegenteil zutrifft. In der Tafel 113 werden die Invaliditäts- und Sterblichkeitsziffern in Baden mit den Sterblichkeitszahlen im Deutschen Reich sowie den Krankheits- und Sterblichkeitszahlen der Ortskrankenkasse Leipzig verglichen. Wir sehen, daß die Sterblichkeit sowohl im Deutschen Reich wie auch bei den Mitgliedern der Ortskrankenkasse Leipzig auf der Seite des männlichen Geschlechts größer ist als auf der Seite des weiblichen Geschlechts. Dagegen finden wir, daß in Baden das weibliche Geschlecht eine höhere

Zeichnung 26.

Tuberkulosesterblichkeit nach Altersklassen und Geschlecht in Preußen 1920.

Von 10000 Lebenden starben an Tuberkulose:

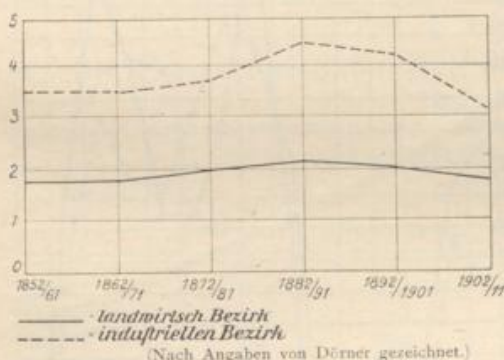


Tuberkulosesterblichkeit als das männliche Geschlecht aufweist. Ganz besonders auffallend ist aber, daß die Tuberkulose als Invaliditätsursache in Baden beim weiblichen Geschlecht weit mehr Opfer als beim männlichen Geschlecht fordert, während die Tuberkulosekrankheitsfähigkeit bei den weiblichen Mitgliedern der Ortskrankenkasse Leipzig

Zeichnung 27.

Tuberkulosesterblichkeit in einem industriellen und einem landwirtschaftlichen Bezirk Badens.

Auf 1000 Einwohner kommen Gestorbene an Tuberkulose:



3000 *M.* Versicherten verhältnismäßig doppelt soviel an Tuberkulose starben, wie von denen, die mit einer über 6000 *M.* betragenden Summe versichert sind. Da jedoch derartige Ergebnisse der Lebensversicherungsanstalten stets nur mit Vorsicht zu benutzen sind, so bieten wir in unserer Tafel 114 noch Angaben über die in Hamburg 1912—1914 an Tuberkulose Gestorbenen nach den Einkommensstufen.

Tafel 113.

Der Einfluß der Frauenarbeit auf die Häufigkeit der Tuberkulose.

Auf 100000 Personen kamen¹⁾ von Tuberkulose verursachte Fälle vor:

Geschlecht	Baden ²⁾		Deutsches Reich ²⁾	Ortskrankenkasse Leipzig ³⁾	
	Invalidität 1907	Sterblichkeit 1907	Sterblichkeit 1907	Krankheitsfähigkeit	Sterblichkeit
männlich	195	177	167	771	233
weiblich	278	185	151	631	211

¹⁾ Hierunter sind zu verstehen: a) bei Invalidität: über 20 Jahre alte Versicherte der Landesversicherungsanstalt Baden des Jahres 1907; b) bei Sterblichkeit in Baden und im Reich: die auf 1. Juli 1907 geschätzte Einwohnerzahl; c) bei Krankheitsfähigkeit und Sterblichkeit in Leipzig: die versicherungspflichtigen Mitglieder der Ortskrankenkasse Leipzig. ²⁾ Nur Lungentuberkulose. ³⁾ Tuberkulose aller Art. (Nach A. Fischer.)

Der Hamburgischen medizinischen Statistik¹⁾ für das Jahr 1914 sind die in unserer Tafel 114 enthaltenen Ziffern über die Steuerzahler in den Jahren 1912, 1913 und 1914

¹⁾ Siehe „Bericht über die medizinische Statistik des Hamburgischen Staates für das Jahr 1912“, desgl. für 1913 und für 1914, Hamburg 1913, bezw. 1915, bezw. 1916.

Tafel 114.

Tuberkulosesterblichkeit und Einkommenstufen in Hamburg 1912—1914.

Einkommen- stufe	Steuerzahler			An Lungentuberkulose gestorbene Steuerzahler			Von 1000 Steuerzahlern starben an Lungen- tuberkulose		
	1912	1913	1914	1912	1913	1914	1912	1913	1914
900—1200 Mark .	59930	58056	59150	147	134	118	2.45	2.31	1.99
1200—2000 „ .	114522	121146	131568	160	180	148	1.40	1.49	1.12
2000—3500 „ .	41358	45646	48983	31	32	40	0.75	0.70	0.82
3500—5000 „ .	13879	14337	15022	10	11	4	0.72	0.77	0.27
5000—10000 „ .	11753	11893	12905	5	7	4	0.43	0.59	0.31

(Nach amtlichen Angaben zusammengestellt und berechnet.)

entnommen. Aus den entsprechenden Berichten für die Jahre 1912, 1913 und 1914 stammen die jeweiligen Angaben über die Tuberkulosesterblichkeit der Steuerzahler selbst (ohne die Angehörigen). Es konnte mithin die Tuberkulosesterblichkeit bei den Steuerzahlern der einzelnen Einkommenstufen berechnet werden. Hierbei wurden die Ziffern für die Steuerzahler der über 10000 Mark betragenden Einkommen fortgelassen, weil die Zahlen zu klein sind und Irrtümer veranlassen könnten. Von Wert sind in der Tafel 114 vor allem die Angaben über die Tuberkulosesterblichkeit bei den Steuerzahlern der drei untersten Einkommenstufen. Man sieht deutlich, daß in jedem der Berichtsjahre mit den höheren Einkommen die Todesziffern sich verkleinern. Hiermit ist, was ja die tägliche Erfahrung jedes Arztes lehrt, ziffernmäßig einwandfrei erwiesen, daß die Tuberkulosesterblichkeit von der Armut abhängt, und daß man mit Recht die Tuberkulose eine Proletarierkrankheit nennen darf. Auch Prinzing¹⁾ betont, daß die Tuberkulosesterblichkeit mit der geringer werdenden Wohlhabenheit zunimmt, und zwar in höherem Grade als die allgemeine Sterblichkeit.

Als Maßstab für die Wohlhabenheit dient auch die soziale Stellung im Beruf. Der Selbständige ist, wie wir auf Seite 75 dargelegt haben, in vielerlei Hinsicht günstiger gestellt als der Unselbständige. Aus den in unserer Tafel 115 enthaltenen Ziffern ist zu ersehen, daß die Selbständigen niedrigere Tuberkulosesterblichkeitszahlen aufweisen als die Unselbständigen. Dies gilt ganz besonders von den industriell Beschäftigten und hierbei namentlich von dem weiblichen Geschlecht. Eine Ausnahme bilden nur die in der Landwirtschaft tätigen Männer; dies Ergebnis ist offenbar auf Besonderheiten (starke Einwanderung jugendlicher Landarbeiter aus dem Auslande?) zurückzuführen.

Wie die Tuberkulose bei den einzelnen Berufsabteilungen als Invaliditätsursache und bei den mannigfaltigen Berufsarten als Krankheits- und Todesursache gewirkt hat, ist aus den Tafeln 98 (S. 322) und 93 (S. 314) zu ersehen. Die jeweilige Berufstätigkeit

¹⁾ Vgl. die gegenüber der Verwendung der hamburgischen Zahlen geübte Kritik a) in den „Veröffentlichungen d. Kaiserl. Gesundheitsamts“ 1915 Nr. 45 S. 828 und b) bei Flüggé: „Über die Beziehungen zwischen Tuberkulosesterblichkeit und Einkommen nach der Hamburger Statistik“, Zeitschr. f. Tuberk. 1922 Bd. 36 Heft 4. Siehe ferner: a) L. Hersch: „L'inégalité devant la mort“, Revue d'Economie politique 1920 Nr. 3 und 4; b) G. Wolff und K. Freudenberg: „Tuberkulosesterblichkeit und Wohlstand in Paris, London und Berlin“, Zeitschr. f. Hyg. und Infekt. 1924 Bd. 102 Heft 3/4; c) Fr. Prinzing: „Armut und Tuberkulose“, Sozialhyg. Mitteil. 1924 Heft 4.

Tafel 115.

Tuberkulosesterblichkeit und soziale Stellung in Sachsen.

Auf 10000 im Jahr 1907 gezählte Erwerbstätige entfielen im Jahr 1910 Tuberkulosefälle:

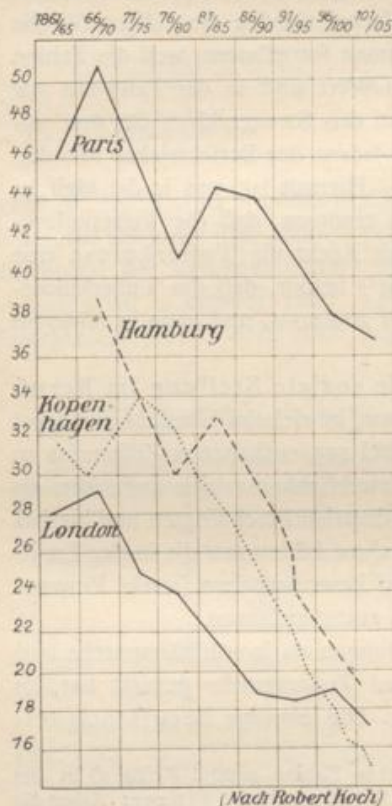
Berufsabteilung	Selbständige		Unselbständige	
	männl.	weibl.	männl.	weibl.
Landwirtschaft . . .	10,40	3,56	7,80	5,48
Industrie	15,42	5,53	17,66	20,95
Handel	5,53	5,32	24,71	13,34

(Nach Radestock, Zeitschr. d. Sächs. Stat. Landesamtes, 1915.)

Zeichnung 28.

Tuberkulosesterblichkeit in vier Weltstädten.

Berechnet auf 10000 Lebende.



kann aus mannigfaltigen Ursachen der Anlaß zur Tuberkulose sein. Bald handelt es sich hierbei um eine erhöhte Ansteckungsgefahr, bald um Schädigungen der Lunge durch Staub¹⁾, bald um Behinderung der Atmung durch schlechte Körperhaltung, bald um Beeinträchtigung der gesamten Widerstandskraft durch Überanstrengung, durch Mangel an frischer Luft, an Sonne und vor allem durch Unterernährung bei ungenügenden Löhnen u. a. m.

Wir haben schon auf Seite 111 und 112 den überragenden Einfluß der Ernährung auf die Häufigkeit der Tuberkulosefälle erörtert; auf Seite 92 und 93 wurde dargelegt, wie günstig sich die Tuberkuloseverhältnisse in England, wo die Nahrungsmittelpreise durch keinen Zollschatz in die Höhe geschraubt worden sind, gestaltet haben. Wir wollen hier nun noch etwas ausführlicher auf den Vergleich der deutschen Zustände mit den ausländischen eingehen. Zunächst fassen wir zu diesem Zwecke unsere Zeichnungen 28, 29 und 30 ins Auge.

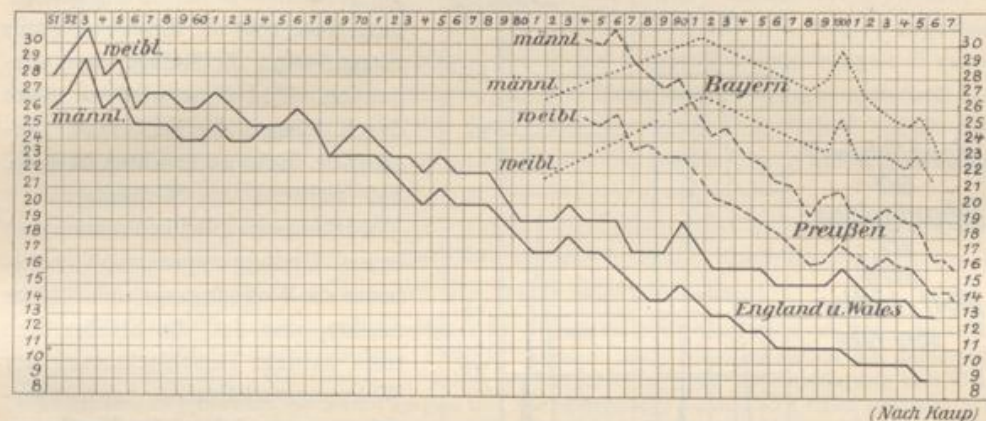
Die Zeichnung 28 muß mit besonderer Ehrfurcht betrachtet werden; sie ist der letzten Arbeit²⁾, die Robert Koch geschrieben hat, entnommen worden. Koch wollte mit dieser Tafel dartun, daß die Abnahme der Tuberkulosesterblichkeit nicht, wie vielfach behauptet wird, auf die deutsche Sozialversicherung und hiermit im Zusammenhang auf die Heilstättenbehandlung zurückzuführen ist, da ja die Sterblichkeit sich in Deutschland schon vor der

¹⁾ Die große Tuberkulosegefahr für solche Arbeiter, die besonders viel dem Staub ausgesetzt sind, erkennt man z. B. aus den in unserer Tafel 93 enthaltenen Zahlen, die für die Steinhauer gelten. Über die von Holtzmann und Harms bei Porzellanarbeitern beobachteten Besonderheiten siehe:

Zeichnung 29.

Verlauf der Sterblichkeitskurven für Lungentuberkulose in England und Wales, Preußen und Bayern.

Berechnet auf 10000 Lebende der Gesamtbevölkerung.



(Nach Kaup)

Einführung der Sozialversicherung vermindert hat und überdies auch in anderen Staaten (England) gesunken ist, obwohl dort eine weit verbreitete Sozialversicherung fehlte. Mit diesem Hinweis hat Koch sicherlich das Richtige getroffen. Er hat jedoch bei seinen epidemiologischen Betrachtungen nicht hinreichend erklärt, warum die Tuberkulosesterblichkeit in England (London) so wesentlich niedriger ist als in Deutschland (Hamburg). Gerade aber mit dieser überaus wichtigen Frage, die in der Gegenwart eine ganz besondere Rolle spielt, muß man sich beschäftigen.

Die Zeichnung 29 zeigt den Verlauf der Tuberkulosesterblichkeit, wie er sich, nach den Angaben von Kaup, in England und Wales im Vergleich zu Preußen und Bayern gestaltet hat. Wir sehen, daß die englischen Kurven fast ganz ununterbrochen seit dem Jahre 1853 immer mehr gesunken sind. Wir finden ferner, daß die englischen Linien stets wesentlich tiefer lagen als die preußischen und bayerischen.

Schließlich bieten wir noch in der Zeichnung 30 Angaben, wie sich die Tuberkulosesterblichkeit seit 1913 in acht Weltstädten entwickelt hat. Wir sehen, daß die Zustände in London, Chicago und New York weit günstiger sind als in Berlin. Daß die Ergebnisse in Paris, Wien, Petrograd und Moskau noch schlechter als in Berlin sind, kann für uns kein Trost sein.

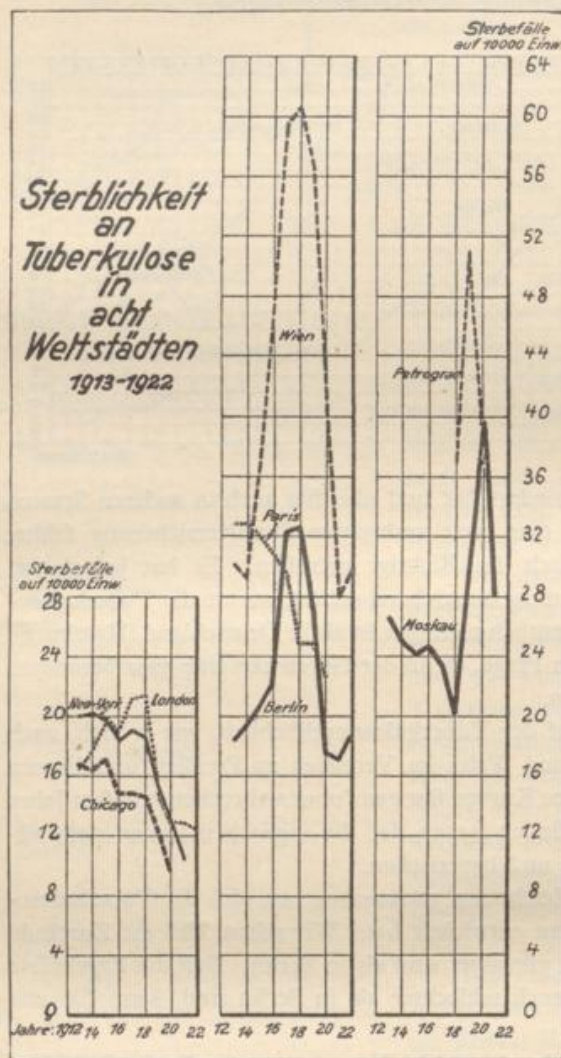
Vor kurzem hat sich auch R. Güterbock mit der Frage, warum in England die Tuberkulosesterblichkeit geringer als im Deutschen Reiche ist, befaßt. Eine befriedigende Antwort hat er so wenig gegeben, wie R. Koch oder Kaup. Daß seit 1915 die Tuberkuloseverhältnisse bei uns so ungünstig geworden sind, ist ja unzweifelhaft die Folge der schlechten

„Zur Frage der Staubeinwirkung auf die Lungen der Porzellanarbeiter“, Tuberkulosebibliothek Nr. 10, herausg. von L. Rabinowitsch, Leipzig 1923; vgl. dazu den Bericht von Kölsch in den „Sozialhyg. Mitteil.“ 1924 Heft 1 u. 2 S. 30.

²⁾ Erwähnt sei, daß sich am Schluß dieser Arbeit folgendes Urteil befindet: „Die Morbiditätsstatistik und die sich anschließenden epidemiologischen Untersuchungen bilden ein wichtiges Glied in den Maßregeln, mit welchen die Tuberkulose zu bekämpfen ist.“

Ernährung¹⁾. Der Weltkrieg hat uns mit aller Deutlichkeit erkennen lassen, daß die Tuberkulose in erster Linie eine Ernährungskrankheit ist. Ohne Tuberkulosebazillus entsteht zwar keine Tuberkulose. Aber obgleich es wohl nur wenige Menschen²⁾

Zeichnung 30.



¹⁾ Die entscheidende Bedeutung der Ernährungsverhältnisse für die Tuberkuloseverbreitung wurde vor dem Kriege nicht in vollem Umfange erkannt. So schrieb Gottstein im Gegensatz zu seinem so oft bewährten Weitblick noch 1914: „Brehmer betonte ganz allgemein, daß schlechte Esser überhaupt eine größere Empfänglichkeit zeigten. Zahlenmäßige Unterlagen für den Beweis dieser Anschauungen stehen durchweg noch aus. Im allgemeinen haben sie nur insofern eine Unterlage, als schlechte Ernährung überhaupt als eine der Folgen ungünstiger sozialer Stellung eines derjenigen Momente ist, welche für die Erklärung der größeren Verbreitung der Tuberkulose unter der ärmeren Bevölkerung mit herangezogen zu werden verdienen.“ Der Weltkrieg hat ihn aber offenbar belehrt; denn er äußerte sich 1920: „Im Anfang erörterte man noch, ob mehr die gesteigerte Ansteckungsgefahr oder die verminderte Widerstandskraft in Betracht käme. Tatsächlich hat die Vorsicht gegen-

gibt, die nicht schon in den Kinderjahren mehr oder weniger mit Tuberkulosebakterien in Berührung gekommen sind, tritt die Erkrankung nur zutage, wenn die Anlage dazu vorhanden. Und diese wird vor allem durch Mängel der Ernährung³⁾ geschaffen. Sehr zu beachten ist auch, daß während des Weltkrieges die Tuberkulosesterblichkeit schon einen weiten Umfang angenommen hatte, bevor die Wohnungsnot sich fühlbar machte, und daß die Sterbeziffern trotz weiterer Verschlechterung der Wohnungsverhältnisse sich verringerten, nachdem die Ernährung sich gebessert hatte. (Vgl. die Angaben über leerstehende Wohnungen im Mai 1918 auf S. 142 mit den Ziffern der Tafel 39 auf S. 111.) Auch daraus läßt sich der maßgebende Einfluß der Ernährung auf die Tuberkuloseverbreitung erkennen. Die Lehren des Weltkrieges zeigen uns aber zugleich, warum auch vor dem Kriege England günstigere Tuberkuloseverhältnisse als das Deutsche Reich aufzuweisen hatte. Wie wir auf Seite 92 dargelegt haben, sind die hygienischen Zustände Englands⁴⁾ im allgemeinen keineswegs den unsrigen überlegen gewesen. In England fehlten jedoch, im Gegensatz zu Deutschland, die Zölle, welche die

Nahrungsmittel verteuerten und für eine gute Ernährung ein Hindernis waren. In der englischen Handelspolitik allein haben wir mithin die Ursache zu erblicken, warum in England die Tuberkulosesterblichkeit niedriger als bei uns ist.

Es ist vielfach die Frage aufgeworfen worden, ob die Tuberkulose eine erworbene Krankheit ist oder lediglich auf Vererbung beruht. Riffel hat Jahrzehnte hindurch, gestützt auf Familienforschungen, die er in badischen Dörfern ausführte, die Ansicht vertreten, daß die Tuberkulose ererbt wird. So schätzenswert die von Riffel angewandte Methode war, so sind doch die Schlüsse, die er aus seinem Untersuchungsstoff gezogen hat, verfehlt gewesen. Dörner ist bei gleichartigen Forschungen in einem badischen Landorte zu dem Ergebnis gelangt, daß der Einfluß der elterlichen Tuberkulose auf die Nachkommenschaft keineswegs so bedeutungsvoll ist wie die soziale Umwelt, die Ernährungs-, Wohnungs- und Arbeitsverhältnisse.

Obwohl die Tuberkulose als eine ererbte Krankheit nicht betrachtet werden kann, so läßt sich doch wohl nicht in Abrede stellen, daß in vielen Fällen die Anlage zur Tuberkulose ererbt wird. Lenz äußert sich hierzu folgendermaßen:

„Die ausgesprochene familiäre Häufigkeit der Phthise kann jedenfalls nicht nur durch Ansteckung innerhalb der Familie erklärt werden. Freilich beruht sie auch sicher nicht nur auf gemeinsamer erblicher Anfälligkeit. Wir wissen ja, welche verhängnisvolle Rolle Unterernährung und Berufschädlichkeiten (gewerblicher Staub) spielen und wie andererseits Sonnenlicht einen relativen Schutz gewährt. Aber das alles schließt die Bedeutung der erblichen Anfälligkeit nicht aus. Wenn schon Eltern oder Geschwister eines Erkrankten an Schwindsucht gestorben sind, so sind seine Heilungsaussichten erfahrungsgemäß besonders ungünstig . . . Die Bedeutung der Unterernährung für die Entstehung der Schwindsucht wird allgemein zugegeben. Daraus folgt aber, daß auch alle jene erblichen Anlagen, die zu Ernährungsstörungen und Blutarmut führen, indirekt auch eine Anfälligkeit gegen Tuberkulose bedingen. Bei erblich bedingtem Diabetes z. B. entwickelt sich oft Phthise, weil die zuckerhaltigen Gewebe offenbar einen besonders günstigen Nährboden für die Bazillen bieten. Es gibt also nicht eine erbliche Anlage zur Tuberkulose, sondern viele.“

über dem Ansteckungsstoff ganz erheblich nachgelassen, Schwindsüchtige ersetzen im Nahrungsmittelbetrieb die ins Feld Abberufenen und in der Kinderpflege die arbeitende Mutter. Heute trifft beides kaum mehr im bisherigen Umfange zu, und doch greift die Krankheit weiter um sich. Man muß daher an eine tiefe Herabsetzung der Widerstandskraft der Gewebe denken, und die Forschung weist auf mittelbare Zusammenhänge zwischen der Verarmung an Fett und Eiweiß und der größeren Hinfälligkeit der Zellen hin.“ — Bezeichnend für die Ansichten, die bei lediglich bakteriologisch denkenden Hygienikern herrschten, sind Darlegungen von A. Adam über „Die übertragbaren Krankheiten“ (erschieden in Selters Grundriß der Hygiene, Dresden 1920), wo es heißt: „Die Tuberkulose ist eine ‚Wohnungskrankheit‘ genannt worden, da sich statistisch erwies, daß geringes Einkommen, kleine Wohnung, unzureichende Ernährung einen Einfluß auf Häufigkeit der Verbreitung und Sterblichkeit der Tuberkulose haben. Bestrebungen zur Verbilligung der Nahrungsmittel und Verbesserung der Wohnungsverhältnisse werden deshalb als wertvolle Bekämpfungsmaßnahmen hingestellt.“ Man beachte das Wort „hingestellt“.

²⁾ Schon J. Cohnheim meinte 1880: „Ein bißchen Tuberkulose hat am Ende jeder.“

³⁾ Erwähnenswert ist hier auch die von dem Greifswalder Privatdozenten für Hygiene F. Schiff über „Die Beziehungen zwischen Tuberkulose und den sozialen Verhältnissen“ gehaltene Antrittsvorlesung, deren Inhalt in der Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung 1921 Nr. 12 veröffentlicht ist; dort heißt es: „Als Fazit ergibt sich, daß entscheidend für die Ausbreitung und den Verlauf der Tuberkulose die sozialen Bedingungen sind, und daß, abgesehen von dem überragenden Einfluß der Ernährung, in der Regel erst dem Zusammenwirken verschiedener ungünstiger Faktoren eine besondere Bedeutung zukommt. Wenn Kolle-Hetsch noch im Jahre 1919 genau so wie in der ersten Auflage ihres Lehrbuches schreiben: ‚der Abfall der Tuberkulosesterblichkeit sei zweifellos der ständig zunehmenden Kenntnis über die Gefahr und Verbreitungsweise der Krankheit zuzuschreiben, zum geringeren Teil vielleicht auch der sozialen Besserstellung der Bevölkerung‘, so müssen wir, meine ich, das Verhältnis umkehren: die Hauptrolle fällt der Besserung der sozialen Verhältnisse zu.“

⁴⁾ A. Fischer: „Das Gesundheitswesen in England“, Gesundheit, herausg. von J. Brix, 1908.

Schließlich seien noch die Beziehungen der Tuberkulose zur Schwangerschaft erwähnt. G. Liebermeister ist, unter Benutzung der ausgedehnten Literatur, u. a. zu folgenden Leitsätzen gelangt:

„. . . . Das Eintreten der Schwangerschaft kann von vornherein durch die funktionelle Mehrbelastung des Organismus verschlimmernd auf die Tuberkulose einwirken. Wo sich dies zeigt, ist der künstliche Abort innerhalb der ersten 3 Monate indiziert. Bei der Mehrzahl der Frauen führt der Eintritt der Schwangerschaft nicht zu einer Verschlimmerung, häufig aber zu einer Besserung der tuberkulösen Erkrankung. Bei diesen Fällen ist die genaueste Feststellung des Lungenbefundes unerlässlich, weil bei einem Teil dieser Fälle der Geburtsakt die Gefahr der Metastasierung mit sich bringt. Diese Fälle sind ebenfalls genau zu analysieren und dem künstlichen Abort zuzuführen. Alle anderen Fälle, darunter die überwiegende Mehrzahl der geschlossenen Lungenspitzen-tuberkulösen, können das Kind austragen, wenn die Tuberkulose richtig behandelt wird. . . . Das Stillen kann unter strenger ärztlicher Aufsicht bei prognostisch günstiger geschlossener Tuberkulose erlaubt werden; es ist sofort abzubrechen, wenn die Vorzeichen von Verschlimmerung, oder wenn wieder die Menses eintreten. . . .“

* * *

Die Maßnahmen, die im Kampf gegen die Tuberkulose zu ergreifen sind, lassen sich aus den vorstehenden Ausführungen unschwer ersehen: man muß danach trachten den Krankheitserreger¹⁾ zu beseitigen und die Krankheitsanlagen zu verhüten.

Schon am Ende des 17. und während des ganzen 18. Jahrhunderts wurden, wie Kayserling dargelegt hat, nachdem die Kontagiositätslehre des Veroneser Epidemiologen Girolamo Fracastor (1483—1553) vorangegangen war, in Italien und Spanien gesetzliche Bestimmungen geschaffen, in denen „das Hauptgewicht auf die Unschädlichmachung der in den Sachen der Phthisiker als vorhanden angenommenen Ansteckungskeime gelegt“ wurde. Auch Joh. E. Wichmann²⁾ forderte in einem 1780 im „Hannoverschen Magazin“ erschienenen Aufsatz „Die Schwindsucht. Eine Polizey-Angelegenheit“, daß die von den Schwindsüchtigen benutzten Gegenstände nach Möglichkeit verbrannt werden; außerdem wünschte er ein Eheverbot für Schwindsüchtige.

Daß diese Gesetze bzw. Lehren Früchte getragen haben, ist nicht bekannt geworden. In England war jedenfalls um die Mitte des 19. Jahrhunderts von einem planmäßigen Vorgehen gegen die Ansteckungskeime nichts zu merken. Und doch ist in diesem Lande die Tuberkulosesterblichkeit ständig gesunken, weil die Lebenshaltung der breiten Volksschichten sich besserte und vor allem die Ernährung sich günstiger gestaltete. Der von Robert Koch³⁾ im Jahre 1882 geführte Beweis, daß der von ihm gezüchtete Tuberkelbazillus der Erreger der Krankheit ist, war eine wissenschaftliche Errungenschaft von ungewöhnlicher Bedeutung; aber sie trug zur Verminderung der Tuberkulosesterblichkeit

¹⁾ Die Verbreitung der Tuberkelbazillen erfolgt fast stets von Mensch zu Mensch, hauptsächlich auf dem Wege der von Flüge (siehe seinen Aufsatz „Die Bedeutung der Verstreung von Hustentröpfchen für die Verbreitung der Phthise“, Zeitschr. f. Tb. 1921 Heft 3 u. 4) beschriebenen Tröpfcheninfektion beim Husten. Die Frage, ob auch die vom Rind stammenden Tuberkelbazillen für den Menschen pathogen sind, ist noch nicht endgültig entschieden.

