

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Grundriss der sozialen Hygiene

Fischer, Alfons

Karlsruhe, 1925

2. Arbeitsmethoden und Arbeitsstätten der sozialen Hygiene

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

wird die Ergebnisse des ganzen Gebietes zu beachten haben. Aber es gilt hier, getrennt zu forschen und mit vereinten Kräften für die Volksgesundheit zu wirken. Doch ist ausdrücklich zu betonen, daß man in kleineren Verwaltungsbezirken die Aufgaben der physischen und der sozialen Hygiene aus mannigfachen, insbesondere aus geldlichen Gründen in eine Hand legen muß. Es soll auch keineswegs verschwiegen werden, daß es bei manchen Problemen der öffentlichen Hygiene schwierig ist, zu entscheiden, ob sie in das Gebiet der sozialen oder der physischen Hygiene gehören. Es gibt hier allerdings Grenzfälle und Übergänge, wie auch bei anderen Zweigen der medizinischen Wissenschaft, z. B. bei Anatomie und Physiologie oder bei Chirurgie und innerer Medizin. Aber im allgemeinen unterscheiden sich die Aufgaben der physischen Hygiene von denen der sozialen Hygiene etwa wie die Probleme der Naturwissenschaften von den Fragen der Geisteswissenschaften. Im Hinblick auf die Art, den Umfang und die Bedeutung der sozialen (kulturellen) Hygiene kann der Anspruch auf Selbständigkeit dieses Gebietes nicht mehr ernsthaft bestritten werden.

Literatur: 1. **Ascher:** a) „Was ist soziale Hygiene und wie soll sie getrieben werden?“ *Zeitschr. f. Hyg. u. Infekt.* 1902 Bd. 41; b) „Soziale Medizin und soziale Hygiene“, *Enzyklopäd. Jahrb. d. gesamt. Heilk. Neue Folge* 1903 Bd. 2; c) „Beiträge zur sozialen Hygiene“, *Berl. Klin. Wochenschr.* 1907 Nr. 14; d) „Vorlesungen über ausgewählte Kapitel der sozialen Hygiene“, *Veröff. a. d. Geb. d. Medizinalverwalt.* 1921 Bd. XII Heft 8. — 2. **Burkard:** „Aufgaben und Ziele sozialer Medizin“, *Wien. Klin. Wochenschr.* 1908 Nr. 35. — 3. **A. Elster:** a) „Zur Abgrenzung des Gebietes der sozialen Hygiene“, *Soz. Med. u. Hyg.* 1909 Bd. 4; b) „Zur Systematik der sozialen Hygiene“, *Deutsch. Viertelj. f. öff. Gesundheitspfl.* 1914 Heft 2; c) „Sozialbiologie“, Bd. 8 d. *Handb. d. Wirtsch.- u. Sozialwissensch.*, Berlin 1913. — 4. **A. Fischer:** a) „Die Begriffe ‚Soziale Hygiene‘ und ‚Soziale Medizin‘“, *Münch. med. Wochenschr.* 1913 Nr. 35; b) „Die gesundheitspolitischen Aufgaben nach dem Kriege“, *Arch. f. Soz. Hyg. u. Demogr.* 1916 Bd. XI Heft 2; c) „Neue Fragestellungen auf dem Gebiete der Hygiene“, *Veröff. a. d. Geb. d. Medizinalverw.* 1918 Bd. VIII Heft 2; d) „Hygiene, öffentliche“, *Art. im Handw. d. Staatsw.* 4. Aufl. Bd. V 1922; e) „Der Aufstieg der sozialen Hygiene“, *Sozialhyg. Mitt.* 1922 Heft 1. — 5. **Gottstein:** a) „Die Soziale Hygiene, ihre Methoden, Aufgaben und Ziele“, *Zeitschr. f. Soz. Med.* 1907 Bd. 2 Heft 1 und 2; b) „Einführung in das Studium der sozialen Medizin“, *Abh. in ‚Die deutsch. Klin. am Eingange des 20. Jahrh.‘* 1913 Bd. XIV Ergänzungsbd. III; c) „Der Unterricht der Ärzte in der sozialen Medizin und sozialen Hygiene“, *Öffentl. Gesundheitspfl.* 1917 Heft 9. — 6. **Grotjahn:** a) *Vorwort im Jahresbericht ü. d. Fortsch. u. Leistung. a. d. Geb. d. Soz. Hyg. u. Demogr.* 1904 Bd. 3; b) „Soziale Hygiene (Definition)“, *Art. im Handw. d. Soz. Hyg.*, Leipzig 1912, Bd. II; c) „Leitsätze zur sozialen und generativen Hygiene“, 2. Aufl., *Sozialhyg. Abhandl. Nr. 3*, Karlsruhe 1922; d) „Soziale Pathologie“, 3. Aufl., Berlin 1923. — 7. **Hatziwassiliu:** „Bevölkerungsproblem und Soziale Hygiene“, *Deutsche med. Wochenschr.* 1920 Nr. 7. — 8. **Kürz:** „Soziale Hygiene“, *Aufsätze in der Mediz. Klinik* 1906 und 1907. — 9. **Pettenkofer:** *Einleitung zum Handb. d. Hyg. u. d. Gewerbekrankh.*, Leipzig 1882. — 10. **Prausnitz:** „Grundzüge der Hygiene“, 12. Aufl., München 1923. — 11. **E. Reich:** „System der Hygiene“, Leipzig 1870. — 12. **Rubner:** „Rede, gehalten zur Eröffnung des neuen Hygienischen Instituts zu Berlin“, *Berl. Klin. Wochenschr.* 1905 Nr. 19 und 20. — 13. **Selter:** „Hygiene und Sozialhygiene“, *Deutsch. med. Wochenschr.* 1919 Nr. 41; im Anschluß hieran *Hanauer, D. m. W.* 1919 Nr. 51, sowie *Reiter, D. m. W.* 1920 Nr. 9. — 14. **L. v. Stein:** „Das Gesundheitswesen“, Stuttgart 1882. — 15. **Teleky:** a) „Die Aufgaben und Ziele der sozialen Medizin“, *Wiener Arbeiten a. d. Geb. d. soz. Med.*, Wien 1910; b) „Vorlesungen über soziale Medizin“ I, Jena 1914. — 16. **Fr. Walter:** „Die Sozialhygiene in ihrem Verhältnis zur Weltanschauung und Ethik“, *Sozialhyg. Abhandl. Nr. 5*, Karlsruhe 1921. — 17. **Th. Weyl:** „Soziale Hygiene“, *Handb. d. Hyg.* 4. Suppl.-Bd., Jena 1904.

