

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Sozialhygienische Mitteilungen. 1920-2001 1920

2 (1.4.1920)

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.

Jahrg.

April 1920

Heft 2

Inhalt: 1. Was muß an die Stelle der bisherigen hygienischen Erziehung während des Militärdienstes treten? Von Generaloberarzt a. D. Dr. Neumann, Naumburg (Saale). 2. Zur Morbiditätsstatistik der Krankenkassen. Von Geschäftsführer Helmut Lehmann, Dresden. 3. Über die starke Zunahme der Kindertuberkulose seit Anfang 1919 und ihre Ursache. Von Dr. med. H. Witzel, Heidelberg. 4. Die Wirkung des Krieges und der Hungerblockade auf die Zusammensetzung der Muttermilch und das Stillgeschäft. Von Dr. W. Momm, Frauenarzt in Bad Nauheim. 5. Gesundheitsstatistik. 6. Gesundheitsgesetzgebung und -verwaltung. 7. Bestrebungen gesundheitspolitischer Vereine. 8. Bücher- und Schriftenschau.

Was muß an die Stelle der bisherigen hygienischen Erziehung während des Militärdienstes treten?

Von Generaloberarzt a. D. Dr. Neumann, Naumburg (Saale).

Die Jahrhunderte alten Beziehungen zwischen Volk und Heer sind in Deutschland durch die Ereignisse der Revolution mit einem Schläge vernichtet worden. Die Armee galt bisher stets für eine Schule der Erziehung, vor allem der hygienischen Erziehung des Volkes, und die Heeresleitung hatte von jeher den größten Wert darauf gelegt, die Beziehungen von Heer und Volk zu pflegen, weil das Heer die Elite des Volkes darstellte und erzieherisch wirkte. Ordnung, Disziplin und Arbeit bildeten die Grundpfeiler dieser Erziehung. Insbesondere waren die Ärzte des Heeres von jeher berufen, hier mitzuarbeiten. Als die gegebenen Ratgeber der Heeresleitung sind sie es gewesen, welche frühzeitig erkannten, daß eine Durchführung hygienischer Maßnahmen im sozialen Rahmen der Armee geeignet sei, den Gesundheitszustand zu heben und somit auch auf den hygienischen Zustand des Volkes zu wirken. Man kann diese Einwirkung sehr weit zurück verfolgen bis auf Cyrus, der zu Kambyses sagte: daß überhaupt niemand krank werde, dafür müßt ihr sorgen. Das ist ein Ideal, was vorschwebt, aber nicht ganz erreicht wird, weil die Elemente, aus denen sich das Heer zusammensetzt, aus dem Volke stammen, und weil es als Gesetz zu betrachten ist, daß die Volkskrankheiten sich auch im Heere zeigen. Die gesundheitliche Beschaffenheit des Heeres war stets von der Volkskraft und Volksgesundheit abhängig. Das läßt sich nachweisen. Kindersterblichkeit und Seuchen, die im Volk herrschten, haben ihren Einfluß auf das Heer gezeigt. Aber gerade im Heere ist es gelungen, der Seuchen Herr zu werden, und der Weltkrieg hat bewiesen, daß es durch umfassende Maßnahmen gelang, die Seuchen zu bannen. Wenn mit Recht gesagt werden kann, daß der Einfluß des Heeres auf das Volk ein günstiger war, so fragen wir auch mit Recht, wodurch das gelang, und es unterliegt keinem Zweifel, daß dies eine Folge des hygienischen Unterrichts war, den die Armee gab. Man kann keine Vorschrift des Heeres finden, in welcher nicht die hygienische Belehrung einen Platz hatte. So finden sich z. B. in der Felddienstordnung eine ganze Reihe von Vorschriften, die einen sozialhygienischen Unterricht großen Stils darstellen. Aber auch im einzelnen kann dies nachgewiesen werden. Es ist Tatsache, daß die Fingergeschwüre wesentlich zurückgegangen sind, nachdem man erkannt hatte,

daß die Reinlichkeit der Hände und die Vermeidung einer Infektion das wesentliche war, es ist Tatsache, daß die Ausmerzungen der Tuberkulose im Heer erfolgreich vor sich gingen, als man die Quellen der Infektion verstopfte, es ist Tatsache, daß die Hautkrankheiten wesentlich zurückgingen, als man die Bäderpflege einführte. In den meisten Armeen hatten schon seit längerer Zeit Belehrungen eingesetzt über persönliche Gesundheitspflege, und daß diese einen Erfolg hatten, beweist der ständige Rückgang der Erkrankungsziiffern. Wir sehen also hier ein großzügig angelegtes hygienisches Belehrungswerk, dessen Erfolge sich zahlenmäßig dartun lassen, wie es in umfassender Weise v. Schjerning, der preußische Generalstabsarzt, in seinem Buche „Sanitätsstatistische Betrachtungen über Volk und Heer“ gegeben hatte. Das Heer war also eine hygienische Schule, welche Erfolge nachwies, so daß man mit Recht sagen kann, daß der Einfluß, den das Heer in hygienischer Beziehung auf das Volk gehabt hat, günstig war. Diese Erziehung zur Hygiene und in der Hygiene mit sichtbaren Erfolgen, die nicht abgestritten werden können, hat für das Volk Früchte getragen. Denn eine anerkannte Tatsache muß an sich Gutes wirken, und wenn über die Lasten geklagt wurde, welche der Militarismus dem Volk auferlegte, so ist das doch nicht alles totes Kapital gewesen. So ist z. B. nachgewiesen, daß in Ländern mit Wehrpflicht die Sterbeziffern der folgenden Jahrzehnte einen Rückgang zeigen, der beim weiblichen Geschlecht und in den Ländern ohne Wehrpflicht nicht beobachtet ist. Das nächste Jahrzehnt ist das der wirtschaftlichen Selbständigkeitsmachung, und die hohe Bedeutung der Verringerung der Sterblichkeit in sozialer Beziehung ist nicht von der Hand zu weisen. Wenn nun, wie v. Schjerning treffend sagt, Generationen daran gearbeitet haben, das Werk einer Schule der Hygiene fortzuführen, so kann man den Schaden beklagen, der entsteht, wenn diese Belehrung und Erziehung fehlt. Der Sozialhygieniker muß mit den Tatsachen rechnen, und es fragt sich einmal, ob die durch lange Zeit hindurch bewährte Schule der Hygiene ihre Erfolge noch weiter behaupten kann und was beim Nachlassen dieser Erfolge an ihre Stelle zu setzen ist. Virchow hatte schon sehr früh in den Heeresergänzungsgeschäften das Mittel gesehen, im großen Stil soziale volkshygienische Kenntnisse zu sammeln, und in der Tat sind nicht nur Kenntnisse der Volksgesundheit gesammelt worden, sondern es konnten eine große Reihe von Hinweisen gegeben werden. Ich darf hier an die übertragbaren Krankheiten, an Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten erinnern, so daß eine ganze Reihe von militärärztlichen Wahrnehmungen für das Volkwohl nutzbar gemacht werden konnten. Tausende sind für Heilverfahren aller Art namhaft gemacht worden, und so hat das Heer dank seiner ärztlichen Organe zum Segen unserer sozialen Gesetzgebung mitgewirkt. Das fällt jetzt fort, so daß eine Musterung des Volkes im großen nicht mehr statt hat. In den Ergebnissen der Aushebung sah man einen gesundheitlichen Faktor, der sichere Schlüsse auf die Volksgesundheit zuließ. Wir werden damit nicht mehr zu rechnen haben, und doch ist es notwendig, diesen Überblick zu haben und zu halten. Er läßt sich vielleicht ergänzen, wenn die Ergebnisse der Feststellungen der Schulärzte vorliegen, so daß sie greifbar und verwertbar sind, und wenn die Stadtärzte, deren Einführung immer mehr durchgreift, in der Lage sind, eine einwandfreie Statistik der gesundheitlichen Verhältnisse der Städte zu liefern, so daß die Ergebnisse sich verwerten lassen. Eine Gesundheitspolitik, wie wir sie brauchen, um gesundheitlich wieder hoch zu kommen und die Mißerfolge zu beseitigen, welche der Weltkrieg im Volke gezeitigt hat, kann ohne hygienischen Unterricht nicht bestehen. Ich hatte schon früher die Erfolge und Vorteile hervorgehoben, welche die hygienische Belehrung der Armee mit sich führte, und gewünscht, daß diese Maßnahmen der offensichtlichen Erfolge, die ich im einzelnen nachzuweisen in der Lage wäre, auch für das gesamte Volk nutzbar gemacht werden könnten. Denn daß die Hygiene in das Volk muß, unterliegt gar keinem Zweifel. Wenn die Formen eines Obrigkeitsstaates und Polizeistaates zerschlagen sind und wenn nach den stolzen Worten der Verfassung das Volk selbst seine Geschicke in die Hand nimmt, so muß eine hygienische Belehrung einsetzen, ein sozialhygienischer Unterricht, der zur Volkskunde wird. Die Ärzte und Hygieniker müssen zu Lehrern des Volkes werden. Die Erfolge der Heereshygiene sprechen hier eine deutliche Sprache. Es ist kein Zufall gewesen, daß die Heeresseuchen nachgelassen haben, es ist kein blindes Ohngefähr, daß das deutsche Heer imstande war,

Die Tuberkulose fernzuhalten, die Sexualkrankheiten einzudämmen, den Alkoholismus zu vermindern. Wenn die Ergebnisse wissenschaftliche Maßnahmen waren, die in eine Belehrung umgesetzt wurden, so sollte dieses Beispiel zur Nachahmung auffordern, ähnliches an die Stelle zu setzen.

Was einzelne Ärzte und Hygieniker schon vor Jahrzehnten wollten, soll jetzt Tat werden, zu der alle Ärzte mitzuwirken haben: die Einführung eines hygienischen Unterrichtes in sozialer Beziehung in die Schulen aller Art. Wenn die bisherige Belehrung innerhalb des Heeres nicht mehr statt haben kann, so muß die Belehrung, über deren Nutzen kein Zweifel herrscht, auf anderen Wegen erfolgen; solche Wege sind gangbar.

Die gesundheitliche Gesetzgebung und die Durchdringung des gesamten öffentlichen Lebens mit Gesundheitspflege kann nur dann auf einen Erfolg hoffen, wenn Kanäle vorhanden sind, welche die Ergebnisse der Wissenschaft zum Volke hinleiten, und wenn diese Ergebnisse in einer methodischen, systematischen Form erfolgen. Der Weltkrieg und seine Folgen haben uns gesundheitlich zurückgebracht. Wir sehen das auf allen Gebieten, ich brauche das im einzelnen nicht zu erörtern. Wir dürfen von einer hygienischen Verwahrlosung sprechen, von einer Sorglosigkeit und Nichtachtung einfachster gesundheitlicher Grundsätze, und wir dürfen nicht vergessen, daß zwischen Hygiene und Ethik Zusammenhänge bestehen, die wir hochhalten müssen. Ich denke hier an die Geschlechtskrankheiten und ähnliches.

Setzen wir eine großzügige Belehrung ein, vor allem die Belehrung durch das gesprochene Wort, so werden wir der Mißstände Herr werden und werden im Volke, dessen Führer gerade hier die Ärzte und Hygieniker sein sollen, die Überzeugung von dem Werte sozialhygienischer Maßnahmen stärken, die den gesundheitlichen Wiederaufbau bewirken. Die Hygiene ist eine soziale und eine praktische Wissenschaft. Erfolge im Volk kann sie aber nur haben, wenn eine Belehrung statt hat, und eine methodische Belehrung muß in den Schulplan hinein. Im Volksbildungswesen darf die Sozialhygiene nicht fehlen. Dann werden sich die Erfolge zeigen, die beim Heer sich gezeigt haben, und dann wird die nationale Bedeutung der Hygiene für das Volk offenbar werden. Es bleibt dabei, daß nur das Volk leistungsfähig ist, welches gesund ist. Diese Gesundheit fällt uns aber nicht umsonst in den Schoß; sie will erarbeitet und errungen sein. Diese Arbeit hat Erfolge gehabt und wird sie in Zukunft haben, wenn die Verallgemeinerung hygienischer Kultur auf allen Gebieten des Volkslebens Volkssache wird, an der jeder mitarbeiten muß, wenn er der nötigen Belehrung teilhaftig wurde. Sie zu schaffen ist die Aufgabe der Zukunft.

Zur Morbiditätsstatistik der Krankenkassen.

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

Die Äußerungen von Dr. Teleky, Wien, in der Zeitschrift „Ortskrankenkasse“ vom 16. Februar 1920 nötigen zu einigen Bemerkungen. Die Krankheitsstatistik der Krankenkassen ist gewiß eine für die soziale Hygiene außerordentlich wichtige Frage. Die Vorschläge eines anerkannten Fachmannes auf diesem Gebiete sind daher sehr erwünscht. Sie sind namentlich den Kassenverwaltungen sehr angenehm, die sich schon seit Jahren mit dem Problem abplagen, eine brauchbare Krankheitsstatistik der Krankenkassen zu schaffen. Alle Versuche nach der Richtung hin sind bisher fehlgeschlagen. Die Statistik der Krankenkassen hat, worauf Teleky mit Recht hinweist, so außerordentlich zahlreiche Fehlerquellen, die zumeist gar nicht auszuschließen sind, daß es für die Kassenverwaltungen äußerst schwer hält, eine auch nur einigermaßen brauchbare Statistik aufzustellen. Die Versammlungen der Kassenverbände haben wiederholt beschlossen, solche Statistiken durchzuführen; sie sind jedoch bisher stets auf einzelne größere Kassen beschränkt geblieben. Daher wird man der Auffassung von Teleky zustimmen können, wenn er sagt, daß nicht alle Kassen, sondern nur einige wenige, ganz große Kassen, heranzuziehen sein werden. Ob es immer gerade die ganz großen Kassen sein werden, die die Statistik durchführen, ist eine andere

Frage. Man muß diejenigen Kassen nehmen, die sich nach ihrem Aufbau und nach ihrer Mitgliederzusammensetzung am besten für eine solche Statistik eignen. Zumeist hängt die Durchführung der Statistik ja auch von der Bereitwilligkeit der Kassenvorstände ab, die nicht unbeträchtlichen Mittel zur Verfügung zu stellen, und letzten Endes ist die Aufbereitung einer solchen Statistik auch eine Personenfrage. Wenn die Kassengeschäfte nicht von einer Person geleitet werden, die großes Interesse für die Statistik hat, so wird es vermutlich nicht zur Fertigstellung einer so umfangreichen Arbeit kommen.

Teleky erörtert dann, von welchen Grundsätzen man bei der Krankheitsstatistik auszugehen hätte. Er verweist darauf, daß die amtliche Einteilung der Krankheitsursachen für die Zwecke nicht verwendbar ist, die bei der Krankenkassenstatistik verfolgt werden. Als Hauptzweck der Krankenkassenstatistik bezeichnet er die Ermittlung der Berufsmorbidität. Es muß aber doch bezweifelt werden, ob mit Hilfe der bei den Krankenkassen zu gewinnenden Zahlen sich eine einwandfreie Statistik der Berufskrankheiten ermitteln läßt. Teleky verweist selbst auf die vielerlei anderen Einflüsse, die für das Zustandekommen der Krankenziffern der Krankenkassen entscheidend sind. Zunächst muß unterschieden werden zwischen solchen Erkrankungen, für die kein Krankengeld gezahlt wird und denen, die infolge Arbeitsunfähigkeit Zahlung von Krankengeld zur Folge haben. Man wird Teleky darin beistimmen können, daß bis auf weiteres nur die mit Erwerbsunfähigkeit verbundenen Fälle gezählt werden können. Er stellt aber noch eine Reihe von Voraussetzungen für eine möglichst einwandfreie Statistik auf, die wohl kaum bei einer Krankenkasse vollständig gegeben sein werden. Er sagt darüber:

„Vor allem müßte auch auf eine möglichst richtige Stellung und Erfassung der Diagnose hingewirkt werden. Es ist aber dem Arzt in vielen Fällen ganz unmöglich, schon bei der ersten Untersuchung und Krankmeldung die Diagnose zu stellen, deshalb müßte in der Kasse selbst die Diagnose des Krankmeldescheines auf Grund der Gesundheitsmeldung oder auf Grund einer der späteren Krankengeldanweisung oder auf Grund vertraulicher Anfrage beim Kassenarzt richtiggestellt werden.

Jeder Kassenpraktiker weiß, wie sehr die Krankheitshäufigkeit abhängt von der wirtschaftlichen Konjunktur überhaupt, dann auch von den Verhältnissen des Krankengeldes zum Arbeitsverdienst. Es müßten also in dem Jahresbericht jeder Krankenkasse auch Angaben über die wirtschaftliche Lage und über die Änderungen, die während des Berichtsjahres eingetreten sind, sowie auch über Änderungen in den Kassenleistungen enthalten sein. Dann aber müßten auch andere Angaben vorhanden sein: ob die Kranken direkt zum Arzt gehen können oder erst eine Anweisung bei der Krankenkasse begeben müssen, ob die ersten Krankheitstage, ob die Sonn- und Feiertage bezahlt werden oder nicht, wie lange Frist im Falle der Arbeitslosigkeit noch durch die Krankenkasse gedeckt ist, wie die Kontrolle geübt wird, wie groß der Prozentsatz der infolge Eingreifen des Kontrolleurs Gesundgemeldeten, ferner durch wie lange Zeit Krankengeld ausgezahlt wird; auch ist von großer Bedeutung, in welchem Umfange Landaufenthalt bewilligt wird. All dies Letztgenannte ist notwendig beim Vergleich verschiedener Krankenkassen miteinander. Schließlich wird es notwendig sein, die freiwilligen Mitglieder von den Pflichtmitgliedern zu trennen, die Statistik eventuell nur für die letzteren zu machen, oder wenigstens bei jeder Berufsgruppe den Prozentsatz der freiwilligen in den verschiedenen Altersklassen anzugeben.“

Praktisch durchführbar ist nur die Erfassung der richtigen Diagnose. Hierfür ist bei einer Anzahl Berliner Krankenkassen die Ermittlung der Schlußdiagnose eingeführt worden. Nur wo diese Ermittlung durchgeführt wird, kann man von einwandfreiem Urmaterial reden. Die Aufzeichnungen auf den Krankenscheinen müssen als völlig wertlos angesehen werden.

Die übrigen Voraussetzungen werden sich nicht herbeischaffen lassen. Vor allen Dingen bieten sie keine statistische Möglichkeit eines Vergleiches der Zahlen der einzelnen Kassen, weil man die Wirkung dieser Nebendinge auf die Krankmeldung und die Dauer der Krankheit nicht feststellen kann. Diese Fehlerquellen wird man ohne weiteres mit in den Kauf nehmen müssen.

