

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Grundriss der sozialen Hygiene

Fischer, Alfons

Karlsruhe, 1925

V. Umfassende Maßnahmen der kulturellen Hygiene

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

V. Umfassende Maßnahmen der kulturellen Hygiene.

1. Allgemeines.

Wir haben uns in den vorangegangenen Abschnitten mit den Hauptbestandteilen der sozialen Hygiene, mit den sozialhygienischen Zuständen einzelner Personenklassen und den Einflüssen der kulturellen Umwelt auf einzelne Krankheitsarten beschäftigt und hierbei bereits auch die jeweils erforderlichen Mittel, welche die vorhandenen Mißstände beseitigen oder mildern sollen, erörtert. Es müssen nun aber noch einige Maßnahmen geschildert werden, die nicht nur einem Teil der sozialen Hygiene oder einer Personenklasse gewidmet sind oder sich gegen eine Krankheitsart wenden, sondern so umfassend gestaltet sind, daß sie allen oder doch mehreren Gebieten des sozialen Gesundheitswesens zugleich dienen.

Bevor wir uns mit den einzelnen in Betracht kommenden Einrichtungen befassen, müssen wir einige allgemeine, grundlegende Fragen aufrollen.

Unsere Aufgabe war es, hauptsächlich die schädlichen Einflüsse der kulturellen Umwelt auf die Gesundheitszustände zu schildern. Wir haben uns daher im allgemeinen darauf beschränkt, die Nachteile der jeweiligen kulturellen Verhältnisse zu erörtern. Es wäre ja auch eine endlose Arbeit, wollte man zugleich alle Vorteile, welche die Kultur dem Gesundheitswesen gewährt, darlegen. In den Lehrbüchern der physischen Hygiene werden bekanntlich ebenfalls im allgemeinen nur die schädlichen Einflüsse der natürlichen Umwelt behandelt.

Es gilt nun, über die umfassenden Maßnahmen, mit denen man sich gegen die Schäden der kulturellen Umwelt wendet, zu berichten. Auch die Maßnahmen, mit denen man die Gefahren der natürlichen Umwelt bekämpft, stellen zwar von Menschen geschaffene kulturelle Mittel dar; aber sie richten sich nicht gegen Gesundheitsschäden der kulturellen Umwelt. Wasserleitungen, Anlagen für Bodenreinigung, Heizkörper, Desinfektionsanstalten, Impfungen usw. sollen uns vor Krankheiten, die von der Beschaffenheit der natürlichen Umwelt abhängen, schützen. Diese Mittel liegen daher im Gebiet der physischen Hygiene. Allerdings können sie gelegentlich zu Gegenständen der kulturellen Hygiene werden, nicht nur weil sie selbst Gebilde der Kultur sind, sondern vor allem auch, weil die Verallgemeinerung ihrer Anwendung an die kulturellen Verhältnisse gebunden ist. Ein Beispiel: Die Immunisierung mit Diphtherieserum ist ein Mittel, das gegen Gefahren der natürlichen Umwelt benutzt wird. Aber das Serum kostet Geld; wenn Unbemittelte in Gefahr sind, kann es daher nicht ohne weiteres angewendet werden. Eine Vorschrift, wonach das Diphtherieserum in bestimmten Fällen kostenlos geliefert wird, ist eine sozialhygienische Maßnahme. Das gleiche gilt z. B. von dem Impfgesetz. Es trifft in gewissem Sinne auch für die Beschaffung von einwandfreiem Wasser, Fleisch und anderen Nahrungsmitteln, für die Straßenreinigung, für die Abwässerbeseitigung usw. zu. Mit diesen und ähnlichen Einrichtungen wird sich gelegentlich auch der Sozialhygieniker zu beschäftigen haben; aber im allgemeinen gehören diese gesundheitstechnischen Maßnahmen, deren Wirkungen mit naturwissenschaftlichen

Methoden zu prüfen sind, nicht zu seinem Arbeitsgebiet. Es bleiben ja ohnedies für den Kulturhygieniker zahllose Aufgaben übrig.

Grotjahn hat wiederholt geäußert: „Zwischen dem Menschen und der Natur steht die Kultur.“ Dies Bild soll offenbar veranschaulichen, daß der von den natürlichen Umwelteinflüssen bedrohte Mensch durch kulturelle Maßnahmen geschützt werden kann. Grotjahn drückt hiermit nur den Kampf auf dem Gebiete der physischen Hygiene aus. Die Menschen werden jedoch nicht nur von der Natur, sondern auch von der Kultur bedroht, so daß man, um die Zustände in einem Bilde darzustellen, sagen muß: Der Mensch steht zwischen den Gefahren der Natur und der Kultur. Besonders wertvoll ist nun für uns das Bild, das F. A. Mai auf dem Titelblatt seines in den vorangegangenen Abschnitten vielfach angeführten Gesetzentwurfs dargeboten hat, weil es mit einem Schlage die kulturhygienische Gesamtfrage veranschaulicht und grundsätzlich beantwortet; man sieht, daß ein Kind, welches von einer Schlange bedroht wird, von einem Priester (Arzt) mit dem Schlangenstab Schutz erhält. Der Sinn dieses Bildes ist: Gegen Unheil vorbeugende Hilfe, gegen Gift Gegengift, gegen kulturhygienische Mißstände kulturhygienische Maßnahmen.

Abb. 64



Kupferstich (wahrscheinlich) von Verelst (1809).

In den vorangegangenen Abschnitten haben wir dargelegt, was der Statistik über Geburten, Entwicklung, Krankheiten und Sterblichkeit zu entnehmen ist. Schon Quetelet¹⁾ sagte: „L'homme naît, se développe et meurt d'après certaines lois.“ Es gibt gewiß, mit Worten von Schiller ausgedrückt, „keinen Zufall, und was uns blindes Ohngefähr nur dünkt, gerade das steigt aus den tiefsten Quellen“. Indessen, unsere Gesundheitsstatistik ist noch viel zu mangelhaft gestaltet, als daß man schon jetzt von hinreichend begründeten Gesetzmäßigkeiten auf allen Gebieten des Gesundheitswesens reden kann. Aber gewisse Rhythmen im Gesundheitswesen lassen sich fast immer erkennen. Diese Rhythmen werden von den Erbanlagen und der Umwelt bestimmt. Es ist die Aufgabe der kulturellen Hygiene, diese Rhythmen, soweit sich kulturelle Mißstände geltend machen, im gesundheitlichen Sinne möglichst ausgiebig zu ändern. Die von Quetelet angenommenen Gesetzmäßigkeiten bestehen zum großen Teil nur so lange, wie die Menschheit nicht ernsthaft und tatkräftig gewillt ist, die von ihr selbst erzeugten Gesundheitsschäden zu verhüten bzw. zu beseitigen. Die durch die kulturelle Umwelt hervorgerufenen oder bedingten Gefahren unterscheiden sich von denen der natürlichen Umwelt auch dadurch, daß die ersteren grundsätzlich jederzeit beseitigt werden könnten; nicht als ob man sofort die gegenwärtigen gesundheitsstatistischen Rhythmen vollkommen umzustößen vermag, aber sie ließen sich zumeist sogleich günstig beeinflussen, wenn der Wille an den maßgebenden Stellen vorhanden wäre.

¹⁾ Nach Angabe von Altschul (siehe Literatur S. 353 Ziffer 1).

Wir müssen nun die Ziele unserer Maßnahmen angeben. Der Satz: „Das Ziel ist alles, der Weg ist nichts“, hat für die Gesundheitspolitik keinen Sinn. Wer ein Ziel kennzeichnet, muß auch den Weg beschreiben, wofür er nicht für einen Phantasten gehalten werden will. Ziele zu benennen ist kinderleicht, aber einen gangbaren Weg zu finden ist oft sehr schwer. Vor einigen Jahren schrieb ein satirisches Blatt: „Die Sozialpolitiker meinen, ihr Ziel erst erreicht zu haben, wenn die Sterblichkeit der Glasbläser geringer ist als die Sterblichkeit der Sozialpolitiker.“ Man erkennt sogleich, daß hiermit die sozialhygienische Arbeit wegen ihrer Aussichtslosigkeit verspottet werden sollte. Es ist aber durchaus nicht unmöglich, die Sterblichkeitszahlen der Arbeiter, auch der Glasbläser, so zu verringern, daß sie sich von den Durchschnittsziffern der anderen Stände nicht unterscheiden. Man soll mithin sein Ziel nicht zu kleinmütig abstecken, aber man muß es andererseits als zwecklos bezeichnen, sich auf Ziele, die in absehbarer Zeit nicht erreicht werden können, zu beschränken.

Schon diese kurzen Bemerkungen zeigen, wie schwer es ist, bei der Angabe der Ziele das richtige Maß zu finden. Es ist nun die Aufgabe des Wissenschaftlers, der sich von der in der Propaganda vielfach anzutreffenden Einseitigkeit und Übertreibung fernhalten muß, alle Tatsachen und alle Gründe, jedes Für und jedes Gegen genau abzuwägen und zu würdigen, selbst auf die Gefahr hin, bei Urteilsunfähigen den Eindruck des Schwankens, des gesundheitspolitischen „Eiertanzes“ wegen der häufigen „Aber andererseits“ zu erwecken.

Wir haben oben (S. 6) das Recht auf Gesundheit als das wichtigste Ziel der sozialen Hygiene bezeichnet. Dies Ziel ist weit gesteckt, aber es ist nicht unerreichbar. Daß wir uns bereits auf dem Wege zu einem Gesundheitsrecht befinden, zeigen die (auf S. 211 und 246 angeführten) Artikel 119 und 120 der Reichsverfassung sowie der § 1 des Reichsjugendwohlfahrtsgesetzes (siehe S. 246). Auf diesem Wege müssen wir weiterschreiten. Während der Bemühungen um dies Recht darf jedoch, wie schon auf S. 7 betont wurde, nicht verabsäumt werden, alle verfügbaren Maßnahmen der hygienischen Erziehung und alle erfolgversprechenden Mittel der Selbsthilfe anzuwenden. Jeder Staatsbürger muß sich seiner Gesundheitspflicht bewußt sein, da sonst ein voller Erfolg von dem Gesundheitsrecht nicht zu erwarten wäre. So erforderlich das Gesundheitsrecht ist, so notwendig ist, daß die Leistungen, welche es verbürgen soll, nur beansprucht werden dürfen, wenn die eigene Vorsorge nicht ausreicht. Andernfalls würde das Verantwortungsgefühl beeinträchtigt werden, und die Mittel, mit denen man den wirklich Bedürftigen helfen will, würden bei weitem nicht genügen.

So stehen wir bereits vor der praktisch schwierigsten Frage, der Frage der Kostendeckung. Woher sollen die Mittel fließen, um das Recht auf Gesundheit zu verwirklichen?

Kant¹⁾ hat einmal gesagt: „Jedes Ding auf der Erde hat seinen Preis, seinen Marktpreis, nur der Mensch hat seine Würde.“ Hiermit ist ausgesprochen, daß es menschenunwürdig ist, die Verringerung der Sterblichkeit nach dem Geldeswert zu beurteilen, wie man dies häufig in nationalökonomischen und dann auch in hygienischen Lehrbüchern fand. Allein, unsere Behörden, die öffentliche Mittel zu verwalten haben, sind gewohnt, danach zu fragen, ob sich die Ausgaben bezahlt machen; auch die Maßnahmen zum Schutz der Gesundheit müssen im allgemeinen so viel einbringen, wie für sie ausgegeben wurde. Um das Leben eines einzelnen zu schützen, kann gelegentlich aus Mitgefühl auch eine

¹⁾ Nach Angabe von A. Mayer: „Gedanken und Vorschläge zum Ausbau der sozialen Fürsorge“, Hyg. Rundschau 1919 Nr. 19 und 20.

hohe Summe gesammelt werden; wo es sich um große Volksschichten handelt, muß kühl gerechnet werden. Erwähnenswert ist, wie sich Pettenkofer, der sich bemühte zu zeigen, daß die Maßnahmen der Hygiene die beste Kapitalsanlage darstellen, hierzu geäußert hat:

„In den Fragen der öffentlichen Gesundheit genügt es nicht bloß, eine Ansicht zu haben und dieser gemäß Vorschriften zu erlassen, wie es in der ärztlichen Privatpraxis vielfach der Fall ist, wo nur der Arzt und der einzelne Kranke sich gegenüberstehen, sondern da muß jede Vorschrift auch streng begründet und erläutert werden, namentlich wenn die Organe des Staates und der Gemeinde diese Vorschriften oder Rezepte anzuordnen oder auszuführen haben, von deren Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit diese zuerst überzeugt sein müssen, denn sie dürfen nicht bloß aus persönlichem Vertrauen handeln, wie der einzelne Patient seinem Arzt gegenüber, sie sind der Allgemeinheit für solche Rezepte verantwortlich und müssen deshalb Gründe dafür verlangen.“

Beim Bau von Luftschlössern kommt es, wie Gottfried Keller sich einmal ausdrückte, auf ein Mehr oder Weniger an Unkosten allerdings nicht an. Ein bezeichnendes Beispiel hierfür bietet ein von den kommunistischen Abgeordneten dem Reichstag am 23. Juli 1924 übermittelter Antrag (Reichstagsdrucksache Nr. 360). Hier wird die Verstaatlichung des gesamten Gesundheits- und Fürsorgewesens gefordert. Jeder Sozialhygieniker würde sich freuen, wenn wir baldigst diesen hygienischen Zukunftsstaat erhielten. Allein, es kam den Antragstellern bei dem Bau auch dieses Luftschlosses auf die Kosten nicht an; diese „werden aus allgemeinen Mitteln aufgebracht, zunächst durch Wegbesteuerung der großen Einkommen und Konfiskation der großen Vermögen“. Man sieht, wie leicht es ist, ein Ziel anzugeben, aber wie schwer, einen gangbaren Weg zu beschreiben. Denn die von den Antragstellern vorgeschlagene Kostendeckung nach russischem Muster wird jetzt und in absehbarer Zeit weder in Deutschland noch in einem anderen Staate eine Mehrheit bei den gesetzgebenden Körperschaften finden. Damit ist zugleich das Urteil über die Möglichkeit, das gesamte Gesundheitswesen in absehbarer Zeit zu verstaatlichen, gesprochen.

Allerdings wären, um das Recht auf Gesundheit vollkommen durchzuführen, ebenfalls gewaltige Summen erforderlich; es kann deshalb hierbei nur schrittweise vorgegangen werden. Jadassohn¹⁾ hat gelegentlich der Beratungen über das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten gesagt: „Die Hygiene ist eine ungeduldige Wissenschaft. Sie will Erfolge in unserer und den nächsten Generationen sehen.“ Diese Sätze widersprechen sich. Wenn die Hygiene damit zufrieden ist, daß erst die nächsten Generationen Erfolge sehen, so ist sie ja nicht so ganz ungeduldig. In der Tat, die Hygiene muß geduldig sein. Ich möchte auch hier, wie auf einem Kongreß²⁾ im Jahre 1920, zwei Arten von Wegen, die zum Ziele führen, unterscheiden; den einen nenne ich „Weg als ob“, den anderen „Weg besser als“. Der „Weg als ob“ beruht auf der Vorstellung, als ob sich alle Einrichtungen nach wissenschaftlichen und logischen Grundsätzen durchführen ließen. Aber wir wissen, daß es in der Welt nirgends nach völliger Gerechtigkeit, Wissenschaftlichkeit und Vernunft zugeht. Der Mensch hat noch nicht, um die Worte von E. Reich (S. 164) zu benutzen, das wilde Tier, den Esel und den Affen ausgezogen. Wir müssen daher zufrieden sein, wenn wir den anderen Weg beschreiten dürfen, den Weg, der uns zu besseren als den gegenwärtigen Zuständen führt. Auf diese Weise bewegt man sich langsam, aber man kommt doch vorwärts, wenn einmal das Ziel erkannt ist und man darauf achtet, den richtigen Weg nicht zu verlieren.¹⁾

¹⁾ Siehe den „Bericht über die 45. Jahresversammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege“, Deutsche Zeitschr. f. öffentl. Gesundheitspfl. 1924 Heft 1/2 S. 26 ff.

²⁾ Siehe „6. Deutscher Kongreß für Säuglingsschutz Berlin 1920“ S. 25, Berlin 1921.

Aus der Fülle der grundsätzlichen Fragen, die hier zu erörtern wären, seien nur noch zwei hervorgehoben. Es wurde schon oben (S. 329) bemerkt und wird noch unten betont werden, daß häufig Maßnahmen in einem Staate nur dann durchführbar sind, wenn sie auch in anderen Staaten getroffen werden, da der erstere sonst im wirtschaftlichen Wettbewerb beeinträchtigt werden könnte. Der Sozialhygieniker wird daher sein Augenmerk nicht nur auf die Zustände seines Volkes, sondern auch auf die anderer Völker zu richten haben und gegebenenfalls auf internationale Maßnahmen hinwirken müssen; aber im allgemeinen muß er sein Arbeitsgebiet national begrenzen, wenn er nicht ins Uferlose geraten will. Die Sorge für das eigene Land muß seine dringendste Aufgabe sein. Mit Recht hat der badische Dichter Emil Gött¹⁾ geschrieben: „Freilich, über dem Volk steht die Menschheit, aber man setzt das höhere Stockwerk nicht vor dem niederen.“

Bei der kulturhygienischen Betätigung macht sich jedoch nicht nur die politische Stellungnahme, sondern auch die jeweilige Weltanschauung geltend. Zutreffend hat P. Jäger betont, daß wir nicht nur sozialhygienische Forderungen, sondern zu ihrer Durchführung auch Motivkräfte brauchen; diese aber hängen von der Gestimmtheit des innersten Lebens ab. Angesichts des Gegensatzes der Weltanschauungen erhebt sich auch, wie Fr. Walter dargelegt hat, die Frage: Welche Ethik darf für die kulturelle Hygiene maßgebend sein? Anders ist, so äußert er sich, die Stellung des Christentums, das alle Menschen als Gotteskinder zu lieben befiehlt, als die des Buddhismus, für welchen es eine Klasse von Rechtlosen, die Parias, gibt, und auch als die jener Rassehygieniker, denen der Einzelmensch nichts, die Rasse alles gilt. Daß der Sozialhygieniker, wenn er seine Aufgaben mit Freude lösen soll, einer einseitig individualistischen, egoistischen Ethik ab- und einer altruistischen Ethik zugeneigt sein muß, halte ich für sicher. Aber eine Bindung an eine bestimmte kirchliche Form ist hierbei nicht erforderlich. So wichtig eine festumschriebene religiöse Überzeugung gerade auf dem Gebiete der kulturellen Hygiene ist, so muß doch betont werden, daß auch bei einer Weltanschauung, die sich selbst religionslos nennt, eine wertvolle ethische und hygienische Betätigung erfolgen kann. Ein Beispiel hierfür ist der Hygieniker A. Geigel, der Mitarbeiter Pettenkofers; R. Geigel berichtet, daß sein Vater „voll und ganz Heide“ war. Aber dieser „Heide“ hat, begabt mit einem seltenen Fernblick und beseelt von echter Menschenliebe, schon 1874 folgende kulturhygienisch bedeutungsvolle Darlegungen veröffentlicht:

„Nicht bloß die materielle Lage der Arbeiter- und Fabrikbevölkerung muß gebessert werden, nicht bloß der Anhäufung eines furchtbaren Proletariats in den großen Städten gesteuert werden, nicht bloß die zahllosen in jenen Schichten der Gesellschaft heimischen gesundheitswidrigen Zustände, eine permanente Gefahr für das ganze Volk, schreien um Abhilfe, — auch auf der anderen Seite, bei der Klasse der Besitzenden, steckt eine Krankheit tief im Fleische, von schlimmer Art, schwer erkennbar. Man möchte sie den Materialismus des Erwerbs nennen. Jene schrankenlose Sucht nach Vermehrung des Eigentums, jener unermüdliche Erwerb um des Erwerbes willen, der in dem einzelnen nicht zur Ruhe gelangen kann, und wenn er hundert Lebensjahre erreichen würde, der völlig darauf vergißt, daß Arbeit und Erwerb nicht Selbstzweck, sondern nur die unerläßlichen Mittel zur Erreichung eines höheren Zieles bilden Es erscheint berechtigt, wenn wir uns die Frage vorlegen, ob sich nicht ein Kulturzustand denken lasse, bei dem jener extreme Unterschied zwischen Reich und Arm zum Vorteile Aller mehr ausgeglichen wäre, und trotzdem die Leistungsfähigkeit des Ganzen sich als höher gesteigert erwiese?“

Und schließlich noch ein Wort über die Aussichten auf Erfolg bei der sozialhygienischen Arbeit. Ein Plan kann vortrefflich ausgearbeitet und anscheinend leicht ausführbar

¹⁾ „Emil Gött's gesammelte Werke“, herausg. von R. Wörner, Bd. I S. 154, München 1917.

sein; aber ob er verwirklicht wird, hängt vielfach von den mehr oder weniger zufälligen Umständen sowie dem Verständnis der maßgebenden Personen ab. Pettenkofer¹⁾ schrieb 1888 in einem Brief über den einstigen Münchner 1. Bürgermeister Erhardt: „Daß München tatsächlich eine gesunde Stadt geworden ist, sei wesentlich sein (Erhardts) Werk. Was helfe alle Theorie, wenn sich nicht Männer fänden, welche es verstehen, Verstandenes ins rechte Licht zu setzen und praktisch ins Leben einzuführen, was oft so unendlich schwierig sei.“ Wahrlich, die besten kulturhygienischen Gedanken nützen nichts, wenn sie in Büchern stecken bleiben und nicht ausgeführt werden. Auf dem Gebiete der kulturellen Hygiene muß daher der Wissenschaftler mit den maßgebenden Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens zusammenwirken, wenn er gesundheitliche Erfolge erzielen will. Hier treffen die Worte von Emerson zu: „Schöne Gedanken sind nicht besser als schöne Träume, wenn niemand sie ausführt“, hier gilt die Forderung von Plato: „Wer seinem Volke helfen will, muß die Kraft des Denkens mit dem Willen zur Tat vereinigen.“

Literatur: 1. *A. Geigel*: siehe die Fußnote 1 S. 11. — 2. *R. Geigel*: „Nikolaus Alois Geigel“, Aufsatz i. „Lebensläufe aus Franken“, herausg. v. d. Gesellsch. f. Fränkische Geschichte, München 1919. — 3. *Grotjahn*: siehe Literatur S. 8 Ziffer 6 c u. d. — 4. *P. Jüger*: siehe S. 14 Fußnote 3. — 5. *F. A. Mai*: siehe S. 33 Fußnote 1 und 2. — 6. *M. v. Pettenkofer*: siehe Literatur S. 123 Ziffer 25 b. — 7. *Scheler*: „Bevölkerungsprobleme als Weltanschauungsfrage“, Vortrag, siehe Bericht d. Verhandl. d. Bevölkerungspolitischen Kongreß der Stadt Köln 1921. — 8. *Fr. Walter*: siehe Literatur S. 8 Ziffer 16.

2. Gesundheitsgesetzgebung und -verwaltung im Deutschen Reich und in den Gliedstaaten.

Man ist nicht nur von dem geforderten Recht auf Gesundheit noch weit entfernt, es fehlt auch in allen Staaten an einer zusammenfassenden Gesundheitsgesetzgebung, wie sie insbesondere F. A. Mai vorgeschwebt hat. Gegenwärtig sind die hygienisch wirkenden Vorschriften über die verschiedenartigsten Gesetze verstreut, so daß es oft selbst für den Fachmann schwierig ist, sich gehörig zu unterrichten. Eine zusammenfassende Gesundheitsgesetzgebung würde dagegen, wie ein Barometer, den jeweiligen Stand der kulturellen Hygiene leicht erkennen lassen. Der Staatsrechtslehrer Laband²⁾ hat sich zwar dahin geäußert, daß man eine bunte, unübersichtliche Masse ohne inneren juristischen Zusammenhang bekäme, wollte man aus allen Gesetzen und Vorschriften des Reiches diejenigen Anordnungen zusammenstellen, die eine Beziehung zur Gesundheitspflege haben. Allein, an Unübersichtlichkeit kann die gegenwärtige Gestaltung nicht übertroffen werden. Überdies sind in manchen ausländischen Staaten, in Schweden (1874), in England (1875), in Frankreich³⁾ (1902) und in Italien³⁾ (1907) jeweils viele Gesetze, die dem Gesundheitswesen dienen, vereinigt worden. Befriedigen diese Zusammenfassungen auch noch keineswegs die vom gesundheitlichen Standpunkte aus zu stellenden Ansprüche — und dies gilt selbst für die umfangreichste dieser Gesetzgebungen, die italienische —, so stellen sie doch in systematischer Hinsicht einen Fortschritt dar. Dies sollte auch im Deutschen

¹⁾ Siehe „Hygiene und soziale Fürsorge in München“, herausg. vom Statist. Amt der Stadt München 1914.

²⁾ Paul Laband: „Das Staatsrecht des Deutschen Reiches“ Bd. 3, Tübingen 1901.