²⁾ Wichmann: „Kleine medizinische Schriften“, Hannover 1799.

³⁾ Es sei hier bemerkt, daß die erste Arbeit Kochs über den Tuberkelbazillus in der „Berliner Klin. Wochenschr.“ vom 10. April 1882 erschien, daß aber P. Baumgarten in dem „Centralbl. f. d. med. Wissensch.“ vom 15. April 1882 einen Aufsatz über „Tuberkelbakterien“ veröffentlichte, woraus hervorgeht, daß er den Tuberkelbazillus schon vor Kochs Bekanntmachung gesehen hat. Die Großtat Kochs besteht darin, daß er den Tuberkelbazillus in Reinkultur gezüchtet und hiermit Tuberkulose bei Tieren erzeugt hat. Erwähnenswert ist ferner, daß J. Cohnheim sich bereits 1880 folgendermaßen geäußert hat: „Zur Tuberkulose gehört alles, durch dessen Übertragung auf geeignete Versuchstiere Tuberkulose hervorgerufen wird, und nichts, dessen Übertragung unwirksam ist.“

nicht in erkennbarer Weise bei. Was Koch gegenüber dem Wert der Heilstätten anführte, daß nämlich der Rückgang der Tuberkulosesterblichkeit einsetzte, bevor es diese Anstalten gab, gilt auch gegenüber der Entdeckung des Tuberkelbazillus. In der von Koch 1882 veröffentlichten berühmten Arbeit „Die Ätiologie der Tuberkulose“ heißt es: „Bisher war man gewöhnt, die Tuberkulose als den Ausdruck des sozialen Elends anzusehen, und hoffte von dessen Besserung auch eine Abnahme dieser Krankheit.“ Daß diese Hoffnung unbegründet ist, hat Koch nicht ausgesprochen; aber gemeint hat er offenbar, daß man, nachdem der Erreger der Tuberkulose bekannt geworden ist, erwarten kann, auch Herr über die Schwindsucht zu werden. Es soll kein Blatt aus dem Koch gebührenden Ruhmeskranz genommen werden, wenn betont wird, daß, nach den Erfahrungen der letzten 40 Jahre, weder die Entdeckung des Tuberkelbazillus noch die des Tuberkulins (1890) auch nur annähernd so viel im Kampfe gegen die Schwindsucht geleistet haben wie die „Besserung des sozialen Elends“. Denn trotz der genannten und weiteren hervorragenden Errungenschaften, die aus Laboratorien und Kliniken stammten, erlebten wir den gewaltigen Anstieg der Tuberkulosesterblichkeit im Deutschen Reich unter dem Einfluß der Hungerblockade.

Wer die Vorträge von Wassermann und Neufeld auf dem Tuberkulosekongreß im Jahre 1921 gehört hat, wird überzeugt worden sein, daß man mit Tuberkulinpräparaten (oder gar mit Schildkrötenbazillen) Menschen gegen Tuberkulose nicht immunisieren kann. „Vorläufig werden wir uns wohl“, so äußerte sich Neufeld am Schluß seines vortrefflichen Vortrages, „mit der natürlichen Schutzimpfung durch die leichte Tuberkuloseinfektion begnügen müssen, der bei uns zum mindesten in weiten Bevölkerungsklassen die Mehrzahl aller Menschen schon im Kindesalter unterliegt. Auch diese natürliche Schutzimpfung schafft eine durchaus beschränkte Immunität, die immer nur relativ ist und schnell abklingt. Eine andere Immunität gibt es bei der Tuberkulose überhaupt nicht Die Natur schenkt dem, der die Pocken oder Masern überstanden hat, eine Immunität, die oft das ganze Leben lang vorhält, dem, der eine Tuberkulose überstanden hat, versagt sie dieses Geschenk. Wer sich das Ziel setzt, wie es bis zum heutigen Tage viele Forscher tun, bei Tuberkulose eine Immunisierung zu erreichen, wie bei den Pocken, der sucht etwas, was es nicht gibt, der jagt einem Phantom nach.“ Beachtenswert ist auch, wie der erfahrene Tuberkulosearzt Harms die von manchen Seiten behauptete Rettung der Säuglinge durch Tuberkulinbehandlung beurteilte; er schrieb: „Wir haben selbst keinen infizierten Säugling ‚herauszuretten‘ versucht, aber manchen gesehen, der ohne Tuberkulinbehandlung klinisch gesund in das Kleinkindesalter übertrat.“

Da man mithin von einer spezifischen Therapie, wenigstens zurzeit, nicht erwarten kann, daß Gefährdete gegen Tuberkulose geschützt oder Kranke geheilt werden, so muß vor allem erstrebt werden, die Krankheitsanlage, soweit sie erworben wird, zu verhüten. Da gilt es nun, „das soziale Elend zu bessern“. Dies ist jedoch, besonders gegenwärtig, in dem verarmten und unfreien Deutschland eine ungeheuer schwere Aufgabe. Vor allem kommt es darauf an, die Ernährungsverhältnisse günstiger zu gestalten oder doch wenigstens nicht durch eine gesetzliche Maßnahme die Nahrungsmittel zu verteuern. (Siehe S. 92 und 118.) Daß zugleich, wo immer sich die Möglichkeit bietet, die Wohnungszustände gebessert werden müssen, braucht wohl kaum mehr besonders betont zu werden. Ebenso ist soviel wie durchführbar für Schutz bei der gewerblichen Arbeit zu sorgen, und die übermäßige Ausdehnung der Frauenerwerbsarbeit ist tunlichst zu verhüten. Die Miß-

stände im Wohnungswesen und Auswüchse auf dem Gebiet der Frauenarbeit werden sich zu einem erheblichen Teil vermeiden lassen, wenn es gelingt, hinreichende Nahrungsmittel zu erschwinglichen Preisen zu erhalten.

Neben den Maßnahmen auf dem Gebiete der Nahrungs-, Wohnungs- und Arbeitsverhältnisse müssen noch viele Mittel im Kampfe gegen die Tuberkulose angewendet werden. Daß es hieran nicht fehlt, geht aus dem 1924 vom Reichsarbeitsminister veröffentlichten „Verzeichnis der deutschen Einrichtungen für tuberkulös Erkrankte“, das auf nicht weniger als 154 Druckseiten lediglich die betreffenden Namen anführt, hervor. Es handelt sich hierbei insbesondere um: Anstalten für erwachsene Lungenkranke (Heilstätten, Genesungsheime, Lungenkrankenhäuser, Tuberkuloseabteilungen in Allg. Krankenhäusern, Invalidenheime und Pflegestätten), Kinderheilstätten (Anstalten für Kinder mit Lungentuberkulose, desgl. mit Knochen- und Gelenktuberkulose, Anstalten für tuberkulosebedrohte, skrofulöse und erholungsbedürftige Kinder), Walderholungsstätten für Erwachsene und Kinder, ländliche Kolonien für Erwachsene und Kinder, Waldschulen sowie Auskunfts- und Fürsorgestellen für Lungenkranke.

Mit Rücksicht auf den Raum ist es unmöglich, alle Arten dieser Maßnahmen zu schildern; wir können nur das Wichtigste anführen.

Die Zahl der Heilstätten für erwachsene Lungenkranke in Deutschland beträgt, wie das Tuberkulosefürsorgeblatt 1924 Heft 5 berichtet, nach den zurzeit vorliegenden Angaben 198 mit 20414 Betten, die der Kinderheilstätten 257 mit insgesamt 18983 Betten; es sind 148 Walderholungsheime, 21 Waldschulen, 6 ländliche Kolonien für Erwachsene und Kinder, 45 Genesungsheime, 88 Beobachtungsstationen und 355 Tuberkulosekrankenhäuser, Tuberkuloseabteilungen in Allg. Krankenhäusern, Invalidenheime und Pflegestätten vorhanden.

Die Fürsorge beschränkt sich jetzt nicht mehr nur auf die Arbeiter und die ihnen sozial gleichen Volksschichten, sondern auch auf den nichtversicherten Mittelstand¹⁾, in dem es infolge der Kriegs- und Nachkriegsverhältnisse zahlreiche mittellose Lungenkranke gibt. (Über die Tuberkulose bei Studenten siehe S. 304.)

Nachdem Brehmer²⁾ und Dettweiler³⁾ die Heilbarkeit der Schwindsucht mit physikalisch-diätetischen Mitteln bei geeigneten Kranken in ihren Sanatorien nachgewiesen hatten, suchte man dies Verfahren zu verallgemeinern. Begünstigt wurde dies Bestreben durch das Invalidenversicherungsgesetz, das bei richtiger Auslegung auch schon vor seiner Novellierung vom Jahre 1899 das vorbeugende Heilverfahren (siehe S. 440) zuließ. Gebhardt, der Leiter der Landesversicherungsanstalt der Hansastädte, sowie der Posener Arzt Pauly⁴⁾ waren die ersten, welche auf Grund des Invalidenversicherungsgesetzes bei Lungenkranken Heilverfahren veranlaßten. Ihr Beispiel wurde überall nachgeahmt. So entstand die deutsche Heilstättenbewegung. Alle Landesversicherungsanstalten schufen

¹⁾ Siehe F. Helm: „Der Stand der Tuberkulosebekämpfung im Frühjahr 1923“, Geschäftsbericht für die 27. Generalversammlung des Deutschen Zentral-Komitees zur Bekämpfung der Tuberkulose, Berlin 1923. — Ferner C. Breul: „Über Tuberkulose im Mittelstand nebst Vorschlägen zu einer Erweiterung der Bekämpfungsmaßnahmen“, Tb.-Bibliothek Nr. 6, herausg. v. L. Rabino-witsch, Leipzig 1922.

²⁾ Brehmer schuf 1854 seine Heilanstalt in Görbersdorf (Schlesien).

³⁾ Dettweiler, Brehmers Schüler, gründete 1876 die Heilanstalt Falkenstein (Taunus); 1882 richtete er die erste Volksheilanstalt für Lungenkranke in Ruppertshain, nahe bei Falkenstein, ein.

⁴⁾ Nach handschriftlichen Mitteilungen an den Verfasser.

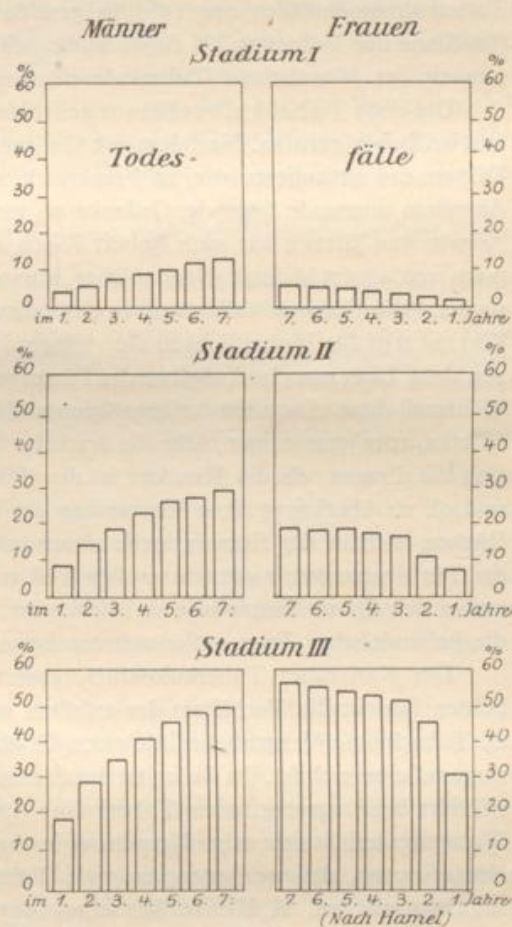
in waldreicher, wenn irgend möglich hochgelegener Gegend Heilstätten für Lungenkranke. Die Behandlung besteht hauptsächlich in einer Liegekur, kräftigen Ernährung und Hautpflege; vielfach wurde zugleich eine spezifische Therapie angewandt. Einige Heilanstalten ließen die der Genesung entgegengehenden Kranken in den letzten Wochen vor dem Abschluß der Kur leichte Garten- und Waldarbeiten verrichten; aber hiergegen sind Bedenken geäußert worden.

Hamel hat in einer 1918 veröffentlichten Arbeit, die sich auf 26092 männliche und 7539 weibliche ehemalige Heilstättenpfleglinge erstreckt, über den Erfolg der Heilstättenbehandlung innerhalb der ersten 7 Jahre nach der Kur berichtet; die Pfleglinge wurden hierbei nach dem Krankheitsstadium bei der Aufnahme in die Heilstätte gegliedert. Hamel hat die von ihm gewonnenen Ergebnisse durch eine Darstellung, die wir als Zeichnung 31 wiedergeben, veranschaulicht. Man entnimmt ihr, daß von den Kranken, die bereits im ersten Stadium behandelt wurden, recht viele noch nach Ablauf von 7 Jahren am Leben waren. Die Zahl der am Leben gebliebenen ehemaligen Pfleglinge sinkt aber erheblich, wenn es sich um Kranke im zweiten oder gar im dritten Stadium handelt; das weibliche Geschlecht weist im dritten Stadium noch ungünstigere Ergebnisse auf als das männliche. Vor allem ist jedoch zu bemerken, daß von denjenigen Pfleglingen, die am Leben geblieben sind, gewiß nicht alle gesund und erwerbsfähig oder auch nur bazillenfremd waren.

Von Brauer und Grotjahn wurde betont, daß die Heilstätten, die ja nur die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit zum Zwecke haben, „für die Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit — für die Verhütung stets wiederkehrender, neuer Erkrankungen — kaum in Betracht kommen“. Man machte mit den Heilstätten die gleiche Erfahrung wie auch sonst bei Mode gewordenen Einrichtungen: erst übertriebene Hoffnungen, die zu kostspieliger Gestaltung führen, dann Unterschätzung. Aber wenn auch von den Heilstätten keine zahlenmäßig nachweisbare Verminderung der Tuberkulosesterblichkeit zu erwarten ist, so kommt ihnen doch ein nicht unerheblicher Wert für die Behandlung wie für die Erziehung der Kranken und dadurch für die gesamte Tuberkulosebekämpfung zu.

Zeichnung 31.

Sterblichkeit der in Heilstätten Behandelten.



Andererseits ist der Vorschlag Grotjahns, daß zur Ergänzung der Heilstätten Heimstätten¹⁾, in denen die unheilbaren Tuberkulösen untergebracht und isoliert werden, geschaffen werden sollen, theoretisch nicht unberechtigt. Es besteht jedoch, wie man erfahren hat, bei den Lungenkranken ein Widerwille gegen die Heimstätten, in denen sie „Sterbehäuser“ erblicken. Zweckdienlicher ist es, die Schwindsüchtigen, die für ihre Umgebung eine schwere Gefahr bedeuten, besonderen Abteilungen allgemeiner Krankenhäuser zu überweisen. Nach Angaben von Harms starben 1916 bis 1919 in Mannheim 40 bis 50% von den an Lungentuberkulose Erkrankten allein im städtischen Lungenspital, ohne Einbeziehung der übrigen Krankenanstalten, während im Deutschen Reich von den Tuberkulosedodesfällen nur 15% in geschlossenen Anstalten verschieden; dieser Erfolg (im Sinne der Isolierung bei Ansteckungsgefahr) ist in der Hauptsache wohl auf die Wirksamkeit der Mannheimer Tuberkulosefürsorgestelle zurückzuführen.

Die erste Tuberkulosefürsorgestelle²⁾ wurde vor 25 Jahren von Pütter in Halle a. S. ins Leben gerufen. Nachdem von Calmette eine ähnliche Einrichtung, das sogenannte Dispensaire antituberculeux, in Frankreich und Belgien geschaffen war, fand der diesen Anstalten zugrunde liegende Gedanke an vielen Stellen eine günstige Aufnahme. Nach Angabe von Jötten hat auch Robert Koch 1905 in seiner Nobelpreisvorlesung zu Stockholm von einem dichten Netz solcher Fürsorgestellen einen überaus großen Nutzen erwartet. Die Fürsorgestellen sind in den einzelnen Städten sehr verschiedenartig gestaltet; Harms tritt für Einheitlichkeit ein, während Blümel in der Mannigfaltigkeit einen Vorzug sieht. Über manche Aufgaben der Fürsorgestellen gehen die Ansichten noch auseinander. Während diese Anstalten anfangs hauptsächlich eine sozialfürsorgerische Tätigkeit entfalteten, tritt jetzt immer mehr die ärztliche Wirksamkeit in den Vordergrund; so erheben sich die Fragen, ob die Kranken in den Fürsorgestellen auch behandelt werden sollen, und ob sie überhaupt ohne Einweisung des behandelnden Arztes, ja sogar hinter seinem Rücken, sich in der Fürsorgestelle untersuchen und beraten lassen dürfen. Der Erfolg der Fürsorgestellen wird zum großen Teil von der Art, wie diese Fragen gelöst werden, wobei der Gesundheitspflege zu dienen ist, ohne die erforderliche Rücksichtnahme auf die behandelnden Ärzte außer acht zu lassen, abhängen.

Der Karlsruher Tuberkulosefürsorgearzt O. Geißler hat in einem 1924 veröffentlichten Bericht das Verhältnis der erfaßten ansteckenden Tuberkulösen zu der Ziffer der an Tuberkulose Verstorbenen als einen Gradmesser für die Leistungsfähigkeit einer Fürsorgestelle bezeichnet. In Baden ist durch eine Verordnung vom 9. Mai 1911 die Anzeigepflicht bei vorgeschrittener Tuberkulose („wenn der Erkrankte mit Rücksicht auf seine Wohnungsverhältnisse seine Umgebung hochgradig gefährdet . . .“) eingeführt; man muß also erwarten, daß wenigstens so viele Tuberkulöse, wie gestorben sind, bei Lebzeiten angezeigt wurden. H. Kossel hat schon 1917 dargelegt, daß man sich in dieser Erwartung getäuscht hat. Ich habe nun geprüft, ob in den badischen Städten, die eine Fürsorgestelle

¹⁾ L. Brauer hat bereits 1904 Heimstätten für schwerkranke Tuberkulöse gefordert. Sollten sich diese Kranken gegen die Heimstätten aufbäumen, so ist ihnen gegenüber, nach dem Wunsche Brauers, zu betonen, daß die Kranken auch Pflichten haben und sich dort, wo der Schutz der Gesunden von ihnen ein Bescheiden fordert, fügen müssen. „Es ist dies ein Recht des Staates und der Gesunden.“

²⁾ Der Beginn dieser Fürsorgetätigkeit reicht bis in das Jahr 1899, in welchem auch in Halle ein Verein zur Bekämpfung der Schwindsucht gegründet wurde, zurück. Die Hallenser Fürsorgetätigkeit wurde weiteren Kreisen durch einen 1903 von Pütter auf der Generalversammlung des Deutschen Zentralkomitees gehaltenen Vortrag bekannt.

besitzen, die Zahl der angezeigten Fälle befriedigend war. Es zeigte sich, daß 1922 auf 100 Tuberkuloseodesfälle angezeigte Tuberkuloseerkrankungen kamen: in Mannheim 29,6 (gegen 120,7 im Jahre 1913¹⁾), in Konstanz 100,0, in Freiburg 2,5 und in Heidelberg 2,7. Also in Mannheim, das eine ausgezeichnete Fürsorgestelle besitzt, noch nicht 30%, dagegen in Konstanz, wo keine Fürsorgestelle vorhanden war, 100%; bemerkenswert ist auch, wie auffallend wenig Fälle in den Universitätsstädten Freiburg und Heidelberg gemeldet waren. Hieraus ergibt sich: 1. Die Zahl der angezeigten Fälle ist unter den obwaltenden Zuständen kein Gradmesser für die Leistungsfähigkeit einer Fürsorgestelle. 2. Nach den badischen Erfahrungen ist bei der Tuberkulose der Wert der Anzeigepflicht sehr gering einzuschätzen, da ihr im allgemeinen zu wenig entsprochen wird. Ob Strafen bei Nichtbefolgung der Anzeigevorschrift oder Bezahlung für jede ärztliche Anzeige zu besseren Ergebnissen führen werden, kann nur der Versuch entscheiden.

Anzuführen ist noch, daß das Reichsministerium des Innern Richtlinien¹⁾, die vom Deutschen Zentralkomitee²⁾ zur Bekämpfung der Tuberkulose nach einem Vortrag von Gottstein entworfen worden sind, veröffentlicht hat; u. a. wird hier folgendes betont:

„3. Behufs rechtzeitiger Vorbeugung sind möglichst weite Bevölkerungskreise einer gesundheitlichen Durchmusterung zu unterziehen.

4. Im Vordergrund jeder Tuberkulosebekämpfung muß die Sicherstellung einer nach Menge und Zusammensetzung ausreichenden Ernährung stehen. Daneben sind alle Maßnahmen, die zur Gesundheitspflege und Kräftigung der Jugend dienen können, insbesondere Wohnungsfürsorge, Bereitstellung von Kleingärten, Beschaffung von Kleidung und Heizung, ferner Abhärtung, Anleitung zu Spiel und Sport, Zahnpflege usw. zu berücksichtigen. Hierbei muß auf die bisherigen Erfahrungen zurückgegriffen werden, z. B. auch auf die Maßnahmen der Versicherungsträger und der Fürsorgestellen in der Ernährungsfürsorge und auf die mit so großem Erfolge durchgeführten Schulspeisungen.“

Diese Richtlinien sind hoch einzuschätzen, da sie nicht nur die Fürsorge für Erkrankte und Gefährdete berücksichtigen, sondern sich auch schon mit dem Schutz der Gesunden befassen. Aber es kommt nicht deutlich zum Ausdruck, ob die oben genannte ausreichende Ernährung allen oder nur den bei der gesundheitlichen Durchmusterung als gefährdet Bezeichneten geboten werden soll. Wenn es sich um die Ernährung der ganzen Bevölkerung handelt, hätte darauf hingewiesen werden müssen, daß jede künstliche Steigerung der Nahrungsmittelpreise zu unterbleiben hat.

Seit mehreren Jahren wird von vielen Seiten ein Reichstuberkulosegesetz verlangt. Auch der Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege (Sept. 1920) und das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose (Oktober 1920) haben sich eingehend mit diesem Gegenstand befaßt. Gefordert wurden gesetzliche Vorschriften, namentlich über die Ausgestaltung des Fürsorgestellenwesens, über die Erfassung der ansteckungsfähigen Kranken und über deren Unterbringung, soweit sie ihre Umgebung gefährden. Der Entwurf eines Reichstuberkulosegesetzes ist bis jetzt dem Reichstag nicht zugegangen. In dem Preußischen Gesetz³⁾ zur Bekämpfung der Tuberkulose vom

¹⁾ Siehe Klin. Wochenschr. 1922 Nr. 40.

²⁾ Über die verdienstvolle Tätigkeit des Zentralkomitees siehe den Aufsatz von Gottstein: „Ein Vierteljahrhundert Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose“, Deutsche med. Wochenschrift 1921 Nr. 19.

³⁾ Der Wortlaut des Gesetzes wurde in der „Zeitschrift für Medizinalbeamte“ 1924 Nr. 6 wiedergegeben. In dieser Zeitschrift 1924 Nr. 9 legt Ed. Steinebach die ohne weiteres erkennbare Lückenhaftigkeit dieses Gesetzes dar. — M. Kirchner teilte 1921 mit, daß er, als Leiter des preußischen Medizinalwesens, im Jahre 1904 in den Entwurf des Seuchengesetzes (siehe S. 360) die An-

4. August 1923 wird insbesondere bestimmt: Jede ansteckende Erkrankung und jeder Todesfall an Lungen- und Kehlkopfschwindsucht ist dem beamteten Arzt oder gegebenenfalls der Fürsorgestelle durch den zugezogenen Arzt anzuzeigen. Wohnungswechsel solcher Kranken ist mitzuteilen. Die Fürsorgestellen haben die für notwendig erachteten Fürsorgemaßnahmen möglichst im Benehmen mit dem behandelnden Arzt zu treffen. Soweit die Gemeinden oder anderen Stellen in Anspruch zu nehmen sind, haben die Fürsorgestellen Anträge an diese zu stellen. Auf Antrag des beamteten oder behandelnden Arztes kann die Ortspolizei eine Desinfektion ausführen lassen; die Kosten sind auf Antrag aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten. In dem Mecklenburg-Schwerinschen¹⁾ Tuberkulosegesetz vom 19. Februar 1924 werden die Ärzte verpflichtet, jeden Erkrankungs- oder Todesfall, der zu ihrer beruflichen Kenntnis gelangt, dem beamteten Arzt anzuzeigen; die Wohlfahrtsämter haben Tuberkulosefürsorgestellen zu errichten. Das Schaumburg-Lippische²⁾ Tuberkulosegesetz vom 26. Februar 1924 enthält Vorschriften über die Anzeigepflicht der Ärzte bei jeder ansteckenden Erkrankung und jedem Todesfall an Tuberkulose sowie über die Desinfektion.

So wünschenswert gesetzliche Vorschriften dieser Art, die sich gegenüber den akuten Seuchen bewährt haben, sind, für den Kampf gegen die Tuberkulose würde man mit ihnen allein keineswegs auskommen. Um diesen Kampf erfolgreich zu führen, müssen die oben gekennzeichneten sozialen Mißstände beseitigt oder gemildert werden. Wir brauchen nicht nur ein Tuberkulosegesetz, sondern eine Gesetzgebung gegen die Tuberkulose. Wer gegen die Tuberkulose zu Felde ziehen will, muß sich vor allem stets zwei Sätze vor Augen halten: 1. Ohne Tuberkelbazillus gibt es keine Tuberkulose. 2. Der Tuberkelbazillus weicht dem billigeren Brote.

Literatur: 1. L. Brauer: „Der Einfluß der Krankenversorgung auf die Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit“, Beiträge z. Klinik d. Tb. 1904 Bd. II Heft 2. — 2. K. Blümel: „Lückenloser Ausbau der Tuberkulosebekämpfung“, Tb.-Fürsorgeblatt 1919 Nr. 12. — 3. Julius Cohnheim: „Die Tuberkulose vom Standpunkte der Infektionslehre“, Leipzig 1880. — 4. K. Dörner: a) „Ein Beitrag zur Pathogenese der Tuberkulose“, Beiträge z. Klinik d. Tb. 1911 Bd. 20 Heft 1; b) „Vergleichende Untersuchungen über Tuberkuloseverbreitung in zwei verschiedenen Bezirken Badens“, Beiträge z. Klinik d. Tb. 1914 Bd. 30; c) „Tuberkuloseverbreitung und soziale Mißstände“, Sozialhyg. Mittell. 1922 Heft 3. — 5. Engelsmann: „Der preußische Gesetzentwurf zur Bekämpfung der Tuberkulose“, Sozialhyg. Mittell. 1922 Heft 4. — 6. A. Fischer: a) siehe Fußnote 5 S. 12; b) „Tuberkulose und soziale Umwelt“, Sozialhyg. Abhandl. Nr. 4, Karlsruhe i. B. 1921. — 7. Gebhard: „Ausbreitung der Tuberkulose unter der versicherungspflichtigen Bevölkerung“, Bericht ü. d. Kongreß z. Bek. d. Tb. als Volkskrankheit, herausg. v. Panwitz, Berlin 1899. — 8. O. Geissler: „Bericht über die Tätigkeit der städtischen Tuberkulosefürsorgestelle Karlsruhe“, Karlsruhe i. B. 1924. — 9. Gottstein: a) „Epidemiologie“, Abhandl. i. Handb. d. Tb. Bd. 1, herausg. v. L. Brauer, G. Schröder u. F. Blumenfeld, Leipzig 1914; b) „Die neue Gesundheitspflege“, Berlin 1920. — 10. Grotjahn: a) „Die Krisis in der Heilstättenbewegung“, Vortrag, Med. Reform 1907 Nr. 19, dazu die Aussprache ebenda Nr. 24; b) „Krankenhauswesen und Heilstättenbewegung im Lichte der sozialen Hygiene“, Leipzig 1908. — 11. Güterbock: „Die Einrichtungen zur Bekämpfung der Tuberkulose in England“, Deutsch. med. Wochenschr. 1924 Nr. 17. — 12. Hamel: „Deutsche Heilstätten für Lungenkranke“, Tb.-Arbeiten a. d. Kaiserl. Gesund-

zeigepflicht bei vorgeschrittener Tuberkulose aufgenommen hatte; der Landtag hat diese Vorschrift jedoch abgelehnt. Man wird dies mit Kirchner bedauern; aber seine Ansicht, daß durch das Fehlen der Anzeigepflicht viel verabsäumt worden ist, findet in den Erfahrungen, die man in Baden mit dieser Vorschrift gemacht hat, keine Stütze.

¹⁾ Siehe Veröffentl. d. Reichsgesundheitsamts 1924 Nr. 16. In den Ausführungsvorschriften vom 1. April 1924 (ebenda Nr. 22) werden insbesondere die Aufgaben der Fürsorgestellen eingehend dargelegt. Siehe auch O. Geißler: „Ein Tuberkulosefürsorgegesetz“, Sozialhyg. Mittell. 1924 Heft 4.

