

# **Badische Landesbibliothek Karlsruhe**

**Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe**

## **Sozialhygienische Mitteilungen. 1920-2001 1920**

3 (1.7.1920)

# Sozialhygienische Mitteilungen

## ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITSPOLITIK UND -GESETZGEBUNG

Begründet von der Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene

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

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

4. Jahrg.

Juli 1920

Heft 3

**Inhalt:** 1. Die Bekämpfung der Prostitution. Von Prof. Dr. Rost, Direktor der dermatologischen Klinik zu Freiburg i. B. 2. Kommunale Gesundheitsfürsorge. Von Stadtarzt Dr. Fr. Wendenburg, Gelsenkirchen. 3. Das Institut für Gewerbehygiene in Frankfurt a. M. Von Dr. E. Francke, Leiter des Instituts für Gewerbehygiene, Frankfurt a. M. 4. Vom Rückgang der Verwendung des Alkohols in der Krankenbehandlung. Von Dr. J. Flaig, II. Geschäftsführer des Deutschen Vereins gegen den Mißbrauch geistiger Getränke, Berlin-Wilmersdorf. 5. Sozialhygienischer Unterricht für Studenten und Ärzte. 6. Gesetzliche Regelung der Familienversicherung. 7. Die Stellung des badischen Landtags zur sozialen Hygiene. 8. Dritte Mitgliederversammlung der Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene. 9. Bücher- und Schriftenschau.

### Die Bekämpfung der Prostitution.\*)

Von Prof. Dr. Rost, Direktor der dermatologischen Klinik zu Freiburg i. B.

Fragen wir uns, was am meisten zur Verbreitung der Geschlechtskrankheiten beiträgt, so ist neben vielen anderen Übeln in erster Linie die Prostitution zu nennen, und hier ist zweifellos, wenn wir die Geschlechtskrankheiten bekämpfen wollen, ein Hauptangriffspunkt gegeben.

Der Gegenstand ist außerordentlich umfangreich, und es würde viel Zeit erfordern, in eine eingehendere Erörterung einzutreten. Ich muß mich deshalb begnügen, hier nur die wichtigsten Gesichtspunkte hervorzuheben und sie so herauszuarbeiten, daß auch dem Fernerstehenden ein ungefährer Überblick möglich ist. Vorausschicken möchte ich, daß ich nur vom Standpunkte des Arztes aus sprechen will, ohne mich der Wichtigkeit zu verschließen, die gerade auf diesem Gebiete den ethischen oder religiösen Gesichtspunkten zukommt.

Verlockend wäre es, zunächst einen historischen Rückblick über die Prostitution zu geben; denn wir gewinnen aus der Distanz und historischen Abschätzung oft wertvolle Gesichtspunkte auch für die Gegenwart. Aber auch das würde uns zu weit abführen. Es ist Ihnen allen bekannt, daß wir bereits aus dem grauen Altertum, jedenfalls aus der Zeit, aus der uns Kulturdokumente zur Verfügung stehen, Nachrichten über das Bestehen einer Prostitution haben.

Ich will mich aber auf all diese historischen Abschweifungen nicht einlassen, sondern möchte eine Definition mitteilen, die der bekannte Sozial- und Prostitutionspolitiker Iwan Bloch gegeben hat. Er bezeichnet die Prostitution als einen merkwürdigen Überrest des primitiven Geschlechtslebens, als ein soziales Phänomen, das in seiner modernen Organisation und Differenzierung aus dem klassischen Altertum stammt. Er glaubt nachweisen zu können, daß die heutzutage geltende Sexualität mit ihrem System der doppelten Moral, die die Frauen mit anderem Maßstabe mißt als den Mann, in antiken Anschauungen wurzle, und daß ähnlich wie in dem typischen Sklavenstaat des Altertums als begünstigende Momente hierzu beitragen die Mißachtung der Frau, die Mißachtung der individuellen Liebe und die Mißachtung der Arbeit. Ich möchte hier schon betonen, daß diese Betrachtung

\*) Nach einem am 9. Mai 1920 auf der Mitgliederversammlung der Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene gehaltenen Vortrag.



tungsweise eine durchaus einseitige ist und insbesondere der Psychologie der Sexualität nicht voll gerecht wird. Ich werde später noch auf diesen Punkt zurückkommen.

Zunächst will ich den Begriff der Prostitution hier zu umschreiben versuchen. Daß die Prostitution beim Tier nicht vorkommt, sondern sich nur auf das genus homo beschränkt, ist sicher. Aber wir müssen feststellen, daß sie sich nicht allein beim Weib, sondern auch beim Manne zeigt. Nicht zur Prostitution rechnen wir alle sonstigen Arten der Befriedigung des Geschlechtstriebes, soweit er außer der Ehe stattfindet, z. B. das Verhältnis, sei es das voreheliche Verhältnis, wie es auf dem Lande vorkommt, sei es das Zusammenleben, das in den Großstädten häufiger ist und vielfach als Konkubinat bezeichnet wird.

Wesentlich für den Begriff der Prostitution ist erstens die unbestimmte Vielheit der Personen, denen eine Einzelperson sich geschlechtlich hingibt. Dazu kommt zweitens, daß dieses geschlechtliche Preisgeben gewohnheitsmäßig und fortgesetzt geschieht, wobei wir insofern eine Einschränkung machen müssen, als wir auch den Begriff der Gelegenheitsprostitution haben. Hinzu kommt ferner noch der Begriff der allgemeinen Käuflichkeit, die das Fehlen einer Zuneigung zum Zustandekommen des Verkehrs in sich schließt.

Das wäre im wesentlichen der Begriff der gewerbsmäßigen Unzucht, wie ihn das Reichsstrafgesetzbuch aufgestellt hat. Es versteht unter Unzucht nicht nur die Befriedigung des geschlechtlichen Triebes durch Beischlafsübung, sondern auch perverse Betätigungen, um einige zu nennen: Massagen, Geißeln, unzüchtige Posen und ähnliches. Einige Rechtslehrer betonen auch den öffentlichen oder notorischen Betrieb der gewerbsmäßigen Unzucht. Doch ist dies ein Punkt, der nicht allgemein anerkannt ist. Psychologisch wichtig ist vielleicht noch ein Punkt, nämlich daß die eigene geschlechtliche Erregung und Befriedigung eines Individuums für die Fassung des Begriffs Prostitution nicht als wesentlich anzusehen ist. Bloch hat noch einen weiteren Begriff hinzugefügt, nämlich den der indirekten Prostitution. Er versteht darunter das Kuppler- und Zuhältertum.

Wenn wir uns hier mit der Prostitution beschäftigen, so wollen wir uns nur auf die weibliche beschränken, ohne etwa den schweren Schaden, den auch die männliche anzurichten imstande ist, gering anzuschlagen. Aber im allgemeinen tritt die männliche Prostitution zahlenmäßig gegenüber der weiblichen zurück. Sie ist meist nur auf die Großstädte beschränkt und kommt für unsere Badener Verhältnisse, soweit ich es wenigstens übersehe, nicht besonders in Betracht.

Unter dieser Begriffsbestimmung betrachtet, haben wir zunächst zwei große Gruppen der Prostitution voneinander zu trennen. Die eine ist die geheime Prostitution, d. h. diejenige, die nicht unter sittenpolizeilicher Kontrolle steht, und die andere die sogenannte öffentliche. Selbstverständlich gibt es — darauf muß ich nachdrücklich hinweisen — fließende Übergänge von der einen zur anderen. Es ist aber praktisch, daß wir gewisse Gruppen unterscheiden.

Die geheime Prostitution können wir wieder einteilen in eine Klasse derer, die die Prostitution im allgemeinen als Nebenerwerb auffassen. Hier spielt unter Umständen das Moment des gegenseitigen Gefallens, wenn auch rudimentär, noch eine gewisse Rolle. Ausschlaggebend pflegt aber doch die Bezahlung zu sein, wobei allerdings die Entlohnung nicht lediglich in Geld stattzuhaben braucht, sondern vielfach auch in Naturalienleistung, Essen, Trinken, Kleidung und ähnlichem, zu geschehen pflegt. Diese geheime Prostitution finden wir vielfach bei Kellnerinnen, Bardamen, Ladenmädchen, Kontoristinnen, Schneiderinnen, Dienst- und Fabrikmädchen. Hier möchte ich auf die zuerst von Blaschko festgestellte Tatsache hinweisen, die er als eine ernste und schmerzliche Feststellung bezeichnet, daß ein großer Teil der Prostituierten nicht aus faulenzenden, sondern in viel höherem Maße aus arbeitenden Personen besteht. Von der Prostitution im Nebenerwerb gibt es auch wieder fließende Übergänge zu derjenigen im Haupterwerb, wobei nicht verschwiegen werden darf, daß diese vielfach sich unter dem Namen irgend eines Erwerbszweiges versteckt. Ich erinnere hier vor allem an die bekannten Masseusen. Diese Prostitution hat es durch Geschicklichkeit oder Zufall fertig gebracht, dem polizeilichen Zugriff zu entgehen. Wir werden nachher hören, wie außerordentlich viel zahlreicher sie ist, als die nächste Gruppe der Prostituierten, nämlich die öffentliche.



Unter der öffentlichen Prostitution verstehen wir diejenigen Mädchen, die entweder freiwillig oder gezwungen unter sittenpolizeilicher Aufsicht stehen, die also, wie es vielfach ausgedrückt wird, staatlich konzessioniert sind. Ich muß nochmals betonen: Der Übergang vom Verhältnis zur geheimen Prostitution im Nebenerwerb, dann zum Haupterwerb im geheimen und schließlich zur öffentlichen ist fließend. Der Polizeiarzt Bendig hat den Werdegang der Prostituierten sehr treffend und kurz folgendermaßen charakterisiert: Erst Dienstmädchen, dann Fabrikmädchen, dann Kellnerin, dann Aushilfskellnerin, dann Dirne. Das ist in großen Zügen für viele wenigstens der Lauf.

Wir werden uns nun zunächst darüber klar werden müssen, welches die Ursachen der Prostitution sind. Hier sind vor allem gewisse ethische Anschauungen zu erwähnen, auf die ich eingangs schon Bezug nahm, die Bloch als Überbleibsel antiker Anschauung bezeichnet, die doppelte Moral und anderes. Es sind aber auch Mängel der Sexualpädagogik, die hier schwerwiegend ins Gewicht fallen. Da handelt es sich vor allem darum, daß durch das Fehlen sexualpädagogischer Erziehung unsere Jugend, namentlich unsere männliche, viel zu früh den Geschlechtsverkehr aufnimmt. Ihr fehlen vielfach Hemmungen moralischer Art gänzlich.

Neben diesen mehr ethischen Gründen stehen zum mindesten gleich wichtig die wirtschaftlichen Gründe. Beim Manne spielt die Spätehe eine große Rolle. Es ist ihm meist erst viele Jahre nach erlangter Mannbarkeit möglich, ein Einkommen zu erhalten, mit dem er eine Familie gründen kann. Darum ist es für ihn vielfach schwer, früh zu heiraten.

Bei der Frau ist es ähnlich der Minderverdienst, der eine außerordentlich große Rolle spielt, das Mißverhältnis zwischen Entlohnung und Kosten der notwendigsten Lebenshaltung. Vielfach sind es aber auch hier die gesteigerten Ansprüche ans Leben. Ohne Zweifel fallen gerade auch diese letztere in vielen Fällen schwer ins Gewicht. Es ist bekannt, daß bei Besserung der wirtschaftlichen Konjunktur die Prostitution abnimmt, und daß umgekehrt ein Zustrom bei Tiefstand der Volkswirtschaft erfolgt.

Neben diesen wirtschaftlichen kämen noch gewisse allgemein soziale Ursachen hinzu, von denen ich zunächst das Wohnungselend nenne, obwohl ich mich des Eindrucks nicht erwehren kann, daß das doch vielleicht in manchem Falle übertrieben wird. Man neigt gern dazu, einzelne Fälle zu verallgemeinern.

Für wichtiger halte ich die verwahrloste Erziehung, die in vielen Fällen, nach meinen eigenen Erfahrungen, wohl den Grund für die spätere Entwicklung zur Dirne legt.

Auch den Alkoholismus möchte ich nennen, obwohl ich meine, daß der für die Entwicklung des Weibes zur Dirne relativ weniger in Betracht kommt.

Sehr wichtig ist ferner die „großstädtische Vergnügungsindustrie“, die die jungen Leute zum „Sumpfen“ erzieht, die Tingel-Tangel, Kinos, Automaten, Dielen, Bars, Palais de danse und ähnliches. Hier sind auch die Quellen für die ersten Schritte auf dem Wege zur Prostitution vieler junger Mädchen.

Sodann ist als bedeutungsvolle Ursache für das Zustandekommen der Prostitution die individuelle Veranlagung zu nennen. Es gibt eine Reihe von Psychiatern — ich nenne vor allem Lombroso —, die die Prostitution nicht als Folge sozialer Bedingungen, insbesondere nicht als Folge materieller Not, sondern als einen natürlichen Ausdruck angeborener Lasterhaftigkeit bezeichnen. Diese Auffassung in ihrer allgemeinen Form wird heute wohl von den meisten abgelehnt. Ich nenne den Dermatologen Finger, der sich eingehend darüber geäußert hat, Siebert u. a. Dagegen werden wir zweifellos eine gewisse Spezifität der Persönlichkeit, eine gewisse Bereitschaft zu diesem Beruf wohl bei vielen Persönlichkeiten zugeben müssen. Es unterliegt keinem Zweifel, daß sich unter den Prostituierten sehr viele Psychopathen befinden. Aber man wird hier häufig den Fehler machen, Ursache und Wirkung insofern zu verwechseln, als bei vielen der geistige Defekt sich erst unter dem Einfluß des Lebenswandels entwickelt, so daß es häufig nicht ganz leicht ist, nachträglich festzustellen, ob tatsächlich die jetzt vorhandene Psychopathie etwa rein die Ursache zur Prostituierung gewesen ist, oder erst unter dem Einfluß der Prostituierung sich gerade entwickelt hat.



Wenn man den Gründen der Prostitution nachgeht und die neuesten Bücher darüber nachliest — ich nenne darunter auch das kürzlich erschienene Buch von A. Pappritz „Einführung in das Studium der Prostitution“ —, so begnügt man sich meist mit dem, was ich soeben vortrug. Wir lassen hier aber einen sehr wichtigen Punkt außer acht, der meines Erachtens den Angelpunkt für die Betrachtung der Prostitutionsfrage überhaupt bilden muß und der in letzter Zeit vielfach in den Hintergrund getreten ist. Das ist die Untersuchung, inwieweit allgemeine psychologische Gründe für die Prostitution als Ursache maßgebend sind. Es kann einen nicht wundernehmen, daß bisher sehr viele an diesen speziellen Ursachen vorbeigegangen sind; denn sie erschließen sich im allgemeinen nur dem Arzt, und zwar auch da vielfach nur dem Facharzt, und ich möchte noch weitergehen und einschränkend sagen: auch dem häufig nur dann, wenn er psychologisch geschult und gebildet genug ist, um möglichst tief in die Psyche sexualis des Menschen einzublicken. Ich will nicht leugnen, daß es auch dem Geistlichen und Richter hin und wieder möglich sein wird, derartige Eindrücke zu bekommen, aber im großen und ganzen ist es wohl nur ein ausgewählter Kreis von Menschen, die hier fachmännisch urteilen können.

Da möchte ich hinweisen auf die spezifisch sexuelle Differenzierung des einzelnen Menschen, insbesondere auch auf die Psychologie der Ehe. Da kommen wir zunächst um eine Feststellung nicht herum: das ist die polygame Veranlagung des Mannes. Die ist vorhanden, und mag sie auch von kirchlicher und anderer Seite bestritten werden, wir Ärzte kennen sie. Sie ist nicht wegzuleugnen. Ich kann mich nicht zu der Ansicht bekehren, daß sie irgendwie das Produkt einer Erziehung sei, sondern ich glaube, es handelt sich hier um Anlagen, die durch Vererbung überkommen sind, deren Ausmerzung aus der menschlichen Gesellschaft zwar erstrebenswert aber wohl nicht so ohne weiteres möglich sein wird.

Wir dürfen nicht übersehen, daß dem Manne ein ganz spezieller Eroberungstrieb, wie ich es ausdrücken will, innewohnt; der Trieb zur Abwechslung — wir brauchen nicht direkt das Geschlechtliche ins Auge zu fassen — kommt vielfach hinzu. Auch hier heißt es: *variatio delectat*. Verbotene Früchte schmecken bekanntlich am süßesten. Es sind aber vielfach, und zwar viel mehr, als meist angenommen wird, perverse Triebe, die den Mann, auch wenn er verheiratet ist, in die Arme der Prostitution treiben. Viele haben keine Vorstellung davon, wie häufig bis in die gebildeten Kreise hinein, und da vielleicht sogar am meisten, perverse Befriedigung des Geschlechtstriebes sich findet. Ich könnte aus meiner besonderen Erfahrung, die ich fast tagtäglich machen muß, die bezeichnendsten Tatsachen mitteilen. Ich mache namentlich darauf aufmerksam, daß diese pervers Veranlagten in der Mehrzahl der Fälle im allgemeinen als sehr anständige und ordentliche Menschen gelten. Ich beziehe mich da auf das Urteil der Ehefrauen, die ich häufiger darüber spreche. Vielfach, oder meist sogar, bekomme ich, wenn ich frage, warum sie die Ehe nicht trennen, die Antwort: Ja, warum? Es ist der beste und liebste Mann, der für mich alles tut, aber pervers ist er eben doch. Wieweit das im einzelnen geht, will ich nicht näher ausführen. Es gibt eine unendliche Anzahl von perversen Befriedigungen des Geschlechtstriebes. Diese Andeutung möge genügen.

Selbstverständlich kommt hierbei aber nicht der Mann allein in Frage. Auch bei der Frau ist etwas ähnliches vorhanden. Da möchte ich den Messalinentypus herausgreifen, der schon das Pathologische mehr oder weniger streift, die Frau, die einen ganz unbezähmbaren Trieb zum Verkehr hat. Ich glaube aber, daß dieser Typus als Ursache für den Verkehr des Mannes mit der Prostitution verhältnismäßig viel weniger in Betracht kommt, als die sexuelle Indifferenz der verheirateten Frau.

Es unterliegt keinem Zweifel, daß außerordentlich viele verheiratete Frauen in der Ehe anfangen, sich und den Mann zu vernachlässigen. Sie verstehen es nicht, den Mann dadurch zu fesseln, daß sie auch „dauernd seine Geliebte“ bleiben. Es kommt zu dieser sexuellen Indifferenz vielfach eine absolute Konzentration auf die Kinder hinzu, die den Mann mehr oder weniger vernachlässigt und in den Hintergrund stellt. In vielen Fällen — das ist ja vielleicht das traurigste — sind es auch Erkrankungen der Unterleibsorgane der Frau, die das eheliche Geschlechtsleben ungünstig beeinflussen. Kurzum, viel



ehr, als man allgemein denkt, spielen derartige psychologische Gründe mit, daß der Mann außerhalb der Ehe seine Befriedigung sucht. Und wenn Nachfrage ist, pflegt sich auch das Angebot stets entsprechend einzustellen.

Lassen Sie mich nun noch kurz die Schäden der Prostitution im allgemeinen und in großen Zügen erörtern.

Hier sind zunächst nach der ethischen Seite hin zweifellose Schäden festzustellen: die Verleitung der Männerwelt zu vermehrter Betätigung in sexueller Beziehung, die ohne weiteres zu verurteilen ist. Es ist ferner zuzugeben, daß auch Verheiratete vielfach gerade durch das Vorhandensein der Prostitution verleitet werden. Auch die Verführung zu perverter Befriedigung des Geschlechtstriebes soll nicht unerwähnt bleiben. Und was ganz besonders traurig ist, das ist die Verführung Unschuldiger beiderlei Geschlechts.

Hiermit hängt meist auch gleich die Ausbeutung zusammen. So komme ich zu den sozialen Schäden, die gerade Unerfahrene und Unschuldige sehr häufig treffen. Ich erinnere an die bekannten Animerkneipen, Bars, Schnapsdielen.

Wir hätten ferner noch die Verleitung Arbeitswilliger und Arbeitsfähiger zum Müßiggang nicht zu gering anzuschlagen.

Aber der wichtigste und größte Schaden, den die Prostitution dem Volkskörper schlägt, ist und bleibt in hygienischer Beziehung die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten.

Es ist hier vielleicht zweckmäßig, wenn ich kurz eine Statistik, soweit es auf diesem Gebiete möglich ist, gebe. Da ist zunächst festzustellen, daß die Prostitution außerordentlich ungleichmäßig in Deutschland verbreitet ist. Wir haben im allgemeinen eine starke Prostitution in den Großstädten, etwas weniger in den Mittelstädten, während kleine Städte und das flache Land im großen und ganzen frei davon sind.

Für das Jahr 1906 hat man in Deutschland etwa 15000 kontrollierte, reglementierte oder eingeschriebene Prostituierte festgestellt. Das Verhältnis zu der Zahl der Einwohner stellte sich ungefähr so: In Berlin 1 Prostituierte auf 608 Einwohner, in Mannheim 1 auf 3000, in Stuttgart 1 auf 5500. Die Zahl der heimlichen Prostituierten kennt man natürlich nicht. Der verstorbene Berliner Forscher Lesser schätzt sie auf das Sieben- bis Zehnfache der eingeschriebenen, so daß wir für Berlin etwa 24000—25000 heimliche Prostituierte anzunehmen hätten. In anderen Großstädten ist die Ziffer geringer. Z. B. schätzt man sie in München auf etwa 2000. Und warum? Wohl weil dort das Verhältniswesen eine außerordentlich große Rolle spielt. Hervorheben möchte ich schließlich noch, daß ein außerordentlich hoher Prozentsatz der Prostituierten von Jugendlichen gestellt wird.

Eben schon habe ich darauf hingewiesen, daß die Prostitution zur Verbreitung der Geschlechtskrankheiten am wesentlichsten beiträgt. Ich glaube, wir gehen nicht fehl, wenn wir annehmen, daß fast 95%, wenn nicht gar 100% von öffentlichen und geheimen Prostituierten geschlechtskrank sind oder wenigstens gewesen sind. Genaue Zahlen darüber lassen sich nicht angeben. Wir werden rechnen können, daß mindestens 75% aller Prostituierten syphilitisch infiziert sind und 95% wenigstens mit Gonorrhoe, so daß viele an beiden Krankheiten zugleich leiden. Wir müssen eben daran denken, daß unsere modernen Behandlungsmethoden doch nur einen relativen Wert haben, und daß auch die reglementierte Prostitution in vielen Fällen nicht vollständig ausgeheilt werden kann.

Auf die Folgen der Geschlechtskrankheiten an dieser Stelle näher einzugehen, liegt außerhalb des Rahmens meines Vortrages. Nur mit ein paar kurzen Stichworten möchte ich sie festlegen: Zunächst die Arbeitsunfähigkeit, die nach der volkswirtschaftlichen Seite hin unter Umständen eine außerordentlich große Rolle spielt. Es ließen sich da interessante Zahlen nennen. Sodann: Entstellung des Körpers, vielfach Siechtum, früher Tod, weibliche Unfruchtbarkeit, männliche Zeugungsunfähigkeit, Fehlgeburt, Entartung der Nachkommenschaft und Entvölkerung. Das sind in kurzen Worten die Folgen der Geschlechtskrankheiten und damit der Prostitution.

Nachdem ich die Prostitution und ihre Schäden geschildert habe, möchte ich einen Überblick über den heutigen Stand der Bekämpfung der Prostitution bieten.

