

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Sozialhygienische Mitteilungen. 1920-2001 1920

1 (1.1.1920)

1942 8 157 12A 804, 4. 1920

Sozialhygienische Mitteilungen

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITSPOLITIK UND -GESETZGEBUNG

Begründet von der Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene

Schriftleiter: Dr. med. Alfons Fischer, Karlsruhe i. B.

Verlag: C. F. Müllersche Hofbuchhandlung m. b. H., Karlsruhe i. B.

4. Jahrg.

Januar 1920

Heft 1

Inhalt: 1. Sozialhygienisches Denken und Handeln in der Vergangenheit. Von Geh. Med.-Rat Professor Dr. Sudhoff, Leipzig. 2. Was tut unserer Volksernährung not? Von Geh. Med.-Rat Professor Dr. Kruse, Leipzig. 3. Die soziale Fürsorge im neuen Deutschland. Von Geschäftsführer Helmut Lehmann, Dresden. 4. Verstaatlichung der Krüppelfürsorge. Von Professor Dr. Biesalski, Berlin. 5. Gesundheitsstatistik. 6. Gesundheitsgesetzgebung und -verwaltung. 7. Bestrebungen gesundheitspolitischer Vereine. 8. Bücher- und Schriftenschau.

Vorwort des Verlags.

Die von der Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene bisher herausgegebene Zeitschrift, die in erster Linie badische Verhältnisse zu berücksichtigen hatte und nur in bescheidenem Umfange erscheinen konnte, haben wir in unseren Verlag übernommen, um den für unser deutsches Vaterland bedeutungsvollen Bestrebungen auf dem Gebiete der sozialen Hygiene eine wirkungsvolle Unterstützung, deren sie noch bedürfen, zu bieten. Dazu mußte die Zeitschrift äußerlich und inhaltlich bedeutend erweitert werden. Andererseits durfte ihr Umfang ein gewisses Maß nicht überschreiten, um den Bezug tunlichst allen Interessenten zu ermöglichen. Wir halten es für angemessen, die Zeitschrift vierteljährlich im Umfang von 2 Druckbogen erscheinen zu lassen. Auf solchem Raum läßt sich schon eine ansehnliche Summe wissenschaftlichen Stoffes verarbeiten. Die Schriftleitung bleibt in den bewährten Händen von Herrn Dr. A. Fischer. Infolge seiner seit vielen Jahren gepflogenen Beziehungen zu den Führern der sozialen Hygiene ist der Zeitschrift die Mitarbeit einer großen Reihe wohlbekannter Fachleute gesichert; die Sachkenntnis des Schriftleiters wird auch bewirken, daß aus der Fülle des in Betracht kommenden Stoffes das Wichtige und Wissenswerte herausgeholt und in gedrängter, aber darum um so übersichtlicherer Form dargestellt wird. So wird die Zeitschrift für Ärzte und Nichtmediziner, für Wissenschaftler und Praktiker, insbesondere auch für Sozialreformer, Pfarrer, Lehrer und Verwaltungsbeamte aller Art ein zuverlässiger Leiter und ständig anregender Berater sein.

C. F. Müllersche Hofbuchhandlung m. b. H.

Vorwort des Schriftleiters.

Da die Zeitschrift nunmehr einen weit größeren Wirkungskreis erhält, so fühle ich mich veranlaßt, die Hauptziele, die verfolgt werden, und die wichtigsten Grundsätze, nach denen ich mich bei der Schriftleitung richten werde, zu kennzeichnen. Die Zeitschrift stellt sich in den Dienst der Gesundheitspolitik; sie will, ausgehend von den Ergebnissen wissenschaftlicher Forschungen und praktischer Erfahrungen, die sozialhygienischen Zustände im Deutschen Reiche verbessern helfen. Das Ziel dieser Gesundheitspolitik ist eine lückenlose Gesundheitsgesetzgebung, die durch eine verständnisvolle Gesundheitsverwaltung

zu ergänzen ist; das Recht auf Gesundheit muß dem deutschen Volke gewährt werden, so daß in Zukunft kein deutscher Bürger aus Mangel an Geld in seiner Gesundheit gefährdet wird.

Zu diesem Zwecke bedarf es noch mancher Erforschung und mancher Klärung, vor allem aber auch einer tiefgreifenden Volksbelehrung und -erziehung. Hier wird die Zeitschrift hohe Aufgaben zu erfüllen haben. Fachleute aller Art sollen das Wort ergreifen, ohne Unterschied ihrer wissenschaftlichen Ansichten, ihrer Parteizugehörigkeit oder ihrer Weltanschauung. Jeder Beitrag muß sich jedoch auf wissenschaftliche Erkenntnis oder eigene Lebenserfahrung stützen und muß dazu helfen, den geplanten Bau, das Recht auf Gesundheit, zu errichten und auszugestalten. Jede berechtigte und sachlich begründete Kritik an den gegenwärtigen Zuständen und jeder brauchbare Vorschlag zur Verbesserung der sozialhygienischen Verhältnisse sollen hier zum Ausdruck gelangen. So ist zu hoffen, daß sich zu der Kraft des Denkens der Wille zur Tat gesellen und unser Ziel erreicht werden wird.

A. Fischer.

Sozialhygienisches Denken und Handeln in der Vergangenheit.

Ein Überblick.

Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Karl Sudhoff, Direktor des Instituts für Geschichte der Medizin an der Universität Leipzig.

Anfänge sozialer Hygiene gehen in die Dämmerung der Frühgeschichte der Menschheit zurück. Unentwirrbar fließen in Vorderasien „arische“ und „semitische“ Kulturäußerungen in ein großes Völkersammelbecken zusammen, in das auch Nordafrikanisches sich einmischte und -mengte, ehe wir es als „Licht von Osten“ in gemeingültigen Priesternormen beim „Volke Israel“ als Brauch oder Regel kodifiziert finden. Die Prägung ist zweifellos semitisch, unter der es vor rund 2½ Jahrtausenden schließlich in den Völkerverkehr ums Ostbecken des Mittelmeeres Aufnahme fand und fermentativ weiterwirkte.

Dessen ist nicht so sehr das Detail der vielseitigen jüdischen Kulthygiene von entscheidender Wichtigkeit, sozialhygienisch geschaut, weder die Fleischbeschau und andere Nahrungsvorschriften, noch die Waschungen oder gar die aus dem nubischen Afrika entlehnte Beschneidung, noch auch die in anderem Kulturzusammenhang erst Farbe und Bedeutung gewinnende Zaraath-Abwehr — volkshygienische Großtat Vorderasiens und besonders des Judentums ist die Schaffung eines Ruhetages für alle Arbeit nach sechs Arbeitstagen, die im jüdischen Sabbat ihre Krönung gefunden, eines Ruhetages selbst für Hausvieh und Sklaven, wie es scheint.

Dem lassen sich nur zwei Dinge aus der begnadeten Griechenkultur an die Seite setzen: die jahrhundertlange Ertüchtigung eines ganzen Volkskörpers durch Gliederübung und Gymnastik und die Anstellung von öffentlichen Ärzten, richtigen Volksärzten, in jeder Gemeinde des Griechentums mindestens seit dem 5. Jahrhundert vor Christo.

Die bedeutsamere erste Einrichtung hat das kleine Griechenvolk in den Stand gesetzt, der ungeheuren Übermacht des Perserreiches siegreich zu widerstehen, wie uns die in ihrer volkshygienischen Bedeutung gegenwärtig mit Willen übersehene allgemeine Wehrpflicht des Volksheeres der Übermacht mehr als der halben Welt vier lange Jahre zu trotzen die Macht gab. Eins aber darf bei der griechischen Volksgymnastik nicht übersehen werden, daß ihre Voraussetzung das Vorhandensein einer gewaltigen Sklavenmasse für die eigentliche Arbeit gewesen ist, der Gymnasien und Palästre verboten waren.

Rein militärisch zugeschnitten war die Volksertüchtigung bei den Römern, hier aber entwickelte sich schließlich aus dem ins Maßlose gewachsenen Sklaventum als späte Blüte eine Versorgung für Krankheit im großen und Krankenanstalten, die später auch für die Volksversorgung vorbildlich wurden. Das System der *δημόσιοι ἰατροί* wurde, wenn auch nicht durchgängig, als *medici publici* von den Griechen her übernommen und hat sich stellenweise selbst durch Goten- und Langobardenzeit hindurch gefristet, bis das ganze

• **Ärztewesen**, wie wir noch sehen werden, im hohen Mittelalter auf eine neue, solidere Basis gestellt wurde.

Auch in der Stadtassanierung betätigte sich im Altertum schon soziale Fürsorge muster-gültig, besonders in der Wasserversorgung und Gebrauchswässerabführung; ja im Volksbadewesen haben wir selbst heute kaum die großzügige Volksversorgung der kaiserlichen Thermenbauten erreicht, wenn auch gerade auf diesem Gebiete das deutsche Badewesen des Mittelalters in seiner unendlichen Verbreitung selbst bis aufs Dorf hinaus in seiner volkshygienischen Bedeutung aus völlig anderen Gesichtspunkten heraus ihm fast den Rang abläuft.

Doch kann man alles bisher Besprochene als ärztlich beeinflusste hygienische Maßnahmen oder auch nur als von der Wissenschaft geleitete oder angeregte kaum bezeichnen, wenn auch der große Sizilianer Empedokles die Assanierung seiner Heimatstadt Girgenti bewußt und großzügig durchgeführt hat, was als Beispiel weiterwirkte, und auch die Stadtärzte des Hellenismus nicht völlig einflußlos in der Stadthygiene gewesen sein werden. Klarer beginnt dies Ärztliche erst im Mittelalter zutage zu treten, wo freilich in den eng ummauerten Städten sozialhygienisch zunächst trostlose Zustände herrschten, dafür aber die Zusammenarbeit zwischen Stadtärzten und Stadtbehörden, besonders in Epidemiezeiten, erkennbar wurde und in Gutachten der Ärztekollegien aus dem 14. und 15. Jahrhundert zu belegen ist, wie es denn schon im 13. Jahrhundert bei Behörden und Großen Brauch wurde, sich gutachtliche Ratschläge von namhaften Ärzten auch krankheitsverhütend zu erbitten.

Und ferner: Wenn auch die ersten Anregungen zu einer in der klassischen Literatur aus der Antike nicht zu belegenden Seuchenabwehr vom bedrohten Volkskörper durch Absperrungsmaßnahmen aus altorientalischen Anschauungen und Priester-Regulativen erflossen sind, so gewannen sie unter ärztlicher Mitarbeit in behördlichem Auftrage und durch freie ärztliche Weiterbildung greifbar und sozialhygienisch wirkungsvoll Gestalt. Namentlich in den fortgeschrittenen großen Hafenstädten und binnenländischen Handelsemporien Italiens gab es seit dem 14. Jahrhundert schon wirkliche Gesundheitsbehörden, zu denen es dem Namen nach zwar in deutschen Landen noch nicht kam, wenn auch die Ratsherrenkollegien gar mancher deutschen Stadt auch für verschiedene sanitäre Zwecke Sonderausschüsse und Pflegschaften oder einzelne Beauftragte zu ernennen im Brauch hatten. Wie sehr sich die süd-, west- und mitteldeutschen Stadtverwaltungen für Reinheit und Gesunderhaltung der Getränke und der Nahrungsmittel, für allzeit wohlgefüllte Getreidespeicher besorgt zeigten, auf unverfälschte Gewürze hielten usw., ist bekannt. Die Lehrmeister Epidemien trafen seit dem 14. Jahrhundert auf ganz anders Empfängliche und Belehrungszugängliche als in der ausgehenden Antike. Fast das ganze moderne Rüstzeug im Kampf gegen die Volksseuchen, einschließlich Quarantäne und Desinfektion, datiert schon aus den ersten Jahrzehnten nach dem „schwarzen Tode“ (1348). Die Leprabekämpfung, zähe durchgeführt jahrhundertlang, hatte mit dem Ende des Mittelalters ihre Aufgabe im wesentlichen erfüllt, und die ersten Abwehrmaßnahmen nach dem Bekanntwerden der Lustseuche verraten in der Herausnahme der Erkrankten aus dem Verkehr und dem Kurierzwang für die Isolierten fast mehr Konsequenz und Weitblick, als sie selbst von der neuesten Periode der Syphilidologie aufgebracht worden sind, die sich endlich zu epidemiologischen Grundsätzen in der Bekämpfung bekennt. Daß sich italienische Gesundheitsbehörden auch der Tuberkulose gegenüber schon vor bald zwei Jahrhunderten des ganzen Rüstzeuges der Seuchenprophylaxe konsequent und zweckentsprechend bedienten, fast wie heute in Norwegen, sei hier nur im Vorbeigehen gestreift.

Dem Anschein nach sind vielfach auf hygienisch-prophylaktischen Gebieten die Staats- und besonders die Stadtverwaltungen großzügiger noch und zielsicherer als ihre freilich niemals fehlenden ärztlichen Berater; doch bedarf dies noch der genaueren Untersuchung auf breiter Basis. Wirkliche Fortschritte knüpfen sich aber immer nur an große Ärzte, wie z. B. in der Gewerbehygiene an Hohenheim und besonders an Ramazzini. Der große Arzt und Klimiker Johann Peter Frank hat in seiner vielbändigen Medizinischen Polizei als umfassendem Meisterwerke die gesamte öffentliche Gesundheitspflege, einschließlich der „sozialen Hygiene“, zum ersten Male in vollem Umfang kurz vor und nach dem Jahre

1800 kodifiziert, und man wird immer wieder auf ihn zurückgreifen müssen.*) Damals hatte ja auch schon die für sozialhygienische Forschung so grundlegend wichtige statistische Methode ihre ersten Schuhe ausgetreten und stand zur Benutzung bereit.

Doch ich will mich für diesmal in die historische Betrachtung des 19. Jahrhunderts nicht einlassen, ohne daß ich allerdings den Ereignissen so nahe zu kommen fürchten müßte, daß mit einem „Hintenausschlagen“ zu rechnen wäre. Aber ich halte es für zweckdienlicher, noch einen kurzen Umblick zu werfen auf die Hauptwege sozialhygienischer Förderung in den verschiedenen Zeitaltern.

So hoch wie zu den Blütezeiten des alten Griechentums ist die zielklare Höherzüchtung eines ganzen Volkes niemals wieder gediehen, wenn auch Römer, Kelten und Germanen die Ertüchtigung durch Sport und Waffenspiel zu allen Zeiten ihrer Geschichte immer gepflegt haben. Trostlos waren die Zustände bei den Deutschen nur im 17. und 18. Jahrhundert, wo selbst das Flußbad vergessen war. Wahre Wanderlust ohne Beigeschmack von Kriegszügen konnte allmählich wieder erst in Zug kommen, nachdem Renaissance und Humanismus den Sinn für Naturschönheit und die Freude an der Landschaft wieder geweckt hatten. Heute, nachdem der volkshygienische Jungbrunnen der allgemeinen Wehrpflicht durch eigene Schuld uns verschüttet ist, muß der Ruf nach vollem hygienischem Ersatz im großen Stile mit Nachdruck erhoben werden. In möglichster Vielseitigkeit ist Körperübung und Körperstählung jeder Art in freier Natur in ausgiebig langer Befreiung von der Arbeitsfron in Fabrik und Schreibstube zu fordern, behördlicherseits in jeder Weise ausgiebig zu begünstigen und materiell zu fördern, volksärztlich nach reifer eigener Erfahrung zu leiten, als dringendstes Erfordernis nächst reichlicher Ernährung für unseren schwer erschütterten Volksorganismus, so lehrt auch warmherzige, historisch geschärfte Überlegung!

In der Seuchenabwehr hatte die Antike versagt. Ein Faktor aber wird dabei meist ganz übersehen, der in der Spätzeit des Altertums stark mitspricht. In einem ist die Antike zu sorglos gewesen, was ihren wissenschaftlichen Zerfall im Ärzteswesen gar sehr mitbedingt hat, in den Maßnahmen für die Ausbildung eines fachlichen Nachwuchses. Der griechische und selbst der römische Staat kümmerten sich nicht im mindesten um den ärztlichen Unterricht und kaum um die Befähigung derer, die den Ärzteleberuf ausübten, um deren berufliche Approbation. Hierin Wandel geschaffen zu haben, ist ein nicht hoch genug zu schätzendes Verdienst des „dunklen“ Mittelalters. Der kluge Roger, der Normanne, hatte schon 1140 die ersten Bestimmungen in dieser Richtung getroffen, und sein großer Nachkomme Friedrich II., der Hohenstaufe, hatte unter Autorisierung der Lehrstelle zu Salerno als Prüfungsstelle ganze Arbeit geschaffen, und er hat Nachfolge gefunden. Seitdem ist der Aufschwung des öffentlichen ärztlichen Wesens unverkennbar und die Seuchenbekämpfung ist denn auch ständig seit ihrer ersten energischen Inangriffnahme im 14. Jahrhundert unter ärztlicher Aufsicht geblieben. Die allgemeine ärztliche Versorgung in Krankheitsfällen ist durch das Stadtarztamt und sonstige Ärzteanstellungen ganz erheblich gefördert, für weite Landstriche überhaupt erst möglich geworden, was zur allgemeinen Hebung der Volksgesundheit erst den letzten Anstoß gegeben hat.

Alle weiteren sozialhygienischen Maßnahmen sind unter tatkräftiger Mitwirkung, ja unter leuchtendem Voranschreiten ärztlicher Wissenschaft und des Ärztestandes ge-

*) Hingewiesen sei auch hier auf den Heidelberger Arzt Franz Anton Mai, der in fünfbändiger, standesgeschichtlich außerordentlich wichtiger, anonymer Büchlein-Serie „Stolpertus, ein junger Arzt am Krankenbette, von einem patriotischen Pfälzer“, an vierter Stelle 1802 einen „Stolpertus, der Polizei-Arzt im Gerichtshof der medizinischen Polizeigesetzgebung“ erscheinen ließ und darin einen weitschauenden -Entwurf einer Gesetzgebung über die wichtigsten Gegenstände der medizinischen Polizei als Beitrag zu einem neuen Landrecht in der Pfalz“ veröffentlichte, der zur Dresdener Hygiene-Ausstellung 1911 in deren historischer Abteilung schon ausgiebige Benutzung fand, aber besonders durch den Schriftleiter dieser Zeitschrift literarisch zum ersten Male mit vollem Rechte gebührende Hervorhebung und Würdigung erlangt hat.

schaffen worden, wie hoch und bedeutungsvoll man auch alle behördliche und korporative Arbeit an der sozialhygienischen Hebung unseres Volkes anschlagen mag, und man kann sie gar nicht höher werten und willkommener heißen, als der Schreiber dieser Zeilen es tut, aber die leitende Mitwirkung berufener Ärzte ist auf allen Gebieten ständig absolut unentbehrlich, das sollte man auch heute nicht vergessen, wo so gerne der gute Wille der Massen schon für eine Tat genommen und die notwendige sachkundige Leitung leicht als entbehrlich betrachtet wird.