Selbst wenn nun eine Verständigung in dieser Frage herbeigeführt werden könnte, so entsteht die weitere Schwierigkeit, die Krankheitsbezeichnungen einheitlich zu fassen. Nicht, als ob sich die Kassenverwaltungen darüber nicht verständigen könnten, sondern es ist zu beachten, daß für den Kassenpraktiker die Krankheitsstatistik in erster Linie nicht dazu da ist, Fragen der Gewerbehygiene zu lösen. Er benutzt diese Zahlen, um zu prüfen, ob die Krankenkasse leistungsfähig genug ist oder nach welcher Richtung sie auszugestalten wäre, insbesondere auch auf welchen Gebieten eine prophylaktische Tätigkeit zu entfalten ist, auf welchen Krankheitsgebieten neue Heilmittel, z. B. hydro-therapeutischer Art, anzuwenden sind und ähnliches mehr. Die Statistik der Berufskrankheiten ist zwar auch für den Kassenpraktiker von großer Wichtigkeit. Es fehlt ihm aber die Möglichkeit unmittelbarer Eingriffe. Daher sind die Kassenverwaltungen bisher stets von bakteriologischen und pathologisch-anatomischen Gesichtspunkten ausgegangen, wie sie auch für die vom Reichsgesundheitsamt für die Leipziger Ortskrankenkasse aufgestellte Nomenklatur maßgebend waren. Die Ortskrankenkassen haben versucht, die Einwirkung der Berufstätigkeit auf die Entwicklung der Krankheiten dadurch zur Darstellung zu bringen, daß sie die so aufgestellten Krankheitsbezeichnungen nach Gewerbegruppen gliedern. Es soll zugegeben werden, daß auf diese Weise die Einwirkung der Berufsarbeit auf den körperlichen Zustand der Menschen nicht genügend in die Erscheinung tritt. Es muß aber bezweifelt werden, ob dies jemals auf dem Wege der Statistik ermittelt werden kann. Wohl läßt sich bei einigen besonders gravierenden Krankheitserscheinungen eine solche Feststellung treffen, wie z. B. bei der Phosphornekrose der Zündholzarbeiter. Aber schon bei den Bleierkrankungen des Malergewerbes ist das sehr zweifelhaft, weil eine große Anzahl von Krankheiten wohl auf Bleivergiftung zurückzuführen ist, aber nicht immer, namentlich dann nicht, wenn der Patient den Beruf gewechselt hat, die Grundursache vermutet wird. Außerdem ist die Feststellung, in welchem Berufe der Patient arbeitet, für die Krankenkasse außerordentlich schwierig, ja häufig einfach unmöglich. Es genügt doch letzten Endes nicht, zu wissen, zu welcher Gewerbegruppe der Betrieb des Arbeitgebers gehört, wenn man nicht weiß, mit welchen Arbeiten der einzelne Patient beschäftigt war.

Schließlich muß auch bezweifelt werden, ob es zur Feststellung solcher Berufskrankheiten notwendig ist, das ungenaue Zahlenmaterial der Krankenkassen zu benutzen, ob nicht viel wirksamer durch Monographien über die Gesundheitsverhältnisse einzelner Betriebe oder einzelner Berufszweige in verschiedenen dafür geeigneten Orten viel beweiskräftigeres Material geschaffen wird.

Im übrigen sind die Leitungen der großen Krankenkassen durchaus der Meinung von Teleky, daß nicht jede Kasse auf eigene Faust Statistik treiben kann, sondern daß sie mit Rücksicht auf die Vergleichbarkeit nach einheitlichen Grundsätzen zu gestalten ist. Um diese einheitlichen Grundsätze herbeizuführen, wurde im Jahre 1917 auf dem Dresdner Ortskrankenkassentage eine Kommission eingesetzt, die sich mit diesen Fragen zu beschäftigen hatte. Diese Kommission erstattete auf dem Ortskrankenkassentag 1919 in Leipzig über ihre Tätigkeit Bericht und legte dort Grundlagen für einheitliche Geschäftsberichte der Ortskrankenkassen vor. In diesen ist auch eine einheitliche Krankheitsstatistik angegeben, und zwar sowohl eine Bezeichnung der Gewerbegruppen, wie eine Nomenklatur der Krankheitsursachen. Was allerdings fehlt und noch geschaffen werden könnte, ist die Gruppierung der Mitglieder nach Altersklassen. Zweifellos ist es wichtig, die Altersstufen bei der Beurteilung, namentlich der Erkrankungshäufigkeit und der Erkrankungsdauer, besonders heranzuziehen. Die Frage ist nur die, ob man dann zu brauchbaren Zahlen kommt. Diese Auseinanderziehung des Zahlenmaterials führt nämlich bei den einzelnen Krankheitsarten, wenn Unterteilungen sowohl nach Gewerbegruppen, wie nach Altersklassen vorgenommen werden, zu Ziffern, mit denen man statistisch nicht arbeiten kann. Sie würden erst dann verwertbar sein, wenn man die Ziffern einer größeren Zahl von Krankenkassen zusammennehmen würde. Das aber erscheint wiederum unzulässig, weil sich die Zahlen der einzelnen Kassen so glatt nicht kongruent sind. Ganz aussichtslos ist es außerdem, die von Teleky geforderte Statistik nach einzelnen Berufen vorzunehmen. Sie hätte nur dann einen Sinn, wenn jeder zeit seines Lebens im gleichen Berufe tätig wäre und wenn die

Berufe so feste Grenzen hätten, daß man sagen könnte, wo der eine anfängt und der andere aufhört. Was nützt z. B. die Berufsbezeichnung „Metallarbeiter“. Ein Metallarbeiter kann sowohl ein Gelbgießer, wie der Packer einer Schraubenfabrik sein. Wollte man aber die einzelnen Untergruppen herausziehen, so würde man wieder zu viel zu winzigen Ziffern gelangen.

Alles in allem kann man mit manchem, was Teleky ausführt, einverstanden sein, manches läßt sich in der Praxis nicht durchführen und die einseitige Betonung der Erfassung der Gewerbekrankheiten ist nicht das, was in erster Linie für die Statistik der Krankenkassen maßgebend sein kann. In der gegenwärtigen Zeit scheidet die Durchführung umfangreicher Krankheitsstatistiken zudem an den großen Kosten, die dadurch erwachsen. Trotzdem muß immer wieder auf die Notwendigkeit der Statistik hingewiesen werden. Die großen Ortskrankenkassen werden es als eine Ehrepflicht betrachten müssen, die notwendigen Zahlen für die Beurteilung des Standes der sozialen Hygiene herbeizuschaffen.

Aus der Heidelberger Universitätskinderklinik.

Über die starke Zunahme der Kindertuberkulose seit Anfang 1919 und ihre Ursache.

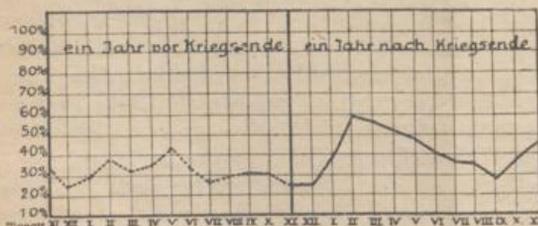
Von Dr. med. H. Witzel, Heidelberg.

Schon seit mehreren Jahren werden bei sämtlichen in die Heidelberger Kinderklinik aufgenommenen Kindern diagnostische Tuberkulinreaktionen angestellt, und zwar zunächst die Pirquetsche Cutanreaktion, die gegebenenfalls zweimal ausgeführt wird, und im Zweifelsfalle die subcutane Stichreaktion. In ihrer sinngemäßen Kombination besitzen wir ein zuverlässiges Prüfungsmittel auf stattgehabte Tuberkuloseinfektion und können uns hiermit jederzeit über die Verbreitung der tuberkulösen Infektionen unterrichten.

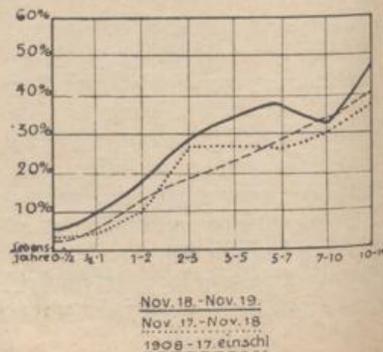
Um ein Urteil zu bekommen, in welchem Maße und zu welcher Zeit die seit dem Kriegsende eingetretenen Veränderungen der Familienverhältnisse, unter denen die Rückkehr der Männer nach Abschluß des Waffenstillstandes besonders bedeutungsvoll erscheint, die Kurve der Tuberkuloseinfektionen beeinflussen, habe ich die Zahl der Infektionen jeden Monats seit Kriegsende, also seit November 1918, mit der Erkrankungsziffer der entsprechenden Zeit des vorhergehenden Jahres verglichen. Zur Untersuchung kamen in dem Jahre vor dem Abschluß des Waffenstillstandes 1346 Kinder, in dem Jahre nachher 985. Die kleinere Zahl der im letzten Jahr aufgenommenen Kinder findet ihre Erklärung einmal in der Besetzung des linksrheinischen Gebietes und dann auch in den Verkehrsstörungen nach dem Beginn des Waffenstillstandes. Damit muß man bei der Verwertung der unten angeführten Ergebnisse rechnen.

Die Zahlen der in den beiden Jahren monatlich eingetragenen positiven Reaktionen sind in der Tafel 1 graphisch dargestellt. Im Ordinatensystem der Tafel 1 ist für jeden einzelnen Monat die Zahl der Kinder, die sich als tuberkuloseinfiziert erwiesen hatten, angegeben.

Tafel 1.



Tafel 2.



Bei der Betrachtung der Kurve fällt sofort ihr ganz plötzliches steiles Ansteigen vom Monat Dezember 1918 ab in die Augen; dies setzt noch schärfer im Januar ein, um im Februar ihren Höhepunkt zu erreichen, während die punktierte Kurve des vorausgegangenen Jahres mit Schwankungen um 10–15% immer dasselbe Niveau einhält. Bis zu 50%, also fast dem Doppelten gegenüber 1918, steigt die Kurve an und senkt sich später erst langsam wieder. Auf diese letztere Erscheinung soll noch weiter unten eingegangen werden. Eine so erschreckend hohe Anzahl von infizierten Kindern wie im Februar 1919 wurde in der Anstalt noch niemals festgestellt.

Über die Verteilung der Infektionen auf die einzelnen Lebensjahre gibt die graphische Darstellung der Tafel 2 Aufschluß. Die drei Kurven der Tafel 2 umfassen die Aufzeichnungen des Jahres November 1918 bis November 1919 im Vergleich zu denen des Jahres November 1917 bis November 1918. Außerdem schien es mir ganz lehrreich zu sein, vergleichsweise noch den Befund einzutragen, den A. Volkmar*) auf Grund von 7000 Tuberkulinimpfungen erhoben hat, die in den Jahren 1908–1917 einschließlich an obiger Klinik angestellt wurden.

Aus dem Verlauf der Kurven ist zu ersehen, daß die von 1908–1917 einschließlich in einer fast geraden Linie, entsprechend dem Alter der Kinder, gleichmäßig in die Höhe geht. Vergleichen wir mit ihr die von November 1917 bis November 1918, so läßt sich, namentlich wenn man das Jahr November 1918 bis November 1919 noch mitbetrachtet, erkennen, daß die Zunahme der Infektionen nicht mehr gleichmäßig fortschreitend mit dem Alter steigt, vielmehr verhältnismäßig am meisten die frühen Kindesalter, also die Säuglings- und Kleinkinderjahre betrifft, während die älteren Kinder verhältnismäßig weniger auffällig an ihr beteiligt sind. Zu erklären ist diese Erscheinung, wie auch Davidsohn**), der ähnliches an einem größeren und zahlenmäßig nicht so unterschiedlichen Vergleichsmaterial festgestellt hat, hervorhebt, vielleicht dadurch, daß während des Krieges die Tuberkulosemortalität für das zweite bis zum fünften und siebten Lebensjahr besonders stark zugenommen hat, so daß im späten Kindesalter die Zahl der Infizierten verkleinert erscheint. Die Zahl der Todesfälle an unserem Material ist zu klein, um diese Annahme durch Zahlen belegen zu können.

Kurz zusammenfassend lassen sich die gewonnenen Ergebnisse folgendermaßen kennzeichnen:

1. Mit Beginn des Waffenstillstandes macht sich eine sehr beträchtliche Vermehrung der tuberkulösen Infektionen an unserem Material bemerkbar, die ziemlich plötzlich mit einem rapiden Ansteigen der Tuberkulosekurve im Januar einsetzt und im Februar und März zunächst ihren Gipfel erreicht.
2. Von dieser Zunahme der Infektionen sind in der Hauptsache die sieben ersten Lebensjahre, ganz besonders stark die Säuglinge und das zweite Lebensjahr befallen.

Man kann wohl für das auffällig rapide Ansteigen der tuberkulösen Infektionen von Dezember auf Januar und Februar hin keine andere Begründung finden als die überstürzte plötzliche Rückkehr aller Soldaten aus dem Felde, aus den Garnisonen und Lazaretten. Viele, die wegen Tuberkulose in Lazaretten und Lungenheilstätten sich befanden, gerade auch schwere Phthisiker, kehrten nach Auflösung aller militärischer Disziplin in ansteckungsfähigem Zustande zurück und konnten daher leicht zur Quelle der Infektion für die so besonders empfänglichen Kinder der ersten Altersklassen werden. Das Ansteigen der Kurve erst von Januar 1919 ab findet hingegen seine Erklärung darin, daß die Infektion erst nach Ablauf der Inkubationszeit zum Nachweis kommen kann. Erfahrungsgemäß müssen von dem Tage der Tuberkuloseinfektion bis zum Auftreten einer nachweisbaren Tuberkulinreaktion mindestens 4–6 Wochen vergangen sein. Die Zunahme der positiven Tuberkulinreaktionen gerade im Januar 1919 scheint unsere obige Annahme zu bestätigen.

Das Anwachsen der tuberkulösen Infektionen im Jahre 1919 gegenüber 1918 hätte sich wahrscheinlich in dem Verlauf der Kurven noch viel deutlicher ausgeprägt, wenn wir uns nicht

*) Moro und Volkmar, Münch. med. Wochenschr., 1918, Nr. 15.

**) Davidsohn, Zeitschrift für Kinderheilkunde, 1919, Bd. 1.

— leider erst gegen Abschluß unserer Untersuchungen — davon hätten überzeugen müssen, daß das von uns im Laufe des letzten Jahres angewandte Tuberkulinpräparat unwirksamer geworden ist, worüber uns nachträglich ausgedehnte vergleichende Untersuchungen Aufschluß gaben. Sicher hängt die Senkung der Kurve vom März 1919 ab damit zusammen.

Das rapide Anwachsen der Tuberkuloseinfektionen unter den Kindern seit Kriegsende ist also, wie schon oben auseinandergesetzt, durch eine plötzliche Vermehrung aller der zu einer Erleichterung der Ansteckung führenden Faktoren begründet. Die Annahme liegt daher nahe, daß dieselben Einflüsse auch schon an der während des Krieges festgestellten Zunahme der Tuberkuloseinfektionen in erster Linie beteiligt gewesen sind.

Dem widerspricht auch die Tatsache kaum, daß die Zunahme erst zu derselben Zeit deutlich wurde, als der Nahrungsmangel stärker fühlbar wurde. Denn in den ersten Kriegsjahren hatten wir Menschen genug, um sorgfältig nur die ganz gesunden Männer für den Heeresdienst auslesen zu können. Später, wo die Auslese weniger wählerisch war, wurden auch viele Soldaten mit latenter Tuberkulose eingestellt, die dann nach mehr oder weniger langer Zeit mit einer offenen Phthise auf Urlaub nach Hause zurückkehrten und schon damals zur Infektionsquelle wurden. So konnten wir vielfach, wie auch Kleinschmidt*), in der Anamnese von Kindern, die wegen schwerer Tuberkuloseerkrankungen wie Meningitis, Miliartuberkulose usw. in obiger Klinik zur Aufnahme kamen, die Tatsache feststellen, daß diese Erkrankungen sich an einen Urlaub des Vaters angeschlossen hatten. Dazu kam noch, daß immer mehr Tuberkulose mit der Zeit aus dem Militärdienst nach Hause entlassen wurden; galt doch beispielsweise im Jahre 1917 nach Kleinschmidt für die militärärztliche Beurteilung von Lungentuberkulösen unter anderen Gesichtspunkten auch der, daß alle aktiven fortschreitenden Tuberkulösen als dauernd dienstuntauglich zu entlassen seien.

Läßt sich die Zunahme der Infektionen aus allen diesen Zuständen zur Genüge erklären, so dürfte es auch kaum auf Schwierigkeit stoßen, in den Zeitverhältnissen eine hinreichende Erklärung für den vielfach beobachteten schwereren Verlauf einer stattgehabten Infektion zu finden. In der Hauptsache wären folgende ursächliche Faktoren zu nennen:

1. Die in den letzten Jahren festgestellte Zunahme der Infektionen gerade in den ersten Kinderjahren; wissen wir doch, daß eine Tuberkuloseinfektion um so schwerer wiegende Folgen nach sich zieht, je jünger das von ihr befallene Kind ist.
2. Die mangelnde Widerstandskraft infolge Unterernährung, vor allem infolge Fett- und Eiweißmangels.
3. Immer wieder erneute Superinfektionen infolge der unhygienischen Wohnungsverhältnisse.
4. Die gehäuften massiven Infektionen, die eine plötzliche Überschwemmung des Infizierten mit Tuberkelbazillen bedingten, und die besonders oft schwerste Tuberkuloseformen nach sich ziehen.

Dann ist es wohl auch kein Zufall, daß an obiger Klinik gerade in den Monaten Februar und März 1919 viel mehr schwerste letale Tuberkuloseerkrankungen (Miliartuberkulose, Meningitis und käsige Pneumonien) zur Aufnahme kamen als vor- und nachher.

Aus der Freiburger Universitätsfrauenklinik.

Die Wirkung des Krieges und der Hungerblockade auf die Zusammensetzung der Muttermilch und das Stillgeschäft.

Von Dr. W. Momm, Frauenarzt in Bad Nauheim

Diese interessante und überaus bedeutungsvolle Frage für das Gemeinwohl und die Zukunft unseres Volkes habe ich zusammen mit Dr. Krämer vom chem. Universitätslaboratorium Heidelberg, der die chemischen Analysen ausführte, zum Gegenstand genauer Untersuchungen gemacht. Zunächst sei kurz auf die Verhältnisse bei der Kuhmilch hingewiesen; hier sind Rasse und Futter von Bedeutung, sowohl was die Quantität als die

*) Kleinschmidt, Deutsche med. Wochenschr., 1917, Nr. 32.

Qualität betrifft. Eine Kuh, die viel Milch gibt, braucht nicht eine fettarme Milch zu geben. Ja, eine ertragsreiche Kuh gibt bei gutem Futter eine Milch, die mehr Fett enthält, als eine ertragsarme Kuh. Höhenvieh gibt durchweg eine fettreichere Milch als Niederrungsvieh. Es steht fest, daß mit der Menge des im Futter vorhandenen Proteins sowohl die Menge der Milch als auch der Gehalt an Trockensubstanz, Kasein und Fett steigt oder fällt. Eine einseitige Vermehrung von Fett oder Kohlehydrate im Futter ist dagegen bei den meisten Versuchen ohne jeden Einfluß. Die Menge der Milch kann man durch das Futter bei der Kuh sehr gut beeinflussen, man hat es aber nicht in der Hand, durch Fütterung die einzelnen Bestandteile der Milch zu verändern. Man kann nicht aus einer „Kasein“-Kuh eine „Butter“-Kuh machen und umgekehrt. Andererseits ist der Futterwechsel von großer Bedeutung für die Zusammensetzung der Milch. Weiteren Einfluß haben Temperatur und Witterung sowie die Pflege der Kühe.