Als einzigen Faktor, der hier in Frage kommt, hätte ich nur den Staat zu nennen. Ich sehe ab von einigen kommunalen Bestrebungen im Verein mit privater charitativer



Fürsorge, auf die ich nachher noch zu sprechen komme, die aber als allgemein gültig und überall eingeführt noch nicht zu betrachten sind. Die Prostitutionspolitik des Staates ist relativ einfach. Sie hat sich in der Sittenpolizei das Organ geschaffen, mit dem gegen die Prostitution vorgegangen wird. Es ist dies eine Institution, die wir in Deutschland bereits aus dem Mittelalter kennen; denn auch da gab es bereits Frauenhäuser und Polizeiaufsicht durch den Büttel, Trachtenvorschriften, Verbot gewisser Orte, ja sogar ärztliche Untersuchung. Die Neuordnung der Prostitutionspolitik ist zurückzuführen auf die französische Revolution. Der französische Nationalkonvent hat zuerst die Reglements, die nachher auch allmählich in Deutschland übernommen worden sind, erlassen. Die ursprünglichste Aufgabe der Sittenpolizei, wie sie für die neue Zeit in Frage kommt, ist eine rein polizeiliche. Sie besteht lediglich in Ordnungs- und anstaltspolizeilichen Maßnahmen. Daher auch der Name. Letzten Endes war es eine Festlegung einer polizeirechtlichen Ausnahmestellung der unter Sittenpolizeiaufsicht gestellten Personen gegenüber der übrigen Gesellschaft. Das war festgelegt in den sogenannten Reglements, auf die ich nachher noch zu sprechen komme.

Allmählich hat sich nebenher die ärztliche Beaufsichtigung der Prostitution Bahn gebrochen in der Erkenntnis, daß eben die Prostitution die Hauptinfektionsquelle der Geschlechtskrankheiten ist.

Die gesetzliche Grundlage in Deutschland für die Prostitution bildet der § 361 Ziffer 6 des Reichsstrafgesetzbuches und in Verbindung damit der § 362. In dem ersten Paragraph wird ein Unterschied gemacht zwischen solchen Personen, die bereits unter Kontrolle stehen, denen nur Strafe angedroht wird, wenn sie die polizeilichen Vorschriften übertreten, und solchen Personen, die, nicht unter Kontrolle stehend, bestraft werden, wenn sie gewerbsmäßig Unzucht treiben. Es sind zwei ganz verschiedene Delikte hier zusammengeworfen worden. Nach § 362 ist sodann Überweisung der wegen gewerbsmäßiger Unzucht bestraften Personen an die Landespolizeibehörde dem Ermessen des Richters anheimgestellt. Während nun in § 361 Ziffer 6 reichsgesetzlich eine kontrollierte, gewerbsmäßige Unzucht zugelassen wird, wird andererseits im § 180, der die Kuppelei betrifft, die Gewährung von Wohnung an Prostituierte zur Ausübung der Unzucht unter Strafe gestellt. Das hat zu einem ganz eigentümlichen Zustand geführt, indem die Polizei in verschiedensten Orten von der Anwendung dieses § 180 keinen Gebrauch gemacht hat; denn sonst wäre es nicht möglich, daß es in Deutschland Bordelle oder eine „freiwohnende“ öffentliche Prostitution gibt.

Zu der reichsgesetzlichen Regelung tritt noch die landesgesetzliche. In Baden haben wir uns im wesentlichen an das Polizeistrafgesetzbuch gehalten, das in § 85 die nötige Handhabe gibt.

Als Folge der geschilderten, durchaus uneinheitlichen gesetzlichen Regelung läßt sich nun für Deutschland folgendes feststellen: Wir finden zunächst Städte nur mit kasernierter Prostitution, wo also die Polizei die Bordelle entweder stillschweigend duldet oder sogar konzessioniert. Ich erinnere an Bremen, wo eine besondere Straße mit besonderem Eingang seitens der Behörden zur Verfügung gestellt ist. Es gibt ferner Städte, die nur freiwohnende Prostitution, aber keine Bordelle haben. Hier ist z. B. Berlin zu nennen. Wieder andere Städte haben das gemischte System — teils Bordelle, teils freiwohnende Prostitution —, so namentlich Mannheim, Karlsruhe und Freiburg. Jedes dieser Systeme hat seine Vorteile und Nachteile. Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß die kasernierte Prostitution einen Makel für den Staat und die Gemeinde bedeutet. Wir müssen ferner feststellen, daß die kasernierte Prostitution für die angrenzenden Häuser und Straßen, für die Kinder, die dort aufwachsen, ein außerordentliches Ärgernis und eine Gefahr darbieten. Der Bordellbetrieb begünstigt ferner erheblich den Mädchenhandel. Die Kasernierung hat aber den Vorteil, daß die Prostitution von der Straße und aus der Nähe anständiger Häuser wekommt. Dadurch, daß die Prostituierte bei einer Zimmervermieterin wohnt, liegt die Gefahr nahe, daß die Familie moralisch infiziert und verseucht wird. Das gibt ein böses Beispiel für die heranwachsenden Töchter, eine Verführung der Ehemänner und der heranwachsenden Söhne.



Hinzu kommt ferner als ein sehr übler Punkt das Zuhältertum, das gerade in den Großstädten eine außerordentlich große Rolle spielt und mit dem Verbrechen eng verbunden ist, und schließlich, was nicht am wenigsten wichtig ist, das Kupplertum, das ebenfalls in den Großstädten sehr verbreitet ist.

Von den Einzelheiten der Reglementierung, wie sie jetzt allgemein gehandhabt wird, sei nur einiges hervorgehoben: Für die Prostituierten besteht die Verpflichtung, sich zweimal wöchentlich vom Amtsarzt oder einem sonstigen dafür bestimmten Arzt untersuchen zu lassen. Ist eine Prostituierte erkrankt, so wird sie zwangsweise in die geschlossene Abteilung eines Krankenhauses eingebracht und kann dort bis zur Dauer von 6 Monaten nach den neuesten Verfügungen, die sehr dankenswert seitens der Regierung vor zwei Jahren erlassen wurden, gehalten werden. Es wird auf diese Weise immerhin die Möglichkeit gegeben, daß die Geschlechtskrankheiten weitgehendst zur Ausheilung kommen. Ist sie nach 6 Monaten noch nicht geheilt, so muß sie aus dem Krankenhaus entlassen werden und bekommt vom Bezirksamt die Auflage, daß sie sich eines geregelten und ordentlichen Lebens zu befleißigen habe. Was das heißt, kann man sich ungefähr denken. Morgens wird sie verwahrt, nachmittags geht sie bereits auf den Strich. Das ist einer der Punkte, bei dem eben die Fürsorge unbedingt einzusetzen hat. Wir sind heute tatsächlich auch in der Lage, weiter als früher vorzugehen; denn durch die Verfügung der Reichsregierung vom 11. Dezember 1918 ist es möglich, solche Personen, die geschlechtskrank sind und im Verdachte stehen, ihre Geschlechtskrankheit weiter zu verbreiten, zwangsweise einer Behandlung zu unterwerfen, ja auch zwangsweise in ein Krankenhaus einzuweisen. Wir haben also jetzt die Möglichkeit, auch über die landespolizeiliche Vorschrift hinaus derartige Personen zwangsmäßig der Behandlung zu unterwerfen. Das gilt übrigens nicht nur für die Frauen, sondern auch für die Männer.

Bei der jetzigen Form der Prostituiertenkontrolle und -reglementierung, die man richtiger als Sanierung, nicht als Bekämpfung oder Unterdrückung der Prostitution bezeichnen muß, wie wir sie namentlich in Baden haben, vermisse ich insbesondere die vorbeugende und nachgehende soziale Fürsorge in weitem Umfange. Ich weiß sehr wohl, daß seitens charitativer Vereinigungen allerhand auf diesem Gebiete geschieht. Aber nach meinen Erfahrungen ist diese Fürsorge in vielen Fällen nicht auf dem richtigen Wege und leistet nicht das, was bei richtiger Organisation geleistet werden müßte und würde.

Aus der Frauenrechtsbewegung hat sich nun eine Bewegung herauskristallisiert, die etwa in der Mitte des 19. Jahrhunderts zuerst in England auftrat und an den Namen von Josefine Butler geknüpft ist, der Abolitionismus. Ende der neunziger Jahre kam er nach Deutschland und nannte sich „Nationaler Zweig der internationalen abolitionistischen Gesellschaft“. Er hat auch den Titel „Deutscher Verband zur Förderung der Sittlichkeit“. Die bekanntesten Damen Frau K. Scheven und A. Pappritz stehen an der Spitze. Ich kann nicht umhin, Ihnen kurz das Programm der Abolitionisten zu entwickeln, da wir auch zu ihren Bestrebungen Stellung nehmen müssen. Die Abolitionisten wollen keine staatliche Reglementierung der Prostitution; sie behaupten, es sei ein soziales und moralisches Unrecht gegen die Frau. Die doppelte Moral und die verschiedene Stellung der Geschlechter vor dem Recht seien durchaus unzulässig. Sie wollen die Prostitution als ein Laster und eine soziale Krankheit bekämpfen und entsprechende soziale und ethische Reformen dazu heranziehen. Sie wollen keine direkte Bestrafung der Prostitution, weil nach ihrer Ansicht die Strafe das Übel nicht trifft. Immerhin verlangen sie aber eine Bestrafung von Verletzungen des öffentlichen Anstandes, sowie Bestrafung der Aufforderung zur Ausschweifung und Kuppelei. Sie lehnen aber eine Zwangsuntersuchung der Frau aus sittenpolizeilichen Gründen durch den Staat ab und verlangen ferner, daß allen die Unzucht betreffenden Bestimmungen Mann und Frau in gleicher Weise zu unterwerfen seien.

Man kann ohne weiteres zugeben, daß dieses Programm entschieden manchen zutreffenden Gedanken enthält. Aber es entbehrt, nach meiner Auffassung, der Logik insofern, als ethische und rechtliche Forderungen nicht scharf voneinander getrennt sind und biologische und psychologische Tatsachen nicht genügend berücksichtigt sind. Ich muß hier erklären, daß eine radikale Aufhebung der Reglementierung oder Kon-



trolle mir absolut unmöglich erscheint. Überall, wo man das bisher getan hat — ich führe als Land Dänemark und als Stadt meinen Wirkungskreis Freiburg an —, da haben wir einen erheblichen Anstieg der Geschlechtskrankheitsziffer zu verzeichnen. Das sind Feststellungen, die nicht von mir getroffen sind, sondern u. a. von meinem verstorbenen Vorgänger Professor Jacobi. Die Anschwellung der Geschlechtskrankheiten hat sich typisch vollzogen. Es nahm die Zahl der geschlechtskranken Männer ganz außerordentlich zu, während die Ziffer der geschlechtskranken Frauen anscheinend zurückging. Die Ursache liegt sehr nahe. Die geschlechtskranken Frauen haben sich häufig nicht behandeln lassen. Sie haben es verstanden, sich dem Zugriffe der Polizei zu entziehen. Und die gestiegene Zahl der erkrankten Männer, die früher in Bordellen bei relativer Sicherheit verkehrten, ist eben darauf zurückzuführen, daß die geheime Prostitution in außerordentlich hohem Maße verseucht war.

Ich kann mir eine Lösung dieses Problems in dem radikalen Sinne des Abolitionismus jedenfalls nicht denken. Aber wir dürfen uns deshalb nicht abhalten lassen, den Schäden der jetzigen Regelung und den Schäden der Prostitution in Zukunft tatkräftig zu Leibe zu gehen. Wir müssen versuchen, diese Lösung auf breitester Grundlage anzustreben.

Wir müssen unbedingt davon ausgehen, daß wir die Prostitution als Unzuchterscheinung — wenigstens unter den heutigen Verhältnissen — nicht restlos werden beseitigen können. Wir werden zunächst uns bemühen müssen, sie soweit irgend möglich zu sanieren, d. h. für die Allgemeinheit unschädlich zu machen, und sodann ihr den Zustrom abzuschneiden, soweit dieser namentlich durch soziale Momente bedingt ist. Hierbei wäre davon auszugehen, daß nach heutiger staatsrechtlicher Auffassung die Einzelperson eine Einschränkung der persönlichen Freiheit sich gefallen lassen muß, wenn dies im allgemeinen Volksinteresse liegt. Da ferner nach dem heutigen Stande der wissenschaftlichen Untersuchungsmethoden weitgehendste Gewähr für die Erkennung des Tatbestandes vorhanden ist, ob eine Geschlechtskrankheit vorliegt oder nicht, wird die Anwendung einer solchen Untersuchung bei Personen, die gewerbsmäßig Unzucht treiben, nicht umgangen werden können. Auf eine freiwillige Erfüllung der Pflicht werden wir nicht hoffen können. Es bleibt eben nur der Zwang, und zwar der Zwang, der das Individuum der Allgemeinheit unterordnet. Aber gerade an diesem Punkte wird die Reformbedürftigkeit des heutigen Systems, wie ich es bereits schilderte, offenbar, insofern sind die meisten Anhänger der Reglementierung oder ich will lieber sagen die Nichtabolitionisten durchaus einer Meinung mit den Abolitionisten. Es besteht heute darüber vollkommene Einigkeit, daß die ursprüngliche erste Aufgabe der Sittenpolizei, die anstands- und ordnungspolizeiliche Überwachung der Prostitution, jetzt fast ganz gegenstandslos geworden ist. Das bezieht sich namentlich auf die Großstädte, wo sie kaum nennenswert durchführbar ist und höchstens zu einer Quelle kleinlicher Polizeischikanen wird.

Soviel ist klar, daß die ärztliche Untersuchung heute die Hauptsache ist. In Berlin z. B. wurde darum auch ein Arzt Dirigent der Sittenpolizei und mehrere Ärzte sind unter dem Titel Kriminalkommissäre bei dieser Behörde angestellt.

Aber mit der rein ärztlichen Untersuchung ist es nicht getan, darum ist manchenorts ein wesentlicher Faktor hinzugefügt worden: die soziale Fürsorge, wie sie in vorbildlicher Weise z. B. in Altona, Stuttgart, Dresden, Bielefeld durchgeführt ist (s. u.). Mit vielen anderen halte ich sodann eine Abänderung des § 361 Ziffer 6 RStGB. für wesentlich, ebenso des § 180 und noch einiger anderer Paragraphen, die hiermit zusammenhängen. Ich möchte erwähnen, daß die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten schon seit langem eine reichsgesetzliche Regelung anstrebt und ein außerordentlich großes Material der Sachverständigenkommission, dem 16. Ausschuß für Bevölkerungspolitik der Nationalversammlung, als Grundlage überwiesen hat. Aber ich muß leider betonen, daß sich bereits wieder Bestrebungen für eine einzelstaatliche Regelung der Angelegenheit geltend machen. So ist kürzlich in der preußischen Landesversammlung versucht worden, für Preußen eine besondere Regelung durchzuführen. Wir können auch vom Standpunkte als Badener aus eine derartige landesgesetzliche Regelung der Haupt-



Grundlage der Prostitutionsfrage nicht billigen und müssen auf eine reichsgesetzliche Regelung dringen.

Wie soll aber in Zukunft die Regelung der Kontrolle ausfallen? Es sind ziemlich weitgehende Vorschläge gemacht worden. Ich möchte mich einem Manne aus der Praxis anschließen, dem schon erwähnten Dirigenten der Berliner Sittenpolizei, Dr. GÜTH, der als langjähriger Leiter der Abteilung berufen erscheint, etwas wirklich Brauchbares vorzuschlagen. Es soll zunächst die Bezeichnung „Sittenpolizei“ wegfallen und dafür ein Gesundheits- und Pflegeamt eingeführt werden, so daß der Begriff „Polizei“ vollständig entfernt und zugleich auch mit dem Namen die eigentliche Aufgabe des Amtes treffend gekennzeichnet ist. Ferner werden vollständige Lostrennung des Amtes von der Kriminalpolizei, räumlich und auch persönlich, und Angliederung an die Medizinalpolizei gefordert. Daß die Leitung einem in der Verwaltungstechnik vorgebildeten Arzte übertragen werde, muß als selbstverständlich erscheinen. Diesem Gesundheits- und Pflegeamt wäre aber anzugliedern und auszubauen eine Gefährdetenfürsorge, die nach sozialen Grundsätzen arbeitet, die also in erster Linie die Mitarbeit der Frau, die wir unter keinen Umständen entbehren können, in rechtem Maße heranzieht. Die Kontrollvorschriften wären selbstverständlich abzuändern und alles, was an ordnungspolizeilichen Vorschriften darin ist, wäre auszumerzen. Nur die allgemeinrechtlichen Bestimmungen, die für jedermann gültig sind, der § 183 (öffentliches Ärgernis), der § 360 Ziffer 11 (grober Unfug) und vielleicht einige andere wären auch für die Prostituierten, wie für jeden anderen Staatsbürger, gültig. Darüber hinaus müssen wir natürlich verlangen, daß die technische Seite der Verordnung in dem Sinne ausgebaut wird, daß möglichst alles vermieden wird, was nach Polizeiverfahren aussieht. Auch die Ausführung der Untersuchung selbst, wenn sie freiwillig oder mehr oder minder zwangsweise erfolgt, sollte nach Ort und Person — ich denke vor allem an weibliche Ärzte — entsprechend geregelt werden.

Wenn diese Regelung vielleicht auch nicht ideal ist, hat sie doch den Vorzug, daß sie sich ohne allzuhohe Kosten durchführen läßt und auf dem Gegebenen aufbaut und vielleicht auch besser als bisher die geheime Prostitution erfaßt.

Noch eine Institution ist berufen, hier mitzuwirken: die Beratungsstellen der Landesversicherungsanstalt. In Baden gibt es fünf solcher Beratungsstellen, nämlich in Mannheim, Karlsruhe, Heidelberg, Freiburg und Konstanz. Diese haben neben den in ihrem Namen liegenden Aufgaben der Beratung der Ärzte und Patienten auf dem Gebiete der Geschlechtskrankheiten die außerordentlich wichtige Aufgabe, die Infektionsquelle zu ermitteln. Es gelingt nach meiner Erfahrung in einer recht hohen Anzahl der Fälle, die Quellen zu finden, die gerade eben vielfach in die Kreise der geheimen Prostitution hinführen.

Nun hat aber die Beratungsstelle keinerlei Zwangsmittel in der Hand. Häufig müssen wir, wenn wir gegen eine Person etwas unternehmen wollen, die Hilfe des Bezirksamtes in Anspruch nehmen. Da ereignet sich aber das, was wir gern vermeiden wollen. Das Bezirksamt schickt nämlich den Gendarmen hin und der holt unter Umständen in voller Uniform die betreffende Person ab und bringt sie zum beamteten Arzte, der vielfach kein Facharzt auf diesem Gebiete ist. Der Amtsarzt untersucht die Person, findet in vielen Fällen nichts mit den Hilfsmitteln, die ihm zur Verfügung stehen — das ist nicht anders zu erwarten — und wir bekommen bestenfalls die Nachricht, die betreffende Person sei amtsärztlich untersucht und gesund befunden. Dabei passiert es nicht selten, daß nach wenigen Tagen bereits ein anderer sich bei derselben ansteckt. Ich meine, daß uns dies Verfahren nicht befriedigen kann. Wir wären, wenn wir die Institution des Gesundheits- und Pflegeamtes hätten, wohl in der Lage, einen Zwang auf die betreffende Person auszuüben, aber alles, was nach polizeilichem Zugriff und Schikanen schmeckt, ist zum mindesten nach außen hin mehr oder minder auszuschalten. Das ist besonders wichtig, wenn es sich um jugendliche Personen handelt, die namentlich heutzutage gar nicht selten zu dieser Gruppe gehören.

Die Frage der Kasernierung fällt mit dem, was ich eben vorgetragen habe, mehr oder minder weg. Aber mit ein paar Worten muß ich noch auf die Gefährdetenfürsorge eingehen. Es handelt sich hierbei um Maßnahmen, welche den Besserungsfähigen den



Wiedereintritt in das Berufs- und Familienleben ermöglichen sollen. Genannt sei hier das Bielefelder System. Wenn eine Frauensperson nach § 361 Ziffer 6 wegen Unzucht zu einer Haftstrafe verurteilt wird, wenn zugleich nach § 362 Verweisung an die Landespolizeibehörde zwecks Unterbringung in das Arbeitshaus bis auf die Dauer von zwei Jahren ausgesprochen wird, so macht beim Bielefelder System das Gericht bezw. die bestrafende Behörde von dieser Bestimmung in allen Fällen Gebrauch, auch wenn es die erste Betretung ist. Aber diese Überweisung an die Landesbehörde wird zunächst nicht ausgeführt, sondern die betreffende Person tritt, mit ihrer Zustimmung natürlich, unter die sogenannte Schutzaufsicht. Diese wird von einer Fürsorgerin, einer Art Polizeiassistentin, ausgeführt im Verein mit einer großen Anzahl Helferinnen, Frauen gebildeter Kreise, die sich zur Verfügung stellen und drei bis vier Schutzbefohlene zur Bearbeitung, Beobachtung und Betreuung zugewiesen bekommen. Nun hängt über der betreffenden Person stets das Damoklesschwert des Arbeitshauses, und wer mit Prostituierten zu tun hat, weiß, wie außerordentlich gefürchtet das Arbeitshaus ist. Sie gehen zehnmal lieber ins Gefängnis, als ins Arbeitshaus, und unter diesem Eindruck gelingt es nun und zugleich dadurch, daß man ihnen in sozialer Beziehung sehr weitgehende Hilfe zukommen läßt, eine große Anzahl wieder auf den rechten Weg zu bringen. Bei solchen, bei denen sich der Wiedereintritt ins Berufsleben nicht so glatt vollzieht, ist gegebenenfalls die Unterbringung in einer Frauenkolonie vorgesehen. Der Erfolg des Systems ist sehr groß. So waren von 310 Schutzbeaufsichtigten nur 25 rückfällig geworden. Das ist ein außerordentlich erfreuliches Ergebnis, das unbedingt dazu mahnt, dies System auch anderwärts einzuführen. Ich wünschte, daß seine allgemeine Einführung auch für das Reich recht bald käme. In Preußen wurde durch einen Ministerialerlaß vom Juli 1918 dieses System den einzelnen Regierungsbezirken empfohlen.

Wenn das Bielefelder System im wesentlichen die sogenannte nachgehende Fürsorge darstellt, so besteht in Altona — und ähnlich ist es in Dresden — das vorbeugende System. Hier kommen alle eingehenden Anzeigen zunächst an das Pflegeamt und dieses veranlaßt eine unauffällige Vernehmung und Untersuchung der betreffenden Person. In weitestem Maße wird von weiblichen Beamten Gebrauch gemacht. Die Angaben werden durch Hausbesuche geprüft. Man sieht von einer Bestrafung, wenn es irgend geht, ab und sucht etwa vorhandene soziale Mißstände zu beseitigen. Falls für die betreffende Person eine Unterkunft gefunden ist, wird durch Kontrolle dafür gesorgt, daß man sich über ihr weiteres Wohlverhalten auf dem laufenden hält. Dieses System hat den großen Vorteil, daß die bisher Unbescholtene mit der Sittenpolizei überhaupt nicht in Berührung kommt, daß ihr Makel und Unzuträglichkeiten erspart bleiben und daß der einzelne Fall eine gründlichere und individuellere Behandlung erfährt. Auch die Schonung der Jugendlichen sei hier nicht vergessen.