²⁾ Siehe Veröffentl. d. Reichsgesundheitsamts 1924 Nr. 16.

heftsante Heft 14, Berlin 1918. — 13. **Harms**: „Die Fürsorgestellen für Lungenkranke“, *Therapeut. Monatshefte* 1919, Juli; b) „Beitrag zu einer zukünftigen, einheitlichen Entwicklung der Lungenfürsorgestellen auf Grund der Mannheimer Organisation“, *Tb.-Fürsorgebl.* 1919 Nr. 10; c) „Bericht der städtischen Lungenfürsorgestelle und des Lungenspitals Mannheim“, Mannheim 1921; d) „Könnte ein Ausbau der Tuberkulosefürsorge ein Tuberkulose-Reichsgesetz überflüssig machen?“, *Tb.-Bibliothek* Nr. 1, herausg. von L. Rabinowitsch, Leipzig 1921; e) „Entstehung und Verlauf der Tuberkulose mit besonderer Berücksichtigung des Kindesalters“, *Sozialhyg. Mitteil.* 1922 Heft 3. — 14. **F. Hirschfeld**: siehe *Literatur* S. 353 Ziffer 5. — 15. **Jötten**: „Die Auskunfts- und Fürsorgestelle für Lungenkranke, wie sie ist und wie sie sein soll“, Berlin 1923. — 16. **Kaup**: „Betrachtungen über die Bekämpfung der Tuberkulose in einigen Ländern, namentlich in England, Frankreich, den Vereinigten Staaten, Norwegen, Schweden, Dänemark, und ihre Nutzanwendung für Deutschland“, *Concordia* 1910 S. 4 ff. — 17. **Kayserling**: „Bekämpfung der Tuberkulose durch die Gesetzgebung“, Bericht ü. d. 41. Versamml. d. Deutsch. Ver. f. öffentl. Gesundheitspf., Braunschweig 1921. — 18. **M. Kirchner**: a) „Was erwarten wir von einem deutschen Tuberkulosegesetz?“, *Tb.-Bibliothek* Nr. 1, herausg. v. L. Rabinowitsch, Leipzig 1921; b) „Die Zunahme der Tuberkulose während des Weltkrieges und ihre Gründe“, *Zeitschr. f. Tb.* 1921 Bd. 34 Heft 3 u. 4. — 19. **Robert Koch**: a) „Die Ätiologie der Tuberkulose“, *Berl. Klin. Wochenschr.* 1882 Nr. 15; b) „Über bakteriologische Forschung“, Bericht ü. d. X. Internation. med. Kongreß Bd. 1, Berlin 1891; c) „Weitere Mitteilungen über ein Heilmittel gegen Tuberkulose“, *Deutsch. med. Wochenschr.* 1890 Nr. 46 a, Extra-Ausgabe; d) „Epidemiologie der Tuberkulose“, *Zeitschr. f. Hyg. u. Infekt.* 1910 Bd. 67 H. 1. — 20. **Kölsch**: „Arbeit u. Tuberkulose“, *Arch. f. soz. Hyg.* 1911 Bd. 6 H. 1—3. — 21. **H. Kossel**: „Zur Tuberkulosebekämpfung nach dem Kriege“, *Sozialhyg. Mitteil.* 1918 Heft 1. — 22. **Krieger**: „Beziehungen zwischen den äußeren Lebensverhältnissen und der Ausbreitung der Tuberkulose“, Bericht ü. d. Kongreß z. Bek. d. Tb. als Volkskrankheit, herausg. v. Panwitz, Berlin 1899. — 23. **Fr. Lenz**: siehe *Literatur* S. 218 Ziffer 14. — 24. **G. Liebermeister**: „Tuberkulose und Schwangerschaft“, *Klin. Wochenschr.* 1924 Nr. 11. — 25. **F. Neufeld**: „Immunität und Tuberkulose“, *Zeitschr. f. Tb.* 1921 S. 606 ff. — 26. **A. Oldendorff**: „Die Sterblichkeit an Lungenschwindsucht unter den bei den deutsch. Lebensversicherungsgesellschaften Versicherten“, *Zeitschr. d. Preuß. Stat. Büros* 1873 S. 302 ff. — 27. **J. Petruschky**: a) „Vorträge z. Tuberkulosebekämpfung“, Leipzig 1900; b) desgl., neue Folge, Leipzig 1910; c) „Tuberkulosebekämpfung“, *Art. i. Handw. d. Kommunalw.* Bd. 4, Jena 1922. — 28. **E. Pütter**: a) „Die Bekämpfung der Schwindsucht innerhalb der Städte“, *Zeitschr. f. Krankenpflege* 1901 S. 398 ff.; b) gemeinsam mit Kayserling: „Die Errichtung und Verwaltung von Auskunfts- und Fürsorgestellen für Tuberkulose“, Berlin 1905; c) „Die Bekämpfung der Tuberkulose innerhalb der Stadt“, Berlin 1907. — 29. **A. Riffel**: a) „Die Erblichkeit der Schwindsucht und tuberkulösen Prozesse“, Karlsruhe i. B. 1890; b) „Weitere pathogenetische Studien über Schwindsucht und Krebs und einige andere Krankheiten. Nach eigener Methode angestellt“, Frankfurt a. M. 1901; c) „Schwindsucht und Krebs im Lichte vergleichend-statistisch-genealogischer Forschung“, Karlsruhe i. B. 1905. — 30. **H. Samter**: „Asyle, Heilstätten u. Fürsorgestellen für Tuberkulöse“, *Med. Reform* 1907 Nr. 35; dazu die Erwiderung von Grotjahn, *Med. Reform* 1907 Nr. 37. — 31. **A. v. Wassermann**: „Immunität bei Tuberkulose“, *Zeitschr. f. Tb.* 1921 S. 596 ff. — 32. **W. Weinberg**: „Die Kinder der Tuberkulösen“, Leipzig 1913.

4. Geschlechtskrankheiten.

Auch die Geschlechtskrankheiten gehören zu den Infektionskrankheiten, die einen chronischen Verlauf zeigen. Man unterscheidet drei Formen: 1. Tripper (Gonorrhoe), 2. Syphilis (Lues), 3. Schanker (Ulcus molle); die letztere Krankheit ist, medizinisch betrachtet, gewöhnlich geringfügiger Art, so daß sie hier unberücksichtigt bleiben kann.

Der Tripper wird durch einen Diplokokkus, den Neisser schon 1879 entdeckt hat, erzeugt. Die Krankheit beschränkt sich beim Manne zumeist auf die Geschlechtsorgane und die benachbarten Drüsen. Vielfach verläuft auch sie anscheinend harmlos, so daß sie leichtsinnigerweise als „Kinderkrankheit“ angesehen wird. In zahlreichen Fällen nimmt sie aber einen chronischen Charakter an. Der Zustand dauert jahrelang, wobei die Gonokokken oft nicht mehr nachweisbar sind, ohne daß daraus ihr Nichtvorhandensein gefolgert werden darf. Die Kranken halten sich aber dann trotzdem für gesund und heiratsfähig; die Folge ist vielfach, daß ihre Frauen schon kurze Zeit nach der Hochzeit geschlechtskrank sind. Bei dem weiblichen Geschlecht führt der Tripper oft zu schweren

Unterleibsleiden und zur Unfruchtbarkeit. Im allgemeinen ist der Tripper, wenn er rechtzeitig erkannt und sachgemäß behandelt wird, heilbar, bei dem weiblichen Geschlecht ist jedoch die Behandlung oft schwieriger und weniger erfolgreich als bei dem männlichen.

Der Erreger der Syphilis ist die 1905 von dem damals im Kaiserl. Gesundheitsamt angestellten Zoologen Schaudinn gemeinsam mit dem Hautarzt E. Hoffmann entdeckte *Spirochaeta pallida*; sie ist in dem frischen Syphilisgeschwür mikroskopisch nachweisbar. Man unterscheidet bei der Lues drei Stadien. Zuerst zeigt sich vielfach nur ein kleines Geschwür an den Geschlechtsteilen, das sogar von selbst heilen kann und daher gar nicht von dem Kranken beachtet wird. Im zweiten Stadium treten Allgemeinerscheinungen, namentlich Ausschlag und Drüsenschwellungen auf, im Blut bilden sich eigenartige Stoffe, die seit 1906 serologisch, durch die sogenannte Wassermannsche Reaktion, festgestellt werden können. Blaschko hielt den positiven Ausfall der Blutprobe zwar nur für ein Symptom der Syphilis, aber für das sicherste und hartnäckigste aller Zeichen der Lues. Wenn die Syphilis nicht geheilt wird, entwickelt sich nach einer Reihe von Jahren das dritte Stadium, in dem sich schwere Erkrankungen der Blutgefäße, des Herzens, der Leber, des Gehirns und des Rückenmarks finden. Die Lues ist in vielen Fällen heilbar, namentlich seit der 1910 erfolgten Entdeckung des Salvarsans durch P. Ehrlich. Das Salvarsan ist, nach dem Urteil so zuverlässiger Sachkenner wie Blaschko, Jadasohn und Galewsky, ein äußerst wirksames Mittel, besonders wenn die Behandlung im ersten Stadium erfolgt. Die Heilung kann schon durch eine einzige Einspritzung erzielt werden; zumeist ist aber eine mehrjährige, von längeren Pausen unterbrochene Kur, bei der auch andere Heilmittel angewandt werden, erforderlich.

Eine Immunität gegenüber den Geschlechtskrankheiten gibt es für keinen Menschen, wengleich vielleicht die Empfänglichkeit bei den einen größer sein mag als bei anderen. Einer besonderen Anlage, wie z. B. bei der Tuberkulose, bedarf es bei den venerischen Infektionen nicht. Aber diese Infektionen erfolgen, von seltenen Ausnahmen abgesehen, nur bei dem Beischlaf. Ehegatten, die frei von Geschlechtskrankheiten die Ehe geschlossen haben, bleiben von ihnen verschont; zeigen sich ansteckende Geschlechtskrankheiten, so war mindestens einer der Ehegatten vor der Hochzeit geschlechtskrank, oder mindestens einer von ihnen hat die Krankheit während der Ehe bei außerehelichem Verkehr erworben. Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten ist also auf den außerehelichen Verkehr zurückzuführen.

Es fragt sich nun, welche Einflüsse die kulturelle Umwelt auf die Ausdehnung des außerehelichen Verkehrs und besonders auf die hierbei erfolgenden Ansteckungen ausübt. Um hierüber Aufschluß zu erhalten, müssen wir uns zunächst mit den in Betracht kommenden Statistiken befassen.

Wir haben oben (S. 346) auf die Lücken der Krankheitsstatistik im allgemeinen hingewiesen. Diese Mängel zeigen sich naturgemäß ganz besonders bei den Geschlechtskrankheiten, da hier die meisten Kranken den Wunsch haben, daß ihre Krankheit geheimlich wird. Man kann dies in gewissem Sinne als ein erfreuliches Zeichen betrachten, da die Kranken dadurch beweisen, daß sie es immerhin doch noch für einen Verstoß gegen die Sittlichkeit halten, mit einer Geschlechtskrankheit, die ja den außerehelichen Geschlechtsverkehr offenbart, behaftet zu sein; aber vom Standpunkte der Krankheitsverhütung aus muß verlangt werden, daß alle Geschlechtskranken einer (zum Schweigen verpflichteten) Behörde gemeldet und dadurch statistisch erfaßt werden, da nur auf diese

Weise erkannt werden kann, welche Mittel im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten einen Erfolg gewährleisten.

In den Zeichnungen 22 bis 24 (S. 348) findet man keine Angaben über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten. Daraus darf aber keineswegs geschlossen werden, daß die Geschlechtskrankheiten nicht sehr ausgedehnt sind. Denn die Krankenkassenstatistik ist hierbei ganz unbrauchbar, da auf den Krankenscheinen die venerischen Krankheiten von den Ärzten aus begreiflicher Rücksichtnahme verschleiert werden. Und die Invaliditäts- und die Todesursachenstatistik versagen hier ebenfalls, da selten jemand unmittelbar durch eine Geschlechtskrankheit invalide wird oder an ihr stirbt; wohl aber spielen die Geschlechtskrankheiten, vor allem im dritten Stadium der Syphilis, in einer anderen Gestalt, nämlich als Gefäß-, Herz-, Leber-, Gehirn- oder Rückenmarksleiden eine große Rolle als Invaliditäts- oder Todesursachen.

Die Bedeutung der Syphilis für die Entstehung der zuletzt genannten Krankheiten erkennt man aus unserer Zeichnung 32, die einer Darstellung von Blaschko entnommen ist.

Zeichnung 32.

Todesursachen bei Syphilitikern.

	Durchschnittsmortalität aller Versicherten 100
	Tuberkulose 48
	Krankheiten der Atmungsorgane 99
	Infektionskrankheiten 110
	Bösartige Neubildungen 160
	Nierenkrankheiten 164
	Sämtliche Todesursachen 168
	Krankheiten des Magens und Darmes 184
	Krankheiten des Zirkulationsapparates 216
	Selbstmord 222
	Apoplexie 228
	Geistes- und Gehirnkrankheiten außer Paralyse 245
	Paralyse 503
	Rückenmarkskrankh. 667
	Aneurysma 680

(Nach Blaschko.)

Blaschko stützte sich auf die Angaben der Gothaer Lebensversicherungsbank und konnte zeigen, daß, wenn man die Durchschnittsmortalität aller Versicherten = 100 setzt, die Sterblichkeit an allen Todesursachen zusammen bei denjenigen Versicherten, welche bei ihrer Aufnahme Syphilis angegeben haben, 168 beträgt; bei der Tuberkulose ist die Sterblichkeit der Syphilitiker, nach Zeichnung 32, zwar nur 48, aber bei den Krankheiten des Zirkulationsapparates bereits 216, bei Paralyse 503, bei Rückenmarkskrankheiten und Aneurysma sogar über 600.

Man sieht also, daß die Geschlechtskrankheiten vielfach verheerende Wirkungen, die aber erst auf Umwegen in der Todesursachenstatistik zutage treten, erzeugen. Dazu kommt, daß sowohl die Gonorrhoe wie die Lues die Nachwuchsziffern stark beeinträchtigen,

indem sie zur Unfruchtbarkeit, zu Fehlgeburten oder Krankheiten der Neugeborenen führen; hierüber liegen jedoch brauchbare zahlenmäßige Angaben nicht vor. Angeführt sei jedoch, daß, nach Blaschko, der Augentripper der Neugeborenen trotz des Credéschen Verfahrens (Eintropfung zweiprozentiger Höllensteinlösung in die Augen der Neugeborenen), das sich als sehr wirksam erweist, immer noch sehr häufig ist; unter den Insassen der Blindenanstalten war in Berlin bei 21,35, in Breslau bei 35,1, in München bei 73,75% die Blindheit auf Blenorrhoe zurückzuführen.

Mittels Stichproben wurde im Deutschen Reich bereits mehrfach versucht, ein Bild von der Ausdehnung der Geschlechtskrankheiten zu erhalten. Wenngleich allen diesen Untersuchungen methodische Mängel, die sich unter den obwaltenden Zuständen nicht vermeiden ließen, anhaften, so sind sie doch in mancher Hinsicht lehrreich.

Zunächst ist hier auf die preußische Erhebung vom Jahre 1900, über die Guttstadt berichtet hat, hinzuweisen. Es zeigte sich damals schon, daß, gemessen an den Zahlen der in Behandlung stehenden Kranken, eine Stadt verhältnismäßig um so mehr Infizierte aufwies, je größer sie war. Im Jahre 1913 wurde eine Untersuchung, die sich auf die innerhalb eines Monats (20. November bis 20. Dezember) in 37 deutschen Großstädten in Behandlung gewesenen Geschlechtskranken erstreckte, veranstaltet. Dem hierüber von Busch veröffentlichten Bericht sind u. a. folgende Ergebnisse zu entnehmen: In den 37 Großstädten, die über 13 Millionen Einwohner zählten, belief sich die Ziffer der in ärztlicher Behandlung befindlichen Geschlechtskranken auf rund 73000, so daß auf 1000 Einwohner 5,5 Infizierte kamen. Von den Kranken waren 75% männlichen Geschlechts. Die Gonorrhoe kam fast viermal, die Syphilis über zweimal so häufig bei dem männlichen wie bei den weiblichen Kranken vor. In Krankenhäusern wurden 18% behandelt. Unter den kranken Männern waren 30%, unter den infizierten Frauen 37% verheiratet. Bei je 100 Erkrankungen handelte es sich 50 mal um Gonorrhoe, 45 mal um Syphilis und 5 mal um Ulcus molle. Bei der Reichserhebung¹⁾ der Geschlechtskranken in der Zeit vom 15. November bis 14. Dezember 1919 wurden im Deutschen Reich 136328 Geschlechtskranke (89378 männliche, von denen 9971 Militärpersonen waren, und 46950 weibliche) festgestellt, so daß auf 1000 Einwohner 2,2 und zwar beim männlichen Geschlecht 3,1, bei dem weiblichen 1,5 entfielen. (Vergleichbar sind die Ergebnisse dieser beiden Erhebungen nicht, da jeder zuviel Fehler anhaften.)

Auch in mehreren ausländischen²⁾ Staaten wurden in den letzten Jahren Zählungen der Geschlechtskranken veranstaltet. Bei der vom 1. Oktober 1920 bis 30. September 1921 in der Schweiz durchgeführten Untersuchung, die nach den „Veröffentlichungen des Reichsgesundheitsamtes“ vom 19. September 1923, „wohl die vollständigste unter den auf diesem Gebiete bekanntgewordenen Erhebungen“ ist, da sich an ihr 75% aller schweizerischen Ärzte und 95% aller Fachärzte für Geschlechtskrankheiten beteiligten, ergab sich, daß auf je 1000 Einwohner 4,02 Geschlechtskranke kamen. Von dieser Durchschnittszahl weichen jedoch die für die einzelnen Größenklassen der Gemeinden geltenden Ziffern erheblich ab. Nach Angabe von W. Feld³⁾ entfielen auf 1000 Einwohner in den Städten

¹⁾ Siehe „Verhandlungen des Reichstages“ I. Wahlperiode 1920, Anlagen zu den Stenographischen Berichten Nr. 5801.

²⁾ Über die schwedischen Ergebnisse siehe „Veröffentl. d. Reichsgesundheitsamts“ 1920 Nr. 18, über die amerikanischen ebenda 1922 Nr. 12.

³⁾ W. Feld: „Die Geschlechtskrankheiten in der Schweiz“, Schweizerische Zeitschrift für Gesundheitspflege, herausg. von W. v. Gonzenbach, 1924 Heft 1.

mit mehr als 50000 Einwohnern 10,7, in den Städten mit 10—20000 Einwohnern 3,4 und in ländlichen Gemeinden nur 0,9 Geschlechtskranke.

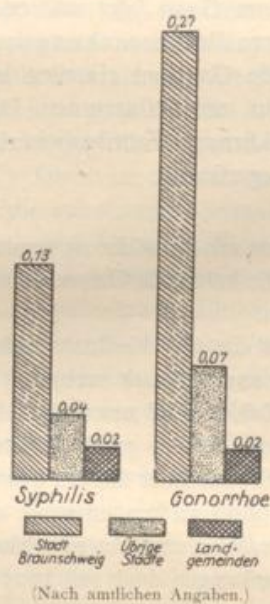
Besonders bemerkenswert sind die von Haustein veröffentlichten Angaben über die Anzahl der von den Ärzten in Kristiania angemeldeten Fälle von Geschlechtskrankheiten während der Jahre 1876 bis 1920. Wir greifen aus diesen Ziffern nur folgende heraus: Im Jahre 1904 (also vor der Entdeckung des Syphiliserregers, der Wassermannschen Reaktion und des Salvarsans) belief sich die Zahl der gemeldeten Fälle auf 11,1⁰/₁₀₀, da-

Zeichnung 34.

Zeichnung 33.

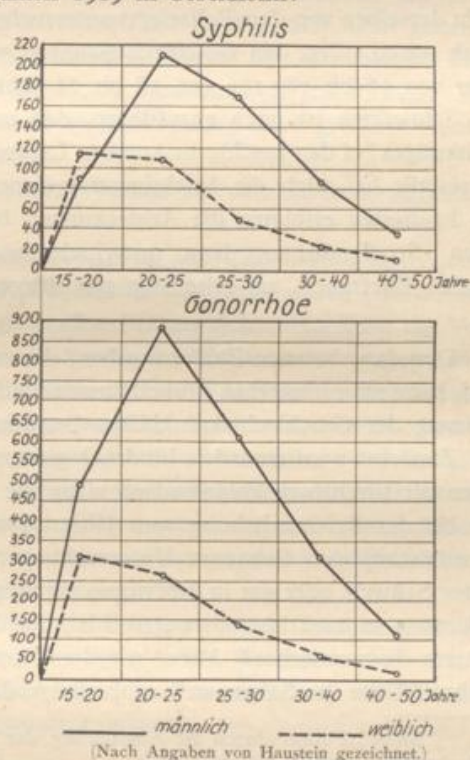
Zahl der Geschlechtskranken
in Stadt und Land.

Auf 100 Einwohner kamen 1909
im Staate Braunschweig Geschlechts-
kranke:



Die Geschlechtskranken nach Alters-
klassen und Geschlecht.

Auf 10000 Einwohner jeder Altersklasse
kamen 1919 in Stockholm:



gegen im Jahre 1920 auf 10,3⁰/₁₀₀. Die Ziffer ist mithin auch noch im Jahre 1920 sehr groß, jedoch etwas kleiner als 1904. Die Verminderung zeigt sich aber nicht bei den Syphilisfällen, sondern lediglich bei der Gonorrhoe und dem Ulcus molle.

Daß die Geschlechtskrankheiten in den Städten, besonders in der Großstadt, viel häufiger sind als auf dem Lande, geht nicht nur aus den angeführten schweizerischen Zahlen, sondern auch aus unserer Zeichnung 33 hervor, welche über die Ergebnisse im früheren Herzogtum Braunschweig¹⁾ während des Jahres 1909 unterrichtet. Bei der braunschweigischen Erhebung wurden insgesamt 747 Geschlechtskranke festgestellt.

¹⁾ Siehe „Die Geschlechtskrankheiten im Herzogtum Braunschweig nach der Erhebung vom 1. Februar bis 31. Juli 1909“, Beiträge z. Statist. d. Herzogt. Braunschweig Heft 25, Braunschweig 1911.

Wie verschieden die einzelnen Altersklassen an den Geschlechtskrankheiten beteiligt sind, lehrt unsere Zeichnung 34, welche die von Haustein mitgeteilten Stockholmer Ziffern veranschaulicht.

Nach einer Darstellung auf der Internationalen Hygieneausstellung¹⁾ zu Dresden 1911 waren die Krankheitsziffern in den einzelnen Bevölkerungsschichten Berlins sehr ungleich. Es hatten Geschlechtskrankheiten unter den: Soldaten 4—5% (Zahlen der Berliner Garnison), Arbeitern 8% (Filiale der Zentral-Krankenkasse der Tischler), Kellnerinnen a) 13,5% (Mitteilungen der Ortskrankenkasse der Gastwirte), b) 30% (Angaben der Berliner Polizei über aufgegriffene, der Prostitution verdächtige Kellnerinnen), Kaufleuten 16,5% (Berliner Zahlstelle des Verbandes deutscher Handlungsgehilfen), Studenten 25% (Studentische Krankenkasse).

Erwähnt sei, daß unter den 1912 in München²⁾ wegen Gewerbsunzucht oder Verdacht derselben von dem Polizeiarzt untersuchten heimlichen Prostituierten 551 geschlechtskrank waren. Von den Geschlechtskranken waren 14 unter 16 Jahre alt; 58 standen im Alter von 16 bis 18, 189 von 18 bis 21 Jahren.

Schließlich ist noch anzuführen, daß nach Angaben von Gans, der während des Weltkrieges bei den geschlechtskranken Lazarettinsassen Badens die Ansteckungsquelle festgestellt hat, sich die Infektionsträgerinnen in drei große Gruppen einteilen lassen. Am häufigsten erfolgten die Ansteckungen bei dem Verkehr mit Kellnerinnen, Dienstboten, Straßendirnen, dann mit Ladenmädchen, Bordelldirnen, Fabrikarbeiterinnen, eigenen Ehefrauen, am seltensten mit Bürgertöchtern, Kriegerfrauen.

* * *

Den dargebotenen Zahlenangaben, die zwar sämtlich nur mit Vorsicht zu verwenden sind, kann man immerhin einige Hinweise auf die Art, wie die kulturelle Umwelt die Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten beeinflusst, entnehmen.

Zunächst wird man den Eindruck gewonnen haben, daß die Geschlechtskrankheiten, deren oft furchtbare Folgen schon allein die Zeichnung 32 angibt, stark verbreitet sind. Die bei der Reichserhebung vom Jahre 1919 gefundenen Zahlen sind unzweifelhaft nur Mindestziffern. Genauere Untersuchungen würden bei uns ebenso große Zahlen wie in der Schweiz oder gar in Norwegen ergeben haben. Die Stockholmer Ziffern beweisen, daß, wenn es auch überaus wertvoll ist, den Erreger der Syphilis zu kennen sowie ein so sicheres diagnostisches³⁾ Mittel wie die Wassermannsche Reaktion und ein so wirksames Heilmittel wie das Salvarsan⁴⁾ zu besitzen, die Syphiliserkrankungen doch seit 1905 nicht

¹⁾ Siehe „Führer durch die Ausstellung der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten“, Leipzig 1911.

²⁾ Siehe „Aufgaben und Leistungen der Polizeistatistik“, Zeitschr. d. bayer. Statist. Landesamtes 1914 S. 164.

³⁾ A. v. Wassermann äußerte sich in einem Aufsatz „Der Weltkrieg als Eroberer der modernen Hygiene“ (Berl. Tagebl. vom 5. März 1916 2. Beil.) über die Geschlechtskrankheiten folgendermaßen: „Auch für diese Klasse von Krankheiten gilt eben das gleiche wie für alle Infektionen, daß ihre Gefährlichkeit als Volksseuche in dem Augenblick gebrochen ist, wo wir imstande sind, durch exakte Methoden jeden Fall sofort diagnostizieren zu können.“ Der verdienstvolle Berliner Serologe wird wohl selbst den Erfahrungen während und nach dem Kriege entnommen haben, daß seine Ansicht, die im Kampf gegen manche akuten Seuchen zutrifft, weder bei der Tuberkulose, noch bei den Geschlechtskrankheiten haltbar ist; denn bei der Verbreitung der ersteren kommt es hauptsächlich auf die wirtschaftliche, bei der Verbreitung der letzteren vorzugsweise auf die sittlich-religiöse Umwelt an.

⁴⁾ Ehrlich hatte, nach Angabe von Blaschko, gehofft, „durch das Salvarsan die Syphilis mit einem Schläge zu beseitigen“. Leider hat sich der hervorragende Forscher hierin getäuscht.

seltener geworden sind. Auch die Zahl der Trippererkrankungen hat sich seit der Entdeckung der Gonokokken im Jahre 1879 nicht nachweisbar verringert. Für den Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten genügen die Kenntnis der Krankheitserreger sowie der Besitz der diagnostischen und therapeutischen Mittel nicht, wenn die kulturelle Umwelt, welche die Bedingungen für den außerehelichen Verkehr und für die Übertragung der Krankheitserreger schafft, den sittlichen Forderungen nicht entspricht.

Wir haben gesehen, daß in den Städten, besonders in den Großstädten, die Geschlechtskrankheiten viel häufiger zu finden sind als auf dem Lande. Diese Tatsache ist nur auf die kulturellen Mißstände zurückzuführen. Wirtschaftliche Verhältnisse spielen hier auch eine gewisse Rolle. Namentlich die Übervölkerung der Wohnräume ist hier anzuführen. Sodann findet die Frühehe sehr häufig in den wirtschaftlichen Zuständen ein Hindernis. Aber im allgemeinen macht sich die wirtschaftliche Notlage hier nicht geltend; im Gegenteil, gerade die Wohlhabenden üben, unter dem Einfluß des Alkohols, am häufigsten den außerehelichen Beischlaf aus und holen sich besonders oft Infektionen. Wir sahen ja auch, daß Studenten und Kaufleute in verhältnismäßig noch größerer Anzahl geschlechtskrank sind als Arbeiter und Soldaten.

Schlimmer als die wirtschaftlichen Verhältnisse wirken auf dem in Rede stehenden Gebiete sonstige kulturelle Zustände.

Blaschko führt einen Ausspruch von Krafft-Ebing an: „Zivilisation ist Syphilisation.“ Damit ist offenbar gemeint, daß die „Überkultur“, die man in den Großstädten findet (die aufreizenden Schauvorstellungen, die weitverbreitete Schundliteratur, die Verleitungen zum Alkoholmißbrauch u. a. m.), den Boden für das Wachstum der durch nichts gehemmten Sinnenlust bereitet. Es fehlt an der erforderlichen Aufklärung darüber, daß man die geschlechtliche Enthaltbarkeit ohne gesundheitlichen Schaden durchführen kann, und daß der außereheliche Verkehr stets mit großen Gefahren verbunden ist; es mangelt aber auch an der sittlich-religiösen Erziehung. Haben doch Forschungen von Meirovsky erwiesen, daß schon Gymnasiasten in zahlreichen Fällen geschlechtlich verkehrt haben; und die oben mitgeteilten Münchener Ergebnisse haben ja gezeigt, daß viele geschlechtskranke Dirnen noch in sehr jungem Alter stehen.

Die Tatsache, daß etwa dreimal soviel männliche wie weibliche Geschlechtskranke gezählt wurden, beweist, daß sich viele Männer bei der gleichen Weibsperson anstecken. Hieraus ergibt sich der verhängnisvolle Einfluß, den die Prostitution ausübt. Mit dieser Einrichtung müssen wir uns daher besonders befassen.

Unter Prostituierten versteht man solche Personen, die sich gewohnheitsmäßig gegen Entgelt ohne Zuneigung zum Geschlechtsverkehr anbieten. Das sogenannte „Verhältnis“ gehört mithin nicht zur Prostitution. Es gibt eine weibliche und eine männliche Prostitution; letztere ist jedoch im Deutschen Reich, von manchen Großstädten abgesehen, im Vergleich zur ersteren so wenig ausgedehnt, daß wir sie hier nicht zu erörtern brauchen. Man unterscheidet zunächst zwei Gruppen, die geheime und die öffentliche Prostitution; es gibt allerdings vielfach Übergänge von der einen zur anderen Gruppe. Jede weist wiederum mehrere Formen auf.