All dies zeigt, wie schwer es ist, bei einem lebenden Objekt, bei dem das Material zur Untersuchung in beliebiger Menge zur Verfügung steht, zu einwandfreien Resultaten zu gelangen. Das Problem wird um so schwieriger, wenn das Untersuchungsmaterial schwer zugänglich ist, wie bei der Frauenmilch.

Um nun den Einfluß des Krieges, insbesondere den der Kriegsnahrung, unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes der betr. Frau und der Familienverhältnisse festzustellen, sind wir so vorgegangen, daß 50 Frauen die Milch eines ganzen Tages abgepumpt wurde. Wo dies aus äußeren Gründen nicht angängig war, wurde vier- bis fünfmal täglich bei jedem Stillgeschäft, und zwar sowohl beim Beginn wie während, als auch gegen Ende desselben eine Milchprobe aus beiden Brustdrüsen abgepumpt. Denn wie die Menge, so schwankt auch bei der einzelnen Frau die Zusammensetzung sowohl aus der linken wie aus der rechten Brustdrüse, und auch bei Beginn und gegen Ende des Stillens. Die Frauen wurden wahllos, ausschließlich aus den niederen Kreisen der Stadt genommen, weil hier die Kriegsernährung am meisten sich geltend macht. Die Ernährung war die übliche Kriegsnahrung mit ihren Beschränkungen, besonders von Fett und Eiweiß. Die Brotkarten wurden in allen Fällen ganz ausgenutzt. Fast alle Frauen waren in mehr oder minder größerem Maße magerer geworden. Die Ehemänner standen fast alle im Feld, so daß auf den Frauen die Sorge um den Mann und die Familie in hohem Maße lastete. Fast alle Frauen waren auf die staatliche Unterstützung angewiesen. Von ihnen gehörten 36 dem Arbeiterstande, 14 dem Angestelltenstande an; 48 waren verheiratet, 2 ledig. Die gefundenen 50 Durchschnittswerte ergaben folgendes:

Spezifisches Gewicht 1,0264, Wasser 85,05%, Trockensubstanz 12,65%, Fett 3,71%, Stickstoff 0,245%, Eiweiß 1,560%, Asche 0,184%, Zucker 6,13%, Jodzahl 33,96.

Vergleichen wir nun unsere gefundenen Kriegswerte mit den Friedenswerten, die in der neueren Literatur angegeben sind, so können wir folgende Tabelle aufstellen:

	Kriegswerte Momm-Krämer %	Friedenswerte				
		König %	Abderhalden %	Langstein-Meyer %	Hammarsten %	Feer %
Spez. Gewicht	1,0264	1,0298	—	—	1,026—1,036	—
Wasser	85,05	87,58	—	—	—	87,0
Trockensubst.	12,65	12,2—12,6	—	—	—	13,0
Fett	3,71	3,74	2,9—4,4	4,0	3,0—4,0	4,0 (1,3—9,0)
Stickstoff	0,245	—	0,16—0,27	—	—	0,15—0,30
Eiweiß	1,560	2,01	1,40—1,6—2,6	1,5	1,0—2,0	1,0—1,5
Asche	0,184	0,3	0,15—0,3	0,2	—	0,14—0,28
Zucker	6,131	6,37	6,1—7,0	6,6	6,0	7,0
Jodzahl	33,96	—	—	—	—	—

Da wir über eine genügend große Anzahl von Analysen der Muttermilch zur Kriegszeit verfügen — 50 —, so glauben wir aus der vorstehenden vergleichenden Tabelle herauslesen zu dürfen, daß der Krieg, d. h. die Kriegsernährung, die erhöhte geistige und körperliche Arbeit der deutschen Frau und die in mehr oder minder großem Maße auf sie einwirkenden psychischen Alterationen erfreulicherweise keinen Einfluß auf die Zusammensetzung der Muttermilch hat.

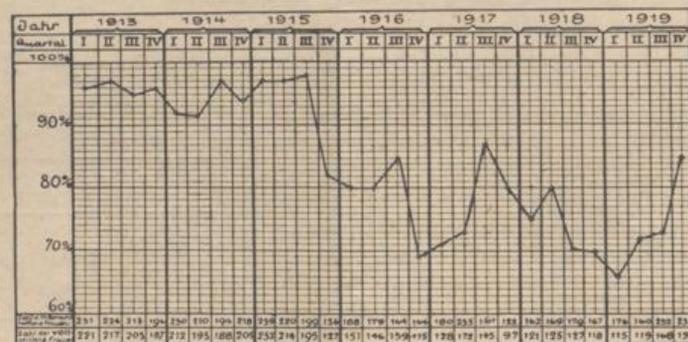
Die Befürchtung, die Muttermilch sei während der Kriegszeit schlecht geworden, die man so oft im Volke zu hören bekommt, ist also erfreulicherweise hinfällig. Dies gilt natürlich auch für die jetzige Zeit, in der die Schwierigkeiten auf dem Gebiete der Volksernährung immer noch fortauern.

Eine andere Frage ist nun, ob die Milchmenge der Mütter durch den Krieg herabgesetzt worden ist. Diese Frage glaube ich bejahen zu dürfen. Ich habe für das Jahr 1913 bis einschließlich 1919 für jedes Quartal ausgerechnet, wie viele Mütter in der Freiburger Frauenklinik während der ersten zehn Tage nach der Niederkunft fähig waren, soviel Milch zu liefern, daß ihre Kinder sich normal weiter entwickelten. Ich brachte diese Ausrechnungen in eine Kurve, in welcher die Prozentzahlen für die einzelnen Quartale des betreffenden Jahres anzeigen, wie viele Mütter voll gestillt haben. Als nicht vollstillende Mütter sind diejenigen gerechnet, deren Kinder Kuhmilch zugefüttert bekamen oder mit Soxhlet allein aufgezogen wurden. Letztere sind in so verschwindender Zahl vorhanden, daß darauf verzichtet wurde, sie einzeln aufzuführen. Mütter, die aus anderen Gründen nicht stillen konnten — wie bei Mastitis, Allgemeinerkrankungen, Nierenkrankheiten, offene Lungentuberkulose, dekompensierte Herzfehler usw. —, wurden außer Betracht gelassen.

Um die Kriegseinflüsse auf das Stillen klar zur Darstellung zu bringen, sind nur Frauen der 3. und 4. Klasse genommen worden, da sich in den besser situierten Kreisen dieselben vielleicht nicht so geltend gemacht haben.

Um größere Zahlen zur Verfügung zu haben, wurden die einzelnen Monate zu Quartalen zusammengefaßt. Die Anzahl der Mütter betrug in den einzelnen Quartalen im Durchschnitt 193; die Maximalzahl war 239, die Minimalzahl 122; aber im allgemeinen wichen die Zahlen nicht sehr von der Durchschnittszahl ab.

Die Stillfähigkeit der in der Klinik Entbundenen.



Aus der Kurve ergibt sich, daß mit dem vierten Quartal 1915, also zu Beginn des zweiten Kriegswinters, in dem die Ernährungsverhältnisse in Deutschland anfangen, sich zu verschlechtern, die Zahl der Mütter, die genügend Milch hatten, um ihre Kinder vollständig zu stillen, fällt. Eine weitere Verschlechterung tritt ein im Winter 1916/17 (Steckrübenwinter). Dann hebt sich die Kurve wieder etwas für die Sommermonate, fällt aber wieder erheblich im Winter 1917/18, um dann im Winter 1918/19 ihren tiefsten Stand zu erreichen.

Auffallend ist die Besserung, die zu Beginn des Winters 1919/20 einsetzt. Der Krieg ist vorbei, die Lebensmittel haben sich durch die Einfuhr vermehrt, die Löhne sind gestiegen, so daß auch die Minderbemittelten sich genügend hochwertige Nahrungsmittel beschaffen können.

Leider sind die Erhebungen über das Stillgeschäft im Lande Baden, die 1911 und 1917 durch Fragebogen, die die Hebammen auszufüllen hatten, ermittelt werden sollten, nach einer mir vom Statistischen Amt in Karlsruhe zugegangenen Nachricht noch nicht zum Abschluß gebracht worden. Sie werden nach vollständiger Verarbeitung an Hand großer Zahlen interessante Aufschlüsse zeitigen und ist nur zu hoffen, daß sie im allgemeinen Interesse bald zur Veröffentlichung kommen, um daran weitere Betrachtungen schließen zu können.

Diese kurze Mitteilung läßt deutlicher als die Untersuchungen der nach Deutschland entsandten neutralen Ärzte und Kommissionen erkennen, wie tiefgehend die durch die Blockade erfolgten Schädigungen für unser Volk gewesen sind. Wir wußten schon durch die Feststellung unserer inländischen Medizin, daß eine große Reihe von neuen Krankheits-symptomen (Spontanfraktur des Knochengerüsts) und von bekannten Krankheiten (Osteomalacie) unter dem Einfluß des Krieges aufgetreten sind oder eine ganz auffallende Vermehrung erfahren haben. Unbekannt war jedoch bisher, daß sogar Mütter und Säuglinge in einer ungeahnten Stärke zu den Leidtragenden des Weltkrieges gehören.

Gesundheitsstatistik.

Bevölkerungsbewegung.

Während der Kriegsjahre wurden seitens des Statistischen Reichsamtes Mitteilungen über die durch das Völkerringen so unglücklich beeinflusste Bevölkerungsbewegung nicht veröffentlicht. Jetzt erscheinen allmählich die seit langem erwarteten Angaben. So sind dem „Statistischen Jahrbuch für das Deutsche Reich“, Jahrgang 1919, folgende Zahlen zu entnehmen:

Jahr	Geborene				Gestorbene		
	Knaben	Mädchen	Auf 100 Mädchen kommen Knaben	Von 100 waren		männlich	weiblich
				unehelich	totgeboren		
1913	974894	919699	106,0	9,7	2,9	550045	510748
1914	965434	908955	106,2	9,8	3,0	574411	533967
1915	733655	691941	106,0	11,2	3,0	541393	521315
1916	549390	512897	107,1	11,1	3,1	492668	500802

Aus diesen Ziffern ersieht man, daß schon im Jahre 1916 der Geburtenüberschuß, der während der letzten Friedensjahre in Deutschland 800000—900000 Seelen betragen hatte, äußerst geringfügig geworden ist. Beachtenswert ist, daß die auf 100 Mädchen entfallende Knabenzahl im Jahre 1916 zugenommen, und daß sich der auf die unehelichen Geburten kommende Anteil vergrößert hat.

Angaben, die sich auch auf die letzten Kriegsjahre erstrecken, bietet eine „vorläufige Mitteilung“, die als Sonderbeilage zu den „Veröffentlichungen des Reichsgesundheitsamtes“ 1920 Nr. 6 erschienen ist; hieraus seien folgende Zahlenreihen wiedergegeben:

Landesteile	Zahl der Sterbefälle (ohne Totgeborene) im 1. Lebensjahre auf je 1000 Lebendgeborene des gleichen Jahres in den Jahren				
	1914	1915	1916	1917	1918
Preußen	164	153	134	153	148
Bayern	193	194	175	186	203
Hessen	103	110	93	117	107
Mecklenburg-Schwerin	189	165	153	180	174
Hamburg	124	102	103	113	114
Deutsches Reich	164	154	136	155	148
Orte mit 15000 und mehr Einw.	155	144	133	143	139
26 Großstädte mit 200000 u. m. Einw.	153	140	130	145	136

Das „Statistische Jahrbuch für das Deutsche Reich“ enthält ferner zahlenmäßige Angaben über die Wohnungsverhältnisse, wie sie bei der Zählung im Mai 1918 in den 45 deutschen Städten mit mehr als 100000 Einwohnern festgestellt wurden. Während des Krieges hatte bekanntlich die Bautätigkeit fast ganz aufgehört. Dies bewirkte, daß in manchen Großstädten, in denen es auch schon vor dem Kriege an Kleinwohnungen fehlte, der Wohnungsmangel noch größer wurde. Es zeigte sich nun bei der genannten Wohnungszählung, daß in 15 von den 45 Großstädten noch nicht einmal 1 Prozent der Kleinwohnungen leer stand. Andererseits fand man aber, daß von 100 Kleinwohnungen

in Berlin	3,1	in Gelsenkirchen	2,7	in Müllheim (Ruhr)	7,1	in Cöln	1,6
.. Breslau	1,4	.. Frankfurt a. M.	3,6	.. Hamborn	7,3	.. Chemnitz	3,3
.. Altona	9,8	.. Barmen	5,6	.. Aachen	7,0	.. Braunschweig	2,1
.. Hannover	2,4	.. Elberfeld	6,8	.. Leipzig	4,7	.. Hamburg	7,2

Hieraus darf man schließen, daß während des Krieges von einer Verschlechterung der Wohnungszustände im allgemeinen keine Rede sein kann. Der Wohnungsmangel zeigte sich vielmehr erst nach der Rückkehr der Truppen und im Anschluß hieran seit der starken Zunahme der Eheschließungen.

Betrachten wir nun noch die Entwicklung der Tuberkulosesterblichkeit während des Krieges, worüber die obenerwähnte Sonderbeilage zu den „Veröffentlichungen des Reichsgesundheitsamtes“ erstmalig etwas ausführlichere Angaben bietet. Hiervon seien folgende Zahlenreihen wiedergegeben:

Landesteile	Zahl der Sterbefälle an Lungentuberkulose, welche im Jahr 1916 auf je 10000 der Zivilbevölkerung am 1. Dez. 1916 und in den Jahren 1917 und 1918 auf je 10000 der Zivilbevölkerung am 5. Dezember 1917 trafen								
	bei der männlichen Zivilbevölkerung			bei der weiblichen Zivilbevölkerung			bei der männl. u. weibl. Zivilbevölkerung zus.		
	in den Jahren								
	1916	1917	1918	1916	1917	1918	1916	1917	1918
Preußen	18,0	23,7	—	13,6	17,8	—	15,4	20,2	—
Bayern	21,7	—	—	15,7	—	—	18,1	18,7	—
Württemberg	16,4	17,9	—	12,9	14,6	—	14,3	15,9	—
Baden	19,7	24,3	—	15,2	19,0	—	17,0	21,1	—
Hessen	19,2	22,5	—	14,5	18,6	—	16,4	20,4	20,2
Oldenburg	14,2	16,3	21,5	10,6	14,7	14,3	12,1	15,4	17,3
Sachsen-Altenburg	16,2	25,2	28,5	13,2	17,0	18,1	14,4	20,3	22,2
Sachsen-Kob.-Gotha	13,8	17,8	23,6	12,6	12,9	16,4	13,1	14,8	19,2

Man sieht, wie stark die Tuberkulosesterblichkeit zugenommen hat. Setzt man diese Tatsache in Beziehung zu den obigen Angaben einerseits über die Zustände bei der Volksernährung und andererseits über die Wohnungsverhältnisse während des Krieges, so ergibt sich auch hierbei deutlich, daß die Tuberkulose — soweit die Disposition in Betracht kommt — in allererster Linie als eine Ernährungskrankheit zu bezeichnen ist.

Gesamtverluste des deutschen Heeres während des Weltkrieges.

Der bekannte Sanitätsstatistiker Oberstabsarzt Prof. Dr. Schwiening hat in dem von W. Hoffmann herausgegebenen Werk „Die deutschen Ärzte im Weltkriege“ (Berlin 1920 bei Mittler u. Sohn) eine Abhandlung über „Sanitätsstatistische Betrachtungen“ veröffentlicht, der man erstmalig genauere Angaben über die Gesamtverluste des deutschen Heeres während des Weltkrieges entnehmen kann. Von den interessanten Mitteilungen, die sich auf die bis Ende Mai 1919 erschienenen Verlustlisten stützen, sei hier zunächst angeführt, wie groß die Verluste insgesamt sind, und wie sie sich auf die einzelnen Dienstgrade verteilen:

		Offiziere, Sanitäts- offiziere, Veterinär- offiziere	Beamte	Unter- offiziere	Mann- schaften	Summe
Insgesamt zum Kriegsdienst eingestellt . . .		282000	43000	1205000	9407000	10937000
a) Gefallen	absolut	45123	762	177209	1307954	1531048
	% der Eingestellten	16,0	1,8	14,7	13,9	13,8
b) Vermißt	absolut	17215	66	110721	863338	991340
	% der Eingestellten	6,1	0,15	9,2	9,2	9,1
c) Verwundet	absolut	91679	499	478165	3641126	4211469
	% der Eingestellten	32,5	1,16	31,4	38,7	38,5
d) Durch Krankheit usw. Gestorbene	absolut	3903	543	13273	137294	155013
	% der Eingestellten	1,4	1,3	1,1	1,5	1,4
e) Summe (a bis d)	absolut	157920	1870	779368	5949712	6888870
	% der Eingestellten	56,0	4,3	64,7	63,2	62,9
f) Todesfälle insges. (a und d)	absolut	49026	1305	190482	1445248	1686061
	% der Eingestellten	17,4	3,0	15,8	15,4	15,4

Hierzu bemerkt Schwiening, daß die Zahlen der insgesamt zum Kriegsdienst Einberufenen nur schätzungsweise berechnet sind; die daraus gewonnenen Verhältniszahlen besitzen mithin keinen Anspruch auf völlige Zuverlässigkeit. Er weist dann darauf hin, „daß die Offiziere keine wesentlich geringeren Opfer gebracht haben, als die Unteroffiziere und Mannschaften — im Gegenteil, ihre Todesfälle infolge Waffengewalt übertreffen diejenigen der Unterklassen um mehrere Prozent“.

Beachtenswert sind sodann die Angaben über den Anteil der einzelnen bundesstaatlichen Kontingente des Heeres an den Verlusten. Hierbei ist zu bemerken, daß, nach der Zählung vom 1. Dez. 1910, von den ortsanwesenden Männern der Geburtsjahrgänge 1899 bis 1870 einschließlich entfielen auf:

Preußen	78,6%	Sachsen	7,5%
Bayern	10,8%	Württemberg	3,6%

Demgegenüber verteilten sich die Verluste folgendermaßen auf die genannten Staaten:

		Preußen	Bayern	Sachsen	Württem- berg	Gesamt- heer	
Tote (Gefallene, an Wunden u. Krank- heiten usw. Gestor- bene)	Offiziere usw.	absolut	38958	4558	3261	2249	49026
		% aller Bundesstaat.	79,4	9,3	6,7	4,6	100,0
	Mann- schaften	absolut	1300575	157170	111399	67891	1637035
		% aller Bundesstaat.	79,4	9,6	6,8	4,2	100,0
	insgesamt	absolut	1339533	161728	114660	70140	1686061
		% aller Bundesstaat.	79,5	9,5	6,8	4,2	100,0
Verwundete	absolut	3282969	434779	305655	188066	4211469	
	% aller Bundesstaat.	78,0	10,3	7,2	4,5	100,0	
Vermißte	absolut	804008	93928	67588	25816	991340	
	% aller Bundesstaat.	81,1	9,5	6,8	2,6	100,0	
Summe	absolut	5426510	690435	487903	284022	6888870	
	% aller Bundesstaat.	78,8	10,0	7,1	4,1	100,0	

Vergleicht man die hier angeführten Verhältnisziffern mit den obigen Zahlen für die wehrpflichtige Bevölkerung in den einzelnen Staaten, so erkennt man, daß alle bundesstaatlichen Truppenkontingente fast die gleichen Opfer gebracht haben.