Mit ein paar Worten will ich noch kurz auf die fernerliegenden Aufgaben eingehen. Wir werden uns, nachdem wir uns über die Ursachen der Prostitution klar geworden sind, dazu entschließen müssen, die Erziehung unserer Jugend grundlegend zu ändern, insbesondere im Sinne einer vernünftigen Sexualpädagogik. Es wäre zu wünschen, daß die Bestrebungen der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, die es sich zum Ziele gesetzt hat, die Sexualpädagogie als Lehrgegenstand in die Schulen einzuführen, von recht vielen Seiten Förderung erfahren. Voraussetzung ist natürlich, daß die Eltern und Lehrer auch sexualpädagogisch geschult sind. Ich verweise auf die mit bestem Erfolg arbeitenden Kurse der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von denen in Berlin und anderen Städten bereits manche stattgefunden haben und die sich die Schulung der Lehrerschaft und vielfach auch der Eltern in sexualpädagogischer Beziehung zur Aufgabe machen. In Freiburg ist vor zwei Jahren eine Reihe solcher Vorträge für Eltern veranstaltet worden, die viel Anklang gefunden haben.

Ich möchte ferner die Jugendfürsorge im weitesten Umfange nennen.

Aber letzten Endes müßten wir, wenn wir die Prostitution an ihren Wurzeln treffen wollen, eine allgemeine Wandlung unserer ethischen Anschauungen verlangen. Wir müßten zu einer Verwerfung der doppelten Moral kommen, wir müßten eine andere Stellung



des Mannes gegenüber der Frau verlangen, wir müßten den Übergang von der materialistischen zur idealistischen Lebensauffassung vollziehen. Aber ich halte mich für verpflichtet, vor übertriebenen Hoffnungen auf diesem Gebiete zu warnen. Denn das psychologische Problem spielt eine viel zu große Rolle auf diesem Gebiete; neben dem Ernährungstrieb kommt dem Sexualtrieb beim Menschen eine außerordentlich große Bedeutung zu.

Ich bin damit am Schlusse meiner Ausführungen. Ich bedaure, daß es nur ein kurzer Überblick sein konnte. Ich habe manches Wichtige nur obenhin streifen können, manches sogar übergehen müssen. Wenn es mir gelungen sein sollte, wenigstens in groben Umrissen das Problem klar aufgerollt zu haben, so würde ich es als einen Erfolg meiner Darlegungen ansehen.

### Kommunale Gesundheitsfürsorge.\*)

Von Stadtarzt Dr. Fr. Wendenburg, Gelsenkirchen.

Den zeitgemäßen Bestrebungen entspricht es, den Einfluß der Erfahrungen und geldlichen Träger auf dem Gebiete der Gesundheitsfürsorge sicherzustellen und die Gefahr der Zersplitterung gleichzeitig zu vermeiden. Diese Gefahr ist gerade hier im Ruhrkohlenbezirk am bedeutendsten. Wir haben Stadtärzte, die Kreisarzt geworden sind, Kreisärzte, die stadtärztliche Funktionen übernommen haben, wir haben in den Großstädten Stadtarzt und Kreisarzt nebeneinander, wir haben in bevölkerten Landkreisen selbständige Kommunalärzte in einem Kreisarztbezirk.

Als wertvolles Ziel erscheint es besonders unter den hiesigen komplizierten Verhältnissen, das Beispiel eines Zusammenschlusses in gleichgerichteter Arbeit zu schaffen. Der Meinungsaustausch aller Beteiligten ist gerade hier und gerade jetzt notwendig, wo eine kräftige Entwicklung der kommunalen Fürsorge auch auf bisherigem Neuland einsetzt und mancherlei Gegensätzlichkeiten bereits entstanden sind.

Die Debatte wird Gegensätze bringen. Ich werde daher einige der vielerörterten Fragen sogleich berühren. Zuerst die Frage: „Hier Sozialarzt, hier Medizinalbeamter.“ Gegensätze sind ferner zum Beispiel entstanden durch die Behauptung: „Die Fürsorge bedeute eine Übertreibung, die jetzigen Bestrebungen eine Explosion.“ Solche Wirkung kann m. E. nur für diejenigen vorliegen, die Veranlassung hatten, aber nicht genommen haben, sich an der seit Jahren vorwärtsdrängenden Entwicklung der Sozialhygiene zu beteiligen. Wenn an so vielen Stellen redlich bemühte Vereine und in deren Aufträge praktische Ärzte stellenweise recht laienhaft die Gesundheitsfürsorge betrieben haben, so ist das nur ein Beweis dafür, daß erstens die schon lange erforderlichen „Fürsorgeärzte“ fehlten, und zweitens die Kommunen sowohl wie auch stellenweise der Staat weder Weg noch Ziel richtig gesehen haben. Auch die unerfreuliche Entwicklung der Machtstellung von Kreisfürsorgerinnen als sozialhygienischen Spezialistinnen, denen die Sprechstundenärzte nur die technischen Ausführungsorgane waren, ist eine wohl allen Ärzten unliebsame Erscheinung geworden, die für den Mangel an leitenden und praktischen Fürsorgeärzten spricht. Nicht zuletzt ist dies der Grund für die wachsende Bestrebung der überakademischen Ausbildung der Fürsorgerinnen. Gewiß haben wir gerade heute die theoretisch und praktisch gut ausgebildeten Fürsorgerinnen nötig; wo sie aber erscheinen, werden sie vielfach auch heute noch als glückliche Errungenschaft in Stellen hineingesetzt, wo sie organisatorisches Talent entfalten zu müssen glauben, am wenigsten aber die bescheidenere Arbeit unter dem sozialhygienisch ärztlichen Organisator suchen. In Bayern beispielsweise ist diese Entwicklung durch die Gesetzgebung halb und halb sanktioniert.

Das an vielen Stellen jetzt nahezu hastige Eingreifen der Kommune findet seinen Grund erstens in der politischen Umwälzung, zweitens in der gesundheitlichen Verelendung des

\*) Nach einem auf der ersten kommunalen Gesundheitsfürsorgetagung zu Gelsenkirchen am 24. Jan. 1920 gehaltenen Vortrag.



Volkes. Diejenigen Kommunen, die ein Neuland auf dem Gebiet der Gesundheitsfürsorge darstellen, werden dadurch vor eine akute Frage gestellt, die die Gefahr übereilter Organisation ohne weiteres in sich schließt. Gesteigert wird diese Gefahr durch den Mangel an Fürsorgeärzten. Die Großstädte können da in keiner Weise zum Muster dienen, weil in ihnen die einzelnen Fürsorgezweige spezialistisch ausgebaut sind; infolge der stärkeren Inanspruchnahme lösen sich auch die dort tätigen Ärzte schwer aus ihren bisherigen Stellungen los.

Das allgemeine Verlangen nach Fürsorgeärzten, das in gewissen Kreisen der Medizinalbeamten einen erkennbaren Grad von Unwillen erregt, ist von vornherein zu vergeblicher Bemühung verurteilt. Es werden akademische Generationen notwendig sein, um der Nachfrage zu genügen. Bis dahin aber werden die überhaupt geschaffenen Stellen fast ausnahmslos besetzt sein. Eine mehr theoretische Erörterung bedeutet also die Frage: „Welche Vorbildung ist von einem Fürsorgearzt zu erwarten?“ Es ist wohl kein Zweifel, daß dabei die kinderärztliche an erster Stelle steht. Die „Mutterberatung“, aus kinderärztlicher Erkenntnis entstanden, ist historisch der erste Zweig der Gesundheitsfürsorge. Was Beratung, Fürsorge, Vorbeugung, ganz abgesehen von Behandlung, leisten, das weiß auch der praktische Kinderarzt aus seiner Sprechstunde. Durch die Kinderfürsorge hat er Sachkenntnis, Organisationsmethode, Zusammenarbeit mit den richtigen sozialen Stellen und Gesetzeskenntnisse gelernt. Er ist also nicht nur dem Inhalt, auch der Form seiner Tätigkeit nach als Fürsorgearzt geeignet auf sehr wichtigen Gebieten. Ich sage nicht, daß er der geeignetste ist in Angleichung an eine hervorragende Persönlichkeit, die betonte: „Kein anderer ist besser geeignet, Fürsorge zu betreiben, als der Kreisarzt.“ Jedenfalls ist es ein Unglück, wenn die Organisation der Kinderfürsorge in allen ihren Zweigen ohne spezialistische Sachkenntnis für eine verwaltungstechnische Angelegenheit gehalten wird. Daran können m. E. auch Kurse in Dortmund nicht viel ändern. Wer die Kinderfürsorge organisiert, braucht allerdings wohl kein Kinderarzt zu sein, doch muß er sich ernstlich bemühen, sie in einem kinderspezialistischen Sinne zu leiten und auszubauen. Ich kenne das Gutachten eines Nicht-Kinderarztes, sonst organisatorisch tätigen Arztes, über die Einrichtung einer Milchküche, die zu einem kläglichen Fiasko führen mußte. Daß vorzügliche Organisationen ohne kinderärztliche Vorstellungen sachlich auch in der Schulfürsorge nicht das richtige treffen, zeigt das Beispiel von Halle: Ein Blick in das bekannte Buch von Drigalski zeigt das Überwuchern der Adenoiden und das aktionslose Untertauchen im großen Topf der Blutarmut.

Bei den übrigen Fürsorgezweigen liegt der Wunsch nach sachgemäßer Ausbildung des Fürsorgearztes immerhin ähnlich. Für die Tuberkulosefürsorge scheint mir eine mindestens einjährige Ausbildung dringend wünschenswert. Eine wirkungsvolle Fürsorge für Hilfschüler — Berufsberatung — die Trinker- und Geisteskrankenfürsorge, die Berührung mit der Jugendpflege und mit der Fürsorgeerziehung kann ich mir ohne psychiatrische Ausbildung kaum vorstellen.

Neben diesen Sachkenntnissen ist von ausschlaggebender Wichtigkeit das lebendige Verständnis für die soziale Gesetzgebung und ihre Praxis bis in alle Einzelheiten, ebenso der sozialen Fürsorgeeinrichtungen; denn diese Kenntnisse muß der Fürsorgearzt für die Gesundheitsfürsorge in seinem Wirkungsbereich ausnutzen und vor allem die Entwicklung dieser Zweige fruchtbringend beeinflussen.

Kein Zweifel ist wohl erstens, daß solche Vorbildung anzustreben ist, zweitens, daß nur in seltenen Fällen solche Vorbildung heute anzutreffen ist, drittens daß eine derartige Ausbildung in diesen Fällen für den Leiter der Gesundheitsfürsorge einer Kommune geeigneter ist als der Nachweis der Ablegung der Kreisarztprüfung, wie sie augenblicklich noch besteht.

Der Mangel derartig ausgebildeter Ärzte fällt dadurch noch mehr ins Gewicht, daß gerade im hiesigen Bezirk schnell gewachsene, sehr große Gemeinwesen in jeder Beziehung Neulinge auf allen Gebieten der Gesundheitsfürsorge sind, und daß die dadurch entstehende zentralisierende Organisation aller einzelnen Zweige besonders hohe Anforderungen stellt. Um einen wirksamen Zusammenhalt aller Einzelarbeit zu sichern, ist auch in großen Verhältnissen unter den heutigen Umständen eine „Grüne-Tisch-Arbeit“ geradezu ein Verhängnis. Dazu sind die Verhältnisse noch lange nicht gefestigt genug. Aus diesem Grunde



steht auch der leitende Fürsorgearzt überall, wo Neuland ist, selbst in mittleren Orten, mitten in praktischer Arbeit. Ein Darüberschweben ist einfach ausgeschlossen und macht sein Gebäude zu einem Gerüst, das ohne genügende Grundlage wie ein Fremdkörper in der Umgebung ist.

Dann die Frage der sogenannten Kommunalisierung der Kreisärzte, für die mittlere bis große Gemeinwesen teilweise viel Interesse zeigen. Es besteht die dringende Befürchtung, daß auf diese Weise die Kreisärzte von kommunalen Gnaden erheblich vermehrt werden, daß die Interessen der Gesundheitsaufsicht des Staates durch Assistenzärzte als weniger interessante Nebenarbeit erledigt werden, daß der Kreisstadtarzt als Nicht-Beigeordneter seine frühere unabhängige Stellung neben dem Landrat verliert, daß der Kreisstadtarzt als Beigeordneter bei der Durchsetzung seiner über das Wohl der Gemeinde selbst hinausgehenden Vorschläge in Angelegenheiten der Gesundheitspolizei und Gesundheitsaufsicht heute mehr als je parteipolitischen Bestrebungen verfallen wird. Objektivität, Unbeeinflussbarkeit ist die für jeden Sachverständigen wünschenswerte Vorbedingung wirksamer Kreisarztstätigkeit. Der breite Rücken des Staates, die selbständige Stellung des Kreisarztes hat seine glänzende Wirksamkeit ermöglicht, die uns während des Krieges besonders zum Bewußtsein gekommen ist. Auf eine Anfrage hat übrigens Geheimrat Krohne autoritativ erklärt: der Kreisstadtarzt ist nur möglich, wenn er unbedingt an erster Stelle Kreisarzt ist.

Nun das Umgekehrte: Der Kreisarzt wird zum Stadtarzt. Sicher ist, daß derjenige, der an erster Stelle Kreisarzt sein soll und muß, unmöglich ein seine Arbeitskraft im Fürsorgedienst möglichst ausgiebig aufwendender Stadtarzt sein kann, selbst nicht in mittleren Städten. Dies ist nicht möglich, erstens wegen der rein stofflichen Arbeitsfülle, zweitens wegen der Form dieser Arbeit. In der Debatte der preußischen Landesversammlung vom 22. und 23. Mai kam die verschiedenartige Richtung der medizinpolizeilichen und sozialärztlichen Arbeitsmethode und Denkweise ebenfalls zur Erörterung. Es müßten zwei Seelen in der Brust des Kreisstadtarztes wohnen. Sanitätspolizeiliche Maßnahmen lassen sich auch der Bevölkerung gegenüber nicht gern mit der Fürsorgetätigkeit vereinen. Möglichst frei davon muß sich der hauptamtliche Fürsorgearzt zu machen bemüht sein. So wünschenswert gerade für den Fürsorgearzt ein Medizinalbeamter mit starkem Rückgrat ist, so wenig ist er selbst geneigt und geeignet zu energischem Vorgehen in Einzelfällen und bei allgemeinen Maßnahmen. Den Medizinalbeamten andererseits muß eine von kommunalen Interessen möglichst unbeeinflusste Entscheidung, ein Überblick über einen möglichst großen Bezirk gesichert sein. Das Beispiel der Trennung zwischen Kreisarzt und Stadtarzt bewährt sich seit Jahren in Bochum, jetzt auch in Gelsenkirchen, wo reibungslos nebeneinander der Kreisarzt und der Stadtarzt ihre Funktionen ausüben, wo der eine die Wünsche des andern unterstützt, wo Kompetenzstreitigkeiten überhaupt nicht vorkommen, so sauber und natürlich sind die Arbeitsgebiete voneinander getrennt.

Ich habe durch die Erörterung versucht, einen Punkt vorweg zu nehmen, in dem es m. E. besonders auf Klarheit ankommt, wenn ein wirksamer Zusammenschluß der Meinungen zustande kommen soll. Diejenigen Großstädte aber, in denen die geschichtliche Entwicklung einzelner Fürsorgezweige nebeneinander zu ganz anderen Organisationen geführt hat, müssen wir Neulinge im Sinne der Gemeinsamkeit der Interessen bitten, die Verschiedenheit der Verhältnisse zu berücksichtigen und auch eine ganz andere Konstellation für folgerichtig und gut zu halten.

Wo es nicht durch geschichtliche Entwicklung sich anders bewährt hat, halte ich den Wunsch für berechtigt: größere Kreisarztbezirke gerade im Industriegebiet — daneben kommunale Sozialärzte. In den Großstädten Kreisarzt und Sozialarzt nebeneinander; von dem letzteren muß angestrebt werden, alle Fürsorgezweige zentralisierend im Hauptamt zu erfassen.

\* \* \*

Warum ist ein Zusammenschluß auf dem Gebiet der Gesundheitsfürsorge für die Kommunen notwendig?



Aus den Gründen einer Zusammenfassung aller Bestrebungen halte ich einen von mancher Seite angestrebten Bund der Sozialärzte nicht für das Richtige. Wenn Gemeinsamkeit der Interessen auf dem Gebiet der Gesundheitsfürsorge überhaupt vorhanden ist, so müssen alle diejenigen dies Interesse fördern, die die kommunalen sozialärztlichen Aufgaben vertreten, ganz gleich, ob Kreisärzte oder Stadtärzte, sie müssen es als die Vertreter ihrer Kommunen tun.

Gemeinsamkeit der Interessen liegt in folgenden Punkten vor:

a) Wer die Fürsorgearbeit praktisch betreibt, die Initiative jetzt und früher ausübte, wer die Erfahrungen auf diesem Gebiet sammelt, wer das Geld dafür bezahlt, der muß auch unbedingt dafür sorgen, daß er bei allen die Fürsorge angehenden Angelegenheiten gefragt und gehört wird, und zwar möglichst unmittelbar. Es kann nur im Interesse des Wohlfahrtsministeriums liegen, zusammengefaßte Ansichten aus wichtigen Landesteilen vor, seitens der fachkundigen und der ausführenden Organe zu hören. Ein Übergeben muß unmöglich gemacht werden können. Einstweilen wird zweifellos von nicht immer ganz sachkundigen Stellen nach obenhin referiert, so daß es nicht im Interesse der schnellen Entwicklung liegt, wenn auf Grund dieser Referate Entscheidungen von praktischer Bedeutung getroffen werden. Die augenblicklich maßgebenden, wenn auch zeitweise recht schwankenden Richtlinien für die Fürsorgerinnenausbildung und ihre staatliche Anerkennung entsprechen beispielsweise zweifellos weder den jetzigen Verhältnissen noch den Ansichten aller in praktischer Arbeit stehenden Ärzte.

b) Eines muß aber zugegeben werden: Man ist über die einzelnen kommunalen Systeme bei der Regierung weit besser unterrichtet, als die Kommunen untereinander. Damit komme ich zu einem zweiten Grunde für die Notwendigkeit eines Zusammenschlusses. Die Einrichtung in Dortmund, Essen, Barmen und Düsseldorf dürfte zum größeren Teile bekannt sein, jedoch das „System Altona, System Hagen, System Bochum-Land“ sind bei der Regierung wohl bekannt, aber den eigentlich Fachkundigtätigen weniger bekannt. Die neuen Kommunalärzte „entrollen“ jetzt nach einigem Studium der vorliegenden Verhältnisse die verschiedensten Pläne und Systeme ihrer Organisationen, ohne daß die fertigen Großstadtverhältnisse ihnen als Muster dienen können. Was sie schaffen, weist ganz außerordentliche Unterschiede in wesentlichen Punkten auf, z. B. in der Vorbildung ihrer Fürsorgerinnen, in der gemeinschaftlichen oder gesonderten Betreibung der einzelnen Fürsorgezweige durch die Fürsorgerinnen, in der Zusammenarbeit mit den Krankenkassen, in der Zusammenarbeit mit den Vereinen, in der Stellung zu den Ärztevereinen — und vielem anderen.

Erstlich meine ich, daß diese Dinge, so sehr wir selbst des Studiums wert sein mögen, ebenso auch für uns des Studiums wert sind; zweitens aber weiß ich es aus Beispielen, daß es für die neuen Kommunalärzte ein lebhaftes Bedürfnis ist, alle ähnlichen Verhältnisse an anderen Orten kennen zu lernen. Übrigens ist bisher der ehrliche Versuch dazu tatsächlich stellenweise auf große Schwierigkeiten gestoßen. Oft treten fortlaufend neue Fragen heran, in denen eine gegenseitige Verständigung erwünscht ist. Auch für die Durchsetzung der selbstgewonnenen Anschauungen im Stadtparlament ist die Kenntnis anderer Verhältnisse eine große Annehmlichkeit. Nicht alles läßt sich voraussehen: Schlechte Erfahrungen anderen Ortes können den verantwortlichen Leiter rechtzeitig mit kritischen Gründen versehen. Mit Recht wird man gegebenenfalls den Vorwurf stark widersprechender Ansichten und Methoden machen, die möglicherweise als der Korrektur bedürftig von einer zwar höheren, wenn auch nicht mehr sachverständigen Stelle angesehen werden.

c) So komme ich zu dem dritten Grunde für die Notwendigkeit eines Zusammenschlusses. In allererster Linie ist die Gesundheitsfürsorge eine kommunale Angelegenheit. Sie ist es nicht nur äußerlich, geldlich, sie ist es auch dem Sinne nach. Selbsthilfe, Anregung und Anleitung dazu ist der vornehmste Grundgedanke der Gesundheitsfürsorge. An die Organe der Selbsthilfe und der Selbstverwaltung muß sich die Fürsorge unmittelbar anlehnen. Zusammenstehen müssen in diesem Sinne Schulter an Schulter die kommunalen Verwaltungen, gegebenenfalls auch die Provinzial-Verwaltungen, vor allem aber die Krankenkassen, die Landesversicherung, die Knappschaft und die Vereine.



Von diesen eigentlichen Vertretern der Gesundheitsfürsorge, die sich möglichst eng aneinander anpassen müssen, muß die Initiative auch für die gesetzlichen Regelungen ausgehen.

d) Als vierten Grund der Notwendigkeit eines Zusammenschlusses führe ich die Fälle der gemeinschaftlichen Frage an, die ich in vier Gruppen zusammenfasse:

1. Die Frage der Ausbildung der Fürsorgerinnen und der Wohlfahrtsschulen; die staatliche Anerkennung der von den Kommunen als geeignet erkannten Fürsorgerinnen; die Stellung zu allen auf diesen Gebieten zu erwartenden gesetzlichen Regelungen.

2. Bildung und Ausbau der Wohlfahrtsämter, Gesundheitsämter, Jugendämter; die Stellung des Arztes in der Kommunalverwaltung.

3. Stellung zu den charitativen Vereinen, interkonfessionellen und konfessionellen Grenzen und Art der Zusammenarbeit; Stellung zu den Ärztevereinen, Heranziehung der praktischen Ärzte, Art ihrer Arbeit und Besoldung.

4. Gemeinschaftliche Fragen bei dem Ausbau der einzelnen Fürsorgezweige, besonders der Tuberkulosefürsorge, der Geschlechtskrankenfürsorge, der Krüppelfürsorge und der Irrenfürsorge. (Es ist kein Zweifel, daß in den ersteren beiden Gebieten die Landesversicherung einer Revision ihrer Arbeitsmethode bedarf. Die heutige Notwendigkeit der zielbewußten Bekämpfung der offenen Tuberkulose muß zu einer Einschränkung des allein seligmachenden Heilkursystems führen.) Die Frage der Zusammenarbeit mit Krankenkassen, Zweckverbandsgründungen im sozialhygienischen Sinne, Beeinflussung der Bestimmungen über Familienhilfe; Einflußgewinnung auf die Ausgestaltung der Familienkassen der Bergleute.

In allen diesen Fragen ist es ganz ausgeschlossen, daß der einzelne Arzt oder die einzelne Kommune Einfluß gewinnt und ihre Ansicht durchsetzt. Abgesehen von der Zersplitterung bei der Gründung eines Sozialärzterverbandes wird ein solcher nicht entfernt die Wirkungen ausüben können, wie die Meinungsäußerung eines Kommunalverbandes sie heute gerade in hohem Maße besitzt. Gerade auch der Knappschaft gegenüber, die in sozialhygienischen Dingen zielbewußt, aber durchaus nicht vorbildlich arbeitet, kann solcher Zusammenschluß wirksam werden. Ich denke nur, welche große Schwierigkeiten ich für mich allein gehabt habe, um der Knappschaft gegenüber durchzusetzen, daß die Wochengeld- und Stillbescheinigungen durch die Säuglingsfürsorgestelle ausgestellt werden müßten. Es ist ersichtlich, daß die besonderen, im Ruhrkohlenbezirk vorliegenden Verhältnisse, wie sie sich auf dem Gebiet der Fürsorge organisiert haben, geeignet sind, gründliche, neue und alte Erfahrungen zu vertreten, und zwar in weit wirksamerer Weise, als das in den zersplitternden Tagungen des Medizinalbeamtenvereins oder auf einer Tuberkulosetagung der Landesversicherung geschehen konnte.