2. Arbeitsmethoden und Arbeitsstätten der sozialen Hygiene.

Die soziale Hygiene unterscheidet sich von der physischen nicht nur durch die Fragestellung, sondern auch durch die Arbeitsweise. Es gibt Methoden, die von der sozialen, aber nicht von der physischen Hygiene benutzt werden, und umgekehrt. Einige Forschungsmethoden sind freilich beiden Zweigen der Hygiene gemeinsam; unter diesen werden

manche von der physischen Hygiene so viel verwendet wie von der sozialen, manche dagegen spielen bei dem einen Teil eine so überragende, bei dem anderen Teil eine so untergeordnete Rolle, daß das Quantitätsmerkmal zum Qualitätsmerkmal wird.

Die humane Hygiene befaßt sich mit der Gesunderhaltung der Menschen. Sie hängt daher aufs engste mit der ärztlichen Wissenschaft zusammen. Denn, wer auf den Gesundheitszustand von Menschen einwirken will, muß die Lebensvorgänge des menschlichen Organismus, also Anatomie und Physiologie, gründlich kennen und mit den Krankheiten, die Körper und Geist bedrohen, vertraut sein. Hygieniker im vollen Sinne kann daher nur der Arzt sein. Aber auch Personen anderer Berufsarten, die sich mit den in ihr jeweiliges Fach fallenden hygienischen Fragen befassen, können, wie die Erfahrung gezeigt hat, wertvolle, ja unentbehrliche Hilfsarbeiten für die Gesundheitswissenschaft liefern; besonders das Zusammenwirken von Ärzten mit anderen hygienisch interessierten Kräften hat sich seit vielen Jahrzehnten bestens bewährt, und ein weiterer Ausbau solcher Gemeinschaftsarbeit ist dringend erforderlich. Die Führung muß hierbei jedoch im allgemeinen dem Arzt, der das Gesamtgebiet der Medizin überblickt und die in dieser Wissenschaft benutzten Methoden zu gebrauchen weiß, zufallen. Dies gilt für die physische Hygiene wie für die soziale.

Aber der Unterschied zwischen den Arbeitsweisen, welche der jeweilige Teil der öffentlichen Hygiene anwenden muß, tritt zutage, sobald die Umwelteinflüsse, die auf die Gesundheit der Menschen einwirken, erforscht werden. Denn dort, wo es sich um das Studium der physischen Umwelt handelt, werden vorzugsweise die Methoden der Naturwissenschaften benutzt, während bei Erforschung der sozialen (kulturellen) Umwelt hauptsächlich die Mittel der Geisteswissenschaften in Gebrauch sind.

Unter den kulturellen Umwelteinflüssen sind zurzeit die sozialen Einwirkungen am bedeutungsvollsten für das Gesundheitswesen. Daher muß der Sozialhygieniker vor allem die sozialen Zustände kennenlernen. Hier genügen gewöhnlich eigene Beobachtungen und Erfahrungen nicht; notwendig ist vielmehr, daß der Sozialhygieniker sich auch mit Hilfe der Veröffentlichungen, die über die Bevölkerungsbewegung, Gliederung der Bevölkerung nach sozialen Gruppen, Arbeitsverhältnisse und Lebenshaltung, Zustände im Nahrungs- und Wohnungswesen u. a. m. unterrichten, ein Bild von der sozialen Lage der breiten Volksschichten verschafft. Der Sozialhygieniker bedient sich hierbei der Methode, die zur Feststellung der Eigenschaften von großen Menschenmassen erforderlich ist; dies ist die Statistik, worunter man zahlenmäßige Angaben, die nach wohlüberlegten Grundsätzen in Ziffernreihen übersichtlich zusammengefaßt sind, versteht.

a) Gesundheitsstatistik.

Wie hoch die Statistik von Napoleon I. geschätzt wurde, geht aus seinem Wort: „La statistique est le budget des choses et sans budget point de salut“ hervor. Mit Recht hat auch der ehemalige Präsident des Kaiserl. Statistischen Amtes van der Borgh¹⁾ im Jahre 1892 bei Erörterung der deutschen Arbeiterversicherung betont, daß eine zuverlässige und umfangreiche Statistik dieser sozialen Fürsorgemaßnahmen eine Tat von hoher Bedeutung und die notwendige Ergänzung der Gesetzgebung ist. Dennoch hat

¹⁾ van der Borgh: „Die Statistik der deutschen Arbeiterversicherung“, Allg. Statist. Archiv 2. Jahrg. 1891/92.

man lange Zeit gerade in den Kreisen der Ärzte und Hygieniker mit Geringschätzung von der Statistik, dieser „jedem willfährigen Dirne“, dieser „mensonge en chiffre“, gesprochen. Allerdings waren die meisten aus Kliniken stammenden Statistiken wenig brauchbar. Auch die Vertreter der physischen Hygiene widmeten statistischen Arbeiten selten ihre Aufmerksamkeit. Die Sozialhygieniker dagegen wiesen mit immer größerem Nachdruck auf die Unentbehrlichkeit zuverlässiger Zahlenangaben hin. Seitdem Rubner¹⁾ dann im Jahre 1911 geäußert hat, daß die Hygieniker jetzt nicht mehr ohne Statistik leben können, wird ihre hohe Bedeutung für die Gesundheitspflege allgemein anerkannt. Und wenn Goethe bemerkt hat: „Man hat behauptet, die Welt werde durch Zahlen regiert; das aber weiß ich, daß die Zahlen uns belehren, ob sie gut oder schlecht regiert werde“, so sind wir uns heute darüber klar, daß wir uns auf die Statistik stützen müssen, wenn wir beurteilen wollen, ob unser Gesundheitswesen richtig oder falsch geleitet wird.

Freilich muß man beim Gebrauch der Statistik die größte Vorsicht walten lassen. Der Hinweis von Silbergleit: „Politik verdirbt die Statistik“ ist wohl zu beachten. Denn Erzeuger und Verbraucher der Statistik müssen ohne Vorurteil die Ziffern handhaben. Um Fehler zu vermeiden, sind bei der Statistik, wie bei jeder Methode, bestimmte Grundsätze genau zu beachten; dies gilt für die statistische Erhebung wie für die Verarbeitung und Verwendung des Zahlenstoffes. Richtige und nutzenbringende Schlüsse wird aus den Ziffernreihen nur derjenige ziehen, der das Gebiet, aus welchem der Zahlenstoff stammt, genau kennt.