Möge man gerade in der überaus schwierigen, volkshygienisch so sehr gefährdeten Lage unseres Volksorganismus die Lehre der Jahrtausende nicht in den Wind schlagen, daß aller Fortschritt wie alle Stetigkeit hygienischer Arbeit nur da gewährleistet gewesen ist, wo ärztlichem Tun freie Bahn und Auswirkungsmöglichkeit geboten war, und daß darum nur engste Zusammenarbeit ärztlicher Wissenschaft, ärztlicher Körperschaften und Einzelpersonlichkeiten mit den behördlichen und freien Verwaltungskörpern auch für die nächste und fernere Zukunft die Gewähr des Erfolges in sich trägt.

Was tut unserer Volksernährung not?

Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Kruse, Direktor des Hygienischen Instituts der Universität Leipzig.

Die Frage was unserer Volksernährung not tut, wird sehr verschieden beantwortet. In wissenschaftlichen Kreisen ist man sich über zwei Punkte einig, nämlich zunächst darüber, daß die Nahrungsmengen so gesteigert werden müssen, daß sich die alte Arbeits- und Widerstandsfähigkeit der Bevölkerung wieder herstellt. Die Hungerblockade hat für den größten Teil des deutschen Volkes die Nahrungsmengen so beschränkt, daß er gezwungen war, von seinen eigenen Körperbestandteilen nicht nur Fett, sondern auch Eiweiß reichlich zuzusetzen. Nur für wenige, früher übermäßig Genährte war das von Nutzen, nach Art einer Entziehungskur, für die meisten von Schaden, weil sie weniger leistungsfähig wurden und dem Anfall von Krankheiten, namentlich Tuberkulose, mehr ausgesetzt waren. Auch bei zahllosen Kindern hat die Ernährung Not gelitten. Wir bedürfen also nicht nur der zur Erhaltung erforderlichen Nahrungsmengen, sondern eines Überschusses, um die verlorenen Körperstoffe zu ersetzen, mit anderen Worten, wir brauchen mehr Kalorien, wobei es zunächst dahingestellt bleiben kann, ob sie aus der Verbrennung von Eiweiß, Fett oder Kohlehydraten stammen. Die Zahlen, welche die Wissenschaft für den Kalorienbedarf aufgestellt, haben sich in den Erfahrungen dieses Kriegs bewährt.

Ebensowenig ist man sich darüber im unklaren, daß in einer Beziehung der Krieg eine Wohltat war, nämlich in der Beschränkung der alkoholischen Getränke. Der Alkoholismus gehört so gut wie ganz der Vergangenheit an.

In anderen Punkten besteht noch ein Zwiespalt der Meinungen. Nach wie vor gibt es Anhänger der mehr tierischen und der mehr pflanzlichen Ernährung. Es läßt sich aber nicht leugnen, daß die letzteren durch die Erfahrungen der Kriegszeit an Boden gewonnen haben. Fast allgemein wird zugegeben, daß ein großer Teil der Bevölkerung vor dem Kriege zuviel Fleisch und Fett genossen hat, daß wir mit weniger auskommen und sogar dabei besser fahren. Daß man dabei auf sehr geringe Eiweißmengen heruntergehen kann, war schon vor dem Kriege vielfach behauptet, freilich immer wieder bestritten worden. Ein alter Anwalt der eiweißarmen, vorwiegend pflanzlichen Kost, Hindhede,* hat ganz neuerdings auf den Massenversuch an 3 Millionen Menschen in Dänemark hingewiesen, der zeigen soll, daß Brot, Grütze, Kartoffeln mit Milch, Kohl und etwas Butter als Hauptbestandteile der Kost nicht nur dauernd genügen, sondern geradezu die gesündeste Nahrung darstellen, weil dadurch die Sterblichkeit der dänischen Bevölkerung auf einen nie dagewesenen niedrigen Stand herabgedrückt worden sei. Die statistischen Angaben Hindhedes bezüglich des letzteren Punktes sind, wie schon Rubner** bemerkt hat, sehr

*) Deutsche medizinische Wochenschrift 1919 Nr. 45. **) Ebenda.

lückenhaft und vieldeutig. Es ist vorläufig am wahrscheinlichsten, daß die beobachtete Besserung in erster Linie der Verminderung des Alkoholverbrauchs zuzuschreiben ist. Im übrigen fehlen bei Hindhede zahlenmäßige Unterlagen darüber, wie durch die befohlene Abschächtung der Schweine im Jahre 1917 sich die Ernährung in Dänemark geändert hat, ob wirklich dadurch ein so wesentlicher Umschlag zu der „laktovegetabilischen“ Ernährung bewirkt worden ist. Eine Berechnung der Eiweiß- und Fettmengen fehlt. Erst recht ist natürlich eine Übertragung dieser Erfahrungen auf die so ganz anderen deutschen Verhältnisse unstatthaft.

Man sollte denken, wir hätten bei uns selbst viel besser Gelegenheit gehabt, den Dingen auf die Spur zu kommen. Der größere Teil der Lebensmittel wurde auf Karten verteilt, die übrigen waren in Menge und Art sehr beschränkt. Fast jedermann war möglichster Sparsamkeit im Einkauf und Verbrauch beflissen. Also waren mindestens in den beiden letzten Kriegsjahren alle Vorbedingungen für eine sorgfältige Berechnung der verbrauchten Nahrungsmittel in weiten Kreisen der Bevölkerung gegeben. Eigentümlicherweise liegen aber gerade aus dieser Zeit umfassende Arbeiten, die sich nicht auf Schätzungen, sondern auf den wirklichen Verbrauch aufbauen, soweit ich sehen kann, nicht vor. Die Ursache dafür liegt vielleicht darin, daß man Grund hatte, zu fürchten, auf solche Weise nicht den wirklichen Nahrungsbedarf zu ermitteln, sondern nur die Tatsache bescheinigt zu erhalten, daß die Kost nicht mehr den Nahrungsbedarf erreichte, die Ernährung also in Wirklichkeit eine Unterernährung war. Ich habe mich durch eine solche Möglichkeit nicht davon abhalten lassen, von Anfang 1917, d. h. also von der berüchtigten Kohlrübenperiode an bis zum Ende des Kriegs, d. h. reichlich 1½ Jahr lang, mit Herrn Privatdozent Dr. Hintze zusammen eine umfangreiche Erhebung über die Ernährung minderbemittelter Familien zu veranstalten.*) Natürlich konnte sie nur unter der Voraussetzung von Nutzen sein, daß gleichzeitig die Körpergewichte und Gesundheitsverhältnisse in den beobachteten Familien durch regelmäßige Aufzeichnungen überwacht wurden. Glücklicherweise bewahrheitete sich die obige Befürchtung insofern nicht, als von den 60 Familien gerade diejenigen, die unserer Erhebung die ganze Zeit lang oder wenigstens den größten Teil derselben treu blieben, nämlich 30 Familien mit 120 Personen, sich fast ausnahmslos körperlich und gesundheitlich auf ihrem Anfangsbestand erhalten und, soweit sie aus Kindern und Unerwachsenen bestanden, sich regelmäßig entwickeln konnten.**) Den wenigen Ausnahmen, bei denen eine Unterernährung festzustellen war, stehen ebenso viele gegenüber, bei denen man, nach ihrer Gewichtszunahme zu schließen, von einer Überernährung sprechen darf. Sonach können wir den bei unseren 30 Familien erhaltenen Durchschnitt als maßgebend für den Nahrungsbedarf dieser Bevölkerungsgruppe betrachten. Das Ergebnis ist folgendes:

Der Brennwert der Nahrung (in Rohkalorien) war fast genau so groß (97%), wie unter Berücksichtigung des Körpergewichts, Alters, Geschlechts und Berufs zu erwarten war, die Menge des Nahrungseiweißes (ohne Abzug des unverdauten Anteils) betrug dagegen nur 60%, die des Nahrungsfettes nur 50% der von Voit, Rubner und Cammerer für Erwachsene und Kinder geforderten Mengen. Für den Kopf einer Bevölkerung, die nach ihrer Zusammensetzung derjenigen des Deutschen Reichs vor dem Kriege entspricht, berechnen sich daraus

2150 Kalorien, 55 g Roh-Eiweiß und 22 g Fett.

*) Die Mittel dazu wurden uns von der Lingner-Stiftung gewährt.

**) Selbstverständlich hatten fast alle beteiligten Erwachsenen schon vor dem Beginn der Erhebung der Hungerblockade durch beträchtliche Herabsetzung ihres Körpergewichts einen Tribut gezahlt. Auch psychologisch bemerkenswert ist, daß bei denjenigen Familien, die uns bald ihre Beteiligung versagten, die Ernährung meist offenbar ungenügend war. Unsere Ergebnisse sind also nur deshalb verhältnismäßig so günstig ausgefallen, weil die Beteiligten, obwohl das natürlich nicht von vornherein beabsichtigt war, gewissermaßen eine Auslese der Bevölkerung darstellten, indem es ihnen möglich war, trotz aller Schwierigkeiten sich die für die Erhaltung nötige Ernährung zu beschaffen.

R. E. May, dem wir die gründlichsten Feststellungen über die Ernährung aus der Zeit vor dem Kriege verdanken, berechnet in ähnlicher Weise für die ärmere Arbeiterbevölkerung Hamburgs, mit der wir wohl in Anbetracht der Kriegsteuerung unsere aus besseren Arbeitern und Mittelständlern bestehende Bevölkerungsgruppe vergleichen dürfen,

2170 Kalorien, 56 g Roh-Eiweiß*) und 80 g Fett,

d. h. vor dem Kriege verbrauchte die wenigbemittelte städtische Bevölkerung ebensoviel Kalorien und Eiweiß, aber fast viermal so viel Fett wie der von uns beobachtete Teil der Leipziger Bevölkerung im Kriege. Ein weiterer Unterschied besteht noch insofern, als ein viel größerer Teil des Eiweißes vor dem Kriege tierischen Ursprungs war. Allein an Fleisch wurde damals etwa $2\frac{1}{2}$ mal mehr verzehrt als im Kriege. Trotz dieses geringen Verbrauchs von tierischem Eiweiß und Fett genügte aber die Kriegsernährung bei der von uns studierten ausgelesenen Bevölkerungsgruppe zur Erhaltung des Körperbestands und der Gesundheit. Völlig neu ist auch dieses Ergebnis freilich nicht, denn schon Rechenberg kam 1890 bei seinen freilich viel weniger genauen Berechnungen für die Handwerker des Erzgebirges zu ähnlichen Zahlen, wie wir bei unseren Leipzigern der letzten Kriegsjahre. Nun ist zwar oft genug behauptet worden, die Handwerker Rechenbergs wären unterernährt gewesen, bewiesen ist dies aber keineswegs. Man begründete diese Meinung hauptsächlich damit, daß große Kreise der Bevölkerung reichlichere Eiweiß- und Fettmengen verzehrten, und daß Voit u. a. eine weit höhere Eiweiß- und Fettzufuhr in der Nahrung als Regel ansetzten. Wie wenig die Voitsche Regel für das Eiweiß dem wirklichen Durchschnitt der Ernährung noch vor dem Kriege entspricht, zeigt uns May. Selbst bei einer aus Arbeitern und Mittelständlern bestehenden Bevölkerung kommt er nur auf ungefähr 72 g Eiweiß (64 g verdauliches Eiweiß), d. h. 80% der Voitschen Zahl, für den Durchschnitt der deutschen Bevölkerung auf noch weniger. Zweifelhaft könnte es scheinen, ob die von uns erprobte eiweiß- und fettarme Ernährung auch geeignet sei, einen ausreichenden Körperansatz zu gewährleisten. Die bei den Kindern unserer Bevölkerungsgruppe eingetretenen normalen Wachstumserfolge sprechen ebenso dafür, wie die bei einzelnen unserer Erwachsenen gemachten Erfahrungen. Wenn nur die Gesamtmenge der Nahrungsstoffe, die Kalorienmenge, gesteigert wird, tritt ein Körperansatz ein. Es bedarf dazu keiner besonders gesteigerten Zufuhr gerade an Eiweiß oder Fett. Dahingestellt sei, ob, wie neuerdings behauptet worden ist, der Wiedergewinn der verlorenen Körpersubstanz durch reichliche Zufuhr von Eiweiß beschleunigt werden kann. Diese Möglichkeit können wir auf Grund unserer bisherigen Erfahrungen ebensowenig leugnen wie behaupten. Aber sehr zweifelhaft erscheint, ob wir von ihr für die Ernährung unseres Volkes Gebrauch machen können, weil es uns in absehbarer Zeit nicht möglich sein wird, diesen wesentlich höhere Mengen von Eiweiß und Fett zur Verfügung zu stellen. Schon die genügende Kalorienbelieferung stellt ja Anforderungen, die bisher höchstens vorübergehend durch Ankauf von Nahrungsmitteln aus dem Auslande, also durch riesige finanzielle Opfer, haben erfüllt werden können. Zu erhoffen ist zwar, daß unsere Landwirtschaft, wenn ihr genügend Arbeitskräfte, Düngemittel und Brennstoffe geliefert werden, bald in der Lage sein wird, für die nötigen Kalorien zu sorgen, aber einen wesentlichen Überschuß an Eiweiß und Fett wird sie vorläufig noch lange nicht liefern können. Wollte man einen solchen etwa durch besondere Förderung der Schweinezucht, wie es viele landwirtschaftliche Kreise jetzt verlangen, erstreben, so wäre das nur durch umfangreiche Einfuhr von Futtermitteln oder durch Verfütterung von Nahrungsmitteln, die für den Menschen nötig sind, möglich. Das erste wäre ein Luxus, den wir uns auf die Dauer nicht leisten können, das zweite würde uns aus dem Stadium der Unterernährung nicht herauskommen lassen. Die falsche Schweinepolitik hat uns schon während des Kriegs so viele Opfer gekostet, daß man nun wohl Vernunft annehmen sollte.

Man wird vielleicht gegen die Beibehaltung der im Kriege erprobten eiweiß- und fettarmen, überwiegend pflanzlichen Ernährung einwenden, daß die Bevölkerung ihrer überdrüssig sei, daß mit einem Worte zur Verbesserung der Stimmung mindestens eine

*) = 48–50 g verdauliches Eiweiß.

reichliche Belieferung mit Fett nötig wäre. Wir unterschätzen diesen Gesichtspunkt durchaus nicht. Auch in der Bevölkerungsgruppe, die wir bei unserer Erhebung so lange Zeit beobachten konnten, ist es in der Tat die Sehnsucht nach mehr Fett, nicht nach Fleisch, die uns von manchen Leuten, obwohl sie ihre Ernährung an sich für ausreichend hielten, ausgedrückt wurde. Der Einfluß des Fettes auf das Sättigungsgefühl scheint dabei die Hauptrolle zu spielen. Durch gerechtere Verteilung des im Inlande erzeugten Fettes und durch Hebung der gerade in der letzten Zeit stark heruntergekommenen Milcherzeugung, die ja auch für unsere Kinder und Mütter sehr zu wünschen wäre, ließe sich vielleicht auch ohne dauernde Einfuhr von Fett diesem Bedürfnis entsprechen. Aus ähnlichen Rücksichten wäre eine weitere Beschränkung der alkoholischen Getränke, als sie in den letzten Jahren durchgeführt wurde, nicht zu empfehlen. Mit einer wesentlichen Ersparnis von Nährstoffen kann sie ebensowenig begründet werden wie mit der Furcht vor Schädigungen durch den Alkohol. Sie ist jetzt nicht mehr berechtigt, wo das Bier so dünn, der Wein so teuer geworden, und Brantwein überhaupt nicht mehr zu haben ist.

Die soziale Fürsorge im neuen Deutschland.

Von Helmut Lehmann, Dresden, Geschäftsführer des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen.

Zwei Gegensätze streiten sich im neuen Deutschland: der Wille zur sozialen Tat und die gähnende Leere der Reichs- und Staatskassen. Kann das bettelarm gewordene Deutschland überhaupt noch Sozialpolitik treiben? Denn das erste Erfordernis jeder ernsthaften Sozialpolitik sind reiche Mittel. Sozialpolitik können wir also nur noch betreiben, wenn wir zu Einfachheit und Sparsamkeit zurückkehren. Auf dem Gebiete der sozialen Fürsorge aber ist bei uns bisher in einem Punkte eine nutzlose Verschwendung getrieben worden. Nicht in dem, was diese Fürsorge an ihre Schützlinge geleistet hat, sondern in der Organisation, die zur Durchführung der Fürsorge aufgerichtet wurde. Welch ungeheurer Apparat ist aufgewendet worden, um die kläglichen Invalidenrenten zu gewähren; was für Umstände wurden gemacht, um einen kleinen Teil der Tuberkulösen in Fürsorge zu nehmen! Könnten wir uns nicht etwas bescheidener einrichten und das dadurch an Kraft und Geld ersparte den Fürsorgebedürftigen zuwenden? In der sinnverwirrenden Fülle der Organisationen findet sich kaum der routinierte Fachmann zurecht, wieviel weniger der Laie, der sich ihrer Segnungen erfreuen soll. Die Folge ist eine allgemeine Gleichgültigkeit des großen Publikums gegenüber unseren sozialen Einrichtungen.

Die Hypertrophie der Organisationen, die Überorganisation, an der wir auf allen Gebieten leiden, ist eine der ärgerlichsten Erscheinungen unseres öffentlichen Lebens. Sie droht aus der Wohltat sozialer Fürsorge eine Plage werden zu lassen. Darum sollte jeder, der an der Fortführung der Sozialpolitik nicht verzweifelt, sich für eine Zusammenfassung, für stärkste Zentralisation der sozialen Organisationen einsetzen. Nur so dürfen wir wagen, trotz aller Beschränkung in den finanziellen Mitteln, an einen Ausbau der sozialen Fürsorge zu denken.

Die Grundlage der sozialen Fürsorge bildet die Sozialversicherung. Da haben wir zunächst fast 10 000 Krankenkassen. Wären es nur acht- oder neunhundert — für jeden Verwaltungsbezirk eine —, so würde die Arbeitskraft von mindestens hunderttausend Vorstandsmitgliedern und dreihunderttausend Ausschußmitgliedern gespart und für praktische Fürsorgearbeit frei werden. Dafür würden große Organisationen entstehen, die mit ihren größeren Mitteln ohne Mehraufwand ihre Leistungen ausgestalten könnten. Wie viele örtliche und bezirkliche Vereine mögen wohl bestehen, die der Fürsorge für Tuberkulöse, Säuglinge, Kleinkinder, Arme usw. gewidmet sind und die mit ihrer großen Arbeit doch nur Unzulängliches leisten! Könnte nicht eine Organisation für jeden Ort oder Bezirk alle diese Kräfte zusammenfassen und nach einheitlichem Willen leiten? Mit privaten Mitteln kann dieser Zweig der sozialen Fürsorge ohnedies nicht mehr länger arbeiten. Die neue Steuergesetzgebung wird der privaten Wohltätigkeit der wohlhabenden Bevölkerung vermutlich ein jähes Ende bereiten. Daher brauchen wir dringend ein Reichs-

gesetz, das die Gemeinden und Gemeindeverbände zu Trägern dieser sozialen Fürsorge einsetzt. Dann könnte auch eine andere dringend nötige Reform verwirklicht werden: die Umwandlung der Armenpflege in einen Bestandteil der allgemeinen sozialen Fürsorge.