\* \* \*

Nun mein Vorschlag über die Form eines solchen Zusammenschlusses. Keinesfalls darf dieser eine zentrale Leitung haben, die auch nur irgendwie Direktiven ausgibt. Er hat zwei Aufgaben, erstens den Meinungs austausch, zweitens die Meinungsäußerungen. Der Meinungs austausch ist herbeizuführen in erster Linie durch Zusammenkünfte, in zweiter Linie durch eine Auskunftsstelle zur Beantwortung von Anfragen. Diese Beantwortung möglichst schnell herbeizuführen, alle Antworten zusammenzufassen und jedem der Mitglieder fortlaufend zu berichten, das Material zu sichten und eine neue Anfrage direkt aus diesem Material zu beantworten, dazu ist keine besondere Arbeitskraft, sondern nur der zehnte Teil einer Schreibmaschine notwendig. Um irgendwelche Direktiven von seiten dieser Auskunftsstelle zu vermeiden, schlage ich unbedingt vor, daß sie einer ganz indifferenten Stelle überwiesen wird, also nicht einer Großstadt mit gutausgebautem System.

Was die Meinungsäußerung angeht, so kann sie wohl in keinem Falle auf schriftlichem Wege erfolgen, sondern es muß in regelmäßigen Abständen eine lebendige Aussprache erfolgen, und diese Aussprache muß nach allseitigem bestem Willen zu einer möglichst eindeutigen Meinungsäußerung führen. Die fortlaufenden Auskünfte werden in diesem Sinne Anregung bieten können und vorbereiten — besser als das heute möglich war. Die Zu-



sammensetzung dieser Tagung, wenn sie beschlossen werden, stelle ich zur Diskussion, bin aber selbst von vornherein der festen Überzeugung, daß nur eine wenigstens vorwiegend sachverständige, d. h. ärztliche Vertretung in allen diesen Fragen zu zielbewußtem Vorgehen führen kann. Die Meinungsäußerungen, soweit sie einheitlich zustande kommen, können erstens der zuständigen Stelle als Ansicht aller in Frage kommenden Kommunen übermittelt werden (z. B. der Landesversicherung, der Knappschaft oder der Regierung). Zweitens müssen sie in den Fachzeitschriften regelmäßig erscheinen.

## Das Institut für Gewerbehygiene in Frankfurt a. M.

Von Dr. E. Francke, Leiter des Instituts für Gewerbehygiene, Frankfurt a. M.

Um dem von Wissenschaft, Behörden und Industrie empfundenen Bedürfnis nach einer gewerbehygienischen Zentralstelle abzuhelfen, wurde im Jahre 1908 von industrieller Seite unter Mitwirkung der Behörden das Frankfurter Institut für Gewerbehygiene geschaffen. Sein Arbeitsprogramm umfaßte die folgenden Punkte:

1. Die Pflege reger Beziehungen zu Industrie und Gewerbe, zu wissenschaftlichen und technischen Autoritäten auf gewerbehygienischem Gebiete sowie zu den Behörden, insbesondere auch zu den staatlichen und berufsgenossenschaftlichen Aufsichtsorganen bei voller Wahrung der unabhängigen und unparteiischen Stellung des Institutes sowie unter strenger Wahrung ihm anvertrauter, geheim zu behandelnder Dinge.
2. Die Sammlung und systematische Sichtung und Durcharbeitung der gesamten gewerbehygienischen Literatur, einschließlich der Jahresberichte der Gewerbeaufsichtsbeamten des In- und Auslandes, sowie die Sammlung von Beschreibungen, Zeichnungen, Photographien, Modellen und ähnlichen Darstellungen von bedeutsamen hygienischen Betriebs-einrichtungen und Schutzvorkehrungen.
3. Die Veröffentlichung von Beschreibungen bewährter Einrichtungen zur Verhütung von Krankheits- und Unfallgefahren im Gewerbebetrieb, sowie von geeigneten eigenen Erhebungen und Forschungsergebnissen wichtigerer Art oder allgemeineren Interesses.
4. Die Ausarbeitung von hygienischen Gutachten, Ausarbeitung von Plänen, Ausfindigmachung aller geeigneten Mittel für Unternehmer, Konstrukteure, Erfinder und Behörden, gebotenenfalls unter Mitwirkung eines physiologischen oder sonst in Frage kommenden rein wissenschaftlichen Institutes.
5. Die Ausfindigmachung der geeigneten Methoden und Mittel zur einwandfreien Durchführung fabrikatorischer Prozesse im Hinblick auf Arbeiter- und Anwohnerschutz, wodurch der Unternehmer vor schweren Schäden und Verlusten bewahrt werden kann.
6. Die Verbreitung gewerbehygienischer Kenntnisse durch Abhaltung gewerbehygienischer Kurse und Vorlesungen.

Zur Durchführung dieses Programms schuf sich das Institut in Bibliothek, Archiv und Sammlung das erforderliche Handwerkszeug. Die Bücherei umfaßt heute neben der gesamten gewerbehygienischen Literatur, soweit sie sich beschaffen ließ, eine große Anzahl medizinischer, technischer und nationalökonomischer Werke, die Jahresberichte der staatlichen Gewerbeaufsicht des In- und Auslandes sowie der gewerblichen Berufsgenossenschaften, zahlreicher Krankenkassen, Knappschaftsvereine usw. Außerdem werden etwa 160 Zeitschriften aus allen in Frage kommenden Gebieten gehalten. Das Archiv vereint alle erreichbaren Materialien, die der Auskunfterteilung über alle technischen Vorrichtungen und Hilfsmittel des Arbeiterschutzes dient. Die Sammlung gibt an Hand von Anschauungsmaterial (Maschinen, Modellen, Zeichnungen, Bildern, Vorlagen usw.) einen Überblick über das Arbeitsgebiet und die Möglichkeit anregender Führungen von Schulen, Arbeiterverbänden usw., ohne sich den großen Arbeitermuseen in Charlottenburg und München an die Seite stellen zu wollen.

Die Gutachtertätigkeit des Instituts unterliegt naturgemäß strengster Verschwiegenheit und entzieht sich aus diesem Grunde der öffentlichen Besprechung. Jedoch sollen hier genauere Angaben über die literarische Tätigkeit des Instituts gemacht werden.

Die erste hier entstandene selbständige Veröffentlichung ist der „Entwurf einer Liste der gewerblichen Gifte“, im Auftrag der Gesellschaft für soziale Reform bearbeitet von Gewerbeinspektor Dr. R. Fischer. Zu dieser Arbeit war der größte Teil der früheren ge-



gewerbehygienischen Literatur durchgearbeitet worden, wobei sich die den Fachmann nicht überraschende Tatsache aufs neue herausstellte, daß nur wenige Autoren über eigene Erfahrungen größeren Umfangs verfügten, die meisten dagegen in starker Abhängigkeit von ihren Vorgängern lebten, einer Abhängigkeit, die sich gelegentlich bis zur Mitübernahme von Druckfehlern und falschen chemischen Formeln steigerte. Es ist ja auch ganz klar, daß bei der Größe des Gebiets umfangreichere eigene Erfahrungen auf allen oder auch nur vielen seiner Teile nur Wenigen möglich sein können. Wirklicher Fortschritt der Wissenschaft wird hier wie sonst auch nur durch die Bearbeitung von Teilfragen erzielt. Um hierbei mitzuwirken, entschloß sich das Institut zur Herausgabe von Einzelstudien in seinen „Schriften“. Als solche erschienen zunächst Arbeiten über die Bedeutung der Chromverbindungen in einem technischen Teil von R. Fischer und einem medizinischen von K. B. Lehmann; diesen folgten Arbeiten über die Quecksilberverbindungen von L. Teleky, die ärztliche Überwachung und Begutachtung der in Bleibetrieben beschäftigten Arbeiter von L. Teleky, Ärztliche Merkblätter über berufliche Vergiftungen von der Konferenz der Fabrikärzte der chemischen Großindustrie, die Arbeiterkost von A. Gigon, die Bekämpfung der Milzbrandgefahr in gewerblichen Betrieben von O. Borgmann und R. Fischer, die Frühdiagnose der Bleivergiftung von L. Teleky, H. Gerbis und P. Schmidt, endlich eine Zusammenstellung über die Rostschutzmittel (o. Autor).

Auf gewerbehygienischem Gebiet findet sich leider die dringend nötige Zusammenarbeit von Mediziner und Techniker selten in befriedigendem Maße. Um hier fördernd einzugreifen, hat das Institut seine zunächst getrennt erschienenen laufenden Veröffentlichungen, die technischen „Mitteilungen“ und die ärztliche „Rundschau“, die der „Sozialtechnik“ bzw. der „Ärztl. Sachverst.-Ztg.“ beigelegt waren, von 1913 ab zu einer selbständigen Zeitschrift, dem „Zentralblatt für Gewerbehygiene“, herausgegeben von F. Curschmann, R. Fischer und E. Francke, vereinigt. Dadurch, daß das Zentralblatt als Mitarbeiter und Leser Mediziner und Techniker hat, hofft es, jeder dieser Gruppen die Gedankengänge der anderen nahezubringen. Es bringt Originalien über alle Teilgebiete und eine kurze Literaturübersicht; in ihm sind die „Zeitschrift für Versicherungsmedizin“ und die „Sozialtechnik“ aufgegangen.

Den Zwecken unmittelbarer Belehrung der Arbeitnehmer dienen das „Bleimerkblatt für Hüttenarbeiter“, ein Merkblatt über die „Mitwirkung der Arbeiter bei der Unfall- und Krankheitsverhütung“ und ein solches über „Nitrose-Gase in Metallbrennen“.

Seiner Aufgabe der Verbreitung gewerbehygienischer Kenntnisse suchte das Institut ferner durch Abhaltung von Fortbildungskursen für Mediziner und Techniker gerecht zu werden. Solche wurden in Gemeinschaft mit der Frankfurter städtischen Verwaltung bisher zweimal abgehalten, 1911 und 1912. Die Kurse waren von je 14 tägiger Dauer; neben den Vorträgen erster Fachleute fanden auch Führungen durch städtische und industrielle Betriebe statt. Der Besuch der Kurse stieg von 61 Teilnehmern im ersten Jahr auf 135 i. J. 1912. Die Abhaltung gleicher Kurse und solcher für Arbeiter ist auch für die Zukunft geplant. Außer diesen Kursen wurden vom Institut auch zahlreiche Vorträge über gewerbehygienische Themen vor Schulen, Arbeitervereinigungen und Fachvereinen abgehalten. Der augenblickliche Leiter hat Lehrauftrag für das Fach an der Frankfurter Universität. Vorträge von dem Institut fernstehenden Persönlichkeiten wurden durch die Diapositivsammlung des Instituts unterstützt.

An der Dresdener Hygieneausstellung 1911 und der Leipziger Baufachausstellung 1913 hat sich das Institut in größerem Ausmaß beteiligt; die geplanten Beteiligungen an der Lyoner Städteausstellung, einer Genueser Ausstellung sowie der für den Wiener internationalen Kongreß für Gewerbekrankheiten vorgesehenen Ausstellung wurden durch den Ausbruch des Krieges vereitelt.

Im Sommer 1914 war das Institut auf gutem Wege: seine Beziehungen zu allen einschlägigen Kreisen und Persönlichkeiten waren sehr rege, seine Inanspruchnahme stieg beständig. Der Krieg hat auch hier schwere Rückschläge gebracht. Der Betrieb des Instituts konnte nach Einziehung seiner sämtlichen männlichen Angehörigen zum Heeresdienst nur mühsam aufrechterhalten werden, von einer irgendwie aktiven Betätigung war



keine Rede mehr, die angeknüpften Beziehungen wurden immer loser, die Inanspruchnahme der Institutseinrichtungen sank auf ein Minimum. All das galt es wieder aufzubauen, als der Anfang des Jahres 1919 die Wiederaufnahme der Tätigkeit gestattete. Es galt, Versäumtes nachzuholen und Neues zu beginnen.

Das ist in befriedigendem Maße gelungen. Außer einer Reihe anderer Arbeiten sind nunmehr im Gang eine Untersuchung über die Bleikrankheit im Buchdruckgewerbe, die neben der Bearbeitung des vorliegenden statistischen Materials vor allem einwandfreie neue Zahlen schaffen soll dadurch, daß in den sechs Hauptdruckorten Deutschlands alle vom Kassenarzt für bleikrank und bleiverdächtig erklärten Buchdrucker in besonderen Untersuchungsstellen nach den neuesten, für den Kassenarzt aus Mangel an Zeit und den notwendigen Einrichtungen nicht in Betracht kommenden Methoden (punktierte Erythrozyten, Haematoporphyrinurie) nachuntersucht werden. Das Leipziger Vorbild läßt auch hier eine erhebliche Minderung der Krankheitsziffern erwarten.

Eine Umfrage über die Themen der Melde- und Entschädigungspflicht beruflicher Erkrankungen sowie der Ausbildung des Mediziners auf dem Gebiet der Gewerbehygiene hat eine Reihe sehr beachtenswerter Antworten gebracht, an deren Zusammenstellung augenblicklich gearbeitet wird. Die Übersetzung des bekannten Buches „Lead poisoning and lead absorption“ von Legge und Goadby, von L. Teleky besorgt und für deutsche Verhältnisse ergänzt, ist augenblicklich unter der Presse. Die bekannten „Internationalen Jahresübersichten über Gewerbekrankheiten“ von E. Breezina werden künftig unter den „Schriften“ des Instituts erscheinen.

Die oberste Behörde des Instituts ist der Große Rat, dem etwa 50 Herren als Vertreter von Behörden und Verbänden oder als Wissenschaftler angehören. Aus ihm hat sich ein Verwaltungsausschuß von etwa 10 Personen gebildet, der die Geschäftsführung des Instituts überwacht. Eine Reihe erster Sachverständiger steht dem Institut für seine Auskunfts- und Gutachtertätigkeit zur Verfügung.

Die Mittel für den Betrieb des Instituts wurden seither von der Industrie, in erster Linie der chemischen Großindustrie, aufgebracht; neuerdings beteiligen sich auch Arbeiterverbände daran. Staatliche Mittel wurden bislang nur zu Spezialarbeiten bewilligt.

Was das Institut Auswärtigen bieten kann, ist etwa folgendes: Literaturnachweise und Literaturzusendung; Auskunft über Bezugsquellen seines Arbeitsgebiets; Unterstützung von Vorträgen durch Lichtbilderzusendung; Abhalten von Vorträgen und Kursen; Gutachten über Spezialfragen jeder Art. Möge von seinen Einrichtungen regster Gebrauch gemacht werden!

### Vom Rückgang der Verwendung des Alkohols in der Krankenbehandlung.

Von Dr. J. Flaig, II. Geschäftsführer des Deutschen Vereins gegen den Mißbrauch geistiger Getränke, Berlin-Wilmersdorf.

Die wissenschaftlichen Forschungen sowohl, wie die praktischen Beobachtungen und Erfahrungen auf dem Gebiet der Alkoholfrage haben uns in den letzten Jahrzehnten eine stetig zunehmende Erkenntnis der gewaltigen Schädigungen gebracht, welche der Alkoholmißbrauch einschließlich des gewohnheitsmäßigen, täglichen „mäßigen“ Alkoholgenußes für die Volksgesundheit und Volkswohlfahrt mit sich führt. Hand in Hand damit ging ein tieferer Einblick in die physiologische und arzneiliche Bedeutung oder Nichtbedeutung der geistigen Getränke. Angesichts der dadurch herausgestellten Tatsachen wäre es nur folgerichtig und wünschenswert, wenn in der Krankenbehandlung (im weitesten Sinne: Verpflegung und arzneiliche Behandlung der Kranken selbst, wie auch Verpflegung der Angestellten der Krankenanstalten) die Verwendung der alkoholischen Getränke, die in ihr seit alters einen breiten Raum einzunehmen pflegt, kräftig eingeschränkt und vermindert worden wäre und würde. Wie steht es in jener Hinsicht in Wirklichkeit? Ist das, was zu wünschen und zu erwarten wäre, tatsächlich der Fall? Rein gefühlsmäßig und auf Grund einzelner persönlicher Beobachtungen wird man ohne weiteres geneigt sein, dies anzunehmen. Eine



große Reihe von tatsachenmäßigen Beobachtungen und Belegen zeigt, daß die Frage in der Tat in ziemlichem Umfang bejaht werden kann, daß der (innerliche) Gebrauch des Alkohols in Krankenhäusern und Heilstätten, wie in der Krankenkassen- und der freien Praxis, in den verschiedenen in Betracht kommenden Beziehungen in bemerkenswertem Rückgang ist.

Schon vor dem Kriege, ehe die Alkoholknappheit und -teuerung einsetzte, die in gewisser Weise von selbst bremsend wirkte, ist jene Bewegung unverkennbar.

Für einen (wenigstens früher) nicht ganz kleinen Teil der Kranken zunächst, die Trinker, bei denen die Entziehung des Alkohols ja unmittelbar mit zur Behandlung selbst gehört, ist das Abrücken von den geistigen Getränken eigentlich selbstverständlich, und durch die langjährigen Erfahrungen der Trinkerheilstätten wie durch gleichlaufende in Krankenhäusern und Irrenanstalten ist der Beweis erbracht, daß es sehr gut so geht. Bezüglich der Behandlung von Alkoholikern in Krankenhäusern hat Prof. Stadelmann an den Charlottenburger Krankenhäusern bereits in seinem ärztlichen Jahresbericht für 1904 seine vieljährigen, ausgezeichneten Erfahrungen mit alkoholfreier Behandlung geschildert. In gewisser Weise dasselbe — Alkoholentziehung ein wesentliches und unmittelbares Erfordernis der ärztlichen Behandlung — gilt für die Irrenanstalten. Ist es doch reichlich erwiesen, daß ein sehr großer Bruchteil der Geisteskranken sein trauriges Los dem Trunk zu verdanken hat, und daß der Alkohol vor allem und in erster Linie ein Gehirn- und Nervengift ist. In der Tat sind denn auch die Anstalten für Geistes- und Nervenranke diejenige Klasse der Krankenanstalten, die in der Zurückdämmung des Alkohols weitaus voransteht. Die Zahl der Anstalten dieser Art hat sich in den letzten 15—20 Jahren ständig gemehrt, in denen die geistigen Getränke nicht bloß aus der Verpflegung der Kranken, sondern überhaupt aus dem ganzen Anstaltsleben beseitigt sind.

Bezüglich der übrigen Krankenanstalten ist das — oft angeführte — Muster- und Schulbeispiel, mit schon Jahrzehnte langen Erfahrungen, im Ausland zu suchen. Das große Temperance-Hospital in London, das in den ersten 38 Jahren seines Bestehens bis 1909 über 32000 Kranke beherbergt und sonst noch Tausende andere behandelt hat, schließt, worauf schon sein Name hinweist, im Grundsatz geistige Getränke aus der Verpflegung der Patienten aus; lediglich in Notfällen wird Alkoholgenuß verordnet. Nur in 92 Fällen haben die Ärzte in all diesen Jahren Alkohol wirklich für nötig gehalten. Die Genesungsziffern des Hospitals sind vorzügliche, die besten unter den Londoner Krankenhäusern. Auch in Deutschland zeigt sich diese rückläufige Bewegung, oft in sehr erheblichem Grade. Die Reform erstreckt sich einestheils auf die Verpflegung, andernteils auf die arzneilichen Grundsätze und Gepflogenheiten. Als Beispiel vor allem in ersterer Richtung sei auf eine Aufstellung betr. das städtische Krankenhaus in Stettin schon für die Jahre 1904—1910 Bezug genommen. Danach wies, während die Belegung der Anstalt und die Zahl der Verpflegungstage stetig stieg, der Alkoholverbrauch auf den Kopf eine ebenso stetige Abnahme auf, dies sowohl hinsichtlich des Bieres, wie hinsichtlich von Wein, Sekt und Kognak. Auch für das Personal zeigte der Bierverbrauch seit 1908 absteigende Richtung: 1908 noch 53 100, 1910 39 797 Flaschen. Und in den folgenden Jahren hat der Rückgang, der auf die zielbewußte Verständigung zwischen der Verwaltung und der ärztlichen Leitung zurückzuführen ist, weiteren Fortgang genommen. Als Beispiel sowohl bezüglich der arzneilichen Verwendung, wie bezüglich der Verpflegung ist uns eine Aufstellung aus dem städtischen Krankenhaus in Bernau (bei Berlin) über das Jahr 1912 zur Hand. Dort machte der Verbrauch an geistigen Getränken in diesem Jahr insgesamt nur 244 *M* aus, davon in der Krankenbehandlung nur 2,25 *M* ( $\frac{1}{4}$  Flasche Schaumwein, ärztlich verordnet), in der Küche (bei der Speisenerbeitung) 33 *M*; der ganz überwiegende Hauptposten mit 209 *M* ging noch auf die Beköstigung des Personals (Malzbier) — inzwischen dann auch herabgemindert bzw. ersetzt. Von den Gesamtausgaben des Krankenhauses betrug die Alkoholausgabe noch nicht  $\frac{1}{2}$  v. H., von den Ausgaben für Verpflegung rund 1,3 v. H. Der leitende Arzt verordnete niemals Arznelösungen mit alkoholhaltigen Bestandteilen (Wein, Kognak).

Sehr lehrreich sind die Grundsätze hinsichtlich des Alkoholgebrauchs, die in einem großen Krankenhaus, in dem zu Wiesbaden, angewandt, und die Erfahrungen, die damit



gewonnen wurden. Prof. Dr. Weintraud berichtete darüber vor einigen Jahren in einem Vortrag das folgende: Durch die Feststellungen der heutigen wissenschaftlichen Alkoholforschung veranlaßt, schränkte er auf seiner, der inneren Abteilung, den Gebrauch geistiger Getränke als Genuß- und Nahrungsmittel planmäßig immer mehr ein und verschrieb solche im wesentlichen nur noch als Arzneimittel in begrenzten, ärztlich ausgewählten Fällen. Und das Ergebnis dieser Grundsätze? Kranke mit Säuerwahn wurden ohne Alkohol durch herzkraftigende Mittel über die Krisen hinübergeführt. Während die Lungenentzündungen früher geradezu eine Domäne der Alkoholanwendung waren und man dabei ohne sehr starke Anregungsmittel, also in erster Linie Alkoholika, nicht auskommen zu können glaubte, wurden jetzt geistige Getränke den Kranken nur ausnahmsweise in entscheidenden Augenblicken als Flüssigkeitsbringer, sonst aber nur den Genesenden als appetitanregende Mittel gereicht. Von 13 an Lungenentzündung erkrankten Männern wurden in kurzer Zeit hintereinander 12 vollständig ohne Alkoholika behandelt — alle genesen. Fiebernde, die an sich den Alkohol oft auffallend gut vertragen, ohne davon berauscht zu werden, werden durch ihn oft nur in eine gehobene, „euphorische“ Stimmung versetzt und täuschen dadurch den Arzt über den Ernst der Lage hinweg. Ebenso wie bei Lungenentzündung steht es bei der Tuberkulose. Früher wurde in den Lungenheilstätten Kognak bis zu  $\frac{1}{4}$  Liter am Tag gereicht, „um Gewichtszunahme zu erzielen“. Diese Zunahme wird jetzt durch planmäßige Ernährung auch ohne regelmäßigen Alkoholgenuß erreicht. Letzterer ist aber gerade in den Heil- und Genesungsstätten auch aus erziehlischen Gründen nicht am Platze: die Heilstätteninsassen bringen ihre guten und ihre schlechten Angewohnheiten in gesundheitlicher Beziehung nachher in die Familien hinein. Nervenkranken kann man Beruhigung und Schlaf auch ohne Alkoholfuhr verschaffen. Prof. Weintraud kam im Blick auf all das zu dem Schlusse, daß der Alkohol in der Krankenbehandlung nur Arznei ist, deren Anwendung im einzelnen Falle der Arzt zu überlegen und zu bestimmen hat, und stellte fest, daß mancher seiner Pfleglinge, der zur Heilung seines Leidens ins Krankenhaus gekommen und wochenlang dort geblieben war, sich überzeugte, daß man auch ohne geistige Getränke leben und — sogar gesund werden kann.