Gesundheitsgesetzgebung und -verwaltung.

Deutsches Reich.

Der Reichsrat hat dem Vorschlage des 6. Ausschusses der Nationalversammlung betr. die Ausdehnung der Versicherungsberechtigung bei den Krankenkassen bis zur Einkommensgrenze von 20 000 Mark zugestimmt. Diese Maßnahme tritt auf Grund einer soeben im „Reichsanzeiger“ veröffentlichten Verordnung am 26. April d. J. in Kraft. Der Geschäftsführer des „Leipziger Verbandes“, Sanitätsrat Dr. Wiebel, nimmt hierzu in einem in den „Ärztl. Mitteilungen“ erschienenen Aufsatz, der mit dem Hamletwort „Ist es schon Tollheit, hat es doch Methode“ betitelt ist, Stellung. Am Schlusse dieses Artikels heißt es: „Die Tollheit der 20000-Mark-Grenze können wir zwar nicht verhindern, verhindern können und müssen wir aber die weitere Ausdehnung des für Ärzte wie für Kranke gleich beschämenden Pauperismus des Kassenarztwesens, und das kann nur geschehen durch Organisation, hinter deren Maßnahmen eine bedingungslose und geschlossene Gefolgschaft steht.“

Preußen.

Im Juni 1919 hatte der Ausschuß für Bevölkerungspolitik der Verfassunggebenden Preußischen Landesversammlung Richtlinien für ein Gesetz über die Neugestaltung des Hebammenwesens ausgearbeitet. Hiernach soll die Hebamme Beamteneigenschaft erhalten und den Frauen unentgeltlich Geburts- und Wochenhilfe gewähren, wofür ihr ein zur Lebenshaltung genügendes Einkommen gesichert wird, während sie außerberuflichen Nebenerwerb nur mit behördlicher Genehmigung ausüben darf. Der genannte Ausschuß beantragte nun in der Sitzung der Landesversammlung vom 15. Dezember 1919, daß mit tunlichster Beschleunigung die gesetzlichen Bestimmungen über die Reichswochenhilfe vom 26. September 1919 und die Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung über Wochenhilfe durch die Krankenkassen so abgeändert werden, daß sie mit den genannten Richtlinien nicht in Widerspruch stehen. Die Landesversammlung nahm diesen Antrag an. — Am 20. Februar 1920 beschäftigte sich die Landesversammlung mit drei sozialhygienischen Anträgen. Die Unabhängigen Sozialdemokraten hatten beantragt, auf die Reichsregierung soll durch die Staatsregierung eingewirkt werden, daß mit allergrößter Beschleunigung eine Gesetzesvorlage eingebracht wird, wonach die obligatorische Familienversicherung einzuführen ist. Die Sprecher sämtlicher Fraktionen haben diesem Antrag zugestimmt, der dann ohne besondere Abstimmung Annahme fand. Bemerkenswert ist, daß die Staatsregierung bei der Erörterung des Antrages nicht vertreten war. Die Sprecherin der demokratischen Partei forderte, daß die Regierung diesmal mit mehr Nachdruck und Glück das, was vom Hause schon im März 1919 gewünscht wurde, bei der Reichsregierung durchsetzen möge. Der Redner der Deutschnationalen Partei betonte, daß den Ärzten für die Behandlung der Familienangehörigen eine angemessene Bezahlung gewährleistet werden muß. Die Deutsche Demokratische Partei hatte beantragt, bei der Reichsregierung durch die Staatsregierung darauf zu dringen, daß sobald als möglich ein Reichsgesetz zur Bekämpfung der Tuberkulose erlassen wird. Begründet wurde der Antrag von dem Düsseldorfer Kinderarzt Abg. Dr. Schloßmann, der darlegte, daß gegen die Tuberkulose ein ganz konzentrischer Kampf notwendig ist, „der von allen Seiten zugleich einsetzen muß und bei dem wir alle Mittel anwenden müssen, welche möglich sind, um einer solchen Krankheit gegenüber Erfolg zu erzielen.“ Die Redner aller Fraktionen äußerten sich im gleichen Sinn, so daß auch dieser Antrag ohne besondere Abstimmung angenommen wurde. Erwähnt sei noch, daß sich an der Erörterung dieses Antrages als Regierungsvertreter Ministerialdirektor Dr. Gottstein beteiligte, der mitteilte, daß im Reichsministerium des Innern ein Gesetzentwurf zur Bekämpfung der Tuberkulose fertiggestellt und mit den in Frage kommenden Sachverständigen durchberaten worden ist. Der Gesetzentwurf liege jetzt dem Reichsgesundheitsamt vor, weil in diesem die sachverständigen Vertreter der einzelnen Länder ebenfalls vorhanden sind. Dort werde er beraten werden, und von dieser Beratung sei eine kürzere Behandlung im Reichsrat zu

erwarten, weil dann die Sachverständigen der einzelnen Länder dazu schon Stellung genommen haben. Schließlich lag noch ein von der Sozialdemokratischen Partei gestellter Antrag vor, wonach die Staatsregierung ersucht werden soll, tunlichst bald eine Reform der Gewerbehygiene durchzuführen in der Richtung, daß auch die hygienisch vorgebildeten Ärzte neben den technischen Gewerbeaufsichtsbeamten als gleichberechtigte Mitarbeiter anzusehen sind. Der Antrag wurde von dem Arzt und Abgeordneten Dr. Beyer (Westpreußen) begründet. Er wies u. a. darauf hin, daß in Preußen durch den Erlaß vom 19. Juli 1884 die Ärzte aus der Gewerbeaufsicht vollkommen ausgeschaltet wurden; es bestand für den Techniker zwar die Möglichkeit, einen Arzt heranzuziehen, wenn es für erforderlich erachtet wurde, aber es sei psychologisch selbstverständlich, daß hiervon sehr selten Gebrauch gemacht wird, weil damit der Techniker seine eigene Unzulänglichkeit eingestehen würde. Dr. Beyer betonte, daß Gewerbeärzte, wie Kaup und Kölsch Hervorragendes geleistet haben, und erwähnte einen Vorschlag von Kölsch, wonach zunächst an den Universitäten Berlin, Bonn, Breslau und Halle Lehrstühle für Gewerbehygiene geschaffen und an diese Universitätsstädte Landesgewerbeärzte gesetzt werden sollen; dort sollen Laboratorien eingerichtet werden, und gleichzeitig sollen die Universitäten das in den Kliniken vorhandene, dieses Gebiet berührende Krankmaterial zur Verfügung stellen. Der genannte Antrag, der die Zustimmung aller Fraktionsredner fand, wurde angenommen.

* * *

Das preußische Ministerium für Volkswohlfahrt hat Richtlinien für die Ausbildung von Kommunalärzten und für das Verhältnis des Kreisarztes zur kommunalärztlichen Tätigkeit bekanntgegeben. Es wird hierbei unterschieden zwischen Ärzten, die in der Fürsorge sich praktisch betätigen, und denen, „die der Gemeindeverwaltung in allen Fragen der kommunalen und sozialen Hygiene mit Rat und Tat zur Seite stehen sollen.“ Um als Tuberkulose-, Säuglings-, Kleinkinder-, Krüppel- oder Alkoholfürsorgearzt bestellt zu werden, genügt es, wenn der Anwärter die notwendigen Fachkenntnisse besitzt und wenigstens ein halbes Jahr auf dem betreffenden Fürsorgegebiet als Hilfsarzt tätig war. Der Schularzt soll einen besonderen staatlich anerkannten Lehrgang von mindestens 6 Wochen Dauer durchgemacht haben. Kommunalärzte, die der Gemeindeverwaltung als ärztliche Berater dienen sollen, müssen nicht nur die Hauptgebiete der sozialen Hygiene praktisch studiert haben, sondern auch in der allgemeinen Hygiene ein gewisses Maß von Kenntnissen aufweisen wie die Kreisärzte und die verschiedenen Untersuchungsmethoden auf dem Gebiete der Hygiene kennen; ferner ist erforderlich die Kenntnis der einschlägigen Medizinal- und Gesundheitsgesetzgebung, der sozialen Gesetzgebung und der medizinalstatistischen Methoden, deren Anwendung dem Kommunalarzt geläufig sein muß; endlich müssen diese Kommunalärzte auch die Grundbedingungen und Erfordernisse der neuzeitlichen Seuchenbekämpfung kennen und anzuwenden in der Lage sein. Die Ausbildung in der kommunalen und sozialen Hygiene sowie für den Schularztdienst wird zweckmäßig in besonderen Unterrichtsstätten im Anschluß an geeignete städtische Anstalten und Einrichtungen des Gesundheitswesens stattfinden. In Landkreisen, wo die Arbeitskraft des Kreisarztes durch seine medizinal- und sanitätspolizeilichen Dienstgeschäfte nicht voll in Anspruch genommen ist, wird es im allgemeinen genügen, wenn die hygienische und sozialhygienische Beratung der Gemeindeverwaltungen durch den Kreisarzt erfolgt; die praktische örtliche Fürsorgearztstätigkeit wird im allgemeinen von besonderen Ärzten ausgeübt werden. Wird in mittleren und größeren kreisfreien Städten die eigentliche Kreisarztstätigkeit und die kommunalärztliche Tätigkeit für die Vereinigung zu groß, so wird die Bestellung besonderer Kommunalärzte im Hauptamt nötig sein. Es empfiehlt sich, diese hauptamtlichen Kommunalärzte zu vollberechtigten Mitgliedern der Gemeindeverwaltung zu machen, damit sie die von ihnen bearbeiteten Angelegenheiten auch persönlich im Magistrat oder Gemeindevorstand vertreten können. — Es ist erfreulich, daß versucht wurde, für diese schwierigen und wichtigen Fragen Richtlinien aufzustellen. Ob aber hiermit eine befriedigende Lösung gegeben wurde, ist allerdings recht zweifelhaft.

Württemberg.

Auf Grund des Gesetzes betreffend die Neuordnung des Gesundheitswesens im Geschäftskreis der inneren Verwaltung vom 15. Dezember 1919 hat das württembergische Staatsministerium in der Verordnung vom 17. Dezember 1919 u. a. bestimmt, daß zur Beratung wichtiger Gesundheitsfragen von allgemeiner Bedeutung ein in die erforderliche Anzahl von Fachabteilungen gegliederter Landesgesundheitsrat gebildet wird. Als Mitglieder werden vom Ministerium des Innern Sachverständige auf ärztlichem, zahnärztlichem, pharmazeutischem und nahrungsmittelchemischem Gebiet, insbesondere Vertreter der medizinischen und der naturwissenschaftlichen Fakultät der Universität Tübingen, Vertreter der Technischen Hochschule in Stuttgart, Vertreter des ärztlichen, tierärztlichen und pharmazeutischen Landesvereins und der Landesvertretung der Zahnärzte sowie anderer durch Zahl oder Bedeutung ihrer Mitglieder hervorragender Berufsvereinigungen der genannten Fachgebiete je auf die Dauer von drei Jahren in den Landesgesundheitsrat berufen. Unter den Mitgliedern müssen sich Vertreter der Homöopathie und des Naturheilverfahrens befinden. Die Mitgliedschaft in dem Landesgesundheitsrat ist ehrenamtlich. Außerdem kann das Ministerium des Innern geeignetenfalls Sachverständige aus anderen Fachgebieten, Vertreter des Hebammen- und Krankenpflegeberufs, Laienvertreter der auf den verschiedenen Gebieten der Gesundheitspflege tätigen gemeinnützigen Vereinigungen sowie Vertreter von Gewerbe, Handel, Landwirtschaft und anderen besonders beteiligten Berufs- und Bevölkerungskreisen beiziehen. — In Ergänzung hierzu hat das Ministerium des Innern am 22. Dezember 1919 eine Verfügung bekanntgegeben, aus welcher folgendes mitgeteilt sei: das Ministerium behält sich vor, nach Bedarf sachverständige Beamte und Vertreter beteiligter Behörden zur Teilnahme an den Verhandlungen des Landesgesundheitsrates heranzuziehen. Den Vorsitz im Landesgesundheitsrat und in seinen Abteilungen führt der Minister des Innern, soweit er ihn nicht anderen Personen überträgt. Auswärtige Mitglieder des Landesgesundheitsrates erhalten für die Teilnahme an den Sitzungen Diäten und Reisekosten. Das Ministerium bestimmt die im Landesgesundheitsrat zu beratenden Gegenstände und die für die einzelnen Beratungen heranzuziehende Abteilung. Die Mitglieder des Landesgesundheitsrates können unter Vorlage eines schriftlichen Berichtes mit Leitsätzen bei dem Ministerium des Innern die Beratung gesundheitlicher Fragen von allgemeiner Bedeutung in Anregung bringen. Der Vorsitzende bestellt, soweit erforderlich, für die anfallenden Beratungsgegenstände Berichterstatter und Mitberichterstatter. Die Berichterstatter legen dem Vorsitzenden schriftlichen Bericht mit Leitsätzen oder, sofern ein Entwurf zur Beratung gestellt ist, mit bestimmten Anträgen vor. Der Vorsitzende teilt den Mitgliedern gelegentlich der Einladung die Leitsätze und Anträge mit. Wird in der Sitzung eine Einigung über die Leitsätze usw. nicht erzielt, so ist eine Abstimmung herbeizuführen, bei der die Mitglieder des Landesgesundheitsrates und die beigezogenen weiteren Sachverständigen und Vertreter gesondert abstimmen. — Vergleicht man diese Gestaltung des württembergischen Landesgesundheitsrates mit dem Reichsgesundheitsrat und den aus der Friedenszeit stammenden sonstigen Landesgesundheitsräten hinsichtlich der Zusammensetzung und der Befugnisse, so wird man unschwer den bedeutenden Fortschritt, der in Württemberg erzielt wurde, ersehen und auch erkennen, wie nahe diese neue Schöpfung dem namentlich von A. Fischer vorgeschlagenen Gesundheitsparlament kommt.

Baden.

Im Februar 1919 fand im Badischen Arbeitsministerium eine Beratung über sozialhygienische Fragen statt, zu der Einladungen an die Hygieniker der beiden Universitäten und an Vertreter der sozialhygienischen Landesorganisationen ergangen waren. Nach ausgiebiger Erörterung wurde es für erforderlich erachtet, daß das Ministerium einen sozialhygienischen Beirat beruft, der sich aus allen in Betracht kommenden Kräften zusammensetzen soll. Das Arbeitsministerium hat hierzu bereits die entsprechenden Schritte unternommen. Es ist anzunehmen, daß sich auch diese Organisation im Sinne eines Gesundheitsparlamentes entwickeln wird. — In der gleichen

Sitzung wurde auf Veranlassung des Reichsministeriums des Innern die Bildung eines badischen Landesausschusses für hygienische Volksbelehrung erwogen. Auf Grund dieser Beratung hat das Badische Arbeitsministerium von der Bildung einer neuen Organisation abgesehen und die Badische Gesellschaft für soziale Hygiene gebeten, eine besondere Abteilung für hygienische Volksbelehrung zu schaffen, wozu sich der Arbeitsausschuß der genannten Gesellschaft bereit erklärt hatte.

* * *

Die neugewählte Badische Ärztekammer trat am 25. Februar 1920 unter dem Vorsitz von Med.-Rat Dr. Bongartz (Karlsruhe) erstmalig zusammen. Die Kammer befaßte sich u. a. mit ihrer Beteiligung an den Aufgaben der sozialen Hygiene. Der Vorsitzende führte aus, daß die Fragen und Aufgaben der sozialen Hygiene allgemein erörtert werden, und daß die ärztlichen Ständesvertretungen sich ihrer daher in eingehendster Weise annehmen müssen, wenn den Ärzten die Führung auf diesem Gebiete erhalten bleiben soll, was nicht nur im Interesse der Sache selbst, sondern auch in dem des Ansehens der Ärzte unter allen Umständen geschehen muß. Es sollen diejenigen ärztlichen Kräfte, die auf diesem Gebiete bisher tätig waren, zusammengefaßt und dafür gesorgt werden, daß die von ihnen ausgehenden Vorschläge und Anregungen bei den in Betracht kommenden Instanzen die nötige Beachtung finden. Entsprechend dem Vorschlag des Vorsitzenden beschloß die Kammer zur Ausarbeitung eines Arbeitsprogrammes eine Kommission zu bilden, die aus je einem Vertreter der Schulärzte, der Gewerbehygiene, der Gesellschaft für soziale Hygiene, der beiden Lehrstühle für Hygiene in Freiburg und Heidelberg, des staatsärztlichen Vereins und einem Mitglied der Ärztekammer bestehen soll.

Bestrebungen gesundheitspolitischer Vereine.

Die Direktoren sämtlicher Universitätsinstitute für Hygiene haben sich, wie im „Berliner Tageblatt“ vom 26. Februar 1920 mitgeteilt wird, zu einer Fachgemeinschaft zusammengeschlossen, um bei der Neuordnung des Medizinstudiums als geschlossene Vertretung zu Worte zu kommen. Dr. Mamlock, der ärztliche Mitarbeiter der genannten Zeitung, schreibt hierüber: „Die erste Kundgebung dieser Fachgemeinschaft an den Minister für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung wendet sich gegen die Abtrennung der sozialen Hygiene von dem Gesamtgebiet der Hygiene; innerhalb dieses allgemeinen Faches genüge eine noch stärkere Betonung der sozialen Sonderdisziplin, die man auch dem Ordinarius für Hygiene bei der Prüfung überlassen müsse. Die Fachgemeinschaft steht auf dem Standpunkt, daß das Verständnis für die verwickelten Ursacheverknüpfungen bei der Entstehung von Krankheiten nur auf dem Boden der naturwissenschaftlichen, zumal der experimentell-hygienischen Forschung, gewonnen werden kann. Demgemäß könne ein solcher Unterricht nur von Lehrern mit vollständiger hygienischer Fachausbildung erteilt werden; soweit die Direktoren der Hygieneinstitute dies nicht selbst tun, können zwar hierfür besonders vorgebildete Dozenten, die aber an den Instituten tätig sind und eventuell Lehraufträge für soziale Hygiene erhalten, herangezogen werden.“

Trotz der sehr eingehend begründeten Denkschrift hat der Berliner Hygieniker Professor Flügge darauf hingewiesen, daß der Unterricht in sozialer Hygiene, wenigstens in Berlin, sich nicht ganz im Rahmen und in Abhängigkeit von dem Hygienischen Institut vollziehen kann, wenn auch ein enger Anschluß schon aus den oben angegebenen Gründen geboten ist. — Diese Auffassung beansprucht trotz der Kundgebung der Fachgemeinschaft größte Beachtung: noch stets hat sich bei der Entstehung neuer Disziplinen und ihrer Loslösung von der Mutterwissenschaft (erinnert sei an die Abtrennung der Orthopädie von der Chirurgie u. a.) anfänglich ein wohlzubegründender Widerstand gezeigt. Er schwand in dem Maße, wie das junge Gebiet erstarkte, und namentlich, wenn es bedeutende Vertreter fand; was Albrecht v. Graefe aus der ursprünglich mit der Chirurgie verknüpften Augenheilkunde gemacht hat, ist ja unvergessen. So wird auch allem Anschein nach die Entwicklung der sozialen Hygiene sich gestalten, und das wird auf die Dauer keine Fach-

gemeinschaft aufhalten können.“ — Man ziehe hier zur Ergänzung auch die Darlegungen in der „Bücher- und Schriftenschau“, Seite 20 ff. der „Sozialhyg. Mitteilungen“, 1920, Heft 1, sowie die Ausführungen auf Seite 58 u. 59 dieser Nummer heran. Es sei auch noch angefügt, daß die Mittel für eine ordentliche Professur für soziale Hygiene an der Universität Berlin bereits in den Etat eingestellt wurden.