Die geheime Prostitution wird als Nebenerwerb oder als Haupterwerb betrieben. Bei den Prostituierten im Nebenerwerb spielt die Zuneigung zuweilen noch eine gewisse Rolle, aber maßgebend ist auch hier die Bezahlung, die freilich nicht immer in barem Gelde, sondern oft auch in Essen, Trinken, Kleidung u. a. m. bestehen kann. Es handelt sich zumeist um Kellnerinnen, Dienstmädchen, Arbeiterinnen, Geschäftsgehilfinnen, die eben noch arbeiten. Die geheimen Prostituierten, welche die Unzucht im Haupterwerb ausüben, täuschen einen harmlosen Erwerbszweig, z. B. den der Masseusen, Zimmervermieterinnen u. dgl. vor. Gemeinsam ist allen Prostituierten, daß sie es

verstehen, sich dem polizeilichen Zugriff zu entziehen. Ihre Zahl ist, obgleich man sie naturgemäß nicht genau feststellen kann, unzweifelhaft sehr groß.

Zur öffentlichen Prostitution gehören diejenigen Personen, die freiwillig oder gezwungen unter sittenpolizeilicher Aufsicht stehen, die mithin gewissermaßen eine staatliche Erlaubnis besitzen, ihr Gewerbe zu betreiben. Die öffentlichen Prostituierten sind in seßhafte und in Straßendirnen einzuteilen. Letztere wohnen frei, in den verschiedensten Stadtgegenden, wo sie gerade ein Zimmer erhalten, und gehen auf die Straße, um „Kunden“ zu finden, erstere werden in ihren „Betrieben“ besucht. Übergänge gibt es hierbei insofern, als manche ehemalige seßhafte Prostituierte zeitweise als Straßendirne tätig ist, und umgekehrt. Bei den seßhaften Dirnen sind wieder drei Arten zu trennen; solche, die in Bordells, solche, die in ihren Wohnungen, und solche, die in Animierkneipen ihr Gewerbe betreiben. In den Bordellen sind die Insassinnen Lohnsklavinnen; sie geben sich jedem Besucher und zu jeder Zeit hin und verhelfen, während sie selbst meist arm bleiben und am Alkohol oder an Geschlechtskrankheiten zugrunde gehen, dem Bordellinhaber oft schnell zu einem Vermögen. Die Animierkneipen sind zwar sehr verschiedenartig gestaltet; bald sollen hier die Dirnen nur zum Alkoholverbrauch reizen, bald aber sind diese „Wirtschaften“ nichts anderes als verkappte Bordelle. Die kasernierte Prostituierte dagegen, die in ihrer eigenen Wohnung lebt — die Wohnungen aller dieser Dirnen befinden sich gewöhnlich in der gleichen abgelegenen Gasse —, ist viel freier, empfängt nur wann und wen sie will, und kann unter Umständen so viel ersparen, daß sie aus dem unsittlichen Lebenswandel herauskommt. Die polizeiliche Überwachung und die ärztliche Untersuchung der Dirnen werden durch die Bordellierung und Kasernierung wesentlich erleichtert.

Die Geschichte der Prostitution reicht bis in vorgeschichtliche Zeiten zurück; auch von Amerika wird aus der Zeit unmittelbar nach seiner Entdeckung berichtet, daß es dort Freudmädchen gegeben hat. Im alten Orient war, meist im Zusammenhang mit dem Tempeldienst, die Prostitution weit verbreitet. Zu der im 5. Buch Mosis Kap. 23 enthaltenen Vorschrift (siehe oben S. 19) wird gewiß Anlaß genug vorhanden gewesen sein. Und wenn nach demselben Buch, Kap. 22, angeordnet wird, daß die Jungfrau, die Unzucht getrieben hat, zu Tode gesteinigt werden soll, so hat diese Strafordrohung die Prostitution doch nicht völlig auszurotten vermocht. In Griechenland hatte die Prostitution die zartere Form des Hetärenwesens angenommen, und in Rom gab es die mannigfaltigsten Arten, bald im Zusammenhang mit dem Tempeldienst, bald in Verbindung mit Kneipen, Bäckereien und Kabaretten. Das frühe Christentum duldet seinem Wesen entsprechend die Prostitution nicht. Die alten Germanen kannten die Prostitution noch nicht; nach fränkischem Gesetz war die Unzucht mit Todesstrafe bedroht. Aber im Laufe der Jahrhunderte verbreitete sich auch in deutschen Landen die Prostitution immer mehr; am Ende des 14. Jahrhunderts hatten selbst kleine Städte ¹⁾ ihr sogenanntes Frauenhaus. Das Dirnentum nahm besonders im Zusammenhang mit dem Badewesen einen großen Aufschwung; dadurch stieg die Ziffer der Geschlechtskranken gewaltig, was zu entsprechenden Abwehrmaßnahmen führte. Es entstanden die mannigfaltigsten Mittel, mit denen man die Prostitution zu unter-

¹⁾ Es sind z. B. noch heute aus dem Bodenseestädtchen Überlingen mittelalterliche Schriftstücke, die über das dortige Frauenhaus und die sitten- und gesundheitspolizeilichen Zustände jener Zeit unterrichten, vorhanden. Siehe Karl Obser: „Zur Geschichte des Frauenhauses in Überlingen“, Zeitschr. f. d. Geschichte d. Oberrheins 1917 N. F. Bd. 31 Heft 4. Besonders beachtenswert ist auch, wie sich Martin Luther 1520 gegen das Bordellwesen ausgesprochen hat: „Sollten aber hier nicht weltliches und christliches Regiment denken, wie man demselben mit solcher heidnischen Weise zuvorkommen kann? Hat das Volk von Israel bestehen können ohne solchen Unfug, wie sollte das Christenvolk nicht auch so viel tun können. Ja, wie halten sich viele Städte, Märkte, Flecken und Dörfer ohne solche Häuser? Warum sollten sich große Städte nicht auch halten?“ (Siehe Stubbe: „Luther im Kampf gegen die Unsittlichkeit“, Zeitschr. f. Bek. d. Geschlechtskrankh. 1921/22 S. 44 ff.) Die Frage Luthers ist noch heute durchaus berechtigt. Die Großstädte bieten doch so viel des Guten und Schönen, daß man annehmen müßte, hier würde das Gemeine und Häßliche weniger Boden finden als in den kleinen Orten, wo es an Bildung und Geschmack vielfach fehlt. Aber die Wirklichkeit sieht eben oft anders aus, als die Vernunft erwartet.

drücken suchte. Die Behörden wandten strenge Polizeimaßnahmen an; aber nach kurzer Zeit erkannte man ihre Erfolglosigkeit. Nun wurde es mit sozialen Reformen versucht; jedoch auch sie versagten. Es folgte neue, gewaltsame polizeiliche Unterdrückung, die aber wieder nicht für die Dauer wirksam war. Die Prostitution und mit ihr die Ziffer der Geschlechtskranken nahmen einen immer größeren Umfang an, und der Kreislauf der Abwehrmittel begann von neuem.

So ging es durch die Jahrhunderte hindurch. Gegen Ende des 18. Jahrhunderts suchte man, zuerst in Frankreich, im Hinblick auf die Ausdehnung der Geschlechtskrankheiten und in der Erkenntnis, daß die Prostitution doch nicht auszurotten ist, nach einer Gestaltung, bei der die Gesundheitsgefahr möglichst gering ist. So entstand der Gedanke der Reglementierung, der in den meisten europäischen Staaten durchgeführt wurde; den Dirnen wurde das sonst verbotene Gewerbe der Unzucht erlaubt, wenn sie sich der polizeilichen Aufsicht unterstellen.

Gegen die Reglementierung, deren hygienischer Wert noch unten zu erörtern ist, richtete sich die Ende der 70er Jahre des 19. Jahrhunderts in England von Josephine Buttler ins Leben gerufene Bewegung des Abolitionismus, die auch seit Ende der 90er Jahre in Deutschland Anhänger besitzt.

Das Zustandekommen einer ausgedehnten Prostitution hängt von zwei Bedingungen ab: Es muß viele Männer geben, die nach außerehelichem Verkehr Verlangen haben, und es müssen sich viele weibliche Personen finden, die diese Wünsche befriedigen wollen. Welches sind nun die Ursachen einerseits für die in so großem Umfange erfolgende Nachfrage, die im Gegensatz zur Sittlichkeit und besonders zur ehelichen Treue steht, und andererseits für das mit so vielen Gefahren und Demütigungen verbundene Angebot?

Zunächst ist zu betonen, daß, wie Grotjahn in seiner Reichstagsrede vom 16. Juli 1923 dargelegt hat, „es in Deutschland nicht weniger als 8 Millionen geschlechtsreife männliche Individuen gibt, die nicht verheiratet sind“.

Angesichts dieser Tatsache kann nicht erwartet werden, daß der Forderung der Enthaltbarkeit immer und von allen entsprochen wird. Dazu kommt, daß auch ein großer Teil der verheirateten Männer ein Bedürfnis nach außerehelichem Geschlechtsverkehr empfindet und es zu befriedigen sucht. Der Freiburger Dermatologe Rost, der sich mit der Psychologie der Ehe befaßt hat, äußerte sich: „Die polygame Veranlagung des Mannes ist vorhanden, und mag sie auch von kirchlicher oder anderer Seite bestritten werden, wir Ärzte kennen sie. Sie ist nicht wegzuleugnen. Ich kann mich nicht zu der Ansicht bekehren, daß sie irgendwie das Produkt einer Erziehung sei, sondern ich glaube, es handelt sich hier um Anlagen, die durch Vererbung überkommen sind, deren Ausmerzung aus der menschlichen Gesellschaft zwar erstrebenswert, aber nicht so ohne weiteres möglich sein wird.“ Es würde zu weit führen, wollten wir hier eingehender untersuchen, warum so viele geschlechtsreife Männer unverheiratet sind, und warum sich bei so vielen Ehemännern der Trieb nach Abwechslung geltend macht. Aber es sei doch darauf hingedeutet, daß, wenn die äußeren, insbesondere die wirtschaftlichen Verhältnisse die allgemeine Fröhe erlauben würden, und wenn die Mütter ihre Söhne schon in den Knabenjahren zu strenger Sittlichkeit und Reinheit erziehen würden, die eine Ursache für das Zustandekommen der Prostitution wesentlich an Umfang verlieren würde. Das Ziel ist nicht unerreichbar. Denn geschlechtliche Enthaltbarkeit hat keine gesundheitlichen Nachteile zur Folge, und der bei vielen Männern vorhandene polygame Trieb kann, wie auch

andere unsoziale Triebe, bei entsprechender Erziehung und Lebensführung fast stets unterdrückt werden.

Daß so viele weibliche Personen es nicht für menschenunwürdig erachten, als Huren zu leben, hat mannigfaltige Ursachen. Diese liegen teils in der ererbten Veranlagung, teils in der kulturellen (sozialen) Umwelt.

Der Irrenarzt K. Schneider hat die Persönlichkeit bei 70 eingeschriebenen Prostituierten genau erforscht; er hat unter ihnen 38 mehr oder minder Schwachsinnige gefunden. Grotjahn¹⁾ meint, daß mindestens ein Drittel, wahrscheinlich aber die Hälfte der Dirnen einer psychopathischen Minderwertigkeit ihre Neigungen verdankt und deshalb nicht als voll zurechnungsfähig angesehen werden kann. Wenn auch gewiß viele Prostituierte erst infolge ihres Hurenlebens geistig minderwertig werden, so läßt sich doch nicht in Abrede stellen, daß es sich bei vielen anderen um „geborene“ Dirnen, bei denen die ererbte Anlage die Hauptursache für den eingeschlagenen Lebenswandel spielt, handelt.

Den bei weitem größten Einfluß üben aber die kulturellen Zustände aus, und hierbei spielen nun die wirtschaftlichen Verhältnisse eine große Rolle. Die überfüllten Wohnungen, das Schlafstellenwesen, die mangelhafte Beaufsichtigung und Erziehung der Kinder, das schlechte Beispiel und vor allem die oft ganz unzureichenden Arbeiterinnenlöhne wirken hierbei verhängnisvoll. K. Kautsky führte 1902 an, daß ein Unternehmer es gewagt hat, seine Arbeiterinnen zur Ergänzung der niederen Löhne auf die Prostitution zu verweisen. Es mag sich hier um einen widerlichen Einzelfall handeln; aber geleugnet kann nicht werden, daß viele weibliche Personen aus bitterster Not heraus zur Prostitution gedrängt wurden. Wie wäre es sonst möglich, daß nach den Angaben des Münchener Jugendstaatsanwaltes Rupprecht jugendliche Mädchen für einen Hurenlohn von 50 oder gar nur 25 Pf. sich der gerichtlichen Bestrafung und Ansteckung aussetzen. Beachtenswert ist auch, daß während des Krieges, wie A. Schreiber-Krieger²⁾ mitteilte, viele eingeschriebene Dirnen in die Kriegsindustrie abwanderten, weil sie dort einen ausreichenden Lebensunterhalt fanden.

Aber neben den genannten wirtschaftlichen Mißständen, denen sich noch Alkoholismus, Großstadtunwesen usw. angliedern, macht sich als Ursache für die Ausdehnung der Prostitution der Mangel einer sittlich-religiösen Erziehung geltend. Entnimmt man doch aus mehreren Berichten, daß viele Prostituierte schon vor dem 16., manche sogar schon im 8. Lebensjahr — teils durch eigenen Leichtsinne, teils durch gewalttätigen Mißbrauch — ihre geschlechtliche Unschuld verloren haben. Und es gibt zahlreiche weibliche Personen, die sich nicht schämen, ihren Körper feilzubieten, nur um mühelos ein glitzerndes Dasein zu führen.

* * *

Mannigfaltige Mittel müssen angewandt werden, um die Geschlechtskrankheiten wirkungsvoll zu bekämpfen.

Zunächst ist eine ausgedehnte und gründliche sexuelle Belehrung der jugendlichen Personen, sobald sie dazu reif geworden sind, erforderlich. Vorarbeiten hierfür liegen von mehreren Seiten³⁾ vor. Es muß jedoch betont werden, daß mit der Aufklärung eine

¹⁾ Siehe Stenogr. Bericht d. Reichstagssitzung vom 13. Juni 1923.

²⁾ Siehe Stenogr. Bericht d. Reichstagssitzung vom 16. Juni 1923.

³⁾ Siehe: „Sexualpädagogischer Kursus im Zentralinstitut für Erziehung und Unterricht im Oktober 1919“, Mitteil. d. Deutsch. Gesellsch. z. Bek. d. Geschlechtskrankheiten 1920 Nr. 1 u. 2. Ferner: „Ein sexualpädagogischer Lehrgang“, herausg. v. d. Ortsgruppe Ulm d. Deutsch. Ges. z. Bek. d. Geschlechtskrankh., Berlin 1922 (?).

sittlich-religiöse Erziehung Hand in Hand gehen muß. Denn das Wissen ist hier ein viel schwächeres Schutzmittel als die religiöse und soziale Gesinnung, die einen allen Verlockungen gegenüber unbeugsamen Willen erzeugt. Ärzte und Seelsorger müssen daher vereint dem gleichen Ziele zustreben. Dürfte man hoffen, daß durch Bildung und Erziehung alle Menschen sittlich rein werden, so bräuchten keine sonstigen Mittel gegen die Geschlechtskrankheiten angewandt werden. Die Kranken würden geheilt werden oder aussterben; neue Erkrankungen würde es nicht geben.

Aber solche Erfolge sind für absehbare Zeiten nicht zu erwarten. Wir müssen damit rechnen, daß auch in der nächsten Zukunft der außereheliche Geschlechtsverkehr nicht fehlen wird. Der gewissenhafte Sozialhygieniker steht hier vor einer äußerst schwierigen Frage: Soll er für die Krankheitsverhütung bei dem außerehelichen Geschlechtsverkehr eintreten, oder soll er nur fordern, daß ein solcher Verkehr, der unsittlich und trotz aller anwendbaren Schutzmaßnahmen hygienisch gefährlich ist, verboten wird. Ich las kürzlich einmal das Wort: „Ja und Nein ist eine schlechte Theologie.“ Und so möchte ich sagen: Den außerehelichen Beischlaf aus gesundheitlichen Gründen zu verwerfen und doch für seine Sanierung eintreten, ist eine schlechte Hygiene. Aber unter den gegebenen Zuständen gibt es leider keine andere als diese schlechte Hygiene. In der langen Zeit, die verstreichen wird, bis die Menschen auf der von uns gewünschten sittlichen Höhe stehen, dürfen wir die Geschlechtskrankheiten sich nicht selbst überlassen; „laissez aller“ hieße hier „laissez souffrir, laissez mourir“. Damit können Ärzte und Hygieniker nicht einverstanden sein; denn es ist ihre Lebensaufgabe, Krankheiten, wo immer sich Gelegenheit bietet, zu verhüten.

Da neue venerische Infektionen stets nur von Erkrankten ausgehen, so muß zunächst dafür gesorgt sein, daß die Kranken geheilt werden, und daß ihnen, solange sie nicht von einem Arzt als genesen bezeichnet werden, der Beischlaf bei Strafe verboten wird. Notwendig ist mithin, daß die Geschlechtskranken sich behandeln lassen müssen, und zwar von einem Arzt, nicht etwa von einem Kurpfuscher. Es ist ja bekannt, daß gerade auf dem Gebiete der Geschlechtskrankheiten, wo die Unwissenheit und die Scheu des Kranken eine so große Rolle spielen, die Kurpfuscherei einen besonders günstigen Boden findet. Hierdurch wird aber oft die beste Zeit für eine erfolgreiche ärztliche Behandlung verabsäumt. Des weiteren müssen Beratungsstellen¹⁾ geschaffen werden, welche, soweit erforderlich, insbesondere für ärztliche Behandlung und Beratung sorgen und die Kranken dazu ermahnen, sich so lange behandeln zu lassen, bis die Heilung erzielt ist.

Solche Forderungen können nur verwirklicht werden, wenn ein entsprechendes Gesetz vorliegt. Nach jahrelangen Beratungen vieler Körperschaften, insbesondere der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten unter Führung von Blaschko, legte am 9. Februar 1922 die Reichsregierung dem Reichstag den Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (Reichstagsdrucksache Nr. 3523)

¹⁾ Das Reichsversicherungsamt hat in einem am 6. August 1917 sämtlichen Landesversicherungsanstalten übermittelten Runderlaß die Einrichtung von Beratungsstellen für Geschlechtskranke angeregt. Wie in den „Amtl. Nachr. d. Reichsversicherungsamts“ vom 15. März 1924 mitgeteilt wird, betrug Ende 1922 die Zahl der von den Trägern der Invalidenversicherung errichteten oder unterstützten Beratungsstellen 188. Die Zahl der bei den Beratungsstellen gemeldeten Personen belief sich 1922 auf 106763 (1921: 118982), die Zahl der Beratungen auf 200212 (1921: 207035). Im Jahre 1922 wurden 77307 Personen als geschlechtskrank ermittelt. Im Jahre 1922 war die Ziffer der Selbstmeldungen 26981 (1921: 37546), der Meldungen der Ärzte 30852 (1921: 31122), der Meldungen der Krankenkassen 22355 (1921: 23035). In Beobachtung standen 149593 Kranke Ende 1922 gegen 129295 im Jahre 1921.

vor. Die Vorlage enthielt 16 Paragraphen. Wir führen hier von den wichtigsten Vorschriften den Wortlaut an, und zwar gleich in der vom Ausschuß (siehe Drucksache 5801) einstimmig beschlossenen Fassung.

„§ 2. Wer an einer mit Ansteckungsgefahr verbundenen Geschlechtskrankheit leidet und dies weiß oder den Umständen nach annehmen muß, hat die Pflicht, sich von einem für das Deutsche Reich approbierten Arzt behandeln zu lassen“

§ 3. Personen, die geschlechtskrank und verdächtig sind, die Geschlechtskrankheit weiter zu verbreiten, können einem Heilverfahren unterworfen, auch in ein Krankenhaus verwiesen werden, wenn dies zur Verhütung der Ausbreitung der Krankheit erforderlich erscheint.

§ 4. Wer den Beischlaf ausübt, obwohl er an einer mit Ansteckungsgefahr verbundenen Geschlechtskrankheit leidet und dies weiß oder den Umständen nach annehmen muß, wird mit Gefängnis bis zu 3 Jahren bestraft, sofern nicht nach den Vorschriften des Strafgesetzbuches eine härtere Strafe verwirkt ist“

§ 5. Wer weiß, oder den Umständen nach annehmen muß, daß er an einer mit Ansteckungsgefahr verbundenen Geschlechtskrankheit leidet und trotzdem eine Ehe eingeht, ohne dem anderen Teil vor Eingehung der Ehe über seine Krankheit Mitteilung gemacht zu haben, wird mit Gefängnis bestraft. Die Verfolgung tritt nur auf Antrag ein.

§ 6. Die Behandlung von Geschlechtskrankheiten und Krankheiten oder Leiden der Geschlechtsorgane ist nur den für das Deutsche Reich approbierten Ärzten gestattet. Fernbehandlung ist verboten“

§ 8. Wer eine Person, die an einer mit Ansteckungsgefahr verbundenen Geschlechtskrankheit leidet, ärztlich behandelt, hat der im § 14 bezeichneten Beratungsstelle Anzeige zu erstatten, wenn der Kranke sich der ärztlichen Behandlung oder Beobachtung entzieht, oder wenn er andere infolge seines Berufs oder seiner persönlichen Verhältnisse besonders gefährdet“

§ 14. Im ganzen Reichsgebiete müssen öffentliche Beratungsstellen für Geschlechtskranke in ausreichender Anzahl vorhanden sein“

Die §§ 13 und 13a des Entwurfes befassen sich mit der Regelung der Prostitutionsfrage. Bevor wir uns diesen geplanten Vorschriften zuwenden, müssen wir kurz die gegenwärtig geltenden Bestimmungen erörtern. Es handelt sich hierbei vor allem um die §§ 361 Abs. 6 und 180 des Strafgesetzbuches.

Nach § 361 Abs. 6 des aus dem Jahre 1901 stammenden Gesetzes wird eine Weibsperson, welche, ohne einer polizeilichen Aufsicht unterstellt zu sein, gewerbsmäßig Unzucht treibt, mit Haft bestraft, wenn sie den in dieser Hinsicht zur Sicherung der Gesundheit, der öffentlichen Ordnung und des öffentlichen Anstandes erlassenen polizeilichen Vorschriften zuwiderhandelt.

Die gewerbsmäßige Unzucht wird also grundsätzlich als ein Vergehen angesehen, das der Staat bestraft. Die Prostituierte bleibt jedoch straffrei, wenn sie in eine von der Polizei geführte Liste eingeschrieben ist. Dann wird aber das gesamte Verhalten der Dirne, soweit die Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung und des öffentlichen Anstandes in Frage kommt, überwacht, und eine regelmäßige amtsärztliche Zwangsuntersuchung erfolgt, was im Erkrankungsfalle zu einer Zwangsbehandlung in einer Krankenanstalt führt. Auf Grund dieser polizeilichen Reglementierung, die in den einzelnen deutschen Staaten und Gemeinden sehr verschiedenartig gestaltet ist, durften in manchen Städten, z. B. Hamburg, die Prostituierten ihr Gewerbe nur in Bordellen ausüben; in anderen Städten wendet man das System der Kasernierung an, wobei die Dirnen in bestimmten, für sie vorbehaltenen Häusern jeweils als Einzelmieterrinnen wohnen, wieder in anderen Städten ist das Freiwohnen gestattet.

Nach § 180 des StGB. wird nun aber wegen Kuppelei mit Gefängnis bestraft, wer gewohnheitsmäßig oder aus Eigennutz durch seine Vermittlung oder Gewährung oder Verschaffung von Gelegenheit der Unzucht Vorschub leistet; und nach wiederholten Reichsgerichtsentscheidungen wird die Vermietung eines Zimmers an eine Dirne als Kuppelei angesehen. Man erkennt sogleich, daß zwischen dem § 180 und § 361 Abs. 6 ein unüberbrückbarer Widerspruch besteht. Denn wenn die Dirne unter bestimmten Voraussetzungen ihr Gewerbe ausüben darf, so muß sie doch irgendwo wohnen können. Es hängt mithin lediglich von der Willkür der Polizei ab, wo und wann sie einen Verstoß gegen den § 180 erblickt. Vielfach wird das Vermieten an Dirnen stillschweigend geduldet und in anderen ganz gleichen Fällen erfolgt ein gerichtliches Verfahren. Die öffentliche Moral wird aber geradezu erschüttert, wenn eine arme Vermieterin, die an eine Dirne ein Zimmer abgibt, bestraft wird, während der Bordellbesitzer, der nicht eine sondern zahlreiche Prostituierte beherbergt und durch ihre Ausbeutung reich wird, straflos bleibt.

Zu den mit der Frage der Wohnungskuppelei zusammenhängenden, gegen die jetzt geltende Gesetzgebung erhobenen Einwänden treten noch viele andere. Vor allem wird es, namentlich von seiten der Frauenbewegung aus, als „doppelte Moral“ bezeichnet, daß die die Unzucht betreibenden weiblichen Personen bestraft werden, bezw. sich ärztlich untersuchen lassen müssen, während die an dem Geschlechtsverkehr beteiligten Männer ganz unbehelligt bleiben.

Des weiteren wird auf die beschämenden Mißstände des von den Behörden geduldeten, ja sogar empfohlenen Bordellwesens hingewiesen. Die Bordelle stehen in engster Fühlung mit dem Mädchenhandel. Durch die Bordelle wird erst eine besonders für Jugendliche leicht erreichbare Gelegenheit zum Geschlechtsverkehr geschaffen, von der viele, namentlich unter dem Einflusse des Alkohols, Gebrauch machen, während ohne diese Freudenhäuser die Verführung unterblieben wäre. Andererseits ist das Freiwohnen der Dirnen, die sich insbesondere vor polizeilichen, bisweilen in der Tat willkürlichen und unangebrachten Maßnahmen zu schützen suchen, oft mit dem Zuhälterwesen verbunden. Angeführt wurde ferner, wie verhängnisvoll es wirkt, wenn Dirnen in Familien oder Häusern wohnen, in denen sich unerwachsene Kinder befinden, da diese dann täglich das schlechte Beispiel vor Augen haben. Bordelle und Kasernierung dagegen haben zur Folge, daß die Unzucht von den Familien und von den Verkehrsstraßen ferngehalten wird, wengleich die in der Gegend dieser Freudenhäuser lebende Bevölkerung begreiflicherweise solche Nachbarn beseitigt wissen will. Am wenigsten Einspruch wird noch gegen die Kasernierung erhoben, ja, dies System wird als das kleinere Übel bezeichnet und von Hygienikern und Ärzten, z. B. von Tjaden und Rost, wegen der erreichbaren hygienischen Vorteile allen anderen Maßnahmen vorgezogen. Manche Gegner der jetzigen Gesetzgebung gehen so weit, zu fordern, daß der Staat die Unzucht unter allen Umständen bestrafen müsse und sie in keiner Weise dulden oder gar beschützen dürfe. Andere wieder meinen, daß die Reglementierung zwecklos ist, da nur ein geringer Teil der Prostituierten von der Polizei erfaßt werden kann, und daß man es den Unzucht treibenden Personen, sobald sie einmal unter polizeiliche Aufsicht gestellt wurden, schwer, ja sogar unmöglich macht, selbst wenn sie es wollen, wieder aus dem unsittlichen Lebenswandel herauszukommen.

Vor allem aber sind gegen die jetzt geltende Gesetzgebung vom Standpunkt der Hygiene aus schwerwiegende Bedenken geäußert worden. Zunächst wurde hervorgehoben, daß die polizeiärztlichen Untersuchungen bei vielen Männern die irrige Ansicht erzeugen, als ob von den Dirnen, bei denen keine Erkrankung festgestellt wurde, eine Ansteckungsgefahr nicht ausgeht. Eine solche Gewähr konnte durch eine ärztliche Untersuchung, zumal sie bisweilen mehrere Tage lang zurückliegt, niemals geleistet werden. Dazu kommt die Erkenntnis, daß der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten, wie der gegen die sonstigen Infektionskrankheiten, sich, neben der Rücksichtnahme auf die für das Zustandekommen der jeweiligen Seuche maßgebenden Umwelteinflüsse, vor allem auf die frühzeitige Feststellung der Erkrankten stützen muß. Es gilt also, wie oben dargelegt wurde, tunlichst alle Geschlechtskranken als solche möglichst bald zu erkennen. Hierbei erweist sich aber die polizeiliche Reglementierung, die das Heer der geheimen Prostituierten doch nicht erfassen kann, als ziemlich zwecklos, ja sogar als hinderlich; denn viele von den geheimen Dirnen würden sich der rechtzeitigen ärztlichen Behandlung unterziehen, wenn sie nicht befürchten müßten, unter die lästige Polizeiaufsicht zu geraten.

Die angeführten und andere Einwände gegen die zurzeit geltenden Vorschriften veranlaßten, daß die gesetzgebenden Körperschaften, namentlich seitdem infolge der Kriegsverhältnisse die Zahl der Geschlechtskranken stark zunahm, die Frage der Reglementierung aufs neue eingehend prüften.

Als Ergebnis der langjährigen Beratungen sind die Vorschriften, die der § 13 des oben erwähnten Gesetzentwurfes enthält, zu betrachten. Wir reihen hier den Wortlaut des § 13 sowie des hinzugefügten § 13a in der Gestalt, die der Ausschuß gewünscht hat, an.

Nach § 13 des Entwurfs soll das Strafgesetzbuch hauptsächlich folgendermaßen geändert werden:
„§ 180 erhält folgenden zweiten und dritten Absatz:

Als Kuppelei gilt insbesondere die Unterhaltung von Bordellen oder bordellartigen Betrieben.