Als weiteres gewichtiges und umfassenderes Beispiel sei das Vorgehen der Landesversicherungsanstalt Württemberg angeführt, das den Wandel hinsichtlich der Rolle der geistigen Getränke sowohl und vor allem als Verpflegungsbestandteil („Genuß- und Stärkungsmittel“), wie als Arznei, gleichfalls in besonders bemerkenswerter Weise veranschaulicht. In den von ihr benutzten fremden Heilstätten, wo sonst natürlich eine zweckmäßige Überwachung auf vorliegendem Gebiet nicht möglich wäre — einigen Luftkurhäusern und Bädern —, hatte die Anstalt schon vor einigen Jahren die Abgabe geistiger Getränke an ihre Pfleglinge untersagt und war dieses Verbot auf keine Schwierigkeiten gestoßen. Ebenso hatte sie von ihren eigenen Heilstätten seit Jahren ihre Lungenheilstätte Überry im wesentlichen alkoholfrei gemacht. Bezüglich ihrer übrigen Heilstätten bestand bei der Anstalt schon länger das Bestreben, die Verabreichung alkoholischer Getränke weiter zu vermindern, indem sie „sich auf den wissenschaftlich anerkannten Standpunkt stellt, daß der gesunde wie der kranke Mensch einer regelmäßigen Alkoholdarreichung nicht bedarf, sondern daß er sogar in den meisten Fällen durch eine solche direkt geschädigt wird“. In der Tat zeigt denn auch der Alkoholverbrauch (Wein, Bier) in den Heilstätten der Anstalt schon vor dem Kriege (also der von außen wirkenden Alkoholknappheit und -teuerung) eine starke Abnahme. 1913 wurden in vier Heilstätten (abgesehen von dem schon genannten Überry) zusammen noch verbraucht: 54 hl Wein gegen 177 hl im Vorjahre, 107 hl Bier gegen 205 hl im Vorjahre. In Geldwert ausgedrückt insgesamt 6818  $\mathcal{M}$  gegen 20365  $\mathcal{M}$  im Vorjahre und rund 25000  $\mathcal{M}$  um 1910. In den genannten Zahlen sind aber die an das Personal verabreichten geistigen Getränke inbegriffen. Die Abnahme des Aufwands für alkoholische Getränke i. J. 1913 um  $\frac{2}{3}$  gegenüber 1912 erfolgte trotz erheblicher Zunahme der Pflege und Verpflegungstage.

Namentlich wurde, wie zum Teil schon im obigen gestreift, vielfach in Deutschland wie außerhalb in den Lungen- und sonstigen Heil- und Erholungsstätten der Alkoholhaushalt stark beschnitten, wenn nicht abgeschafft. Als weitere Beispiele der



letzteren Art, die uns gerade bekannt sind — neben Überrauch (siehe oben) —, führen wir an die Lungenheilstätte der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz bei Ronsdorf, die geistige Getränke grundsätzlich ausschließt. Desgleichen die 1903 eröffnete Walderholungsstätte in Dessau, die große Unfall-Nervenheilanstalt „Bergmannswohl“ der Knappschaftsberufsgenossenschaft usw. in Schkeuditz (1910 errichtet), die bei guter Ernährung die völlige Ausschaltung von Alkohol und Tabak als schädlichen Genußmitteln zum Grundsatz hat und gute Erfahrungen damit bezeugte. In dem vor etwa fünf Jahren begründeten, stark besetzten „Deutschen Haus“ in Agra, Kanton Tessin, einer Zweigniederlassung der Deutschen Lungenheilstätte in Davos, ist vom ersten Tag an, sowohl bei sämtlichen Kranken, wie bei allen Angestellten, völlige Enthaltensamkeit von geistigen Getränken mit dem besten Erfolg ein- und durchgeführt. In manchen andern Lungenheilanstalten werden den Kranken geistige Getränke nur noch, in bestimmten Fällen, als Arzneimittel, nicht aber als Genußmittel verabreicht.

Auch bei Krankenkassen und Kassenärzten ließ sich in den letzten etwa 15 Jahren erhebliche Einschränkung der Alkoholverwendung beobachten. So ergaben z. B. die Geschäftsberichte der Allgemeinen Ortskrankenkasse Halberstadt für die Jahre 1906—1911 folgende Zahlen für Wein und Kognak als Heil- und Verpflegungsmittel: 474, 171 (hier einschl. Kakao), 156, 406, 240, 0 *M.* Im Geschäftsbericht der großen und bekannten Allgemeinen Ortskrankenkasse für die Stadt Leipzig für das Jahr 1915 sind bei einem damaligen durchschnittlichen Mitgliederbestand von 158000 Personen im Verbrauch an „Heilmitteln“ (nicht Arzneimitteln) angegeben: 44703 l Milch im Betrage von 13000 *M.*, 74 Fl. Mineralwasser und — bezeichnender- und erfreulicherweise — nur 24 Fl. medizinische Weine (i. V. 32 Fl.). Als bemerkenswert sei in diesem Zusammenhang auch angeführt, daß 1907 eine größere Anzahl praktischer Ärzte in Vorarlberg in einem Rundschreiben an die Krankenkassen erklärte, sie würden, da die Ergebnisse der neueren wissenschaftlichen Forschung die arzneiliche Verwendung des Alkohols nicht notwendig erscheinen ließen, in Zukunft von Verschreibung von Wein, Kognak, Eisenweinen usw. absehen.

Wie man also sieht, erstreckt sich die zunehmende Einschränkung sowohl auf die Einschätzung und Verwendung in der Verpflegung, als Genuß- und Stärkungsmittel, wie auf diejenige als Arznei, wobei in ersterer Hinsicht auch der Unfug der Ermöglichung des Alkoholgenusses durch Einbringen von draußen die gebührende Beachtung verdient und erfährt.

Inwieweit diese begrüßenswerte rückläufige Bewegung in den letzten Jahren von außen her, durch die bekannte weitgehende Einschränkung der Herstellung und des Vertriebes der geistigen Getränke und ihre hohen Preise verstärkt und beschleunigt worden ist, darüber sind uns keine zahlenmäßigen Belege bekannt, es ist aber nach Lage der Dinge an einem bedeutenden befördernden Einfluß dieser Umstände nicht zu zweifeln. Und wenn auch in den Jahren vor dem Kriege noch nicht selten von volksgesundheitlich interessierten Kreisen und von Ärzten selbst geklagt wurde, daß in Krankenhäusern usw. vielfach noch gewaltige Alkoholmengen verbraucht und Aufwendungen dafür gemacht wurden, die zu den Ausgaben für andere, wirklich gesundheitsförderliche und unzweifelhaft nötige Dinge in einem unverkennbaren Mißverhältnis standen, so ist jedenfalls der gekennzeichnete Rückgang in offensichtlichem, gutem Fortschritt. Und es ist sicher nur im wahren Vorteil der Kranken und Genesenden, wie im geldlichen Interesse der Krankenanstaltsverwaltungen bzw. der sie tragenden öffentlichen Körperschaften und in dem der Krankenkassen und sonstigen Versicherungsträger gelegen, daß sie sich kräftig fortsetzen möge.

### Sozialhygienischer Unterricht für Studenten und Ärzte.

Daß die jetzige Generation von Ärzten keinen Unterricht in der sozialen Hygiene genossen hat, ist bekannt; und ebenso bekannt sind die mißlichen Folgen, die sich aus diesem Mangel ergeben. Seit einigen Jahren wird daher von verschiedenen Seiten eine gehörige Ausbildung der Studenten und insbesondere der Mediziner auf dem Gebiete der sozialen



Hygiene gefordert. Nun hat sich die Ende Januar d. J. in Halle veranstaltete Tagung der deutschen medizinischen Fakultäten gelegentlich der Beratung der medizinischen Studienreform auch mit den Fragen des Unterrichts in der sozialen Hygiene, sozialen Medizin und ärztlichen Standeskunde befaßt. Die Ergebnisse der Tagung sind unter dem Titel „Die Stellungnahme der medizinischen Fakultäten des Deutschen Reiches zur Neuordnung des medizinischen Studiums und der Prüfungen“ (bei Heinrich John, Halle 1920) veröffentlicht worden. Hier findet man folgende die soziale Hygiene und soziale Medizin betreffende Beschlüsse:

#### Soziale Hygiene.

Bei der Beratung der sozialen Hygiene verhält sich die Versammlung mehr ablehnend. Bei der Abstimmung darüber, ob soziale Hygiene als selbständiges Fach gelesen werden soll, sind 14 Stimmen dagegen (Göttingen, Leipzig, Tübingen, Frankfurt, Breslau, Jena, Würzburg, Kiel, München, Hamburg, Königsberg, Greifswald, Marburg, Berlin), 4 Vertreter (Gießen, Münster, Erlangen, Rostock) enthalten sich der Stimme, 5 Vertreter sind dafür. Gießen meldet nachträglich eine ablehnende Haltung.

Heidelberg stimmt dafür, daß die soziale Hygiene nicht von der Gesamthygiene abgetrennt wird, also nicht als eigenes Fach erscheint, daß sie aber als besondere lehrplanmäßige Vorlesung von einem Vertreter der Hygiene gelesen wird.

Soziale Medizin einschl. Versicherungsmedizin und ärztlicher Standeskunde.

Die Versammlung spricht sich dahin aus, daß den Studierenden das Hören einer solchen lehrplanmäßigen Vorlesung zur Pflicht gemacht werden soll. Gießen möchte jedoch sich gegen die Erklärung einer solchen Vorlesung als Pflichtvorlesung aussprechen.

Also die soziale Hygiene wurde von der großen Mehrheit der Fakultäten als selbständiges Fach abgelehnt. Prof. Hellpach schreibt hierzu (in den „Ärztl. Mitteil.“ vom 15. V. 20), daß in diesem ganz wesentlichen Punkt „der Hallenser Fakultätentag, wir können es nicht milder bezeichnen, vollkommen versagt“ hat. Die Sozialhygieniker werden jedoch den Beschluß nicht zu tragisch nehmen; denn man weiß aus den Darlegungen des Wirkl. Geh. Obermed.-Rats Dr. Dietrich, der seit vielen Jahren im preußischen Ministerium tätig ist, daß die Fakultäten „für neu aufkommende Disziplinen nicht unter allen Umständen die besten Ratgeber sein möchten“ (siehe Veröffentl. a. d. Geb. d. Medizinalverwaltung, 5. Band, 3. Heft, Berlin 1915). Dazu kommt, daß die Vertreter von 4 Fakultäten nicht gegen und die Vertreter von 5 Fakultäten sogar für die Erhebung der sozialen Hygiene zu einem selbständigen Fach gestimmt haben. Dies erweckt immerhin Hoffnungen für die weitere Entwicklung.

Trotz des Beschlusses des Hallenser Fakultätentages wurde soeben ein Ordinariat für soziale Hygiene an der Berliner Universität geschaffen. Der bisherige Privatdozent Prof. Dr. A. Grotjahn (Berlin) wurde zum ordentlichen Professor für soziale Hygiene ernannt. Eine bessere Wahl hätte die preußische Unterrichtsverwaltung nicht treffen können, denn Grotjahn ist unzweifelhaft der hervorragendste unter den Begründern der sozialhygienischen Wissenschaft.

In Bayern sucht man wenigstens durch Abhaltung eines sozialhygienischen Lehrgangs für praktische Ärzte die klaffende Lücke in der Ausbildung zu tilgen. Der Lehrgang, der in Vorträgen und Führungen bestand, hat vom 21. Juni bis 10. Juli d. J. in München stattgefunden und die wichtigsten Teile der sozialen Hygiene umfaßt; er war von 35 Teilnehmern besucht. Es ist dringend erforderlich, daß solche Lehrgänge baldigst auch in allen anderen Gliedstaaten eingeführt werden.

### Gesetzliche Regelung der Familienversicherung.

Die Badische Gesellschaft für soziale Hygiene hat soeben auf Beschluß ihres Großen Ausschusses an den Reichstag und die Reichsregierung eine Bittschrift betr. die Neuregelung der Familienhilfe gerichtet. Es soll ein Gesetz ausgearbeitet werden, das sämtlichen Krankenkassen die Pflicht auferlegt, diese Leistung zu gewähren, d. h. insbesondere die Kosten für ärztliche Behandlung und Arzneien zu übernehmen. In diesem Gesetz ist anzuordnen,



daß die Gemeinden (Kreise), die Gliedstaaten und das Reich den Krankenkassen zur Durchführung der Familienhilfe angemessene Zuschüsse gewähren. Sollte es sich nicht erreichen lassen, daß durch ein Reichsgesetz die Familienversicherung zur Pflichtleistung gestattet wird, so bittet die genannte Gesellschaft die gesetzgebenden Körperschaften des Reiches, eine Bestimmung zu schaffen, wonach jeder Gliedstaat befugt sein soll, in seinem Bereich gesetzlich anzuordnen, daß alle Krankenkassen dieses Gebietes Familienhilfe gewähren müssen und zur Durchführung dieser Vorschrift Zuschüsse vom Staat und den Gemeinden (Kreisen) erhalten.

Gleichzeitig hat die Badische Gesellschaft für soziale Hygiene an die Badische Regierung und den Badischen Landtag Bittschriften gerichtet, damit diese Körperschaften im oben genannten Sinne auf den Reichstag und die Reichsregierung einwirken. Ferner wurden Regierung und Landtag gebeten, daß, sobald die gekennzeichnete Befugnis auf Grund eines Reichsgesetzes vorliegt, ein Gesetz geschaffen werde, nach welchem alle badischen Krankenkassen Familienhilfe gewähren müssen und zur Durchführung dieser Maßnahme Zuschüsse, und zwar zu gleichen Teilen von den Gemeinden (Kreisen) und dem Staat erhalten sollen.

Die Bittschriften stützen sich auf die von Dr. A. Fischer verfaßte Schrift „Die Familienversicherung in Baden“ (erschieden als Nr. 2 der „Sozialhygienischen Abhandlungen“, Verlag der C. F. Müllerschen Hotbuchhandlung in Karlsruhe). Dieser Schrift ist u. a. zu entnehmen, daß die Vorstände der maßgebenden Krankenkassen die Einführung der obligatorischen Familienversicherung unter Gewährung von Staatszuschüssen wünschen, und daß die Kosten für die Familienhilfe nur etwa 8% der Gesamtausgaben der Krankenkassen betragen. Wünschenswert ist es, daß, wie es in der Begründung der Bittschrift heißt, die Familienversicherung einheitlich für das ganze deutsche Reich obligatorisch gestaltet wird. Da jedoch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, daß die Einführung dieser Maßnahme für ganz Deutschland in absehbarer Zeit nicht erreicht werden könnte, so erstrebt die Bittschrift, daß den Einzelstaaten, die zur Einführung der obligatorischen Familienhilfe gewillt und befähigt sind, auf Grund einer reichsgesetzlichen Bestimmung die Befugnis hierzu gegeben wird. Vor allem aber wird als erforderlich bezeichnet, daß Baden, wo die Zahl der ärztlichen unbehandelten Geblienen unter den gestorbenen Säuglingen sehr hoch und die Tuberkulose besonders weit verbreitet ist, die Befugnis zur Einführung der obligatorischen Familienhilfe erhält.

## Die Stellung des badischen Landtags zur sozialen Hygiene.

Seit einer Reihe von Jahren wird der sozialen Hygiene im bad. Landtage große Aufmerksamkeit gewidmet. Es sei hier nur an die Rede des Abg. Dr. Gönner im Jahre 1914 (siehe „Sozialhyg. Mitt. für Baden“ 1917 Nr. 3 und 4) und an die ausführlichen Verhandlungen im Jahre 1918 (siehe „Sozialhyg. Mitt. für Baden“ 1918, Heft 2 und 3) erinnert. Gelegentlich der Beratung des Staatsvoranschlags wurden von dem Berichterstatter des Haushaltsausschusses Abg. Dr. Glockner in der öffentlichen Sitzung vom 18. V. 1920 zahlreiche sozialhygienische Fragen erörtert. Aus seinen interessanten Darlegungen sei hier folgendes angeführt:

„Eine Zentralisierung der gesamten Hygiene beim Arbeitsministerium, wie sie von manchen Seiten vertreten wird, kann nach dieser Stellung, die der Ausschuß eingenommen hat, nicht in Frage kommen, wegen des Zusammenhangs der Gesundheitspolizei mit der übrigen Polizei. Deshalb ist auch der von dem verdienstvollen Leiter der Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene, dem Dr. Alfons Fischer, in den „Sozialhygienischen Mitteilungen“ vom April letzten Jahres vertretene Gedanke der Errichtung eines sozialen-hygienischen Landesamtes vom Arbeitsministerium mit Recht abgelehnt worden. Die Förderung der sozialen Hygiene ist vom Arbeitsministerium nicht durch die Errichtung eines besonderen, die ganze Hygiene umfassenden Landesamtes in Aussicht genommen, sondern in der Weise, daß die auf diesem Gebiete arbeitenden Vereine unterstützt werden. Deswegen ist in § 1 dieses Titels ein Zuschuß an die ‚Badische Gesellschaft für soziale Hygiene‘ vorgesehen zur Deckung ihrer Geschäftskosten. Es



wurde mitgeteilt, daß für diesen Zweck 10 000 Mark erbeten waren. Angefordert sind hier aber nur 5000 Mark. Der Haushaltsausschuß schlägt Ihnen deshalb vor, den Betrag auf 10 000 Mark zu erhöhen, weil er die Tätigkeit dieser Gesellschaft für sehr bedeutungsvoll hält und sich von ihr für die Zukunft Gutes für unser Land verspricht. Außerdem ist im ordentlichen Etat, um das gleich vorwegzunehmen, in § 2 ein Zuschuß von 3000 Mark vorgesehen zu den Kosten des Betriebes der Gesellschaft, nämlich zur Anschaffung von Möbeln für die Geschäftsräume.

Diese ‚Badische Gesellschaft für soziale Hygiene‘ ist während des Krieges gegründet worden; sie hat am 18. November 1917 in Heidelberg ihre erste Mitgliederversammlung abgehalten. Sie bezweckt nach den Satzungen, die Beziehungen zwischen den sozialen und gesundheitlichen Verhältnissen im Großherzogtum Baden zu erforschen, die Untersuchungsergebnisse bekanntzugeben und dahin zu wirken, daß die Volkskraft gestärkt und etwa vorhandene sozialhygienische Mißstände beseitigt oder gemildert werden. Sie verfolgt keinerlei parteipolitische Zwecke. Sie sucht ihren Zweck dadurch zu erreichen, daß sie das Material, das der Erkenntnis der sozialhygienischen Zustände dienen kann, systematisch sammelt und nutzbar macht, auch Aussprachen über sozialhygienische Zeitfragen nach Bedarf hält, die gesetzgebenden Körperschaften zu Maßnahmen, die auf Grund wissenschaftlicher Forschungen und belehrender Aussprachen unter Fachleuten zweckdienlich erscheinen, anregt, endlich ein badisches sozialhygienisches Institut anstrebt, das als Zentralstelle für die wissenschaftliche Arbeit und die praktische Betätigung der Gesellschaft zu dienen habe, und den Anschluß an eine gesamte deutsche Gesellschaft mit gleichen Zwecken vorbereitet.

Die Gesellschaft gibt seit 1. Januar 1917 ‚Sozialhygienische Mitteilungen für Baden‘ heraus, die seit 1. Januar 1920 die Beschränkung für Baden aufgegeben haben und als allgemeine deutsche ‚Sozialhygienische Mitteilungen‘ herausgegeben werden. Die Hauptarbeit erscheint nach dem, was man aus dieser Zeitschrift zu entnehmen hat, die Feststellung der sozialhygienischen Zustände des Landes zu sein. Eine Unterstützung der Gesellschaft zu diesem Zweck wurde im Ausschuß von allen Seiten begrüßt.

Bemerkt sei hierbei, daß der Landtag der vom Ausschuß vorgeschlagenen Beitragserhöhung zugestimmt hat.

Hervorzuheben sind aus der Rede des Abg. Dr. Glockner sodann noch folgende Ausführungen:

„Als Aufgabe des Arbeitsministeriums wurde im Ausschuß die Aufstellung eines Programmes für die Reform des Gesundheitswesens angesehen und dabei an eine solche Zusammenfassung der verschiedenen Organisationen gedacht. Ob eine solche Reform der Wohlfahrtspflege an die vorhandenen Kreise angegliedert werden kann, ob sie von den Kreisverwaltungen übernommen werden kann, oder ob besondere Bezirkswohlfahrtsämter für die Sozialhygiene zu gründen sind, bei denen die jetzt den Bezirksamtern auf diesem Gebiete zugeteilten Arbeiten zusammenzufassen wären, sei zu prüfen. Das Eintreten der Kreise auf dem Gebiete der Sozialhygiene wurde von einer Seite insbesondere deswegen als notwendig bezeichnet, weil die freie Vereinstätigkeit infolge der Geldentwertung die notwendigen Mittel nicht mehr aufbringen könne; die Überlassung der Wohlfahrtspflege an die Kreisverwaltungen verdiene den Vorzug vor der bürokratischen Regelung durch soziale Bezirksamter, wie sie von anderer Seite angeregt wurde.“

Eine Reform des badischen Gesundheitswesens ist in der Tat dringend erforderlich. Hierzu hat soeben der erfahrene badische Bezirksarzt Geh. Med.-Rat Dr. Kürz sehr beachtenswerte Vorschläge in den „Ärztlichen Mitteilungen aus und für Baden“ (1920 Nr. 11) veröffentlicht, worauf in der nächsten Nummer der „Sozialhyg. Mitt.“ zurückgekommen werden soll.

### Dritte Mitgliederversammlung der Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene.

Am 9. Mai 1920 fand in Karlsruhe unter dem Vorsitz von Geh. Obermedizinalrat Dr. Hauser die dritte Mitgliederversammlung statt, die aus allen Teilen des Staates besucht wurde. Der Vorsitzende begrüßte die Erschienenen, besonders auch die Regierungsvertreter, und gedachte der im vergangenen Jahr verstorbenen Mitglieder, namentlich des verdienstvollen Kassenwarts Reg.-Rat Dr. Reiß und des Ausschußmitgliedes Geh. Rat Prof. Dr. Schottelius (Freiburg).

Darauf erstattete der Geschäftsführer Dr. A. Fischer (Karlsruhe) den Tätigkeitsbericht. Die Mitgliederzahl ist von 261 Ende 1918 auf 377 Ende 1919 und auf 407 Anfang Mai 1920 gestiegen; von den Mitgliedern wohnen 355 in und 52 außerhalb von Baden.