³⁾ Der Wortlaut der ausländischen Gesetze ist in den jeweiligen Jahrgängen der „Veröffentlichungen des Kaiserl. Gesundheitsamts“ wiedergegeben.

Reich dazu veranlassen, die ausländischen Vorbilder zu beachten und dann möglichst zu übertreffen. Wenn es gelungen ist, all die zahlreichen Gegenstände des Bürgerlichen Gesetzbuches, das am 1. Januar 1900 in Kraft getreten ist, zusammenzufassen und einheitlich für das ganze Deutsche Reich zu regeln, so scheint es keine unlösbare Aufgabe zu sein, nach diesem Muster auch auf dem Gebiete des deutschen Gesundheitswesens zu verfahren.

Die Reichsverfassung vom 16. April 1871 bestimmte im Artikel 4:

„Der Beaufsichtigung seitens des Reichs und der Gesetzgebung desselben unterliegen die nachstehenden Angelegenheiten:

15. Maßregeln der Medizinal- und Veterinärpolizei.“

Durch diese Bestimmung war jedoch die Zuständigkeit der Landesbehörden auf dem Gebiet der Gesundheitsgesetzgebung durchaus nicht aufgehoben, solange das Reich von seiner Befugnis keinen Gebrauch machte. Im Hinblick darauf, daß die hygienische Wissenschaft, auf welche sich eine erfolversprechende Gesundheitsgesetzgebung stützen muß, damals noch in den Kinderschuhen steckte und dem Reich eine aus Fachleuten bestehende Behörde fehlte, war es schwer, die erforderlichen Gesetze sogleich zu schaffen.

Im Zusammenhang mit dem Impfgesetz vom Jahre 1874 wurde, wie schon auf S. 38 mitgeteilt wurde, das Reichsgesundheitsamt 1876 ins Leben gerufen; im Anschluß an das S. 360 erörterte Seuchengesetz vom 30. Juni 1900 wurde dann der Reichsgesundheitsrat gebildet. Von den sonstigen hygienisch wirkenden Reichsgesetzen, die aus der Vorkriegszeit stammen, sind noch zu nennen: das Gesetz vom 14. Mai 1879 betreffend den Verkehr mit Nahrungsmitteln (siehe S. 38), die schon 1869 begonnene Arbeiterschutzgesetzgebung (siehe S. 327 ff.) und die Sozialversicherung, die noch in einem besonderen Abschnitt behandelt werden wird.

Die wissenschaftlichen Leistungen des Reichsgesundheitsamtes waren groß; erwähnt sei nur, daß in seinen Laboratorien u. a. Koch den Tuberkelbazillus und Schaudinn den Syphiliserreger entdeckt haben. Von Wert sind auch die von diesem Amt herausgegebenen „Veröffentlichungen“, die ständig über die Gesundheitsstatistik und alle gesundheitlichen Maßnahmen der in- und ausländischen Staaten unterrichten. Aber diese Arbeiten des Reichsgesundheitsamtes und des ihm angegliederten Reichsgesundheitsrates genügten den Ansprüchen, die man an den Ausbau der Gesundheitsgesetzgebung stellen mußte, nicht; der Grund hierfür lag vor allem darin, daß die Befugnisse dieser Körperschaften unzulänglich gestaltet waren. Denn der Reichsgesundheitsrat trat nur zusammen, wenn das Reichsgesundheitsamt ihn berief; von sich aus konnte er niemals einen Vorschlag unterbreiten. Und ebenso durfte das Reichsgesundheitsamt nur antworten, wenn es vom Reichsamt des Innern befragt wurde; es konnte nicht von sich aus die Reichsregierung zu einem Gesetz anregen oder hiermit an die Öffentlichkeit treten.

In den deutschen Bundesstaaten wurde zwar bald hier, bald dort diese oder jene hygienische Einzelfrage durch die Gesetzgebung erledigt; aber im allgemeinen war die Organisation des Gesundheitswesens in den Einzelstaaten und in den meisten Gemeinden ähnlich mangelhaft gestaltet wie im Reich.

Auf den Gebieten der Nahrungsmittelpolizei und vor allem der Seuchenbekämpfung wurden allerdings, wie wir gezeigt haben, große Erfolge, namentlich auch während des Weltkrieges, erzielt. Die Vertreter der physischen Hygiene, insbesondere die Leiter der hygienischen Institute der Universitäten, sahen sich daher nicht veranlaßt, auf eine wesentliche Neugestaltung der Reichsgesundheitsgesetzgebung hinzuwirken.

Die Anregungen zu grundlegenden Änderungen gingen von den Sozialhygienikern aus. In dem am 10. August 1915 ausgegebenen Heft des „Archiv für soziale Hygiene“ schlug W. Hanauer vor, eine Deutsche Gesellschaft für soziale Hygiene zu gründen; diese sollte aus Ärzten, Statistikern, Vertretern der Sozialversicherung, Gewerbeaufsichtsbeamten, Nationalökonomern usw. bestehen und namentlich auch auf die Gesetzgebung und Verwaltung einwirken. Dieser Vorschlag ist jedoch, trotzdem entsprechende Vorarbeiten in die Wege geleitet wurden, nicht verwirklicht worden.

Einen anderen Weg betrat A. Fischer. Auf einer im Oktober 1915 im Reichstags-sitzungssaal veranstalteten Tagung¹⁾ verlangte er, in Anlehnung an F. A. Mai²⁾ und Lorenz von Stein³⁾, das Recht auf Gesundheit; in einem Vortrag, den er in einer politischen Versammlung zu Karlsruhe hielt und dessen Inhalt in dem am 14. Januar 1916 erschienenen Heft des „Archiv für soziale Hygiene“ veröffentlicht wurde, forderte er eine große nationale und soziale Partei, die ein umfassendes Hygienegesetz anstreben soll. Auf die Werbetätigkeit von A. Fischer hin wurde am 8. Februar 1916 die Badische Gesellschaft für soziale Hygiene, die für Baden, nach Art des genannten Vorschlages von Hanauer, die Gesetzgebung und Verwaltung beeinflussen soll, gegründet.

Im Juli 1917 unterbreitete aber A. Fischer, da eine wirkungsvolle Hygienegesetzgebung vom Reich ausgehen muß, dem Präsidenten des Reichsgesundheitsamtes den Vorschlag, ein aus geeigneten Mitgliedern bestehendes Reichsgesundheitsparlament zu berufen; dies sollte die Befugnis erhalten, nicht nur zu etwa beabsichtigten neuen Hygienegesetzen Stellung zu nehmen, sondern auch derartige Gesetzesentwürfe anzuregen. Der Präsident des Reichsgesundheitsamtes hielt diesen Weg nicht für gangbar und verwies zur Erreichung des beabsichtigten Zweckes auf den Deutschen Verein für öffentliche Gesundheitspflege, dessen Neugestaltung im Sinne der sozialhygienischen Bestrebungen (statt der Gründung einer Deutschen Gesellschaft für soziale Hygiene) beabsichtigt war. Auf Vorschlag von A. Fischer leitete der Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege im Jahre 1919 gelegentlich der Bildung eines Großen Ausschusses ein Gesundheitsparlament in die Wege; zahlreiche maßgebende Körperschaften und Einzelpersonen aller in Betracht kommenden Arten hatten sich schriftlich bereit erklärt, hierbei mitzuwirken. Im letzten Augenblick scheiterte jedoch dieser Plan.

Im Oktober 1917 veröffentlichte Rapmund, der Vorsitzende des Deutschen Medizinbeamtenvereins, Vorschläge, wie das öffentliche Gesundheitswesen im Deutschen Reich umzugestaltet ist; er forderte eine Reihe von Gesundheitsgesetzen und die Schaffung eines besonderen Reichsamtes für Volksgesundheit mit einem Mediziner an der Spitze. In ähnlichem Sinne äußerte sich kurz darauf Schwalbe, der Herausgeber der „Deutschen medizinischen Wochenschrift“. Es folgten dann noch während des Weltkrieges zahllose Aufsätze, die sich mit der Frage der Verstaatlichung des Heilwesens und (im Zusammenhang hiermit) des Gesundheitswesens beschäftigten.

Die Verfassung des Deutschen Reichs vom 11. August 1919 brachte im Verhältnis zu der vorigen Verfassung manche Fortschritte. Wünschenswert wäre allerdings gewesen, daß man, wie für Rechtspflege, Religion, Bildung, Schule und Wirtschaftsleben,

¹⁾ Siehe Fußnote 2 S. 5.

²⁾ Siehe Fußnoten 1 und 2 S. 33.

³⁾ Siehe Fußnote 1 S. 5.

auch für Gesundheitspflege¹⁾ einen besonderen Abschnitt gebildet hätte. Statt dessen sind die das Gesundheitswesen betreffenden Bestimmungen in den verschiedenartigsten Artikeln enthalten. Im Artikel 7 heißt es, daß das Reich die Gesetzgebung hat u. a. über: 7. Die Bevölkerungspolitik, die Mutterschafts-, Säuglings-, Kinder- und Jugendfürsorge; 8. Das Gesundheitswesen . . . Die Artikel 119—121 befassen sich, wie schon auf S. 211 und 246 mitgeteilt worden ist, mit dem Schutz der Familie, besonders der kinderreichen Familien, und der Mutterschaft, mit der Erziehung des Nachwuchses zur leiblichen, seelischen und gesellschaftlichen Tüchtigkeit sowie mit der Fürsorge für die unehelichen Kinder. Dem Wohnungswesen (siehe S. 150) dient der Artikel 155, und die Artikel 157, 159 (siehe S. 330) und 161 beschäftigen sich mit dem Schutz der Arbeitskraft.

Im Zusammenhang mit der Reichsverfassung wurden das Reichsjugendwohlfahrtsgesetz und im Anschluß hieran die Verordnung über die Fürsorgepflicht geschaffen; hierüber wird jedoch erst in dem nächsten Abschnitt berichtet.

Den (auch von der Berliner Medizinischen Gesellschaft am 9. April 1919 geäußerten) Wünschen, ein Reichsgesundheitsministerium zu schaffen, ist die Reichsregierung bis jetzt nicht nachgekommen, obwohl im Reichstage wiederholt, leider immer nur von Abgeordneten der äußersten Linken, entsprechende Anträge gestellt wurden. Am 17. Oktober 1919 lehnte der Reichsminister des Innern in der Nationalversammlung die Bildung eines Reichsgesundheitsministeriums ab, ließ aber durch das „Berliner Tageblatt“ vom 22. November 1919 mitteilen, daß die Arbeiten für die Gesetzentwürfe zur Bekämpfung der Tuberkulose, der Geschlechtskrankheiten sowie des Alkoholismus und zur Regelung des Irrenwesens aufgenommen sind. Als in der Reichstagssitzung vom 16. März 1921 wieder ein Reichsministerium für Volksgesundheit gefordert wurde, erwiderte der Reichsminister des Innern folgendes:

„Wären wir ein Einheitsstaat, in dem es möglich wäre, von einer einheitlichen Spitze aus das gesamte Gesundheitswesen zu beeinflussen, auf diesem Gebiete zu drängen und Maßnahmen durchzusetzen, dann würde es zweckmäßig sein, dafür zu sorgen, daß diese Maßnahmen in die Hand dieser einheitlichen Spitze gelegt würden. Tatsächlich sind wir ja leider auf dem Gebiete des Gesundheitswesens fast nichts wie eine Gesetzgebungsmaschine, alles weitere, alle Ausführungsmaßnahmen sind Angelegenheit der Länder, und die Durchführung der Maßnahmen muß deshalb von der Verwaltung der Länder gewährleistet werden. Ich fürchte deshalb: jeder Versuch, die Zahl der Ministerien noch durch ein Reichsgesundheitsministerium zu vermehren, wird keinen vollen Erfolg zeitigen können. Gesetzgeberisch ist das Reichsgesundheitsamt — ich darf das wohl hervorheben — nach meiner Ansicht völlig auf der Höhe. Es hat die besten Fachmänner zu seiner Verfügung, und was auf dem Gebiet der Gesetzgebung geschehen muß, kann und wird durch das Reichsgesundheitsamt geschehen, und es könnte besser ganz gewiß nicht durch einen besonderen Minister geschehen. Für diese Fragen ist es ohne ausschlaggebende Bedeutung, welche Vorbildung ein Minister hat.“

Ein Reichsgesundheitsministerium würde sich in seinen Aufgaben und in der Gesetzgebung heute auch mehrfach mit anderen Ministerien überschneiden, so mit dem Arbeitsministerium, dem fast die gesamte Sozialpolitik untersteht, das auch die Wohnungsfrage zu regeln hat, ferner mit dem Ernährungsministerium. Man darf doch nicht vergessen, daß die Pflege der Gesundheit nicht eigentlich ein Stoff ist, der abgetrennt von anderen Stoffen bearbeitet werden kann, sondern daß sie eine Tendenz ist, die die gesamte Gesetzgebung zu durchdringen hat, die also im Wohnungswesen, im Ernährungswesen, in der Sozialpolitik, in der Arbeiterfürsorge und vielen anderen Maßnahmen hervortreten muß. Also in allen Ministerien muß, genau so wie der sozialpolitische Geist, auch der Geist herrschend sein, der Verständnis für die Aufgaben der Hygiene hat; sonst werden alle die gesetzgeberischen Aufgaben, deren Lösung den einzelnen Ministerien obliegt, falsch und unrichtig gelöst werden.

Die Gesetze, die vermißt worden sind, sind zum Teil bereits beim Reichsrat, wie das Gesetz über die Geschlechtskrankheiten, das sich seit März 1920, also seit 1½ Jahren, beim Reichsrat be-

¹⁾ Auf S. 210 wurde erwähnt, welche Ansprüche Lenz an die Verfassung stellt.

findet, während die Gesetze über die Tuberkulosefürsorge und über die Trunksucht in Vorbereitung sind und, wie ich hoffe, in absehbarer Zeit an den Reichstag werden gelangen können.“

Zu diesen Darlegungen äußerte sich Rapmund in der „Zeitschrift für Medizinalbeamte“ vom 5. April 1921 in folgender Weise:

„Gerade die Schlußworte des Herrn Ministers beweisen so recht schlagend die Notwendigkeit eines Reichsgesundheitsministeriums. Ein größeres Testimonium paupertatis konnte sich der Herr Minister nicht geben, als durch das Zugeständnis, daß seit 1½ Jahren (!!) ein von ihm ausgearbeitetes Gesetz, über dessen Dringlichkeit wohl kein Zweifel herrscht, beim Reichsrat ruht und es ihm bisher noch nicht gelungen ist, dieses aus seinem Winterschlaf aufzuwecken. Mit dem Tuberkulose- und anderen derartigen Gesetzen geht es nicht besser; sie sollen schon seit Jahren in absehbarer Zeit an den Reichstag gelangen; unter „absehbarer Zeit“ scheint aber der Herr Minister etwas ganz anderes zu verstehen, als sonst üblich ist; nach dem bisherigen Verlauf der Dinge kommt man fast zur Ansicht, er könnte darunter „ad calendas graecas“ gemeint haben. Was er dann in bezug auf die Aufgaben des Reichsgesundheitsministeriums gesagt hat, ist insofern zutreffend, daß diese mehrfach mit anderen Ministerien, namentlich mit dem Arbeitsministerium und dem Ernährungsministerium, sich überschneiden. Wir stehen aber auf dem Standpunkt, daß z. B. ein Ernährungsministerium viel überflüssiger ist als ein Gesundheitsministerium; denn die Ernährung bildet einen Teil der öffentlichen Gesundheit und kann deshalb recht gut einem Gesundheitsministerium zugeteilt werden; dasselbe gilt von der dem Arbeitsministerium jetzt unterstehenden Sozialpolitik. Die Errichtung eines Gesundheitsministeriums würde somit auch keine Vermehrung von Zentralbehörden bringen. Der Herr Minister irrt endlich auch, wenn er die Reichsregierung lediglich als eine Gesetzgebungsmaschine auf dem Gebiete des Gesundheitswesens bezeichnet; denn ihm liegt nach Art. 7 der Verfassung nicht bloß die Gesetzgebung über die Gesundheit ob, sondern er hat nach Art. 14 auch die Aufsicht und Überwachung darüber, daß die von ihm gesetzgeberisch getroffenen Maßnahmen auch richtig ausgeführt werden; dazu gehört aber schon jetzt eine „einheitliche Spitze“, während der Herr Minister in dieser Hinsicht ebenfalls nur auf spätere Zeiten vertröstet, d. h. ad calendas graecas.“

Den Ausführungen Rapmunds wird man im wesentlichen zustimmen. Aber man muß doch hier betonen, daß es bedauerlicherweise, um solche Forderungen, die das Gesundheitswesen des Reichs betreffen, mit Erfolg durchzuführen, an einer einflußreichen gesundheitspolitischen Organisation fehlt. Das von vielen Seiten gewünschte und begrüßte Reichsgesundheitsparlament wäre die geeignete Körperschaft gewesen, um auf die Bildung eines Reichsgesundheitsministeriums mit gehörigem Nachdruck einzuwirken. Der Plan, ein solches Parlament zu schaffen, wurde jedoch gerade von Rapmund (allerdings auch von Albrecht und Christian, den Vertretern der jetzt aufgelösten Zentralstelle für Volkswohlfahrt) scharf, und wie man jetzt wohl einsehen wird, zum Schaden des deutschen Gesundheitswesens bekämpft.

Nachdem es nicht gelungen ist, auf dem Wege über einen Verein ein Gesundheitsparlament zu schaffen (wie es der Präsident des Reichsgesundheitsamtes für zweckdienlich bezeichnet hat), muß jetzt der ursprüngliche Vorschlag von A. Fischer, daß eine Reichsbehörde ein solches Parlament beruft, erneuert werden. Wie notwendig ein Reichsgesundheitsparlament ist, ergibt sich aus folgenden Gedankengängen: Im Januar 1921 hat der Reichstag beschlossen, die Eingabe der Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene betreffs eines besonderen Gesetzes zur Einführung der Familienhilfe als Pflichtleistung der Krankenkassen der Reichsregierung zur Berücksichtigung — das ist die beste Aufnahme, die eine Eingabe im Reichstag finden kann — zu empfehlen. Aber was geschah dann weiter? Kümmernte sich nun der Reichstag darum, welche Schritte die Reichsregierung unternimmt? Keineswegs. Wir werden in dem Abschnitt „Sozialversicherung“ sehen, daß die Regierung nicht gewillt ist, die Familienhilfe als Pflichtleistung zu gestalten. Ein Reichsgesundheitsparlament, das nicht mit den zahlreichen vom Reichstag zu lösenden Aufgaben der äußeren

und inneren Politik belastet ist, hätte darüber gewacht, daß die sozialhygienischen Beschlüsse der Volksvertreter von der Volksregierung verwirklicht werden.

Die Gesundheitsverwaltung in den einzelnen deutschen Gliedstaaten¹⁾ ist sehr verschiedenartig gestaltet. Der Raum verbietet es, hierauf näher einzugehen. Nur sei betont, daß während mehrere ausländische Staaten, z. B. England, Rußland, Polen, Tschechoslowakei, Gesundheitsministerien besitzen, kein deutscher Staat bisher diesen Beispielen gefolgt ist. Überall bestehen in den deutschen Ländern nur einem Minister untergeordnete Medizinalabteilungen oder gar nur Medizinalreferenten. Hervorzuheben ist aber, daß in Württemberg 1919 ein Landesgesundheitsrat gebildet wurde; die Mitglieder haben u. a. auch das Recht, die Beratung gesundheitlicher Fragen anzuregen. Hiermit ist also eine Art Gesundheitsparlament geschaffen worden. In Preußen wurde 1921 ein Landesgesundheitsrat ins Leben gerufen; auch er kann dem Minister Vorschläge zur Abstellung von Mängeln machen und neue Maßnahmen anregen. Aber von der Tätigkeit dieser Körperschaften ist bisher nur wenig bekanntgeworden. Wie Bundt²⁾ im September 1924 anführte, sind Sitzungen des Preußischen Landesgesundheitsrates seit über Jahresfrist nicht mehr einberufen worden. Einrichtungen, die lediglich auf dem Papier stehen, haben keinen Wert.

Mit den Gesundheitsbehörden der Städte und Kreise befassen wir uns in dem nächsten Abschnitt.

Literatur: 1. *Christian*: „Gesundheitsparlamente“, *Münch. med. Wochenschr.* 1919 Nr. 33. — 2. *A. Fischer*: a) „Gesundheitspolitik und Gesundheitsgesetzgebung“, *Sammlung Göschen* Nr. 749, Berlin 1914; b) siehe *Literatur* S. 8 Ziffer 4 b; c) „Sozialhygienische Zukunftsaufgaben“, *Deutsch. med. Wochenschr.* 1919 Nr. 17; d) „Gesundheitsparlamente“, *Münch. med. Wochenschr.* 1919 Nr. 29; e) „Ein deutsches Gesundheitsparlament“, *Münch. med. Wochenschr.* 1919 Nr. 37. — 3. *W. Hanauer*: „Die Gründung einer Deutschen Gesellschaft für soziale Hygiene“, *Arch. f. soz. Hyg. u. Demograph.* 1915 Bd. 11 Heft 1. — 4. *O. Rapmund*: „Die Notwendigkeit einer Umgestaltung der Organisation des öffentlichen Gesundheitswesens im Deutschen Reich“, *Zeitschr. f. Medizinalbeamte* 1917 Nr. 19. — 5. *J. Schwälbe*: „Zur Neuordnung des Gesundheitswesens im Reich und in Preußen“, *Deutsch. med. Wochenschr.* 1917 Nr. 42 u. 43. — 6. *G. Seiffert*: a) „Bayerns Gesundheitswesen in Frieden und Krieg“, *Münch. med. Wochenschr.* 1919 Nr. 28; b) „Der Ausbau der sozialhygienischen Fürsorge in Bayern“, *ebenda* Nr. 45.

3. Gesundheitsfürsorge in Kreisen und Städten.

Wie man im Reich und in den Gliedstaaten Gesundheitsministerien mit Ärzten an der Spitze verlangen muß, so sind für die kleineren Verwaltungsgebiete, die Kreise und Städte, entsprechende von Ärzten geleitete Ämter zu fordern.

Um die gegenwärtigen Zustände auf diesem Gebiete zu verstehen und dann zu einem Urteil darüber, welche Maßnahmen man zurzeit treffen soll, zu gelangen, müssen wir auf unsere Darlegungen in dem Abschnitt „Geschichte der sozialen Hygiene“ (S. 27, 32 und 34) zurückgreifen.

Wir sahen, daß es schon im Mittelalter nicht nur Ärzte, die von den Regierenden angestellt waren, sondern auch Stadtärzte gab. Im 18. Jahrhundert entwickelten sich die Medizinalordnungen und brachten u. a. Bestimmungen über die Aufgaben der staatlich

¹⁾ Ausführliche Angaben hierüber bietet B. Möllers in seinem Werk „Gesundheitswesen und Wohlfahrtspflege im Deutschen Reiche“, Berlin 1923.

²⁾ *Zeitschr. f. Medizinalbeamte* 1924 Nr. 11.

besoldeten Ärzte (Physici); lediglich in ihren Händen lag dann die Überwachung der Gesundheitszustände in den jeweiligen Amtsbezirken. Zu den zahlreichen und verschiedenartigen Obliegenheiten der Physici gehörte die medizinische Ortsbeschreibung, von der ein wesentlicher Teil auch der Bericht über die Einflüsse der Kultur auf die Gesundheitsverhältnisse war. Die Kreis- (Bezirks-)Ärzte waren Gesundheitsbeamte, Gerichtsärzte und Heilärzte. Als Gesundheitsbeamte befaßten sie sich mit Recht, entsprechend der Seuchengefahr, die ehemals bestand, hauptsächlich mit der Verhütung der übertragbaren Krankheiten. Diese Tätigkeit gestaltete sich ganz besonders erfolgreich, als die Bakteriologie die wissenschaftlichen Unterlagen für die gesundheitspolizeilichen Maßnahmen zeitigte. Die hygienische Wirksamkeit der Amtsärzte¹⁾ schloß sich, wie gar nicht anders zu erwarten war, eng an die Lehren der Hygienischen Institute an; wie diese sich fast nur mit den Einflüssen der physischen Umwelt befaßten, so beschäftigten sich die ärztlichen Gesundheitsbeamten im allgemeinen hauptsächlich mit der Seuchenbekämpfung und anderen gesundheitspolizeilichen Aufgaben.

Um die Wende des 19. Jahrhunderts herum begann sich aber, wie wir gesehen haben, die soziale Hygiene als Wissenschaft zu entwickeln. Man erforschte die Einflüsse der sozialen Umwelt auf die Gesundheitsverhältnisse. Da zeigte sich, daß die Maßnahmen der Gesundheitspolizei nicht ausreichten, um den hygienischen Mißständen, soweit sie die Folgen einer ungünstigen sozialen und wirtschaftlichen Lage waren, wirkungsvoll entgegenzutreten.

