

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Sozialhygienische Mitteilungen. 1920-2001 1920

4 (1.10.1920)

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. Mullersche Hofbuchhandlung m. b. H., Karlsruhe i. B.

4. Jahrg.

Oktober 1920

Heft 4

Inhalt: 1. Die Bevölkerungsbewegung in Europa und Amerika. Von Sanitätsrat Dr. F. Prinzing, Ulm a. D. 2. Über die Ursachen des derzeitigen hohen Standes der mit Krankenzulagen versehenen Personen in München. Von Professor Dr. med. F. Fischler, Leiter der Krankenversorgung München. 3. Zum Ausbau der Familienhilfe. 4. Gesundheitsgesetzgebung und -verwaltung. 5. Gesundheitsstatistik. 6. Gesundheitspolitik. 7. Bücher- und Schriftenschau.

Die Bevölkerungsbewegung in Europa und Amerika.

Von Sanitätsrat Dr. F. Prinzing, Ulm a. D.

Das Internationale Statistische Institut hat noch vor dem Kriege ein ständiges Statistisches Amt eingerichtet, das seinen Sitz in Haag hat und von H. W. Methorst geleitet wird. Seine Hauptaufgabe ist, ein internationales Statistisches Jahrbuch zusammenzustellen. Bisher sind vier Hefte erschienen, die beiden ersten behandeln Stand und Bewegung der Bevölkerung für Europa, das 3. und 4. für Amerika *).

Wer die Bevölkerungsbewegung für Europa und Amerika vergleichen will, muß stets daran denken, daß die Gliederung der Bevölkerung nach Alter und Geschlecht in beiden Weltteilen verschieden ist, da Amerika ein Einwanderungsland ist und Europa den größten Teil der Einwanderer liefert. Hieraus entspringt in Amerika ein Männerüberschuß und eine Anstauung in den Lebensjahren, in denen hauptsächlich ausgewandert wird. Zur Erläuterung seien die Gliederungszahlen für Deutschland und die Vereinigten Staaten nach den Volkszählungen von 1910 mitgeteilt. Unter 1000 Einwohnern standen im Alter von:

	Deutschland			Vereinigte Staaten		
	männl. Geschl.	weibl. Geschl.	zusammen	männl. Geschl.	weibl. Geschl.	zusammen
0—5 Jahren	60,4	59,6	120,0	58,5	57,1	115,6
5—10 „	57,2	56,8	113,9	53,6	52,6	106,2
10—15 „	53,5	53,1	106,6	50,0	49,0	99,0
15—20 „	48,5	48,3	96,8	49,2	49,3	98,5
20—30 „	81,9	81,9	163,8	95,7	91,7	187,4
30—40 „	69,4	69,6	139,0	76,3	69,0	145,3
40—50 „	51,7	53,2	104,9	56,2	49,6	105,8
50—60 „	36,1	40,2	76,3	39,2	33,5	72,7
60—70 „	22,7	27,8	50,5	22,4	20,6	43,0
70 u. mehr „	12,1	16,0	28,2	12,3	12,4	24,7
unbekannt	—	—	—	1,2	0,6	1,8
zusammen	493,5	506,5	1000,0	514,6	485,4	1000,0

*) Annuaire internationale de Statistique publié par l'office permanent de l'Institut international de Statistique. La Haye. I. Etat de la population (Europe), 1916. II. Mouvement de la population (Europe), 1917. III. Etat de la population (Amérique), 1919. IV. Mouvement de la population (Amérique), 1920. Ein 5. Heft, den übrigen Ländern gewidmet, soll bald erscheinen.

Die Einwanderung setzt beim weiblichen Geschlecht etwas früher ein (bei 15—20 Jahren), allerdings zuerst in bescheidenem Maße, dann aber schwillt sie bei beiden Geschlechtern plötzlich an. Ein Frauenüberschuß findet sich nur in ganz geringem Maße beim Alter von 15 bis 20 Jahren und dann erst wieder nach dem 75. Lebensjahre. In den einzelnen Teilen der Vereinigten Staaten ist das Geschlechtsverhältnis der Bevölkerung übrigens sehr verschieden; während einzelne Staaten (die beiden Karolina, der Distrikt von Kolumbien, Maryland, Massachusetts, Rhode Island) 1910 einen Frauenüberschuß hatten, kamen in Nevada 558, in Wyoming 592, in Montana 658 weibliche Personen auf 1000 männliche.

Die europäischen Staaten verlieren durch die Auswanderung einen großen Teil kräftiger und gesunder Personen. In den Vereinigten Staaten, in denen im Jahr der Volkszählung Erhebungen über die Bevölkerungsbewegung angestellt werden, wurde die Sterblichkeit der Eingeborenen und Zugewanderten getrennt ermittelt: Im Jahre 1910 starben auf 1000 Lebende *)

beim Alter von	Männliches Geschlecht			Weibliches Geschlecht		
	Weiße		Farbige	Weiße		Farbige
	Ein-geborene	Zu-gewanderte		Ein-geborene	Zu-gewanderte	
20—24 Jahren	5,9	5,2	11,2	4,9	4,0	10,9
25—29 „	7,5	5,6	11,8	6,1	5,3	10,4
30—34 „	9,6	6,9	19,6	7,0	6,6	11,4
35—39 „	12,3	9,8	19,8	7,7	7,9	14,3
40—44 „	13,7	13,2	23,9	9,6	9,9	20,2
45—49 „	16,6	17,7	28,7	11,3	13,5	20,8
50—54 „	19,6	23,6	32,4	15,0	19,1	29,8
55—59 „	27,0	35,4	45,3	19,8	28,8	36,4
60—64 „	37,4	46,9	57,4	27,5	41,0	49,8

Die Sterblichkeit der Zugewanderten ist bis zum 45. Jahre beim männlichen Geschlecht, bis zum 35. beim weiblichen niedriger als bei den in Amerika geborenen Weißen, beim weiblichen wohl deshalb nur bis zum 35., weil bei den eingeborenen Amerikanerinnen die Zahl der Geburten sehr klein ist. Nach diesen Lebensabschnitten ist die Sterblichkeit der Zugewanderten erheblich höher. Man kann daraus schließen, daß sie von Haus aus sehr gesunde Personen sind, daß aber ihre soziale Lage häufig recht ungünstig ist und daß sich die spätere hohe Sterblichkeit hieraus erklärt.

Die Gliederung der Bevölkerung der Vereinigten Staaten ließe eine große Geburtsziffer erwarten, sie ist aber in Wirklichkeit klein. Regelmäßige Erhebungen der Geburten und Sterbfälle finden nur in den Registrationsstaaten statt, deren Zahl jetzt auf 20 angewachsen ist. Die mittel- und südamerikanischen Staaten haben dagegen meist hohe Geburtsziffern, dort ist auch die Zahl der unehelichen Geburten groß, während diese sich in den Vereinigten Staaten, in denen die Abtreibung zur Gewohnheit wurde, sehr niedrig hält. Die Heiratsziffern sind in den letzteren durchgehends hoch; während sie in Deutschland 1908—13 7,8 auf 1000 Einwohner war, ist sie in den Vereinigten Staaten meist 9—10. Mittel- und Südamerika dagegen haben kleine Heiratsziffern. Werden die Heiraten auf die Heiratsfähigen bezogen, so entsprechen die Ziffern der Vereinigten Staaten etwa den europäischen, doch liegen nur für wenige Teilstaaten die zur Berechnung notwendigen Ziffern vor. Wegen des Frauenmangels in manchen Gebieten ist der Prozentsatz der älteren Junggesellen höher als z. B. in Deutschland, während die alten Jungfern weniger zahlreich sind. Von 1000 Personen im Alter von 50 und mehr Jahren waren 1910

	in Deutschland		in den Vereinigten Staaten	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich
ledig	72	99	84	72
verheiratet	765	508	759	564
verwitwet, geschieden	163	393	157	364

Jedenfalls ist die geringe Geburtsziffer in den Vereinigten Staaten nicht durch seltenes Eingehen der Ehe bedingt.

*) Zitiert nach E. L. Fisk, Increasing mortality in the United States from diseases of the heart, bloodvessels and kidneys. New York med journ. Vol. C III. S. 97.

Die Ehe wird ferner in Amerika früher geschlossen als in Mittel-, West- und Nord-europa. Auf 10 000 ledige Männer von 18 bis 20 Jahren (bezw. 15—20jährige weibliche Ledige) kamen um 1910 herum in Deutschland 7 (142), in England 56 (117), in Frankreich 32 (319) Heiraten, dagegen in Connecticut 86 (323), in Maine 236 (569), in Massachusetts 126 (374), in Michigan 181 (691) und in Chile 64 (557). Trotz des frühzeitigen Heiratens ist die Zahl der Geburten in den Vereinigten Staaten geringer als meist in Europa.

Bei den Unterschieden in der Altersgliederung wird dies erst in ein richtiges Licht gesetzt, wenn Fruchtbarkeitsziffern berechnet werden. Auf 1000 Frauen von 15 bis 50 Jahren, und zwar auf

		nichtverheiratete kamen Geborene	verheiratete kamen Lebendgeborene
Connecticut	1900	93	152
Michigan	1910	92	141
Rhode Island	1898—1903	95	176
Maine	1909—1912	89	—
Massachusetts	1907—1914	95	—
Deutschland	1907—1914	120	196
Frankreich	1910—1911	78	114
England	1906—1915	c. 92	171
Österreich	1908—1913	128	219
Italien	1907—1914	137	226
Schweiz	1906—1915	96	184

Eine sehr hohe allgemeine Fruchtbarkeit hat Chile, sie war 1903—12 156, die eheliche Fruchtbarkeit betrug 225.

Die Ziffern der Bevölkerungsbewegung in den Registrationsstaaten der United States und in einigen mittel- und südamerikanischen Staaten sind aus der folgenden Tabelle zu ersehen:

	Beobach- tungszeit	Auf 1000 Einwohner				Kinder- sterblich- keit	Auf 100 Lebend- geborene Uneheliche 1917
		Heiraten	Lebend- geborene	Sterb- fälle	Geburten- überschuß		
Nordkarolina	1917	8,9*)	31,3	14,0	17,3	10,0	4,9
Connecticut	1910	9,8	24,5	15,7	8,8	12,7	0,9
Indiana	1917	11,9*)	22,3	14,0	8,3	8,6	1,3
Kansas	1917	9,9*)	20,8	11,1	9,7	7,8	0,7
Kentucky	1917	9,7*)	25,8	13,7	12,1	8,7	1,5
Maine	1909—12	8,9	21,3	16,1	5,2	11,7	1,0
Maryland	1916	15,0	24,7	16,5	8,2	12,1	4,6
Massachusetts	1906—15	9,3	26,1	15,6	10,5	12,1	0,8
Michigan	1906—15	10,7	24,1	13,7	10,4	10,9	1,2
Minnesota	1916	10,0	24,3	10,7	13,6	7,0	1,6
New Hampshire	1916	10,1	21,8	16,1	5,7	11,5	1,1
New York	1916	9,5	23,5	14,8	8,7	9,4	1,2
Ohio	1917	10,2*)	23,2	14,8	8,4	9,2	1,3
Pennsylvania	1916	8,5	25,5	14,6	10,9	11,4	1,8
Rhode Island	1906—15	9,3	24,9	16,1	8,8	13,2	1,4
Utah	1917	11,6*)	30,7	10,4	20,3	6,9	0,7
Vermont	1916	14,5	21,4	15,6	5,8	9,3	1,2
Virginia	1917	9,7*)	27,4	14,2	13,2	9,8	5,4
Washington	1917	9,0	14,7	7,6	7,1	6,9	0,9
Wisconsin	1917	—	—	—	—	7,8	1,2
Argentinien	1906—15	6,8	37,5	17,5	20,0	—	—
Chile	1907—16	5,6	37,3	28,6	8,7	28,5	39,1
Guatemala	1908—12	—	37,4	19,8	17,6	—	—
Mexiko	1910—11	3,4	29,8	31,4	- 1,6	32,9	42,3
Paraguay	1915	5,4	67,7	19,2	48,5	—	—
Uruguay	1906—11	6,3	33,8	14,9	18,9	10,7	23,1
Venezuela	1906—13	2,8	28,2	20,7	7,5	—	—

*) 1916.

In den Vereinigten Staaten ist der Geburtenüberschuß trotz der kleinen Geburtsziffern recht erheblich, da die Sterblichkeit teils infolge der günstigen Altersgliederung, teils wegen der im allgemeinen guten gesundheitlichen Verhältnisse sich in niederen Grenzen bewegt. Die mittleren und südamerikanischen Staaten haben teilweise eine hohe Sterblichkeit und infolgedessen einen geringen Geburtenüberschuß, Mexiko hatte 1910—11 sogar einen Überschuß der Sterbfälle.

Eine Abnahme der Geburtenziffer scheint in Amerika nicht stattgefunden zu haben, die Verhältnisse sind aber nicht ganz klar, da die Einwanderungsgröße gewechselt hat, wodurch die Höhe der Geburtsziffer beeinflußt wird, und nur über wenige Staaten weiter zurückliegende Angaben vorhanden sind. Für diese sollen hier die Lebendgeburtziffern mitgeteilt sein:

	1876—1885	1886—1895	1896—1905	1906—1915
Connecticut	22,5	24,5	23,1	24,5
Massachusetts	25,0	27,0	26,0	26,1
Michigan	22,4	22,6	18,5	24,1
Rhode Island	23,3	24,8	26,3	24,9
Vermont	19,8	19,6	20,9	21,4
Guatemala	45,2	40,8	35,6	37,4
Chile	38,0	35,4	37,5	37,3

Die vier erstgenannten Staaten weisen demnach eine kleine Zunahme der Geburtsziffern auf, man sieht aber, daß in den Vereinigten Staaten schon seit langer Zeit Zustände bestehen, wie sie in Europa mit Ausnahme Frankreichs erst in der jüngsten Zeit sich ausgebildet haben.

Die Sterblichkeit ist in den Vereinigten Staaten verhältnismäßig gering. Um den Einfluß der verschiedenen Altersgliederung auf die Höhe der Sterblichkeit auszuschalten, sind in dem internationalen Statistischen Jahrbuch unter Zugrundelegung der Altersbesetzung der schwedischen Bevölkerung nach 11 Altersklassen Standardsterbziffern berechnet worden: für England und Deutschland für 1906—14, für die amerikanischen Registrationsstaaten für 1906—15. Da in den beiden ersten Ländern schon ein Kriegsjahr eingerechnet ist, habe ich Ziffern für Deutschland für 1910—11 (Volkszählung 1. XII. 1910), für England für 1910—12 (Volkszählung 1. IV. 1911) und für die Gesamtheit von 18 Registrationsstaaten (Volkszählung 15. IV. 1910) berechnet. Danach war

		die rohe Sterblichkeit	die Standardsterblichkeit
Deutschland	1910—11	16,73	17,79
England	1910—12	13,84	14,93
18 Registrationsstaaten 1909—11		14,54	17,15

Die Sterblichkeit nach Altersklassen zeigt in den 18 amerikanischen Registrationsstaaten, in denen für 1909—11 Erhebungen über die Sterbfälle stattfanden, gegenüber England und Deutschland insofern einen beträchtlichen Unterschied, als in den Jahren der Haupterwerbstätigkeit die Sterblichkeit in diesen Staaten höher ist, und zwar beim männlichen Geschlecht bis zum 55., beim weiblichen bis zum 65. Lebensjahre. Das wird mit der mangelhaften sozialen Fürsorge für die Arbeiterschaft in Amerika zusammenhängen. Nach meiner Berechnung kamen auf 1000 Lebende Sterbfälle

im Alter von	Deutschland 1910—11			England 1910—12			Registerstaaten 1909—11		
	männl.	weibl.	zus.	männl.	weibl.	zus.	männl.	weibl.	zus.
0—1 Jahren	221,9	182,4	202,4	138,4	110,3	124,5	140,7	113,8	127,5
1—4 „	15,3	14,7	15,0	16,0	15,2	15,6	13,9	12,8	13,4
5—14 „	2,7	2,8	2,7	2,6	2,6	2,6	2,9	2,7	2,8
15—24 „	4,1	3,8	4,0	3,3	2,9	3,1	4,7	4,2	4,5
25—34 „	5,1	5,5	5,3	4,8	4,1	4,4	6,8	6,1	6,5
35—44 „	7,9	7,0	7,5	8,0	6,5	7,2	9,9	7,9	9,0
45—54 „	14,8	10,6	12,7	14,6	11,2	12,9	15,3	12,6	13,8
55—64 „	30,2	23,4	26,5	29,7	22,7	26,0	28,9	24,0	26,5
65—74 „	65,2	57,8	61,1	63,1	50,8	56,2	59,0	52,5	55,8
75—84 „	145,5	135,2	139,6	135,6	116,1	124,0	127,6	116,9	122,0
85 u. mehr „	299,1	277,6	286,1	265,4	236,8	246,9	248,8	238,7	243,2
zusammen	17,5	16,0	16,7	14,7	13,0	13,8	15,4	13,6	14,5

Die Kindersterblichkeit, die in dieser Tabelle wegen der Beziehung auf die Zahl der Lebenden zu hoch erscheint, ist in die Tabelle der Bevölkerungsbewegung aufgenommen, wo sie in gewöhnlicher Weise berechnet ist. Sie ist in den Vereinigten Staaten allerorts klein, wie dies bei der niederen Geburtsziffer zu erwarten ist. Auch die Sterblichkeit der Kleinkinder ist günstig.