In einer beträchtlichen Zahl von Städten und Landbezirken ist die soziale Fürsorge bereits amtlich zusammengefaßt, im Freistaat Sachsen und im Rudolstädter Ländchen auch bereits auf Grund von Landesgesetzen. Dabei fallen den Gemeinden nicht nur rein fürsorgliche Aufgaben zu, sondern auch sozialhygienische; hauptsächlich Krankheitsverhütung, Krankenbehandlung und Genesendenpflege. Damit greifen die Gemeinden in den Aufgabenkreis der sozialen Versicherungsträger hinüber. In Zukunft werden sich zwischen diesen beiden Selbstverwaltungskörpern übrigens noch weitere Berührungspunkte ergeben. Die allgemeinen Ortskrankenkassen sollen zu Trägern der kommenden Arbeitslosenversicherung ausgestaltet werden. Sie müssen dann mit den von den Gemeinden getragenen öffentlichen Arbeitsnachweisen aufs engste zusammenarbeiten.

Soweit die Gemeinden ärztliche Hilfe, Arznei und Heilmittel zur Verfügung stellen müssen, werden sie dies am besten gemeinschaftlich mit den Krankenkassen tun. Zu diesem Zweck wären örtliche Zweckverbände beider Körperschaften zu bilden. Ein solcher Zweckverband hätte die gesamte soziale Hygiene zu betreiben. Dazu wäre zunächst zu rechnen: Beratung und Behandlung aller Versicherten und nicht unter die Versicherung fallenden Minderbemittelten (einschließlich der Armen), beginnend mit der Beratung der werdenden Mütter in der öffentlichen Beratungsstelle durch Arzt, Hebamme und Pflegerin, daran schließt sich die Säuglingspflege und Wochenpflege durch die beamteten Hebammen und Pflegerinnen, die ärztliche Beobachtung der Kleinkinder in den Kinderheimen und Schulen, mit Zahnpflege, Krüppelfürsorge und Ferienfürsorge für Kinder. Die Aufwendungen sind teils von der Gemeinde — durch Besoldung des Personals und Bereitstellung der Anstalten und Einrichtungen —, teils durch die Krankenkassen als Familienhilfe zu tragen. Die Krankenbehandlung Erwachsener durch die vom Zweckverband besoldeten Ärzte und von ihm verwalteten Krankenhäuser und Genesungsheime und seine Hauspflegerinnen wird eine allmähliche Sanierung der Bevölkerung ergeben. Voraussetzung ist, daß die Fürsorgeschwestern die von Volkskrankheiten Bedrohten rechtzeitig der Fürsorge den Beratungsstellen, die der Behandlung Bedürftigen den zweckmäßigsten Behandlungsmethoden zuführen. Hierfür sind diagnostische Institute, Wasser-, Licht-, Massage-Behandlungsanstalten, Apotheken, in den Großstädten auch optische und orthopädische Werkstätten von den Zweckverbänden zu unterhalten.

Solange für die Unfall- und Invalidenversicherung noch besondere Versicherungsträger bestehen, ist auch mit diesen eine Verbindung zu schaffen. Im Bezirk einer Landesversicherungsanstalt wären daher Bezirksverbände für vorbeugendes Heilverfahren und Unfallheilverfahren zu bilden. Dabei wäre auf eine straffe Zentralisation der Berufsgenossenschaften hinzuwirken. Zwischen Versicherungsanstalten und Krankenkassen sind bereits Vereinbarungen getroffen, die die Vereinheitlichung des vorbeugenden Heilverfahrens bezwecken. Die kommende Reform der Reichsversicherungsordnung muß hierfür den gesetzlichen Rahmen schaffen. Sobald sich dieses engste Zusammenwirken der verschiedensten Träger der sozialen Fürsorge und sozialen Hygiene bewährt hat, müßte der Gesetzgeber die Konsequenz ziehen dadurch, daß er einen Selbstverwaltungskörper für das ganze Reich mit bezirklichen und örtlichen Zweigstellen schafft. Die Zweigstellen hätten dezentralisierte ehrenamtliche Organe — in den Städten für jeden Stadtbezirk, auf dem Lande für jedes Dorf — zu unterhalten, die jedem soziale Fürsorge ange-deihen lassen, der ihrer bedarf. Dabei kann es nicht auf die Ursache der Erkrankung oder Erwerbsbehinderung ankommen, sondern nur auf die zweckmäßigste Art der Hilfe.

Damit wird zugleich eine wertvolle Erziehungsarbeit am Volkskörper geleistet. Durch die starke Heranziehung von Ehrenbeamten aus allen Volksschichten wird unserem Volke die Pflicht werktätiger Menschenliebe und sozialer Pflichterfüllung mit täglich neuer Kraft eingeprägt. Diese Erziehungsarbeit ist vielleicht das wichtigste, dessen das deutsche Volk bedarf. Aus dem Sumpfe des Egoismus müssen wir heraus. Nur dann finden wir die sittliche Kraft zum Sozialismus.

Verstaatlichung der Krüppelfürsorge.

Von Prof. Dr. Biesalski, Berlin-Dahlem, Schriftführer der Deutschen Vereinigung für Krüppelfürsorge.

Man hat 1891 in das preußische Dotationsgesetz, wo für die übrigen Elendsgebiete gesorgt wurde, die Krüppelfürsorge nicht aufgenommen, weil es eine solche damals nur in bescheidenem Umfange gab und weil auch damals das ärztliche Sondergebiet der orthopädischen Chirurgie noch nicht existierte, dessen soziale Betätigung die Krüppelfürsorge ist. Die Zählung von 1906, die auf mein Betreiben durch die Bundesregierungen vorgenommen wurde, hat ergeben, daß wir über 100000 jugendliche Krüppel unter 16 Jahren in Deutschland haben, und wenn auch seitdem die Zahl der Krüppelheime auf 64 angewachsen ist und die Bettenzahl sich auf über 7000 erhöht hat, so bedeutet das doch fast nichts gegenüber dem Bedürfnis, weil mindestens 50000 dieser jugendlichen Krüppel in ein Heim gehören, das heißt in eine Anstalt, die durch Behandlung, Schule und Berufsausbildung die Krüppel erwerbsfähig macht. Das nämlich kann sie in sehr erheblichem Maß im Gegensatz zu der Fürsorge für die Epileptiker und Idioten, wenn ich schon die Taubstummen und Blinden fortlasse. Nun aber sind zu diesen 100000 jugendlichen Krüppeln noch viele Hunderttausende kriegsbeschädigter Krüppel getreten, und es fragt sich, ob das deutsche Volk noch weiterhin imstande ist, die Mehrzahl von ihnen mitzuernähren, oder ob nicht die äußersten Anstrengungen gemacht werden sollen, um diese Schwergemehrten erwerbsfähig zu machen. Bei den jugendlichen Krüppeln steht es so, daß ein Drittel aller Krüppel voll erwerbsfähig, ein Drittel zum größten Teil erwerbsfähig wird, und nur bei einem Drittel eine beschränkte Erwerbsfähigkeit zu erzielen ist; ein geringer Prozentsatz bleibt dauernd siech. Da die Krüppel geistig fast immer gesund sind, so kann hier durch eine geordnete Krüppelfürsorge eine weitgehende wirtschaftliche Entlastung stattfinden; denn wenn statt der vielen Tausende von Krüppeln, die sonst erwerbsunfähig bleiben und den Armenverwaltungen zur Last fallen, ebensoviel erwerbsfähig werden, die neue Werte schaffen, so bedeutet das jährlich viele Millionen zugunsten des Volksvermögens, ich betone wiederum: im Gegensatz zu anderen Elendsgebieten, wo es sich eigentlich nur darum handelt, die Unglücklichen zu behausen und bis an ihr Lebensende zu pflegen. Ich muß hier wieder mein altes Schlagwort anführen, daß man eben den Krüppel aus einem Almosenempfänger zum Steuerzahler machen soll, was in der knappsten Form das tatsächliche Verhältnis darstellt. In diesen Bestrebungen sind wir durch den Krieg ein großes Stück weitergekommen. Wir haben nicht nur gelernt, Kunstglieder zu bauen, die es uns ermöglichen, selbst Leute ohne Arme, ja selbst solche, die beide Arme im Schultergelenk verloren haben, dahin zu bringen, daß sie sich selbständig anziehen, essen und schreiben, also z. B. einen Aufsichtsposten bekleiden oder als Laufbursche in einer großen Fabrik tätig sein können, sondern wir haben auch noch auf vielen anderen Gebieten der Heilkunde zahllose Krüppel-leiden, die früher eben unheilbar waren, zu bessern, ja manchmal vollkommen zu heilen gelernt. Ich erinnere an die Nervenverletzungen, die schweren Gelenkversteifungen und vieles andere mehr. Vor allem aber sind zwei wichtige Gebiete durch den Krieg erheblich entwickelt worden. Das ist erstens die Untersuchung über eine Berufseignung, für die es heute gute und wertvolle psychologische Methoden gibt, wozu dann noch die Ausbildung geeigneter Berufsberater als eines Lebensberufes hinzukommt. Zweitens haben wir gelernt, daß wir selbst solche Krüppel, die für ein Handwerk nicht mehr zu erziehen sind, immerhin noch in der Teilarbeit der Industrie zu ausreichenden Löhnen bringen können.

Alle Grundsätze der Kriegsbeschädigtenfürsorge stammen, wie Sie wissen, aus der Friedenskrüppelfürsorge, die ja zu Beginn des Krieges alle für die Kriegsbeschädigtenfürsorge geltenden Grundsätze aufgestellt und Anfang 1915 schon soweit entwickelt hatte, daß sie während des ganzen Krieges bis heute gültig geblieben sind. Das ist vor allen Dingen die Betonung des Umstandes, daß der Körperlichbehinderte nicht nur einen Schaden an seinem Leib, sondern in den meisten Fällen überwiegend an seiner Seele erlitten hat, daß also die Krüppelfürsorge in erster Reihe von dem geistigen Gebiet her in Angriff genommen werden muß. Jedes Krüppelheim — die orthopädischen Lazarette waren ja auch

nichts weiter als Krüppelheime, d. h. Institute mit Behandlung, Schule, Berufsausbildung und Berufsberatung zum Zwecke der wirtschaftlichen Selbständigmachung — und vor allem jeder Krüppel ist ein leuchtendes Beispiel dafür, daß man sich aus der schwersten Not erheben und befreien kann, wenn man es will. Hier liegt der Schwerpunkt: im Willen und in der Energie! Das zu betonen und immer wieder zu betonen, halte ich für meine wichtigste Pflicht, weil es immer wieder vergessen wird und man glaubt, durch komplizierte Maschinen das Elend beheben zu können. Das psychologische Moment ist das entscheidende, und deshalb ist die Krüppelfürsorge nicht nur ein wirtschaftliches Problem, sondern im höchsten Maße ein soziales und ein ethisches, und aus allen diesen drei Gründen ist es notwendig, daß endlich auch der Gesetzgeber sich dieses großen, bedeutungsvollen und so außerordentlich aussichtsreichen Fürsorgegebietes annimmt. Der Preußische Landesverband für Krüppelfürsorge hat an die preußische Landesversammlung einen Antrag gerichtet, worin er fordert, daß den unbemittelten Krüppeln ein Anspruch auf öffentliche Fürsorge gegeben wird und daß die Aufbringung der dafür erforderlichen Mittel den Gemeinden oder Gemeindeverbänden auferlegt werden soll. Ferner sollen Stellen geschaffen werden, die dafür sorgen, daß die Krüppel alle erfaßt und rechtzeitig der geeigneten Fürsorge zugeführt werden. Das ist ein sehr wichtiges Moment; denn je früher ein Krüppelgebreechen behandelt wird, um so schneller und mit um so geringeren Kosten gelingt es, eine Heilung herbeizuführen. Der Klumpfuß und die rachitische Verbiegung müssen behandelt werden, wenn sie anfangen, und nicht erst, wenn sie so hochgradig geworden sind, daß nur durch die schwersten Eingriffe eine Besserung erzielt werden kann. Diese Stellen werden hauptsächlich die preußischen Kreiswohlfahrtsämter und ähnliche Einrichtungen in den anderen Staaten sein. Nun hat die Kommission für Bevölkerungspolitik der preußischen Landesversammlung den Antrag bereits einstimmig angenommen, so daß also mit Sicherheit damit gerechnet werden kann, daß auch das Plenum der Landesversammlung diesen Antrag zum Gesetz machen wird. Das ist für uns Krüppelleute eine sehr frohe Botschaft, und wir rüsten uns auch schon dazu, die Fürsorgemöglichkeiten so weit zu ergänzen und zu erweitern, daß wir nunmehr alle erfassen und in Fürsorge nehmen können. Einen ganz ähnlichen Antrag hat die Deutsche Vereinigung für Krüppelfürsorge an die Nationalversammlung gerichtet, so zwar, daß hier ein Mantelgesetz gefordert wird, welches die großen Grundsätze festlegt, und in das dann die einzelnen Bundesstaaten ihre besonderen Bestimmungen einfügen können. Wenn jetzt Preußen unserem Antrag stattgegeben hat, so ist damit außerordentlich viel gewonnen; denn Preußen ist nicht nur der größte Teil Deutschlands, sondern in den übrigen Bundesstaaten besteht ja schon eine weitgehende Beteiligung des Staates an der Krüppelfürsorge. Die Nationalversammlung wird voraussichtlich gar nicht Gelegenheit haben, sich noch mit dem Antrag zu beschäftigen, dann müssen wir eben warten, ob das der Reichstag tut. Eines muß ich noch bemerken, daß alle Bemühungen vergeblich sind, wenn nicht Vorsorge getroffen wird, daß die Studenten an den Universitäten mehr von Orthopädie und Krüppelfürsorge lernen. Solange die Ärzte noch auf dem Standpunkt stehen, daß der Klumpfuß erst nach zwei, drei Jahren behandelt werden darf, solange einem noch Kinder mit 15 Jahren zugeführt werden, deren doppelseitige, angeborene Hüftluxation der Arzt wohl erkennt, aber mit der Bemerkung abgefertigt hat, das könne man nicht behandeln oder das hat e noch Zeit, solange die Ärzte nicht wissen, daß das Schlimmste an der Kinderlähmung die Bildung schwerer Gelenkkontrakturen ist, die zu beseitigen oft jahrelange Mühe kostet, ja vielfach unmöglich ist, so lange wird die Krüppelfürsorge immer unvollständig bleiben und den öffentlichen Geldgebern enorme Kosten verursachen, weil eben nicht rechtzeitig die Kinder vor die richtige Schmiede gebracht worden sind. Von dem Augenblick an, wo die Augenheilkunde Prüfungsfach an den Universitäten wurde, hat die Zahl der Erblindungen ganz offensichtlich abgenommen. So ist auch mit der Abnahme des Krüppeltums zu rechnen, wenn an allen Universitäten selbständige Lehrstühle mit Prüfungszwang für dieses Fach eingerichtet werden. Es gibt schon eine Reihe von Lehrstühlen, wo wieder Preußen gegenüber den anderen Bundesstaaten am schlechtesten abschneidet, aber die Studenten besuchen die Kollegs nicht in ausreichender Zahl, weil sie nicht darin geprüft werden.

Der Begriff der Sozialisierung des Heilwesens steht nicht fest. Ich möchte für mein Arbeitsgebiet ihn dahin definieren, daß, wenn man darunter Vorkehrungen versteht, die jedem Kranken rechtzeitige und richtige Hilfe gewährleisten, die beste Sozialisierung neben der Annahme der obenerwähnten Gesetze die Einführung des orthopädischen Unterrichtes mit Prüfungszwang an den Universitäten ist.

Gesundheitsstatistik.

Für die Beurteilung der sozialhygienischen Zustände sind zuverlässige Zahlenangaben über Lohnhöhe und Lebensmittelpreise unbedingt erforderlich. Solche Ziffern besaßen wir vor dem Kriege nur in Gestalt von Ergebnissen, die bei Stichproben gewonnen wurden. Wertvoll waren hier vor allem die Erhebungen des Kaiserlichen Statistischen Amtes und des Metallarbeiterverbandes (siehe A. Fischer „Grundriß der sozialen Hygiene“, S. 84). — Im Hinblick auf die in den letzten Jahren erfolgte gewaltige Steigerung der Kosten für alle lebenswichtigen Gebrauchsgegenstände wäre es nun notwendig, daß zahlenmäßige Mitteilungen hierüber veröffentlicht werden. Aber solche Quellen fließen nur spärlich, und wo sie fließen, erwecken sie keine Freude. So hat z. B. R. Kuczynski, der Direktor des Statistischen Amtes der Stadt Schöneberg, folgende Feststellungen für Groß-Berlin veröffentlicht:

„In den zwei Wochen vom 27. Oktober bis zum 9. November 1919 wurden an die Bevölkerung verteilt:

		Preis jetzt Pfennig	Preis Nov. 1913 Pfennig
4000	Gramm Brot	320	100
700	„ Kleingebäck	70	35
500	„ Weizenmehl	84	22
150	„ Hülsenfrüchte	38	6
7000	„ Kartoffeln	210	35
250	„ Rindfleisch	238	45
200	„ Speck	166	40
40	„ Butter	56	11
130	„ Margarine	156	21
200	„ Schmalz	352	27
375	„ Zucker	78	17
250	„ Marmelade	65	15
125	„ Tilsiter Käse	88	28
		1921	397

Dieselben rationierten Mengen, für die man jetzt 19.21 Mk. zahlen muß, konnte man vor 6 Jahren für 3.97 Mk. kaufen. Leider beschränkt sich die Preissteigerung nicht auf die Ernährung. Sie ist mindestens ebenso groß für Kleidung, Beleuchtung und Heizung. Die einzige wichtige Ausgabe, die nicht sehr viel höher geworden ist, ist die Miete, und diese schafft in der Tat einen kleinen Ausgleich. Es hieße den Tatsachen Gewalt antun, wollte man behaupten, auch das Einkommen der Angestellten und Arbeiter sei auf das Fünf- bis Sechsfache gestiegen. Man würde sogar schon zu günstig rechnen, wenn man im Durchschnitt eine Vervielfachung annehmen wollte. Der Reallohn ist also heute viel niedriger als vor dem Kriege.“

Ob diese Feststellungen allgemein zutreffen, ist allerdings zweifelhaft. Notwendig ist daher, daß derartige Zahlen für alle Gebiete Deutschlands gewonnen und veröffentlicht werden. Diesem Zwecke diene ein von dem Abg. Pachnicke der Deutschen Nationalversammlung vorgelegter Antrag, nach welchem für eine Statistik der Löhne und Lebenshaltung zunächst für ein halbes Jahr 500000 Mk. bewilligt werden sollen. Der Antrag wurde, ohne daß das Wort zur Begründung ergriffen werden mußte, von den Abgeordneten angenommen. Man erstrebt mit dieser Statistik, wie sie schon seit längerer

Zeit in England mit Nutzen angewandt wird, daß man die Berechtigung von Lohnforderungen jederzeit prüfen und dann einen gerechten Ausgleich der Löhne schaffen kann. Ob sich dadurch, wie manche hoffen, Streiks vermeiden lassen, ist gewiß fraglich; aber die wirtschaftlichen Kämpfe werden durch solche Feststellungen wohl an Schärfe verlieren, und zugleich werden die Sozialhygieniker ein für ihre Arbeiten wertvolles Material erhalten.