Um die sozialhygienischen Verhältnisse zu verbessern, bedurfte man sozialfürsorgereicher Maßnahmen, über die der Amtsarzt nicht verfügte. Gemeinnützige Vereine, unterstützt von Stadtverwaltungen, schufen die ersten Fürsorgemaßnahmen für Säuglinge, Schulkinder, Tuberkulöse usw. Zu der anfangs meist unentgeltlichen Leitung dieser Fürsorgeeinrichtungen ließen sich weitblickende Ärzte bereitfinden. Immer mehr Fürsorgestellen für die verschiedenartigsten Zweige des sozialen Gesundheitswesens entstanden, immer größer wurde die Zahl der Fürsorgeärzte, die ihre Tätigkeit nebenamtlich verrichteten.

Gutgeleitete Verwaltungen einiger Städte bzw. Gemeindeverbände erkannten frühzeitig, daß es ihre Aufgabe²⁾ ist, sich eingehend mit diesem wichtigen Zweig der Wohlfahrtspflege, der gesundheitlichen Fürsorge, zu befassen; dazu brauchte man hauptamtlich angestellte ärztliche Sachverständige. In sehr verschiedenartiger Weise verfahren die einzelnen Städte hierbei.

In Frankfurt a. M. war ursprünglich ein Arzt mit der Untersuchung von städtischen Beamten und Angestellten betraut; im Jahre 1883 übertrug man ihm jedoch auch Aufgaben auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege sowie der Medizinalstatistik und ernannte ihn zum Stadtarzt, dessen Wirkungskreis sich mit der Zeit (siehe S. 269) immer mehr entfaltete. „In Stuttgart wurde“, wie Gottstein mitteilte, „schon 1877 dem Physicus

¹⁾ Erst durch die preußische Prüfungsordnung vom 9. Februar 1921 wurde bestimmt, daß die Kandidaten für das Kreisarztexamen auch in der sozialen Hygiene zu prüfen sind. (Siehe „Volkswohlfahrt“ 1921 Nr. 5.) Der Ausbildung der zukünftigen Kreisärzte und Stadtärzte auf sozialhygienischem Gebiete dienen die 1920 geschaffenen Sozialhygienischen Akademien (siehe S. 16).

²⁾ Der Berliner Arzt C. Freudenberg hat bereits 1900 gewissermaßen ein kommunalhygienisches Programm entworfen. (Siehe „Die Aufgaben der Gemeinden auf dem Gebiete der Gesundheitspflege“, Med. Reform 1901 Nr. 4 und 5.) Hingewiesen sei auch auf das im Jahre 1919 vom Verein Karlsruher Ärzte anlässlich der Gemeindewahlen ausgearbeitete gesundheitspolitische Programm. (Siehe „Sozialhyg. Mitteil.“ 1919 Heft 1 und 2.)

der Kgl. Stadtdirektion die Stelle eines städtischen Gesundheitsbeamten in Personalunion übertragen. Im Jahre 1888 wurde die Vereinigung beider Stellen gelöst und ein Stadtarzt im Hauptamte angestellt, der vor allem technischer Berater der städtischen Behörden und Ämter in allen Angelegenheiten auf den Gebieten der Gesundheitspflege wurde, dem außerdem die ständige hygienische Überwachung der öffentlichen städtischen Anstalten oblag und der ebenfalls Gutachten über Gesundheits- und Krankheitszustand von Bewerbern und Beamten abzugeben hatte.“

In den sonstigen deutschen Gemeinden wurden erst zu Beginn des 20. Jahrhunderts Stadtärzte hauptamtlich angestellt. Bahnbrechend war hierbei, nachdem Mannheim als erste unter den Städten 1903 einen hauptamtlichen Schularzt berufen hatte, Köln, das die Form des besoldeten medizinischen Stadtrates wählte. Die Aufgaben dieses Magistratsmitgliedes waren die gleichen, wie die der Stadtärzte in Frankfurt am Main und Stuttgart; aber diese Form hatte den Vorteil, daß der ärztliche Stadtrat sein Gebiet ganz selbständig bearbeiten und vertreten konnte. Dem Beispiel Kölns folgten schnell Schöneberg und Charlottenburg, 1913 auch Berlin, das dem ärztlichen Stadtrat den Titel Stadtmedizinalrat verlieh.

In vielen anderen deutschen Städten wurden ebenfalls teils hauptamtlich, teils nebenamtlich Ärzte bald für die Bearbeitung des gesamten städtischen Gesundheitswesens, bald nur für einzelne Teile hiervon angestellt. Hierbei berief man an manchen Orten Ärzte, die das amtsärztliche Examen bestanden hatten, und bewirkte, daß ihnen auch die gesundheitspolizeilichen Aufgaben des Amtsarztes übertragen wurden, an anderen Orten betraute man den Amtsarzt mit den Arbeiten des städtischen Gesundheitswesens, wieder an anderen Orten waren Stadtärzte oder hauptamtliche und auch nebenamtliche städtische Fürsorgeärzte tätig, während die Amtsärzte nach wie vor die gesundheitspolizeilichen Aufgaben durchführten. Und wie in den großen Städten war auch die Entwicklung in vielen Gemeindeverbänden.

Die Tätigkeit der Stadt-, Schul- und Fürsorgeärzte zeigte immer deutlicher die Einflüsse der sozialen und wirtschaftlichen Verhältnisse auf die Gesundheitszustände. Man erkannte immer mehr, daß man neben dem Gesundheitsschutz, der in technischen und polizeilichen Einrichtungen bestand, vor allem auch wirtschaftliche Fürsorgemaßnahmen anwenden muß. So lehnte sich der Hauptteil des neuzeitlichen städtischen Gesundheitswesens je länger je mehr an die allgemeine städtische Wohlfahrtspflege an. Um hierbei eine möglichst wirkungsvolle Arbeit leisten zu können, wurde, nachdem der Kreisarzt Ascher bereits 1908 die Bildung sozialer Gesundheitsämter vorgeschlagen hatte, von dem Kreisarzt H. Berger 1910 die Gründung von Wohlfahrtsämtern angeregt. Dieser Plan wurde vielfach in Städten, Gemeindeverbänden und Kreisen ausgeführt. Es entstand ein Gebiet sozialhygienischer Betätigung, für das man den Namen Gesundheitsfürsorge prägte.

Nun erhoben sich mannigfaltige Fragen organisatorischer Art. Um sie zu lösen, wäre vor allem Klarheit der Begriffe nötig. Daran fehlte es aber. Obwohl es Lehrbücher und Zeitschriften gibt, in deren Namen man das Wort „Gesundheitsfürsorge“ findet, sucht man dort vergebens nach einer befriedigenden Begriffsdeutung; das in vieler Hinsicht schätzenswerte Buch von M. Baum versagt hierbei ganz. Der Stadtarzt Hagen hielt es daher im Oktober 1924 für erforderlich, „zunächst einmal den Begriff der Gesundheitsfürsorge etwas klarzulegen“.

Nach unseren obigen Darlegungen (siehe S. 4) kann es nicht zweifelhaft sein, daß es sich bei dem Betätigungsfeld, das man jetzt „Gesundheitsfürsorge“ nennt, um Maßnahmen der sozialen Prophylaxe und der sozialen Therapie (Medizin) handelt. Diese Teile der sozialen Hygiene müssen ärztlich gehandhabt bzw. geleitet und mit der gesamten Hygiene in Zusammenhang gebracht werden. Wenn auch hierbei eine innige Gemeinschaftsarbeit mit den übrigen Wohlfahrtsverwaltungen erfolgen muß, so darf doch die Gesundheitsfürsorge nicht von dem übrigen sozialen Gesundheitswesen losgelöst und in die Wohlfahrtspflege eingereiht werden. Dieser Grundsatz ergibt sich ungezwungen aus der Klarheit der Begriffe. Und hieraus folgt dann weiter, daß die ärztlichen Leiter der Gesundheitsfürsorge selbständig sein müssen und keineswegs den nichtärztlichen Leitern der Wohlfahrtsverwaltungen unterstellt werden dürfen.

Zu der Frage, wie die Gesundheitsfürsorge, zu deren planmäßiger Durchführung ein Gesundheitsamt erforderlich ist, in den gesamten Verwaltungskörper der Städte bzw. Gemeindeverbände einzugliedern ist, gesellten sich noch viele weitere organisatorische Fragen.

Man stritt und streitet noch darüber, ob der staatlich angestellte Amtsarzt auch die Aufgaben der städtischen Gesundheitsfürsorge, oder aber ob der Stadt (Kommunal-)arzt auch die gesundheitspolizeilichen Arbeiten übernehmen soll. Diese Frage läßt sich nicht grundsätzlich lösen; sie ist nur nach den jeweiligen örtlichen und persönlichen Umständen zu beantworten.

Das gleiche gilt für die Frage, über die ebenfalls viele Aufsätze veröffentlicht wurden, ob die den Fürsorgeärzten angegliederten Fürsorgeschwestern jeweils nur auf einem oder auf mehreren Gebieten der Gesundheitsfürsorge gleichzeitig tätig sein sollen.

Die Hauptaufgabe, die zurzeit vorliegt, ist, daß neben den in den vorangegangenen Abschnitten geschilderten wichtigen Maßnahmen der sozialen Hygiene auf den Gebieten des Nahrungs- und Wohnungswesens, des Arbeiterschutzes und der Sozialversicherung, des Volksbadewesens, der Leibesübungen, der Rassehygiene usw. eine tatkräftige, planmäßige Gesundheitsfürsorge in den weiten Volksschichten der Fürsorgebedürftigen durchgeführt wird. Dazu braucht man ein Reichsgesetz, das die Grundsätze regelt und die Vorschriften im einzelnen den Ländern überläßt.

Wir haben oben (S. 246) schon berichtet, daß das Reichsjugendwohlfahrtsgesetz vom 9. Juli 1922 geschaffen wurde; daß es sich auf das gesamte Jugendalter (aber eben nur auf diese Personen) erstreckt, und daß Jugendämter¹⁾ eingerichtet werden sollen, wurde ebenfalls bereits angeführt. Von den sonstigen Vorschriften dieses Gesetzes sei hier noch folgendes hervorgehoben:

„§ 4. Aufgabe des Jugendamts ist ferner, Einrichtungen und Veranstaltungen anzuregen, zu fördern und gegebenenfalls zu schaffen für:

1. Beratung in Angelegenheiten der Jugendlichen;
2. Mutterschutz vor und nach der Geburt;
3. Wohlfahrt der Säuglinge;
4. Wohlfahrt der Kleinkinder;
5. Wohlfahrt der im schulpflichtigen Alter stehenden Jugend außerhalb des Unterrichts;
6. Wohlfahrt der schulentlassenen Jugend.

¹⁾ Erwähnenswert ist, daß vom württembergischen Landtag schon am 4. Oktober 1919 ein Jugendamtsgesetz verabschiedet wurde; dies Gesetz war seinen Grundlinien nach das Vorbild für das Reichsgesetz.

§ 10. Sofern für den Bezirk einer Gemeinde oder eines Gemeindeverbandes ein Wohlfahrtsamt oder eine andere der Wohlfahrtspflege dienende geeignete Einrichtung der staatlichen oder der Selbstverwaltung besteht, können ihr nach näherer Maßgabe der Landesgesetzgebung . . . die Aufgaben des Jugendamts übertragen werden.

Besteht für einen Bezirk ein Gesundheitsamt oder eine entsprechende Behörde, so können dieser die gesundheitlichen Aufgaben übertragen werden. In diesem Falle müssen diese Behörden im Einvernehmen mit dem Jugendamte vorgehen.

§ 49. Minderjährigen ist im Falle der Hilfsbedürftigkeit der notwendige Lebensbedarf einschließlich der Erziehung und Erwerbsbefähigung und die erforderliche Pflege in Krankheitsfällen zu gewähren . . .

Bei Beurteilung der Notwendigkeit der Leistungen ist das Bedürfnis nach rechtzeitiger dauernder und gründlicher Abhilfe gegen Störungen der körperlichen, geistigen und sittlichen Entwicklung der Minderjährigen zu berücksichtigen.¹⁾

Wie man sieht, befaßt sich das Reichsjugendwohlfahrtsgesetz neben anderen Aufgaben der Wohlfahrtspflege auch mit der Gesundheitsfürsorge, soweit es sich um die Jugend handelt. Nach dem Entwurf dieses Gesetzes sollte die Gesundheitsfürsorge den Leitern der Jugendämter unterstellt werden. Infolge des hiergegen lebhaft geäußerten Einspruches, namentlich auf dem im Juni 1921 veranstalteten 1. Deutschen Gesundheitsfürsorgetag¹⁾, wurde der jetzt in § 10 Absatz 2 enthaltene Zusatz betreffend die Gesundheitsämter in das Gesetz aufgenommen. Dem Gesetz haften trotzdem noch erhebliche Mängel an. Vor allem liegt das Bedenken vor, daß durch das Jugendwohlfahrtsgesetz die gesundheitliche Fürsorge für die Jugend von dem übrigen Gesundheitswesen abgetrennt und an ein Jugendamt, das sich eben nur mit den jugendlichen Altersklassen befaßt, angegliedert werden soll.

Es wurde nun eine Verordnung über das Inkrafttreten des Reichsgesetzes für Jugendwohlfahrt vom 14. Februar 1924 (RGBl. Nr. 13 S. 110 ff.) veröffentlicht, wonach die oberste Landesbehörde den Gemeinden oder Gemeindeverbänden die Befugnis erteilen kann, statt der Errichtung von Jugendämtern die diesen obliegenden Aufgaben einer anderen geeigneten Amtsstelle zu übertragen. Gleichzeitig erschien auf Grund des Ermächtigungsgesetzes vom 8. Dezember 1923 (RGBl. I S. 1179) die Verordnung über die Fürsorgepflicht vom 13. Februar 1924 (RGBl. Nr. 13 S. 100 ff.), die ebenso wie die zuerst genannte Verordnung betr. Jugendwohlfahrt am 1. April 1924 in Kraft trat.

Die Verordnung über die Fürsorgepflicht schreibt u. a. vor:

„§ 1. Die nachstehenden öffentlich-rechtlichen Fürsorgeaufgaben sind, soweit Reichsgesetze nicht anderes bestimmen, von den Landesfürsorgeverbänden und den Bezirksfürsorgeverbänden zu erfüllen:

- a) die soziale Fürsorge für Kriegsbeschädigte und Kriegshinterbliebene . . .
- b) die Fürsorge für Rentenempfänger der Invaliden- und Angestelltenversicherung, soweit sie nicht den Versicherungsträgern obliegt,
- c) die Fürsorge für Kleinrentner und die ihnen Gleichstehenden,
- d) die Fürsorge für Schwerbeschädigte und Schwererwerbsbeschränkte durch Arbeitsbeschaffung,
- e) die Fürsorge für hilfsbedürftige Minderjährige,
- f) die Wochenfürsorge.

Den Fürsorgeverbänden liegt auch weiterhin die Armenfürsorge ob; das Land kann ihnen weitere Fürsorgeaufgaben übertragen.

§ 3. Welche Behörden oder sonstige Stellen die Aufgaben der Landes- und Bezirksfürsorgeverbände durchzuführen haben, bestimmt das Land.

§ 6. Voraussetzung, Art und Maß der zu gewährenden Fürsorge bestimmt im Rahmen der reichsgesetzlichen Vorschriften das Land.

Mit Zustimmung des Reichsrats kann die Reichsregierung Grundsätze hierüber aufstellen.

¹⁾ Siehe „Bericht über den 1. Deutschen Gesundheitsfürsorgetag“, Berlin 1921.

§ 7. Jeder hilfsbedürftige Deutsche muß vorläufig von demjenigen Bezirksfürsorgeverband unterstützt werden, in dessen Bezirk er sich bei Eintritt der Hilfsbedürftigkeit befindet.

§ 29. Das Reichsgesetz über den Unterstützungswohnsitz in der Fassung vom 30. Mai 1908 (RGBl. S. 381) wird aufgehoben.

§ 32. Aufgehoben werden:

d) das Gesetz über Wochenfürsorge vom 9. Juni 1922 (RGBl. I S. 502) und die Verordnung über Wochenfürsorge vom 18. August 1923 (RGBl. I S. 816).

Bis zum Erlasse neuer Vorschriften gelten die bisherigen Bestimmungen über sowie über Wochenfürsorge, soweit sie Voraussetzung, Art und Maß der Fürsorge betreffen, als Vorschriften im Sinne des § 6.“

Die Reichsregierung hat dann Grundsätze über Voraussetzung, Art und Maß öffentlicher Fürsorgeleistungen vom 27. März 1924 (RGBl. I S. 375) veröffentlicht. Hier heißt es u. a.:

„1. Im Falle der Hilfsbedürftigkeit ist — erforderlichenfalls auch ohne Antrag — als Mindestmaß der unentbehrliche Lebensunterhalt, insbesondere Obdach, Nahrung, Kleidung, die erforderliche Pflege in Krankheitsfällen und nach dem Ableben ein angemessenes Begräbnis zu gewähren. Hilfsbedürftigen Schwangeren und Wöchnerinnen ist die erforderliche Fürsorge zu gewähren.

2. Für hilfsbedürftige Minderjährige gilt § 49 Absatz 1 und 2 des Reichsgesetzes für Jugendwohlfahrt.“

Durch die Verordnung über die Fürsorgepflicht, wodurch die die gesamte Wohlfahrtspflege umfassenden Bezirksfürsorgeverbände geschaffen werden, wird, wie sich Rott zutreffend geäußert hat, „die Jugendwohlfahrt, die ursprünglich ziemlich brüsk aus der allgemeinen Wohlfahrtspflege herausgenommen worden war, wieder eng mit dieser verbunden . . . Vom Standpunkt einheitlicher Gesundheitsfürsorge ist jedenfalls die organische Verbindung der Jugendwohlfahrtspflege mit der allgemeinen Wohlfahrtspflege, innerhalb derer die Gesundheitsfürsorge einen Teil darstellt, nur zu begrüßen.“ Des weiteren ist zu betonen, daß auf Grund der obigen Verordnungen das Maß der Leistungen, die den Hilfsbedürftigen und insbesondere den hilfsbedürftigen Minderjährigen zu gewähren sind, zwar die ehemaligen Darbietungen auf dem Armenwege (Existenzminimum) übertrifft, daß es aber zweifelhaft ist, ob der Begriff Hilfsbedürftigkeit im Sinne der Verordnung über die Fürsorgepflicht in der Praxis sich immer mit dem Begriff der Fürsorgebedürftigkeit im gesundheitsfürsorglichen Sinne (vgl. S. 247) decken wird.

Der Wert dieser Verordnungen hängt von den Ausführungsbestimmungen¹⁾, welche die Gliedstaaten veröffentlicht haben, ab; die Regelungen in den einzelnen Ländern sind recht verschiedenartig. Vielfach handelt es sich, wie bei der Neuheit der Maßnahmen zu erwarten war, gewissermaßen nur um Vorversuche.

Im ganzen genommen sind die neuen Gesetze und Verordnungen als erhebliche sozialhygienische Fortschritte zu betrachten; es geht, wenn auch langsam, vorwärts in der Richtung zum Recht auf Gesundheit.

Es muß jedoch zu den von Stadtverwaltungen oder Wohlfahrtsvereinen geschaffenen Maßnahmen, die man jetzt als Gesundheitsfürsorge bezeichnet, folgendes bemerkt werden: So wichtig diese Einrichtungen sind, so darf bei ihrer Bewertung nicht außer acht gelassen werden, daß sie vorzugsweise, wie es ja wohl auch beabsichtigt ist, den schlecht entwickelten, nicht ganz gesunden, kränklichen oder kranken Personen dienen; während die von uns erörterten gesundheitlichen Bestrebungen auf den Gebieten der Arbeitsverhältnisse, des

¹⁾ Die Ausführungsbestimmungen der einzelnen Länder sind in der Schrift von Wölz, Rupert und Richter: „Die Fürsorgepflicht. Leitfaden zur Durchführung der Verordnung vom 13. Februar 1924“ (Berlin 1924) enthalten.

Nahrungs-, Wohnungs- und Kleidungswesens, der Erholung, der Leibesübungen und der Rassehygiene sich gegen die in den kulturellen Mißständen gelegenen Ursachen richten, befaßt sich die Gesundheitsfürsorge hauptsächlich erst mit den Wirkungen. Die Leistungen der Gesundheitsfürsorge bestehen zumeist in Darbietungen sozialmedizinischer (sozialtherapeutischer) Art; da sie sich in der Regel auf das Jugendalter beschränken, bedürfen sie einer Ergänzung durch die sozialmedizinischen Maßnahmen, welche die Sozialversicherung gewährt. Wie wir zeigen werden, soll die Sozialversicherung so ausgebaut werden, daß sie in Zukunft mehr als bisher die sozialhygienischen Mißstände in ihren Ursachen zu bekämpfen vermag. Es ist zu wünschen, daß sich auch die Gesundheitsfürsorge der Städte und Kreise in diesem Sinne entwickelt.

Literatur: 1. *Ascher*: „Soziale Hygiene und soziale Gesundheitsämter“, *Med. Reform* 1908 Nr. 30. — 2. *M. Baum*: „Grundriß d. Gesundheitsfürsorge“, 2. Aufl., München 1923. — 3. *K. Baum*: „Die Jugendwohlfahrt“, Leipzig 1921. — 4. *H. Berger*: „Die sozial-hygienischen Forderungen der Zeit (Wohlfahrtsämter)“, Berlin 1910. — 5. *Gottstein*: a) „Die Regelung des Gesundheitswesens in den deutschen Großstädten“, *Deutsch. med. Wochenschr.* 1908 Nr. 12, 13 u. 14; b) „Die Regelung des gemeindeärztlichen Dienstes“, *Zeitschr. f. d. Armenwesen* 1910 Heft 12; c) „Stadärzte“, *Art. i. Handw. d. Kommunalw.* Bd. 4, Jena 1914. — 6. *Hagen*: „Die Mitwirkung des Arztes im Jugendamt“, *Mutter u. Kind* 1924, Oktober. — 7. *W. Hanauer*: „Die deutsche Stadthygiene in der Nachkriegszeit“, *Ärztl. Vereinsbl.* vom 23. April 1922 Nr. 1256. — 8. *Chr. Klumker u. B. Schmittmann*: „Wohlfahrtsämter“, *Schriften d. Deutsch. Gesellsch. f. soz. Recht* Heft 6, Stuttgart 1920. — 9. *Krautwig*: „Organisation der Wohlfahrtspflege der Städte“, *Biblioth. f. soz. Medizin, Hyg. u. Medizinalstat.* Nr. 8, Berlin 1913. — 10. *Lankes*: „Bemerkungen zum Fürsorgewesen“, *Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung* 1923 Nr. 10. — 11. *F. Rott*: a) „Aufbau des Jugendamtes“, *Deutsch. med. Wochenschr.* 1922 Nr. 27; b) „Die Verordnung über die Fürsorgepflicht vom 13. Februar 1924 und die Gesundheitsfürsorge“, *Sozialhyg. Rundschau* 1924 Nr. 8/9. — 12. *A. Salomon* gemeinsam mit *S. Wronsky*: „Leitfaden der Wohlfahrtspflege“, Leipzig 1921. — 13. *G. Tugendreich*: „Zum Reichsgesetz für Jugendwohlfahrt“, *Deutsch. med. Wochenschr.* 1922 Nr. 28. — 14. *Fr. Wendenburg*: „Kommunale Gesundheitsfürsorge“, *Sozialhyg. Mitteil.* 1920 Heft 3. — 15. *Wollenweber*: „Die Entwicklung des staatlichen Gesundheitswesens“, *Zeitschr. f. Medizinalbeamte* 1924 Nr. 11.

4. Die deutsche Sozialversicherung.

Unter dem Namen „Sozialversicherung“ faßt man eine Anzahl von Gesetzen zusammen, die in mancher Hinsicht auf gemeinsamen Grundgedanken beruhen. Alle diese Gesetze legen viele Millionen Menschen umfassenden Volksschichten den Zwang auf, sich gegen Beeinträchtigungen ihrer Gesundheit bzw. Erwerbsfähigkeit zu versichern. Die Beiträge, welche die Versicherten zu zahlen haben, bewirken ein Anrecht auf Leistungen seitens der Versicherungsträger, wenn Krankheiten, Unfälle oder dauernde Erwerbsunfähigkeit erfolgt sind.