Für die europäischen Staaten und für die amerikanischen, soweit in diesen Erhebungen stattfinden, werden in dem Jahrbuch die Todesursachen von 1911 an nach dem kleinen internationalen Todesursachenverzeichnis von 98 Nummern mitgeteilt. Im Anschluß an die Volkszählungsjahre seien daraus die folgenden Ziffern für Tuberkulose erwähnt. Auf 10000 Einwohner starben an Tuberkulose überhaupt

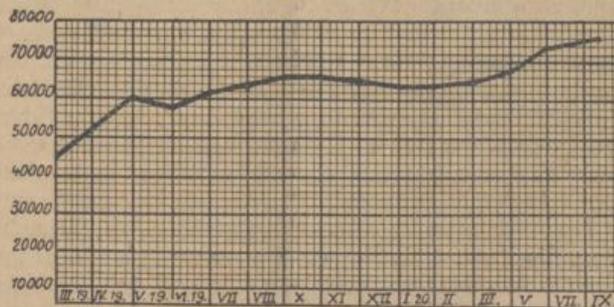
in Deutschland (ohne die beiden Mecklenburg)	1911	16,1
in England	1911	14,7
in den Registrationsstaaten Nordamerikas	1911	15,8
in Chile	1917	22,0
in Uruguay	1911	14,7

In den Registrationsstaaten ist die ärztliche Beglaubigung der Todesursache eingeführt: in Uruguay sind nicht ganz drei Viertel in Chile dagegen nur etwa ein Viertel der Sterbfälle ärztlich beglaubigt. *) Die Tuberkulosesterblichkeit ist sicher in den Vereinigten Staaten fast durchweg eine günstige, dagegen ist sie in den Städten von Mittelamerika und denen der Westküste von Südamerika meist recht hoch. Ein tieferes Eindringen gestatten die Zahlen nicht, da in dem Jahrbuch eine Trennung nach Alter und Geschlecht nicht stattfindet.

Über die Ursachen des derzeitigen hohen Standes der mit Krankenzulagen versehenen Personen in München.

Von Professor Dr. med. F. Fischler, Leiter der Krankenversorgung München.

Wenn man erwartet hat, daß mit der Nahrungsmittelzufuhr aus dem Auslande eine Besserung der Ernährungslage aller Volksschichten in Deutschland eintreten würde, so werden diejenigen, welche sich speziell mit der Versorgung unterernährter und kranker Menschen in Deutschland zu beschäftigen haben, wohl übereinstimmend mitteilen können, daß dies nicht der Fall ist. Nach Erkundigungen aus anderen größeren Städten ist auch dort ein wesentlicher Rückgang der um Krankenzulagen nachsuchenden Personen bisher nicht zu verzeichnen gewesen, in einigen Städten sogar ein Anstieg.



In München können wir seit über einem Jahr eine langsame Zunahme mit ganz gelegentlichen geringen Rückgängen im November und Dezember 1919 sehen. Seit März 1920 steigt aber die Zahl der um Krankenzulagen nachsuchenden Patienten ununterbrochen rascher an, um jetzt mit nahezu 77000 den bisher höchsten Stand zu erreichen, der seit Einführung der Zwangswirtschaft überhaupt beobachtet worden ist. Die beifolgende Kurve

*) Nach Rösle, Arch. f. soz. Hyg. u. Demogr. Bd. 11, 1916, S. 330.

gibt von der Bewegung der um Krankenzulagen nachsuchenden Personen eine klare Vorstellung.

Es muß dabei hervorgehoben werden, daß in keiner Richtung irgend eine wesentliche Erleichterung für den Bezug von Krankennahrung eingetreten ist, sondern im Gegenteil infolge der Zunahme eine große Sparsamkeit hat eintreten müssen, so daß einerseits die verabfolgten Zulagen namentlich in Milch im einzelnen geringer geworden sind, was auf die Anstrengungen, Lebensmittelzulagen zu erhalten, wohl abschreckend hätte wirken müssen, andererseits die Maßnahmen zur Verhütung irgend eines Mißbrauchs sich entschieden verschärft haben. Trotz dieser doppelten Schwierigkeit für die Erlangung von Lebensmittelzulagen für Kranke und Unterernährte sehen wir die Tatsache des Ansteigens der um Krankenzulagen bittenden Personen.

Was für Ursachen sind für diese Tatsachen nun maßgebend?

Zunächst muß festgestellt werden, daß irgendwelche epidemische Erkrankungen in größerem Umfange, namentlich in der letzten Zeit, nicht bestanden haben. Die Grippe ist nahezu erloschen, Typhus oder Ruhr kaum zu bemerken. Von Kinderkrankheiten wie Scharlach, Masern, Diphtherie ist ebenfalls eine die Norm überschreitende Erkrankungsziffer keineswegs zu melden. Ein Anstieg akuter Infektionskrankheiten ist daher für die Zunahme der um Krankenzulagen nachsuchenden Personen nicht verantwortlich zu machen. Die Spitäler sind durchschnittlich zurzeit nur zu ca. 50% belegt, was ebenfalls dafür spricht, daß keine besonderen Krankheitsursachen vorliegen. Allerdings kann auch der hohe Verpflegungssatz, den die Spitäler zurzeit fordern müssen, auf die Belegziffern senkend wirken.

Man muß daher andere Ursachen für das beobachtete Verhalten verantwortlich machen und sie aufsuchen. Für denjenigen, welcher selbst viele der um Krankenzulagen Nachsuchenden sieht, besteht kein Zweifel darüber, daß die allgemeine Not, die ungeheure Teuerung mit ihren wirtschaftlichen Schwierigkeiten, welche heute auf eine immer breitere Schicht der wirtschaftlich ungünstig Stehenden drücken, der ausschlaggebende Grund dafür sind, daß sie unterernährt werden, respektive unterernährt bleiben, oder sich nicht erholen können, und daß ihnen der Weg, sich auf andere Art und Weise mit Lebensmitteln einzudecken, infolge ihrer wirtschaftlichen Schwäche verschlossen ist. Sie sind daher bestrebt, diejenigen Möglichkeiten einer Nahrungsversorgung auszunützen, welche ihnen einen relativ billigen Bezug von Nahrungsmitteln sichern. Solche Personen werden also zu ihrem Arzt oder in eine öffentliche Sprechstunde der Krankenanstalten gehen, um sich Zeugnisse über die Notwendigkeit von Lebensmittelzulagen zu erholen. Es muß auffallen, daß die Gewichtsverhältnisse, wie sie in den Lebensmittelzeugnissen angegeben sind, wieder sehr häufig große Fehlbeträge gegenüber dem normalen Körpergewicht aufweisen. Es muß weiterhin auffallen, daß ein sehr großer Teil der um Krankenzulagen nachsuchenden Patienten außerordentlich anämisch aussieht und meist Züge der Sorge aufweist, wie sie die wirtschaftliche Schwierigkeit neben der Unmöglichkeit, Arbeit zu leisten, den Personen ausdrückt. Das ist durchaus der hervorstechendste Eindruck, den man beim Anblick eines sehr großen Teiles solcher Leute hat. Bestätigt wird dieser Eindruck durch die Aussagen dieser Patienten, welche durchwegs über die Unmöglichkeit klagen, sich bei der heutigen Teuerung irgendwelche Beikost zu kaufen, und die inständig häufig unter Tränen bitten, daß man ihre Notlage berücksichtigen möge. Wichtig ist auch, daß hauptsächlich Frauen, und zwar meistens Familienmütter das Hauptkontingent dieser Bittstellenden sind, eine Tatsache, die wohl verständlich ist, da sich die Mütter für ihre Kinder und für den Mann in all den schwierigen Zeiten am meisten abgehüngert und sich die Nahrung am Munde abgespart haben.

Die zweitgrößte Kategorie der um Lebensmittelzulagen nachsuchenden Personen stellen die Magen- und Darmkranken dar. Es ist selbstverständlich, daß gerade diese Kategorie von Kranken unter den heutigen Ernährungsschwierigkeiten weitaus am meisten leiden muß, weil die Möglichkeit einer diätetischen Behandlung bei dem Mangel derjenigen Nahrungsmittel, welche gerade für die Behandlung der Magen- und Darmerkrankungen so notwendig sind, nicht genügend gegeben ist. Störungen, welche von seiten eines Magen- oder Duodenalgeschwürs bedingt sind, oder die Empfindlichkeit des Darmes, die infolge

überstandener Ruhr übrig bleibt, werden heute diätetisch kaum so behandelt werden können, wie es die ärztlichen Regeln im allgemeinen vorschreiben. Die Heilungsmöglichkeit ist daher nahezu ausgeschlossen. Die Disposition zu Magen- und Darmkrankheiten wird aber durch die Notwendigkeit wahlloser Aufnahme der sich darbietenden Nahrung bei an sich empfindlichen Leuten erworben, wie dies auch selbstverständlich ist. Wenn man auch nicht so weit gehen will, wie einige Ärzte dies tun, daß sie infolge der hohen Ausmahlung des Brotgetreides durch die Beimengung von Kleieteilen eine direkte mechanische Schädigung des Magen- und Darmtractus annehmen, so muß doch zugegeben werden, daß die hohe Ausmahlung und die vielfach gänzlich einseitige Broternährung für die Entwicklung von Darmschädigungen, namentlich auch infolge abnormer Gärung unbedingt mitverantwortlich gemacht werden muß, besonders bei älteren Leuten, die an sich vielleicht zu einer gewissen Darmatonie neigen. Überdies steht fest, daß die Ausnutzung der Nahrung durch die Beimengung vieler Kleie ganz bedeutend herabgesetzt wird, daß also die Stickstoffverluste durch den Kot unter dieser Ernährungsweise wesentlich ansteigen. Bedenkt man nun die angeführten Tatsachen, so darf man sich nicht wundern, daß die Zahl derjenigen Personen, welche um ein besseres Brot durch die Krankenversorgung nachsuchen, ständig im Wachsen begriffen sein muß.

Die drittgrößte Kategorie der in der Krankenversorgung befindlichen Leute stellen aber zweifellos die Lungentuberkulösen dar. Es kann nicht im Rahmen dieser kleinen Mitteilung liegen, hier auf alle die Gründe einzugehen, welche die Zunahme der Tuberkulose verursachen. Daß die mangelhafte Ernährung dabei aber eine wesentliche, wenn nicht ausschlaggebende Rolle spielt und daß die Heilungsmöglichkeiten der Lungentuberkulose infolge der schlechten Ernährung wesentlich ungünstigere sind, dürfte über allem Zweifel stehen, womit ja klar ausgesprochen ist, daß wir auch für diese Kategorie von Kranken mit einer dauernden Zunahme in der Krankenversorgung zu rechnen haben werden.

Andere Erkrankungsarten spielen nicht diese Rolle für die Vermehrung der um Krankenzulagen nachsuchenden Personen. Immerhin ist klar, daß auch sämtliche andere chronische Krankheiten, wie die Nierenkrankheiten, Herzkrankheiten, Leberkrankheiten, durch den Mangel an geeigneter Ernährung ungünstig beeinflusst werden müssen.

Eine zahlenmäßige Ausscheidung dieser verschiedenen Einwirkungen wäre überaus wichtig. Die wenigsten Ämter werden aber bei der fortlaufenden enormen Arbeitsüberlastung in der Lage sein, darüber zurzeit zuverlässige Statistiken zu geben. Für nicht unwichtig halte ich es daher, an dieser Stelle darauf aufmerksam zu machen, daß in den Krankenversorgungsabteilungen ein medizinisches statistisches Material niedergelegt ist, das einer eingehenden Bearbeitung bedarf und geeignet ist, unsere Kenntnisse über den Einfluß der Ernährung auf den Verlauf mancher Krankheiten wesentlich zu erweitern.

Unbedingt muß man aber, so hoch man auch den Einfluß ungünstiger Ernährungsverhältnisse auf die Entwicklung und den Verlauf von Krankheiten des Magens und Darms, der Lungen und anderer chronischer Erkrankungen einschätzt, den Haupteinfluß der Zunahme der um Krankenzulagen nachsuchenden Personen auf die Ungunst der wirtschaftlichen Verhältnisse legen. Nicht genug kann betont werden, daß die Zahl derjenigen Persönlichkeiten, welche nicht mehr in der Lage sind, infolge der Teuerung ihre vordringlichsten Nahrungsbedürfnisse zu befriedigen, außerordentlich anschwellen wird. Eine ungeheure Gefahr droht auf diese Weise breitesten Schichten der Bevölkerung, die der durch die Blockade verursachten in keiner Weise nachsteht, ja sie vielleicht sogar übertrifft. Es wird sich nicht umgehen lassen, daß eine Fürsorge größten Stils unter ärztlicher Mitwirkung hier einsetzen muß, um wenigstens die allerschlimmsten Folgen zu verhüten, wie dies z. B. in Dresden und München schon erwogen wird. Ich stehe nicht an zu sagen, daß die Entwicklung, wie sie im kleinen in der Versorgung der Kranken zu sehen ist, ein Vorbild dessen sein wird, was sich in der Gesamtbevölkerung ereignen wird, wenn es uns nicht gelingt, endlich und endlich dem schamlosen Wucher, der in weiteste Kreise gedrungen ist, Einhalt zu tun. Wir Ärzte müssen mit aller Energie auf diese Gefahren aufmerksam machen und in das Gewissen derjenigen reden, welche die Not des Volkes zu ihrer Bereicherung auszunutzen bestrebt sind, und auch in das Gewissen derjenigen, welche beauftragt sind, solche unerhörte Zustände zu verhindern.

Zum Ausbau der Familienhilfe.

Im Juli 1920 richtete die Badische Gesellschaft für soziale Hygiene an den Reichstag und die Reichsregierung Bittschriften, in denen ein Gesetz angeregt wird, das sämtlichen Krankenkassen die Pflicht auferlegt, Familienhilfe zu gewähren, d. h. insbesondere die Kosten für ärztliche Behandlung und Arzneien zu übernehmen. In diesem Gesetz soll auch angeordnet werden, daß die Gemeinden (Kreise), die Gliedstaaten und das Reich den Krankenkassen zur Durchführung der Familienhilfe angemessene Zuschüsse zu gewähren haben. Sollte es sich nicht erreichen lassen, daß durch ein Reichsgesetz die Familienhilfe zur Pflichtleistung gestaltet wird, so wird eine gesetzliche Bestimmung erbeten, 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 wurde dem badischen Landtag eine Bittschrift überreicht, in welcher der Landtag gebeten wurde, im Sinne der obigen Petition auf die Reichsregierung einzuwirken und, sobald die in Rede stehende Befugnis vorliegt, ein Gesetz zu schaffen, nach welchem alle badischen Krankenkassen in der erwähnten Art zur Gewährung von Familienhilfe verpflichtet werden sollen.

Die älteste Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche „Die Arbeiterversorgung“ (Verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat A. Langewort in Berlin) gibt am 11. August 1920 den Inhalt der obigen Bittschrift wieder und fügt dann die folgenden interessanten Darlegungen an:

„Die Forderung, die hier erhoben wird, ist eine besonders dringliche, und es wäre zu wünschen, daß einer der hier gewiesenen Wege zu ihrer Verwirklichung sich als gangbar erweisen und daß man die Prüfung und Erledigung der Frage nicht — wie es mit so vielen anderen Einzelwünschen aus guten Gründen geschieht — bis zu der in Aussicht genommenen umfassenden Reform des Reichsversicherungsrechts zurückstellen möchte. Es ist bemerkenswert, wie sich hier ein Gedanke, der von vornherein hätte einleuchtend erscheinen sollen, nur mühselig und nach und nach zur Geltung durchringt. Bei der Schaffung des Krankenversicherungsgesetzes (1883) ist sogar noch die Bestimmung, welche die Kassen nur ermächtigte — nicht verpflichtete —, in der Satzung freie ärztliche Behandlung nebst Arznei- und sonstigen Heilmitteln sowie Wochenhilfe für Familienangehörige zuzubilligen (§ 21 Ziff. 5), auf Widerstand gestoßen, den der damalige Direktor im Reichsamt des Innern, Bosse, erst durch den nachdrücklichen Hinweis abweisen mußte, daß diese Bestimmungen „einem großen Prinzip Ausdruck geben, dem Prinzip der Solidarität des deutschen Hauses und der deutschen Familie“ (Stenogr. Ber. 1883 S. 2108). Dabei ist es bisher geblieben. Bestrebungen, diese Leistungen zu Pflichtleistungen der Krankenkassen zu erheben, sind in der Begründung des Entwurfs zur Reichsversicherungsordnung (S. 160) nicht einmal erwähnt, und Anträge, die in diesem Sinne bei der Beratung in der Kommission gestellt wurden, sind ohne jede Erörterung abgelehnt worden (Komm.-Ber. II S. 160, 161). Inzwischen hat das tragische Geschick des deutschen Volkes die Gesetzgeber erleuchtet und zu der Erkenntnis geführt, daß jenes verkündete Prinzip der Solidarität sogar noch recht unzulänglich formuliert war. Es handelt sich, über Haus und Familie hinaus, um das deutsche Volk, um seinen Bestand, um seine Wiederaufrichtung aus tiefem Sturze. Auf dieser Erkenntnis, auf bevölkerungspolitischen Erwägungen beruhen — wie schon vorher die Kriegsverordnungen über Wochenhilfe — die Vorschriften der Gesetze vom 26. 9. 19 und vom 30. 4. 20, welche die Gewährung von Wochenhilfe für die in der Hausgemeinschaft der Versicherten lebenden nahen Familienangehörigen den Krankenkassen als Pflichtleistung auferlegen. Entsprechende Erwägungen müssen folgerichtig dazu führen, auch die Krankenpflege für die Familienmitglieder der Versicherten zur Pflichtleistung auszugestalten. Denn auch hierbei handelt es sich um die Gesunderhaltung der Mütter und die Kräftigung des Nachwuchses angesichts der sie in wachsendem Maße bedrohenden Volkskrankheiten, namentlich der Tuberkulose, und es handelt sich überdies auch um ein Interesse der Krankenkassen im engeren Sinne, da die Erkrankung eines der meist eng zusammenwohnenden Familienmitglieder oft auch eine Gefährdung des Versicherten und somit eine Erhöhung des Risikos der Krankenkasse bedeutet. Aus diesen Gründen ist die Anregung der Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene als dankenswert zu begrüßen.“

Vom Reichsarbeitsminister ist der Bad. Ges. f. soz. Hyg. in einem Schreiben vom 28. Juli d. J. folgende Antwort auf die an die Reichsregierung gerichtete Bittschrift zugegangen:

„Auf die Eingabe vom 6. Juli 1920, betreffend Familienversicherung, erwidere ich ergebenst, daß die Frage der Einführung einer Pflichtversicherung der Familienmitglieder gegen Krankheit hier in neuerer Zeit bereits von verschiedenen Seiten angeregt worden ist. Es schweben darüber

kurzeit Verhandlungen, insbesondere durch Umfrage bei den Kassenhauptverbänden und den preußischen Oberversicherungsämtern. Nach Abschluß dieser Ermittlungen wird darüber Beschluß zu fassen sein, ob die Angelegenheit im Rahmen der bevorstehenden allgemeinen Neugestaltung der Reichsversicherungsordnung geregelt oder ob sie ihrer Dringlichkeit halber vorweg erledigt werden soll. Jedenfalls bedarf es dabei auch der Auseinandersetzung mit den Vertretern der Ärzteschaft, die wegen der mit der Maßnahme verbundenen weiteren Einschränkung der freien Praxis ein berechtigtes Interesse an der Lösung der Frage hat. Eine im Februar d. J. hier abgehaltene Besprechung mit den Vertretern der Kassenhauptverbände hat im allgemeinen ein Einverständnis darüber ergeben, daß eine Ausdehnung der Familienkrankenversicherung wünschenswert sei. Starke Bedenken wurden indessen dagegen geäußert, ob es ratsam sei, den Familienangehörigen die Krankenpflege in vollem Umfange zuzubilligen, ihnen insbesondere auch freie Arznei und freie Stärkungsmittel zu gewähren. Man befürchtet hierbei eine mißbräuchliche Ausnutzung und demzufolge eine übermäßige Belastung der Kassennittel. Von diesem Gesichtspunkte aus wurde die Beschränkung der Pflichtleistung auf die Gewährung freier ärztlicher Behandlung empfohlen.