Bei der Herstellung von Statistiken ist vor allem zu fordern, daß dem „Gesetz der großen Zahlen“ und dem „Gesetz des langen Zeitraumes“ entsprochen wird; denn wenn die Ziffern zu gering oder der Zeitraum, auf den sie sich beziehen, zu klein sind, so können irreführende Zufallserscheinungen sich ergeben.

Der amtliche Zahlenstoff ist heutzutage wohl stets zuverlässig gewonnen und gewissenhaft verarbeitet; er genügt auch gewöhnlich den eben genannten Gesetzen. Solche amtlichen Veröffentlichungen werden jedem Fachmann, der auch Zahlenreihen zu lesen gelernt hat, wertvolle Aufschlüsse bieten.

Aber nicht alle wichtigen Fragen können von der amtlichen Statistik bearbeitet werden. Schon oft haben daher private Forscher in dankenswerter Weise sich entschlossen, die vorhandenen sehr bedauerlichen Lücken auszufüllen. Obwohl diese privaten Arbeiten sich zumeist nur auf einen verhältnismäßig engen Umfang erstreckten, haben sie dennoch häufig den Wert der ersten Spatenstiche auf einem zuvor brachliegenden Acker gehabt, und oft sind dieser Pioniertätigkeit mit großen Mitteln durchgeführte amtliche Untersuchungen gefolgt. Die für solche statistischen Arbeiten erforderlichen technischen Kenntnisse kann man sich heutzutage unschwer aneignen, zumal es an besonderen Lehrbüchern, die hierzu anleiten, nicht mehr fehlt. Damit Anfänger sich von Versuchen nicht abschrecken lassen, sei bemerkt, daß, auch nach der Ansicht von Prinzing, der Sozialhygieniker in den meisten Fällen ohne höhere Mathematik auskommt.

Je nach dem Gegenstand, mit dem sich die Statistik befaßt, benennt man sie; so spricht man von Bevölkerungsstatistik, wenn es sich um die Bevölkerungszusammensetzung und -bewegung, von Sozialstatistik, wenn es sich um soziale Zustände (Einkommen, Arbeitsverhältnisse, Nahrungswesen, Wohnungsverhältnisse usw.), von Medizinalstatistik, wenn es sich um Krankheiten handelt. Die Zusammenfassung von Bevölkerungs-, Sozial- und

¹⁾ Nach Angabe von Rösle.

Medizinalstatistik, soweit sie Beziehungen zum Gesundheitswesen haben, bildet im wesentlichen die Grundlage der Gesundheitsstatistik, mit deren sozialhygienischem Teil wir uns zu befassen haben.

Was der Würzburger Hygieniker A. Geigel¹⁾ unter Gesundheitsstatistik verstand, hat er bereits im Jahre 1874 dargelegt, indem er die für die Beurteilung der Gesundheitsverhältnisse notwendigen statistischen Erhebungen nannte und hierbei schrieb:

„Steigen und Fallen der Marktpreise für die gewöhnlichen Bedürfnisse, Vermehrung und Verminderung der Produktion und Konsumtion, Ein- und Ausfuhr aller möglichen Erzeugnisse des Bodens und der Industrie können in der Tat nach Umständen für die Begünstigung oder das Zustandekommen öffentlicher Krankheiten so wichtig, ja so entscheidend sein, als Zu- und Abnahme des Proletariats oder Nationalreichtums, als Industrieausstellungen, Viehmärkte, mittlere Jahrestemperatur, Menge der meteorischen Niederschläge, herrschende Windrichtungen und tausend andere heterogene Dinge.“

Die Hygieniker aus der Zeit der bakteriologischen Alleinherrschaft haben allerdings die auf solche Fragen ausgedehnten Statistiken wenig beachtet. Die Sozialhygieniker aber richteten ihr Interesse auf den größten Teil des Gebietes, das schon die alten Hygieniker Geigel, Oesterlen²⁾, Pettenkofer³⁾ mit dem Wort Gesundheitsstatistik (Biostatik) bezeichnet haben.

Vor dem Weltkriege sind statistische Veröffentlichungen⁴⁾, die für die soziale Hygiene wichtige Angaben enthielten, in großer Zahl insbesondere von staatlichen und städtischen Ämtern in allen Kulturländern dargeboten worden; seit dem Weltkriege wurden jedoch namentlich in Deutschland diese Publikationen auf das äußerste eingeschränkt. Wir hoffen aber, daß uns in absehbarer Zeit, im Hinblick auf die hohe Bedeutung der Statistik für das gesamte Staatsleben, der Zahlenstoff wieder im früheren Umfang zur Verfügung gestellt werden wird, und daß dann die statistischen Ämter auch die seit Jahren von den Sozialhygienikern geäußerten Wünsche berücksichtigen können.

Die bedeutungsvollsten Vorschläge für den Ausbau der Gesundheitsstatistik seien hier angeführt:

Auf dem für die Fortpflanzungshygiene so wichtigen Gebiet der Bevölkerungsstatistik werden Angaben verlangt insbesondere über die Verteilung der Ehen mit einem, zwei, drei usw. Kindern, über die Gliederung der Geburten nach dem Lebensalter der Mutter und des Vaters sowie der Dauer der Ehe, über die Zahl der von der einzelnen Mutter geborenen Kinder, über die Verteilung der lebenden Kinder auf Ehefrauen, Witwen, uneheliche Mütter sowie auf weibliche Personen im gebärfähigen Alter, über die Gruppierung der Geburten nach der sozialen Lage des Vaters oder der unehelichen Mutter u. a. m. Vorgeschlagen wurde, für jedes neugeborene Kind einen Gesundheitsbogen⁵⁾ anzulegen, in den alle wissenswerten Angaben über seine gesundheitliche Entwicklung eingetragen werden. Dazu sind systematische ärztliche Untersuchungen der Säuglinge, Kleinkinder, Schulkinder und Jugendlichen erforderlich. Bei letzteren soll dadurch ein Ersatz für die bisherigen militärärztlichen Musterungen bei der Gestellung geschaffen werden. Überhaupt wird die planmäßige ärztliche Untersuchung anscheinend Gesunder für notwendig erachtet. Solche Maßnahmen

¹⁾ A. Geigel: „Öffentliche Gesundheitspflege“, Abschnitt im Handb. d. öffentl. Gesundheitspflege u. d. Gewerkrankheiten, Leipzig 1874.

²⁾ Oesterlen: „Handbuch der medizinischen Statistik“, Tübingen 1865.

³⁾ Pettenkofer: „Über Hygiene und ihre Stellung an den Hochschulen“, Populäre Vorträge 3. Heft, Braunschweig 1876.