* * *

Vor dem Kriege erschien alljährlich ein vom Kaiserlichen Statistischen Amt veröffentlichter Band, welcher die Ergebnisse der Krankenversicherung jeweils des Vorjahres enthielt. Diese Publikationen boten sehr wichtige Angaben für die Beurteilung der Gesundheitsverhältnisse innerhalb der versicherten Bevölkerung. Vom Jahre 1914 an sind diese statistischen Berichte ausgeblieben. Und gerade seit dieser Zeit wären sie von besonderem Interesse gewesen, da mit Beginn des Jahres 1914 die nach der Reichsversicherungsordnung neugestaltete Krankenversicherung in Kraft trat. Da Angaben für das ganze Reich fehlen, sind die Mitteilungen über die Krankenversicherung in Bayern („Zeitschrift des Bayerischen Statistischen Landesamts“ 1919 Nr. 3) um so mehr zu begrüßen. Nach diesen Angaben waren in bayerischen Krankenkassen 1894785 Personen im Jahre 1914, dagegen nur 1314855 im Jahre 1917 versichert; die Abnahme beträgt mithin 79930 = 5,73%. Zum Vergleich sei hier bemerkt, daß im Jahre 1913, also vor der Neugestaltung der Krankenversicherung (nach der genannten Zeitschrift 1915 Nr. 1), nur 1240896 Personen Mitglieder von Krankenkassen waren. In der Zeit von 1914 bis 1917 nahm aber die Zahl der männlichen Mitglieder um 215146 = 25,45% ab, während sich die Ziffer der weiblichen Versicherten um 135216 = 24,62% vermehrte; letztere Erscheinung kennzeichnet die durch die Kriegsverhältnisse bedingte Zunahme der weiblichen Erwerbsarbeit, die unzweifelhaft zu einer Schädigung der Volksgesundheit geführt hat. Bemerkenswert ist dann weiter, wie sich die Verteilung der Mitglieder auf die einzelnen Kassenarten seit 1914 vollzogen hat. Im Jahre 1913 gehörten 648735 Mitglieder den hinsichtlich ihrer Leistungen minderwertigen Gemeindekrankenversicherungen und nur 271928 Personen den Orts-, 301579 Personen den Betriebskrankenversicherungen an. Im Jahre 1914 waren die Gemeindekrankenversicherungen beseitigt, die Ortskrankenversicherungen wiesen 985185, die Betriebskrankenversicherungen 261811 Mitglieder auf, während die neugeschaffenen Landkrankenversicherungen 126055 Mitglieder zählten; der Mitgliederstand der Innungskrankenkassen stieg von 18234 Personen im Jahre 1913 auf 21734 im Jahre 1914. — Schließlich sei noch erwähnt, daß der durchschnittliche Aufwand auf den Kopf jedes Versicherten betrug für

	1914	1917	1917 gegen 1914 in %
Ärztliche Behandlung	6.93 M	7.76 M	+ 11,98
Arznei und Heilmittel	3.02 „	3.85 „	+ 27,48
Krankenhauspflege	4.95 „	5.09 „	+ 2,83
Krankengeld	10.19 „	13.39 „	+ 31,40
Wochen-, Schwangers- und Stillgeld	— 0.85 „	1.73 „	+ 103,53

Im Verhältnis zu den Ausgaben für Arznei war mithin der Aufwand für ärztliche Behandlung — bis zum Jahre 1917 — nur wenig gestiegen. Erfreulich ist, daß an Schwangere und Wöchnerinnen unter dem Einflusse des Reichswochenhilfe-Gesetzes erheblich größere Beträge als vor dem Kriege ausgezahlt wurden.

In Ermangelung von amtlichen Zahlenangaben, die sich über das Gebiet des früheren Königreichs Bayern hinaus erstrecken, seien hier noch Ziffern angeführt, die vom Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen für das Jahr 1918 veröffentlicht wurden („Jahrbuch der Krankenversicherung 1918“, Dresden 1919). Diese 1380 Kassen mit 6282854 Mitgliedern umfassende Statistik gibt vielfach über solche Fragen, die in den amtlichen Publikationen nicht behandelt werden, Auskunft. So z. B. über die verschiedenen Arztsysteme. Hierüber wird u. a. folgendes mitgeteilt:

Arztsystem	Anzahl	Prozent	Kassen mit	Anzahl	Prozent	Mitgliedern
Bezirksärzte	172	(15,5%)	763438	(13,1%)		
Beschränkt freie Arztwahl	333	(30,0%)	2206595	(37,7%)		
Unbeschränkt freie Arztwahl	265	(23,9%)	588748	(10,1%)		
Organisierte freie Arztwahl	339	(30,6%)	2286763	(39,1%)		

Dazu bemerkt das „Jahrbuch“ noch folgendes: „In den Großstädten überwiegt die beschränkt freie Arztwahl bei 48% der Kassen und 46,3% der Mitglieder. In den Mittelstädten und in den Landbezirken überwiegt dagegen die organisierte freie Arztwahl mit 46,2% der Kassen und 49% der Mitglieder in den Mittelstädten und 27,9% der Kassen mit 35,1% der Mitglieder in den Landbezirken. In den Kleinstädten ist am meisten verbreitet die unbeschränkt freie Arztwahl mit 41,3% der Kassen mit 41,5% der Mitglieder. Da unbeschränkt freie Arztwahl und organisierte freie Arztwahl sich nicht wesentlich unterscheiden, so muß festgestellt werden, daß bedauerlicherweise die freie Arztwahl bei 54,5% der Kassen mit 49,2% der Mitglieder durchgeführt ist.“ Mit diesem letzten Satz kann man vom sozialhygienischen Standpunkt aus nicht einverstanden sein; der Sozialhygieniker muß, im Gegensatz zum „Jahrbuch“, bedauern, daß nur 54,5% der Kassen mit 49,2% der Mitglieder die freie Arztwahl besitzen.

Interessant sind auch die Angaben des „Jahrbuches“ über die Ausdehnung der Familienhilfe, woran es in den amtlichen Publikationen ganz fehlt. Es gewährten an die Angehörigen der Kassenmitglieder freie ärztliche Behandlung 349 Kassen mit 2,6 Millionen Mitgliedern, Arznei 205 Kassen mit 1,4 Millionen Mitgliedern, Krankenhauspflege 37 Kassen mit 154000 Mitgliedern, zahnärztliche Behandlung 121 Kassen mit 1 Million Mitgliedern. Dieses Ergebnis ist sehr betäubend. Und hierbei muß bemerkt werden, daß die Zustände bei den im „Jahrbuch“ berücksichtigten Kassen verhältnismäßig noch sehr günstig sind und für den Durchschnitt des Deutschen Reiches nicht zutreffen dürften; für Baden wurde jedenfalls eine erheblich geringere Ausdehnung der Familienversicherung festgestellt. (Siehe „Sozialhyg. Mitteil. f. Baden“ 1918, Heft 2 und 3, Seite 30; weiteres hierüber wird sich aus einer Erhebung, welche das Badische Arbeitsministerium soeben veranstaltet hat, ergeben.)

* * *

In der „Zeitschrift des Sächsischen Statistischen Landesamtes“ 1918 und 1919 (64. und 65. Jahrgang) veröffentlicht Dr. phil. Weißbach eine Abhandlung über „Die Gebrechlichen und ihre Versorgung“. Wir entnehmen hieraus folgende Angaben: Im Jahre 1910 wurden im Königreich Sachsen 2260 Blinde, 2421 Taubstumm und 12999 Geisteskranke, darunter 8569 Irrsinnige und 4430 Blödsinnige gezählt, zusammen also 17680 Gebrechliche, d. h. 36,76 auf je 10000 Einwohner. Über die Entwicklung während der letzten Jahrzehnte wird u. a. mitgeteilt, daß auf je 10000 Einwohner entfielen:

	1875	1900	1910
Blinde	männl. 7,90	6,82	5,35
	weibl. 7,06	6,11	4,09
	zus. 7,48	6,46	4,70
Taubstumm	männl. 6,54	6,35	5,76
	weibl. 5,67	5,00	4,36
	zus. 6,10	5,66	5,03
Geisteskranke	männl. 25,38	22,34	28,47
	weibl. 22,23	21,00	25,70
	zus. 23,67*)	21,68	27,03

Darüber, wie häufig Personen gleichzeitig mit mehreren Gebrechen behaftet sind, unterrichtet folgende für das Jahr 1910 geltende Zusammenstellung:

	männl.	weibl.	zus.
Blind und taubstumm	10	6	16
Blind und geisteskrank	27	13	40
Taubstumm und geisteskrank	19	12	31
Blind, taubstumm und geisteskrank	1	2	3

Am Schlusse dieser beachtenswerten Abhandlung, die sich auch mit der Statistik der Krüppel befaßt, wird es für wünschenswert bezeichnet, daß bei der nächsten Erhebung über die Gebrechlichen diejenigen gesondert erfaßt werden, die ihr Leiden dem gegenwärtigen Kriege verdanken. „Denn sonst würde die Beobachtung der normalen Entwicklung der Gebrechlichkeit auf Jahrzehnte hinaus unmöglich sein.“

* * *

*) Im Original heißt es offenbar versehentlich: 22,21.

In einem Aufsatz des „Berliner Lokalanzeigers“ vom 11. Dez. 1919 gibt Oberstabsarzt Dr. Bludau, der neue Medizinalreferent im Preußischen Statistischen Landesamt, eine zahlenmäßige Übersicht über die Tuberkulosesterblichkeit während des Krieges. Im Jahre 1877 starben in Preußen auf je 10000 Lebende noch 32,01 an Tuberkulose, 1903 dagegen nur 19,64, im Jahre 1913 sogar nur noch 13,65. Dagegen nahm bereits im Jahre 1914 die Mortalität an Schwindsucht zu; sie betrug:

Jahr	Todesfälle
1913	56861
1914	58777
1915	61006
1916	66498
1917	87032
1918	96844

Es starben mithin — unter dem Einfluß der Hungerblockade — in den Jahren 1914 bis 1918 wenigstens 86000 Menschen in Preußen mehr an Tuberkulose, als nach der Lage im Jahre 1913 zu erwarten gewesen wäre. Im letzten Kriegsjahr belief sich die Tuberkulosemortalität auf 22,88‰; man war also auf den Zustand des Jahres 1899 zurückgesunken.

Gesundheitsgesetzgebung und -verwaltung.

I. Deutsches Reich.

Schon bei Gelegenheit der Verfassungsberatung hatten die Unabhängigen Sozialdemokraten einen Antrag auf Vergesellschaftung des Heilwesens und Bildung eines Reichsgesundheitsministeriums mit einem Arzt an der Spitze gestellt, der aber, wie in den „Sozialh. Mitt. f. Baden“ 1919 Nr. 3 und 4 berichtet wurde, abgelehnt worden ist. Am 17. Oktober 1919 stand nun das Reichsgesundheitsamt auf der Tagesordnung der Nationalversammlung, und nun traten die Unabhängigen mit dem gleichen Antrag vor. Die Mehrheitssozialdemokraten erklärten, daß ihnen dieser Vorschlag sympathisch ist, wünschten aber, daß er vor der Abstimmung im Ausschuß gründlich geprüft wird. Hiermit waren die Antragsteller jedoch nicht einverstanden; sie verlangten sofortige Abstimmung. So kam es, daß der Antrag abgelehnt, und dadurch auch die Beratung im Ausschuß unmöglich wurde, was tief zu bedauern ist.

Aus den Darlegungen, welche der Reichsminister des Innern Koch der Antragsbegründung folgen ließ, sei hier folgendes wörtlich wiedergegeben:

„Zuviel Ministerien schaffen, heißt zuviel Reibungspunkte schaffen und gerade das Gesundheitswesen, dessen Fürsorge in den verschiedensten Ministerien gehandhabt werden muß, vom Reichswirtschaftsministerium vom wirtschaftlichen Standpunkt, vom Reichsarbeitsministerium vom Standpunkt der Arbeitersozialpolitik, in meinem Ministerium vom Standpunkte der allgemeinen Vorbeugung gegen Krankheiten — also das Gesundheitswesen würde es am schlechtesten ertragen, wenn es herausgezogen würde, so daß die gesundheitlichen Rücksichten dann nicht mehr im Schoße jedes einzelnen Ministeriums behandelt würden, sondern man von außen versuchen müßte, in die betreffenden Ministerien den Standpunkt der Gesundheitspflege hineinzubringen. Das würde der Gesundheitspflege nicht förderlich, sondern abträglich sein. Es kommt hinzu, daß das Reich auch heute noch ein Bundesstaat ist und große Aufgaben auf dem Gebiete der Gesundheitspflege bei den Ländern verbleiben, so daß auch in dieser Richtung für eine Betätigung eines besonderen Gesundheitsministeriums kein Raum ist.“

Wenn bei der ganzen Frage vielleicht die Absicht ist, ein Fachministerium zu schaffen in dem Sinne, daß auch die Leitung in der Hand eines Fachmannes liegt, so bin ich der Meinung, daß es für die oberste Leitung auf keine fachliche Vorbildung, auch auf die juristische Vorbildung nicht ankommt, sondern daß derjenige, der an der Spitze steht, seine Aufgabe nur darin sehen kann, die verschiedenen fachlichen Gesichtspunkte nach Möglichkeit zu vereinen und auszugleichen. Es soll also auch nach dieser Richtung

hin, glaube ich, in meinem Ministerium nicht daran fehlen, daß die Wünsche und Anregungen der Fachleute — und wir haben ja einen Vortragenden Rat, der Fachmann ist — in hinreichendem Maße berücksichtigt werden.“

Mit diesen Ausführungen des Reichsministers werden weder die organisierten Ärzte noch die Sozialhygieniker einverstanden sein. Ein besonderes Gesundheitsministerium ist gegenüber den zahlreichen wichtigen und weit verzweigten Fragen der Volksgesundheitspflege unbedingt erforderlich. Ebenso notwendig ist es, daß der Leiter dieses Fachministeriums ein Fachmann ist; denn mit einem Vortragenden Rat, der Fachmann ist, kann den vorliegenden Aufgaben nicht hinreichend gedient sein.

Ja, man muß in seinen Forderungen sogar noch einen bedeutenden Schritt weitergehen; man wird sich nicht einmal mit einem Gesundheitsministerium begnügen können, sondern wird auch die Bildung eines Gesundheitsparlaments verlangen müssen. In den „Sozialhyg. Mitteil. f. Baden“ 1919 Nr. 3 und 4 wurde angegeben, welche Bestrebungen in dieser Richtung sich geltend machten. Leider ist es bis jetzt nicht gelungen, mit Hilfe eines Vereins ein Gesundheitsparlament zu schaffen. Es muß daher wohl auf den ersten Vorschlag, daß die Reichsregierung ein solches Parlament berufen soll, zurückgegriffen werden. Wie berechtigt ein derartiges Verlangen ist, erkennt man daran, daß die Reichsregierung in der Sitzung der Nationalversammlung vom 5. XII. 1919 auf eine Anfrage, ob sie bereit sei, ein Weinparlament zu berufen, erklärte, sie werde Sachverständige aus den verschiedensten deutschen Weinbaugebieten einladen, um von ihnen Wünsche und Gutachten einzuholen. Wann wird sich ein Abgeordneter finden, der an die Regierung die Anfrage richtet, ob sie bereit ist, ein Gesundheitsparlament zu berufen?

* * *

Von sonstigen sozialhygienisch wichtigen Anträgen, die der Nationalversammlung unterbreitet wurden, seien folgende erwähnt: Nach einem Antrag von Frau Dr. Baum und von vielen anderen weiblichen Abgeordneten (Drucksache Nr. 1324) soll die Regierung ersucht werden, einen Gesetzentwurf vorzulegen, durch welchen die Reglementierung der Prostitution aufgehoben und die Sittenpolizei durch Organe der Gesundheitspflege und Fürsorge ersetzt wird. — Ein Antrag Arnstadt und Genossen (Drucksache Nr. 1404) wünscht, daß die Verordnung vom 5. II. 1919 betreffend die Sonntagsruhe im Handel und Gewerbe zu einem Gesetz gestaltet wird.

* * *

Wie die „Vossische Zeitung“ meldet, hat das Reichsarbeitsministerium einen Gesetzentwurf über die Arbeitslosenversicherung ausgearbeitet. Versicherungspflichtig sollen alle Kopf- und Handarbeiter vom 16. Lebensjahr an sein. Unterstützung wird nur gewährt, wenn die Arbeitslosigkeit unverschuldet ist; sie wird in der Höhe des Ortslohnes gezahlt. Die Mittel sollen zu gleichen Teilen von den Arbeitgebern und den Versicherten mit Zuschüssen des Reiches und der Gemeindeverbände aufgebracht werden.

* * *

Nach einem Bericht des „Berliner Tageblatts“ vom 22. XI. 1919 hat der Reichsminister Koch in einer Unterredung mitgeteilt, daß die Arbeiten für Gesetzentwürfe zur Bekämpfung der Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten, zur Regelung des Irrenwesens sowie gegen den Alkoholismus aufgenommen sind. Dazu ist zu bemerken: Für den einen ärztlichen Vortragenden Rat im Reichsministerium des Innern ist dies eine beträchtliche Summe Arbeit; im Verhältnis aber zu dem, was dringend zu schaffen ist, muß man es als recht wenig bezeichnen.

2. Gliedstaaten.

In der verfassunggebenden Preußischen Landesversammlung wurde am 24. Oktober 1919 ein von dem Düsseldorfer Kinderarzt Abg. Dr. Schloßmann begründeter Antrag, nach welchem den unbemittelten Krüppeln unter 18 Jahren öffentliche Fürsorge auf Grund eines Gesetzes zu gewähren ist, angenommen. Unter öffentlicher Fürsorge wurde hierbei verstanden: Rechtzeitige Auffindung der Krüppel, Behandlung heilbarer und besse-

rungsfähiger Krüppel, Berufsausbildung der Krüppel entsprechend ihrer Arbeitsfähigkeit. Anstaltsunterbringung für solche Krüppel, die ihrer bedürfen. — In der gleichen Sitzung wurde einem Antrag zugestimmt, der die Staatsregierung ersucht, sofort Maßnahmen zu treffen, daß die Aufführung von sogenannten Aufklärungsfilmen, in denen perverses Sexualleben zur Darstellung gelangt, verhindert wird. — Beide Anträge hatte der Ausschuß für Bevölkerungspolitik vorgelegt. Dieser sehr rührige Ausschuß (der nur das irreführende Wort „Bevölkerungspolitik“ in die klare Bezeichnung „Gesundheitspolitik“ umwandeln sollte) hat im November 1919 noch folgenden Antrag einstimmig angenommen: „Die polizeiliche Reglementierung der gewerbsmäßigen Unzucht ist zu beseitigen und zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und zur Überwachung der Prostitution die bisherige Sittenpolizei unter völliger Loslösung von der Kriminalpolizei in ein ausschließlich gesundheitlichen und pflegerischen Zwecken dienendes Amt umzuwandeln, an welchem außer einem Arzt eine sozial vorgebildete Fürsorgerin arbeiten soll.“

* * *

In Sachsen wurde ein Gesetz über die Wohlfahrtspflege am 30. V. 1918 veröffentlicht; dazu ist am 4. II. 1919 eine Ausführungsverordnung des Ministeriums des Innern erschienen. Das Gesetz will die Säuglings- und Kleinkinderpflege einschließlich Mutterschutz, die Wohnungspflege, die Krüppelhilfe und die Tuberkulosebekämpfung regeln. Das ganze Land wird in Pflegebezirke geteilt. Die Wohlfahrtspflege wird als eine Pflichtaufgabe der Pflegebezirke bezeichnet. Die zu bildenden Pflegeausschüsse sollen bestehen aus a) einem Beamten der Amtshauptmannschaft und 4 Vertretern der Gemeinden und selbständigen Gutsbezirke, b) 2 Vertretern der im Pflegebezirk vorhandenen Krankenkassen und c) wenigstens 6 weiteren Mitgliedern, die von den unter a) und b) Genannten hinzugewählt werden; unter diesen muß sich ein Arzt und eine Bezirkspflegerin befinden. — Ob diese Zusammensetzung des Ausschusses, bei dem ein Arzt von den unter a) und b) Genannten hinzugewählt wird, sich als zweckdienlich erweisen wird, ist allerdings recht zweifelhaft. Das Gesetz ist als ein Anfang, aber eben nur als ein Anfang einer sozialhygienischen Gesetzgebung zu begrüßen.