Was die erforderlichen Mittel anbetrifft, so darf nicht übersehen werden, daß die Einnahmen der Kassen durch die neuere Gesetzgebung, namentlich durch das Gesetz vom 26. September 1919, 30. April 1920 (Fassung vom 22. Mai 1920 — Reichsgesetz 1920 S. 1069) und durch die Verordnung vom 30. April 1920 (Reichsgesetzblatt S. 769) eine wesentliche Verstärkung erfahren haben. Ob gleichwohl noch Zuschüsse aus Reichs-, Staats- oder Gemeindemitteln erforderlich sein werden, bedarf der Prüfung.

Wie man sieht, ist die Reichsregierung zu einer endgültigen Stellungnahme noch nicht gelangt. Es verstreicht immer mehr Zeit, trotzdem gerade gegenwärtig die ärztliche Behandlung der Kinder aus den minderbemittelten Kreisen besonders dringend erforderlich ist. Auf den in der Bittschrift unterbreiteten Vorschlag, den Gliedstaaten die Befugnis zur Einführung der obligatorischen Familienhilfe zu geben — eine Maßnahme, die bei dem Zögern der Reichsregierung den einzigen Ausweg darstellt —, antwortet das Reichsarbeitsministerium mit keiner Silbe.

Am 5. August 1920 befaßte sich der Badische Landtag mit der genannten Bittschrift, nachdem eine eingehende Ausschlußberatung vorangegangen war. Im Hinblick auf die hohe Bedeutung des Gegenstandes sei hier wörtlich wiedergegeben, was dem amtlichen Landtagsbericht über diese Frage zu entnehmen ist.

Zu Ziffer 4a der Tagesordnung: Mündlicher Bericht des Ausschusses für Rechtspflege und Verwaltung und Beratung über das Gesuch der Bad. Gesellschaft für soziale Hygiene, die Einführung der zwangsweisen Familienversicherung im Reich bezw. in Baden betr., erhält das Wort

Berichterstatter Abg. Rausch (Soz.):

Der Träger der Eingabe ist die Bad. Gesellschaft für soziale Hygiene. Zweck der Eingabe ist die Einführung der Familienzwangskrankenversicherung der Angehörigen der gegen Krankheit versicherten Personen.

Die Eingabe ist nicht neueren Datums. Bereits im Jahre 1916 hat die Gesellschaft beschlossen, der Einführung der Familienversicherung in Baden ihr besonderes Augenmerk zu widmen. Es ist dann im November 1917 an beide Kammern eine diesbezügliche Eingabe ergangen und die Zweite Kammer hat seinerzeit beschlossen, die Eingabe der Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene der Regierung empfehlend zu überweisen. Am 7. Dezember 1918 machte sich die Badische Gesellschaft für soziale Hygiene erneut mit einer Eingabe bemerkbar, des Inhalts, daß das Reich beauftragt werden soll, für die Familienangehörigen der gegen Krankheit versicherten Personen Familienversicherung durchzuführen unter Anteilnahme der Kostendeckung durch das Reich, die Gliedstaaten und die Gemeinden. Sollte das Reich nicht in der Lage sein, ein solches Gesetz zu schaffen, so sollten die Bundesstaaten durch Reichsgesetz berechtigt werden, ein solches Gesetz für ihr Gebiet zu schaffen unter Anteilnahme der Kostendeckung durch Staat, Kreise und Gemeinden. Der dritte Teil der Eingabe sagt, wenn das Land die Befugnis vom Reich hat, ein solches Gesetz zu schaffen, soll die Regierung ersucht werden, sofort ein solches Gesetz vorzulegen. Das ist der Inhalt der Eingabe.

Am 17. XII. 18 tagte auf Veranlassung des Arbeitsministeriums als Folge der Eingabe vom 7. XII. 18 eine Konferenz, bestehend aus Vertretern von Ärzten, Krankenkassen und Regierung. Das Resultat jener Konferenz war die Einsetzung einer Kommission, die aus Vertretern der Ärzte und Krankenkassen bestand. Beschlossen wurde, Erhebungen bei allen Krankenkassen des Landes durchzuführen, inwieweit Familienversicherung bereits eingeführt sei, und im Mai 1919 hat unter dem Vorsitz des Herrn Arbeitsministers Rückert die Konferenz erneut getagt und das eingegangene Material der Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene zur Bearbeitung überwiesen. Herr Dr. Fischer hat nun dieses Material in dankenswerter Weise und in sehr geordneter Übersicht in 18 statistischen Tafeln zusammengefaßt. Ich will mir versagen, auf

den reichen Inhalt dieser Statistik einzugehen. Ich habe dagegen versucht, in gedrängter Form Ihnen den Inhalt dieser großen statistischen Bearbeitung *) vorzulegen.

Es ist hierzu folgendes zu sagen:

Es bestehen in Baden an Krankenkassen im ganzen 363, wovon 95 Ortskrankenkassen, 249 Betriebskrankenkassen und 19 Innungskrankenkassen sind. Die Erhebung hat stattgefunden im ganzen bei 340 Kassen mit 523 355 Mitgliedern (bei 89 Ortskrankenkassen mit 389 208 Mitgliedern, 234 Betriebskrankenkassen mit 127 849 Mitgliedern und 17 Innungskrankenkassen mit 6298 Mitgliedern). Die Familienversicherung haben eingeführt in Baden von 363 Kassen im ganzen 69 mit 126 266 Mitgliedern, davon 7 Ortskrankenkassen mit 60 292 Mitgliedern und 60 Betriebskrankenkassen mit 64 972 Mitgliedern und 2 Innungskrankenkassen mit 1002 Mitgliedern. Eine Abstimmung bei den badischen Krankenkassen hat ergeben, daß für Einführung der Familienversicherung gestimmt haben 242 108 Mitglieder der Ortskrankenkassen, 79 937 der Betriebskrankenkassen und 4706 der Innungskrankenkassen, so daß im ganzen 326 751 Kassenmitglieder, d. i. drei Viertel aller Kassenmitglieder des Landes, die Einführung der Familienversicherung gefordert haben. Ein Viertel der Kassenmitglieder des Landes ist bereits im Genuß der Familienversicherung. Dazu kommen die freien Gründungen, die Medizinalverbände in Heidelberg, in Mannheim usw. und dann die Karlsruher Familien-Krankenversicherung, die alle in außerordentlich segensreicher Weise für ihre Angehörigen gesorgt haben.

Der Aufwand für die Familienkrankenversicherung beträgt nach Herrn Dr. Fischer pro 100 Mk. Einkommen 7,87 Mk. und bei 100 Mk. Ausgaben wird er mit 7,38 Mk. berechnet. Diese Aufrechnung trifft heute jedoch nicht mehr zu; nachdem eine Steigerung der Ärzthonorare um das Vierfache eingetreten ist, müssen natürlich die Kosten entsprechend erhöht werden. Herr Dr. Fischer hat dann weiter berechnet, daß die Einführung der Familienversicherung in Baden 6 Millionen Mark kosten würde. Nach dem heutigen Stand der Dinge — Ärzthonorare, Aufwand für Medikamente usw. — werden wohl 10 000 000 Mark in Baden erforderlich sein. Die Deckung ist so gedacht, daß drei Sechstel dieser Kosten die Krankenkassen tragen (wovon ein Sechstel durch Zusatzbeiträge) und drei Sechstel zu gleichen Teilen Reich, Land und Gemeinden übernehmen sollen.

Man kann an dieser großen sozialen Frage nicht vorübergehen, ohne die Stellung der Ärzteschaft mit in Rechnung zu stellen. Herr Dr. Fischer sagt in seiner Denkschrift, die Ärzte wollten, wie auf ihrer Eisenacher Tagung beschlossen wurde, sich in den Dienst der Familienversicherung stellen, obwohl sie durch die Familienversicherung einen großen Teil ihrer Privatpraxis einbüßen; aber sie verlangen freie Arztwahl und angemessene Bezahlung, Forderungen, die, wenn sie nicht überspannt werden, vertretbar sind.

Wenn die Ärzte auf ihrer Tagung in Eisenach das beschlossen haben, so ist das sehr erfreulich; im Ausschuß sind aber trotzdem lebhaft Bedenken dagegen geltend gemacht worden, ob die Ärzteschaft ohne weiteres sich so sehr auf den Standpunkt der Einführung der Familienzwangsversicherung stellen wird. Von einzelnen Abgeordneten, die Erfahrung auf diesem Gebiete haben, wird behauptet, daß bisher der Einführung der Familienzwangsversicherung die Forderungen der Ärzte in der Hauptsache im Wege gestanden sind. Ob sich das nun in der neueren Zeit geändert hat, entzieht sich meiner Kenntnis. Die Bedürfnisfrage zur Einführung der Familienzwangsversicherung ist ohne weiteres zu bejahen, nachdem die badische Regierung, die Krankenkassen, die Ärzte und der Ausschuß einmütig für die Einführung der Zwangsversicherung eintreten.

Über die Belastung der Familienvorstände bei Krankheiten ihrer Angehörigen brauche ich mich hier nicht weiter auszulassen. Ich nehme an, daß Sie mir diesen Teil der Begründung ersparen. Aber eines muß bei der Einführung der Familienversicherung in Rechnung gestellt werden: das ist die Belastung der Ledigen. Wir haben in den Krankenkassen durchschnittlich 50 Prozent lediger Kassenmitglieder, die also mit zwei Sechstel der Mehrbeiträge belastet würden. Es ist nun immerhin die Frage, ob man dies ohne weiteres beschließen soll oder will. Früher hat man sehr starke Rücksichten und Bedenken getragen bei solchen Beschlüssen. Ich stehe auf dem Standpunkt, und der Ausschuß hat diese Auffassung geteilt, daß die ledigen Kassenmitglieder später doch größtenteils heiraten werden und damit auch in die Lage kommen werden, Familienangehörige zu haben, wobei sie dann auch die Vorteile genießen, die eine Familienversicherung ihnen bietet. Vom Standpunkt der allgemeinen Solidarität ist zu fordern, daß Ledige zugunsten von Familienvätern mitbelastet werden. Es erscheint diese Belastung dann mehr oder weniger als eine Junggesellensteuer sozialer Art.

Dann darf ich Ihnen vielleicht noch kurz die Stellung der Interessenten, soweit die Reichsregierung, die großen Krankenkassenhauptverbände und die Landesverbände bei dieser Sache eine Rolle spielen, bekanntgeben. Die Konferenz, die im vorigen Jahre unter dem Vorsitz des Herrn Arbeitsministers getagt hat, hat beschlossen, der Frage näherzutreten; aber in einer allgemeinen Aussprache wurde auf die einer sofortigen Einführung der Familienversicherung ungünstigen Zeitumstände hingewiesen. Sämtliche Anwesende erklärten als dringlich, die

*) Gemeint ist die als Nr. 2 der „Sozialhygienischen Abhandlungen“ (Verlag der C. F. Müllerschen Buchhandlung) erschienene Schrift von A. Fischer: „Die Familienversicherung in Baden.“ Die Schriftleitung.

Durchführung der Familienversicherung zu versuchen, sobald es die Verhältnisse irgendwie zulassen. Das Reichsarbeitsministerium hat im vorigen Jahre (im Mai 1919) erklärt: an die Einführung einer obligatorischen Krankenfürsorge für die Familienmitglieder wird allerdings nach den Ergebnissen der bisherigen Verhandlungen aus finanziellen Gründen nur mit Vorsicht heranzutreten werden können. Ich habe mich erneut an das Reichsarbeitsministerium gewendet und es teilt mir unter dem 16. Juli 1920 nach einer allgemeinen Beleuchtung der Sache u. a. mit: „Hierbei kam allerdings die Auffassung zum Ausdruck, daß in der Frage der Familienversicherung ein gesetzgeberisches Vorgehen auf diesem Gebiete im Interesse der Volksgesundheit durchaus erwünscht wäre“, und es ist weiterhin mitgeteilt: „Beschlüsse in der Sache selbst seien bisher vom Reichsarbeitsministerium nicht gefaßt worden“, insbesondere nicht darüber, „ob die Erledigung bis zur bevorstehenden allgemeinen Reform der Krankenversicherung hinausgeschoben werden kann oder ihrer Dringlichkeit halber vorweg zu nehmen ist“. Die freie Vereinigung badischer Krankenkassen hat sich in ähnlichem Sinne geäußert und sagt dann weiter: „wenn die Familienversicherung nicht auf obligatorischem Wege für das ganze Deutsche Reich, sie auch nicht obligatorisch für Baden eingeführt werden könnte“. Es wird darüber geklagt, daß die Krankenkassen die Lasten nicht tragen können, auch nicht teilweise tragen können, weil eine Steigerung der Arztehonorare in so exorbitanter Weise eingetreten sei, daß nicht übersehen werden kann, welche Wirkung sich in der Höhe des Aufwandes bemerkbar macht, mit welcher finanziellen Wirkung die Einführung der Wochenhilfe, die Erhöhung der Krankengelder usw. sich bemerkbar machen wird. Das sind alles Gesichtspunkte, die noch nicht übersehbar sind, weshalb die Krankenkassen bezüglich der Übernahme der Lasten außerordentlich vorsichtig sein müssen. Der Verein badischer Krankenkassen, dem der Herr Kollege Ziegelmaier vorsteht, hat sich in ähnlichem Sinne geäußert. Ich möchte hier namens des Ausschusses ausdrücklich bemerken, daß trotz dieser finanziellen Not die Meinung des Ausschusses die ist, daß der Einführung der Familienzwangsversicherung unter allen Umständen näherzutreten werden muß, und daß das Reich in allererster Linie die Pflicht hat, Mittel zu schaffen, um diese große soziale Forderung im Anschluß an § 205 der Reichsversicherungsordnung durchzuführen. Ich kann es mir versagen, auf Artikel 161, in dem die Reichsverfassung umfassende sozialpolitische Maßnahmen verspricht, näher einzugehen.

Was die Stellung des Ausschusses in der vorwürfigen Frage anbelangt, so habe ich als Berichterstatter ursprünglich den Standpunkt vertreten, daß nur das Reich die Einführung der Familienzwangsversicherung durchführen kann, daß die Länder und Gemeinden dazu nicht berufen sein können, weil sie finanziell allzu stark abhängig sind vom Reich und eigene Steuerquellen nicht mehr haben. Ein Antrag der Demokraten, vom Zentrum unterstützt, stellt sich in seinem ersten Teil grundsätzlich auch auf den Standpunkt, daß das Reich in erster Linie berufen sei, diese Frage zu lösen, daß man aber dem Land sehr wohl die Befugnis doch geben könne, die Familienversicherung für sein Gebiet einzuführen, wenn es finanziell dazu in der Lage sei. Im Falle der Ablehnung wurde die Anregung gegeben, ob man der Reichsregierung nicht nahelegen solle, den § 21 Ziffer 5 des alten Kr.Vers.Gesetzes wieder einzuführen, der den großen Kassen des Landes die Möglichkeit gibt, für ihre Mitglieder fakultativ die Familienversicherung einzuführen und daß dadurch vielleicht die Anfänge einer allgemeinen obligatorischen Familienversicherung gemacht würden. Es bestehen dagegen Bedenken in der Richtung, daß, wenn man schon eine fakultative Dezentralisation der Familienzwangsversicherung der Reichsleitung empfiehlt, die Reichsleitung vielleicht zugreift, mit der Hinterabsicht, sich durch einen solchen Ausweg von der Einführung der obligatorischen Zwangsversicherung für das ganze Reich zu drücken. Ich bin der Ansicht, daß der Zeitpunkt für eine Dezentralisation der sozialen Versicherung vorüber sein muß und daß nur auf der Grundlage der Zentralisation über das ganze Reich eine derartige Volksversicherung — denn das ist sie im weitesten Sinne des Wortes — durchgeführt werden soll.

Die Forderung der Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene ist zu einem guten Teile eigentlich schon erfüllt dadurch, daß das Reich die in § 195 der Reichsversicherungsordnung vorgesehene fakultative Wochenhilfe an Familienangehörige jetzt in eine Zwangsleistung umgebaut hat, so daß dieser Teil der Familienversicherung bei der Besprechung über die Regulierung der Eingabe ausscheiden kann.

Über den Umfang der einzuführenden Versicherung sind die Meinungen geteilt. Die einen fordern freie ärztliche Versorgung und Medikamente; die großen Krankenkassenverbände — diese Meinung war auch im Ausschuß vereinzelt vertreten — warnen davor und sagen, man soll nur ärztliche Versorgung gewähren, denn wenn auch Medikamente gewährt würden, bestände die Gefahr, daß der bei den Krankenkassen schon früher bemerkte Arzneihunger einsetzen würde und bei jeder leichten Erkrankung Arznei verordnet werde. Vielfach würde Arznei aber nicht verwendet und bedeute nutzlos hinausgegebenes Geld. Aus diesem Grunde möge man von Arzneigewährung absehen und ärztliche Versorgung zunächst einmal einführen.