Das erste dieser Gesetze war das Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter¹⁾ vom 15. Juni 1883. Der Gedanke der Versicherung gegen Krankheit war damals in den Arbeiterkreisen nichts Neues. Krankenkassen gab es schon im 18. Jahrhundert, und besonders in den Arbeitervereinen Englands (den Trade-Unions, friendly societies usw.) hatte sich im 19. Jahrhundert das auf Selbsthilfe aufgebaute Versicherungswesen stark entwickelt. Im Deutschen Reich bestanden, nach Angabe von *Zadek*, im Jahre 1880 etwa 5000 Krankenkassen mit 840000 Mitgliedern. So begrüßenswert im allgemeinen

¹⁾ Wegen des Wortes „Arbeiter“ sprach man lange Zeit von der „Arbeiterversicherung“; das Abänderungsgesetz vom Jahre 1892 erhielt den Namen „Krankenversicherung“.

gerade die Maßnahmen der Selbsthilfe sind, auf dem Gebiet des Krankenversicherungswesens haben sie vielfach versagt. Denn diejenigen Arbeiter, welche der Versicherungsleistungen am dringendsten bedurften, die Schlechtgelohnten, blieben den Kassen, deren Mitglieder in der Regel aus den oberen Schichten der Arbeiter stammten, gewöhnlich fern. Der gewaltige sozialhygienische Fortschritt des deutschen Gesetzes bestand daher vor allem in dem Versicherungszwang¹⁾; denn Ende 1885 waren bereits $4\frac{3}{4}$ Millionen Deutsche gegen Krankheit versichert.

Mit dem Zwangssystem der Krankenversicherung, die den ersten Teil unserer Sozialversicherung bildete, hat Deutschland der ganzen Welt die Wege gewiesen. Schon in der Botschaft, welche Wilhelm I. am 17. November 1881 durch Bismarck dem Reichstage unterbreitet hat, wurde betont, daß „den Hilfsbedürftigen größere Sicherheit und Ergiebigkeit des Beistandes, auf den sie Anspruch haben“, geboten werden muß; den Arbeitern sollte in den durch Unfall, Krankheit, Invalidität und Alter verursachten Notlagen ein „Anspruch auf ein höheres Maß staatlicher Fürsorge, als ihnen bisher hat zuteil werden können“ (Armenpflege), gewährleistet werden. Hiermit war der Grund zu dem Recht auf Gesundheit gelegt.

Auf das Krankenversicherungsgesetz folgten das Unfallversicherungsgesetz vom 6. Juli 1884 und das Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetz vom 22. Juni 1889. Alle drei Gesetze wurden vielfach neugestaltet und dann in einem Gesetzgebungswerk, der Reichsversicherungsordnung vom 19. Juli 1911, zusammengefaßt. Wir schildern nun zunächst, nach Maßgabe des verfügbaren Raumes, die wichtigsten Vorschriften der RVO. sowie der Angestelltenversicherung vom 20. Dezember 1911, fügen aber sogleich die seit 1914 erfolgten Neuerungen an.

Krankenversicherung.

Versicherungspflichtig sind: 1. Arbeiter, Gehilfen, Gesellen, Lehrlinge, Dienstboten; 2. Betriebsbeamte, Werkmeister und andere Angestellte in ähnlich gehobener Stellung; 3. Handlungsgehilfen und Lehrlinge; 4. Bühnen- und Orchestermitglieder; 5. Lehrer und Erzieher; 6. Hausgewerbetreibende; 7. Schiffsbesatzung. Die Versicherungspflicht besteht für die unter 1—7 Bezeichneten (mit Ausnahme der Lehrlinge) jedoch nur, wenn sie gegen Entgelt beschäftigt sind, für die unter 2—5 Bezeichneten sowie für Schiffer außerdem nur dann, wenn ihr regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst 2400 Mark nicht übersteigt.

Versicherungsberechtigt sind 1. die versicherungsfreien Beschäftigten der oben bezeichneten Art, 2. Familienangehörige des Arbeitgebers, 3. Gewerbetreibende, die keine oder höchstens zwei Versicherungspflichtige beschäftigen; die Berechtigung, der Ver-

¹⁾ Ed. Bernstein hat in dem Aufsatz „Der Sozialismus und die soziale Versicherung“, der in der Zeitschrift „Ortskrankenkasse“ 1915 Nr. 16 erschien, folgendes dargelegt: In der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts hat kein französischer Sozialist von der Arbeiterversicherung als einer besonders wichtigen Maßnahme gesprochen. Zum erstenmal stößt man auf diesen Gedanken bei Karl J. Winkelblech, der sich Karl Molo nannte; er war „zwar offensichtlich von den französischen Sozialisten beeinflusst, aber die von jenseits des Rheins empfangenen Ideen hat er selbständig verarbeitet“. Im vierten „praktischen“ Teil seines in den fünfziger Jahren des 19. Jahrhunderts abgefaßten Werkes „Untersuchungen über die Organisation der Arbeit oder Systems einer Weltökonomie“ fordert er „Versicherungen der arbeitenden Klassen für Fälle von Krankheit, Unfall, Invalidität und Alter mit Beitritts- und Beitragspflicht“.

sicherung beizutreten bzw. ihr weiter anzugehören, erlischt, sobald das regelmäßige jährliche Gesamteinkommen ein bestimmtes Maß (vor dem Kriege 2500 bzw. 4000 M.) übersteigt.

Die Regelleistungen jeder Krankenkasse müssen in Krankenhilfe, Wochenhilfe und Sterbegeld bestehen; darüber hinaus darf die Kasse noch Mehrleistungen bieten.

Die Krankenhilfe setzt sich aus Krankenpflege, welche vom Beginn der Krankheit an zu gewähren ist, und aus Krankengeld, das vom vierten Krankheitstage an nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit gezahlt werden muß, zusammen. Diese Leistungen enden im allgemeinen spätestens mit Ablauf der 26. Woche nach Beginn der Krankheit. Die Krankenpflege umfaßt ärztliche Behandlung, Versorgung mit Arznei sowie erforderlichenfalls mit Brillen, Bruchbändern und anderen kleinen Heilmitteln. Die ärztliche Behandlung erfolgt, wenn nötig, im Krankenhaus. Das Krankengeld ist mindestens in der Höhe des halben Tagelohns für jeden Arbeitstag zu zahlen, wenn die Krankheit mit Erwerbsunfähigkeit verbunden ist; das Krankengeld kann bis auf $\frac{3}{4}$ des Tagelohns erhöht werden. (Die Karenz und die Gewährung nur eines Teilbetrages des Arbeitslohns als Krankengeld sollen den Mißbrauch durch Simulanten verhüten.)

Die Vorschriften der RVO. über die Wochenhilfe wurden durch besondere Gesetze während und nach dem Kriege erheblich ausgebaut; wir haben darüber auf S. 229, 230 und 232 berichtet.

Die Krankenkassen sind befugt, aber nicht verpflichtet, auch Familienhilfe zu bieten.

Träger der Versicherung sind die Krankenkassen. Nach der RVO. gibt es nur noch (außer den Knappschaftskassen): Orts-, Betriebs-¹⁾, Land- und Innungskrankenkassen. Die Leistungen der einzelnen Kassenarten sind keineswegs gleichartig.

Für die Kostendeckung haben bei allen Kassen die Versicherten und die Arbeitgeber gemeinsam aufzukommen; die Arbeitnehmer haben doppelt so viel beizusteuern wie die Arbeitgeber. Diesem Verhältnis entspricht die jeweilige Vertretung in der Kassenleitung.

Im Jahre 1921 zählte man, wie amtlich²⁾ berichtet wird, rund 18 Millionen Kassenmitglieder; von ihnen kamen auf die Ortskrankenkassen 11,2, auf die Betriebskrankenkassen 3,7, auf die Landkrankenkassen 2,2 und auf die Innungskrankenkassen 0,3 Millionen, so daß von je 100 Kassenmitgliedern 64,1 den Ortskrankenkassen, 21,4 den Betriebskrankenkassen, 12,6 den Landkrankenkassen und 1,9 den Innungskrankenkassen angehörten. Auf 100 männliche Mitglieder entfielen bei den Ortskrankenkassen 75,9, bei den Betriebskrankenkassen 26,0, bei den Landkrankenkassen 104,1, bei den Innungskrankenkassen 31,2 und bei sämtlichen Kassen 63,8 weibliche.

Von den Kassenausgaben betrug im Jahre 1921 die Krankheitskosten bei den Ortskrankenkassen 85,6, bei den Betriebskrankenkassen 98,1, bei den Landkrankenkassen

¹⁾ Die Bestrebungen, die Betriebskrankenkassen zu beseitigen, können vom sozialhygienischen Standpunkt aus nicht gebilligt werden, da diese Kassen die höchsten Leistungen aufweisen. (Siehe A. Fischer: a) „Die Beseitigung der Betriebskrankenkassen“, Zentralbl. f. d. Reichsversicherung 1910 Nr. 16; b) „Öffentliche Gesundheitspflege und Betriebskrankenkassen“, Die Betriebskrankenkasse vom 25. August 1921.)

²⁾ Siehe „Die Krankenversicherung in den Jahren 1920 und 1921“, Statist. d. Deutsch. Reichs Bd. 303, Berlin 1924.

87,3, bei den Innungskrankenkassen 85,3, bei sämtlichen Kassen 89,1%, die Verwaltungskosten bei den Ortskrankenkassen 13,0, bei den Betriebskrankenkassen 0,8, bei den Landkrankenkassen 11,8, bei den Innungskrankenkassen 13,5, bei sämtlichen Kassen 9,6%. Auf ein Mitglied entfielen 1921 bei den Ortskrankenkassen 256, bei den Betriebskrankenkassen 376, bei den Landkrankenkassen 157, bei den Innungskrankenkassen 239, bei sämtlichen Kassen 269 Mark. Wie sich die Krankheitskosten im einzelnen bei der jeweiligen Kassenart verteilen, zeigt unsere Tafel 118.

Tafel 118.

Krankheitskosten bei den einzelnen Kassenarten 1914 und 1921.

Von 100 Teilen der Krankheitskosten entfielen auf:

Krankheitskosten		Orts- kranken- kassen	Land- kranken- kassen	Betriebs- kranken- kassen	Innungs- kranken- kassen	Sämtliche Kranken- kassen
Krankenbehandlung	1914	25,2	42,0	25,5	22,6	26,2
	1921	22,7	31,7	21,4	21,7	22,9
Arznei und Heilmittel	1914	13,2	13,7	13,1	11,7	13,2
	1921	13,9	15,9	14,6	13,0	14,2
Krankenhauspflege	1914	14,7	21,4	10,7	20,5	14,1
	1921	15,1	19,8	11,6	18,8	14,4
Kur- und Verpflegungs- kosten in Wöchnerinnenheimen	1914	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	1921	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Hauspflege	1914	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
	1921	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1
Krankengeld	1914	40,1	18,1	43,3	40,2	39,7
	1921	38,2	19,2	42,2	39,0	38,0
Wochen-, Schwangeren- und Stillgeld	1914	3,1	3,0	2,2	1,0	2,8
	1921	7,0	12,2	5,8	4,0	7,0
Hausgeld	1914	1,5	0,3	2,0	1,9	1,6
	1921	1,2	0,3	1,8	1,6	1,4
Bare Leistungen statt ärztl. Versorgung	1914	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1
	1921	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1
Fürsorge für Genesende	1914	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1
	1921	0,2	0,0	0,1	0,0	0,2
Sterbegeld	1914	2,0	1,3	3,1	2,0	2,2
	1921	1,5	0,8	2,3	1,8	1,7

(Nach Stat. d. Deutschen Reichs Bd. 303.)

Über die gegenwärtigen Kassenleistungen im Vergleich zu denen der Vorkriegszeit äußert sich Grieser, Ministerialdirektor im Reichsarbeitsministerium, im August 1924 folgendermaßen:

„Der Vergleich in den Leistungen fällt zugunsten der heutigen Krankenversicherung aus. Neu ist die Familienwochenhilfe, die in etwa 600000 Fällen im Jahre eintritt. Immer breiteren Boden gewinnt die Familienkrankenpflege als freiwillige Mehrleistung. Die ärztliche Versorgung kostet heute das Doppelte gegenüber der Vorkriegszeit, die Pflegesätze in den städtischen und staatlichen Krankenhäusern liegen um 50 bis 100 v. H. höher als früher. In den Ausgaben ist der Anteil des Krankengeldes zurückgegangen, weil die Löhne geringer sind; die Verwaltungskosten machen nicht mehr als 8 bis 10 v. H. der Ausgaben aus, sie sind im allgemeinen niedriger als früher. Im Haushalt der Krankenkassen überwiegen heute die Sachleistungen für ärztliche Behandlung, Arznei, Kranken-

hauspflege usw. Die Verordnung des Reichsarbeitsministers vom 31. Juli 1924 erhöht die Leistungen in der Familienwochenhilfe auf den Gesamtbetrag von 80 Mark für Beihilfe, Wochengeld und Stillgeld; davon trägt das Reich die Hälfte, der Reichszuschuß beträgt 20 Millionen Mark im Jahre.“

Unfallversicherung.

Wie die Arbeiterversicherung im ganzen, so sollte besonders die Unfallversicherung den Arbeiterschutz ergänzen. Über den Arbeiterschutz und die eng damit verbundenen Vorschriften des § 848 der RVO. wurde schon auf S. 328 berichtet. Hier sind nun noch die sonstigen wichtigen Unfallversicherungsbestimmungen anzuführen.

Versichert sind alle Arbeiter, Gehilfen, Gesellen, Lehrlinge sowie Betriebsbeamte, deren Jahresverdienst eine bestimmte Höhe (vor dem Kriege 5000 Mark) nicht übersteigt. Der Versicherung unterliegen gewerbliche und landwirtschaftliche Betriebe. Träger der Versicherung sind die in Berufsgenossenschaften organisierten Arbeitgeber; diese allein haben die gesamten Kosten der Versicherung zu decken. Im Falle einer Verletzung sind vom Beginne der 14. Woche nach dem Unfall Krankenbehandlung und eine Rente für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit zu gewähren. Die Rente beträgt, solange der Verletzte infolge des Unfalls völlig erwerbsunfähig ist, im allgemeinen zwei Drittel des Lohnes; wenn der Verletzte nur teilweise erwerbsunfähig ist, so ist ein entsprechender Teil der Vollrente zu zahlen. Die Berufsgenossenschaft ist befugt, schon vor Ablauf der 13. Woche nach dem Unfall ein Heilverfahren, gegebenenfalls in einer Heilanstalt, einzuleiten, um die Folgen der Verletzung zu beseitigen oder zu mildern. Bei Tötung ist ein Sterbegeld zu gewähren; für die Witwe und jedes Kind bis zum vollendeten 15. Lebensjahr sind Renten zu zahlen. Bei Meinungsverschiedenheiten zwischen dem Versicherungsträger und dem Verletzten haben die zuständigen Stellen (Versicherungsamt, Oberversicherungsamt, Reichsversicherungsamt) zu entscheiden.

Im Jahre 1922 unterlagen der Versicherung bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften 808395 Betriebe mit 11165176 versicherten Personen, bei den land-(und forst-)wirtschaftlichen Berufsgenossenschaften 4873098 Betriebe mit 14915000 versicherten Personen; dazu kommen u. a. 658934 versicherte Personen, die in Reichsbetrieben beschäftigt sind. Gegen Unfall waren 1922 mithin rund 27 Millionen Personen¹⁾ versichert.

Die Zahl der angemeldeten Unfälle²⁾ belief sich im Jahre 1922 auf 649734, die der erstmalig entschädigten auf 97748.

Die Ziffer der anhängig gewordenen Rekurse und Anträge gegen die Bescheide der Berufsgenossenschaften bezw. gegen die Schiedsgerichtsurteile ist in der letzten Zeit erheblich geringer geworden. Von den angefochtenen Urteilen²⁾ wurden im Jahre 1922 zugunsten der Versicherungsträger 72,6% bestätigt, während es früher erheblich mehr (z. B. 84% im Jahre 1911) waren.

Die alten Unfallrenten sind inzwischen völlig wertlos geworden. Aber nach Angabe von Ministerialdirektor Grieser ist in einem Gesetzentwurf vorgesehen, die alten Renten in ihrem ursprünglichen Werte zu erneuern und die neuen Renten wieder nach dem eigenen Verdienste des Verletzten zu berechnen. „Dabei sollen die Schwerverletzten insofern bessergestellt werden, als ihre Renten nach einem höheren Hundertsatze bemessen werden. Zur Berücksichtigung des Familienstandes kommen zu den Unfallrenten Kinderzuschüsse.“

¹⁾ Siehe „Amtl. Nachrichten des Reichsversicherungsamts“ 1924 Nr. 3.

²⁾ Siehe „Amtl. Nachrichten des Reichsversicherungsamts“ 1923 Nr. 3.

Bis zum Inkrafttreten des neuen Gesetzes erhalten die Schwerverletzten ab 1. Juni 1924 eine monatliche Sonderzulage von 15 Mark in der gewerblichen und von 10 Mark in der landwirtschaftlichen Unfallversicherung.

Invalidenversicherung.

Aus praktischen Gründen wurden die mit Erwerbsunfähigkeit verbundenen Krankheitsfälle in solche, die vorübergehend, und in solche, die von langer Dauer sind, eingeteilt; hat eine Erkrankung länger als 26 Wochen gewährt, so stellt im allgemeinen die Krankenkasse ihre Leistungen ein, der Kranke gilt dann als Invalide; die Invalidenversicherung¹⁾ übernimmt nun für ihn die Fürsorge

Versicherungspflichtig sind Arbeiter, Gesellen, Hausgehilfen, Hausgewerbetreibende, ferner Schiffsbesatzung, Gehilfen und Lehrlinge, soweit sie nicht nach dem Angestelltenversicherungsgesetze versicherungspflichtig oder versicherungsfrei sind. Versicherungsberechtigt sind Gewerbetreibende und andere Betriebsunternehmer bis zum vollendeten 40. Lebensjahre, falls sie höchstens zwei Versicherungspflichtige beschäftigen.

Gegenstand der Versicherung sind Invaliden- und Altersrenten sowie Renten, Witwengeld und Waisenaussteuer für Hinterbliebene.

Träger der Versicherung sind die Landesversicherungsanstalten.

Invalidenrente erhält, wer nicht mehr imstande ist, ein Drittel dessen zu erwerben, was gesunde Personen gleicher Art zu verdienen pflegen. Altersrente empfängt der Versicherte vom vollendeten 65. Lebensjahr an, auch wenn er noch nicht invalide ist. Der dauernd invaliden Witwe wird nach dem Tode ihres versicherten Mannes Witwenrente gezahlt. Waisenrente wird nach dem Tode des versicherten Vaters seinen ehelichen Kindern unter 15 Jahren und nach dem Tode einer Versicherten ihren vaterlosen Kindern unter 15 Jahren gewährt; als vaterlos gelten auch uneheliche Kinder.

Nach § 1269 der RVO. kann die Versicherungsanstalt ein Heilverfahren einleiten, um der infolge einer Erkrankung drohenden Invalidität eines Versicherten oder einer Witwe vorzubeugen.

Arbeitgeber und Versicherte haben für jede Woche der versicherungspflichtigen Beschäftigung Beiträge zu gleichen Teilen zu entrichten. Das Reich leistet Zuschüsse für die gezahlten Renten.

Die Anzahl der von 1891 bis 1922 jährlich festgesetzten Invalidenrenten war schon der Tafel 32 (S. 83) zu entnehmen. Wie aus den „Amtl. Mitt. d. Reichsversicherungsamtes“ vom 15. März 1924 zu ersehen ist, wurden im Jahre 1923 insgesamt 420 750 Renten bewilligt, und zwar 337 750 Invalidenrenten, 5166 Krankenrenten, 11 199 Altersrenten, 32 679 Witwen- (Witwer-) und Witwenkrankenrenten und 33 956 Waisenrenten.

Das vorbeugende Heilverfahren erfolgte 1922 bei 249 926 (1921: 248 292) Versicherten, unter denen sich 41 426 (1921: 44 631) Lungen- und Kehlkopftuberkulöse²⁾ und 39 972 (1921: 40 569) Geschlechtskranke³⁾ befanden.

¹⁾ Im Jahre 1891 wählte man noch den Namen „Invaliditäts- und Altersversicherung“. Da aber die Fürsorge für Invalide und Invaliditätsverhütung immer mehr in den Vordergrund trat, wurde das Gesetz bereits 1899 als „Invalidenversicherungsgesetz“ bezeichnet. Durch die RVO. wurde entsprechend den erweiterten Leistungen der Name „Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung“ eingeführt.

²⁾ Siehe S. 374 ff.

³⁾ Siehe S. 389 Fußnote 1.

Vor dem Kriege unterstützten die Versicherungsanstalten, die damals sämtlich über reiche Geldmittel verfügten, zahlreiche hygienisch wirkende Maßnahmen, Krankenhäuser, Arbeitersiedlungen, gesundheitstechnische Einrichtungen usw.; besonders tatkräftig widmeten sie sich dem Kampf gegen die Tuberkulose. Während des Krieges kam die Bildung von Beratungsstellen für Geschlechtskranke hinzu. Nach dem Kriege mußten manche dieser Bestrebungen ganz oder teilweise infolge Geldmangels eingestellt werden.

Auch die Renten verloren infolge der Inflation ihren Wert. Mittlerweile haben sich aber die Geldverhältnisse bei den Versicherungsanstalten wieder gebessert, so daß die Wirksamkeit der Versicherungsträger allmählich die ehemalige Bedeutung erreicht. Hierüber schreibt Grieser:

„Die Invalidenversicherung hat ungefähr 16 Millionen Versicherte, die in der Regel zugleich Krankenkassenmitglieder sind. Gegen 1913 ist die Zahl der Rentenempfänger mehr als verdoppelt. Im Laufe sind 1,5 Millionen Invalidenrenten (1913: 1,1 Millionen), 0,2 Millionen Witwen- und Witwerrenten (1913: 0,02 Millionen) und 1,25 Millionen Waisenrenten (1913: 0,14 Millionen), insgesamt rund 3 Millionen Renten (1913: 1,26 Millionen). Die Invalidenrente beträgt 14 Mark im Monat, dazu für jedes versorgungsberechtigte Kind der monatliche Zuschuß von 3 Mark, im Durchschnitt also 17 Mark, früher nur 16 Mark; die Witwenrente ist 10 Mark im Monat und um 4 Mark höher als früher, die Waisenrente 6 Mark und gegen früher mehr als verdoppelt.“

Angestelltenversicherung.

Als Ergänzung der Invalidenversicherung wurde das Versicherungsgesetz für Angestellte vom 20. Dezember 1911 (RGBl. S. 589) geschaffen; es wurde durch das Gesetz vom 10. November 1922 (RGBl. I S. 849) in mancher Hinsicht geändert.

Versicherungspflichtig sind insbesondere Angestellte in leitender Stellung, Betriebsbeamte, Werkmeister, Büro- und andere Angestellte in ähnlich gehobener Stellung, Bühnenmitglieder und Musiker, Angestellte in Berufen der Erziehung, des Unterrichts, der Fürsorge, der Kranken- und Wohlfahrtspflege. Versicherungsberechtigt sind diejenigen, die aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung ausscheiden, sowie solche Personen bis zum vollendeten 40. Lebensjahre, die für eigene Rechnung eine ähnliche Tätigkeit wie die Versicherungspflichtigen ausüben.

Gewährt werden Ruhesgeld und Hinterbliebenenrente. Ruhesgeld empfängt, wer das Alter von 65 Jahren vollendet hat oder durch körperliche Gebrechen oder wegen Schwäche seiner körperlichen und geistigen Kräfte dauernd unfähig ist, seinen Beruf auszuüben. Die Hinterbliebenenrenten bestehen in einer Witwenrente, welche die Frau nach dem Tode ihres Mannes erhält, ohne Rücksicht darauf, ob sie erwerbsfähig oder bedürftig ist oder nicht, ferner in Waisenrenten, welche nach dem Tode des versicherten Vaters seinen ehelichen Kindern unter 18 Jahren und nach dem Tode einer Versicherten ihren vaterlosen (gegebenenfalls unehelichen) Kindern unter 18 Jahren gezahlt werden.

Um der infolge einer Krankheit drohenden Berufsunfähigkeit vorzubeugen oder um die Berufsfähigkeit wiederherzustellen, kann der Versicherungsträger, die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte, ein Heilverfahren einleiten.

Die Kostendeckung der Versicherung erfolgt durch Beiträge, welche die Arbeitgeber und die Versicherten zu gleichen Teilen entrichten müssen.

Die Angestelltenversicherung begann am 1. Januar 1913 und rechnet zurzeit, wie Grieser angibt, mit 1,6 Millionen Versicherten. „Da die Wartezeit zehn Jahre beträgt, ist die Zahl der Ruhegeldempfänger noch verhältnismäßig gering. Die Aufwertung der Leistungen war daher hier viel leichter als in der Invalidenversicherung. Das Ruhegeld beträgt 30 Mark, die Witwenrente 18 Mark und die Waisenrente 15 Mark im Monat.“

Arbeitslosenversicherung (Erwerbslosenfürsorge).

Seit vielen Jahren wurde darauf hingewiesen, daß der deutschen Sozialversicherung ein wesentlicher Teil fehlt: die Arbeitslosenversicherung. Einige Gemeinden hatten zwar vor dem Kriege, in Gemeinschaft mit den Gewerkschaften, die Versicherung gegen Arbeitslosigkeit einzuführen versucht; diese beachtenswerten Bemühungen konnten naturgemäß jedoch nur einen begrenzten Erfolg haben.

