

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Grundriss der sozialen Hygiene

Fischer, Alfons

Karlsruhe, 1925

A. Altersklassen

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

III. Sozialhygienische Zustände einzelner Personenklassen.

In den vorangegangenen Abschnitten haben wir uns mit den Hauptbestandteilen der sozialen Hygiene befaßt, ohne daß wir hierbei die Eigenart einzelner Personenklassen besonders berücksichtigen konnten. Um jedoch einen tieferen Einblick in die sozialhygienischen Zustände zu gewinnen, müssen wir uns zunächst noch mit den Gesundheitsverhältnissen von manchen nach Alter bezw. Beruf zu gliedernden Volksgruppen beschäftigen.

A. Altersklassen.

Naturgemäß wäre es, wenn wir uns zunächst der jüngsten Altersklasse zuwenden würden. Da aber die sozialhygienischen Zustände der Säuglinge von der kulturellen Lage, in der sich die Mütter befinden, entscheidend beeinflußt werden, so beginnen wir mit dieser Personengruppe.

1. Mütter.

Von den Müttern war in den vorangegangenen Abschnitten schon vielfach die Rede; es sei namentlich auf die Angaben über das Alter der Niedergekommenen (S. 50), über die Geburtenfolge (S. 51), über die Arbeit verheirateter Frauen (S. 72) und über den Einfluß der Arbeit auf die Austragefähigkeit (S. 207 u. 208) hingewiesen. Wir müssen uns nun aber noch eingehender mit den kulturellen Umwelteinflüssen, welche auf die Gesundheitsverhältnisse der Mütter einwirken, befassen.

Die physische Möglichkeit, Mutter zu werden, ist (von Krankheitszuständen abgesehen) für jede weibliche Person vom Beginn der Geschlechtsreife an bis zum Aufhören der Regeln gegeben; die Mütter stellen daher eine abgrenzbare Altersklasse dar.

Hinsichtlich des Auftretens der ersten Menstruation wie auch des Klimakteriums wurden allerdings bei den einzelnen Völkern bezw. bei den verschiedenartigen sozialen Schichten ein und desselben Volkes ziemlich große Unterschiede beobachtet. Nach Angabe von G. Buschan¹⁾ zeigt sich die erste Menstruation in den Niederlanden (und ähnlich in Rußland) bei den Töchtern aus den höheren Ständen mit 13, aus den mittleren Ständen mit 14 und aus dem Bauernstand mit 16 Jahren. Ob es hierbei auf die wirtschaftliche Lage oder auf die geistige Tätigkeit ankommt, ist zweifelhaft; wahrscheinlich machen sich beide Ursachen geltend. Daß aber auch die Rasse einen starken Einfluß ausübt, geht aus folgenden Tatsachen hervor: Die ersten Regeln treten auf bei Schwedinnen mit 18, bei Ungarinnen mit 15 bis 16, bei Polinnen, Engländerinnen, Französinen, Jüdinnen mit 14 bis 15, bei Südfranzösinen mit 13 bis 14, bei Südtirolerinnen mit 13, bei Spanierinnen mit 12 und bei Deutschen (Mittel von 10500 Frauen) mit 15,7 Jahren. — Bei den deutschen Frauen hören die Regeln (durchschnittlich) im Alter von 47,26 Jahren auf; dieser Zeitpunkt trifft allgemein für Mitteleuropa zu. Bei Chinesinnen und Eskimofrauen beginnt das Klimakterium schon mit 40, bei Javanerinnen und Türkinen bereits mit 30 bis 35 Jahren. Die sozialen Verhältnisse, die Zahl der vorangegangenen Niederkünfte sowie der Beginn der Regeln sollen ohne Einfluß auf das frühe oder späte Eintreten der Wechseljahre sein.

a) Körperliche und seelische Veränderungen infolge der Mutterschaft.

Von Gynäkologen und Physiologen wurde gezeigt, daß bei der Menstruation toxische Stoffe ausgeschieden werden; im Menstrualblut wurden Jod und Arsen nachgewiesen. Man wird sich daher vorstellen können, daß diese Toxine in den letzten Tagen vor der

¹⁾ Georg Buschan: „Menschenkunde“, 92.—95. Tausend, Stuttgart 1923.

Periode oder beim Ausbleiben der Regeln (Schwangerschaft, Amenorrhoe) das körperliche und seelische Befinden beeinflussen. Die Entbindung greift namentlich wegen der mit ihr verbundenen Anstrengung und des Blutverlustes den Körper außerordentlich stark an.

Die Einflüsse der Regeln, der Schwangerschaft und des Wochenbettes hat der Gynäkologe Bossi mittels des Ergographen von Mosso untersucht; er hat hierbei ähnliche Erscheinungen festgestellt, wie wir sie oben (S. 177) bei der Ermüdung, die ja auch auf der Ansammlung von Toxinen beruht, kennen gelernt haben. Nach Bossi ist die Muskelkraft unmittelbar vor der Menstruation, während der Schwangerschaft an den Tagen, an welchen die Periode sonst zu erwarten wäre (physiologische Krisen der Schwangerschaft), besonders aber während der Geburt und der ersten Tage des Wochenbettes erheblich herabgesetzt.

Den mit den Fortpflanzungsvorgängen verbundenen Stoffverbrauch der Frau hat R. Lewinsohn auf Grund der Angaben von Sellheim 1923 folgendermaßen berechnet:

„Der Verlust durch Menstruation (12 mal etwa 170 g Blut usw. = etwa 2 kg im Jahre) während der ganzen Zeit der Gebärtüchtigkeit mehr als 50 kg; die Zunahme in der Schwangerschaft und Verlust unter der Geburt 6 kg (Kind: 3 kg, Nachgeburtsteile 1 kg, Reduktion der Gebärmutter 1 kg, Blutverlust 1 kg); Laktation schafft Nährmaterial für Zunahme des Kindes = 6 kg in einem Jahre. Die Frau verdoppelt also ihr Eigengewicht durch Menstruation von 18 bis 45 Jahren (von 50 auf mehr als 100 kg). Die Frau verdreifacht ihr Eigengewicht vom 18. bis 45. Lebensjahre durch 6 Geburten und Laktationen sowie dazwischen liegende Menstruationen.“

Kürzlich hat Sellheim sich darüber geäußert, wie die Kultur auf die Mutterschaftsleistungen einwirkt; er gelangte zu dem Ergebnis, „daß durch die Kultur, d. h. soweit sie Entfernung von der Natur bedeutet, Schwangerschaft, Geburt, Stillgeschäft, ja die ganze Kinderaufzucht für die Frau zu Belastungen geworden sind, die in der Tat ans Übermäßige und ans Krankhafte grenzen, ja vielleicht zum Teil schon als krankmachender Faktor oder als Krankheit bewertet werden müssen.“

Bei zahlreichen Frauen wird auch das seelische Verhalten infolge der Mutterschaft stark verändert. Moll, der sich mit diesen Erscheinungen eingehend befaßt hat, bezeichnet als das hervorragendste Merkmal, von dem das gesamte Seelenleben der jungen Mutter beeinflusst wird, die Besorgtheit um das Neugeborene. Diese nimmt häufig solche Grade an, daß man fast von einer Angstneurose sprechen kann. Nicht zu verwechseln sind diese Zustände, die von Moll als Maternitätsneurosen bezeichnet werden, mit den schweren Psychosen, den sogenannten Laktationspsychosen, die häufig unter dem Bilde der Melancholie oder Verwirrtheit verlaufen. Die hier in Rede stehenden seelischen Veränderungen sind zwar keineswegs immer so geartet, daß sie das Allgemeinbefinden stark beeinträchtigen; Andeutungen fand Moll aber bei fast allen Müttern. „Ebenso wie das Seelenleben“, schreibt Moll, „in der Pubertät oder im Klimakterium ganz charakteristische Veränderungen erfährt, die wir als physiologisch auffassen, ebenso treten psychische Veränderungen nach der Entbindung in charakteristischer Weise hervor und finden sich naturgemäß bei allen Frauen. Die Besorgtheit um das Kind sowie das Glücksgefühl der Mutter beherrschen das gesamte Innenleben in solchem Maße, daß alle sonstigen Interessen in den Hintergrund treten.“

Die körperlichen und seelischen Folgen, zu welchen die Fortpflanzungsvorgänge der Frau führen, müssen durch Ruhe, Pflege und insbesondere auch durch eine kräftige Ernährung ausgeglichen werden, um schwere Gesundheitsschäden zu verhüten.

b) Kulturelle Einflüsse auf die Gesundheitsverhältnisse der Mütter.

Die wirtschaftliche Lage, die allgemeine Kultur, die Gebräuche und Gesetze bei den einzelnen Völkern, die Sitten in den verschiedenartigen Gesellschaftsklassen üben tiefgreifende Einflüsse auf die Gesundheitsverhältnisse der Mütter aus.

Schon von dem Zeitpunkt an, wo die Schwangerschaft festgestellt ist, muß eine diesen Zustand berücksichtigende Lebensweise geführt werden. Aber hierauf kann nur die junge Frau aus den Kreisen der Begüterten bedacht sein. Die Schwangeren, die dem Mittelstand oder gar den unteren gewerblichen oder landwirtschaftlichen Ständen angehören, müssen zumeist bis nahe an die Niederkunft heran ihre Arbeiten in oder außerhalb der Häuslichkeit verrichten. Der Unterschied zwischen der Tätigkeit der „Nur“-Hausfrauen und der Lohnarbeit ist hierbei wohl nicht so bedeutungsvoll; es kommt vielmehr hauptsächlich darauf an, ob die Schwangere sich der erforderlichen Ruhe und Pflege hingeben kann oder nicht.

Nachgewiesen wurde der schädliche Einfluß der Erwerbstätigkeit während der Schwangerschaft insbesondere bei Arbeiterinnen, die mit giftigen Stoffen (Blei, Nikotin usw.) beschäftigt waren. Auf 100 Wochenbetten bei Metallpoliererinnen, die Pflichtmitglieder der Leipziger Ortskrankenkasse¹⁾ waren, entfielen 53,6 Fehl- und Frühgeburten; Rosenfeld²⁾ hat an dem Zahlenstoff der österreichischen Krankenkassen festgestellt, daß auf je 100 Fabrikarbeiterinnen 0,14, dagegen auf 100 Tabakarbeiterinnen 0,27 Frühgeburten kamen. Sodann haben die französischen Gynäkologen Pinar d³⁾ und Bachimont⁴⁾, ferner der Berliner Arzt Leppmann⁴⁾ und neuerdings der Wiener Arzt Peller dargelegt, daß die Kinder derjenigen Frauen, die sich einige Wochen vor der Niederkunft der Arbeit enthielten, durchschnittlich mehr wogen als die Neugeborenen, deren Mütter bis kurz vor der Entbindung tätig waren. Issmer⁵⁾ hat bereits 1889 festgestellt, daß die landwirtschaftlich tätigen Arbeiterinnen, die im Sommer nach der Ernte niederkamen, eine kürzere Schwangerschaftsdauer aufwiesen als die, welche im Winter entbunden wurden. In England fand George Reid⁶⁾, daß in den Bezirken mit zahlreichen verheirateten Fabrikarbeiterinnen die Mißgeburten und Abnormitäten verhältnismäßig zweieinhalbmal so häufig vorkamen wie in den Bezirken, wo die Ziffer der verheirateten Arbeiterinnen gering war. In Böhmen beobachtete Pelc⁶⁾, daß bei Frauen, die bis zum Ende der Schwangerschaft zur Arbeit gingen, frühzeitige Geburten, fehlerhafte Kindslage und Nabelschnurvorfälle die Folgen waren.

Besonders überzeugend wirkt der Nachweis von Peller, der sich auf 5500 Fälle einer Wiener Frauenklinik stützt. Die von ihm im Jahre 1914 veröffentlichten Zahlen über das Gewicht und die Größe der Neugeborenen geben wir in unseren Tafeln 49 und 50

¹⁾ Siehe „Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse in der Ortskrankenkasse für Leipzig und Umgebung“, Berlin 1910.

²⁾ S. Rosenfeld: „Die Arbeiter in den österreichischen Tabakfabriken“, Statist. Monatsschr. d. k. k. stat. Zentralkommission, N. F. 3. Jahrg. 1898.

³⁾ Siehe „Premier congrès national de la mutualité maternelle“, Comptes-rendu general des travaux du congrès, Paris 1908. Pinar d verglich die Kinder der Mütter, die von der Arbeit weg in die Entbindungsanstalt kommen, mit Früchten, die man vom grünenden Zweig bricht, und betonte: „On ne conserve pas les fruits verts.“ Sodann wies er darauf hin, daß kein Tierzüchter die trächtigen Kühe und Stuten arbeiten läßt, und er fragte, ob die Menschenkinder schlechter behandelt werden sollen als die Kälber und Fohlen.

⁴⁾ Nach Angabe von Mayet (siehe Literatur S. 234 Ziffer 15 a).

⁵⁾ Nach Angabe von Peller (siehe Literatur S. 234 Ziffer 17 b).

⁶⁾ Nach Angabe von Mayet (siehe Literatur S. 234 Ziffer 15 b).

wieder. Seine Nachprüfungen an weiteren 3200 Fällen, über die er im Jahre 1922 berichtet hat, bestätigen die Richtigkeit der ersten Feststellungen.

Tafel 49.

Das Gewicht der Neugeborenen nach der sozialen Lage der Mütter.
Durchschnittsgewicht in Gramm.

Geschlecht	Klinik			Sanatorium
	Ledige Nicht-hausschwangere	Verheiratete	Ledige Hauschwangere	
I geb. Knaben . . .	3216	3306	3334	3376
I geb. Mädchen . . .	3107	3104	3234	3237

(Nach S. Peller.)

Tafel 50.

Die Körpergröße der Neugeborenen nach der sozialen Lage der Mütter.
Durchschnittsgröße in Zentimeter.

Geschlecht	Nicht-Hausschwangere	Hausschwangere	Sanatorium
I geb. Knaben	49,92	50,37	51,29
I geb. Mädchen	49,32	49,91	50,68

(Nach S. Peller.)

Man entnimmt den Tafeln 49 und 50, daß im Durchschnitt die Kinder der Nicht-hausschwangeren, d. h. der Schwangeren, die bis nahe an die Niederkunft tätig waren, weniger wogen und kleiner waren, als die Neugeborenen der Hausschwangeren, die sich schon einige Wochen vor der Entbindung in der Frauenklinik aufhielten und dort nur mit ganz leichten Hausarbeiten beschäftigt wurden, und daß die günstigsten Ergebnisse die Kinder der Wohlhabenden, die im Sanatorium entbunden wurden, aufweisen. Hieraus ist zu schließen, daß die Früchte der Arbeitenden häufig nicht zur vollen Reife gelangen. Schon diese Tatsache allein zeigt mit aller Deutlichkeit, wie notwendig der Schwangerenschutz für die Frauen aus den minderbemittelten Volksschichten ist.

Ferner ist festgestellt worden, daß diejenigen Mütter, welche vorzeitig das Wochenbett¹⁾ verlassen, um früh die Arbeit wieder aufzunehmen, Gesundheitsschäden ausgesetzt sind. Die Gebärmutter mit ihren von der Niederkunft stammenden großen Wundflächen bildet sich zum normalen Umfang nur dann zurück, wenn dem Körper der jungen Mutter

¹⁾ Seit einer Reihe von Jahren lassen die Gynäkologen die Wöchnerinnen gewöhnlich schon wenige Tage nach der Niederkunft aufstehen; dies Verfahren darf man mit der vorzeitigen Wiederaufnahme der Arbeit seitens der jungen Mütter nicht verwechseln.

die gehörige Ruhe zuteil wird. Zwingt die wirtschaftliche Lage die Wöchnerin, gegen dies diätetische Gesetz zu verstoßen, so bleiben zumeist Unterleibserkrankungen, namentlich Gebärmutterentzündungen, Senkung der Eingeweide, Scheidenvorfall, nicht aus.

Besonders hervorzuheben ist der Einfluß der kulturellen Verhältnisse auf die Häufigkeit des Kindbettfiebers. Hierzu ist vor allem folgendes zu bemerken: Nach amtlichen Mitteilungen wurden in Preußen¹⁾ sehr viele Frauen entbunden, ohne den Beistand einer Hebamme genossen zu haben. Die Zahl dieser Frauen belief sich 1905 auf 12,8, 1906 auf 10,07, 1907 auf 10,05 % der Wöchnerinnen; sie ist inzwischen sogar noch gestiegen, da nach Angabe von Glaubitt²⁾ während des Jahres 1922 in Preußen etwa 15 % der Niederkünfte ohne Hebammenhilfe vor sich gingen. In manchen preußischen Regierungsbezirken³⁾ sind die Zustände ganz besonders mißlich; so betrug im Regierungsbezirk Allenstein die Zahl der im Jahre 1909 ohne Hebammenhilfe erfolgten Entbindungen 40,1 %, aber auch in mehreren anderen Bezirken, wie Gumbinnen, Danzig, Marienwerder, Landespolizeibezirk Berlin, Köslin, Bromberg, waren die entsprechenden Ziffern sehr hoch. Offenbar waren zahlreiche Schwangere aus geldlichen Gründen außerstande, sich den Beistand einer Hebamme zu beschaffen. Da mußte die Nachbarin oder sonst eine mit der Asepsis nicht vertraute Person Hilfe leisten. Daß es hierbei zu Wochenbettinfektionen kam, war zu erwarten. Tatsächlich entnimmt man der amtlichen Statistik⁴⁾, daß diejenigen preußischen Regierungsbezirke, in welchen zahlreiche Niederkünfte ohne Hebammen stattgefunden haben, die höchsten Ziffern der Wochenbettsterblichkeit⁵⁾ aufwiesen. Diese traurigen Zustände im Regierungsbezirk Allenstein hat O. Solbrig, der dort als Regierungs- und Medizinalrat tätig war, 1910 trefflich gekennzeichnet; die von der preußischen Medizinalverwaltung veröffentlichte Erklärung, daß unter den ohne Hebammen

¹⁾ Nach Angabe von Solbrig (siehe Literatur S. 234 Ziffer 24).

²⁾ Glaubitt: „Das Gesundheitswesen des preußischen Staates im Jahre 1922“, Klin. Wochenschrift 1924 Nr. 27.

³⁾ „Das Gesundheitswesen des preußischen Staates 1909“, Berlin 1911.

⁴⁾ Die statistischen Ergebnisse müssen im 19. Jahrhundert anders gelaute haben. A. Hegar betonte in seiner Arbeit „Zur geburtshilflichen Statistik in Preußen und zur Hebammenfrage“, Samml. klin. Vorträge 1891 N. F. Nr. 29, daß die preußischen Regierungsbezirke, welche die wenigsten Hebammen aufwiesen, am günstigsten hinsichtlich der Häufigkeit von Kindbettodesfällen dastanden; er führte zur Erklärung an: „Die Pflückerinnen thun meist nicht viel, untersuchen und manipulieren wenigstens nicht viel innerlich, schon aus Furcht vor Collision mit dem Strafrichter.“

⁵⁾ Die Statistik der Wochenbettsterblichkeit ist, namentlich soweit die Zahlen aus dem 19. Jahrhundert stammen, mit Vorsicht zu verwerten. Oft wurde nicht genau zwischen der Gesamtwochenbettsterblichkeit und der Sterblichkeit an Wochenbettfieber unterschieden. Dazu kommt, daß, was auch jetzt noch zutreffen dürfte, die Diagnose „Wochenbettfieber“ aus naheliegenden Gründen oft verschleiert wurde. Auch scheinen früher auf den Standesämtern Irrtümer bei der Einreihung in das Verzeichnis der Todesursachen vorgekommen zu sein. Es ist daher schwierig zu beurteilen, ob die aus dem Jahre 1847 stammende Lehre von Semmelweis (siehe S. 36) bereits im Beginn der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts Früchte getragen hat; A. Hegar hat 1891 den Erfolg dieser Lehre bezweifelt. In England starben allerdings an Puerperalfieber 1847 bis 1850 nur 1,9, 1881 bis 1890 dagegen 2,6 Frauen auf 1000 Geburten; diese Zunahme ist jedoch, nach Prinzing, nur scheinbar, da früher viele Fälle von Puerperalfieber den Zufällen bei der Geburt zugerechnet wurden, letztere aber in der genannten Zeit von 3,9 auf 2,8 % gefallen sind. Auf Grund der deutschen Ergebnisse ist der Erfolg der Anti- und Asepsis in der Geburtshilfe deutlich zu erkennen. So kamen z. B. in Preußen auf 1000 Wöchnerinnen 1877 bis 1881 noch 5,8, dagegen 1887 bis 1891 nur 4,5 und 1897 bis 1900 nur 3,1 Sterbefälle „im Kindbett“; im Jahre 1913 starben in Preußen auf 1000 Neugeborene 3,32 im Wochenbett insgesamt und davon 1,62 an Kindbettfieber. (Siehe Fr. Prinzing: „Handbuch d. med. Statistik“, Jena 1906; ferner Medizinalstatistische Mitteil. a. d. Kaiserl. Gesundheitsamte Bd. 19, Berlin 1917.)

erfolgten Niederkünften in nicht nachweisbarer Zahl sich solche befinden, die ein Arzt ohne Zuziehung einer Hebamme geleitet hat, ferner oft solche, bei denen Hebammen aus anderen deutschen Bundesstaaten oder aus dem Auslande Hilfe geleistet haben, widerlegt Solbrig für den Bezirk Allenstein folgendermaßen:

„Hier sind in den meisten solcher Fälle Hebammenpfuscherinnen tätig gewesen, oder es war außer den nächsten Angehörigen überhaupt niemand zur Hilfeleistung zugegen. Es steht fest, daß die Hebammenpfuscherei in einem erschreckenden Maße hier verbreitet ist, mehr als wohl in irgendeinem anderen Bezirk. Die Ursache hierfür ist einmal darin zu suchen, daß der Bezirk Allenstein der am schwächsten bevölkerte in Preußen ist, in dem der auf eine Hebamme und ebenso auf einen Arzt entfallende Flächeninhalt größer als in irgendeinem anderen ist (für 1907: 59,16 qkm auf eine Hebamme). Fürs zweite spielen hierbei die ungünstigen sozialen Verhältnisse, namentlich in dem armen Masuren, und dann auch die üblen Gewohnheiten und die Gleichgültigkeit der Bevölkerung auf dem Lande eine Rolle.“

Als A. Fischer¹⁾ 1919 auf der Tagung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege den von ihm bereits 1912 dargelegten Zusammenhang der hohen Wochenbettsterblichkeitsziffern²⁾ mit dem Mangel an Hebammenhilfe erwähnte, wurde bei einigen Anwesenden Widerspruch laut. Der Medizinalstatistiker Weinberg¹⁾ betonte aber sogleich, daß dieser Widerspruch nur Unkenntnis verraten hat. Auch der Hinweis von Rapmund¹⁾, daß die Zustände in anderen ostpreußischen Gebieten ehemals so mißlich waren wie in Allenstein, jetzt aber besser geworden sind, war gegen die Darstellung von Fischer gerichtet, konnte sie jedoch nur bestätigen.

Wie die Zahl der Wochenbettkrankungen, so hängt auch die Ziffer der Totgeburten von den kulturellen Zuständen ab. Unsere Tafel 12 (S. 54) zeigt, daß die Totgeborenenziffern, soweit es sich um eheliche Geburten handelt, bei den einzelnen Gliedstaaten nur geringe Unterschiede aufweisen, daß dagegen überall die Zahl der Totgeborenen bei den Unehelichen viel größer ist als bei den Ehelichen. M. Hirsch faßt seine Ansicht über diese Frage folgendermaßen zusammen: „Während im Mittel auf 1000 Geburten 30 Totgeburten kommen, entfallen auf 1000 Niederkünfte von in schädlichen Betrieben tätigen Frauen 150 bis 170 tote Kinder.“

Sodann üben die kulturellen Verhältnisse auch auf die Stilltätigkeit einen maßgebenden Einfluß aus. Man hat hierbei den Stillwillen und die Stillfähigkeit zu unterscheiden. Wie schon in dem Abschnitt „Fortpflanzung“ (S. 204) erwähnt wurde, hat man die vor dem Kriege vielfach beobachtete Abnahme der Stillfähigkeit als ein Zeichen der Entartung bezeichnet. Insbesondere hat Bunge die Ansicht vertreten, daß den Töchtern von Alkoholikern die Stillfähigkeit zumeist fehlt, was aber von Gynäkologen³⁾ und Kinderärzten³⁾ bestritten wurde.

Daß die Stillfähigkeit in den letzten Jahrzehnten vor dem Kriege in weiten Kreisen mancher Landesgebiete abgenommen hatte, ist mehrfach festgestellt worden. Während

¹⁾ Siehe „Bericht über die 40. Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in Weimar 1919“, Braunschweig 1921, S. 10 bzw. 19 bzw. 34.

²⁾ Siehe A. Fischer: „Die sozialhygienischen Zustände in Deutschland nach amtlichen Veröffentlichungen aus dem Jahre 1911“, Deutsch. Viertelj. f. öffentl. Gesundheitspf. 1912 S. 568 ff.

³⁾ Daß die Frauen in mehr als 80% der Fälle zu stillen fähig sind, wiesen Nigris für Graz, Pinard für Paris, Blaker für London nach. Namentlich ist zu bemerken, daß auch Walcher in der Stuttgarter Entbindungsanstalt so günstige Ergebnisse erzielt hat; besonders auf die Berichte dieser Anstalt hatte Bunge, als sie noch unter Leitung von Walchers Vorgänger stand, seine ersten Veröffentlichungen gestützt. Die sonstigen großen Verdienste Bunes können durch diesen seinen Irrtum nicht beeinträchtigt werden. Aber man sieht, wie viel von der Person des leitenden Gynäkologen abhängt. Die gleichen Ansichten wie die genannten Frauenärzte vertraten auch die Kinderärzte Schloßmann, Finkelstein u. a. m. Vgl. auch die Angaben von A. Fischer auf S. 226.

in Berlin¹⁾ 1895 von 1000 Kindern 432 gestillt wurden, erhielten 1905 nur 313 ‰ Muttermilch. Hierfür kommen verschiedene Ursachen in Betracht. Zunächst macht sich hier die wirtschaftliche Notlage geltend; denn den blutarmen und unterernährten Müttern fehlte vielfach die Fähigkeit zu stillen, und selbst, wo die Kraft vorhanden wäre, mangelte es oft an der erforderlichen Zeit, wenn die Frauen außerhäusliche Arbeiten verrichten mußten. Andererseits spielen hierbei Volksanschauungen, ethische Gesichtspunkte, Gepflogenheiten bestimmter Gesellschaftskreise u. a. m. eine bedeutende Rolle. Es gibt Gegenden, wo die Frauen es von alters her gar nicht anders wissen, als daß sie die Pflicht haben, den Säuglingen die Brust zu reichen; in anderen Gebieten wurde das Stillen, wie Uffenheimer²⁾ berichtet, „als eine Schweinerei, als ein Geschäft für Zigeunerinnen“ angesehen. Nach amtlichen Angaben³⁾ aus dem Jahre 1909 haben in den oberfränkischen Städten 83,4 ‰ der Säuglinge, in den schwäbischen Städten aber nur 19,2 ‰ die Mutterbrust erhalten. Viele Frauen der Reichen und auch des Mittelstandes unterließen das Stillen, weil es ihnen am Stillwillen (ähnlich wie am Fortpflanzungswillen) fehlte. Die Erfüllung der Stillpflicht wurde in den wohlhabenden Kreisen oft, namentlich auch im Hinblick auf gesellschaftliche Inanspruchnahme, als unbequem empfunden, während die künstliche Ernährung des Kindes bei Unterstützung durch Dienstboten keine erhebliche Unbequemlichkeit verursachte, und es nicht an den Geldmitteln mangelte, um eine gute, wenn auch teure Säuglingsmilch, die als ein hinreichender Ersatz angesehen wurde, zu kaufen. Man fand daher, daß, wie z. B. aus Berlin⁴⁾, Barmen⁵⁾ und Hannover⁶⁾ mitgeteilt wurde, in den reichen Familien noch seltener gestillt wurde, als in den wenig bemittelten Kreisen. W. Bremme⁷⁾ hat jedoch im Gegensatz hierzu festgestellt, daß in Dresden von 8933 Wöchnerinnen insgesamt nur 59,8 ‰ länger als 6 Wochen gestillt haben, während die entsprechenden Stillziffern für die Akademikerfamilien 66,3 ‰ und für die Beamtenfamilien 67,6 ‰ lauten.

Daß in früheren Zeiten vielfach die Frauen der wohlhabenden Stände statt zu stillen sich Ammen hielten, und statt sich der Säuglingspflege zu widmen, mit Hunden und Affen spielten, veranschaulicht unsere Abbildung 44. Offenbar gaben manche Fürstinnen hier

¹⁾ Siehe „Statistisches Jahrbuch der Stadt Berlin“, 31. Jahrg., Berlin 1909.

²⁾ A. Uffenheimer: „Säuglings- und Jugendfürsorge“, Wissenschaft u. Bildung Nr. 90, Leipzig 1910. Hier wird auch berichtet, daß sich nicht wenige Geistliche bemühen, die Mütter zum Stillen zu veranlassen; ein Aufruf, den das Ordinariat Augsburg 1906 an seine Geistlichkeit richtete, habe gerade in dem Gebiet der schwäbisch-bayerischen Hochebene eine große Wirkung gehabt. — Nach einer Mitteilung von H. Rosenhaupt (Zeitschr. f. Säugl.- u. Kleinkindersch. 1922 S. 440) reichen die Bemühungen des genannten Ordinariats betr. Erfüllung der Stillpflicht bis zum Jahre 1865 zurück.

³⁾ Siehe „Generalbericht über die Sanitätsverwaltung im Kgr. Bayern“, München 1909.

⁴⁾ Siehe die Fußnote 1 auf dieser Seite.

⁵⁾ Siehe Kriege und Seutemann: „Ernährungsverhältnisse und Sterblichkeit der Säuglinge in Barmen“, Zentralbl. f. allg. Gesundheitspf. 1906 Jahrg. 25 Heft 1 u. 2.

⁶⁾ Siehe K. Seutemann: „Säuglingsernährung und Säuglingssterblichkeit nach der Ernährungsweise in der Stadt Hannover“, Abhandl. in „Säuglingsernährung, Säuglingssterblichkeit u. Säuglingsschutz in den Städten Hannover u. Linden“, veröffentl. v. d. Komitee z. Ermittl. d. Säuglingsernährung in Hannover-Linden, Berlin 1913. In dieser Arbeit wird u. a. an der Hand zahlenmäßiger Angaben, die sich nicht nur auf Hannover, sondern auch auf eine Reihe westfälischer und rheinländischer Städte beziehen, darauf hingewiesen, „daß das Stillvermögen und die Stillsitten in Deutschland nicht so schlecht sind, wie sie vielfach gemacht werden“.

⁷⁾ Walter Bremme: „Über Selbststillen von Großstadtmüttern“, Deutsch. Viertel. f. öffentl. Gesundheitspf. 1913 Bd. 45 Heft 3.

ein schlechtes Beispiel, wie den Berichten¹⁾ der Kurfürstin Sophie von Hannover, welche „die Mutter der Könige von Preußen und England“ genannt wird, zu entnehmen ist; dort heißt es:

„Kaum war ich soweit, daß ich fortgeschafft werden konnte, als die Königin, meine Mutter, mich nach Leyden schickte, das nur drei Stunden vom Haag entfernt liegt und wo Ihre Majestät alle ihre Kinder fern von sich erziehen ließ, denn der Anblick ihrer Affen und ihrer Hunde war ihr angenehmer als der unsrige.“

Abb. 44.



Mutter.

Kupferstich aus dem 18. Jahrhundert.

Monate gestillt haben; in fünf Landgebieten lauten die entsprechenden Zahlen für 1911: 50,7%, für 1915: 70,8%. Die erhebliche Zunahme der Stilltätigkeit infolge der Kriegswochenhilfe wurde dann von mehreren anderen Seiten her bestätigt. So hat Karl Opitz⁴⁾ 1918 auf Grund seiner Feststellungen im Kreise Peine mitgeteilt, daß hinsichtlich der Stildauer sowohl von drei wie von sechs Monaten die Stillziffern während des Weltkrieges wesentlich größer waren als unmittelbar vorher. Allen diesen Angaben ist zu entnehmen: 1. Die

¹⁾ Siehe „Die Mutter der Könige von Preußen und England. Memoiren und Briefe der Kurfürstin Sophie von Hannover“, herausg. von R. Geerds, Ebenhausen-München bei W. Langewiesche-Brandt.

²⁾ Durch die Reichsversicherungsordnung war vom 1. Januar 1914 an die Möglichkeit gegeben, den Versicherten Stillgeld zu gewähren. Damit hatte das Deutsche Reich zum erstenmal bekundet, daß es auf die Stilltätigkeit Wert legt. Im Preuß. Allgem. Landrecht (T. II Tit. 2 §§ 67 bis 69) war, nach Angabe von Mayet (Med. Reform 1905 S. 414), angeordnet, daß und wie lange eine gesunde Mutter zu stillen verpflichtet ist. Ebenso hatte ein schwedisches Gesetz vom Jahre 1755 verboten, die Säuglinge künstlich zu ernähren; der Erfolg soll nicht ausgeblieben sein. Aber diese Stillvorschriften sind nicht mehr vorhanden, und würden wohl jetzt wirkungslos sein, wenn nicht andere Maßnahmen hinzutreten. Vgl. auch H. Rosenhaupt: „Das Problem der gesetzlichen Stillpflicht“, Zeitschr. f. Säugl.- u. Kleinkindersch. 1922 Heft 9.

³⁾ Siehe G. Lange: „Die Ernährungsweise der im Großh. Baden geborenen Kinder während des ersten Lebensjahres“, Sozialhyg. Mitteil. 1917 Jahrg. 1 Heft 2.

⁴⁾ K. Opitz: „Die Stillfähigkeit im Kriege“, Deutsch. med. Wochenschr. 1918 Nr. 16.

In den allerletzten Jahren vor dem Weltkriege haben sich die Anschauungen der Frauen, insbesondere in den Kreisen der Gebildeten, hinsichtlich der Bedeutung des Stillens erheblich gebessert, was der von vielen Stellen aus durchgeführten Stillpropaganda zu verdanken ist. In den unbemittelten Volksschichten förderten neben der Aufklärung auch die gewährten Stillprämien die Stilltätigkeit.

Eine tiefgreifende Wirkung übte aber erst die Reichswochenhilfe²⁾, durch welche alle jungen Mütter, soweit sie bedürftig waren, außer der Wochenbettunterstützung Stillgeld erhielten, aus. A. Fischer hat die durch die Reichswochenhilfe im Jahre 1915 erzielten Erfolge auf dem Gebiete der Stilltätigkeit mittels einer Erhebung, welche mit Hilfe von fünf badischen allgemeinen Ortskrankenkassen durchgeführt wurde, zahlenmäßig nachweisen können, da ein brauchbarer Vergleichsstoff, der aus einer amtlichen Erhebung³⁾ vom Jahre 1911 stammte, vorhanden war. Es zeigte sich, daß 1911 in fünf badischen Stadtgebieten 53%, 1915 aber 75% der jungen Mütter länger als zwei

Stillfähigkeit ist in zufriedenstellendem Umfange vorhanden. 2. Die Stillfähigkeit wird ausgenutzt, wenn durch Stillunterstützungen die aus der sozialen Notlage stammenden Hindernisse beseitigt oder gemildert werden.

Unter den Müttern müssen die Unehelichen besonders erörtert werden, weil sich bei ihnen die Einflüsse der ungünstigen sozialen Lage auf die Gesundheitszustände in erhöhtem Umfange geltend machen. So sehen wir z. B., daß während des Jahres 1920 in den preußischen¹⁾ Städten, wo rund 10% aller Geburten unehelich waren, bei Entbindungen unter 1131 Todesfällen an Kindbettfieber insgesamt 168 und bei Fehlgeburten unter 984 Todesfällen an Kindbettfieber 304 Ledige betrafen. Unserer Tafel 12 ist, was schon oben gestreift wurde, zu entnehmen, daß 1921 im Deutschen Reich auf 100 ehelich Geborene 3,0 Totgeborene, auf 100 unehelich Geborene aber 4,8 Totgeborene entfielen. Daß die Sterblichkeit bei den unehelichen Säuglingen erheblich größer ist als bei den ehelichen, wird noch in dem Abschnitt „Säuglinge“ zu zeigen sein; hier sei nur hervorgehoben, daß die unehelichen Mütter weit öfter als die ehelichen teils aus gesundheitlichen Gründen, teils infolge der wirtschaftlichen Notlage außerstande sind, ihre Kinder zu stillen.

Über die Zustände der unehelichen Mütter sei hier folgendes hervorgehoben: Wenn man auch der einzelnen unehelichen Mutter nicht immer die ganze Schuld an ihrem Verhalten zuschieben darf, so ist doch bei dieser Gruppe zumeist ein gewisser Leichtsinns nicht zu übersehen; schon unserer Tafel 8 (S. 50) haben wir ja entnommen, ein wie großer Anteil der Niederkünfte auf die unter 20 Jahre alten Unehelichen kommt. Auch sonst findet man bei den unehelichen Müttern verhältnismäßig häufig moralische Minderwertigkeit; nach Angabe von Mönkemöller²⁾ hatten unter 1920 Korrigendinnen der Anstalt Himmelstür 289 nachweislich lebende Kinder unehelich geboren.

Das statistische Amt der Stadt Dresden³⁾ hat die Verhältnisse derjenigen unterstützungsbedürftigen Wöchnerinnen, die dort im Jahre 1909 niederkamen, eingehend untersucht. Von den 2775 in Dresden während des Jahres 1909 unehelich Niedergekommenen mußten 1169 aus öffentlichen Mitteln unterstützt werden; unter diesen waren 37% Fabrikarbeiterinnen, 32% Dienstboten, je 11% Handlungsgehilfinnen oder Kellnerinnen, die übrigen waren in selbständiger Stellung, Heimarbeiterinnen, Artistinnen oder Haustöchter. Von den unehelichen Müttern, deren Verdienst in Geld (nicht auch in Kost und Wohnung) bestand, erhielten nur 74 zwischen 60 und 100 M. monatlich, alle übrigen aber weniger als 60 M., manche sogar weniger als 20 M.

Nach Angaben von O. Spann⁴⁾ aus dem Jahre 1909 waren in Frankfurt a. M. drei Viertel der unehelichen Mütter vaterlos oder von ihrer Familie ferne, und nach einem amtlichen Bericht aus München⁵⁾ hatten von den 4291 dort im Jahre 1909 unehelich Entbundenen 3112 ihre Heimat außerhalb der bayerischen Hauptstadt. Hieraus ist zu schließen, daß es den meisten dieser unehelichen Mütter an einer hinreichenden Aufsicht, durch welche der Geschlechtsverkehr vielfach verhütet worden wäre, gefehlt hat.

¹⁾ Siehe „Medizinalstatistische Nachrichten“, herausg. vom Preuß. Stat. Landesamt, Berlin 1923, Jahrg. 11 Heft 3 u. 4 S. 157.

²⁾ Mönkemöller: „Korrekptionsanstalt und Landarmenhaus“, Leipzig 1908.

³⁾ „Die Verhältnisse unbemittelter lediger und verheirateter Wöchnerinnen in Dresden“, Mitteil. d. Stat. Amtes d. Stadt Dresden Heft 18, Dresden 1912.

⁴⁾ O. Spann, siehe Literatur S. 253 Ziffer 22.

⁵⁾ Siehe „Mitteilungen d. Stat. Amtes d. Stadt München“ 1910 Bd. 22 Heft 1 S. 19.

Diese Angaben bieten einen Anhalt für die Beurteilung der Frage, in welchem Umfange man die soziale und wirtschaftliche Umwelt für die Zahl der unehelichen Niederkünfte verantwortlich machen muß.

c) Mütterfürsorge.

Zutreffend hat Tugendreich betont, daß die Mutterschaftsarbeit der Erwerbsarbeit gleichzusetzen und von Staats wegen zu entlohnen ist, weil der Staat von dieser Tätigkeit Vorteil zieht. In ähnlicher Weise hatte bereits im Jahre 1780 J. P. Frank darauf hingewiesen, daß „die Ernährung der Neugeborenen für den Staat keine gleichgültige Sache“ ist, und daß „die Frage weit hinwegfällt, ob sich auch wohl die Vorsteher des gemeinen Wesens so weit herablassen mögen, um sich mit dergleichen Gegenständen abzugeben“. Im Art. 119 der Reichsverfassung (siehe oben S. 211) wird zwar ausdrücklich bestimmt, daß die Mütter Anspruch auf Schutz und Fürsorge des Staates haben. Sodann bestimmt § 4 des Reichsgesetzes für Jugendwohlfahrt vom 9. Juli 1923, daß es Aufgabe der Jugendämter ist, u. a. auch Einrichtungen für Mutterschutz vor und nach der Geburt anzuregen, zu fördern oder zu schaffen. Daß aber gegenwärtig für die Mütter noch nicht hinreichend gesorgt ist, wird sich aus den folgenden Darlegungen ergeben.

Die Fürsorge für die Mutter muß tunlichst beim Beginn der Schwangerschaft einsetzen; sie hat sich dann auf die Niederkunft, das Wochenbett und die ganze Dauer der Stilltätigkeit zu erstrecken. Aber auch hiermit sind noch nicht alle Anforderungen angeführt; denn nicht nur der Säugling, auch das Kleinkind, das sorgfältig gepflegt und ständig beaufsichtigt werden muß, beschäftigt die Mutter in weitem Umfange. Da die Mütterfürsorge vor allem in der Befreiung von der Erwerbsarbeit bestehen muß, so liegt die Frage nahe, ob eine solche Tätigkeit verheirateter Frauen, namentlich soweit sie kleine Kinder haben, nicht ganz zu verbieten ist. In der Tat hat der erfahrene Arzt und Hygieniker Schwartz im Jahre 1886 den Ausschluß aller verheirateten Frauen von der Fabrikarbeit verlangt; Ausnahmen wollte er nur dann zugelassen wissen, wenn der Nachweis erbracht wird, daß die Hausarbeit, namentlich die Pflege der kleinen Kinder, anderweitig, insbesondere von verwandten, zum Hause gehörenden Personen besorgt werden kann. Aber ein solches Verbot ist, wie bereits in dem Abschnitt „Arbeitsverhältnisse“ (S. 73) erwähnt wurde, für absehbare Zeiten nicht durchführbar. Zahlreiche Familien würden, wie aus Tafel 35 (S. 88) zu ersehen ist, in Schulden geraten sein, wenn sie lediglich auf den Verdienst des Mannes angewiesen gewesen wären. Und überdies handelt es sich bei den in der Tafel 35 berücksichtigten Familien um solche, in denen der Familienvater, als gelernter Arbeiter, einen verhältnismäßig hohen Lohn bezog. Man denke aber an weniger gut bezahlte Arbeiter und namentlich an solche Familien, in denen der Familienvater längere Zeit durch Erwerbslosigkeit oder Krankheit ohne Verdienst ist. Ganz besonders schwer würde durch ein Arbeitsverbot die uneheliche Mutter, die von ihrem Kinde nicht weniger nachteilig entbehrt wird und der gegenüber ein etwa beabsichtigtes sozialhygienisches Gesetz daher keine Ausnahme gelten lassen dürfte, getroffen werden; zahlreiche ledige Mütter würden dann unzweifelhaft der Prostitution zugetrieben werden.

So sehr es vom sozialhygienischen Standpunkte zu bedauern ist, ein Verbot der Erwerbsarbeit für alle Mütter kann zurzeit nicht befürwortet werden. Um so mehr muß mit allen Mitteln dahin gestrebt werden, die Ehefrauenarbeit möglichst einzuschränken. Wo die wirtschaftliche Lage des Familienvaters es erlaubt, enthält sich auch ohne Verbot die Frau

der außerhäuslichen Lohnarbeit. Es gilt mithin vor allem, für ausreichende Löhne der Männer, niedrige Lebensmittelpreise und billige, aber doch gesundheitlich einwandfreie Wohnungen zu sorgen.

Selbst die Forderung, die erwerbstätige Frau während der ganzen Zeit der Schwangerschaft von der Erwerbsarbeit auszuschließen, ist leider gegenwärtig nicht durchführbar. Eine solche Maßnahme würde ausreichende geldliche Unterstützungen während der Arbeitsenthaltung voraussetzen; aber dazu sind die wirtschaftlichen Zustände in Deutschland zu mißlich. Der internationale Kongreß¹⁾ für Hygiene verlangte im Jahre 1900, daß jeder Arbeiterin während der letzten drei Monate ihrer Schwangerschaft Ruhe zugebilligt wird; in derselben Weise äußerte sich der Kongreß²⁾ für Geburtshilfe zu Nantes im Jahre 1901. Die wissenschaftliche Deputation in Preußen forderte, wie Tugendreich berichtet, einen Schwangerenschutz von zwei Monaten. Die Schwangerenunterstützung kann jedoch auch nach der Reichsverordnung über Wochenhilfe sowie über Wochenfürsorge vom 16. Februar 1923 (RGBl. I S. 132 bzw. 133), bzw. vom 18. August 1923 nur für die letzten vier Schwangerschaftswochen gewährt werden; in der Praxis³⁾ ist diese Bestimmung fast stets wirkungslos. Ein Arbeitsverbot während der Schwangerschaft besteht in Deutschland lediglich für gewerbliche Arbeiterinnen (also z. B. nicht für Heimarbeiterinnen, Landarbeiterinnen, Dienstboten) und nur in folgender Form (§ 137 der Gewerbeordnung):

Arbeiterinnen dürfen vor und nach ihrer Niederkunft im ganzen während acht Wochen nicht beschäftigt werden. Ihr Wiedereintritt ist an den Ausweis geknüpft, daß seit ihrer Niederkunft wenigstens sechs Wochen verflossen sind.

Daß infolge der unzureichenden Fürsorgemaßnahmen für die schwangeren Frauen der unbemittelten Kreise viele von ihnen gezwungen waren, bettelnd an den Türen mildtätiger Menschen anzuklopfen, veranschaulicht unsere Abbildung 45.

Einsichtsvolle Gemeinden suchen die Lücken der gesetzlichen Schwangerenfürsorge auszufüllen. Nach Angabe von Tugendreich hat Charlottenburg eine sogenannte Vorer-nährung für bedürftige Schwangere eingerichtet, die der Hauspflegeverein auf städtische Kosten durchführt. Da viele Schwangere über die Ansprüche, die sie stellen dürfen, nicht genügend unterrichtet sind, haben einige Gemeinden, so z. B. Berlin, zum Zwecke der Rechtsbelehrung Schwangerenfürsorgestellen geschaffen. Auf Grund einer Rundfrage des Deutschen Städtetages⁴⁾ wurde festgestellt, daß im Jahre 1921 städtische Schwangerenfürsorgestellen sich in Aachen, Altona, Berlin, Charlottenburg, Dortmund, Düsseldorf, Hannover, Kiel, Königsberg, Leipzig, Mannheim, Nürnberg, Magdeburg,

¹⁾ Nach Angabe von Dr. David in der Reichstagsrede vom 8. Mai 1911.

²⁾ Nach Angabe von Louis Frank (siehe Literatur S. 234 Ziffer 7).

³⁾ Die Allgemeine Ortskrankenkasse der Stadt Berlin zahlte im Jahre 1922 an 6673 Wöchnerinnen die Wochenhilfebeträge aus. Von diesen Entbundenen hatten nur 1233 die Unterstützungen während der Schwangerschaft in Anspruch genommen. In dem Krankenkassenbericht wird darauf hingewiesen, daß eine große Anzahl der Schwangeren bis zum letzten Augenblick dem Verdienst nachgeht, offenbar, weil der Lohnausfall, der eine ganz außerordentliche Rolle spielt, durch das Schwangerschaftsgeld nicht genügend ausgeglichen wird. Dies erkennt man deutlich daran, daß unter den 4560 Entbundenen aus den 9 niedersten Lohnstufen nur 524, unter den 2113 Niedergekommenen aus den folgenden 11 Lohnstufen aber 709 Schwangerschaftsunterstützungen auf Verlangen erhielten. (Siehe den „Bericht für das Jahr 1922 der Allgemeinen Ortskrankenkasse der Stadt Berlin“, Berlin 1923.)