Was die Stellung der Regierung im Ausschuß anlangt, so hat sie grundsätzlich die Auffassung vertreten, daß nur das Reich berufen sei, diese Versicherung durchzuführen.

Der Ausschuß für Rechtspflege und Verwaltung legt Ihnen nun folgenden Antrag vor:
Der Landtag wolle beschließen:

I.

1. den Teil der Eingabe, wonach der Landtag bei der Reichsregierung dahin wirken möge, ein Gesetz zu schaffen, das sämtlichen Krankenkassen die Pflicht auferlegt, Familienhilfe zu gewähren, sowie
2. den Teil der Eingabe, wonach im Falle der Ablehnung von 1 den Ländern durch Reichsgesetz die Befugnis zur Einführung der Familienversicherung für ihren Bereich erteilt werden soll, der Regierung empfehlend zu überweisen,
3. den Teil der Eingabe, wonach im Falle der Annahme von 2 ein badisches Landesgesetz zur zwangsweisen Einführung der Familienversicherung erlassen werden soll, der Regierung zur Kenntnisnahme zu überweisen.

II.

Die Regierung zu beauftragen, die im Juni 1920 abgebrochenen Verhandlungen zur Einführung der zwangsweisen Familienversicherung mit den Vertretern der badischen Krankenkassen und der Ärzte wieder aufzunehmen und sie mit tunlichster Beschleunigung unter Berücksichtigung der vom Ausschuß für Rechtspflege und Verwaltung eingenommenen Stellung zu Ende zu führen.

Diesem Antrag füge ich noch die Mitteilung hinzu, daß er im Ausschuß einstimmig beschlossen worden ist, und ich bitte das Hohe Haus, ihm seine Zustimmung zu geben.

Die Beratung wird eröffnet.

Es meldet sich niemand zum Wort.

Die Beratung wird geschlossen.

Der Antrag des Ausschusses hat Widerspruch nicht gefunden und wird für angenommen erklärt.

* * *

Schließlich sei noch mitgeteilt, daß der Süddeutsche Betriebskrankenkassen-Schutzverband auf der Mitgliederversammlung am 19. September d. J. zu Stuttgart nach einem Vortrage von Dr. A. Fischer (Karlsruhe) zu einer Entschließung gelangt ist, in der die süddeutschen Regierungen ersucht werden, im Sinne des Beschlusses des Badischen Landtages auf die Reichsregierung einzuwirken.

Gesundheitsgesetzgebung und -verwaltung.

Deutsches Reich.

Zwei aus rassehygienischen Gründen seit langer Zeit geforderte Maßnahmen gehen jetzt der Verwirklichung entgegen. Die verfassunggebende deutsche Nationalversammlung hat am 11. Juni d. J. ein Gesetz über den Personenstand (RGBl. S. 1209) verabschiedet, wonach in das Gesetz über die Beurkundung des Personenstandes und die Eheschließung vom 6. II. 1875 (RGBl. S. 23) folgende Bestimmung einzufügen ist: „Der Standesbeamte soll den Verlobten und denjenigen, deren Einwilligung nach dem Gesetz erforderlich ist, vor Anordnung des Aufgebots je ein Merkblatt aushändigen, in welchem auf die Wichtigkeit einer ärztlichen Beratung vor der Eheschließung hingewiesen wird. Den Wortlaut des Merkblattes bestimmt das Reichsgesundheitsamt.“ — Hierzu bemerkt Prof. J. Schwalbe (Berlin), daß er bereits im Jahre 1906 für einen gesetzlich bestimmten Austausch von Gesundheitszeugnissen vor der Eheschließung eingetreten ist; ähnliche Forderungen haben später der Bund für Mutterschutz, der Deutsche Monistenbund, der Bund zur Erhaltung und Wahrung der Volkskraft gestellt. Der Ärztliche Verein zu München verlangte im Jahre 1916 nicht nur den gesetzlichen Zwang zu ärztlicher Untersuchung der Ehe Kandidaten, sondern auch eine Eheverbot bei bestimmten Krankheiten, eine Maßnahme, die bereits der Heidelberger Arzt F. A. Mai in seinem noch heute vorbildlichen sozial- und rassehygienischen Gesetzentwurf vom Jahre 1800 angeordnet wissen wollte. Schwalbe weist jedoch darauf hin, daß solche seit mehreren Jahren in einigen Staaten von Nordamerika sowie in Norwegen und Schweden bestehenden rassehygienischen

Eheverbote wenig befriedigende Ergebnisse gezeitigt haben. Auf Grund der von der Berliner Gesellschaft für Rassenhygiene im Jahre 1917 veranstalteten Beratungen zahlreicher gesundheitspolitischer Vereinigungen wurde beschlossen, an die Regierungen eine Eingabe zu richten, in welcher ein (von Schwalbe in der Vossischen Zeitung vom 11. August 1920 veröffentlichtes) Merkblatt für Eheschließende zur Verteilung durch den Standesbeamten beim Aufgebot empfohlen wurde. Schwalbe teilt ferner mit, daß dies Merkblatt bereits in Lübeck eingeführt ist, und daß das vom Reichsgesundheitsamt auszuarbeitende Merkblatt sich jenem im wesentlichen anschließen wird.

* * *

Des weiteren ist über eine rassehygienisch wirkende Maßnahme, die vom Reichsminister des Innern ausgeht, zu berichten. Das Reichsministerium hat in seiner Sitzung vom 3. September 1920 Richtlinien über die rechtliche Stellung der verheirateten Beamtinnen angenommen; alle Reichsbehörden werden künftig hiernach verfahren. In diesen Richtlinien wird zunächst bestimmt, daß das Reich und die Länder alle Gesetze und Verordnungen, wonach Beamtinnen mit ihrer Verheiratung ihr Amt aufgeben müssen, alsbald aufzuheben haben. Sodann werden Anordnungen getroffen, die sich auf den Wohnort und die Wohnung der verheirateten Beamtinnen beziehen. Über die Diensterleichterungen im Falle der Niederkunft wird u. a. folgendes bestimmt: Die verheiratete Beamtin darf 2 Wochen vor und 4 Wochen nach der Niederkunft dienstlich nicht beschäftigt werden. Vom Nachtdienst ist sie 3 Monate vor und 6 Monate nach der Niederkunft zu befreien. Bei Regelung des Dienstes soll nach Möglichkeit darauf Rücksicht genommen werden, daß die verheiratete Beamtin ihr Kind stillen kann (z. B. durch Teilung der Arbeitszeit, Kürzung der Arbeitszeit, Schaffung von Stillstuben usw.). Während der aus Anlaß der Niederkunft gewährten Dienstbefreiung soll die Beamtin auf die Dauer von 10 Wochen das volle Dienst Einkommen, für etwaige weitere 7 Wochen das halbe Dienst Einkommen erhalten. Ist die verheiratete Beamtin aus Anlaß der Niederkunft 8 Wochen oder weniger vom Dienst befreit gewesen, so wird ihr Anspruch auf den jährlichen Erholungsurlaub hierdurch nicht berührt.

Preußen.

Die verfassunggebende preußische Landesversammlung hat am 6. Mai 1920 (Gesetzsamml. S. 280) ein Gesetz betr. die öffentliche Krüppelfürsorge verabschiedet. Hier finden sich u. a. folgende Bestimmungen: Die Fürsorge für Krüppel unter 18 Jahren, die nicht der Anstaltspflege bedürfen, und die Maßnahmen zur Verhütung der Verkrüppelung gehören zu den Aufgaben der Land- und Stadtkreise. Ein Arzt, der in Ausübung seines Berufes bei einer Person unter 18 Jahren eine Verkrüppelung wahrnimmt, ist verpflichtet, hiervon binnen einem Monat unter Bezeichnung des Krüppels und der Verkrüppelung Anzeige zu erstatten. Wer als Arzt oder Hebamme Geburtshilfe leistet, ist verpflichtet, das mit seiner Hilfe geborene Kind auf die Anzeichen von Verkrüppelung zu untersuchen und, falls solche sich finden, die gleiche Anzeige zu erstatten. Lehrer (Lehrerinnen), welche gelegentlich des zur Erfüllung der gesetzlichen Schulpflicht erteilten Unterrichts oder des Ersatzunterrichts hierfür bei ihren Schülern Verkrüppelungen wahrnehmen, sind verpflichtet, diese Schüler namhaft zu machen. Ärzte sowie solche Krankenpflegepersonen und sonstige Fürsorgeorgane, welche gelegentlich ihrer Berufsausübung bei jugendlichen Personen unter 18 Jahren die Anzeichen drohender Verkrüppelung beobachten, sind verpflichtet, diese der zuständigen Stelle bekanntzugeben. Alle diese Anzeigen sind an das in Betracht kommende Jugendamt zu richten. Für den Zeitraum, bis alle Stadt- und Landkreise auf Grund gesetzlicher Bestimmungen Jugendämter haben, bestimmt der Minister für Volkswohlfahrt die Stelle, an welche die Anzeigen zu erfolgen haben. Jeder Stadt- und Landkreis hat mindestens eine Fürsorgestelle für Krüppel zu schaffen oder sich einer solchen anzugliedern; in dieser Fürsorgestelle wird Beratung für Krüppel oder solche Personen unter 18 Jahren erteilt, die der Gefahr der Verkrüppelung ausgesetzt sind. Eine Verkrüppelung im Sinne dieses Gesetzes liegt vor, wenn eine Person (Krüppel) infolge eines angeborenen oder erworbenen Knochen-, Gelenk-, Muskel- oder Nervenleidens oder Fehlen eines wich-

tigen Gliedes oder von Teilen eines solchen in dem Gebrauch ihres Rumpfes oder ihrer Gliedmaßen nicht nur vorübergehend derart behindert ist, daß ihre Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt voraussichtlich wesentlich beeinträchtigt wird. (Vergl. auch den Aufsatz von Prof. Biesalski über „Verstaatlichung der Krüppelfürsorge“ im Heft 1 des 4. Jahrg. der „Sozialhyg. Mitt.“.)

* * *

Entsprechend den vom preuß. Ministerium für Volkswohlfahrt zu Beginn dieses Jahres bekanntgegebenen Richtlinien für die Ausbildung von Kommunalärzten (siehe Heft 2 dieser Zeitschrift S. 49) sind mit Beginn dieses Wintersemesters in Charlottenburg, Düsseldorf und Breslau Sozialhygienische Akademien als Ausbildungsstätten für Kreis-, Kommunal-, Schul- und Fürsorgeärzte geschaffen worden. Der Unterricht, der jeweils 4 Monate währen soll, erstreckt sich auf: 1. Einführung in die großen Aufgaben der sozialen Hygiene auf Grund der Volkswirtschaftslehre, der medizinischen Statistik und der sozialen Pädagogik; 2. Soziale Pathologie; 3. Gesundheitsfürsorge und Krankenfürsorge einschl. Seuchenlehre und Seuchenbekämpfung; 4. Soziale Gesetzgebung, Versicherungsmedizin und Organisation des ärztlichen Standes einschl. ärztlicher Ethik. Über den Unterrichtsplan der Düsseldorfer Akademie, um deren Einrichtung sich der bekannte Kinderarzt und Landtagsabgeordnete Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Schloßmann große Verdienste erworben hat, liegen bereits ausführlichere Angaben vor; wie sich diese Gestaltung in der Praxis bewähren wird, muß naturgemäß erst erprobt werden. Der Bildung der Sozialhygienischen Akademie in Charlottenburg gingen eingehende Beratungen im dortigen Stadtparlament voraus, wo namentlich der Stadtverordnete San.-Rat Dr. Feilchenfeld erfolgreich für die Vorlage eintrat; zur ersten Bestreitung der Unkosten hat die Stadt 30 000 Mark vorschußweise bewilligt. Mit der Leitung der Akademie in Breslau wurde vom Ministerium für Volkswohlfahrt der dortige Hygieniker Prof. Dr. C. Prausnitz betraut. Erwähnt sei noch, daß für Frankfurt a. M., das sich ebenfalls beworben hatte, eine solche Akademie vom Minister für Volkswohlfahrt abgelehnt wurde, weil die anderen Städte sich schon früher gemeldet hatten. Es unterliegt keinem Zweifel, daß ähnliche Einrichtungen, wie sie in den drei preußischen Gebieten geschaffen wurden, auch für Süddeutschland ins Leben gerufen werden müssen, wobei jedoch den anders gearteten Zuständen entsprechende Maßnahmen zu treffen sind.

* * *

Wie der „Frankfurter Zeitung“ vom 28. September d. J. aus Wiesbaden berichtet wird, hat der Unterstaatssekretär und Abgeordnete Gräf (Frankfurt) auf dem Kommunal-landtag die Gründung eines Zweckverbandes zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung und Fürsorgetätigkeit auf dem Lande beantragt. Der Antrag, der als neuer, in Deutschland noch nicht betretener Weg auch zur Linderung der Not im Ärztestande begrüßt wurde, fand Zustimmung. Der Antragsteller und seine Freunde wollen offenbar jetzt den Gedanken der Bildung von Fürsorgezweckverbänden, der von H. Lehmann*), dem Geschäftsführer des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen, ausgeht und in den Kreisen der Allgemeinen Ortskrankenkassen viel Anklang gefunden hat, einmal zur Verwirklichung führen.

Gesundheitsstatistik.

Das vor kurzem erschienene 4. Heft der „Vierteljahrshefte zur Statistik des Deutschen Reiches“ Jahrgang 1919 (Berlin 1920) enthält die vorläufigen Ergebnisse der Volkszählung vom 8. Oktober 1919. In unserer Tafel 1 geben wir die wichtigsten Ziffern wieder; zum Vergleich sind hier die Zahlen aus dem Jahre 1910 (letzte Volkszählung vor dem Kriege) angefügt.

*) Siehe H. Lehmanns Aufsatz im Heft 1 dieses Jahrgangs der „Sozialhygienischen Mitteilungen“.

Tafel 1.

Volkszählungsergebnisse im Deutschen Reich 1919 und 1910.

Staatsgebiete	1919 (vorläufige Ergebnisse)	1910	Staatsgebiete	1919 (vorläufige Ergebnisse)	1910
Preußen	36 621 836	40 165 219	Sachsen-Weimar-		
Provinz Ostpreußen	2 168 999	2 064 175	Eisenach	429 831	417 149
Stadt Berlin	1 891 084	2 071 257	Mecklenburg-		
Provinz Brandenburg	4 288 488	4 092 616	Strelitz	111 219	106 442
„ Pommern	1 740 669	1 716 921	Oldenburg	509 999	483 042
Verwaltungsbezirk			Braunschweig	476 446	494 339
Westpreußen-Posen	3 141 179		Sachsen-Meiningen	274 579	278 762
(1910 Provinz West-			Sachsen-Altenburg	209 904	216 128
preußen u. Posen)		3 803 305	Sachsen-Coburg-		
Provinz Schlesien	5 107 677	5 225 962	Gotha	258 555	257 177
„ Sachsen	3 086 644	3 089 275	Anhalt	326 295	331 128
„ Schleswig-			Schwarzburg-		
Holstein	1 597 557	1 621 004	Sondershausen	92 692	89 917
„ Hannover	2 972 834	2 942 436	Schwarzburg-		
„ Westfalen	4 450 943	4 125 096	Rudolstadt	97 988	100 702
„ Hessen-			Waldeck	63 488	61 707
Nassau	2 246 469	2 221 021	Völkstaat Reuß		
„ Rheinland	6 686 304	7 121 140	(1910 Reuß ältere u.		
Hohenzollern	69 989	71 011	jüngere Linie)	211 324	225 521
Bayern	7 026 003	6 887 291	Schaumburg-Lippe	46 416	46 652
Sachsen	4 641 597	4 806 661	Lippe	151 067	150 937
Württemberg	2 509 089	2 437 574	Lübeck	119 549	116 599
Baden	2 186 235	2 142 833	Bremen	309 193	299 526
Hessen	1 277 631	1 282 051	Hamburg	1 066 287	1 014 664
Mecklenburg-			Zusammen	59 667 929	63 051 979
Schwerin	650 711	639 958	Elsaß-Lothringen	—	1874 014

Das Ergebnis ist für jeden Deutschen, der sein Vaterland liebt, niederschmetternd. Daß die vorläufigen Feststellungen noch irgendwie nennenswert zu ändern sein werden, darf nicht erwartet werden. Sieht man von der gesamten elsass-lothringischen Einwohnerschaft ganz ab, so findet man im Jahre 1919 noch einen Verlust von weit über 3 Millionen Menschen gegenüber dem Jahre 1910. Diese Ziffer ist um so bedeutungsvoller, als das Deutsche Reich vor dem Kriege alljährlich einen Menschenzuwachs von etwa 800 000 Seelen aufwies; in den 9 Jahren seit der Volkszählung im Jahre 1910 wäre mithin eine Bevölkerungszunahme von etwa 7 Millionen Menschen zu erwarten gewesen, wenn wir keinen Krieg erlebt hätten. Am bemerkenswertesten ist die gewaltige Einbuße, die Preußen zeigt; die Ursache hierfür liegt in dem Verlust der zu den früheren Provinzen Westpreußen und Posen gehörenden Gebiete. Aber neben Preußen weisen auch andere Gliedstaaten, so z. B. Sachsen, Hessen, Braunschweig, Sachsen-Meiningen, 1919 kleinere Zahlen auf als 1910. In manchen Gliedstaaten, z. B. in Baden und Württemberg, auch in einigen preußischen Provinzen, wie Ostpreußen, Pommern, Brandenburg, findet man dagegen einen, wenn auch nicht gerade sehr erheblichen Bevölkerungszuwachs; diese Erscheinung dürfte jedoch im wesentlichen auf die Einwanderung von Flüchtlingen aus Elsaß-Lothringen einerseits und aus Posen und Westpreußen andererseits zurückzuführen sein.