In England dagegen wurde, als man dort unsere Sozialversicherung nachahmte, sogleich auch die Arbeitslosenversicherung geschaffen.

Da im Zusammenhang mit den Folgen des Weltkrieges die Zahl¹⁾ der Erwerbslosen überaus groß wurde, war eine entsprechende Fürsorge erforderlich; sie wurde durch die Reichsverordnung vom 13. November 1918 geschaffen. Es handelte sich zunächst um eine reine Unterstützung ohne jeden versicherungsrechtlichen Anspruch. Trotzdem zahlreiche Abänderungsverordnungen erschienen, blieb man bei dieser Form der Erwerbslosenfürsorge bis zu der Notverordnung vom 15. Oktober 1923. Es wurden nun vom 1. November 1923, um den Fürsorgeaufwand zu decken, Beiträge von Arbeitgebern und Arbeitnehmern erhoben. Durch die Verordnung vom 13. Februar 1924 wurde dann auf dem Wege von der Erwerbslosenfürsorge zur Arbeitslosenversicherung, mit deren Einführung die Reichsregierung sich in Gesetzentwürfen bereits befaßt hat, weitergegangen.

Die wichtigsten Vorschriften dieser neuesten Verordnung lauten: Die Gemeinden sind verpflichtet, soweit ein Bedürfnis dafür besteht, eine Fürsorge für Erwerbslose einzurichten, der sie nicht den Rechtscharakter der Armenpflege beilegen dürfen. Die Fürsorge wird nur arbeitsfähigen und arbeitswilligen Personen, die sich infolge des Krieges durch gänzliche oder teilweise Erwerbslosigkeit in bedürftiger Lage befinden, gewährt. Die Unterstützung soll im allgemeinen erst nach einer Wartezeit von mindestens einer Woche zugebilligt werden. Die Gemeinde, die zur Auszahlung der Unterstützung zuständig ist, soll alle Erwerbslosen, für die sie zu sorgen hat, bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse gegen Krankheit versichern. Die erforderlichen Mittel werden durch Beiträge der krankenversicherungspflichtigen Arbeitnehmer und ihrer Arbeitgeber sowie durch die Leistungen der Gemeinden aufgebracht; bei ungewöhnlich großer Arbeitslosigkeit gewähren das Reich und die Länder Beihilfen.

* * *

Über die deutsche Sozialversicherung liegen zahlreiche Urteile vor; viel Lob, aber auch oft Tadel und Unzufriedenheit sind ausgesprochen worden.

Die Lobredner²⁾ der Sozialversicherung, zu denen namentlich hohe Beamte des sozialen Versicherungswesens gehörten, behaupteten immer wieder, daß die Gesundheitsverhältnisse der Arbeiter durch die Versicherungsleistungen erheblich gebessert worden sind.

¹⁾ Über die Zahl der Erwerbslosen siehe S. 93 u. 94.

²⁾ Siehe die Fußnote 1 S. 78.

Wie wenig diese Darlegungen ziffernmäßig begründet waren, wurde bereits S. 78 ff. ausgeführt. Ich meine deutlich gezeigt zu haben, daß so große Erfolge von der mangelhaft gestalteten Sozialversicherung im Hinblick auf die sonstigen sozialhygienischen Mißstände (Arbeitsverhältnisse, Nahrungsmittelteuerung usw.) gar nicht zu erwarten waren.

Mit diesem Hinweis sollte aber nicht dem Abbau, sondern dem Ausbau der Sozialversicherung das Wort geredet werden. So wenig die Ansicht von L. Bernhard¹⁾, der auf Grund der verhältnismäßig nicht sehr häufigen Rentenhysteriefälle von „unerwünschten Folgen der deutschen Sozialpolitik“ sprach, zutrifft, so dringend notwendig war es, daß auf die „vermißten Folgen der Sozialversicherung“ aufmerksam gemacht wurde.

Hier geziemt es sich, die bedeutungsvolle Kritik des sozialdemokratischen Arztes Zadek aus dem Jahre 1895, die man sonderbarerweise nirgends, auch nicht in den sozialhygienischen Schriften seiner Parteigenossen, erwähnt findet, hervorzuheben. Mit einem seltenen Weitblick führte damals bereits Zadek u. a. folgendes an:

„Die Ursachen der sozial-hygienisch geringfügigen Leistungen der Arbeiterversicherung ... bestehen in dem Mangel eines einheitlichen Planes, der feststehen mußte, bevor man an die Ausarbeitung des ersten Versicherungsgesetzes ging ... An die Stelle der vielerlei Organisationen hat eine centrale, territorial und lokal gegliederte Reichsinstitution unter thunlichster Selbstverwaltung der Arbeiter, unter Kontrolle Seitens der Kommunen und des Staates und unter entscheidender Mitwirkung der Ärzte zu treten ... an die Stelle des beschränkten, bei den verschiedenen Versicherungszweigen wiederum ganz verschiedenen Kreises versicherter Personen — Einbeziehung aller, deren Einkommen nicht genügt, um für Alter, Krankheit und Invalidität selbst Fürsorge zu tragen, also auch der Hausindustriellen, der kleinen Gewerbetreibenden, der selbständigen Handwerker und Händler; an Stelle des Versicherungsprinzips, das privatwirtschaftlich ebenso selbstverständlich wie volkswirtschaftlich und hygienisch widersinnig, das Gegenteil der beabsichtigten Sicherung des Bedürftigsten erreicht — das soziale Prinzip des Rechts auf staatliche Fürsorge für Alle, die es nöthig haben Die private Versicherung in der Assekuranz gegen elementare Schäden, in gewissem Sinne auch in der Lebensversicherung, hat es mit unvorhergesehenen und unabänderlichen Gefahren, mit natürlichen und feststehenden Faktoren zu thun, die Arbeiterversicherung mit veränderlichen, durch gesellschaftliche Einrichtungen geschaffene und daher auch durch gesellschaftliche Einrichtungen abwendbare Gefahren, mit sozialen Erscheinungen ... Arbeiterversicherung und Arbeiterschutz stehen in dem Verhältnis von Medizin und Hygiene ... Der Achtstundentag ist für die Arbeiter wichtiger als die beste Arbeiterversicherung ... Und das Fehlen dieser positiven Arbeitsgesetzgebung, ohne welche jede Kranken-, Unfall- und Invaliditätsgesetzgebung eitel Stückwerk bleiben muß, ist es vor allem, warum unsere Arbeiterversicherung bisher ebenso hygienisch wie finanziell ungenügende Resultate lieferte. Es erscheint doch geradezu widersinnig, den Arbeiter für den Eventualfall zukünftiger Erkrankung und Invalidität und für das Alter zu sichern, ihn aber in der Gegenwart, wenn er arbeitslos ist, verhungern zu lassen.“

Man wird heute dieser Kritik nicht in jeder Einzelheit zustimmen können, aber die Grundfehler der bei der Durchführung der Sozialversicherung eingeschlagenen Gesundheitspolitik hat Zadek damals durchaus zutreffend beleuchtet, indem er darauf hinwies, daß man für den kranken Arbeiter sorgte, aber sich zu wenig darum kümmerte, ihn gesund zu erhalten.

Manche bedeutungsvolle Lücke, die früher Anlaß zum Tadel gegeben hat, ist inzwischen ausgefüllt worden oder geht ihrer Ausfüllung entgegen. Hier sind vor allem die Mutterschaftsversicherung und die Arbeitslosenversicherung zu nennen. Unzulänglich ist

¹⁾ L. Bernhard: „Unerwünschte Folgen der deutschen Sozialpolitik“, Berlin 1913. Von den vielen Arbeiten, die sich gegen Bernhard wandten, sei besonders die von Fr. Hitze, Wuermeling und Faßbender veröffentlichte Schrift „Zur Würdigung der deutschen Arbeiter-Sozialpolitik“, München-Gladbach 1913, hervorgehoben.

aber noch die Familienhilfe¹⁾ gestaltet; es ist mit Nachdruck zu fordern, daß sie zu einer Pflichtleistung der Krankenkassen wird. Ohne Familienhilfe sind Säuglings-, Kleinkinder- und Schulkinderfürsorge nur Stückwerk, ganz gleich, welches System für diese sozialhygienischen Maßnahmen im übrigen angewendet wird. Daß die Familienhilfe die Krankenkassen nur um etwa 8% ihrer Gesamtausgaben belasten dürfte, hat A. Fischer dargelegt. Mit der jetzigen Gestalt der Unfall-²⁾ und Invalidenversicherung kann man, vom sozialhygienischen Standpunkte aus, im ganzen zufrieden sein.

Um die Rechte der Versicherten bei der Bewilligung von Unfall- bzw. Invalidenrenten gehörig zu wahren, sollten die Arbeiterorganisationen den 1908 von A. Fischer veröffentlichten Vorschlag, Gewerkschaftsärzte anzustellen, verwirklichen; wie die Versicherungsträger durch ihre Vertrauensärzte jeden, der eine Rente beansprucht, untersuchen lassen, um nicht zuviel zu bewilligen, so sollten die Versichertenverbände dafür sorgen, daß nicht zu wenig als Entschädigung gezahlt wird. Eine unzulängliche Rente führt zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen mancher Arten; vom sozialhygienischen Standpunkte ist daher zu fordern, daß jeder Verletzte, der dauernd erwerbsbeschränkt ist, eine der Einbuße tunlichst gleichwertige Entschädigung erhält.

Vor allem muß von den Befugnissen der in der RVO. enthaltenen §§ 363 und 1274, wonach Krankenkassen und Landesversicherungsanstalten Geldmittel auch für allgemeine Krankheits- bzw. Invaliditätsverhütung aufwenden dürfen, möglichst viel Gebrauch gemacht werden. Dadurch würde die Sozialversicherung auch zu großen Leistungen im Sinne des Gesundheitsschutzes, nicht nur der Krankenfürsorge, gelangen.

Freilich sind solche Aufgaben nicht ohne Geldaufwand zu lösen; und hierbei ist auch die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Industrie auf dem Weltmarkt zu berücksichtigen. Aber Kaufmann, der bisherige Präsident des Reichsversicherungsamtes, schrieb einmal, daß bei der Sozialversicherung Altruismus und Egoismus vor denselben Wagen gespannt werden sollen. Und Lloyd George³⁾ betonte 1914, als er sich über die englische Arbeiterversicherung aussprach:

„Einer der wichtigsten Zweige des nationalen Lebens, welchen man aus Mangel an Kapital nicht nur bei uns, sondern in allen Ländern hat verschmachten lassen ist die Gesundheit und Kraft

¹⁾ Amtliche Angaben über die Ausdehnung der Familienhilfe sind nur einmal, auf Grund einer Erhebung vom Jahre 1904 im Regierungsbezirk Köln (siehe „Statistik des Deutschen Reiches“ Bd. 177), veröffentlicht worden. Aus einer von A. Fischer 1919 in Baden durchgeführten Untersuchung ging hervor, daß nur 8% der Ortskrankenkassen und 24% der Betriebskrankenkassen Familienhilfe gewähren. Wie im „Jahrbuch der Krankenversicherung 1919“, herausg. von H. Lehmann, Dresden 1920, mitgeteilt wurde, hatten von den 722 an der Statistik des Hauptverbandes der deutschen Ortskrankenkassen beteiligten Kassen 248 = 34% die Familienhilfe eingeführt. Inzwischen ist die Zahl der Kassen mit Familienhilfe noch gestiegen. In Württemberg ist die Familienversicherung verhältnismäßig stark ausgedehnt. Nach Angabe der „Sozialen Praxis“ (Jahrg. 30 Nr. 15) betrug 1921 der Durchschnitt der mit Familienhilfe Versicherten 74,48% aller Kassenmitglieder (74,08% der Mitglieder der Ortskrankenkassen). Es wird freilich nicht angeführt, was unter „Familienhilfe“ — der Begriff ist dehnbar — bei den württembergischen Kassen verstanden wird. Über die Bestrebungen, welche sich mit dem Ausbau der Familienversicherung befassen, siehe „Sozialhyg. Mitteil.“ 1920 S. 116 ff. und 1921 S. 13.

²⁾ Daß auch die gewerblichen Vergiftungen wie Unfälle zu entschädigen sind, wurde schon auf S. 318 betont. Erwähnenswert ist hier die vom Bundesrat veröffentlichte Bekanntmachung über die Gewährung von Sterbegeld und Hinterbliebenenrente bei Gesundheitsschädigung durch aromatische Nitroverbindungen vom 12. Oktober 1917 (RGBl. Nr. 179).

³⁾ Siehe das Geleitwort von Lloyd George in dem Buch von H. A. Walter „Die neue englische Sozialpolitik“, München 1914.

der arbeitenden Klassen. Wir stecken jetzt mehr Kapital in diesen Zweig des nationalen Geschäfts — mit vollen Händen und voll Vertrauen —, denn wir wissen, daß es mit der Zeit hohe Zinsen tragen wird, nicht nur durch den zunehmenden Wohlstand und die wachsende Zufriedenheit der Arbeiter, sondern auch durch größeren materiellen Gewinn für das ganze Volk.“

Während und noch mehr nach dem Weltkriege häuften sich die Veröffentlichungen, welche eine Neugestaltung der Sozialversicherung im Zusammenhang mit der Verstaatlichung des Ärzte- und Fürsorgewesens anstrebten. Wir kommen hierauf in dem Abschnitt „Ärzte- und Krankenhauswesen“ näher zu sprechen. Hier sei nur auf einen als „Gesetzesentwurf“ bekanntgegebenen Plan von H. Lehmann, dem Geschäftsführer des Hauptverbandes der deutschen Ortskrankenkassen, hingewiesen. Nach diesem Vorschlage soll das gesamte Krankenkassenwesen jedes Bezirks einheitlich zusammengefaßt und mit dem gesamten städtischen sozialhygienischen Fürsorgewesen zu einem Zweckverband verschmolzen werden. Der Plan fand zwar weder bei den Betriebskrankenkassen noch bei den Stadtverwaltungen Zustimmung; richtig ist aber, daß eine Verminderung der Kassenärzte erwünscht ist, weil dann die Familienhilfe sich leichter durchführen läßt, und daß das Fürsorgewesen ausgebaut werden muß, was zugleich die Anstellung vieler Ärzte und dadurch die Verkleinerung der Kassenarztsziffer zur Folge hätte

Die Aussichten auf eine wesentliche Neugestaltung der gesamten Sozialversicherung oder auch nur auf einen Ausbau in der Richtung der Wochenhilfe und der Familienversicherung scheinen geringer geworden zu sein, als man in der letzten Zeit meinen durfte. Daß die einzelnen Zweige der Sozialversicherung nicht zusammengelegt werden, obwohl dies schon längst und oft verlangt wurde, geht aus den im Juni 1924 veröffentlichten Ausführungen von Spielhagen hervor. Auch Kaufmann hat soeben dargelegt, daß er die bisherige Spaltung der Versicherung bestehen lassen will, „weil sie auf heute noch zutreffenden wohlerwogenen versicherungs- und verwaltungstechnischen Erwägungen und nicht lediglich auf den Zufälligkeiten des geschichtlichen Werdegangs beruht“; aber er wünscht eine Annäherung der einzelnen Versicherungsträger und zweckmäßige Verteilung der Fürsorge unter ihnen. Daß an eine Ausdehnung der Kassenleistungen, nach Angabe von Spielhagen¹⁾, im Sinne der Familienkrankenhilfe und der Wochenhilfe angesichts der allgemeinen Finanzlage bis auf weiteres nicht zu denken ist, zeigt, daß auf diesem Gebiete all die große Mühe der Sozialhygieniker während der letzten Jahre erfolglos zu bleiben scheint. Erfreulich ist es aber, daß in einem am 5. Juni 1924 dem Reichstag von der Zentrumsfraktion überreichten Antrag (Reichstagsdrucksache Nr. 179) „begrenzte Familienkrankenpflege“ und Familienwochenhilfe gefordert werden.

Von welchen Gedanken die maßgebenden Männer im Reichsarbeitsministerium sich bei der Gestaltung der Sozialversicherung leiten lassen dürften, erkennt man aus der oben mehrfach erwähnten Veröffentlichung von Grieser, wo es u. a. heißt:

„Die Zukunftsaufgabe besteht nicht in der Jagd nach unklaren Zielen mit nicht übersehbaren Lasten für Wirtschaft und Versicherungsträger. Schon in der bloßen Forderung einer allgemeinen Staatsfürsorge liegt eine augenblickliche Gefahr für den Bestand der Versicherung. Das unsichere Bessere darf nicht der Feind des sicheren Guten werden.

Eine notwendige Zeitaufgabe ist aber die Umwertung der Leistungen. Für die Sozialversicherung ist nicht der Versicherte für seine Person allein, sondern als Mensch in eigenartigen Verhältnissen und mit eigenartigen Bedürfnissen Gegenstand der Sorge. Die Versicherung muß in dem Versicherten auch den Familienvater und Ernährer von Angehörigen sehen. Als Folgerung daraus ergibt sich von selbst: Die soziale Umgestaltung der Leistungen, insbesondere die Bemessung des Krankengeldes

¹⁾ Vgl. die Fußnote 1 S. 232.

und der Unfallrente nach dem Familienstande des Versicherten sowie die beschränkt freie Kur und Arznei für die Angehörigen der Versicherten. Den Sachleistungen — Gesundheitspflege, Heilbehandlung und Berufsfürsorge — gebührt aus Gründen der Bevölkerungspolitik beherrschende Stellung. Die Sozialversicherung soll z. B. in dem versicherten Tuberkulösen nicht bloß den Kranken für seine Person sehen, sondern zugleich den Verbreiter einer gefährlichen Seuche. Sie sieht neben dem Kranken auch die Angehörigen, die um ihn herum sind, und im weiteren Kreise auch die Volksgenossen, denen der Kranke schaden kann. Mit dem Heilverfahren verbindet sich der Schutz der Familie und der Schutz der Gesellschaft gegen Ansteckung sowie die Beteiligung der Versicherungsträger an den allgemeinen Aufgaben der sozialen Hygiene.“

Wie man sieht, sind die Grundgedanken, welche die Sozialhygieniker seit vielen Jahren vertreten haben, trotz der schlechten Aussichten für die Familienkrankenpflege und -wochenhilfe in das Reichsarbeitsministerium gedrungen. Die Sozialversicherung ist auf dem Wege, die sozialhygienischen Mißstände nicht nur in ihren Wirkungen, sondern in ihren Ursachen zu bekämpfen.

Literatur: 1. **O. Burkard:** „Soziales Versicherungswesen in Österreich“, Art. i. Handw. d. soz. Hyg., Leipzig 1912. — 2. **Eucken-Addenhausen:** „Krankenversicherungsgesetz. Textausgabe mit Einleitung“, 11. Aufl., Berlin 1905. — 3. **Fenkner:** „Krankenkassen und Volkswohlfahrt“, Veröff. a. d. Geb. d. Medizinalverw. Bd. 17 Heft 4, Berlin 1923. — 4. **A. Fischer:** a) „Zur Diskussion über meinen Vorschlag, Gewerkschaftsärzte anzustellen“, Soz. Med. u. Hyg. 1908 Heft 10; b) „Invaliden- und Altersversicherung im Deutschen Reiche“, „Krankenversicherung im Deutschen Reiche (Organisation)“, „Soziales Versicherungswesen in England“, „Soziales Versicherungswesen in Frankreich“, Art. i. Handw. d. soz. Hyg., Leipzig 1912; c) „Die sozialhygien. Bedeutung der Reichsversicherungsordnung“, Kultur u. Fortschritt Nr. 409/10, Gautsch b. Leipzig 1912; d) siehe Literatur S. 94 Ziff. 6 a; e) siehe Literatur S. 253 Ziff. 4 b u. c. — 5. **Grieser:** „Die Wiederherstellung d. Sozialversicherung“, Reichsarbeitsbl. 1924 Nr. 16. — 6. **Groth:** s. Literatur S. 94 Ziff. 7 a u. b. — 7. **H. Häberlin:** „Soziales Versicherungswesen i. d. Schweiz“, Art. i. Handw. d. soz. Hyg., Leipzig 1912. — 8. **H. Jäger und O. Neuburger:** „Verordnung über die Erwerbslosenfürsorge vom 16. Februar 1924“, Stuttgart 1924. — 9. **P. Kaufmann:** a) siehe Fußnote 1 S. 78; b) „Schadenverhütendes Wirken in der deutschen Arbeiterversicherung“, Berlin 1913; c) „Zur Umgestaltung der deutschen Sozialversicherung“, Deutsch. med. Wochenschr. 1924 Nr. 45. — 10. **A. Kohn:** a) „Die künftige Gestaltung der vorbeugenden Tätigkeit der Krankenkassen“, 2. Aufl., Berlin 1917; b) gemeinsam mit R. Lennhoff, bezw. B. Möllers: „Krankenversicherung“, „Unfallversicherung“, „Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung“, Abhandl. i. „Gesundheitswesen u. Wohlfahrtspf. i. Deutsch. Reiche“, herausg. v. Möllers, Berlin 1923. — 11. **Julius Kohn:** „Betriebskrankenkassen“, Ortskrankenkasse 1922 Nr. 23. — 12. **H. Lehmann:** „Zur Reform der Arbeiterversicherung“, Volkstüml. Zeitschr. f. prakt. Arbeitervers. 1919 Nr. 12. — 13. **R. Lennhoff:** siehe Ziffer 10. — 14. **P. Mayet:** „Krankenversicherung im Deutschen Reiche (Statistik)“, Art. i. Handw. d. Soz. Hyg., Leipzig 1912. — 15. **B. Möllers:** a) siehe Ziffer 10; b) „Angestelltenversicherung“, Abhandl. i. „Gesundheitsw. u. Wohlfahrtspf. i. Deutsch. Reiche“, Berlin 1923. — 16. **A. Peyser:** „Die Familienversicherung in ihren Wirkungen auf die Volksgesundheit und Tätigkeit des Arztes“, Leipzig 1919. — 17. **G. Pietsch:** siehe Literatur S. 94 Ziffer 12. — 18. **H. Potthoff:** „Angestelltenversicherungsgesetz in der vom 1. Juni 1924 an gültigen Fassung“, Stuttgart 1924. — 19. **Schmittmann:** „Die deutsche Sozialversicherung in ihrer heutigen Gestaltung“, Düsseldorf 1921. — 20. **W. Spielhagen:** „Reform der Arbeiterversicherung“, Ärtzl. Mitteil. 1924 Nr. 24. — 21. **C. Witowski:** „Die Arbeiterversicherung in den Kulturstaaten“, Kempten 1910. — 22. **Zadek:** „Die Arbeiterversicherung. Eine sozial-hygienische Kritik“, Jena 1895. — 23. **Fr. Zahn:** „Wirkung der deutschen Sozialversicherung, mit Nachtrag. Die Sozialversicherung und der jetzige Krieg“, München 1915. — 24. **v. Zwiedeneck-Südenhorst:** „Hat die deutsche Sozialversicherung die in sie gesetzten Erwartungen erfüllt?“, Zeitschr. f. d. ges. Versicherungswissensch. 1913 Bd. 13 S. 273 ff.

5. Ärzte- und Krankenhauswesen.

In dem Abschnitt „Geschichte der sozialen Hygiene“ wurde bereits betont, daß die Hygiene als Wissenschaft von dem Stande der Medizin abhängig ist. Auch die praktische Durchführung der meisten und wichtigsten Aufgaben auf dem Gebiet des Gesundheitswesens liegt, wie wir gesehen haben, vor allem in den Händen der beamteten und sonstigen

Ärzte. Gesundheitswesen und Ärztewesen sind aufs engste miteinander verknüpft. Und was für die Ärzte gilt, trifft auch zum großen Teil für das übrige Heilpersonal, die Zahnärzte¹⁾, die Apotheker²⁾, die Hebammen³⁾, die Fürsorgerinnen, die Krankenpfleger und -schwestern⁴⁾ sowie für die Heilanstalten zu.

Es ist nun, nachdem wir erörtert haben, wie die Maßnahmen der Gesundheitsfürsorge und der Sozialversicherung wirken bzw. wirken sollen, darzulegen, welche Bedeutung dem Heilwesen für die Volksgesundheit zukommt. Im Hinblick auf den verfügbaren Raum können wir uns jedoch keineswegs mit allen Teilen des Heilwesens hier befassen; wir müssen uns auf die wichtigsten Zweige, das Ärzte- und Krankenhauswesen, beschränken.

Wie hoch die Ärzte schon im Altertum geschätzt wurden, darüber besitzen wir manche Angaben. „Halte den Arzt in Ehren“, so liest man in den Sprüchen von Jesus, dem Sohn Sirachs, Kap. 38, und in der Ilias heißt es im 11. Gesang, Vers 514: „Denn ein heilender Mann ist wert wie viele zu achten.“ Dies Ansehen haben die Ärzte in allen Ländern durch die Jahrtausende hindurch sich zu wahren gewußt; und hieraus ist zu schließen, daß die Ärzte im allgemeinen, soweit es bei dem jeweiligen Stande der Heilwissenschaft möglich war, zahlreichen Menschen geholfen und dadurch zugleich die Volksgesundheit gefördert haben.