⁴⁾ Siehe Mitteil. d. Zentralstelle d. Deutsch. Städtetages 1920 Sept. Bd. VII Nr. 21 und 1921 Februar Bd. VIII Nr. 2.

Stettin und Hamborn befanden. In Köln¹⁾ besteht seit April 1920 eine Fürsorgestelle für hoffende Mütter. Nach einer Mitteilung von F. Rott²⁾ haben im Jahre 1920 von 2600 Säuglingsfürsorgestellen 606 sich auch mit der Schwangerenfürsorge befaßt.

Die bereits erwähnten Verordnungen über Wochenhilfe bezw. über Wochenfürsorge gewähren den Krankenkassenmitgliedern sowie den Angehörigen von Krankenkassen-

Abb. 45.



Bilder aus dem Elend!

Nach einer im *Simplicissimus* 1909 erschienenen Zeichnung von Käthe Kollwitz.

nach der Verordnung über Wochenfürsorge vom 18. August 1923 im Falle der Niederkunft zu den Kosten der Entbindung als Wochen- und Stillgeld einen Gesamtbetrag, der nach der Reichsrichtzahl für die Lebensausgaben berechnet wird und sich zurzeit (Juli 1924) z. B. in Karlsruhe, wie mir von der Allgemeinen Ortskrankenkasse angegeben wird, auf nur 28 bis 29. M beläuft. (Vgl. S. 438 die inzwischen veröffentlichten Angaben von Grieser.)

Die Bestimmungen, die sich auf Arbeitsruhe während der Schwangerschaft und nach der Niederkunft richten, nennt man Mutterschutz, während man die Versicherungs-

¹⁾ Siehe Hedwig Rohling: „Die Fürsorgestelle für hoffende Mütter in Köln“, *Zeitschr. f. soz. Hyg., Fürsorge- u. Krankenhauswesen* 1921 April. — Staatsminister a. D. Stegerwald schlug in dem Aufsatz „Die Mutter in der sozialen Gesetzgebung“ (Berliner Tageblatt vom 25. Dezember 1920 Nr. 591) die Einrichtung von Beratungsstellen für Schwangere vor. Hans Eitel fordert in dem Aufsatz „Prinzipielles zur Schwangerenfürsorge“ (*Zeitschr. f. Säugl.- u. Kleinkindersch.* 1922 Heft 1) solche Fürsorgestellen namentlich auch für die Frühschwangeren.

²⁾ F. Rott, siehe Literatur S. 253 Ziffer 17b.

mitgliedern und allen minderbemittelten Müttern bei der Niederkunft, während des Wochenbettes und während der Stilltätigkeit Unterstützungen, und zwar durch Zubilligung sowohl von ärztlicher Behandlung und Hebammenhilfe wie auch von Geldmitteln.

Neben einem einmaligen Betrag zu den Kosten der Entbindung erhält zurzeit die versicherte Wöchnerin in Höhe des Krankengeldes ein Wochengeld für zehn Wochen, von denen mindestens sechs in die Zeit nach der Niederkunft fallen müssen; das Wochengeld für die ersten vier Wochen ist spätestens mit dem Tage der Entbindung fällig. Außerdem hat sie Anspruch auf ein Stillgeld in Höhe des halben Krankengeldes, solange sie stillt, bis zum Ablauf der zwölften Woche nach der Niederkunft. Die nicht versicherten Angehörigen von Kassenmitgliedern (Ehefrauen, Töchter, Stief- und Pflegekinder, welche mit diesen in häuslicher Gemeinschaft leben) sowie alle Minderbemittelten erhalten

maßnahmen, auf Grund deren während der Arbeitsenthaltung den Wöchnerinnen Geldbeträge gezahlt werden, als Mutterschaftsversicherung bezeichnet. Mutterschutz und Mutterschaftsversicherung gehören zusammen. Insbesondere ist Ruhe ohne Wochenlohn in den unbemittelten Kreisen nicht möglich; denn Ruhe pflegen heißt Lohn einbüßen, und Lohn einbüßen heißt hungern.

Schon J. P. Frank¹⁾ und F. A. Mai²⁾ sind dafür eingetreten, daß die Wöchnerinnen nicht zu früh die Arbeit wieder aufnehmen. Mai, dessen sozialhygienischer Gesetzentwurf sich eingehend mit der Fürsorge für die Mütter, auch für die unehelichen, befaßt, hat sogar bereits eine Art Mutterschaftskasse (er nennt sie Notkasse) vorgeschlagen. Aber diese Mahnungen und Forderungen wurden nicht erfüllt und gerieten in Vergessenheit.

Erst etwa 100 Jahre später, im Jahre 1877, schuf als erster Staat die Schweiz ein Gesetz, wonach für gewerbliche Arbeiterinnen der Schwangeren-Wöchnerinnenschutz acht Wochen beträgt; bei dem Wiedereintritt der Wöchnerin in die Fabrik müssen nachweislich sechs Wochen seit der Niederkunft verstrichen sein. Kein Staat hat bis heute eine längere Schonungsfrist bestimmt. Aber der schweizerische Mutterschutz war so lange von geringem Wert, als er nicht mit einer entsprechenden Mutterschaftsversicherung verbunden war.

Als erster unter den Staaten folgte das Deutsche Reich, dann haben Ungarn, Österreich, Belgien, die Niederlande und namentlich seit der internationalen Arbeiterkonferenz, die 1890 in Berlin stattfand, viele andere Kulturländer gleichartige Maßnahmen getroffen. Anfangs erstreckte sich der Mutterschutz gewöhnlich nur auf vier Wochen; diese Schonungsdauer wurde dann im Laufe der Jahre verlängert.

Das Deutsche Reich hatte bereits in der ersten Fassung seiner Krankenversicherung (1883) bestimmt, daß den versicherten Wöchnerinnen Geldmittel gewährt werden sollen. Diese Anordnung wurde zwar mehrfach ausgebaut; die Versicherungsleistungen blieben jedoch hinter den Ansprüchen, die vom hygienischen Standpunkte aus zu stellen sind, immer weit zurück. Vor allem aber war das deutsche Gesetz nicht umfassend genug, so daß zahlreiche Schwangere und Wöchnerinnen ohne jede Unterstützung waren. Betont sei jedoch, daß das Deutsche Reich auf dem Gebiete der Wöchnerinnenfürsorge (auf Grund der Krankenversicherung) fast alle Länder weit überragt.

Viele Einzelpersonen und Vereine bemühten sich in Deutschland und im Auslande um den Ausbau der Mutterschaftsversicherung; genannt seien nur unter den Vertreterinnen des weiblichen Geschlechts Paolina Schiff, Lily Braun, Else Lüders, Alice Salomon, Henriette Fürth und auf der männlichen Seite P. Mayet, Pinard, A. Fischer, Reichstagsabgeordneter Dr. David, F. Rott und H. Jaeger, und von den Vereinen seien der Bund für Mutterschutz³⁾, die Gesellschaft für Mutter- und Kindesrecht⁴⁾ und die Propagandagesellschaft für Mutterschaftsversicherung⁵⁾ hervorgehoben.

¹⁾ J. P. Frank berichtet, daß die Bauernweiber nicht selten bereits 14 Tage nach der Niederkunft „bis an die Knie in das fließende Wasser stehen und ganze Tage mit Waschen und Ringen der Leinwand zubringen, obschon es nicht allemal die Not erforderte, und was dergleichen Arbeiten mehr sind, als Fruchtausdreschen, schweres Tragen usw. . . . Gewiß ist, daß gar oft, und meistens die Rauigkeit der Männer an diesem Verderben ihrer noch schwachen Weiber Anteil hat“.

²⁾ Siehe die Fußnoten 1 und 2 S. 33.

³⁾ Siehe Helene Stöcker: „Zehn Jahre Mutterschutz“, Die Neue Generation 1915 Jahrg. 11 Heft 1—6.

⁴⁾ Siehe Adele Schreiber: „Die Ansätze neuer Sittlichkeitsbegriffe im Hinblick auf die Mutterschaft“, Aufsatz i. „Mutterschaft“, herausg. v. A. Schreiber, München 1912.

⁵⁾ Siehe A. Fischer: „Zehn Jahre Propagandaaarbeit für Mutterschaftsversicherung“, Sozialhyg. Mitteil. 1917 Heft 2.

Als Erfolge dieser Bemühungen in Deutschland sind die sogenannte Kriegswochenhilfe, die durch die Bundesratsverordnung¹⁾ vom 3. Dezember 1914 geschaffen wurde, und die oben genannten, mehrfach veränderten Verordnungen über Wochenhilfe bezw. Wochenfürsorge anzusehen.

Durch diese Maßnahmen wurde die Mütterfürsorge in einem Umfange ausgedehnt, wie es der größte Optimist vor dem Kriege nicht erwartet hat. Und doch ist auch heute unser Wochenhilfegesetz, wie sich insbesondere aus den oben angeführten geringen Geldbeträgen ergibt, noch unzureichend. Man wird auch W. Salomon²⁾ zustimmen, wenn er tadelt, daß vor dem zurzeit geltenden Gesetz die Wöchnerinnen und Stillenden (hinsichtlich der ihnen von Krankenkassen gewährten Unterstützungen, deren Höhe sich nach den Lohnstufen richtet) nicht gleich sind, was vom sozialhygienischen Standpunkte aus wünschenswert ist.

Gegen den Mutterschutzgedanken wurden aus mancherlei Gründen Bedenken geäußert. Dazu hatte der Bund für Mutterschutz, obwohl er sich in mancher Hinsicht Verdienste erworben hat, Anlaß gegeben, indem er die rein gesundheitlichen Ziele mit den sogenannten neuethischen Forderungen verband und hierbei die uneheliche Mutter gewissermaßen noch mit einem Heiligenschein umgeben wollte. Hiergegen ist Widerspruch aus einigen katholischen³⁾ Kreisen laut geworden; aber weder die Zentrumsparlei noch die katholische Kirche haben die geldliche Unterstützung unehelicher Wöchnerinnen mißbilligt, da ja sonst das an seiner unehelichen Geburt unschuldige Kind des hygienischen Nutzens der Mutterschaftsversicherung beraubt worden wäre. M. v. Gruber hat auf einer Tagung⁴⁾ im Jahre 1913 die zugunsten der unehelichen wie der ehelichen Mutter unterschiedslos auszubauende Mutterschaftsversicherung als den „Sarg der Familie“ bezeichnet. In ähnlichem Sinne hat sich 1919 der badische Landesgewerbearzt Holtzmann⁵⁾ gegen die Verordnung betr. Wochenhilfe gewandt, weil hierbei auch die Unterstützung der unehelichen Mütter, soweit sie Angehörige von Krankenkassenmitgliedern sind, vorgesehen ist. Die Rücksichtnahme auf die Stärkung des Familiensinns ist gewiß geboten; daß jedoch durch die lediglich der Gesunderhaltung der Mütter und Säuglinge dienende Wochenhilfe, auch wenn sie den Unehelichen zugute kommt, der Familiensinn irgendwie eine Einbuße erleidet, ist nicht zu erwarten und nicht bekannt geworden. Aber selbst wenn in einigen Fällen ein Mißbrauch vorkommen sollte, so kann darum doch nicht auf den Segen, den die unterschiedslose Wochenhilfe spendet, verzichtet werden.

Erwähnt sei noch, daß, als durch die Reichsversicherungsordnung die Wochenhilfe auch für die landwirtschaftlichen Arbeiterinnen gehörig ausgebaut werden sollte, seitens der Großgrundbesitzer⁶⁾ erklärt wurde, „die gesündere ländliche Lebensweise ermöglicht es dort der Arbeiterfrau, der Regel nach in spätestens vier Wochen ihrer gewohnten Beschäftigung nachzugehen, so daß die grundsätzliche Gewähr einer achtwöchigen Unterstützung eine unnütze Belastung der Krankenkassen darstellen würde, die doch auch nicht im Interesse der ihren Beitrag zahlenden Arbeitnehmer liegt“.

Durch die Wochenhilfe werden mit verhältnismäßig geringen Mitteln sogleich große erkennbare Erfolge hinsichtlich der Gesunderhaltung der Mütter und Kinder erzielt, weil hier die Geldausgabe in dem richtigen Augenblick erfolgt. Wie wir in dem folgenden Abschnitt zeigen werden, sind

¹⁾ Um das Zustandekommen dieser Verordnung hat sich Geheimrat Spielhagen, wie aus der Zeitschr. f. Säugl.- u. Kleinkinderschutz 1917 S. 580 zu ersehen ist, außerordentliche Verdienste erworben.

²⁾ W. Salomon: „Kritische Betrachtungen zur Wöchnerinnenfürsorge“, Zeitschr. f. soz. Hyg., Fürsorge- und Krankenhauswesen 1922 Jahrg. 3 Heft 15.

³⁾ Siehe Joseph Mausbach: „Der christliche Familiengedanke im Gegensatz zur modernen Mutterschutzbewegung“, Münster i. W. 1908; ferner „Zur Frage der Mutterschaftsversicherung“, Kölnische Zeitung vom 19. Februar 1910 (Nr. 181).

⁴⁾ Siehe Bericht über die 38. Versammlung d. Deutsch. Ver. f. öffentl. Gesundheitspflege, Braunschweig 1914, S. 175; vgl. dazu den Aufsatz von A. Fischer in der Münch. med. Wochenschr. 1914 Nr. 23 und die Antwort Grubers, ebenda.

⁵⁾ Holtzmann: „Das neue Gesetz über Wochenhilfe“, Soz. Praxis 1919 Bd. 29 Nr. 8.

⁶⁾ Siehe Frhr. v. Mirbach: „Mutterschutz auf dem Lande“, Der Tag vom 22. Juni 1911 (Nr. 144).

die Säuglinge ganz besonders in den ersten Lebenswochen und -monaten gefährdet; es kommt also vor allem darauf an, daß die Neugeborenen in den ersten Monaten von der Mutter gepflegt und gestillt werden. Dies Ziel wird durch die Wochenhilfe erreicht; darum liegt in dieser Maßnahme ein so außerordentlich hoher gesundheitlicher Wert.

Im Hinblick darauf, daß, wie oben dargelegt wurde, so zahlreiche Niederkünfte ohne Hebammenbeistand erfolgten, ist das am 1. April 1923 in Kraft getretene preußische Hebammengesetz¹⁾ als ein erheblicher Fortschritt zu begrüßen. Das Gesetz erstrebt eine hinreichende und gleichmäßige Verteilung der Hebammen in Stadt und Land. Soweit die Zahl der frei praktizierenden Hebammen nicht genügt, können festbesoldete Bezirkshebammen angestellt werden. Auch den freien Hebammen wird von Staats wegen ein Mindesteinkommen gesichert. Man hofft dadurch zugleich das Abtreibungsgeschäft, an dem oft Hebammen beteiligt sind, zu bekämpfen.

Erforderlich ist sodann, daß eine genügende Zahl zweckdienlich eingerichteter Entbindungsanstalten vorhanden ist. Die an sich gewiß berechnete Forderung: „Die Geburt als wichtigstes Familienereignis gehört an den häuslichen Herd“ kann leider schon im Hinblick auf die im Abschnitt „Wohnungswesen“ geschilderten Zustände in sehr häufigen Fällen vom gesundheitlichen Standpunkte aus nicht unterstützt werden, und zwar gegenwärtig noch weniger als je zuvor.

Nach amtlichen Angaben waren in Preußen²⁾ 66 Entbindungsanstalten mit 3182 Betten im Jahre 1913, dagegen 90 Entbindungsanstalten mit 3824 Betten im Jahre 1921 vorhanden. Jedoch nicht nur die Zahl der Anstalten und Betten, sondern auch die Ziffer der in Anstalten Entbundenen hat seit dem letzten Jahre vor dem Kriege zugenommen; auf 1209385 Geborene (einschl. Totgeborene) im Jahre 1913 kamen 43049 in Anstalten Entbundene, dagegen im Jahre 1921 auf 1001473 Geborene (einschl. Totgeborene) 56283 in Anstalten Entbundene. Es wurden aber selbst im Jahre 1921 nur etwa 6% aller Mütter in Anstalten entbunden. St. Engel³⁾ teilt mit, daß 1921 in Dortmund, wo eine geeignete Anstalt vorhanden ist, von den ehelichen Geburten 14,8, von den unehelichen 53,1% in Anstalten erfolgten.

Eine segensreiche Tätigkeit entfalten auch die Hauspflegevereine, die durch geeignete Kräfte einen Ersatz für die an der Erledigung der Hausarbeiten behinderten jungen Mütter zu bieten sich bemühen.

Für die Unterkunft unehelicher Mütter sind in vielen Städten Mütterheime⁴⁾ eingerichtet worden; aber die vorhandene Zahl solcher Anstalten entspricht noch bei weitem nicht den bestehenden Bedürfnissen. Wie ein gesundheitlichen Ansprüchen genügendes Mütterheim zu gestalten ist, zeigt unsere Abbildung 46 (S. 248).

Durch all die genannten und viele andere (kleinere) Mittel sucht man die Gesundheitsverhältnisse der Mütter zu verbessern; Fortschritte sind ja auch in den letzten Jahren unzweifelhaft erreicht worden. Dennoch muß man Tugendreich, der betont, daß die

¹⁾ Vgl. die Darlegungen von Bundt, Zeitschr. f. Medizinalbeamte 1924 S. 360 ff.

²⁾ Siehe Statistisches Jahrbuch f. d. Freistaat Preußen Bd. 19, Berlin 1923. Erwähnt sei noch, daß 1913 in allen deutschen Entbindungsanstalten nur 3,3% aller Entbundenen niederkamen.

³⁾ St. Engel, siehe Literatur S. 253 Ziffer 3.

⁴⁾ Lotte Möller teilt in dem Aufsatz „Unterkunftsheime für ledige Mütter“ (Zeitschr. f. Säugl.- u. Kleinkindersch. 1922 Heft 3) mit, daß die Anfrage der Vereinigung des Provinzial-Wohlfahrtsamtes Sachsen an alle Pflege- und Wohlfahrtsämter, ob ein dringendes Bedürfnis nach Unterkunftsheimen für ledige Mütter besteht, fast von allen bejaht wurde.

bisherige Mütterfürsorge keinen Vergleich mit der blühenden Säuglingsfürsorge aushält, und daß dies zu beklagen ist, weil die beiden Zweige der Wohlfahrt aufs engste miteinander verbunden sind, durchaus zustimmen.

Literatur: 1. **A. Blum:** a) „Mutterschaftsfürsorge“, Art. i. Handw. d. soz. Hyg., Leipzig 1912; b) siehe Literatur S. 94 Ziffer 3. — 2. **Bossi:** „Einfluß der Menstruation, der Schwangerschaft, der Geburt und des Puerperalstadiums auf die Muskelkraft“, Arch. f. Gynäkol. 1913 Bd. 68. — 3. **Lily Braun:** „Die Mutterschaftsversicherung“, Berlin 1906. — 4. **Bunge:** „Die zunehmende Unfähigkeit der Frauen, ihre Kinder zu stillen“, 2. Aufl., München 1902, 5. Aufl. 1907. — 5. **A. Fischer:** a) „Staatliche und private Mutterschaftsversicherung“, Deutsch. med. Wochenschrift 1907 Nr. 33—35; b) „Über Mutterschaftsversicherung und Mutterschaftskassen“, Deutsch. Viertelj. f. öff. Gesundheitspf. 1909 Heft 3 u. 4; c) „Die Mutterschaftsversicherung in den europäischen Ländern“, 2. Aufl., Gautzsch bei Leipzig 1911; d) „Zehn Jahre Propagandaarbeit für Mutterschaftsversicherung“, Sozialhyg. Mitteil. 1917 Jahrg. 1 Heft 2; e) „Die hygienischen Wirkungen der Reichswochenhilfe“, Bericht über den 5. deutsch. Kongreß für Säuglingsschutz, Berlin 1917 (siehe auch Sozialhyg. Mitteil. 1917 Jahrg. 1 Heft 3 u. 4). — 6. **J. P. Frank:** „System einer vollständigen medicinischen Polizey“, Mannheim 1780, Bd. 1. — 7. **Louis Frank, Keifer u. Louis Maingie:** „Die Versicherung der Mutterschaft“, deutsch. Übers. von N. C. Mardon, Leipzig 1902. — 8. **Henriette Fürth:** „Die Mutterschaftsversicherung“, Jena 1911. — 9. **M. Hirsch:** „Leitfaden d. Berufskrankheiten d. Frau mit bes. Berücksichtigung d. Gynäkologie u. Geburtshilfe im Lichte d. sozialen Hygiene“, Stuttgart 1919. — 10. **H. Jaeger:** a) „Gedanken und Wünsche zum kommenden Ausbau der Mutterschaftsfürsorge“, Blätter f. Säuglings- u. Kleinkinderfürsorge 1919, Februar; b) „Die Wochenhilfe, Kommentar“, München 1920. — 11. **J. Krause:** „Wochenhilfe, Wochenfürsorge u. Familienhilfe, Kommentar“, 3. Aufl. Stuttgart 1922. — 12. **R. Levinsohn:** Siehe Fußnote 2 S. 51. — 13. **E. Lüders:** „Das Problem der Mutterschaftsversicherung“, Zeitschr. f. d. gesamte Versicherungswissenschaft. 1905 Bd. V Heft 1. — 14. **M. Marcuse:** „Uneheliche Mütter“, Berlin 1906. — 15. **P. Mayet:** a) „Umbau u. Weiterbildung d. sozialen Versicherung“, Med. Reform 1906 Nr. 10 u. 11 sowie Nr. 24 S. 294 ff.; b) „Der Schutz von Mutter u. Kind durch reichsgesetzliche Mutterschafts- u. Familienversicherung“, Berlin 1911; c) „Die Sicherung der Volksvermehrung“, Med. Reform 1914 Nr. 11, 12 u. 13; d) „Allgemeine Mutterschaftsversicherung“, Med. Reform 1915 Nr. 25; e) „Uneheliche Mütter“ (mit Vorwort von R. Lennhoff), Berlin 1919. — 16. **L. Moll:** „Zur Psychologie u. Psychopathologie der Mutterschaft (Die Maternitätsneurose)“, Beiträge z. soz. Hyg. d. Säugl.- u. Kleinkindesalters, Berlin 1920. — 17. **S. Peller:** a) „Der Einfluß d. sozialen Lage auf d. Gewicht u. d. Länge des Neugeborenen“, Verhandl. d. Gesellsch. deutsch. Naturforsch. u. Ärzte, 85. Versammlung. Teil II, 2. Hälfte S. 1088, Leipzig 1914; b) „Zur Begründung des Schwangerschutzes durch anthropometrische Untersuchungen an Neugeborenen“, Zeitschr. f. soz. Hyg., Fürsorge- u. Krankenhauswesen 1922 Jahrg. 3 Heft 13. — 18. **F. Rott:** „Die Gestaltung d. Mutterschaftsversicherung nach dem Kriege“, Bericht über den 5. Deutsch. Kongreß f. Säuglingssch., Berlin 1917. — 19. **A. Salomon:** „Mutterschutz u. Mutterschaftsversicherung“, Schrift d. Deutsch. Ver. f. Armenpf. u. Wohltät. Heft 14, Leipzig 1908. — 20. **Paolina Schiff:** „Sulla necessita della istituzione di una assicurazione mutua della maternità“, Milano 1897. — 21. **Adele Schreiber:** „Mutterschaft“, München 1912. — 22. **Schwartz** (gemeinsam mit Köttnitz u. Schuler): a) „Die Überbürdung der Arbeiterinnen u. Kinder in Fabriken“, Deutsch. Viertelj. f. öff. Gesundheitspf. 1886 Bd. 18 Heft 1; b) „Die Folgen der Beschäftigung verheirateter Frauen in Fabriken vom Standpunkt d. öffentl. Gesundheitspflege u. Sozialreform“, ebenda 1903, Bd. 35 Heft 2. — 23. **H. Sellheim:** a) „Die Geburt des Menschen“, Deutsche Frauenheilkunde Bd. 1 S. 290 ff., Wiesbaden 1913; b) „Natur, Kultur und Frau“, Deutsch. med. Wochenschr. 1924 Nr. 2—4. — 24. **O. Solbrig:** „Die Kindbettfiebererkrankungen im Reg.-Bez. Allenstein i. d. Jahren 1907—1909“, Zeitschr. f. Medizinalbeamte 1910 Nr. 9. — 25. **G. Tugendreich:** a) „Die Mutter- u. Säuglingsfürsorge“, Stuttgart 1910; b) „Mutterfürsorge“, Art. i. Handw. d. Kommunalwissenschaft. Bd. 3, Jena 1923. — 26. **W. Weinberg:** „Kindbettfieber und Kindbettsterblichkeit“, Art. i. Handw. d. soz. Hyg., Leipzig 1912.

2. Säuglinge.

Über die Neugeborenen haben wir schon außer in dem Abschnitt „Mütter“ auch in dem Abschnitt „Bevölkerungszusammensetzung und -bewegung“ mancherlei angeführt; wir haben bereits über ihre Zahl nach dem Geschlecht (S. 53 u. 54), nach der ehelichen oder unehelichen Abkunft (ebenda) und nach dem Beruf der Eltern (S. 52) sowie über ihre Sterblichkeitsziffern im allgemeinen (S. 55 u. 56) und über ihre Sterblichkeit je nach

der Wohlhabenheit der Eltern (S. 61) berichtet. Es ist nun aber erforderlich, hier noch einige ergänzende Angaben über die sozialhygienischen Zustände der Säuglinge anzufügen.

a) Kulturelle Einflüsse auf die Gesundheitsverhältnisse der Säuglinge.

α) Die Einflüsse der künstlichen Ernährung.

Für das Schicksal des Säuglings ist neben der auf die Welt mitgebrachten Körperbeschaffenheit nichts so bedeutungsvoll wie die naturgemäße Ernährung. Brustkinder zeigen ein viel besseres Aussehen im allgemeinen als Flaschenkinder, so daß jeder erfahrene Arzt fast stets sofort erkennt, ob der Säugling Muttermilch erhält.

Vielfach ist die Ernährungsart entscheidend für die körperliche Entfaltung auch in den späteren Jahren. Schon im Jahre 1881 hat Russow angegeben, daß die Kinder, welche als Säuglinge die Mutterbrust erhalten hatten, in jedem der ersten acht Lebensjahre durchschnittlich ein höheres Gewicht und einen größeren Wuchs aufwiesen als die, welche mit der Flasche aufgezogen wurden. Friedjung hat 1907 bei den von ihm befragten 155 Turnern den Einfluß der ehemaligen Säuglingsnahrungsweise auf die turnerischen Leistungen festgestellt. C. Röse hat im Jahre 1908 dargelegt, daß bei den nichtgestillten Schulkindern 32%, von den gestillten aber nur 21—23% (je nach der Dauer der Brustnahrung) an kariösen Zähnen litten; er hatte schon im Jahre 1905 auf Grund eines Zahlenstoffes, der 164 000 Personen betraf, mitgeteilt, daß, je länger die Leute gestillt waren, um so größer das Körpergewicht, um so weiter der Brustumfang und um so höher die Militärtauglichkeit waren. Groth und Hahn haben 1910 für ganz Bayern den Zusammenhang der Militärtauglichkeit mit der natürlichen Ernährungsweise nachgewiesen. Gettkant¹⁾ und Helbich¹⁾ haben im Schuljahr 1913/14 bei Schöneberger Schulkindern die Überlegenheit der einstigen Brustnahrung festgestellt. Wenn auch keine dieser Angaben allein als einwandfreier Beweis anzusehen ist, so veranschaulichen sie gemeinsam doch immerhin, wie groß der Nutzen der Brustnahrung nicht nur für die Säuglings-, sondern für die ganze Jugendzeit²⁾ ist, und welchen Schaden alle die im vorigen Abschnitt angeführten kulturellen Einflüsse, welche die Stilltätigkeit hemmen, ausüben.

¹⁾ Gettkant u. Helbich: „Aus der schulärztlichen Tätigkeit zu Berlin-Schöneberg im Schuljahr 1913/14“, Zeitschr. f. Schulgesundheitspf. 1915 S. 40.

²⁾ Von Berliner Schulärzten wurde allerdings angegeben, daß am Ende des 6. Lebensjahres ein Einfluß der Ernährungsart im Säuglingsalter nicht mehr feststellbar ist. (Siehe Paul Meyer: a) Bericht über die Tätigkeit der Berliner Schulärzte im Jahre 1909/10 bzw. 1910/11“, Berlin 1911; b) „Schulhygiene und Volkwehrkraft“, Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung 1918 S. 102 ff.) — Karl Opitz betont — nicht ohne Berechtigung —, daß Ergebnisse solcher Untersuchungen, bei denen die einstige Bruststillung nicht erwiesen ist, sondern nur nach Jahren von den Müttern oder den Befragten angegeben wird, als einwandfrei nicht gelten können. Opitz hat bei seinen Schüleruntersuchungen im Kreise Peine als Unterlagen für die einstige Säuglingsernährung die genauen Aufzeichnungen der Hebammen aus den Jahren 1910 und 1911 benutzt. Er kam zu dem Ergebnis, daß die längere Zeit gestillten Kinder den unzulänglich ernährten Säuglingen während des Schulalters besonders hinsichtlich der Beschaffenheit der Zähne und des Knochengerüsts überlegen sind; Unterschiede bei der Körpergröße und dem Gewicht wurden jedoch nicht festgestellt. (Siehe K. Opitz: „Der Einfluß des Stillens auf die Körperbeschaffenheit von Schulkindern“, Zeitschr. f. Schulgesundheitspf. 1920 S. 305 ff.) Ganz einwandfrei ist aber auch die Untersuchungsweise von Opitz nicht. Denn sie konnte naturgemäß nur die Kinder erfassen, die das Schulalter erreicht haben; unter den vor dem 6. Lebensjahr gestorbenen Kindern waren jedoch unzweifelhaft verhältnismäßig viel mehr nicht gestillte als gestillte, so daß bei den nicht gestillten Kindern, die das 6. Lebensjahr erreicht haben, eine besonders gute Konstitution, sei es, daß diese auf Vererbung oder auf einer günstigen sozialen Lage beruht, anzunehmen ist. Dieser Unterschied bei der durchschnittlichen Konstitutionsbeschaffenheit kann naturgemäß die Vergleichsergebnisse stark beeinflussen.

Diese ungünstigen Einwirkungen der künstlichen Ernährung erkennt man auch, wenn man die Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse der Brustkinder mit denen der Flaschenkinder vergleicht.

In dem Abschnitt „Fortpflanzung“ (S. 199) wurde bereits erwähnt, daß bei künstlicher Immunität das in dem mütterlichen Blut befindliche Antitoxin auf den Embryo übergeht. Diese Übertragung erfolgt auch durch die Milch einer künstlich immunisierten Mutter. Der Schluß liegt daher nahe, daß die auf natürliche Art entstandenen Antitoxine sich ebenfalls in der Milch finden und so in den Körper des Säuglings gelangen. Nur durch die Frauenmilch kann der menschliche Säugling diese Gegengiftkörper erhalten. Dazu kommt noch, daß auch sonst die Beschaffenheit der Frauenmilch durch keine noch so sorgfältig zubereitete Mischung vollkommen getreu nachgeahmt werden kann. Darum ist zu erwarten, daß die Säuglinge¹⁾, die mit Ersatzstoffen ernährt wurden, höhere Krankheitsziffern darbieten als die Brustkinder. Leider fehlen zuverlässige Angaben über die Häufigkeit der Erkrankungen an bestimmten Krankheiten; wir erhalten jedoch eine Vorstellung hiervon, wenn wir die Todesursachenstatistik betrachten. Mayet hat solche zahlenmäßige Übersicht geboten, die über den Krankheitsschutz durch Bruststillung unterrichtet; wir geben die Ziffern in unserer Tafel 51 wieder.

Tafel 51.

Krankheitsschutz durch Bruststillung.

Von je 1000 Säuglingen waren im Jahre 1900 in Berlin 332 an der Brust und 668 anders ernährt. Bei jeder Todesursache sollte man daher unter den Gestorbenen dieselbe Verteilung erwarten, letztere weicht aber zugunsten der Brustkinder ab.

Statt der jedesmal erwartungsmäßig*) . . . 332	Lungenentzündung 115
Brustkinder starben nur an:	Lebensschwäche 127
Englischer Krankheit 34	Syphilis 129
Magen- und Darmkatarrh 41	Schwämmchen 133
Abzehrung 49	Drüsenabzehrung 152
Zahnen 62	Krämpfen 174
Magenkatarrh 66	Hirnhautentzündung 195
Gehirnwassersucht 67	nicht spezifizierten Todesursachen 203
Keuchhusten 83	Diphtheritis und Croup 208
Durchfall 89	Gelbsucht 258
Lungenschwindsucht 100	Bronchitis 262
Kehlkopfeuzündung 107	Gehirnschlag 286

*) „Erwartungsmäßig“, d. h. erwartungsmäßiger Anteil an 1000, wenn die Todesfälle an einer Todesursache = 1000 gesetzt werden.

(Nach Mayet.)

Den außerordentlich großen Wert der natürlichen Ernährungsart erkennt man besonders daran, daß sie sogar die (noch zu erörternden) gewiß nicht geringen Einwirkungen der wirtschaftlichen Verhältnisse im allgemeinen fast ganz auszugleichen vermag. Kriege und Seutemann haben 1906 gezeigt, daß in Barmen bei einem Jahreseinkommen der Väter bis 1500 \mathcal{M} von den Brustkindern 7,3, von den Flaschenkinder 31,6 % starben; bei einem Einkommen über 1500 \mathcal{M} betrug die Sterblichkeit der Brustkinder 6,4, die der Flaschenkinder 12,5 %. Man sieht also, daß die Brustkinder der Armen eine geringere

¹⁾ Auch Tiere, die mit artfremder Milch aufgezogen werden, gedeihen schlechter, als die, welche von ihren Müttern oder Ammen der gleichen Art gestillt werden.

Sterblichkeit aufweisen als die Flaschenkinder der Wohlhabenderen. Ähnliche Ergebnisse wurden dann in mehreren anderen (ländlichen und städtischen) Gemeinden gewonnen.

So bedeutungsvoll das Stillen ist, so wird man es in gewissen Fällen doch für günstiger halten müssen, wenn der Säugling die Milch seiner Mutter nicht erhält. Dies gilt besonders für tuberkulöse Mütter und für solche, die mit Giften arbeiten. Fleck¹⁾ hat nachgewiesen, daß durch die Milch bleikrankter Mütter die Säuglinge bleikrank werden. Kostial²⁾ teilt 1868 mit, daß plötzliche Todesfälle von Säuglingen nur durch unmittelbaren Übergang von Tabakgiften in die Milch und auf diese Art entstandene Nikotinvergiftungen erklärt werden konnten.

β) Sonstige kulturelle Einflüsse.

Außer der Ernährungsart, die ja fast stets von den kulturellen Verhältnissen abhängt, wirken, wie schon erwähnt wurde, noch mannigfache andere Einflüsse der kulturellen Umwelt auf die Gesundheit der Säuglinge ein. Wir erkennen dies zunächst, wenn wir die jeweiligen Säuglingssterblichkeitsziffern in den wichtigsten europäischen und außereuropäischen Staaten, bzw. in den deutschen Gliedstaaten miteinander vergleichen.

Tafel 52.

Die Säuglingssterblichkeit in den wichtigsten europäischen und außereuropäischen Staaten.

Auf 100 Lebendgeborene kamen:

Staaten	Im Jahre	Gestorbene	Staaten	Im Jahre	Gestorbene
Deutsches Reich	1922	13,0	England u. Wales	1922	7,7
Österreich	1920	14,7	Schottland	1922	10,1
Ungarn	1922	20,0	Ver.Staat.v.Amerika	1920	8,6
Rumänien	1920	23,1	Kanada	1921	8,8
Schweiz	1921	7,4	Argentinien	1921	11,1
Frankreich	1921	11,5	Japan	1921	16,8
Belgien	1921	11,5	Viktoria	1921	7,3
Niederlande	1922	6,7	Westaustralien	1921	7,8
Dänemark	1922	6,9	Austral.Staatenbund	1921	6,6
Norwegen	1920	5,6	Neu-Seeland	1921	4,8

[Nach Stat. Jahrbuch f. d. Deutsche Reich 1923.]

Die Tafel 52 zeigt, daß die Sterblichkeitsverhältnisse³⁾ in den einzelnen Staaten sehr verschieden sind; in Rumänien starben über 23, in Neu-Seeland und in Norwegen

¹⁾ Fleck: „Krankheiten der Maler, Anstreicher und Lackierer“, Abhandl. i. Handb. d. Arbeiterkrankheiten, herausg. v. Th. Weyl, Jena 1908.

²⁾ Nach Angabe von Stephani (siehe „Die Krankheiten der Tabakarbeiter“, Abh. i. Weyls Handb. d. Arbeiterkrankheiten, Jena 1908).

³⁾ Es sind Bedenken dagegen, daß die Ziffern der Gestorbenen eines bestimmten Jahres zu der Zahl der Lebendgeborenen desselben Jahres in Beziehung gesetzt werden, geäußert worden. Hans Schmelzle hat aber in seiner Arbeit „Methodisches zur Berechnung der Säuglingssterblichkeit“ (Zeitschr. d. Bayer. Statist. Landesamts 1913 Jahrg. 45 Nr. 4) diese Bedenken entkräftet. Er legte auf Grund einer Untersuchung des bayerischen Zahlenstoffes dar, „daß die bisherige Berechnungsmethode in den allermeisten Fällen der Säuglingssterblichkeit hinreichend genaue Ergebnisse liefert. Dies ist um so mehr der Fall, je größer das Beobachtungsgebiet ist. Nur wo es sich um geographisch eng begrenzte Beobachtungsgebiete, z. B. kleinere Gemeinden, handelt, werden ihre Ergebnisse unsicher“.

Tafel 53.

Die Lebendgeborenen in den wichtigsten europäischen und außereuropäischen Staaten.

Auf 1000 Einwohner kamen:

Staaten	Im Jahre	Lebendgeborene	Staaten	Im Jahre	Lebendgeborene
Deutsches Reich	1921	25,3	England u. Wales	1922	20,4
Österreich	1921	23,6	Schottland	1922	23,5
Ungarn	1922	29,4	Ver.Staat.v.Amerika	1920	23,7
Rumänien . . . . .	.	.	Kanada	1921	29,4
Schweiz	1920	20,9	Argentinien	1921	32,6
Frankreich	1920	21,3	Japan	1921	35,1
Belgien	1920	21,6	Viktoria . . . . .	.	.
Niederlande	1922	25,9	Westaustralien . . . . .	.	.
Dänemark	1922	22,3	Austral.Staatenbund	1921	25,0
Norwegen	1920	26,8	Neu-Seeland	1921	23,3

(Nach Stat. Jahrbuch f. d. Deutsche Reich 1923 bezw. 1921/22.)

nur gegen 5% der Lebendgeborenen. Hierbei spielen gewiß auch Einflüsse der physischen Umwelt eine große Rolle. Ausschlaggebend sind jedoch wohl vor allem die kulturellen Zustände. Im allgemeinen finden wir in den agrarischen Staaten (Niederlande, Dänemark) sehr niedrigere Sterblichkeitszahlen. Aber auch in industriellen Ländern wie England und Belgien ist die Säuglingssterblichkeit geringer als in Deutschland, offenbar weil dort die wirtschaftliche Lage der breiten Volksschichten im allgemeinen günstiger ist als bei uns. Die Sterblichkeitshöhe hängt jedoch zum Teil auch von der Geburtenzahl ab. Die Tafel 53 zeigt, daß in Deutschland verhältnismäßig mehr Kinder geboren werden als in Belgien und England. Gewiß sind zum Teil hierauf unsere größeren Sterbeziffern zurückzuführen. Aber es sei doch darauf hingewiesen, daß in manchen Staaten (Niederlande, Norwegen, auch Kanada, Argentinien u. a. m.) trotz höherer Geburtenzahlen die Säuglingssterblichkeit geringer ist als bei uns. Die verhältnismäßig niedrigere Sterblichkeit in Frankreich beruht offenbar im wesentlichen auf der kleinen Geburtenziffer.

Wie stark die Sterblichkeitsziffern in den einzelnen deutschen Gliedstaaten voneinander abweichen, zeigt die Tafel 54.

Wir entnehmen der Tafel 54, daß während des Jahres 1922 die Säuglingssterblichkeit in Bayern r. d. Rh., Schlesien und Mecklenburg im Verhältnis zu den anderen deutschen Gebieten besonders hoch war. Ungefähr dieselben Ergebnisse zeigten sich im letzten Vorkriegsjahr sowie während des Krieges. Man kann hierbei nicht sagen, daß die mehr landwirtschaftlichen Gebiete besser oder schlechter dastehen als die industriellen. Vor allem sind bei Vergleichen auch die Geburtenziffern (siehe Tafel 5 S. 48) zu berücksichtigen. Die Unterschiede zu erklären, ist ohne genaue Kenntnisse der Einzelheiten unmöglich. Denn als Ursachen der günstigen oder ungünstigen Sterblichkeitsverhältnisse kommen mannigfaltige kulturelle Einflüsse (neben den natürlichen) in Betracht, und zumeist wirken mehrere gleichzeitig einander ergänzend oder hemmend ein.

Einen Einblick in die Wirkung der kulturellen Einflüsse erhalten wir auch, wenn wir die deutschen Säuglingssterblichkeitsverhältnisse während der letzten beiden Jahrzehnte betrachten; in unserer Tafel 55 sind die betreffenden Zahlen enthalten.

Tafel 54.

Die Säuglingssterblichkeit in den Ländern und Landesteilen des Deutschen Reichs*) vor, während und nach dem Weltkriege.

Länder und Landesteile	Im 1. Lebensjahre Gestorbene (ohne Totgeborene) auf je 100 Lebendgeborene												
	ehe- lich	un- ehe- lich	über- haupt	ehe- lich	un- ehe- lich	über- haupt	ehe- lich	un- ehe- lich	über- haupt	ehe- lich	un- ehe- lich	über- haupt	
	1913			1917			1918			1921			1922
Ostpreußen	17,1	30,4	18,5	15,1	26,3	16,8	13,7	24,5	15,7	12,4	23,2	13,7	14,0
Westpreußen	18,1	32,4	19,1	16,2	32,5	18,1	16,2	30,8	18,4	14,0	26,3	15,2	14,9
Stadt Berlin	12,0	19,4	13,7	12,7	21,4	14,6	12,4	23,4	14,7	9,7	27,0	12,3	14,2
Brandenburg	14,7	27,5	16,2	14,4	29,2	16,5	14,1	27,5	16,1	13,1	24,8	14,5	15,1
Pommern	16,7	24,7	17,6	14,9	25,0	16,6	14,7	23,7	16,5	12,6	24,6	14,4	14,5
Posen	16,7	35,5	17,7	14,7	29,7	16,0	15,6	32,0	17,4				
Niederschlesien	18,4	27,9	19,4	16,7	27,8	18,0	19,4	28,2	20,5	16,7	27,0	18,3	17,4
Oberschlesien										19,6	35,5	20,9	18,5
Sachsen	14,8	24,0	15,9	14,8	25,4	16,4	14,4	23,6	15,9	12,8	23,7	14,3	13,8
Schlesw.-Holstein	10,9	23,4	12,2	10,6	23,6	12,2	10,6	23,6	12,3	8,8	21,3	10,1	11,3
Hannover	10,0	20,0	10,8	10,2	20,8	11,2	10,8	20,9	11,9	8,3	19,9	9,2	9,3
Westfalen	12,0	24,8	12,4	10,6	24,0	11,1	12,0	22,9	12,5	10,4	24,6	11,1	11,1
Hessen-Nassau	8,4	17,9	9,1	9,6	18,8	10,4	10,4	21,5	11,5	8,2	21,9	9,1	8,8
Rheinprovinz	12,1	24,2	12,7	12,1	27,5	13,0	13,0	26,5	13,8	11,2	25,2	12,1	11,4
Hohenzollern	14,1	17,8	14,2	15,8	28,1	16,8	17,3	24,7	18,1	12,0	15,7	12,3	12,0
Preußen	14,0	25,5	15,0	13,3	26,2	14,6	14,0	25,8	15,4	12,1	25,3	13,4	12,9
Bayern r. d. Rh.	18,1	24,5	19,0	17,8	25,3	19,0	20,2	29,4	21,9	16,5	23,9	17,5	16,6
Bayern l. d. Rh.	12,6	22,2	13,3	12,1	23,3	13,0	13,3	23,5	14,1	10,6	20,5	11,4	11,2
Bayern	17,3	24,3	18,2	17,0	25,1	18,2	19,2	29,0	20,8	15,8	23,7	16,8	15,9
Coburg	15,3	24,4	16,4	15,4	19,8	15,9	13,3	33,0	15,8				
Bayern m. Coburg	17,3	24,3	18,2	17,0	25,1	18,2	19,2	29,0	20,8	15,8	23,7	16,8	15,9
Sachsen	14,8	20,7	15,7	13,4	21,1	14,5	12,9	19,3	13,8	11,1	19,4	12,3	12,7
Württemberg	13,5	19,5	14,0	13,7	20,8	14,5	14,6	21,8	15,5	10,6	17,1	11,2	11,6
Baden	13,2	19,9	13,8	13,2	20,7	14,0	14,1	20,5	14,9	10,9	17,6	11,5	10,8
Thüringen	13,7	19,0	14,3	12,9	23,2	14,3	13,9	23,1	15,2	11,8	19,2	12,6	11,4
Hessen	8,6	16,6	9,3	10,3	19,7	11,2	10,2	19,0	11,2	8,3	19,9	9,2	8,9
Hamburg	10,0	19,4	11,3	9,1	20,2	10,5	10,3	21,6	11,8	8,2	19,7	9,5	10,8
Mecklenburg-Schwerin	14,7	25,5	16,3	14,7	29,6	17,6	15,2	28,9	18,1	12,8	25,9	15,3	15,5
Oldenburg	9,7	21,0	10,3	10,3	18,3	10,9	10,3	18,1	11,0	8,7	18,0	9,3	9,2
Braunschweig	12,9	20,7	13,8	12,0	22,9	13,7	12,7	22,1	14,3	10,4	20,9	11,8	10,6
Anhalt	15,0	20,2	15,7	14,6	27,3	16,5	13,7	25,1	15,4	13,0	21,6	14,2	13,2
Bremen	9,5	21,4	10,7	8,9	19,4	10,1	10,8	20,3	12,0	8,0	26,1	9,7	10,9
Lippe	9,4	12,6	9,5	9,9	24,5	10,9	10,7	20,7	11,4	7,4	13,7	7,7	7,8
Lübeck	12,8	17,0	13,4	10,1	28,4	12,7	13,0	23,1	14,6	9,5	25,2	11,3	12,6
Mecklenburg-Strelitz	16,3	26,3	17,8	16,8	28,3	19,0	16,1	31,6	19,4	12,8	24,5	14,9	16,6
Waldeck	6,3	17,9	6,9	11,1	27,9	12,0	10,7	16,7	11,1	5,9	26,9	6,9	5,1
Schaumburg-Lippe	7,5	9,8	7,6	9,9	20,7	10,5	10,6	8,3	10,5	8,2	13,3	8,4	5,6
Deutsches Reich	14,2	23,7	15,1	13,6	25,0	14,9	14,4	25,3	15,8	12,2	23,5	13,4	12,9

*) Die abgetretenen Gebiete sind jeweils vom Abtretungsjahr an unberücksichtigt geblieben.