⁴⁾ Eine Übersicht über die wichtigsten amtlichen, vor dem Kriege erschienenen, regelmäßig dargebotenen in- und ausländischen Veröffentlichungen, die für die Gesundheitsstatistik in Betracht kommen, findet man in der 1. Auflage des „Grundriß“ S. 13 ff.

⁵⁾ Tugendreich: a) „Die Gesundheitskarte“, Berl. Klin. Wochenschr. 1908 Nr. 23; b) „Methodische Körperuntersuchungen als notwendige Grundlage für eine Gesundheitsstatistik“, Sozialhyg. Mitteil. 1921 Heft 1.

haben manche ausländischen Lebensversicherungsgesellschaften¹⁾ für ihre Versicherten und neuerdings auch die Gußstahlfabrik Fr. Krupp²⁾ in Essen für ihre Arbeiter getroffen. Erforderlich ist aber, daß bei solchen Prüfungen die für Vergleiche verschiedener Gebiete notwendige Einheitlichkeit vorherrscht, was insbesondere gegenüber den Säuglingsfürsorgestellen und Schulbehörden zu betonen ist. Vielfach ist auch, gerade in der letzten Zeit, darauf hingewiesen worden, wie sehr die Krankenkassenstatistik³⁾ der Verbesserung bedarf. Die Kassen könnten zunächst dadurch einen wertvollen Zahlenstoff bieten, daß sie brauchbare Angaben über die Zusammensetzung ihrer Mitglieder nicht nur nach dem Geschlecht, sondern auch nach Alter, Beruf, Wohnort veröffentlichen. Sodann sollten sie auch auf eine bessere Krankheitsursachenstatistik bedacht sein; hierbei dürfen sie sich naturgemäß nicht mit den Bezeichnungen „Bauchschmerz“, „Kopfschmerz“, „Brustschmerz“ usw., wie sie der Kassenarzt oft bei der ersten Untersuchung auf den Krankenschein schreibt, begnügen, sondern müssen, wie dies bei manchen gut geleiteten Kassen schon seit Jahren durchgeführt wird, auf besonderen Karten die ärztlichen Schlußdiagnosen einholen. Die Kassen könnten jetzt auch wertvolle Mitteilungen über die Ausdehnung der Stilltätigkeit bekanntgeben. Allerdings ist es mit großen Schwierigkeiten verbunden, wenn sie eine einwandfreie Statistik herstellen wollen, worauf schon 1920 der Geschäftsführer⁴⁾ des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen hingewiesen hat; aber er hat zugleich betont, daß die Krankenkassen es als eine Ehrenpflicht betrachten, das für die soziale Hygiene erforderliche Material zu beschaffen. Des weiteren wird verlangt, daß auch der bei den Landesversicherungsanstalten angehäufte Stoff für die Gesundheitspflege nutzbar gemacht wird. Dazu ist zunächst notwendig, daß man über die Gliederung der versicherten Bevölkerung nach Geschlecht, Alter, Beruf, Wohnort usw. unterrichtet ist. Solche Erhebungen wurden erstmalig bei der Gewerbezahlung im Jahre 1907 veranstaltet; bei der nächsten Zahlung darf hierauf nicht verzichtet werden: Wie bei den Krankenkassen die Krankheitsursachen in Beziehung zu den sozialen Verhältnissen der Mitglieder zu setzen sind, so ist der bei den Landesversicherungsanstalten⁵⁾ vorhandene wertvolle Zahlenstoff, der die Invaliditätsursachen betrifft, unter Benutzung der Ergebnisse, die bei der Gewerbezahlung gewonnen werden, zu verarbeiten. Sodann wurden gegenüber der Sterblichkeitsstatistik viele Wünsche geäußert. Die schematische Gliederung der Sterblichkeitszahlen nach Jahrfünften oder Jahrzehnten ist unzweckmäßig; es müssen z. B. die Jahre des schulpflichtigen Alters von den anderen Altersklassen getrennt werden, um den Einfluß des Schulzwangs erkennen zu lassen, und die Altersklassen von dem Beginn bis zum Schluß der Gebärfähigkeit sind besonders zu berücksichtigen, um die Einwirkungen der sexuellen Funktionen zu veranschaulichen. Ferner ist eine Einteilung nach Berufen (wie in England) notwendig. Und was hier bei der allgemeinen Sterblichkeitsstatistik gefordert wurde, sollte nach Möglichkeit auch bei der Todesursachenstatistik⁶⁾ durchgeführt werden. Endlich sei noch betont, daß alle Staaten eine ausführliche geburtshilfliche Statistik, nach badischem⁷⁾ Muster, herstellen und veröffentlichen sollten.

¹⁾ Gottstein: „Periodische Untersuchungen anscheinend Gesunder“, Mediz. Klinik 1915 Nr. 42 und 43. „Für die Erhaltung der Volksgesundheit“, so heißt es dort, „bedarf es der periodischen Massenuntersuchungen der Gesunden, wie sie für die Jugend schon heute besteht.“

²⁾ Wandel: „Periodische Untersuchungen Gesunder in der Krankenversicherung“, Zeitschr. f. d. ges. Versicherungswissensch. 1920 Bd. 20 Heft 2. — Bemerkte sei hier, daß, nach Angaben von J. L. Casper („Die wahrscheinliche Lebensdauer des Menschen“, Berlin 1835), die Arbeiter, meist Kinder, aus sechs Spinnereien in Stockport (England) damals schon von Ärzten untersucht wurden; unter den 824 „anscheinend gesunden“ Erwerbstätigen waren nur 183 gesund, dagegen waren 240 schwach, 258 krank, 43 verkümmert oder verkrüppelt, 100 hatten geschwollene Kniee und Knöchel, 37 rachitische Verkrümmungen.

³⁾ L. Teleky: a) „Vorlesungen über soziale Medizin“ Teil I, Jena 1914; b) „Zur Morbiditätsstatistik der Krankenkassen“, Ortskrankenkasse Jahrg. 7 (1920); c) „Aufgaben und Durchführung der Krankheitsstatistik der Krankenkassen“, Veröffentl. a. d. Geb. d. Medizinalverwaltung 1923 Bd. 18 Heft 2. — Inzwischen haben die rheinischen Krankenkassenverbände „Grundsätze für eine einheitliche Krankheitsstatistik“ herausgegeben.

⁴⁾ H. Lehmann: „Zur Morbiditätsstatistik der Krankenkassen“, Sozialhygienische Mitteilungen 1920 Aprilheft.