Das Gewähren von Wohnung an Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, wird auf Grund des Abs. 1 nur dann bestraft, wenn damit ein Ausbeuten der Person, der die Wohnung gewährt ist, oder ein Anwerben oder ein Anhalten dieser Person zur Unzucht verbunden ist.

§ 361 Nr. 6 des Reichsstrafgesetzbuchs erhält folgende Fassung:

(Mit Haft wird bestraft,) wer öffentlich zur Unzucht auffordert oder sich in einer Sitte und Anstand verletzenden oder anderen belästigenden Weise dazu anbietet.

§ 361 erhält folgende Nr. 6a:

6a. (Mit Haft wird bestraft,) wer gewohnheitsmäßig zum Zwecke des Erwerbes die Unzucht ausübt

- a) in der Nähe von Kirchen, Schulen oder anderen zum Besuch durch Kinder oder Jugendliche bestimmten Örtlichkeiten,
- b) in einer Wohnung, in der jugendliche Personen zwischen vier und achtzehn Jahren wohnen,
- c) in einer Gemeinde mit weniger als zehntausend Einwohnern, für welche die oberste Landesbehörde zum Schutze der Jugend oder des öffentlichen Anstandes eine entsprechende Anordnung getroffen hat.“

Nach § 13a sollen Wohnungsbeschränkungen auf bestimmte Straßen wegen gewerbsmäßiger Unzucht (Kasernierungen) verboten sein.

Vergleicht man den Inhalt der §§ 13 und 13a mit unseren obigen Darlegungen, so findet man folgende Neuerungen: Die Prostitution soll grundsätzlich straffrei sein; nur soweit sie Sitte und Anstand verletzt oder andere belästigt, droht eine Strafe. Verlangt wird auch, daß sich die Dirnen nicht dort aufhalten, wo sie Kindern und Jugendlichen ein schlechtes Beispiel geben, und daß sie sich von den Gemeinden mit weniger als 10000 Einwohnern fernhalten. Der Begriff der Wohnungskuppelei ist (von bestimmten Besonderheiten abgesehen) beseitigt; jede Wohnungsbeschränkung (Kasernierung) ist verboten, und die Unterhaltung von Bordellen oder ähnlichen Betrieben wird bestraft.

Zu betonen ist noch, daß auf den bisherigen, mit polizeilichen Mitteln angestrebten Schutz verzichtet wurde; an seine Stelle treten die Beratungsstellen für Geschlechtskranke sowie die Gesundheitsbehörden, Pflegeämter und andere für die Durchführung sozialfürsorgerischer Maßnahmen zuständige Einrichtungen.

In der Reichstagssitzung vom 16. Juni 1923 fand eine sehr beachtenswerte Aussprache über die geplanten Vorschriften statt. Eine deutschnationale Rednerin lehnte die vorgeschlagene Neugestaltung ab und verlangte, daß der Staat die Unzucht unter allen Umständen bestrafe; man erlaube ja auch den Dieben nicht, an manchen Orten zu stehlen, und der Dieb nimmt nur etwas, was wir vielleicht wieder ersetzen können, während hier viel mehr auf dem Spiele steht. Eine sozialdemokratische Rednerin bemängelte, daß die Reglementierung noch nicht ganz ausgeschaltet zu sein scheine; sie befürchtete, daß es doch wieder zu Listen und zur Kontrolle, die man eben erst beseitigen will, kommen könnte.

Der ganze Gesetzentwurf und insbesondere die angeführten Paragraphen mit dem oben angegebenen Wortlaut wurden in der Reichstagssitzung vom 18. Juni 1923 angenommen; jedoch in dem § 6 wurden die Worte „und Krankheiten oder Leiden der Geschlechtsorgane“ in der dritten Lesung gestrichen. Durch diese Änderung ist den Kurpfuschern wieder die Möglichkeit gegeben worden, Geschlechtskrankheiten, die sie für „Krankheiten oder Leiden der Geschlechtsorgane“ halten, zu behandeln. Der Reichsrat hat hiergegen Einspruch erhoben. Der Entwurf des Gesetzes, das bereits am 1. Oktober 1923 in Kraft treten sollte, muß nun erst noch einmal dem Reichstag zugehen, was bis jetzt (Oktober 1924) nicht geschehen ist.

Bemerkt sei noch, daß sich der Deutsche Verein¹⁾ für öffentliche Gesundheitspflege am 24. Mai 1924 mit dem Gesetzentwurf, wie er vom Reichstag angenommen wurde, befaßt hat; in der Aussprache hat der Leiter des Kölner Gesundheitswesens Krautwig betont, daß die Kasernierung mehr Vorteile als Nachteile bietet, und der Bremer Hygieniker Tjaden führte aus, es bestehe, wenn man die Bordelle kategorisch verbietet, die Gefahr, daß es damit ebenso gehen werde, wie seither mit dem Verbot, an Prostituierte Zimmer zu vermieten, da die Verhältnisse stärker sind als die Bestimmungen, was besonders für Hafenzustädte gelte.

Daß die in dem vom Reichstag angenommenen Gesetzentwurf enthaltenen Bestimmungen, namentlich über die Behandlungspflicht, die Beratungsstellen und die Regelung der Prostitution, manchen Fortschritt besonders hinsichtlich der Beseitigung der „doppelten“ Moral und der Bordelle sowie hinsichtlich des Gesundheitsschutzes im allgemeinen zeitigen würden, ist nicht in Abrede zu stellen. Aber andererseits ist der Zweifel, ob das allgemeine, die Besonderheiten einzelner Gegenden unberücksichtigt lassende Verbot der Kasernierung (im Sinne des Bremer Systems) nicht eher nachteilig wirken wird, vorläufig nicht zu beseitigen.

Ob das geplante Gesetz die erhofften Erfolge bringen wird, ist eine Frage, die erst einige Jahre nach dem Inkrafttreten der neuen Vorschriften beantwortet werden kann.

Literatur: 1. S. Bettmann: „Geschlechtsleben und Hygiene“, Abhandl. i. Handb. d. Hyg., herausg. v. Rubner, Gruber u. Ficker, Bd. 4 Abt. 3, Leipzig 1923. — 2. A. Blaschko: „Hygiene der Geschlechtskrankheiten“, Weyls Handb. d. Hyg., 2. Aufl. Bd. 8 Abt. 2, Leipzig 1920. — 3. A. Busch: „Geschlechtskrankheiten in deutschen Großstädten auf Grund einer Erhebung des Verbandes deutscher Städtestatistiker“, Breslau 1918. — 4. Christian und Mahling: „Prostitution“, Art. i. Handw. d. Wohlfahrtspf., herausg. v. O. Karstedt, Berlin 1924. — 5. A. Elster: „Sozialbiologie“, Berlin 1923. — 6. Galewsky und Woithe: „Die Geschlechtskrankheiten und ihre Bekämpfung“, 2. Aufl., Dresden 1920. — 7. O. Gans: „Venerische Infektionen im Kriege und im Frieden“, Zeitschr. f. Bek. d. Geschlechtskrankh. 1919/20 Nr. 9 u. 10. — 8. A. Guttstadt: „Die Verbreitung der venerischen Krankheiten in Preußen“, Zeitschr. d. Preuß. Stat. Büros, Ergänzungsheft 20, Berlin 1901. — 9. H. Haunstein: a) „Lex veneris in Schweden und ihre Wirksamkeit“, Zeitschr. f. soz. Hyg. 1921, März, Mai, Juli; b) „Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Norwegen mit besonderer Berücksichtigung Kristianias“, Zeitschr. f. Bek. d. Geschlechtskrankh. 1921/22 S. 213 ff. — 10. Judassohn: „Die gesetzliche Regelung der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten“, Vortrag, gehalten a. d. 45. Jahresvers. d. Deutsch. Ver. f. öff. Gesundheitspf., nebst dazugehöriger Aussprache, Deutsch. Zeitschr. f. öff. Gesundheitspf. 1924 Heft 1 u. 2. — 11. Kautsky: „Das Erfurter Programm“, Stuttgart 1902. — 12. Ph. Kuhn: siehe unten Ziffer 20. — 13. E. Meirowsky: „Geschlechtsleben der Jugend, Schule und Elternhaus“, 7. Aufl., Flugschr. d. Deutsch. Gesellsch. z. Bek. d. Geschlechtskrankh. Heft 12, Leipzig 1920 (?). — 14. A. Neisser: „Die Geschlechtskrankheiten und ihre Bekämpfung“, Berlin 1916. — 15. A. Pappritz: „Einführung in das Studium der Prostitutionsfrage“, Leipzig 1919. — 16. M. Quarck: „Gegen Prostitution und Geschlechtskrankheiten“, Berlin 1921. — 17. Rost: „Die Bekämpfung der Prostitution“, Sozialhyg. Mitteil. 1920 Heft 3. — 18. Rupprecht: „Die Prostitution jugendlicher Mädchen in München“, Münch. med. Wochenschr. 1913 Nr. 1. — 19. K. Schneider: „Studien über Persönlichkeit und Schicksal eingeschriebener Prostituiertes“, Berlin 1921. — 20. K. Sudhoff, L. v. Wiese, Ph. Kuhn: „Prostitution“, Art. i. Handw. d. Sexualwissensch., herausg. v. M. Marcuse, Bonn 1923. — 21. Tjaden: „Geschlechtskrankheiten u. Prostitution in Bremen u. ihre Bekämpfung“, Bremen 1922. — 22. L. v. Wiese: siehe Ziffer 20.

5. Alkoholismus.

Im Gegensatz zu den von uns erörterten akuten und chronischen Infektionskrankheiten ist der Alkoholismus eine Seuche, die auf einer Intoxikation beruht. Es handelt

¹⁾ Siehe den Bericht über die 45. Versamml. d. D. V. f. ö. G. in der Deutsch. Zeitschr. f. öffentl. Gesundheitspf. 1924 Heft 1 u. 2.

sich aber hierbei nicht, wie bei den im Abschnitt „Arbeiter“ angeführten Phosphor-Quecksilber- und Bleivergiftungen, um eine Gewerbekrankheit, die man durch geeignete Arbeiterschutzmaßnahmen zu beseitigen oder eng zu begrenzen vermocht hat, sondern um eine in allen Volkskreisen, bei Hoch und Niedrig, bei Reichen und Armen sich zeigende Intoxikation, auf deren Verbreitung die mannigfaltigsten Einflüsse einwirken.

In diesem Abschnitt soll nun dargelegt werden, in welcher Weise sich insbesondere die kulturellen Einflüsse bei dem Alkoholismus geltend machen. Wir müssen jedoch zuvor das Wesen dieser Volksseuche und ihre Ausdehnung näher betrachten. Hierbei werden wir, getreu unseren Grundsätzen (siehe die Darlegungen S. 95, 123 und 210), wieder beachten müssen, daß man bei der wissenschaftlichen Arbeit anders wie in Reklameschriften vorzugehen hat, und wir werden scharf zu unterscheiden haben zwischen Tatsachen und unbewiesenen Behauptungen, die von Fanatikern, wenn auch in edler Absicht, bei der Propaganda vorgetragen werden. Schon jetzt kann betont werden, daß man es im Hinblick auf die Ausdehnung und Schwere der in Rede stehenden Seuche gar nicht nötig hat, im Kampfe gegen den Alkoholismus zu Übertreibungen zu greifen.

Unter Alkoholismus versteht die medizinische Wissenschaft und auch die amtliche Statistik gewisse, durch den Alkohol erzeugte Krankheitszustände. Die strengen Alkoholgegner bezeichnen aber jeden Alkoholgenuß als Alkoholismus. Hier liegt ein offenbarer Irrtum vor, der an die Lehren der orthodoxen Bakteriologie erinnert; so wenig jede Invasion von pathogenen Bakterien eine Infektion verursacht, so wenig führt jeder Alkoholgenuß zu einer Intoxikation, d. h. zu einer der krankhaften Organveränderungen, die man unter dem Namen „Alkoholismus“ zusammenfaßt. Wie bei den Infektionen, so hängt auch bei der Zufuhr von Alkohol das Zustandekommen der Krankheit von der individuellen Widerstandskraft ab. Der Alkoholgenuß ist mithin nicht immer gesundheitsschädlich.

Für die alkoholischen Getränke gilt, was Pettenkofer (siehe S. 100) allgemein über Genußmittel gesagt hat, daß sie nämlich als Menschenfreunde zu bezeichnen sind, wenn man sie derart anwendet, daß sie nicht schaden. Will man Schaden verhüten, so sind ganz besonders dem Alkohol gegenüber manche Vorsichtsmaßnahmen streng zu befolgen. Unerwachsene¹⁾ sollen überhaupt keine alkoholischen Getränke erhalten. Auch die Erwachsenen sollen keinen Branntwein¹⁾ trinken. Bier und Wein sollen bei jeder Arbeit¹⁾ vollkommen gemieden werden; man darf diese beiden Getränke nur gelegentlich¹⁾, höchstens an Sonn- und Feiertagen, und auch da nur in so geringen Mengen genießen, daß keine Berauschung²⁾ eintritt. Wer seine Widerstandskraft so wenig zu beurteilen vermag, daß er die unter allen Umständen gering zu bemessende Alkoholmenge überschreitet, der soll diesen Genuß ganz meiden, genau wie bei anderen Genußmitteln

¹⁾ Für Unerwachsene, die noch nicht die volle Widerstandskraft besitzen, können schon kleine Alkoholmengen schädlich sein. Der Branntweingenuß ist erfahrungsgemäß am gefährlichsten, namentlich weil hier nur zu oft Gewöhnung erfolgt. Schon kleine Alkoholmengen können, wenn sie bei der Arbeit aufgenommen werden, die Leistungsfähigkeit beeinträchtigen. Jeder Genuß, von welcher Art nur immer, verliert seinen Wert, wenn er zu oft gewährt wird; der zu häufige (tägliche) Alkoholgenuß ist gefährlich, weil er Gewöhnung erzeugt.

²⁾ Die strengen Alkoholgegner meinen, der mäßige Alkoholgenuß habe ja gar keinen Zweck, da er keinen Rausch erzeugt; man trinkt, um sich zu berauschen. Diese Ansicht ist irrig. Es gibt wohl seelisch geknickte Menschen, die sich durch einen Rausch für einige Zeit über ihre Sorgen hinwegbringen wollen. Aber die große Masse der Alkoholverbraucher sucht keinen Rausch, sondern freut sich über Wein oder Bier ganz in derselben Weise wie über Obst, Schokolade, Kuchen oder sonstige Lieblingsspeisen, die man ihres Geschmacks wegen zu sich nimmt.

und Vergnügungen (Sport, Tanz), bei denen jedes Übermaß körperlichen Schaden verursacht. Ganz besonders sind auch die wirtschaftlichen Verhältnisse zu berücksichtigen; zunächst muß für das gesundheitlich Notwendige gesorgt sein, dann erst darf man an das Angenehme denken. Andererseits ist es wünschenswert, ja erforderlich für das Gemütsleben, die Lebens- und Arbeitsfreude, daß den Menschen von Zeit zu Zeit Genußmittel geboten werden. Wein und Bier sind geeignet, die Wünsche der breitesten Volksschichten zu erfüllen. Dem Geschmack nach gleichwertige, zu jeder Jahreszeit leicht zu erhaltende billige Ersatzmittel gibt es bis jetzt nicht. Gegen einen so mäßigen Genuß alkoholischer Getränke seitens erwachsener Menschen ist vom gesundheitlichen Standpunkte aus nichts einzuwenden. Wem es eine Freude ist, gelegentlich 1—2 Glas Wein oder Bier zu trinken — vorausgesetzt, daß er die Willenskraft besitzt, dies Maß nicht zu überschreiten —, braucht nicht behindert zu werden. Wer gegen seinen Willen unmäßig trinkt, ist krank und bedarf einer entsprechenden Behandlung. Man kann nicht verlangen, daß die Gesunden, welche die überwiegende Mehrzahl darstellen, um der Kranken willen auf Freuden, für die viele nicht leicht einen von ihnen als gleichwertig empfundenen Ersatz finden, verzichten sollen.

Es lassen sich folgende Gruppen nach der Stellung zum Alkohol unterscheiden: 1. Völlig Enthaltene (Abstinente), 2. Mäßige, 3. Unmäßige und 4. Trinker.

Die in Deutschland vorläufig nicht sehr zahlreichen Abstinente¹⁾ verdienen im allgemeinen gewiß alle Achtung wegen ihrer Entsagung, die sie zumeist durchführen, um anderen ein Beispiel zu bieten; mit dieser ihrer Lebensweise braucht sich der Sozialhygieniker nicht zu befassen. Auch die Mäßigen sind kein Gegenstand einer sozialpathologischen Betrachtung. Von den Abstinente freilich werden sie besonders scharf unter die Lupe genommen. Ein Abstinent rief mir einmal in einer öffentlichen Versammlung zu: „Wer auch nur ein Glas Bier trinkt, ist ein Säufer.“ Nach Kraut lautet das Motto einer amerikanischen Abstinentezeitung: „Die Mäßigkeit ist der kürzeste Weg zur Trunksucht.“ Nicht nur dies; bekannt ist ja der Ausspruch der Abstinente: „Die Mäßigen sind die Verführer.“ Richtig ist, daß man kein allgemein gültiges Maß für den Alkoholgenuß angeben kann. Aber man besitzt ja auch bei der Ernährung, beim Fleisch, beim Eiweiß usw. (siehe S. 97 ff.) keine Höchstmaße, die für jedermann zutreffen; bei freier Wahl sucht sich trotzdem die große Mehrheit der Menschen das für sie Richtige ohne weiteres heraus. Auch bei der Ernährung kommen Ausschreitungen, die zu Krankheiten führen, vor; diese Fälle sind freilich verhältnismäßig nicht sehr häufig, und sie sind, was betont werden muß, für ihre Umgebung im allgemeinen nicht gefährlich. Die meisten Menschen, die Alkohol genießen, halten sich in angemessenen Grenzen. Aber die Unmäßigen stellen den wirklichen Zahlen nach eine sehr große Schar dar. Es handelt sich hierbei um Menschen, deren Gesundheit durch den zu reichlichen Alkoholgenuß schon geschädigt oder schwer bedroht ist, die aber noch die Kraft hätten, der Gefahr zu entgehen, die sich noch beherrschen könnten, wenn sie von Ratgebern, denen sie Vertrauen schenken, auf ihren Leichtsinne wirkungsvoll hingewiesen werden, und wenn die Einflüsse ihrer Umwelt sie nicht zum Alkoholgenuß veranlassen. Die Trinker²⁾ endlich sind als Geistesranke zu bezeichnen;

¹⁾ Manche Abstinente, namentlich solche, die früher unmäßig getrunken haben, zeigen ein recht pharisäisches Verhalten, das gewöhnlich im Kampfe gegen den Alkoholismus mehr schadet als nützt.

²⁾ Orth äußerte sich folgendermaßen: „Wer ist ein Säufer? Vielfach wird der Ausdruck Säufer und Trinker gleichbedeutend gebraucht. Ich folge dem nicht, sondern unterscheide Säufer und Trinker. Säufer ist, wer sich gewohnheitsmäßig berauscht. Trinker ist, hier folge ich Professor

sie trinken, auch wenn sie nicht wollen, sie müssen, weil ihr Wille krank ist. Es gibt Trunksüchtige, welche die Anlage zu ihrer Krankheit ererbt haben; in vielen Fällen entsteht die Trunksucht aber im Anschluß an einen unmäßigen Alkoholgenuß. Anlaß zu einer sozialpathologischen Erörterung bieten mithin die Unmäßigen und die Trinker, bei denen eine Gesundheitsgefahr oder Krankheitszustände infolge von Alkoholmißbrauch vorliegen.

* * *

Die gesundheitlichen Schäden, die der Alkoholmißbrauch verursacht, sind mannigfaltiger Art. Zunächst ist zu betonen, daß er die berufliche Leistungsfähigkeit und Zuverlässigkeit beeinträchtigt. Zahlreiche Unfälle, besonders auch Betriebsunfälle, sind auf den übermäßigen Alkoholgenuß zurückzuführen. Fast alle Organe können durch ihn krankhaft verändert werden, besonders das Herz (Bierherz!), die Leber (Säuferleber!) die Nieren, die Nerven und das Gehirn; zuweilen entstehen auch schwere Störungen des Seelenlebens ohne nachweisbaren körperlichen Befund.

Statistische Angaben, welche über den Einfluß des Alkoholmißbrauches auf die Entstehung von Krankheiten unterrichten, sind zwar zahlreich vorhanden, aber sie sind nicht immer einwandfrei, so daß das ziffernmäßige Bild nicht ganz klar ist. Aus dem großen Zahlenstoff sei hier das Wichtigste und Zuverlässigste angeführt.

Der Alkoholismus als solcher befindet sich zwar weder bei den Krankheits-, noch bei den Invaliditäts-, noch bei den Todesursachen an einem der zwölf vordersten Plätze (siehe die Zeichnungen 22 bis 24 auf S. 348). Aber seinen verheerenden Einfluß auf die Volksgesundheit kann man doch einigermaßen statistisch erfassen.

Den Ergebnissen bei der Ortskrankenkasse Leipzig¹⁾ ist zu entnehmen, daß die Mitglieder, welche von den Kassenärzten als Potatoren bezeichnet wurden, bei allen Krankheitsarten zusammen durchschnittlich 2,6 mal soviel Krankheitsfälle und Krankheitstage aufwiesen wie die Allgemeinheit der männlichen Alkoholgenießer; auch die Sterblichkeit war bei den Mitgliedern, die Alkoholiker waren, doppelt so groß. Dagegen zeigten die Potatoren günstigere Ziffern bei den Infektionskrankheiten und vor allem bei der Tuberkulose. Aber es ist hierbei zu bedenken, daß die Alkoholiker besonders zahlreich in solchen Berufen vertreten sind, die große Körperkraft verlangen und bei der Tuberkulose niedrige Ziffern aufweisen. Es handelt sich offenbar bei den Potatoren um Männer, die von Hause aus im allgemeinen körperlich gut veranlagt sind.

Im Jahre 1914 hat der Pathologe Orth an dem Untersuchungsstoff der Berliner Charité dargelegt, „daß die sicherste Grundlage für die Beurteilung, die Leichenuntersuchung, den Beweis dafür geliefert hat, daß in der Tat die Alkoholiker der Tuberkulose gegenüber nicht nur nicht schlechter, sondern eher günstiger gestellt sind als die Allgemeinheit“. Und 1922 hat Seiffert Beobachtungen aus einer schlesischen Heilanstalt für Alkoholranke mitgeteilt, welche die Ergebnisse der Ortskrankenkasse Leipzig und die Feststellungen von Orth bestätigen. Es sei aber ausdrücklich bemerkt, daß auch von diesen Forschern keineswegs im Alkoholgenuß ein Schutz gegen die Tuberkulose erblickt wird. Ferner sei darauf hingewiesen, daß nach der englischen Todesursachenstatistik (siehe

Kräpelin in München, jeder, bei dem die Nachwirkung einer Alkoholgabe noch nicht geschwunden ist, wenn die nächste Gabe schon genommen wird. Nicht auf die Größe der Gabe, sondern auf die Wirkung kommt es an.“

¹⁾ Siehe Fußnote 2 S. 301.

Tafel 101 S. 326) die sogenannten Alkoholberufsarten bei allen Krankheitsgruppen und auch bei der Tuberkulose höhere Ziffern darbieten.

Der Alkoholismus spielt in der Statistik der öffentlichen und privaten Anstalten¹⁾ für Geisteskranke, Epileptiker, Idioten, Schwachsinnige und Nervenranke eine sehr große Rolle. Der Tafel 116 Seite 407 ist zu entnehmen, daß etwa der achte Teil aller männlichen Insassen dieser Anstalten an Alkoholismus litt; bei den Insassen weiblichen Geschlechts zeigte sich diese Krankheit nur selten. Daß aber der Alkoholmißbrauch nicht nur in der Form, die von den Irrenärzten als Alkoholismus bezeichnet wird, Geistes- und Nervenkrankheiten erzeugt, zeigt unsere Tafel 117 Seite 408. Man sieht, daß bei 238,2 unter je 1000 männlichen Insassen von Anstalten für Geisteskranke usw. Alkoholmißbrauch nachgewiesen wurde; bei den weiblichen Insassen handelte es sich allerdings nur um 32,6 ‰. Besonders zu beachten ist sodann, daß, nach Tafel 117, unter den wegen Alkoholismus aufgenommenen männlichen Kranken 21,07, unter den weiblichen 20,10 ‰ erblich belastet waren.

Erwähnt sei noch, daß, nach Orth, der Alkoholmißbrauch für die Entstehung der (wohl ausnahmslos durch Syphilis erzeugten) Paralyse zwar nicht die früher angenommene Bedeutung hat, daß aber „dem Alkohol wenigstens bei etwa 20 ‰ der Paralytiker eine mitwirkende Rolle zukommt“.

Daß der Alkoholmißbrauch mit dem außerehelichen Geschlechtsverkehr und dadurch mit der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten eng zusammenhängt, lehrt die ärztliche Erfahrung in hinreichendem Umfange, wengleich zahlenmäßige Feststellungen darüber, wie oft der im Übermaß genossene Alkohol als Kuppler wirkte und den Abscheu vor dem Dirnenwesen bei sonst nicht unsittlichen Männern beseitigte, fehlen.

Der Alkoholmißbrauch ist nicht nur für den eigenen Körper der Unmäßigen und Trinker gefährlich, er bedroht auch ihren Nachwuchs²⁾ (siehe S. 201). Weygandt hat bereits 1904 es als zweifellos erwiesen bezeichnet, daß mehr als 50 ‰ aller schwachsinnigen Kinder von trunksüchtigen Eltern stammen. Ausführlich hat M. v. Gruber den Einfluß des elterlichen Alkoholmißbrauchs auf den Nachwuchs dargelegt; aus diesen Angaben sei folgendes hervorgehoben:

„Die Schädigung des Nachwuchses erfolgt zum Teil unmittelbar durch die Giftwirkung des Alkohols, zum Teil mittelbar durch die von ihm verursachten Störungen des Familien- und Gesellschaftslebens. Der Alkohol vermag, ebenso wie alle anderen Organe, Gewebe und Zellen auch die Keimdrüsen, die Keimmutterzellen und die Keimzellen vorübergehend oder auf die Dauer zu schädigen. Es ist erwiesen, daß fortgesetzter Alkoholmißbrauch die Bildung lebens- und befruchtungsfähiger Keimzellen vorübergehend oder dauernd zu hindern, das Keimdrüsengewebe selbst zum Schwunde zu bringen imstande ist (Häufigkeit unfruchtbarer Begattungen, mehr oder weniger frühzeitig eintretende vollständige Unfruchtbarkeit, Abnahme der Begattungsfähigkeit der Trinker). Es ist ferner erwiesen, daß unter andauernder Einwirkung des Alkohols auf den Organismus Keimzellen gebildet werden können, welche, ohne ihre Befruchtungsfähigkeit verloren zu haben, krankhaft verändert sind. Es kann sein, daß nur ihre Lebensstärke vermindert ist, so daß die aus ihnen hervorgehenden Nachkommen lebensschwach sind, schon im Mutterleibe, bald nach der Geburt oder im frühen Kindesalter absterben oder zwar weiterleben, sich aber kümmerlich entwickeln. Es kann aber auch sein, daß ihre Qualität verändert ist, so daß die aus ihnen hervorgehenden Nachkommen schon von der Geburt an krankhafte Abweichungen, z. B. Mißbildungen, aufzeigen oder früher oder später während des Extrauterinlebens Krankhaftigkeiten, besonders Nerven- und Geisteskrankheiten,

¹⁾ Siehe „Ergebnisse der Heilanstaltsstatistik im Deutschen Reiche für die Jahre 1911 bis 1913 und 1914 bis 1916“, Medizinalstatist. Mitteil. a. d. Reichsgesundheitsamte Bd. 21, Berlin 1920.

²⁾ Allerdings entbehrt die Behauptung, die Töchter von Alkoholikern seien stillunfähig, der erforderlichen Unterlagen, wie schon auf S. 224 angeführt wurde.

entwickeln Die Alkoholvergiftung der Keimdrüsen und Keimzellen verursacht ohne Zweifel zumeist wieder ausgleichbare, sich nur auf eine oder wenige Generationen erstreckende Schädigung der Entfaltung des unverändert bleibenden Anlagenbestandes des Idioplasmas (Keimplasmas), des Genotypus; somit nur Veränderungen der in die Erscheinung tretenden Beschaffenheit der Nachkommen, ihres Phänotypus; sog. Modifikationen, welche in den folgenden Generationen wieder verschwinden, wenn diese nicht neuerdings der Alkoholvergiftung verfallen Kaum minder gefährlich als die unmittelbaren physischen Wirkungen des elterlichen Alkoholmißbrauches sind seine mittelbaren sozialen Wirkungen auf den Nachwuchs“

* * *

Wenden wir uns nunmehr den Einflüssen der kulturellen Umwelt auf den Alkoholmißbrauch zu.

Der Alkoholverbrauch eines Volkes hängt zunächst davon ab, in welchen Mengen (und zu welchen Preisen) der Alkohol zur Verfügung steht. Die Alkoholherstellung ist in den einzelnen Staaten je nach den landwirtschaftlichen Erzeugnissen und nach dem Stande der Technik sehr verschiedenartig. In unserer Zeichnung 35, die aus einer Arbeit des holländischen Statistikers Methorst stammt, ist der Alkoholverbrauch, wie er sich, berechnet auf den Kopf¹⁾ der Bevölkerung, in acht europäischen Staaten während der Zeit von 1885 bis 1909 gestaltet hat, veranschaulicht. Deutschland steht unter diesen Staaten nach den Niederlanden am günstigsten da, wenn man den Gesamtalkoholverbrauch ins Auge faßt. Dies Ergebnis beruht im wesentlichen darauf, daß Deutschland im Verhältnis zu Italien und Frankreich wenig Weinbau besitzt. Zieht man nur den Verbrauch von Bier bzw. Branntwein, also von den alkoholischen Getränken, zu deren Herstellung in Deutschland reichlich erzeugte Gewächse (Gerste, Kartoffeln) benutzt werden, in Betracht, so sieht man, daß Deutschland 1905 bis 1909 unter den acht berücksichtigten Ländern die dritt- bzw. zweitgrößten Zahlen aufwies.