(Nach Stat. Jahrb. f. d. Deutsche Reich 1923.)

Tafel 55.

Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reich*) vor, während und nach dem Weltkrieg.

Im Jahre	Im 1. Lebensjahr Gestorbene (ohne Totgeborene) auf je 100 Lebendgeborene								
	bei den Knaben			bei den Mädchen			bei beiden Geschlechtern		
	ehelich	unehelich	überhaupt	ehelich	unehelich	überhaupt	ehelich	unehelich	überhaupt
1901	21,0	36,0	22,3	17,8	31,7	19,0	19,4	33,9	20,7
1906	19,0	31,7	20,1	15,9	27,1	16,9	17,5	29,4	18,5
1910	16,6	27,6	17,6	13,8	23,6	14,7	15,2	25,7	16,2
1911	19,6	32,0	20,7	16,7	27,7	17,7	18,2	29,9	19,2
1912	15,1	25,1	16,0	12,5	21,3	13,4	13,9	23,2	14,7
1913	15,4	25,7	16,4	12,8	21,7	13,7	14,2	23,7	15,1
1914	16,7	27,2	17,7	14,0	23,2	14,9	15,4	25,3	16,4
1915	15,1	23,6	16,0	12,7	20,5	13,5	13,9	22,1	14,8
1916	14,2	23,1	15,2	11,9	20,3	12,8	13,1	21,8	14,0
1917	14,7	26,9	16,1	12,4	23,1	13,6	13,6	25,0	14,9
1918	15,7	27,2	17,2	13,0	23,3	14,3	14,4	25,3	15,8
1919	14,2	28,1	15,8	11,7	23,8	13,1	13,0	26,0	14,5
1920	13,1	24,8	14,4	10,6	21,1	11,8	11,9	23,0	13,1
1921	13,4	25,5	14,6	10,9	21,3	12,0	12,2	23,5	13,4
1922	.	.	.	.	.	.	.	.	12,9

*) Die abgetretenen Gebiete sind jeweils vom Abtretungsjahr an unberücksichtigt geblieben.

(Nach Stat. Jahrb. f. d. Deutsche Reich 1923.)

Die Tafel 55 zeigt, daß im Jahre 1901 die Säuglingssterblichkeit noch sehr hoch war, daß sie aber bis zum Jahre 1910 erheblich gefallen ist. Unterbrochen wurde diese Entwicklung im Jahre 1911, das durch einen besonders heißen Sommer gekennzeichnet ist. In den Jahren 1912 und 1913 sanken die Sterbeziffern dann wieder. Im ersten Kriegsjahr (1914) finden wir einen beträchtlichen Anstieg, und man befürchtete eine große Säuglingssterblichkeit, falls der Krieg fortgeführt werden würde. Diese Erwartung trat nicht ein. Denn im Dezember 1914 wurde die Kriegswochenhilfe geschaffen¹⁾, die, wie wir oben (S. 226) dargelegt haben, die Mütter zu einer weit ausgedehnten Stilltätigkeit veranlaßte; hierauf ist es wohl zum großen Teil zurückzuführen, daß die Säuglingssterblichkeit während des Krieges sogar geringer war als in den letzten Vorkriegsjahren. Es darf aber hierbei nicht übersehen werden, daß, wie unsere Tafel 5 (S. 48) zeigt, die Geburtenziffern während des Krieges erheblich gesunken sind.

Die Tafeln 54 und 55 belehren uns auch darüber, daß die gesundheitlichen Verhältnisse der unehelichen Säuglinge weit schlechter sind als die der ehelichen. Bei beiden Geschlechtern, in allen Landesgebieten und in jedem der in Betracht gezogenen Jahre starben erheblich mehr uneheliche Lebendgeborene als eheliche. Mehrfach haben wir bereits (insbesondere S. 47 ff.) auf den hohen hygienischen Wert des Familienlebens hingewiesen. Gerade für die Gesunderhaltung der Säuglinge ist das Band, das Mutter und Kind vereinigt, von entscheidender Bedeutung. Aber nur zu oft wird die uneheliche

¹⁾ Man hat gesagt, daß die Nahrungsmittelkarten (siehe S. 109) die deutsche erwachsene Zivilbevölkerung und die Kriegswochenhilfe die deutschen Säuglinge während des Krieges am Leben erhalten haben. Über den Wert der Nahrungsmittelkarten gehen die Ansichten auseinander, über die Kriegswochenhilfe besteht dagegen völlige Übereinstimmung.

Mutter gleich oder wenige Zeit nach der Niederkunft von ihrem Sprößling getrennt. Darauf beruht in allererster Linie die gesundheitlich schlechte Lage der unehelichen Säuglinge, die, wenn der Zusammenhang mit ihren Müttern zerrissen ist, nicht nur die natürliche Ernährung, sondern überhaupt die unersetzbare mütterliche Pflege und Liebe entbehren müssen. Dazu kommt dann noch, daß zahlreiche von den unehelichen Müttern sich während der Schwangerschaft in wirtschaftlich ungünstigen Verhältnissen befanden, was auf die Entwicklung des Kindes im Mutterleibe äußerst nachteilig einwirkte (vgl. die Tafeln 49 u. 50).

Die körperliche Minderwertigkeit der unehelichen Kinder gegenüber den ehelichen zeigt sich auch in der späteren Entwicklung. Spann hat 1909 Angaben veröffentlicht, wonach in Frankfurt a. M. „rund zweimal weniger Uneheliche das 2., und viermal weniger das 20. Lebensjahr“ erreichten, und unter den Ehelichen 50,2, unter den Unehelichen aber nur 32,6% militärtauglich waren. (Unterlagen, die sich auf unsere frühere Militärtauglichkeitsstatistik stützen, sind allerdings nur mit Vorsicht zu verwenden.) In mehreren Arbeiten hat Reiter sich mit der Körperbeschaffenheit der unehelichen Kinder befaßt; er gelangte zu dem Ergebnis, daß die unehelichen hinsichtlich der Körpermaße hinter den ehelichen zurückstehen, und daß sich unter den ersteren bedeutend mehr Fälle von geistiger Schwäche sowie psychopathischer Veranlagung finden als unter den letzteren. Er zieht aus seinen Untersuchungen den Schluß, daß „der Mehrzahl der Unehelichen eine minderwertige körperliche und geistige Veranlagung und geringere Widerstandsfähigkeit angeboren ist“. Diesen Angaben stehen aber auch anderslautende Ergebnisse gegenüber. Peiper hat gefunden, daß das Körpergewicht der unehelichen Neugeborenen nicht nur nicht geringer, sondern größer ist als das der ehelichen; die Unehelichen würden zumeist von Personen, die in der Blüte der Jahre stehen und gesund sind, erzeugt werden, und lassen bei der Geburt keine Minderwertigkeit erkennen. Besonders hierauf stützte sich Hanauer, der bezweifelt, daß die behauptete Minderwertigkeit der Unehelichen hinreichend erwiesen ist, und die Frage aufwirft, ob es sich, wenn diese Minderwertigkeit festgestellt ist, hierbei um eine angeborene oder durch die soziale Umwelt erzeugte Eigenschaft handelt.

Die (schon auf S. 61 erwähnte) Einwirkung der sozialen und wirtschaftlichen Verhältnisse der Eltern auf die Gesundheitszustände der Säuglinge veranschaulicht deutlich die Tafel 56. Man entnimmt ihr, um wieviel größer die Sterblichkeit der Säuglinge in den sozial niederen Familien ist als in den höheren Gesellschaftskreisen. Hierbei ist aber zu berücksichtigen, daß neben den sozialen und wirtschaftlichen Einflüssen sich auch Bildung und allgemeine Kultur geltend machen, und daß in den oberen Schichten die Geburtenziffern (siehe S. 52 u. 53) weit kleiner sind als in den unteren.

Wie die Wohnungs- bzw. Siedlungsverhältnisse auf die Gesundheit der Säuglinge einwirken, läßt sich ziffernmäßig schwer nachweisen. Die betreffenden statistischen Ergebnisse wechseln in den einzelnen Jahren und weichen, je nach der angewandten Berechnungsart, voneinander ab. Nach amtlichen Angaben belief sich im Deutschen Reich¹⁾ während des Jahres 1920 die Säuglingssterblichkeit in Orten mit über 15000 Einwohnern auf 3,1, in Orten mit unter 15000 Einwohnern auf 3,6 von je 1000 Einwohnern; im Jahre 1921 war der Unterschied zugunsten der größeren Orte noch erheblicher (2,8 : 3,8%). Da-

¹⁾ Siehe „Wirtschaft und Statistik“ 1924 Heft 1.

Fischer, Soziale Hygiene.

Tafel 56.

Die Säuglingssterblichkeitszahlen nach Berufsklassen der Eltern
in Preußen 1912/14.

Auf 100 Lebendgeborene starben:

1. D 1	Häusliche Dienste, einschl. persönl. Bedienung — ohne das ländl. Gesinde	28,6
2. F 3	Insassen von öffentl. Anstalten	21,6
3. D 2	Lohnarbeit wechselnder Art — Tagelöhner, Arbeiter, ohne das ländl. Gesinde	21,3
4. F 1	Rentner, Pensionäre, Altsitzer usw.	19,2
5. A d	Landwirtschaft: Ländl. Tagelöhner und Arbeiter;	
	B d Industrie und Handwerk: Hilfspersonen ohne gewerbl. Ausbildung wie Handlanger, Kutscher, auch Heizer, Maschinisten, Fabrikarbeiter, Arbeiter usw.;	
	C d Handel und Verkehr: Hilfspersonen, Packer, Hausdiener, Geschäftskutscher, Arbeiter usw.	16,8
6. A c	Landwirtschaft: Ländl. Gesinde — Knechte und Mägde — und sonstige Hilfspersonen;	
	B c Industrie und Handwerk: Gesellen, Gehilfen, Lehrlinge und andere mit Berufs- und gewerbl. Ausbildung;	
	C c Handel und Verkehr: Handlungsgehilfen, auch Kellner usw.	15,8
7. A a	Landwirtschaft: Selbständige, Betriebs- und Geschäftsleiter, höhere Forstbeamte usw.;	
	B a Industrie und Handwerk: Selbständige, Betriebs- und Geschäftsleiter usw.;	
	C a Handel und Verkehr: Selbständige, Betriebs- und Geschäftsleiter usw.	12,4
8. E c	Kastellane, Portiers, Boten, Arbeiter, Dienstpersonal in Anstalten	12,7
9. A b	Landwirtschaft: Wirtschaftsbeamte, Aufsichts- und Büropersonal;	
	B b Industrie und Handwerk: Technisch und kaufmännisch gebildetes Aufsichts- und Büropersonal;	
	C b Handel und Verkehr: kaufmännisch gebildetes Büro- und Rechnungspersonal	11,1
10. E b	Unteroffiziere und Gemeine, Büro- und Verwaltungspersonal	8,9
11. E a	Offiziere, höhere Beamte, Anwälte, Ärzte, Künstler bei Musik und Theater	7,1
	Allgemeine Säuglingssterblichkeit im Durchschnitt	15,3

(Nach F. Rott.)

gegen starben in Preußen¹⁾ während des Jahres 1920 in den Städten 137, auf dem Lande aber nur 132 von je 1000 Lebendgeborenen, während z. B. in den Jahren 1912 bis 1918 stets die Städte niederere Ziffern darboten als das Land.

Bedeutungsvoll ist es, festzustellen, in welchen Abschnitten des ersten Lebensjahres die Kinder starben. Rösle²⁾ hat 1911 dargelegt, daß die Säuglingssterblichkeit die von Lebensvierteljahr zu Lebensvierteljahr erheblich fällt, in den letzten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts in allen Kulturstaaten gesunken ist, daß aber diese Abnahme nur auf der Verminderung der Sterblichkeit während des ersten Lebensvierteljahres beruhte. Die zuletzt genannte Feststellung trifft jedoch für das Deutsche Reich³⁾ in der Zeit von 1913 bis 1921 nicht mehr zu; denn innerhalb dieses Zeitraumes sind die Säuglingssterblichkeitsziffern nicht nur im ersten, sondern auch in den drei anderen Lebensvierteljahren erheblich gesunken. Für Baden kann ich in der Tafel 57 entsprechende Ziffern, die sich auf die Spanne von 30 Jahren erstrecken, anführen.

¹⁾ Siehe „Medizinalstatistische Nachrichten“, herausg. v. Preuß. Stat. Landesamt, Jahrg. 11 Heft 3 und 4, Berlin 1923.

²⁾ Siehe Literatur S. 17 Ziffer 10 a.

³⁾ Siehe Statistik d. Deutsch. Reiches Bd. 307, Berlin 1924.

Tafel 57.

Die Säuglingssterblichkeit nach Lebensvierteljahren in Baden
1892, 1902, 1912 und 1922.

Jahr	Lebendgeborene	Im 1. Lebensjahr Gestorbene	Gestorbene im Alter von				Auf 100 Lebendgeborene Gestorbene im 1. Lebensjahr	Auf 100 Lebendgeborene kamen Gestorbene im Alter von			
			0-3	3-6	6-9	9-12		0-3	3-6	6-9	9-12
			Monaten					Monaten			
1892	54858	11969	6610	2641	1570	1148	21,8	12,0	4,8	2,9	2,1
1902	65496	12812	7026	2915	1717	1154	19,6	10,7	4,5	2,6	1,8
1912	60616	8380	4861	1670	1104	745	13,8	8,0	2,8	1,8	1,2
1922	54723	6078	3819	1034	719	506	11,1	7,0	1,9	1,3	0,9

(Nach amtlichen Angaben berechnet.)

Man entnimmt der Tafel 57, daß die Säuglingssterblichkeit auch in Baden im ersten Lebensvierteljahr besonders hoch ist. Aber die Abnahme der Säuglingssterblichkeit im allgemeinen innerhalb der Jahre 1892 bis 1922 beruhte nicht nur auf der Verminderung während des ersten Lebensvierteljahres; denn die Verminderung während des ersten Vierteljahres beläuft sich nur auf 41,7, während des zweiten aber auf 60,4, während des dritten auf 55,2 und während des vierten auf 57,1 %.

In Baden liegen über die Säuglingssterblichkeit Angaben nicht nur nach Lebensvierteljahren und -monaten vor, es werden bei dem ersten Monat auch die Wochen, bei der ersten Woche die Tage und bei dem ersten Tage die Stunden unterschieden. Die entsprechenden Verhältniszahlen enthält unsere Tafel 58.

Tafel 58.

Säuglingssterblichkeit nach Alters-Stunden, -Tagen, -Wochen und
-Monaten in Baden 1913 und 1922.

Jahre	Geschlecht	Totegeb. in % der Geborenen	Von je 1000 Lebendgeborenen starben																	
			in der			vom	in der			im										
			1.	2. bis 12.	13. bis 24.	2. bis 7. Tag	2.	3.	4.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.
			Stunde			Tag	Woche			Monat										
1913	männl.	2,7	7,7	8,7	3,8	15,3	7,5	6,8	5,5	18,9	15,8	11,8	10,1	8,4	6,6	6,3	6,6	4,7	4,2	4,0
	weibl.	2,4	6,2	6,1	2,2	11,4	5,0	5,1	4,2	14,2	11,8	10,0	8,8	6,8	5,7	5,3	4,7	5,7	5,3	4,1
1922	männl.	2,9	9,0	11,4	2,9	17,0	8,1	5,8	4,2	12,4	10,3	8,6	6,3	6,3	4,7	4,7	4,1	4,1	2,8	3,0
	weibl.	2,3	6,3	7,8	1,9	11,8	4,9	4,3	3,7	9,6	7,6	6,5	5,6	4,3	4,6	4,2	4,0	2,9	2,4	3,2

(Nach amtlichen Angaben berechnet.)

Die Tafel 58 zeigt, daß im letzten Vorkriegsjahr etwa ein Drittel aller Säuglingssterbefälle auf den ersten Lebensmonat kam; im Jahre 1922 war es aber nahezu die Hälfte. Es gilt also im Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit jetzt noch mehr als zuvor das Augenmerk ganz besonders auf die Säuglinge im ersten Lebensmonat zu richten. Hierbei wird vor allem auf die oben (S. 229) erörterte Schwangerenfürsorge, aber auch auf die Inanspruch-

nahme ärztlicher Behandlung hinzuwirken sein. Daß sehr viele Säuglinge sterben, ohne ärztliche Hilfe genossen zu haben, wird unten noch zu zeigen sein. Bei den Kindern, die in den ersten Lebensstunden gestorben sind, war wohl vielfach insbesondere auf dem Lande ärztliche Hilfe nicht rechtzeitig zu erhalten; aber von den sonstigen gestorbenen Säuglingen hätte man gewiß viele noch retten können, wenn sie ärztlich behandelt worden wären.

Während der einzelnen Jahreszeiten ist die Säuglingssterblichkeit nicht gleichhoch. A. Schloßmann hat bereits 1897 den sogenannten Sommergipfel bei der Säuglingssterblichkeit in Sachsen dargelegt; und im Jahre 1907 hat er nachgewiesen, daß eine hohe Sommersterblichkeit keineswegs auslesend wirkt, da in den darauffolgenden Monaten November und Dezember genau so viel Kinder starben wie bei einer niederen Sommersterblichkeit. Daß der Sommergipfel nicht eine lediglich auf natürlichen, sondern auch eine auf kulturellen Einflüssen beruhende Erscheinung ist, geht aus den Untersuchungen, die A. Schloßmann 1920 und 1922 sowie Hanssen 1922 veröffentlicht haben, hervor. Letzterer zeigte an der Hand von alten schleswig-holsteinischen Kirchenbüchern, daß es in früheren Jahrhunderten, wo die Brustnahrung die Regel war und die künstliche Ernährung wenig angewandt wurde, keinen Sommergipfel gab, und daß in Schleswig-Holstein selbst im heißen Jahre 1917 durch die Steigerung der Stilltätigkeit die erhöhte Sterblichkeit im Sommer vermieden wurde. Durch kulturelle Maßnahmen, wie Förderung des Stillens durch Stillgeld sowie durch Sorge für reichlichen Aufenthalt der Säuglinge im Freien läßt sich der Sommergipfel erheblich einschränken. Schloßmann hat darauf hingewiesen, daß während der letzten Jahre die Sommersterblichkeit im Regierungsbezirk Düsseldorf gesunken ist, ja daß es in den Landkreisen gar keinen Sommergipfel mehr, sondern eine Winterspitze gab, und er meint, daß, wie man aus dem früheren Sommergipfel auf die Verbreitung der unnatürlichen Ernährung geschlossen hat, man jetzt aus dem Schwinden des Sommergipfels die Zunahme der Stilltätigkeit erkennen kann. Auch nach den neuesten amtlichen Angaben für ganz Preußen¹⁾ war die Säuglingssterblichkeit während der Wintermonate 1920 auffallend hoch. Offenbar liegt die Ursache hierfür in dem Kohlenmangel, bzw. in den sehr stark gestiegenen Kohlenpreisen, welche eine genügende Beheizung der Wohnräume verhinderten.

Einen Einblick in die gesundheitlichen Zustände der Säuglinge gewährt auch die Todesursachenstatistik (siehe Tafel 71 S. 263). Angeborene Lebensschwäche und Bildungsfehler, übertragbare Krankheiten, darunter besonders Lungenentzündung sowie Verdauungskrankheiten, vor allem Magen- und Darmkatarrhe spielen hier die Hauptrolle.

Wie verschiedenartig sich die einzelnen Todesursachen bei den Säuglingen je nach der Wohlhabenheit der Eltern geltend machen, zeigt die Tafel 108 Seite 350. Man sieht u. a., daß bei den Kindern der Wohlhabenden die angeborene Lebensschwäche, bei den Kindern der Ärmeren dagegen die Verdauungsstörungen die hauptsächlichsten Todesursachen sind. Zu diesen Ergebnissen gelangten auch Wolff²⁾ und Griepentrog²⁾ bei ihrer Untersuchung in Halle.

Geradezu unglaubliche Mißstände erkennen wir, wenn wir prüfen, wie viele unter den gestorbenen Säuglingen ohne jede ärztliche Behandlung geblieben sind.

¹⁾ Siehe „Medizinalstatistische Nachrichten“, herausg. v. Preuß. Stat. Landesamt, Jahrg. 11 Heft 3 u. 4, Berlin 1923.

²⁾ Siehe Literatur S. 69 Ziffer 21.

Nach amtlichen Feststellungen hatten in Baden¹⁾ von den im Jahre 1922 gestorbenen Säuglingen nur 58,09% ärztliche Behandlung genossen; im letzten Vorkriegsjahr (1913) waren es 55,46% und während des Kriegsjahres 1916 infolge des Ärztemangels sogar nur 49,67%. Die ärztliche Behandlung hat mithin in der letzten Zeit wiederum etwas zugenommen, und es ist auch anzuführen, daß in den 70er Jahren des 19. Jahrhunderts sogar nur etwa ein Drittel der im ersten Lebensjahr Gestorbenen ärztlich behandelt war. Daß aber auch noch im Jahre 1922 trotz des Ärzteüberflusses in einem Kulturstaat wie Baden²⁾ eine so große Zahl von Kindern starb, ohne ärztliche Behandlung genossen zu haben, zeigt deutlich genug, wie mangelhaft unsere Fürsorgemaßnahmen immer noch sind. In den großen Städten hat es ja allerdings verhältnismäßig selten an ärztlicher Behandlung gefehlt. Es waren 1922 in Heidelberg 91,5, Freiburg 85,7, Karlsruhe 75,5, Mannheim 61,4, dagegen in manchen ländlichen Bezirken wie Pforzheim-Land, Engen, Waldkirch, Eppingen, Boxberg nur etwa 31 bis 37% der gestorbenen Säuglinge behandelt gewesen. Beachtenswert ist, eine wie große Zahl der Kinder, die im ersten Lebensmonat gestorben sind, ärztliche Behandlung entbehrt hat. Hierüber unterrichtet die Tafel 59. Aber auch von den über einen Monat alten gestorbenen Säuglingen hat selbst im Jahre 1922 mehr als ein Viertel keine ärztliche Behandlung genossen.

Tafel 59.

Todesfälle der Kinder unter 5 Jahren und deren ärztliche Behandlung
in Baden 1905/12, 1913, 1916 und 1922.

Altersgruppen	1905/12			1913			1916			1922		
	Gestorbene überhaupt	Ärztlich behandelte unter den Gestorbenen	Von 100 Gestorbenen waren ärztlich behandelt	Gestorbene überhaupt	Ärztlich behandelte unter den Gestorbenen	Von 100 Gestorbenen waren ärztlich behandelt	Gestorbene überhaupt	Ärztlich behandelte unter den Gestorbenen	Von 100 Gestorbenen waren ärztlich behandelt	Gestorbene überhaupt	Ärztlich behandelte unter den Gestorbenen	Von 100 Gestorbenen waren ärztlich behandelt
Unter 1 Monat . . .	3578	1122	31,4	2796	933	33,4	1549	478	31,4	2724	1063	39,0
1 Monat bis unter 1 Jahr . . .	7533	4979	66,1	5251	3530	67,2	2902	1724	59,4	3354	2468	73,6
1 bis unter 2 Jahre . . .	1611	1334	82,8	1185	962	81,2	1159	900	77,7	835	723	86,6
2 bis unter 5 Jahre . . .	1104	956	86,6	919	797	86,7	1193	996	83,5	524	476	90,8

(Nach amtlichen Angaben berechnet.)

Als Ursachen für die geringe Inanspruchnahme der Ärzte in Krankheitsfällen, die zum Tode führten, kommen Gleichgültigkeit, Geldmangel und Zweifel der Eltern an dem Wert der Behandlung angesichts der miflichen Wohnungs- und Ernährungsverhältnisse in Betracht. Wie dem auch sei, der jetzige Zustand darf nicht bleiben. Denn es geht ja bei uns barbarischer zu als bei den alten Spartanern³⁾. Dort entschieden wenigstens erfahrene Männer, ob ein Kind lebensunfähig und daher preiszugeben ist. Bei uns stellen die eigenen Eltern oder sonstige Personen ohne Sachkenntnis „Lebensschwäche“ oder

¹⁾ Die wirklichen Zahlen durfte ich den Listen des Bad. Stat. Landesamtes entnehmen.

²⁾ In anderen deutschen Gliedstaaten ist es keineswegs besser als in Baden; aber zahlenmäßige Vergleiche lassen sich nicht ausführen, weil die meisten Staaten, insbesondere Preußen, keine Angaben über die Zahl der ärztlich Behandelten unter den Gestorbenen veröffentlichen. (Siehe den Abschnitt „Medizinalstatistische und sozialpathologische Übersicht“ S. 347.)

³⁾ Vgl. S. 20.

„Verdauungskrankheiten“ fest und lassen die Kranken, ohne die Ansicht eines Arztes gehört zu haben, dahinsiechen.

Schließlich sei noch erwähnt, daß, wie W. Hauser¹⁾ an der Hand der Erfahrungen in badischen Amtsbezirken dargelegt hat, zwischen Säuglings- und allgemeiner Tuberkulosesterblichkeit ein gewisser Parallelismus besteht. Bei einem Vergleich der Todesfälle im Jahre 1907 ergab sich, daß in den badischen Bezirken, welche eine hohe Säuglingssterblichkeit aufwiesen, auch die Tuberkulose besonders stark verbreitet war. Ich habe den neuesten badischen Sterblichkeitslisten²⁾ entnommen, daß in der Tat auch jetzt noch für einige Bezirke die Beobachtung Hausers zutrifft, für andere jedoch nicht mehr. Der Parallelismus stammte offenbar daher, daß sich bei der Säuglings- und Tuberkulosesterblichkeit die gleichen wirtschaftlichen Einflüsse geltend machten. Der Grund für die Änderung dürfte darin liegen, daß es gelungen ist, die hohe Säuglingssterblichkeit insbesondere durch die Wochenhilfe wesentlich zu vermindern, während ein gleich wirkungsvolles Mittel im Kampfe gegen die Tuberkulose bisher nicht angewandt wurde. Darum ist z. B. im Bezirk Pforzheim, wo früher die Säuglings- wie die Tuberkulosesterblichkeit sehr hoch war, die erstere stark, sogar weit unter den Landesdurchschnitt gefallen, während die letztere nicht nur nicht geringer, sondern größer geworden ist.

b) Säuglingsfürsorge.

Im Anschluß an den Art. 119 der Reichsverfassung (siehe oben S. 211), der sich mit dem Schutz der Familie und der Mutterschaft befaßt, heißt es im Art. 120 und 121:

Die Erziehung des Nachwuchses zur leiblichen, seelischen und gesellschaftlichen Tüchtigkeit ist oberste Pflicht und natürliches Recht der Eltern, über deren Betätigung die staatliche Gemeinschaft wacht.

Den unehelichen Kindern sind durch die Gesetzgebung die gleichen Bedingungen für ihre leibliche, seelische und gesellschaftliche Entwicklung zu schaffen wie den ehelichen.

Hierdurch ist für den Nachwuchs, auch für den unehelichen, grundsätzlich das Recht auf Gesundheit³⁾, das wir oben (S. 5 u. 6) für das ganze Volk gefordert haben, ausgesprochen worden. Nach dem Sinne der Verfassung soll die Fürsorge für den Nachwuchs rechtzeitig, also nicht erst, wenn die Gesundheit schon Schaden erlitten hat, einsetzen, es soll sogar eine körperliche Tüchtigkeit erzielt werden. Um diese Absicht der Verfassung wirkungsvoll durchzuführen, wurde das Reichsgesetz für Jugendwohlfahrt vom 9. Juli 1922 (RGBl. I S. 633) geschaffen.

Das Reichsjugendwohlfahrtsgesetz befaßt sich mit dem gesamten Jugendalter. Im § 1 heißt es, daß jedes deutsche Kind ein Recht auf Erziehung zur leiblichen, seelischen und gesellschaftlichen Tüchtigkeit hat, und daß, insoweit dieser Anspruch des Kindes von der Familie nicht erfüllt wird, öffentliche Jugendhilfe eintritt. Hiermit ist der Kreis der Kinder, die der Fürsorge bedürfen, grundsätzlich bezeichnet. Und um diese Fürsorge

¹⁾ W. Hauser: „Die Gesundheitszustände“, Abhandl. i. „Das Großherzogtum Baden“, Karlsruhe 1912.

²⁾ Siehe Sozialhygienische Mitteilungen 1924 Heft 3 S. 56.

³⁾ Zutreffend äußerte sich St. Engel 1923: „Es ist in der Tat unerträglich, daran zu denken, wie vielen Menschen schon in der Wiege ihr unveräußerliches Recht auf Gesundheit und Lebensfreude verkümmert wird.“ Daß man dem Säugling das Recht auf Muttermilch einräumen muß, hat Grotjahn schon 1905 betont. (Siehe Med. Reform 1905 Nr. 52 S. 414.)

in die Wege zu leiten, ordnet das Gesetz die Bildung von Jugendämtern an. Das Jugendamt hat insbesondere das Wohl der (zumeist unehelichen) Pflegekinder zu schützen; es erlangt mit der Geburt eines unehelichen Kindes die Vormundschaft.

Über den Kreis der fürsorgebedürftigen Kinder stimmen in der Praxis die Ansichten nicht ganz überein. Nach Tugendreich (siehe Literatur S. 253 Ziffer 25 b) ist das uneheliche Kind fürsorgebedürftig, und das eheliche, „falls ihm seine Eltern aus eigenen Mitteln eine den gesundheitlichen und erzieherischen Mindestforderungen genügende Aufzucht nicht bereiten können oder wollen“; er betont, daß fürsorgebedürftig nicht gleichbedeutend mit Armut im verwaltungstechnischen Sinne ist, und daß es bis weit in den Mittelstand hinein, z. B. meistens bei außerhäuslicher Erwerbsarbeit der Mutter, an einer den Mindestanforderungen genügenden Aufzucht mangelt. Noch weiter wird der Kreis von Weinberg (Bochum) ausgedehnt, nämlich auf „die breite Masse der Kinder, deren Eltern den gesundheitlichen Mindestanforderungen durchaus genügen wollen und auch nach ihren wirtschaftlichen Verhältnissen könnten, aber wegen ihrer ungenügenden Vorbildung auf diesem Gebiete nicht dazu in der Lage sind“; er meint, man soll alle Säuglinge und entsprechend alle Kleinkinder, bei denen die private Fürsorge die Leistungen der öffentlichen Fürsorge nicht erreicht, als fürsorgebedürftig ansehen. Rott (siehe Literatur S. 253 Ziffer 17 a) geht von den Ziffern, die wir in Tafel 56 wiedergaben, aus und ist der Ansicht, daß in den Berufsgruppen, in welchen die Säuglingssterblichkeit während der Jahre 1912/14 den Durchschnitt von 15,3% überschritten hat, Fürsorgebedürftigkeit vorliegt; an der Hand der Zahlen der Lebendgeborenen, die aus diesen Kreisen stammen, kommt er zu dem Schluß, daß zwei Drittel aller Lebendgeborenen der öffentlichen Fürsorge bedürfen. Zu einem sehr ähnlichen Ergebnis gelangt man, wenn man unsere Tafel 11 (S. 52) betrachtet; im Jahre 1921 entfielen auf die Arbeiter und Dienenden der drei großen Berufsabteilungen (die anderen Berufsabteilungen sind nicht gut für sozialhygienische Betrachtungen zu verwerten, da sie zu verschiedenartig zusammengesetzt sind; sie umfassen zudem insgesamt nur 15%, wie aus unserer Tafel 23 S. 73 hervorgeht) 68% der Lebendgeborenen; diese dürften im wesentlichen den Kreis der Fürsorgebedürftigen darstellen.

Durch das Jugendwohlfahrtsgesetz ist eine sichere Grundlage auch für die Säuglingsfürsorge geschaffen worden. Aber die Fürsorge für die jüngsten Altersklassen steht in engstem Zusammenhang mit zahlreichen anderen sozialhygienischen Maßnahmen und ist je nach den klimatischen, sozialen, wirtschaftlichen und sonstigen kulturellen Zuständen der jeweiligen Ortschaft so verschiedenartig zu gestalten, daß sich als Träger des Säuglingsschutzes die Gemeinden bzw. die Gemeindeverbände (Kreise) am besten eignen; hierbei wird vorausgesetzt, daß sich die Gemeinden mit den besonderen Wohlfahrtsvereinen verbinden und daß der Staat schwache Gemeinden mit Geld unterstützt.

Den zahlreichen Bedürfnissen auf dem Gebiete des Säuglingsschutzes, die sich schon aus unseren obigen Schilderungen der vorliegenden Mißstände unschwer erkennen lassen, sucht man durch mannigfaltige Maßnahmen zu entsprechen. Tugendreich hat diese folgendermaßen gegliedert:

1. Die Fürsorge erfolgt, während Mutter und Säugling zusammen im eigenen Haushalt verbleiben.
2. Die Fürsorge bringt Mutter und Säugling in Einzelpflege unter.
3. Die Fürsorge bringt Mutter und Säugling zusammen in Anstalts- (geschlossene) Pflege unter.

(Fortsetzung S. 250.)

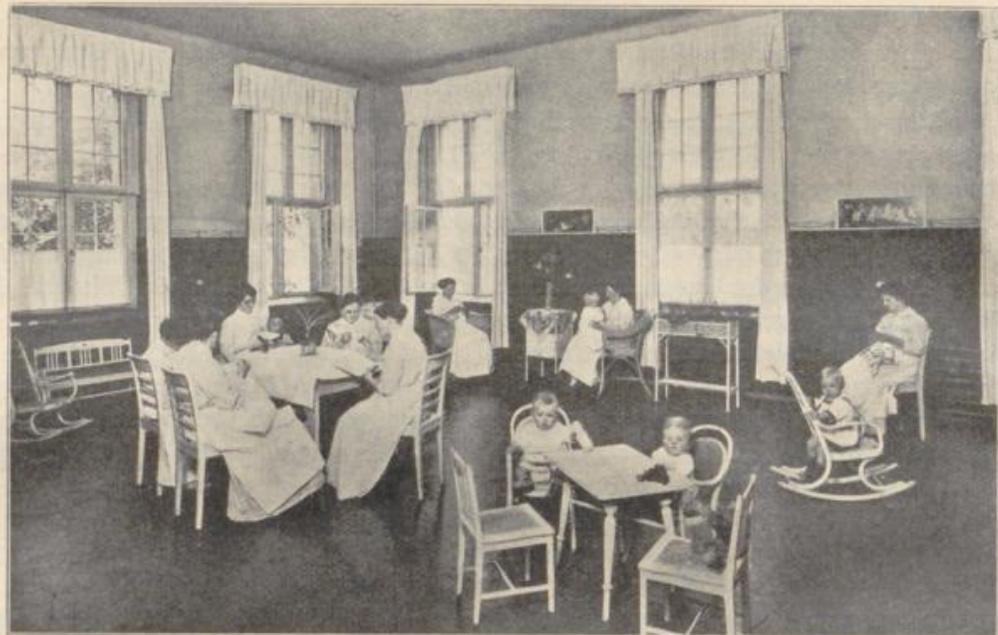


Abb. 46 Mütterheim.

Nach einem Lichtdruck im „Atlas der Hygiene des Säuglings- und Kleinkindesalters“ von Langstein u. Rott.
Verlag J. Springer, Berlin.



Abb. 47 Säuglingsheim.

Nach einem Lichtdruck im „Atlas“ von Langstein u. Rott.



Abb. 48. Krippe: Aufnahme- und Untersuchungsraum.

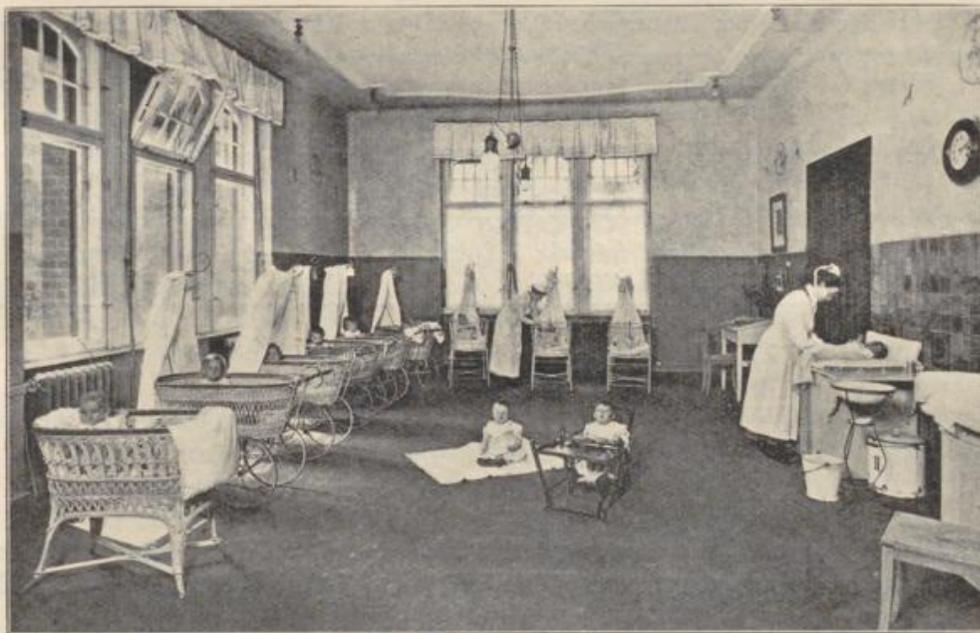


Abb. 49. Krippe: Tagesraum.

Abb. 48 und 49 sind dem „Atlas“ von Langstein u. Rott (siehe S. 248) entnommen.

4. Die Fürsorge trennt die außerhäuslich erwerbstätige Mutter nur tagsüber von dem Säugling.
 - a) Der Säugling wird in Einzelpflege
 - b) Der Säugling wird in einer Anstalt (Krippe)
 } tagsüber versorgt.
5. Die Fürsorge trennt den Säugling für lange Zeit ganz von der Mutter.
 - a) Der Säugling wird in Einzelpflege (Kostpflege)
 - b) Der Säugling wird in einer Anstalt
 } versorgt.

Unter den zahlreichen Einrichtungen, die diesen verschiedenartigen Zwecken der Säuglingsfürsorge dienen, seien besonders die Mütterberatungs- oder Säuglingsfürsorgestellen, Milchküchen, Säuglingsheime und Krippen genannt. Wie Säuglingsheime und Krippen einzurichten sind, zeigen die Abbildungen 47, 48 und 49.

Über die geschichtliche Entwicklung¹⁾ der Milchküchen und Säuglingsfürsorgestellen sei folgendes angeführt: Die erste Milchküche richtete Pastor Manchot²⁾ 1899 in Hamburg ein, um arme Säuglinge seines Bezirks mit Milch zu versorgen. Aber wie so oft, wurde auch dieses Vorbild in Deutschland erst beachtet, nachdem in Frankreich derartige Anstalten geschaffen waren. Im Jahre 1892 wurde von dem Frauenarzt Budin in Paris die erste consultation de nourissons, die das Muster für unsere Säuglingsfürsorgestellen wurde, gegründet, um die Mütter zum Stillen anzuhalten und sie hierbei geldlich zu unterstützen. Ebenfalls im Jahre 1892 schuf der Kinderarzt Variot in Paris eine Einrichtung zur Abgabe einwandfreier und billiger Säuglingsmilch; sein Gedanke wurde von Dufour in Fécamp aufgenommen und verbreitete sich unter dem Namen „Goutte de lait“ in allen Ländern. Der in Frankreich anfangs betonte Unterschied zwischen Milchküche und Säuglingsfürsorgestelle wurde in Deutschland rasch beseitigt; bei uns besteht eine völlige Arbeitsgemeinschaft bzw. Verschmelzung dieser Anstalten.

Über den Stand der Fürsorgeeinrichtungen bis zum Jahre 1919 veröffentlichte Rott eine Übersicht, die wir in unserer Tafel 60 wiedergeben.

Tafel 60.

Mütter- und Säuglingsfürsorgeeinrichtungen im Deutschen Reich
1850 bis 1919.

Im Jahre	Entbindungs- anstalten	Säuglings- heime	Mütterheime	Krippen	Säuglings- fürsorgestellen
1850	37	3	—	1	—
1900	69	46	12	98	—
1905	86	71	24	166	—
1910	114	127	58	234	360
1915	132	213	89	360	1000
1919	145	334	108	490	2600

(Nach Rott.)

Für die Behandlung der erkrankten Säuglinge ist die Familienhilfe, welche die Krankenkassen bieten können, von größter Bedeutung. Im Hinblick auf die große Zahl

¹⁾ A. Keller: „Milchküchen“, Art. i. Handw. d. Kommunalw., Jena 1922, Bd. 3.

²⁾ C. Manchot: „Die Milchküche der St. Gertrudgemeindepflege in Hamburg 1899 bis 1904“, Hamburg 1905.

der ohne ärztliche Behandlung gebliebenen gestorbenen Säuglinge, von denen gewiß auch manche an schweren ansteckenden Krankheiten gelitten haben und daher eine Gefahr für die Umgebung darstellten, ist dringend zu fordern, daß die Familienhilfe wie die Wochenhilfe eine Pflichtleistung aller Krankenkassen wird. Daß die Familienhilfe die Krankenkassen keineswegs so stark geldlich belastet, wie vielfach befürchtet wird, hat A. Fischer zahlenmäßig dargelegt. Von F. Rott wurde darauf hingewiesen, daß die Krankenkassen nicht nur durch Gewährung der Familienhilfe auf dem Gebiete der Säuglings- und überhaupt der Kinderfürsorge mitwirken, sondern ihre Tätigkeit auch auf die Erholungs- und Ernährungsfürsorge ausdehnen sollen.

Von hohem Wert für die Säuglingsfürsorge ist es, daß jetzt die Studenten der Medizin in der Kinderheilkunde geprüft werden und auch für eine gute Ausbildung der Säuglingsfürsorgeschwestern gesorgt wurde.

Erfreulich ist sodann, daß die Lehren der Säuglingspflege jetzt immer mehr in die breitesten Schichten des Volkes getragen werden und daß hiermit schon bei den Mädchen in der Volksschule begonnen wird. Erwähnt sei, daß der frühere Pforzheimer Schulkommissär M. Walter eine Anleitung, wie der Säuglingspflegeunterricht in der Schule zu erteilen ist, veröffentlicht hat.

Einige Bemerkungen sind nun noch der Fürsorge der unehelichen Säuglinge zu widmen. Bedeutungsvolle rechtliche und gesundheitliche Fragen sind auf diesem Gebiete zu lösen. Die Art, wie man das große Elend, in dem sich diese Kinder vielfach befanden und noch befinden, zu bekämpfen sucht, ist in den einzelnen Kulturstaaten sehr verschieden. Da der verfügbare Raum es verhindert, näher hierauf einzugehen, sei auf das umfangreiche Werk von Keller und Klumker, das den gesamten sozialhygienischen und sozialrechtlichen Stoff bis zum Jahre 1912 darbietet, hingewiesen. Hervorzuheben ist jedoch folgendes: Im Deutschen Reich ist jetzt die Fürsorge für die unehelichen Kinder, wie schon erwähnt wurde, durch das Jugendwohlfahrtsgesetz in erfolversprechender Weise geregelt. Aber es ist nun der segensreichen Tätigkeit des einstigen Leipziger Arztes Taube, der im Jahre 1883 vorgeschlagen hat, daß an die Stelle der Einzelvormundschaft die Berufsvormundschaft gesetzt werden soll, zu gedenken. Der Rat Taubes wurde in Leipzig¹⁾ seit 1886 befolgt. Die rechtliche Sicherstellung der Kinder und die Untersuchungen durch den Ziehkinderarzt zeitigten glänzende Ergebnisse. Da das deutsche BGB. auf diese für ganz Sachsen geschaffene Maßnahme Rücksicht nahm, wurde die Generalvormundschaft dann in den meisten Staaten eingeführt. In romanischen Ländern findet man das System der im Mittelalter begründeten Drehlade; die Mutter legt dort ihr Kind ab, zieht, ehe sie sich entfernt, an der Glocke der Anstalt, der Torwart dreht die Lade, in dem sich der Säugling befindet, und hiermit ist die Aufnahme des Findlings erfolgt. Es sei erwähnt, daß seit 1919 auch in Deutschland versucht wird, die Drehlade²⁾ wieder einzuführen. Diese Bestrebungen, welche die völlige Trennung der Mutter von dem Kinde bewirken würden, sind abzulehnen. In Ungarn hat sich nach Angabe von Szana das System der staatlichen Kinderasyle in gesundheitlicher Hinsicht bewährt. Das 1874 in Frankreich³⁾ geschaffene Säuglingsschutzgesetz (sog. Rousselsches Gesetz) schreibt

¹⁾ Siehe „Einrichtungen auf dem Gebiete der Volksgesundheits- und Volkswohlfahrtspflege in Sachsen“, herausg. v. Sächs. Landesgesundheitsamt, Dresden 1922.

²⁾ Siehe M. Nassauer: „Fruchtabtreibung und Findelhäuser“, die Drehlade, 1919 Jahrg. 1 Heft 1. Dazu Klumker: „Findelhäuser“, Frankf. Zeitung vom 20. März 1919 Nr. 228.

³⁾ Den Wortlaut dieses Gesetzes findet man in dem Werk von Keller u. Klumker.

die Aufsicht über alle Kostkinder, die weniger als zwei Jahre alt sind, vor. Ein norwegisches¹⁾ Gesetz vom 10. April 1915 stellt den Grundsatz auf, das uneheliche Kind sei mit dem ehelichen gleichberechtigt.

Die Säuglingsfürsorgebestrebungen hatten anfangs mit großen Schwierigkeiten zu kämpfen. In anschaulicher Weise schildert E. Dietrich, welche Widerstände selbst bei hohen Staatsbeamten und hervorragenden Ärzten beseitigt werden mußten. Besonders zu erwähnen sind als Vorkämpfer und Vorbilder die Zentralstellen für Säuglingsfürsorge, die 1908 in Bayern²⁾, im gleichen Jahr in Hessen und kurz darauf auch in Preußen, Baden, Hamburg und anderen Staaten gebildet wurden. Der Gedanke, eine Deutsche Vereinigung für Säuglingsschutz zu schaffen, stammt von E. Dietrich; dieser Plan wurde 1909 verwirklicht und führte zu den schönsten Erfolgen. Bemerkenswert sei, daß internationale Kongresse für Säuglingsschutz (Gouttes de lait) bereits 1905 in Paris und 1907 in Brüssel veranstaltet wurden. Es ist bezeichnend, daß auf dem Gebiete des Säuglingsschutzes unter allen europäischen Staaten das geburtenarme Frankreich sich zuerst betätigte, wie es wohl auch kein Zufall war, daß man innerhalb von Deutschland zuerst in Bayern, wo die Säuglingssterblichkeit besonders hoch war, zur Abwehr schritt.

Auch jetzt sind die Bedenken gegen die Säuglingsfürsorge, wie überhaupt gegen die Gesundheitsfürsorge noch nicht verstummt. Mößner hat darauf hingewiesen, daß die Säuglingsfürsorge Grenzen hat, daß sie von vornherein in jenen Fällen, wo die Kinder für die Eltern nicht eine Freude, sondern eine Last bedeuten, unwirksam ist, und daß man mit Geld allein den Menschen nicht auf die Dauer helfen kann, weil viele das Geld nicht richtig verwenden. Von Seutemann wurde betont, daß die Erfolge im Kampfe gegen die Säuglingssterblichkeit weit weniger von den Säuglingsfürsorgemaßnahmen als von den wirtschaftlichen Zuständen abhängen. Auch Weinberg (Bochum) legte dar, daß die Maßnahmen der Kinderfürsorge „Stückwerk bleiben, solange nicht auf den sonstigen Gebieten der sozialen Medizin und Hygiene noch mehr geleistet wird, als bisher“.