⁵⁾ A. Fischer: „Invaliditätsbedingungen und Invaliditätsursachen“, Veröffentl. a. d. Gebiet d. Medizinalverwaltung Bd. III Heft 10, Berlin 1914.

⁶⁾ A. Fischer: „Die Zahl der ärztlich Behandelten und die Todesursachenstatistik“, Münch. med. Wochenschr. 1910 Nr. 31; ferner R. Behla: „Zur Reform der Todesursachenstatistik in Preußen“, Berl. Klin. Wochenschr. 1919 S. 753.

⁷⁾ Bis 1915 erschien jährlich „Die Statistik der Bewegung der Bevölkerung sowie die medizinische und geburtshilfliche Statistik für das Großh. Baden“. Siehe unsere Tafeln 9 u. 48 S. 51 u. 207.

Zusammenfassend sind insbesondere folgende Aufgaben für die Staaten, Gemeinden und Träger der Sozialversicherung zu nennen: Jedes Statistische Landesamt soll einen Arzt¹⁾ zur planmäßigen und fachkundigen Bearbeitung der Gesundheitsstatistik erhalten. Die für die Gesundheitsstatistik notwendigen amtlichen Erhebungen sind auszubauen und besser als bisher für den jetzt noch recht mangelhaften Verbrauch seitens der Ärzte und sonstigen hygienisch tätigen Personen vorzubereiten. Die Gemeinden sollten, ebenfalls von sachkundigen Ärzten beraten, die staatliche Statistik durch Sondererhebungen ergänzen, wie solche z. B. über Wohlhabenheit und Sterblichkeit in Bremen, über Stilltätigkeit in Barmen und Berlin, über Fehlgeburten in Magdeburg durchgeführt wurden. Die Landesversicherungsanstalten und Krankenkassen sollten die Invaliditäts- bzw. Krankheitsursachenstatistik fortführen und ausbauen.

b) Die sonstigen Methoden.

So bedeutungsvoll für die soziale Hygiene die Statistik ist, so unentbehrlich sind neben ihr viele andere Methoden, um die Einflüsse der kulturellen Umwelt auf die Gesundheitszustände zu erforschen. Denn es gibt viele Fragen, die bisher statistisch nicht geklärt wurden bzw. auf diesem Wege nicht zu ergründen sind.

Schon um die sozialen und wirtschaftlichen Verhältnisse, die auf die Gesundheitspflege einwirken, kennenzulernen, muß der Sozialhygieniker sich neben der Statistik auch der anderen in der Nationalökonomie angewandten Methoden bedienen. Des weiteren bedarf er einer genauen Kenntnis der einschlägigen Gesetzeskunde, namentlich soweit sie sich auf das soziale Versicherungswesen, den Arbeiterschutz, die Wohnungsfürsorge, das Nahrungsmittelwesen, die Wohlfahrtspflege, die Bekämpfung der akuten und chronischen Seuchen u. a. m. erstreckt; er muß sich mithin auch mit den in der Rechtswissenschaft üblichen Arbeitsweisen befassen.

Aber die Probleme der sozialen Hygiene betreffen ja nicht nur die sozialen und wirtschaftlichen Einflüsse, sondern umfassen auch die Einwirkungen der ganzen Kultur, d. h. der Volkssitten und -gebräuche, der Religion und Weltanschauung, der politischen Strömungen u. a. m. Um die bedeutungsvollen Beziehungen aller dieser Arten des Gemeinschaftslebens zur Volksgesundheit zu verstehen, muß der Sozialhygieniker häufig die Methoden der Soziologie benutzen. Oft wird er sich auch geschichtlichen, insbesondere kulturgeschichtlichen und medizinhistorischen Studien auf Bibliotheken, in Archiven, in Sammlungen von Kunst- und Kulturdenkmälern hingeben müssen.

Bisher sind allerdings die kulturhygienischen Forschungen nicht sehr weit gediehen. Die Sozialhygieniker sind noch nicht zu Kulturhygienikern geworden, weil sie zunächst mit den Wirkungen der sozialen Umwelteinflüsse alle Hände voll zu tun hatten. Aber es besteht für mich kein Zweifel, daß der Ausbau von der sozialen zur kulturellen Hygiene kommen muß und kommen wird. In Anlehnung an das Vorbild, das Hippokrates²⁾ geboten hat, wurden von einigen Ärzten in der zweiten Hälfte des 18. und zu Beginn des 19. Jahrhunderts medizinische Topographien verfaßt, in denen auch beschrieben wurde, wie die Volkssitten und -vergnügungen, die religiöse Betätigung, der Bildungsstand u. a. m. auf die gesundheitlichen Verhältnisse einwirkten. Der Gedanke der medi-

¹⁾ Oesterlen schrieb bereits 1865 in seinem „Handb. d. med. Stat.“ S. 15: „Schon mancher Statistiker in offiziellen statistischen Bureaus, der nicht Arzt war, ist durch all sein genaues Rechnen zu Resultaten gelangt, die allem, was wir wissen, widersprechen und deshalb mit Zweifel und Spott aufgenommen wurden . . . Nur Ärzte dürften mit der medizinischen Statistik betraut werden, nicht aber Laien, Finanzmänner u. dgl. wie gewöhnlich. Wir Ärzte müssen uns überall dieses unser Feld zu erobern und zu behaupten wissen.“

²⁾ Siehe den Abschnitt „Geschichte der sozialen Hygiene“ S. 22, 32 u. 34.