* * *

Neben einer Anzahl behördlicher Anordnungen teils allgemeiner, teils örtlicher Art, die während des Weltkrieges getroffen wurden, hat vor allem der als Folge der Kriegswirtschaft in die Erscheinung getretene Mangel an alkoholischen Getränken den Umfang des Alkoholverbrauchs sehr stark beeinträchtigt. Um den Einfluß dieser Maßnahmen auf die Volksgesundheit darzulegen, hat der im preußischen Ministerium für Volkswohlfahrt tätige Geh. Med.-Rat Dr. Beninde den Zugang an Geisteskranken überhaupt sowie ins-

Tafel 2.

Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten, psychiatrische Universitätskliniken, gemeindliche Irrenanstalten und größere Privatirrenanstalten.

Provinzen und Landespolizei- bezirk Berlin (Einwohner)	Gesamt- aufnahme- ziffer		Aufnahme- ziffer 1917 hat gegen- über 1913 zuge- nommen		Aufnahme- ziffer der Deliranten		Aufnahme- ziffer der Alkoholisten		Prozentsatz der Deliranten unter den Aufge- nommenen		Prozentsatz der Alkoholisten unter den Aufge- nommenen		Aufnahme- ziffer der Deliranten 1917 ist gegenüber 1913 zurück- gegangen um		Aufnahme- ziffer der Alkoholisten 1917 ist gegenüber 1913 zurück- gegangen um	
	1913	1917	%	%	1913	1917	1913	1917	1913	1917	1913	1917	%	%	%	%
	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
I																
Ostpreußen	1831	2999	64	—	49	1	242	74	2,6	0,03	13	2,5	98	69		
Westpreußen	909	831	—	9	45	3	169	23	4,9	0,3	18,5	2,5	93	87		
*Brandenburg	2342	2085	—	11	28	—	263	27	1,1	—	11,2	1,2	100	90		
*Berlin	8595	6103	—	29	259	6	1649	329	3	0,09	19	5,3	98	80		
Pommern	1346	1308	—	3	16	1	72	13	1,2	0,07	5,3	0,9	94	82		
Posen	695	541	—	22	3	—	37	9	0,4	—	5,3	1,6	100	75		
Schlesien	5758	4845	—	16	118	7	441	67	2	0,14	7,6	1,3	94	85		
Sachsen	2659	2526	—	5	11	—	107	27	0,4	—	4	1	100	75		
Schleswig-Holstein	2931	2475	—	16	94	6	394	31	3,2	0,2	13,1	1,2	93	92		
Hannover	2264	1818	—	19	49	2	128	13	2,1	0,1	6	0,7	95	89		
Westfalen	1742	1682	—	3	3	—	63	11	0,17	—	3,6	0,6	100	82		
Hessen-Nassau	3560	3559	—	0,02	47	3	778	125	1,3	0,08	21	3,5	93	83		
Rheinprovinz	7821	8986	14	—	133	17	680	242	1,7	0,19	8,6	2,6	87	64		
	42453	39758	—	6	855	46	5023	991	2	0,1	12	2,4	94	80		

* Die im Regierungsbezirk Potsdam gelegenen Privatirrenanstalten sind bei Berlin gezählt mit Rücksicht darauf, daß ihre Besucher in der Mehrzahl aus dem Landespolizeibezirk Berlin stammen werden.

besondere an Deliranten und Alkoholisten in den preußischen Irren- und Krankenanstalten im Jahre 1918 einerseits und 1917 andererseits festgestellt. Seinem Bericht (siehe: „Die Alkoholfrage“ 16. Jahrgang, Heft 1, Berlin 1920) sind unter anderem die Ziffern zu entnehmen, die in unserer Tafel 2 auf Seite 124 wiedergegeben sind.

Man erkennt mit Hilfe dieser Zahlenreihen ohne weiteres, wie stark die Zahl der Erkrankungen, die auf Alkoholmißbrauch beruhen, während des Krieges abgenommen hat. Auch sei darauf hingewiesen, daß der Einfluß der sozialen Umwelt auf die Gesundheitsverhältnisse selten so einwandfrei wie hier nachgewiesen wurde.

* * *

Mit vollem Recht hat kürzlich Prinzing in seiner Schrift „Die zukünftigen Aufgaben der Gesundheitsstatistik“, erschienen als Nr. 1 der „Sozialhygienischen Abhandlungen“ im Verlag der C. F. Müllerschen Hofbuchhandlung in Karlsruhe, betont, daß das in den Krankenkassen liegende große Material für die soziale Hygiene nutzbar gemacht werden soll; freilich wies er zugleich darauf hin, daß es schwierig sei, dieser Forderung gerecht zu werden, da die Auszählung der Kassenmitglieder und Erkrankten nach dem Alter bei den meisten Krankenkassen fehlt. Die Allgemeine Ortskrankenkasse der Stadt Berlin, die sich ja auf dem Gebiete der Statistik der Krankheitsverhältnisse schon wiederholt rühmlich hervorgetan hat, bietet nun bemerkenswerte Darstellungen über die Zustände während der Kriegsjahre dar. Der von der genannten Kasse aufbereitete Zahlenstoff wurde im Reichsgesundheitsamt bearbeitet; die Ergebnisse wurden in den „Veröffentlichungen des Reichsgesundheitsamtes“ 1920 Nr. 16 bekanntgegeben. Das Material ist nach Geschlecht und Altersgruppen, aber leider nicht auch nach Berufsgruppen*) gegliedert. Aus den immerhin sehr interessanten Zahlenreihen seien hier einige Ziffern wiedergegeben.

Die Kasse besaß im Jahre 1915 insgesamt 152 375 männliche Mitglieder; in den Kriegsjahren 1916 und 1917 trat aber ein erheblicher Rückgang ein, und im Jahre 1918 war der Stand auf 103 339 Mitglieder gesunken. Die Zahl der weiblichen Mitglieder betrug 261 891 im Jahre 1915; sie stieg um ein geringes in den folgenden Jahren und belief sich im Jahre 1918 auf 275 784.

Über die Zahl der Krankheitstage, die auf je 1000 der nach Alter und Geschlecht gegliederten Mitglieder während der einzelnen Kriegsjahre entfielen, gibt unsere Tafel 3 Auskunft.

Tafel 3.

Jahre	Zahl der auf je 1000 des durchschnittlichen Mitgliederstandes entfallenden Krankheitstage									
	insgesamt	in den Altersklassen								
		unter 15	15—20	21—24	15—24	25—34	35—44	45—54	55—64	65 und mehr
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
A. Männliche Mitglieder										
1915	9330	4186	6370	4514	5609	8144	10635	12138	19130	32775
1916	10907	9445	7484	4367	6325	9123	13233	13783	21421	37502
1917	13005	11303	9128	4113	6975	9105	13948	17206	35541	83070
1918	14828	16403	10857	8556	10195	14236	16729	14875	19716	37042
B. Weibliche Mitglieder										
1915	8355	3037	5722	5919	5824	10514	9727	10354	12102	21005
1916	10493	7722	6162	7742	6917	13957	12545	9606	14635	27208
1917	12011	9351	6548	8460	7436	15671	14895	16349	19446	40748
1918	16366	18330	9924	13575	11595	19470	19772	19782	21702	31423

*) Vgl. die Ausführungen von Helmut Lehmann im 2. Heft des 4. Jahrg. dieser Zeitschr.

Man entnimmt der Tafel 3, daß von Jahr zu Jahr, besonders aber während des Jahres 1918, die Zahl der Krankheitstage in allen Altersklassen und bei beiden Geschlechtern fast stets erheblich zugenommen hat. Weitere Zahlenreihen unterrichten über die Krankheitsursachen; daraus läßt sich dann ersehen, auf welche Krankheitsarten die Vermehrung der Krankheitstage zurückzuführen sein dürfte. Bei den männlichen wie bei den weiblichen Mitgliedern findet man vor allem eine gewaltige Zunahme der Infektionskrankheiten, namentlich der Grippe im Jahre 1918; aber auch die Krankheiten des Nervensystems, der Atmungsorgane und der Verdauungsorgane zeigen von Jahr zu Jahr beträchtlich steigende Ziffern. Auffallend ist die verhältnismäßig geringe Zahl derjenigen Mitglieder, die wegen Lungentuberkulose erwerbsunfähig waren. Offenbar haben viele Tuberkulöse trotz der Erkrankung gearbeitet; bei vielen Tuberkulösen wird wohl auch der wahre Charakter der Krankheit nicht erkannt oder nicht angegeben worden sein. Erwähnenswert ist noch, daß die Zahl der erwerbsunfähigen Fälle, die Fehl- bzw. Frühgeburt als Ursachen haben, während des Krieges erheblich gesunken ist. Im Jahre 1915 kamen auf 1000 weibliche Mitglieder 11,0 Fälle von Fehl- bzw. Frühgeburt, im Jahre 1918 dagegen nur 7,1. Es scheint jedoch, daß auch bei diesen Angaben Verschleierungen vorliegen.

* * *

In den „Mitteilungen der Zentralstelle des Deutschen Städtetages“ Bd. VII Nr. 12 (Dezember 1919) schildert Dr. Meyer, Direktor des Statistischen Amtes der Stadt Nürnberg, die Ergebnisse einer im Oktober 1919 veranstalteten Rundfrage über die Gesundheits- und Wohlfahrtsämter in deutschen Städten. Von den 105 deutschen Städten, die sich an der Erhebung beteiligten, haben 78 kein Gesundheitsamt, in 10 Städten ist eine solche Einrichtung geplant, in 5 Städten bestehen Institutionen, die Gesundheitsämtern ähneln, und 12 Städte besitzen bereits ein Gesundheitsamt. Einrichtungen ähnlich einem Gesundheitsamt weisen Görlitz, Hamm i. W., Köln, Mülheim a. d. R. und Wandsbek auf; ein Gesundheitsamt besteht bereits in Altenburg, Altona, Bochum, Bonn, Dortmund, Frankfurt a. O., Gera, Halle, Hildesheim, Neuß, Sterkrade und Stettin. — Von den 116 deutschen Städten, die den Fragebogen der Zentralstelle des Deutschen Städtetages beantworteten, haben 26 kein Wohlfahrtsamt, 38 Gemeinden planen eine solche Einrichtung, 17 Städte besitzen Institutionen, die einem Wohlfahrtsamt ähneln, und 35 Städte besitzen bereits ein Wohlfahrtsamt. (Siehe auch unter „Gesundheitspolitik“ auf S. 128 dieses Heftes die Mitteilung betr. die Forderungen der leitenden Kommunalärzte.)

Gesundheitspolitik.

Auf der im September d. J. zu Kassel veranstalteten Tagung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege wurde u. a. das Thema „Die Bekämpfung der Tuberkulose durch die Gesetzgebung“ behandelt. Der erste Berichterstatter Prof. Dr. A. Kayserling (Berlin) stellte folgende Leitsätze auf:

1. Die Tuberkulosebekämpfung in Deutschland bedarf zu ihrem weiteren Ausbau dringend einer Förderung durch die Gesetzgebung.
2. Anzustreben ist ein Reichsgesetz zur Regelung der Fürsorge für Tuberkulöse nach den Grundsätzen der von Robert Koch inaugurierten Seuchenbekämpfung (Tuberkulose-Fürsorgegesetz).
3. Die Fürsorgestellen sind zu öffentlich-rechtlichen Einrichtungen auszugestalten.
4. Eine Meldepflicht an die Fürsorgestellen ist für alle ansteckungsfähigen Formen der Tuberkulose einzuführen.
5. In das Reichsgesetz sind Bestimmungen aufzunehmen:
 - a) über die Unterbringung der an vorgeschrittener Lungentuberkulose leidenden Personen, die ihre Umgebung besonders gefährden;
 - b) über die Fernhaltung von Personen, die mit ansteckungsfähiger Lungentuberkulose behaftet sind, aus Berufen, in denen sie dauernd mit Kindern in Berührung kommen.

Von Helmut Lehmann, dem Geschäftsführer des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen, der den zweiten Bericht erstattete, wurden folgende Leitsätze vorgelegt:

1. Die Organisation der Tuberkulosebekämpfung muß auf dem Fundament der bisher geschaffenen Einrichtungen ausgebaut werden.
2. Das Reichstuberkulosegesetz muß den Städten und Gemeindeverbänden die Pflicht auferlegen, für eine ausreichende Zahl und Ausstattung der Fürsorgestellen zu sorgen. Dabei würde das Gesetz Regelleistungen der Fürsorgestellen vorzuschreiben haben.
3. Ergänzend treten die Leistungen der Sozialversicherung hinzu. Die ihrer Vervollkommnung gewidmeten Arbeitsgemeinschaften zwischen den Trägern der Invaliden- und Krankenversicherung sind zu begrüßen; ihr Ausbau zu Pflichtverbänden ist durch Änderung der Reichsversicherungsordnung vorzusehen.
4. Erwünscht sind Zweckverbände der Städte und Gemeindeverbände mit den Arbeitsgemeinschaften der Sozialversicherung, um die Bekämpfung der Tuberkulose völlig einheitlich zu gestalten.
5. Die Tuberkulosebekämpfung ist durch Provinzial- und Landeskommissare wie durch einen Reichskommissar zu überwachen.

In der auf die beiden Berichte folgenden Aussprache teilte der Vertreter des Reichsministeriums des Innern mit, daß die Reichsregierung einen Tuberkulose-Gesetzentwurf ausgearbeitet habe, der jetzt den Ländern zur Stellungnahme unterbreitet sei und den Forderungen der beiden Berichterstatter entspricht.

Hierzu ist folgendes zu bemerken: So trefflich beide Berichte an sich waren, so wurden sie doch dem vorliegenden Gegenstand nicht ganz gerecht. Die Berichte befaßten sich mit einem Tuberkulosegesetz, nicht aber mit der Bekämpfung der Tuberkulose durch die Gesetzgebung. Werden die von den Referenten gestellten Forderungen erfüllt, so ist ja gewiß mancher Fortschritt zu erwarten; aber eine großzügige, in Wahrheit wirkungsvolle Eindämmung der Tuberkulosegefahr kann nur durch eine Gesetzgebung, die nach Möglichkeit auf die gesamte in Betracht kommende soziale Umwelt, insbesondere auf die Zustände im Nahrungs- und Wohnungswesen sowie auf die Arbeitsverhältnisse und die ärztliche Versorgung der Kinder und nichtversicherten Frauen von erheblichem Einfluß ist, erreicht werden. Darauf hätten die Berichterstatter mit allem Nachdruck hinweisen müssen, wenn sie einen Fortschritt gegenüber dem von der Reichsregierung geplanten Gesetzentwurf, dessen Grundlinien ja bereits bekannt waren (siehe Heft 2 dieses Jahrgangs der „Sozialhyg. Mitt.“), erzielen wollten. In der Aussprache wurde auf diesen Mangel in den Berichten nicht hingedeutet, was ja auch mit Rücksicht auf die den Diskussionsrednern bewilligte Zeit nicht leicht möglich gewesen wäre. Bedauerlich ist auch, daß der Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege von einer Abstimmung der Leitsätze abgesehen hat. Jetzt will man doch nicht nur Reden und Aussprachen hören, man will vielmehr den zur Tat drängenden Willen der gesundheitspolitischen Körperschaften vernehmen.

* * *

Auch der Deutsche Verein für Schulgesundheitspflege hielt im September d. J. zu Kassel seine Jahresversammlung ab. Geh. Med.-Rat Dr. Beninde sprach über „Förderung und Ausnutzung der im Volke vorhandenen gesundheitlichen Kräfte“ und stellte hierbei insbesondere folgende Leitsätze auf:

1. Um die im deutschen Volk vorhandene Volkskraft zielbewußt heben zu können, ist deren genaue Kenntnis nötig.
2. Dazu gaben uns bisher in Ermangelung einer Konstitutionsstatistik die Ergebnisse der Rekrutierungsstatistiken einen wenn auch unvollkommenen Anhalt.
3. In Zukunft ist nach Wegfall der Rekrutierungsstatistiken eine ausreichende Konstitutionsstatistik, besonders auch mit Rücksicht auf die als notwendig anzuerkennende erweiterte systematische Forschung auf dem Gebiete der Leibesübungen, unentbehrlich.
4. Aus den Rekrutierungsstatistiken wie aus den Leistungen des deutschen Volkes während des Weltkrieges ist der Schluß berechtigt, daß Degenerationserscheinungen beachtenswerter Art am deutschen Volkskörper nicht vorliegen.
5. Aus den Gründen für die Militäruntauglichkeit ergibt sich der Schluß, daß ein großer Teil der deutschen Jugend an allgemeiner Schwächlichkeit des Körpers leidet.
6. Diese läßt sich im jugendlichen Alter in den allermeisten Fällen durch zielbewährte Körperübungen ausgleichen. Für eine allgemeine Hebung der Volkskraft sind letztere unentbehrlich.
7. Der Umfang der bisher im deutschen Volke gepflegten Leibesübungen ist hierzu nicht ausreichend.

Erwähnt sei ferner, daß der Königsberger Hygieniker Prof. Dr. Selter sowie Rektor Hertel (Berlin) und Schuldirektor Dr. Roller (Gießen) über „Hygienische Erziehung und Gewöhnung in der Schule“ berichteten. Prof. Selter faßte seine Darlegungen in folgende Leitsätze zusammen:

1. Die hygienische Erziehung in der Schule ist notwendig zur Verbesserung der gesundheitlichen Lebensbedingungen und als Voraussetzung der gesundheitsgemäßen Lebensführung der Schüler selbst.
2. Sie ist die Grundlage der Verbreitung hygienischer Lehren im Volk, der Bekämpfung der Volkskrankheiten und der Hebung der Volkskraft.
3. Die hygienische Erziehung der Schüler ist daher in allen Schulen und auf allen Stufen durchzuführen.
4. Sie hat in der Schule durch die Lehrer zu erfolgen. Der Schularzt ist in geeigneter Weise heranzuziehen.
5. Die hygienische Erziehung der Schüler setzt die hygienische Vorbildung aller Lehrer voraus, die möglichst nach einheitlichen Grundsätzen für die Lehrer aller Lehranstalten durchgeführt werden muß.
6. Diese hygienische Ausbildung umfaßt die allgemeine Hygiene, die Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten und insbesondere die Schulhygiene. Sie ist durch eine Prüfung nachzuweisen.
7. Erwünscht ist ein vorhergehender Unterricht in Anatomie und Physiologie, der für die Kandidaten der naturwissenschaftlichen Fächer als Pflichtfach einzurichten wäre.
8. Es ist Vorsorge zu treffen, daß in der Übergangszeit, bis die ordnungsmäßige hygienische Vorbildung der Lehrer allgemein durchgeführt ist, auch die bereits im Amte befindlichen Lehrer in geeigneter Weise zur hygienischen Erziehung der Schüler befähigt werden.