Zu den Mitgliedern gehören u. a. zahlreiche Ordinarien der Hygiene, Kliniker, Ärzte, Medizinalbeamte, Stadtverwaltungen, Versicherungsträger und gesundheitspolitische Vereine. Durch den Zusammenschluß mehrerer Vereine, die sich mit hygienischen Aufgaben befaßten, ist die Gesellschaft insbesondere auch finanziell gestärkt worden. Zu den badischen Landesorganisationen für Säuglings-, Tuberkulose-, Trinker- usw. Fürsorge hat die Gesellschaft gute Beziehungen. Die an den Landtag gerichtete Bittschrift der Gesellschaft betreffend Bildung einer selbständigen Ministerialabteilung für das Gesundheitswesen hat keinen Erfolg erzielt; aus den jüngsten Landtagsverhandlungen geht aber hervor, daß eine Neugestaltung in der Leitung des Gesundheitswesens erwogen wird. Die Gesellschaft müsse daher zunächst eine abwartende Stellung einnehmen. Mit Vertretern des Arbeitsministeriums hat der Geschäftsführer mehrfach die Bildung eines sozialhygienischen Landesamtes besprochen; das Ministerium hat diesen Plan abgelehnt, sich jedoch bereit erklärt, Mittel anzufordern, um ein von der Gesellschaft zu gründendes Institut zu unterstützen. Von der Gesellschaft angeregte Konferenzen im Arbeitsministerium haben zu einer vom Arbeitsministerium veranstalteten Erhebung bei sämtlichen badischen Krankenkassen betreffend Familienversicherung geführt. Auf Anregung von Geh. Rat Hauser wurde versucht, im Statistischen Landesamt ein Badisches Institut für soziale Hygiene einzurichten; durch das große Entgegenkommen von Geh. Oberreg.-Rat Dr. Lange, dem Direktor dieses Amtes, war es der Gesellschaft möglich, die Grundlage für ein solches Institut im bescheidensten Umfange zu schaffen. Zum Leiter des Instituts wurde vom Arbeitsausschuß der Gesellschaft deren Geschäftsführer ernannt. Das Arbeitsministerium hat dem Institut den Erhebungsstoff betreffend Familienversicherung zur Bearbeitung überwiesen. Das Institut hat bereits dem Arbeitsministerium die Untersuchungsergebnisse\*) in einem ausführlichen Bericht übermittelt. Ferner hat das Institut ein umfangreiches statistisches, die badischen Zustände besonders berücksichtigendes Material zu der Frage „Tuberkulose und soziale Umwelt“ zusammengestellt. Diese Zahlenreihen wurden in einem Vortrage des Institutsleiters gelegentlich des ärztlichen Fortbildungskurses in Karlsruhe benutzt; der Vortrag wird auch vor den Mitgliedern des Karlsruher Bürgerausschusses und vor den badischen Landtagsabgeordneten gehalten werden. Mittlerweile hat sich der Haushaltungsausschuß des Landtags mit dem Voranschlag befaßt; der Ausschuß hat beschlossen, den von der Regierung als Jahreszuschuß für die Gesellschaft angeforderten Betrag von 5000 M auf 10 000 M zu erhöhen, und zwar auf den gemeinsamen Antrag der Abgeordneten Clara Siebert (Zentrum), welche dem Arbeitsausschuß der Gesellschaft angehört, sowie eines sozialdemokratischen und eines demokratischen Abgeordneten. Mit der Verlagsfirma C. F. Müller in Karlsruhe hat die Gesellschaft einen Vertrag betreffend die Übernahme der bisher von der Gesellschaft herausgegebenen „Sozialhygienischen Mitteilungen“ abgeschlossen. Dadurch ist es möglich geworden, die Zeitschrift erheblich zu erweitern; die besten Sachkenner erklärten sich zur Mitarbeit bereit. Durch die großzügige Propaganda, welche der Verlag durchgeführt hat, wurden zahlreiche Interessenten in ganz Deutschland und im Ausland für die Zeitschrift und für die Wirksamkeit der Gesellschaft gewonnen. Die Zeitschrift geht allen Mitgliedern auch in ihrer neuen Gestalt kostenlos zu. Aber andererseits ist es erforderlich geworden, den Mitgliedsbeitrag zu erhöhen. Der Arbeitsausschuß beantragt, daß vom 1. I. 21 an als Jahresbeitrag Einzelmitglieder wenigstens 10 M, körperschaftliche Mitglieder wenigstens 20 M entrichten sollen. Ferner wünscht der Arbeitsausschuß, sich durch Zuwahl von Direktor Mörber als Vertreter der C. F. Müllerschen Hofbuchhandlung, von Kinderarzt Dr. Behrens als Vertreter der aufgelösten Gesellschaft für Mutterschaftsversicherung und von Regierungsrat und Professor Rupp als Vertreter der aufgelösten Ortsgruppe Karlsruhe des Deutschen Vereins für Volkshygiene zu ergänzen, und beantragt hierzu die Zustimmung der Versammlung. Schließlich beantragte der Arbeitsausschuß, eine besondere Abteilung für gesundheitliche Volks-

\*) Der Bericht ist unter dem Titel „Die Familienversicherung in Baden“ als Nr. 2 der „Sozialhygienischen Abhandlungen“ im Verlag der C. F. Müllerschen Hofbuchhandlung in Karlsruhe erschienen.



belehrung zu bilden und in die Leitung dieser Abteilung zu wählen: Prof. Dr. Hahn (Freiburg) und Prof. Dr. H. Kossel (Heidelberg) als Vorsitzende, Dr. A. Fischer (Karlsruhe) als Geschäftsführer, sowie die Med.-Räte Dr. Bongartz (Karlsruhe), Vertreter der ärztlichen Landeszentrale, und Dr. Eberle (Karlsruhe), Vertreter des staatsärztlichen Vereins, als Beiräte. Alle diese Anträge wurden angenommen. — Darauf erstattete Kassenwart Architekt Curjel (Karlsruhe) den Kassenbericht, nach welchem die Gesellschaft einen kleinen Vermögenszuwachs zu verzeichnen hat. Auf Antrag von Stadtrechnungsrat Griebel (Karlsruhe), der die Rechnungen geprüft hat, wurde dem Kassenwart Entlastung erteilt.

\* \* \*

Nach Erledigung der geschäftlichen Angelegenheiten begannen die Vorträge. Zunächst sprach der Direktor der Dermatologischen Klinik zu Freiburg Prof. Dr. Rost über die Bekämpfung der Prostitution. An diesen Vortrag, dessen Inhalt der erste Artikel dieser Nummer wiedergibt, schloß sich eine nahezu drei Stunden dauernde, sehr ertragreiche Aussprache, aus der das Wichtigste hier angeführt sei. Dr. Neumann (Karlsruhe), Vertreter des Bad. Landesverbandes für Trinkerfürsorge, deutet auf die Wechselbeziehungen zwischen Prostitution und Alkoholismus hin; ohne Bacchus friert Venus. Die Bad. Ges. f. soz. Hygiene möge daher auf eine Zusammenarbeit der Organisationen zur Bekämpfung der Geschlechtskranken und der Verbände zur Bekämpfung des Alkoholismus hinwirken. Frau Dr. Baum, Referentin im Bad. Arbeitsministerium und Reichstagsabgeordnete, wies darauf hin, daß durch die Reichsverordnung vom Jahre 1918 jede Frau in Deutschland eigentlich vogelfrei ist, während von jener Bestimmung die Männer praktisch nicht betroffen werden. Die Rednerin forderte vor dem Kriege die Aufhebung der Reglementierung; da aber während des Krieges eine Verwahrlosung der Sittlichkeit eingesetzt habe, müsse diese Frage noch einmal neu überprüft werden. Sie wünscht Gesundheitsämter, die sich jedoch nicht auf die Bekämpfung der Prostitution beschränken, sondern auf die gesamte Bevölkerung erstrecken sollen. Dr. Remmer, Vertrauensarzt der Allg. Ortskrankenkasse Pforzheim, betont, daß die ganze Bedeutung der Beratungsstelle verloren geht, wenn die Diskretion nicht gewahrt bleibt. In die Beratungsstellen soll namentlich die geheime Prostitution hineingezogen werden. Zwischen Reglementierung und Abolition muß ein Mittelding gefunden werden; und ein solches läßt sich finden. Die ganze Frage der Prostitution ist noch nicht spruchreif. Med.-Rat Dr. Löb, Abteilungsleiter des Städt. Krankenhauses in Mannheim, führt aus, früher war es immer ein Dogma, daß der Alkoholismus in erster Linie für die Geschlechtskrankheiten verantwortlich sei; nun ist er aber seit Jahren bedeutend zurückgegangen, und wir haben trotzdem noch nie eine solche Flora von Geschlechtskrankheiten gehabt wie gegenwärtig. Dann wurde auch behauptet, die wirtschaftliche Lage sei schuld an der Verbreitung der Prostitution. Aber trotz der hohen Löhne hat sich die geheime Prostitution so entfaltet wie nie zuvor. Die Behandlungsdauer der Prostituierten in Krankenhäusern auf viele Monate auszudehnen, stößt auf große Schwierigkeiten; wenn zweifelhafte Elemente ausgeschieden und durch die Beratungsstellen weiter beobachtet werden könnten, so würden diese Institute eine segensreiche Wirkung entfalten. Pfarrer Werner, Vertreter des Bad. Landesvereins für innere Mission, spricht sich entschieden dagegen aus, daß der Alkoholismus bei der Prostitution keine Rolle spiele; der Alkohol beeinflusst den Menschen auf Generationen hinaus. Mit Belehrung allein kann die Prostitution nicht bekämpft werden. Wissen sei zwar eine gewaltige Macht. Aber die meisten Morphinisten sind über die Folgen des Morphinumkonsums unterrichtet. Die innere Kraft muß gestärkt werden, nicht nur durch die Religion, aber doch durch die Religion in erster Linie. Die Ärzte sollten die religiöse Arbeit unterstützen. Frau Stadtrat Matheis (Karlsruhe) schildert die vorbeugende Tätigkeit der Fürsorgedamen, welche die im Spital befindlichen Mädchen besuchen und für sie nach der Entlassung sorgen. Die Bordelle sind den Frauen außerordentlich unsympathisch; die Erfahrung habe jedoch deren großen hygienischen Wert gezeigt. Wäre es aber nicht möglich, daß durch die geplanten Gesundheitsämter die Bordelle überflüssig werden? Prof. Rost nahm nun, da er abreisen mußte, vor Beendigung der Aussprache das Wort. Er führte insbesondere aus:



Die Prostitution in Bordellen ist, praktisch genommen, nicht infektiös, außerhalb der Bordelle dagegen zu fast 100 Prozent. Die Männer müssen nicht nur religiös und ethisch gewappnet werden, man muß sie auch über die prophylaktischen Maßnahmen aufklären. Lehnt die Geistlichkeit von ihrem Standpunkt aus mit Recht diese Aufklärung ab, so müssen die Ärzte die Menschen nehmen, wie sie sind, und dürfen nicht aufhören, die persönliche Prophylaxe zu propagieren. Das religiöse Moment sei aber nicht zu entbehren, und die Ärzte sollen hier nach Kräften mithelfen; nur dürfe — was seitens der charitativen Vereine zuweilen geschieht — der religiöse Faktor beim Beginne der Arbeit nicht in den Vordergrund gestellt werden. Als Grundursache der Prostitution kommt der Alkoholismus nicht in Frage; daß ein Mädchen im Alkoholrausch fällt, macht sie noch nicht zur Dirne. Die Freiburger Beratungsstelle läßt nicht nur die Frauen, sondern auch die Männer, die als Infektionsquellen angegeben wurden, vor. Ärztliche Schweigepflicht bestehe nicht, wenn es sich um Personen handelt, die nicht von selbst in die Beratungsstelle gekommen sind, sondern dieser von dritter Seite als Infektionsquellen gemeldet wurden; hierbei ist ein Zwang unter Umständen, allerdings in diskreter Form, auszuüben. Dr. med. Kahn bestreitet, daß jetzt die soziale Not nicht mehr als Ursache für die Prostitution eine so große Rolle spiele; er erinnere nur an die Notlage, in der sich gerade jetzt viele Dienstmädchen infolge der Teuerung auf dem Gebiete der Bekleidung befinden. Auch die Bedeutung des Alkoholismus für die Prostitution sei leicht zu erkennen, wenn man sieht, daß es zumeist angetrunkene Männer sind, welche die Bordelle besuchen. Frau Stadtrat Richter (Karlsruhe) bemerkt zur Frage der ärztlichen Schweigepflicht, sie halte es für unrichtig, daß die Mütter von 16 und 17 Jahre alten geschlechtskranken Mädchen von der Erkrankung keine Kenntnis bekommen. Med.-Rat Dr. Rosenberg (Karlsruhe) ist der Ansicht, daß jeder Arzt die Pflicht hat, die Erziehungsverpflichteten und -berechtigten der minderjährigen Geschlechtskranken von der Erkrankung in Kenntnis zu setzen, auch wenn, wie dies leider meist zutrifft, die Wirkung ausbleibt. Die geheime Prostitution hat während des Krieges ungemein zugenommen; die Gründe dafür liegen in den schlechten Beispielen, in der Vergnügungssucht und auch darin, daß die Mädchen und jungen Männer mehr Geld als früher in die Hände bekommen. Als früherer Leiter einer Beratungsstelle hat er die Erfahrung gemacht, daß die Beratungsstelle zumeist von solchen Personen aufgesucht wird, die auch sonst zum Arzt gehen, nicht aber von den jugendlichen und böswilligen Elementen. Geh. Med.-Rat Dr. Fischer (Wiesloch) betont, daß hinsichtlich der ärztlichen Schweigepflicht die höheren Interessen der Allgemeinheit den persönlichen des Einzelnen vorgehen. Notwendig sei eine Zusammenfassung aller Gesundheitsfürsorgebestrebungen nicht nur in der Karlsruher Zentrale, sondern in jedem Amtsbezirk; dies sei eine Aufgabe der Bezirksärzte und Bezirksamter. Ausgehen müsse man von der Familienfürsorge. Wenn man in die Familie eingeht, findet man die fürsorgebedürftigen Jünglinge und Jungfrauen, denen man in ihren Seelennöten beistehen kann. Dr. v. Petzold, Leiter der Beratungsstelle in Karlsruhe, hält eine Anzeige an die Beratungsstelle nicht für eine Verletzung des ärztlichen Geheimnisses. Erfolgt diese Anzeige, dann trifft die Beratungsstelle die erforderlichen Maßnahmen, wozu ihr die Reichsverfügung vom 11. XII. 1918 die Berechtigung erteilt hat. Der Vorsitzende Geh. Rat Dr. Hauser weist darauf hin, daß eine vollständige Einigkeit über die Prostitutionsfrage auch bei noch längerer Aussprache nicht zu erreichen wäre; Übereinstimmung besteht nur darin, daß die Prostitution unausrottbar ist, solange es Menschen gibt. Unsere Aufgabe kann nur sein, die Ausartungen der Prostitution so viel als möglich zu beschneiden. Als zwanzigjähriger Leiter der Prostitutionsbekämpfung in Baden kann er anführen, daß die verschiedensten Versuche gemacht wurden, auch nach der Seite der Abolition hin; aber für Baden hat sich kein System besser bewährt als das der vernünftigen Reglementierung in den Grenzen, wie sie eben möglich sind. Auch sein Amtsnachfolger wird sich wohl auf diesen Standpunkt stellen. Sobald etwas Besseres tatsächlich nachweisbar ist, wird niemand so unvernünftig sein, das Bessere nicht einzuführen; bis jetzt ist aber der Beweis noch nicht geführt worden, daß es etwas Besseres gibt.

\* \* \*



Auf der Tagesordnung stand sodann ein Vortrag über den Ausbau der Gesundheitsstatistik, den, an Stelle des am Erscheinen verhinderten Sanitätsrats Dr. W. Weinberg (Stuttgart), der Geschäftsführer Dr. A. Fischer hielt. Der Redner führte etwa folgendes aus: Ohne eine hinreichende Gesundheitsstatistik könne die soziale Hygiene nicht leben. Die bisher von Ämtern und Privaten dargebotenen gesundheitsstatistischen Veröffentlichungen seien in aphoristischer Weise erschienen, während auch hierbei ein systematisches, möglichst lückenfreies Arbeiten erforderlich ist. In der letzten Zeit sei der Anstoß zum Ausbau der Gesundheitsstatistik insbesondere von drei Seiten\*) gekommen, nämlich 1. vom Bund für Mutterschutz, 2. von Weinberg und 3. von Teleky (Wien) bzw. Lehmann (Dresden). Der Bund für Mutterschutz fordert eine zuverlässige Fortpflanzungsstatistik und insbesondere Angaben a) über die Verteilung der Ehen mit einem, zwei, drei usw. Kindern, b) über die Verteilung der Geburten nach dem Lebensalter der Mutter und des Vaters sowie der Dauer der Ehe, c) über die Zahl der von den einzelnen Müttern geborenen Kinder und d) über die Verteilung der lebenden Kinder auf Ehefrauen, Witwen, uneheliche Frauen sowie auf weibliche Personen im gebärfähigen Alter. Weinberg stellt u. a. folgende Forderungen: Die Technik bei der Todesursachen- und der Invaliditätsstatistik ist zu vereinfachen. Die deutsche Statistik darf hinter der englischen nicht zurückstehen; jetzt werden in Deutschland 5, in England dagegen 15 Altersklassen bei der Todesursachenstatistik unterschieden. Bei der Geburtsstatistik ist nach dem Alter der Mutter und nach der Geburtennummer zu fragen. Bei der Mortalitätsstatistik ist eine Einteilung nach Berufen durchzuführen. Die schulärztlichen Untersuchungen sind als Quelle für die Gesundheitsstatistik zu benutzen. Der Ausfall des Heeresdienstes muß durch Turnpflicht ersetzt werden, und den diese überwachenden Organisationen ist die Erhebung der Befunde zu übertragen. Wohnungszählungen sind mit Erhebungen der Todesfälle und Erkrankungen zu verbinden. Teleky weist auf die Unbrauchbarkeit der bisherigen Krankheitsstatistik der Krankenkassen hin. In dem Krankenjournal eines tüchtigen Arztes fand er als Diagnosen lediglich: Kopfschmerz, Armschmerz, Fußschmerz, Bauchschmerz. Infolge der mangelhaften ärztlichen Angaben auf den Krankenscheinen seien die von den Krankenkassen veröffentlichten Krankheitsursachenstatistiken meist wertlos. Ferner sei zu berücksichtigen, daß die Häufigkeit der Krankmeldungen von äußeren Verhältnissen, insbesondere von der Höhe des Krankengeldes abhängen. Große, wenn auch nur wenige Krankenkassen sollen ihren Erhebungsstoff gewissenhaft statistisch verarbeiten. Zu den Darlegungen von Teleky hat Lehmann, der Geschäftsführer des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen, in den „Sozialhygienischen Mitteilungen“ (1920, Heft 2) Stellung genommen und hierbei betont, daß die Krankenkassen es als eine Ehrenpflicht betrachten, das für die soziale Hygiene erforderliche Material zu beschaffen. Der Vortragende wies ferner darauf hin, daß nach einem Ausspruch des früheren Präsidenten des Kaiserlichen Statistischen Amtes, van der Borcht, aus dem Jahre 1891 eine umfangreiche Statistik der Arbeiterversicherung eine sozialpolitische Tat von hoher Bedeutung und die notwendige Ergänzung der sozialpolitischen Gesetzgebung ist. Aber bis jetzt gibt es z. B. eine Invaliditätsursachenstatistik nur in Baden. Eine wertvolle Krankheitsursachenstatistik konnte für die Zeit vom 1. April 1905 bis 31. März 1906 von der Allg. Ortskrankenkasse Berlin geboten werden. Sie betraf 36 000 Kranke mit Erwerbsunfähigkeit; sobald der Kranke erwerbsfähig, ausgesteuert oder gestorben war, ging ein Postkartenformular von der Kasse an den Arzt, der die Schlußdiagnose (die allein von Wert ist) hinzufügte. Auf Grund dieser und anderer Feststellungen gelangte Fischer zu folgenden Forderungen: a) An den Staat: Das Statistische Landesamt soll einen Arzt zur systematischen und fachmännischen Bearbeitung der Gesundheitsstatistik erhalten. Die im Interesse der Gesundheitsstatistik gelegenen amtlichen Erhebungen sind auszubauen und noch besser als bisher für

\*) Bei der Tagung stand dem Redner die vortreffliche Schrift von Prinzing über „Die zukünftigen Aufgaben der Gesundheitsstatistik“, erschienen als Nr. 1 der „Sozialhygienischen Abhandlungen“, Verlag der C. F. Müllerschen Hofbuchhandlung, noch nicht zur Verfügung.



den jetzt noch mangelhaften Verbrauch seitens der Ärzte und sonstigen Interessenten vorzubereiten. b) An die Gemeinden: Diese sollen die staatliche Statistik durch Sondererhebungen ergänzen, wie solche über Wohlhabenheit und Sterblichkeit z. B. in Halle, über Stilltätigkeit in Barmen, über Fehlgeburten in Magdeburg, über Volksernährung in Schöneberg durchgeführt wurden. Jetzt seien Erhebungen in badischen Städten erforderlich namentlich über die Gesundheitsverhältnisse der Kleinkinder, Schulkinder und Fortbildungsschüler sowie über die Beschaffenheit der Wohnungen und Volksernährung. c) An die Versicherungsträger: Die Landesversicherungsanstalt sollte insbesondere die Invaliditätsursachenstatistik fortführen und ausbauen. Geeignete badische Krankenkassen sollten im Einvernehmen mit der Ärzteschaft den Erhebungsstoff für eine zuverlässige Krankheitsursachenstatistik beschaffen und von dem Badischen Institut für soziale Hygiene bearbeiten lassen. Schließlich schlug der Redner vor, die Gesellschaft möge einen Ausschuß für Gesundheitsstatistik bilden.

In der Aussprache bemerkte Dr. Remmer (Pforzheim), daß die Krankenkassen im Hinblick auf die §§ 183 und 188 der RVO. Interesse an einer genauen Diagnose haben. Diese braucht nicht auf den Krankenscheinen, die der Versicherte in die Hand bekommt, aufgezeichnet zu werden. Schwer sei es, für solche statistischen Arbeiten die Kassenärzte zu gewinnen. Geh. Oberreg.-Rat Dr. Lange wies auf die große Reihe von Wünschen hin, die der Referent vorgetragen hat; dem Leiter des Statistischen Landesamtes sei es angenehm, wenn so viele Wünsche geäußert werden, aber ihrer Erfüllung stehen oft Hindernisse im Wege. Manche Fragen können nur bei Volkszählungen ihre Beantwortung finden; die Volkszählungen sind jedoch mit Fragen schon stark belastet. Wenn man zu viel fragt, leidet die Beantwortung des Wichtigsten not. Was in einer einzelnen Stadt auf dem Gebiete statistischer Feststellungen möglich ist, sei nicht immer in einem ganzen Staat durchführbar. In Baden ist jede beliebige Altersgruppierung auch bei der Todesursachenstatistik möglich. Die Bearbeitung der Sterblichkeitsziffern nach Berufen ist sehr kostspielig; sie braucht aber nicht jedes Jahr zu erfolgen. Er habe den Wunsch, daß für das Statistische Amt ein Arzt angestellt werde, schon vor 13 Jahren dem damaligen Minister des Innern geäußert und dessen Zustimmung gefunden, ohne daß bis jetzt dem Wunsche entsprochen wurde. Med.-Rat Dr. Rosenberg (Karlsruhe) betont, daß die Kassenärzte nicht aus Bequemlichkeit es unterlassen, genaue Diagnosen auf den Krankenscheinen zu vermerken. Die Angabe der wahren Diagnosen auf den Scheinen kann (z. B. bei Geschlechtskrankheiten, Tuberkulose usw.) großes Unheil anrichten. Man kann von den Ärzten bei der schlechten Entlohnung nicht zu viel Schreibearbeit verlangen. Pfarrer Werner empfiehlt, möglichst viel Helfer und Helferinnen zu statistischen Erhebungen heranzuziehen. Geh. Rat Dr. Hauser meint, genaue Diagnosen von den Ärzten zu erhalten, sei eine Geldfrage, und es ist fraglich, ob sich die Kosten lohnen. Mit der Statistik kann unter Umständen viel gesündigt werden; man muß es verstehen, Zahlen richtig zu lesen.

