

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Grundriss der sozialen Hygiene

Fischer, Alfons

Karlsruhe, 1925

2. Säuglinge

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

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 Versicherungswissensch. 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. Kommunalwissensch. 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 Ärmern 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 mißlichen 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.)

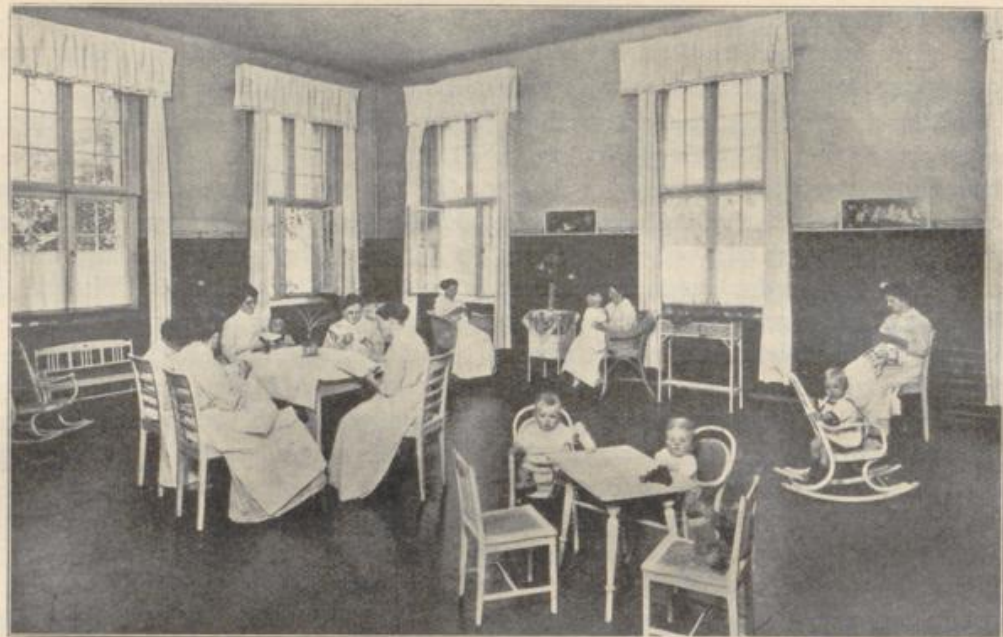


Abb. 46 Mütterheim.

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.

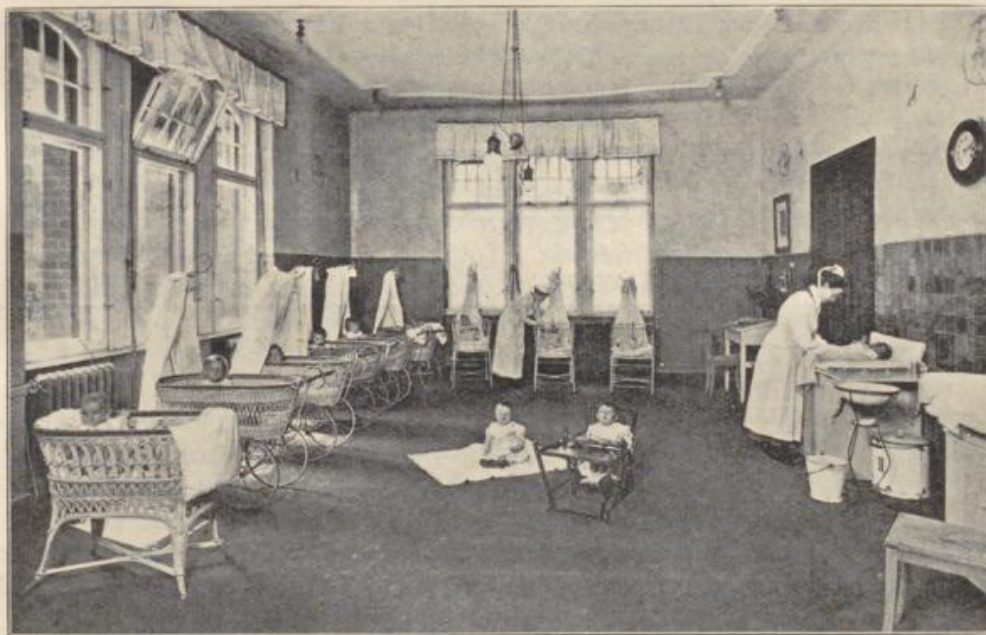


Abb. 49. Krippe: Tagesraum.

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. Mößmer 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“, Ärztl. 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 „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.