Auf dieser Versammlung erhob die Vereinigung der leitenden Kommunalärzte folgende Forderung: Neben den gesetzlich einzuführenden Jugendämtern in Stadt und Land sollen Gesundheitsämter mit einem fachmännischen Arzt an der Spitze eingerichtet werden; der Leiter soll festbesoldetes Magistratsmitglied sein. Dem Gesundheitsamt sollen die Angelegenheiten der gesamten Gesundheitspflege übertragen werden, und es soll ihm vor allen Dingen nicht die Gesundheitspflege der Jugend entzogen werden. — Diese Forderung verdient die nachdrücklichste Unterstützung aller Sozialhygieniker.

Bücher- und Schriftenschau.

Adolf Gottstein: Die neue Gesundheitspflege. Verlag von Karl Siegismund, Berlin 1920.

Hugo Selter: Grundriß der Hygiene. Verlag von Theodor Steinkopf, Dresden 1920.
Berichterstatter: Dr. A. Fischer, Karlsruhe.

Die 176 Seiten umfassende Arbeit von Gottstein ist in einer Sammlung gemeinverständlicher Schriften, die den Gesamttitel „Die neue Welt“ trägt und in der man Abhandlungen wie „Die neue Hochschule“, „Der neue Kommunismus“, „Die neue Diplomatie“ usw. findet, erschienen. Wie alle diese Schriften im Titel das Beiwort „neu“ aufweisen, so ist die Gottsteinsche Arbeit „neue Gesundheitspflege“ benannt. Ob Gottstein bei dieser Bezeichnung ganz freie Wahl hatte oder vielleicht gegen seinen Willen hierzu veranlaßt wurde, erfährt man naturgemäß nicht. Aber das Wort „neu“ vor „Gesundheitspflege“ ist in der hygienischen Nomenklatur ganz neu, es ist dehnbar und daher unklar. Der Inhalt der Schrift von Gottstein, um dies sogleich zu sagen, ist jedoch vortrefflich. Nur wer auf Grund von jahrzehntelangen theoretischen Studien und eigenen praktischen Erfahrungen eine umfassende Sachkenntnis besitzt, kann ein so ausgezeichnetes Buch schaffen. Es enthält eine fast vollständige Übersicht über die wichtigsten Teile des sozialen Gesundheitswesens, einschließlich der Seuchenbekämpfung, und stellt ein äußerst lehrreiches, in allen Stücken interessantes Werk dar. Zu bedauern ist nur, daß es nicht den richtigen Namen, nämlich „Soziale Gesundheitspflege“, führt. Denn von den Einflüssen der natürlichen Umwelt auf die Gesundheitszustände ist in dem Buche wenig die Rede, so daß also die Gebiete, die man als „öffentliche Gesundheitspflege“ bezeichnet, fast ganz fehlen. Oder soll vielleicht die „neue Gesundheitspflege“ in Gegensatz zur „öffentlichen

„Gesundheitspflege“ gestellt werden? Das wäre eine Nomenklatur, auf die man wohl verzichten könnte. — Es ist aber nicht allein der Name der neuen Arbeit von Gottstein, wogegen man Bedenken äußern muß. Zunächst sei auf Widersprüche, die sich in dem Buch finden, hingewiesen. Gottstein legt dar, daß nicht die (von ihm naturgemäß wohl gewürdigten) Fortschritte der ärztlichen Kunst die Ursache dafür waren, daß vor dem Kriege die Sterblichkeit so stark abnahm; im Gegensatz hierzu behauptet er aber, indem er gegen einen „verdienten Sozialhygieniker“ polemisiert, daß die soziale Versicherung Anteil an der Verminderung der Sterbeziffern habe, da „eine tatsächliche Einwirkung der vorbeugenden Behandlung auf den Ausgang der Krankheiten für die meisten Fälle ganz allgemein erwiesen“ ist. Wundern muß man sich auch darüber, daß Gottstein es als einen Erfolg der Gesundheitsfürsorge bezeichnete, daß „die Sterblichkeitsziffer der Besucher der Säuglingsfürsorgestellen bedeutend geringer als die Gesamtsäuglingssterblichkeit der betreffenden Stadt, die Stillziffer meistens höher“ ist; Gottstein hat, als er dies niederschrieb, offenbar nicht daran gedacht, daß die Fürsorgestellen zumeist nur die besseren Elemente besuchen, nicht aber die Personen, welche der Fürsorge am meisten bedürften. Die Fürsorgestellen haben gewiß einen großen Wert; aber haben sie tatsächlich für die Sterblichkeitsverminderung eine so viel höhere Bedeutung als die ärztliche Kunst? Skeptizismus gegenüber Behauptungen, die sich auf hygienische Erfolge beziehen, ist sicherlich berechtigt, aber dann ist er immer und nicht nur in ausgewählten Fällen angebracht. — Ein Satz des Gottsteinschen Buches muß noch beleuchtet werden; er lautet: „Es ist daher begreiflich, wenn ein Hygieniker wie Kibkalt das Wesen der Sozialhygiene überhaupt nur in dem Studium der besonderen Gesundheitsverhältnisse der Armut erblicken wollte.“ Gegen diese Auffassung von Kibkalt habe ich mich schon einmal ausgesprochen. Da Gottstein ihr beitrifft, so sei, um die Irrtümlichkeit der Meinung, daß die Sozialhygiene identisch mit der Hygiene der Armen ist, z. B. nur daran erinnert, daß in sehr häufigen Fällen die Bedingung für die Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten oder der Rauschvergiftungen nicht in der Armut, sondern gerade in dem Geldüberfluß liegt. Sozialhygiene treiben heißt, die Einflüsse der sozialen (kulturellen) Umwelt auf die Gesundheitsverhältnisse erforschen; die soziale (kulturelle) Umwelt ist jedoch naturgemäß nicht nur die Welt, in welcher die Armen leben. — Aber die hier geäußerten Einwände, die der pflichtbewußte Kritiker nicht verschweigen darf, sollen den Wert der Gottsteinschen Schrift keineswegs beeinträchtigen.

Bei dem von Selter herausgegebenen „Grundriß der Hygiene“ handelt es sich um ein zwei große Bände umfassendes Werk, dessen Bearbeitung auf 12 Autoren verteilt wurde. Der „Grundriß“ war zum größten Teil schon vor dem Kriege gesetzt, konnte aber erst im Jahre 1919 fertiggestellt werden; einige Neuerungen und Erfahrungen des Krieges wurden, soweit es technisch möglich war, noch aufgenommen. Die Ausstattung trägt noch ganz den Charakter der gediegenen Friedensware. — Nun zu dem Inhalt. Da wir an guten, kurzgefaßten Handbüchern der Hygiene keinen Mangel haben, so wird mancher geneigt sein, die Bedürfnisfrage zu stellen. Eine solche Frage halte ich aber in der wissenschaftlichen Literatur für ganz unangebracht. Wir müssen für jede neue Bearbeitung des Stoffes dankbar sein, da jeder Forscher wenigstens stellenweise doch wieder von anderen Gesichtspunkten ausgeht. Insbesondere bemüht sich Selter, ähnlich wie Prausnitz in der neusten Auflage seiner „Grundzüge der Hygiene“ (siehe meinen Bericht in Nr. 1 des Jahrg. 4 dieser Zeitschr.), insofern etwas Neuartiges zu bieten, als er in seinen „Grundriß der Hygiene“ auch die soziale Hygiene einzubauen sucht. Wäre dieser Versuch gelungen, so hätten wir einen „Grundriß der Hygiene“; tatsächlich liegt aber nur ein Grundriß der physischen Hygiene vor, dem einige nicht immer geglückte sozialhygienische Darlegungen eingegliedert sind. — Es ist für mich ganz besonders peinlich, an Werken wie dem von Prausnitz und dem von Selter, die in gewisser Hinsicht vortrefflich sind, Kritik üben zu müssen. Daher sei wie gegenüber dem Buche von Prausnitz so auch dem „Grundriß“ von Selter gegenüber mit Nachdruck betont, daß es als Lehrbuch der physischen Hygiene jedes Lobes wert ist. Auch das Bestreben Selters, der sozialen Hygiene gerecht zu werden, soll voll anerkannt werden. Aber als Sozialhygieniker habe ich die Pflicht, zu zeigen, daß diese Bemühung Selters von Erfolg nicht begleitet ist und gemäß den Ausführungen von Reiter über hygienische Lehrbücher (siehe diese

Zeitschrift, Jahrg. 4, Heft 2 S. 58) nicht begleitet sein konnte. — Der erste Band von dem „Grundriß“ umfaßt 528 Seiten und ist betitelt: „Allgemeine und soziale Hygiene, die übertragbaren Krankheiten.“ Das erste Kapitel ist „Volksentwicklung und Gesundheitsstatistik“ überschrieben und hat J. Kaup, den einzigen Sozialhygieniker unter den 12 Autoren, zum Verfasser. Bei aller sonstigen Wertschätzung Kaups muß ich sagen, daß dies Kapitel wenig geglückt ist; es ist zu wenig Eigenes zu verspüren, zu viel ist von anderen, namentlich von Prinzing entnommen. Bedauerlich ist, daß Selter die Bearbeitung dieses Kapitels, das Kaup offenbar nicht recht lag, nicht Prinzing übertragen und Kaup mit anderen Abschnitten betraut hat. Von den Abschnitten des ersten Bandes sind die Abhandlungen „Körperpflege durch Baden und Leibesübungen“ von F. A. Schmidt (Bonn) und „Gesundheitspflege des Kindes“ von Selter selbst mit der Gediegenheit bearbeitet, die sie bei Darstellungen derselben Gegenstände schon in anderen Werken bekundet haben. Keine Befriedigung findet man als Sozialhygieniker beim Lesen des Kapitels „Ernährung und Nahrungsmittel“ von Prof. Dr. med. und med. vet. E. Küster (Freiburg i. B.), weil diese Ausführungen mehr auf den Nahrungsmittelchemiker und Veterinär als auf den in der Praxis stehenden Sozialhygieniker Bedacht nehmen. Und ebensowenig genügt das ganz von bakteriologischen Gesichtspunkten aus geschriebene Kapitel „Die übertragbaren Krankheiten“, in dem sich auch der Abschnitt „Tuberkulose“ findet — Verfasser: Dr. A. Adam —, sozialhygienischen Ansprüchen. Bezeichnend für diese Art der Darstellung ist folgender Satz: „Bestrebungen zur Verbilligung der Nahrungsmittel und Verbesserung der Wohnungsverhältnisse werden als wertvolle Bekämpfungsmaßnahmen (der Tuberkulose. D. Berichterst.) hingestellt.“ Hingestellt? Das sagt viel! Tatsächlich verspricht sich Adam, wie er dann ausführt, im Hinblick auf die Gleichgültigkeit, die man gerade in den sozial ungünstig gestellten Kreisen finde, mehr Erfolg von der Aufklärung. Unzulänglich behandelt ist der dem Kapitel „Ernährung und Nahrungsmittel“ am Schluß angefügte Abschnitt „Alkoholismus und Bekämpfung der Trunksucht“, und geradezu dürftig sind die kurzen Bemerkungen über „Versicherungsgesetzgebung“, die in das von Gewerberat Dr. Kirchner verfaßte Kapitel „Arbeiterschutzmaßnahmen“ eingereiht wurden. Der zweite Band, der 319 Seiten stark ist, beschäftigt sich ausschließlich mit gesundheitstechnischen Gebieten wie Trinkwasserversorgung, Beseitigung der Abfallstoffe, Lüftung und Heizung, Beleuchtung u. a. m. Es ist bezeichnend für das ganze Werk, daß lediglich in diesem Zusammenhang das Wohnungswesen erörtert wird. Da für die Behandlung dieses Kapitels ein Baudirektor gewählt wurde, so entspricht, wie zu erwarten war, die Darstellung den Anforderungen des Sozialhygienikers nicht. — Aber trotz dieser kritischen Bemerkungen kann man das Seltersche Werk allen hygienisch interessierten Personen bestens empfehlen.

Grober und Hobstetter: Die Vereinheitlichung der Gesundheitspflege im Lande Thüringen. Erfurt 1919, Gebr. Richters Verlagsanstalt.

Berichterstatter: Medizinalrat Dr. Michael, Ilmenau.

Heft 7 der Flugblätter „Das neue Thüringen“, herausgegeben von Dr. Carl Rauch, Professor an der Universität Jena, und Dr. Edwin Redslob, Direktor des städt. Museums zu Erfurt, behandelt „die Vereinheitlichung der Gesundheitspflege im Lande Thüringen“. Wie bei dem Zusammenschluß der thüringischen Staaten zu einem organischen Gebilde alles das, was an wichtigen Fragen auftaucht, von berufenen Vertretern auf staatsrechtlichem, volkswirtschaftlichem, kulturellem Gebiete in einzelnen Heften zur Darstellung gebracht wird und dazu beitragen soll, Verständnis dafür zu erwecken, daß es in der Thüringer Einheitsbewegung um das ganze Land und alle seine Bewohner geht, so wollen Prof. Dr. Grober-Jena durch Zusammenfassung des „Gesundheitswesens im Lande Thüringen“ und Prof. Dr. Hobstetter-Jena durch Bericht über „das Veterinärwesen“ die Vereinheitlichung der Gesundheitspflege im Lande Thüringen fördern helfen. Auf keinem anderen Gebiete des öffentlichen Lebens ist die jetzt vollzogene Gemeinschaft der Thüringer Bundesstaaten so vorbereitet gewesen, wie auf dem Gebiete des Gesundheitswesens: Die zum Allgemeinen ärztlichen Verein von Thüringen seit Jahrzehnten zusammengeschlossene Ärzte-

schaft Thüringens, die Thüringer Medizinische Fakultät in Jena, die Thüringische Landesversicherungsanstalt mit ihren Zweiganstalten, die thüringischen Sektionen der Berufsgenossenschaften, das Nahrungsmittel-Untersuchungsamt in Jena und andere Einrichtungen bilden den festen Grundbau, von dem aus und an den anschließend sich das Gesundheitswesen des neuen Landes Thüringen kräftig und gedeihlich entwickeln kann. Indem der Verfasser die bisherige Vielgestaltigkeit und den Mangel der Einheitlichkeit in vielen Fragen des Gesundheitswesens hervorhebt, gibt er an einer Reihe von Einrichtungen der Überzeugung Ausdruck, daß nur durch eine vollständige Verschmelzung der Thüringer Staaten das Gesundheitswesen gedeihen kann. Die Einheitlichung der Krankheitsbekämpfung und der Krankheitsheilung hatte unter der Zerstückelung des Landes bisher besonders zu leiden. Es bedarf auf dem Gebiete der Seuchenbekämpfung der einheitlichen Leitung. Auch das Krankenhauswesen muß gleichmäßig organisiert werden, ebenso die Ausbildung des Krankenhauspersonals, des Gesundheitspersonals überhaupt. Einheitlich gestalten muß sich die Krankheitsfürsorge, das Fürsorgewesen für ganz Thüringen. Die Medizinalverwaltungsstellen des künftigen Thüringen müssen Hand in Hand arbeiten mit den Bildungsstellen des Landes. Indem der Verfasser die Aufgaben der verantwortlichen ersten Stelle im Gesundheitswesen als mannigfaltig und schwierig bezeichnet, läßt er es dahingestellt, in welches Ministerium die Medizinalabteilung, an deren Spitze ein Arzt stehen muß, einzureihen ist. Als dringend wünschenswert verlangt er, daß sowohl die Medizinalräte der einzelnen Verwaltungskreise, als auch die diesen untergeordneten Kreisärzte vollbesoldet sind und sich der Praxis vollständig enthalten. So ist durch eine Neugestaltung des gesamten thüringischen Gesundheitswesens eine Verbesserung und Steigerung der Gesundheit des ganzen Volkes zu erhoffen. Die Schrift enthält manches, womit man nicht einverstanden sein kann, und auch die Vertretung der beamteten Ärzte Thüringens hat die Grobersche Abhandlung und die darin enthaltenen Vorschläge als nicht geeignet bezeichnet, als Grundlage für den Ausbau des Gesundheitswesens in Thüringen zu dienen. Es sind dem Lande Thüringen mehrfach Aufgaben zugewiesen, die besser einheitlich für das ganze Reich zu bearbeiten sind. — Der zweite Verfasser, Prof. Dr. A. Hobstetter, verspricht sich viel durch Vereinheitlichung des Veterinärwesens für die Tierzucht und für die Volksernährung. Er weist hier auf die dem Veterinärwesen Thüringens zurzeit noch anhaftenden erheblichen Mängel und ihre Ursachen, weist den Weg zur Einheit und zeigt, daß dieser Weg bald beschritten werden muß, wenn die Volkswirtschaft Thüringens vor weiterem vermeidbarem Schaden bewahrt werden soll; er hofft, daß durch einheitliche Organisation und Regelung auf dem Gebiete des Veterinärwesens ganze Arbeit geleistet wird zum Nutzen der Tierzucht und zum Segen der Allgemeinheit.

Ernst Tomor: Die Grundirrtümer der heutigen Rassenhygiene. Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der praktischen Medizin. Leipzig, Curt Kabitzsch 1920. 20 S.

Berichterstatte: Prof. Dr. Ph. Kuhn, Direktor des Hygienischen Instituts zu Dresden.