* * *

Der Württembergische Landtag hat am 4. Oktober 1919 ein Jugendamtgesetz beschlossen. Danach ist von jeder Amtskörperschaft und in jeder großen Stadt ein Jugendamt einzurichten und zu seiner Leitung eine Jugendkommission zu bestellen. Die Jugendämter sind für werdende Mütter, Kinder und Jugendliche bis zu 18 Jahren zuständig, die sich in ihrem Bezirk aufhalten. Die Tätigkeit der Ämter umfaßt die Förderung, wenn nötig Schaffung von Einrichtungen des Mutterschutzes, der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, die Fürsorge für Schulkinder außerhalb des Unterrichts und für die nichtschulpflichtigen Kinder, schließlich die Pflege und den Schutz der schulentlassenen Jugendlichen, sowie die Fürsorge für deren Gesundheit, insbesondere durch Unterstützung der auf diesem Gebiet tätigen Vereine und Personen. Die Jugendkommission soll ausschließlich des Vorsitzenden, der von der Amtsversammlung (Gemeindeversammlung) gewählt wird, in der Regel aus nicht mehr als zwölf Personen bestehen, von denen mindestens ein Viertel Frauen sein müssen. Von Amts wegen gehören der Kommission als Mitglieder an: der Oberamtsarzt, in den Städten der etwa bestellte Stadtarzt, der Bezirksschulinspektor, ein vom Justizministerium beauftragter Richter. Bei der Auswahl der Mitglieder müssen Personen berücksichtigt werden, die durch ihr Amt oder ihre Tätigkeit für die Jugendfürsorge sich eignen; die Vereinigungen, die sich mit der Kinder- und Jugendfürsorge beschäftigen, sind zu Vorschlägen berechtigt. Das Ministerium des Innern führt als Landesjugendamt die Aufsicht über die Jugendämter; bei dem Ministerium wird ein Landesbeirat für Jugendfürsorge errichtet. Die Verwaltungskosten der Jugendämter sind von den Körperschaften zu tragen, die das Jugendamt eingerichtet haben; auf Antrag gewährt der Staat einen Zuschuß bei Nachweis des Bedürfnisses. Das Gesetz wurde als dringlich bezeichnet. — Wie man sieht, atmet dieses Gesetz einen moderneren Geist als die obengenannte sächsische Schöpfung. Das Jugendamtgesetz wird wohl das Vorbild zu dem schon lange erwarteten Reichsjugendwohlfahrtsgesetz werden.

* * *

Das Badische Arbeitsministerium besitzt seit dem 1. Oktober 1919 eine Referentin für soziale Hygiene in der Person der Abgeordneten der Deutschen Nationalversammlung, Frau Dr. phil. Marie Baum, die sich seit vielen Jahren auf einigen Gebieten der sozialen Hygiene betätigt und manches Verdienst erworben hat. Es wäre jedoch sachdienlicher gewesen, hierfür eine Kraft mit ärztlicher Bildung und Erfahrung zu wählen. — Der badische Städtetag befaßte sich am 9. Dezember 1919 mit dem von der Regierung übersandten Entwurf einer neuen Gemeindeordnung. Aus der Veröffentlichung über die Stellungnahme des Städtetags interessiert hier, daß die örtliche Polizei unter Abweichung von dem Entwurf als Gemeindeangelegenheit anzusehen ist und den Städten grundsätzlich zustehen soll; dies soll unter anderem insbesondere von der Verwaltung des Gesundheitswesens gelten. — Das Unterrichtsministerium hat für die Monate November und Dezember 1919 den ersten Kurs zur Ausbildung von Lehrern für die Fortbildungsschulen eingerichtet; in den Stundenplan wurde auch die Sozialhygiene aufgenommen. Diese wichtige Neuerung ist dem Kreisschulrat Walter, dem Leiter des Kurses, sowie dem Unterrichtsminister Hummel zu danken, die offenbar beide erkannt haben, wie wichtig es ist, die Lehrer hygienisch aus- und fortzubilden. Auf diesem Gebiet muß in Zukunft noch wesentlich mehr geschehen. — Nach einer Meldung des „Badischen Beobachters“ hat das Badische Unterrichtsministerium auf Anregung der Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene die Gewerbe- und Handelsschulräte des Landes zu einer Äußerung darüber aufgefordert, inwieweit die Ausdehnung der schulärztlichen Untersuchungen auf die Schüler der Handels- und Gewerbeschulen erwünscht und durchführbar erscheint. Von verschiedenen Seiten sind bereits Gutachten eingegangen, meistens in zustimmendem Sinne.

3. Kreise, Gemeinden.

Dem badischen Kreistag, zu welchem sich im Dezember 1919 in Offenburg Vertreter aller badischen Kreise eingefunden hatten, wurde ein Antrag auf Errichtung von Kreiswohlfahrtsämtern vorgelegt. Diese Ämter sollen alle auf dem Gebiete der Wohlfahrtspflege liegenden Bestrebungen zu gemeinsamer Arbeit zusammenfassen, um die innerhalb der Kreise vorhandenen sozialhygienischen Notstände zu beheben. Der Antrag fand im allgemeinen eine sympathische Aufnahme. Er hat in der Tat den Vorzug, daß er nicht nur einzelne Teile der sozialen Hygiene, sondern das Gesamtgebiet ins Auge faßt. Aber diese Frage sollte durch die Gesetzgebung einheitlich für alle Teile des Landes, natürlich unter Berücksichtigung der örtlichen Verhältnisse, geregelt werden.

* * *

In München hat die sozialdemokratische Stadtratsfraktion, wie der dieser Körperschaft angehörende Arzt Dr. M. Epstein in der Münchn. med. Wochenschrift vom 28. XI. 1919 berichtet, die Schaffung eines städtischen Gesundheitsamtes mit einem Arzt an der Spitze beantragt; der Antrag wird zurzeit von einem Ausschuß eingehend beraten. In München gibt es bis jetzt noch keine Zentralstelle, von der aus alle hygienischen Angelegenheiten erledigt werden; ihre Behandlung ist vielmehr, wie noch in den meisten Städten, auf die verschiedenartigsten städtischen Ausschüsse verteilt. Epstein hat nun den Aufgabenkreis für ein in München einzurichtendes Gesundheitsamt gezeichnet. Zusammenfassend schreibt er, „daß das städtische Gesundheitsamt neben den Aufgaben der physischen Hygiene (im Sinne Fischers) auch die der sozialen Hygiene zu übernehmen habe.“ Schließlich wirft Epstein die Frage auf, wer Leiter des städtischen Gesundheitsamtes werden soll; hierauf antwortet er: „Ein tüchtiger Praktiker mit Organisationstalent und sozialhygienischer Vorbildung.“ Dazu fügt er folgende Begründung: „Die Kenntnis des sozialen Lebens, die Kenntnis der Verhältnisse, unter denen die Menschen leben, erkranken und sterben, ist ein unbedingtes Erfordernis. Der Arzt lernt in der Praxis das Leben kennen. Er muß die Kenntnis des Einflusses der sozialen Umwelt auf Leben und Gesundheit nachweisen, denn auf diesem Gebiet liegt das größte Feld seiner Tätigkeit. Nicht daß ich deswegen den reinen Hygieniker, wenn ich den mit der physischen Hygiene hauptsächlich Beschäftigten

so lernen darf, geringer einschätze. Durchaus nicht, er ist aber in der Großstadt leicht erreichbar, das hygienische Institut, die Untersuchungsanstalt für Lebensmittel, das chemische staatliche Laboratorium stehen hier im Bedarfsfalle zur Verfügung. Abgesehen davon, daß der tüchtige Sozialhygieniker durch die Schule der Hygiene, die ja die Voraussetzung der sozialen Hygiene ist, gegangen sein muß, in ihr also kein Neuling ist.“

Bestrebungen gesundheitspolitischer Vereine.

Der Deutsche Ärztetag, zu welchem sich am 27. und 28. September 1919 in Eisenach die Vertreter der organisierten Ärzte aus ganz Deutschland einfanden, befaßte sich mit dem Thema: Sozialisierung des Heilwesens, worüber der frühere Reichstagsabgeordnete Dr. Mugdan (Berlin) berichtete. Seine Ausführungen waren etwas einseitig gegen die sozialdemokratischen Tendenzen zugespitzt. So kam es, daß statt seiner Leitsätze folgender Antrag angenommen wurde: „Die Ärzteschaft als die berufene Hüterin der Volksgesundheit spricht sich dahin aus, daß die Bekämpfung der Volkskrankheiten und die soziale Hygiene durch beamtete Fürsorgeärzte und die Errichtung eines Landesgesundheitsamtes mit einem Arzt an der Spitze planvoll durchzuführen sind. Dagegen lehnt sie eine Verstaatlichung der Ärzte bezüglich der Behandlung der Kranken im Hinblick auf das unbedingt notwendige, persönliche Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Kranken und im Interesse der Kranken selbst, des ärztlichen Berufes und der ärztlichen Wissenschaft grundsätzlich ab.“ Durch die einstimmige Annahme dieses Antrages ist die zurzeit vorherrschende Stimmung der organisierten Ärzteschaft in der Frage der Sozialisierung des Heilwesens genügend gekennzeichnet; in der langen Aussprache trat kein Redner für die Verstaatlichung ein. — Der Abstimmung ging noch ein Vortrag von Prof. Dr. Krautwig (Köln), der „Die sozialhygienischen Aufgaben“ betitelt war, voran. Tatsächlich sprach der Redner jedoch über „Aufgaben und Organisation des öffentlichen Gesundheitswesens“, was sich mit dem angekündigten Thema natürlich nicht deckt. Der Redner teilte selbst, auf die Definition von A. Fischer sich stützend, das Gebiet in die physische Hygiene und in die soziale Hygiene ein. Er forderte u. a., daß die „öffentliche Gesundheitspflege in immer steigendem Maße die sozialhygienische Arbeitsrichtung verfolgen muß“. Der Beifall, den das Referat fand, war ein Zeichen nicht nur für den Wert des Vortrages, sondern auch für das erfreuliche Verständnis der Zuhörer. Nur wurde der Hinweis vermißt, daß die Ärzte sich mehr als bisher dem Studium der sozialen Hygiene widmen müssen. Mit Recht hat daher der Vorsitzende des Deutschen Ärztevereinsbundes Geh. Rat Dr. Dippe in einer Besprechung der Tagungsverhandlungen im „Ärztlichen Vereinsblatt“ alle Ärztevereine aufgefordert, sich bald und eingehend mit den sozialhygienischen Fragen zu befassen.

* * *

Am 27. und 28. Oktober 1919 hielt der Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege zu Weimar seine Jahresversammlung ab. Der Tagung ging eine Beratung darüber, ob ein Deutscher Hauptausschuß für öffentliche Gesundheitspflege (Deutsches Gesundheitsparlament) gegründet werden soll, voran. Der Plan gelangte jedoch nicht zur Ausführung; über die Gründe hierfür wird später noch zu sprechen sein. — Auf der Tagung selbst wurde zunächst die Frage der Sozialisierung des Heilwesens erörtert; Berichterstatter war Dr. A. Fischer (Karlsruhe). Er erläuterte die von einem Sonderausschuß aufgestellten Leitsätze. In diesen wird insbesondere gefordert, daß allen Deutschen die Möglichkeit einer guten ärztlichen Versorgung zu verschaffen ist, nicht nur im Falle der Erkrankung, sondern auch zur Verhütung von Krankheiten, zur Pflege der Gesundheit.“ Als wichtigste Wege zu diesem Ziel wurden vor allem die Familienversicherung, der Ausbau der sozialhygienischen Fürsorgemaßnahmen, die hauptamtliche Anstellung von Kreis- und Fürsorgeärzten sowie eine planmäßige, gerechte Verteilung der Ärzte über das ganze Land bezeichnet; auch wurde die Verstaatlichung der Krüppelfürsorge verlangt. Die Leitsätze fanden nach mehrstündiger lebhafter Aussprache einstimmige Annahme. Des weiteren sprachen Geh. Rat Prof. Dr. Abel (Jena) und Prof. Dr. Selzer (Königsberg) über die Hebung der Volkskraft durch Ernährung und Körperpflege und Landeswohnungsinspektor Reg.-Rat Dr. Kampffmeyer (Karlsruhe) über die Frage: Wie weit kann das Wohnungswesen sozialisiert werden? Auch diese Vorträge veranlaßten lange Diskussionen; die Vereinsleitung nahm jedoch davon Abstand, über die Leitsätze der Berichterstatter bezw. der betreffenden Sonderausschüsse abstimmen zu lassen.

* * *

Auf der am 25. Oktober 1919 zu Weimar abgehaltenen Tagung des Deutschen Medizinalbeamtenvereins berichteten Geh. Med.-Rat Dr. Solbrig (Breslau) und Kreisarzt Dr. Dohrn (Hannover) über die Aufgaben und Tätigkeit der Medizinalbeamten auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege. Der erste Berichterstatter forderte u. a. ein Reichsministerium für Volksgesundheit und ein Ministerium für Volksgesundheit in jedem größeren Bundesstaat, und zwar jeweils mit einem Arzt an der Spitze; der zweite Redner verlangte für jeden Kreis (bezw. jedes Bezirksamt) ein Gesundheitsamt mit einem hauptamtlich angestellten Arzt als Leiter.

Gemäß einem Vortrage, den San.-Rat Dr. Block (Hannover) auf der Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten am 17. Oktober 1919 in Berlin hielt, sollen insbesondere folgende Forderungen gesetzlich geregelt werden: Behandlungspflicht für jeden Geschlechtskranken, Behandlungszwang für alle, bei denen die Gefahr besteht, daß sie ihre Krankheit weiterverbreiten können, Untersuchungszwang für alle einer Geschlechtskrankheit dringend Verdächtigen. Dafür: Recht auf freie Behandlung. Ferner Anzeigepflicht der Ärzte Kranken gegenüber, die ihre Kur unterbrechen oder im Verdacht stehen, die Krankheit weiterzuerbreiten, Bestrafung des Geschlechtsverkehrs Kranker, Verbot der Fern- (brieflichen) Behandlung von Geschlechtskranken.

* * *

Das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose veranstaltete am 12. Juni 1919 seine Hauptversammlung, wobei u. a. Geh. Reg.-Rat Dr. Hamel (Berlin) das Thema „Über den Anstieg der Tuberkulose während des Krieges“ behandelte und Geh. Rat Prof. Dr. His (Berlin) über den „Ausbau der Tuberkulosebekämpfung“ sprach. Als Ursache der Zunahme der Tuberkulose bezeichnete der erste Redner vor allem die Unterernährung; die Tuberkulose sei schon lange als Proletarierkrankheit bekannt. Für die außerordentliche Steigerung der Tuberkulosesterblichkeit beim weiblichen Geschlecht trage die enorm große Heranziehung in der Industrie die Schuld. Auch der zweite Redner betonte, daß bei der erforderlichen Erhöhung der Widerstandskraft, neben der Körperpflege durch Leibesübungen, in erster Linie die Ernährungsfrage steht. Die im Staat zur Macht gelangte Arbeiterschaft, die jetzt noch die Bestrebungen des Zentralkomitees mit Mißtrauen betrachte, müsse zur Mitarbeit gewonnen werden. Wir brauchen nicht zu verzweifeln, da wir den ungeheuren Rückschlag wieder einbringen werden.

Bücher- und Schriftenschau.

- H. Selter:** Hygiene und Sozialhygiene. Deutsche med. Wochenschrift 1919 Nr. 41.
W. Hanauer: Hygiene und Sozialhygiene. Deutsche med. Wochenschrift 1919 Nr. 51.
W. Prausnitz: Soll der Unterricht in sozialer Hygiene von den schon bestehenden hygienischen Instituten abgetrennt werden? Münch. med. Wochenschr. 1919 Nr. 45.
Otto Burkard: Soll der Unterricht in sozialer Hygiene von den schon bestehenden hygienischen Instituten abgetrennt werden? Münch. med. Wochenschr. 1919 Nr. 50.
W. Prausnitz: Grundzüge der Hygiene. München 1920, Verlag von J. F. Lehmann.
Marie Baum: Grundriß der Gesundheitsfürsorge. Wiesbaden 1919 bei J. F. Bergmann.
H. Kossel: Wandlungen, Wege und Ziele der Seuchenbekämpfung. Akademische Rede, gehalten bei der Jahresfeier der Universität Heidelberg. Heidelberg 1919 bei J. Hörning.

Berichterstatter: Dr. A. Fischer, Karlsruhe.

Nachdem die Preußische Landesversammlung im Mai 1919 den von Abderhalden begründeten Antrag, wonach besondere Lehrstühle und Institute für soziale Hygiene an allen Universitäten zu schaffen sind, und die Lehrer der sozialen Hygiene abwechselnd mit den Lehrern der physischen Hygiene die medizinischen Kandidaten prüfen sollen (vgl. „Sozialhygienische Mitteilungen“ 1919, Heft 3 und 4), angenommen hat, äußern sich nunmehr auch die Ordinarien der Hygiene zu dieser beabsichtigten Neuerung, die in diesen Kreisen, wie zu erwarten war, keine Zustimmung fand. Gegen die von mir vorgeschlagene Einteilung der öffentlichen Hygiene in die physische und die soziale Hygiene, von der auch Abderhalden bei seinen Darlegungen ausging, wurde nichts vorgebracht. Dagegen stoßen die aus dieser Differenzierung sich ergebenden Folgerungen (nebenbei bemerkt: zu der Forderung betreffend Prüfung in der sozialen Hygiene war ich selbst nicht gelangt!) auf Widerstand.