zinischen Topographien blieb aber später zum Schaden der Gesundheitspflege auch bei den gegenwärtigen Vertretern der sozialen Hygiene leider fast ganz unbeachtet. Und doch hatte Pettenkofer schon in dem Vortrag „Über den Werth der Gesundheit“ (Pettenkofers Vorlesungen Heft 2, Braunschweig 1873) folgendes dargelegt: „Sitten und Gebräuche sind von nicht geringem Einfluß auf die allgemeine Gesundheit, und es würde sich der Mühe lohnen, unsere Sitten und Gebräuche einmal darauf zu untersuchen, ob in ihnen nichts liegt, was mit den Anforderungen der Hygiene in Widerspruch steht und besser abgeändert würde. Wenn diese Arbeit einmal gemacht sein wird, so glaube ich, werden sich manche beherzigenswerte Tatsachen herausstellen.“ In ähnlicher Weise hat Rubner im Jahre 1905 betont, daß die menschliche Gesellschaft, ihre Ausbildung, ihr Denken und ihre Lebensweise die hygienischen Zustände beeinflussen. „Würden wir schon heute“, so äußerte er sich, „mit den Problemen einer Hygiene des Geistes uns zu beschäftigen in der Lage sein, würde es eine interessante Aufgabe darstellen, den Einfluß der zeitgenössischen Literatur, philosophischer Systeme und der daraus folgenden Lebensanschauungen, der politischen Literatur, des herrschenden Pessimismus, der Not und Sorgen oder der überschäumenden Lebensfreude und Vergnügungssucht auf die Lebensweise und damit auf die Gesellschaft zu entwickeln.“ Die Probleme und Aufgaben sind hier durchaus richtig erkannt; aber mit ihrer Lösung hat man sich bisher kaum befaßt. Rubner hat auch zugleich die Arbeitsmethoden für diese und andere kulturhygienische Aufgaben gekennzeichnet; obwohl er die soziale Hygiene von der übrigen Gesundheitslehre nicht getrennt wissen will, so hat er doch, nachdem er die (physische) Hygiene als experimentelle Wissenschaft hingestellt hat, unbewußt auch die Arbeitsweise des sozialhygienischen Gebiets geschildert, indem er darlegte: „Aber ein recht umfangreiches Gebiet der Hygiene ist auch wieder an die Bücher und Gedankenarbeit gebunden, so in manchen Teilen der öffentlichen Gesundheitspflege, wo es sich um die Verwertung statistischen Materials oder um Entwurf oder Erkenntnis organisatorischer Einrichtungen, Verordnungen oder Verfügungen handelt.“ Er hätte allerdings, im Hinblick auf sein kulturhygienisches Programm, die hierfür erforderlichen Arbeitsmethoden noch deutlicher angeben sollen. Wenn nun aber auch, wie schon erwähnt wurde, die planmäßige Erforschung kulturhygienischer Fragen bisher noch in den Kinderschuhen steckt, so besitzen wir doch zahlreiche und wertvolle Arbeiten von Medizinhistorikern¹⁾, Kulturhistorikern²⁾ und Theologen³⁾, an die der Kulturhygieniker bei der Erörterung der in Rede stehenden Probleme anknüpfen kann.

¹⁾ Siehe Literatur S. 39 Ziffer 3, 5, 9a und b, 22, 24; ferner Peters: a) „Der Arzt und die Heilkunst in der deutschen Vergangenheit“, Leipzig 1900; b) „Aus pharmazeutischer Vorzeit in Bild und Wort“, Berlin 1910.

²⁾ Heyne: „Fünf Bücher deutscher Hausaltertümer“ Bd. III, Leipzig 1903.

³⁾ Siehe Literatur S. 8 Ziffer 16 und S. 39 Ziffer 20; ferner Hans Rust: „Sittlichkeit und Gesundheit“, Bücherei der Volkshochschule Bd. 28, Bielefeld und Leipzig 1922; Paul Jäger: „Zur grundsätzlichen Unterscheidung der natürlichen und sozialen Hygiene“, Sozialhyg. Mitteil. 1921 Heft 4; die Abhandlungen von Fr. Walter, Muckermann und Fr. Kruse in dem von Faßbender herausgegebenen Werk „Des deutschen Volkes Wille zum Leben“, Freiburg 1917. Auch auf A. Harnack: „Medizinisches aus der ältesten Kirchengeschichte“, Leipzig 1892, sei hingewiesen. Schließlich seien noch die Berichte über die Verhandlungen des Evangelisch-sozialen Kongresses (seit 1890, erst in Berlin, dann in Göttingen erschienen) und die unter Führung von Seeberg, Muckermann u. a. herausgegebene Zeitschrift „Das kommende Geschlecht“ (seit 1920 erschienen) genannt.

Es muß nun noch betont werden, daß der Sozialhygieniker sich bei seinen Forschungen auch mit Fragen, die zum Gebiet der Medizin und Naturwissenschaften gehören, zu beschäftigen hat. Hier ist zunächst die Anthropometrie¹⁾ zu nennen. Messungen, Wägungen und sonstige körperliche Untersuchungen, wie sie in den Schulen, bei der militärischen Aushebung, in Fabriken, bei sportlichen Veranstaltungen usw. durchgeführt werden, liegen im Aufgabenkreis des Sozialhygienikers. Soweit er an diesen Forschungen nicht selbst beteiligt ist, wird er ihre Ergebnisse, die oft wertvolle Aufschlüsse über die Beziehungen der gesundheitlichen Beschaffenheit zu den wirtschaftlichen, sozialen, kulturellen Verhältnissen bieten, zu benutzen haben. Mit den Methoden der Anthropometrie muß der Sozialhygieniker sich daher vertraut machen. Des weiteren wird er der Epidemiologie seine besondere Aufmerksamkeit zu widmen haben, um festzustellen, ob und in welcher Weise die verschiedenartigen Seuchen bei ihrer Entstehung und bei ihrem Verlauf von der wirtschaftlichen und kulturellen Lage der Bevölkerung beeinflusst sind. Und wie die epidemiologischen Methoden, so muß er auch die Arbeitsweise der Familienforschung kennen. Denn die rassehygienischen Probleme gehören ja, soweit kulturelle Einflüsse in Frage kommen, ebenfalls in das Gebiet der sozialen Hygiene.

Andere Wege als bei der Forschung muß die soziale Hygiene einschlagen, sobald sie die ihren wissenschaftlichen Ergebnissen entsprechenden Forderungen zu verwirklichen sucht.

Im vorigen Abschnitt wurde dargelegt, daß die soziale Hygiene als praktisches Betätigungsbereich ein Teil der Politik, für den man den Namen Gesundheitspolitik geprägt hat, ist. Wie die Gesundheitsstatistik, so ist auch die Gesundheitspolitik aus Stücken, die den verschiedenartigsten Gebieten entnommen sind, zusammengesetzt. Soweit die Gesundheitspolitik sich auf sozialhygienische Fragen erstreckt, steht sie bald mit der Sozial-, bald mit der Bevölkerungs- oder Kultur-, Schul-, Siedlungs-, Handels- usw. Politik in Berührung. Die soziale Hygiene muß bei ihren gesundheitspolitischen Bestrebungen die Arbeitsweisen, die in der Politik üblich sind, verwenden. Volksbelehrung und Organisation sind die auch von der sozialen Hygiene zu benutzenden Mittel, um auf die breite Öffentlichkeit und so auf die Parlamente und Regierungen einzuwirken. Durch Zeit- und Flugschriften, Volksversammlungen, Ausstellungen usw. sucht der Sozialhygieniker die Massen über sozialhygienische Fragen aufzuklären und in Vereinen und Verbänden zusammenzufassen. Dadurch erreicht man unmittelbare Erfolge, indem die belehrten Volkskreise nach Möglichkeit sich einer gesundheitsgemäßen Lebensweise befleißigen, zugleich aber übt man dadurch, daß man eine große Schar von Anhängern gewonnen hat, auf die Gesetzgebung und Verwaltung, von denen man sozialhygienische Maßnahmen fordert, einen Einfluß aus.

c) Sozialhygienische Forschungs- und Arbeitsstätten.