* * *

Im August 1919 wurde ein Verband deutscher Landesversicherungsanstalten zum Zwecke des Meinungsaustausches der Landesversicherungsanstalten und zur Förderung gemeinsamer Angelegenheiten auf den ihnen gesetzlich zugewiesenen und noch ferner zuzuweisenden Gebieten gegründet. Zum Vorsitzenden wurde Geheimer Regierungsrat Dr. Schröder (Cassel) gewählt. Auf der Gründungsversammlung wurde bereits eine umfangreiche Tagesordnung erledigt und hierbei wurden Entschlüsse gefaßt, aus denen folgendes mitgeteilt sei: Der Verband stellt fest, daß die Vermögenslage der Anstalten zu großen Besorgnissen Anlaß gibt. Hervorgerufen ist diese ungünstige Lage in der Hauptsache durch die Belastung mit den Rentenzulagen, die mit Recht und Billigkeit im Widerspruch steht, den Anstalten die Möglichkeit, ihren gesetzlichen Aufgaben gerecht zu werden, nimmt und dadurch die Interessen der Versicherten aufs empfindlichste schädigt. Dies ist um so bedenklicher, als eine Erweiterung der von den Anstalten zu lösenden Aufgaben nicht länger hinausgeschoben werden kann, ohne daß das deutsche Volk schweren Schaden erleidet. An die Stelle der jetzigen Rentenzulagen muß eine Erhöhung der gesetzlichen Leistungen der Invaliden- oder Hinterbliebenenversicherung um mindestens die Hälfte treten. Diese Erhöhung und die im Interesse der Volksgesundheit gebotene ausgiebige Gewährung der freiwilligen Leistungen insbesondere auf dem Gebiete des Heilverfahrens bedingen eine wesentliche Erhöhung der gegenwärtigen Beiträge in Verbindung mit dem Aufbau höherer Lohnklassen und eine Hinaufsetzung der Verdienstgrenze.

* * *

Der Reichsverband der privaten gemeinnützigen Kranken- und Pflegeanstalten Deutschlands tagte am 4. Februar 1920 in Berlin. Zunächst sprach Prälat Dr. Werthmann (Freiburg), der Vorsitzende des Deutschen Caritasverbandes, gegen die Sozialisierung der Krankenhäuser. Weder die Kranken, noch die Ärzte, noch die Pflegerinnen haben den Wunsch nach Sozialisierung geäußert. Die auch von den Sozialisten für erforderlich erklärte Vorbedingung, daß die Betriebe für die Sozialisierung reif sein müssen, sei bei den Krankenhäusern nicht gegeben. Die geforderte allgemeine Gleichheit müßte zuerst bei den Gesunden, statt bei den Kranken durchgeführt werden. Im Auftrag sämtlicher privaten gemeinnützigen Krankenanstalten Deutschlands erhob der Redner Einspruch gegen die Sozialisierung „namens der Kranken, deren Wohl oberstes Gesetz sein müsse, namens der Freiheit, Gutes zu tun, namens der Jahrtausende alten freien Wohltätigkeit, namens der Not des Vaterlandes, namens des Idealismus und der deutschen Kultur“. — Darnach hielt Geheimrat Rubner (Berlin) einen Vortrag, in dem er den Achtstundentag in Krankenhäusern vom hygienischen Standpunkt aus für völlig unangebracht bezeichnete. Das Krankenhaus sei keine Fabrik und beruhe ganz und gar auf der Pflege und Heilung der Kranken; diesem Gesetz müssen sich die Ärzte und das Pflegepersonal unterwerfen.

* * *

In Gelsenkirchen fand im Januar d. J. eine Konferenz der ärztlichen Vertreter der Stadt- und Landkreise des Ruhrkohlenbezirks statt. Stadtarzt Dr. Wendenburg (Gelsenkirchen) sprach über die künftige Organisation der Fürsorge-Einrichtungen und über die Notwendigkeit, einen regelmäßigen Meinungsaustausch der auf diesem Gebiete tätigen Vertreter der Kommunen herbeizuführen. Es wurde allgemein anerkannt, daß nur durch derartige, von jetzt ab regelmäßig einzurichtende Tagungen erreicht werden kann, daß die in der Gesundheitsfürsorge tätigen Kommunen ihre Ansichten und Absichten auf diesem Gebiet in wirksamer Weise äußern und durchsetzen können. Aus diesem Grunde wurde beschlossen, die Tagungen regelmäßig zu wiederholen.

* * *

In der Gesellschaft für soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik (Sitz Berlin) berichtete am 23. Oktober 1919 Prof. Dr. Kayserling über die Anforderungen an ein Reichs-Tuberkulosegesetz. Während in früheren Jahren die in dieser Gesellschaft gehaltenen Vorträge nebst folgenden Diskussionen wortgetreu in eigenen Organen veröffentlicht wurden, erfährt man jetzt über den Vortrag von Kayserling nur etwas durch das „Tuberkulosefürsorgeblatt“, zu dessen Herausgebern der Redner gehört. Hiernach stellte Kayserling 5 Forderungen auf: 1. Die Anzeigepflicht muß soweit gehen, daß eine restlose Erfassung aller ansteckungsfähigen Tuberkulösen erzielt wird; die Anzeige soll an die Fürsorgestelle (nicht an die Ortspolizei) erfolgen. 2. Die Fürsorgestellen sind zu Fürsorgezentralen auf rechtlicher Grundlage auszubauen und über das ganze Reich auszudehnen. 3. Die vorgeschrittenen Lungenkranken, die ohne Gefährdung ihrer Mitbewohner in ihren Wohnungen nicht verpflegt werden können, sind zu unentgeltlicher Behandlung Tuberkuloseheimen zu überweisen. 4. Die Kinder sind durch Fernhaltung Tuberkulöser von Berufen, die eine dauernde Berührung mit Kindern bedingen, zu schützen. 5. Über die in Betrieben und im öffentlichen Leben erforderlichen Schutzmaßnahmen (z. B. gesetzliches Verbot des Ausspuckens auf den Boden in Orten des öffentlichen Verkehrs wie Bahnhöfen u. dgl.) sind allgemeine Bestimmungen zu treffen. — Leider hat man bisher nichts darüber gehört, welche Aufnahme diese Forderungen in der Diskussion gefunden haben. So nützlich die Vorschläge von Kayserling sind, so wenig kann man sich mit ihnen allein begnügen. Der Kampf gegen die Tuberkulose muß, wie oben (Seite 48) mitgeteilt wurde, von allen Seiten zugleich einsetzen und mit allen Mitteln geführt werden; dies muß in einem Reichs-Tuberkulosegesetz deutlich zum Ausdruck gelangen. Die Zeit, in der man sich mit kleinen Mitteln begnüge, ist vorbei.

* * *

Am 30. März d. J. beschäftigte sich der Verein Karlsruher Ärzte mit einem Fragebogen des Instituts für Gewerbehygiene zu Frankfurt a. M., der sich auf die Melde- und Entschädigungspflicht für gewerbliche Erkrankungen bezieht. Der Verein Karlsruher Ärzte kam nach einem Bericht von Dr. A. Fischer (Karlsruhe) und nach eingehender Aussprache zu folgender Beantwortung des Fragebogens: „Gemeldet und entschädigt werden sollen die Erkrankungen, die auf gewerbliche Gifte zurückzuführen sind. Die Anzeige soll erfolgen, 1. damit die Unternehmer zur Einführung der erforderlichen gewerbehygienischen Maßnahmen veranlaßt werden können, und 2. damit, wenn durch die genannten Erkrankungen Erwerbsunfähigkeit entstanden ist, eine Entschädigung, und zwar in der Art wie bei den Unfallverletzungen gezahlt wird. Die Meldung soll durch den behandelnden Arzt an die Krankenkasse erfolgen. Bei der Entscheidung der Frage, wer für die Diagnose einer gewerblichen Vergiftung maßgebend sein soll, ist zu verfahren wie bei der Unfallversicherung. Eine besondere Stelle für Obergutachten und Nachprüfung der Diagnosen erscheint dort nicht erforderlich, wo ein Landesgewerbearzt oder entsprechende wissenschaftliche Institute vorhanden sind. Der Mediziner, der mit Erfolg die innere Klinik besucht und das Kolleg über Pharmakologie gehört hat, ist im allgemeinen genügend für die Diagnostizierung der obengenannten Berufskrankheiten ausgebildet. Ärzte in solchen Gebieten, in denen gewerbliche Vergiftungen besonders häufig vorkommen, werden sich allerdings hierfür besondere Kenntnisse aneignen müssen. Es ist wünschenswert, daß in den Fortbildungskursen für praktische Ärzte auf das Studium dieser Berufskrankheiten, soweit dies möglich ist, besonderer Wert gelegt wird.“ — Wie das Institut für Gewerbehygiene mitteilt, sollen die Ergebnisse der in Rede stehenden Umfrage im Druck erscheinen.

* * *

Die Propagandagesellschaft für Mutterschaftsversicherung (Sitz Karlsruhe), welcher die Gründung der ersten deutschen Mutterschaftskasse zu verdanken war, und die sich unausgesetzt um den Ausbau der gesetzlichen Mutterschaftsfürsorge namentlich im Interesse der nichtversicherten Ehefrauen aus den unbemittelten Kreisen bemühte, hat im Dezember 1919 ihre Auflösung beschlossen, um die bisher von ihr geleistete Tätigkeit der Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene zu überlassen. — Auch die Orts-

gruppe Karlsruhe des Deutschen Vereins für Volkshygiene hat sich im März 1920 aufgelöst. Diese Organisation hat ihre Arbeit ebenfalls in die Hände der Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene gelegt.

* * *

Auf der im Herbst 1919 abgehaltenen Hauptversammlung des Badischen Landeswohnungsvereins wurde ein Arbeitsausschuß eingesetzt, der den viel erörterten Entwurf eines Heimstättengesetzes von Dr. Kampffmeyer (siehe: „Sozialhygienische Mitteilungen für Baden“, 1919, Heft 3 und 4) überarbeiten sollte. Mit Rücksicht auf die schwebenden Verhandlungen über ein Reichsgesetz hat dieser Arbeitsausschuß den Entwurf von Kampffmeyer vorläufig zurückgestellt und statt dessen Leitsätze bekanntgegeben, welche die Forderungen enthalten, die Baden an das Reich als Mindestforderungen für ein Rahmengesetz richten soll. Von diesen Leitsätzen sei folgendes erwähnt: Durch behördliche Schatzungsämter werden sämtliche Mieten neu festgesetzt. Als Grundlage dient § 3 der Verordnung, den Schutz der Mieter betreffend, vom 15. Juli 1919. Ausnahmen sind aus gewichtigen Gründen zulässig. Als wichtiger Grund gilt vor allem die Erzielung einer angemessenen Verzinsung des in dem Hause in wirtschaftlich unbedenklicher Weise angelegten Kapitals. Die Überschreitung des für die einzelne Wohnung festgesetzten Mietpreises ist unter Strafe zu stellen. Soweit bei den seit Kriegsbeginn entstandenen oder noch entstehenden Häusern die Mehrkosten durch die behördlich festgesetzte Miete keine Deckung erfahren, werden sie aus Leistungen aus öffentlichen Kassen gedeckt, und zwar zur Hälfte vom Reich aus allgemeinen Steuermitteln. Von der anderen Hälfte deckt das Reich ein Drittel aus dem Ertrag einer Reichswohnungssteuer. Zur Deckung je eines weiteren Drittels erheben Staat und Gemeinde Zuschläge zur Reichswohnungssteuer.

Bücher- und Schriftenschau.

Hans Lungwitz: Die Verstaatlichung des Heil- und Fürsorgewesens. Eine Denkschrift. Unter Mitwirkung von Dührsen-Berlin, Dreuw-Berlin, Enge-Lübeck, Grumach-Berlin, C. Kraemer-Stuttgart und Springer-Heidelberg. Adler-Verlag, Berlin 1920.

Berichterstatter: Med.-Rat Dr. Bongartz, Karlsruhe.

Als auf dem letzten deutschen Ärztetage in Eisenach im September 1919 die Frage der Sozialisierung des Heilwesens ausführlich erörtert wurde, haben mehrere Redner beklagt, daß nicht ein Anhänger dieser Sozialisierung als Korreferent bestellt worden sei. Gewissermaßen als Echo der Verhandlungen und Beschlüsse des Ärztetages ist nun die vorliegende Schrift zu betrachten. Im Vorwort wendet sich Lungwitz dagegen, die Begriffe Verstaatlichung und Sozialisierung gleichzustellen; er bestreitet, daß man den ärztlichen Beruf tatsächlich sozialisieren könne, meint aber, man könne ihn sehr wohl verstaatlichen. In dem Kapitel über das derzeitige System des Heilwesens gibt er eine im allgemeinen sehr zutreffende Schilderung des ganzen Elends der kassenärztlichen Tätigkeit und ihrer Nachteile für Kasse, Patient und Arzt, ihrer Ramschbehandlung und der Herabsetzung des Wertes der ärztlichen Leistung. Aus der dann folgenden abfälligen Kritik der Verhandlungen in Eisenach und der dort gefaßten Entschliebung geht hervor, daß ihm ein genauer Bericht über die Verhandlungen nicht zur Hand gewesen ist, sonst hätte er wissen müssen, daß die Versammlung sich zwar sehr scharf gegen die Verbeamtung des ärztlichen Berufes ausgesprochen hat in der Form, wie sie von der Sozialdemokratie gefordert wird, aber durchaus nicht gegen jede Form der Verstaatlichung des Heilwesens, die von mehreren Diskussionsrednern recht sympathisch behandelt wurde.

Das von Lungwitz empfohlene System der Vereinheitlichung des Krankenkassenwesens zu einer staatlichen Organisation unter Einbeziehung der gesamten Bevölkerung besteht nun im wesentlichen in folgendem:

Die verschiedenen Arten der Krankenkassen gehen in eine umfassende Staats- oder Reichskrankenversicherung auf. Die Zentralstelle ist dem Reichswohlfahrtsministerium eingegliedert, nachgeordnete Stellen sind die Landes-, Provinzial-, Bezirks- und Ortsgesundheitsämter. Versichert ist jeder Staatsangehörige, die Beiträge werden in Form einer Gesundheitssteuer erhoben, die sich nach der Höhe des Einkommens richtet. Ärzte sollen im Verwaltungsapparat tätig sein, an dessen Spitze wieder ein Arzt stehen soll. Die Gesundheitssteuer muß so hoch angesetzt werden, daß alle Anforderungen gedeckt werden können. Lungwitz nimmt an, daß hierzu $4\frac{1}{2}$ Milliarden im Jahr nötig seien, eine Summe, die aber bei der großen Zunahme der Einnahmen in allen Bevölkerungsschichten leicht aufzubringen sein werde. Für jeden Versicherten wird auf dem Gesundheitsamte ein Aktenstück angelegt, dessen wichtigster Bestandteil ein Krankenblatt bildet, das eine genaue Übersicht über die Kurve der Gesundheit eines jeden Staatsbürgers von der Geburt bis zum Tode gibt.

Die Ärzte werden Staatsbeamte, und es soll unbeschränkte freie Arztwahl unter ihnen geben. Jeder Arzt, der will, muß zum Staatsdienst zugelassen werden. Lungwitz ist entschiedener Anhänger der freien Arztwahl, die er vor allem fordert wegen der großen Bedeutung, die das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Krankem, besonders für den letzteren habe. Was er über die Wichtigkeit und die Notwendigkeit der Erhaltung dieses Vertrauensverhältnisses sagt, ist so sympathisch und überzeugend, daß auch kein Anhänger der individualistischen Auffassung es schöner hätte sagen können. Dasselbe gilt von seiner Stellung gegen den Krankenhauszwang, den er ebenfalls verwirft, weil er das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen gewahrt wissen will. An die Stelle dieses Zwanges will er Hygiene gesetzt haben, Wohnungshygiene und Siedelungspolitik. Der ärztliche Dienst soll sich nach ihm vorwiegend in der Wohnung des Arztes abspielen und er ist deshalb gegen die grundsätzliche Verlegung der Behandlung in große Ambulatorien, während er der Schaffung großer diagnostischer Institute wohl zustimmt, aber auch mit Vorbehalt, da man nicht Ärzte für spezialistische Diagnostik und solche für Therapie schaffen solle. Überhaupt solle alles Sprunghafte möglichst vermieden werden und ein organisches Weiterbauen des Bestehenden angestrebt werden. Damit der Arzt Zeit hat, sich den einzelnen Kranken eingehend zu widmen, soll auf 1000 Versicherte ein praktischer Arzt kommen. Also im ganzen Reiche etwa 60000 Ärzte angestellt werden. Damit wäre denn auch die Gefahr der Überfüllung des ärztlichen Berufes beseitigt. Die Besoldung der Ärzte soll geregelt werden durch ein Fixum, das besteht aus Grundgehalt und Dienstalterszulage. Zum Grundgehalt gehört die Wohnungsentschädigung. Ferner werden den Ärzten Leistungszulagen gezahlt, durch die die Einzelleistung honoriert werden soll, nach Maßgabe einer revidierten Gebührenordnung mit relativ niederen Sätzen. Während das Fixum für den Arzt eine Art Existenzminimum schaffen soll, soll die Leistungszulage gewissermaßen eine Prämie für besonderen Fleiß und Tüchtigkeit sein, also dazu dienen, den Trieb zur Höchstleistung zu steigern. Wenn er den Grundgehalt ausschließlich Wohnungsentschädigung mit 6000 Mk. steigend bis 10000 Mk. annimmt, so ist das für den mittlerweile stark gesunkenen Geldwert natürlich viel zu wenig und seine Annahme, daß das Arzthonorar nur $\frac{3}{4}$ Milliarden Mark von den $4\frac{1}{2}$ Milliarden der Gesundheitssteuer in Anspruch nehmen würde, ist nicht zutreffend.