Der Alkoholmißbrauch war schon in den ältesten Zeiten, wie die Geschichte lehrt, weit verbreitet. Eines der Gebote Buddhas lautet: „Du sollst keine berausenden Getränke trinken.“ Daß bei den Griechen alkoholische Ausschreitungen vorkamen, entnimmt man u. a. Vasenbildern, die zeigen, wie beim Symposion Hetären ihren sich übergebenden Freunden den Kopf halten. Die alten Germanen hielten Maß in den Genüssen der Liebe und auch im Essen, aber nicht gegenüber dem Durst; „Tag und Nacht durchzuzechen“, schreibt Tacitus²⁾, „gilt keinem als Schande“. Daß der Koran den Weingenuß verboten hat, ist allgemein bekannt. Wie weit in Deutschland während des Mittelalters und darüber hinaus bis in die Mitte des 18. Jahrhunderts der Alkoholmißbrauch ausgedehnt war, erkennt man aus den 1782 von J. P. Frank³⁾ veröffentlichten Schilderungen. Erwähnt sei auch, daß F. A. Mai⁴⁾ in seinen 1802 erschienenen Gesetzentwurf die Bestimmung aufnahm: „Jeder Betrunkene soll von der Polizeiwache sofort ergriffen und bis zum ausgeschlafenen Rausch im bürgerlichen Gewahrsam gefänglich verwahrt werden; demnächst drei Tage und Nächte bei bloßem Wasser und Brot seine mehr als viehische Unmäßigkeit abbüßen“. Von den deutschen Zuständen in den 60er Jahren des 19. Jahrhunderts erhält man ein Bild aus den 1870 veröffentlichten Darlegungen von E. Reich⁵⁾, wo es heißt:

¹⁾ Die Berechnung des Alkoholverbrauchs auf den Kopf der Bevölkerung würde nur dann einen einwandfreien Maßstab darbieten, wenn der Altersaufbau in allen verglichenen Staaten derselbe wäre, was jedoch nicht zutrifft. (Siehe S. 45.)

²⁾ Siehe Tacitus: „Germania“, übersetzt von M. Oberbreyer, Kap. 22.

³⁾ Siehe Literatur S. 122 Ziffer 11.

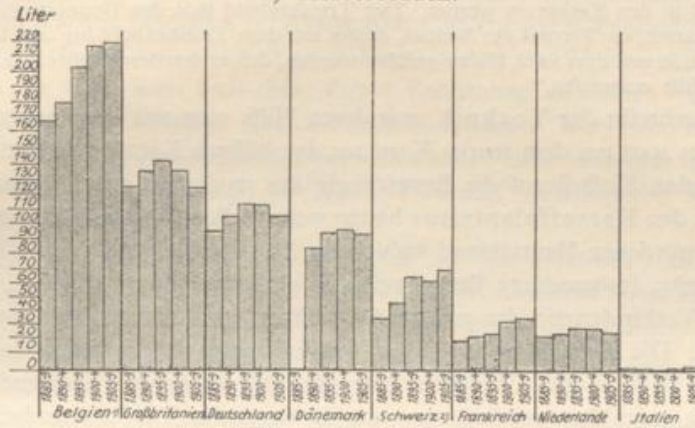
⁴⁾ Siehe S. 33 Fußnote 2.

⁵⁾ Siehe Literatur S. 8 Ziffer 11.

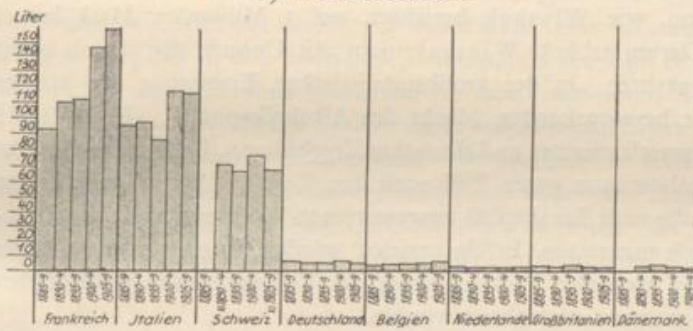
Zeichnung 35.

Alkoholverbrauch in acht europäischen Staaten 1885—1909.

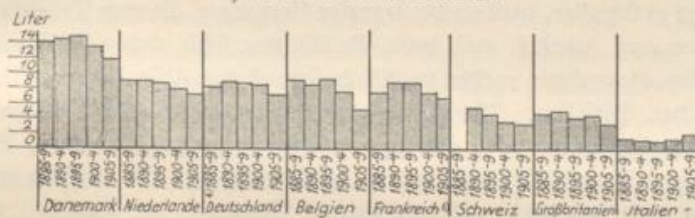
a) Bierverbrauch.



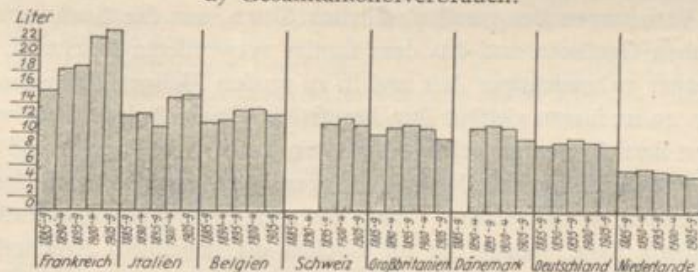
b) Weinverbrauch.



c) Branntweinverbrauch.



d) Gesamtalkoholverbrauch.



(Nach Methorst.)

„Nun aber handelt es sich davon, ob die Obrigkeit oder die Gesellschaft den Unmäßigen bestrafen soll. Die Obrigkeit besteht aus Menschen; viele von diesen sind selbst trunksüchtig und gefräßig. Wie kann also die Obrigkeit Unmäßige bestrafen, wenn sie Unmäßige in ihrer Mitte hat? Der Beamte der öffentlichen Sicherheit käme zum Trunkenbold, um diesen wegen seiner Unmäßigkeit zu verhaften und in den Kerker zu werfen. Der Trunkenbold läde den Beamten zu einer Flasche Wein ein; der Beamte, ein Freund des Weines, zechte mit dem Trunkenbold bis zum frühen Morgen und müßte am Ende von dem nach Hause geführt werden, den er arretieren sollte! Ja, es ist schwer, den Staat um Hilfe anzurufen.“

Wlassak schreibt der Technik, mit deren Hilfe man seit dem ersten Viertel des 19. Jahrhunderts statt aus dem teuren Korn aus den billigen Kartoffeln Spiritus herstellte, einen bedeutenden Einfluß auf die Entwicklung des modernen Alkoholismus mit Recht zu. Denn ohne den Kartoffelspirituss hätten weite Volksschichten in dem an Menschen so zahlreich gewordenen Deutschland wohl keine Möglichkeit gehabt, im Übermaß alkoholische Getränke, insbesondere Branntwein, zu genießen.

Aber das Vorhandensein der großen Alkoholmengen ist nicht allein maßgebend für den Verbrauch. Die Herstellung so großer Mengen richtet sich nach der Nachfrage. Die Nachfrage nach alkoholischen Getränken kann allerdings ebenso wie nach anderen Erzeugnissen künstlich vergrößert werden, wenn der Erzeuger das hierfür erforderliche Werbegeld aufwendet. Hieran läßt es das gewaltige deutsche Braukapital, das 1911 von einem Brauereifachmann, wie Wlassak berichtet, auf 3 Milliarden Mark berechnet wurde, nicht fehlen. Darum erblickt Wlassak nicht mit Unrecht die zurzeit wichtigste soziale Quelle der Trinksitten „in der großkapitalistischen Erzeugung der geistigen Getränke und der aus ihr hervorgehenden Macht des Alkoholkapitals“. Und Hindhede äußert sich auf Grund amerikanischer und dänischer Ergebnisse: „Beherrsche die Alkoholfabriken, und du beherrschest zum guten Teil auch den Tod.“ Aber ich halte es doch für ausgeschlossen, daß die vom Braukapital ausgeworfenen Werbesummen, die dazu dienen, zum Alkoholverbrauch anzureizen, Erfolg erzielen würden, wenn unsere sonstigen kulturellen Zustände in den weitesten Volksschichten das Verlangen nach alkoholischen Getränken nicht hervorrufen bzw. vermehren würden.

Die verschiedenartigsten kulturellen Umstände verführen zum übermäßigen Alkoholgenuß. Bald sind es freudige, bald sind es traurige Ereignisse, die zum Trinken veranlassen. Die einen greifen zum Alkohol, weil ihnen die Bildung fehlt, sich edle Freuden geistiger Art zu verschaffen, die anderen suchen im Alkoholgenuß eine Ablenkung von ihrer geistigen oder künstlerischen Tätigkeit. Übermäßig getrunken wird aus der Notlage heraus, aus Kummer und Sorgen, jedoch auch infolge von Üppigkeit und Übermut. Es gibt einen Elends- und einen Luxusalkoholismus. Man findet hier also, ähnlich wie beim Geburtenrückgang, viele und sich widersprechende Ursachen; sie stammen teils aus der wirtschaftlichen Ungunst, teils aus dem Mangel an Bildung, Erziehung und Pflichtbewußtsein, teils aus Verirrungen der gesellschaftlichen Sitten, aus der Sucht nach möglichst vielen körperlichen Genüssen und aus dem sinnlos verwendeten Reichtum.

Wenn Arbeiter zu unrichtiger Zeit und in zu großen Mengen alkoholische Getränke zu sich nehmen, so ist hierzu vielfach ihre Berufstätigkeit ein Anlaß. Regelwidrige Temperaturen in den Betriebsräumen, schwere Arbeiten, lange Arbeitszeiten und Staub lassen sich, wie viele irrtümlich meinen, leichter ertragen, wenn man, je nach der Witterung, Bier oder Branntwein zu sich nimmt. Auch die schlechten Wohnungszustände und die wenig schmackhafte Kost, welche die im Kochen oft ungeübten Arbeiterfrauen ihren Männern darbieten, verführen zum häufigen Wirtshausbesuch. Diese wirtschaftlichen

Mißstände erklären uns die psychologischen Vorgänge derjenigen Arbeiter, die sich dem übermäßigen Alkoholgenuß hingeben. Aber wir finden nicht weniger schwere, sondern oft noch schwerere alkoholische Ausschreitungen mit ihren gesundheitlichen Folgen in wohlhabenden Kreisen, besonders bei Akademikern, welche die studentischen Trinkunsitten auch dann noch pflegen, wenn sie sich schon längst in Amt und Würden befinden. Das gute Beispiel, das die Gebildeten kraft ihrer hohen Kenntnisse zu bieten verpflichtet sind, fehlt auf diesem Gebiete ganz. Das auf Seite 6 erwähnte Wort von Rubner: „Eine Hygiene für die oberen Zehntausend kenne ich nicht“, trifft hier ganz gewiß nicht zu. Gerade der Reichtum, besonders der „neue Reichtum“ will sich bei Trinkgelagen, je üppiger je lieber, ausleben.

Die Fragen, ob sich der Alkoholismus mehr bei den Arbeitern¹⁾ als bei den Wohlhabenden, mehr bei Gebildeten als bei Ungebildeten, mehr auf dem Lande als in den Städten findet, können nicht beantwortet werden, da es an entsprechenden zahlenmäßigen Angaben fehlt; aber es besteht kein Zweifel darüber, daß der Alkoholmißbrauch in den verschiedenartigsten Volksschichten stark verbreitet ist.

Nur während des Krieges wurden auch in diesen Kreisen die Trinkunsitten erheblich eingeschränkt, als es an Getränken mit friedensmäßigem Alkoholgehalt mangelte. Der Krieg erzeugte, wie sich Bonhöffer²⁾ ausdrückte, eine „Zwangsnüchternheit“. Die Folge hiervon war, daß in den deutschen Heilanstalten die Zahl der Deliranten und sonstigen Alkoholiker sich sehr stark verminderte. Aber von einem Zwang ist selten etwas Gutes für die Dauer zu erwarten. Als die Zwangswirtschaft bei der Herstellung alkoholischer Getränke gelockert wurde, zeigten sich sogleich die früheren Mißstände. Wie die französische Revolution zwar eine tausendjährige Monarchie zerbrach, jedoch die alten Modetorheiten weiterbestehen ließ (siehe S. 159), so setzte die Revolution vom Jahre 1918 zwar alle deutschen Fürsten ab, tastete aber den Thron des Königs Gambrinus nicht an.

* * *

Die wichtigste unter den Fragen, welche sich mit den Maßnahmen gegen den Alkoholmißbrauch befassen, lautet: Enthaltensamkeit oder Mäßigkeit? Soll überall und insbesondere im Deutschen Reich, wie z. B. in Finnland seit 1919 und in den Vereinigten Staaten von Amerika seit 1920, ein völliges Alkoholverbot³⁾ gesetzlich eingeführt werden? Die Antwort ist nicht leicht. Denn die Erfahrungen, die man, nach M. Küppersbusch, mit diesem Verbot hinsichtlich des Rückganges der Aufnahmen von Deliranten in die Heilanstalten gemacht hat, sind gut, wenngleich der Schmuggel

¹⁾ Bei der amtlichen Erhebung über die Wirtschaftsrechnungen von Wiener Arbeiterfamilien (siehe Fußnote 3 S. 88) wurde auch danach geforscht, welche Ausgaben für alkoholische Getränke erfolgten. W. Schiff (siehe Literatur S. 94 Ziffer 13 b) äußerte sich hierzu folgendermaßen: „Zunächst ist hervorzuheben, daß die Ausgabe für alkoholische Getränke den vierten Platz unter allen 20 Ausgabegruppen einnimmt und mit einem Durchschnitt von 123 Kr. pro Familie und 5% des Einkommens gleich nach den Ausgaben für Nahrungsmittel, für Wohnung und für Kleidung rangiert Welche Bedeutung diese Trinkgewohnheiten für die Wirtschaftsführung und Lebenshaltung zahlreicher Familien besitzen, beweist die Tatsache, daß bei der Mehrzahl der Familien, nämlich bei 70, die Alkoholausgaben mehr ausmachen als die Ausgaben für geistige Bedürfnisse, bei sechs Familien mehr als die Wohnungsmiete, bei zwei mehr als die Wohnungsmiete und die Ausgaben für geistige Bedürfnisse zusammengenommen.“

²⁾ Nach Angabe von Wlassak.

³⁾ Der Wortlaut des amerikanischen Gesetzes, übersetzt von Amtsrichter Bauer, ist in der Zeitschrift „Die Alkoholfrage“ 1921 Heft 3 und 4 wiedergegeben worden.

Fischer, Soziale Hygiene.

mit Alkohol blüht. Es ist auch auf die in der Schrift „Probleme der Friedenswirtschaft“ von Walter Rathenau¹⁾ enthaltene Mahnung hinzuweisen, daß wir den Gedanken der Enthaltensamkeit, die in den Vereinigten Staaten und in nordischen Ländern Wurzel gefaßt hat, im Auge behalten müssen, damit wir wirtschaftlich nicht hinter diesen Staaten zurückbleiben. Aber vom gesundheitlichen Standpunkte aus liegt ein zwingender Grund für das völlige Alkoholverbot²⁾ nicht vor. Dazu kommt, daß wir zufriedenstellende alkoholfreie Getränke noch nicht besitzen, und daß vor allem die Zahl der Abstinente, welche die „Trockenlegung“ fordern, im Deutschen Reich verhältnismäßig noch recht klein ist. Nach Angaben von Gonsler hat der 1903 gegründete (sozialdemokratische) Deutsche Arbeiter-Abstinenteubund in 80 bis 90 Ortsgruppen 3000 Mitglieder, darunter 25 bis 30% Jugendliche, so daß von den doch mindestens 3 Millionen sozialdemokratischen Arbeitern nur etwa 1/1000 enthaltensam ist. Der Verein abstinenter Ärzte des deutschen Sprachgebietes besitzt 320 Mitglieder; mithin ist noch nicht einmal 1% der Ärzte zur Enthaltensamkeit übergegangen. In anderen Volksschichten, namentlich in den Reihen der Jugendlichen, besitzen die Abstinente, die sich für die einzelnen Konfessionen, Berufsarten usw. besondere Vereine geschaffen haben, viele tausende, zumeist sehr rührige, oft sogar, wie schon erwähnt, fanatische Anhänger. Aber der von den Abstinente in der Öffentlichkeit ausgeübte Einfluß ist doch noch im Deutschen Reich sehr gering. Die weit überwiegende Mehrheit des deutschen Volkes ist der völligen „Trockenlegung“ nicht zugeneigt. Es muß jedoch betont werden, daß, nach den Erfahrungen ausländischer Staaten, die Anhängerschaft der Abstinente auch bei uns rasch erheblich wachsen kann. Wie das Internationale Büro zur Bekämpfung des Alkoholismus im Presse-Bulletin vom 26. XI. 24 mitteilt, ist in der Schweiz die Zahl der organisierten Abstinente in den letzten Jahren wesentlich gestiegen und beläuft sich jetzt auf mindestens 125000; und der Ausfall der neuesten Wahlen in den Vereinigten Staaten von Amerika hat deutlich gezeigt, daß die überwiegende Mehrheit des amerikanischen Volkes gewillt ist, das Alkoholverbot aufrechtzuerhalten und durchzuführen, da von den neugewählten Abgeordneten des Repräsentantenhauses 320 „trocken“ und nur 107 „naß“ sind.

Erforderlich ist, daß die Trinker, nachdem sie geheilt sind, jeglichen Alkoholgenuß vermeiden; ein solches Verhalten wird auch den Unmäßigen zu empfehlen sein. Hierbei ist, wie unzweifelhaft zugegeben werden muß, das Vorbild der Abstinente³⁾ von größtem Wert. Der Hinweis auf die Enthaltensamen, die ohne jeden Alkoholgenuß arbeitsfähig und lebensfreudig sind, wirkt heilsam. Daß in dieser Hinsicht die Abstinente größere Erfolge erzielen als die Befürworter der Mäßigkeit, kann nicht in Abrede gestellt werden.

Aber die große Masse der Menschen besteht, wie ja schon betont wurde, weder aus Trinkern noch aus Unmäßigen. Den Mäßigen darf man die geringen Alkoholmengen

¹⁾ Nach Angabe von H. Bogusat.

²⁾ Erwähnt sei, daß schon Oesterlen (siehe Literatur S. 154 Ziffer 26) betonte: „Überhaupt dringe man eher auf Mäßigkeit und auf unschuldigere Getränke als auf völlige Enthaltensamkeit.“ Hufeland wandte sich in seiner „Makrobiotik“ (5. Aufl., Reutlingen 1817, Teil II) nur gegen den Brantwein, nicht gegen Bier und Wein in mäßigen Mengen. Auch in der Denkschrift gegen den Alkoholismus, welche die Fachgemeinschaft deutscher Hygieneprofessoren in der Zeitschrift „Die Alkoholfrage“ 1923 Jahrg. 19 Heft 1 veröffentlichte, wird die völlige Enthaltensamkeit nicht verlangt.

³⁾ Nippe teilte 1913 mit, daß in der Königsberger Alkohol-Wohlfahrtsstelle acht früher entmündigt gewesene Trinker, die Abstinente geworden sind, als Helfer und sogar zum Teil als Vormünder von Trinkern wirken.

zubilligen. Es sind jedoch mannigfaltige Einrichtungen nötig, um zu verhüten, daß die Mäßigen nicht zu Unmäßigen werden.

Soweit es sich hierbei um Arbeiter und ihnen sozial Gleichgestellte handelt, werden alle Mittel, welche dazu dienen, die wirtschaftliche Lage der Unbemittelten, insbesondere die Verhältnisse auf den Gebieten des Nahrungs- und Wohnungswesens zu verbessern, auch helfen, den Alkoholmißbrauch zu vermindern. Von großem Wert wäre es, wenn der Alkoholgenuß in allen Fabriken und Werkstätten, auf Eisenbahnen und Fahrzeugen, bei Bauten, Straßenarbeiten usw. verboten und seitens der Betriebsleiter für alkoholfreie Getränke zu geringem Preise gesorgt werden würde. Zu fordern ist, daß für solche Getränke keine Steuer gezahlt werden muß.

Alle Volkskreise sind über die Gefahren des Alkoholmißbrauches schon in der Schule immer wieder und mit Nachdruck zu unterrichten. Die Jugend soll, wie schon betont wurde, keinen Alkohol erhalten. Wenn Aufklärung und Erziehung bewirken, daß dann viele auch im reifen Alter Enthaltensamkeit üben gegenüber dem Alkohol, vor dem sie einen Abscheu bekommen haben, wie die Kinder von Vegetariern vor dem Fleischgenuß, so ist dies nur zu begrüßen. Besonders wünschenswert wäre es, wenn möglichst viele innerhalb der akademischen Jugend sich von den Trinkunsitten ihrer Kreise abwenden und ihren Altersgenossen innerhalb der anderen Berufsschichten ein gutes Beispiel, wie man es von dem höheren Bildungsgrad erwartet, darbieten würden.

Aber nicht nur die Jugend, auch die Erwachsenen aller Berufskreise sind ständig über die verheerende Wirkung des übermäßigen Alkoholgenusses aufzuklären. Hierbei können auch die Mäßigkeitsvereine ersprießlich wirken. Hervorgehoben sei besonders die segensreiche Tätigkeit des 1883 unter dem Namen „Deutscher Verein gegen den Mißbrauch geistiger Getränke“ gegründeten Deutschen Vereins gegen den Alkoholismus, der eine Verpflichtung zur völligen Enthaltensamkeit von seinen Mitgliedern nicht, wohl aber bei Kindern und Jugendlichen, bei Alkoholkranken und solchen Personen, die in besonderem Maße gefährdet sind, und für die Arbeitszeit verlangt. Merkblätter, Flugschriften und Ausstellungen haben sich bei der Aufklärung als erfolgreich erwiesen. In dem § 258 des Gesetzes über das Branntweinmonopol vom 26. Juli 1918 (RGBl. Nr. 99) wurde bestimmt, daß 4 Millionen Mark „zur Bekämpfung der Trunksucht und ihrer Ursachen sowie zur Milderung der durch die Trunksucht herbeigeführten Schäden“ dem Reichskanzler zur Verfügung zu stellen sind. Infolge der Geldentwertung wurden dann Änderungen erforderlich, zugleich wurde im § 118 des Gesetzes über das Branntweinmonopol vom 18. April 1922 (RGBl. Nr. 30) vorgeschrieben, daß Geldmittel auch „zur Bekämpfung solcher, der Volksgesundheit drohenden Schäden, die mit dem Alkoholismus zusammenhängen, insbesondere zur Bekämpfung von Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten“, dem Reichsfinanzminister zur Verfügung zu stellen sind. An den erforderlichen Geldmitteln für die Aufklärung dürfte es daher jetzt nicht fehlen. Zu wünschen ist hierbei jedoch, daß die Belehrung 1. nicht fanatisch auf die völlige Enthaltensamkeit hinzielt, weil dies bei vielen abstoßend wirkt und eine dann mit großem Geldaufwand betriebene Abwehr des Braukapitals hervorruft, und 2. nicht einseitig sich lediglich auf die Schäden des Alkoholmißbrauchs beschränkt, sondern im Zusammenhang mit anderen hygienischen Fragen der gesamten Gesundheitspflege nutzbar gemacht wird.

Besonders zu betonen ist, daß mit der Belehrung allein der Alkoholmißbrauch nicht hinreichend erfolgreich bekämpft werden kann. Wir sehen ja viele Trinker und Unmäßige

auch in den Reihen solcher Berufsarten, die über die Wirkungen des übermäßigen Alkoholgenußes genügend unterrichtet sind. Es muß also noch die Stärkung des Pflichtbewußtseins hinzutreten; nicht nur die Ärzte, sondern vor allem die Seelsorger, aber auch die Leiter der Berufsvereine wie alle Volksführer müssen immer wieder dazu mahnen, daß es Pflicht eines jeden Staatsbürgers gegenüber seiner Familie und dem Staate ist, die Gesundheit nicht durch ein leichtsinniges und unwürdiges Verhalten zu untergraben.

Neben diesen umfassenden und grundlegenden Maßnahmen, mit denen der Alkoholmißbrauch zu bekämpfen ist, sind noch manche andere Einrichtungen geschaffen worden. Insbesondere hat man das Gasthauswesen umzugestalten versucht. Als ein Fortschritt ist hierbei das deutsche Notgesetz (sog. Reichsschankstättengesetz) vom 24. Februar 1923 (RGBl. Nr. 15) zu betrachten; in seinem § 5 wird das Verabfolgen von Branntwein in Gastwirtschaften und im Kleinhandel an Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie an Betrunkene verboten. Hervorzuheben ist sodann das sogenannte Gothenburger System, wonach der Wirt nicht auf einen möglichst großen Absatz alkoholischer Getränke angewiesen ist, sondern einen Vorteil von dem Verkauf alkoholfreier Getränke hat. Wirkungsvoll ist es auch, wenn die Polizeistunde in den Wirtschaften spätestens auf 11 Uhr festgesetzt wird. Als segensreich haben sich die jetzt zahlreich vorhandenen Trinkerfürsorgestellen, die gewissermaßen wie Festungen gegen den Feind Alkohol wirken, erwiesen; sie helfen nicht nur den Kranken, sondern unterstützen auch deren Familien mit Rat und Tat. Zur Behandlung der Trunksüchtigen wurden Trinkerheilanstalten geschaffen. Das Reichsversicherungsamt¹⁾ hat bereits 1906 den Trägern der Invalidenversicherung die Heilbehandlung Alkoholkranker in psychiatrisch geleiteten Trinkerheilstätten empfohlen; in der Tat sind vielfach derartige Kuren, und zwar mit gutem Erfolge, seitens der Landesversicherungsanstalten durchgeführt worden. Bemerkenswert sei auch, daß nach § 120 der RVO. trunksüchtigen Krankenkassenmitgliedern, die arbeitsunfähig sind, statt des Krankengeldes, das häufig vertrunken wird, Sachleistungen gewährt werden können. Von großem Wert ist es, daß an möglichst vielen alkoholfreien Verkaufsstellen im Winter für warme, im Sommer für kalte Getränke, die billig und schmackhaft sind, gesorgt wird.

Literatur: 1. P. Bauer: „Haben die Kampfmethoden der Abstinenten einen einwandfreien wissenschaftlichen und kulturellen Wert?“, Berlin 1910. — 2. Joh. Bergmann: „Geschichte der Nüchternheitsbestrebungen“, a. d. Schwedischen übersetzt v. R. Kraut, Halbband 1, Hamburg 1923. — 3. Bogusat: „Fürsorge für Alkoholranke“, Abhandl. i. „Gesundheit u. Wohlfahrtspf. i. Deutsch. Reich“, herausg. v. Möllers, Berlin 1923. — 4. R. Burckhardt: „Die Beziehungen der Alkoholfrage zur deutschen Arbeiterversicherung“, Berlin 1911. — 5. A. Delbrück: „Hygiene des Alkoholismus“, Weyls Handb. d. Hyg., 2. Aufl. Bd. 3 Abt. 4, Leipzig 1913. — 6. E. G. Dresel: a) „Die Ursachen der Trunksucht und ihre Bekämpfung durch die Trinkerfürsorge in Heidelberg“, Abhandl. a. d. Gesamtgeb. d. Kriminalpsych. Heft 5, Berlin 1921; b) „Sozialhygienische Auswirkung des Gesetzes über das Branntweinmonopol“, Klin. Wochenschr. 1922 Nr. 25. — 7. A. Elster: a) „Alkoholismus“, Art. i. Handw. d. Staatsw., 2. Aufl. Bd. 1, Jena 1921; b) „Das Konto des Alkohols in der deutschen Volkswirtschaft“, Hamburg 1922. — 8. A. Fischer: „Die Ausdehnung des Alkoholismus vor, in und nach dem Kriege“, Sozialhyg. Mitteil. 1921 Heft 4. — 9. Flaitz, gemeinsam mit Gonser: „Alkoholismus“, Art. i. Handw. d. Wohlfahrtspf., herausg. von O. Karstedt, Berlin 1924. — 10. M. v. Gruber: „Leitsätze über Alkoholismus und Nachwuchs“, Aufsatz in „Zur Erhaltung u. Mehrung der Volkskraft“, München 1918. — 11. R. Hercord: a) „Die ersten Ergebnisse des finnischen Alkoholverbotes“, Internat. Zeitschr. gegen d. Alkoholismus 1922 Heft 3 u. 4; b) gemeinsam mit A. Koller: „Internationales Jahrbuch des Alkoholvergners“, Lausanne 1923. — 12. M. Hindhede: „Sterblichkeit und Einschränkung des Alkoholver-

¹⁾ Siehe „Arbeiterversicherung und Alkoholismus“, Monatsblätter für Arbeitervers. 1912 Nr. 4.

brauchs“, *Sozialhyg. Mitteil.* 1922 Heft 1. — 13. **H. Hoppe**: „Die Tatsachen über den Alkohol“, München 1912. — 14. **M. Küppersbusch**: „Das Alkoholverbot in Amerika“, München 1923. — 15. **B. Laquer**: a) „Der Haushalt des amerikanischen und deutschen Arbeiters“, *Volkmanns Samml. Klin. Vorträge*, Leipzig 1906; b) „Einfluß der sozialen Lage auf den Alkoholismus“, *Abhandl. i. „Krankheit u. soziale Lage“*, München 1912. — 16. **H. W. Methorst**: „Toelichting op de grafiek betreffende het gemiddelde verbruik van bier, wijn en gedistilleerd en van het totale verbruik van alcohol in Nederland en de naburige landen sedert 1885“, Den Haag 1912. — 17. **Nippe**: „Fünf Jahre Trinkerfürsorge“, *Veröff. a. d. Geb. d. Medizinalverw.* Bd. 2 Heft 7, Berlin 1913. — 18. **Joh. Orth**: „Über die durch geistige Getränke im menschlichen und tierischen Körper verursachten Veränderungen“, *Die Alkoholfrage* 1918 S. 111 ff. — 19. **A. Pfeiderer**: „Bilderatlas zur Alkoholfrage“, 2. Aufl., Stuttgart 1922. — 20. **Schellmann**: „Trinkerfürsorge“, *Abh. i. Grundriß d. Gesundheitsfürsorge*, 2. Aufl., herausg. v. Baum, München 1923. — 21. **Seiffert**: „Alkohol und Tuberkulose“, *Die Alkoholfrage* 1922 S. 94 ff. — 22. **M. Vogel**: „Die Abnahme des Alkoholismus im Kriege“, *Öffentl. Gesundheitspfl.* 1921 S. 73 ff. — 23. **R. Wlassak**: a) „Grundriß der Alkoholfrage“, *Abhandl. i. Handb. d. Hyg.*, herausg. v. Rubner, Gruber, Ficker, Bd. 4 Abt. 3, Leipzig 1922; b) „Die Beobachtung der gesundheitlichen Alkoholschäden“, *Internat. Zeitschr. gegen d. Alkoholismus* 1922 Heft 1. — 24. **W. Weygandt**: „Verhütung der Geisteskrankheiten“, *Würzburger Abh. a. d. Gesamtgeb. d. prakt. Medizin* Bd. 4 Heft 6, Würzburg 1904. — 25. **K. Weymann**: „Welche gesetzgeberischen und Verwaltungsmaßnahmen sind für die Bekämpfung des Alkoholismus zu wünschen?“, *Sozialhyg. Mitteil.* 1921 Heft 1.