Es soll nicht in Abrede gestellt werden, daß diese Bedenken berechtigt sind; aber sie können und wollen gewiß auch nicht veranlassen, daß die Säuglingsfürsorge aufgegeben wird. Man darf freilich nicht zu große Hoffnungen auf die Kinderfürsorge allein setzen; man muß auch darüber wachen, daß die verfügbaren Geldmittel am richtigen Platze verwendet werden, und man muß auf eine rege Zusammenarbeit aller Zweige der sozialen Hygiene hinwirken. Aber die Säuglingsfürsorge im allgemeinen darf nicht nur nicht eingeschränkt, sie muß vielmehr erheblich ausgebaut werden; im Hinblick auf die noch immer sehr hohen Säuglingssterblichkeitsziffern, die sich unter dem Einfluß von wirkungsvollen kulturhygienischen Maßnahmen sehr erheblich vermindern ließen, kann hierüber kein Zweifel bestehen. Mit Recht hat J. L. Casper³⁾ darauf hingewiesen, daß die zahlreichen gestorbenen Kinder wie Fremde zu betrachten sind, „die ohne Vermögen zu uns gekommen sind, um an der Konsumtion Teil zu nehmen, und die nachher abgehen, ohne eine andere Spur zurückzulassen, als die eines ewigen Bedauerns“. Und zutreffend hat W. Wordsworth (1770—1850) geäußert: „The child is father of the man.“ Aus

¹⁾ Siehe Th. Geiger: „Das uneheliche Kind und seine Mutter im Recht des neuen Staates“, München 1920.

²⁾ Bahnbrechend war München, wo bereits 1905 eine Zentrale für Säuglingsfürsorge geschaffen wurde, vorangegangen

³⁾ Siehe die Fußnote 2 S. 58.

vernachlässigten Säuglingen entwickeln sich körperlich und geistig unfähige Schulkinder, untaugliche Jünglinge und minderwertige Staatsbürger.

Literatur: 1. **Marie Baum:** a) „Grundriß der Gesundheitsfürsorge“, 2. Aufl., München 1923; b) „Säuglingsstatistik“, Art. i. Handw. d. Kommunalwissensch., Jena 1923, Bd. 3. — 2. **E. Dietrich:** „Die deutsche Vereinigung für Säuglingsschutz 1909—1919“, Beiträge zur soz. Hyg. d. Säugl.- u. Kleinkindesalters, herausg. v. Rott, Berlin 1920. — 3. **St. Engel:** „Fürsorge für Mütter, Säuglinge und Kleinkinder“, Abhandl. i. „Gesundheitswesen u. Wohlfahrt im Deutschen Reich“, herausg. von B. Möllers, Berlin 1923. — 4. **A. Fischer:** a) „Öffentliche Säuglingsfürsorge und Sterblichkeitsstatistik“, Jahrb. f. Nationalök. u. Statist. 1909 Bd. 38 S. 79 ff., siehe dazu die Arbeiten von Seutemann Ziffer 21; b) „Die Familienversicherung in Baden“, Sozialhyg. Abhandlungen Nr. 2, Karlsruhe 1920; c) „Der Weg zur Einführung der Familienhilfe“, Zeitschr. f. Säugl.- u. Kleinkindersch. 1921 Jahrg. 13 Heft 4 u. 5. — 5. **J. K. Friedjung:** „Über den Einfluß der Säuglingsernährung auf die körperliche Rüstigkeit der Erwachsenen nebst Bemerkungen über Stilldauer“, Wien. Klin. Wochenschr. 1917 Jahrg. 20 Nr. 20. — 6. **Groth u. Hahn:** „Die Säuglingsfürsorge in Bayern“, Zeitschr. d. Bayer. Stat. Landesamts 1910 Heft 1. — 7. **W. Hanauer:** a) „Die soziale Hygiene des Jugendalters“, Berlin 1911; b) „Die Wertigkeit der Unehelichen“, Ärtzl. Sachverständigen-Zeitung 1912 Jahrg. 18 Nr. 12. — 8. **Hanssen:** „Über Säuglingssterblichkeit in früheren Jahrhunderten im Vergleich mit der Jetztzeit“, Zeitschr. f. Säugl.- u. Kleinkindersch. 1922 Jahrg. 14 Heft 10. — 9. **A. Keller u. Chr. J. Kluncker:** „Säuglingsfürsorge und Kinderschutz in den europäischen Staaten“, Berlin 1912. — 10. **A. Keller:** „Milchküchen“, Art. i. Handw. d. Kommunalw., Jena 1922, Bd. 3. — 11. **W. Kruse und P. Selzer:** „Die Gesundheitspflege des Kindes“, Stuttgart 1914. — 12. **P. Mayet:** „Konzeptionsbeschränkung und Staat“, Med. Reform 1908 Nr. 18 u. 19. — 13. **Mössmer:** „Die Grenzen der Säuglingsfürsorge“, Blätter f. Säugl.- u. Kleinkinderfürsorge 1919 Jahrg. 11 Heft 1. — 14. **Peiper u. Polenz:** „Über die Sterblichkeit und die körperliche Wertigkeit der unehelich geborenen Säuglinge“, Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge 1910 Bd. 4 S. 33 ff. — 15. **H. Reiter:** a) „Zur Konstitution des unehelichen Kindes“, Zeitschr. f. angew. Anatom. u. Konstitutionslehre 1920 Bd. 6 S. 389 ff.; b) „Ein weiterer Beitrag zum Problem des unehelichen Kindes“, Öffentl. Gesundheitspf. 1922 S. 145 ff.; c) „Kinderschicksale ehelich und unehelich Geborener“, Zeitschr. f. Hyg. u. Infekt. 1922 Bd. 96 S. 229 ff. — 16. **C. Röse:** a) „Die Wichtigkeit der Mutterbrust für die körperliche und geistige Entwicklung des Menschen“, Deutsch. Monatsschr. f. Zahnheilkunde 1905 Jahrg. 23 Heft 3; b) „Erdsalzarmut und Entartung“, ebenda 1908 Jahrg. 26 S. 131 ff. — 17. **F. Rott:** a) „Ein Versuch zur zahlenmäßigen Feststellung der Fürsorgebedürftigkeit im Säuglingsalter“, Deutsch. med. Wochenschr. 1920 Nr. 14/15; b) „Wandlungen und neue Ziele der Mutter-, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge“, Zeitschr. f. Säugl.- u. Kleinkindersch. 1921 Jahrg. 13 Heft 4/5; c) „Organisationsfragen bei der Mitwirkung der Krankenkassen auf dem Gebiete der gesundheitlichen Kinderfürsorge unter Berücksichtigung neuzeitlicher Verhältnisse“, Ortskrankenkasse 1922 Heft 18. — 18. **Russow:** „Vergleichende Beobachtungen über den Einfluß der Ernährung mit der Brust und der künstlichen Ernährung auf das Gewicht und den Wuchs (Länge) der Kinder“, Jahrb. d. Kinderheilk. 1881 Bd. 16 Heft 1 u. 2. — 19. **W. Salomon:** „Säuglingskrankheiten“, Abh. in A. Grotjahn's „Soziale Pathologie“, Berlin 1923. — 20. **A. Schlossmann:** a) „Studien über die Säuglingssterblichkeit“, Zeitschr. f. Hyg. u. Infekt. 1897 Bd. 24; b) „Probleme der Säuglingsfürsorge“, Med. Reform 1907 Jahrg. 15 Nr. 17; c) „Über die Geburtenhäufigkeit und die Säuglingssterblichkeit nach dem Kriege“, Deutsch. med. Wochenschr. 1920 Nr. 40; d) „Geburtenzahl und Kindersterblichkeit während des Jahres 1921 im Regierungsbezirk Düsseldorf und daraus sich ergebende Betrachtungen“, Deutsch. med. Wochenschr. 1922 Nr. 28. — 21. **K. Seutemann:** a) Siehe die Fußnoten 5 u. 6 Seite 225; b) „Öffentliche Säuglingsfürsorge und Sterblichkeitsstatistik“, Jahrb. f. Nationalök. u. Statist. 1909 Bd. 37 S. 87 ff., ferner zum Aufsatz von A. Fischer (siehe Ziffer 4) Bd. 38 S. 85 ff. — 22. **O. Spann:** „Die Lage und das Schicksal der unehelichen Kinder“, Leipzig 1909. — 23. **A. Szana:** „Resultate der staatlichen Fürsorge für verlassene Säuglinge in Ungarn“, Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge 1911 Bd. 5 Nr. 9. — 24. **M. Taube:** a) „Ziehkinder“, Art. i. Enzyklopäd. Handb. d. Kindersch. u. d. Jugendfürsorge, Leipzig 1911; b) „Kommunale Säuglingsfürsorge“, Bericht über d. Verhandl. des 3. Internat. Kongr. f. Säuglingssch., Berlin 1911. — 25. **G. Tugendreich:** a) „Die Mutter- und Säuglingsfürsorge“, Stuttgart 1910; b) „Die Mutter- u. Säuglingsfürsorge u. die Fürsorge für das Kleinkindesalter“, Abh. i. Weyls Handb. d. Hyg. 2. Aufl., Leipzig 1912, Bd. 6 Abt. 2; b) „Der Arzt in der Mutter-, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge“, Abhandl. i. Sozialärztl. Praktikum, herausg. von Gottstein u. Tugendreich, 2. Aufl., Berlin 1920; d) „Säuglingsfürsorge“, Art. i. Handw. d. Kommunalwissensch., Jena 1923, Bd. 3. — 26. **A. Uffenheimer:** Siehe Fußnote 2 Seite 225. — 27. **M. Walter:** „Säuglingspflege und Schule“, 2. Aufl., Bühl 1917. — 28. **Weinberg (Bochum):** „Warum und in welcher Weise muß die gesundheitliche Kleinkinderfürsorge in Stadt und Land wesentlich ausgebaut und verbessert werden?“, Zeitschr. f. Säugl.- u. Kleinkindersch. 1921 Jahrg. 13 Heft 8/9.

3. Kleinkinder.

Mit den Kindern, die im Alter von 2 bis 6 Jahren stehen und jetzt allgemein Kleinkinder genannt werden, haben wir uns bereits vielfach in dem Abschnitt „Bevölkerungszusammensetzung und -bewegung“ beschäftigt; die Zeichnung 2 (S. 44) veranschaulicht, in welchem Umfange die Kleinkinder 1910 und 1919 an dem Altersaufbau des deutschen Volkes beteiligt waren, der Zeichnung 5 (S. 56) ist zu entnehmen, wie stark die Sterblichkeit im 2. und noch mehr im 3. bis 6. Lebensjahr im Vergleich zur Säuglingssterblichkeit fällt, und die Tafeln 13, 14 und 15 (S. 57, 59 und 60) unterrichten darüber, wie die Sterblichkeit im Kleinkindesalter seit der Gründung des Deutschen Reiches zurückgegangen ist, und wie sich hinsichtlich der Sterbenswahrscheinlichkeit die beiden Geschlechter während des hier zu erörternden Lebensalters unterscheiden. Die besonderen biologischen Verhältnisse während des Kleinkindesalters erfordern aber noch einige ergänzende Angaben über die kulturhygienischen Einflüsse, welche auf diese Altersklasse einwirken.

Bis vor 1¹/₂ Jahrzehnten hat sich die Hygiene mit den Kleinkindern kaum befaßt. Es erscheint uns jetzt geradezu unbegreiflich, daß man diese Altersgruppe fast ganz vernachlässigte, während man schon längst den Säuglingen und Schulkindern große Aufmerksamkeit widmete. Hier zeigt es sich wieder, wie falsch es ist, einige beliebige Gebiete der sozialen Hygiene als besonders bedeutungsvoll anzusehen, während es gilt, alle Teile der Gesundheitspflege (S. 95 u. 123) zu berücksichtigen, und wie notwendig statt des aphoristischen Arbeitens eine systematische Tätigkeit (S. 5) ist, wenn man zu einer befriedigenden Gesundheitswirtschaft (S. 7) gelangen will. Denn was nützt die beste Fürsorge für Säuglinge und Schulkinder, wenn die Kinder im Alter von 2 bis 6 Jahren an vermeidbaren Krankheiten sterben oder in ihrer Gesundheit so geschwächt werden, daß sie nicht schulfähig sind?

Für die Schulkinder war grundsätzlich seit 1897 gesorgt, für die Säuglinge bestanden seit 1905 Fürsorgestellen. Die Kleinkinderfürsorge angeregt zu haben, ist das Verdienst des Berliner Kinderarztes H. Neumann, der in seiner 1909 veröffentlichten Arbeit „Öffentliche Säuglings- und Kleinkinderfürsorge“ schrieb: „Ein Abschneiden der Fürsorge mit der Vollendung des ersten Lebensjahres ist unnatürlich.“ Nachdem dann auch Tugendreich auf der 8. Konferenz der Deutschen Zentrale für Jugendfürsorge im Jahre 1910 die grobe Vernachlässigung der Fürsorge für die Kleinkinder dargelegt hatte, wurde, wie Gottstein berichtete, in Charlottenburg 1911 der Aufgabenkreis der dortigen Säuglingsfürsorgestelle auf die Kleinkinder ausgedehnt, was sich glänzend bewährte. Im Dezember 1920 teilte Rott mit, daß bereits 724 Säuglingsfürsorgestellen (von etwa 2600, also 28%) zu Kleinkinderfürsorgestellen ausgebaut sind.

a) Eigenart und Zahl.

Während das Säuglingsalter in gesundheitlicher Hinsicht dadurch gekennzeichnet ist, daß hier die natürliche Ernährung an der Mutterbrust alle anderen Fragen überragt, spielt bei der Hygiene des Kleinkindes¹⁾ das Mißverhältnis zwischen der körperlichen

¹⁾ Erwähnenswert ist, daß, nach Angabe von Mayet (Med. Reform 1905 Nr. 52 S. 415), in Japan auch „ältere Kinder von vier bis sechs Jahren noch die Brust erhalten“, und daß sich im 2. Buch der Makkabäer Kap. 7 Vers 27 folgende Ansprache einer Heldenmutter findet: „Mein Sohn, erbarme dich meiner, die ich dich neun Monate unter meinem Herzen getragen und drei Jahre lang gesäugt und weiter mit Nahrung und Pflege bis zu diesem Alter auferzogen habe.“

und geistigen Entwicklung eine maßgebende Rolle. Das Kleinkind bewegt sich kriechend oder gehend und begibt sich in Gefahren, die es nicht erkennen kann. Darum ist es notwendig, daß die Kleinkinder ständig beaufsichtigt werden. Die Kleinkinder wollen beschäftigt sein; aber man kann sie noch nicht regelrecht lernen lassen. Sie sind noch frei von dem die Gesundheitsverhältnisse stark beeinflussenden Schulzwang, dem die älteren Kinder unterworfen sind; man läßt sie noch spielen, wenn man sich auch bemüht, das Spiel erzieherisch zu gestalten. Das Spiel nimmt bei den Kleinkindern einen so breiten Raum ein, daß für diese Altersklasse vielfach auch der Name Spielkinder benutzt wurde.

Mit Hilfe der Zahlen, die unsere Tafel 61 enthält, kann man sich vorstellen, wie groß die Altersklasse von 2 bis 6 Jahren zurzeit sein dürfte.

Tafel 61.

Die deutsche Jugend nach Altersklassen 1910 und 1919.

Altersklassen	Wirkliche Zahlen				Von 1000 der Gesamtbevölkerung kamen auf die Altersklasse:			
	am 1. 12. 1910		am 8. 10. 1919		am 1. 12. 1910		am 8. 10. 1919	
	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.
0—1 Jahre .	773 282	754 249	376 306	357 216	24,1	22,9	13,1	11,3
2—6 „ .	3 899 202	3 854 418	2 207 054	2 158 776	121,7	117,2	76,7	68,2
7—14 „ .	5 754 536	5 713 015	5 416 902	5 351 053	179,6	173,7	188,2	169,2
15—18 „ .	2 613 659	2 605 968	2 654 354	2 649 635	81,6	79,2	92,2	83,4

(Nach Stat. d. Deutschen Reichs Bd. 276 berechnet.)

Die Tafel 61 zeigt, daß bei der Volkszählung im Jahre 1919 weit weniger Kleinkinder vorhanden waren als im Jahre 1910. Erklärt wird diese Tatsache durch die in unserer Tafel 5 (S. 48) enthaltenen Geburtenzahlen für die Kriegsjahre. Da aber, nach Tafel 5, im Jahre 1921 die Ziffer der Geburten nahezu die Höhe des letzten Jahres vor dem Weltkrieg erreicht hat, darf man annehmen, daß wir allmählich auch wieder auf die frühere Zahl von etwa $7\frac{1}{2}$ Millionen Kleinkindern kommen werden.

Nach Angaben von Käthe Mende waren in den letzten Jahren vor dem Weltkriege, wie durch mehrere private Arbeiten festgestellt wurde, in Crimmitschau 30,9, in Darmstadt 26,6, im Bezirk Hildesheim-Lüneburg 19,5% aller Kleinkinder infolge der Erwerbstätigkeit ihrer Mütter während der Arbeitszeit ohne jede Aufsicht.

Unsere Darlegungen hinsichtlich des Kreises der fürsorgebedürftigen Säuglinge (S. 253) dürften im wesentlichen auch für die Ausdehnung der Bedürftigkeit unter den Kleinkindern zutreffen. Tugendreich schätzte im Jahre 1912 die Zahl der Kleinkinder, für die eine öffentliche gesundheitliche Fürsorge erforderlich ist, auf $\frac{1}{10}$, im Jahre 1922 aber angesichts der Proletarisierung weiter Schichten des Mittelstandes auf $\frac{1}{10}$ aller Kleinkinder.

b) Kulturelle Einflüsse auf die Gesundheitsverhältnisse.

α) Krankheitsverhältnisse.

Umfassende Zahlenangaben, die uns unmittelbaren Aufschluß über die sozialhygienischen Zustände der Kleinkinder bieten könnten, liegen noch nicht vor. Aber mittelbar erhalten wir aus den schulärztlichen Feststellungen einen Einblick in die gesundheitliche Lage der Kleinkinder.

In Berlin mußten, wie dem neuesten Bericht¹⁾ des Medizinalamtes der Stadt Berlin zu entnehmen ist, 8% der Schulneulinge wegen körperlicher oder geistiger Schulunfähigkeit zurückgestellt werden; über 17% mußten ärztlich überwacht werden, so daß also ein Viertel der Schulanfänger als krank oder kränzlich erachtet wurde.

Über die Krankheitsursachen, die sich hierbei geltend machten, belehrt die von dem Berliner Medizinalamt veröffentlichte Statistik, die wir in der Tafel 62 wiedergeben. Hierbei ist zu bemerken, daß sich die Statistik auf 24 392 zwecks Einschulung untersuchte Schulanfänger, und zwar auf 12 179 Knaben und 12 213 Mädchen erstreckt.

Tafel 62.

Krankheiten der zurückgestellten und in Überwachung genommenen Schulanfänger in Berlin 1918/19.

Krankheiten	Wirkliche Zahlen						Verhältniszahlen					
	Zurückgestellte Schulanfänger			In Überwachung genommene Schulanfänger			Zurückgestellte Schulanfänger			In Überwachung genommene Schulanfänger		
	Kna- ben	Mäd- chen	Zu- sam- men	Kna- ben	Mäd- chen	Zu- sam- men	Kna- ben	Mäd- chen	Zu- sam- men	Kna- ben	Mäd- chen	Zu- sam- men
1. Ungenügender Kräftezustand (Blutarmut)	381	510	891	286	311	597	3,13	4,18	3,65	2,35	2,55	2,45
2. Rachitis	86	95	181	119	121	240	0,71	0,78	0,74	0,98	0,99	0,98
3. Skrofulose	47	64	111	173	149	322	0,39	0,52	0,46	1,42	1,22	1,32
4. Knochentuberkulose	12	17	29	18	13	31	0,09	0,14	0,12	0,15	0,11	0,13
5. Lungentuberkulose	36	42	78	28	40	68	0,30	0,34	0,32	0,23	0,33	0,28
6. Sonstige Lungenleiden	29	45	74	78	78	156	0,24	0,37	0,30	0,64	0,64	0,64
7. Herzleiden	8	17	25	98	120	218	0,07	0,14	0,10	0,80	0,98	0,89
8. Nierenleiden	1	3	4	16	7	23	0,008	0,02	0,02	0,13	0,06	0,09
9. Nervenleiden	36	36	72	113	90	203	0,30	0,29	0,30	0,93	0,74	0,83
10. Epilepsie	18	5	23	19	16	35	0,15	0,04	0,09	0,16	0,13	0,14
11 a. Zum Schulbesuch unfähig (Idiote)	31	43	74	23	24	47	0,25	0,35	0,30	0,19	0,20	0,19
11 b. Geistig minderwertig	86	81	167	126	98	224	0,71	0,66	0,68	1,03	0,80	0,92
12. Sprachstörungen	37	24	61	196	104	300	0,30	0,20	0,25	1,61	0,85	1,23
13. Nasen- und Rachenleiden	3	3	6	145	141	286	0,02	0,02	0,02	1,19	1,15	1,17
14. Augenleiden	12	14	26	198	180	378	0,09	0,11	0,11	1,63	1,47	1,55
15. Ohrenleiden	10	8	18	139	125	264	0,08	0,06	0,07	1,14	1,02	1,08
16. Hautkrankheiten	11	8	19	76	89	165	0,09	0,06	0,08	0,62	0,73	0,68
17. Verkrümmungen der Wirbelsäule	6	12	18	93	131	224	0,05	0,10	0,07	0,76	1,07	0,92
18. Bruchschäden	1	2	3	138	46	184	0,008	0,02	0,01	1,13	0,38	0,75
19. Bildungsfehler	2	2	4	25	40	65	0,02	0,02	0,02	0,21	0,33	0,27
20. Sonstige Krankheiten	33	40	73	81	65	146	0,27	0,33	0,30	0,67	0,53	0,60
Insgesamt	886	1071	1957	2188	1988	4176	7,27	8,77	8,02	17,97	16,28	17,12

(Nach Angaben des Medizinalamts der Stadt Berlin berechnet).

Wir ersehen aus der Tafel 62, daß sich während des Kleinkindesalters in zahlreichen Fällen ein mangelhafter Kräftezustand, geistige Minderwertigkeit, Rachitis, Skrofulose,

¹⁾ Siehe „Bericht über die Tätigkeit der Berliner Schulärzte und die schulhygienischen Maßnahmen der städtischen Schuldeputation im Jahre 1918/19“, erstattet vom Medizinalamt der Stadt Berlin, Berlin 1920.

Tuberkulose der Lungen und Knochen, Nervenleiden, Wirbelsäulenverkrümmungen und viele andere Leiden entwickelt haben.

Zur Ergänzung der aus der deutschen Reichshauptstadt kommenden Angaben seien hier noch in der Tafel 63 die entsprechenden Ziffern eines ganzen, allerdings ausländischen, Staates, nämlich der Schweiz angefügt.

Tafel 63.

Gebrechen und Krankheiten der Schulneulinge in der Schweiz
1901—1910 und 1918.

Zeitraum	Zahl der Schulneulinge	Mit Gebrechen behaftete Schulneulinge	Art der Gebrechen								Sittlich ver- wahr- lost
			mit geistigen Gebrechen behaftet			mit körperlichen Gebrechen behaftet					
			Blöd- sinnige	in ge- ringem Grade schwach- sinnig	in höherem Grade schwach- sinnig	Gehör- organ- fehler	Sprach- organ- fehler	Sch- organ- fehler	Ner- ven- krank- heiten	andere Krank- heiten	
1901—1910	608954	64286	272	5198	1357	7243	7311	23912	404	18212	377
	1000,00	105,57	0,45	8,54	2,23	11,89	12,01	39,27	0,66	29,90	0,62
1918	65654	8460	42	74	90	597	578	2200	40	4813	26
	1000,00	128,86	0,64	1,13	1,37	9,09	8,80	33,51	0,61	73,31	0,40

(Nach Stat. Jahrb. d. Schweiz Jahrg. 20 bzw. 28 berechnet.)

Zwei von den verbreitetsten Krankheitsursachen, welche für das Kleinkindesalter in Betracht kommen, Rachitis und Tuberkulose, wurden in den letzten Jahren hinsichtlich ihrer Häufigkeit eingehender, wenn auch nur an verhältnismäßig nicht sehr zahlreichen Kindern, erforscht. Die wichtigsten Ergebnisse seien hier angeführt.

Zunächst sei erwähnt, daß die Rachitis in dem menschenüberfüllten Rom¹⁾ mit seinen schlechten Wohn- und Lebensbedingungen stark, in Griechenland¹⁾ dagegen, wo man keine zu großen Menschenanhäufungen duldet, nur wenig verbreitet war.

Über die Häufigkeit der englischen Krankheit in Deutschland lagen nur äußerst dürftige ziffernmäßige Angaben vor. Im Jahr 1921 sind nun aber zwei wertvolle Veröffentlichungen erschienen, die sich mit der Statistik der Rachitis befassen und hinsichtlich der in Betracht gezogenen Altersklassen ergänzen.

Die eine dieser Arbeiten wurde in Dortmund von St. Engel und Grete Katzenstein durchgeführt. Sie ließen von Fürsorgerinnen nach genau bestimmten Richtlinien die Kinder von 750 Familien — es handelte sich bei 87% dieser Familien um gelernte und ungelernte Arbeiter, Bergleute, Handwerksgesellen, kleine Angestellte, Subalternbeamte und kleine selbständige Gewerbetreibende, bei 13% um besonders schlecht gestellte Personen, wie Unterstützungsempfänger, berufstätige uneheliche Mütter, eheverlassene Frauen, Witwen — daraufhin beurteilen, ob und in welchem Grade Rachitis vorliegt. Es wurden vier Grade von englischer Krankheit unterschieden und besonders auf die Lauffähigkeit geachtet. Möglichste Einheitlichkeit in der Beurteilung durch die Fürsorgerinnen wurde durch wiederholte Besprechungen und Austausch der Erfahrungen

¹⁾ Siehe M. Cohn: „Zur Geschichte der Rachitis als Volkskrankheit“, Arch. f. Kinderheilk. 1922 Bd. 71 Heft 2.

Fischer, Soziale Hygiene.

angestrebt. Untersucht wurden 1384 Kinder im Alter von 2 bis 10 Jahren. Die Ergebnisse sind in unseren Tafeln¹⁾ 64 und 65 enthalten.

Tafel 64.

Festgestellte Rachitisfälle der Kinder in Dortmund.

Anzahl der Kinder	Alter in Jahren	Rachitisfrei	An Rachitis erkrankt				
			leicht	mittel	schwer	sehr schwer	insgesamt
173	2	48=27,7%	74=42,8%	32=18,5%	16=9,3%	3=1,7%	125=72,3%
129	3	38=29,5%	43=33,3%	17=13,1%	26=20,1%	5=3,8%	91=70,5%
131	4	57=43,6%	42=32,1%	19=14,5%	12=9,1%	1=0,7%	74=56,4%
115	5	52=45,2%	32=27,8%	11=9,5%	10=8,7%	10=8,7%	63=54,8%
174	6	101=58,1%	48=27,5%	11=6,3%	10=5,7%	4=2,3%	73=41,9%
187	7	131=70,1%	34=18,1%	12=6,4%	4=2,1%	6=3,2%	56=29,9%
163	8	117=71,8%	35=21,4%	5=3,1%	5=3,1%	1=0,6%	46=28,2%
177	9	135=76,3%	30=16,9%	5=2,8%	7=3,9%	—	42=23,7%
135	10	111=82,3%	14=10,3%	3=2,1%	6=4,2%	1=0,7%	24=17,7%
1384	2—10	790=57,1%	352=25,4%	115=8,3%	96=6,9%	31=2,2%	594=42,9%

(Nach Engel und Katzenstein.)

Aus der Tafel 64 ersieht man, daß von den in Dortmund untersuchten Kindern fast 10% an schwerer und sehr schwerer Rachitis leiden. Engel und Katzenstein weisen hierbei darauf hin, daß diese Zahl nur eine annähernde Gültigkeit für ganz Dortmund habe, da bei der Untersuchung die bemittelten Volksschichten unberücksichtigt blieben. Aber sie meinen, daß die Differenz nicht sehr groß ist. Über die herabgesetzte Lauffähigkeit äußern sie sich folgendermaßen:

„Sie ist von besonderer Wichtigkeit, weil die Kinder durch die mangelnde Lauffähigkeit außerordentlich bequem sind. Während sonst die Zwei-, Drei- und Vierjährigen in der spielerischen Lust ihres Alters im beengten Haushalt außerordentlich lästig fallen können, werden die Rachitiker öfters

Tafel 65.

Lauffähigkeit und Alter der Kinder in Dortmund.

Anzahl der Kinder	Alter in Jahren	Lauffähigkeit		Von den 183 Kindern mit Gehstörungen liefen		
		normal	gestört	pathologisch	gestützt	nicht
173	2	129=74,6%	44=25,4%	32=18,5%	4=2,3%	8=4,6%
129	3	91=70,5%	38=29,5%	35=27,1%	3=2,3%	—
131	4	103=78,6%	28=21,4%	28=21,4%	—	—
115	5	90=78,3%	25=21,7%	22=19,1%	1=0,9%	2=1,7%
174	6	154=88,5%	20=11,5%	19=10,9%	1=0,6%	—
187	7	173=92,5%	14=7,5%	12=6,4%	2=1,1%	—
163	8	158=96,9%	5=3,1%	5=3,1%	—	—
177	9	170=96%	7=4%	7=4%	—	—
135	10	133=98,5%	2=1,5%	2=1,5%	—	—
1384	2—10	1201=86,8%	183=13,2%	162=11,7%	11=0,8%	10=0,7%

(Nach Engel und Katzenstein.)

¹⁾ Die in den Originaltafeln vorhandenen Druckfehler wurden beseitigt.

als die artigen, „bequemen“ Kinder empfunden. Das Interesse, sie ärztlicher Behandlung zuzuführen, ist daher oft nur gering. Gerade die Kinder mit schwerer und sehr schwerer Rachitis müssen in den Wohnungen von den Fürsorgerinnen erst ermittelt werden. Wichtig ist ferner, daß sich hier ein ungünstiger Kreislauf schließt, indem diese schwer beweglichen Kinder erst recht nicht an die Luft und in die Sonne kommen und demgemäß in ihrer Heilung noch mehr verzögert werden.“

Es wurde dann noch der Zusammenhang von Wohnung und Rachitis, die Engel schon früher eine Verkümmernkrankheit nannte, dargelegt. „Je geringer der Raum ist, welcher dem einzelnen Individuum zur Verfügung steht, um so stärker herrscht die Rachitis.“ Aber es wurde zugleich betont, man müsse bei der Rachitis ebenso wie bei der Tuberkulose unterscheiden, „inwieweit die Wohnung wirklich schädigend wirkt und inwieweit die Kranken durch wirtschaftliche Not in schlechte Wohnungen gezwungen werden.“

Die zweite Arbeit, welche sich mit der Verbreitung der Rachitis beschäftigt, stammt aus Königsberg. Hilgers hatte bereits vor dem Kriege in Leipzig gemeinsam mit H. Selter die Impfkinder auf das Vorhandensein von englischer Krankheit untersucht; in Königsberg wurden die Untersuchungen während der Jahre 1918 und 1921 in gleicher Weise fortgesetzt.

Nach den Graden der Rachitis gliederten sich die Kinder folgendermaßen:

I. Grad 72,1% II. Grad 25,8% III. Grad 2,1%.

Die Beteiligung der einzelnen Altersklassen an den drei Graden geht aus der Tafel 66 hervor.

Tafel 66.

Die drei Grade der Rachitis bei den einzelnen Altersklassen in Königsberg.

Altersklasse	Zahl der untersucht. Kinder	I. Grad	Verhältnis ¹⁾ der Spalte 3 zu 2	II. Grad	Verhältnis ¹⁾ der Spalte 5 zu 2	III. Grad	Verhältnis ¹⁾ der Spalte 7 zu 2
1	2	3	4	5	6	7	8
unt. ½ Jahr	90	18	20,0	7	7,8	0	—
½—1 Jahr	1017	280	27,5	127	12,5	11	1,1
1—1 ½ Jahre	850	275	32,4	64	7,5	3	0,4
1 ½—2 Jahre	108	19	17,5	13	12,0	3	2,8
über 2 Jahre	39	17	43,6	6	15,4	0	—

(Nach Hilgers.)

In Leipzig waren im Jahre 1914 von 468 untersuchten Impfkindern 49,3% in Königsberg im Jahre 1918 von 1377 Impfkindern 52,5% Rachitiker. Hilgers schließt aus diesen Feststellungen, daß „von einer Zunahme der Rachitis wenigstens im Kleinkindesalter von 0 bis 3 Jahren nicht gesprochen werden kann“.

Über den Zusammenhang der Ernährungsart während der ersten Lebensmonate mit der Entstehung der englischen Krankheit unterrichten die Ziffern, die in Tafel 67 wiedergegeben sind.

Hilgers betont, daß der Einfluß der Brustnahrung auf die Verhütung der Rachitis wohl überschätzt wird, weist aber doch auf die Besserstellung der Brustkinder hin. Aus seinen Untersuchungen zieht er insbesondere den Schluß, „daß die echte Rachitis während

¹⁾ Die Verhältniszahlen fehlen im Original.

Tafel 67.

Ernährungsart und Rachitis in Königsberg.

Ernährungsart	Zahl der untersuchten Kinder	Rachitische Kinder	Auf 100 untersuchte Kinder kamen rachitische
Gestillt überhaupt	1559	555	35,6
Bis 6 Monate gestillt	739	290	39,2
Über 12 Monate gestillt	820	265	32,3
Nur Flasche	595	288	48,4

(Nach Hülgers.)

der Kriegsjahre und in der Nachkriegszeit bei den Kindern von 0 bis 3 Jahren nur un-
erheblich zugenommen hat und daß die Kriegs- und Hungerblockade mit der Einschränkung
der Ernährung nicht zu jenen Schädigungen gehört, welche eine Ausbreitung der Rachitis
begünstigt haben“.

Beachtenswert ist auch die von Wiltshcke 1924 veröffentlichte Arbeit über die
Ergebnisse in Graz. Er bietet Zahlen, die über den Einfluß der Sonne im Zimmer auf
den Grad der Rachitis bei Kindern von 7 bis 20 Monaten unterrichten; diese Ziffern sind
in unserer Tafel 68 wiedergegeben.

Tafel 68.

Sonne im Zimmer und Grad der Rachitis in Graz.

Unter je 100 Rachitisfällen zeigten . . . Grad:

Sonne im Zimmer	leichten	mittleren	schweren
viel	71	71	33
wenig	12	16	24
gar keine	17	13	43

(Nach Wiltshcke.)

Wiltshcke weist an der Hand dieser Ergebnisse darauf hin, „daß wir bei der Ver-
hütung und Heilung und umgekehrt bei der Entstehung der Rachitis in der Sonne oder
deren Mangel den Hauptfaktor zu suchen haben“. Daß in 33 % seiner Fälle von schwerer
Rachitis ein sonniges Zimmer gefunden wurde, erklärt er damit, daß „in allen diesen Fällen
die Lüftung, also das Öffnen der Fenster sehr mangelhaft befunden wurde“. Er erwähnt
auch Beobachtungen, die Hutchison im Nasikbezirk in Indien gesammelt hat. „In der
dortigen Aristokratie müssen die Frauen und damit auch die neugeborenen Kinder lange
in dunklen Räumen eingeschlossen sein. Diese Kinder verdanken dem ‚Purdahsystem‘,
daß sie oft erst ein Jahr nach ihrer Geburt das Licht der Sonne erblicken, und sind meist
hochgradig rachitisch. Bei dieser Kaste gilt der eingesunkene, rachitisch verkümmerte
Thorax als ein Zeichen hochadliger Abkunft.“

Aus all diesen Angaben über die Verbreitung der Rachitis wird man ersehen, daß
wir über umfassende und übereinstimmende Zahlen auf diesem Gebiete, wo das Urteil,
ob und in welchem Grade die Krankheit vorliegt, von der Ansicht des einzelnen Arztes
abhängt, zurzeit noch nicht in genügendem Umfange verfügen, und daß wir auch über

die Entstehungsursache dieser Krankheit noch nicht hinreichenden Aufschluß erhalten haben, wenngleich es nicht mehr zweifelhaft ist, daß hier kulturelle Mißstände und vor allem der Mangel an Sonne und frischer Luft einen maßgebenden Einfluß ausüben.

Der Erreger der Tuberkulose ist uns bekannt. Wir wissen auch, daß durch die Beweglichkeit der Kleinkinder und ihre Neigung zum Umherkriechen die Ansteckungsmöglichkeit für diese Altersklasse besonders groß ist. Beschmutzte Finger, an denen sich oft die vom Fußboden fortgewischten Bazillen befinden, werden in den Mund gesteckt; mit Recht spricht man daher von Schmutz- und Schmierinfektion. Aber über die Verbreitung dieser Krankheit im Kindesalter gehen die Ansichten wie bei der Rachitis noch ziemlich weit auseinander.

Mit Hilfe von Tuberkulin, das auf mannigfaltige Art verwendet wird, sucht man festzustellen, ob ein Kind tuberkulös ist. Die Ergebnisse der einzelnen Forscher stimmen jedoch keineswegs überein. Ob der Grund hierfür darin liegt, daß die benutzten Methoden voneinander abwichen, oder darin, daß die Tuberkulose in den einzelnen Städten sehr ungleich verbreitet ist, kann noch nicht entschieden werden.

Fr. Hamburger hat gemeinsam mit R. Monti 1909 die Ergebnisse seiner Tuberkulinproben, die er bei Kindern in Wien anstellte, veröffentlicht. Seine Prüfungen zeigten, daß der positive Ausfall mit zunehmendem Lebensalter immer häufiger wird, und daß im 6. Lebensjahr bereits die Hälfte, im 14. Lebensjahr fast alle Kinder positiv reagierten. Man gab daher der Tuberkulose den Beinamen „Morbus viennensis“.

Aber von mehreren Seiten wurden Bedenken gegen die Ergebnisse Hamburgers geäußert. Czerny betonte 1919, daß die Wiener Zahlen, die aus einer Poliklinik stammen, nicht verallgemeinert werden dürfen. Ueber, Bartschmid, Hoffa, Sander und neuerdings auch Barchetti¹⁾ fanden in Charlottenburg, München, Barmen, Dortmund und Graz nur etwa halb so große Zahlen wie Hamburger; aber die Zunahme der positiven Reaktionen von Lebensalter zu Lebensalter wurde im allgemeinen bestätigt.

Aus diesen Darlegungen ergibt sich, daß die Tuberkulose im Kindesalter erworben wird und bei den Kindern stark verbreitet ist.

Die Ansteckung der Kinder erfolgt durch Erwachsene ihrer Umgebung, wenn letztere an offener Tuberkulose leiden. Bräuning hat gezeigt, daß Tuberkulöse mit positivem Bazillenbefund des Auswurfs in 80% der Fälle ihre Kinder infiziert haben, während Kranke mit geschlossener Tuberkulose ihre Kinder selbst bei jahrelanger Berührung nicht angesteckt haben. Bemerkenswert ist auch, daß, nach Feststellungen von Witzel, mit Beginn des Waffenstillstandes 1918 infolge der überstürzten Rückkehr kranker Soldaten aus den Garnisonen und Lazaretten in die Heimat die Tuberkulose der Kinder bis zum 7. Lebensjahr besonders stark zunahm. Nach Langer können durch die Überführung eines tuberkulösen Säuglings in eine tuberkulosefreie Umgebung seine Lebensaussichten nennenswert verbessert werden, da auf den Verlauf der Säuglingstuberkulose die Superinfektion entscheidend einwirkt.

Aus diesen Feststellungen ergibt sich ohne weiteres, welche Maßnahmen²⁾ zu ergreifen sind, um die Kindertuberkulose zu verhüten. Es gilt die Widerstandsfähigkeit

¹⁾ Bemerkte sei, daß Barchettis Veröffentlichung aus der Grazer Kinderklinik, deren Vorstand jetzt Fr. Hamburger ist, stammt.

²⁾ Siehe „Richtlinien zur Erkennung, Behandlung und Verhütung der kindlichen Tuberkulose“, Tuberkulose-Fürsorgeblatt 1923 Nr. 7; ferner „Die Bekämpfung der Tuberkulose im Kleinkinderalter“, Nachrichtendienst über Kleinkinderfürsorge 1919 Juli/August Nr. 36/37.

zu erhöhen (Dispositions-Prophylaxe) und die Ansteckung zu verhindern (Expositions-Prophylaxe).

β) Sterblichkeitsverhältnisse.

Im Anschluß an unsere obigen Darlegungen über die Abnahme der Kleinkindersterblichkeit während der letzten Jahrzehnte vor dem Weltkrieg bieten wir nun noch die in den Tafeln 69 und 70 enthaltenen Zahlen.

Tafel 69.

Die Sterblichkeit der jugendlichen Altersklassen im Deutschen Reich 1891—1900 und 1908—1913.

Auf 1000 Lebende jeder Altersklasse sterben:

Altersklasse (Jahre)	männlich			weiblich		
	1891—1900	1908—1913	Abnahme in %	1891—1900	1908—1913	Abnahme in %
0—1	233,86	180,96	22,6	198,62	151,95	23,5
1—2	53,67	34,35	36,0	51,47	32,84	36,2
2—5	16,22	8,57	47,2	15,81	8,25	47,8
5—10	5,36	3,27	39,0	5,53	3,31	40,1
10—15	2,71	2,08	23,3	3,09	2,24	27,5
15—20	4,29	3,61	15,9	3,95	3,27	17,2

(Nach Stat. d. Deutschen Reichs Bd. 275.)

Tafel 70.

Die Sterblichkeit der jugendlichen Altersklassen im Deutschen Reich 1913—1918.

Auf 1000 Lebende jeder Altersklasse sterben:

Altersklasse (Jahre)	männlich						weiblich					
	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1913	1914	1915	1916	1917	1918
1—5	13,5	13,4	17,2	15,6	15,8	21,7	12,8	12,7	16,3	15,0	15,2	22,3
5—10	2,9	3,1	4,2	3,8	4,4	5,5	3,0	3,0	4,2	3,9	4,3	6,1
10—15	1,9	2,1	2,3	2,5	3,0	4,1	2,0	2,1	2,5	2,7	3,1	4,8
15—20	3,4	7,0	11,5	11,4	18,3	24,2	3,1	3,1	3,4	3,7	4,8	8,9

(Nach Stat. d. Deutschen Reichs Bd. 276.)

Der Tafel 69 entnimmt man, daß die Kleinkindersterblichkeit in den letzten Jahrzehnten vor dem Weltkrieg noch mehr als die Säuglingssterblichkeit zurückgegangen ist. Hieraus ist zu schließen, daß die Verminderung der Säuglingssterblichkeit keineswegs, wie etwa vermutet werden könnte, zu einer erhöhten Sterblichkeit in dem späteren Kindesalter führt. Es ist vielmehr anzunehmen, daß die Einflüsse, welche die Gesundheitsverhältnisse der Säuglinge verbesserten, noch günstiger auf die Kleinkinder eingewirkt haben. Daß bei diesen Einflüssen neben den Maßnahmen der Seuchenbekämpfung vorzugsweise der wirtschaftliche Aufschwung in den breiten Massen des deutschen Volkes sich geltend machte, ist unzweifelhaft; denn besondere hygienische Einrichtungen für die Kleinkinder

gab es damals noch weniger als jetzt. Die durch den Krieg erzeugte Notlage des deutschen Volkes verursachte dann, wie die Tafel 70 zeigt, vom Jahre 1915 an bei den Kleinkindern einen starken Anstieg der Sterblichkeit, die im Jahre 1918 hauptsächlich wohl infolge der Grippe noch besonders groß wurde.

Über die häufigsten Todesursachen, welche im Kleinkindesalter zu verzeichnen sind, unterrichtet die Tafel 71.

Tafel 71.

Todesursachen 1919 in Preußen bei den jugendlichen Altersklassen.

Auf je 10000 Lebende jeder Altersklasse starben an:

Todesursachen	bis 1 Jahr		über 1 bis 5 Jahre		über 5 bis 15 Jahre	
	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.
Angeborene Lebensschwäche und Bildungsfehler	565,1	471,9	—	—	—	—
Übertragbare Krankheiten	346,2	293,4	108,8	110,8	19,0	24,8
darunter Scharlach	2,0	1,4	4,0	3,7	1,0	1,3
Masern u. Röteln	6,4	5,3	3,7	3,6	0,2	0,3
Diphtherie u. Krupp	16,5	12,7	17,0	15,2	2,4	2,8
Keuchhusten	42,7	48,3	7,3	10,6	0,1	0,2
Tuberkulose	22,0	20,8	18,8	18,7	7,1	11,3
Lungenentzündung	173,6	138,0	39,6	41,1	3,0	3,6
Influenza (Grippe)	45,8	37,9	12,7	13,8	2,4	3,2
Krankheiten der Atmungsorgane	89,5	74,8	14,8	15,9	1,3	1,7
Krankheiten der Verdauungsorgane	271,5	209,6	16,3	14,5	2,2	2,2
darunter Magen- u. Darmkatarrh	184,9	143,7	10,2	9,2	0,5	0,7
Breachdurchfall	66,0	53,1	3,0	2,9	0,1	0,2
Verunglückung oder andere gewaltsame Einwirkungen	4,8	3,3	7,9	5,6	4,8	1,8
Alle Todesursachen zusammen	1889,0	1543,0	204,7	198,6	37,3	40,8

(Nach Zeitschr. d. Preuß. Statist. Landesamts 1921 Jahrg. 61, Berlin 1922, berechnet.)

Der Tafel 71 ist zu entnehmen, daß die übertragbaren Krankheiten unter den Todesursachen im Kleinkindesalter eine überaus große Rolle spielen. Daher ist bei Vergleichen der Sterblichkeitsziffern einzelner Jahre zu berücksichtigen, ob in einem der betreffenden Jahre eine Seuche zufällig besonders viele Opfer gefordert hat. Tjaden bietet hierüber vergleichende Ziffern, die wir in der Tafel 72 wiedergeben.

Tafel 72.

Kleinkindersterblichkeit in Bremen.

Auf 1000 Lebende im Alter von 1 bis 5 Jahren starben:

Jahr	An allen Todesursachen zusammen	An Todesursachen unter Ausschaltung von Masern, Keuchhusten, Scharlach und Diphtherie
1905	19,1	12,2
1910	15,6	9,8
1919	11,9	9,1
1921	5,9	4,8

(Nach Tjaden.)

Besonders bemerkenswert ist, daß, wie aus der Tafel 71 hervorgeht, die Kleinkinder eine weit höhere Sterblichkeit infolge von Verunglückung aufweisen, als die Säuglinge und Schulkinder. Hieraus erkennt man, daß es den Kleinkindern, die sich wesentlich lebhafter bewegen als die Säuglinge, ohne schon so viel Verstand zu besitzen wie die Schulkinder, oft an der erforderlichen Aufsicht gefehlt hat. Hingewiesen sei auch darauf, daß, nach der Tafel 71, die (unternehmungslustigeren) Knaben häufiger verunglücken als die Mädchen.

Wie die einzelnen Todesursachen auf die Sterblichkeit der Kleinkinder je nach der Wohlhabenheit der Eltern einwirken, läßt sich der Tafel 108 S. 350 entnehmen. Man sieht, daß in Bremen bei den Kleinkindern der Ärmeren Masern, Keuchhusten, Tuberkulose und sonstige Krankheiten der Atmungsorgane die häufigsten Todesursachen waren, während in den wohlhabenden Familien die meisten an sonstigen Infektionskrankheiten starben. Die Ergebnisse von Reiche¹⁾, der die Todesursachen in einem wohlhabenden mit einem ärmeren Stadtteile Hamburgs verglich, weichen in mancher Hinsicht von der Bremer Statistik ab; beachtenswert ist der Hinweis von Reiche, daß der Einfluß der Wohlhabenheit sich bei den infektiösen Erkrankungen anders als bei der Sterblichkeit an ansteckenden Krankheiten geltend macht. Falkenheim hat an den Todesfällen Königsberger Kleinkinder, die er nach den väterlichen Einkommenstufen gegliedert hat, festgestellt, daß „mit dem Wachsen der kindlichen Widerstandskraft, mit fortschreitendem Alter die Lebenserwartung für die sozial schlecht gestellten Kinder immer besser wird“.