Das System von Lungwitz ist so schön, daß es einem schwer wird, an seiner Durchführbarkeit zu zweifeln, und doch muß dies geschehen. Undurchführbar ist dieses System vor allem aus finanziellen Gründen. Für undurchführbar muß es aber auch gehalten werden, weil ein solches Verhältnis des Arztes zum Staate, der ihn anstellt und für ihn sorgt wie für jeden anderen Beamten, nicht denkbar ist. Ein Beamtentum ohne die Begriffe des Vorgesetzten und Untergebenen hat es noch nie gegeben und wird es auch nie geben, weil eine solche Freiheit in der Tätigkeit eines Beamten dem Begriffe des Beamtentums widerspricht. Wenn die Ärzte Staatsbeamte werden, so ist es selbstverständlich, daß ihre Stellung und ihre Tätigkeit genau so geregelt wird wie bei allen anderen Beamten, und daß die Übelstände des sogen. „Assessorismus“ auf den ärztlichen Beruf übertragen werden würden und damit die Freiheit der ärztlichen Berufstätigkeit, die Lungwitz selbst mit solch schönen

Worten als unerlässlich darstellt, verloren gehen würde. Man nehme nur den Fall an, der gewiß sehr häufig vorkommen würde, daß in einem Bezirke von 3000 Seelen drei Ärzte angestellt werden, von denen aber einer, da er das Vertrauen der Bevölkerung in höherem Maße genösse wie die anderen, Zweidrittel oder gar Dreiviertel der gesamten Praxis in Händen hätte, was er recht wohl ausführen könnte. Glaubt man dann im Ernste, daß der Staat den beiden anderen für ihre kaum nennenswerte Tätigkeit den Grundgehalt und was dazu gehört, zahlen würde? Das wäre ganz gewiß nicht der Fall, und es würde entweder den einzelnen Ärzten eine gleiche Zahl von Versicherten zugewiesen, also die freie Arztwahl aufgehoben werden, oder aber es würde die Zahl der Ärzte verringert werden und damit unter Umständen die Übelstände eintreten, wenn auch nicht in demselben Maße, die wir jetzt im Kassenarztwesen beklagen.

In dem folgenden Aufsätze „Die Verstaatlichung des Heilwesens auf dem Lande“ sucht Grumbach-Berlin an der Hand einer Statistik, deren unbedingte Schlüssigkeit er allerdings selbst einschränkt, die Tatsache, daß die allgemeine Sterblichkeit auf dem Lande in manchen Gegenden Deutschlands, besonders die Kinder- und Säuglingssterblichkeit, größer ist als in den Städten und in Industriegegenden mit dichter Bevölkerung, in Zusammenhang zu bringen mit der schlechteren Versorgung dieser Landbezirke mit Ärzten. Man braucht wirklich den Wert der ärztlichen Tätigkeit nicht zu unterschätzen, um diesen Schluß für unrichtig zu halten, da soziale Faktoren eine weit größere Rolle spielen.

Das einzige Mittel, die Mißstände im Heilwesen auf dem Lande abzuschaffen, sieht Grumbach nun in der Verstaatlichung, und zwar in Form der Kollektivierung. Die Zahl der Ärzte soll so vermehrt werden, daß auf 2000 oder noch besser auf 1000 Einwohner ein Arzt kommt. Alle ambulanten Kranken sollen in Ambulatorien behandelt werden, für Bettlägerige und Schwerkranke Krankenhauszwang eintreten.

Für die Ärzte wurde nach Ansicht des Verfassers die Verstaatlichung in der kollektivistischen Form viele Vorteile haben vor der einfachen Verstaatlichung mit der Behandlung des Kranken in seiner Behausung. Mit der Bedeutung des persönlichen Vertrauens des Kranken zum Arzte, die Lungwitz so hoch schätzt, räumt Grumbach gründlich auf. In der Landpraxis habe es nie eine große Rolle gespielt. Wir haben es also mit einem System der völligen Mechanisierung der ärztlichen Behandlung zu tun, bei der alle Imponderabilien ausgeschaltet werden und der Kranke lediglich zum Objekt gemacht wird. Die Frage, ob die Bevölkerung sich einen solchen Zwang, der besonders bei der Krankenhausbehandlung in einer sehr großen Zahl der Fälle unerträglich werden würde, überhaupt gefallen ließe, berücksichtigt der Verfasser nicht, und darin liegt eine der größten Schwächen seiner Beweisführung. Die ungeheuren Kosten seines Systems übersieht er zwar auch nicht, aber sie können nach seiner Meinung nicht in Betracht kommen, weil jede grundlegende Änderung Geld kostet.

Der Gedanke der Verstaatlichung des Krankenhauswesens wird in einem Beitrag von Springer-Heidelberg noch näher ausgeführt. Damit das Krankenhaus noch mehr als bisher zum Organ der öffentlichen Gesundheitspflege werden könne, verlangt er ebenfalls eine Vermehrung der Krankenhäuser im allgemeinen, ferner allmähliche Überführung der privaten Krankenhäuser in den Besitz des Staates und sodann die grundsätzliche unentgeltliche Aufnahme für alle Volksgenossen.

Die unbestreitbaren Mängel der häuslichen Geburtshilfe und die dadurch bedingte größere Sterblichkeit der Gebärenden sowohl wie der Kinder unter der Geburt veranlassen den bekannten Gynäkologen Dührsen-Berlin in seinem Beitrag „Die Verstaatlichung der Geburtshilfe“ zu verlangen, daß jede Geburt in einer gutgeleiteten Anstalt abgewartet werden muß, wenn das Ideal der geburtshilflichen Tätigkeit, nämlich Mutter und Kind ohne Schädigung durch den Geburtsakt hindurch zu bringen, erreicht werden soll. Um dies ermöglichen zu können, fordert er, daß jedes schon vorhandene oder neu zu erbauende Krankenhaus mit einer geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung versehen werde, und daß der leitende Arzt dieser Abteilung, auch wenn sie nur 40 Betten umfaßt, in der Anstalt wohne. Vom rein ärztlichen Standpunkte läßt sich gegen die Forderung der

Verlegung des Geburtsaktes in eine gutgeleitete Anstalt kaum etwas einwenden, und von allen Verstaatlichungsgedanken im Heilwesen ist dieser noch der sympathischste, zumal wenn ein Zwang nicht ausgeübt werden soll, für den sich auch Dührsen wenigstens nicht bestimmt ausspricht.

Im zweiten Teil der Denkschrift, der von der Verstaatlichung der Fürsorge handelt, bespricht zunächst Springer-Heidelberg das System dieser Verstaatlichung. Was er hier über Mutterschutz und Säuglingspflege, die Fürsorge im Spiel- und Schulalter und bei der schulentlassenen Jugend sowie die Notwendigkeit einer Zentralisierung in staatlichen Fürsorge- und Gesundheitsämtern sagt, entspricht im wesentlichen den von Sozialhygienikern und Ärzten ganz allgemein erhobenen Forderungen, die auch der Ärztetag in Eisenach durch Annahme der von Krautwig aufgestellten Leitsätze anerkannt hat. Auch Springer betont die Notwendigkeit, auf die private Wohltätigkeit zunächst nicht zu verzichten.

Krämer-Stuttgart fordert mit Recht bei der Bekämpfung der Tuberkulose eine strenge Scheidung der an offener und geschlossener Tuberkulose Leidenden. Erstere sollen in Anstalten so lange behandelt werden, bis sie nicht mehr infektiös sind, also nicht nur 13 Wochen lang, wie es das in diesem Punkte besonders unzulängliche Invalidenversicherungsgesetz will, die letzteren sollen von den Fürsorgestellten, die vom Staate wenigstens reichlich zu unterstützen wären, versorgt werden. Eine Verstaatlichung der privaten Lungenheilstätten lehnt er ab. Seine Kritik der bisherigen Tuberkulosebekämpfung ist berechtigt, und besonders die Leistungen des Staates auf diesem Gebiete sind durchaus unzulänglich. Es ist geradezu beschämend, wenn ein Staat wie Baden nur 25000 Mk. für diesen Zweck übrig hat.

In seinem Beitrag über die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten fordert Dreuw-Berlin die allgemeine gleiche diskrete Anzeige- und Behandlungspflicht, die es gestattet, daß die Geschlechtskrankheiten dem Seuchengesetz unterstellt werden. Man kann die Gründe, die er hierfür anführt, anerkennen, wenn er aber den schwerwiegenden Einwurf, daß die Geschlechtskranken durch eine solche Anzeigepflicht zu den Kurpfuschern, getrieben werden, dadurch zu beseitigen sucht, daß er einen staatlichen Befähigungsnachweis auch für sogenannte Krankenbehandler für die Behandlung von Geschlechtskrankheiten einführen will, die dann bezüglich dieser alle Rechte und Pflichten der praktischen Ärzte erhalten sollen, so muß einem solchen Verlangen mit aller Entschiedenheit nicht nur im Interesse der Ärzte, sondern des gesamten Volkswohles entgegengetreten werden.

Über die Verstaatlichung des Irrenwesens spricht im letzten Beitrag Engel-Lübeck. Er fordert nicht nur Verstaatlichung des Irrenwesens und völlige Unentgeltlichkeit der Anstaltsbehandlung, sondern die Ausgestaltung der staatlichen Irrenfürsorge in der Art, daß die Behandlung auf alle Geisteskranken im weitesten Sinne ausgedehnt werde, auf Schwachbegabte, Schwachsinnige, Idioten, Psychopathen, Epileptiker, Trinker usw. Hierzu gehört auch die Einrichtung psychiatrischer Fürsorgestellten und Arbeitsnachweise, Polikliniken für psychisch Nervöse und die Errichtung von Nervenheilstätten. Auch hier wird das Wünschenswerte von dem unbedingt Notwendigen nicht getrennt und der Kostenpunkt nicht als unüberwindbar betrachtet. Die Gründe, die für die Notwendigkeit der Verstaatlichung der privaten Irrenanstalten angeführt werden, können nicht als zwingend betrachtet werden, zumal über Mißstände in staatlichen Anstalten ebenso geklagt wird wie in privaten.

Faßt man die Ausführungen sämtlicher Autoren zusammen, so hat man es mit einem großzügigen Programm der Verstaatlichung des Heil- und Fürsorgewesens zu tun, dessen Verwirklichung, besonders was das Heilwesen betrifft, allerdings selbst in einer fernen Zukunft mehr wie zweifelhaft erscheint, dessen Durchführung in der Gegenwart aber nur jemand verlangen kann, der sich über alle Wirklichkeiten hinwegsetzt. In welchen Widersprüchen sich die einzelnen Verfasser in bezug auf diesen ausschlaggebenden Punkt bewegen, geht daraus hervor, daß z. B. Lungwitz glaubt, die Riesensummen wären bei der zunehmenden Steigerung aller Einkommen und Gewinne leicht aufzubringen, während Grumach die Unentgeltlichkeit der Krankenhauspflege wegen der zunehmenden Verarmung unseres Volkes fordert. Für die allgemeine Volksgesundheit ist der Stand der

sozialen Lebensbedingungen, vor allem des Ernährungs- und Wohnungswesens, ein viel wichtigerer Faktor als die rein ärztliche Tätigkeit, die mehr dem einzelnen zugute kommt. Ein armer Staat wie Deutschland wird deshalb die für das Gesundheitswesen überhaupt verfügbaren Mittel in allererster Linie für sozialhygienische Zwecke verwenden müssen. Damit ist die Verstaatlichung des Heilwesens im engeren Sinne für Deutschland für absehbare Zeit ausgeschlossen. Anders wie beim Heilwesen liegt die Aufgabe des Staates beim Fürsorgewesen. Seine völlige Verstaatlichung ist aus finanziellen Gründen ebenfalls nicht möglich. Aber wenn das auch der Fall wäre, so würde eine Ausschaltung der charitativen Tätigkeit auf diesem Gebiete ein großer Fehler sein. Die ethischen und praktischen Werte, die in dieser charitativen Tätigkeit liegen, können durch kein rein staatliches System ersetzt werden. Sie müssen jedoch unter staatlicher Führung zusammengefaßt und nach einheitlichen Gesichtspunkten geleitet werden. Hätten wir diese Fürsorgeämter erst einmal, dann würden in allen Zweigen des Fürsorgewesens sich bedeutende Fortschritte erzielen lassen, auch ohne Verstaatlichung, selbstverständlich jedoch mit Hilfe des Staates. Wenn somit auch die von den Verfassern der einzelnen Beiträge zu dieser Sammelschrift erhobenen Forderungen, was das Heilwesen anbelangt, in absehbarer Zeit überhaupt nicht und in bezug auf das Fürsorgewesen nur teilweise Aussicht auf Verwirklichung haben, so muß man dem Herausgeber doch dankbar sein, daß er diejenigen, die den Verstaatlichungsgedanken auf den verschiedenen einzelnen Gebieten schon früher vertreten hatten, veranlaßt hat, ihre Ideen im Zusammenhang vorzutragen und einer weiteren Öffentlichkeit zugänglich zu machen. Auch der Gegner wird eine Fülle von Anregungen aus dieser Denkschrift schöpfen können.

H. Reiter: Hygiene und Sozialhygiene. Deutsche med. Wochenschrift 1920 Nr. 9.

G. P. Hatziwassiliu: Bevölkerungsproblem und Soziale Hygiene. Deutsche med. Wochenschrift 1920 Nr. 7.

Berichterstatter: Dr. A. Fischer, Karlsruhe.

Der Rostocker Dozent für Hygiene Prof. Reiter setzt die literarische Aussprache über die Beziehungen zwischen „Hygiene“ und „Sozialhygiene“, worüber im vorigen Heft dieser Zeitschrift (S. 20 ff.) berichtet wurde, fort. Reiter betont zu Beginn seiner Darlegungen, „daß bei Erörterung obengenannter Fragen leider allzuoft persönliche und örtliche Verhältnisse die Ansicht diktieren und daß hierunter häufig die wirklich objektive Beurteilung der Sachlage zu ihrem größten Nachteil beeinträchtigt wird“. Dies erinnerte mich an folgende Schilderung, die ich in dem Lehrbuch des Nationalökonomens Pesch las: „Adolf Wagner sagte einmal vor seinen Zuhörern: Meine Herren! Die Wissenschaft muß voraussetzungslos sein. Als dann das Publikum seine Begeisterung hinreichend ausgetrampelt hatte, fügte der gefeierte Lehrer lächelnd hinzu: Aber, meine Herren, das bringt kein Mensch fertig.“ Dies gilt auch bei der obigen Auseinandersetzung und es trifft ebenfalls für Reiters eigene Ausführungen zu. Darum wäre gegen seine Ansichten mancherlei zu bemerken. Doch soll dies — schon mit Rücksicht auf den verfügbaren Raum — unterbleiben. Sehr richtig ist aber, was Reiter über die Ausbildung in der Sozialhygiene schreibt, daß sie nämlich „den Anforderungen der Zeit häufig nicht im entferntesten mehr genügt“. Und bemerkenswert sind auch seine Darlegungen über die hygienischen Lehrbücher: „Ein Lehrbuch der allgemeinen Hygiene kann sozialhygienisch nur das Allernötigste bieten, mehr zu geben, verbietet der ungeheure Stoff, der bewältigt werden muß. — Es ist ein großer Irrtum, anzunehmen, für den sozialhygienisch Auszubildenden genüge das so Gebotene! Wo finden wir denn die Probleme der Bevölkerungspolitik, der Fortpflanzung, der Rassenhygiene, der Vererbung? Wo finden wir in genügender Weise erörtert die Fragen der Mutterschaft, der Säuglinge, der Kleinkinder, der unehelichen Kinder, des Haltekinderwesens, der gesamten Jugendfürsorge? — Selbst die Abschnitte über Schulhygiene möchte ich auch noch mehr vom sozialhygienischen Gesichtspunkt dargestellt wissen: weniger Schulhygiene, mehr Schülerhygiene. Alles das in einem Buche zu vereinen, wäre gewiß das Zweckmäßigste, aber dann würde der Verbreitung des so entstandenen Werkes Umfang

und Preis hindernd im Wege stehen. Dem Studenten darf man die an sich schon hohen Lasten nicht noch mehr erschweren!“

Hatziwassiliu, der am Untersuchungsamt zu Charlottenburg als Assistent tätig ist, legt in seinem Aufsatz ein Bekenntnis ab, auf das hier hingewiesen werden muß. Er schreibt: „Was wissen denn wir jungen Ärzte von der sozialen Hygiene? Wir müssen doch ehrlich sein, um dies rückhaltlos einzugestehen. Als Studenten zitterten wir und hatten genug, bis wir überhaupt die Kapitel „Kanalisation“, „Ventilation“, „Rieselfelder“ usw. gründlich ausgearbeitet hatten, für das Examen; denn jeder sagte sich: Das werden wir im Leben nicht brauchen! Von den Bevölkerungsfragen, der Tuberkulose als sozialem Problem, der Säuglingssterblichkeit, der Mutter- und Säuglingsfürsorge hatten wir keine Ahnung! Daß der Blick der Studenten nur auf die behandelnde ärztliche Kunst gerichtet ist und nicht so weit kommt, auch den jeweils in Betracht kommenden Kausalnexus zwischen Krankheit und Umwelt gründlich zu studieren, das wissen wir doch alle.“ Daß der Verfasser trotz seines fremdländischen Namens unsere deutschen Verhältnisse richtig kennzeichnet, ersieht man auch daran, daß Geheimrat Schwalbe, der Schriftleiter der D. m. W., jenen Aufsatz ohne jeden Zusatz veröffentlicht hat. Dies ist im Zusammenhang mit den Bestrebungen der oben (Seite 51) genannten Hygieniker-Fachgemeinschaft wohl zu berücksichtigen.

Arthur Mayer: Gedanken und Vorschläge zum Ausbau der sozialen Fürsorge. Hygienische Rundschau 1919 Nr. 19 und 20.

Berichterstatter: Dr. A. Fischer, Karlsruhe.

Der Aufsatz stellt den Inhalt eines in der Berliner Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege gehaltenen Vortrags dar. In warmherziger Art schildert der Verfasser die sozialhygienischen Mißstände vor und nach dem Kriege und unterbreitet dann eine Reihe von Vorschlägen. Er fordert, daß jeder Deutsche der Invaliditäts- und Altersversicherung angehören soll, während er die Ausdehnung der Krankenversicherung auf das gesamte Volk ablehnt. Für den weiteren Ausbau der sozialen Fürsorge verlangt er die reichsgesetzliche Regelung der Jugendfürsorge, die Sozialisierung der sozialisierungsfähigen Wohltätigkeit und die staatliche Überwachung derjenigen Teile der Wohltätigkeit, die sich zur Sozialisierung nicht eignen, sowie die Überleitung der öffentlichen sogenannten Armenpflege in den Rahmen der sozialen Fürsorge. Als geradezu unerhört bezeichnet er es, daß weite Gebiete der Tuberkulosebekämpfung immer noch in den Händen der freien Liebestätigkeit liegen. Aus den mit vielen Zitaten geschmückten Darlegungen seien folgende Worte von Ihering angeführt: „Individuum, Verein, Staat, das ist die geschichtliche Stufenleiter der gesellschaftlichen Zwecke. Der Verein ist der Pionier, der dem Staat die Wege ebnet; was heute Verein ist, ist nach Jahrtausenden Staat. Alle gemeinnützigen Vereine tragen die Anweisung auf den Staat in sich; es ist nur eine Frage der Zeit, wann er dieselben honorieren wird“; mit Recht betont der Verfasser, daß diese Sätze auch für die Tuberkulosebekämpfung, die Säuglingsfürsorge, kurz für alle Zweige der sozialen Gesundheitspflege ihren Sinn haben.