Aber die Tätigkeit der Ärzte war bis vor etwa einem Menschenalter, wenn man von den beamteten Ärzten absieht, lediglich individuell, rein medizinisch. Die Ärzte dienten dem einzelnen Kranken und gaben auch Vorschriften, wie er neue Erkrankungen verhüten kann. Selbst die bedeutendsten Ärzte gingen, mit wenigen Ausnahmen, nicht über das Gebiet, das man Diätetik (siehe S. 30) nannte, hinaus, auch zu der Zeit noch nicht, als J. P. Frank (siehe S. 33) schon lange sein bahnbrechendes Werk veröffentlicht hatte.

Eine Vorliebe für das Gebiet der öffentlichen Hygiene besteht nicht bei jedem Arzt, auch wenn er sich mit individueller Hygiene befaßt und in der Krankenbehandlung sehr Tüchtiges leistet. Ja, es werden auch jetzt noch — allerdings nur sehr vereinzelt — Stimmen laut, welche es für ratsam halten, daß die hygienische Betätigung des Arztes sich auf die Behandlung nebst den individuellen diätetischen Verordnungen beschränken soll. So schrieb 1919 W. Hellpach⁵⁾:

„Der Arzt als Krankheitenheiler bleibt übrigens ganz von selber im Dienst der Hygiene. Die rechtzeitige Erkennung und gründliche Behandlung der einzelnen Erkrankung bildet einen ganz wesentlichen Bestandteil auch der öffentlichen Gesundheitspflege — man denke nur an die Tuberkulose und neuestens an die Syphilis, von der man immer deutlicher einsieht, daß ihre Ausrottung als Seuche am sichersten bewirkt wird durch ihre rasche und sichere Heilung im einzelnen Infektionsfälle. Wir meinen, die Mitwelt täte sehr wohl daran, wenn sie nicht die Ärzte in lauter Sozialhygieniker, vollgepfropft mit juristischem, soziologischem, nationalökonomischem, statistischem und was weiß ich noch für Wissen umzuschaffen sich übereiferte. Es möchte darüber am Ende der eigentliche Arzt als Heilkundiger verlorengehen, und die Nachwelt würde ihn vielleicht wieder herzustellen haben, um auch die ganze Gesundheitspflege zu retten, die mit dem Eckpfeiler der Krankheitsheilung steht und fällt.“

¹⁾ Siehe: A. Cohn: a) „Leitfaden zum Studium der sozialen Zahnheilkunde“, Berlin 1922; b) „Die soziale Zahnheilkunde in Deutschland“, Sozialhyg. Rundschau 1924 Nr. 12.

²⁾ Siehe E. Urban: „Apotheken und Arzneiverkehr“, Art. i. Handw. d. Staatsw., 4. Aufl., Jena 1923, Bd. 1.

³⁾ Siehe Rapmund: „Hebammenwesen“, Art. i. Handw. d. Staatsw., 4. Aufl., Jena 1923, Bd. 5.

⁴⁾ Siehe R. Mühsam: „Krankenpflegepersonal“, Art. i. Handw. d. Kommunalw., Jena 1917, Bd. 3.

⁵⁾ W. Hellpach: „Die Neugestaltung des medizinischen Unterrichts“, Berlin 1919.

Gerade entgegengesetzt lautet eine Äußerung von G. Pick aus dem Jahre 1917: „Als Sozialhygieniker hat sich heute jeder Arzt zu betätigen, insbesondere aber der Kassenarzt.“

Zu diesen beiden Ansichten ist folgendes zu bemerken: Der Sozialhygieniker ist ein Forscher, genau wie die Gelehrten auf dem Gebiete der physischen Hygiene. An die Forscher richtet man andere Forderungen wie an die Praktiker, die Ärzte. Wie man von dem Arzt im allgemeinen nicht verlangen kann, daß er alle Methoden und Einzelheiten der physischen Hygiene kennt, so läßt sich auch nicht beanspruchen, daß er mit soziologischem, statistischem usw. Wissen vollgepfropft ist. Aber man muß hierbei unterscheiden, ob es sich um den Heilarzt, Individualarzt¹⁾, der sich mit dem Einzelkranken befaßt, oder um den Fürsorgearzt, Sozialarzt¹⁾, der sozialhygienische Mißstände durch geeignete sozialhygienische Maßnahmen bekämpfen soll, handelt. Der Fürsorgearzt wird mit den Forschungsergebnissen der sozialen Hygiene so vertraut sein müssen, wie der Kreis-(Bezirks-)Arzt, in dessen Händen die Gesundheitspolizei liegt, mit den Lehren der physischen Hygiene, womit natürlich nicht gesagt sein soll, daß nicht Fürsorgearzt und Kreisarzt je nach den obwaltenden Verhältnissen in beiden Zweigen der öffentlichen Hygiene bewandert sein müssen. Aber diesen Ansprüchen, die an die staatlichen und städtischen Gesundheitsbeamten zu richten sind, braucht nicht jeder behandelnde Arzt, auch nicht jeder Kassenarzt zu genügen, wenn ihn seine Neigung nicht dazu drängt, sich mit Fragen der öffentlichen Hygiene zu beschäftigen.

Es kann nicht zweifelhaft sein, daß je länger je mehr sich eine Zweiteilung innerhalb der Ärzteschaft vollzieht; auf der einen Seite werden die behandelnden Ärzte, auf der anderen die ausschließlich dem Gesundheitsschutz dienenden Ärzte stehen. Von der Art, wie sich diese Entwicklung vollziehen wird, hängt das Schicksal des Ärztestandes und seine Bedeutung für die Volksgesundheit ab. Es gilt, diese Entwicklung nach Möglichkeit in eine alle Teile befriedigende Bahn zu leiten.

Um hierbei die richtigen Wege zu finden, müssen wir einen Blick auf die Vorgänge im Ärzteswesen werfen und namentlich die letzten Jahrzehnte betrachten.

Es wurde oben (S. 27) dargelegt, daß es im frühen Mittelalter zunächst nur Klerikerärzte gab, von weltlichen Ärzten hört man erst später. Diese waren Heilärzte und Gesundheitsbeamte zugleich, anfangs sogar auch Apotheker. Die Ärzte zählten zu den Gelehrten. Neben ihnen bildete sich nicht nur der Apothekerstand, sondern auch die Berufsklasse des unteren Heilpersonals, insbesondere die Bader und Scherer, die man später Wundärzte nannte. Viele von den letzteren leisteten, namentlich zu Kriegszeiten, als praktische Chirurgen sehr Tüchtiges. Unsere Abbildungen 65 und 66, die Kupferstiche aus dem Jahre 1698 wiedergeben, gewähren einen Einblick in die Tätigkeit des naturwissenschaftlich gebildeten Doktors einerseits und des meist nur praktisch ausgebildeten Wundarztes andererseits. Der Physikus Jaegerschmid schildert in seiner (S. 32) erwähnten, aus dem Jahre 1760 stammenden Beschreibung des einstigen badischen Oberamtes Rötteln ausführlich alle in seinem Bezirk tätigen Chirurgen²⁾, ohne einen anderen Arzt anzuführen; offenbar war Jaegerschmid damals in seinem Physikat der einzige Arzt. Und wenn auch

¹⁾ Die Ausdrücke „Individualarzt“ und „Sozialarzt“ findet man oft in der Literatur; um zu kennzeichnen, wie verschieden die Aufgaben der beiden Gruppen von Ärzten sind, eignen sich diese Namen einigermaßen. Es empfiehlt sich aber, statt ihrer die deutschen klaren Bezeichnungen „Heilarzt“ und „Fürsorgearzt“ zu benutzen.

²⁾ Näheres hierüber bei A. Fischer, siehe S. 32 Fußnote 1.

zu jener Zeit in den großen Städten schon viele Ärzte tätig waren, so hört man doch nichts von einem Ärzte-Überfluß, aber davon, daß es in manchen, vor allem in ländlichen Gegenden, an Ärzten gemangelt hat. Eine Notlage der Ärzte war damals offenbar nicht vorhanden.

Abb. 65.



Abb. 66.



Kupferstiche von Chr. Weigel (1698).

Dagegen entnimmt man Schilderungen, die um das Jahr 1848 herum veröffentlicht wurden, daß, wie sich R. Volz, der Herausgeber der einstigen „Mittheilungen des badischen ärztlichen Vereins“ und der späteren „Ärztlichen Mittheilungen aus und für Baden“, ausdrückte, mit der allgemein sich vollziehenden Umwandlung der Gesellschaftsverhältnisse in jener Zeit auch bei den Ärzten „die Unbehaglichkeit und in ihrem Gefolge die Unzufriedenheit sich eingenistet“ haben. Damals verlangte man bereits, daß der „Staat die ärztliche Gesundheitspflege für die Sache seiner Verpflichtung erkläre“, und forderte, daß „er demgemäß sämtliche Ärzte in seinen Dienst nehme und ihnen Besoldung gebe“. Volz wandte sich hiergegen und wies hinsichtlich der Verstaatlichung des Ärzteswesens, die damals in Nassau bestand, darauf hin, „daß dort zu denselben Klagen, welche überall ertönen, noch die besonderen über ihre eigenen Zustände kommen“. Diese Strömungen der 48er Jahre betrachtete man aber kurze Zeit darauf, wie aus einer 1869 von Volz veröffentlichten Schrift hervorgeht, als einen „überwundenen Standpunkt“, besonders seitdem in dem 1866 preussisch gewordenen Nassau das einzige Beispiel der Verstaatlichung des Ärzteswesens zu leben aufhörte. „Kein Staat denkt mehr an eine solche rein väterliche Fürsorge“, schrieb Volz, „kein Arzt verlangt mehr eine solche“.

Auf Grund der im Jahre 1869 geschaffenen Gewerbeordnung (siehe unten S. 460) wurde aber die Heilbehandlung freigegeben; Kranke durfte von da an behandeln, wer mochte und wer solche hatte. Mit dieser Kurierfreiheit beginnt ein neuer Abschnitt im Ärzteswesen. Die Behandlung durch Laien war kein Nutzen für die Volksgesundheit; zugleich wurden die Ärzte in ihren wirtschaftlichen Verhältnissen bedroht. Aber von einer

Notlage der Ärzte war zunächst noch keine Rede; denn die Zahl der Ärzte war verhältnismäßig noch nicht groß, und es gab noch einen breiten zahlungsfähigen Mittelstand, so daß die Ärzte ihrem Eide gemäß auch weiterhin, wie seit dem 12. Jahrhundert, die Armen unentgeltlich behandelten.

Aber die wirtschaftlichen Veränderungen, die sich besonders seit der Gründung des Deutschen Reiches vollzogen — Übergang vom Agrar- zum Industriestaat, Bildung der Großbetriebe und der Großstädte —, beeinflussten auch die Lage des Ärztestandes. Der den Kern der Privatpraxis bildende Mittelstand wurde immer bedeutungsloser gegenüber der Zahl der zu Proletariern gewordenen Menschenmassen. Dazu kam, daß die Ziffer¹⁾ der Ärzte weit stärker stieg, als dem Bevölkerungszuwachs entsprach, und daß immer weitere Volksschichten Krankenkassen angehören mußten. Zahlreiche Ärzte waren daher genötigt, sich um die Tätigkeit bei den Krankenkassen zu bemühen, obwohl diese häufig geradezu unwürdige „Honorare“ zahlten.

Seit den 90er Jahren lebte der Gedanke der Verstaatlichung des Gesundheits- und Heilwesens wieder auf, und zwar von zwei ganz verschiedenartigen Richtungen her.

Schallmayer²⁾ trat 1891 aus rassehygienischen Gründen dafür ein, „daß sämtliche Ärzte die Stellung von Staatsbeamten haben sollen“. Aber so wenig wie die Veröffentlichung Schallmeyers im allgemeinen, so wenig wurde dieser Vorschlag gebührend beachtet. Grotjahn³⁾ bezeichnete 1904 diesen Plan Schallmeyers als „unzeitgemäße und unpopuläre Forderung“. Trotzdem hat 1906 der badische Bezirksarzt Kürz⁴⁾, der zu den Bahnbrechern der sozialen Hygiene gehört, der Verstaatlichung der Ärzte das Wort geredet, um diese für die hygienischen Aufgaben des Staates zu gewinnen. Gottstein schlug 1908 die Anstellung der Ärzte als städtische Beamte vor; er fand aber bei den Berliner Ärzten allgemein Widerspruch, besonders bei R. Lennhoff, der den „Therapiebeamten“ entschieden ablehnte. Auch ich habe 1913 in meinem „Grundriß“ die vom gesundheitlichen Standpunkte aus zu erkennenden Vorzüge der im Laufe der Zeit zu erwartenden Verstaatlichung des Ärzteswesens dargelegt.

Die aus den obengenannten Gründen entstandene Notlage, in die während der 90er Jahre bereits viele Ärzte gelangt waren, veranlaßte ebenfalls dazu, die Verstaatlichung zu fordern. Besonders war es der hannoversche Arzt H. Beckers, der, gestützt auf die Schrift „Nationalisation of health“ von Havelock Ellis, 1895 die staatliche Anstellung der Ärzte als das Mittel ansah, um den Notstand der Ärzte zu beseitigen und das Gesundheitswesen zu fördern. Aber der Prager Medizinalstatistiker Th. Altschul ließ 1896 die Begründung von Beckers nicht gelten. Er betonte, daß die Verstaatlichung nur die minder oder gar nicht beschäftigten Ärzte zufriedenstellen würde; „man würde mithin nur erreichen, daß die jetzt Unzufriedenen — allerdings auch nur zum Teile — die Zufriedenen würden, während die jetzt Zufriedenen die Unzufriedenen ausmachen würden; die Rollen wären vertauscht, aber das Stück bliebe dasselbe“.

Bis zum Ausbruch des Weltkrieges wurde es in Ärztekreisen gewissermaßen als eine Ketzerei betrachtet, wenn man von der Verstaatlichung sprach. Daß diese auch in dem

¹⁾ Siehe E. Sardemann: „Wer soll und wer darf Arzt werden?“, Leipzig 1912.

²⁾ Der volle Titel seiner S. 39 erwähnten Schrift lautet: „Über die drohende körperliche Entartung der Kulturmenschheit und die Verstaatlichung des ärztlichen Standes“, Berlin 1891.

³⁾ Siehe „Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen a. d. Geb. d. soz. Hyg. u. Demographie“, herausg. v. Grotjahn u. Kriegel, Jena 1904, Bd. 3 S. 224.

⁴⁾ E. Kürz: Siehe Literatur S. 8 Ziffer 8.

„Erfurter Programm“ der Sozialdemokraten gefordert wurde, war nur ein Grund mehr, diesen Gedanken bei den Ärzten, die in hartem Kampfe mit den häufig von Sozialdemokraten geleiteten Krankenkassen standen, unbeliebt zu machen. Die Ärzte erblickten in einer lückenlosen Organisation, welche die freie Arztwahl¹⁾ erwirken sollte, das Mittel, um sich gegen die Herrschaft der Krankenkassenführer zu wehren. So entstand neben dem 1872 von H. E. Richter gegründeten Deutschen Ärztevereinsbund, welcher vor allem die wissenschaftlichen und ethischen Standesangelegenheiten vertrat, auf Anregung und unter Führung von Hartmann 1900 der Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen (gewöhnlich Leipziger Verband, neuerdings Hartmannbund genannt).

Der Hartmannbund hat große Erfolge aufzuweisen; aber die Klagen der Ärzte, besonders der Kassenärzte, fanden kein Ende. Dahin waren die Zeiten, wo jeder Arzt²⁾ im Wagen zu seinen Kranken fuhr und zu den begüterten und geachteten Bürgern gehörte. Je länger je mehr verschlechterte sich aus mannigfachen Gründen die wirtschaftliche Lage der Ärzte, und seit dem ersten Ärztestreik in Leipzig 1904 hat ihr Ansehen gewiß nicht gewonnen.

Während des Weltkrieges tauchte nun der Gedanke der Verstaatlichung wieder auf. Seit 1916 bereits erschien in den ärztlichen Vereinsblättern³⁾ eine große Zahl von Aufsätzen für und gegen die Verbeamtung der Ärzte. In der obenerwähnten Schrift, die Pick 1917 veröffentlichte, sollte gewissermaßen eine Brücke geschlagen werden; er forderte: „Nicht Staatsarzt oder Privatarzt soll die Losung sein, sondern Staatsarzt und Privatarzt.“ Bei Kriegsende und besonders nach dem staatlichen Umsturz bis in die jüngste Zeit häuften sich die Vorschläge, welche die „Verstaatlichung“ oder „Verstadtlung“ oder „Vergesellschaftung“ oder „Verbeamtung“ bezweckten; immer handelte es sich darum, daß die Ärzte nicht mehr in der bisherigen freien Weise ihren Beruf ausüben, sondern als Beamte irgendeiner Körperschaft gegen feststehende Bezahlung tätig sein sollen. Hingewiesen sei hier auf die Veröffentlichungen besonders von E. Neumann, M. Hirschfeld, Epstein, Röder, dessen Darlegungen von H. Lehmann (siehe S. 445) benutzt wurden, Teleky, Hahn.

Solche Fragen können jedoch nicht von Einzelpersonen behandelt werden; hier ist eine Gemeinschaftsarbeit der Vertreter von den maßgebenden Körperschaften erforderlich. Auf Anregung von A. Fischer hatte der Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege 1919 einen besonderen Ausschuß, der sich mit der Sozialisierung des Heilwesens beschäftigen sollte, gebildet; in ihm vereinigten sich die Vertreter der Ärzteverbände und der Krankenkassenverbände mit Hygienikern zu ausgiebigem schriftlichen und mündlichen Gedankenaustausch, als dessen Ergebnis u. a. folgende Leitsätze der Vereinsversammlung vorgelegt wurden:

„Eine scharfe Umschreibung und Erklärung dessen, was unter ‚Sozialisierung des Heilwesens‘ zu verstehen ist, läßt sich — zurzeit wenigstens — nicht geben. Das Wichtigste und das Berechtigteste daran ist der Wunsch, allen Deutschen die Möglichkeit einer guten ärztlichen Versorgung zu verschaffen, nicht nur im Falle der Erkrankung, sondern auch zur Verhütung von Krankheiten, zur Pflege der Gesundheit. Abgesehen von der Aufklärung aller Schichten des Volkes darüber, daß es dringend geboten ist, die zur Verfügung stehende ärztliche Hilfe auch wirklich rechtzeitig und in ausreichendem

¹⁾ Die freie Arztwahl ist auch vom sozialhygienischen Standpunkte aus zu fordern.

²⁾ Siehe K. Doll: „Dem Hausarzt zum Gedächtnis“, Sozialhyg. Mitteil. 1923 Heft 1 und 2.

³⁾ Siehe „Ärztliches Vereinsblatt“ sowie „Ärztliche Mitteilungen“ von 1916 an.

Maße in Anspruch zu nehmen, läßt sich der Wunsch nach einer besseren ärztlichen Versorgung des deutschen Volkes schon jetzt durch zwei Maßnahmen erfüllen: durch die allgemeine Einführung der Familienversicherung und durch einen umfassenden Ausbau der sozialhygienischen Fürsorge ... Kreisärzte und Fürsorgeärzte in leitenden Stellen sollen hauptamtlich mit ausreichender Bezahlung angestellt werden, während bei der eigentlichen Ausübung der Fürsorge praktische Ärzte in nebenamtlicher Tätigkeit — bis auf weiteres wenigstens — in erheblicher Zahl herangezogen werden müssen. Eine planmäßige, gerechte Verteilung der Ärzte über das ganze Land ist nur unter Mitwirkung der ärztlichen Standesvertretungen zu erreichen ... Die erforderlichen Mittel für die Neugestaltung der öffentlichen Gesundheitspflege muß der Staat aufbringen.“

Die Leitsätze, die der Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege¹⁾ am 26. Oktober 1919 einstimmig annahm, hatte A. Fischer ausführlich begründet; er wies namentlich darauf hin, daß im Hinblick auf die Geldverhältnisse der deutschen Länder eine Verstaatlichung der Ärzte für absehbare Zeiten nicht in Frage kommen kann, zumal der Deutsche Ärztetag im September 1919 die Verbeamtung entschieden abgelehnt hat. Aber erhebliche Fortschritte für die Volksgesundheit wären durch die die Zahl der Kassenärzte verringernde Anstellung zahlreicher Fürsorgeärzte und durch die dann leichter durchführbare Familienversicherung zu erreichen.

Die sozialhygienische Fürsorge ist inzwischen einigermaßen ausgebaut worden, und eine weitere Ausdehnung ist zu erwarten. Aber bis jetzt sind diese Maßnahmen noch nicht so weit gediehen, daß die Zahl der Fürsorgeärzte die Ziffer der Kassenärzte merklich verkleinern konnte. Hiervon hängt jedoch nach Angabe der Kassenvertreter die Einführung der Familienhilfe als Pflichtleistung wesentlich ab. Wie gering zurzeit die Aussichten sind, daß wir diese von allen Sozialhygienikern als unentbehrlich bezeichnete Krankenhilfe für die Angehörigen der Kassenmitglieder in Bälde erhalten, wurde auf S. 445 dargelegt. Im großen ganzen stehen wir mithin noch heute dort, wo wir uns 1919 befanden.

Inzwischen nahmen die Kämpfe zwischen Ärzten und Krankenkassen nicht ab; beide Teile waren unzufrieden, was schon allein durch die Geldentwertung verursacht wurde. Da die Leistungsfähigkeit der durch ein Reichsgesetz angeordneten Krankenkassen gefährdet schien, hielten der Reichstag und die Reichsregierung eine Anzahl Gesetze und Verordnungen für erforderlich. Hier ist zunächst das Gesetz zur Sicherung der ärztlichen Versorgung bei den Krankenkassen vom 20. April 1923 (RGBl. S. 463) zu nennen; danach kann der Reichsarbeitsminister bestimmen, wie die Krankenkassen über die Vorschrift der §§ 370, 371 der RVO. hinaus ermächtigt werden, statt Krankenpflege und ärztlicher Behandlung eine bare Leistung zu gewähren. Daß hierdurch die Volksgesundheit erheblich leiden würde, ist von mehreren sozialhygienisch tätigen Ärzten²⁾ deutlich zum Ausdruck gebracht worden. Bis jetzt ist nicht bekanntgeworden, daß der Reichsarbeitsminister von diesem Gesetz Gebrauch gemacht hat. Es ist auch sehr fraglich, ob die Kassen davon einen finanziellen Nutzen gehabt hätten.

Die Reichsregierung beschritt nun andere Wege. Die Verordnung über Ärzte und Krankenkassen vom 30. Oktober 1923 (RGBl. S. 1051) bestimmt, daß zur Regelung der Beziehungen zwischen Krankenkassen und Ärzten ein Reichsausschuß für Ärzte und Krankenkassen zu bilden ist. Dieser Ausschuß soll Richtlinien aufstellen, die sich erstrecken auf: die Zulassung der Ärzte zur Tätigkeit bei den Kassen, den allgemeinen Inhalt der Arztverträge, Art und Höhe der Vergütung für ärztliche Leistungen, die Ein-

¹⁾ Siehe „Bericht über die 40. Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege“, Braunschweig 1921.

²⁾ Siehe „Ärztliches Vereinsblatt“ vom 9. Januar 1923.

richtungen, welche zur Sicherung der Kassen gegen eine unnötige und übermäßige Inanspruchnahme der Krankenhilfe erforderlich sind, die Maßnahmen zur Sicherung gegen eine übermäßige Inanspruchnahme einzelner Ärzte.

Gleichzeitig erschien die Verordnung über Krankenhilfe bei den Krankenkassen vom 30. Oktober 1923 (RGBl. S. 1054), wonach die Kassenärzte verpflichtet sind, eine nicht erforderliche Behandlung abzulehnen. Der Kassenvorstand ist berechtigt, Ärzten, die hiergegen verstoßen haben, fristlos zu kündigen und bis auf die Dauer von zwei Jahren die erneute Zulassung zur Kassenarztstätigkeit zu versagen. Diese Vorschriften wurden allerdings durch die Verordnung vom 29. XI. 24 (RGBl. S. 1157) gemildert.

Im Reichsarbeitsblatt 1924 Nr. 11 sind Richtlinien des Reichsausschusses für Ärzte und Krankenkassen für den allgemeinen Inhalt der Arztverträge am 12. Mai 1924 veröffentlicht worden. Hierbei ist besonders wichtig, daß „bei der Kasse oder einem Kassenverbande auf je 1350 Versicherte, bei Familienbehandlung auf je 1000 Versicherte ein Arzt entfallen soll“.

Diese Verordnungen werden die Lage der Ärzte nicht verbessern. Dazu kommt, daß die Kassen Ambulatorien einrichten wollen. Solche Institute werden, vom gesundheitlichen Standpunkte aus betrachtet, manche Vorteile für die Kassenmitglieder bieten, aber sie sind geeignet, den Ärzten weiteren Schaden zuzufügen. So wird die Unzufriedenheit bei den Ärzten, namentlich bei dem Nachwuchs, der nicht zur Tätigkeit bei den Kassen wegen Überfüllung¹⁾ zugelassen wird, sich immer vergrößern. Der Ruf nach der Verstaatlichung wird wieder ertönen.