Hier ist zunächst ein Aufsatz des Königsberger Hygieneprofessors Selter zu nennen. Er hält Abderhalden entgegen, daß die Hygienischen Universitätsinstitute sich ja der

sozialen Hygiene annehmen, bemerkt aber immerhin, daß die soziale Hygiene in dem Unterricht noch mehr berücksichtigt werden könnte. Nach Selter ist auch nichts dagegen einzuwenden, „daß das Wort Sozialhygiene in die Prüfungsprotokolle aufgenommen wird“; die Zahl der Prüfungsfächer dürfe jedoch nicht ohne zwingende Notwendigkeit vermehrt werden. Man sieht: Selter kommt den Forderungen der Sozialhygieniker einen Schritt entgegen, geht dann aber gleich wieder zurück. Beachtenswert ist übrigens seine Mitteilung, daß er seine Hygienevorlesung in zwei Abschnitte teilt; er faßt in dem einen Semester die Kapitel der sozialen Hygiene, in dem andern Semester die übrigen Kapitel zusammen. Es ist nur bedauerlich, daß er nicht zugleich angibt, was die Kapitel der sozialen Hygiene behandeln. — Den Darlegungen Selters ist der Frankfurter Dozent für soziale Medizin Hanauer entgegengetreten. Er weist darauf hin, wie wenig die Hygienischen Universitätsinstitute an den Arbeiten der bekanntesten Zeitschriften und Sammelwerke, soweit sie die soziale Hygiene betreffen, beteiligt sind, und betont, daß die sozialhygienische Wissenschaft am wenigsten von den Vertretern der Hygiene an den Universitäten gefördert worden ist und daher auch von diesen nicht doziert werden sollte.

Auch der Grazer Hygieneprofessor Prausnitz nimmt zu dem Problem, ob das Gebiet der sozialen Hygiene und das der physischen Hygiene zugleich von einem Hygieniker, von einem Institut bewältigt werden können, Stellung. Er schreibt: „Da ich zu den wenigen Hygienikern gehöre, welche ihr sozialhygienisches Herz nicht erst in den letzten Jahren entdeckt haben, möchte ich an den Erfahrungen meines Instituts den Beweis liefern, daß es selbst unter den verhältnismäßig recht bescheidenen Verhältnissen einer kleineren österreichischen Universität möglich war, recht weitgehenden Anforderungen in bezug auf Forschung und Unterricht auf physisch- und sozialhygienischem Gebiet nachzukommen. . . .“ Recht sonderbar klingt diese Angabe eines Ordinarius der Hygiene. Danach haben also die meisten Hygieniker erst in den letzten Jahren ihr sozialhygienisches Herz entdeckt. Und wie steht es, so muß ich fragen, mit dem sozialhygienischen Wissen und mit der sozialhygienischen Begabung? Und dennoch halten die Hygieneordinarien die Trennung der beiden Forschungsgebiete nicht für notwendig? Aber Prausnitz sucht ja gerade zu beweisen, daß diese Trennung nicht nur nicht von Vorteil, sondern von Nachteil wäre, und er teilt mit, daß von 250 wissenschaftlichen Veröffentlichungen seines Instituts 50 zur sozialhygienischen Richtung zu zählen sind.

Bevor ich mich zu diesen Darlegungen äußere, wollen wir hören, was Burkard, der Prausnitz als seinen Lehrer verehrt und an der gleichen Universität Dozent für soziale Medizin ist, zu jenen Ausführungen meint. Er schreibt: „. . . Doch glaube ich, daß die Ausführungen von Prausnitz und die darauf gestützten Schlußfolgerungen dasjenige nicht erschöpfen, was die junge Bewegung, die auf eine stärkere Betonung sozialer Momente in der medizinischen Forschung und Lehre hinzielt — und um diese handelt es sich wohl — vor allem im Auge haben muß. Das Wesen dieser Bewegung sehe ich darin, den Ärzten soziales Verstehen und Empfinden zu vermitteln und ihnen im Rahmen des ärztlichen Berufes die Wege zu weisen, beides in die Tat umzusetzen. Daß es einem Großteil der Ärzte heute daran gebricht, steht ebenso außer Zweifel wie die Tatsache, daß dieser Mangel dem ärztlichen Wirken überhaupt empfindlich Abbruch tut, indem er den Nutzeffekt ärztlicher Arbeit für das Ganze herabdrückt und schmälert.“ Burkard zählt dann die wichtigsten Gebiete auf, die dem Mediziner vorzutragen sind, um eine Durchdringung ärztlichen Denkens mit sozialem Verstehen anzubahnen. Dies Arbeitsgebiet überschreitet nach seiner Meinung bereits den Rahmen der heute in den medizinischen Schulen bearbeiteten Materie; es trägt zu sehr den Charakter der in sich geschlossenen Selbständigkeit, als daß es anders als selbständig behandelt werden kann.

So äußert sich ein Schüler von Prausnitz, der doch offenbar weiß, was in dem Hygienischen Institut zu Graz geboten wird; und überdies ist zu betonen, daß Burkard, so treffend seine Darlegungen an sich sind, das zu bearbeitende Gebiet zu eng absteckt, indem er es einseitig unter dem Gesichtswinkel der Ausbildung der Ärzte abgrenzt. Auch in dem Institut von Prausnitz scheint nicht alles soziale Hygiene zu sein, was als soziale Hygiene glänzt. Zu dem Willen, neben der physischen Hygiene auch die soziale Hygiene hin-

reichend zu bearbeiten, muß auch das Können treten; aber hier versagt selbst die sehr schätzenswerte Kraft eines Prausnitz.

Dies erkennt man mit aller Deutlichkeit, wenn man die neueste, das ist die elfte Auflage der „Grundzüge der Hygiene“ von Prausnitz betrachtet. An den bisherigen Auflagen dieses Buches war nur eines falsch: der Titel. Das Buch enthielt nämlich nie die Grundzüge der Hygiene, sondern immer nur die Grundzüge der physischen Hygiene. Im übrigen verdiente es jedes Lob als Lehrbuch der physischen Hygiene. Im Vorwort zu der neuesten Auflage wird nun aber behauptet, daß der sozialen Hygiene, ihrer jetzigen (!) Bedeutung gemäß, besondere Aufmerksamkeit zugewandt wurde. Trotz dieser „besonderen Aufmerksamkeit“ wird der Leser des Buches darin kein Wort über Berufsgliederung, Mutterschutz, Lebenshaltung, Gartenstadt, Heimstätten, Familienhilfe, Invaliditätsursachen, Waldschulen, Schulschwestern usw. finden, wohl aber wird er unterrichtet (z. B. nach der ersten Seite des Sachregisters) über Adipocire, Aphanozoen, Arthrosporen, Autan usw. Bezeichnend ist dann z. B. ferner, daß in dem 761 Seiten umfassenden Lehrbuch, welches das gesamte Gebiet der Hygiene zur Darstellung bringen will, sich sechs Zeilen mit der so wichtigen Altersklasse der Kleinkinder befassen. Das Buch von Prausnitz ist eben auch in der neuesten Auflage, was es war, ein vorzügliches Lehrbuch der physischen Hygiene, aber eben nur der physischen Hygiene, auch wenn jetzt ein paar Stücke aus der sozialen Hygiene eingefügt wurden. Auch hier gilt der Satz: Quantität wird zur Qualität. Um ein Lehrbuch der Hygiene, d. h. der physischen und der sozialen Hygiene zu schaffen, hätte es ganz anderer Quantitäten auf sozialhygienischem Gebiete bedurft. Dies Buch beweist nur, daß sein Verfasser trotz seiner Liebe zur sozialen Hygiene sich dieses Gebiet nicht so zu eigen hat machen können, um hierüber ein Lehrbuch zu schreiben. Würden die Mediziner von sozialer Hygiene nicht mehr wissen, als in dem Buche von Prausnitz zu finden ist, so würden sie auf diesem Gebiet Laien bleiben und von jeder Fürsorgeschwester, die das nun zu besprechende Buch von Marie Baum gelesen hat, beschämt werden.

Der 374 Seiten umfassende „Grundriß der Gesundheitsfürsorge“, herausgegeben von Dr. phil. Marie Baum unter Mitwirkung von zwei Ärztinnen sowie drei weiblichen und drei männlichen Nichtmedizinern ist zum Gebrauch für Schwestern, Kreisfürsorgerinnen, Sozialbeamtinnen und andere Organe der vorbeugenden offenen Fürsorge bestimmt. Man kann das Buch, das Abhandlungen über Wohnungswesen, zweckmäßige Lebensführung, Jugendfürsorge, Fürsorge für Tuberkulose, Trinker, Geschlechtskranke, Krüppel sowie über Fürsorge im Anschluß an Beruf und Erwerb und über die Träger und Organe der Gesundheitsfürsorge enthält, ruhig empfehlen; denn es ist ein durchaus gediegenes Werk, das den ins Auge gefaßten Zweck, für die Schulung eines tüchtigen sozialhygienischen Hilfspersonals zu sorgen, wohl erfüllen wird. Aber auch dies Buch fordert einige kritische Bemerkungen heraus; sie richten sich jedoch nur gegen die Herausgeberin, während ihre Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen volle Anerkennung für ihre trefflichen Darlegungen verdienen. Der „Grundriß“ ist lückenhaft; es fehlt z. B. das wichtige Kapitel über das Wohnungswesen, über das doch wohl auch Fürsorgerinnen zu unterrichten sind. Für einen Fehler halte ich es sodann, daß, wenn schon für das eine Kapitel „Wohnung und Wohnungsfürsorge“ zwei Bearbeiter herangezogen werden, nicht wenigstens der eine ärztlich geschult und erfahren ist. Diese und andere Mängel beeinträchtigen aber den Wert des Buches im ganzen nicht, soweit dies für den praktischen Gebrauch bestimmt ist. Es finden sich hier jedoch auch theoretische, aus der Feder der Herausgeberin stammende Ausführungen, welche, wenn sie gelesen und beachtet werden, die schon vorhandene Verwirrung in der sozialhygienischen Nomenklatur noch vergrößern werden. Marie Baum hält sich nämlich nicht an die in der hygienischen Literatur üblichen Bezeichnungen; ob dies bewußt oder aus Unkenntnis der einschlägigen Literatur geschieht, ist nicht feststellbar. Aber es ist jedenfalls zu mißbilligen, daß sie den gewohnten Ausdruck „Gesundheitstechnik“ (für Kanalisation, Wasserversorgung) vermissen läßt und statt dessen den Namen „äußere hygienische Kultur“ erfindet. Was ist dann, so muß man fragen, die „innere hygienische Kultur?“ Etwa das, was wir sonst „soziale Hygiene“ nennen? Aber an Stelle hiervon sagt sie einfach „Gesundheitsfürsorge“. Spricht sie von der Umwelt, so meint sie die

soziale Umwelt; daß es auch eine physische Umwelt gibt, ein Ausdruck, den man bereits seit Pettenkofer benutzt, erfährt die Leserin des Baumschen Buches nicht. Und dann wird gar zwischen der allgemeinen und der das Individuum berührenden Sozialhygiene unterschieden. Dies versteht kein Fachmann, um wie viel weniger eine Fürsorgeschwester. Hätte sich die Herausgeberin bei diesen theoretischen Darlegungen an die vorhandene, bereits umfangreich gewordene Literatur, die von ihr mit keinem Wort erwähnt wird, gehalten, ihr Buch, mit dem sie sich ohne Zweifel ein Verdienst erworben hat, hätte dadurch nur gewonnen.

Unmittelbar vor Abschluß dieser Nummer erschien die von dem Heidelberger Hygiene-professor H. Kossel gehaltene Rektoratsrede im Druck. Kossel beschäftigt sich am Schluß dieser Rede auch mit den sozialhygienischen Bestrebungen, insbesondere mit dem Unterricht in der sozialen Hygiene. Er wünscht, daß die Ärzte sowie die künftigen Verwaltungsbeamten, Volkswirtschaftler, Geistlichen und Lehrer schon auf der Universität für die sozialhygienische Mitarbeit geschult werden. Daß im Rahmen des Hygieneunterrichts auf den Universitäten der angehende Arzt „in die mit der Gesundheitspflege in Beziehung stehenden sozialen Aufgaben eingeführt werden muß“, bezeichnet er als selbstverständlich. Aber gegen die Forderung, daß der Unterricht von der „mehr experimentell-biologischen Hygiene“ getrennt und durch besondere Lehrkräfte, wenn möglich in selbständigen sozialhygienischen Instituten, erteilt werden soll, hat er Bedenken; die Ausbildung dürfe nicht wieder durch ein Spezialfach belastet, und der neue Zweig dürfe nicht vom Stamm der Hygiene gelöst werden, wenn er nicht Schaden leiden soll. Hierauf ist allerdings zu erwidern, daß die Sozialhygieniker, die diesen Zweig ohne die Hilfe der Hygienischen Institute zur Blüte gebracht haben, doch wohl am besten wissen werden, was ihrem Werke frommt. Immerhin muß betont werden, daß die Rede Kossels ein höheres Verständnis für die sozialhygienischen Aufgaben darbietet als die bekannte Rektoratsrede von Rubner aus dem Jahre 1905.

Karl Kißkalt: Einführung in die Medizinalstatistik. Mit 4 Abbildungen. 142 S. Leipzig 1919, bei Georg Thieme.

Berichterstatter: Dr. A. Groth, Dozent für Medizinalstatistik an der Universität München.

Kißealt hat es sich zur Aufgabe gemacht, eine leicht faßliche Anleitung zu selbständigen wissenschaftlichen Arbeiten zu geben in der richtigen Auffassung, daß die Unkenntnis der statistischen Methodik und Technik mit die Ursache ist, daß die Zahl der wirklich wissenschaftlichen Arbeiten auf medizinalstatistischem Gebiete so gering ist. Wir sind heute daran gewöhnt, auch da von statistischen Arbeiten zu sprechen, wo es sich lediglich um Beibringung und Aneinanderreihung zahlenmäßiger Nachweise als Belege für irgendwelche medizinische Behauptungen handelt. Wenn das Buch von Kißealt nur den Zweck hätte, den wirklichen Wert dieser sehr häufig kritiklosen Anführung von Zahlenmaterial kennen zu lernen, so würde es allein schon deshalb nicht umsonst geschrieben worden sein. Wichtiger ist, daß die Ärzte, welche sozialhygienisch und medizinalstatistisch arbeiten wollen, auf die Wichtigkeit der selbständigen Beschaffung von Urmaterial und die Art seiner Gewinnung hingewiesen werden; denn in der meist durch äußere Umstände bedingten Unzulänglichkeit der amtlichen Nachweise, welche häufig die einzigen Quellen medizinalstatistischer Arbeiten darstellen, liegt die weitere Ursache, daß medizinalstatistische Untersuchungen, welche durch die Art der Fragestellung, Aufbereitung und Verarbeitung wirklich wissenschaftlichen Charakter zeigen, verhältnismäßig selten sind. Auch hier gibt das Buch von Kißealt soviel, daß sein Studium ernstlich empfohlen werden darf.

Möbmer: Die Grenzen der Säuglingsfürsorge. Blätter für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge. 11. Jahrgang, 1. Heft, Oktober 1919.

Berichterstatter: Kinderarzt Dr. R. Behrens, Karlsruhe.

An das Fürsorgewesen im allgemeinen werden jetzt so hohe Anforderungen gestellt, daß es fraglich wird, ob alle berechtigten Ansprüche erfüllt werden können.

Außer den finanziellen Gründen gibt es, wie der in Landshut als Kinderarzt tätige Verfasser darlegt, noch andere vom Geld unabhängige, welche der Säuglingsfürsorge im besondern Grenzen ziehen und in den Eigenschaften der Gebenden und Nehmenden begründet sind.

Als Maßstab für die Säuglingsfürsorge darf nicht die Zahl der beratenen Mütter, Menge der verteilten Merkblätter usw. gelten, sondern nur die Tatsache des Sinkens der Sterblichkeit.

Zur Erfüllung des Zwecks der Säuglingsfürsorge ist außer Geldmitteln und geeigneten Trägern der Fürsorge die Bereitwilligkeit der Nehmer der Fürsorge Voraussetzung. Denn bei den Eltern, welche in dem Kinde nur eine Last sehen, ist die Säuglingsfürsorge von vornherein unwirksam. Ferner ist die Fürsorge dort erfolglos, wo die Eltern an Minderwertigkeit leiden. Es müßte deshalb die Säuglingsfürsorge bereits bei den Eltern beginnen: Krankheitsheilung eventuell Verzicht auf Nachkommenschaft durch Anrufung des Verantwortlichkeitsgefühls.

Es genügen zur wirksamen Hilfe nicht Geld und gute Ratschläge der die Fürsorge Ausübenden, sondern es müssen die von der Fürsorge Bedachten den unumstößlichen Willen haben, an der Verbesserung ihrer Lage mitzuarbeiten; denn die Faulen werden trotz aller Belehrung und reichlichen Unterstützung immer wieder in ihren alten Schlendrian zurückkehren und alles beim alten lassen. Deshalb sollen die Mittel nur dort verwendet werden, wo man sich einen wirklichen Erfolg versprechen kann.

Die temperamentvollen Ausführungen des Verfassers sind sicher allen Kennern der Sachlage aus dem Herzen gesprochen und verdienen die Aufmerksamkeit aller, nicht nur der in der Säuglingsfürsorge Arbeitenden.

W. Kruse und Paul Selter: Die Gesundheitspflege des Kindes. Stuttgart 1914. Verlag von F. Enke. 794 S.

G. Tugendreich: Die Kleinkinderfürsorge. Verlag von F. Enke, Stuttgart 1919. 199 S. Berichterstatter: Prof. Dr. med. Lust, Heidelberg.

Das noch vor dem Kriege unter Mitarbeit zahlreicher bewährter Kräfte erschienene Werk von Kruse und Selter soll hier nur der Vollständigkeit wegen kurz erwähnt werden. Einer besonderen Empfehlung dürfte es heute kaum mehr benötigen, nachdem es für alle Kreise, ärztliche wie nichtärztliche, denen die Gesundheitspflege des Kindes (im weitesten Sinne) obliegt, längst zum unentbehrlichen Nachschlagebuch geworden ist.