Tomor wirft der Rassenhygiene, wie sie von Schallmayer und Ploetz begründet ist, mehrere Irrtümer vor. M. E. weist er mit Recht darauf hin, daß bei den rassenhygienischen Betrachtungen die uneheliche Nachkommenschaft manchmal nicht genügend beachtet wird. Ich glaube aber, daß Tomor viel zu weit geht, wenn er aus dieser Feststellung die Anschauungen von Schallmayer, Siemens, Theilhaber über das Auf- und Absteigen von Familien als irrtümlich erklärt. Es bedürfte viel genauerer Untersuchungen und Betrachtungen, um diesen Schluß zu rechtfertigen, als sie die kleine, 20 Seiten lange Schrift enthält. Vor allem müßte eine sehr eingehende Untersuchung über das Schicksal der unehelichen Kinder erfolgen. Ich verweise hier auf die neueren, verdienstvollen Arbeiten von Reiter über die Unehelichen.

Tomor wendet sich weiter gegen den Schallmayerschen Begriff von Talent, den er einseitig und unstatthaft nennt. Er scheint zu glauben, daß Sch. eine besondere Art sozial

erfolgreicher Talente im Gegensatz zu ungezählten Talentengruppen oder Qualitätskombinationen unterscheidet, bei denen das soziale Aufkommen nur eine sekundäre Bedeutung hat. Tomor legt hier in die Ausführungen Schallmayers etwas hinein, was letzterer nicht gemeint hat. Einen solch engen Umfang hat der Begriff „sozial aufgestiegen“ bei Schallmayer nicht.

Kuhn: Gedenke, daß du ein deutscher Ahnherr bist. Festrede. Steinkopf, Dresden-Leipzig, 1920. 15 S.

Berichterstatter: Sanitätsrat Dr. Weinberg, Stuttgart.

Der Verfasser beantwortet die Frage, ob das deutsche Volk schon vor dem Kriege in Entartung begriffen war oder ob sein derzeitiger sittlicher, geistiger und körperlicher Zustand nur eine vorübergehende Reaktion auf die Ungunst der äußeren Verhältnisse ist, bezüglich der körperlichen Krankheiten in letzterem Sinne, kommt aber doch zu dem Ergebnis, daß es zahllose verbrecherische und psychisch minderwertige Genossen aufweist. Die Gefahr des Rassenuntergangs sei daher nicht leicht zu nehmen. Als Heilmittel empfiehlt er die Auslese bei der Ehe durch Aufstellung von ärztlichen Eheberatern und Austausch von Gesundheitszeugnissen, Ausschluß und freiwilligen Verzicht der Verbrecher und Geisteskranken von Ehe und Zeugungsmöglichkeit, und Frühehe, die durch die Wohnungsnot begünstigt werde, Erhöhung der Anfangsgehälter, sowie geschlechtliche Aufklärung. Über die Frage der Kinderzahl äußert er sich nicht; wir finden bei ihm nur den Gedanken, daß die Masse allein es nicht tut. Auch ist die Behandlung des Gegenstandes insofern einseitig, als die Möglichkeit der Neuentstehung von schlechten Erbanlagen unbedingt besteht und insbesondere durch den Alkoholismus gegeben ist. Gerade auch den Studenten, an die sich der Verfasser wendet, müßte dies besonders eingeschärft werden. Das von ihm Vorgetragene wäre auch für weitere Kreise beherzigenswert.

Beschoren: Die Verstaatlichung des Heilwesens. Dessau, C. Dünnhaupt. 32 Seiten.

A. Bergmann: Die Arztfrage im Lichte der sozialen Medizin und Gesundheitspflege. Breslau, Volkswacht-Buchhandlung. 46 Seiten.

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

Beschoren gibt in der vorliegenden Schrift zunächst eine Schilderung und Kritik der bisherigen ärztlichen Versorgung in der Kassenpraxis, wobei er der Tendenz seiner Schrift entsprechend die Schattenseiten der kassenärztlichen Tätigkeit besonders bei der freien Arztwahl stark hervorhebt, um sich den Beweis, daß die Verstaatlichung des Ärztestandes das einzige Heilmittel sei, zu erleichtern. Die Grundlagen und Form der Verstaatlichung des Heilwesens werden dann verhältnismäßig kurz geschildert, wobei die vermeintlichen Vorteile der Zentralisation der ärztlichen Behandlung besonders hervorgehoben werden und die Bedeutung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient, wie es von den Anhängern des Verstaatlichungsgedankens ja meistens geschieht, sehr gering angeschlagen wird. Erwähnt wird dann noch die Bedeutung der Verstaatlichung für die Aufgaben der sozialen Hygiene, im übrigen ein neuer Gedanke in dieser Beziehung nicht vorgebracht.

In einem Nachwort rechnet dann der Verfasser mit dem letzten deutschen Ärztetag und seiner die Verstaatlichung der Heilärzte ablehnenden Entschliebung ab und hebt noch einmal alle die Vorteile hervor, die der ärztliche Stand von der Verstaatlichung haben werde. Ein Fehler der klar und gewandt geschriebenen Schrift ist der, daß sie die Frage gar zu sehr vom ärztlichen Interessenstandpunkt auffaßt und dadurch die Schilderung ihrer Bedeutung für die Allgemeinheit zu kurz kömmt. Daß der Verfasser den wichtigsten und entscheidenden Punkt, den finanziellen, kurzerhand mit der Bemerkung abtut, daß da, wo ein Wille sei, sich auch ein Weg finde, ist eine Erscheinung, die man nachgerade bei allen Anhängern des Verstaatlichungsgedankens gewöhnt ist, und solange sie uns hier nicht besseres zu bieten haben, werden alle ihre Forderungen fromme Wünsche bleiben. In einem bankerotten Staate hört schließlich alle soziale Wohlfahrt auf. Diese Tatsache wird man sich immer

vor Augen halten müssen, so bedauerlich sie ist. Trotz dieser Ausstände können wir die Schrift jedem empfehlen, der sich kurz über die Frage der Verstaatlichung des Heilwesens unterrichten will.

Die Schrift von Bergmann ist in erster Linie eine scharfe, stellenweise gehässige Polemik gegen den Leipziger Ärzteverband und die freie Arztwahl. In der Frage der Sozialisierung des Heilwesens kommt sie über Gemeinplätze nicht hinaus und bringt keinen originellen Gedanken. Anordnung und Durcharbeitung des Stoffes lassen jede Sorgfalt vermissen. Es lohnt sich um so weniger, mit dem Inhalt der Schrift sich näher zu befassen, als dem Verfasser, der Angestellter der Allg. Ortskrankenkasse in Breslau in leitender Stellung ist, das tragikomische Geschick zuteil wurde, daß diese Krankenkasse beschlossen hat, die freie Arztwahl einzuführen.

H. Reiter: Zur Konstitution des unehelichen Kindes. Deutsche Med. Wochenschrift 1920, Nr. 36.

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

Für die Frage, ob es wünschenswert oder gar notwendig ist, mit der Fürsorge für das uneheliche Kind, so wie sie in Norwegen bereits gesetzlich geregelt ist, schon mehrere Monate vor der Geburt einzusetzen, ist die Prüfung der Konstitution des unehelichen Kindes gewiß von nicht geringem Interesse. Erwiese sie sich als minderwertig, so hätte die Forderung nach frühzeitiger Einleitung von Fürsorgemaßnahmen auch vom Standpunkt der Gesundheitsfürsorge aus ihre Berechtigung. Verfasser ist gewillt, diese Frage auf Grund seiner Untersuchungen an sämtlichen in den Jahren 1917—19 in Rostock geborenen Kindern, über die an der Hand amtlicher Aufzeichnungen genauere Angaben über Gewicht und Länge zu erhalten waren, bedingungslos zu bejahen. Er kommt zu diesem Ergebnis auf Grund folgender statistisch gewonnener Schlüsse:

1. Während in den Körperlängenverhältnissen der neugeborenen ehelichen und unehelichen Kinder keine charakteristischen Unterschiede bestehen, ist eine Differenz der Körpergewichte von fast 200 g zuungunsten der unehelichen vorhanden.

2. Die gleiche Erscheinung zeigt sich bei einer Gegenüberstellung von unehelichen und ehelichen Neugeborenen vollstillender und nicht vollstillender Mütter. (Doch ist schon bei den Kindern gar nicht stillender Mütter bemerkenswerterweise die gleiche Verschiedenheit zwischen ehelichen und unehelichen nicht vorhanden.)

3. Bei Verfolgung der Aufzuchtverhältnisse der ehelichen und unehelichen Kinder in den ersten 8 Wochen bleibt die Entwicklung der unehelichen Kinder trotz guter Pflege gegenüber der normalen Entwicklung ehelicher Kinder deutlich verlangsamt.

Käme diesem Satz allgemeine Geltung zu, so wäre daraus in der Tat, wie Verfasser es will, auf eine „angeborene geringere körperliche Wertigkeit der unehelichen Kinder“ zu schließen, jedenfalls mit noch mehr Recht als auf Grund der Feststellung eines zu niederen Geburtsgewichtes. Schließlich entscheidet ja ein mehr oder weniger ausgebildetes Fettpolster nicht über die körperliche Wertigkeit eines Kindes, ganz abgesehen von der vom Verfasser nicht berücksichtigten Frage, inwieweit die bei den unehelichen Müttern in der Regel bis zum Geburtstermin durchgeführte körperliche Arbeit das Geburtsgewicht des Neugeborenen beeinflußt haben könnte. Aber auch die Schlußfolgerung einer verlangsamtten Entwicklung unehelicher Kinder in den ersten 8 Lebenswochen hält einer kritischen Prüfung nicht stand. Reiter vergleicht die körperliche Entwicklung von unehelichen Kindern eines Rostocker Versorgungshauses mit den von Camerer gewonnenen Normalwerten bei ehelichen. Daraus darf kein weiterer Schluß gezogen werden als der hinlänglich bekannte, daß die Entwicklung der Säuglinge in Anstalten auch bei „besten Pflege und Nahrung“ hinter der in Einzelpflege zurücksteht. Zu weiteren Folgerungen gibt das Material von Reiter m. E. kein Recht. Die Frage, ob uneheliche Kinder auch körperlich minderwertig sein müssen, bleibt daher vorerst noch offen.

O. Kieffer: Statistische und klinische Beiträge zur Lungentuberkulose, mit besonderer Berücksichtigung der Kriegseinflüsse. Ztschr. f. Tuberk. Bd. 92 S. 65—82 und 129—150.

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

Die Zunahme der Tuberkulose während des Krieges hat der Anschauung vieler Sozialhygieniker, daß das Auftreten der Tuberkulose nicht nur vom Tuberkelbazillus und dessen mehr oder weniger großen Wirkung, sondern auch in sehr hohem Grade von den äußerlichen Verhältnissen, welche die Widerstandskraft des einzelnen bedingen, abhängig sei, in grausamer Weise Bestätigung gebracht. Die Abnahme der Tuberkulosesterblichkeit in der Zeit vor dem Kriege beruhte einerseits auf der größeren Widerstandsfähigkeit der Bevölkerung durch bessere Ernährung, gesünderes Wohnen, hygienisch gute Arbeitsstätten, andererseits auf der frühzeitigen Inangriffnahme der Behandlung, wozu die Krankenkassen, die Versicherungsanstalten und teilweise auch die Gemeinden und Private die nötigen Mittel zur Verfügung stellten. Allés dies erfuhr durch den Krieg und die traurigen Zustände nach Beendigung desselben eine weitgehende Einschränkung. In einer guten klinischen Bearbeitung des Materials des von Dr. Harms geleiteten städtischen Lungenspitals in Mannheim aus der Zeit von 1912 bis 1919, in welcher 2312 zumeist der sozial schlechter gestellten Bevölkerung entstammende Fälle in Behandlung kamen, führt Kieffer vor Augen, daß die Tuberkulose auch durchweg bösartiger auftritt. Sie sei eine ganz andere Krankheit als früher; dies wäre wohl besser so ausgedrückt, daß die Tuberkulose, nachdem fast alles wegfiel, was ihre Ausbreitung beschränkte, wieder den Charakter früherer Zeiten annahm, in denen die „galoppierende Schwindsucht“ eine so große Rolle spielte. Damit hängt es auch zusammen, daß die „offene Tuberkulose“ häufiger geworden ist. Bei den statistischen Angaben vermißt man leider jede Beziehung zum Geschlechts- und Altersaufbau Mannheims; Gliederungszahlen aus einem Krankenmaterial allein lassen keine direkten Schlüsse zu. Kieffer spricht von einer raschen Zunahme der Tuberkulose beim weiblichen Geschlecht; es besteht allerdings die Wahrscheinlichkeit, daß der erhöhte Eintritt weiblicher Personen in die industrielle Tätigkeit die Gefahr, an Tuberkulose zu erkranken, steigerte; die Möglichkeit, in Heilstättenbehandlung zu kommen, war übrigens schon vor dem Kriege für die Frauen weniger leicht als für die Männer. Die höhere Gefährdung des weiblichen Geschlechts im Alter der Entwicklung und der Geburtstätigkeit ist eine längst bekannte Tatsache. Bei der Besprechung der Disposition fordert Kieffer mit Recht, daß zwischen phthisischem und asthenischem Habitus unterschieden werde; der phthisische Habitus, der bei 40% der Kranken gefunden wurde, sei bei mehr als der Hälfte eine sekundäre Erscheinung; Verknöcherung der ersten Rippe wurde häufig bei den Kranken vermißt. Viel häufiger sei der asthenische Habitus mit Kleinheit des Herzens und der Gefäße; leider werden hierfür keine Zahlen angeführt; für die Prognose sei er von schlimmer Bedeutung. Diese Form der Konstitutionsschwäche ist einer weiteren Erforschung bei Gesunden und Kranken sehr bedürftig, da sie vielleicht für die Frage der Vererbung der Disposition zu Tuberkulose von grundlegender Bedeutung ist.

W. Fromme: Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten mit besonderer Berücksichtigung sozialhygienischer Verhältnisse. Zeitschr. f. Hygiene und Infektionskrankheiten, Bd. 40.

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

Es ist zunächst zu begrüßen, daß eine Zeitschrift, die nach ihrer Tradition im wesentlichen der Veröffentlichung bakteriologischer Arbeiten dient, nunmehr dem Bedürfnis der Zeit entsprechend auch solchen sozialhygienischer Richtung ihre Spalten öffnet. — Fromme sucht an der Hand eines Materials von ca. 1200 Geschlechtskranken, das er während des Krieges als Korpshygieniker bearbeitet hat, einen großen Teil der Fragen, die für die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten von Bedeutung sind, auf statistischem Wege zu ergründen.

Wiewohl eine Zahl von 1200 Kranken gerade auf dem Gebiet der weitverbreiteten Geschlechtskrankheiten viel zu klein ist, als daß eindeutige Folgerungen daraus gezogen werden könnten, sind die Ergebnisse Frommes immerhin wertvoll, zumal sie sich in wichtigen Punkten mit denen anderer decken, die, wie Mulzer und Gans, ein weit umfangreicheres Material zu bearbeiten Gelegenheit hatten.

So weist Fromme auf den Wert der Frühbehandlung und im Zusammenhang damit auf die Notwendigkeit einer solche immer wieder anstrebenden Aufklärung hin.

Er unterstreicht ferner die Wichtigkeit der Beratungsstellen für die Erfassung besonders der chronisch Geschlechtskranken. Er kommt an der Hand seiner Zahlen (aus dem Jahre 1917) zu dem Ergebnis, daß die Großstädte ungleich stärker an der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten beteiligt seien, als das flache Land. (Dieses Verhältnis hat sich in den letzten Jahren sehr zu Ungunsten der Landbevölkerung verschoben. Ref.)

Bei der Erforschung der Infektionsquellen gelangt er zu der Feststellung, daß ca. 75% der als Ansteckungsquelle angegebenen Personen der geheimen, nicht gewerbsmäßigen Prostitution angehören und beklagt, daß bei dem Ermittlungsverfahren zuweilen unsichere oder falsche Ergebnisse in den polizeilichen Akten niedergelegt seien. Darum stellt er die Forderung auf, daß solche Ermittlungsuntersuchungen, deren Wichtigkeit für die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten er ganz besonders unterstreicht, mit allen Mitteln der Wissenschaft anzustellen seien und daß dazu „die Fachärzte in weitestem Umfang herangezogen“ werden müßten.

Den Einfluß des Alkohols als „Anreiz“ zum Geschlechtsverkehr glaubt Fr. ungefähr in der Hälfte seiner Fälle ausschalten zu können.

Wesentlich erscheint auch die Schlußfolgerung Fr's., daß sich unter den Verhältnissen des besetzten Gebietes eine gut überwachte kasernierte Prostitution hygienisch ungefährlicher erwiesen hat, als eine „frei vagierende öffentliche“.

Die Arbeit wird für Ärzte wertvoll ergänzt durch den Anhang, in welchem die Uhlentheitsche Anleitung für die ärztlichen Belehrungen bei Gesundheitsbesichtigungen wiedergegeben ist. Ursprünglich zwar für militärärztliche Zwecke bestimmt, ist sie als Grundlage für Belehrungs- und Aufklärungsvorträge doch gut zu verwerten.

Auf Grund des reichen Inhalts, der im kurzen Referat nicht erschöpfend zu behandeln ist, kann Ärzten und Laien empfohlen werden, die sehr fleißige Arbeit im Original zu lesen.

Martin, Alfred: Beiträge zur Geschichte der Syphilis in deutschen Landen im 15. und 16. Jahrhundert. Mit 2 Abb. im Text. Leipzig, bei Leopold Voss. 1920. 8^o, 30 Seiten.

Berichterstatter: Prof. Dr. med. Diepgen, Freiburg i. B.

Die ohne Zweifel mit größter Wissenschaftlichkeit geschriebene Arbeit des Verfassers, die ein großes Material von bedeutendem historischem Interesse bringt, das zu referieren den Rahmen dieses Blattes und den zur Verfügung stehenden Raum weit überschreiten würde, ist bemüht, mit Hilfe zahlreicher, bisher zum großen Teil unbekannter Chronistenstellen den Nachweis zu liefern, daß die Syphilis an der Schwelle der Neuzeit doch eine für Europa neue, seuchenartig auftretende Krankheit war und den von Sudhoff endgültig widerlegten amerikanischen Ursprung von neuem plausibel zu machen. Referent muß gestehen, daß er durch Martins Darlegungen in seiner „antiamerikanischen“ Überzeugung nicht erschüttert wurde. Chroniken sind und bleiben unsichere historische Zeugen, und bei den von Chronisten vom Hörensagen oder auch aus eigener Anschauung berichteten schweren Krankheitsformen bleibt immer die Frage offen, ob es sich wirklich um Lues gehandelt hat oder nicht. Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden, vor allem die Widerlegungsversuche der Beweiskraft wichtiger, von Sudhoff gebrachter Details zum Namen Franzosenkrankheit, Gotteslästereredikt u. ä. Auf zwei reproduzierten zeitgenössischen Gemälden vermutet M. ebenfalls Syphilisdarstellungen.