Man muß hier die Frage aufwerfen: Sind denn die Ärzte noch so weit entfernt von der Verbeamtung? Sind nicht die meisten von ihnen schon jetzt im gewissen Sinne Beamte? Ist nicht bereits eine umfangreiche Schar von Kranken, nämlich diejenigen, die in Krankenhäusern behandelt werden, den freien Ärzten entzogen und festbesoldeten Ärzten anvertraut?

* * *

So gelangen wir nun zu dem Krankenhauswesen, mit dem wir uns hier, nach Maßgabe des verfügbaren Raumes, zu befassen haben.

Ein kurzer Rückblick auf die geschichtliche Entwicklung ist auch hier für das Verständnis der Gegenwart erforderlich. Wie wir auf S. 25 dargelegt haben, entstammt das Hospitalwesen der christlichen Nächstenliebe bzw. ähnlichen soziaethischen Gedankengängen, die nach Sudhoff schon 500 Jahre vor unserer Zeitrechnung in Indien verwirklicht wurden. Gewiß wurden die Krankenhäuser mit den Mitteln der Wohltätigkeit so gut ausgestaltet, wie man nur konnte. Unsere Abbildung 4 S. 26 zeigt, welche Sorgfalt auf die Pflege der Kranken verwendet wurde. Andererseits hafteten früher dem Krankenhauswesen zahlreiche Mängel an. Schon die Lage mitten in der Stadt (siehe die Abbildung 16 S. 136), nahe den engen, vielfach schlecht gehaltenen Gassen, war weder den Kranken noch den Stadtbewohnern von Nutzen. Vor allem aber hatte bis in die 70er Jahre des 19. Jahrhunderts hin das Krankenhauswesen einen zu starken Beigeschmack von Wohltätigkeit und Armenpflege. Der Geldaufwand für die Krankenanstalten aus städtischen und staatlichen Mitteln

¹⁾ Im Deutschen Reiche wurden 1921, nach Angabe von Rapmund, 36186 Ärzte festgestellt, so daß auf rund 1700 Einwohner ein Arzt kam. In den 44 Großstädten waren 15598 (also 44% aller Ärzte) tätig, auf 950 Einwohner ein Arzt; dagegen wirkten in den übrigen Städten und in den Landgemeinden nur 20288 Ärzte (56%), auf 2220 Einwohner ein Arzt.

war noch verhältnismäßig gering; die gesundheitstechnischen Einrichtungen in den Krankenhäusern waren noch mangelhaft entwickelt. Unsere Abbildungen 67 und 68 bieten einen Einblick in Krankenzimmer des 18. Jahrhunderts. Aber nicht viel anders wie auf diesen Darstellungen waren die Zustände in manchen deutschen Städten noch am Ende des 19. Jahrhunderts. Es handelte sich zumeist um Gebäude, die früher irgendwelchen anderen Zwecken, Kirchen, Kriegslazaretten, Armenhäusern usw. gedient hatten und dann



Abb 67. Frauensaal.



Abb 68. Männersaal.

Krankenhausbilder aus dem Jahre 1789.

Kupferstiche von M. Mettenleiter.

zur Pflege von Kranken verwendet wurden. Innere und chirurgische, ansteckende (typhöse, tuberkulöse usw.) und nichtansteckende Kranke lagen nebeneinander in demselben Raum. Die Insassen dieser Krankenhäuser gingen daher fast nur aus der unbemittelten Bevölkerung hervor. Aus diesen Gründen war die Sterblichkeit in diesen Anstalten sehr hoch. Nach Angaben von Joh. L. Casper¹⁾ starben im Jahre 1822 von den Kranken der Pariser Hospitaller durchschnittlich 12,5 ‰, in manchen Spitalern war aber die Zahl weit größer, z. B. in der Charité 20 ‰, in den Kinderkrankenanstalten sogar 25 ‰. Oesterlen²⁾ gibt an, daß 1851—1860 die Sterblichkeit aller Kranken im Allgemeinen Krankenhaus zu Wien 13,8 ‰, 1848—1856 in der Charité zu Berlin 11,5 ‰ betragen hat. „Im Hinblick auf die riesige Sterblichkeit in den Krankenhäusern konnte“, wie Abel³⁾ mitteilt, „Virchow noch 1861 schreiben, es sei mehr Aufgabe der praktischen Medizin, die Hospitaller für Verwundete und Gebärende zu beseitigen, als zu erweitern“.

¹⁾ Siehe S. 37 Fußnote 1a.

²⁾ Siehe S. 37 Fußnote 2.

³⁾ R. Abel: „Öffentliches Gesundheitswesen und Medizinalverwaltung“, Deutsche medizinische Wochenschrift 1924 Nr. 49.

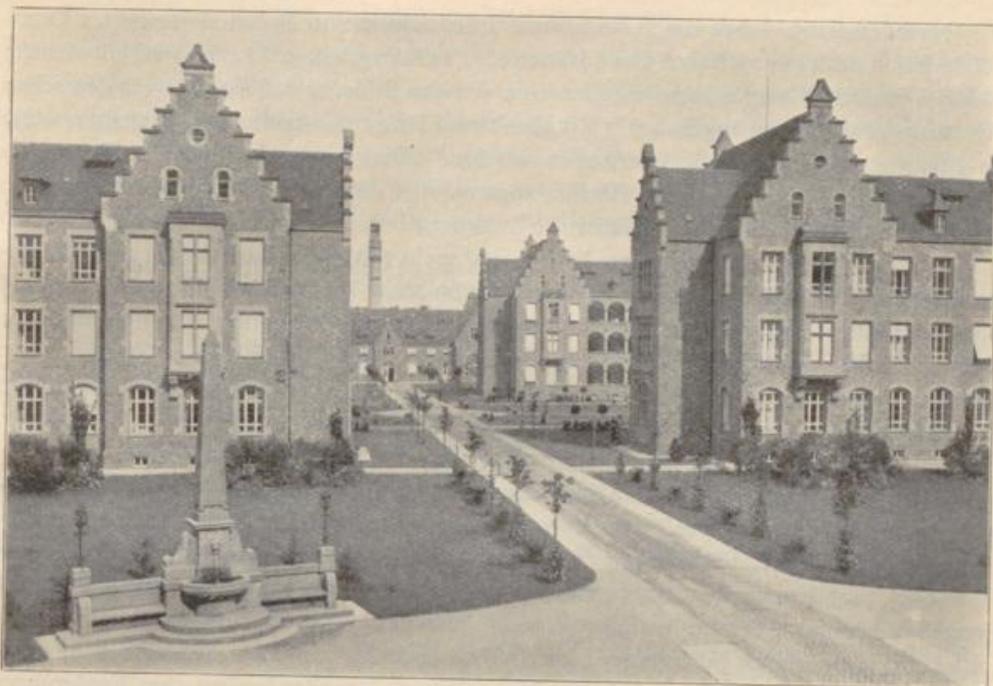


Abb. 69. Städtisches Krankenhaus Karlsruhe: Blick vom Verwaltungsgebäude.

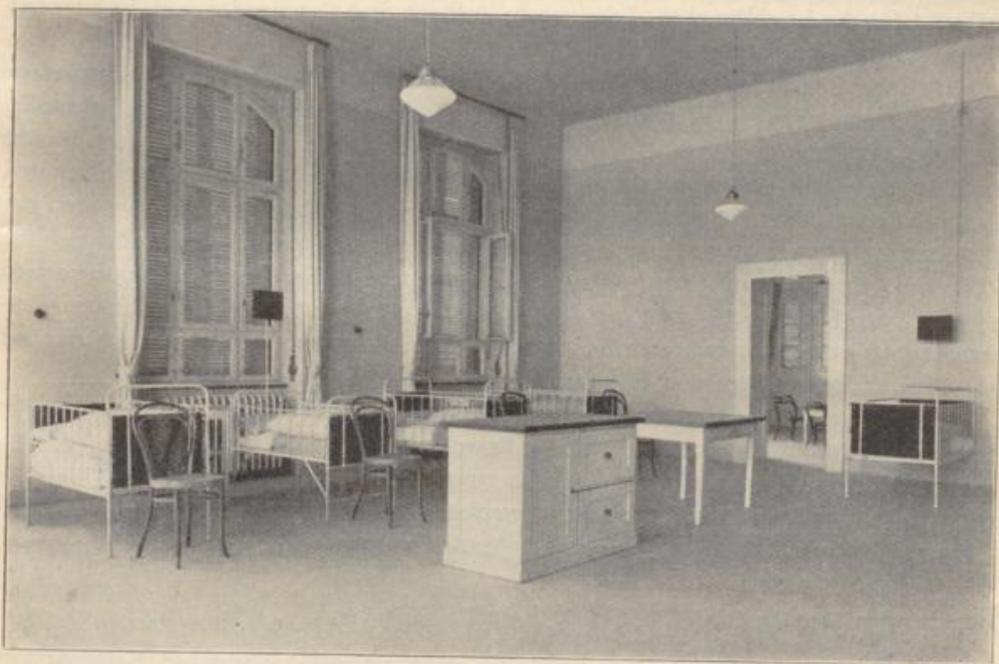


Abb. 70. Städtisches Krankenhaus Karlsruhe, Abteilung für Scharlach und Diphtherie: Krankensaal.

Nachdem 1870—1874 das Krankenhaus Friedrichshain in Berlin als erstes im Deutschen Reich nach neuzeitlichen Grundsätzen als Pavillonsystem geschaffen war, entwickelte sich das deutsche Krankenhauswesen zu seiner jetzigen Blüte, so daß die einst von deutschen Ärzten so bewunderten englischen¹⁾ Krankenhäuser längst von zahlreichen Anstalten selbst in Städten mittlerer Größe übertroffen wurden. Dies veranschaulichen z. B. unsere Abbildungen 69 und 70, welche Einrichtungen des in den Jahren 1903—1907 gebauten Städtischen Krankenhauses zu Karlsruhe²⁾ wiedergeben.

Jedes gutgeleitete Krankenhaus besitzt jetzt nicht nur alle erforderlichen gesundheits-technischen Maßnahmen, sondern auch die häufig recht kostspieligen diagnostischen und therapeutischen Apparate der verschiedensten Art, die ein einzelner Arzt sich wohl nie oder nur selten anzuschaffen vermag. In zahlreichen Fällen ist die Behandlung in einem Krankenhaus nicht nur vorzuziehen, sondern dringend geboten, und zwar keineswegs lediglich bei den zumeist in unzulänglichen Wohnungen untergebrachten Unbemittelten, sondern auch bei Kranken des Mittelstandes und der wohlhabenden Kreise.

Die Inanspruchnahme der Krankenhausbehandlung ist in den letzten Jahrzehnten sehr stark gestiegen; die Stadtverwaltungen haben es an manchen Orten und zu manchen Zeiten schwer, den Anforderungen zu genügen. Im allgemeinen werden, nach Angabe von Grober, fünf Krankenhausbetten auf je 1000 Einwohner als geeignet bezeichnet; naturgemäß zeigen sich hierbei örtliche Verschiedenheiten gegenüber dieser Durchschnittsziffer. In den letzten Jahrzehnten sind freilich auch Mißgriffe bei der Einrichtung und Benutzung der Krankenhäuser zu beobachten gewesen. Um allen hygienischen Forderungen bei der Einrichtung und dem Betrieb zu genügen, sind große Geldmittel erforderlich; so hohe Ausgaben sind jedoch nur für die Behandlung von Schwerkranken zu rechtfertigen, während für die Leichtkranken, Erholungsbedürftigen und Genesenden auch in billigerer Weise gesorgt werden könnte.

Im Jahre 1881 wurden, nach amtlichen Angaben³⁾, in allgemeinen Krankenhäusern 538997 Kranke, darunter 472096 in öffentlichen und 66901 in privaten Anstalten, behandelt, im Jahre 1913 aber 2435678, darunter 1533552 in öffentlichen Anstalten. Dazu kommt noch die große Zahl derjenigen, die in Anstalten für Geisteskranke, Augenheilanstalten und Entbindungsanstalten aufgenommen waren. Während im Jahre 1881 von je 10000 der Bevölkerung 120,3 in allgemeinen Krankenhäusern behandelt worden sind, belief sich die Ziffer im Jahre 1911 auf 351,7. Von 1000 abgegangenen Krankenhauspatienten waren während der Jahre 1902—1904 auf den Männerabteilungen 63,2, auf den Frauenabteilungen 75,7 gestorben, während die Zahlen für den Zeitraum 1911—1913 sich nur auf 56,4 bei den männlichen und 64,2 bei den weiblichen Kranken belaufen.

Um ein so großes Heer von Kranken zu behandeln, ist eine hohe Zahl von Krankenhausärzten erforderlich. So trägt auch die Entwicklung des Krankenhauswesens dazu bei, daß immer mehr Ärzte viele Jahre auf die eigene Praxis verzichten und ein Amt übernehmen, während zugleich riesige Menschenmassen damit einverstanden sind, daß sie von „Therapiebeamten“ der Krankenhäuser behandelt werden.

* * *

¹⁾ Siehe die zu S. 370 gehörende Fußnote 4.

²⁾ „Das Allgemeine Krankenhaus der Haupt- und Residenzstadt Karlsruhe“, Karlsruhe 1909 bei C. F. Müller.

³⁾ Siehe S. 397 Fußnote 1.

Es kann kein Zweifel sein, daß der Weg bis zur Verstaatlichung des Ärzteswesens immer kürzer wird. Die gegenwärtige Lage, wo auf der einen Seite bei dem Fehlen der Familienhilfe zahlreiche Kinder sterben, ohne ärztliche Behandlung genossen zu haben, und auf der anderen Seite ein Heer von Ärzten zu wenig beschäftigt ist und daher Not leidet, dieser Zustand: Kranke ohne Ärzte, Ärzte ohne Kranke, ist unerträglich. Die zurzeit anwendbaren Mittel, um hier zu bessern, sind, wie oben betont wurde: Familienversicherung und Ausbau der Gesundheitsfürsorge in allen ihren Zweigen.

Literatur: 1. **Th. Altschul:** „Die Idee der Verstaatlichung des ärztlichen Standes“, Wien 1896. — 2. **H. Beckers:** „Die Verstaatlichung des Heilwesens“, Hannover 1895. — 3. **M. Eppstein:** „Die Sozialisierung des Gesundheitswesens“, Bayer. ärztl. Korrespondenzbl. 1919 Nr. 7/8. — 4. **A. Fischer:** „Die Frage der Sozialisierung des Heilwesens“, Bericht ü. d. 40. Versamml. d. Deutsch. Ver. f. öff. Gesundheitspf., Braunschweig 1921. — 5. **A. Gottstein:** „Die Regelung des Gesundheitswesens in den deutschen Großstädten“, Deutsch. med. Wochenschr. 1908 Nr. 12—14. — 6. **Grober:** „Krankenhäuser“, Art. i. Handw. d. Kommunalw., Jena 1917, Bd. 3. — 7. **Hahn (Camburg):** „Die Reformation des Heilwesens“, Veröffentl. a. d. Geb. d. Medizinalverw., Berlin 1921, Bd. 13 Heft 6. — 8. **Magnus Hirschfeld:** „Verstaatlichung des Gesundheitswesens“, Flugschr. d. Bundes Neues Vaterland Nr. 10, Berlin 1919. — 9. **R. Leunhoff:** „Die Regelung des kommunalärztlichen Dienstes in Charlottenburg“, Med. Reform 1909 Nr. 42, dazu die Antwort von Gottstein, ebenda Nr. 44. — 10. **E. Neumann:** „Die Neugestaltung des Ärztestandes, des Krankenhauswesens und der öffentlichen Gesundheitspflege“, Veröffentl. a. d. Geb. d. Medizinalverw., Berlin 1918, Bd. 8 Heft 6. — 11. **G. Pick:** „Die Zukunft des Ärztestandes und der Ausbau des Gesundheitswesens“, Berlin 1917. — 12. **Rapmund:** „Arzt“, Art. i. Handw. d. Staatsw., 4. Aufl., Jena 1923, Bd. 1. — 13. **Röder:** „Die Sozialisierung des Kassenarztes“, Ortskrankenkasse 1919 S. 221 ff. — 14. **Stier-Somlo:** „Die Ärztefrage und der Staat“, Frankfurt a. M. 1910. — 15. **Sudhoff:** „Aus der Geschichte des Krankenhauswesens im frühen Mittelalter im Morgenland und Abendland“, Ergebn. u. Fortschr. d. Krankenhauswesens, herausg. v. E. Dietrich u. J. Grober, Jena 1913, Bd. 2. — 16. **Teleky:** „Sozialisierung des Gesundheitswesens“, Wiener Klin. Wochenschr. 1919 Nr. 23. — 17. **R. Volz:** a) „Die Stellung der Ärzte im Staate“, Mitt. d. bad. ärztl. Vereins 1848 Nr. 1; b) „Ärztliche Briefe. Besprechungen über die Stellung der Ärzte im Staate“, Karlsruhe 1869.

6. Gesundheitspolitische Vereine.

Neben den kulturhygienischen Maßnahmen der Gesetzgebung sowie der staatlichen und städtischen Verwaltung ist auch die Wirksamkeit der gesundheitspolitischen Vereine von hohem Wert, sei es wegen der unmittelbar von ihnen ausgeführten Arbeit, sei es wegen der von ihnen ausgehenden Anregungen, die in der Zukunft verwirklicht werden. Zutreffend hat Ihering¹⁾ geschrieben: „Der Verein ist der Pionier, der dem Staat die Wege ebnet; was heute Verein ist, ist nach Jahrtausenden Staat. Alle gemeinnützigen Vereine tragen die Anweisung auf den Staat in sich; es ist nur eine Frage der Zeit, wann er dieselben honorieren wird.“

Unter den Vereinen, die kulturhygienisch tätig sind, müssen wir zwei große Gruppen unterscheiden: 1. solche, die auf Einzelgebieten des sozialen Gesundheitswesens tätig sind, und 2. solche, die das Gesamtgebiet ins Auge fassen. Mit den wichtigsten zur ersten Gruppe gehörenden Vereinen haben wir uns schon in den vorangegangenen einzelnen Abschnitten befaßt; hier beschäftigen wir uns nun noch, nach Maßgabe des vorhandenen Raumes, mit der zweiten Gruppe. Diese ist wiederum in eine Anzahl Untergruppen zu gliedern.

Zunächst sind diejenigen Vereine anzuführen, die sich ausschließlich der sozialen Hygiene, aber in allen ihren Zweigen, widmen. Bahnbrechend war hier die 1905 von

¹⁾ Nach Angabe von Arthur Mayer, siehe S. 421 Fußnote 1.

einigen praktischen Ärzten, Hygienikern, Statistikern und Beamten des sozialen Versicherungswesens gegründete Gesellschaft für soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik. Sie wollte nur eine Stätte der voraussetzungslosen Forschung und der wissenschaftlichen Erörterung sein; trotz dieser Beschränkung übte sie auch eine starke gesundheitspolitische Wirkung aus, da ihre Verhandlungsberichte veröffentlicht und viel beachtet wurden. Ende 1920 hat die Gesellschaft, die ihren Sitz in Berlin hatte, aber viele Mitglieder auch außerhalb der Reichshauptstadt besaß, als solche ihre Tätigkeit eingestellt und sich mit der Berliner Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege verschmolzen. Ähnliche Ziele wie die Gesellschaft für soziale Medizin verfolgte die innerhalb des Münchner Ärztevereins gebildete „Kommission für Arbeiterhygiene und -statistik“.

Im Mittelpunkt der Bestrebungen steht die Gesundheitspolitik bei der 1916 gegründeten Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene; sie sucht zwar ebenfalls alles, was der Erkenntnis der sozialhygienischen Zustände dient, zu sammeln und nutzbar zu machen, aber sie will zugleich die gesetzgebenden Körperschaften, die Behörden und Verwaltungen zu wirkungsvollen Maßnahmen, soweit sie noch erforderlich sind, anregen. Obwohl sich die Badische Gesellschaft vorzugsweise mit den badischen Zuständen befaßt, hat sie sich auch schon mehrfach an den Reichstag und die Reichsregierung gewandt; zu ihren Mitgliedern gehören auch viele nichtbadische Körperschaften und Einzelpersonen. Den Bestrebungen der B. G. f. s. H. dient die Vierteljahrsschrift „Sozialhygienische Mitteilungen“, die den Untertitel „Zeitschrift für Gesundheitspolitik und -gesetzgebung“ führt.

In ähnlicher Weise wie die badische Gesellschaft wirkt die nach dem Kriege gegründete Kommunale Vereinigung für Gesundheitsfürsorge im rheinisch-westfälischen Industriegebiet.

Fünf große deutsche Vereine, die auf Einzelgebieten des sozialen Gesundheitswesens tätig sind (Deutsche Vereinigung für Säuglingsschutz, Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Deutsche Vereinigung für Krüppelfürsorge, Deutsche Reichshauptstelle gegen den Alkoholismus) haben sich nach dem Kriege zur Arbeitsgemeinschaft sozialhygienischer Reichsverbände¹⁾ zusammengeschlossen und bereit erklärt, sich dem Deutschen Roten Kreuz zur Durchführung seiner Aufgaben und Arbeiten auf sozialhygienischem Gebiet als sozialhygienischer Beirat zur Verfügung zu stellen.

Von großer Bedeutung ist ferner die Wirksamkeit der Vereinigung deutscher Kommunal-, Schul- und Fürsorgeärzte, die aus der Vereinigung der deutschen Schulärzte hervorgegangen ist und sich seit einigen Jahren allen Zweigen der Gesundheitsfürsorge widmet.

Des weiteren sind die Vereine anzuführen, die sich mit der gesamten öffentlichen Hygiene befassen und, den neuzeitlichen Anforderungen entsprechend, sich jetzt auch mit sozialhygienischen Aufgaben eingehend beschäftigen. Hier ist besonders der 1873 gegründete, in den obigen Abschnitten vielfach erwähnte Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege hervorzuheben, der 1918 seine Satzung²⁾ im Sinne der

¹⁾ Siehe die von dieser Arbeitsgemeinschaft herausgegebene „Sozialhygienische Rundschau“ 1922 Nr. 2.

²⁾ Siehe „Bericht über die 39. Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege“, Braunschweig 1919, S. 59 ff.

sozialen Hygiene ausgebaut und seitdem sich lediglich auf diesem Gebiet betätigt hat. Im Auslande bestehen ähnliche Vereine; namentlich ist auf die Schweizerische Gesellschaft¹⁾ für Gesundheitspflege hinzuweisen.

Der Deutsche Medizinalbeamtenverein²⁾, dessen Aufgaben noch über das Gebiet der öffentlichen Hygiene hinaus reichen, widmet sich vielfach auch sozialhygienischen Fragen.

Zu erwähnen ist ferner, daß die 1891 als Zentralstelle für Arbeiterwohlfahrtseinrichtungen gegründete Zentralstelle³⁾ für Volkswohlfahrt, die eine besondere Abteilung für soziale Hygiene besaß, eine hoch anzuschlagende Arbeit geleistet hat; die Zentralstelle ist 1920 aufgelöst worden.

Von den Vereinen, die sich zwar nicht ausdrücklich gesundheitspolitischen Aufgaben widmen, aber mittelbar in dieser Richtung wirken, sind vor allem zu nennen: der 1872 gegründete Verein für Sozialpolitik, die seit 1890 bestehende Gesellschaft für soziale Reform, der 1881 geschaffene Deutsche Verein für Armenpflege und Wohltätigkeit, der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge, der Evangelisch-soziale Kongreß (seit 1890), der Verband für soziale Kultur und Wohlfahrtspflege, Arbeiterwohl (seit 1880). Dazu kommen die konfessionellen Verbände, der Caritasverband für das katholische Deutschland, der Zentralausschuß für die innere Mission der evangelischen Kirche, die Zentralwohlfahrtsstelle der deutschen Juden. Des weiteren sind hier anzuführen: das Rote Kreuz, das seine Friedenstätigkeit besonders auf sozialhygienischem Gebiet entfalten will, die Vaterländischen Frauenvereine und unter ihnen namentlich der 1859 gegründete Badische Frauenverein⁴⁾, die sich seit Jahrzehnten u. a. auch den Wöchnerinnen, Säuglingen und Tuberkulösen gewidmet haben. Von hohem Wert ist sodann die Wirksamkeit der Gewerkschaften, die, so verschiedenartig ihre Weltanschauung ist, in dem Streben, die Lebenshaltung der Arbeiter zu verbessern und dadurch die sozialhygienische Frage an ihrer Wurzel anzugreifen, übereinstimmen. Hinzuweisen ist schließlich noch auf die Programme mancher politischen Parteien, insbesondere der Sozialdemokraten⁵⁾ und der Demokraten⁶⁾.