Der Antrag des Referenten betreffend Bildung eines Ausschusses für Gesundheitsstatistik wurde von der Versammlung angenommen. In die Leitung dieses Ausschusses wurden gewählt: Geh. Rat Dr. Lange, Dr. Fischer und Dr. Remmer.

\* \* \*

Nachdem noch Zahnarzt Jakob (Lörrach), Vorsitzender der Badischen Zahnärztekammer, Einspruch gegen die Einführung der Prüfung der Zahntechniker erhoben und darauf hingewiesen hat, daß diese Maßnahme nicht im Interesse der Volksgesundheit liegt, wurde die Versammlung von Geh. Rat Hauser mit Dank, den er den Vortragenden und sonstigen Rednern aussprach, geschlossen. Die ganze Tagung verlief äußerst lehrreich und anregend, man merkte allen Teilnehmern an, daß sie von der Zusammenkunft sehr befriedigt waren.



## Bücher- und Schriftenschau.

**Agnes Blum:** Allgemeine Hygiene. Veröffentlichungen der Städtischen Wohlfahrtsschule für Fürsorgerinnen in Charlottenburg. Unversitätsdruckerei H. Stürtz, Würzburg 1920.

**Rabnow:** Sozialhygiene und Fürsorgewesen. Aufsatz in der von A. Peyser herausgegebenen Schrift „Die Familienversicherung“, Leipzig 1919.

**Ascher:** Wesen und Methoden der sozialen Hygiene. Westdeutsche Ärztezeitung 1919 Nr. 13.

**Bundt:** Soziale Hygiene, Fürsorge und Wohlfahrtsämter. Zeitschrift für Medizinalbeamte, 1920 Nr. 3.

**Bornträger:** Zur Frage der Kommunalisierung der Kreisärzte. Zeitschrift für Medizinalbeamte, 1920 Nr. 7.

**Werner:** Soziale Hygiene und Medizinalbeamte. Zeitschrift für Medizinalbeamte, 1920 Nr. 11.

Berichterstatter: Dr. A. Fischer, Karlsruhe.

Der Frankfurter Privatdozent für soziale Medizin Hanauer spricht in einem (in dieser Zeitschrift 1920 S. 21 schon erwähnten) Aufsatz, der in der Deutschen med. Wochenschrift erschien, die Behauptung aus, der Begriff „soziale Hygiene“ sei schon so geklärt, daß es hierüber keiner langen Abhandlungen mehr bedarf. Wie irrig diese Meinung ist, erkennt man unschwer beim Lesen zahlreicher Veröffentlichungen, von denen hier einige besprochen werden sollen.

Die Berliner Ärztin Agnes Blum, die sich auf dem Gebiete der sozialen Hygiene und der Rassenhygiene manches Verdienst erworben hat, veröffentlicht soeben eine 24 Seiten umfassende, allgemein-verständliche Schrift, in welcher Atmosphäre, Witterung und Klima, Kleidung, Boden, Wasser, Beseitigung der Abfallstoffe und Leichenwesen behandelt werden, also lediglich Zweige der physischen Hygiene. Diese Arbeit würde keinen Anlaß geben, hier Erwähnung zu finden, wenn A. Blum nicht in der Einleitung die Hygiene in folgende drei große Gebiete einteilen würde:

„1. Die Individual- oder Personalhygiene. Sie befaßt sich mit dem Gesundheitsschutz der einzelnen Personen (Individuen).

2. Die Sozialhygiene. Ihr liegt der gesundheitliche Schutz der zur Gesellschaft zusammengeschlossenen Personengruppen ob.

3. Die Rassenhygiene (Eugenik). Sie beschäftigt sich mit der gesundheitlichen Vorsorge für die kommenden Geschlechter.

Vom Standpunkte der Ausübenden unterscheidet man private und öffentliche Hygiene. Letztere wird häufig gleichfalls soziale Hygiene genannt und ihre Aufgaben fallen mit denjenigen der Sozialhygiene in obigem Sinne vielfach zusammen.“

Diese Einteilung, bei der, im Gegensatz zu der jetzt fast allseitig betonten Besonderheit der sozialen Hygiene gegenüber dem anderen Teil der öffentlichen Hygiene, diese beiden Begriffe doch wieder einander gleichgesetzt werden, ist auch schon deshalb ganz unhaltbar, weil hier ohne sachlichen Grund die Rassenhygiene der öffentlichen Hygiene, von der sie doch unzweifelhaft ein Teil ist, gegenübergestellt wird. Dieser Gliederung bin ich in der Literatur noch nicht begegnet; wohl aber ist mir aus einer brieflichen Mitteilung bekannt, daß ein ordentlicher Professor der Hygiene zu genau der gleichen Einteilung des Gesamtgebietes gelangt ist. Dies beweist allerdings noch nicht die Richtigkeit dieser Gliederung, sondern nur die bedauerliche Uneinigkeit, die in dieser Hinsicht unter den wissenschaftlichen Vertretern der Hygiene zum Schaden der Wissenschaft und dadurch auch der praktischen Betätigung herrscht.

Daß auch Rabnow, einer der Herausgeber der „Zeitschrift für soziale Hygiene“, zur Klärung des Begriffes und des Aufgabenkreises nicht nur nicht beiträgt, sondern die Verwirrung noch vergrößert, ist besonders betäubend. Er schreibt: „Ich verstehe unter „Sozial-Hygiene“ die Summe aller derjenigen Maßnahmen, die geeignet erscheinen, Massenschädigungen des Volksbestandes, seiner Gesundheit und Leistungsfähigkeit abzuwehren, Massenschädigungen, die ihre stärksten Wurzeln in der jeweiligen wirtschaftlichen und kulturellen Entwicklung haben. Aufgabe der sozialen Hygiene ist, Gesundheit und Wohl-



gehen der Gesamtheit zu schützen und zu mehren.“ An dieser Definition ist zunächst das Wort „stärkste“ vor „Wurzeln“ überflüssig und sinnstörend; denn die Wurzeln der sozialhygienischen Schädigungen liegen eben lediglich in der jeweiligen kulturellen Entwicklung. Und die von Rabnow der sozialen Hygiene zuerteilten Aufgaben gelten eben nicht nur für diesen Zweig der öffentlichen Hygiene, sondern für das Gesamtgebiet. Unbegreiflich ist es aber, daß Rabnow mir unterstellt, ich würde „die ärztliche Sorge für das Einzelindividuum“ als „physische“ Hygiene bezeichnen. Von einem Vorkämpfer der sozialen Hygiene hätte ich erwartet, daß er meinen kurzen Aufsatz „Das Wesen der sozialen Hygiene“ in den „Sozialhyg. Mittel. f. Baden“ 1918, Heft 2 und 3, etwas aufmerksamer gelesen hat.

Glücklicherweise werden auch Stimmen solcher Autoren laut, welche zu einer klaren Begriffsdeutung gelangt sind; daß sie sich hierbei meiner Definition und meiner Einteilung der Hygiene anschließen, kann ich mit Freude feststellen. So hat der Frankfurter Kreisarzt Fischer meine Vorschläge völlig gebilligt. Auch der Hallenser Kreisarzt Bundt bietet in seinem in der Zeitschr. für Medizinalbeamte vom 5. Febr. 1920 erschienenen Aufsatz genau die gleiche Begriffsdeutung der sozialen Hygiene, wie ich; daß er hierbei mit keiner Silbe auf die Quelle hinweist, aus der er geschöpft hat, ist für mich belanglos. Aber betrübend ist es, daß nach den ausführlichen Darlegungen von Bundt in der Nummer vom 5. April d. J. der gleichen Zeitschrift der Düsseldorfer Regierungs- und Med.-Rat Bornträger fragen kann: „Was ist denn eigentlich ‚Sozialhygiene‘? Wo ist die Grenze gegen ‚Hygiene‘? Wo wird sie gelehrt? Wo sind ihre offiziellen Vertreter?“ Und er weist dann darauf hin, daß jeder, der praktisch Hygiene treibt, damit implizite „Soziales“ leistet, was offenbar bedeuten soll: Sozialhygieniker ist. Und in derselben Zeitschrift vom 5. Juni d. J. schreibt der Dresdener Bezirksarzt Werner, welcher der Leitung des National-Hygiene-Museums in Dresden vorwirft, ihre Redewendungen erinnern an die „Schlagworte der Apostel der sozialen Hygiene“, folgendes: „Soziale Hygiene! Als ob die Hygiene, ihrem innersten Wesen nach sozial, nicht schon längst dazu übergegangen wäre, an Stelle des Einzelwesens das Wohl und Wehe der Gesamtheit in den Bereich ihres Arbeitsgebietes zu ziehen, als ob die Hygieniker — und zu ihnen zählen doch die Medizinalbeamten — es nicht schon längst als ihre erste und vornehmste Aufgabe angesehen hätten, die Gesundheit der menschlichen Gesellschaft zu schützen und zu fördern.“

Man sieht: Irrtümer, nichts als Irrtümer. Der Sozialhygieniker Hanauer behauptet, einer weiteren Erörterung des Begriffes „Soziale Hygiene“ bedarf man nicht mehr, die Sozialhygieniker A. Bluhm und Rabnow — und nicht nur diese, sondern noch namhaftere Persönlichkeiten — stellen irreführende Definitionen auf, und dann kommen Bornträger und Werner mit ihren unhaltbaren Darlegungen. Wer trägt nun die Schuld an dieser Verwirrung? Lediglich gewisse Führer auf dem Gebiete der sozialen Hygiene, die meinen seit Jahren geäußerten Vorschlag, eine gemeinsame Begriffsdeutung zu schaffen, nicht anzunehmen. So sind die „Sozialhygienischen Mitteilungen“ das einzige Organ, das unverzagt sich der Klärung des Begriffes und des Aufgabenkreises der sozialen Hygiene widmet.

**Georg Honigmann:** Kulturgeschichte und Medizin. Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge. Innere Medizin Nr. 267/269, 1920.

Berichterstatter: Prof. Dr. med. Baas, Karlsruhe.

In seiner akademischen Rede kommt Honigmann, der neue Dozent für Geschichte der Medizin in Gießen, auch auf die soziale Hygiene zu sprechen, die, im Altertum und Mittelalter unbekannt, in Deutschland von der Mitte des 19. Jahrhunderts an geradezu als Grundlage der gesamten Kultur gefordert wurde mit ärztlichen Führern als den wahrhaft geeigneten Vertretern der Humanität. Wenn es auch dazu noch nicht kommen konnte, so blieb doch nicht aus, daß der neue Zweig der Medizin sich mehr vertiefte und ausbaute zur Selbständigkeit, um jetzt bei den großen Aufgaben zum Volkswohl mitzuwirken, die der Zusammenbruch des Vaterlandes erst recht gestellt hat. So würde die soziale Hygiene vor ändern zur Kulturträgerin, wozu allerdings gehörte, daß sie jene Aufgaben nicht nur mit sozusagen toten Zahlen und Registrierungen, sondern, wie die Medizin überhaupt, auch mit dem Herzen, mit dem lebendigen Mitgefühl zu lösen bestrebt sein müsse.



**F. Rott:** Beiträge zur sozialen Hygiene des Säuglings- und Kleinkinderalters. Herausgegeben anlässlich des 10jährigen Bestehens der Deutschen Vereinigung für Säuglingsschutz. Berlin 1920 bei Georg Stilke.

Berichterstatter: Prof. Dr. F. Lust, Heidelberg.

Die Deutsche Vereinigung für Säuglingsschutz konnte im vorigen Jahre ihr 10jähriges Bestehen feiern und sie durfte dies mit Genugtuung tun. Sind auch nicht alle Blütenträume gereift, so waren es doch 10 Jahre reicher und ernster und im ganzen auch erfolgreicher Arbeit, die auch der Krieg nicht wesentlich hemmen konnte, der er sogar in mancher Richtung neuen Ansporn und neue Anregung gegeben hat. Und man wird es nur begrüßen können, daß dieser Anlaß die Herausgabe einer Sammlung größtenteils wertvoller Aufsätze angeregt hat, zu der der langjährige und tatkräftige Schriftführer, Prof. Rott, eine Reihe bewährter Mitarbeiter auf dem Gebiete der Säuglingsfürsorge zu gewinnen verstanden hat. Die Reichhaltigkeit der aus 26 Aufsätzen bestehenden Sammlung, die durch einen geschichtlichen Rückblick Dietrichs eingeleitet wird, verbietet es, auf den Inhalt jeder einzelnen Abhandlung näher einzugehen. Es erübrigt sich auch deshalb, weil die an den verschiedenen Orten, namentlich während der letzten Jahre, gemachten Erfahrungen voneinander nicht allzu sehr abweichen und ihr Wert gerade darin liegt, in ihnen nicht örtliche Besonderheiten, sondern allgemein gültige Beobachtungen erblicken zu müssen. Was für Baden durch die Untersuchungen Noeggeraths zutage getreten, zeigt sich mit geringer Modifikation auch anderwärts. Es sei ihrer deshalb, weil sie uns hier besonders interessieren, etwas eingehender Erwägung getan: Die Erhöhung der Sterblichkeit im Kindesalter seit dem Jahre 1914, bei der Betrachtung der absoluten Zahlen durch die Abnahme der Geburtszahl verdeckt, kommt bei der prozentualen Berechnung auf die Zahl der gleichzeitig lebenden Altersgenossen eindringlich zum Ausdruck; am stärksten gilt dies für das Alter von 2 bis 5 Jahren. Eine Ausnahme davon machen nur die Säuglinge, deren abnehmende Sterbezahlen durch die Zunahme des Stillens erklärt werden. Das Kleinkindesalter war im zunehmenden Maße durch Infektionskrankheiten, unter denen Masern und Keuchhusten, Diphtherie, Grippe und Ruhr an erster Stelle stehen, besonders gefährdet, während der Scharlach während des Krieges an Bösartigkeit verloren hat. Die Wiederzunahme der bis zum Jahre 1914 in ständiger Abnahme begriffenen Tuberkulosesterblichkeit trat in jedem Kriegsjahre mehr und mehr in Erscheinung.

Wertvolles statistisches Material über die Sterblichkeit der Säuglinge in Preußen bringt Behla, Brüning über die der Säuglinge und Kleinkinder Mecklenburgs, Berger derer im Regierungsbezirk Gumbinnen, Szyszka derer in der Stadt Würzburg, Hecker derer in München. Namentlich aus den Berichten der beiden letztgenannten Autoren zeigen sich die Erfolge einer gut organisierten Fürsorge in Städten und ihre Vorteile für diejenigen Kinder, die ihr regelmäßig zugeführt werden, in besonders eindringlicher Weise. Die daraus sich ergebende Forderung, die Fürsorge so weit wie möglich auch auf die ehelichen, besonders auf die künstlich genährten, auszudehnen, wird auch von Klotz erhoben.

Auf den vielfach nicht genügend bewerteten Einfluß der Lungenentzündungen für die Mortalität der Säuglinge weist Gottstein hin, während Guradze sich über die Statistik akuter Infektionskrankheiten im Kindesalter verbreitet und Hoffa über die Verhütung und Behandlung der kindlichen Tuberkulose wertvolle Winke gibt. Bamberg bringt einen sehr ausführlichen Lehrplan für den Unterricht in Säuglingspflegerinnenschulen, von dem nur zu befürchten ist, daß er bei seiner Verteilung auf 200 Stunden von Anstalten, die nicht über eine genügende Zahl von anderweitig nicht allzu sehr in Anspruch genommenen Lehrkräften verfügen, kaum innegehalten werden kann. Es mag überhaupt gelegentlich einmal der Erörterung wert sein, ob man mit einer derartigen Überlastung der Pflegerinnen mit theoretischem Wissensstoff nicht über das Ziel hinausschießt.

Die sehr aktuelle Frage des Behandlungsverbots in den Fürsorgestellen wird von Klotz und von Rosenhaupt verschieden beantwortet. Während ersterer sich für eine Aufhebung des Verbotes ausspricht, möchte letzterer im Interesse der notwendigen Erhaltung freundlicher Beziehungen zwischen den Fürsorgestellen und den Ärzten davon nichts



wissen, wünscht aber die schriftliche, über das bisher Beobachtete aufklärende Überweisung der kranken Kinder an den behandelnden Arzt.

Über die Geschichte des Krippenwesens unterrichtet ein Aufsatz von Meier. Rietschel setzt sich mit Nachdruck für eine fettangereicherte Nahrung ein, deren Überlegenheit ihm besonders auch im Anstaltsbetrieb aufgefallen ist. Vorschläge für den Ausbau der Fürsorge für uneheliche Schwangere stammen von Köhler, für uneheliche Säuglinge von Rott. Schließlich verdienen noch die Abhandlungen von Krohne, Schloßmann, Sieveking, Moll, Jäger und S. Wolff Erwähnung.

Alle Fürsorgebestrebungen können aber nur dann auf Erfolg rechnen, wenn sie sich auf die tätige Mitarbeit erfahrener Ärzte stützen können. Daß diese Voraussetzung ihrer Erfüllung noch recht ferne ist, ist eine zu bedeutungsvolle Tatsache, als daß man mit ihr Vogelstrauß-Politik treiben dürfte. Gewiß hat Salge recht, wenn er die mangelhafte Ausbildung und Ausbildungsmöglichkeiten in der Kinderheilkunde an den deutschen Universitäten in aller Schärfe unterstreicht, aber auch Langsteins Ausführungen verdienen ganz besondere Beachtung. Es ist kein Zweifel, daß die Kinderärzte selbst durch die scharfe Hervorhebung von vorhandenen Gegensätzlichkeiten der einzelnen Schulen manches dazu beigetragen haben, den Glauben an die Exaktheit der wissenschaftlichen Methodik in der Pädiatrie bei den praktischen Ärzten zu erschüttern, und die Mahnung zu größerer Einheitlichkeit nach außen hin ist nur allzu beherzigenswert, zumal sie letzten Endes auch der Förderung des Säuglingsschutzes zugute kommt.

---

**Hans Much:** Kinder-Tuberkulose, ihre Erkennung und Behandlung. Verlag von Curt Kabitzsch, Leipzig, 1920.

Berichterstatter: Oberarzt Dr. Harms, leitender Arzt des städtischen Lungenospitals und der Lungenfürsorgestelle Mannheim.

Das Buch ist aus der Praxis für die Praxis geschrieben, weil der Hochschulunterricht zu wenig auf die Kindertuberkulose — nach Ansicht des Referenten gilt dies auch für die Tuberkulose der Erwachsenen — eingeht. Da die Tuberkulose der Erwachsenen sich meistens aus der Kindertuberkulose entwickelt, so liegt in der Bekämpfung letzterer der Angelpunkt der Tuberkulosebekämpfung. Die frühzeitige Erkennung und Behandlung der Kindertuberkulose ist daher die vornehmste und wichtigste Aufgabe des praktischen Arztes, deren häufigste Form die Lungendrüsentuberkulose ist. Übersichtlich, im Telegrammstil, werden die verschiedenen Untersuchungsmethoden — klinischer, röntgenologischer, bakteriologischer und biologischer Nachweis — zur Erkennung tuberkulöser Bronchial-Hilusdrüenschwellungen sowie ihre Behandlungsmöglichkeiten besprochen. Mit Recht wird die Röntgenuntersuchung als das wichtigste Hilfsmittel zur Sicherung der Diagnose zu einer sozialen und wissenschaftlichen Forderung ersten Grades erhoben, die auch den Ärmsten zugänglich zu machen ist, eine Forderung, welche in der Mannheimer Lungenfürsorgestelle bereits seit Jahren erfüllt ist. Auch der Ansicht des Verfassers, daß Durchleuchtungen ohne gleichzeitige Aufnahme für die Untersuchung wertlos sind, kann auf Grund eigener Erfahrungen nur beigeprägt werden. Die Behandlung der Bronchialdrüsentuberkulose, die in jedem Falle einzusetzen hat, besteht in Steigerung der Immunität, die auf verschiedene Weise erfolgen kann, in erster Linie durch die spezifische Behandlung — Partigenkur mit M.T.b.R., Schema angegeben — von Tuberkulin als einem Mischmasch von Gift- und Rückstands-partigen wird abgeraten —, ferner durch Röntgentiefenbestrahlung sowie durch Anwendung allgemeiner Verfahren: Salzbäder, Massage, gute Ernährung und individuell dosierte Liegekuren usw. Künstliche Höhensonne wird im erfreulichen Gegensatz zu der augenblicklichen Zeitströmung nur ausnahmsweise bei starker Entkräftung angewendet, auch See- und Höhenluftkur wird nicht als unbedingt notwendig gefordert, jedenfalls soll sie nicht ohne spezifische Behandlung und Röntgenbestrahlung durchgeführt werden. Alles in allem ein Buch, das dem praktischen Arzte warm empfohlen werden kann, wenn auch nicht verschwiegen werden soll, daß gerade über den Wert der vom Verfasser geforderten spezifischen Therapie die An-



sichten noch geteilt sind. Der Beweis dafür, daß durch frühzeitige spezifische Behandlung der kindlichen Bronchialdrüsentuberkulose der tuberkulösen Lungenerkrankung der Erwachsenen vorgebeugt wird, ist bisher noch nicht erbracht.

**Harms:** Bericht der städtischen Lungenfürsorgestelle Mannheim über ihre Tätigkeit im Jahre 1919 mit einem Rückblick auf die Arbeit während der Kriegszeit. Mannheimer Vereinsdruckerei, Mannheim 1920.

Berichterstatter: Dr. Arthur Mayer, dirigierender Arzt der Friedrichstadtklinik für Lungenkranke in Berlin.

Der vorliegende Bericht ist nicht, wie das so häufig bei derartigen Berichten der Fall ist, eine trockene Zusammenstellung von Zahlen, sondern gibt in klarer, kritischer Darstellung ein vorzügliches Bild der umfangreichen und erfolgreichen Tätigkeit dieser hervorragenden Lungenfürsorgestelle. Seit dem April 1918 in städtische Verwaltung übergegangen, konnte die Fürsorgestelle in mannigfacher Weise ausgebaut werden. Dabei wurden altbewährte Grundsätze keineswegs aufgegeben. Zu diesen bewährten Grundsätzen, ohne die eine gedeihliche Entwicklung fürsorglicher Tätigkeit gar nicht möglich ist, gehörte mit Recht das Prinzip, daß jede Behandlung abgelehnt und ärztliche Untersuchung nur im Einverständnis mit dem behandelnden Arzte gewährt wird. Die Erfahrung lehrt ja immer wieder, daß überall, wo gegen diese Grundsätze verstoßen wird, das ärztliche Ansehen geschädigt, das Vertrauen zwischen Arzt und Patient erschüttert und jede erfolgreiche Fürsorge unmöglich gemacht wird! Freilich gehört zu der Tätigkeit in Fürsorgestellen, die nach diesen Grundsätzen geleitet werden, ein Ärztstab, der über wirkliche Fachkenntnisse, Gründlichkeit und soziales Gewissen verfügt. Wie Harms sehr richtig hervorhebt, werden gerade hierin von den Universitäten schwere Fehler begangen. Trotzdem die Bekämpfung der Tuberkulose in erster Linie in der Hand des Arztes liegt, schicken die Universitäten ihre Schüler ohne Kenntnis der praktischen Tuberkulosebekämpfungsbestrebungen und ohne Fühlungnahme mit den sozialhygienischen Organisationen in das Leben hinaus. Was nützen die besten Fürsorgestellen, wenn sie nicht mit geeigneten Ärzten besetzt werden können! Die systematische Erziehung zu sozialhygienischem Denken muß eben auch Aufgabe des klinischen Unterrichts werden; im sozialhygienischen Kampfe des Lebens stehende Praktiker sollten den jungen Kollegen bei dem Übergang in die praktische Betätigung Wegführer sein! Das alles hebt Harms vorzüglich hervor.