6. Nerven- und Geisteskrankheiten.

Unter dem Namen „Nerven- und Geisteskrankheiten“ werden zahlreiche und verschiedenartige Leiden zusammengefaßt; teils sind es schwere Krankheiten, bei denen der Geist völlig umnachtet ist, teils handelt es sich um leichtere Zustände, ja sogar um solche, die sich gegenüber dem Normalen in kaum erkennbarer Weise abheben. Verschiedenartig wie die Krankheitsbilder sind auch die Ursachen und Bedingungen für die Entstehung dieser Leiden; ungenügende Entwicklung der Zentralorgane vor der Geburt, Zerstörungen von Hirnteilen, Gifte, die von außen einwirken oder sich im Körper selbst bilden, einseitiges Wachsen von besonderen Seeleneigentümlichkeiten, plötzliche Änderungen der Umwelteinflüsse u. a. m. machen sich hierbei geltend. Man kann zwei Gruppen von Einflüssen unterscheiden: 1. die erbten nervösen Anlagen, 2. die äußeren Einwirkungen. Bei den letzteren kommen hauptsächlich Infektionen und Intoxikationen, die ihrerseits vielfach mit den kulturellen Verhältnissen zusammenhängen, sowie die unmittelbaren Einflüsse der Kultur in Betracht; aber auch bei den erbten Krankheitsanlagen spielen die kulturellen Zustände eine mehr oder minder große Rolle.

Unter den Krankheitsarten, mit denen wir uns hier zu befassen haben, ist die Psychopathie wegen ihrer Häufigkeit hervorzuheben. Die Psychopathen stellen die Grenzfälle geistiger Gesundheit und Krankheit dar; sie sind die Sorgenkinder in den Familien, das Kreuz für die Schullehrer und beschäftigten, wenn sie in die Zeit der Geschlechtsentwicklung eintreten, nur zu oft die Gerichte. Mönkemöller schildert ihre Eigenheiten folgendermaßen:

„Das Wesentliche dieser Zustände liegt in der Ungleichmäßigkeit der geistigen Entwicklung, auf deren Boden alle möglichen Charaktereigenschaften in der seltsamsten Mischung nebeneinander stehen. Die Sprunghaftigkeit dieser Charakterbildung zeitigt immer wechselnde Bilder und die verworrensten Verzerrungen des seelischen Ausdrucks. Viele Originale und Sonderlinge, die Unverstandenen, die Einspänner, die problematischen Naturen und andere auffällige Ausnahmereischeinungen sind fast ausnahmslos unter dem Gesichtswinkel der Psychopathie zu verstehen.“

Im Hinblick auf den verfügbaren Raum können hier unmöglich alle Arten der Nerven- und Geisteskrankheiten vom kulturhygienischen Standpunkte aus beleuchtet werden; wir können nur die wichtigsten Fragen erörtern.

Die Gesamtfrage, mit der wir uns zu befassen haben, lautet: Wie beeinträchtigt die Kultur die Häufigkeit der Nerven- und Geisteskrankheiten?

Bevor wir uns hiermit beschäftigen können, müssen wir uns ein Bild von der Verbreitung dieser Leiden zu beschaffen suchen. In der Statistik der Ortskrankenkasse Leipzig (siehe Zeichnung 22 S. 348) befinden sich die Nerven- und Geisteskrankheiten nicht unter den zwölf häufigsten Krankheitsursachen; bei den Todesursachen in Baden (siehe Zeichnung 24 S. 348) stehen die Krankheiten des Nervensystems an der neunten Stelle; bei den Invaliditätsursachen in Baden (siehe Zeichnung 23 S. 348) nehmen sie den siebenten bzw. zehnten Platz ein.

Die naheliegende Frage, ob die Zahl der Geisteskrankheiten, insbesondere in den letzten Jahrzehnten, sich vergrößert hat, wurde viel erörtert. Die Ziffer der Aufnahmen in den Irrenanstalten ist in den letzten Jahrzehnten stark gestiegen. Aber diese Anstaltsangaben müssen mit Vorsicht verwendet werden. Daß jetzt die Irrenanstalten viel häufiger aufgesucht werden als ehemals, hat manche Gründe: Die Sozialversicherung bietet vielen, für welche früher niemand die Kosten der Anstaltsbehandlung getragen hätte, ein Anrecht auf Verpflegung in öffentlichen Anstalten, das Urteil der Bevölkerung über die Anstalten, die jetzt trefflich eingerichtet sind, lautet heute anders als in früheren Zeiten, die engen Wohnungen in den Großstädten machen den Entschluß, einen Kranken in eine Anstalt zu verbringen, leichter, und das gleiche gilt für die Landbevölkerung, wenn mit Beginn des Frühjahrs alle verfügbaren Kräfte auf das Feld geschickt werden müssen, so daß niemand Zeit hat, sich um einen Geisteskranken zu kümmern. Diese und andere Gründe haben das Bedürfnis nach Irrenanstaltsplätzen vermehrt; aber ein Beweis für eine Zunahme der Geisteskrankenziffer ist hiermit nicht erbracht, so daß insbesondere ein Zeichen für eine fortschreitende Entartung diesem Zahlenstoff nicht zu entnehmen ist.

Bemerkt sei jedoch, daß sich aus der von A. Fischer¹⁾ veröffentlichten Invaliditätsursachenstatistik ein beträchtlicher Anstieg der Psychosen und Neurosen bei den Dienstboten in Baden ersehen läßt. Es wurden 1896 bis 1899 Invalidenrenten wegen Geisteskrankheiten an 15, wegen Epilepsie und verwandten Krankheiten an 4 Dienstboten erstmalig gezahlt, während 1905 bis 1909 die entsprechenden Zahlen 75 und 56 lauten. Da sich in diesem großen Umfange weder die Invaliditätsziffern im allgemeinen noch die Zahl der Dienstboten vergrößert haben, so darf gefolgert werden, daß Psychosen und Neurosen bei den badischen Dienstboten während der letzten Jahrzehnte häufiger geworden sind. Aber hieraus den Schluß auf eine fortschreitende Entartung zu ziehen, ist unstatthaft, da die in Rede stehenden Krankheiten nicht immer lediglich auf Vererbung, sondern oft auch auf äußeren Einflüssen beruhen dürften.

Die oben genannte Heilanstaltsstatistik²⁾ bietet immerhin einigermaßen einen Einblick in die Verbreitung der einzelnen Geisteskrankheiten. Aus unserer Tafel 116 ist zu ersehen, daß bei beiden Geschlechtern die einfache Seelenstörung die häufigste Krankheit darstellt; bei den männlichen Geisteskranken folgt dann, der Zahl nach, aber sogleich der Alkoholismus und dann die durch Syphilis erzeugte paralytische Seelenstörung, während bei dem weiblichen Geschlecht diese beiden Krankheitsarten bei weitem nicht so oft die Überführung in eine Heilanstalt veranlassen.

¹⁾ Siehe die Fußnote 5 S. 12.

²⁾ Siehe die Fußnote 1 S. 397.

Tafel 116.

Die in die öffentlichen und privaten Anstalten aufgenommenen Nerven- und Geisteskranken im Deutschen Reich 1902—04 und 1911—13 nach Krankheitsursachen.

Der Krankenzugang, berechnet auf je 10000 der Zivilbevölkerung um die Mitte jedes Jahres, betrug:

Krankheitsursachen	Männlich		Weiblich	
	1902—04	1911—13	1902—04	1911—13
Einfache Seelenstörung	4,68	5,76	4,71	6,09
Paralytische Seelenstörung	1,39	1,52	0,41	0,43
Imbecillität	1,00	1,38	0,60	0,87
Epilepsie	1,25	1,43	0,56	0,60
Hysterie	0,22	0,40	0,63	1,00
Neurasthenie	1,00	1,44	0,45	0,79
Chorea	0,01	0,02	0,02	0,04
Tabes	0,07	0,14	0,02	0,03
Andere Krankheiten des Nervensystems .	0,44	0,99	0,26	0,61
Alkoholismus	1,39	2,19	0,12	0,19
Morphinismus und andere narkotische Vergiftungen	0,11	0,11	0,04	0,04
Andere Krankheiten	0,54	0,81	0,51	0,85
Summe	12,12	16,20	8,33	11,54

(Nach Medizinalstat. Mitteil. a. d. Reichsgesundheitsamte Bd. 27, Berlin 1900.)

Unsere Tafel 117 unterrichtet darüber, wie viele von den Anstaltsinsassen unter 16 Jahre alt waren, bei wie vielen Erblichkeit, bei wie vielen Alkoholmißbrauch nachgewiesen wurde, und wie viele mit Tod abgegangen sind. Besonders zu beachten ist hierbei, daß bei beiden Geschlechtern nahezu gleich oft, nämlich in jedem vierten Fall, Erblichkeit nachgewiesen wurde; diese Zahl ist gewiß sehr groß, aber doch nicht so hoch, wie man aus manchen rassehygienischen Berichten vermuten könnte. Von diesen für alle in Betracht kommenden Geisteskrankheiten gültigen Durchschnittsziffern weichen die für die einzelnen Psychosen und Neurosen zutreffenden Angaben zum Teil wesentlich ab. Die Häufigkeit des Alkoholmißbrauchs bei den beiden Geschlechtern und bei den einzelnen Nerven- und Geisteskrankheiten wurde schon (S. 397) erörtert.

Es wurde oben bereits betont, daß die Anstaltsstatistik nur mit Vorsicht zu verwerthen ist, und dies aus mehreren Gründen. Vor allem ist zu bemerken, daß es an einer in allen deutschen Anstalten einheitlich durchgeführten Einteilung der Krankheitsformen fehlt. Nach Angabe von Römer wird in badischen Anstalten für statistische Zwecke eine übereinstimmende Gliederung benutzt, was sich bewährt hat; dies Beispiel sollte in ganz Deutschland nachgeahmt werden. Darüber hinaus könnte die Irrenstatistik erheblich verbessert werden, wenn, nach dem Vorschlage von Römer, die in allen Anstalten einzuführende Zählkarte folgende Angaben enthalten würde: 1. Familien- und Vorname, 2. Geburtszeit, 3. Geburtsort, 4. Familienstand, 5. Religionsbekenntnis, 6. Beruf und soziale Stellung nach dem bei der Berufszählung verwendeten Verzeichnis, 7. Wohnsitz, 8. Angabe, ob in dem betreffenden Gebiet oder überhaupt erstmals aufgenommen oder nicht, 9. Krankheitsform nach dem Vordruck einer zu vereinbarenden Einteilung.

Tafel 117.

Erblichkeit und Alkoholmißbrauch bei unter und über 16 Jahre alten, in Anstalten aufgenommenen Geisteskranken im Deutschen Reiche 1911 bis 1913 nach Krankheitsursachen.

Krankheitsursachen	Männlich				Weiblich			
	Von je 1000 wegen untenstehender Krankheit aufgenommenen Kranken			Von je 1000 abgegangenen Kranken sind mit Tod abgegangen	Von je 1000 wegen untenstehender Krankheit aufgenommenen Kranken			Von je 1000 abgegangenen Kranken sind mit Tod abgegangen
	waren unter 16 Jahre alt	wurde Erblichkeit nachgewiesen	Alkoholmißbrauch		waren unter 16 Jahre alt	wurde Erblichkeit nachgewiesen	Alkoholmißbrauch	
Einfache Seelenstörung	9,6	301,1	157,3	162,0	6,5	311,6	16,2	199,7
Paralytische Seelenstörung	2,5	145,0	80,9	462,8	5,8	163,6	44,0	453,2
Imbezillität, Idiotie und Kretinismus	378,6	345,8	82,5	188,2	365,5	327,1	20,9	235,9
Epilepsie mit und ohne Seelenstörung	107,9	299,7	230,1	167,8	154,1	280,4	26,0	272,5
Hysterie	40,9	200,3	150,8	4,7	26,9	232,4	21,6	8,9
Neurasthenie	7,0	166,4	46,7	2,3	6,2	173,9	6,3	2,2
Chorea	481,8	159,1	13,6	125,0	394,2	164,5	—	95,2
Tabes	—	60,3	50,5	44,5	6,0	48,3	15,1	78,5
Andere Krankheiten des Nervensystems	39,7	77,7	61,8	98,1	46,5	96,3	15,4	119,0
Alkoholismus	0,3	210,7	974,2	30,4	—	201,0	963,4	42,5
Morphinismus und andere narkotische Vergiftungen	1,0	119,6	108,8	19,5	—	81,9	42,2	22,6
Andere Krankheiten	31,3	37,6	51,9	64,5	37,3	47,1	6,3	58,6
Zusammen	51,9	233,2	238,2	145,3	48,6	254,7	32,6	164,9

(Nach Medizinalstatist. Mitteil. a. d. Reichsgesundheitsamte Bd. 21, Berlin 1920.)

Einen Maßstab für die Häufigkeit von Seelenstörungen stellt auch die Selbstmordstatistik dar. Denn bei den Selbstmördern handelt es sich zumeist, wenn nicht immer, um Kranke. Gaupp fand unter 124 in die Münchener Psychiatrische Klinik verbrachten Selbstmordkandidaten nur eine einzige Person psychisch gesund, und dies war ein 21 jähriges Dienstmädchen im achten Monat der Schwangerschaft. Die amtliche Statistik¹⁾ lehrt nun, daß im Deutschen Reich auf 100000 Einwohner im Jahre 1893 nur 21,2, im Jahre 1913 dagegen 23,2 Selbstmörder zu verzeichnen waren. Das weibliche Geschlecht weist hierbei weit geringere Ziffern auf als das männliche; aber der in den beiden letzten Jahrzehnten vor dem Weltkrieg festgestellte Anstieg ist nur dadurch hervorgerufen, daß die Zahl der Selbstmorde bei dem weiblichen Geschlecht sich vergrößert hat. Während des Weltkrieges ist die Ziffer der Selbstmorde auf 15,7 unter 100000 Einwohnern gesunken, im Jahre 1921 belief sie sich auf 20,7. Von den für das ganze Reich geltenden Durchschnittszahlen weichen die Ergebnisse in den einzelnen Staaten und Staatsgebieten erheblich ab.

¹⁾ Vierteljahresschrift z. Statist. d. Deutschen Reiches 1913 Heft 1 sowie Stat. Jahrb. f. d. Deutsche Reich 1923, Berlin 1923.

Auch gegenüber der Selbstmordstatistik ist Vorsicht geboten; denn gezählt werden hierbei naturgemäß nur die gelungenen Selbstmordfälle. Ob aber ein Selbstmordversuch gelingt, hängt zumeist von mannigfaltigen Zufällen ab.

* * *

Aus den vorstehenden Angaben ersieht man schon, daß die Statistik der Nerven- und Geisteskrankheiten noch recht mangelhaft entwickelt ist. Es ist aber vor allem noch darauf hinzuweisen, daß die Ziffer der unzweifelhaft ein großes Heer bildenden Psychopathen nicht festgestellt und auch nicht feststellbar ist.

Zahlreiche Einflüsse der kulturellen Umwelt wirken auf die Ausdehnung der Nerven- und Geisteskrankheiten ein. Dies gilt naturgemäß für alle Zeiten, nicht nur für die Gegenwart. Aber je nach den kulturellen Besonderheiten in den einzelnen Zeitabschnitten ergeben sich Verschiedenheiten bei der Art der Psychosen und Neurosen. Hoche führt z. B. als psychische Epidemien, die für das Mittelalter bezeichnend sind, an: Volksbewegungen der Flagellanten, Tanzkrankheit¹⁾, Judenverfolgungen, Kinderkreuzzüge, Kometenfurcht, epidemische Teufelsbesessenheit¹⁾.

Wer hat nicht in unserer Zeit, während des Weltkrieges und nach dem staatlichen Zusammenbruch, in breiten Volksschichten seelische Äußerungen beobachtet, die nur als durch die politischen Vorgänge hervorgerufene Psychosen aufzufassen sind? Allerdings sollte man, nach dem Vorbilde von Pelman²⁾, bei vielen dieser psychischen Absonderlichkeiten nicht von epidemischem Wahnsinn, sondern von epidemischem Unsinn reden. Um einen solchen Unsinn handelt es sich auch bei den vielen Menschen, die sich, nicht etwa aus wissenschaftlichen Gründen, sondern aus Vorliebe für das Ungewöhnliche und Geheimnisvolle, mit Okkultismus, Spiritismus usw. befassen.

Eine für unsere Zeit typische Krankheit ist die traumatische Neurose. Es handelt sich hierbei um Beschwerden, die ein Verletzter empfindet, ohne daß ein objektiver Befund vorliegt. Offenbar wird diese Krankheit durch die Aussicht, eine Geldentschädigung zu erhalten, erzeugt. Erst seitdem das Unfallversicherungsgesetz bei vorhandener Erwerbsbeschränkung eine Rente zusichert, häuften sich die Fälle von traumatischer Neurose. Es sei jedoch bemerkt, daß sich die traumatische Neurose nicht nur bei Arbeitern, sondern auch bei sonstigen Verletzten, die auf eine Rente, z. B. nach Eisenbahnunfällen, rechnen, findet. Die zahlreichen Kriegsneurosen hingen häufig mit dem Wunsch, nicht mehr ins Feld geschickt zu werden, zusammen.

Weitere kulturelle Einwirkungen machen sich bei Psychosen und Neurosen im Zusammenhang mit dem Alkoholismus und den Geschlechtskrankheiten geltend, worüber in den beiden vorangegangenen Abschnitten bereits berichtet wurde.

Daß unser Verkehrs- und Wirtschaftsleben viel zu der Ausdehnung der Geistes- und Nervenkrankheiten beiträgt, ist unzweifelhaft. Man denke nur an den Lärm in den Straßen der Großstädte, auf Bahnhöfen, in Fabriken und an die geistige Anspannung in dem vielfach rücksichtslos geführten Wettbewerb. Dazu kommt, daß bei zahlreichen Menschen der Einfluß von Religion und Moral gesunken ist, und daß die Sucht

¹⁾ Manche dieser epidemischen Psychosen sind von zeitgenössischen Künstlern in Bildern veranschaulicht worden. Hingewiesen sei z. B. auf ein Bild in einem aus dem 10. Jahrhundert stammenden Gebetbuch des Kaisers Otto III.; hier sieht man eine ganze Schar von Besessenen. Pieter Brueghel d.Ä. (16. Jahrh.) hat eine Reihe von Tanzwütigen dargestellt.

²⁾ Pelman: „Psychische Grenzstände“, Bonn 1909 (nach Angabe von Hoche).

nach nervenaufreizenden Schaustücken, nach den Tempeln der Venus und den Hallen des Gambrinus sich ständig vergrößert. Aber zahlenmäßige Angaben darüber, wie diese Zustände die Verbreitung der Nerven- und Geisteskrankheiten fördern, sind nicht vorhanden.

Wertvoll ist eine amtliche badische Übersicht¹⁾ über die in den Jahren 1904/10 erstmals in eine geschlossene staatliche Anstalt untergebrachten Geisteskranken, weil hier die Kranken nach dem Religionsbekenntnis und der Berufszugehörigkeit gegliedert wurden. Die wichtigsten Ergebnisse seien hier angeführt:

„Die Auszählung nach dem Religionsbekenntnis hat zu folgenden Ergebnissen geführt: Es entfallen auf 1000 Katholiken 3,7, auf 1000 Evangelische 4,2, auf 1000 Israeliten 7,6 und auf 1000 Anhänger sonstiger Bekenntnisse 8,6 Geistesranke. Demnach sind die Israeliten erheblich stärker gefährdet als die Christen, bleiben aber hinter den Angehörigen der Sekten zurück. Die höhere Erkrankungsziffer der Evangelischen im Gegensatz zu den Katholiken ist vermutlich auf die verhältnismäßig stärkere Beteiligung der ersteren an den stärker gefährdeten freien Berufsarten zurückzuführen. Die höchste Erkrankungsziffer weisen die Anhänger der Sekten auf; bei einem Teil der letzteren ist nach dem Urteil namhafter Irrenärzte die Sektenzugehörigkeit nicht selten die Folge der geistigen Erkrankung bzw. der abnormen geistigen Veranlagung . . .

Setzt man die auf jede Berufsabteilung entfallende Zahl von Kranken ins Verhältnis zur Gesamtzahl der entsprechenden Berufszugehörigen, wie sie nach der Berufs- und Betriebszählung vom 12. Juni 1907 vorliegen, so ergibt sich folgendes Bild: Auf 1000 der betreffenden Berufsabteilung angehörende Personen kommen Geistesranke in der Landwirtschaft 4,1 (und zwar 4,6 beim männlichen und 3,6 beim weiblichen Geschlecht), in Gewerbe und Industrie 8,4 (7,2 bzw. 12,1), im Handel und Verkehr 10,6 (9,9 bzw. 12,1), bei den freien Berufsarten 12,1 (8,5 bzw. 25,3).

Danach sind von allen Berufsarten die Land- und Forstwirtschaft am wenigsten, die freien Berufe sowie Handel und Verkehr am meisten durch geistige Erkrankung gefährdet; in der Mitte steht die Berufsabteilung Gewerbe und Industrie. Dieses Ergebnis erscheint im Hinblick auf die die Angehörigen der freien Berufe bedrohende geistige Überanstrengung besonders beim männlichen Geschlecht ohne weiteres verständlich, wird aber auch durch die hohe Ziffer von Neurasthenie, einfacher Seelenstörung und Gehirnerweichung, die sich bei Angehörigen der freien Berufsarten findet, bestätigt. Der Alkoholismus, der beim männlichen Geschlecht bekanntlich häufiger als beim weiblichen vorkommt, steigt von der durchschnittlichen Verhältniszahl von 0,9⁰/₁₀₀ bei den Männern auf 3,7⁰/₁₀₀ in der Berufsabteilung Handel und Verkehr, bei welcher die Schankwirtschaften eingereicht sind. Der angeborene Schwachsinn (Imbezillität) erreicht seine höchste Ziffer (0,8⁰/₁₀₀) bei den unselbständig Erwerbstätigen in der Landwirtschaft, während er bei den in den freien Berufen selbständig Erwerbstätigen mit 0,06 am seltensten vorkommt. Die Erkrankungsziffer an Morphinismus, die für das männliche Geschlecht 0,03⁰/₁₀₀ beträgt, steigt bei den selbständig Erwerbstätigen in den freien Berufen auf 0,7⁰/₁₀₀; in Betracht kommen hierfür fast ausschließlich nur Ärzte.

Bemerkenswert ist die starke Gefährdung des weiblichen Geschlechts bei den freien Berufsarten (25,3 auf Tausend) und in Gewerbe und Industrie (12,1); es sind die Näherinnen, Schneiderinnen, Büglerinnen, Kontoristinnen, Maschinenschreiberinnen, deren Erkrankungsgefährdung besonders groß ist.“

Zu diesen gewiß beachtenswerten Angaben ist jedoch zu bemerken, daß auch sie nur mit Vorsicht zu verwenden sind. Denn es ist möglich, daß bei Angehörigen der einen Berufsabteilung die Überweisung in eine Irrenanstalt häufiger durchführbar ist als bei einer anderen. Dazu kommt, daß die größere Zahl der Geisteskrankheiten bei einer bestimmten Berufsabteilung, z. B. bei den freien Berufsarten, nicht unbedingt ein Zeichen für die schädlichere Berufsarbeit zu sein braucht; sicherlich haben viele, deren geistige Eigenschaften sie für den freien Beruf fähig erscheinen ließen, eine Anlage zu psychischen Erkrankungen besessen. Erinnert sei an den Zusammenhang von Genie und Irrsinn.

Anzuführen ist nun noch, welche Einflüsse die Wohlhabenheit auf die Nerven- und Geisteskrankheiten ausübt. Nach der Bremer Statistik²⁾ ist zwar im Alter von 30

¹⁾ Siehe Statist. Mitteil. u. d. Großh. Baden 1913, Oktober.

²⁾ Siehe Tafel 108 S. 350.

bis 60 Jahren die Sterblichkeit an Gehirnschlag und sonstigen Krankheiten des Nervensystems bei den Wohlhabenden geringer als bei dem Mittelstand, und bei diesem geringer als bei den Ärmeren, aber nach der Statistik der Gothaer Lebensversicherungsbank¹⁾ ist die Sterblichkeit infolge von Krankheiten des Gehirnes und Geisteskrankheiten bei den mit den kleinsten Summen Versicherten niedriger als bei den mit den mittleren Summen Versicherten, und bei diesen kleiner als bei den mit den höchsten Summen Versicherten.

Hingewiesen sei hier auch darauf, daß, wie auf S. 342 dargelegt wurde, die Eisenbahnbeamten häufiger an Nervenkrankheiten leiden, als die Eisenbahnarbeiter. Die gleichen Unterschiede zeigten sich zwischen den Angestellten und Arbeitern in Handelsbetrieben²⁾.

Manche der vorstehenden Angaben veranlassen die Frage, ob die in gewissen Berufen und sozialen Schichten stärker zutage tretende geistige Arbeit, insbesondere die geistige Überanstrengung, zu Nerven- und Geisteskrankheiten führt. Hoche äußerte sich hierzu folgendermaßen:

„Der Gedanke liegt ja so nahe, daß Strapazen des Denkkorgans schließlich zu einer Erkrankung führen könnten. Dieser Gedanke befriedigt in seiner unmittelbar einleuchtenden Art am ersten das Bedürfnis nach Verständnis; aber er ist nicht richtig; die ärztliche Erfahrung bestätigt ihn nicht. Etwas anderes ist es, wenn geistige Leistungen unter Gemütserschütterungen, Schlafmangel und ungenügender Ernährung vollbracht werden; dann allerdings können psychische Erschöpfungszustände eintreten. Auch an die üblen Folgen der sogenannten Überbürdung unter unseren heutigen durchschnittlichen Schulverhältnissen glaube ich nicht. Die Heranwachsenden, die den höheren Schulen erliegen, waren von vornherein zum Erliegen bestimmt und nicht geeignet für diesen Bildungsweg. Jedenfalls habe ich, so wenig wie andere Nervenärzte, jemals gesehen, daß ein normal veranlagter Mensch durch den Unterricht an sich geisteskrank geworden wäre.“

Es bleibt schließlich zu erörtern, ob und in welcher Weise Sexualvorgänge auf die Verbreitung von Nerven- und Geisteskrankheiten einwirken. Auf die Maternitätsneurosen wurde schon oben (S. 220) hingewiesen. Die Frage, ob die infantile Erotik, die nach Ansicht des Wiener Psychoanalytikers Freud und seiner Schüler eine so große Rolle spielt, einen wesentlichen Einfluß auf die Entstehung von Krankheiten ausübt, ist noch ungelöst. Bemerket sei, daß, wie Meirovsky fand, von den 5 bis 8 Jahre alten Kindern bereits 4%, von den 10 bis 11 Jahre alten schon 9,2% und von den 14 bis 15 Jahre alten 73% der Masturbation ergeben waren, und daß nach dem 15. Lebensjahr nur noch wenige verschont blieben; bei 23% zeitigte die Onanie schädliche Folgen. Über den Zusammenhang der Masturbation mit Krankheitserscheinungen äußert sich Gruhle folgendermaßen:

„Vor der Onanie habe man nicht allzuviel Angst. Es gibt wenige Männer, die nicht in ihrer Jugend einmal vorübergehend onaniert haben. Hier schädigt nur das Übermaß, aber auch dieses führt niemals, wie leider noch vielfach geglaubt wird, zu Rückenmarkskrankheit und geistigem Siechtum. Wenn doch einmal ein Junge exzessiv onaniert, so wird er nicht dadurch psychopathisch, sondern er verfällt dieser Sucht in diesem Grade, weil er psychopathisch ist.“

* * *

H. Reiter, der bei den Kindern der Rostocker Hilfsschule die endogenen (ererbten) und exogenen (aus der Umwelt stammenden) Einflüsse auf den Schwachsinn geprüft und gefunden hat, daß der Vererbung die größte, allen anderen in Betracht gezogenen Einwirkungen aber nur eine geringe oder gar keine Bedeutung zukommt, gelangte zu dem Schluß, daß es unmöglich ist, den Schwachsinn zu verhüten, und daß die Hoffnung, durch

¹⁾ Siehe Literatur S. 353 Ziffer 5.