Über die Zahl der ärztlich Behandelten unter den gestorbenen Kleinkindern unterrichtet die Tafel 59. Diese Ziffer ist zwar wesentlich größer als die der behandelten Säuglinge, aber sie ist immer noch, auch im Jahre 1922, insbesondere bei den Kindern im 2. Lebensjahr, zu gering. Daß diese Zustände nicht nur in Baden, sondern auch in anderen deutschen Gliedstaaten sehr mißlich sind, läßt sich den Angaben aus Sachsen, wo über die Zahl der Todesfälle mit ärztlich beglaubigter Todesursache berichtet wird, entnehmen; die betreffenden Ziffern werden in unserer Tafel 73 wiedergegeben. Man vergleiche hiermit die Zahlen, die Rösle²⁾ für die Niederlande angeführt hat (siehe Tafel 74).

Hervorzuheben ist an dieser Stelle, daß, nach Angabe von Seitz und Rommel, die Kostenfrage für den Landbewohner ein Haupthindernis bei Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe bildet.

Tafel 73.

Ärztlich beglaubigte Todesursachen in Sachsen.

Von je 100 Todesfällen war die Todesursache ärztlich beglaubigt bei:

Altersgruppe	1900	1905	1909	1913	1915	1921
0—1 Jahr . .	30,8	38,0	39,6	43,7	40,8	58,3
1—5 Jahre . .	66,2	71,6	77,0	80,9	77,0	87,2
5—10 „ . .	86,3	91,2	92,6	93,2	90,8	96,6
10—15 „ . .	86,4	90,8	92,4	94,0	91,9	94,6

(Nach Statist. Jahrb. f. d. Freistaat Sachsen 1911 Jahrg. 39 sowie 45. Ausgabe 1921/23.)

¹⁾ F. Reiche: „Der Einfluß der sozialen Lage auf Infektionskrankheiten“, Abb. in „Krankheit u. soz. Lage“, herausg. von Mosse u. Tugendreich, München 1913.

²⁾ E. Rösle: „Ergebnisse der Todesursachenstatistik im Deutschen Reich für das Jahr 1913“, Medizinalstatist. Mitteil. a. d. Kaiserl. Gesundheitsamte Bd. 19, Berlin 1917.

Tafel 74.

Die ärztlich Behandelten unter den Gestorbenen in den Niederlanden 1913.

Von je 100 Gestorbenen waren ärztlich behandelt:

Altersklassen	männlich	weiblich
0—1 Jahr	89,9	89,2
1—5 Jahre	93,5	94,9
5—14 „	94,2	96,8
14—20 „	95,2	97,5

(Nach E. Röale.)

c) Kleinkinderfürsorge.

Wie schon erwähnt wurde, sind jetzt die führenden Persönlichkeiten auf dem Gebiete der gesundheitlichen Jugendfürsorge davon überzeugt, daß der Ausbau der Säuglingsfürsorge zugunsten der Kleinkinder eine Notwendigkeit ist. Vereine¹⁾, Zeitschriften und vor allem die Fürsorgestellen, die sich früher nur dem Säuglingsschutz widmeten, haben ihr Arbeitsgebiet in diesem Sinne ausgedehnt.

Ob die Mütter aber die Sprechstunden der Kleinkinderfürsorgestellen in genügendem Maße besuchen, ist allerdings fraglich. Denn hier fehlt der Anreiz des Stillgeldes, zu dessen Empfang eine Bescheinigung der Fürsorgestelle über die Stilltätigkeit erforderlich ist. Es wird sich daher empfehlen, um möglichst alle Mütter von Kleinkindern für einen regelmäßigen Besuch der Beratungsstellen zu gewinnen, irgendwelche Lockmittel je nach Ort und Zeit anzuwenden.

Über die Tätigkeit der sieben Charlottenburger Kleinkinderfürsorgestellen in den letzten Jahren wurde mir von dem Bezirksamt Charlottenburg u. a. folgendes mitgeteilt: Es wurden 1923 (1922) 344 (345) Sprechstunden abgehalten, in denen 4440 (3400) Kleinkinder, darunter 522 (424) uneheliche, vorgestellt wurden; die Zahl der Beratungen belief sich auf 15453 (13768), die der Hausbesuche auf 16094 (17852). „Bei den Kleinkindern wurden“, so schreibt das Bezirksamt, „erhebliche Gewichtsabnahmen festgestellt; der Zuspruch zu diesen Sprechstunden steigerte sich 1922/23 gegenüber den Vorjahren ganz erheblich. Auch hier waren wir in der angenehmen Lage, durch Spenden und Flüssigmachung von Mitteln die allerbedürftigsten Kinder mit Nahrungs- und Kräftigungsmitteln — auch Lebertran — in auskömmlichem Maße zu versehen. Durch die vom Reich bewilligten Zuschüsse konnte vom März 1923 ab die Milchverbilligung auch an Kinder bis zu 6 Jahren — durchschnittlich $\frac{1}{4}$ l täglich — gewährt werden.“

Da viele von den Kleinkindern an Knochenerkrankungen leiden, tuberkulös erkrankt oder verdächtig sind und zumeist der Zahnbehandlung bedürfen, so muß die Kleinkinder-

¹⁾ Neben den im Abschnitt „Säuglinge“ genannten Vereinen hat sich auch der Deutsche Ausschuß für Kleinkinderfürsorge große Verdienste um die Hygiene der Kleinkinder erworben. Er hat Forderungen vom Standpunkte der Volkserziehung und der Volksgesundheitspflege aufgestellt; letztere lauten: Aufklärung über zweckmäßige Ernährung und Pflege des Kleinkindes, Hebung seiner Widerstandskraft, wirksame Bekämpfung der Entstehungsursachen, der Krankheitserscheinungen und der Folgen der Tuberkulose, der lymphatischen Konstitution, der Rachitis, der Erbsyphilis sowie der ansteckenden Kinderkrankheiten im Kleinkindesalter. (Siehe Nachrichtendienst über Kleinkinderfürsorge, 1918 Dezember, Nr. 27.)

Abb. 50.



Kindergarten: Beschäftigung im Zimmer.

Abb. 51.



Kindergarten: Spiel im Freien.

Abb. 50 und 51 sind dem „Atlas“ von Langstein u. Rott (siehe S. 248) entnommen.

fürsorge mit der Krüppel-, Tuberkulose- und Schülerfürsorge eng zusammenarbeiten. Im übrigen gilt auch hier, was wir oben bei der Säuglingsfürsorge ausgeführt haben, nämlich daß ihre Wirksamkeit Stückwerk bleibt, wenn die wirtschaftliche Lage mißlich ist.

Die meisten Kleinkinder, deren Mütter erwerbstätig sind, müssen in Krippen (siehe S. 249), Kinderschulen oder Kindergärten untergebracht werden. Daß auch diese Anstalten, genau so wie die Volksschulen, den hygienischen Anforderungen entsprechen müssen, sollte gar nicht mehr zu erwähnen sein; aber vorläufig ist es noch dringend nötig, auf die gesundheitlich einwandfreie Gestaltung dieser Anstalten hinzuwirken. Über die Vorgänge in einem mustergültigen Kindergarten unterrichten uns die Abbildungen 50 und 51. Schon vor einer Reihe von Jahren wurde die Frage aufgeworfen, ob die Tagesstätten für Kleinkinder staatlich beaufsichtigt werden sollen. In Württemberg¹⁾ unterstehen die Kleinkinderanstalten in gesundheitlicher Hinsicht dem Schularzt, in Preußen¹⁾ und Baden²⁾ werden sie von dem Kreis- bzw. Bezirksarzt überwacht. Auf Grund einer im Jahre 1917 von Lust³⁾ veranstalteten Umfrage wurde festgestellt, daß 26% von den badischen Anstalten der Kleinkinderfürsorge in hygienischer Hinsicht zu den schwersten Bedenken Anlaß gaben. Der Badische Landesausschuß für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge hat daher 1920 in einer Denkschrift u. a. folgendes betont:

„Die sich ausschließlich auf hygienische Fragen erstreckenden Mindestanforderungen sollen grundsätzlich nicht hinter denen zurückstehen, die auch an die Anstalten der geschlossenen Fürsorge gestellt werden . . . Die bisherige staatliche Regelung einer gesundheitlichen Überwachung durch den Bezirksarzt, die erfahrungsgemäß nur eine ganz gelegentliche ist, muß als völlig ungenügend bezeichnet werden. Zu verlangen ist: fortlaufende Überwachung der Anstaltseinrichtung und des Anstaltsbetriebes. Regelmäßige Voruntersuchung jedes neuauftretenden bzw. einige Zeit ferngebliebenen Kindes. Ist diese wie auf dem Lande nicht ärztlich durchführbar, so muß mindestens die leitende Schwester genügende Erfahrung in der Erkennung von Infektionskrankheiten besitzen. Für die Städte empfehlenswert: Anstellung eigener Kindergarten-Ärzte. Für das Land: vertragliche Verpflichtung von Privatärzten; stehen solche nicht zur Verfügung, so ist der Bezirksarzt zur Übernahme der fortlaufenden ärztlichen Überwachung verpflichtet. Die Tätigkeit soll keine ehrenamtliche sein . . . Grundsätzlich wird der Standpunkt eingenommen, daß die Nachteile der Schließung einer in hygienischer Beziehung gefahrdrohenden Anstalt geringer einzuschätzen sind als die Vorteile ihrer Aufrechterhaltung.“

Erwähnt sei noch, daß ein am 10. Juni 1920 herausgegebenes Rundschreiben des Reichsministers des Innern betr. Grundsätze für die Errichtung und den Betrieb von Krippen, Kinderbewahranstalten und Kindergärten sich vor allem mit der Verhütung von ansteckenden Krankheiten befaßt.

Während man jetzt Hunderttausende von Schulkindern alljährlich zur Erholung aufs Land sendet, ist eine solche Landverschickung bei den Kleinkindern, die einer sorgfältigeren Aufsicht bedürfen, viel schwieriger. Um aber auch den in den Städten lebenden Kleinkindern der unbemittelten Volksschichten Gelegenheit zu geben, sich möglichst viel in frischer Luft und in der Sonne aufhalten zu können, ist für eine genügende Zahl zweckdienlich gestalteter Spielplätze zu sorgen (siehe S. 132). Besonders beachtenswert sind die Bestrebungen, welche sich der Luftbadpflege (vergl. Abb. 56 S. 286) widmen; Luftbadkolonien⁴⁾ bedürftiger Kinder wurden bereits 1907 gleichzeitig in Bremen, Frankfurt a. M. und Mannheim geschaffen.

¹⁾ Siehe „Nachrichtendienst über Kleinkinderfürsorge im Kriege“, Oktober 1917, Nr. 8.

²⁾ Siehe Badisches Gesetz- und Verordnungsblatt vom 25. März 1913 § 12, 3.

³⁾ Siehe „Nachrichtendienst über Kleinkinderfürsorge“, 1920 Nr. 46/47.

⁴⁾ Siehe „Nachrichtendienst über Kleinkinderfürsorge im Kriege“, 1917 Oktober, Nr. 8.

Schließlich ist noch darauf hinzuweisen, daß die von den Krankenkassen zu gewährende Familienhilfe¹⁾ auch für die Kleinkinder, von denen jetzt noch zahlreiche selbst bei tödlichen Erkrankungen der ärztlichen Hilfe entbehren, ein dringendes Bedürfnis ist.

Literatur: 1. **Marie Baum:** „Grundriß der Gesundheitsfürsorge“, 2. Aufl., München 1923. — 2. **K. Barchetti:** „Zur Häufigkeit der Tuberkulose im Kindesalter“, Arch. f. Kinderheilk. 1922 Bd. 71 Heft 3. — 3. **Bartschmid:** „Über die Einwirkung der Kriegsverhältnisse auf die Tuberkulosehäufigkeit unter den Münchener Kindern“, Münch. med. Wochenschr. 1920 Nr. 33. — 4. **Bräuning:** „Über die Abgrenzung der ansteckenden Lungentuberkulosen gegen die nichtansteckungsfähigen“, Zeitschr. f. Hyg. u. Infekt. 1923 Bd. 100. — 5. **A. Czerny:** „Die Bekämpfung der Kindertuberkulose“, Veröff. a. d. Geb. d. Medizinalverw. 1919 Bd. XI Heft 9. — 6. **St. Engel:** a) „Die Rachitis, eine Verkümmernskrankheit“, Med. Klin. 1920 Nr. 15; b) gemeinsam mit G. Katzenstein: „Versuch einer Morbiditätsstatistik der Rachitis“, Arch. f. Kinderheilk. 1921 Bd. 70 Heft 3; c) siehe Literatur S. 253 Ziffer 3. — 7. **C. Falkenheim:** „Der Einfluß der sozialen Lage auf die Sterblichkeit des Kleinkindes in Königsberg Pr. während der Jahre 1914 bis 1918“, Zeitschr. f. Säugl.- u. Kleinkindersch. 1920 Heft 6. — 8. **A. Gottstein:** a) „Die Säuglingsfürsorge in Charlottenburg“, Amtl. Nachrichten d. Charlottenburger Armenverw. 1912 August; b) „Die Kleinkinderfürsorge“, Zeitschr. f. Säuglingssch. 1913 Jahrg. 5 Heft 1; c) „Die gesundheitliche Kleinkinderfürsorge und der Krieg“, Schriften d. Deutsch. Ausschusses f. Kleinkinderfürsorge Heft 3, Leipzig 1917. — 9. **Fr. Hamburger und R. Monti:** „Die Tuberkulosehäufigkeit im Kindesalter“, Münch. med. Wochenschr. 1909 Nr. 9. — 10. **Hügers:** „Die Verbreitung der Rachitis in den Jahren 1914 bis 1921“, Münch. med. Wochenschr. 1921 Nr. 49. — 11. **Th. Hoffa:** „Zur Bekämpfung der Tuberkulose im Kindesalter“, Beiträge zur soz. Hyg. d. Säugl.- u. Kleinkindesalters, Berlin 1920. — 12. **H. Langer:** a) „Fürsorgemaßnahmen für tuberkulös infizierte bzw. erkrankte Kinder“, Zeitschr. f. Säugl.- u. Kleinkinderschutz 1922 Jahrg. 14 Heft 12; b) „Kindertuberkulose“, Sozialhyg. Rundschau 1924 Nr. 1. — 13. **Käthe Mende:** „Aufsichtslosigkeit infolge mütterlicher Erwerbstätigkeit“, Abhandl. i. „Kleinkinderfürsorge“, herausg. v. Zentralinstitut f. Erziehung u. Unterricht Berlin, Leipzig 1917. — 14. **Hugo Neumann:** „Öffentliche Säuglings- und Kinderfürsorge“, Med. Reform 1909 Nr. 14 u. 15. — 15. **Rommel:** gemeinsam mit Seitz, siehe Ziffer 18. — 16. **F. Rott:** a) „Lebensbedrohung und Krankheiten des Kleinkindes“, Abhandl. i. „Kleinkinderfürsorge“, herausg. v. Zentralinstitut f. Erziehung, Leipzig 1917; b) siehe Literatur S. 253 Ziffer 17b. — 17. **Sander:** „Die Verbreitung der okkulten Tuberkulose unter den Kindern in Dortmund“, Deutsch. med. Wochenschr. 1921 Nr. 19. — 18. **Seitz,** gemeinsam mit Rommel: „Gesundheitliche Mißstände und ihre Bekämpfung“, Ländliche Kleinkinderfürsorge, herausg. vom Deutschen Aussch. f. Kleinkinderfürsorge, Berlin 1921. — 19. **H. Selter:** „Verbreitung und Ursachen der Rachitis“, Berl. Klin. Wochenschr. 1919 Nr. 7. — 20. **Tjaden:** „Die Gesundheitsverhältnisse in Bremen im Jahre 1921“, Bremen 1922. — 21. **G. Tugendreich:** a) „Die Kleinkinderfürsorge“, Stuttgart 1917; b) „Zwölf Jahre gesundheitlicher Kleinkinderfürsorge“, Klin. Wochenschr. 1922 Nr. 30. — 22. **F. Umber:** „Über Tuberkuloseinfektion und Tuberkuloseerkrankung der ersten Lebensjahre vor dem Kriege und während desselben“, Zeitschr. f. Tuberk. 1917 Bd. 27 S. 331 ff. — 23. **Weinberg (Bochum):** Siehe Literatur S. 253 Ziff. 28. — 24. **Fr. Wilschke:** „Ergebnisse einer Rachitisuntersuchung in Graz“, Arch. f. Kinderheilk. 1924 Bd. 74 Heft 4. — 25. **H. Witzel:** „Über die starke Zunahme der Kindertuberkulose seit Anfang 1919 und ihre Ursache“, Sozialhyg. Mitteil. 1920 Heft 2.

4. Schulkinder.

a) Geschichtliches und Allgemeines.

J. P. Frank hat sich schon 1780 eingehend mit der Gesundheitspflege der Schulkinder befaßt. Bezeichnend für sein Buch ist die Mahnung, die bereits in dem Vorspruch: „Schont ihrer Faser noch, schont ihres Geistes Kräfte, verschwendet nicht im Kind des künft'gen Mannes Säfte“ enthalten ist. Und einen wie hohen Wert er gerade der Schulgesundheitspflege zugemessen hat, erkennt man aus folgenden Worten: „Auf keinen Gegenstand hat gewiß die Polizey mehr zu wachen, als auf den Teil der öffentlichen Erziehung, wodurch wir erst zu nützlichen Bürgern des Staates werden.“ Wie wenig jedoch

¹⁾ Siehe Literatur S. 253 Ziffer 4 b u. c.

die Lehre Franks verwirklicht wurde, läßt sich aus dem viel genannten, 1836 veröffentlichten Aufsatz „Zum Schutze der Gesundheit in den Schulen“ von C. J. Lorinser, der in Oppeln als Medizinalrat tätig war, ersehen. In Baden wurden dann durch eine Verfügung vom 13. August 1841 „sämtliche Physikate angewiesen, die sanitätspolizeiliche Aufsicht über die Schulen in den Stadt- und Landgemeinden zu führen, und zu dem Behufe eine Untersuchung derselben wenigstens zweimal im Jahre vorzunehmen“. Ähnliches geschah 1843 in der Oberpfalz. Aber dies genügte nicht. Immer wieder wurden Klagen und Wünsche geäußert. Einen Fortschritt bedeutete es, als der Breslauer Augenarzt H. Cohn 1867 auf Grund seiner Augenuntersuchungen bei Schulkindern die Einführung von Schulärzten beantragte. Fr. Falk (1868), Ellinger (1877), A. Baginsky (1877) traten für die gleiche Forderung ein. Zugleich richtete sich die Aufmerksamkeit vieler Ärzte auf die Hygiene des Schulbetriebs¹⁾; aber die Stadtverwaltungen hielten es noch nicht für nötig, Schulärzte anzustellen. Selbst der bekannte Frankfurter Stadtarzt Spieß²⁾, der zu Beginn der 80er Jahre des 19. Jahrhunderts als solcher angestellt wurde, war, nach seinen Angaben, 1886 nicht als Schularzt tätig und hatte „nicht einmal in der Schuldeputation Sitz und Stimme, sondern wurde nur zugezogen, wenn die Behörde es für gut fand“. Mit Recht betonte H. Cohn, der sich 1886 noch einmal zur Schularztfrage äußerte, am Schluß seiner Darlegungen: „Sorgen wir dafür, daß der Satz vieler Stockphilologen: Taceat medicus in schola! endlich einmal dem Satze weiche: Audiatur et medicus in schola!“

Zahlreiche deutsche und internationale Tagungen³⁾ haben sich dann eingehend mit der Schulhygiene befaßt. Der Weg von der Schulhygiene zur Schülerhygiene wurde gefunden, als Cuntz 1897 in Wiesbaden planmäßig alle Schulkinder untersuchte. Bemerkenswert ist auch die Entschliebung des deutschen Ärztetages vom Jahre 1897, daß die Tätigkeit der Schulärzte sich sowohl auf die Schulräume und den Unterricht, wie auf die Gesundheitszustände der Schulkinder erstrecken soll. Im 20. Jahrhundert hat sich dann die Schulgesundheitspflege bzw. die Gesundheitsfürsorge für die Schulkinder erfreulicherweise so gut wie wenige andere Gebiete der Hygiene entwickelt.

Die Schulkinder stellen eine leicht abgrenzbare Altersklasse dar; denn, wenn auch die in den einzelnen Gliedstaaten des Deutschen Reiches geltenden Vorschriften über Anfang und Ende des schulpflichtigen Alters nicht ganz gleichmäßig gestaltet sind, so umfaßt der Schulzwang doch im allgemeinen die Kinder vom Beginn des 7. bis zum Ende des 14. Lebensjahres.

Die Zahl dieser Kinder war schon den Angaben unserer Tafel 61 zu entnehmen. Man sieht, daß 1919 die Ziffer etwas geringer war als im Jahre 1910. Die Ursache liegt in dem Geburtenrückgang während der letzten Jahre vor dem Kriege. Aber die Abnahme der Geburtenziffern (siehe Tafel 46) war weit größer als die Verminderung der Schulkinderzahlen. Die Aufwuchsziffern, gemessen an den Schulkindern, sind 1919 nur wenig kleiner als 1910. Und wenn man, um dies hier schon zu bemerken, die Aufwuchsziffern

¹⁾ Siehe G. Varrentrapp: „Der heutige Stand der hygieinischen Forderungen an Schulbauten“, Deutsch. Viertelj. f. öff. Gesundheitspf. 1869. (Im Anhang ein ausführliches Verzeichnis des Schrifttums betr. Schulgesundheitspflege.)

²⁾ Nach Angabe von H. Cohn.

³⁾ Hier sind vor allem zu nennen: a) der Deutsche Verein für Schulgesundheitspflege und sein Organ, die seit 1887 erscheinende „Zeitschrift für Schulgesundheitspflege“, b) die Schweizerische Gesellschaft für Schulgesundheitspflege, c) der Internationale Kongreß für Schulhygiene.

nach den Jugendlichen von 15 bis 18 Jahren beurteilt, so zeigt sich 1919 sogar eine Zunahme gegenüber den Ergebnissen des Jahres 1910; allerdings macht sich für diese Altersklasse der Einfluß des Geburtenrückganges erst in geringem Umfange geltend.

Der während des Weltkrieges erfolgte Geburtenrückgang hat zu einer starken Verminderung der Schulkinderziffern geführt. Dies geht besonders deutlich aus einer amtlichen Darstellung¹⁾, die wir in unserer Zeichnung 18 wiedergeben, hervor. Hierzu wird noch folgendes angeführt:

Zeichnung 18.



(Nach Wirtschaft und Statistik 1921 Nr. 9.)

lung besonders deutlich ersichtlich. Ostern 1924 wird also die geringste Zahl von Neuaufnahmen in die Volksschulen bringen. Dies entspricht den in den Jahren 1917/1918 am tiefsten gesunkenen Geburtenziffern. Der Rückgang beträgt bis über die Hälfte derjenigen Kinderzahl, die bei der Geburtenziffer vom Jahre 1913 hätte in die Schule kommen müssen. Die weitreichendste Wirkung im gesamten Schulwesen wird dieser Rückgang haben, wenn die vier Jahrgänge mit den niedrigsten Kinderzahlen, also die Jahrgänge 1922 bis 1925, gleichzeitig zur Schule gehen. Von Ostern 1925 bis Ostern 1930 werden bei achtjähriger Schulzeit demnach die wenigsten Schulkinder vorhanden sein. Der Ausfall in diesen Jahren wird fast 2,4 Mill. Schulkinder betragen. Bei einer Gesamtzahl von zurzeit etwa 9,8 Mill. Volksschulkindern im heutigen Deutschen Reich beträgt die Minderung nahezu 24,5 v. H.“

Mit Recht wurde auch darauf hingewiesen, daß neben dieser fühlbar werdenden Folge der durch den Weltkrieg entstandene Geburtenausfall sich später auch in einer geringen Zahl von Eheschließungen, die wiederum eine Abnahme der Geburtenzahlen nach sich zieht, bemerkbar machen wird.

Da gilt es nun noch mehr als je, für die Schulkinder zu sorgen, damit von ihnen möglichst viele gesund bleiben und das fortpflanzungsfähige Alter erreichen.

Unter den kulturellen Einflüssen, welche die Gesundheit und das Leben der Schulkinder bedrohen, sind zwei Gruppen zu unterscheiden: 1. Die Einflüsse des Schulbetriebs. 2. Die Einflüsse der sozialen Lage, in der sich die Eltern der Schulkinder befinden. Hiermit haben wir uns nunmehr zu befassen.

¹⁾ Siehe Wirtschaft und Statistik 1921 Nr. 9 S. 442.

„Wird davon ausgegangen, daß Ostern eines jeden Jahres diejenigen Kinder zur Schule kommen, die in der Zeit vom 1. Juli des Vorjahres bis zum 30. Juni des gleichen Jahres sechs Jahre alt werden, und wird angenommen, daß in den kommenden Jahren Säuglings- und Kleinkindersterblichkeit ebenso hoch sein wird, wie sie im Jahre 1913 gewesen ist, so werden unter Zugrundelegung der Geburtenzahlen der entsprechenden Jahresabschnitte und unter Berücksichtigung der Verkleinerung des Reichsgebiets in die Schule kommen:

Ostern 1922	808 623	Kinder
„ 1923	721 011	„
„ 1924	654 173	„
„ 1925	700 169	„
„ 1926	1 318 045	„
„ 1927	1 276 913	„

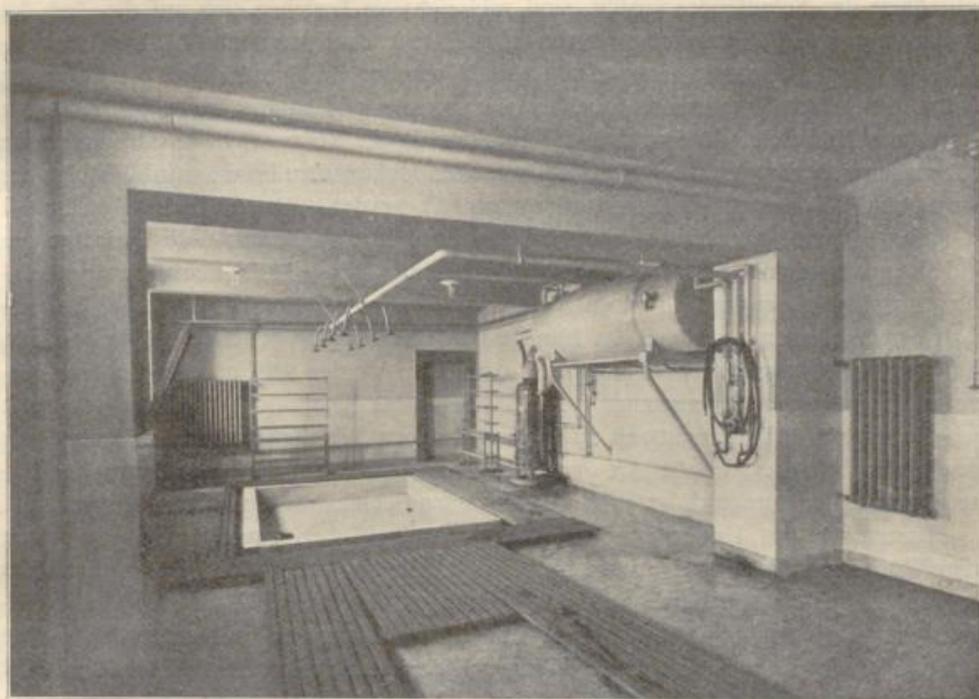
Ostern 1920 sind bei gleicher Berechnung, also ausgehend von der Geburtenzahl im 2. Halbjahr 1913 und im 1. Halbjahr 1914 und unter Berücksichtigung der Sterblichkeitsverhältnisse in diesen und den folgenden Jahren 1 317 309, Ostern 1921 1 234 528 Kinder in die Schule gekommen. Der hohe Rückgang ist aus der graphischen Darstellung

b) Kulturelle Einflüsse auf die Gesundheit.

α) Einflüsse des Schulbetriebs.

In diesem Abschnitt, in dem die soziale Hygiene der Schulkinder (nicht aber die gesamte Schulgesundheitspflege) zu erörtern ist, können schon im Hinblick auf den verfügbaren Raum nur ganz wenige Teile des Schulbetriebes berücksichtigt werden. Es können daher nur einige Gegenwartsfragen, die sich auf das Schulgebäude und den Unterricht erstrecken, hier beleuchtet werden.

Abb. 52.



Schulbad in einer Karlsruher Volksschule.

Die gesundheitstechnischen Fragen des Schulgebäudes¹⁾ darf man als gelöst betrachten. Insbesondere ist zu betonen, daß die Gebäude selbst sich in jeder gut verwalteten Gemeinde in befriedigendem, vielfach in vorzüglichem Zustande befinden; selbst in Dörfern²⁾ habe ich oft Schulhäuser angetroffen, mit welchen die Gymnasien, die ich zu meiner Schulzeit kennen lernte, nicht zu vergleichen sein würden. Schon von außen merkt man an den großen Fenstern, daß für genügende Belichtung und Lüftung gesorgt ist. Und auf so sachgemäß gestalteten Schulbänken, wie ich sie z. B. in Karlsruher Volksschulen ganz allgemein sehe, habe ich während meiner Gymnasialzeit nicht gesessen. Man kann sich über diese gesundheitstechnische Entwicklung nur freuen.

¹⁾ Siehe H. Selter: „Hygiene des Schulhauses und seiner Inneneinrichtung“, Abhandl. i. Handb. d. deutsch. Schulhyg., herausg. v. H. Selter, Dresden 1914.

²⁾ Siehe O. Warth: „Ländliche Schulhausbauten und verwandte Anlagen im Großh. Baden“, Heft 1—4, Karlsruhe 1911—1914.

Aber es bleiben freilich auch hierbei noch manche Wünsche offen. Die Abortverhältnisse entsprechen vielfach immer noch nicht den hygienischen Mindestanforderungen. Zu diesen gehört auch, daß für eine hinreichende Waschgelegenheit mit fließendem Wasser, sowie für Seife und Handtuch gesorgt sein muß. Ferner sollte das Vorgehen vieler Städte, die Schulbäder eingerichtet haben, allgemein, auch auf dem Lande, nachgeahmt werden. Das gleiche gilt für die Turnhalle. Über die Verbreitung der Volksschulbäder wurde oben (S. 170) berichtet. Unsere Abbildung 52, welche ein Brausebad in einer Karlsruher Volksschule veranschaulicht, zeigt, wie eine solche Einrichtung beschaffen sein soll.

Die Fragen des Einflusses, den die jeweilige Gestaltung des Unterrichts¹⁾ auf die Gesundheit der Schulkinder ausübt, sind zahlreich; sie beziehen sich auf die Zeit des Schulanfangs, auf die Verteilung der einzelnen Fächer, auf Pausen und Teilung der Unterrichtszeit, auf Ferien, auf Hausaufgaben, auf Trennung der Schüler nach der Begabung u. a. m. Alle diese Probleme sind noch viel umstritten und können wohl auch nicht mit allgemeiner Gültigkeit gelöst werden. So mußte z. B. die Frage: Geteilte oder ungeteilte Unterrichtszeit?, die vor dem Krieg wohl von allen Hygienikern bejaht wurde, infolge der Kriegs- und Nachkriegsverhältnisse erneut geprüft werden. Die Badische Gesellschaft für soziale Hygiene hat sich im Juli 1923 eingehend hiermit befaßt; nach Berichten des Heidelberger Hygienikers Kossel und des Mannheimer Arztes Moses sowie einer gehaltvollen Aussprache, an der sich neben Schulärzten auch die Führer der badischen Lehrerschaft beteiligt haben, wurde an das Ministerium eine Eingabe gerichtet, in der es heißt, „daß der Nachmittagsunterricht möglichst vermieden werden soll, obwohl nicht zu verkennen ist, daß unter den mannigfaltigen Einflüssen der Kriegs- und Nachkriegszustände auch die ungeteilte Unterrichtszeit zu gesundheitlichen Schädigungen führen kann. Die Entscheidung darüber, welche Art der Unterrichtszeit den jeweiligen örtlichen Verhältnissen am meisten zuträglich ist, sollte den einzelnen Schulgemeinden überlassen werden.“

Hinsichtlich des Unterrichts sind vom gesundheitlichen Standpunkte aus zurzeit einige Wünsche besonders hervorzuheben. Zunächst ist ein Ausbau des Turnunterrichts notwendig. Darüber ist bereits S. 196 berichtet worden. Auch auf die Bedeutung des Kochunterrichts wurde schon (auf S. 121) hingewiesen. Hier ist nun noch zu fordern, daß in allen Volksschulen Hygieneunterricht erteilt wird. Die Reichsschulkonferenz²⁾ 1920 zu Berlin betonte, „daß die hygienische Erziehung der Schüler notwendig ist zur Verbesserung der gesundheitlichen Lebensbedingungen und als Voraussetzung der gesundheitsgemäßen Lebensführung der Schüler selbst . . . Die hygienische Erziehung der Schüler ist daher an allen Schulen und auf allen Stufen durchzuführen. Die hygienische Erziehung in der Schule hat durch den Lehrer zu erfolgen . . . und setzt die hygienische Vorbildung aller Lehrer voraus . . .“

Zu fordern ist sodann, daß die Schulklassen nicht überfüllt sind. Im Hinblick auf die in unserer Zeichnung 18 veranschaulichten Verhältnisse dürfte freilich in den nächsten Jahren die Gefahr, daß die Klassen zu stark besetzt sein werden, gering sein.

Bedeutungsvoll ist die Frage, ob und in welcher Weise der Schulbetrieb an der Entstehung oder Verschlimmerung der Kurzsichtigkeit beteiligt ist. Wie wir oben dargelegt

¹⁾ Siehe den Abschnitt „Hygiene des Unterrichts“ in Selters „Handb. d. deutsch. Schulhyg.“, Dresden 1914.

²⁾ Siehe Karl Röllner: „Die Beratungen der schulhygienischen Kommission auf der Reichsschulkonferenz“, Zeitschr. f. Schulgesundheitspf. 1920 Nr. 11 u. 12.

haben, sind ja gerade die zahlreichen Brechungsfehler, die H. Cohn bei Schulkindern festgestellt hat, der Anlaß für eine planmäßige Schulhygiene geworden. Da ist nun hervorzuheben, daß der Rassehygieniker Lenz¹⁾, der sich auf Untersuchungen des Züricher Augenarztes Steiger stützt, den Einfluß der Naharbeit auf die Entstehung der Kurzsichtigkeit völlig in Abrede stellt. Er faßt seine Ansicht folgendermaßen zusammen: „1. Ohne entsprechende erbliche Veranlagung entsteht keine Myopie. 2. Bei gegebener Veranlagung kann leichte wie schwere Myopie auch ohne jede Naharbeit entstehen. 3. Ob Naharbeit zur Entwicklung einer vorhandenen Anlage zur Myopie beitragen könne, ist fraglich . . . Die Entscheidung muß daher an der Hand vorsichtiger Statistik gesucht werden. Insbesondere sind ausgedehnte Familienforschungen nötig, zu denen in diesem Falle nicht nur der Augenarzt, sondern auch der Schularzt und der Erblichkeitsforscher berufen sind.“ Daß bei der Kurzsichtigkeit die ererbte Anlage eine wesentliche Rolle spielt, ist sicher; aber außerdem machen sich doch wohl noch andere Einflüsse geltend, was z. B. daraus hervorgeht, daß, wie die Tafel 77 zeigt, die Knaben in den höheren Schulen fast doppelt so häufig Brechungsfehler aufweisen wie die Volksschüler.

Schließlich ist noch auf die bei dem Schulbesuch vorhandene Gefahr der Übertragung ansteckender Krankheiten, insbesondere von Masern, Keuchhusten, Scharlach und Diphtherie, hinzuweisen. In der Sterblichkeitsstatistik spielen diese Infektionen jetzt vielfach keine oder eine verhältnismäßig nur geringe Rolle; aber an den Krankheitsziffern sind sie stark beteiligt. Allerdings lassen sich diese Ziffern nicht vollkommen erfassen, zumal bei Masern und Keuchhusten keine Anzeigepflicht besteht. Zur Verhütung von Epidemien ist es unbedingt erforderlich, daß auch gesunde Bazillenträger vom Schulbesuch ausgeschlossen werden; und Genesende sind daraufhin genau zu prüfen, ob sie noch ansteckend wirken können. Bei der Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten, soweit es sich um die Übertragung in der Schule handelt, ist die Mitwirkung der Lehrer nicht zu entbehren. Schultz hat hierfür einen ausführlichen Plan veröffentlicht. In Preußen wurde durch einen Ministerialerlaß vom 9. Juli 1907 eine „Anweisung zur Verhütung der Verbreitung übertragbarer Krankheiten durch die Schulen“ bekanntgegeben; diesem Vorgehen sind dann andere deutsche Staaten in ähnlicher Weise gefolgt. Ein preußischer Ministerialerlaß vom 17. Januar 1920 ordnet an, daß diphtheriegenesene Kinder und ihre Geschwister nur nach entsprechenden bakteriologischen Feststellungen zum Schulbesuch wieder zugelassen werden sollen.

β) Sonstige Einflüsse der sozialen Umwelt.

Die gesundheitliche Lage der Kinder hängt zunächst von ihren ererbten Eigenschaften ab. Schon im alten Rom sprach man davon, daß nicht aus jedem Holz eine Bildsäule geschnitten werden kann. Und auch der beste deutsche Schulmeister der Gegenwart kann aus einem Schulkinde, es mag noch so gut gepflegt werden, keinen brauchbaren Staatsbürger formen, wenn es aus einer entarteten Erbmasse stammt. Aber im ganzen genommen ist die Erbmasse der deutschen Bevölkerung nicht entartet; die große Mehrzahl der Kinder wird gesund geboren, und selbst in den Fällen, wo es sich um ererbte, jedoch noch verborgene Krankheitsanlagen handelt, würde die Krankheit zumeist nicht in die Erscheinung treten, wenn nicht durch die Ungunst der sozialen Lage, in der sich die Eltern befinden, die Bedingungen hierfür geschaffen werden würden.

¹⁾ Siehe Literatur S. 218 Ziffer 14.

Fischer, Soziale Hygiene.

Die aus den ungünstigen wirtschaftlichen Zuständen der Eltern sich ergebenden Einflüsse, die auf die Gesundheitsverhältnisse der Schulkinder einwirken, sind mannigfaltiger Art. An erster Stelle ist hier die mangelhafte Ernährung zu nennen. Dann aber spielt die Wohnnot eine große Rolle, namentlich wenn, wie so oft, nicht genügend Betten¹⁾ aufgestellt werden können bzw. vorhanden sind; es ist zu fordern, daß jedes Kind allein in einem Bett schläft und die Ruhe findet, die es braucht, um am nächsten Morgen mit Erfolg dem Unterricht beiwohnen zu können. Besonders schlimm sind die Kinder daran, die, um etwas Geld zu verdienen, frühmorgens vor dem Unterricht schon stundenlang Brötchen, Zeitungen u. dgl. austragen müssen. Diese und andere wirtschaftliche Ursachen wirken auf die körperliche und geistige Entwicklung der Kinder in der nachteiligsten Weise ein.

Über die Ausdehnung der Kindererwerbsarbeit unterrichtet eine Erhebung, die A. Vieth in Halle a. S. 1921 durchgeführt hat. Die zahlenmäßigen Angaben sind in unserer Tafel 75 enthalten. Hierzu wird bemerkt, daß auf die Erwerbstätigen ein erheblich größerer Anteil solcher Kinder fiel, die unterdurchschnittliche Schulleistungen aufwiesen; auch der ärztliche Befund dieser Kinder war außerordentlich schlecht.

Tafel 75.

Die erwerbstätigen Kinder in Halle a. S. 1921.

Klassen und Kinder	Gesamtzahl	Von der Erhebung erfaßt	Unter 100 der Gesamtzahl waren von der Erhebung erfaßt	Erwerbstätige Kinder	Unter 100 von der Erhebung erfaßten waren erwerbstätig
Klassen	448	301	67,2	—	—
Knaben	9243	6729	72,8	785	11,67
Mädchen	9633	6902	71,6	848	12,27
Zusammen . .	18876	13631	72,2	1633	11,98

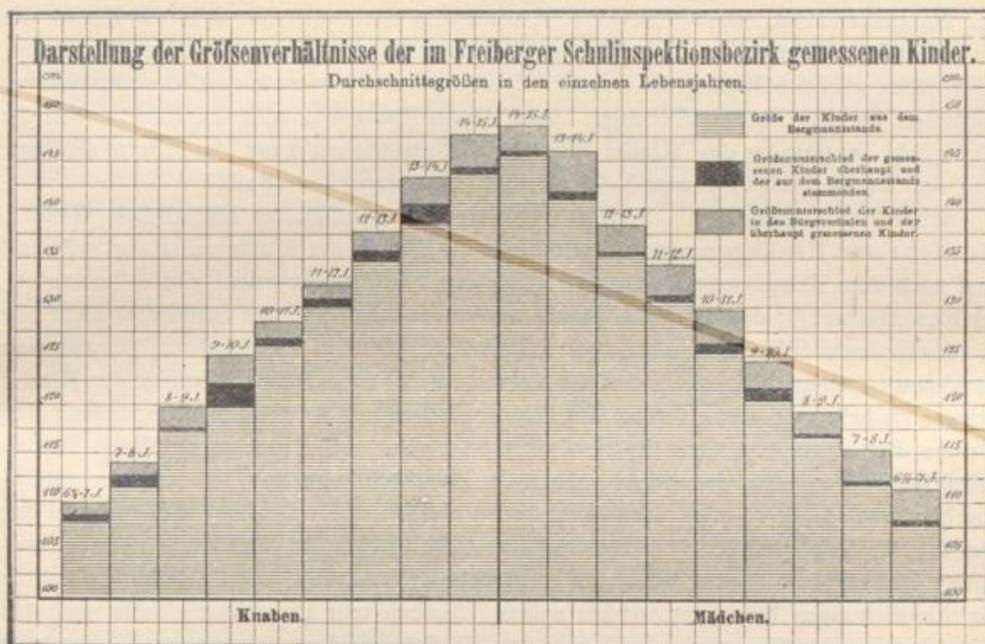
(Nach A. Vieth.)

Schon 1888 haben A. Geißler und R. Uhlitsch auf Grund umfangreicher Untersuchungen bei Schulkindern in Freiberg dargelegt, welchen Einfluß die Lebensverhältnisse, in denen die Kinder aufwachsen, auf die körperliche Entfaltung ausüben. Die Kinder aus dem Bergmannsstande waren durchweg kleiner als die Bürgerschüler. Die Einzelheiten sind einer Darstellung, die in unserer Zeichnung 19 wiedergegeben wird, zu entnehmen.

Einen ähnlichen Vergleich, der sich auf die körperliche Beschaffenheit von Schulkindern verschiedenartiger Wohlhabenheitsgruppen am Anfang des 20. Jahrhunderts erstreckt, hat der Dresdener Lehrer H. Graupner durchgeführt; seine Untersuchungen gehen aber hinsichtlich der Fragestellungen weit über die Freiburger Forschungen hinaus.

¹⁾ Vgl. die Angaben auf S. 143. Ferner sei auf die Ergebnisse des Berliner Schularztes L. Bernhard hingewiesen; er fand, daß 28% der Kinder mit vier, 10% mit fünf, 4,2% mit sechs und 2% mit mehr als sechs Personen im Zimmer schlafen; nur 33% schlafen allein im Bett, 63,5% zu zweien, 3,4% zu dreien und 0,1% zu viere. Diese Zustände wurden auch in anderen Städten, z. B. in Magdeburg, festgestellt. (Siehe L. Bernhard: „Schlaf und Schlafverhältnisse“, Art. i. Encyclopädisch. Handb. d. Kinderschutzes u. d. Jugendfürsorge, Leipzig 1911.)

Zeichnung 19.



(Nach A. Geißler und R. Uhlitzsch.)

Tafel 76.

**Körperhöhe der normal aufgerückten und zurückgebliebenen
Dresdner Bürgerschüler und Bezirksschüler.**

(Durchschnittszahlen.)

Schüler	Schuljahr							
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
Bürgerschüler								
5992 Knaben:								
Normal aufgerückt . . .	117,4	123,4	128,0	132,6	135,0	139,8	145,6	150,0
Sitzengeblieben	—	120,8	126,5	130,6	135,6	138,9	141,7	149,1
4754 Mädchen:								
Normal aufgerückt	116,2	121,8	127,1	131,8	136,0	142,5	148,4	153,7
Sitzengeblieben	—	117,0	121,4	126,4	131,2	139,3	145,1	146,6
Bezirksschüler								
20478 Knaben:								
Normal aufgerückt	112,7	118,5	123,3	128,1	132,9	137,9	142,1	147,0
1 mal sitzengeblieben . . .	—	115,7	121,4	125,8	131,8	136,1	140,0	144,2
2 " " " "	—	—	119,5	125,3	130,3	134,0	138,7	144,1
3 u. mehrm. " "	—	—	—	—	(130,1)	(136,0)	137,9	143,3
23198 Mädchen:								
Normal aufgerückt	112,3	118,1	123,1	127,9	133,6	139,7	144,4	150,0
1 mal sitzengeblieben . . .	—	115,3	120,6	126,1	130,9	135,5	142,0	147,4
2 " " " "	—	—	120,0	124,0	129,8	135,7	140,6	146,9
3 u. mehrm. " "	—	—	—	—	(129,3)	132,6	140,0	144,0

(Nach H. Graupner.)

Man ersieht aus den Angaben von Graupner, daß die Bürgerschüler, d. h. die Kinder der Wohlhabenderen, hinsichtlich der Körperhöhe die Bezirksschüler, d. h. die Kinder der Unbemittelten, übertreffen, und daß sowohl bei den Bürger- wie bei den Bezirksschülern, bei Knaben wie bei Mädchen, die normal aufgerückten eine bessere körperliche Entwicklung aufwiesen als die Sitzengebliebenen. Aus diesen Tatsachen wäre zu folgern, daß die körperliche Entfaltung der Kinder von der wirtschaftlichen Lage der Eltern abhängt, und daß der körperliche Zustand die geistigen Leistungen beeinflusst.

Über die körperliche Beschaffenheit der Schulkinder hinsichtlich Größe, Gewicht und Ernährung gingen allerdings die Urteile der Untersucher vor, während und nach dem Kriege weit auseinander. Für den Ernährungszustand gibt es keinen objektiven Maßstab¹⁾; dies ist die Ursache, warum die Ansichten der Schulärzte nicht nur in verschiedenen Städten, sondern auch in derselben Stadt bei verschiedenen Schulen weit voneinander abweichen, ohne daß der Grund hierfür in der Beschaffenheit der Kinder gelegen zu haben braucht. Größe und Gewicht lassen sich jedoch genau feststellen; aber für die Beziehung von Gewicht zu Größe ist bisher noch keine verwendbare Formel gefunden worden. Aus den Berechnungen der Durchschnittszahlen, wie sie oben wiedergegeben wurden, darf man auch nur mit großer Vorsicht Schlüsse ziehen, weil der Umfang der Abweichungen vom Durchschnitt nicht bekannt ist. Der Münchener Anthropologe R. Martin²⁾ hat ein Verfahren vorgeschlagen, wonach in allen Schulen einheitlich die Abweichungen berechnet werden sollen. Soeben tritt Prinzing³⁾ dafür ein, daß eine Norm geschaffen werden soll, mit der die Schulkindermessungen und -wägungen verglichen werden können. Man sieht aus all diesen Darlegungen, wie weit wir vorläufig noch von einem einwandfreien Tatsachenstoff, der über die körperliche Beschaffenheit der Schulkinder unterrichtet, entfernt sind. Gegenwärtig ist man noch auf die mehr oder weniger subjektiven Urteile der Schulärzte angewiesen.

