

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Grundriss der sozialen Hygiene

Fischer, Alfons

Karlsruhe, 1925

3. Kleinkinder

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

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 Medizinalamtes 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 verwahrlost
			mit geistigen Gebrechen behaftet			mit körperlichen Gebrechen behaftet					
			Blöd-sinnige	in geringem Grade schwach-sinnig	in höherem Grade schwach-sinnig	Gehörorgan-fehler	Sprachorgan-fehler	Schorgan-fehler	Nervenkrankheiten	andere Krankheiten	
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					insgesamt
			leicht	mittel	schwer	sehr schwer		
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=0,1%	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
Brechdurchfall	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. Mittell. 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. Röse.)

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 Münchner 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.