²⁾ Siehe „Geschäftsbericht pro 1911 der Ortskrankenkasse für den Gewerbebetrieb der Kaufleute, Handelsleute und Apotheker zu Berlin“.

Besserung der sozialen Umwelt oder Bekämpfung der verschiedenen Krankheiten etwas auf diesem Gebiete zu erreichen, keineswegs begründet erscheint. Wir müssen nun erörtern, wie weit die Ansicht auch gegenüber den sonstigen Nerven- und Geisteskrankheiten gilt, und mit welchen Maßnahmen man diese Leiden verhüten und die Kranken, soweit als möglich, bessern könnte.

Daß die Vererbung eine große Rolle bei den Nerven- und Geisteskrankheiten spielt, haben wir der Tafel 117 entnommen. Aber wenn auch den Kranken, die ihr Leiden ererbt haben, schwerlich zu helfen ist, so lassen sich doch Einrichtungen schaffen, daß die Zahl dieser ererbten Krankheiten geringer wird.

Wir haben bereits auf Seite 214 die Unfruchtbarmachung der geistig Minderwertigen erwähnt. Hierzu sind noch einige ergänzende Mitteilungen anzuführen.

Das sächsische Landesgesundheitsamt¹⁾ hat am 7. Mai 1924 einen Gesetzentwurf, betreffend die Unfruchtbarmachung Geisteskranker, Schwachsinniger und Verbrecher aus Anlage unter Erhaltung der Keimdrüsen beraten und angenommen. Dieser Entwurf ist von den sächsischen Ministerien des Innern und der Justiz an das Reichsministerium befürwortend weitergegeben worden.

Mit Rücksicht auf die strittige Rechtslage schlägt das sächsische Landesgesundheitsamt vor, im Strafgesetzbuch für das Deutsche Reich Abschnitt 17 (Körperverletzung) soll hinter § 224 folgendes eingefügt werden:

„Eine strafbare Körperverletzung liegt nicht vor, wenn durch einen Arzt zeugungsunfähig gemacht worden ist, wer an einer Geisteskrankheit, einer dieser gleichzuachtenden anderen Geistesstörung oder an einer betätigten schweren verbrecherischen Veranlagung leidet oder gelitten hat, die nach dem Gutachten zweier hierfür amtlich anerkannter Ärzte mit großer Wahrscheinlichkeit schwere Erbschädigungen seiner Nachkommen erwarten läßt.

Der Eingriff muß mit seiner Einwilligung oder bei Unmündigen mit Einwilligung des gesetzlichen Vertreters und in beiden Fällen mit Zustimmung des Vormundschaftsgerichts vorgenommen worden sein. Als Gutachter können nur gelten ein Psychiater und ein in Eugenik und Rassehygiene erfahrener Arzt.“

Die Unfruchtbarmachung, durch welche die Verbreitung von vererbaren Geisteskrankheiten, des Schwachsinn und verbrecherischer Anlagen verhütet werden soll, kommt, wie es in der Begründung des Gesetzentwurfs heißt, in Frage vor allem bei: nachgewiesener Dementia praecox, manisch-depressivem Irresein mit schweren klinischen Erscheinungen, Epilepsie mit deutlicher Gradausprägung, schwer entarteten Alkoholikern, schwerer degenerativer konstitutioneller Psychopathie, angeborenem Schwachsinn aus inneren Ursachen mit deutlicher erheblicher Gradausprägung und schweren Anlageverbrechern.

Zunächst soll, nach dem Gesetzentwurf, die Sterilisierung nicht zwangsweise, sondern freiwillig erfolgen. Bei nicht geschäftsfähigen Erbminderwertigen und Geisteskranken müßte deren gesetzlicher Vertreter zustimmen. Um jeden Mißbrauch zu verhüten, soll in jedem Fall für die Unfruchtbarmachung die Zustimmung des Gerichts, das einen Irrenarzt und einen in der Rassehygiene erfahrenen Arzt zu hören hat, erforderlich sein.

Diesen Gesetzentwurf hat der sächsische Amtsarzt Boeters²⁾ angeregt. Allerdings ist Boeters in seinen Forderungen viel weiter gegangen als das Landesgesundheitsamt. Die Vorschläge Boeters wurden im „Ärztlichen Vereinsblatt“ lebhaft erörtert und zum Teil bekämpft.

¹⁾ Nach einer Mitteilung in der Deutsch. med. Wochenschr. v. 25. VII. 24.

²⁾ Siehe „Ärztliches Vereinsblatt“ 1924 Nr. 1297; vgl. auch dazu die Erörterungen in den Nummern 1298—1305.

Man kann in Zweifel sein, ob mit einem Gesetz, das sich auf den freien Willen der in Betracht kommenden Kreise stützt, etwas erreicht werden wird, und es wird auch von mancher Seite bestritten, daß ein solches Gesetz gerechtfertigt ist. Beachtenswert ist vor allem die Ansicht des Berliner Psychiaters K. Bonhöfer, die wir bereits auf Seite 214 wiedergegeben haben.

Trotz dieser und anderer Einwände verdient der Gesetzentwurf volle Beachtung und sollte in allen deutschen Gliedstaaten eingehend erörtert werden.

Unbedenklicher als die operative Unfruchtbarmachung wäre, wie bereits auf Seite 215 bemerkt wurde, die Asylierung (Verwahrung). Hierüber sei noch folgendes mitgeteilt: Seitens der Zentrumsparlei wurde am 6. Juni 1924 (Reichstagsdrucksache Nr. 198) ein Verwahrungsgesetzentwurf verlangt, „nach welchem Personen, die wegen geistiger Minderwertigkeit nicht nur eine Gefahr für die Allgemeinheit bedeuten und meist selbst elend zugrunde gehen, sondern auch dem Staat und den Kommunalverbänden fortgesetzt erhebliche Ausgaben auferlegen, nicht mehr in Gefängnissen, Arbeitshäusern, Irrenhäusern usw. untergebracht oder der Landstraße oder der Prostitution überlassen, sondern in menschenwürdiger Weise verwahrt werden, unter produktiver Verwertung ihrer oft beachtenswerten Leistungsmöglichkeiten“. Ein „Entwurf eines Verwahrungsgesetzes“ wurde bereits 1921 von H. Maier veröffentlicht und begründet.

Um die Nerven- und Geisteskrankheiten, die auf äußere Einflüsse zurückzuführen sind, zu verhüten, müssen die oben beleuchteten Umweltschäden nach Möglichkeit vermieden werden. Es gilt, den Alkoholismus und die Syphilis zu bekämpfen, die Großstadtzustände zu verbessern, das Luxusleben einzudämmen, vor der Unmoral zu warnen, die Neigung zum Mystizismus zu beseitigen und den politischen Unruhen ein Ende zu setzen.

Zu den durch die politischen Unruhen erzeugten Gefahren hinsichtlich der Verbreitung von Nerven- und Geisteskrankheiten sei noch angeführt, was Hoche 1910 dargelegt hat: „Jede Generation hat das störende Gefühl der inneren gefühlsmäßigen Zwispältigkeit zwischen Altem und Werdendem gehabt, fast jede Zeit sich als eine unruhige Zeit des Überganges gefühlt.“ Hoche erwähnt dann weiter eine Stelle aus einem 1836 von Alfred de Musset veröffentlichten Roman, die lautet: „Toute la maladie du siècle présent vient de deux causes: le peuple qui a passé par 93 et par 1814 porte au coeur deux blessures. Tout ce qui était, n'est plus; tout ce qui sera, n'est pas encore. Ne cherchez pas ailleurs le secret de nos maux.“ Ich meine, daß diese Worte des französischen Schriftstellers auch für die gegenwärtigen Zustände im Deutschen Reiche gelten. Unser Volk befindet sich seit 1914 bis auf den heutigen Tag in einer Erregung, wie sie die gegenwärtige Generation vorher nicht gekannt hat: Wir leiden darunter, daß nicht mehr ist, was war, und daß noch nicht da ist, was kommen wird. Alles, was dazu dient, ruhige und dauernde politische Zustände zu schaffen, wird auch zur Verhütung von Massenpsychosen beitragen. Aber die geschichtlichen Hinweise von Hoche gewähren einen gewissen Trost, da sie lehren, daß auch frühere Generationen sich in ähnlicher Lage wie wir befunden haben, und daß die Gefahren für die Volksgesundheit nicht in dem Maße, wie man gefürchtet hatte, eingetreten sind.

Es muß jedoch nicht nur dahin gestrebt werden, Nerven- und Geisteskrankheiten zu verhüten, es müssen auch, im Sinne der sozialen Psychiatrie, Maßnahmen geschaffen werden, um die Erkrankten möglichst frühzeitig als solche zu erkennen und durch geeignete

Behandlung zu heilen. Zu diesem Zwecke müssen Beratungsstellen, vor allem im Zusammenhang mit den Irrenanstalten und Irrenkliniken, ins Leben gerufen werden. Es handelt sich hierbei, wie Römer 1921 mitteilte, um einen alten Wunsch, der aber nur vereinzelt verwirklicht wurde. Nach Angabe von Bundt entstand in Halle a. S. 1916 unter Leitung von dem Psychiater Anton eine Beratungsstelle für geistig abgeartete Kinder. Zugleich ist eine psychiatrische Aufklärungsarbeit erforderlich, „um das allgemeine Vorurteil gegen alles, was mit der Irrenanstalt zusammenhängt“, zu beseitigen. Vor allem ist darauf hinzuweisen, daß durch frühzeitige Aufnahme in die Irrenanstalten, die über alle Mittel der Behandlung verfügen, Selbstmorde und Verbrechen verhütet werden.

Des weiteren muß für eine gute Pflege und Behandlung der Irren in den Anstalten gesorgt sein. Daran fehlt es jedoch wohl heutzutage in keinem Kulturstaate. Nötig ist dann aber auch, daß sich die öffentliche Fürsorge den oft schwer getroffenen Angehörigen der Geisteskranken und den aus den Anstalten entlassenen Geheilten oder Gebesserten zuwendet. Eine segensreiche Tätigkeit entfalten auf diesem Gebiete, wie M. Fischer dargelegt hat, „schon seit vielen Jahrzehnten die Irrenhilfsvereine, so auch der badische im Jahre 1872 von Roller¹⁾, dem ersten Direktor Illenaus, gegründete Verein“.

Erforderlich sind ferner besondere Schulen für diejenigen schwachsinnigen Kinder, die noch bildungsfähig sind. Obwohl die ersten Anstalten für bildungsunfähige Schwachsinnige schon in der Zeit von 1830 bis 1840 entstanden, wurde die erste Hilfsschule erst 1867 in Dresden geschaffen. Während die Hilfsschule für die Imbezillen bestimmt ist, hat man nach dem Vorbild von Mannheim in einigen Städten für die Debilen, d. h. für Kinder mit dem leichtesten Grade von Schwachsinn, sog. Förderklassen eingerichtet. Nach Angabe von Bogusat sind zurzeit in etwa 300 deutschen Städten Hilfsschulen vorhanden. In diesen Schulen wird der Charakter- und Gemütsbildung besondere Aufmerksamkeit gewidmet. So gelingt es, daß viele von diesen Kindern, unter denen manche ein hohes Maß von Herzengüte besitzen, zu immerhin einigermaßen brauchbaren Menschen erzogen werden.

Schließlich sei noch erwähnt, daß der Reichstag am 16. März 1921 eine Entschliebung angenommen hat, wonach die Reichsregierung ersucht wird, „die Forschung auf dem Gesamtgebiet der Psychopathie mit allen Mitteln zu fördern und auf eine umfassende Psychopathenfürsorge unter besonderer Berücksichtigung der notwendigen erzieherischen Maßnahmen für psychopathische Jugendliche beiderlei Geschlechts hinzuwirken“, und daß, nach Angabe von Bogusat, ein Reichsfürsorgegesetz für Geisteskranke geplant ist.

Literatur: 1. **Bogusat:** „Fürsorge für Geisteskranke, Schwachsinnige, Epileptiker und Psychopathen“, Abhandl. i. „Gesundheitswesen u. Wohlfahrtspf. i. Deutschen Reiche“, herausg. v. Möllers, Berlin 1923. — 2. **Bundt:** „Psychopathenfürsorge“, Zeitschr. f. Medizinalbeamte 1921 Nr. 1. — 3. **M. Fischer:** a) „Denkschrift über den Stand der Irrenfürsorge in Baden“, Karlsruhe 1909; b) „Soziale Aufgaben d. Irrenfürsorge u. allg. Fürsorgeorganisation“, Sozialhyg. Mitteil. 1919 Heft 1 u. 2. — 4. **Gaupp:** „Über den Selbstmord“, München 1910. — 5. **Grühle:** „Fürsorge f. psychopathische Kinder“, Abhandl. i. „Grundriß d. Gesundheitsfürsorge“, 2. Aufl., herausg. v. M. Baum, München 1923. — 6. **W. Hellpach:** „Die geistigen Epidemien“, Die Gesellschaft, herausg. v. Buber, Bd. 11, Frankfurt a. M. 1906. — 7. **Hoche:** „Geisteskrankheit und Kultur“, Freiburger Prorektoratsrede, Freiburg i. B. 1910. — 8. **H. Maier:** „Verwahrungsgesetz“, Schriften d. Deutschen Ausschusses f. Gefährdetenfürsorge Nr. 1, Karlsruhe i. B. 1921. — 9. **Meitrowsky:** Siehe Literatur S. 393 Ziffer 13. — 10. **Mönkemöller:** a) „Psychopathische Konstitutionen“, Art. i. Handw. d. soz. Hyg., Leipzig 1912; b) „Die geistigen Krankheits-

¹⁾ Der berühmte Psychiater Chr. F. W. Roller ist der Sohn des auf S. 34 genannten J. C. Roller.

zustände d. Kindesalters“, *Aus Natur u. Geisteswelt* Nr. 505, Leipzig 1922. — 11. **H. Reiter**, gemeinsam mit **H. Osthoff**: „Die Bedeutung endogener und exogener Faktoren bei Kindern der Hilfsschule“, *Zeitschr. f. Hyg. u. Infekt.* Bd. 94 Heft 2/3, Berlin 1921. — 12. **H. Römer**: a) „Über psychiatrische Erbliehkeitsforschung“, *Arch. f. Rass.- u. Gesellschaftsbiolog.* 1912 Heft 3; b) „Zur Reform der deutschen Irrenstatistik“, *Arch. f. soz. Hyg.* 1914 Bd. 9 S. 308 ff.; c) „Über die sozialpsychiatrischen Aufgaben der Gegenwart“, *Sozialhyg. Mitteil.* 1921 Heft 1. — 13. **W. Weygandt**: a) siehe Literatur S. 405 Ziffer 24; b) „Soziale Lage und Gesundheit des Geistes und der Nerven“, *Würzb. Abh. a. d. Gesamtgeb. d. prakt. Medizin, Würzburg* 1913, Bd. 14 S. 151 ff.

7. Krüppelwesen.

Als „Krüppel“ werden in dem preußischen Krüppelfürsorgegesetz, über das unten zu berichten ist, diejenigen Personen bezeichnet, welche „infolge eines angeborenen oder erworbenen Knochen-, Gelenk-, Muskel- oder Nervenleidens oder Fehlens eines wichtigen Gliedes oder von Teilen eines solchen in dem Gebrauche ihres Rumpfes oder ihrer Gliedmaßen nicht nur vorübergehend derart behindert sind, daß ihre Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkte voraussichtlich wesentlich beeinträchtigt wird“. Man sieht, daß zu den Krüppelkrankheiten, vom medizinischen Standpunkte aus betrachtet, recht verschiedenartige Leiden gezählt werden; gemeinsam ist ihnen die erwerbsbeschränkende Wirkung. Da es zu den Aufgaben der sozialen Hygiene gehört, die Erwerbsunfähigkeit mit allen durchführbaren Mitteln zu verhüten, so muß dieser Zweig der Gesundheitswissenschaft seine Aufmerksamkeit ganz besonders auch den Krankheiten zuwenden, von denen man weiß, daß sie die Arbeitsfähigkeit behindern oder gar ganz lähmen. Es sei jetzt schon bemerkt, daß man auf zwei Ziele hinsteuern muß: Es gilt, 1. die Entstehung von Krüppelleiden nach Möglichkeit zu vereiteln, und 2. in den vielen Fällen, wo dies nicht gelingt, die Krankheit auf das Mindestmaß einzuschränken und den Kranken durch ärztliche Behandlung und berufliche Erziehung körperlich und seelisch soweit zu fördern, daß er seiner Erwerbsfähigkeit nach die Leistungen von Gesunden tunlichst erreicht.

Die Fragen, mit denen wir uns mithin zu befassen haben, lauten: 1. Welche kulturellen Einflüsse führen zu Krüppelkrankheiten, und welche kulturellen Maßnahmen sind zur Verhütung dieser Leiden erforderlich? 2. Welche Einrichtungen sind zu treffen, damit die Personen, bei denen Krüppelkrankheiten nicht verhütet wurden bzw. nicht zu verhüten waren, eine möglichst volle Erwerbsfähigkeit erhalten?

Im Jahre 1906 wurde, auf Anregung von Biesalski, im Deutschen Reiche eine Zählung der unter 15 Jahre alten Krüppel durchgeführt. Man fand etwa 100000 verkrüppelte Kinder, von denen nach ärztlichem Urteil etwa 50000 der Aufnahme in einem Heim bedurften. Als häufigste Krüppelleiden wurden festgestellt: Lähmungen in 16,4, Tuberkulose in 15, Rückgratsverkrümmungen in 12,2, Rachitis in 9,5 und angeborene Hüftverrenkung in 8,6% der vorhandenen Fälle.

Man erkennt sogleich, daß durch geeignete Maßnahmen namentlich auf den Gebieten der Ernährungs- und Wohnungsverhältnisse, der Mütter-, Säuglings-, Kleinkinder- und Schulkinderfürsorge sowie der Bekämpfung der Tuberkulose viele Krüppelleiden zu verhüten wären. Aber wir wissen aus den vorangegangenen Abschnitten, daß auf den genannten Gebieten noch schwere Mißstände herrschen und mithin eine erhebliche Verminderung der Krüppelzahl in absehbarer Zeit nicht zu erwarten ist. Dazu kommt, daß die Ursachen für viele Krüppelkrankheiten, insbesondere soweit sie auf angeborenen Miß-

bildungen, auf Verletzungen oder Nervenkrankheiten beruhen, sich niemals restlos vermeiden lassen werden.

Unzweifelhaft muß man diese vom Schicksal schwer getroffenen, körperlich verkrüppelten, aber geistig oft sehr regsamen Kinder soweit fördern, daß sie einen Beruf ergreifen können — wenn dies möglich ist. Und dies ist, infolge der großen Fortschritte, welche die Orthopädie gerade in der letzten Zeit errungen, sehr oft möglich.

Im Mittelalter¹⁾ überließ man die unbemittelten Krüppel ihrem Schicksal; mit Bettlern, Blinden und anderen Gebrechlichen mußten sie sich, was mehrfach von zeitgenössischen Künstlern auf Bildern dargestellt wurde, an mildtätige Menschen wenden, um ihr Leben fristen zu können. Unsere Abbildung 62 führt uns eine Schar von bettelnden Krüppeln, wie der Maler sie in der ersten Hälfte des 14. Jahrhunderts in der Bodenseegegend²⁾ sah, vor Augen. Diese Zustände blieben bis ins 19. Jahrhundert hinein.



Abb. 62. Bettelnde Krüppel und Sieche.
Gemälde i. d. Großen Heidelberger Liederhandschrift (14. Jahrh.).

oder erheblich zu verringern. Im Anschluß an die erwähnte Krüppelzählung vom Jahre 1906 wurde der Gedanke der vorbeugenden Krüppelfürsorge in weite und maßgebende Kreise getragen. In Berlin (1906), in Braunschweig (1908), in Heidelberg (1909), in Leipzig (1909), in Nürnberg (1912), in Würzburg (1913) usw. entstanden vortrefflich eingerichtete Krüppelheil- und -erziehungsanstalten. Besondere Verdienste hat sich hierbei die 1909 gegründete Deutsche Vereinigung für Krüppelfürsorge, die durch den Zusammenschluß aller beteiligten Kreise entstand, erworben.

Der Weltkrieg erzeugte ein Heer von Schwerverletzten, für die gesorgt werden mußte. Aus diesen Bestrebungen zog man auch Nutzen für die Friedenskrüppelfürsorge. Bialscki äußerte sich hierüber folgendermaßen:

„Wir haben nicht nur gelernt, Kunstglieder zu bauen, die es uns ermöglichen, selbst Leute ohne Arme, ja selbst solche, die beide Arme im Schultergelenk verloren haben, dazu zu bringen, daß sie sich selbständig anziehen, essen und schreiben, also z. B. einen Aufsichtsposten bekleiden oder als Laufbursche in einer großen Fabrik tätig sein können, sondern wir haben auch noch auf vielen anderen Gebieten der Heilkunde zahllose Krüppelleiden, die früher eben unheilbar waren, zu bessern, ja manchmal vollkommen zu heilen gelernt. Ich erinnere an die Nervenverletzungen, die schweren Gelenkversteifungen und vieles andere mehr. Vor allem aber sind zwei wichtige Gebiete durch den Krieg erheblich entwickelt worden. Das ist erstens die Untersuchung über eine Be-

¹⁾ Über Geschichte und Entwicklung des Krüppelwesens findet man einige Angaben in dem „Führer durch den Ausstellungspavillon der Deutschen Vereinigung für Krüppelfürsorge auf der Intern. Hygieneausstellung Dresden 1911“.

²⁾ Siehe Literatur S. 39 Ziffer 6. Vgl. auch Abb. 3 S. 24.

rufseignung, für die es heute gute und wertvolle psychologische Methoden gibt, wozu dann noch die Ausbildung geeigneter Berufsberater als eines Lebensberufes hinzukommt. Zweitens haben wir gelernt, daß wir selbst solche Krüppel, die für ein Handwerk nicht mehr zu erziehen sind, immerhin noch in der Teilarbeit der Industrie zu ausreichenden Löhnen bringen können . . . Jeder Krüppel ist ein leuchtendes Beispiel dafür, daß man sich aus der schwersten Not erheben und befreien kann, wenn man es will. Hier liegt der Schwerpunkt: im Willen und in der Energie!"

Unsere Abbildung 63 veranschaulicht, was die neuzeitliche Orthopädie¹⁾ leistet. Der Knabe mit dem abgetragenen rechten Bein wäre in früherer Zeit sein ganzes Leben lang auf die Krücke angewiesen gewesen. Mit Hilfe des künstlichen Ersatzes kann er ohne Stock oder Krücke gehen; er hat, wie Biesalski mitteilt, die Orthopädie-Mechanik gelernt und ist voll erwerbsfähig.

Aus dem Bewußtsein heraus, daß man nunmehr durch geeignete Behandlung und Erziehung die Krüppel vielfach in weitem Umfange von der Hilflosigkeit zur Selbständigkeit führen kann, bestrebt man sich, die Krüppelleiden so früh wie möglich zu beseitigen. Denn je früher z. B. Klumpfuß und rachitische Verbiegungen behandelt werden, desto größer ist die Aussicht auf einen vollen Erfolg. Es gilt mithin, möglichst alle Krüppel rechtzeitig als solche zu erfassen und sie einer wirkungsvollen Fürsorge zuzuführen. Diese Ziele lassen sich nur mit Hilfe eines wohlwollenen Gesetzes erreichen.

In Preußen wurde am 6. Mai 1920 ein Gesetz betreffend die öffentliche Krüppelfürsorge (Gesetzsamml. S. 280) geschaffen. Hiernach wird u. a. folgendes bestimmt: Unter Anlehnung an das Gesetz über den Unterstützungswohnsitz vom 8. März 1871 werden die Landarmenverbände verpflichtet, für die Bewahrung nicht nur, wie bisher, der Geisteskranken, Taubstummen und Blinden, sondern nun auch der Krüppel, soweit sie der Anstaltspflege bedürfen, in geeigneten Anstalten Fürsorge zu treffen. Bei Krüppeln unter 18 Jahren umfaßt diese Fürsorge auch die Erwerbsbefähigung der Krüppel. Die Fürsorge der Krüppel unter 18 Jahren, die nicht der Anstaltspflege bedürfen, und die Maßnahmen zur Verhütung der Verkrüppelung gehören zu den Aufgaben der Land- und Stadtkreise. Ärzte, Hebammen, Krankenpflegepersonen und Lehrer, die in Ausübung ihrer Berufe bei Personen unter 18 Jahren Verkrüppelungen wahrnehmen, sind verpflichtet,

¹⁾ Das Bild ist dem von Biesalski verfaßten „Leitfaden der Krüppelfürsorge“, Verlag L. Voß, Hamburg 1922, entnommen.

Fischer, Soziale Hygiene.



Abb. 63. Knabe mit Abtragung des rechten Beines in der Hüfte wegen Tuberkulose; künstlicher Ersatz des fehlenden Gliedes, wodurch das Gehen ohne Stock ermöglicht und das Fehlen des Beines unkenntlich wird.

hiervon binnen einem Monat dem zuständigen Jugendamt Anzeige zu erstatten. Jeder Stadt- und Landkreis hat mindestens eine Fürsorgestelle für Krüppel zu schaffen oder sich einer solchen anzugliedern. In dieser Fürsorgestelle wird Beratung für Krüppel oder für solche Personen unter 18 Jahren erteilt, die der Gefahr der Verkrüppelung ausgesetzt sind. Die Beratungsstelle beantragt die Einleitung der notwendig erscheinenden Maßnahmen. Was unter einer Verkrüppelung im Sinne dieses Gesetzes zu verstehen ist, wurde bereits oben mitgeteilt. Das Gesetz trat am 1. Oktober 1920 in Kraft. Dem Beispiel von Preußen folgten Schaumburg-Lippe (1921) und Braunschweig (1922).

Das preußische Gesetz, das insbesondere der Anregung Biesalskis und des damaligen preußischen Landtagsabgeordneten A. Schloßmann (Düsseldorf) zu verdanken ist, stellt unzweifelhaft einen beachtenswerten Fortschritt dar. Bedauerlich ist aber, daß man, wie Bundt¹⁾ im September 1924 ausgeführt hat, Jahr für Jahr einzelne Altersklassen und einzelne Landesteile von der Verpflichtung zur Anstaltsbehandlung der Krüppel befreit hat. „So ist aus dem gut durchdachten Gesetz selbst ein Krüppel geworden, der nicht mehr in vollem Umfange imstande ist, die Absichten des Gesetzes auf Herstellung von Arbeitsfähigkeit und Lebensgenuß der Krüppel zu erfüllen.“

Über die Durchführung des preußischen Gesetzes hat W. V. Simon u. a. folgendes geäußert: Die in dem Gesetz enthaltene Begriffsdeutung schließt mit den Worten „daß die Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkte voraussichtlich wesentlich beeinträchtigt wird.“ Diese Deutung ist zwar gut, aber nur wenige Personen können beurteilen, welche Leiden voraussichtlich wesentlich die Erwerbsfähigkeit behindern werden. „Man kann dies“, so schreibt Simon, „bei der immer noch mangelhaften Ausbildung der Ärzte in der orthopädischen Chirurgie noch nicht einmal von allen Ärzten erwarten, geschweige von Laien. Im allgemeinen werden die Laien mehr Fälle als Krüppelfälle melden als die Ärzte. Der wichtigste Grund hierfür scheint der zu sein, daß die vom Gesetz angeordnete Meldepflicht der Ärzte gegen das Berufsgeheimnis des Arztes verstößt. Ausnahmen sind bisher gemacht für die Meldungen an Krankenkassen und die Meldungen ansteckender Krankheiten. Doch handelt es sich in dem einen Fall um Bewilligung von Mitteln im Interesse des Betroffenen, im anderen Fall um das ureigenste Gesamtwohl der Bevölkerung. Bei Krüppelfällen ist jedoch beides nicht direkt der Fall. Es kommt noch hinzu, daß die Bezeichnung Krüppel bei den Kranken und besonders bei deren Eltern recht unbeliebt ist. Außerdem lieben weite Kreise des Publikums die Bevormundung des Staates oder der Kommunen nicht.“

Hoffen wir, daß das gewiß bald wieder entkrüppelte Krüppelgesetz segensreich wirken und in ganz Deutschland nachgeahmt werden wird.

Literatur: 1. H. v. Bayer: „Aus dem Bereich der heutigen Orthopädie“, Deutsche Revue 1922. — 2. M. Böhm: „Erfolge der modernen Orthopädie“, Beihefte z. Med. Klinik 1912 Heft 8, Berlin 1912. — 3. K. Biesalski: a) „Umfang und Art des jugendlichen Krüppeltums und der Krüppelfürsorge in Deutschland“, Hamburg 1909; b) „Verstaatlichung der Krüppelfürsorge“, Sozialhyg. Mitteil. 1920 Heft 1; c) „Leitfaden der Krüppelfürsorge“, 2. Aufl., Leipzig 1922. — 4. Mommsen: „Knochen- und Gelenktuberkulose“, Zeitschr. f. Krüppelfürsorge 1921 S. 46 ff. — 5. L. Rosenfeld: „Krüppelfürsorge“, Art. i. Handw. d. Staatsw. Bd. 4, Jena 1923. — 6. A. Schlossmann: „Die öffentliche Krüppelfürsorge, das preußische Gesetz vom 6. Mai 1920 nebst Ausführungsbestimmungen“, Berlin 1920. — 7. W. Schlüter: „Aus der Geschichte des Krüppeltums“, Zeitschr. f. Krüppelfürsorge 1919 S. 8 ff. — 8. W. V. Simon: „Die Durchführung der Krüppelfürsorge“, Klin. Wochenschr. 1924 Nr. 10.

¹⁾ Siehe Zeitschr. f. Medizinalbeamte 1924 Nr. 11 S. 369.