Was die Arbeiten in der Fürsorgestelle selbst betreffen, so ergibt sich aus dem Berichte neben vielen sehr interessanten Einzelheiten, daß auch hier das Bedürfnis entstanden ist, den sehr fraglichen Begriff der offenen Tuberkulose fallen zu lassen. Mit Recht sieht die Fürsorgestelle jede klinisch und röntgenologisch sichergestellte Lungentuberkulose als infektiösfähig an — freilich immer erst nach sorgfältigster klinischer Beurteilung. Die exakte Analyse zeigte auch, daß relativ häufig chronische Reizzustände des lymphatischen Rachenringes mit vorübergehender Temperatursteigerung und Bronchialkatarrhen zur Beobachtung kamen, die ja, wie hinreichend bekannt, vielfach falsch gedeutet werden und Anlaß zu unnötigen Kuren geben.

Die sozialhygienischen Erhebungen ergaben, daß leider auch in Mannheim immer noch sehr viele Tuberkulöse viel zu spät erfaßt werden, und daß leider die katastrophale Wohnungsnot der Gegenwart der praktischen Arbeit unüberwindliche Schwierigkeit entgegensetzt. In 32,7% aller Fälle war die erste Forderung der Tuberkulosebekämpfung — jedem Tuberkulösen seine eigene Lagerstätte — leider nicht erfüllt!

Trotz der umfangreichen Tätigkeit und der großen Erfolge kann der Etat nicht hoch genannt werden. Er ist für das Jahr 1920 auf nur 51 885 *M* festgelegt — gewiß kein großer Betrag für die erfolgreiche, segensreiche Arbeit, die hier geleistet wird.

Freilich wird die Fürsorgestelle sehr dadurch unterstützt, daß sich in unmittelbarer Nähe der Stadt das städtische Lungenspital befindet, das mit der Fürsorgestelle, durch Personalunion verbunden, Hand in Hand arbeitet. Es ist ja heute immer noch eine der schwersten Aufgaben der Fürsorgestelle, offene Tuberkulöse, oder richtiger gesagt Infektions-



fähige, zu isolieren und dem Lungenspital die mit dem Begriff eines Isolierspitals notwendig verknüpften Vorurteile und Schrecken zu nehmen. Aber auch das ist in Mannheim in hervorragender Weise geglückt. Es ist nur zu wünschen, daß auch in anderen Städten mit so einfachen Mitteln und so relativ geringen Geldaufwendungen Lungenkrankenhäuser errichtet werden, die bei der jetzt verhängnisvollen Wohnungsnot dringender notwendig sind, als je. Freilich ist, worauf auch Harms mit Recht hinweist, eine bessere Belieferung mit Lebensmitteln und Herabsetzung der Pflegesätze eine unbedingte Notwendigkeit. Trotz dieser Schwierigkeiten, die auch in Mannheim nicht gering waren, gelang es, ohne daß das Lungenspital den ominösen Charakter eines Sterbehäuses bekam, 40% aller an Tuberkulose Gestorbenen wenigstens in den letzten, für die Familienmitglieder gefährlichen Stadien im Lungenspital zu behandeln. Das ist ein Erfolg, zu dem man die Stadt Mannheim nur beglückwünschen kann.

### Welche alkoholgegnerische Gesetzgebungs- und Verwaltungsmaßnahmen sind für die Zukunft erforderlich?

Berichtersteller: Dr. Heyse, Oberarzt an der Landesheilanstalt in Bernburg.

Die vom Deutschen Verein gegen den Mißbrauch geistiger Getränke herausgegebene Zeitschrift „Die Alkoholfrage“ brachte 1918 eine zusammenfassende Arbeit über die Frage: „Welche alkoholgegnerischen Gesetzgebungs- und Verwaltungsmaßnahmen sind für die Zukunft erforderlich?“ Zugrunde gelegt sind vielfach Erfahrungen, die mit den Verordnungen der stellvertretenden Generalkommandos gemacht sind; trotzdem diese nun nicht in die Friedensgesetzgebung übergeführt wurden, liegt in den gemachten Ausführungen eine Fülle richtunggebender Gedanken, so daß die wesentlichsten von ihnen hier wiedergegeben sein mögen. — Es scheint so, als hätte die Alkoholgefahr zurzeit an Bedeutung verloren, da Alkohol nicht in größeren Mengen zur Verfügung steht. Jedem Einsichtigen wird aber klar sein, daß das nur ein Scheinzustand ist, und daß der weit überwiegende Teil der Bevölkerung nur darauf wartet, daß alkoholische Getränke wieder in größerer Menge, wohlgeschmeckender und billiger auf den Markt kommen. Daß wir damit einen Raubbau an unserer Ernährung treiben, darüber wird doch ohne tieferes Verständnis hinweggegangen. Es bleibt also nur der Zwang und dieser muß einsetzen in einer gesetzlichen Niederhaltung der Menge der erzeugten Alkoholgetränke. Die volkswirtschaftlichen Bedenken hiergegen sind zurzeit so geringfügig wie selten, denn die Alkoholindustrie ist noch in großem Umfange auf andere Betriebe (z. B. Gemüse- und Obsttrocknung) umgestellt und die Landwirtschaft findet bei unserem ausgehungerten Volke so reichen Absatz für ihre Erzeugnisse, daß sie diese nicht den Brennereien und Brauereien zuzuführen braucht, um gewinnbringend zu arbeiten. Ja, es wird sogar möglich sein, den gewerblichen Zwecken dienenden Alkohol aus Karbid, Holzabfällen, Zelluloseabwässern herzustellen und unsern Nahrungsmittelbestand zu schonen, ohne die Landwirtschaft zu schädigen; aber auch diese Änderung wird staatliche Eingriffe voraussetzen. Der Niedrighaltung der Erzeugung steht die Niedrighaltung des Absatzes an der Seite. Diese läßt sich begünstigen in allen Betrieben, in denen der Staat bei der Verpachtung die Preisfestsetzung für die Alkoholgetränke einerseits, die alkoholfreien Getränke andererseits in der Hand hat (Bahnhofswirtschaften), denn der leitende Gedanke hierbei muß sein, die alkoholischen Getränke möglichst entbehrlich zu machen durch Bereitstellung von guten, jedem Geschmacks Rechnung tragenden und namentlich billigen alkoholfreien Getränken. Was hier als Aufgabe staatlicher Aufsicht empfohlen wird, ist vielfach schon freiwillig durchgeführt, bei Volks- und Gemeindehäusern. Dieser Gedanke ist weiter zu verfolgen, er führt zur „Gasthausreform“, welche öffentliche Körperschaften oder Vereine, die am Alkoholumsatz nicht interessiert sein dürfen, zu Trägern des Gasthausbetriebs macht. Liegt hierin eine Beschränkung der Selbständigkeit des Wirtsstandes, so soll daran nicht leichtfertig vorübergegangen werden; es ist aber davon auszugehen, daß jetzt sicher eine sehr hoch anzunehmende Zahl von Wirten sich in einer viel drückenderen Abhängigkeit vom Alkohol-Großkapital befinden wird. Ein bewußter Kampf aller alkoholgegnerisch



interessierten Kreise gegen dieses letztere wird einfach nicht zu umgehen sein. Die steuerliche Behandlung des Alkohols wird davon auszugehen haben, daß im Verhältnis zu anderen Ländern der Alkohol in Deutschland noch eine starke Besteuerung verträgt. Die selbstverständliche Abstufung nach dem Alkoholgehalt der Getränke hat auch für das Bier zu gelten, so daß die alkoholarmen Biere bevorzugt werden. Beim Branntwein ist mit dem von den Interessenten vertretenen Grundsatz zu brechen, daß reichlicher Absatz von Trinkbranntwein nötig sei, um den technischen Spiritus billig abgeben zu können. Zur Preisregelung empfiehlt sich ein Branntwein-Großhandelsmonopol, in dessen Leitung aber im Gegensatz zur jetzigen Reichsbranntweinstelle nicht die Spiritusinteressenten ausschlaggebend sein dürfen. Die Alkoholbesteuerung muß sich zu dem Grundsatz durcharbeiten, daß sie nicht den Steuerertrag, sondern die wirtschaftliche und gesundheitliche Kräftigung unseres Volkes zum Ziel hat, und letzten Endes wirkt das ja doch wieder auf eine Herabsetzung der öffentlichen Ausgaben hin (z. B. Armenpflege). Für die strafgesetzliche Regelung bietet der neue Strafgesetzentwurf wesentliche Hinweise, indem er namentlich die Trunksucht an und für sich unter gewissen Umständen für strafbar erklärt, und indem er im Falle der Verurteilung wie in dem des Freispruchs wegen Unzurechnungsfähigkeit die Einweisung in eine Trinkerheilanstalt vorsieht. Die Entmündigung eines Trunksüchtigen sollte künftig nicht nur von den Angehörigen, die es aus Furcht nicht rechtzeitig tun, und von den Gemeindebehörden, welche meist nicht das genügende Interesse zeigen, sondern auch vom Staatsanwalt beantragt werden können. Ein Verbot des Alkoholausschanks an Jugendliche ist zu wünschen; Strafdrohungen dürfen aber nur die Wirte treffen, die Jugendlichen haben noch kein Verständnis für ein solches Verbot.

---

**Max Hirsch:** Leitfaden der Berufskrankheiten der Frau mit besonderer Berücksichtigung der Gynäkologie und Geburtshilfe im Lichte der sozialen Hygiene. Stuttgart, Ferdinand Enke 1919.

Berichterstatter: Dr. R. Stahl, Frauenarzt in Karlsruhe.

Die 178 Seiten umfassende Arbeit enthält eine klare und bis in Einzelheiten gehende, sich aber keineswegs darin verlierende Übersicht über die Berufszweige, in denen sich die Frau in den letzten Jahrzehnten beteiligt hat, wie sie zahlenmäßig darin vertreten ist, wie sie sich gesundheitlich dazu eignet, und vor allem welche Gefahren sie in ihrer Gesundheit darin läuft. Die Angaben sind durch eine große Anzahl statistischer Tabellen, graphischer Darstellungen und Kurven, die Vergleichsstudien ermöglichen, erläutert. Eine Reihe der statistischen Angaben beruhen auf des Verfassers eigenen Untersuchungen, sind also neu aufgestellt. Teilweise entstammen sie den vielen früheren aus seiner Feder kommenden Arbeiten auf sozial-gynäkologischem Gebiet.

Die spezielle Berücksichtigung der Berufserkrankungen an den Unterleibsorganen wird natürlich den Spezialisten zuerst interessieren und bringt nicht nur dem kassenpraxis-treibenden Gynäkologen an reichem Material und ausführlichen Literaturangaben Hilfsmittel für sein diagnostisches und therapeutisches Handeln. Noch wichtiger als für den Spezialisten muß es für den praktischen Arzt und poliklinischen Assistenten sein, wenn er die ihm täglich in ermüdender Anzahl entgegengebrachten Beschwerden von gewerbe-pathologischer Seite behandelt sieht.

Die im Lichte der sozialen Hygiene dargestellten Erörterungen bringen das meiste Material aus der Vorkriegszeit; darum treffen manche Voraussetzungen, z. B. lange Arbeitszeit, Überbürdung der Angestellten, schlechte Entlohnung in der Hauptsache für heute nicht mehr voll und ganz zu.

Die Forderungen des Verfassers, die in dem Satz zusammengefaßt sind: „Keine wirtschaftliche Lage darf sich so gestalten, daß sie zur Schädigung der Volksgesundheit zwingt,“ dürften aber selbst dem der sozialen Hygiene indifferent Gegenüberstehenden als wohl-berechtigt gelten.

Einige Schlußfolgerungen des Verfassers scheinen mir, jedoch ohne daß damit dem Gesamtwert des Buches Eintrag getan wird, nicht voll berechtigt. Man kann m. E. aus



Tatsache, daß die operativen Eingriffe in der Nachgeburtsperiode in den letzten Jahrzehnten dauernd zugenommen haben, nicht ohne weiteres schlußfolgern, daß diese Schädigungen der Erwerbsarbeit zur Last fallen. Hier muß man vor allem berücksichtigen, daß sich gerade in diesem Zeitabschnitt die Operationsmethoden sehr verbessert haben, daß sich die Asepsis sehr vervollkommen hat, und daß sich die Zahl der operativ tätigen Ärzte vermehrt hat, die an Hand der Verbesserungen natürlich viel leichter an operative Erledigung solcher Komplikationen herangehen können und dazu unter den Voraussetzungen gezwungen sind, um durch sofortige radikalere Behandlung schweren Ausgang zu vermeiden. Dazu kommt noch, und nicht zuletzt, die heute zur Gewohnheit gewordene Inanspruchnahme klinischer Hilfe durch die Gebärenden. In der Klinik werden aber auch die leicht verlaufenden Fälle von Nachgeburtsblutungen und von tiefem Sitz der Plazenta oder deren teilweisem Vorgelagertsein statistisch verwertet, die in der Hebammenpraxis nicht gezählt oder erkannt worden wären. Dadurch wird die Statistik mindestens verschleiert.

Ebenso müssen viele der chronischen Katarrhe der Unterleibsorgane und der entzündlichen Veränderungen auf die unter den arbeitenden Klassen so häufigen gonorrhöischen Erkrankungen zurückgeführt werden, dürfen also nicht direkt als Erwerbsarbeitsschädigungen angeführt werden. Alle diese Erkrankungen sind nur verwertbar, wenn sie unter Ausschluß aller anderen Möglichkeiten, wie es der Verfasser auch auf S. 63 feststellt, betrachtet werden. Leider wird dies aber für eine größere Statistik nicht möglich sein.

Die Änderungen, die durch die Beteiligung der Frau an der Erwerbsarbeit während des Krieges eintraten, und die besonderen Schädigungen, die sie brachte, werden in einem besonderen Kapitel behandelt.

Im Schlußwort kommt der Verfasser zur Aufstellung der Forderung, daß mindestens die verheiratete Frau und die Mutter aus der außerhäuslichen Produktion ausgeschaltet werden müsse, weil damit ein großer Teil der Volksgesundheit erhalten oder wieder gebessert werden könne.

Das Buch hält mit seinem überzeugenden, auf rein wissenschaftlichem Boden behandelten Inhalt der Kritik stand und sollte Gemeingut des Arztes und volkswissenschaftlich Interessierten sein.

---

**Helmut Lehmann:** Die Wochenhilfe und Wochenfürsorge der Krankenkassen. Verlag von C. Heymann, Berlin 1919.

**Alfred Peyser:** Die Familienversicherung in ihren Wirkungen auf die Volksgesundheit und Tätigkeit des Arztes. Verlag der Buchhandlung des Verbandes der Ärzte Deutschlands z. W. i. w. J. Leipzig 1919.

Berichterstatte: Dr. A. Fischer, Karlsruhe.

Die Schrift von Lehmann, welche als Heft 2 der Sammlung „Staatsbürgerkunde“ erschienen ist und 15 Seiten umfaßt, gibt in leichtverständlicher Form eine gute Übersicht über die Bestimmungen, die durch das Gesetz vom 26. September 1919 geschaffen wurden. Interessant ist der in der Einleitung ausgesprochene Hinweis, daß die Krankenkassen nach diesem Gesetz jährlich etwa 300—350 Millionen Mark für Wochenhilfe aufzuwenden haben werden, während die gesamten Ausgaben der Krankenversicherung im Jahre 1913 nur 390 Millionen Mark betragen. Als wir Vorkämpfer für eine wirkungsvolle Mutterschaftsversicherung vor einigen Jahren Forderungen stellten, die weit bescheidener waren als die Leistungen nach den neuen Gesetzesbestimmungen, wurden wir als Utopisten bezeichnet. Man sieht: die Utopien von gestern sind die Wirklichkeiten von heute. Dies wird gewiß auch für unsere Bestrebungen auf dem Gebiete der Familienversicherung gelten. Betreffs der Familienhilfe, welche in dem neuen Gesetz zwar auch berührt, aber leider nicht neu geregelt wurde, teilt Lehmann mit, daß kaum ein Drittel der Kassen diese Leistungen bieten; nach meinen eingehenden Untersuchungen („Sozialhyg. Abhandlungen“, Heft 2, Verlag der C. F. Müllerschen Hofbuchhandlung in Karlsruhe 1920) haben in Baden nur



20,30% aller Kassen und sogar nur 7,87% der Ortskrankenkassen die Familienhilfe geführt. Wenn Lehmann als Grund für diese bedauerliche Rückständigkeit anführt, die Kosten für die Familienhilfe seien so groß, daß zu ihrer Deckung die Kassenbeiträge fast unerträglich hoch bemessen werden müßten, so ist diese Angabe einer erneuten Prüfung bedürftig; denn meine Untersuchung hat ergeben, daß die durchschnittlichen Ausgaben für Familienhilfe bei sämtlichen badischen Kassen, welche diese Leistung bieten, nur etwa 8% der Gesamtausgaben dieser Kassen betragen.

An der von Sanitätsrat Peyser (Berlin) im Auftrag der Leitung des Seminars für soziale Medizin in Berlin herausgegebenen Schrift haben zehn Autoren mitgearbeitet; sie gibt einige in Berlin im Juni 1919 gehaltene Vorträge über Familienversicherung, die durch nachträglich hinzugefügte Aufsätze ergänzt wurden, wieder. Besonders hervorzuheben sind die Darlegungen des Mannheimer Schularztes Stephani, des Krankenkassendirektors A. Kohn (Berlin) und des Berliner Sozialhygienikers Prof. Lennhoff. Stephani führt die sozialhygienischen Gründe für den Ausbau der Familienhilfe an. Er stützt sich hierbei hauptsächlich auf die badische Statistik und eigene Schularzterfahrungen. Seine Darlegungen enthalten im wesentlichen die gleichen Angaben, die er auf einer Versammlung der Bad. Gesellschaft für soz. Hygiene im Jahre 1916 vorgetragen hat (siehe „Sozialhyg. Mitt. f. Baden“ 1916, Heft 1). Aus dem Vortrage von Kohn ist der Hinweis zu erwähnen, es stehe für die Vertreter der Krankenkasse außer Frage, daß die Lasten einer Familienversicherung, wie sie sich vorstellen, von den Krankenkassen allein nicht getragen werden könnten, und daß daher Zuschüsse vom Reich und den Gemeinden zu fordern sind. Die Ausführungen von Lennhoff über die Stellung der Ärzte zur Familienversicherung sind besonders interessant. „Der Regierung gegenüber“, so äußert er sich, „werden die Krankenkassen und die Ärzte als Verbündete dastehen, wenn die Forderung erhoben wird, daß Zuschüsse nötig sind, und zwar reichliche, wenn die Familienversicherung eine in jeder Beziehung wirksame sein soll.“ Die übrigen Aufsätze, die von Ministerialdirektor Gottstein, den Geheimräten Moll, Pütter, Rabnow und den Professoren Pinkus, Kayserling und Ritter stammen, sind durchweg lesenswert, aber ihr Zusammenhang mit den Problemen der Familienversicherung ist zumeist etwas locker.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. A. Fischer, Karlsruhe; für den Anzeigen-  
teil 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.

Verlag von FERDINAND ENKE in Stuttgart.

Kürzlich erschien:

## Leitfaden der Berufskrankheiten der Frau

mit besonderer Berücksichtigung der Gynäkologie  
und Geburtshilfe im Lichte der sozialen Hygiene

von

**Dr. Max Hirsch.**

Lex. 8°. 1919, geheftet M. 13.40.

**Kinderkrankenhaus Karlsruhe.** (Badische Landesanstalt für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge.)

**Direktor Prof. Dr. Lust.**

**Eröffnung der Pflegerinnenschule mit Berechtigung zum staatlichen Examen  
im Herbst des Jahres.**

Anmeldungen Gartenstraße 49.

I. A.: E. Schwoerer, Fürsorgerin.



## 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 *M.*, für Einzelpersonen wenigstens 3 *M.*

### 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.

### Deutscher Ausschuß für Kleinkinderfürsorge.

Geschäftsstelle: Frankfurt (Main), Stiftstraße 30. Zeitschrift: „Nachrichtendienst über Kleinkinderfürsorge.“

### 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.

### Provincial-Wohlfahrtsamt im Schloß in Kiel. Dienststunden täglich von 8 bis 3 Uhr.

### Seminar für Hortnerinnen, Kindergärtnerinnen u. Kleinkinderlehrerinnen, Nowawes

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

### Soziale Auskunftsstelle für Gemeinden, Körperschaften, industrielle Unternehmungen 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.

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

### Wohlfahrtsschule Münster. Staatlich anerkannte Ausbildungsanstalt für soziale Frauenarbeit. Ausbildungsdauer: 1 1/2 Jahre. Beginn: April und Oktober. Aufnahmebedingungen: vollendetes 21. Lebensjahr, Lyzeumsreife oder gleichwertige Bildung, abgeschlossene pflegerische oder pädagogische Vorbildung. (Auf Wunsch Vermittlung der Pflegeausbildung durch die Schule.) Staatliche Fürsorgerinnenprüfung. Prospekte durch die Leitung: Münster i. W., Sentruperstr. 5.

Wir bitten bei eintretendem Bedarf sich an unsere Inserenten zu wenden.  
Die Geschäftsstelle der „Sozialhygienischen Mitteilungen“.



**Beleuchtungskörper,**  
Bäder, Klosetts, Ärzte- u. Krankenhaus-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.





**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.

**Aretz & Co.** Inhaber Arthur Fackler

Gummiwarenhaus **KARLSRUHE** i. B. Krankenpflegeartikel

Telephon 219 — Kaiserstraße 219 — Postscheck-Konto: Karlsruhe 6876.

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

Gesetzl. **Heilsalbe** geschützt.  
**COMBUSTIN**

ärztlich empfohlen bei  
Brandwunden, nässenden Hautausschlägen (Flechten)  
Unterschenkel- u. Fußgeschwüren im Anschluss an Krampf-  
adern, Wundsein der Haut, auch der kleinen Kinder, auf-  
gesprungener, rissiger Haut, sowie bei allen durch Frost  
oder sonstige Schädlichkeiten entstandene Hauterkrankungen.

Neueste Literatur: Deutschnann,  
Allg. Med. Zentr.-Ztg. 1915 Nr. 25-  
Dillendorf, Klin. Therop. W. 1915  
Nr. 52; Spiegel, Medizin. Klinik  
1916 Nr. 35; Henseler, Süd-  
deutsch. Mediz. Zeitschrift 1919 Nr. 7  
Ebeling, Medico 1920 Nr. 5

Erhältlich in allen  
Apotheken.  
Proben stehen den Herren  
Ärzten zur Verfügung

Allein. Hersteller **F. Winter Jr. Chem. Fabrik**  
Abt. Pharm. Präparate **Fährbrücke** i./sa.

Druck der C. F. Müllerschen Hofbuchhandlung m. b. H., Karlsruhe i. B.