Da ist nun zu erwähnen, daß nach umfangreichen Feststellungen und Rundfragen W. v. Drigalski 1921 zu einem sehr ungünstigen Ergebnis gelangt ist; er fand, daß „von allen deutschen Schulkindern, soweit nicht vorwiegend ländliche Verhältnisse in Frage kommen, über 40%, also nicht viel weniger als die Hälfte, derart unterernährt sind, daß bei den meisten Hilfe notwendig ist“.

Ein zahlenmäßiges Bild von der Unterernährung der Schulkinder bietet auch die „Sonderbeilage zu den Veröffentlichungen des Reichsgesundheitsamtes“ 1922 Nr. 16; hier wird auf Grund ärztlicher Musterungen in ganz Deutschland dargelegt, wieviel Kinder in den einzelnen Städten Abweichungen von den Normalindices aufwiesen und daher speisebedürftig waren.

Der Erfurter Stadtarzt Oschmann schilderte im Jahre 1923, daß die Schulkinder trotz der Schulspeisungen Hunger litten; der Fett- und Eiweißgehalt der Speisungen sei oft so minderwertig gewesen, daß „die gespeisten Kinder wohl für den Augenblick ein

¹⁾ Auch der auf Wunsch der Quäker viel benutzte Rohrer'sche Index, welcher lautet: 100 mal Körpergewicht geteilt durch Körpergröße³, hat sich hierbei als unbrauchbar erwiesen, wie von vielen Seiten übereinstimmend mitgeteilt wurde.

²⁾ R. Martin: a) „Lehrbuch der Anthropologie“, Jena 1914; b) „Richtlinien für Körpermessungen und deren statistische Verarbeitung mit besonderer Berücksichtigung von Schülermessungen“, München 1924.

³⁾ Fr. Prinzing: „Körpermessungen und -wägungen deutscher Schulkinder und ein Vorschlag, diese vergleichbar zu machen“, Deutsch. med. Wochenschr. 1924 Nr. 30.

Sättigungsgefühl hatten, daß sich aber bald wieder Hunger einstellte und eine wirkliche Aufbesserung des Körpers nicht eintrat“. Zutreffender, als es Worte und Zahlen vermögen, gibt eine Zeichnung¹⁾ von Käthe Kollwitz (siehe unsere Abb. 53) wieder, wie die Ernährungsverhältnisse bei den Kindern 1919 beschaffen waren.

Den Einfluß des Krieges und der Nachkriegszeit auf Gewicht und Körpergröße der Schulkinder erkennt man aus Darlegungen des Bad. Stat. Landesamtes²⁾, die sich auf schulärztliche Untersuchungen insbesondere aus Mannheim und Freiburg stützen. In Mannheim wurde festgestellt, daß hinsichtlich des Körpergewichts sowohl der Knaben wie der Mädchen aller Altersklassen während des Schuljahres 1922/23 „schon eine weitergehende Angleichung im allgemeinen an die Vorkriegszeit stattgefunden hat“. In Freiburg, wo nur über die Kinder im Alter von 7, 10 und 14 Jahren Zahlen geboten werden, wurden während des Jahres 1922 im allgemeinen ebenfalls befriedigende Gewichtsziffern erreicht; lediglich die 10 Jahre alten Knaben wiesen das Vorkriegsgewicht noch nicht auf. Auch hinsichtlich der Durchschnittsgröße der Volksschulkinder wird von Mannheim berichtet, daß die Friedenszahlen im allgemeinen wieder vorliegen, zum Teil sogar überschritten wurden. In Freiburg stehen dagegen die Körpergrößenziffern in allen Altersstufen ganz erheblich hinter den Zahlen der Vorkriegszeit zurück. „Als Gesamtergebnis“, so heißt es in der amtlichen Veröffentlichung, „kann verzeichnet werden, daß bis zum Jahre 1922/23 eine allmähliche Angleichung an die Zahlen der Vorkriegszeit sowohl im Körpergewicht wie in Körpergröße sich vollzogen zu haben scheint. Ob und inwieweit sich dieser Fortschritt bei den jetzigen, infolge der Teuerung wiederum in verstärktem Maße hervortretenden Ernährungsschwierigkeiten aufrechterhalten läßt, werden die kommenden Jahre zeigen. Die Aussichten hierzu sind sehr gering.“

Über die häufigsten Krankheiten der Schulkinder, mit Unterscheidung nach der Schulart, unterrichten zahlenmäßige Angaben von G a s t p a r, die in unserer Tafel 77 wiedergegeben sind.

¹⁾ Die Zeichnung ist das Titelblatt zu der von Max Rubmann verfaßten Schrift „Hunger! Wirkungen moderner Kriegsmethoden“, Berlin 1919, Verlag G. Reimer. Die Künstlerin hat die Gier der hungernden Kinder nach Speisen völlig wahrheitsgetreu dargestellt und dadurch die Zustände in den letzten Kriegs- und ersten Nachkriegsjahren meisterhaft geschildert.

²⁾ Siehe Statistische Mitteilungen über das Land Baden 1923 Bd. 12 Nr. 11.

Abb. 53.



Hunger.

Nach einer Zeichnung von Käthe Kollwitz.

Beachtenswert sind sodann die von Gastpar bei 42000 Stuttgarter Kindern gewonnenen Untersuchungsergebnisse, die er 1914 auf der Ausstellung¹⁾ für Gesundheitspflege in Stuttgart dargeboten hat. Einiges sei hier angeführt: Während der Schulzeit zeigen eine zunehmende Häufigkeit Albuminurie, Herzfehler (besonders bei Gymnasiasten und Volksschülerinnen) und Störungen der Sehschärfe (bei Gymnasiasten und Mittelschülerinnen); eine Vermehrung der Gehörfehler und der Tuberkulosefälle war nicht feststellbar. Je älter die Schüler wurden, um so seltener litten sie an Katarrhen (besonders betroffen waren hierbei die Bürgerschüler). Dagegen traten mit zunehmendem Alter immer häufiger Verkrümmungen der Wirbelsäule (am meisten bei den Bürgerschülern) auf. Je älter die Schüler sind, um so weniger haben sie Drüsenschwellungen (am meisten betroffen sind die Volksschüler). Auch bei blühend aussehenden Kindern weist die genaue Untersuchung zahlreiche Gesundheitsstörungen nach; die mageren, blutarmen Kinder stehen aber in der körperlichen Entwicklung um zwei Jahre hinter den blühend aussehenden und haben viermal soviel Krankheiten wie diese.

Über die Häufigkeit der Rachitis im Schulalter sind Angaben in den Tafeln 64 und 65 enthalten. Hinsichtlich des Einflusses der natürlichen Ernährung während des Säuglingsalters auf die spätere Entwicklung im Schulalter sei auf die obigen Darlegungen (siehe Fußnote 2 S. 235) verwiesen.

Über die Häufigkeit der Lungentuberkulose im schulpflichtigen Alter hat der Charlottenburger Schul- und Lungenfürsorgearzt Pölchau einen Bericht, der sich auf langjährige eigene Erfahrungen und zugleich auf die hiermit im allgemeinen gut übereinstimmenden Untersuchungsergebnisse aus Mannheim und Dortmund stützt, 1923 veröffentlicht. Die häufig in der Tagespresse zu lesende Nachricht, daß die Lungentuberkulose seit dem Kriege unter den Schulkindern sehr zugenommen habe, wird als unrichtig bezeichnet. Diese Krankheit findet man bei der Schuljugend selten; eine wesentliche Zunahme ist auch nach dem Kriege nicht festgestellt worden. Die Morbidität an Lungentuberkulose dürfte unter den Schulkindern in deutschen Großstädten 0,15—0,3 % betragen, so daß, da die meisten Schulen weniger als 1000 Schüler haben, in mancher Schule kein einziges an manifester Lungentuberkulose leidendes Kind zu finden ist. (Zu unterscheiden ist hierbei zwischen Durchseuchung mit Tuberkelbazillen und der wirklichen Erkrankung.) Die Prognose der Lungentuberkulose ist bei Schulkindern nicht so schlecht, wie man früher annahm. „Aus meinen eigenen Untersuchungen, die jedesmal einen ganzen Schulzötus während der acht Jahre Schulpflicht verfolgten, ergab sich,“ schreibt Pölchau, „daß 93,4 % der Kinder, welche wegen manifester Lungentuberkulose in eine Heilstätte geschickt worden waren, 1912 keinen krankhaften Befund mehr aufwiesen. Von den 42 tuberkulösen Schulkindern des Zötus 1913—1921, welche uns bekannt waren, waren 39 in Heilstätten geschickt worden. Diese zeigten 1921 keinerlei Krankheitserscheinungen mehr. Es ist Sache der Auffassung, ob man diese Kinder als latent tuberkulös oder als geheilt bezeichnen will.“ Gegenüber den Bestrebungen, die Jugend durch Schutzimpfung vor der Tuberkulose zu schützen, wird auf die Ausführungen von Neufeld auf dem Wiesbadener Kongreß für innere Medizin 1921 hingewiesen; hier wurde dem Tuberkulin jede immunisierende Wirkung abgesprochen und grundsätzlich die Schutzimpfung gesunder Personen abgelehnt. Pölchau bemerkt dazu: „Die natürliche Schutzimpfung durch eine

¹⁾ Siehe A. Fischer: „Die Ausstellung für Gesundheitspflege in Stuttgart“, Münch. med. Wochenschr. 1914 Nr. 24.

leichte Tuberkuloseinfektion sollte uns genügen. Diese schafft zwar nur eine geringe Immunität, die immer relativ ist. Das liegt im Wesen des Tuberkelbazillus. Wir dürfen nicht vergessen, daß wir nichts anderes schaffen können als die Natur.“

Die allgemeinen Sterblichkeitsverhältnisse im Schulalter sind schon in unserer Zeichnung 5 (S. 56) veranschaulicht; man vergleiche auch die Tafeln 13—15 auf Seite 57, 59 und 60. Man erkennt, daß die Sterblichkeit während des Schulalters am allerniedrigsten ist. Die Kinder dieser Altersklasse stellen eine Auslese dar, da die körperlich untauglichsten zumeist als Säuglinge oder Kleinkinder dahingerafft wurden.

Wie stark die Sterblichkeit im Schulalter während der letzten Jahrzehnte vor dem Kriege abgenommen hat, zeigt die Tafel 69 (S. 262); während der Kriegsjahre ist aber die Sterblichkeit bei dieser Altersklasse, wie der Tafel 70 zu entnehmen ist, erheblich gestiegen.

Über die Todesursachen im Schulalter unterrichtet die Tafel 71. Wie häufig bei Schulkindern die Todesursachen beglaubigt waren (was einen Anhalt für die Zahl der ärztlich Behandelten unter den Gestorbenen gewährt), läßt sich aus der Tafel 73 erkennen.

c) Schulkinderfürsorge.

Was oben (Seite 252) darüber geäußert wurde, wie sehr der Erfolg im Kampfe gegen die Säuglingssterblichkeit von den wirtschaftlichen Zuständen abhängt, gilt entsprechend von den Aussichten der Maßnahmen, die der Schulkinderfürsorge dienen. Vor allem ist es wünschenswert, daß die wirtschaftliche Notlage der Eltern die Kinder nicht zwingt, schon während des Schulalters Erwerbsarbeit zu verrichten.

Bereits in dem Abschnitt „Geschichte der sozialen Hygiene“ (S. 35) wurde darüber berichtet, wie in England zu Beginn des 19. Jahrhunderts die Kinder in Fabriken ausgenutzt wurden. Es ist ergreifend zu lesen, wie, z. B. nach den Schilderungen von Herkner¹⁾, die Kinder, die den Fabrikanten von den Armenverwaltungen zugeführt wurden, behandelt wurden. „Die Kinder galten als ‚Lehrlinge‘, erhielten keinen Lohn, sondern nur Kost und Wohnung, diese aber oft in so erbärmlicher Beschaffenheit, daß die Sterblichkeit der Kinder eine ungewöhnliche Höhe erreichte. Die tägliche Arbeitszeit betrug im allgemeinen 16 Stunden. Nicht selten wurde aber auch bei Tage und bei Nacht gearbeitet. Man sagte damals in Lancashire, daß die Betten nicht kalt würden. Das Lager, das die Kinder der Tagesschicht verließen, wurde sofort von denjenigen in Anspruch genommen, die während der Nacht gearbeitet hatten. Die Bezahlung der Aufseher richtete sich nach den Arbeitsleistungen der Kinder, die deshalb bis zur völligen Erschöpfung angetrieben wurden. Manche dieser Unglücklichen strebten danach, sich ihrem ‚Lehrverhältnisse‘ durch die Flucht zu entziehen. Bestand diese Gefahr, so scheute man sich nicht, die Kinder gleich Verbrechern mit Ketten zu fesseln. Der Tod bildete den einzigen Ausweg, die ersuchte Rettung, und Selbstmorde kamen unter den Fabrikkindern in der Tat hier und da vor.“ In Deutschland war es stellenweise nicht viel besser; teilt doch ein amtlicher Bericht aus dem Jahre 1824 mit, daß in manchen Fabriken schon sechsjährige Kinder von 6 Uhr morgens bis 8 Uhr abends beschäftigt waren.

Am besten wäre es, wenn die Erwerbsarbeit im schulpflichtigen Alter ganz verboten werden könnte. Aber leider gilt hier das gleiche, was oben (S. 228) über die Erwerbsarbeit der Mütter gesagt wurde. Der erwähnten Untersuchung in Halle a. S. (siehe Tafel 75) ist zu entnehmen, daß etwa 12% der Volksschulkinder Erwerbsarbeit verrichten müssen. Sicherlich ist — von Ausnahmen abgesehen — nur die bitterste Not, in der sich die betreffenden Familien befinden, der Anlaß hierzu. Aber ohne den kleinen Verdienst der Kinder wäre die Lage jener Familien gewiß noch trauriger.

¹⁾ H. Herkner: „Die Arbeiterfrage“, Berlin 1908.

Gegen die schlimmste Ausbeutung der Kinder schützen die Gewerbeordnung vom 1. Januar 1910 und das Reichsgesetz betreffend Kinderarbeit¹⁾ in gewerblichen Betrieben vom 30. März 1903.

Kinder unter 13 Jahren dürfen in Fabriken nicht beschäftigt werden. Kinder über 13 Jahre nur dann, wenn sie nicht mehr schulpflichtig sind. Die Arbeitszeit der letzteren darf die Dauer von 6 Stunden täglich nicht überschreiten. Für schulpflichtige Kinder gelten besondere Vorschriften, wobei unterschieden wird, je nachdem es sich um eigene oder fremde Kinder handelt. In manchen Betrieben, so in Berg- und Hüttenwerken, Brüchen, Ziegeleien, in der Tabakindustrie, bei Bauten, in Werkstätten mit Motorenbetrieb u. a. m. dürfen Kinder nicht tätig sein. Über ihre Beschäftigung bei öffentlichen Vorstellungen oder in Gastwirtschaften bestehen besondere Bestimmungen. Verboten ist die gewerbliche Tätigkeit fremder Kinder unter 12 Jahren sowie eigener unter 10 Jahren. Aber auch in Betrieben, in denen die Arbeit von Kindern gestattet ist, dürfen diese weder nachts noch in der Schulzeit überhaupt länger als 3 Stunden (in den Ferien höchstens 4 Stunden) täglich tätig sein. Sonntagsarbeit ist im allgemeinen verboten. Dagegen wird die Kinderarbeit in der Landwirtschaft sowie im Haushalt nicht beschränkt.

Neben der Verbesserung der wirtschaftlichen Zustände ist die wichtigste Maßnahme, die zugunsten der Schulkinder zu treffen ist, die Anstellung von Schulärzten. Sobald ein umsichtiger Schularzt vorhanden ist, werden, nach Möglichkeit, die erforderlichen Einrichtungen geschaffen; zugleich wird dafür gesorgt, daß diese zum Teil recht kostspieligen Maßnahmen vor allem denjenigen Kindern zugute kommen, die nach ihrem körperlichen Befinden wirklich bedürftig sind.

Daß der Schularzt (wie jeder Fürsorgearzt) hauptamtlich angestellt (d. h. von der Tätigkeit des behandelnden Arztes losgelöst) sein soll, darüber besteht jetzt kein Zweifel mehr; in diesem Sinne hat sich auch der Deutsche Verein²⁾ für öffentliche Gesundheitspflege 1919 ausgesprochen. Allerdings werden die örtlichen Verhältnisse es vorläufig nicht überall zulassen, daß dieser Wunsch restlos erfüllt wird.

Die „Mitteilungen des Deutschen Städtetages“ bieten in den Sonderbeilagen zu Nr. 4 bezw. Nr. des 8. Bandes (April bezw. Mai 1921) Angaben über die Ausdehnung der ärztlichen Überwachung der Schulkinder sowie über die Entwicklung der Schulzahnpflege. Aus diesen Darlegungen sei folgendes hier wiedergegeben: Dem Städtetag gehören 214 Städte an; es sind dies alle deutschen Städte mit mehr als 25000 Einwohnern und 26 Städte mit etwas geringerer Einwohnerziffer. An der Erhebung betreffend Schulärzte haben sich 181 Städte beteiligt. Diese wurden (wie bei solchen Umfragen üblich) in vier Gruppen geteilt, Gruppe A: Städte mit mehr als 200000, Gruppe B: Städte mit 100000—200000, Gruppe C: Städte mit 50000—100000, Gruppe D: Städte mit weniger als 50000 Einwohnern. Der Stand vom Dezember 1920 bezw. Januar 1921 bot folgendes Bild: „Eine ärztliche Überwachung der Schulkinder ist in sämtlichen Städten der Gruppe A (22) und B (22) erfolgt. Von den 38 Städten der Gruppe C fehlen noch 5, in denen die Anstellung von Schulärzten aber in Kürze erfolgen soll. Bezüglich der Gruppe D waren in 86 von 99 Städten Schulärzte bereits tätig. Von den 13 fehlenden Städten beabsichtigen 8 die Einführung in nächster Zeit; in 5 Städten war man der Frage noch nicht näher getreten.“

¹⁾ Eine Anzahl deutscher Lehrer hat sich ein großes Verdienst durch die Aufdeckung der körperlichen und geistigen Schäden, welche die erwerbsmäßige Kinderarbeit erzeugt, erworben. Hier ist besonders der Rixdorfer Lehrer K. Agahd zu nennen. (Siehe K. Agahd: a) „Kinderarbeit und Gesetz gegen die Ausnutzung kindlicher Arbeitskraft in Deutschland“, Jena 1902; b) „Gesetz betr. Kinderarbeit in gewerblichen Betrieben“, Schriften d. Gesellsch. f. soz. Reform Heft 10, Jena 1903.)

²⁾ Siehe den Bericht über die Versammlung im Jahre 1919, Braunschweig 1921; vgl. auch den Abschnitt „Ärztewesen“, S. 452.

Auf welche Schulen sich die ärztliche Überwachung erstreckt, zeigt die Tafel 78

Tafel 78.

Die Ausdehnung des Schularztwesens im Deutschen Reich 1921.

Städtegruppe	Nur auf Volksschulen	Auf die Mittelschulen	Auf die höheren Schulen	Auf die Fortbildungsschulen	Unbekannt
A (22)	8	7	7	5	4
B (22)	5	10	6	7	2
C (33)	15	6	4	3	7
D (86)	41	24	22	11	10

(Nach „Mittel. d. Deutsch. Städtetages“ 1921.)

Bei dem schulärztlichen Dienst kommen 4 Systeme in Betracht. In welchem Umfange diese Systeme in den einzelnen Städtegruppen verwendet wurden, ersieht man aus der Tafel 79.

Tafel 79.

Die Verbreitung der einzelnen Schularztsysteme im Deutschen Reich 1921.

Städtegruppe	Nur hauptamtliche Schularzte	Nur nebenamtliche Schularzte	Nur Stadtärzte bzw. Kreisärzte	Gemischtes System
A (22)	7	7	1	7
B (22)	5	9	2	6
C (33)	6	16	6	4
D (86)	7	45	30	2

(Nach „Mittel. d. Deutsch. Städtetages“ 1921.)

Die Zahnbehandlung der Schulkinder ist zwar bereits in 83 von 182 Städten gewährleistet, aber nur 50 Städte besitzen Schulzahnkliniken. Wie sich diese auf die einzelnen Städtegruppen verteilen, und welches Zahnarztssystem man für die Behandlung der Schulkinder in den verschiedenen Gemeinden benutzt, zeigt die Tafel 80.

Tafel 80.

Die Ausdehnung der Zahnbehandlung der Schulkinder im Deutschen Reich 1921.

Städtegruppe	Schulzahnkliniken	Nur hauptamtliche Zahnärzte	Nur nebenamtliche Zahnärzte	Gemischtes System
A (23)	16	14	1	—
B (22)	11	9	1	1
C (38)	11	5	4	1
D (99)	21	4	7	—

(Nach „Mittel. d. Deutsch. Städtetages“ 1921.)

Nach Glaubitt¹⁾ waren 1922 an den Schulen in Preußen 2459 Schulärzte tätig. Ihnen standen 263 hauptamtliche Schulschwestern zur Seite. Eine planmäßige Schulzahnpflege fand in 211 preußischen Orten statt.

„Die Entwicklung des Schularztwesens entfaltete sich“, wie Stephani dargelegt hat, „anfangs durchweg im Rahmen der kommunalen Gesundheitspflege. Später haben Württemberg und Oldenburg die Materie gesetzlich geregelt und die schulärztlichen Untersuchungen für alle Schulen vorgeschrieben. In Sachsen-Meiningen und in Baden wurde der schulärztliche Dienst durch Ministerialverordnungen geordnet. In Baden ist der Schularzt gesetzlich verankert in dem Volksschulgesetz von 1911. Im Rahmen des Reichsjugendwohlfahrtsgesetzes gehört die Schularztstätigkeit nach § 4 zu den bedingten Aufgaben der Jugendämter. Die Bedeutung des schulärztlichen Dienstes ist aber in breitesten Volkskreisen schon so sehr als nützlich, ja als dringend notwendig anerkannt, daß selbst ein Nichtinkrafttreten dieses Paragraphen dem Weiterbestehen und der Weiterentwicklung keinen Abbruch tun wird.“

Die Dienstanweisung des Wiesbadener Schularztsystems erstreckte sich lediglich auf die ermittelnde Tätigkeit des Schularztes; man suchte durch die Statistik die Massenschädigungen, die der Schulbetrieb verursachte, festzustellen. Der gegenwärtige schulärztliche Dienst besteht, nach Stephani, 1. in der ermittelnden Tätigkeit, 2. in der beratenden und belehrenden Tätigkeit und 3. in der fürsorgenden Tätigkeit.

Der Schularzt hat sich mit der Art des Schulbetriebs sowie mit der körperlichen und geistigen Beschaffenheit der Schulkinder zu befassen; wenn er aber seinen hohen Aufgaben ganz gerecht werden will, so muß er sich, nach Möglichkeit, mit den gesamten sozialhygienischen Verhältnissen, in denen die von ihm betreuten Schulkinder leben, beschäftigen. Der Hamburger Schularzt M. Fürst äußerte sich hierzu folgendermaßen:

„... Durch meine Unterhaltung mit den Kindern suche ich festzustellen: 1. wer von ihnen durch gewerbliche Arbeit Geld verdient, und zwar wieviel, welche Arbeit vorliegt, von welcher Dauer und von welcher Art diese ist, und wie das verdiente Geld verwendet wird; 2. in welcher Art die Kinder ihre Bücher und Schulutensilien mit in die Schule bringen; 3. welche Kinder ein Bett für sich allein zur Benutzung haben, eventuell mit wem sie das Bett oder Lager zu teilen haben; 4. ob und was sie gefrühstückt haben; 5. ob sie eine Zahnbürste besitzen, und wie sie diese benutzen; 6. bei Mädchen, ob sie ein Korsett tragen.“

Der Tätigkeit der Schulärzte kann ein hinreichender Erfolg nur dann beschieden sein, wenn sie in enger Gemeinschaftsarbeit mit der Lehrerschaft erfolgt. Die Lehrer sind von den Ärzten über hygienische Fragen zu unterrichten. Der hygienische Unterricht der Schulkinder liegt am besten in den Händen der Lehrer; nur über sexuelle Fragen und die Verhütung der Geschlechtskrankheiten muß der Arzt selbst die hierfür in Betracht kommenden Kinder belehren. Eine äußerst segensreiche Maßnahme ist die Elternsprechstunde; alle Eltern, die irgendeine Sorge hinsichtlich der Gesundheit ihrer schulpflichtigen Kinder haben, können hier den Schularzt kostenlos um Rat fragen. Die schulärztliche Arbeit muß auch in enger Fühlung mit der Tuberkulose-, Psychopathen- und Krüppelfürsorge²⁾ stehen. Sie muß sich auch mit der Berufsberatung befassen; hierbei müssen sich die Schulärzte mit anderen geeigneten Persönlichkeiten, Volkswirtschaftlern, Handwerkern und Vertretern sonstiger Berufe vereinigen.

Mit Recht wird, insbesondere von Stephani z. B. auf der 1920 veranstalteten Badischen Landesschulkonferenz³⁾, gefordert, daß die schulärztliche Aufsicht auch auf die höheren Schulen sowie auf die Gewerbe- und Handelsschulen ausgedehnt wird.

¹⁾ Glaubitt: „Das Gesundheitswesen des preußischen Staates im Jahre 1922“, Klin. Wochenschrift 1924 Nr. 27.

²⁾ Siehe die Abschnitte „Tuberkulose“, „Nerven- u. Geisteskrankheiten“ und „Krüppelwesen“.

³⁾ Siehe Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl. 1920 Nr. 6 S. 191.

Wie für die Behandlung der Kranken die Pflege seitens der Krankenschwester von hohem Wert ist, so ist neben der Wirksamkeit des Fürsorgearztes die Tätigkeit der Fürsorgeschwester hoch zu veranschlagen; dies gilt namentlich auch für die Schulschwester. Denn sie ist besonders dazu geeignet, die hygienische Gleichgültigkeit, die vielfach in den untersten Volkskreisen herrscht, zu bekämpfen und auf die Bevölkerung im gesundheitlichen Sinne erzieherisch einzuwirken; ihr schenkt man häufig bereitwilliger als dem Arzt Gehör und Vertrauen, sie findet den Weg in die Familien und weiß zugunsten der Schulkinder für Reinlichkeit in mannigfacher Hinsicht, nicht zuletzt auch für Säuberung¹⁾ von Ungeziefer am Körper der Schulkinder, zu sorgen.

Daß der Schularzt nicht behandeln soll, wurde schon betont. Aber für die ärztliche Behandlung der als behandlungsbedürftig festgestellten Schulkinder muß doch gesorgt werden. Der Tafel 73 ist zwar zu entnehmen, daß es in über 90% der Krankheitsfälle, die zum Tode geführt haben, den Kindern im schulpflichtigen Alter an ärztlicher Behandlung nicht gefehlt hat; jedoch bei den weniger schweren, aber langdauernden Erkrankungen der Schulkinder wird der Familienvater, der, wenn er selbst leidend ist, auf die Krankenkasse angewiesen ist, die Kosten der Behandlung aus eigenen Mitteln nicht tragen können. Darum ist die schon in dem Abschnitt „Säuglinge“ geforderte Familienhilfe²⁾ als Pflichtleistung der Krankenkassen so bald als möglich durch die Gesetzgebung einzuführen. An manchen Orten hat man in Schulpolikliniken kostenlose Behandlung dargeboten. Aber diese Polikliniken wurden, nach Angabe von Stephani, sehr schwach besucht, da in weiten Kreisen des deutschen Volkes der ärztliche Rat als wenig wertvoll betrachtet wird, wenn nicht eine entsprechende Gegenleistung, entweder auf Kosten der Krankenkassen oder der Eltern selbst, verlangt wird. Es sind hierbei allerdings zwei Tatsachen zu erwähnen. Zunächst muß darauf hingewiesen werden, daß die Zahnbehandlung der Schulkinder kostenlos gewährt und dennoch oder vielmehr wohl gerade deswegen sehr stark in Anspruch genommen wird. Von der zahnärztlichen Untersuchung, die anfangs allein durchgeführt wurde, hat man längst, insbesondere auf Betreiben von Jessen³⁾, den Weg zur kostenlosen Zahnbehandlung der Schulkinder eingeschlagen. Ferner ist zu bemerken, daß im Auslande, z. B. in Luzern⁴⁾, die Schulpoliklinik sich eines beträchtlichen Besuches erfreut; im Berichtsjahre 1922/23 wurden 169 Sprechstunden abgehalten, in denen durchschnittlich 22,3 Kranke behandelt wurden. Man braucht die Poliklinik nicht für die beste

¹⁾ Den Erfolg der Schulschwestertätigkeit erkennt man aus folgenden Angaben von Gastpar (auf der obenerwähnten Ausstellung für Gesundheitspflege in Stuttgart): Im Jahre 1909 waren in Stuttgart noch 24%, im Jahre 1912 dagegen nur 5% der Schulkinder mit Ungeziefer behaftet.

²⁾ Siehe Stephani: „Schularztwesen und Familienversicherung“, Öffentl. Gesundheitspf. 1917 S. 31 ff. A. Fischer: „Die Familienversicherung in Baden“, Sozialhyg. Abhandlungen Nr. 2, Karlsruhe i. B. 1920. Bemerkenswert sei noch, daß in den Kantonen Genf, Waadt u. a. m. die Krankenversicherung auf alle Elementarschüler zwangsweise ausgedehnt ist. (Siehe Veröff. d. Reichsgesundheitsamtes 1921 S. 132 u. 614.)

³⁾ Jessen: „Die Notwendigkeit zahnärztlicher Schulung für den praktischen Arzt und seine Einführung in die moderne Zahnheilkunde“, Würzburger Abhandl. a. d. Geb. d. prakt. Medizin Bd. 2 Heft 12, Würzburg 1902.

⁴⁾ Siehe „Bericht über die Schuljahre 1921/22 und 1922/23“, herausg. von der Verwaltungsabteilung des Schulwesens der Stadt Luzern, Luzern 1923. Vgl. A. Fischer: „Die Luzerner Schulpoliklinik“, Med. Reform 1909 Nr. 32. E. Schlesinger: „Die Behandlung der in der Schule krank befundenen Kinder durch den Schularzt. — Eine Schulpoliklinik“, Zeitschr. f. Schulgesundheitspf. 1910 S. 595 ff. Teleky: „Ketznerische Betrachtungen zur Schularztfrage“, Wien. med. Wochenschr. 1913 Nr. 22.

Lösung der Frage anzusehen, aber die poliklinische Behandlung ist doch nun einmal unzweifelhaft besser als gar keine Behandlung.

Um die Gesundheit der Schulkinder zu erhalten und zu stärken, wurden mannigfache Maßnahmen getroffen. Zunächst ist hier die Schulspeisung anzuführen. Diese Einrichtung stammt aus Frankreich; in England wurde sie 1906 gesetzlich angeordnet. In Deutschland waren die Ernährungsverhältnisse der Volksschulkinder in den letzten Jahrzehnten vor dem Weltkriege infolge der stark verbreiteten außerhäuslichen Frauenerwerbsarbeit und der durch die Nahrungsmittelzölle verteuerten Lebensweise vielfach, besonders in den Industriestädten, sehr mißlich, was namentlich von Kaup dargelegt wurde. So wurden die Schulspeisungen auch bei uns dringend erforderlich. Um ihre Einführung hat sich vor allem Helene Simon große Verdienste erworben. Im Jahre 1911 hatten, nach Angabe von H. Selter, 186 deutsche Städte Schulspeisungen in irgendeiner Form eingerichtet und dafür insgesamt 600000 *M* verausgabt, während in London allein im Jahre 1909 für Schulspeisungen 1240000 *M* aufgewendet wurden. Als dann der Krieg kam, war, wie Oschmann darlegt, das Schulkinderspeisewesen nach der hygienischen und ärztlichen Seite sehr unterschiedlich und zum großen Teil unzulänglich vorbereitet. Die Quäkerspeisungen, die 1921 begannen, fanden daher nur eine ungenügende Grundlage vor. Wertvoll war es, daß gemäß den Wünschen der Quäker die Auswahl der Schulkinder, die an den Speisungen teilnahmen, auf Grund ärztlicher Prüfung erfolgte. Nach Angabe von Clara Henriques wurden 1922 mit Hilfe der Quäker in 1700 deutschen Gemeinden insgesamt 115,5 Millionen Mahlzeiten verteilt. Dies entspricht einer Speisung von durchschnittlich 400000 Teilnehmern, von denen 90% Schulkinder waren. Im 1. Vierteljahr 1923 stieg die Zahl der Teilnehmer auf 550000. Deutsche Geldmittel deckten seit Oktober 1921 etwa die Hälfte der Ausgaben.

Außer den Schulspeisungen sind als besonders wertvolle Maßnahmen der Gesundheitsfürsorge die Spielnachmittage¹⁾, der Schwimmunterricht²⁾, die Waldschulen, die Wanderungen³⁾, die Ferienkolonien und die sogleich zu schildernden, großzügig gestalteten Stätten, die der Erholungsfürsorge dienen, zu nennen. Der Raum läßt eine eingehendere Übersicht, wie alle diese Einrichtungen wirken, nicht zu. Nur über die Waldschulen und die Stätten der Erholungsfürsorge sei hier noch einiges mitgeteilt.

Die erste deutsche Waldschule wurde 1904 in Charlottenburg⁴⁾ geschaffen. Die dort gewonnenen Erfahrungen waren so günstig, daß viele deutsche und ausländische Städte diesem Vorbilde folgten. Statt einer längeren Beschreibung der Einrichtung⁵⁾ und des Betriebes⁵⁾ bieten wir durch unsere Abbildungen 54, 55 und 56 einen Einblick in die Wirksamkeit einer Waldschule; die Ansichten stammen aus Dortmund, wo diese Einrichtung seit 1908 besteht. Einer mir soeben zugegangenen Mitteilung entnehme ich, daß die Erfolge in Dortmund nach schulärztlichem Urteil fortlaufend als gut bezeichnet werden. Über die Waldschule in Rostock berichtet v. Brunn 1923 u. a. folgendes:

¹⁾ Siehe S. 193 u. 196.

²⁾ Vgl. S. 170 ff.

³⁾ Siehe S. 187 sowie Literatur S. 197 Ziffer 15.

⁴⁾ Siehe Neufert: „Die Charlottenburger Waldschule“, Jahrb. f. Volks- u. Jugendspiele 1905 S. 70 ff.

⁵⁾ Siehe Arnold Hirtz: „Waldschulen und Erholungsstätten für Stadtkinder“, München-Gladbach 1912.



Abb. 54. Waldschule Dortmund: Unterrichtsplatz im Walde.



Abb. 55. Waldschule Dortmund: Ruhestunde; rechts vorn Speiseraum, dahinter Unterrichtsräume.



Abb. 56. Waldschule Dortmund: Luftbad.

„In den Jahren 1920, 1921 und 1922 sind insgesamt fast genau 1000 Rostocker Kinder auf je 6 Wochen in die Waldschule geschickt worden; von ihnen sind 859 Kinder, darunter 381 Knaben und 478 Mädchen, vor und nach der Kur schulärztlich genau untersucht, gemessen und gewogen worden . . . Bei den Knaben, die durchschnittlich vorher 24,39 kg und nachher 25,26 kg wogen, mehrte sich das Gewicht um 1,05 kg; bei den Mädchen, die vorher 25,44 kg und nachher 26,57 kg wogen, sogar um 1,13 kg. Die Länge betrug bei den Knaben vorher 125,94 cm, nachher 127,38 cm; beide Geschlechter gewannen gleichmäßig 1,44 cm in 6 Wochen . . . Am wesentlichsten ist aber der Einfluß der Waldschule auf den Zustand der Blutarmut . . . Von den 381 Knaben waren vorher stark blutarm 133, von ihnen nachher geheilt 39, gebessert 53, ungeheilt 41; gering blutarm 106, von ihnen nachher geheilt 67, ungeheilt 39. Von den 478 Mädchen vorher stark blutarm 167, davon nachher geheilt 41, gebessert 79, ungeheilt 47; gering blutarm 175, davon geheilt 110, ungeheilt 65 . . . Vergleiche zwischen den Ergebnissen der Waldschule mit denjenigen verschiedener Kinderheime an See und Wald, die ebenfalls mit Rostocker Kindern besetzt worden waren, fielen durchaus zugunsten der Waldschule aus insofern, als die Erfolge einer vierwöchigen Kur in einem Kinderheim denen einer sechswöchigen Waldschulkur nicht überlegen waren, teilweise nachstanden, und zwar in jeder Beziehung.“

Während die Waldschule schwächlichen Kindern einen geeigneten Unterricht und zugleich Erholung bieten soll, sucht man mit anderen Einrichtungen, ohne

Rücksicht auf den schulmäßigen Unterricht, Körper und Seele der Schulkinder gesundheitlich zu fördern. Die in den Abschnitten „Nahrungswesen“ und „Wohnungswesen“ geschilderte Entwicklung während der letzten Jahrzehnte vor dem Weltkriege hat verursacht, daß insbesondere für die in den Groß- und Industriestädten lebenden Kinder eine ausgiebige Erholungsfürsorge notwendig wurde; während und nach dem Weltkriege wurde dies Bedürfnis noch dringender. Man wandte drei Arten von Maßnahmen der Erholungsfürsorge an. Erstens brachte man die Kinder auf dem Lande bei geeigneten Familien unter; aber hierbei hatte man keine Gewähr dafür, daß das jeweilige Kind zu der richtigen Pflegefamilie kam. Bei der zweiten Form des Erholungsaufenthaltes sendet man die Kinder in sogenannte Ferienkolonien, wie sie schon 1868 von Walter Bion in Zürich eingeführt wurden; hierbei erhalten die Kinder in begrenzter Zahl (etwa 50) unter Leitung eines Lehrers in einem ländlichen Gasthaus Wohnung und Verpflegung. Nach dem Weltkriege wurden dann schließlich, entsprechend der weit verbreiteten Entkräftung unter der Schuljugend, Groß-Heime (zuerst auf dem früheren Truppenübungsplatz Heuberg, dann auf der Wegscheide, in Wollershof, in Marienruhe, auf Rügen und Helgoland) geschaffen.

Nach einem Bericht von K. Behm, dem leitenden Arzt der Kindererholungsfürsorge Heuberg, fanden 20000 Kinder dort in den Jahren 1920 und 1921 Kräftigung. „Allein in dieser großen Zahl liegt schon die sozialhygienische Bedeutung des Heubergs, und doch würde man fehlgehen, allein in der Tatsache der Erholung einer so großen Zahl von Kindern und Jugendlichen die einzige sozialhygienische Auswirkung der Kinderstadt zu sehen.“ Es wird in der Tat den Kindern auf dem Heuberg über die Erholung hinaus eine vortreffliche gesundheitliche Erziehung zuteil. Behm faßte die neben der körperlichen Förderung sich ergebenden Vorteile folgendermaßen zusammen:

„1. Die Erziehung zum Körpergefühl. Das Kind bekommt ein neues Verhältnis zu seinem Körper, indem es lernt, ihn natürlich zu beobachten, nicht in der ängstlichen Übertreibung Kranker, die zu ihrer Ängstlichkeit nur dadurch gekommen, daß die Krankheit sie erst auf das Vorhandensein ihres Körpers gewissermaßen aufmerksam macht. 2. Erziehung zur Selbst-Tätigkeit bezüglich der körperlichen Gesundheit und Erstarbung. Der Arzt ist nicht der schreckliche Mann mit dem weißen Kittel und der Zahnzange, sondern der freundliche Berater, der am ganzen Leben teilnimmt, auch beim Reigentanz. Der Arzt gibt die Richtlinien an für das gesundheitliche Leben, aber das einzig Ausschlaggebende muß jeder Mensch für seinen Körper selbst tun. 3. Hinführung zur natürlich-kindlichen Lebensfreude. Welcher Familienkreis lebt heute nicht unter der ständigen Sorge um die wirtschaftlichen Nöte. Man sieht es den bleichen, müden Gesichtern der heraufkommenden Kinder an, wie sie zu Hause weiter nichts hören, als die Erörterung der Gegenwartsnöte.“

Die großen Erfolge, die durch einen Kuraufenthalt in der Kinderheilstätte Heuberg erzielt wurden, haben Gastpar¹⁾ und Stephani²⁾ zahlenmäßig, soweit dies möglich ist, festgestellt. Über den günstigen Einfluß des Aufenthaltes auf der Wegscheide, den viele tausend Kinder aus Frankfurt a. M. genossen haben, wurde von Fischer-Defoy berichtet.

Literatur: 1. *Bachauer*: „Der Rohrsche Index als Kriterium für die Auswahl zur Amerikaspeisung“, *Münch. med. Wochenschr.* 1920 Nr. 5. — 2. *K. Behm*: „Die sozialhygienische Bedeutung der Kinderstadt Heuberg“, *Sozialhyg. Mitteil.* 1922 Heft 3. — 3. *Betke*: „Die Lehren der Quäkerspeisung“, *Beilage zur Hyg. Rundschau* vom 15. Aug. u. 1. Sept. 1921. — 4. *v. Brunn*: „Von der künftigen Entwicklung in der Gesundheitsfürsorge und über die Rolle der Waldschulen dabei“, *Zeitschr. f. Gesundheitsfürsorge u. Schulgesundheitspfl.* 1923 Nr. 11. — 5. *Hermann Cohn*: „Über die Notwendigkeit der Einführung von Schulärzten“, *Leipzig 1886*. — 6. *v. Drigalski*: a) „Schulgesundheitspfl.“

¹⁾ Siehe „Der Heuberg“ vom 15. Januar 1922.

²⁾ Siehe „Der Heuberg“ vom 1. September 1924.

ihre Organisation und Durchführung“, Berlin 1912; b) „Die krankhaften Störungen des Schulkindes“, Abh. i. Handb. d. deutsch. Schulhygiene, herausg. v. H. Selter, Dresden 1914; c) „Deutsche Jugendnot. I. Die körperlichen Schäden und ihre Heilung“, Bericht über die 42. Versamml. d. Deutsch. Ver. f. öff. Gesundheitspfl., Braunschweig 1922; c) „Fortschritte und Zeitfragen auf schulärztlichem Gebiet“, Ärztl. Vereinsbl. vom 9. III. u. 9. IV. 1922; dazu die Entgegnung von G. Pölchau u. die Antwort v. Drigalskis ebenda vom 9. VI. 1922. — 7. Fischer-Defoy: „Neue Wege der Erholungsfürsorge“, Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl. 1921 Nr. 11 u. 12. — 8. J. P. Frank: „System einer vollständigen medicinischen Polizey“ Bd. 2, Mannheim 1780. — 9. M. Fürst: „Schulgesundheitspflege“, Art. i. Handw. d. Kommunalw. Bd. 3, Jena 1923. — 10. A. Gastpar: a) „Schulpflichtige Jugend“, Art. i. Handw. d. soz. Hyg., Leipzig 1911; b) „Der Schularzt und die Fürsorge für das schulpflichtige Alter“, Abhandl. i. Sozialärztl. Praktik., herausg. von Gottstein u. Tugendreich, 2. Aufl., Berlin 1921; c) „Landaufenthalt und Erholungsheime vom gesundheitlichen Standpunkte“, Bericht über den v. Deutsch. Ver. f. öff. u. priv. Fürsorge 1923 veranst. Kurs, Pädagog. Magazin Heft 970, Langensalza 1924. — 11. A. Geissler u. R. Uhlitsch: „Die Größerverhältnisse der Schulkinder im Schulinspektionsbezirk Freiberg“, Zeitschr. d. Sächs. Stat. Bureau Jahrg. 36, Dresden 1888. — 12. H. Graupner: „Spezieller Teil der Unterrichts- und Schulhygiene“, Abhandl. i. Handb. d. deutschen Schulhygiene, herausg. von H. Selter, Berlin 1914. — 13. Clara Henriques: „Amerikanisch-deutsche Kinderspeisung“, Soz. Praxis 1923 Nr. 31. — 14. J. Kaup: „Die Ernährungsverhältnisse der Volksschulkinder“, Flugschr. d. Zentralstelle f. Volkswohlfahrt Heft 4, Berlin 1910. — 15. H. Kossel u. J. Moses: „Geteilte oder ungeteilte Unterrichtszeit?“, Sozialhyg. Abhandl. Nr. 6, Karlsruhe 1923. — 16. Oschmann: „Die Schulkinderspeisung als soziale und hygienische Einrichtung“, Bericht über d. v. Deutsch. Ver. f. öff. u. priv. Fürsorge 1923 veranst. Kurs, Pädagog. Magazin Heft 970, Langensalza 1924. — 17. Pölchau: „Die Häufigkeit der Lungentuberkulose im schulpflichtigen Alter“, Deutsch. med. Wochenschr. vom 9. Nov. 1923. — 18. R. Schultze: „Schule und Infektionskrankheiten“, Jahrb. f. Kinderheilk. 3. Folge Bd. 17 Heft 1, Berlin 1908. — 19. H. Selter: „Der Stand der Schulhygiene“, Dresden 1911. — 20. Helene Simon: a) „Schule und Brot“, Hamburg 1907; b) „Schülerspeisungen“, Soz. Praxis 1923 Nr. 5. — 21. Stephani: a) „Die Fürsorge für das schulpflichtige Alter“, Abhandl. i. Gesundheitswesen u. Wohlfahrtspf. i. Deutsch. Reich, herausg. von Möllers, Berlin 1923; b) „Schulärztlicher Dienst“, Bericht über d. v. Deutsch. Ver. f. öff. u. priv. Fürsorge 1923 veranst. Kurs, Pädagog. Magazin Heft 970, Langensalza 1924. — 22. G. Tugendreich: „Einige Lehren der Quäkerspeisung“, Deutsch. med. Wochenschr. 1921 Nr. 52. — 23. A. Vieth: „Die Kindererwerbsarbeit in Halle a. S. auf Grund einer Erhebung vom Sept. 1921“, Soz. Praxis 1923 Nr. 7 u. 8.

5. Jugendliche, einschl. der Gestellungspflichtigen.

a) Eigenart und Zahl.

Mit dem Ende des schulpflichtigen Alters entscheidet es sich, ob der junge Mensch in das Erwerbsleben eintreten muß oder sich noch einige Zeit auf höheren Schulen für seinen künftigen Beruf vorbereiten darf. Die große Masse der schulentlassenen Kinder ist infolge der wirtschaftlichen Lage der Eltern gezwungen, unmittelbar, nachdem der Schulpflicht genügt worden ist, einen Beruf zu ergreifen; es besteht jedoch nach vollendetem 14. Lebensjahr noch die gesetzliche Pflicht, die Fortbildungsschule zu besuchen, und zwar im allgemeinen bis zum 18. Lebensjahr. Dadurch ist die Klasse der Jugendlichen dem Alter nach einigermaßen gekennzeichnet. Die deutsche Arbeiterschutzgesetzgebung hat für die minderjährigen Erwerbstätigen besondere Vorschriften geschaffen; hierbei wurden bei der Altersklasse von 14 bis 21 Jahren mehrere Gruppen unterschieden. Der frühere badische Gewerbeaufsichtsbeamte Bittmann hat die Klasse von 13 bis 14 Jahren Kinder, von 14 bis 16 Jahren junge Leute, von 16 bis 18 Jahren heranwachsende Arbeiter und von 18 bis 21 Jahren herangewachsene Arbeiter genannt.