Wer Tugendreichs „Mutter- und Säuglingsfürsorge“ als eine der inhaltreichsten monographischen Darstellungen dieses Gegenstandes schätzen gelernt hat, der trotz ihres Alters von fast zehn Jahren heute noch nichts gleichwertiges an die Seite gestellt werden kann, wird mit einer gewissen Erwartung einer Fortsetzung für das Kleinkindesalter entgegengesehen haben. Ich fürchte, es wird dann noch manchem so gehen wie mir, der nach der Lektüre des Buches diese Erwartung nicht als erfüllt bezeichnen muß. Auch wenn man zugibt, daß wir heute noch mitten in der Entwicklung der Fürsorge für diese Altersperiode stehen und erst über eine verhältnismäßig kurze Erfahrung verfügen, so läßt sich doch nicht übersehen, daß dieses vielgestaltige Problem allzu vereinfacht angepackt und allzu kompendiös dargestellt wurde, als daß der Erfahrene sich Rat in schwierigen Einzelfragen, der Unerfahrene sich ausreichende Unterweisung für sein praktisches Vorgehen verschaffen könnte. Gegen den Inhalt der einzelnen Kapitel, die zum Teil von Tugendreich selbst, zum Teil von erfahrenen Mitarbeitern (Guradze, Mecke, Sellmann) herühren, läßt sich kaum etwas einwenden. Tugendreichs knappgefaßte Abhandlung „über die körperliche Entwicklung und Pflege des Kleinkindes“, sowie über die „ärztlichen Anforderungen an Einrichtungen und Betrieb der Anstalten für Kleinkinderfürsorge“ verraten den erfahrenen Fürsorgearzt. Die geringe Einschätzung des Fettes für die Nahrung der Kleinkinder möchte ich allerdings nicht ganz unterschreiben, da das Fett nicht nur nach seinen kalorischen, sondern auch nach seinen „spezifischen“ Eigenschaften (Vitaminträger!) bewertet werden muß. Noch am erschöpfendsten ist der

Bericht Johanna Meckes über den „Kindergarten“, und in besonders fesselnder Weise schildert Sellmann „das Seelenleben des Kindes“, ein Kabinettstück leicht faßlicher Darstellung. Dagegen scheint mir das Kapitel „Statistik der Kleinkinder“ von Guradze trotz bzw. wegen seines überreichen Zahlenmaterials, das ein Drittel des ganzen Buches einnimmt, sich in den Rahmen des übrigen, das sich inhaltlich wie darstellerisch ja nicht an den Fachmann, sondern vorwiegend an den Laien wendet, kaum mehr entsprechend einzupassen. Sein Wert wird noch außerdem dadurch beeinträchtigt, daß die durch die Kriegsjahre bedingten neuen Verhältnisse keine gebührende Berücksichtigung erfahren haben. Vermißt man schon hier jegliches Eingehen auf die heute doch im Brennpunkt aller Kleinkinderfürsorge stehende Tatsache der beträchtlichen Zunahme der Tuberkuloseinfektion und Tuberkuloseerkrankungen, so sucht man auch vergeblich an einer anderen Stelle eine Erwähnung dieses jetzt so aktuellen Problems. Auch daß die Krüppelfürsorge nicht berücksichtigt wurde, wird von vielen als Mangel empfunden werden. Ebenso hätte eine erneute Darstellung des Krippenwesens (trotz seiner Abhandlung in Tugendreichs „Säuglingsfürsorge“) den Überblick über die Einrichtungen der Kleinkinderfürsorge in sehr wertvoller Weise zu ergänzen vermocht. So bleiben mancherlei Wünsche übrig, deren Erfüllung der hoffentlich „sehr erweiterten 2. Auflage“ vorbehalten bleiben möge.

H. Selter: Handbuch der deutschen Schulhygiene. In 4 Einzelabteilungen. Dresden 1919, bei Steinkopf.

Berichterstatter: Stadtschularzt Med.-Rat Dr. Stephani, Mannheim.

Das wertvolle Buch ist bereits vor dem Kriege erschienen, durch den Verlag aber neuerdings in einzelnen Abschnitten herausgegeben worden, um den dafür interessierten Kreisen die Anschaffung zu erleichtern. Die großen Geschehnisse des Weltkrieges haben die allgemeine Aufmerksamkeit von dieser Bereicherung unseres deutschen Schrifttums leider etwas in den Hintergrund gedrängt. Bei der erhöhten Bedeutung, die aber im Wandel der Zeiten jedem Einzelzweige der sozialen Medizin zukommt, ist es wohl berechtigt, gerade in diesen Blättern auf das Buch zurückzukommen.

Dem Verfasser kam es, wie der Titel besagt, darauf an, den Stand der ausgesprochen deutschen Schulhygiene zu schildern. Der Gedanke muß als glücklich bezeichnet werden, weil die übrigen klassischen deutschen Werke von Baginsky, von Eulenburg und Bäch sowie von Wehmer die neueren Forschungen mangels fehlender Nachbearbeitung nicht berücksichtigen und mittlerweile durch das immer auf der Höhe der Zeit gebliebene Werk der österreichischen Verfasser Burgerstein und Netolitzki in den Hintergrund gedrängt wurden. Für seinen Stoff hat Selter aber auch eine andere Einteilung gewählt. Die einzelnen in Betracht kommenden Kapitel sind nicht nur scharf getrennt, sondern auch durch verschiedene namhafte Vertreter der Einzelgebiete bearbeitet. Es entstand dadurch ein Gesamtbild, das die Richtung, die Arbeitsfülle und die Fortschritte in vorzüglicher Weise wiedergibt, welche auf dem Gebiete der Schulhygiene in unserem engeren deutschen Vaterlande geleistet wurden.

Das Gesamtwerk beginnt mit einem einleitenden Kapitel von weil. Geh. Med.-Rat Dr. Leubuscher-Meiningen, der wie kein zweiter geeignet war, die Geschichte der Schulhygiene in vorzüglicher Geschlossenheit darzustellen.

Der erste große Hauptteil und der I. Teil der Einzelausgaben behandelt die Hygiene des Schulhauses und seiner Inneneinrichtungen. Er ist von Prof. Selter-Königsberg selbst bearbeitet. Der neuzeitliche Schulhausbau und die dafür allgemeingültigen Grundsätze sind übersichtlich behandelt. Die Ansichten der verschiedenen Bearbeiter werden, soweit sie überhaupt der Berücksichtigung wert sind, angeführt. Dabei ist eine Auslese des wirklich Brauchbaren und praktisch Wertvollen getroffen, die eine feste und sichere Führung für das ganze Gebiet gibt. Eine sehr geschickte Auswahl guter Pläne und Abbildungen erläutern das Gesagte in recht guter Weise.

Der zweite Hauptteil (II. Teil der Einzelausgaben) stellt die Hygiene des Unterrichtes dar. „Die Leistungen des Nervensystems und seine Beziehungen zur Unter-

richtshygiene" sind von Prof. W. Fröhlich-Bonn unter besonderer Berücksichtigung der feineren Anatomie und Physiologie des Nervensystems und der Wechselbeziehungen der Tätigkeit der Großhirnrinde und ihre Inanspruchnahme bei der Unterrichtsarbeit in guter allgemeinverständlicher Schilderung behandelt. Bürgerschullehrer H. Graupner-Dresden befaßte sich im „speziellen Teil der Unterrichtshygiene“ mit den neuesten Errungenschaften der Psychologie, mit der Hygiene der Stimme und Sprache, sowie der Behandlung der Sprachfehler, wertet die Schwerhörigkeit für den Unterricht, geht auf die gesundheitlichen Gesichtspunkte des Lesens und Schreibens ein und bespricht bei der „Anordnung des Unterrichtes“ die verschiedenen Schulsysteme und die ungeteilte Unterrichtszeit.

Der dritte Hauptteil umfaßt zunächst unter der Überschrift Hygiene des Schulkindes 1. „die Fürsorge für das vorschulpfflichtige Kind“, 2. „die körperliche Entwicklung des schulpfflichtigen Alters“ und 3. „die krankhaften Störungen des Schulkindes“. Das erstgenannte Kapitel hat den Kinderarzt Rich. Flachs-Dresden zum Verfasser, das zweite ist von dem auf dem Gebiete der körperlichen Erziehung allbekanntesten Prof. Dr. F. A. Schmidt-Bonn, das dritte von Prof. v. Drigalski-Halle geschrieben. Der Reihe nach folgen die Kapitel „Entwicklung des Kleinkindes“, „Fürsorgeeinrichtungen für die vorschulpfflichtige Jugend“, „körperliche und geistige Entwicklung vom Schuleintritt bis zum Schulaustritt“, „körperliche Übung“, „Schulfürsorge“, „Schülerkrankheiten“, wie sie vornehmlich bei den Reihenuntersuchungen gefunden werden, „übertragbare Krankheiten“. Selbst eine Übersicht über Kinderheilanstalten und dergleichen ist beigegeben, welche letztere allerdings auf Vollständigkeit keinen Anspruch machen kann. Im vierten Abschnitt dieses Teiles bietet weil. Geh. Med.-Rat Dr. Leubuscher einen für jeden in das Gebiet neu sich einarbeitenden Arzt sehr brauchbaren Führer für das „Schularztwesen und den schulärztlichen Dienst“.

Der folgende vierte Hauptteil handelt von der Hygiene des Lehrberufes und Ausbildung der Lehramtskandidaten in der Gesundheitspflege. Weil. Geh. Med.-Rat Leubuscher schildert die eingehenden Studien, die er selbst auf dem Gebiete der „Erkrankung der Lehrer und Lehrerinnen“ gemacht hat. Vom gleichen Verfasser wird dann die Dringlichkeit der „Ausbildung der Lehramtskandidaten in der Gesundheitspflege“ eingehend begründet und die zweckmäßige Auswahl und Anordnung des Stoffes für einen solchen Unterricht klargestellt. Die „sexuelle Pädagogik“ wird im Schlußkapitel von Dr. R. Flachs-Dresden in sachkundiger Weise abgehandelt. — Dritter und vierter Hauptteil bilden den Band III der Einzelausgaben.

Am fünften Hauptteil (Band IV) das schwachbegabte Schulkind haben sich zum Schlusse wieder zwei verschiedene Bearbeiter beteiligt. „Die Einrichtungen der Hilfsschulen und den Unterricht in den Hilfsschulen“ beschreibt der langjährige Vorsitzende des Deutschen Hilfsschulverbandes, Stadtschulrat Dr. Wehrhahn-Hannover, und legt dar, in welcher zweckmäßiger und erfolgreicher Weise Deutschland diese Fragen gefördert hat. „Die Ursachen des jugendlichen Schwachsinnes und seine Behandlung in der Hilfsschule“ stellte Prof. F. A. Schmidt-Bonn schön und klar zusammen.

So entstand unter der Schriftleitung von Prof. Selzer ein sehr gediegenes Sammelwerk, das weitgehendste Beachtung verdient und dem auch der Verlag Steinkopf eine sehr hübsche Ausstattung gegeben hat.

Max Diefke: Sozialisierung der Mietwohnungen. Schriften des Zentralverbandes der Haus- und Grundbesitzervereine Deutschlands. Heft 14. Spandau 1919; Verlagsbuchhandlung des Zentralverbandes der Haus- und Grundbesitzervereine Deutschlands.

Georg Haberland: Wie kommen wir aus der Wohnungsnot heraus? Berlin 1919, Verlag von A. Unger.

Berichterstatter: Architekt R. Curjel, Karlsruhe.

Die Schrift von Diefke bespricht die Veröffentlichung von Hans Kampffmeyer in Karlsruhe: „Wohnungsnot und Heimstättengesetz.“ Nach einer kurz zusammengefaßten Inhaltsangabe geht Diefke auf die Einzelheiten näher ein und kommt im ganzen zu einer

Ablehnung der gemachten Vorschläge. Richtig findet er die Ausführungen Kampffmeyers bezüglich der Neuorganisation des Hypothekenwesens. In wirtschaftlicher, insbesondere aber in politischer Hinsicht hält der Verfasser den Kampffmeyerschen Plan für gefährlich.

Die Veröffentlichung von Haberland bearbeitet sieben Fragen, von denen die ersten fünf auf Berliner Verhältnisse zugeschnitten sind, während die beiden letzten allgemeiner behandelt werden.

Nach Ansicht des Verfassers wird eine Entvölkerung Groß-Berlins auf die Dauer nicht eintreten. Handel und Gewerbe werden wieder zur Blüte gelangen und damit in Groß-Berlin und den übrigen Großstädten reichlich Beschäftigung sich finden. Das Allheilmittel sieht er in der Steigerung der Arbeitsleistung. Die arbeitende Bevölkerung will und muß häufig in der Nähe der Arbeitsstätte wohnen, und so kommt nach Ansicht des Verfassers eine Ansiedelung auf dem Lande in vielen Fällen nicht in Frage.

Im zweiten Kapitel wird die Lage des Wohnungsmarktes besprochen, und diese als trostlos geschildert. Die Verhältnisse haben keine wesentliche Besserung erfahren durch die im dritten Kapitel besprochene Zuschußwirtschaft. Diese hat, insbesondere in der Stadt, deshalb keine Besserung der Wohnverhältnisse gebracht, weil die Zuschüsse in erster Linie dem Flachbau vorbehalten waren. So kommen sie meist kleineren Gemeinden und gemeinnützigen Baugenossenschaften zugute.

Verfasser spricht dann im vierten Kapitel über die Wirtschaftlichkeit der verschiedenen Bauformen. Wenn ihm auch zugegeben werden muß, daß namentlich in Großstädten es nicht immer möglich sein wird, das Ideal des Einfamilienhauses zu erreichen, so sollte dies doch nicht dazu führen, erneut dem vier- und fünfstöckigen Miethause das Wort zu reden, ja dasselbe an erste Stelle zu rücken. Wo die Verhältnisse zum Bau von Miethäusern zwingen, sollte die obere Grenze das Miethaus mit drei Wohngeschossen bilden, am besten mit nicht mehr als sechs Wohnungen, also zwei im Stock, an jeder Treppe. Als ein vorzügliches Beispiel derartiger Bebauung seien hier die Neubauten am Thielen- und Hartmannplatz der Kolonie Alfredhof in Essen genannt.

Wenn der Verfasser im fünften Kapitel (die bisherige Art der Wohnungsversorgung) zu dem Schluß kommt, daß dieselbe in den letzten 44 Friedensjahren in Groß-Berlin nicht versagt habe, so mag dies im allgemeinen zutreffen für die Zahl, keineswegs aber für die Beschaffenheit insbesondere der kleinen Wohnungen. Und wenn jetzt das Bestreben dahin geht, auch die kleinen und kleinsten Wohnungen hygienisch besser zu gestalten, so ist diese Forderung nicht nur berechtigt, sondern geradezu bedingt durch die tief gesunkenen allgemeinen Gesundheitsverhältnisse der meisten Bevölkerungsschichten.

Das sechste Kapitel handelt über die Hemmnisse der Neubautätigkeit. Wenn in diesem Teil der Schrift der Verfasser Baukostenzuschüsse auch für Bauunternehmer und Gewerbetreibende verlangt, kann er doch nicht erwarten, daß mit solchen Geldern Spekulationsbauten gefördert werden. Diese Mittel finden sinngemäß da zuerst Verwendung, wo mustergültige Anlagen entstehen. Als solche ist das auf teurem Gelände erstellte Großstadtmithaus (die Mietskaserne) nicht anzusehen.

Das siebente Kapitel ist überschrieben: Heraus aus der Wohnungsnot! Das Allheilmittel sieht der Verfasser in der Privatwirtschaft. Er lehnt die Sozialisierung des Wohnungswesens ab. Die Zuschußwirtschaft kann zunächst nicht entbehrt werden. Die Vorschläge über das System der Bewirtschaftung von Baustoffen sind beachtenswert. Die Zuschußwirtschaft in bisheriger Art hat tatsächlich vielfach zu einer steigenden Verteuerung der Baustoffe geführt. Der Verfasser rechnet mit einer dauernden Erhöhung von 100% für alle Mieten in einem späteren Beharrungszustand. Durch Mietsunterstützung sollen in einzelnen Schichten der Bevölkerung die Mittel aufgebracht werden. Diese sollen aus einem Fonds geleistet werden, der gebildet wird aus Abgaben der Hausbesitzer von dem Vorteil, der ihnen erwächst, wenn die Mieten in den alten Häusern sich anpassen denjenigen der neuen Häuser.

Die Schrift vertritt naturgemäß den Standpunkt der Kreise, denen Georg Haberland angehört. Sie enthält aber auch eine Reihe von allgemeinen Gesichtspunkten, die das Studium der Veröffentlichung empfehlen.

Jessen: Der Wiederaufbau Deutschlands in seinem Zusammenhang mit neuzeitlichen Anschauungen über Tuberkulose und Schwindsucht. Stuttgart 1919, bei Enke.

Berichterstatter: Med.-Rat Dr. Gurschmann, Direktor der Lungenheilstätte Friedrichsheim.

In seiner sehr geistreichen und lesenswerten Abhandlung geht Jessen von der Ansicht aus, daß der erschreckenden Zunahme der Tuberkuloseerkrankung und Tuberkulosesterblichkeit gegenüber niemals das Bedürfnis, etwas wirklich Durchgreifendes zu tun, größer gewesen sei als jetzt. Deutschland kann nur durch Arbeit genesen; um arbeiten zu können, muß aber Arbeitsfähigkeit bestehen und diese wird in größtem Maßstabe durch die Tuberkulose geschädigt. Was auf dem Gebiete der Tuberkulosebekämpfung bisher in Deutschland geschehen ist, hält Jessen für durchaus nicht genügend. Die Ursache liege darin, daß alle bisherigen Maßnahmen nicht mit dem ausschlaggebenden Mittel, der Hebung der natürlichen Autoimmunisation gearbeitet haben. Der Kampf habe sich im wesentlichen gegen eine Form der Krankheit gerichtet, die bereits als zweites, meist sogar als drittes Stadium der Tuberkulose (nicht der Lungentuberkulose im Sinne der Turban-Gerhardtschen Einteilung) gerichtet, während der Beginn der Erkrankung, in dem die besten Heilungsaussichten bestehen, als zu unbedeutend vernachlässigt wurde. Hierbei wiederum trage die Schuld, daß es an wirklicher Aufklärung im Volke über die Krankheit gefehlt habe. Auch die Bedeutung der ersten Anfänge der Krankheit würde bei einem großen Teile der Ärzte selbst noch lange nicht genügend gewürdigt. Es komme alles darauf an, daß die Krankheit im Anfang behandelt würde, nicht erst wenn Bazillen im Sputum auftreten. Auch eine ganze Reihe anderer Krankheiten kämen auf dem Boden des tuberkulösen Organismus zustande (die Lungenschwindsucht selbst, Bronchialasthma, viele Dysmenorrhoeen, Pityriasis, Akne und andere).

Aufgabe einer wirklich wirksamen Tuberkulosebekämpfung ist nun, die Krankheit zu der Zeit zu besiegen wo sie noch nicht in den Zustand der Verkäsung eingetreten ist. Zu diesem Zweck schlägt Jessen das folgende Schema vor: 1. Hebung des allgemeinen Wohlstandes und der allgemeinen Hygiene. 2. Bekämpfung der zunehmenden Konstitutionschwäche, Demineralisation. 3. Regelmäßige Kontrolle der ganzen Bevölkerung auf das Vorhandensein der Tuberkulose. 4. Immunisierung der Kinder, die nur die geringsten Anzeichen der Tuberkulose darbieten, denn auch die Tuberkulose der Erwachsenen beginnt im Kindesalter. 5. Behandlung der Erkrankten unter Berücksichtigung aller Heilmittel durch sachgemäß ausgebildete Ärzte. 6. Isolierung und möglichste Unschädlichmachung der unsauberen Kranken. 7. Zur Durchführung dieses Planes bedarf man einer grundsätzlich besseren Ausbildung des Ärztestandes hinsichtlich der Tuberkulose. 8. Organisation einer alle Grade der Tuberkulose im ganzen Volk fassenden Arbeit. — Diese einzelnen Abschnitte erläutert Jessen und erklärt zu Punkt 5: Das erstrebenswerte Ziel ist, daß infolge rechtzeitiger Immunisierung der geschlossenen Fälle der Heranwachsenden diese jetzt im allgemeinen erst zur Behandlung kommenden (schweren, d. i. offenen) Fälle gar nicht mehr zur Entwicklung kommen. Dabei müßte als oberster Grundsatz gelten, daß alle geschlossenen Fälle von Tuberkulose grundsätzlich nicht in Anstalten gehören, sondern ambulant und ohne Berufsstörung behandelt und immunisiert werden sollten.