W. Weinberg: Bemerkungen zur Reform der deutschen Bevölkerungs- und Gesundheitsstatistik. Öffentliche Gesundheitspflege, Bd. 4, 1919, S. 420—424.

Berichterstatter: Sanitätsrat Dr. Prinzing, Ulm a. D.

Weinberg gibt eine kurze Übersicht dessen, was in der Bevölkerungs- und Gesundheitsstatistik geändert und verbessert werden soll. Dazu gehört eine Heeresstatistik der Kriegsjahre in ätiologischer und therapeutischer Hinsicht, die allerdings einen beträchtlichen Aufwand erfordern würde. Für den Wegfall der körperlichen Untersuchung bei der Musterung soll Ersatz geschaffen werden, die Kosten sollen durch Einsparungen an anderen Stellen, insbesondere durch Vermeidung der Bearbeitung des gleichen Materials durch das Reich und durch die Bundesstaaten, gemindert werden. Dabei besteht allerdings die Gefahr,

daß bei zentraler Bearbeitung die örtlichen Verschiedenheiten nicht genügend zur Geltung kommen. Mit Recht wird an der deutschen Todesursachenstatistik manches gerügt; man weiß aber mit welchen Schwierigkeiten das Material zusammenzubringen das Reichsgesundheitsamt seit 1892 zu kämpfen hatte und wie schwer es noch heute ist, Änderungen zur Durchführung zu bringen. Die Geburtenstatistik ist in Deutschland mancher Verbesserungen bedürftig, einer allgemeinen Einbeziehung der Fehlgeburten wie in Japan möchte ich nicht das Wort reden, da diese nur zu einem Teil zur Kenntnis kommen; nur einzelne Städte können eine Anzeigepflicht der Fehlgeburten im Verein mit Ärzten und Hebammen durchführen. Die Berufsterblichkeit ist in Deutschland noch gar nicht von der amtlichen Statistik in Angriff genommen. Weinberg wünscht Kataster der Geisteskranken, der Taubstummen, der Blinden, der Alkoholiker und der Verbrecher. Die Strafregister, die in Deutschland geführt werden, liegen bei den Gemeinden und sind leider noch nie für irgend ein Gebiet bearbeitet worden, trotzdem sie, namentlich in Verbindung mit den Familienregistern, zu wichtigen Ergebnissen führen könnten. Weinberg schlägt ferner vor, daß in die Wohnungsstatistik der gesundheitliche Zustand der Wohnung aufgenommen werde, eine große Schwierigkeit liegt aber darin, daß eine solche Erhebung eine Besichtigung der Wohnungen durch Kommissionen nötig macht, und daß zwar die Extreme leicht; die zahlreichen Mittelwerte aber manchmal recht schwer zu rubrizieren sind. Endlich betont Weinberg, daß an die leitenden Stellen nur solche Personen gestellt werden sollen, die zu statistischen Arbeiten befähigt sind.

Westenhöfer: Die Aufgaben der Rassenhygiene (des Nachkommenschutzes) im neuen Deutschland. Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung. X. Bd. 2. Heft. 1920.

Berichterstatter: Prof. Dr. Ph. Kuhn, Direktor d. hygien. Instituts d. Techn. Hochschule in Dresden.

Es ist freudig zu begrüßen, daß in der vorliegenden Arbeit auch ein Pathologe in unterschiedener Weise Stellung zu den Fragen der Rassenhygiene genommen hat. Wie es seine Art ist, weicht Westenhöfer keiner Frage aus, sondern packt sie fest an. Wie schon aus der Wahl der Überschrift hervorgeht, will Westenhöfer das Wort Rassenhygiene durch Nachkommenschutz ersetzen. Auch „Deszendenzhygiene“ scheint ihm passender zu sein als Rassenhygiene. An diesem Namen hatte sich ja schon mancher gestoßen. Ploetz, der ihn eingeführt hat, hatte nicht die Systemrassen im Sinne, sondern versteht darunter die Förderung der Vitalrasse, der Lebenseinheit samt allen Geschlechterfolgen. Ich weiß nicht, ob es jetzt noch nötig und zweckmäßig ist, einen neuen Namen einzuführen, da „Rassenhygiene“ sich gerade durchzusetzen beginnt. Jeder Name hat seine schwache Seite. Auch gegen die von Westenhöfer vorgeschlagenen läßt sich allerlei einwenden.

Der Verfasser gibt zunächst einen Überblick über die Entwicklung der Hygiene. Der Staat hat nach Westenhöfer zwar auf manchem ihrer Gebiete Hervorragendes geleistet, aber in Zweigen, die gerade der Rassenhygiene den Boden ebenen sollen, viel zu tun übrig gelassen. Vermeidbare endemische Krankheiten, z. B. Typhus, seien in vielen Gegenden noch nicht ausgerottet, weil das „Fahnden nach Bazillenträgern“ und ihre vorübergehende Absonderung ungeeignete Maßnahmen seien. Es wäre wichtig, wenn Westenhöfer seine Ansicht eingehend begründete. Denn gerade jetzt soll das System der Typhusbekämpfung vom Südwesten des Reiches nach Thüringen übertragen werden, das doch gerade auf der Ermittlung der Bazillenträger mit beruht. Daß die Entwicklung der Wohnungsfrage kein Ruhmesblatt des Staates ist, darin stimme ich Westenhöfer rückhaltlos bei. Soviel über seine Ausführungen betreffend die allgemeine Hygiene.

Westenhöfer betrachtet die Geburtenverminderung als ein Zeichen der Degeneration und bekämpft sie auch jetzt trotz der Lebensenge unseres Volkes. Es sei wichtiger, daß der etwa eintretende Geburtenüberschuß zur Auswanderung gelangt, als daß die Geburten vermindert werden. Die von der Deutschen Gesellschaft für Rassenhygiene zur Förderung der Menge der Bevölkerung vorgeschlagenen Maßnahmen: Junggesellensteuer, steuerliche Entlastung kinderreicher Familien, Gehaltserhöhungen

nach der Kinderzahl hält er für wenig wirksam. Ich halte sie auch nicht für entscheidend, aber doch für notwendig. Wir müssen dahin kommen, daß die Unkosten für Aufzucht und Erziehung von Kindern in solchem Maße vergütet werden, daß für alle rassenhygienisch wertvollen Volksgenossen sich der Wille zu Nachkommen durchsetzen kann, während er heute bei ihnen von Staats wegen vielfach unterdrückt wird. Den Vorschlag von Lenz zur Austeilung bäuerlicher Lehen unterstützt Westenhöfer kräftig, während er den von Hirsch bekämpft, aber dem Staate die Pflicht zuweist, jedes Kind aufzuziehen, dessen Eltern dazu nicht in der Lage sind. Klar und eindringlich ist seine Forderung auf Schutz der Ostgrenzen gegen jede Einwanderung, die nicht ehemalige deutsche Volksangehörige betrifft. Es ist die allerhöchste Zeit, daß sich diese Mahnung durchsetzt, denn es ist unbegreiflich, daß angesichts unserer Wohnungsnot Tausende einwandern dürfen.

Den eugenischen Bestrebungen der Angelsachsen, den Eheverboten und der Unfruchtbarmachung der Verbrecher und Geisteskranken, mißt Westenhöfer wenig Wert bei. Ich kann ihm auch in diesem Punkte nicht ganz zustimmen. Ich bin auch hier wie stets der Meinung: das eine tun und das andere nicht lassen. Ich meine, daß man an der Hand von Familienforschungen dazu kommen muß, zu wünschen, wir hätten dieser „negativen“ Bevölkerungspolitik bei uns den Boden besser vorbereitet. Westenhöfer müßte eigentlich diesem Zweige der Eugenik mehr zuneigen, weil für ihn erst derjenige geistig untüchtig ist, der bei der Rechtsprechung nicht mehr zurechnungsfähig ist.

Das wichtigste ist nach Westenhöfer eine Reform des heutigen Eheverhältnisses, die zur Frühehe führen muß. Er steht und bleibt auf dem Boden der Einehe, die er läutern will von allen gesellschaftlichen Vorurteilen und selbstsüchtigen Zwecken. Das junge Paar soll ohne gesellschaftliche Verpflichtungen verbunden und nicht genötigt sein, einen eigenen Hausstand zu gründen, sondern sich zunächst auf die Häuser der Elternpaare stützen.

Um das Volk rassenhygienisch zu beeinflussen, muß in der Schule begonnen werden. Dazu müssen die Lehrer namentlich mit der Vererbungswissenschaft bekannt sein. Mit dieser Aufgabe rückt der Lehrer an die erste Stelle im Staate. Hier spricht Westenhöfer eine Prophezeiung aus, der ich recht bald Erfüllung wünschen möchte.

Hungerblockade und Volksgesundheit. Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung, X. Band, 3. Heft.

1. Beninde, Geh. Med.-Rat und Vortr. Rat im Ministerium für Volkswohlfahrt in Berlin: Die Verbreitung der durch die Hungerblockade hervorgerufenen Knochenkrankungen unter der Bevölkerung Preußens.
2. Gutachten der wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen. Berichterst.: Beninde, Geh. Med.-Rat und Vortr. Rat im Ministerium für Volkswohlfahrt in Berlin und Rubner, Geh. Ober-Med.-Rat, Prof.: „Welchen Einfluß hat die Kriegsernährung auf die Volksgesundheit ausgeübt und übt sie noch aus?“
3. Beninde, Geh. Med.-Rat und Vortr. Rat im Ministerium für Volkswohlfahrt in Berlin: Mitteilungen über den Ernährungs- und Gesundheitszustand der Bevölkerung Preußens in der Zeit vom Frühjahr 1917 bis Ende des Jahres 1918.

Berichterstatter: Prof. Dr. med. Reiter, Rostock.

Aus den im Jahre 1919 von den Regierungspräsidenten und dem Polizeipräsidium in Berlin eingeforderten Berichten ließ sich entnehmen, daß seit Herbst 1917 unter der Bevölkerung Preußens eine deutliche Zunahme von krankhaften Veränderungen des Knochengerstes sich bemerkbar machte, die bei Säuglingen und Kleinkindern unter dem Bilde der Rachitis, bei Erwachsenen unter dem der Osteomalacie verliefen. Viel häufiger als früher traten schwere Formen von Knochenverbiegungen, Knochenverbildungen und Knochenbrüchen ohne nachweisbare oder kaum erkenntliche Ursache auf; Altersklassen wurden befallen, die sonst frei von solchen Krankheitserscheinungen blieben. Seit Herbst 1918 ließ sich eine weitere Zunahme dieser Erscheinungen feststellen, und fast ausschließlich wurden größere Städte und Industriegegenden betroffen. Die ersten fünf Lebensjahre wurden be-

sonders heimgesucht, das 6. bis 14. Lebensjahr blieb verschont, das 14. bis 19. Jahr war stark beteiligt, das 20. bis 35. wurde gar nicht befallen, vom 35. Jahre ab erfolgte wiederum eine Zunahme, die bei Frauen sich zwischen dem 40. und 60. Lebensjahre besonders häufte. Bei Jugendlichen wurden männliche und bei Erwachsenen wurden Frauen mehr befallen. Stehende Beschäftigung, schwere körperliche Arbeit, Schwangerschaften und Wochenbetten begünstigten den Ausbruch der Krankheit. In den Berichten wird die Krankheit mit der Hungerblockade in ursächliche Beziehung gebracht. Leider wurden keinerlei Angaben von überstandenen Infektionskrankheiten der Befallenen gemacht, die nach neueren Veröffentlichungen vielleicht erst die Bedingungen zum Zustandekommen einer derartigen Knochenerkrankung schaffen. — Prophylaktisch wurde Eiweiß und fettreichere Kost, therapeutisch kalk-, phosphor- und arsenhaltige Arzneimittel und Lebertran empfohlen.

Der Mangel an Nahrungsmitteln beruhte nach Rubner nicht allein auf einer ungenügenden Erzeugung im Lande, sondern zum Teil auf mangelhaften Verhältnissen in der Bewirtschaftung des Bodens, der zeitweiligen unrationellen Höhe der Viehhaltung unter Verwendung wichtiger, für den Menschen direkt verwertbarer Nahrungsmittel für die Fütterung der Tiere und ferner auf der Art der Verteilung zwischen Erzeuger und Verbraucher, besonders auf zu geringer Belieferung der Städte. Die Rationierung, die im Sommer 1916 1983 Kalorien betrug, sank im Juni 1917 auf 1100 Kalorien ohne Abzug für Unverdauliches. Bei der Scheidung von Arbeiter und Nichtarbeiter gab leider nur der rein soziale und nicht der physiologische Begriff „Arbeiter“ den Ausschlag. Da das Ernährungsbedürfnis nach Alter, Geschlecht, Größe, geistiger und körperlicher Leistung usw. schwankt, kann es keinen Normalwert der Ernährung für den Menschen geben. Anschauungen von Chittenden, Hindhede, Fletscher sind unhaltbar.

Die Wirkung der Kriegskost hat sich deutlich in folgender Weise gezeigt: Neugeborene und Säuglinge wiesen bis Mitte 1917 keine Schädigung auf, später wurde der schädigende Einfluß bemerkbar. Eine Abnahme der Stillfähigkeit der Mütter scheint mir nicht in Abrede gestellt werden zu können, auch mit der Abnahme der Güte der Muttermilch muß gerechnet werden. Von Kleinkindern und Schulkindern litten besonders Schwächliche und Kränkliche, auch von 15—20jährigen gilt das gleiche. Die im freien Erwerb lebenden gesunden Erwachsenen zwischen 20 und 60 Jahren sind magerer und seit Mitte 1917 auch weniger leistungsfähig geworden, alle auf ein festes Gehalt Angewiesenen und die Geistesarbeiter sind schwer betroffen, alle Kränklichen und Schwächlichen sind nachweisbar schlechter gestellt. Die Sterblichkeit der über 50jährigen ist erhöht, alle in geschlossenen Anstalten untergebrachten Personen haben ganz besonders gelitten. In fast allen Altersklassen hat die Tuberkulose erheblich zugenommen. Die Bedeutung der Ernährungsschwierigkeiten für die Zunahme der Neurasthenie wird wohl zu unrecht eingeschränkt.

Seit 1917 haben die Ernährungsschwierigkeiten auch auf dem Lande zugenommen. Eine Mitteilung über Erfahrungen bei Massenspeisungen wäre sehr erwünscht gewesen.

Die außerordentlich interessanten Zusammenstellungen der auf Grund der Berichtseinforderungen gesammelten Beiträge dürfte noch wesentlich wertvolleres Material eingebracht haben, wenn die Mitarbeit der medizinischen Wissenschaft auf eine breitere Basis gestellt worden wäre. Rubner und Beninde weisen selbst darauf hin, daß eine enge Verbindung zwischen Ernährungsamt und Gesundheitsbehörden gefordert werden müßte, eine Forderung, die man noch viel mehr erweitern sollte: ärztliche Berater müssen unbedingt bei allen Besprechungen zugezogen werden, die mit der Volksgesundheit in irgend welchen Beziehungen stehen. So wertvoll die Mitarbeit eines Juristen in gesundheitspolitischen Erörterungen sein kann, stets gebührt hierbei dem Arzt die erste und dem Juristen die zweite Stelle!

Zu bedauern ist, daß den Angaben zu wenig einheitliche Gesichtspunkte zugrunde lagen und daß der Maßstab, mit dem gemessen wurde, nicht überall der gleiche gewesen ist.

Die Ergebnisse sind insofern unbefriedigend, als keine genügende Erklärung für das Nichteintreten noch viel größerer Schäden gegeben wird, die nach den üblichen wissenschaftlichen Anschauungen zu erwarten gewesen wären. Eine Tatsache, die vielleicht durch die Annahme einer Anpassungsfähigkeit des menschlichen Organismus dem Verständnis näher

gebracht werden kann. Dadurch, daß nicht großzügig angelegte und behördlich in weitestgehendem Maße zu unterstützende Arbeitspläne zur Erforschung der Ernährungsfrage während des Krieges ausgearbeitet und nach diesen die Ernährungsverhältnisse einheitlich untersucht wurden, ist eine in absehbarer Zeit nicht wieder gutzumachende Gelegenheit verpaßt worden! Durch einen viel zu großen Ausschluß der Ärzte aus der Ernährungswirtschaft, durch rücksichtslose Anwendung der Zensur und durch falsche Berechnungen wurde früher ein zu günstiges Bild unserer Ernährungspolitik und später unserer Volksgesundheit gegeben.

Herbert Studders: Das Taubesche System der Ziehkinder-Überwachung in Leipzig. J. G. Cottasche Buchhandlung Nachfolger, Stuttgart und Berlin 1919.

Berichterstatter: Med.-Rat Dr. Pötter, Stadtbezirksarzt in Leipzig.

Studders gibt in seiner Arbeit eine eingehende Schilderung der Ziehkinder-Fürsorge in Leipzig. Dieselbe begann schon 1825 als sog. „Leipziger Ziehkinderanstalt“ mit freiwilliger Pflegeaufsicht; 1858 wurde sie grundlegend vervollkommen durch Anstellung eines Ziehkinderarztes und einer besoldeten Pflegerin. Seit 1883 bis zu seinem Tod im Jahre 1915 war Taube Ziehkinderarzt, und er baute nun die Ziehkinder-Fürsorge in der jetzt allgemein bekannten Weise aus. Sein Hauptverdienst war es, daß er nach und nach sämtliche unehelich geborenen Kinder der Fürsorge unterstellte, daß er aber vor allem die gesetzliche Vormundschaft an Stelle der Einzel- und Sammelvormundschaft schuf und ihr nicht nur in Leipzig, sondern noch in vielen anderen Gemeinden zum Siege verhalf. Die großen Vorzüge der Taubeschen Ziehkinder-Fürsorge in hygienischer Hinsicht, in der persönlichen Fürsorge für das einzelne Kind, aber auch in sozialem Beziehung für die unehelichen Mütter und Väter werden hervorgehoben. Zahlenmäßig wird nachgewiesen, wie die Gesundheitsverhältnisse der unehelichen Kinder sich gebessert haben, ihre Sterblichkeit gesunken ist, welche großen Unterhaltungsbeiträge von den unehelichen Vätern beigesteuert werden konnten (in den Jahren 1904 bis 1917 fast 4 Millionen Mark). Jede Gemeinde und jeder Arzt, die sich für die Ziehkinder-Fürsorge interessieren, finden in dem Studdersschen Buche reiche Anregungen und genaue Schilderungen über die Leipziger Einrichtungen. Als wünschenswerte Verbesserungen der Taubeschen Schöpfung, deren Grundlagen ihren Wert sicherlich stets bewahren werden, sind aber noch zu bezeichnen: 1. eine gründlichere Vorbildung der besoldeten Pflegerinnen vor ihrer Anstellung in der Pflege der gesunden und kranken Kinder und in sozialer Hygiene, und 2. in größeren Gemeinden eine weitgehende Dezentralisation mindestens der Beratungs- und Kontrollstellen. Die historischen „Freitagskonferenzen“ an einem einzigen Punkte genügen für eine Stadt wie Leipzig nicht mehr; sie sind zu überfüllt und für viele Ziehmütter zu schwer zu erreichen; eine Vermehrung der Beratungsstellen in den verschiedensten Stadtteilen, wenn auch unter der Oberleitung eines städtischen Ziehkinderarztes, ist dringend erforderlich.