L. Teleky, H. Gerbis, Schmidt: Die Frühdiagnose der Bleivergiftung. Schrift aus dem Gesamtgebiet der Gewerbehygiene, herausgegeben vom Institut für Gewerbehygiene in Frankfurt a. M. Neue Folge, Heft 5, bei J. Springer, Berlin 1919.

Berichterstatter: Prof. Dr. Holtzmann, Obergewerbearzt, Karlsruhe.

An Hand der Ergebnisse einer Rundfrage des Instituts für Gewerbehygiene bei 41 mit dem Thema vertrauten Ärzten treten die Verfasser in die Besprechung ein.

Die Ausführungen Telekys enthalten die Erfahrungen des Praktikers, der Beitrag Schmidts gibt die Resultate der wissenschaftlichen Untersuchungsmethoden wieder.

Teleky betont die Übereinstimmung der meisten Autoren mit den schon früher von ihm vertretenen Lehrsätzen. Wichtig ist ihm die Unabhängigkeit und die Erfahrung der mit der Untersuchung der Bleiarbeiter betrauten Ärzte. Bleisaum ist ein Zeichen der Bleiaufnahme, kein Erkrankungssymptom. Durch intensive Mundpflege läßt sich sein Auftreten verhindern. Sehr bedeutungsvoll erscheint Teleky das Vorhandensein des Bleikolorits. Zusammenreffen von fahler Gesichtsfarbe, Blässe der Schleimhäute, Verdauungsbeschwerden weisen mit großer Wahrscheinlichkeit auf Bleivergiftung hin. Der basophilen Granulation der roten Blutkörperchen legt er nur geringere Bedeutung zu. Konstanter sei der Befund der Hämatorporphyrinurie. Die Bedeutung der Blutdruckmessung ist ungeklärt. Ernste Beachtung kommen nach Verfasser den nervösen Symptomen als Vorläufer der Enzephalopathie zu (die doch sehr viel seltener zu sein scheint, als oftmals angenommen wird. Ref.). Arbeitsausschluß ist für gelernte Arbeiter auf das möglichst geringste Maß zu beschränken. Teleky läßt chronische Schrumpfnierenkranke bei der Arbeit, da ihnen durch Ausschluß doch nicht mehr geholfen werden kann. Beachtenswert ist der Vorschlag Koelschs, bei notwendig werdendem Arbeitswechsel den Ersatz des etwaigen Lohnausfalles durch Versicherung zu garantieren.

Einseitig tritt Gerbis vom Standpunkt des Fabrikarztes für die Ausübung des Arbeiterschutzes durch privatbeamtete Ärzte ein. Spezielle Kenntnisse und die nötige technische Fähigkeit in der Blutuntersuchung u. dgl. erscheinen ihm unnötig.

Schmidt betont die Wichtigkeit der genügenden Vorbildung des Revisionsarztes, für die er besondere Unterrichtskurse fordert. Für die Institution des Landesgewerbearztes tritt er warm ein. Tauglichkeitsuntersuchungen vor der Einstellung hält er für nötig, ebenso die Einteilung der Fabriken in Gefahrenklassen. Im allgemeinen sei die periodische Untersuchung der Arbeiter alle vier Wochen vorzunehmen.

Den Bleisaum erklärt Schmidt nicht als Sekretion des Bleies aus den Kapillaren, sondern durch Ausscheidung aus den Speicheldrüsen. Dem Auftreten gekörnter roter Blutkörperchen mißt er für die Diagnose höheren Wert bei, als Teleky. In allen Fällen mit ausgeprägtem Saum und anderen Symptomen waren sie vorhanden. Sie beweisen den Blutzerfall bei Bleianhäufung. Mit der Zahl der gekörnten Körperchen steigt ihre Bedeutung.

Die Kardinalsymptome sind Bleikolorit, Bleisaum, Basophilie, Hämatorporphyrinurie, die bei Bleivergiftung nie alle gleichzeitig fehlen können. Die Ausscheidung des Bleies geschieht am besten bei Arbeit in frischer Luft.

Im Schlußwort stellt Teleky die weitgehende Übereinstimmung der Referenten hinsichtlich der klinischen Untersuchung der Bleivergiftung fest. Für die Praxis möchte er im Gegensatz zu Schmidt die Frau wegen der ihm feststehenden Schädigung der Generationenfähigkeit durch Blei ganz von der Bleiarbeit ausschließen. Vor allem aber wendet er sich gegen Gerbis und verlangt nachdrücklich die periodische Untersuchung der Bleiarbeiter, nicht etwa durch einen vom Unternehmer beauftragten Arzt, sondern durch einen erfahrenen Amtsarzt.

W. J. Ruttmann: Auslese und Verwahrlosung. Fortschritte wissenschaftlich-praktischer Vorsorge und Fürsorge. Verlag: Wendt & Klauwell.

Berichterstatter: Anstaltsarzt Dr. Möckel, Wiesloch.

Von obigem Werk liegt der erste Teil vor uns, der Programme und Versuche zur Auslese enthält. Dem Tüchtigen freie Bahn ist ein modernes Schlagwort geworden. Der

Tüchtige soll führen und im öffentlichen Leben die ihm gebührende Stelle einnehmen. Aber schwer ist's, den Tüchtigen ausfindig zu machen, und auch die vorliegende Abhandlung ist sich dieser Schwierigkeit wohl bewußt. „Die intellektuelle Begabung allein kann keine Gewähr für zweckmäßige Entfaltung der Persönlichkeit sein.“ Die Schulprüfungen in ihrer bisherigen Handhabung genügen nicht, um das Kind herauszufinden, das im späteren Leben zum „Tüchtigen“ werden wird. Nicht jeder paßt an jede Stelle. „Die vielseitige Begabung muß vielseitig genutzt werden, und die einseitige muß vollwertig angestrengt an dem ihr tauglichen Platze stehen.“

Nachdem der Verfasser die Quellen völkischer Ertüchtigung untersucht hat, wendet er sich der pädagogischen und psychotechnischen Voraussage zu. Die von der Wissenschaft gelieferten Untersuchungsmethoden der Psychographie und Intelligenzprüfung werden ausführlich behandelt und an Schema und Beispiel klargemacht. Auch die vom Psychiater oft gern angewandte Kombinationsmethode von Ebbinghaus wird gebührend hervorgehoben.

Um geeignete Personen für bestimmte Berufe mit unseren psychologischen Methoden ausfindig zu machen, haben Münsterberg und Stern ihre bekannten Versuche bei Telefonistinnen, Straßenbahnführerinnen usw. mit Erfolg angestellt. Auch für Schriftsetzer und Drucker, Kanzleiangestellte, Flugzeugführer und manche andere Berufsarten sind Probeaufstellungen vorhanden. Der Verfasser macht uns ferner mit einer Frageliste von Lipmann für mittlere und einem psychographischen Schema von Martha Ulrich für höhere Berufe bekannt, berichtet schließlich über die Berliner und Hamburger Aufnahmeprüfungen, die zur Auslese der Begabten eingerichtet sind, und läßt noch einen recht guten psychographischen Beobachtungsbogen von H. Rebhuhn folgen. Mit Recht hebt der Verfasser wiederholt hervor, daß es nichts Schwierigeres gibt, als die Beurteilung eines Menschen nach seiner Tüchtigkeit, und daß diese nicht allein der Erfolg einer intellektuellen Entfaltung, sondern vor allem auch einer günstigen Charakteranlage ist. Wir vermissen in den in der Abhandlung gebrachten zahlreichen Schemata die Fragen über ethische Begriffe und Urteile, die wir zur Abgrenzung der moralisch Minderwertigen in der Psychiatrie mit Erfolg verwenden. Vielleicht bringt sie der Verfasser im zweiten Teil seines Buchs. Ein eingehendes Literaturverzeichnis und mehrere Abbildungen vervollständigen die vorliegende Abhandlung, die Lehrern, Schulärzten und sozial tätigen Ärzten, Seelsorgern und Sozialpolitikern, die sich auf diesem Gebiet der modernen Soziologie einarbeiten wollen, bestens empfohlen werden kann.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. A. Fischer, Karlsruhe; für den Anzeigenteil und geschäftliche Mitteilungen 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.

Geschäftliche Mitteilungen.

Von der Quarzlampen-Gesellschaft m. b. H., Hanau, wird uns geschrieben:

Künstliche Höhensonne! Aus der bisherigen Literatur ergibt sich, daß die Bestrahlung zunächst eine Hyperämie (Blutüberfüllung) der Hautblutgefäße erzeugt. Dadurch wird das aus erkrankten Organen stammende vergiftete Blut in die Haut geführt, die inneren Organe werden durch Ableitung des Blutes nach der Haut entlastet, und es kommt eine Ladung des Blutes mit Lichtenergie zustande, welche die Bindung des Sauerstoffs an das Bluteisen begünstigt. Die Endwirkung ist, daß der Blutdruck herabgesetzt und der Stoffwechsel gesteigert wird. Dadurch ergibt sich Linderung und Heilung all der zahlreichen Krankheiten, die als Folgeerscheinungen verringerten Stoffwechsels und erhöhten Blutdruckes auftreten, also ein bedeutender Heilerfolg. In erster Linie wird aber, genau wie beim Genuß der natürlichen Höhensonne, das Allgemeinbefinden durch Kräftigung des Körpers außerordentlich gehoben, und der gekräftigte Körper wird dadurch in den Stand gesetzt, gegenüber der Erkrankung zur Selbsthilfe zu schreiten. Bei chirurgischer Tuberkulose, Skrofulose und Rachitis werden sichere Heilerfolge erzielt.

Die deutschen Krankenkassen und die staatlichen Organisationen zur Bekämpfung der Tuberkulose gehen dazu über, fast in allen Städten Institute für Ultraviolettbestrahlungen mit „Künstlicher Höhensonne“ einzurichten, um große Massen Tuberkulosegefährdete vorbeugend durch Kräftigungskuren zu behandeln.

Die Volkskrankheiten

Skrofulose, Rachitis (Englische Krankheit), Tuberkulose

werden nach den fachärztlichen Erfahrungen der letzten Jahre teils sicher geheilt, teils erheblich gebessert durch die billige, bequeme und schnell wirkende Ultraviolet-therapie mit Künstlicher Höhensonne — Original Hanau. Diese Ultravioletbestrahlungen, der Hauptheilfaktor der Hochgebirgskuren, wirken wie ein längerer Aufenthalt in den Hochgebirgskurorten und haben eine derart kräftigende Wirkung auf den krankheitsgeschwächten Organismus, „daß sie darin jedes andere Mittel weit übertreffen“ (Zitat aus einer fachwissenschaftlichen Publikation von Prof. Dr. König, ordentl. Professor der Chirurgie an der Universität in Marburg) Der gekräftigte Organismus wird durch die Ultravioletbestrahlung mit Künstlicher Höhensonne — Original Hanau — wiederum — wie es beim Gesunden der Fall ist — in stand gesetzt, sich gegen den Krankheitsangriff zu wehren und natürliche Gegengifte gegen die Krankheitsstoffe zu bilden (Selbstheilung des erkrankten Körpers — daher natürlichste Heilmethode) Dieses bequeme und billige Heilmittel sollte jedem Kranken bei seinem Arzt, jedem Unbemittelten durch die Stadt oder Gemeinde, jedem Schulkind in den Schulen (aber nur bei dauernder Bewachung der Bestrahlungen durch den Facharzt — den Höhensonnenarzt —) zur Verfügung stehen. Jeder Volksfreund, dem die Volksgesundheit am Herzen liegt, die durch die Hungerblockade in so erschreckendem Maße gelitten hat, jeder Arzt, Politiker, Stadtverordnete, Lehrer, alle Eltern unterernährter, blasser, schwächerer und deshalb skrofulose- oder tuberkulosegefährdeter Kinder sollten sich durch Studium nachstehender Schriften mit dem größten medizinischen Erfolg des letzten Jahrzehnts, mit der Ultraviolet-therapie durch Künstliche Höhensonne — Original Hanau —, vertraut machen:

1. „Der Feind nach dem Kriege. Unsere größte Gefahr: die Tuberkulose“ von Hippolyt Meles Mk. 2.30
2. „Skrofulose, ihre Ursachen, Bedeutung und Heilung“ von Dr. med. Thedering Mk. 2.90
3. „Die Behandlung der Rachitis durch Ultravioletbestrahlung“ von Dr. Kurt Hufschinsky Mk. 3.40

Bestellen Sie diese Schriften sofort beim SOLLUXVERLAG, HANAU, Postfach 198. (Versand nur gegen Nachnahme.) — Alle 3 Schriften zusammen Mk. 7.10 Nachnahme.

Wichtig für Kranke!

Wenn andere Heilmethoden versagen, erzielt die Ultraviolet-therapie mit Künstlicher Höhensonne (Original Hanau), der Hauptheilfaktor der Hochgebirgskuren, noch Erfolge auf fast allen Krankheitsgebieten.

Künstliche Höhensonne

— Original Hanau —

Erhebliche Abkürzung der Behandlung-(Krankheits-)Dauer! Größter medizinischer Erfolg des letzten Jahrzehnts! Verlangen Sie „Aufklärungsschrift für Nichtärzte“ kostenlos.

Fragen Sie Ihren Arzt!

Quarzlampen-Gesellschaft

m. b. H., Hanau, Postfach 215.

Im Kaiserin-Friedrich-Haus für das ärztliche Fortbildungswesen, Berlin NW 6, Luisenplatz 2, unterhält die Quarzlampen-Gesellschaft m. b. H. in Hanau eine dauernde Ausstellung ihrer Apparate für Ultraviolet-therapie (Künstliche Höhensonne — Original Hanau) Vorführung daselbst kostenlos nach telefonischer Anmeldung. Telefon: Neukölln 362.

Die Schutzrechte u. Fabrikationsverfahren zur Herstellung der Bestrahlungsapparate „Künstliche Höhensonne“ werden für nachstehende Länder vergeben: Vereinigte Staaten von Amerika, Kanada, England, Japan, Frankreich und Belgien, Italien, Spanien.

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.

Vertreter des Generalsekretärs in Angelegenheiten der Fürsorgestellenkommission: Oberstabsarzt Dr. L. Wagner.

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

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.

Soziale Auskunftstelle 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.

Badischer Landesausschuß für Leibesübungen und Jugendpflege. Geschäftsstelle: Karlsruhe, Schloßplatz 1. Tel. 5639.

Soziale Frauenschule Mannheim N 7, 18.

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

Badischer Landesverband g. d. Alkoholismus mit **Haupt-Trinkerfürsorgestelle**, Karlsruhe, Hoffstraße 10 (Oberlandesgericht), Zimmer 28. Sprechstunden täglich 10—12 Uhr.

Westdeutsche Sozialhygienische Akademie in Düsseldorf:

Ausbildung von zukünftigen Kreisärzten, Stadtärzten, Kreiskommunalärzten, Schulärzten u. Fürsorgeärzten auf allen Gebieten der sozialen Hygiene. Dauer der Ausbildungskurse 4 Monate. Beginn Anfang Nov. u. Anfang April. Näheres durch das Büro der Westdeutschen Sozialhygienischen Akademie in Düsseldorf, Werstenerstr. 150

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

Deutscher Ausschuß für Kleinkinderfürsorge.

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

Wohlfahrtsschule Münster. Staatlich anerkannte Ausbildungsanstalt

für soziale Frauenarbeit. Ausbildungsdauer: 1½ 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.

Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, Berlin, Königin-Augustastr. 7. Dienststunden: 9 bis 3 Uhr. Generalsekretär: Oberstabsarzt Dr. Helm; ständiger

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,
Karlsruhe 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 **Schwester** und
Hebammenschwestern.

Krankenpfleger und
-pflegerinnen.
Wochenbettpflegerinnen.

Aretz & Co. Inhaber Arthur Fackler

Gummiwarenhaus **KARLSRUHE** i. B. Krankenpflegeartikel

Telephon 219 — Kaiserstraße 219 — Postscheck-Konto: Karlsruhe 6875.

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: Deutschmann,
Allg. Med. Zentr.-Ztg. 1915 Nr. 25.
Dillendorf, Klin. Therap. 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.

Grundriß der Hygiene.

Unter Mitarbeit zahlreicher Fach-
gelehrter herausgegeben von
Prof. Dr. med. HUGO SELTER,
Direktor des Hygienischen Instituts
an der Universität Königsberg.

Zwei Bände.

Band I: **Allgemeine und soziale
Hygiene, die übertragbaren Krank-
heiten.** Lex.-Okt.-Format. IX u. 628 S.
stark mit 88 Abbildungen im Text, zahl-
reichen Kurven und Tabellen.

Band II: **Hygiene im Städtebau und
in der Wohnung.** Lex.-Okt.-Format.
VI und 319 Seiten stark mit 223 Ab-
bildungen im Text, zahlreichen Kurven
und Tabellen.

Preis Bd. I: M. 45 — brosch., M. 50 — geb.
Preis Bd. II: M. 25 — brosch., M. 30 — geb.
Zu beziehen durch jede Buchhandlung
oder direkt vom Verlag Theodor Stein-
kopf, Dresden-Blasewitz.

Deutschlands Wiedergeburt

Von Med.-Rat Dr. Josef Groß

Mf. 16.—, geb. Mf. 20.—

Ein Mahnruf zur Selbsterhaltung,
ein Weckruf des Lebensmutes.

Ferd. Dümmers Verlag
Berlin SW. 68, Postfach 145

**Polytechnisches
Institut**
Arnstadt Thür.

Moderne Laboratorien, Maschinenbau,
Elektrotechnik, Gas- und Wasserbau,
Chemie, Bau-Ingenieur