In der sozialhygienischen Literatur, die sich seit den letzten Jahren vor dem Weltkrieg, um Verabsäumtes nachzuholen, eifrig mit den Jugendlichen befaßt hat, bezeichnet man gewöhnlich mit diesem Namen die männlichen und weiblichen Personen von 14 bis 18 Jahren, wengleich sich die amtlichen Statistiken in der Regel bis auf das 20. Lebensjahr erstrecken. Da jedoch die zahlenmäßigen Angaben, die über die Gesundheitsver-

hältnisse der Jugendlichen unterrichten, teils aus Untersuchungen in den Fortbildungs-, Gewerbe- und Handelsschulen, teils aus den militärärztlichen Musterungen der Gestellungspflichtigen¹⁾ stammen, so erörtern wir hier die hygienischen Zustände der Jugendlichen im Zusammenhang mit den bei Gestellungspflichtigen gewonnenen Ergebnissen.

Der biologische Unterschied in der Eigenart der Jugendlichen gegenüber dem schulpflichtigen Alter, in welchem vor allem das Längenwachstum erfolgt, besteht darin, daß in dieser Zeit der Brustkorb erheblich breiter wird, die inneren Organe, Herz und Lunge, sich stärker entfalten, die Fortpflanzungswerkzeuge sich zur Reife entwickeln und das Geist- und Gemütsleben für alle Eindrücke empfänglich und leicht beeinflussbar sind. Hygienisch ist diese Altersklasse namentlich dadurch gekennzeichnet, daß in dieser Zeit des körperlichen Wachstums und der seelischen Entwicklung, wo eine gesundheitsgemäße Lebensweise besonders notwendig ist, bei den erwerbstätigen Jugendlichen sich sowohl die schädlichen Einflüsse des ergriffenen Berufs wie auch die ungünstige wirtschaftliche Lage der Eltern geltend machen, wozu bei vielen erwerbstätigen Jugendlichen die Sucht kommt, den Lohn für Alkohol, für Tabak sowie für die Sinne reizende Schriften und Schaufstellungen zu vergeuden, was dann oft zu vorzeitigen geschlechtlichen Ausschweifungen führt. Aber es ist auch darauf hinzuweisen, daß gerade unter den Jugendlichen, welche auf Grund der elterlichen Wohlhabenheit die höheren Schulen besuchen, Ausschweifungen der eben genannten Art stark verbreitet sind; auch hier zeigt sich wieder, daß der Reichtum durchaus nicht immer eine gesundheitsgemäße Lebensweise verbürgt, sondern oft genug zu hygienischen Mißständen Anlaß gibt.

In der Hauptsache befassen wir uns jedoch hier mit den erwerbstätigen Jugendlichen, da diese die große Masse darstellen und ihre gesundheitlichen Verhältnisse, soweit dies möglich ist, statistisch einigermaßen erforscht sind.

Daß die Zahl der Jugendlichen insgesamt während der Zeit von 1910 bis 1919 im Deutschen Reich zugenommen hat, läßt sich der Tafel 61 entnehmen. (Siehe hierzu die Bemerkungen auf S. 269.) Über die Ziffer der erwerbstätigen Jugendlichen, mit Unterscheidung nach der Versicherungspflicht, boten bereits die Tafeln 29 und 30 (S. 81 und 82) Angaben dar. Die Tafel 81 enthält nun noch eine Übersicht darüber, in welchem Umfange die einzelnen Altersgruppen der Jugendlichen, getrennt nach dem Geschlecht, an der Erwerbsarbeit 1907 beteiligt waren.

Tafel 81.

Die erwerbstätigen*) Jugendlichen nach Altersgruppen und Geschlecht
1895 und 1907.

Geschlecht	Wirkliche Zahlen						Auf 100 von der Gesamtbevölkerung der jeweiligen Altersgruppe kamen Erwerbstätige					
	14—16 Jahre		16—18 Jahre		18—20 Jahre		14—16 Jahre		16—18 Jahre		18—20 Jahre	
	1895	1907	1895	1907	1895	1907	1895	1907	1895	1907	1895	1907
männlich	762 452	915 878	908 989	1 056 823	940 989	1 081 021	72,1	76,6	87,0	88,7	91,4	93,0
weiblich	369 271	553 104	488 172	637 280	510 274	664 038	35,0	44,4	46,1	56,3	48,4	56,6

*) Ohne die Dienstboten.

(Nach Stat. d. Deutsch. Reichs Bd. 311.)

¹⁾ Bis zum Versailler Frieden wurde jeder Deutsche mit dem 1. Januar des Jahres, in welchem er das 20. Lebensjahr vollendete, militärpflichtig.

Fischer, Soziale Hygiene

Aus der Tafel 81 ist zu ersehen, daß in allen Altersgruppen der Anteil der Erwerbstätigen 1907 größer als 1895 war, und daß mit zunehmendem Alter ein immer umfangreicherer Teil der jugendlichen Bevölkerung Lohnarbeit verrichtet. Unter den Jünglingen von 18 bis 20 Jahren waren 1907 bereits 93% gezwungen, ihr Brot zu verdienen. Die erwerbstätigen Jungfrauen stehen an Zahl erheblich hinter den Jünglingen; hierbei ist jedoch zu bemerken, daß in der Tafel 81 die Dienstboten, die, nach Tafel 82, bei dem männlichen Geschlecht eine sehr geringe, bei dem weiblichen aber eine sehr wesentliche Rolle spielen, nicht berücksichtigt worden sind.

Die Tafel 82 unterrichtet darüber, wie sich die Jugendlichen, getrennt nach Altersgruppen und dem Geschlecht, auf die einzelnen Berufsarten verteilen.

Tafel 82.

Die erwerbstätigen Jugendlichen der einzelnen Berufsabteilungen nach Altersgruppen und Geschlecht 1895 und 1907.

Berufs- abteilung	Berufszählungs- jahr	Wirkliche Zahlen						Auf 100 erwerbstätige Jugendliche der jeweiligen Altersgruppe kamen auf die nebenstehende Berufsabteilung					
		14—16 Jahre		16—18 Jahre		18—20 Jahre		14—16 Jahre		16—18 Jahre		18—20 Jahre	
		männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.
Landwirt- schaft . .	1895	319 504	232 733	324 823	268 757	307 039	260 055	41,79	44,72	35,64	39,19	32,54	36,40
	1907	333 756	332 917	319 806	344 931	288 751	315 533	36,40	46,71	30,22	39,54	26,67	36,41
Industrie . .	1895	369 191	97 364	478 896	155 748	495 644	173 473	48,29	18,71	52,54	22,71	52,53	24,28
	1907	485 096	153 181	600 263	226 559	615 856	231 275	52,90	21,49	56,72	25,97	56,89	26,69
Handel und Verkehr . .	1895	54 781	23 785	78 939	45 381	87 368	54 148	7,17	4,57	8,66	6,62	9,26	7,58
	1907	75 934	41 601	106 661	70 602	119 624	80 480	8,28	5,84	10,08	8,09	11,05	9,29
Lohnarbeit wechselnder Art, persönl. Dienste . .	1895	5 984	14 011	6 972	14 355	7 866	14 352	0,78	2,69	0,77	2,10	0,83	2,01
	1907	3 851	21 416	5 110	22 514	6 363	22 184	0,42	3,00	0,48	2,58	0,59	2,56
Armee und Kriegsflotte	1895	224	—	2 071	—	21 396	—	0,03	—	0,23	—	2,27	—
	1907	2	—	1 986	—	26 368	—	0,00	—	0,19	—	2,44	—
Sonstiger öf- fentl. Dienst und freie Berufe . .	1895	12 768	1 378	17 288	3 931	21 676	8 246	1,66	0,26	1,90	0,57	2,30	1,15
	1907	17 239	3 989	22 997	8 674	24 059	14 566	1,88	0,56	2,17	1,00	2,22	1,68
Dienstboten	1895	2 115	151 173	2 371	197 545	2 521	204 225	0,28	29,05	0,26	28,81	0,27	28,58
	1907	1 090	159 691	1 492	199 102	1 593	202 553	0,12	22,40	0,14	22,82	0,14	23,37
Zusammen .	1895	764 567	520 444	911 360	685 717	943 510	714 499	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
	1907	916 968	712 795	1 058 315	872 382	1 082 614	866 591	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

(Nach Stat. d. Deutsch. Reichs Bd. 211 berechnet.)

Übereinstimmend mit unseren allgemeinen Angaben über die wirtschaftliche Entwicklung in Deutschland (siehe S. 73) zeigt die Tafel 82 u. a., daß 1907 in der Industrie weit mehr, in der Landwirtschaft dagegen weit weniger männliche Jugendliche tätig waren als 1895; bei dem weiblichen Geschlecht ist in dieser Hinsicht keine große Veränderung erfolgt. Beachtenswert ist auch, daß sowohl 1895 wie 1907 bei den männlichen Jugendlichen die Zahl der Erwerbstätigen in der Landwirtschaft von Altersklasse zu Altersklasse ständig stark ab-, in der Industrie und im Handel dagegen erheblich zugenommen hat.

b) Einflüsse der kulturellen Umwelt auf die Gesundheit.

α) Allgemeines.

Soweit die Jugendlichen während ihrer Lehrjahre bei den Eltern leben, treffen für sie häufig die Mißstände zu, die wir allgemein in den Abschnitten „Nahrungswesen“ und „Wohnungswesen“ geschildert haben. Als der Industrialismus noch nicht so weit wie gegenwärtig ausgedehnt war, wohnten die Lehrlinge gewöhnlich bei ihrem Meister; jedoch, die Kammern, die damals den jungen Menschen zugewiesen wurden, waren in der Regel unzulänglich, ja sie sprachen vielfach allen gesundheitlichen Forderungen Hohn. Seitdem sich die Großbetriebe (siehe Tafel 25) so stark vermehrt haben, ist die außerberufliche Verbindung der Lehrlinge mit ihrem Arbeitgeber zumeist gelöst; die jugendlichen Arbeiter benutzen, wenn sie fern von den Eltern untergebracht sind, jetzt Schlafstellen; da sie für deren Miete nur wenig aufwenden können, sind diese „Zimmer“ oft schlecht gehalten, was die jungen, ungebundenen Leute dazu veranlaßt, in ihren freien Stunden Wirtschaften und Tanzlokale aufzusuchen. So wenig wie für eine ordentliche Wohnung, so wenig sind für eine kräftige, der Zeit des Wachstums entsprechende Nahrung die erforderlichen Geldmittel vorhanden. Auch hieraus entsteht das Verlangen, sich das Mahl durch alkoholische Getränke zu würzen und sich dem Tabakgenuß hinzugeben.

Amtliche Mitteilungen über die wirtschaftlichen Einflüsse auf die hygienischen Verhältnisse der Jugendlichen findet man in den Jahresberichten der Gewerbeaufsichtsbeamten. Besonders bemerkenswert ist der Jahresbericht¹⁾ des sächsischen Gewerbeaufsichtsamtes für das Jahr 1921, der sich eingehend mit den Gesundheitszuständen der Jugendlichen befaßt und namentlich die traurigen Einflüsse der Kriegs- und Nachkriegszeit schildert. Hiervon sei folgendes angeführt:

„In der Kreishauptmannschaft Bautzen sind Jugendliche aus landwirtschaftlichen Betrieben wieder zurückgekommen, weil sie der Arbeit nicht gewachsen waren. Der Bezirksarzt von Löbau stellte unter den Jugendlichen 35% minderwertige Mädchen und 20% minderwertige Knaben fest. Der Bezirksarzt von Kamenz, also eines fast ländlichen Bezirkes, erklärte, daß der Gesundheitszustand der Jugend keineswegs günstig wäre. In der Kreishauptmannschaft Chemnitz liegen die Verhältnisse ähnlich In der Stadt Dresden konnten 7% der Knaben und 43% der Mädchen infolge Schwächlichkeit keine gewerbliche Arbeit übernehmen. In der Kreishauptmannschaft Leipzig war eine beachtliche Zahl solcher Fälle Eine ungenügende körperliche Entwicklung war, hauptsächlich infolge der Unterernährung während des Krieges, an den die Volksschule verlassenden und in die Berufsarbeit übergehenden Kindern in einer beachtlichen, wenn auch nicht beängstigenden Anzahl von Fällen zu beobachten. So mußte z. B. in Leipzig von den für die Berufswahl untersuchten 7341 Schulkindern bei 73 Knaben und 45 Mädchen (zusammen 1,6%) wegen ihrer körperlichen Beschaffenheit der gewählte Beruf als ungeeignet bezeichnet werden“

Daß die Gesundheitszustände der Jugendlichen jedoch nicht nur durch die wirtschaftlichen Verhältnisse, sondern auch durch Mängel der Bildung und Sittlichkeit stark beeinträchtigt werden, ist ebenfalls dem genannten Bericht des sächsischen Gewerbeaufsichtsamtes zu entnehmen. Hier wird die leichte Lebensauffassung der minderjährigen Personen beiderlei Geschlechts folgendermaßen geschildert:

„Den Eltern mangelt es vielfach an Energie, um sich für Kost und Wohnung eine der Zeit angemessene Geldentschädigung geben zu lassen, so daß oft vom Verdienst des Vaters außer den jüngeren Kindern auch die älteren mit unterhalten werden. Sowohl von Arbeitgebern als auch von Betriebsratsvorsitzenden war zu hören, daß sich das Rauchen von Zigaretten, selbst der teuersten, bei den minderjährigen Burschen zu einer Krankheit herausgebildet hätte. Auch über starken

¹⁾ Siehe „Jahresberichte der Gewerbe-Aufsichtsbeamten und Bergbehörden für das Jahr 1921“, Bd. II, Berlin 1922.

Alkoholgenuß dieser Personen wurde vielfach geklagt, während die minderjährigen Mädchen einen großen Teil ihres Verdienstes in Leckereien anlegten Es gehört nicht zu den Seltenheiten, daß man Jugendliche sieht, die in der einen Hand das Frühstück und in der anderen Hand die brennende Zigarette halten.“

Seitdem M. Winter in Wien [1909] die Fortbildungsschüler untersucht hat, und man diesem Vorbild in deutschen Städten (zuerst Gettkant in Schöneberg [1911], ferner in Bremerhaven [1911], dann u. a. Ascher in Hamm, Kaup sowie seine Mitarbeiter in München und Gastpar in Stuttgart) gefolgt ist, besitzen wir brauchbare Zahlenangaben über den Körperbau und den Ernährungsstand der Lehrlinge. Zugleich wurde auch über die festgestellten Erkrankungen berichtet. Diese Ergebnisse konnten mit den Ziffern der Krankenkassenstatistik in Zusammenhang gebracht werden. Dazu kamen noch die Angaben über die Krankheitsursachen, die zur Militäruntauglichkeit, zur Invalidität und zum Tode geführt haben. So gewann man ein Bild von den Gesundheitsverhältnissen der Jugendlichen, wenngleich naturgemäß nicht alle wichtigen Tatsachen statistisch zu erfassen sind.

Man hat nun die Jugendlichen nach Berufen gegliedert und die erwähnten zahlenmäßigen Ergebnisse dazu benutzt, um Schlüsse auf die hygienischen Einflüsse der jeweiligen Berufstätigkeit zu ziehen. Es wurde jedoch, insbesondere auch von Prinzing¹⁾, darauf hingewiesen, daß während der Lehrlingszeit bzw. bis zur militärärztlichen Musterung die Zeit zu kurz sei, als daß die Berufsarbeit schon einen nachhaltigen Einfluß auf die körperliche Entwicklung ausüben könnte. Des weiteren wurde betont und z. B. auch von G. Simon zugegeben, daß im allgemeinen jeder Lehrling von selbst ganz richtig nach seiner körperlichen Anlage seinen Beruf²⁾ wählt, so daß also die Berufe, bei denen viele Jugendliche mit einer schlechten körperlichen Entfaltung festgestellt wurden, durchaus nicht besonders gesundheitsgefährlich zu sein brauchen, wofern diesen Berufen sich erfahrungsgemäß häufig schwächliche Leute zuwenden. Schließlich wurde auch, namentlich von dem erfahrenen Militärarzt Schjerning, angeführt, daß in höherem Maße als der Beruf die soziale Umwelt der Eltern entscheidend für die Entwicklung der Jugendlichen ist. Dazu kommt, daß die elterlichen Verhältnisse zumeist auch maßgebend bei der Berufswahl sind. Alle diese Hinweise sind für die Beurteilung der statistischen Angaben, mit denen wir uns nun zu befassen haben, wohl zu beachten.

β) Soziale Einflüsse auf die körperliche Entwicklung.

Über die körperliche Entwicklung der Jugendlichen liegen jetzt bereits viele Arbeiten vor; aber die hierbei angewandten Methoden stimmen nicht immer so gut überein, daß man die jeweiligen Ergebnisse miteinander vergleichen kann. Jede einzelne Untersuchung erstreckt sich überdies auf einen verhältnismäßig geringen Personenkreis, so daß feinere Gliederungen, die einen hinreichenden Einblick in die Gesundheitszustände ermöglichen würden, nicht durchführbar sind. Obwohl wir die zweckdienlichsten unter den vorhandenen

¹⁾ Siehe Literatur S. 17 Ziffer 9 a.

²⁾ Bei einer im Winter 1921/22 von mir gemeinsam mit dem Facharzt für Orthopädie Pertz durchgeführten Untersuchung von etwa 2000 Schülern der Gewerbeschulen in Karlsruhe und Durlach hatten wir den Eindruck, daß fast ausnahmslos der dem körperlichen Zustände entsprechende Beruf richtig gewählt worden ist. Da jedoch die Schüler nicht gezwungen waren, sich untersuchen zu lassen, wurden nicht alle in Betracht kommenden Lehrlinge erfaßt, so daß die Ergebnisse nur mit Vorsicht zu verwerten sind.

Zahlenreihen hier ausgewählt haben, so ist doch aus den angeführten Gründen große Vorsicht bei Schlüssen erforderlich.

Zunächst sei in der Tafel 83 eine Statistik, die ebenso wie die Zahlenangaben für die Tafel 90 mir handschriftlich gütigst übermittelt wurde, wiedergegeben; sie befaßt sich mit dem Gewicht und der Körpergröße von Gewerbeschülern und -schülerinnen in Stuttgart 1922. Die Untersuchten wurden hierbei in Berufsgruppen gegliedert; die Anzahl betrug bei der Gruppe Schlosser 635, Feinmechaniker 259, Zahntechniker 13, Bautechniker 210, Buchbinder 299, Bäcker 32, Schneider 95, Friseure 34, Bildhauer 22, Gärtner 34, Schneiderinnen und Putzmacherinnen 310. Gastpar, der eine unserer Tafel 83 ähnliche Statistik bereits 1918 veröffentlicht hat, weist selbst darauf hin, daß die „Zahlen noch etwas zu klein sind, um sichere Schlüsse ziehen zu können“. Immerhin gewährt die Tafel 83 eine Vorstellung von dem Gewichts- und Längenwachstum in den einzelnen Lebenshalbjahren und von der hierbei offenbar vorhandenen Verschiedenartigkeit der Geschlechter und der Berufsgruppen. Über den Ernährungszustand belehrt uns die Tafel 90.

Tafel 83

Gewicht und Körpergröße von Gewerbeschülern und -schülerinnen
in Stuttgart 1922. (Durchschnittszahlen.)

Alter	Schlosser, Flaschner usw.		Feinmecha- niker, Optiker usw.		Zahn- techniker		Bautechniker und Schreiner		Buchbinder, Schuhmacher, Maler		Bäcker	
	Ge- wicht	Länge	Ge- wicht	Länge	Ge- wicht	Länge	Ge- wicht	Länge	Ge- wicht	Länge	Ge- wicht	Länge
14-14½ Jahre	38,9	148	39,3	148	29,5	137	39,5	148	37,4	148	41,9	147
14½-15 „	43,2	158	42,0	151	41,3	153	43,8	151	41,0	149	43,7	151
15-15½ „	45,3	155	42,9	153	—	—	43,2	152	41,9	152	45,3	152
15½-16 „	48,2	149,5	47,3	158	49,3	154	45,4	156	44,1	154	45,1	153
16-16½ „	49,7	158	48,8	161	50,7	163	49,8	160	44,6	153	41,3	153
16½-17 „	50,0	160	55,8	167	54,8	164	52,3	160	48,8	157	—	—
17-17½ „	54,0	163	48,0	164	—	—	57,5	160	—	—	59,5	167
17½-18 „	57,4	167	59,0	177	—	—	40,0	145	—	—	—	—
18-18½ „	57,9	165	51,1	163	—	—	—	—	—	—	—	—
18½-19 „	60,3	167	47,3	158	—	—	—	—	41,5	147	—	—

Alter	Schneider		Friseure		Bildhauer		Gärtner		Schneiderinnen, Putzmache- rinnen	
	Ge- wicht	Länge	Ge- wicht	Länge	Ge- wicht	Länge	Ge- wicht	Länge	Ge- wicht	Länge
14-14½ Jahre	38,0	146	38,6	144	34,7	143	37,5	143	44,7	152
14½-15 „	45,0	154	44,8	152	32,0	138	46,3	158	45,5	153
15-15½ „	40,9	150	41,4	149	40,9	150	45,4	154	46,9	157
15½-16 „	44,3	153	38,0	148	40,4	153	45,0	157	47,5	155
16-16½ „	46,0	156	47,5	159	—	—	48,4	155	48,5	155
16½-17 „	51,0	158	41,3	152	—	—	—	—	49,4	155
17-17½ „	—	—	—	—	—	—	47,0	161	50,8	156
17½-18 „	—	—	—	—	—	—	—	—	51,5	157
18-18½ „	—	—	—	—	—	—	—	—	48,9	157
18½-19 „	—	—	—	—	—	—	—	—	53,6	157

(Nach handschriftlichen Angaben von Gastpar.)

Nun ist u. a. gegenüber den Angaben der Tafel 83 zu bemerken, daß es sich hier um Durchschnittszahlen handelt, ohne daß man über den Umfang der Abweichungen unterrichtet wird (siehe S. 276). Dazu kommt, daß vorläufig keine zuverlässige Formel vorhanden ist, um Gewichtsziffern und Längenzahlen in brauchbarer Weise miteinander zu verbinden.

Auf mannigfaltige Arten suchte man zu einer Formel für die Körperbeschaffenheit zu gelangen. Der Hygieniker Erismann¹⁾ hat in seiner 1889 veröffentlichten Schrift den mittleren Brustumfang mit der halben Körperlänge in Zusammenhang gebracht und für die einzelnen Gruppen berechnet, um wieviel Zentimeter der Brustumfang die halbe Körpergröße über- oder unterschreitet. J. Kaup hat für seine bei 9000 Münchener Lehrlingen 1913 durchgeführten Untersuchungen den Erismann-Index benutzt. Für die Gesamtheit der untersuchten Lehrlinge und für einzelne Berufsarten hat er festgestellt, um wieviel Zentimeter von Jahr zu Jahr Körpergröße und Brustumfang (in der Atempause) wachsen; er vergleicht nun die Jahreszuwächse, die er bei den einzelnen Berufsarten gefunden hat, mit den für die Gesamtheit geltenden Ergebnissen und bietet Zahlen dar, die unsere Tafel 84 enthält.

Tafel 84.

Jahreszuwächse an Körpergröße und Brustumfang bei Münchener Lehrlingen 1913.

a = Körpergröße, b = Brustumfang in der Atempause.

Im Alter von	Gesamtheit		Schneider		Bäcker		Kaufleute		Maschinenbauer		Schlosser		Metzger		Schmiede	
	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b
14-15 Jahren	4,03	2,75	6,33	3,28	3,7	3,6	6,18	3,20	6,7	4,0	4,4	0,6	8,5	7,1	6,3	6,0
15-16 „	5,83	3,46	4,65	2,45	5,8	2,6	6,73	2,39	2,9	2,5	7,1	6,1	—	1,8	0,5	1,8
16-17 „	4,0	2,51	2,77	2,58	2,1	2,3	3,79	2,65	5,7	3,1	3,6	1,8	6,0	1,0	10,0	2,4
Summe .	13,86	8,72	13,75	8,31	11,6	8,5	16,70	8,24	15,3	9,6	15,1	8,5	14,5	9,9	16,8	10,2
b von a	63 %		58 %		73 %		50 %		63 %		56 %		68 %		61 %	

(Nach J. Kaup.)

Zu den Ziffern, die aus der Tafel 84 zu ersehen sind, äußert sich Kaup folgendermaßen:

„Aus den Summen der Jahreszuwächse an Körpergröße und Brustumfang innerhalb der drei für die Körper- und Konstitutionsentwicklung so wichtigen Lebensjahre vom 14. bis 17. ergibt sich eine Einsicht in die Unterschiede bei den einzelnen Berufsgruppen. An Körperlänge haben innerhalb der drei Jahre die Bäcker mit 11,6 cm am wenigsten, die jungen Kaufleute und Schmiede mit 16,7 bzw. 16,8 cm am meisten zugenommen. In der Breitenentwicklung stehen ebenfalls die Schmiede mit 10,2 cm Zuwachs an Brustumfang an erster Stelle, dann folgen die Metzger mit 9,9, die Maschinenbauer mit 9,6 cm usw., während die jungen Kaufleute mit 8,24 cm am wenigsten an Breite zugenommen haben; aber auch die Schneider mit 8,31 cm und die Schlosser mit 8,5 cm zeigen einen großen Abstand. Bei den jungen Kaufleuten sind die beiden Extreme — größtes Längenwachstum und geringste Breitenentwicklung — vereinigt. Bei den Schmieden hingegen finden wir stärkstes Wachstum nach Länge und Breite kombiniert. Das Wachstum nach Länge und Breite ist offenbar bei den einzelnen Berufsgruppen verschieden. Das Verhältnis der Längen- und Breitenentwicklung innerhalb der ein-

¹⁾ Erismann: „Untersuchung über die körperliche Entwicklung der Fabrikarbeiter in Zentral-Rußland“, Tübingen 1889. (Siehe auch Arch. f. soziale Gesetzgeb. 1888 Jahrg. I.)

zelen Berufsgruppen ist aus dem Prozentverhältnis beider Maße gut zu erkennen. Bei den Kaufleuten beträgt die Zunahme des Brustumfanges nur 50% des Längenwachstums, bei den Bäckern hingegen 73, bei den Metzgern 68%. Das sind große Unterschiede. Die Zahl der Individuen in den einzelnen Berufsgruppen ist groß genug, um individuelle Abweichungen vom Entwicklungsrhythmus in der Pubertätszeit auszugleichen... Die Verschiedenheiten des Körperzuwachses an Länge und Breite von Beruf zu Beruf können nur vor allem auf den in der Art der Berufstätigkeit liegenden funktionellen Wachstumsreiz zurückgeführt werden.“

Zur Ergänzung der von Kaup und Gastpar dargebotenen Angaben, die sich nur bezw. fast nur auf männliche Jugendliche erstrecken, seien die Mitteilungen der Charlottenburger Schulärztin Ilse Szagunn, die junge Mädchen aus Fortbildungsschulen einer- und aus höheren Anstalten andererseits untersucht hat, angeführt. Die von Szagunn gewonnenen Ergebnisse enthält unsere Tafel 85.

Tafel 85.

Länge und Gewicht von jungen Mädchen in Charlottenburg
1918—1923 bezw. 1922/23.

Alter der Mädchen in Jahren	Schülerinnen der Mädchenfortbildungsschule in den Jahren 1918—23			Schülerinnen der Lyzeen und Studienanstalten im Winterhalbjahr 1922/23		
	Zahl der Untersuchten	Länge cm (Durchschnittszahlen)	Gewicht kg (Durchschnittszahlen)	Zahl der Untersuchten	Länge cm (Durchschnittszahlen)	Gewicht kg (Durchschnittszahlen)
14—15	928	153	45,6	277	156,7	48,3
15—16	318	154,6	47,7	280	157,5	51,6
16—17	167	156,2	50,5	194	160,0	53,5
17—18	150	156,3	51,6	71	162,4	55,9

(Nach Ilse Szagunn.)

Szagunn äußert sich zu den Zahlen der Tafel 85 folgendermaßen:

„Aus der Gesamtübersicht der in den Jahren 1918—1923 untersuchten Schülerinnen müssen ferner als besonders bedenklich hervorgehoben werden die relativ niedrigen Längen- und Gewichtszahlen der älteren Fortbildungsschülerinnen, insbesondere der 16—18jährigen. Vergleicht man hiermit das an den Charlottenburger Lyzeen und Studienanstalten gewonnene Material, so zeigen sich für die Fortbildungsschule ganz besonders ungünstige Verhältnisse. Es ist daher die Frage aufzuwerfen, inwieweit diese ungünstigen Gewichts- und Längenverhältnisse der Fortbildungsschülerinnen etwa auf die frühe Berufsausübung zurückzuführen sind, denen der während des Entwicklungsalters und in den unmittelbar folgenden Jahren besonders so empfindliche weibliche Organismus nicht gewachsen ist, ob Überanstrengung im Beruf bei unzureichender Ernährung und auch sonst schlechten hygienischen Verhältnissen oder besondere Berufsschädigungen hierbei eine Rolle spielen, des weiteren, ob sich daraus dauernde Herabminderung der Berufsleistung, erhöhte Morbidität, vielleicht sogar Schädigungen der generativen Tätigkeit der Frau ergeben. Alle diese Fragen bedürfen der sorgfältigsten Beachtung.“

Wenden wir uns nunmehr, um einen tieferen Einblick in die Gesundheitsverhältnisse der Jugendlichen zu erhalten, den Ergebnissen der Militärtauglichkeitsstatistik zu. Hierbei ist jedoch mancherlei vor auszuschicken. Diese Statistik ist nur mit größter Vorsicht zu benutzen, da die Militärtauglichkeit kein fester und einheitlicher Begriff ist. Ob ein Gestellungspflichtiger als militärtauglich bezeichnet wird, hängt allein von dem Ermessen der jeweiligen Ersatzbehörde ab. Diese Behörden haben je nach Ort, Zeit und sonstigen besonderen Umständen sehr unterschiedliche Ansichten. In Gegenden mit hoher Bevölkerungszahl wird ein anderer Maßstab angelegt als in wenig bevölkerten Ge-

bieten. Während des Weltkrieges hat sich mancher Deutsche als durchaus kriegstüchtig erwiesen, der im Frieden sicher als militäruntauglich bezeichnet worden wäre. Trotzdem der Begriff „Militärtauglich“ recht schwankend ist, haben doch die Parteipolitiker die Ergebnisse der Musterungen für ihre Kämpfe benutzt und dadurch die vorliegenden Fragen verwirrt. Schließlich wurde aus der Rekrutenstatistik noch eine Abnahme der Militärtauglichkeit und mithin ein Beweis für die fortschreitende körperliche Entartung des deutschen Volkes herausgelesen. An der Hand der Zahlenangaben, die wir nunmehr bieten, wird zu prüfen sein, in welchem Umfange die Militärtauglichkeitsstatistik für die Gesundheitswissenschaft verwendbar ist und was aus ihren Ziffern erschen werden kann. Leider können wir uns hierbei nur auf amtliche Angaben, die aus der Zeit vor dem Weltkrieg stammen, stützen.

Im Jahre 1872 wurden 48,9% aller Gestellungspflichtigen für tauglich erklärt, im Jahre 1893 dagegen 57,2%. Dann sank die Ziffer von Jahr zu Jahr; sie belief sich 1902 auf 56,75% und 1910 sogar nur noch auf 53,0%. Der beträchtliche Aufstieg im Jahre 1893 ist jedoch nicht etwa darauf zurückzuführen, daß plötzlich die Militärtauglichkeit sich erheblich gebessert hat, sondern darauf, daß die Friedensziffer des deutschen Heeres besonders stark vermehrt wurde; der jährliche Ersatzbedarf betrug durchschnittlich in der Zeit von 1890 bis 1892 nur 202000, von 1893 an aber 268000 Mann. Gelegentlich dieser Heereserweiterung wurde das Mindestmaß von 157 auf 154 cm herabgesetzt; damit war jedoch eine Verminderung der Ansprüche an den Gesundheitszustand im allgemeinen keineswegs verbunden. Trotzdem wurde vielfach, namentlich von Kaup und W. Claaßen, behauptet, die Anforderungen an die Militärtauglichkeit seien herabgesetzt worden, und es wurde geäußert, daß man, weil die die Militärtauglichkeit betreffenden Verhältniszahlen von Jahr zu Jahr sinken, die Ansprüche noch weiter wird verringern müssen, wenn es nicht gelingt, die Entartungserscheinungen zu bekämpfen. Diese Urteile, die keineswegs hinreichend begründet worden sind, wurden durch die Ergebnisse¹⁾ des Jahres 1913 (siehe Tafel 86) widerlegt. Im Jahre 1913 wurde die Friedensstärke des deutschen Heeres wiederum um 60000 Mann vermehrt. Das deutsche Volk hat nicht nur diese vergrößerte Anzahl von kriegstüchtigen Leuten zu stellen vermocht, es blieben noch, wie der preuß. Kriegsminister v. Falkenhayn im Reichstage²⁾ mitgeteilt hat, 38000 vollständig taugliche Mannschaften, für die man keinen Bedarf mehr hatte, übrig. Und daß man bei der Heeresvermehrung im Jahre 1913 die Ansprüche an die Tauglichkeit nicht herabgesetzt hat, läßt sich daran erkennen, daß, wie der Kriegsminister darlegte, bis Ende Januar 1914 von den im Herbst 1913 eingestellten Rekruten nur 4% wegen körperlicher Fehler, die sich erst innerhalb der Dienstzeit herausgestellt haben, entlassen wurden, während die entsprechende Zahl 1912 sich auf 4,5% belief.

Die auf die Ergebnisse der Rekrutenstatistik gestützten Ansichten, daß Zeichen für eine fortschreitende Entartung vorliegen, sind mithin als irrig zu bezeichnen; es muß aber doch davor gewarnt werden, aus der vergrößerten Zahl der Tauglichen auf eine Verbesserung der hygienischen Zustände in den Reihen der Jugendlichen zu schließen; hierfür bieten die sich bei dem Heeresergänzungsgeschäft zeigenden Tatsachen keine genügende Grundlage.

¹⁾ Siehe Anlagen zu d. Stenogr. Berichten, Verhandl. d. Reichstages Bd. 315, Berlin 1914/18.

²⁾ Siehe Verhandl. d. Reichstages 13. Legislaturper. I. Session Bd. 294, Sitzung vom 5. Mai 1914.

Aber manche Angaben der Rekrutenstatistik lassen sich, bei entsprechender Vorsicht, für die Kenntnis der sozialen Einflüsse auf die gesundheitlichen Zustände der Jugendlichen in gewissem Umfange verwenden. Hierüber soll, nach Maßgabe des verfügbaren Raumes, jetzt berichtet werden.

Früher wurde behauptet, daß die Landgemeinden für den Heeresersatz weit wertvoller sind als die Städte, und es wurde gefolgert, daß man im Hinblick auf die Wehrfähigkeit des Volkes die Landflucht verhüten und die weitere Ausdehnung der Industrie hemmen muß. Hierfür sind namentlich der Nationalökonom Sering¹⁾ und die Ärzte Röse, Alsberg, Claaßen eingetreten, während u. a. der Nationalökonom Brentano sowie die Militärärzte v. Vogel, Schjerning, Schwiening einen so großen Vorzug der ländlichen Gemeinden und der landwirtschaftlichen Berufe als Rekrutenquelle nicht anerkannten. Prüfen wir nun an der Hand der Zahlenreihen die Einflüsse, welche Großstadtbildung, Industrialismus und sonstige soziale Verhältnisse auf die Militärtauglichkeit ausgeübt haben.

Bei einer amtlichen Erhebung²⁾, die sich auf die Mannschaften des Jahres 1906 erstreckte, wurde festgestellt, daß sich die Gemeinden je nach ihrer Größenklasse hinsichtlich ihrer verhältnismäßigen Ergiebigkeit bei dem Heeresersatz stark unterscheiden. Wird das der Bevölkerungsziffer entsprechende „Soll“ gleich 100 gesetzt, so betrug das dem tatsächlichen Anteil am Heeresersatz entsprechende „Ist“ bei den Landgemeinden 114, den Landstädten 91, den Kleinstädten 86, den Mittelstädten 83 und den Großstädten 65. Wenn man auch den methodischen Fehler der Erhebung von 1906 berücksichtigt, so darf man doch im Hinblick auf die großen Unterschiede bei den gewonnenen Zahlen Schlüsse ziehen. Und wenn man auch, wie in der vom Preuß. Stat. Landesamt herausgegebenen „Korrespondenz“ vom 20. Februar 1909 dargelegt wird, bedenken muß, daß der Wert der Großstädte in der wirklichen (nicht in der verhältnismäßigen) Vermehrung des Mannschaftsbestandes liegt, so wird man doch erkennen, daß in den Städten und namentlich in den Großstädten gesundheitliche Mißstände, welche die Militärtauglichkeit stark beeinträchtigen, obwalten.

Betrachten wir nun die in unserer Tafel 86 enthaltenen Zahlen, welche sich auf alle Gestellungspflichtigen, gegliedert nach Herkunft und Beschäftigung, erstrecken.

Aus der Tafel 86 ersieht man, daß zwar die Unterschiede zwischen den Landgeborenen und den Stadtgeborenen bei weitem nicht so groß sind, wie man auf Grund der Erhebung von 1906 erwartet hat, daß aber die Stadtgeborenen, die nicht landwirtschaftlich beschäftigt sind, erheblich kleinere Ziffern darbieten.

An der Hand der bei der Erhebung von 1906 gewonnenen Ergebnisse sind nun noch zwei Fragen zu erörtern. Zunächst ist zu prüfen, aus welchen Berufsabteilungen die Mannschaften hervorgingen. Es zeigte sich, daß von den Soldaten des Jahres 1906 vor dem Eintritt in den Heeresdienst tätig waren: in der Landwirtschaft 25,21%, im Bergbau, Industrie, Handel, häuslichen Diensten, freien Berufen usw. 72,23%, in keinem Berufe (Schüler, Rentner usw.) 2,55%. Man sieht, daß nur etwa ein Viertel der am 1. De-

¹⁾ Siehe Archiv des Deutschen Landwirtschaftsrats Bd. 26 (1902) u. Bd. 28 (1904), nach Angabe von Brentano.

²⁾ Siehe „Die Herkunft der deutschen Unteroffiziere und Soldaten am 1. Dezember 1906“, bearbeitet von Georg Evert, Zeitschr. d. Kgl. Preuß. Stat. Landesamts Ergänzungsheft 28, Berlin 1908. — Bei dieser Erhebung ist zu beachten, daß sie nicht alle Gestellungspflichtigen, sondern nur die dienenden Mannschaften umfaßt.

Tafel 86.

Die Gestellungspflichtigen nach Herkunft und Beschäftigung.
Von je 100 endgültig Abgefertigten waren tauglich:

Gruppen	Musterungsjahre				
	1902	1905	1907	1910	1913
I. Auf dem Lande geboren:					
a) in der Land- und Forstwirtschaft tätig	58,64	60,21	58,73	58,40	67,96
b) anderweitig tätig	58,40	58,53	57,48	55,14	65,78
II. In der Stadt geboren:					
a) in der Land- und Forstwirtschaft tätig	58,52	57,77	56,80	56,25	64,87
b) anderweitig tätig	53,52	51,34	49,87	47,87	59,76

(Zusammengestellt nach den alljährlich in den Reichstagsdrucksachen, Anlagen zu den Stenograph. Berichten, veröffentlichten Übersichten über die Ergebnisse des Heeresergänzungsgeschäftes.)

zember 1906 dienenden Mannschaften vor der Aushebung einen landwirtschaftlichen Beruf ausgeübt hatte. Aber hieraus läßt sich kein Schluß ziehen, wie die Berufsarbeit die Militärtauglichkeit beeinflusst. Sering schrieb: „Offenbar gibt eine Statistik des Berufs der Gestellungspflichtigen viel weniger Auskunft über die Wirkungen der Beschäftigung auf die körperliche Entwicklung als über die Bedeutung, welche umgekehrt die körperliche Beschaffenheit des jungen Mannes auf die Wahl seines Berufes ausübt.“ Auch sein Gegner Brentano hat diese Bemerkung für sehr richtig erklärt. Es ist in der Tat zu betonen, daß aus der allgemeinen Rekrutenstatistik¹⁾ (auf Besonderheiten kommen wir noch zurück) ein Einfluß des Berufs auf die Militärtauglichkeit nicht herausgelesen werden kann. Aber eine solche Einwirkung kann vorliegen, auch wenn sie statistisch nicht nachgewiesen ist. Daß sich Einflüsse der Berufsarbeit auf die Gesundheitsverhältnisse während der Lehrzeit bis zur militärischen Musterung geltend machen, ist unzweifelhaft. Aber es ist anzunehmen, daß die Berufsarbeit während der in Betracht kommenden Zeit nicht so stark einwirkt, wie die sozialen Umstände der Eltern, von denen die Jugendlichen stammen. Dies erkennt man aus den Zahlen, welche in der Tafel 87 enthalten sind.

Tafel 87.

Die deutschen Soldaten 1906 nach der sozialen Lage ihrer Eltern.

Auf 100 Teile des „Solls“ kamen als Soldaten dienende Söhne von den

I. in der Landwirtschaft usw. beschäftigten Vätern

a) selbständigen: 180,32 | b) unselbständigen: 73,79,

II. anderweitig beschäftigten Vätern

a) selbständigen: 138,93 | b) unselbständigen: 72,63.

(Nach Zeitschr. d. Kgl. Preuß. Stat. Landesamts Ergänzungsheft 28, Berlin 1908.)

¹⁾ Es sei hier erwähnt, daß, nach A. Meßmer, bei der Bevölkerung des Frankenlandes die Tauglichkeitsziffern der nicht landwirtschaftlich Tätigen und nicht von landwirtschaftlich tätigen Eltern stammenden etwas höher waren als die Zahlen der übrigen Gestellungspflichtigen. „Die gewerbliche Betätigung der Bevölkerung in der Haus- und Fabrikindustrie kann die Ergebnisse des Militärsatzgeschäftes nur günstig beeinflussen.“

Die Tafel 87 lehrt, daß der hinsichtlich der Militärtauglichkeit sich zeigende Unterschied zwischen den Söhnen der unselbständigen landwirtschaftlich tätigen und der unselbständigen anderweitig beschäftigten Väter sehr gering, dagegen zwischen den von Selbständigen und den von Unselbständigen Stammenden, ganz unabhängig von der sonstigen Art der väterlichen Berufsarbeit, sehr groß ist. Durch diese Angaben¹⁾ wurde die Frage, welchen Einfluß die sozialen Verhältnisse auf die Militärtauglichkeit ausüben, wesentlich geklärt. Hierauf hat A. Fischer bereits 1909 nachdrücklich hingewiesen. Seiner Ansicht ist der Düsseldorfer Militärarzt und Dozent für Militärsanitätswesen E. Graf 1912 beigetreten; und V. Noack hat 1915 an der Hand der österreichischen Tauglichkeitsstatistik in etlichen Bezirken „Beziehungen der von A. Fischer beschriebenen Art“ festgestellt und „eine geradezu überraschende Parallelbewegung der Zahlen der Selbständigen und der der Assentierten“ dargetan. Auch Schwiening hat 1913 betont: „daß die gesamte Lebensführung, d. h. Wohnung, Ernährung u. a. m., auf die Militärtauglichkeit von Einfluß sein wird, leuchtet ohne weiteres ein.“ Der badische Militärarzt Ed. Weber hat bereits 1857 geäußert, daß die Wohlhabenheit und die allgemeine Lebensweise auf die Militärtauglichkeit merkbar einwirken, und daß durch ungünstige (wirtschaftliche) Verhältnisse (der Eltern) die Vorzüge der physischen Umwelt und der Berufsarbeit ausgeglichen werden. Hingewiesen sei schließlich darauf, daß, nach Angabe von Schjerning, „die den besser situierten Kreisen entstammenden Einjährig-Freiwilligen recht bedeutend größer sind, als die übrigen Mannschaften“ und besonders hohe Ziffern hinsichtlich der Militärtauglichkeit darbieten.

Nun ist noch darüber zu berichten, daß man nach einem zuverlässigen Maßstab für die Prüfung der Militärtauglichkeit gesucht hat. Der französische Militärarzt Pignet²⁾ hat als „Kräftigkeitskoeffizienten“ die Ziffer bezeichnet, die sich ergibt, wenn man von der Zahl der Körpergröße die Zahlen des Ausatmungs-Brustumfanges und des Körpergewichts abzieht. Der Pignetsche Index, dessen Brauchbarkeit Schwiening 1909 geprüft hat, wurde von dem Militärarzt G. Simon 1912 für eine auf 9980 badische³⁾ Wehrpflichtige ausgedehnte Untersuchung benutzt. Simon hat nun, nach dem Vorbild von Schwiening und in Anlehnung an Pignet, 6 Klassen: positiver Index (+), besonders kräftig (A), kräftig (B), schwach (C), sehr schwach (D) und völlig dienstuntauglich (E) gebildet und untersucht, in welchem Umfange die einzelnen Berufsgruppen, denen die badischen Wehrpflichtigen angehören, an jeder dieser 6 Klassen beteiligt sind; seine Ergebnisse sind in unserer Tafel 88 enthalten.

¹⁾ Diese Angaben sind allerdings nicht ganz einwandfrei, weil manche unter den befragten Soldaten unrichtige Antworten gegeben haben dürften. Aber diese etwaigen Irrtümer können nicht die großen Unterschiede, die sich bei den Zahlen zwischen den Söhnen der Selbständigen und denen der Unselbständigen finden, verursacht haben.

²⁾ Pignet: „Du coefficient de Robusticité“, Bulletin médical Nr. 33, 27. avril 1901. (Nach Angabe von Simon.)

³⁾ Es sei hier bemerkt, daß bereits vor einigen Jahrzehnten eingehende Untersuchungen über die Körpermaße der Wehrpflichtigen Badens durchgeführt worden sind. Siehe: A. Ecker: „Zur Statistik der Körpergröße im Großh. Baden“, Arch. f. Anthropol. 1877 Bd. 9 Heft 4. O. Ammon: a) „Anthropologische Untersuchungen der Wehrpflichtigen in Baden“, Virchow-Holzendorfs Samml. gemeinverst. wissensch. Vorträge 1890 Heft 101; b) „Die natürliche Auslese beim Menschen“, Jena 1893; c) „Die Körpergröße der Wehrpflichtigen im Großh. Baden in den Jahren 1840—1864“, Beiträge z. Statist. des Großh. Baden, Karlsruhe 1894, N. F. Heft 5; d) „Zur Anthropologie der Badener“, Jena 1899.

Tafel 88.

Die Berufsgruppen nach Militärtauglichkeitsklassen in Baden 1911.