Adolf Thiele: Die neue Erziehung. Werden und Wesen der Leibesübungen. Verlag Grethlein & Co., Leipzig. 436 S.

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

Auf Grund einer vorzüglichen Kenntnis des einschlägigen Schulturnens entwickelt der Verfasser den Werdegang der Leibesübungen und des Schulturnens insbesondere bei uns in Deutschland. Nach einleitenden Bemerkungen über die Zweckmäßigkeit der ärztlichen Turnbefreiungszeugnisse, die den Kindern zum überwiegendsten Teile mehr Schaden wie Nutzen bringen, wird näher auf das Wesen der Leibesübungen eingegangen. Besonders scharf ist der Zusammenhang zwischen körperlicher Entwicklung und der Befestigung des Charakters, der Steigerung des Mutes und der Entschlußfähigkeit, mit einem Wort der psychischen Entwicklung betont. Der Hauptteil des Buches handelt von der Stellung des Arztes zu den Leibesübungen der Jugend. Mehr wie bisher sollten sich die Ärzte mit der Physiologie der Leibesübungen befassen. Nach verständnisvoller Einarbeitung in das

Gebiet ist sicherlich der Arzt den Spielleitern und Lehrern als Aufsichtsperson nur willkommen. Der Einfluß des Arztes muß es auch erreichen, daß bei den Körperübungen, bei Spiel und Sport der Grundsatz zur Anerkennung kommt: „Jedem das Seine“ und nicht „Jedem das Gleiche“. Eine Forderung, die nach den vielen systematischen Arbeiten, welche über die Wirkungen der einzelnen Übungen schon vorliegen, wohl berechtigt ist. Die praktischen Lehren des Weltkrieges werden in der Darstellung immer besonders behandelt und der Entwicklung in früheren Jahren gegenübergestellt, um die ganze Darstellung schließlich mit neun kurzen, scharf herausgearbeiteten Leitsätzen abzuschließen. Als Grundsatz der „neuen Erziehung“ nach dem Kriege wird zunächst die unbedingte Erhaltung unseres Volksnachwuchses, sowie die gesundheitsgemäße Beeinflussung der Umwelt unserer Kinder gefordert. Die Grundlage aller Erziehung muß künftig die Erziehung des Leibes sein, der die Entwicklung des Geistes ohne weiteres nachfolgt.

Leibesübungen müssen tägliche Gewohnheit werden. Das Lernen durch Selbstbetätigung soll die ganze Schularbeit durchdringen. Für Mädchen und Knaben muß gleiches geboten und der Lehrstoff naturwissenschaftlich orientiert werden, um bei beiden Geschlechtern das hygienische Gewissen zu wecken, das „den Leib als edelstes Gefäß des Lebens anerkennt, seine Pflege, seine Übung als die edelste Pflicht gegen sich und die Allgemeinheit anerkennen“ wird. „Der Sinn für das Echte, Wahre, Gute, Schöne wurzelt in der Pflege der Leibesübungen“, denen auch die Ärzte ihre positiv fördernde Mitarbeit zukommen lassen müssen.

Mit diesem Gedanken klingt das schöne, aus reicher praktischer Erfahrung mit warmem Herzen für unsere Jugend geschriebene Buch aus, das allerdings nicht zu leichter Unterhaltung zur Hand genommen werden kann, dafür aber allen Ärzten, Lehrern und Erziehern sowie allen Sportfreunden zu eindringlichstem Studium empfohlen sein mag.

B. Chajes: Grundriß der Berufskunde und Berufshygiene; Detmold 1919, Meyersche Hofbuchhandlung.

Berichterstatter: Dr. E. Francke, Leiter des Instituts für Gewerbehygiene in Frankfurt a. M.

Das vorliegende Werk will weniger den Lehrbüchern der Gewerbehygiene ein neues hinzufügen, als die Wichtigkeit der Kenntnis der Gewerbekrankheiten für die Berufskunde und Berufswahl dartun, und wendet sich dementsprechend mehr an den Sozialpolitiker und Verwaltungsbeamten. Der allgemeine Teil bringt eine „allgemeine Berufskunde“, in der die berufliche Gliederung des deutschen Volks, die Frauen- und Kinderarbeit, Heimarbeit, Wohnungs- und Ernährungsverhältnisse, Alkoholismus, Arbeitslohn und Arbeitslosigkeit besprochen werden. Sodann bringt er eine „allgemeine Berufshygiene“, die Methoden zur Erforschung dieser Wissenschaft und Abschnitte über Arbeitsdauer, Anforderungen an Werkstätten, Staub, Gase und Dämpfe, Vergiftungen und Infektionen, Unfallgefahren. Endlich wird in einem dritten Kapitel „Der Schutz der Berufstätigen“ die private und gesetzliche Fürsorge für die Berufstätigen und die Durchführung der Schutzgesetze sowie die Versicherungsgesetze erörtert. Der weitaus umfangreichere spezielle Teil bespricht in 14 Kapiteln die einzelnen Berufe; eine Übersicht über die Berufsschädigungen und Erfordernisse bei der Ausübung der einzelnen Berufe ist als Anhang beigelegt.

Die Arbeit bringt viel statistisches Material (meist aus A. Fischers bekanntem Grundriß der sozialen Hygiene 1913) und bietet dadurch eine bequeme Nachschlagegelegenheit. Zu wünschen wäre gewesen, wenn Verfasser außer den großen Nachschlagewerken (A. Fischer, Weyl, Grotjahn-Kaup, Sommerfeld) die Spezialliteratur und die Zeitschriftenliteratur mehr berücksichtigt hätte, ebenso wenn die statistischen Angaben mehr bis in die jüngste Zeit geführt worden wären. Letzteres ist infolge der Kriegseinflüsse freilich oft schwierig, zum Teil sogar unmöglich. Aber für manche Dinge, wie z. B. die Unfallstatistik der Berufsgenossenschaften, die Staubmengen u. a. m., gibt es doch neuere Zahlen als Verfasser sie anführt.

Auch sonst bleibt eine Reihe von Wünschen offen: bei Besprechung der Arbeitszeit wird des in Deutschland eingeführten Achtstudentages nur in einer Fußnote von zwei Zeilen Umfang gedacht, ohne daß die grundlegende Verfügung vom 23. November 1918 erwähnt wird. Die Besprechung der Reizwirkung des Staubes geht über die üblichen Allgemeinheiten nicht hinaus; hier hätten die Arbeiten von Lubenau und F. L. Hofmann unbedingt Erwähnung finden müssen. Eine „Chromvergiftung“ gibt es nicht; Verfasser meint natürlich die Wirkung der Chromate, braucht aber trotzdem den Ausdruck „Vergiftungen durch Chrom“. Die Angabe, daß in Deutschland keine Anzeigepflicht für gewerbliche Vergiftungen besteht, ist falsch: seit 1. Januar 1914 sind die Krankenkassen auf Grund des § 343 der R.V.O. zur Meldung aller Erkrankungen durch Blei, Quecksilber, Phosphor und Arsen verpflichtet. Allerdings sind m. W. leider die Zahlen außer vorläufigen Angaben für die Jahre 1910, 1911, 1912 noch nicht veröffentlicht. Die gewerbliche Infektionsgefahr wird auf einem Raum von 19 Zeilen allzu stiefmütterlich behandelt: Milzbrand und Ankylostomiasis hätten auch im allgemeinen Teil mindestens kurze Besprechung finden müssen; für die Besprechung des Milzbrandes seien dem Verfasser die Arbeiten von Reben-tisch, für die der Wurmkrankheit die von H. Bruns empfohlen.

In der Struktur der Gewerbeaufsicht sind seit Erscheinen des Buchs schon allerlei Neuerungen erfolgt. Abgesehen von Württemberg, das seit Jahren ein bei Chajes nicht erwähntes ärztliches Mitglied der Gewerbeinspektion besitzt und Elsaß-Lothringen, das ebenfalls einen Landesgewerbearzt besaß, hat nunmehr auch Sachsen einen solchen; in Preußen schweben m. W. Erwägungen über Schaffung eines landesgewerbeärztlichen Dienstes. Ferner hat Preußen die Anstellung von 30 Gewerbeaufsichtsgelhilfen aus dem Arbeiterstande beschlossen. — Die Tätigkeit des Internationalen Arbeitsamts in Basel kommt etwas gar zu kurz weg, seiner deutschen Sektion, der Gesellschaft für Soziale Reform, ist überhaupt nicht gedacht. Bei der Besprechung der gesetzlichen Maßnahmen hätte ein Vergleich mit den Hauptindustriestaaten des Auslands dem Werk sicherlich zum Vorteil gereicht.

Wie kann Verfasser behaupten (S. 108), daß bei den Berufsschädigungen der Metallarbeiter die Vergiftungen durch Kupfer eine große Rolle spielen, während er auf S. 46 mit den meisten Hygienikern das Vorkommen einer chronischen Kupfervergiftung bestreitet. (Die Angaben von Grempe stehen in der modernen Literatur doch zu allein, um ihnen erhebliche Beweiskraft zuzumessen!) Dagegen ist der, wenn auch seltenen, so doch sehr interessanten und noch ganz ungeklärten Braunsteinvergiftungen mit keinem Wort gedacht.

Die angeführten Beispiele, denen weitere zugefügt werden könnten, zeigen, daß das in seiner Anlage unzweifelhaft gute Buch einer gründlichen Überarbeitung und vor allem der Berücksichtigung der neueren Spezialliteratur bedarf. Wenn bei dieser Neubearbeitung auch die zahllosen Druckfehler und sonstige Errata, z. B. Fortlassen von Seitenzahlen bei Zitaten, verschwinden, wird auch das dem Werk nur zum Vorteil gereichen.

Anna Pappritz: Einführung in das Studium der Prostitutionsfrage. Ambrosius Barth, Leipzig 1920.

Berichterstatter: Prof. Dr. Rost, Direktor d. dermatolog. Klinik zu Freiburg i. B.

Verfasserin beabsichtigt mit diesem Werke, für dessen Bearbeitung sie eine Anzahl namhafter Mitarbeiter gewonnen hat, eine „ganz objektiv gehaltene, kurz zusammenfassende Darstellung“ des gesamten, die Prostitution betreffenden Tatsachenmaterials. Bei der unzweifelhaften Bedeutung, welche gerade die mit der Prostitution zusammenhängenden Fragen für die praktische Durchführung einer großzügigen Bevölkerungspolitik haben, kann dieses Unternehmen nur begrüßt werden. Ein derartiges Werk hat bisher entschieden gefehlt und es war namentlich dem Fernerstehenden bisher kaum möglich, ein abgerundetes Bild von dem ganzen Gebiet zu gewinnen. Die oben angedeutete Absicht der Verfasserin wird, das sei hier vorweg betont, nach meiner Ansicht in weitgehendem Maße erreicht; für denjenigen, der sich mit der einen oder andern Frage näher beschäftigen will, bietet das beigegebene Literaturverzeichnis einen hinreichend zuverlässigen

Wegweiser. In einem auf gründlicher Literaturkenntnis beruhenden einleitenden Kapitel gibt zunächst W. Hanauer einen kurzen Abriss der Geschichte der Prostitution. Daran anschließend folgt eine ausgezeichnete Schilderung des modernen Prostitutionswesens von Ernst Delbanco und Annie Blumenfeld, welche auch die sozialen Ursachen der Prostitution kurz, aber treffend berücksichtigt und einen Überblick über die verschiedenartigen Einrichtungen dieses „Gewerbes“ in den zahlreichen größeren Städten des Deutschen Reiches gibt. Recht eingehend und vollständig werden sodann von Dr. jur. Alix Westerkamp die gesetzlichen Bestimmungen, welche auf die Prostitution Bezug haben, wiedergegeben. Sehr dankenswert werden auch die zurzeit noch nicht Gesetz gewordenen Vorentwürfe zur Änderung des Strafgesetzbuches sowie der Entwurf des Bundesrates zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten eingehender erörtert und hierbei auch die Stellung der Ärzteschaft dazu gebührend berücksichtigt. In einem Anhang wird sodann auch kurz die neuere ausländische Gesetzgebung auf diesem Gebiete herangezogen. Über die Reglementierung der Prostitution, insbesondere über die Art und Weise der ärztlichen Tätigkeit hierbei, berichtet sodann Dr. med. Marie Kaufmann-Wolf, die sich als überzeugte Gegnerin jeder staatlichen Reglementierung bekennt und statt dessen bestimmt formulierte, im Original nachzulesende beachtenswerte Vorschläge macht. Von derselben Verfasserin stammt auch ein später folgendes kurzes Kapitel über die angeborene Syphilis. Das folgende Kapitel über die gesundheitlichen Gefahren der Prostitution und die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten aus der Feder des Münchner Dermatologen Prof. v. Zumbusch wird dieser Aufgabe in meisterhafter Klarheit und Kürze gerecht und gibt besonders dem Nichtmediziner reiche Belehrung.

Sodann bespricht Katharine Scheven die sozialen und wirtschaftlichen Grundlagen der Prostitution. Verfasserin, als führende Abolitionistin bekannt, bringt neben reichem Material Vorschläge zur Sanierung in dem von ihr vertretenen Sinne. Viel Erfahrung vertragen die beiden folgenden Aufsätze von Clara Thorbecke über die Verwahrlosung der weiblichen Jugend und Adele Schreiber zur Frage der unehelichen Mutter und Kind. Wenn man auch Einzelfälle nicht zu sehr verallgemeinern soll, so bleibt doch vieles gemeinhin gültig und den aufgestellten Forderungen wird man weitgehend zustimmen können. Sehr lesenswert ist der Artikel von Irmgard Jäger über die Fürsorgetätigkeit bei der Polizei; er vermittelt einen guten Einblick in dieses wichtige, noch in der Entwicklung begriffene Fürsorgegebiet.

Nachdem die Abolitionisten bereits zweimal zu Worte gekommen sind, verbreitet sich sodann Anna Pappritz nochmals ausführlich über die Geschichte und die Ziele des Abolitionismus, in Deutschland sowohl wie im Ausland. Wir würden es begrüßt haben, wenn durch etwas straffere Handhabung der Redaktion in einem auf eine gewisse Wissenschaftlichkeit Anspruch machenden Buche diese Wiederholungen vermieden worden wären.

Zum Schlusse folgen noch zwei kurze Kapitel: A. Blaschko; erläutert die Zwecke und Ziele der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, deren verdienstvoller Vorsitzender er ist, während J. Büsching über den Deutschen Ärztbund für Sexualethik berichtet, einer im Kriege geborenen, bisher wenig bekannten Gesellschaft, deren ideale Ziele den kulturellen und moralischen Aufstieg unseres Volkes durch eine Art sexuelle Sanierung insbesondere unserer Jugend erstrebt.

W. Schweißheimer: Die Bedeutung des Films für soziale Hygiene und Medizin. München, 1920, bei Georg Müller, 82 S.

Berichterstatter: Dr. med. G. Mamlock (Berlin).

Filmvorführungen in jüngster Zeit, veranstaltet von der Bildstelle des Zentralinstituts für Erziehung und Unterricht, dem Landesausschuß für hygienische Volksbelehrung sowie der Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, haben das Kino als Unterrichtsstätte sozusagen sanktioniert. Wir besitzen auch in dem Buch von Weiser über medizinische Kinematographie eine wissenschaftlich-technische Systematik des Laufbildes. Die vorliegende Schrift gibt dazu die praktische Ergänzung, die den Film vor-

ähnlich als Volksbelehrungsmittel würdigt. Indem Schweißheimer neben der Presse das Kino als wirksamstes Propagandamittel hinstellt, kennzeichnet er seine Bedeutung treffend. Er unterscheidet auch den eigentlichen Lehr- von dem Aufklärungsfilm; jener muß auf fachmännisch vorgebildete Kreise, dieser auf die Bedürfnisse des Publikums Rücksicht nehmen. Dabei darf er aber nicht zum Aufklärungsfilm werden, bei dem eine sensationelle Regie schließlich einen Animierfilm entstehen läßt. So wie die Dinge jetzt liegen, hat der Verfasser Recht, daß zunächst die Filmbelehrung sich auf die Volkskrankheiten erstrecken muß. Man wird aber diese Forderung über kurz oder lang dahin erweitern müssen, daß man überhaupt medizinische und naturwissenschaftliche Darstellungen als Voraussetzung zum Verständnis der Krankheitsdarstellung im Laufbild weitesten Kreisen bietet. Als Richtschnur für ein zweckmäßiges Vorgehen kann Schweißheimers unterhaltsame Schrift dienen.

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 Landesausschuß für Leibesübungen und Jugendpflege.

Geschäftsstelle: Karlsruhe, Schloßplatz 1. Tel. 5639.

Badischer Landesverband für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge.

Geschäftsstelle: Karlsruhe, Gartenstraße 49. Tel. 5181.

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.

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.

Provinzial-Wohlfahrtsamt

im Schloß in Kiel. Dienststunden täglich von 8 bis 3 Uhr.

Seminar für Hortnerinnen, Kindergärtnerinnen u. Kleinkinderlehrerinnen,

Nowawes b. Potsdam. 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 Mannheim N 7, 18.

3-jähriger Ausbildungsgang für Fürsorgerinnen und Sozialbeamtinnen mit Abschlußprüfung unter staatlicher Aufsicht. Auskunft und Prospekte durch die Direktion: Mannheim, N 7, 18.



Clementinen-Institut für Krankenpflege

Frankfurt a. M.,
Fernsprecher 4796 Hansa.

Wir empfehlen für hier
und auswärts staatlich ge-
prüfte Schwestern 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 Fac...

Gummiwarenhaus KARLSRUHE i. B. Krankenpflegeartikel

Telephon 219 — Kaiserstraße 219 — Postscheck-Konto: Karlsruhe 6675.

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.
Klink 1916, Nr. 35 - Henseler, Süddeutsch.
Mediz. Zeitschrift 1919, Nr. 7.



Erhältlich in den Apotheken.

Alleiniger Hersteller
F. WINTER JR.
Chem. Fabrik. Abt. pharmaz. Präparate,
FAHRBRÜCKE i/S.