Die Organisation (Punkt 8) denkt sich Jessen etwa folgendermaßen: An der Spitze eine Zentralanstalt für Tuberkulosebekämpfung, in 3 Abteilungen zerfallend: 1. eine Verwaltungsabteilung, 2. eine Lehranstalt, 3. eine Forschungsanstalt. — Von der Zentralanstalt hängen ab etwa 20 Zweiganstalten, an die jeweils angegliedert sind: eine Lehranstalt (zur Ausbildung von Tuberkulose-Kontrollärzten, Tuberkulose-Schulärzten, Tuberkulose-Fachärzten und Abhaltung von Fortbildungskursen) sowie Tuberkulose-Ambulatorien und Tuberkulose-Krankenhäusern; und diese Zweiganstalten stehen in Verbindung mit Tuberkulose-Kontrollärzten, Tuberkulose-Schulärzten und Tuberkulose-Medizinalbeamten und durch diese letzteren mit allen übrigen ähnlichen Veranstaltungen.

Zum Schluß sagt Jessen: „Vielen mag das Vorgetragene utopisch erscheinen.“ Jedenfalls ist das Vorgetragene tief durchdacht und sehr geistreich zusammengestellt, vieles ist

auch vollständig anerkannt und sehr wünschenswert. Manches wird allerdings auch von vielen Fachärzten nicht für richtig gehalten werden, z. B. die Möglichkeit der völligen Immunsierung, die ambulante Behandlung aller geschlossenen Tuberkulosen außerhalb der Anstalten u. a. Der ganze Plan würde aber ungeheuer viel Geld kosten und besonders „den guten Willen aller“, und ich füge noch hinzu: das tiefgehende Verständnis sowie die intensive Mithilfe aller voraussetzen. Herr Bornstein hat auf der 23. Generalversammlung der deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose gemeint: „150 Millionen Mark, die Kosten eines einzigen Tages Krieg, würden genügen, die Tuberkulose so zu bekämpfen, wie wir wollen und wie es nötig ist.“ Ob diese 150 Millionen für den Plan Jessens genügen würden, ist mir zweifelhaft und — das deutsche Volk ist bettelarm!

Armenärztliche Versorgung in den deutschen Städten. Mitteilungen der Zentralstelle des Deutschen Städtetages, 1919, Nr. 9/10.

Berichterstatter: A. Griebel, Vorstand des städt. Armenamts, Karlsruhe.

Das Ergebnis einer Rundfrage vom März d. J., bearbeitet durch Magistrats-Assessor Dr. Dehms in Potsdam zeigt ein recht farbenreiches Bild. Von 167 Städten ist die Rundfrage beantwortet worden. Nur 24 dieser Städte haben die unbeschränkte freie Arztwahl in ihrer Armenfürsorge eingeführt, in 134 andern dagegen besteht für die Armen keine Möglichkeit einer Arztwahl und 9 Städte gestatten eine Wahl in beschränktem Umfang, gehen also einen Mittelweg zwischen den beiden andern. Wenn man die Frage der armenärztlichen Versorgung vom Standpunkt der Armenpflege aus betrachtet, muß man diesen mittleren Weg als den, der am sichersten und leichtesten zum Ziele führt, bezeichnen; es lassen sich auf diesem Wege in gleicher Weise die Interessen der Armenverwaltung, der versorgungsbedürftigen Armen, wie die der Ärzteschaft befriedigen. Die beiden andern Systeme berücksichtigen dagegen vorwiegend entweder die eine oder die andere Interessentengruppe. Allerdings könnte man in dieser Überzeugung erschüttert werden, wenn bei den einzelnen Systemen mitgeteilt wird, man habe keine schlechten Erfahrungen gemacht, es habe sich fast überall bewährt und Mißstände haben sich nicht gezeigt; liegt des Rätsels Lösung wirklich in der ein wenig bissigen Bemerkung der Stadt Herne, nach deren Meinung über die Behandlung der Kranken weniger das System der freien oder beschränkten Arztwahl entscheidet, als — die Höhe der Vergütung? Nun, ich glaube, daß die „Höhe der Vergütung“ nicht nur für die Ärzte und ihre Verbände, sondern ebenso wohl für die Städte ihre Bedeutung hat, und daß sie nicht zuletzt deshalb sich gegen die Einführung der unbeschränkten freien Arztwahl sträuben. Die beiden Grundformen der Vergütung sind die Pauschalierung der Gebühren und die Bezahlung der Einzelleistungen; davon gibt es verschiedenartige Abweichungen, die mehr oder weniger mit der Art des Systems zusammenhängen. Das Durchschnittseinkommen der Ärzte schwankt bei der unbeschränkten freien Arztwahl außerordentlich, nämlich zwischen 10 und 800 *M*; auf den einzelnen Arzt entfallen durchschnittlich 10 und 120 Kranke. Auch in den Städten, die den Armen keine Wahl unter mehreren Ärzten lassen, ist die Höhe der Vergütung erheblich unterschieden, aus einer Verhältnisrechnung ergibt sich eine Durchschnittsziffer von etwa 8 *M* auf den Kopf des einzelnen Armen. Für die Städte mit beschränkt freier Arztwahl liegt keine allgemeine Berechnung vor, das Verfahren ist zu verschiedenartig. Erfreulich ist der Ausblick in die Zukunft für die Armenkranken in zahlreichen Städten, die bisher noch keine Wahl zuließen, nun aber die Einführung der freien Wahl planen, obgleich das seitherige System nicht zu Klagen geführt hatte; wieder andere Städte dieser Gruppe nehmen an, daß eine Systemänderung eine wirkliche Besserung in der Behandlung der Armen zur Folge haben würde, bei ihnen wird es daher nur eines Anstoßes bedürfen, damit sie den Schritt nun auch tun. Karlsruhe ist vor zwei Jahren etwa von der beschränkt freien zur unbeschränkt freien Arztwahl übergegangen. Ich habe mich bei den Verhandlungen gegen den Systemwechsel ausgesprochen, weil ich unsere Art der armenärztlichen Versorgung für die allen Beteiligten am meisten entsprechende erachtete; ich freue mich

aber, hier bestätigen zu dürfen, daß meine Bedenken nach den bisherigen Erfahrungen vielleicht aus allzugroßer Vorsicht entsprungen waren; allerdings sind — das habe ich bei Beantwortung der hier besprochenen Rundfrage auch betont — die Beziehungen zwischen dem engen Kreis der ehemaligen Armenärzte und dem Armenamt persönlichere gewesen, als sie das heute sind und sein können, eine Einwendung von nicht zu unterschätzender Bedeutung für die Praxis.

Gesundheit und Kraft. Flugschriften für Deutschlands Söhne. Herausgegeben von Geh. Rat Prof. Dr. med. L. Aschoff. Göttingen, 1919 bei Vandenhoeck & Ruprecht.

1. Heft: Karl Broßmer: Gesunde Jugend. 25 S.

2. Heft: A. Ritschl: Was sollte man von Bau und Tätigkeit des menschlichen Bewegungsapparates wissen? 69 S.

3. Heft: L. Aschoff: Was sollte man vom inneren Aufbau des menschlichen Körpers und dessen Erkrankungen wissen? 54 S.

Berichterstatter: Kreisschulrat M. Walter, Karlsruhe.

Professor Broßmer, der mit der Jugendbewegung der letzten Jahre innig verwachsen ist, gibt hier einen kurzen Rückblick auf den Werdegang und die Ziele der deutschen Turnerschaft, der Pfadfinder, der Wandervögel und der kirchlichen Jugendvereinigungen; zeigt sodann, wie von der Goltz es verstanden hat, eine Zentrale für die Jugendvereine zu schaffen, die alle umfaßte, die sie nach der Lage der Verhältnisse damals umfassen konnte, legt nachher kurz die Ursachen der Mißerfolge der Jugendwehr dar, um zum Schlusse noch in Wort und Zahl uns vor Augen zu führen, welche Wirkungen vor allem auch in gesundheitlicher Hinsicht die Betätigung unserer Jugend im freiwilligen Schülerhilfsdienst besonders bei der Landwirtschaft hatte. — Professor Dr. Ritschl zeichnet uns in wenigen Strichen ein Bild des menschlichen Körpers, um das Interesse an den Leibesübungen zu vertiefen und zur Selbstbeobachtung anzuregen. Ein höchst notwendiges und wichtiges Unternehmen; denn tatsächlich hebt nichts so sehr bei unseren jugendlichen Turnern und Spielern die innere Teilnahme an der Sache, als wenn man ihnen durch entsprechende Aufklärung einen Einblick in den höheren Zweck der einzelnen Übungen gewährt. Wie kurz, einfach und doch recht anschaulich und praktisch dies geschehen kann, zeigt dies wertvolle Büchlein, dessen Benutzung noch durch ein reiches Inhaltsverzeichnis erleichtert wird. — Professor Dr. Aschoff gibt auf 54 Seiten aus der Fülle seines Wissens soviel, daß man auf diesem Raume wahrlich nicht mehr erwarten kann. Dabei ist das Gebotene so sorgfältig ausgewählt und wichtig, daß man das Büchlein mit steigendem Interesse liest. Es sind darin auch Dinge behandelt, die man nicht ohne weiteres in einem solchen Heftchen vermuten würde, z. B. über die Notwendigkeit der Leichenöffnung, den Krebs, das Altern usw., die aber den Wert des Büchleins nur zu steigern vermögen.

Man sieht, es ist mit diesen Heften ein guter Anfang gemacht. Wenn sich das Unternehmen so weiter entwickelt, dann wird es uns helfen, eine tüchtige, gesunde und reine Jugend heranzuziehen, eine Jugend, die es vor allem auch erkennt, daß sie um ihrer selbst willen, aber auch mit Rücksicht auf ihre Angehörigen und das Gemeinwohl das Recht und auch die Pflicht zur Gesundheit hat.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. A. Fischer, Karlsruhe; für den Anzeigenteil Hch. Schriever, Karlsruhe. Preis des Einzelheftes 2 Mk., Jahresbezug (4 Hefte) 6 Mk. Preis für die früheren Jahrgänge (1917, 1918 und 1919) je 3 Mk.

Neue Freunde

durch geringe Ausgaben — Zeile 80 Pfg. — erwerben sich alle sozialen und hygienischen Körperschaften und Anstalten durch die Benutzung der nachstehenden gemeinsamen Anschriften-Tafel.

Die Geschäftsstelle der „Sozialhygienischen Mitteilungen“.

Anschriften-Tafel

von sozialen und hygienischen Körperschaften und Anstalten.

Badische Gesellschaft für soziale Hygiene.

Geschäftsstelle: Karlsruhe i. B., Herrenstraße 34. — Die Mitglieder erhalten die „Sozialhygienischen Mitteilungen“ sowie alle Druckschriften der Gesellschaft kostenlos. Jahresbeitrag für Körperschaften wenigstens 10 Mk., für Einzelpersonen wenigstens 3 Mk.

Badisches Institut für soziale Hygiene (staatlich)

unterstützt), Karlsruhe, Akademiestraße 1. (Statistisches Landesamt.) Sprechstunden des Leiters: Montag bis Freitag von 5 bis 6 Uhr. Vorherige schriftliche Anmeldung erwünscht.

Badischer Landesauschuß für Leibesübungen und Jugendpflege.

Geschäftsstelle: Karlsruhe, Schloßplatz 1. Tel. 5639.

Badischer Landesverband g. d. Alkoholismus

mit Haupt-Trinkerfürsorgestelle, Karlsruhe, Hoffstraße 10 (Oberlandesgericht), Zimmer 28. Sprechstunden täglich 10—12 Uhr.

Badischer Landesverband zur Bekämpfung der Tuberkulose, Karlsruhe, Gartenstraße 49.

Deutscher Bund für Mutterschutz, desgleichen: Internationale Vereinigung für Mutterschutz und Sexualreform

Vors. und Geschäftsstelle: Justizrat Dr. Rosenthal, Breslau, Schillerstr. 2; verbinden praktisch-karitative Bestrebungen zur Verbesserung der Lage der ledigen Mütter und unehelichen Kinder (Beratungsstellen, Mütterheime) mit sozial-ethischen Tendenzen zur Gesundung der sexuellen Beziehungen (Sexualreform). Ortsgruppen und Einzelmitglieder. Publ.-Organ: „Die neue Generation“, herausg. von Dr. phil. Helene Stöcker, Berlin-Nikolassee. Beitrag einschl. Abonnementspreis 10 Mk. jährlich.

Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, Berlin, Königin-Augustastr. 7.

Dienststunden: 9 bis 3 Uhr. Generalsekretär: Oberstabsarzt Dr. Helm; ständiger Vertreter des Generalsekretärs in Angelegenheiten der Fürsorgestellenkommission: Oberstabsarzt Dr. L. Wagner.

Deutscher Kinderschutz-Verband e. V. (Sitz Berlin).

Geschäftsstelle: Leipzig, Königstraße 20 III.

Deutsche Vereinigung für Krüppelfürsorge.

Die Deutsche Vereinigung für Krüppelfürsorge e. V. umfaßt die gesamte in Deutschland organisierte Kinderkrüppelfürsorge mit 64 Heilanstalten und 64 Ambulatorien und berücksichtigt auch die Kriegsbeschädigten- u. Unfallverletztenfürsorge. Mitgliederzahl über 2000, darunter zahlreiche Korporationen. Alle 2 Jahre ein Kongreß. Organ: Zeitschrift für Krüppelfürsorge. Redaktion: Prof. Biesalski, Hans Würtz, Berlin-Dahlem. Verlag: Leopold Voß, Leipzig. Die Zeitschrift wird den Mitgliedern unentgeltlich zugestellt. Vorsitzender der Deutschen Vereinigung: Wirkl. Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Dietrich. Schriftführer: Prof. Dr. Biesalski. Schriftleitung, Sekretariat u. Auskunftserteilung: Berlin-Dahlem, Kronprinzenallee 171/173. Kasse und Buchhaltung: Berlin W. 62, Bayreutherstraße 13.

Preußischer Landesverband für Krüppelfürsorge.

Der Preußische Landesverband für Krüppelfürsorge bezweckt den Zusammenschluß und die Förderung der Krüppelfürsorge in Preußen. Organ: Zeitschrift für Krüppelfürsorge. Verlag: Leopold Voß, Leipzig. Vorsitzender des Preußischen Landesverbandes: Prof. Biesalski. Schriftleitung, Sekretariat u. Auskunftserteilung: Berlin-Dahlem, Kronprinzenallee 171/173. Kasse und Buchhaltung: Berlin W. 62, Bayreutherstraße 13.

Seminar für Hortnerinnen, Kindergärtnerinnen u. Kleinkinderlehrerinnen, Nowawes

Oberlinhaus. Beginn April und Oktober. D. Dr. Hoppe, Pfarrer.

Soziale Auskunftsstelle für Gemeinden, Körperschaften, industrielle Unternehmen und Persönlichkeiten mit sozialwissenschaftlichem Interesse.

Sprechstunden nach Vereinbarung. Schriftliche Auskunftsgesuche sind zu richten an das Soziale Museum in Frankfurt a. M., Universität.

Soziale Frauenschule des Schwäb. Frauenvereins

mit Abschlußprüfung unter staatlicher Aufsicht und Fürsorgerinnenschule zur Vorbereitung auf die staatliche Fürsorgereifeprüfung. Geschäftsstelle: Stuttgart, Reinsburgstraße 25.

Frauenseminar für soziale Berufsarbeit Frankfurt a. M.

(Staatlich anerkannte Wohlfahrtsschule.)

3jähriger Ausbildungsgang: Kranken- oder Säuglingspflege, sozialpädagogische Klasse, theoretische Fachklasse, praktische Einführung in die offene Fürsorge, Fortbildungsklasse, staatliche Fürsorgerinnenprüfung. — Beginn: April.

Halbjähriger Schwesternkurs zur Ausbildung von Stadt- und Gemeindefürsorgeschwestern. — Beginn: Oktober.

Prospekte durch die Direktion: Seilerstraße 36 II.



Clementinen-Institut für Krankenpflege

Frankfurt a. M.,
Fernsprecher 4796 Hansa.
Wir empfehlen für hier
und auswärts staatlich ge-
prüfte **Schwester** und
Hebammenschwestern.
Krankenpfleger und
-pflegerinnen.
Wochenbettpflegerinnen.

Wir bitten bei ein-
tretendem Bedarf sich
an unsere Inserenten zu
wenden.

Die Geschäftsstelle
der „Sozialhygienischen
Mitteilungen“.

Aretz & Co. Inhaber Arthur Fackler

Gummiwarenhaus **KARLSRUHE** i. B. Krankenpflegeartikel
Telephon 219 — Kaiserstraße 219 — Postscheck-Konto: Karlsruhe 6873.

Sämtliche Gummiwaren und Krankenpflegeartikel, Gummi-
kurzwaren, Hygienische Artikel, Damen- und Herrenbedienung.

Linoleum in Stückware, Läufer, Teppiche, Vorlagen. Über-
nahme ganzer Bauten u. Zimmerbeläge durch erfahrene Leger.
Bodenwachs, Bodenöl, Reinigungsmittel, Cocosläufer und
Cocosmatten, Korkmatten.

Wachstuche in allen Breiten. — Ledertuche, Gummistoffe.

CARL ROTH, Drogerie, KARLSRUHE, Herrenstr. 26/28

en gros — Telephon 180 und 890 — en détail



Beleuchtungskörper,
Bäder, Klosetts, Ärzte- u. Kranken-
haus-Einrichtungen, Toiletten, elektr.
Heiz- und Kochapparate etc.

Konrad Schwarz

50 Waldstraße 50 * Karlsruhe i. B. * Telephon 352

Wörner, Kleinert & Co., Karlsruhe,

Karlstraße 70.

Spezialwerkstätte für künstliche Glieder, Gesundheitskorsetts, Leibbinden,
Bruchbänder usw. — Hygienische Artikel aller Art.

Prospekte gratis und franko.

Gesetzlich geschützt. **Winter's Heilsalbe** Gesetzlich geschützt.

COMBUSTIN

ärztlich empfohlen bei

Brandwunden, nässenden Hautausschlägen (Flechten), Unterschenkel- und Fußgeschwüren im An-
schluß an Krampfadern, Wundsein der Haut auch der kleinen Kinder, aufgesprungener rissiger
Haut sowie bei allen durch Frost oder sonstigen Schädlichkeiten entstandenen Hauterkrankungen.

Proben stehen den Herren Ärzten zur Verfügung.

Neueste Literat.: Deutschmann, Allg. Med.
Zentral-Ztg. 1915, Nr. 25 - Ollendorf, Klin.-
Therap. W. 1915, Nr. 52 - Spiegel, Medizin.
Klinik 1916, Nr. 35 - Henseler, Süddeutsch.
Mediz. Zeitschrift 1919, Nr. 7.



Erhältlich in den Apotheken, in Büchsen
à M. 2.50 u. M. 5. —

Alleiniger Hersteller
F. WINTER JR.

Chem. Fabrik. Abt. pharmaz. Präparate,
FÄHRBRÜCKE 1/S.