Literatur: 1. P. Draudt: „Die Arbeit des deutschen Roten Kreuzes“, Blätter d. deutsch. Roten Kreuzes 1924 Jahrg. 3 Heft 1. — 2. A. Fischer: a) „Gesundheitspolitik und Gesundheitsgesetzgebung“, Sammlung Götschen Nr. 749, Berlin 1914; b) „Ziele und Wege der Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene“, Sozialhyg. Mitteil. 1917 Heft 1; c) „50 Jahre öffentliche Gesundheitspflege“, Sozialhyg. Mitteil. 1923 Heft 3 und 4. — 4. Grotjahn: „Die Gesundheitspflege im alten und neuen Programm der Mehrheitssozialisten“, Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung 1921 Nr. 21. — 5. Rive: „50 Jahre Arbeit des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege“, Deutsch. Zeitschr. f. öff. Gesundheitspf. 1924 Heft 1 und 2. — 6. A. Salomon: „Öffentliche und private Wohlfahrtspflege“, Abhandl. i. „Gesundheitswesen u. Wohlfahrtspf. i. Deutsch. Reiche“, herausg. v. Möllers, Berlin 1923. — 7. E. Seligmann: „50 Jahre Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege in Berlin“, Klin. Wochenschr. 1922 Nr. 51.

¹⁾ Siehe die seit 1921 erscheinende „Schweizerische Zeitschrift für Gesundheitspflege“, herausg. von W. v. Gonzenbach.

²⁾ Siehe „Zeitschrift für Medizinalbeamte“, seit 1888.

³⁾ Siehe „Schriften der Zentralstelle für Arbeiterwohlfahrtseinrichtungen“, seit 1892.

⁴⁾ Siehe „Geschichte des Badischen Frauenvereins 1859—1906“, Karlsruhe 1906.

⁵⁾ Siehe „Das Programm der Sozialdemokratie. Vorschläge für seine Erneuerung“, Berlin 1920, S. 96 ff.

⁶⁾ Das „Gesundheitspolitische Programm der Deutschen Demokratischen Partei in Baden“ wurde in den „Sozialhyg. Mitteil.“ 1918 Heft 4 abgedruckt.

7. Maßnahmen gegen das Kurpfuschertum.

So wichtig es für die Volksgesundheit ist, daß jedem Kranken, ohne Rücksicht auf seine wirtschaftliche Lage, eine ärztliche Behandlung zuteil wird, so gefährlich ist es, wenn weite Bevölkerungsschichten sich statt an approbierte Fachleute an Kurpfuscher wenden.

Als Kurpfuscher sind alle zu bezeichnen, die gewohnheits- und berufsmäßig Menschen behandeln, ohne hierfür auf Grund eines genau vorgeschriebenen Studiums die Approbation als Arzt erhalten zu haben. Demgemäß fallen unter diesen Begriff auch die sogen. Naturheilkundigen. Gerling, einer ihrer Wortführer, behauptete zwar, daß die Kurpfuscherei auch bei Approbierten nicht ausgeschlossen sei, und daß man jeden, der durch seine Behandlung Kranke schädigt bzw. eine Kur verpfuscht, einen Kurpfuscher nennen muß. Diese Deutung ist irrig. Allerdings kann sich auch ein approbierter Arzt einmal irren; dies ist menschlich und bei den oft großen Schwierigkeiten auf dem Gebiete der Heilkunde wohl begreiflich. Aber dann handelt es sich um verhältnismäßig sehr seltene Ausnahmefälle. Die Leistungen der Ärzte sind heutzutage, entsprechend dem hohen Stande der Heilwissenschaft, im allgemeinen von Irrtümern frei und von höchstem Wert für die Volksgesundheit, besonders hinsichtlich der Erkennung ansteckender Krankheiten und solcher Leiden, bei denen, wenn die Diagnose rechtzeitig gestellt wird, die Aussichten auf Heilung groß sind. Solche Arbeit kann nur von denjenigen erwartet werden, die sich bei einem langjährigen Studium die erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten erworben haben und daraufhin approbiert sind. Die anderen Krankenbehandler sind Kurpfuscher. Damit soll nicht behauptet werden, daß nicht manche, die nicht approbiert sind, auf Grund besonderer Begabung in diesem oder jenem Zweig der Heilkunde Tüchtiges leisten können. Aber solche Heilbehandler, die man nur äußerst selten findet, haben, wenn sie gewissenhaft sind, die Pflicht, ihre Leistungsfähigkeit von anerkannten Sachverständigen prüfen zu lassen, und wenn sie vor dem Urteil bestehen können, mit den Ärzten gemeinsam der Volksgesundheit zu dienen. Die Forderung: „Freie Bahn dem Tüchtigen“ soll auch auf dem Gebiet der Heilbehandlung gelten.

Kurpfuscherei gab es schon im Altertum. Im Mittelalter und bis zu dem neuzeitlichen Aufschwung der medizinischen Wissenschaft fand das Kurpfuschertum bei dem abergläubischen Volk einen empfänglichen Boden. Zahlreiche Bilder niederländischer Meister (Ostade, Jan Steen, Rembrandt usw.) zeigen uns das Treiben der Quacksalber und Marktschreier. In den deutschen Ländern wurden zwar seit dem 18. Jahrhundert Kurpfuschereiverbote erlassen; allein ihre Wirkung scheint gering gewesen zu sein.

Als im Jahre 1869 dem Reichstage des Norddeutschen Bundes die Gewerbeordnung¹⁾ vorlag, richtete gelegentlich der zweiten Beratung die Berliner medizinische Gesellschaft an den Reichstag ein Gesuch, „daß das Publikum ferner nicht gezwungen sein soll, sich lediglich von geprüften Ärzten behandeln zu lassen“. Der Wortführer dieser die Kurierfreiheit anstrebenden Bewegung im Reichstag war der Arzt Loe we²⁾. In seinem Idealismus überschätzte er, wie so viele andere, die Urteilsfähigkeit der breiten Massen; und so äußerte

¹⁾ Siehe Stenograph. Berichte ü. d. Verhandl. d. Reichstages d. Nordd. Bundes, I. Legislaturperiode, Berlin 1869, Bd. 3 Nr. 13, 83, 85 und 86.

²⁾ Siehe Stenograph. Berichte ü. d. Verhandl. d. Reichstages d. Nordd. Bundes, I. Legislaturperiode, Berlin 1869, Bd. 1 S. 303 ff. In den Ausführungen Loewes findet man folgenden trefflichen Satz: „Ich glaube, daß wir die gesetzgeberische Aufmerksamkeit von heute ab immer viel mehr auf die Pflege der Gesundheit des Volkes, als auf die Kontrolle der Rezeptschreiberei zu richten haben.“

er sich über das Kurpfuschereiverbot: „Unser Volk bedarf dieser gängelnden Maßregeln nicht mehr, mit denen es vor dem Unglück bewahrt werden soll.“ Seine Darlegungen bewirkten, daß die Heilbehandlung freigegeben¹⁾ und nur die Führung des Titels „Arzt“ durch den noch heute bestehenden § 29 der Gewerbeordnung an die Approbation geknüpft ist.

Die Kurpfuscherei dehnte sich dann immer mehr aus. Sie wurde und wird von den verschiedenartigsten Personen ausgeübt, „vom Analphabeten und Straßenkehrer bis zum Prälaten“, wie sich Alexander ausdrückte. Nicht nur in der hohen Zahl²⁾ der Kurpfuscher, sondern oft auch in ihrer skrupellosen Art der ständigen Reklame liegt der Grad ihrer Gefährlichkeit.

Da die Tätigkeit der Kurpfuscher bis zum Jahre 1910 bereits einen unerträglichen Umfang angenommen hatte, legte die Reichsregierung dem Reichstag einen Entwurf eines Gesetzes gegen die Mißstände im Heilgewerbe (Reichstagsdrucksache Nr. 535, 12. Legislaturperiode II. Session 1909/10) vor; er gelangte aber über die Ausschußberatung nicht hinaus; Neuwahlen des Reichstags kamen dazwischen, und eine erneute Vorlage ist nicht erfolgt.

Ein kleiner Anfang mit der Bekämpfung der Kurpfuscherei ist durch das preußische Hebammengesetz, das 1923 in Kraft trat, erreicht worden. Im § 3 dieses Gesetzes (siehe oben S. 233) wird bestimmt, daß nur approbierte Hebammen Geburtshilfe leisten dürfen; der namentlich in den östlichen Provinzen Preußens verbreiteten Hebammenpfuscherei (siehe S. 223), die jetzt mit Gefängnis bestraft werden kann, wird hierdurch hoffentlich wirkungsvoll entgegengetreten werden.

Daß man mit dem § 6 des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (siehe S. 390) den Kurpfuschern die Behandlung dieser Leiden entziehen wollte, ist oben dargelegt worden; leider ist aber gerade wegen dieses Paragraphen das ganze Gesetz gescheitert (siehe S. 392).

Große Verdienste hat sich die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung des Kurpfuschertums durch ihre seit vielen Jahren geleistete Aufklärungsarbeit³⁾ erworben. Am 28. Juni 1924 faßte sie u. a. folgende Beschlüsse:

„1. Kurpfuscherei- und Geheimmittel-Unwesen gefährden die Volksgesundheit. Besonders unheilstiftend wirkt die Kurpfuscherei auf dem Gebiete der übertragbaren Krankheiten, wie z. B. der Geschlechtskrankheiten und der Tuberkulose, ferner die Kurpfuscherei durch massenbriefliche Behandlung und durch Massenvertrieb von Geheimmitteln.

3. Die planmäßigen öffentlichen Herabsetzungen und Verunglimpfungen der wissenschaftlichen Heilkunde, der sog. Schulmedizin, und ihrer Vertreter und Heilmethoden durch Kurpfuscher-Schutzverbände und Kurpfuscher-Presse untergraben das Vertrauen des Volkes zu den staatlich geprüften und anerkannten Medizinalpersonen

4. Der vom Kurpfuschertum organisierte Kampf gegen staatliche Gesundheitspflegegesetze, wie z. B. das Impfgesetz, oder gegen die Entwürfe solcher Gesetze, wie z. B. den Entwurf eines Gesetzes gegen Mißstände im Heilgewerbe oder eines Gesetzes gegen die Geschlechtskrankheiten . . . durchkreuzen die staatliche Seuchenbekämpfung, die staatliche Krankenfürsorge . . .“

¹⁾ Die Freigabe der Heilbehandlung war ursprünglich von der Regierung des Nordd. Bundes und dem Reichstag gar nicht geplant.

²⁾ Wie dem „Jahresbericht des Landesgesundheitsamtes über das Gesundheitswesen in Sachsen auf die Jahre 1914—1918“, Dresden 1921, zu entnehmen ist, waren am 1. Januar 1914 in Sachsen 2257 Ärzte angemeldet; die Zahl der Kurpfuscher belief sich im Jahre 1913 auf 1795. In Preußen war 1913 das Zahlenverhältnis der Kurpfuscher zu den Ärzten 27,5:100. (Siehe: „Das Gesundheitswesen des Preußischen Staates in den Jahren 1919/20“, Berlin 1922.)

³⁾ Dieser Tätigkeit dient besonders die seit 1898 erscheinende Zeitschrift „Gesundheitslehrer“, deren Schriftleiter H. Kantor ist.

Es erhebt sich nun die Frage, ob man ein Gesetz zur Bekämpfung der Kurpfuscherei fordern soll. Virchow hat noch 1900 davon abgeraten und betont: „An die Stelle bestrafte Pfuscher würden neue Quacksalber treten. Wir Älteren, die wir noch unter der Herrschaft der alten Pfuscheresetze gelebt haben, wir kennen die Hartnäckigkeit der Kranken; wir haben es erlebt, daß die Bestrafung eines Pfuscherers ein Lockmittel für die Anziehung neuer Patienten gewesen ist.“ Gewiß haben die ehemaligen Kurpfuschereiverbote die Mißstände nicht völlig fernzuhalten vermocht. Aber der Grund hierfür lag wohl darin, daß man nicht scharf genug gegen die Kurpfuscher vorging. Ascher urteilte 1898 folgendermaßen: „Wir halten die Wiedereinführung des Pfuscherereverbotes im Kampfe gegen dieses Unwesen für unentbehrlich, aber nur dann von Erfolg, wenn anstatt der früher üblichen geringen Geldstrafen ernste Strafmittel, das heißt empfindliche Freiheitsstrafen in Anwendung kommen.“ Dieser Ansicht muß man sich anschließen. Ein Gesetz gegen die Kurpfuscherei würde allerdings in gewissem Sinne die Freiheit beeinträchtigen; davor schrickt mancher zurück. Aber bei dem Begriff „Freiheit“ muß man fragen: Frei wofür? Ist es eine Freiheitsberaubung, wenn man den Kurpfuschern die Freiheit für ihre betrügerische Tätigkeit, wenn man abergläubischen oder urteilsunfähigen Menschen die Freiheit für die Schädigung ihrer Gesundheit nimmt? Nimmermehr! Darum ist ein Gesetz gegen die Kurpfuscherei durchaus angebracht; zugleich aber muß eine ausgiebige gesundheitliche Volksbelehrung durchgeführt werden.

Literatur: 1. L. Ascher: „Medizinalpfuscherei“, Art. i. Eulenburgs Real-Enzyklopädie 1898 Bd. 15. — 2. Karl Alexander: „Wahre und falsche Heilkunde“, Berlin 1899. — 3. R. Gerling: „Wahre und falsche Heilkunde und die Brandenburgische Ärztekammer“, 4. Aufl., Berlin 1901. — 4. H. Graack: „Kurpfuscherei“, Art. i. Handw. d. Staatsw., 4. Aufl., Jena 1923, Bd. 4. — 5. Hesse: „Kurpfuscherei und Geheimmittelwesen“, Abhandl. i. „Gesundheitswesen u. Wohlfahrtspf. i. Deutsch. Reiche“, herausg. v. Möllers, Berlin 1923. — 6. M. Rubner: „Über Volksgesundheitspflege und medizinlose Heilkunde“, Berlin 1899. — 7. R. Virchow: „Zum neuen Jahrhundert“, Arch. f. pathol. Anatomie u. Physiol. u. f. klin. Medizin, Berlin 1900, Bd. 159 Heft 1. — 8. A. Zimmermann: a) „Das Kurpfuscherei- und Geheimmittelwesen“, Zürich 1919; b) „Zur Frage der Kurierfreiheit in der Schweiz“, Schweiz. Zeitschr. f. Gesundheitspf., herausg. v. W. v. Gonzenbach, 1922, Heft 4.

8. Gesundheitliche Volksbelehrung und -erziehung.

An vielen Stellen wurde in den vorangegangenen Abschnitten betont, wie bedeutungsvoll und notwendig es ist, daß das ganze Volk, möglichst schon in der Schule, über die Lehren der individuellen Hygiene gründlich unterrichtet und zu einer gesundheitsgemäßen Lebensweise erzogen wird.

Leider haben im allgemeinen die Ärzte, insbesondere in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, es für nicht recht standeswürdig erachtet, das Volk über gesundheitliche Fragen zu belehren. Daher fanden namentlich die sogenannten Naturheilvereine mit ihren von gewandten Volksrednern gehaltenen Vorträgen, die sich von lateinischen und griechischen Ausdrücken, wie man sie von den Ärzten zu hören bekam, freihielten, Gehör bei den weitesten Volksschichten, was nicht immer einen Vorteil für die Volksgesundheit bedeutete.

Eine gewisse hygienische Aufklärung gab es schon im Mittelalter. Neustätter schreibt hierüber:

„Der öffentliche Anschlag oder die Verkündung der Dekrete, Reglemente, Erlasse, Verordnungen über Verhalten bei Seuchenzügen, über Reinhaltung von Straßen, über Kontrolle des Fleisches,

Verhütung von Nahrungs- und Genußmittelfälschungen u. a. versuchte schon ähnliches zu erzielen, wie wir es heute mit Merkblättern erreichen wollen. Außerdem findet sich eine große Literatur über die richtige Lebensweise. Sie knüpft vor allem an das salernitanische Gesundheitslehrgedicht¹⁾ an . . .“

Diese Belehrung würde naturgemäß unseren heutigen Ansprüchen nicht genügen. Jedoch eine eingehendere, breite Volksmassen umfassende Aufklärung über hygienische Fragen ist bis um die Wende des 19. Jahrhunderts herum nicht feststellbar.

Abb. 71.



Ein hygienischer Vortrag F. A. Mais im Konzertsaal des Mannheimer Theaters (Ende des 18. Jahrh.).
Nach einem Ölgemälde im Kurpfälzischen Museum zu Heidelberg.

Wohl aber haben sich einzelne Ärzte bemüht, die Ergebnisse wissenschaftlicher Forschungen über den Kreis der Mediziner hinaus in weitere Volksschichten zu tragen. Hier ist vor allem F. A. Mai²⁾, der sich, wie oben dargelegt wurde, als Verfasser eines Hygiene-gesetzentwurfs die größten Verdienste erworben hat, auch als vorbildlicher Gesundheits-lehrer und -erzieher zu nennen. Im Jahre 1793 veröffentlichte er „Medicinische Fasten-predigten“, und 1813 stellte er die bedeutungsvolle Frage³⁾: Quid leges sine moribus? Es ist bezeichnend für seine Gedankenrichtung, daß er den hohen Wert der Moral für die Gesundheitspflege betonte. Vor allem aber ist hier hervorzuheben, daß er sich nicht auf das gedruckte Wort beschränkte, sondern gemeinverständliche Vorträge hielt. Ein im

¹⁾ Siehe S. 27 Fußnote 1.

²⁾ Siehe S. 33.

³⁾ Siehe S. 6.

Kurpfälzischen Museum zu Heidelberg aufbewahrtes Ölgemälde¹⁾, das wir in unserer Abbildung 71 wiedergeben, veranschaulicht, wie Mai um die Wende des 18. Jahrhunderts herum im Konzertsaal des Mannheimer Hoftheaters vor den kurfürstlichen Herrschaften und der Hofgesellschaft einen hygienischen Vortrag hält.

Die 1796 erschienene „Makrobiotik“ von Hufeland, die besondere Beachtung fand, wurde schon auf S. 30 erwähnt. Ähnliche Bücher folgten dann in nicht geringer Zahl. Mit den Fortschritten der medizinischen Wissenschaft wurden auch die volkstümlich gehaltenen Gesundheitsbücher neugestaltet. Viel gelesen wurden namentlich die Schriften von C. E. Bock, Fr. Erismann, Ludwig Büchner und L. Sonderegger.

Aber diese Bücher, denen sich dann eine Menge von Schriften, die sich teils mit dem Gesamtgebiet, teils mit einzelnen Abschnitten der persönlichen Gesundheitspflege befaßten — vorbildlich ist das vom Kaiserl. Gesundheitsamt herausgegebene „Gesundheitsbüchlein“ —, anreichte, erreichten bei den breiten Volksmassen ihr Ziel nicht in dem Maße, wie es das gesprochene Wort vermag. Durch die Gründung des Deutschen Vereins für Volkshygiene, der sich in vielen Städten Ortsgruppen schuf, wurden zahlreiche gemeinverständliche Vorträge von Ärzten gehalten.

Ein bedeutender Fortschritt auf dem Gebiete der gesundheitlichen Volksbelehrung wurde durch die von Lingner geleitete Internationale Hygieneausstellung zu Dresden 1911 erzielt. Sie wurde das Vorbild für andere Ausstellungen und bildete die Grundlage für das Deutsche Hygiene-Museum, Sitz Dresden, das mannigfache großzügige Leistungen hinsichtlich der hygienischen Aufklärung aufzuweisen hat.

Nach dem Kriege hielt man einen erheblichen Ausbau der hygienischen Volksbelehrung für dringend geboten. Auf Anregung von Adam und Bornstein wurde 1919 der Preussische Landesausschuß für hygienische Volksbelehrung gegründet. Die preussische Regierung legte auf die Wirksamkeit dieses Ausschusses großen Wert; am 29. November 1920 hat sie einen Erlaß²⁾ betreffend Richtlinien für die Einrichtung von Provinzialausschüssen sowie von Orts- oder Kreis Ausschüssen für hygienische Volksbelehrung veröffentlicht.

Auf Anregung der Reichsregierung wurde am 5. Februar 1921 ein Reichsausschuß für hygienische Volksbelehrung gebildet. Jetzt besitzen alle deutschen Gliedstaaten entsprechende Landesausschüsse.

Erwähnenswert ist eine Entschliebung, die der Deutsche Ärztetag im September 1921 faßte; er fordert „die deutschen Ärzte auf, wie bisher an der hygienischen Volksaufklärung tatkräftig mitzuarbeiten, und hält dabei ein Zusammengehen mit den Trägern der Sozialversicherung für wünschenswert und ersprießlich, erklärt sich ferner bereit, an den Arbeiten des Reichsausschusses für hygienische Volksbelehrung teilzunehmen, lehnt dabei aber eine offizielle Vertretung der Naturheilvereine unbedingt ab, soweit und solange viele der von diesen Vereinen vertretenen Ansichten ... geeignet sind, jede hygienische Volksbelehrung in bedenklichster Weise zu hemmen und zu schädigen“.

In den letzten Jahren war die Arbeit des Reichs- und der Landesausschüsse infolge der mit der Inflation verbundenen Geldnot behindert; jetzt scheint sich die Tätigkeit wieder zu beleben.

¹⁾ Siehe Fried. Walther: „Mannheim in Vergangenheit und Gegenwart“, Mannheim 1907, Bd. I S. 703.

²⁾ Siehe „Volkswohlfahrt“ vom 1. Januar 1921.

Von großer Bedeutung ist, daß man die Kinder schon in der Schule über die hygienischen Forderungen unterrichtet. Dazu ist notwendig, daß die Lehrer besser als bisher in der Hygiene ausgebildet werden. Das von Adam gemeinsam mit dem Rektor Lorentz 1923 herausgegebene Lehrbuch wird gewiß hierbei die besten Dienste leisten.

Zu betonen ist aber immer wieder, daß es nicht allein auf die hygienischen Kenntnisse, sondern auch auf die Erziehung zur Gesundheitspflicht ankommt. Dies wurde kürzlich auch von Abderhalden erneut hervorgehoben. Mit Recht hat E. Schmitt darauf hingewiesen, daß auf diesem Gebiete besonders hohe Aufgaben für die Fürsorgeärzte liegen.

Der Wert der hygienischen Volksbelehrung und -erziehung ist früher unterschätzt worden. Jetzt wissen wir, daß man die Volksgesundheit nicht allein auf den Maßnahmen der Gesetzgebung und Verwaltung aufbauen kann. Das Bewußtsein des Rechtes auf Gesundheit wird bei den breiten Volksmassen gewiß erhebend wirken. Aber zum Gesundheitsrecht muß die Gesundheitspflicht hinzutreten. Schon jetzt gilt als sicher, daß das 20. Jahrhundert zum Jahrhundert des Gesundheitsrechts wird; hoffentlich wird es auch zum Jahrhundert der Gesundheitspflicht.

Literatur: 1. E. Abderhalden: a) siehe S. 5 Fußnote 2; b) „Tut das deutsche Volk seine Pflicht?“ *Blätter für Volksgesundheitspflege* 1924 Heft 1. — 2. Adam und Lorentz: „Gesundheitslehre in der Schule“, Leipzig 1923. — 3. C. E. Bock: „Das Buch vom gesunden und kranken Menschen“, 11. Aufl., Leipzig 1876. — 4. K. Bornstein: „Arzt und Hygiene“, *Ärztl. Vereinsbl.* 1920 Nr. 1216. — 5. Ludwig Büchner: „Das Buch vom langen Leben“, Leipzig 1892. — 6. Fr. Erismann: „Gesundheitslehre für Gebildete aller Stände“, 2. Aufl., München 1879. — 7. Chr. W. Hufeland: „Makrobiotik oder die Kunst, das menschliche Leben zu verlängern“, Jena 1796. — 8. Ph. Kuhn: „Die dringlichsten Aufgaben der Volksgesundheitspflege“, *Mänch. med. Wochenschr.* 1919 Nr. 9. — 9. F. A. Mai: „Medicinische Fastenpredigten oder Vorlesungen über Körper- u. Seelen-Diätetik“, Mannheim 1793. — 10. B. Möllers: „Hygienische Volksbelehrung“, *Abh. i. „Gesundheitswesen und Wohlfahrtspl. i. Deutschen Reiche“*, herausg. v. Möllers, Berlin 1923. — 11. O. Neustätter: „Der Reichsausschuß für hygienische Volksbelehrung“, *Sozialhyg. Mitteil.* 1921 Heft 2. — 12. E. Schmitt: „Die erzieherischen Aufgaben des Fürsorgearztes“, *Sozialhyg. Mitteil.* 1923 Heft 1 und 2. — 13. G. Seiffert: „Die Technik der hygienischen Volksbelehrung“, *Öffentl. Gesundheitspl.* 1922 Heft 11. — 14. L. Sonderegger: „Vorposten der Gesundheitspflege“, 4. Aufl., Berlin 1892.