Für die physische Hygiene wurde das erste Forschungs- und Unterrichtsinstitut im Jahre 1876 zu München geschaffen; es wurde Pettenkofer, der dort als Ordinarius der Hygiene wirkte, unterstellt. Dann erhielten Erlangen und Leipzig solche Arbeitsstätten; Preußen folgte hierbei erst 1884. R. Virchow hatte sich noch am 1. Febr. 1884 im preußischen Landtage mit aller Schärfe gegen die Selbständigkeit der Hygiene als wissenschaftliches Universitätsfach ausgesprochen; aber er konnte die Entwicklung nicht mehr hemmen. Es gibt jetzt keine deutsche Universität ohne ein Hygienisches Institut und ohne ein Ordinariat für Hygiene. Aber diese und andere derartige Forschungs- und Arbeitsstätten widmeten sich — von Ausnahmefällen abgesehen — hauptsächlich dem Studium der natürlichen Umwelt; sie waren bis vor kurzer Zeit fast nur Institute für physische Hygiene.

Die Forschungen auf dem Gebiete der sozialen Hygiene blieben dem Eifer privater Forscher, die zumeist mit der ärztlichen Praxis ihren Lebensunterhalt verdienen mußten, aber hierbei die bedeutungsvollen Einflüsse der sozialen Umwelt auf die Gesundheitszustände täglich vor Augen hatten, überlassen. Nach langem Sträuben der medizinischen Fakultäten ließ man wenige Jahre vor dem Weltkriege eine Privatdozentur für soziale

¹⁾ Siehe insbesondere R. Martin: „Lehrbuch der Anthropologie“, Jena 1914.

Hygiene an der Berliner Universität zu und schuf ein Extraordinariat für soziale Gesundheitspflege in München. Im Jahre 1920 wurde in Berlin ein Ordinariat für soziale Hygiene, jedoch gegen den Willen der Fakultät, geschaffen. Wie einst gegen die Professoren der Hygiene, so wird jetzt gegen die Ordinate der sozialen Hygiene seitens der medizinischen Fakultäten¹⁾ Einspruch erhoben. An vielen Universitäten und Hochschulen erhielten in den allerletzten Jahren Privatdozenten Lehraufträge¹⁾ für soziale Hygiene. In Berlin, München, Rostock wurden im Anschluß an die Hygiene-Institute Abteilungen für soziale Hygiene geschaffen. In Karlsruhe hat die Badische Gesellschaft für soziale Hygiene mit staatlicher Unterstützung ein Institut für soziale Hygiene in bescheidenstem Umfang eingerichtet.

Die gegenwärtige Generation der Ärzte hat einen planmäßigen Unterricht in der sozialen Hygiene nicht erhalten. Daher fehlt ihnen zumeist das wissenschaftliche Rüstzeug, um auf den verschiedenen Verwaltungsgebieten die ihnen dem Beruf nach gebührende Führerstellung einzunehmen. Um diesen Mangel zu beseitigen, hat die preußische Regierung im Jahre 1920 Sozialhygienische Akademien in Charlottenburg, Breslau und Düsseldorf geschaffen. Zum Besuch einer solchen Akademie sind die Kandidaten für das Kreisarztexamen verpflichtet, da die soziale Hygiene jetzt zu den Prüfungsfächern gehört. Auch bei der Anstellung als Stadtarzt (Sozialarzt) wird jetzt die vorangegangene Ausbildung an einer Sozialhygienischen Akademie verlangt.

Für die sozialhygienischen Aufgaben reicht jedoch die Wirksamkeit der Ärzte nicht aus. Man bedarf hierzu zahlreicher Mittelpersonen, welche mit den breitesten Volksschichten in Berührung stehen. Nationalökonomien, Verwaltungsbeamte, insbesondere solche, die auf dem Gebiet der Sozialversicherung, der Jugendfürsorge, Wohnungsfürsorge usw. wirken, ferner Pfarrer, Lehrer, Gewerkschaftsbeamte, Sozialbeamten sowie überhaupt alle, die für diese bedeutungsvollen Aufgaben Interesse hegen, müssen Gelegenheit erhalten, sich die erforderlichen sozialhygienischen Kenntnisse zu erwerben, um mit Erfolg tätig sein zu können. Darum ist es nötig, daß überall für die genannten Berufsarten sozialhygienische Unterrichtskurse abgehalten werden.

Beachtenswert sind die sozialhygienischen Studienreisen, die H. Reiter²⁾ von Rostock aus mit den Hörern seines Sozialhygienischen Seminars zunächst nach dem rheinisch-westfälischen Industriebezirk unternommen hat.

Literatur: 1. *Ascher:* a) „Medizinalstatistik“, *Enzyklop. Jahrb. d. ges. Heilk.* 1909 Neue Folge Bd. VII; b) „Planmäßige Gesundheitsfürsorge für die Jugend bis zur Militärzeit. Versuch einer Konstitutionsstatistik“, *Veröffentl. a. d. Geb. d. Medizinalverw.* 1913 Bd. II Heft 1. — 2. *Fr. Burgdörfer:* a) „Familienpolitik und Familienstatistik“, *Münch. med. Wochenschr.* 1918 Nr. 49; b) „Familienstatistik. Ein Beitrag zur Reform der Bevölkerungsstatistik“, *Allg. Stat. Arch.* Bd. 10. — 3. *Gottstein:* a) „Statistik“ und „Biometrie“, *Abh. im Sozialärztl. Praktikum*, herausg. von Gottstein und Tugendreich, 2. Aufl., Berlin 1920; b) siehe Literatur S. 8 Ziffer 5a und c. — 4. *M. v. Gruber:* „Statistik, Theoretisches“, *Abh. im Handb. d. Hyg.*, Leipzig 1923. — 5. *A. Hesse:* „Statistik“, 4. Teil vom Grundriß z. Stud. d. pol.