Berufsgruppen	Zahl der Gestellungspflichtigen	Von 100 Gestellungspflichtigen*) kamen auf die Militärtauglichkeitsklasse					
		+ Positiver Index	A Besonders kräftig	B Kräftig	C Schwach	D Sehr schwach	E Völlig dienstuntauglich
I. Berufsgruppe							
1. Landwirte	2069	0,1	3,7	28,1	48,6	11,7	6,0
2. Knechte	638	0,5	3,0	26,8	45,4	14,7	5,2
V. Berufsgruppe							
3. Gold- u. Silberarbeiter	347	0,3	3,8	20,9	47,6	16,4	8,9
4. Schlosser	391	0,2	4,8	31,7	46,8	10,2	5,6
5. Schmiede	158	0,6	7,6	40,5	40,5	9,5	1,3
VI. Berufsgruppe							
6. Mechaniker	175	0,6	2,3	26,8	46,9	13,1	9,7
IX. Berufsgruppe							
7. Textilarbeiter	146	0,7	2,7	21,9	50,7	16,5	7,5
XII. Berufsgruppe							
8. Schreiner	246	—	4,1	26,8	41,5	18,7	6,5
XIII. Berufsgruppe							
9. Bäcker	232	0,9	10,8	34,0	38,8	6,5	2,0
10. Metzger	131	0,8	13,7	40,4	39,7	4,6	—
11. Zigarrenmacher	376	0,3	4,5	26,1	49,2	14,6	3,7
XV. Berufsgruppe							
12. Friseure	105	—	0,9	15,2	40,9	27,6	12,4
XVI. Berufsgruppe							
13. Maurer	243	—	7,0	35,4	41,6	10,3	5,3
14. Zimmerer	119	—	10,9	21,1	50,4	10,0	6,7
15. Maler	158	0,6	1,3	29,7	45,6	12,0	8,9
XIX. Berufsgruppe							
16. Fabrikarbeiter	649	0,5	4,3	28,3	44,7	9,9	9,7
17. Arbeiter	229	—	3,9	27,7	41,5	16,6	12,7
XX. Berufsgruppe							
18. Kaufleute	550	1,1	1,1	16,6	39,6	22,5	18,2
XXIV. Berufsgruppe							
19. Häusl. Bedienstete	141	—	1,4	26,9	39,0	21,5	11,4
20. Tagelöhner	545	0,2	6,6	30,8	42,9	11,0	6,8
XXVI. Berufsgruppe							
21. Seminaristen	138	—	1,5	28,2	38,4	17,4	13,8

*) Die im Original angeführte, der Zahl nach geringe Klasse „Min.“ ist hier nicht wiedergegeben worden.

[Nach G. Simon.]

Man entnimmt der Tafel 88 u. a., daß in der Klasse A die Schmiede und Metzger sehr hohe, die Kaufleute, Friseure, Seminaristen sehr niedere Ziffern aufweisen, während sich in der Klasse E das umgekehrte Verhältnis zeigt. Simon gelangte zu der Ansicht, „daß 6 Jahre in manchem Betrieb große schädigende Einflüsse auf einen wachsenden Körper ausüben können, ja ausüben müssen. Zwei gleich kräftige 14jährige Burschen von denen der eine Schneider, der andere Metzger wird, dürften bei der Musterung doch große Unterschiede zeigen“. (So wichtig die Ergebnisse von Simon sind, so ist doch

hier zu bemerken, daß wohl selten von zwei körperlich gleichwertigen Burschen der eine Metzger und der andere Schneider wird; wenn beide kräftig sind, wird in der Regel keiner Schneider, und wenn sie schwach sind, keiner Metzger. Auch ist zu betonen, daß die von Simon angewandte Methode im allgemeinen nicht ganz einwandfrei ist, und daß die Zuverlässigkeit des Pignet'schen¹⁾ Indexes noch weiterer Bestätigungen bedarf.)

Im ganzen genommen lassen sich aus der Militärauglichkeitsstatistik folgende Sätze herauslesen:

Die Militärauglichkeitsstatistik bietet keinen Anhalt dafür, daß sich die Gesundheitsverhältnisse der Gestellungspflichtigen im allgemeinen während der letzten Jahrzehnte verschlechtert haben. Wohl aber ist anzunehmen, daß das Leben in den Großstädten ungünstig auf die Militärauglichkeit einwirkt. Die soziale Lage der Väter übt auf die Militärauglichkeit der Söhne einen starken Einfluß aus. Daß auch die Berufarbeit vom Beginn der Lehrzeit bis zur militärärztlichen Musterung für die Körperbeschaffenheit der Gestellungspflichtigen von großer Bedeutung ist, kann nicht mehr zweifelhaft sein, obwohl schon die Wahl des Berufes von dem jeweiligen Gesundheitszustand des Lehrlings abhängig sein dürfte. Die Militärauglichkeitsstatistik ist nicht zuverlässig genug, um eine fortschreitende Entartung feststellen zu können; soweit eine Verschlechterung der Militärauglichkeit zu erkennen ist, wird diese Verminderung durch die sozialen Verhältnisse hinreichend erklärt.

γ) Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse,

Über die Krankheitsverhältnisse der Jugendlichen, mit Gliederung nach den Berufen, wird man durch das umfangreiche amtliche Werk²⁾, das sich mit den Ergebnissen bei der Ortskrankenkasse Leipzig befaßt, unterrichtet. Man entnimmt der Tafel 92, deren Zahlen aus jenem Werk stammen, daß die 15 bis 19 Jahre alten Versicherten im allgemeinen viel häufigere Krankheitsfälle aufweisen, als die Arbeiter, die im Alter von 20 bis 24 oder von 25 bis 29 Jahren stehen. Es wäre zu erwarten, daß sich um so mehr Erkrankungen zeigen, je mehr Jahre hindurch die Erwerbsarbeit schädigend eingewirkt hat. In der Tat sind auch die Krankheitsziffern um so größer, je mehr die Versicherten das Alter von 30 Jahren überschritten haben. Aber trotzdem überwogen die Krankheitszahlen der Lehrlinge die der mittleren Altersklassen. Diese Tatsache ist auch aus den Angaben der ehemaligen Ortskrankenkasse für den Gewerbebetrieb der Kaufleute Berlins, die 100000 Mitglieder zählte, zu ersehen. Zugleich lehrt die Tafel 92, wie verschiedenartig sich die Krankheitsziffern der Jugendlichen je nach den Berufsgruppen gestalten; man erkennt sogleich, um wieviel mehr die Jugendlichen, die in der Stein- oder Metallindustrie tätig sind, erkranken als die, die in der Gärtnerei oder als Büro- oder Ladenpersonal beschäftigt sind.

Durch die planmäßigen Untersuchungen der Fortbildungsschüler hat man nicht nur einen Einblick in die Art ihrer körperlichen Entwicklung, sondern auch in ihre Krankheitsverhältnisse erhalten. Allerdings ist gegenüber den Ergebnissen dieser Untersuchungen

¹⁾ Siehe Meinshausen: „Weitere Beiträge zur Wertung des Pignet'schen Verfahrens“, Arch. f. soz. Hyg. u. Demograph. 1912 Bd. VII Heft 3.

²⁾ „Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse in der Ortskrankenkasse für Leipzig und Umgegend“, bearb. i. Kaiserl. Stat. Amt, Berlin 1910. (Vgl. unsere Tafeln auf S. 314/15.)

zu berücksichtigen, daß der Zahlenstoff jeweils verhältnismäßig gering war und daß die Untersucher in der Arbeitsweise nicht ganz übereinstimmten. Hierauf beruhen wohl zum großen Teil die nicht unbeträchtlichen Unterschiede, die sich bei den Angaben aus den einzelnen Städten finden. Es sei nun zunächst auf eine Statistik von Kaup, welche die Tafel 89 darbietet, hingewiesen.

Tafel 89.

Krankheiten der Münchener Fortbildungsschüler 1912.

Berufsarten	Zahl der Untersuchten	Auf je 100 Untersuchte kamen Krankheiten												
		Tuberkulose			Herz		Nerven- störungen	Augen- leiden	Ohrleiden	Struma	Rachitis	Skelettveränderungen		
		Kar- tarthe	Infiltra- tionen	Drüsen	Vitium	Stö- rungen						Skoliosen	Genu valgum varum	Pes planus
Maschinenbauer	589	1,7	10,3	—	2,5	5,3	13,7	32,2	7,8	49,2	21,2	9,3	3,1	31,4
Schlosser . . .	661	1,3	17,7	—	3,0	4,7	15,3	35,4	8,3	40,7	21,9	10,6	1,5	32,0
Kaufleute . . .	833	0,6	11,3	3,6	3,8	11,3	12,2	44,9	10,0	33,4	23,9	12,5	3,7	20,4
Schneider . . .	331	1,5	9,9	8,5	4,6	12,1	—	38,7	—	33,0	19,9	17,2	7,6	19,9
Bäcker	477	—	11,3	23,3	2,3	15,1	—	22,7	2,5	17,4	16,3	6,5	13,9	31,9
Metzger	175	—	2,3	—	—	1,7	—	—	—	20,5	14,8	—	—	10,9
Tapezierer . . .	152	—	12,5	—	—	9,9	—	—	—	35,5	—	26,1	—	18,4
Kellner	409	—	11,7	11,5	3,4	10,2	—	12,4	6,1	40,6	30,5	11,2	12,2	40,6
Ungelernte . . .	334	0,3	10,2	6,6	3,0	16,8	—	41,9	21,2	44,0	28,8	11,7	5,1	17,4
Schmiede . . .	54	0,5	0,5	—	1,0	10,0	13,0	30,0	10,0	48,0	15,0	6,0	—	28,0
Gesamtheit . .	4015	—	11,6	—	—	8,6	—	—	—	36,48	—	—	—	26,75

(Nach Kaup.)

Zu den Zahlen, die in der Tafel 89 enthalten sind, schreibt Kaup selbst, daß ihnen nur ein beschränkter Wert innewohnen kann, zumal die Unruhe und Hast bei diesen Massenuntersuchungen viel zu groß waren, als daß jedes Ergebnis den Anspruch auf Zuverlässigkeit erheben könnte. Es sei nun noch eine entsprechende, von Gastpar stammende Übersicht, die über die Krankheitsverhältnisse der Gewerbeschüler und -schülerinnen in Stuttgart unterrichtet, in unserer Tafel 90 geboten.

Vergleicht man die Angaben der Tafel 89 mit denen der Tafel 90, z. B. soweit sie sich auf die Bäcker oder Schneider erstrecken, so zeigen sich sehr wesentliche Unterschiede bei den Ergebnissen der beiden Untersuchungen; man muß daher bei Schlüssen sehr vorsichtig sein. Hingewiesen sei jedoch darauf, daß sowohl aus der Tafel 89 wie aus der Tafel 90 zu ersehen ist, wie verschiedenartig sich die Krankheitsverhältnisse bei den einzelnen Berufsgruppen gestalten; unzweifelhaft hat hierbei die Berufstätigkeit eine große Rolle gespielt, wenngleich auch andere Einflüsse sich geltend gemacht haben dürften. Beachtenswert ist in der Tafel 90, daß die Schneiderinnen namentlich bei Skoliose, Rachitis und Herzgeräuschen weit höhere Ziffern aufweisen als die Schneider.

Zur Ergänzung der in den Tafeln 89 und 90 enthaltenen Ziffern, die sich nur oder fast nur mit dem männlichen Geschlecht befassen, seien die Ergebnisse, zu denen Ilse Szagunn bei ihren schon erwähnten Untersuchungen von Charlottenburger Fortbildungsschülerinnen gelangt ist, angeführt. Sie schreibt:

„Bei 22,6% der Schülerinnen fand sich Blutarmut und davon abhängige Störungen, bei 2,6% Hautkrankheiten, bei 15,6% Haltungsanomalien, wozu noch 2,2% schwere seitliche Verkrümmungen der Wirbelsäule hinzukommen. Bei 7,3% der Schülerinnen wurden Herzfehler oder Störungen

Tafel 90.

Ernährungs- und Krankheitszustände bei Gewerbeschülern
und -schülerinnen in Stuttgart 1922.

Auf 100 der jeweiligen Berufsgruppe:

Ernährungszustand und Krankheiten	Schloss- er, Flasch- ner usw.	Fein- mecha- niker, Op- tiker usw.	Zahn- tech- niker	Bau- tech- niker, Schrei- ner usw.	Buch- binder, Schuh- macher, Maler usw.	Bäcker	Schnei- der	Fri- seure	Bild- hauer	Gärt- ner	Schnei- derin- nen, Putz- mache- rinnen
Ernäh- rungs- zustand	gut 40,47	21,62	15,38	39,52	26,02	50,00	30,53	8,82	4,55	47,06	33,87
	mittel 51,65	68,34	84,62	50,95	56,74	46,88	52,63	82,35	77,27	50,00	47,74
	mager 7,88	10,04	—	9,53	17,24	3,12	16,84	8,82	18,18	2,94	18,39
Anämie	7,40	9,27	7,69	6,67	12,54	6,25	17,89	2,94	—	—	8,71
Rachitis	5,04	4,63	7,69	2,38	2,51	12,50	5,26	—	13,64	5,88	8,06
Skoliose	8,66	7,72	—	7,62	—	3,12	6,32	2,94	4,55	5,88	8,06
Hautleiden	1,26	1,93	—	2,38	1,88	—	—	—	9,09	—	3,87
Skabies u. Ungeziefer	0,16	—	—	0,48	—	12,50	—	—	—	—	0,65
Kropf	17,80	16,22	7,69	18,57	20,38	6,25	30,53	14,71	13,64	8,82	40,32
Adenoide Wuche- rungen	2,83	3,47	—	4,29	4,08	3,12	4,21	—	—	2,94	7,74
Drüenschwellungen, nichttuberkulöse	2,68	0,39	—	3,33	4,70	—	3,16	—	—	—	7,74
Skrophulose	—	—	—	—	—	—	1,05	—	—	—	—
Drüsen- Knochen- Lungen- leiden, nichttuberkulöse	0,79	—	—	0,48	1,26	—	1,05	—	—	—	0,32
Herz- leiden (Geräusche Fehler)	16,06	14,29	15,38	8,10	13,48	15,63	22,11	17,65	31,82	17,65	35,16
Herabgesetzt. Gehör	0,47	1,54	—	10,48	1,26	—	3,16	—	—	—	0,65
Augen- leiden (Brechungs- fehler)	5,20	4,25	—	5,24	3,13	3,12	5,26	—	9,09	—	3,55
Erkrankungen	14,33	20,85	46,15	16,67	15,05	6,25	13,68	11,76	9,09	14,71	18,06
Nervenleiden	1,73	1,16	—	1,90	1,57	—	2,11	—	9,09	—	7,42
Erkrankungen der Knochen u. Gelenke	0,63	0,77	—	0,95	1,57	—	2,11	—	—	—	0,97
Plattfüße	0,47	—	—	0,48	—	9,37	1,05	14,71	—	2,94	0,97
Sonst. Krankheiten	0,47	—	—	—	—	—	1,05	—	—	—	0,32
	2,20	2,70	—	0,48	1,26	—	1,05	—	—	—	2,26

(Nach Angaben von Gastpar berechnet.)

der Herztätigkeit festgestellt. Sehr hoch war die Zahl von Brechungsfehlern der Augen. Sie betrug 15,5%. Schwerhörigkeit und Ohrenlaufen fand sich in 1,9%. Die Augenfehler waren in den meisten Fällen nicht durch Brillen korrigiert. Die krankhaften Zustände, von denen hier die hauptsächlichsten erwähnt werden, sind den Schülerinnen sehr häufig unbekannt, selbst wenn sie dringend der Behandlung bedürfen. Oft lassen sich die Schülerinnen, selbst wenn sie durch die Kasse kostenlose Behandlung erhalten, aus Gleichgültigkeit, Zeitmangel oder anderen Gründen nicht behandeln.“

Zu erwähnen ist hier noch, daß sich auch unter der akademischen Jugend viele befinden, bei denen eine schlechte körperliche Entwicklung, Unterernährung, Tuberkulose und Tuberkuloseverdacht festgestellt wurden. Daß diese Ergebnisse die Folge der wirtschaftlichen Notlage sind, läßt sich aus einem Bericht von Fr. Beschorner¹⁾, der die Zu-

¹⁾ Fr. Beschorner: „Die wirtschaftliche Erhebung unter den Studierenden der Universität Bonn und der Landwirtschaftlichen Hochschule Bonn-Poppelsdorf vom Dezember 1922“, Deutsch. akad. Rundsch. 10. Sem. Folge Nr. 8 vom 25. Februar 1924.

stände bei den Bonner Studenten untersucht hat, ersehen. Von diesen Studenten nehmen 28,02% die Mensa, 3,81% Stipendien, 2,82% Freitische in Anspruch, und bei den evang. Theologen lauten die entsprechenden Zahlen sogar 54,79%, 16,44% und 19,18%, wobei noch zu berücksichtigen ist, daß ein nicht unbedeutender Teil der Studenten in Bonn beheimatet ist und die kathol. Theologen größtenteils in ihren Internaten beköstigt werden. Aus ärztlichen Untersuchungen¹⁾, die in mehreren Universitätsstädten ausgeführt wurden, läßt sich erkennen, daß zurzeit etwa 2—3% von allen deutschen Studenten tuberkulös sein dürften.

Auch die Statistik der Militäruntauglichkeitsursachen zeigt, wie die Gesundheitsverhältnisse der Jugendlichen durch die sozialen Zustände beeinflusst werden. Schwiening hat hierüber eine Übersicht, die wir in Tafel 91 wiedergeben, veröffentlicht.

Tafel 91.

Ursachen der Militäruntauglichkeit bei den Einjährig-Freiwilligen und den übrigen Wehrpflichtigen im Deutschen Reich 1904/06.

Von je 100 Abgefertigten waren untauglich zum aktiven Dienst:

Ursache	Zum einjährigen Dienst Berechtigte	Sonstige Militärpflichtige
Allgemeine Schwächlichkeit	12,8	19,0
Krankheiten des Herzens	5,1	2,8
Augenbrechungsfehler	3,6	2,2
Krankheiten der Lungen usw.	1,6	0,94
Fettleibigkeit	0,78	0,14
Kropf	0,54	0,29
Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	0,47	0,43
Krankheiten des Nervensystems	0,36	0,16
Krankheiten der Verdauungsorgane	0,33	0,11
Narben	0,90	0,80
Verbiegungen der Wirbelsäule	0,49	0,31
Krankheiten der Gliedmaßen und Gelenke	1,9	3,0
Unterleibsbrüche	1,1	2,0
Krankheiten der Ohren	0,93	1,4
Plattfüße	0,91	2,4
Krampfäden	0,65	2,0
Verkrüppelungen und Mißbildungen	0,49	1,5
Blindheit	0,43	0,62
Andere Augenkrankheiten	0,25	0,50
Epilepsie	0,14	0,34
Schlechte Zähne	0,10	0,34
Geisteskrankheit und geistige Beschränkung	0,09	0,66
Srottern	0,05	0,21

(Nach Schwiening.)

¹⁾ Siehe Weitz: „Über die ärztlichen Untersuchungen der Tübinger Studentenschaft“, Deutsch. akad. Rundsch. 9. Sem. Folge Nr. 4. Ph. Kuhn u. R. Fetscher: „Über die Notwendigkeit der Gesundheitsüberwachung der deutschen Studentenschaft“, Med. Klinik 1923 Nr. 21. Steinthal: „Bericht über die ärztlichen Untersuchungen in der Heidelberger Studentenschaft“, Deutsch. akad. Rundsch. 10. Sem. Folge Nr. 3. L. Löffler: „Ärztliche Untersuchungen der Tübinger Studentenschaft“, Klin. Wochenschr. 1924 Nr. 20. Katten die dt.: „Die Not der deutschen kranken Studenten“, Deutsch. akad. Rundsch. 10. Sem. Folge Nr. 8.

Aus der Tafel 91 ersieht man, daß die zum einjährigen Dienst Berechtigten, die im allgemeinen wohlhabender als die sonstigen Militärpflichtigen waren und vorzugsweise zu den sogenannten Geistesarbeitern gehörten, in der Statistik der Krankheitsursachen, die zur Militäruntauglichkeit führten, höhere Ziffern, namentlich bei den Krankheiten der inneren Organe und den Augenfehlern aufweisen, was offenbar mit der Stuben- und Schreibtisch Tätigkeit zusammenhängt; dagegen zeigen die sonstigen (d. h. weniger bemittelten) Militärpflichtigen größere Zahlen bei der allgemeinen Schwächlichkeit sowie den Krankheiten, die auf eine zu starke Belastung des Körpers der Handarbeiter zurückzuführen sind, besonders bei Plattfuß und Krampfadern.

Einen Einblick in die Krankheitsverhältnisse der Jugendlichen gewährt ferner die Invaliditätsursachenstatistik. Die Jugendlichen selbst werden zwar hierbei noch nicht berücksichtigt, da nach dem Gesetz als Rentenempfänger nur die über 20 Jahre alten Versicherten in Betracht kommen. Aber aus den Invaliditätszahlen, die sich auf die Altersklasse von 20 bis 24 Jahren erstrecken, kann man Schlüsse auf die Krankheitszustände der Jugendlichen ziehen, da die Erkrankungen, die im Alter von 20 bis 24 Jahren zur Invalidität führen, wohl zumeist schon vor dem 20. Lebensjahr entstanden sind. Aus der von A. Fischer veröffentlichten Schrift „Invaliditätsbedingungen und Invaliditätsursachen“ (siehe Tafel 97) geht hervor, daß im Durchschnitt der Jahre 1905 bis 1909 in Baden von den 20 bis 24 Jahre alten Versicherten 1,8 ‰ invalide wurden. Hierbei spielt die Tuberkulose eine überragende Rolle, da bei 1,2 ‰ der 20 bis 24 Jahre alten Versicherten allein diese Krankheit zur Invalidität geführt hat.

Die Sterblichkeitsverhältnisse sind bei den Jugendlichen verhältnismäßig günstig, wie bereits unserer Zeichnung, 5 (S. 56) zu entnehmen war; man erkennt jedoch hierbei, daß die Sterblichkeit für die Altersklasse von 15 bis 20 Jahren schon etwas höher ist als während des letzten Teiles des Schulalters. Diese Tatsache ist auch aus der Tafel 69 (S. 262) zu sehen; die Sterblichkeitsziffern der Jugendlichen gleichen ungefähr denen der 5- bis 10jährigen. Wie die Tafel 70 (S. 262) zeigt, ist die Sterblichkeit der männlichen Jugendlichen während des Krieges auf das Achtfache gestiegen; unter den in dieser Zeit gestorbenen Jünglingen haben sehr viele ihr Leben auf dem Felde der Ehre gelassen. Daß aber auch, neben der Grippe im Jahre 1918, die wirtschaftliche Notlage während des Krieges die Sterbeziffern in den Reihen der Jugendlichen vergrößert hat, geht daraus hervor, daß die jungen Mädchen von 15 bis 20 Jahren ebenfalls in den Kriegsjahren ungünstigere Zahlen darbieten.

Mit den Einflüssen der Berufsarbeit auf die Sterblichkeitsverhältnisse der Jugendlichen befassen sich mehrere Veröffentlichungen. So bietet die preußische¹⁾ Statistik Angaben über Sterbeziffern, die nach den Berufsabteilungen und -gruppen der Gestorbenen gegliedert sind; in der englischen²⁾ Statistik findet man auch eine Einteilung der Sterbeziffern nach Berufsarten. Man erfährt hierbei u. a., daß in Preußen die im Handelsgewerbe tätigen Jugendlichen eine weit höhere Sterblichkeit darbieten als die in der chemischen Industrie oder in der Industrie der Steine usw. beschäftigten Jugendlichen; in England zeigen die 15 bis 20 Jahre alten Jugendlichen, die dem Handelsstand angehören, weit größere Zahlen bei Tuberkulosesterblichkeit als die jugendlichen Facharbeiter und Bergleute. Man darf aber hieraus nicht den Schluß ziehen, daß gerade die Tätigkeit im Handelsgewerbe so

¹⁾ Siehe Tafel 99 auf Seite 324.

²⁾ Siehe die Fußnote 3 S. 61 sowie Literatur S. 68 Ziffer 16 d.

besonders gesundheitsschädlich ist. Man muß vielmehr auf Grund dieser Ergebnisse der Sterblichkeitsstatistik annehmen, daß manchen Gewerben vorzugsweise kräftige, anderen hauptsächlich schwächliche Jugendliche sich widmen.

c) Jugendfürsorge.

Auf gute Gesundheitsverhältnisse der Jugendlichen, soweit sie männlichen Geschlechts sind, ist man stets bedacht gewesen. Denn hierbei handelt es sich um die für die Vaterlandsverteidigung erforderliche Volkskraft, deren Wert zumeist von der Zahl kriegstüchtiger junger Männer abhängt. Da sich für abschbare Zeiten Kriege nicht vermeiden lassen werden, muß jeder Staat sich rüsten. Es ist mithin durchaus zu billigen, daß man den Militärtauglichkeitsziffern so viel Aufmerksamkeit gewidmet hat. Aber es ist hier noch hinzuzufügen, daß die Kriegstüchtigkeit nicht der alleinige Zweck der Jugendfürsorge sein darf; es gilt, eine möglichst große Zahl von körperlich und geistig gut entwickelten Staatsbürgern, die wirtschaftliche und ideelle Werte erzeugen und zum Ruhme ihres Volkes in der Welt beitragen, zu erzielen. Und die Fürsorge muß sich auch auf die weiblichen Jugendlichen erstrecken; denn die jungen Mädchen sind die künftigen Mütter, die dem Staat einen kräftigen Nachwuchs gebären sollen.

Sodann ist zu betonen, daß auch die besten Maßnahmen für die Jugendlichen an Erfolg einbüßen, wenn nicht für Rassehygiene, Schwangeren- und Wöchnerinnenschutz sowie für die Gesundheitspflege der Säuglinge, Kleinkinder und Schulkinder hinreichend gesorgt war. Und auch all die in obigen Abschnitten erörterten Maßnahmen auf den Gebieten der Ernährung, Wohnung, Kleidung usw. sind für die Jugendfürsorge unentbehrlich. Eine planmäßige Gesundheitspolitik ist notwendig, wenn kriegstüchtige und werterzeugende Staatsbürger sowie gebärtüchtige Mütter heranwachsen sollen.

Erforderlich sind aber noch manche Maßnahmen, die besonders für die Jugendlichen in Betracht kommen. Denn die Fürsorge darf nach der Schulzeit so wenig fehlen wie während oder vor dieser Zeit.

Zunächst ist hierbei zu verlangen, daß alle vermeidbaren gesundheitlichen Gefahren, die sich bei der Berufsarbeit einstellen können, verhütet werden, da, wie Hanauer zutreffend betont hat, Schädigungen, die für den Erwachsenen verderblich sind, für den jugendlichen Körper geradezu verhängnisvoll werden müssen. Neben den für alle gewerblichen Arbeiter geschaffenen Vorschriften der deutschen Gewerbeordnung (siehe S. 327) befassen sich daher noch besondere in diesem Gesetz enthaltene Bestimmungen mit den Jugendlichen. Die früher für wertvoll erachtete Anordnung (§ 135), daß junge Leute zwischen 14 und 16 Jahren nicht länger als 10 Stunden arbeiten dürfen, ist allerdings durch die am 23. November 1918 von der Reichsregierung bestimmte Regelung der Arbeitszeit (siehe S. 180) überholt worden. Das Verbot der Nachtarbeit von Jugendlichen (§ 136) ist jedoch nach wie vor erforderlich; es ist noch unverändert in Kraft, aber leider auch die Bestimmung, daß in gewissen Fällen, insbesondere für Anlagen, die mit ununterbrochenem Feuer betrieben werden oder die sonst durch die Art des Betriebs auf regelmäßige Tag- und Nachtarbeit angewiesen sind, also namentlich für Kohlenbergwerke, Ausnahmen zugelassen sind.

Die dringend notwendige ärztliche Überwachung der Jugendlichen erfolgt am zweckdienlichsten im Zusammenhang mit den Fortbildungsschulen. Württemberg hat im Anschluß an sein 1912 geschaffenes Gesetz betr. die schulärztlichen Untersuchungen

diese durch eine Ministerialverfügung vom 15. April 1913 auch auf die Fortbildungsschulen, Gewerbe- und Handelsschulen, Lehrerbildungsanstalten und die höheren Schulen ausgedehnt. In Baden wurde durch das Gesetz betr. die allgemeine Fortbildungsschule vom 19. Juli 1918 angeordnet, daß die Bestimmungen des Schulgesetzes über die ärztliche Überwachung auch für die Fortbildungsschule gelten sollen; bis jetzt ist allerdings von der Durchführung dieser Maßnahme wenig zu merken gewesen. In einem Rundschreiben des preußischen Ministers für Handel und Gewerbe vom 9. Februar 1914 werden die Provinzialverwaltungen ersucht, „in allen Gemeinden, wo dies nach den örtlichen Verhältnissen angemessen erscheint, die Bestellung von Schulärzten für gewerbliche und kaufmännische Fortbildungsschulen anzuregen“. Wie man sieht, sind wir von einer reichsgesetzlichen umfassenden und einheitlichen Regelung der ärztlichen Überwachung noch weit entfernt, obwohl hierfür gerade jetzt, wo die allgemeinen militärärztlichen Musterungen fehlen, das Bedürfnis groß ist.

Umfassende ärztliche Untersuchungen der Gewerbe-, Handels- und Fortbildungsschüler würden nicht nur ein Bild von den Gesundheitszuständen der Jugendlichen darbieten, sondern auch geeignet sein, die Ergebnisse der am Schlusse der Schulzeit erfolgenden Berufsberatung nachzuprüfen und, soweit aus gesundheitlichen Gründen notwendig, baldigst auf einen Berufswechsel einzuwirken.

Zugleich werden, wie wir sahen, durch diese ärztlichen Prüfungen zahlreiche Krankheitszustände festgestellt; möglichst frühzeitige Eingriffe sind für die Wiedergenesung erforderlich und im Lehrlingsalter zumeist ohne weiteres durchführbar, weil alle erwerbstätigen Jugendlichen der Krankenversicherung angehören. Weitblickende Krankenkassen werden es nur billigen, wenn ihre Leistungen in dem erforderlichen Umfange seitens der Jugendlichen in Anspruch genommen werden; denn die Ausgaben, die für die Wiederherstellung von behandlungsbedürftigen Jugendlichen erfolgen, sind geringer als die Mittel, die in späteren Jahren, wenn die Krankheiten weiter fortgeschritten sind, aufgewendet werden müssen. Bedauerlich ist, daß, während die Kranken- und Unfallversicherungspflicht sogleich mit dem Eintritt der Lehrlinge in das Berufsleben, also in der Regel mit dem 14. Lebensjahr beginnt, die Invalidenversicherungspflicht erst im Alter von 16 Jahren einsetzt; dies hat zur Folge, daß das vorbeugende Heilverfahren der Landesversicherungsanstalten für die unter 16 Jahre alten Jugendlichen nicht in Frage kommt, was namentlich im Hinblick auf die oben angeführten Tuberkuloseziffern sehr mißlich ist; so läßt man in vielen Fällen die Zeit, die für eine Heilung besonders günstige Aussichten bietet, verstreichen, ehe die Jugendlichen den Segen des Invalidenversicherungsgesetzes genießen können.

Vielfach kommen die Jugendlichen, bei denen Krankheiten festgestellt worden sind, dem Rat, sich in ärztliche Behandlung zu begeben, nicht nach. Gleichgültigkeit und Unkenntnis spielen hier oft eine entscheidende Rolle. Daher ist gerade in den Kreisen der Jugendlichen im Zusammenhang mit der Fortbildungsschule eine planmäßige hygienische Belehrung erforderlich. Hierbei muß dann vor allem auch auf die gesundheitsgemäße Lebensweise im allgemeinen, auf die gewerbehygienischen Anforderungen, auf die Schädigungen durch Alkohol und Tabak sowie auf die sexuellen Fragen und die Verhütung der Geschlechtskrankheiten eindrucksvoll hingewiesen werden.

Was soll nun aber mit den Jugendlichen, die sogleich nach Beendigung der Schulzeit oder in der ersten Zeit der Lehrlingsjahre sich als körperlich unzureichend für irgendeine

regelrechte Berufsarbeit erweisen, geschehen? Die Eltern solcher Kinder müssen vielfach darauf dringen, daß diese möglichst bald Geld verdienen und die Lehrzeit nicht unterbrochen wird. Daher wird diesen schwächlichen jungen Menschen nicht gestattet, sich erst noch eine Zeitlang zu kräftigen, bevor sie sich ihrer Berufsarbeit widmen. Daß aber auf irgendeine Weise für diese Lehrlinge gesorgt werden muß, wie etwa für die körperlich schlecht entwickelten Schulkinder, die in der Waldschule gekräftigt und unterrichtet werden, kann nicht zweifelhaft sein. A. Fischer hat daher bereits 1913 die Gründung von Waldlehrwerkstätten, in denen der Gesundheitszustand der schwachen Lehrlinge gehoben werden soll, ohne daß die Monate der Erholung ganz nutzlos für die Berufsausbildung verstreichen, vorgeschlagen. Wohl infolge des Krieges ist dieser Gedanke unbeachtet geblieben, bezw. in Vergessenheit geraten; aber seine Verwirklichung ist jetzt dringender nötig als je und in Anlehnung an die Großstätten der Schulkindererholungsfürsorge (Heuberg, Wegscheide usw.) ohne erhebliche Schwierigkeiten durchführbar. Über einen ähnlichen Plan, die erholungsbedürftigen Lehrlinge in geeigneten Kolonien unterzubringen, hat das sächsische Gewerbeaufsichtsamt 1922 folgendes berichtet:

„Eine Großstadt hat diese Einrichtung der sogenannten Erholungskolonie durch die Abteilung ‚Erholungsfürsorge für Schulentlassene‘ des Städtischen Arbeitsamtes durchgeführt. Der Aufenthalt in der Erholungskolonie soll nach den dort in Gemeinschaft mit den Stadtschulärzten ausgearbeiteten Richtlinien in der Regel fünf Monate, mindestens aber ein Vierteljahr dauern. Die Jugendlichen sollen mit leichter gärtnerischer, landwirtschaftlicher und hauswirtschaftlicher Arbeit zunächst zwei Stunden und dann in langsamer Steigerung bis zu sechs Stunden täglich beschäftigt werden . . . Zu den entstandenen Kosten haben vor allem die Krankenkassen namhafte Beträge überwiesen. Allerdings waren die Eltern nur sehr schwer zu bewegen, ihre Kinder auf längere Zeit zur Erholung zu geben und auf die Entschädigung, die ihnen die Lehrstelle bietet, zu verzichten. Alle eindringlichen Hinweise darauf, daß die Anforderungen der Berufsarbeit an die jugendlichen, schwächlichen Körper in näherer oder fernerer Zeit zu schwerer gesundheitlicher Schädigung führen müssen, sind von den Eltern vielfach nicht beachtet worden; es fehlt den Eltern auch oft die Möglichkeit, den geforderten Beitrag von 3 *M* je Tag zu bezahlen und Wäsche und Bekleidungsstücke den Kindern mitzugeben.“

Von den sonstigen Maßnahmen, die der Erholung der Jugendlichen dienen, sind hier vor allem die Ferien anzuführen. Diese Fürsorge ist jetzt für die meisten Lehrlinge durch die allgemeinen Tarifverträge (siehe S. 185) geregelt; ein Ausbau ist jedoch noch notwendig. Das sächsische Gewerbeaufsichtsamt hat mit Recht betont, daß ein Urlaub von 3 oder 4 oder auch 8 Tagen für eine ernstliche Erholung nicht genügt; andererseits hat das genannte Amt darauf hingewiesen, daß ein Mißbrauch der Freizeit durch Übernahme von Sonderarbeit (Heimarbeit, Pfuscharbeit) verhütet werden muß. Erfreulich ist, daß durch die während der letzten Zeit in vielen Gegenden des Deutschen Reiches geschaffenen Jugendherbergen das Wandern, dem für die Erfrischung von Körper und Geist ein ganz besonderer Wert innewohnt, wesentlich erleichtert worden ist. Neben dem Erholungsurlaub sind noch die während des ganzen Jahres in Betracht kommenden mannigfaltigen Maßnahmen, die in dem Abschnitt „Leibesübungen“ (siehe S. 194 ff.) erörtert wurden, zur Kräftigung der Jugendlichen anzuwenden; hierbei sei besonders betont, daß auch für die körperlichen Übungen der weiblichen Jugend gesorgt werden muß. Um möglichst alle Jugendlichen für die Leibesübungen zu gewinnen, ist eine ständige Belehrung und Ermahnung durch die Fortbildungsschulärzte erforderlich. Wir haben bei den Untersuchungen der Gewerbeschüler in Durlach und Karlsruhe gefunden, daß gerade diejenigen, die infolge schlechter körperlicher Entwicklung sich besonders durch Leibesübungen kräftigen sollten, am wenigsten an solchen Maßnahmen beteiligt waren. Kaups

gewiß berechnete Forderung: „Organisation einer Konstitutionspflicht für beide Geschlechter in Stadt und Land mit der Aufgabe, durch weitgehende Differenzierung und Individualisierung von Leibesübungen und Werkarbeit Harmonie und Ausgleich in der Erziehung des Geistes und des Körpers unserer Jugend zu schaffen“, wird jedoch wohl nicht so schnell verwirklicht werden.

Noch manche Einrichtungen, die für die Gesunderhaltung der Jugendlichen erforderlich sind und in einigen Orten schon geschaffen wurden, wären hier anzuführen. Aus Raummangel sei jedoch nur noch auf die Ledigenheime (siehe S. 145) und auf die verschiedenartigen (zumeist konfessionellen) Jugendvereine, in denen namentlich die für die gesundheitsgemäße Lebensweise so notwendige Sittlichkeit gefördert wird, hingewiesen. Für verrohte und verwahrloste Jünglinge und Mädchen hat man besondere Fürsorge-Erziehungsanstalten eingerichtet.

Schließlich sei noch erwähnt, daß sich die Gesundheitsfürsorge jetzt mehr als je zuvor auch auf die Gymnasiasten und Studenten erstrecken muß. Die ärztlichen Untersuchungen der Studenten und die Statistik der Krankheitsursachen, die zur Militäruntauglichkeit geführt haben, zeigen, daß der körperlichen Ertüchtigung in diesen Kreisen zu wenig Sorgfalt gewidmet wurde. Die planmäßige ärztliche Überwachung der Studentenschaft ist jetzt dringend erforderlich, insbesondere auch, damit die Erkrankten rechtzeitig behandelt werden. Es ist erfreulich, daß bereits in Tübingen, Dresden, Heidelberg, Gießen, München, Frankfurt a. M., Münster und Stuttgart entsprechende Untersuchungen stattfinden, und daß der 4. Studententag¹⁾ in Erlangen 1921 es „als Ehrenpflicht der deutschen Studentenschaft bezeichnet hat, für die mittellosen erkrankten Commilitonen zu sorgen“. Andererseits müssen gerade in den Reihen der akademischen Jugend, aus denen die Führer des Volkes hervorgehen sollen, gewisse Folgen des Luxus, die anscheinend unausrottbaren Trinkunsitten und die oft auf Abwege geratenen Anschauungen gegenüber sexuellen Fragen, mit allem Nachdruck bekämpft werden.

Literatur: 1. *W. Abelsdorff:* a) „Großstadt und Tauglichkeitsziffer“, *Med. Reform* 1906 Nr. 46; b) „Abstammung, Beruf und Heeresersatz“, *Med. Reform* 1907 Nr. 38. — 2. *Alexander:* „Jugendliche Kaufleute“, *Abhandl. i. Konstitution u. Umwelt i. Lehrlingsalter*, *Münch. sozialhyg. Arb. a. d. Hyg. Institut* Heft 2, München 1922. — 3. *L. Ascher:* Siehe Literatur S. 16 Ziffer 1 b und S. 8 Ziffer 1 d. — 4. *K. Bittmann:* „Die jugendlichen Arbeiter in Deutschland“, *Schriften d. Gesellsch. f. soz. Reform* Bd. 4 Heft 1, Jena 1910. — 5. *L. Brentano:* a) (gemeinsam mit *Kuczynski*) „Die heutige Grundlage der deutschen Wehrkraft“, Stuttgart 1900; b) „Der Streit über die Grundlage der deutschen Wehrkraft“, Aufsatz i. *Patria*, *Jahrb. d. „Hilfe“* 1906, herausg. v. *Fr. Naumann*, Berlin 1906. — 6. *W. Claassen:* a) „Die abnehmende Kriegstüchtigkeit in Deutschland“, *Arch. f. Rass.- u. Gesellschaftsbiolog.* 1909 Heft 1; siehe dazu die Bemerkungen von *A. Fischer* ebenda 1910 Heft 2 und *Claassens* Antwort in demselben Heft; b) „Rekrutierungsstatistik des Deutschen Reiches 1902 bis 1913 und Friedenspräsenzstärke“, *Arch. f. Rass.- u. Gesellschaftsbiolog.* 1913 Heft 5. — 7. *Epstein:* „Maschinenbauer, Schlosser, Schmiede“, *Abhandl. i. Konstitution u. Umwelt i. Lehrlingsalter*, *Münch. sozialhyg. Arb. a. d. Hyg. Institut* Heft 2, München 1922. — 8. *A. Fischer:* a) „Rekrutenstatistik und Volksgesundheit“, *Jahrb. f. Nationalökon. u. Stat.* 1909 S. 471 ff.; b) „Militäruntauglichkeit und Industriestaat“, *Kultur u. Fortschritt* Nr. 432/33, *Gautzsch bei Leipzig* 192; c) „Invaliditätsbedingungen und Invaliditätsursachen“, *Veröff. a. d. Geb. d. Medizinalverw.* 1914 Bd. III Heft 10; d) „Waldarbeitsstätten für schwächliche Lehrlinge“, *Soziale Praxis* vom 30. Oktober 1913; e) „Die sozialhygienischen Zustände der gewerblichen und kaufmännischen Lehrlinge“, *Blätter f. Volksgesundheitspfl.* 1914 Heft 3. — 9. *A. Gastpar:* „Die Fürsorge für die schulentlassene Jugend“, *Abhandl. i. Sozialärztl. Practicum*, herausg. v. *Gottstein u. Tugendreich*, Berlin 1918. — 10. *Gettkant:* „Über Bedeutung und Wert der schulärztlichen Untersuchungen an Fortbildungsschülern“, *Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl.* 1913 Nr. 5. — 11. *E. Graf:* „Vor-

¹⁾ Siehe *A. Baak:* „Studentische Gesundheitsfürsorge“, *Deutsch. akad. Rundsch.* 10. Sem. Folge Nr. 6 vom 28. Januar 1924.

träge aus dem Gebiete der Militärmedizin“, Jena 1912. — 12. **W. Hanauer**: Siehe Literatur S. 253 Ziffer 7 a. — 13. **J. Kaup**: a) „Die jugendlichen Arbeiter in Deutschland“, Schriften d. Gesellsch. f. soz. Reform Bd. 4 Heft 3, Jena 1911; b) „Jugendlichenpflege“, Art. i. Handw. d. soz. Hyg., Leipzig 1912; c) „Die Ertüchtigung unserer erwerbstätigen Jugend“, Jahrb. 1913 für Volks- u. Jugendspiele, Leipzig 1913; d) „Konstitution und Umwelt im Lehrlingsalter“, Münch. sozialhyg. Arb. a. d. Hyg. Instit. Heft 1, München 1922. — 14. **A. Messmer**: „Der Einfluß der gewerblichen und hausindustriellen Beschäftigung auf die Militärtauglichkeitsverhältnisse der Bevölkerung des Frankenwaldes“, Dissertation, München 1914. — 15. **Neumann** (Naumburg): Siehe Literatur S. 197 Ziffer 13. — 16. **L. Neumann** (Wien): „Lehrlingsuntersuchungen im Gremium der Wiener Kaufmannschaft“, Arch. f. soz. Hyg. u. Demogr. 1913 Bd. 8 Heft 1. — 17. **V. Nouck**: „Militärdiensttauglichkeit und Berufstätigkeit, soziale Stellung und Wohnweise in Österreich-Ungarn, insbesondere in Wien“, Arch. f. soz. Hyg. u. Demograph. 1915 Bd. 10 Heft 1 u. 2. — 18. **Alice Profé**: „Die Ertüchtigung unserer Frauen“, Jahrb. 1913 für Volks- und Jugendspiele, Leipzig 1913. — 19. **A. Riegel**: „Lehrlingsferien“, Soz. Praxis vom 27. Sept. 1923. — 20. **C. Röse**: „Beruf und Militärtauglichkeit“, Politisch-Anthropol. Revue 1905 Bd. 4 Heft 3. — 21. **O. v. Schjerning**: „Sanitätsstatistische Betrachtungen über Volk und Heer“, Biblioth. v. Coler-v. Schjerning Bd. 28, Berlin 1910. — 22. **H. Schwiening**: a) „Beiträge zur Rekrutierungsstatistik“, Klinisches Jahrb. 1907 S. 398 ff; b) (gemeinsam mit Nicolai) „Über die Körperbeschaffenheit der zum einjährig-freiwilligen Dienst berechtigten Wehrpflichtigen Deutschlands“, Veröffentlich. a. d. Geb. d. Militär-Sanitätswesens Heft 40, Berlin 1909; c) „Lehrbuch über Militärhygiene“ Bd. 5. „Militärsanitätsstatistik“, Biblioth. v. Coler-v. Schjerning Bd. 35, Berlin 1913. — 23. **G. Simon**: „Untersuchungen an wehrpflichtigen jungen Burschen nach dem Pignet'schen Verfahren“, Arch. f. soz. Hyg. u. Demogr. 1912 Bd. 7 Heft 2. — 24. **P. Stephani**: „Die Fürsorge für die schulentlassene Jugend“, Abhandl. i. „Gesundheitswesen u. Wohlfahrtspflege“, herausg. v. Möllers, Berlin 1923. — 25. **I. Szagunn**: a) „Über die schulärztliche Tätigkeit an Fortbildungsschulen“, Zeitschr. f. Schulgesundheitspf. 1921 Nr. 5 u. 6; b) „Über den Gesundheitszustand der schulentlassenen weiblichen Jugend“, Soz. Praxis vom 13. Sept. 1923. — 26. **v. Vogel**: „Die wehrpflichtige Jugend Bayerns“, München 1905. — 27. **Ed. Weber**: „Zur Statistik der Militärdiensttauglichkeit im Großh. Baden“, Ärztl. Mittell. aus Baden 1857 Nr. 3 u. 4. — 28. **Max Winter**: „Bericht über den schulärztlichen Dienst an 26 Fortbildungsschulen in Wien im Jahre 1909/10“, Das österreichische Sanitätswesen Jahrg. 22 Nr. 51 u. 52.

B. Berufsklassen.

In den vorangegangenen Abschnitten wurde dargelegt, wie bedeutungsvoll für die Gesundheitszustände der heranwachsenden Kinder die ererbten Eigenschaften und die soziale (kulturelle) Lage ihrer Eltern sind. Diese Einflüsse machen sich auch noch bei den Erwachsenen in hohem Maße geltend. Aber wie wir gezeigt haben, wirkt schon auf die Hygiene der Jugendlichen auch die Berufsarbeit in weitem Umfange ein. Und bei den Erwachsenen treten die gesundheitlichen Folgen der Erwerbstätigkeit mit zunehmendem Alter immer mehr zutage. Um diese Einflüsse auf die hygienischen Zustände noch genauer kennenzulernen, müssen wir uns nun mit den einzelnen Berufsklassen eingehender befassen, als es in dem allgemeiner gestalteten Abschnitt „Arbeitsverhältnisse“ möglich war.

Im Hinblick auf den verfügbaren Raum können nur die wichtigsten Berufsklassen hier berücksichtigt werden. Zweckdienlich dürfte es sein, sowohl von den Handarbeitern wie von den Geistesarbeitern einige Gruppen auszuwählen. Aber es sei schon jetzt bemerkt, daß eine scharfe Gliederung unter den Erwerbstätigen in solche, die körperlich, und solche, die geistig arbeiten, in strengem Sinne nicht durchführbar ist, sowenig wie eine Einteilung in „Arbeiter“, „Mittelstand“ und „Reiche“, da sich zahlreiche Übergänge finden. Von vielen Handarbeitern wird oft mehr Verstandestätigkeit verlangt, als von manchen Kopfarbeitern, und viele von den letzteren müssen sich oft auch körperlich anstrengen. Es gibt sodann Arbeiter, die mehr verdienen als mancher Beamte, Lehrer oder Kaufmann, und die wirtschaftliche Lage der Familie hängt häufig weniger von der Art des Berufes des Familienvaters als von der Zahl der zu ernährenden Kinder ab. Trotz