¹⁾ E. Dietrich, Ministerialdirektor im preuß. Ministerium für Volkswohlfahrt, betonte in den von ihm herausgegebenen „Veröffentl. a. d. Geb. d. Medizinalverw.“ 1915 Bd. V Heft 3, daß „ja für neu aufkommende Disziplinen die Fakultäten nicht unter allen Umständen die besten Ratgeber sein möchten“. Auf der Tagung der deutschen med. Fakultäten im Januar 1920 haben von 23 nur 5 für, aber 15 gegen selbständige Vorlesungen über soziale Hygiene gestimmt. Siehe Sozialhyg. Mitteil. 1920 S. 51 sowie S. 89 und 90. Durch diese Hinweise soll im übrigen die Hochschätzung der med. Fakultäten sowie der Ordinarien für Hygiene, von denen sich einige auch auf sozialhygienischem Gebiete große Verdienste erworben haben, keineswegs beeinträchtigt werden.

²⁾ H. Reiter: „Sozialhygienische Studienreisen“, *Klin. Wochenschr.* 1922 Nr. 24.

Ökonomie (J. Conrad), Jena 1923. — 6. **Kaup**: a) „Der sozialhygienische Unterricht an d. Universität München u. d. Errichtung eines sozialhygienischen Seminars“, Münch. med. Wochenschr. 1914 Nr. 17; b) „Ein Körperproportionsgesetz zur Beurteilung der Längen-, Gewichts- und Index-Abweicher einer Populationsaltersgruppe“, Münch. med. Wochenschr. 1921 Nr. 31 und 32. — 7. **Kißkalt**: „Einführung in die Medizinalstatistik“, Leipzig 1919. — 8. **W. Prausnitz**: „Soll der Unterricht in sozialer Hygiene von den schon bestehenden Instituten abgetrennt werden?“ Münch. med. Wochenschr. 1919 Nr. 45; dazu Burkard: ebenda 1919 Nr. 50. — 9. **Prinzling**: a) „Handbuch d. medizinischen Statistik“, Jena 1906; b) „Die zukünftigen Aufgaben der Gesundheitsstatistik“, Sozialhyg. Abhandl. Nr. 1, Karlsruhe 1920; c) „Die Methoden der medizinischen Statistik“, Handb. d. biolog. Arbeitsmethoden, herausg. v. Abderhalden, Abt. V, Teil 2, Heft 6, Berlin 1924. — 10. **Röste**: a) „Sonderkatalog für die Gruppe Statistik der wissenschaftlichen Abt. d. Intern. Hygiene-Ausstell. Dresden 1911; b) Graphisch-statist. Darstellungen, ihre Technik, Methodik und wissenschaftl. Bedeutung“, Arch. f. sozial. Hyg. u. Demograph. 1913 Bd. 8 Heft 4. — 11. **Rubner**: siehe Literatur S. 8 Ziffer 12. — 12. **Silbergleit**: „Über Medizinalstatistik“, Zeitschr. für soz. Med. 1910 Bd. V Heft 2. — 13. **Teleky**: „Die Soziale Hygiene an den Hochschulen“, Soziale Praxis 1917 Jahrg. 27 Nr. 12 und 13. — 14. **W. Weinberg**: a) „Die württemb. Familienregister und ihre Bedeutung als Quelle wissenschaftl. Forschung“, Württ. Jahrb. f. Stat. und Landeskunde, Stuttgart 1907; b) Zur Technik familienstatistischer Untersuch. über sozialbiologische Probleme“, Allg. Stat. Arch. 1916 Jahrg. 9; c) „Bemerkungen zur Reform der deutschen Bevölkerungs- und Gesundheitsstatistik“, Öffentl. Gesundheitspflege 1919 Bd. IV S. 420.

3. Geschichte der sozialen Hygiene.

Die Bestrebungen, durch soziale (kulturelle) Maßnahmen die Gesundheitsverhältnisse zu verbessern, reichen bis in die entferntesten Zeiten der Weltgeschichte¹⁾ zurück. Der Spruch von Goethe: „Wer nicht von 3000 Jahren — sich weiß Rechenschaft zu geben, — bleib im Dunkeln unerfahren, — mag von Tag zu Tage leben“ gilt daher ganz besonders für unser Gebiet. Aber auch die Ansicht, die Faust gegenüber Wagner äußert: „Mein Freund, die Zeiten der Vergangenheit sind uns ein Buch mit sieben Siegeln“ trifft oft genug für unsere Fragen zu. Denn die Geschichte der sozialen Hygiene ist noch viel zu wenig erforscht, als daß wir heute schon ein sicheres Urteil über die Entwicklung der bedeutungsvollen Gegenstände, mit denen wir uns hier beschäftigen, besitzen könnten. Und doch ist der zur Verfügung stehende Stoff, der Jahrtausende umfaßt und alle Völker der Erde betrifft, bereits so unermesslich groß, daß ihn kein einzelner zu meistern vermag.

Auf die Frage: Zu welchem Ende studieren wir Geschichte der sozialen Hygiene? ist zu antworten: Zunächst sollen diese Forschungen helfen, unsere kulturhygienischen Verhältnisse der Gegenwart zu verstehen. Sodann wünschen wir, soweit es irgend möglich ist, aus der Vergangenheit für die Zukunft zu lernen; das Bewährte wollen wir auch für die kommende Zeit benutzen, aber das Fehlerhafte wollen wir vermeiden. Im Rahmen dieses „Grundrisses“ können freilich nur die allerwichtigsten Angaben, die uns diesen Zielen entgegenführen, dargeboten werden.

Die Geschichte lehrt, daß auf dem Gebiete der kulturellen Hygiene die Praxis der Wissenschaft zumeist weit vorangeeilt ist. Lange bevor es eine wissenschaftlich gestaltete Heilkunde oder Hygiene gab, haben im grauen Altertum Propheten und Staatsmänner umfassende und tiefgreifende Hygienegesetze geschaffen. Zutreffend hat jedoch J. H. Baas 1879 betont, daß es an sich auch hinsichtlich der heutigen hygienischen Maßregeln gleichgültig wäre, ob sie vom Oberkonsistorium oder vom Reichsgesundheitsamt ausgehen; die Hauptsache ist, daß diese Einrichtungen vorhanden sind und wirken.

Es sei nun schon jetzt darauf hingewiesen, daß man all die zahllosen und verschiedenartigen Maßnahmen, die im Laufe der geschichtlich bekannten Jahrtausende getroffen

¹⁾ Siehe C. Koehne: „Bevölkerungspolitik im Gesetzbuch des Königs Hammurapi von Babylon“, Zeitschr. f. Sozialw. 1918 N. F. IX S. 696 ff.