

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Sozialhygienische Mitteilungen. 1920-2001 1922

1 (1.1.1922)

Sozialhygienische Mitteilungen

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITSPOLITIK UND -GESETZGEBUNG

Begründet von der Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene

Schriftleiter: Dr. med. Alfons Fischer, Karlsruhe (Baden)

INHALT:

	Seite
1. Der Aufstieg der sozialen Hygiene. Von Dr. Alfons Fischer, Karlsruhe	1
2. Zur Geschichte der Krankenpflege und des Krankenhauswesens vom Ausgang der Antike bis zum Aufkommen der Städtefreiheit in Deutschland. Von Prof. Dr. med. K. Baas, Karlsruhe	4
3. Sterblichkeit und Einschränkung des Alkoholverbrauchs. Von Dr. M. Hindhede, Kopenhagen	14
4. Gesundheitsstatistik	21
5. Bernardino Ramazzini	26
6. Bücher- und Schriftenschau	27



Druck und Verlag:

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

„Issmalz“

(Trockenmalzextrakt)

aus reinem Gerstenmalz hergestellt, hat 30% weniger Wassergehalt wie die flüssigen Malzextrakte und ist wegen seiner vorzüglichen Wirkung als wertvolles Nähr- und Kräftigungsmittel in allen Ärztekreisen bekannt.

„Issmalz“ wird gegeben bei Nervosität, Blutarmut, Verdauungsstörungen, Schwäche nach der Grippe etc.

Außerdem bewährt bei Säuglingen, schwächlichen Kindern, Wöchnerinnen, stillenden Frauen.

Von den Ortskrankenkassen Frankfurt a. Main, Darmstadt etc. etc. zur Verordnung zugelassen.

Zu beziehen durch die Apotheken und Drogerien, wo nicht vertreten, durch

S. Thalmann, Frankfurt a. M. Ostendstraße 12 Fernspr. Hansa 4022

Vertreter und Niederlagen an allen größeren Plätzen gesucht.

Gebrauchsfertige Arzneiformen deutscher Herstellung



Compretten und Amphiolen



Als bequeme, zuverlässige u. billige Verordnung bei Krankenkassen zugelassen

Compretten

Mixtura solvens

(Tinet. Opii benzoe. gtt. XX — Ammon. chlorat. 0,2 — Suce. Liquirit. 0,1)

Vorzügl. Expektorans

bei Katarrh, Husten usw.

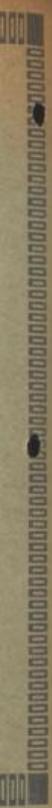
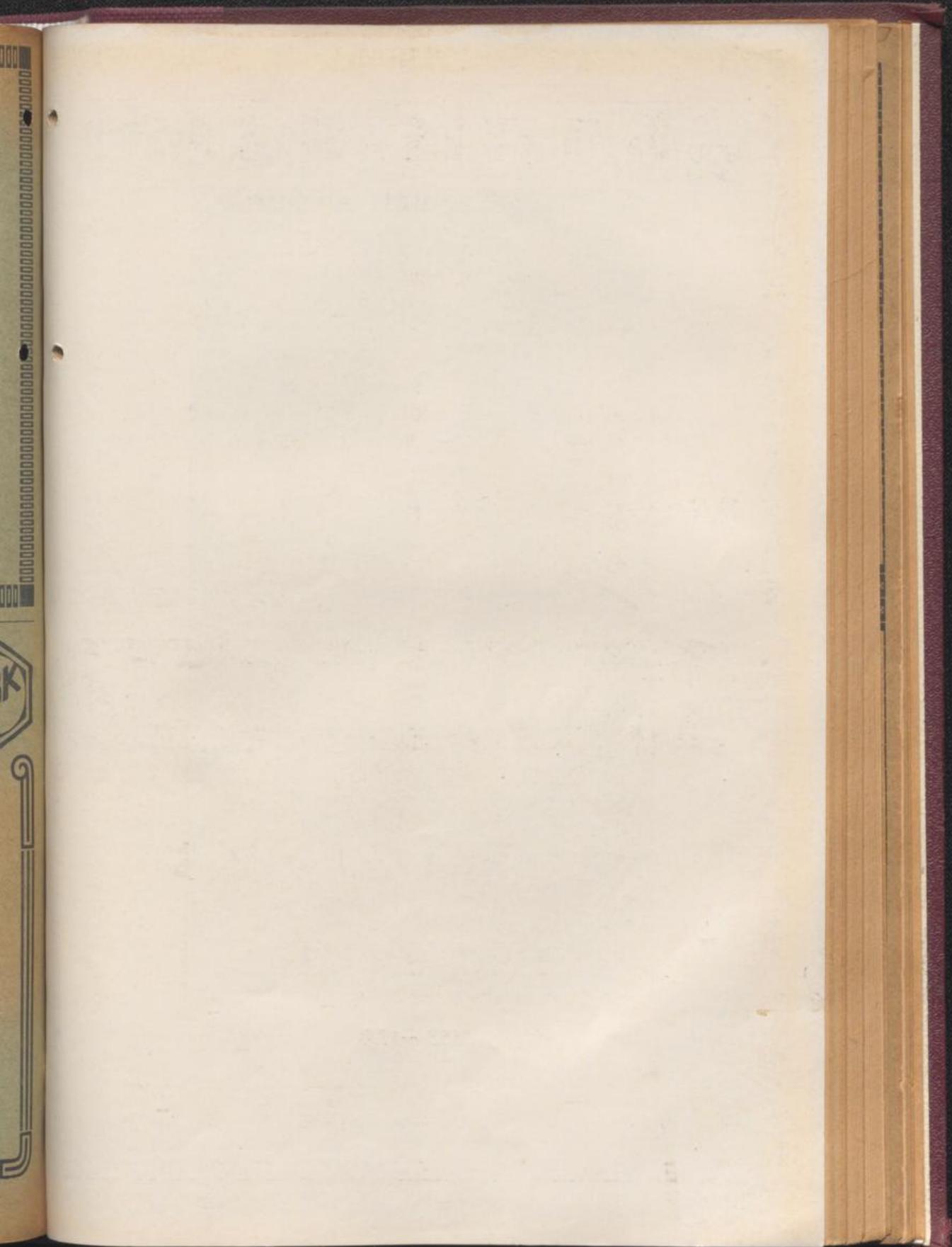
Spezialwerkstoff

als täglich 1 Comprette
in Wasser gelöst zu nehmen

Packungen mit 25
oder 50 Compretten

B

gebeten, auf Rezepten das Wort „Comprette“ ungekürzt zu schreiben





1633—1714

So
ZE

6. J.

I
der E
Seiten
keine
„Syst
wora
Reic
tetic
teilun
Satz
ersch
sozial
Adler
S
1899
Bakte
ständ
heiten
mit S
dieser
war fr
lich so
verwa
ganz
Anfan
stand
für ge
gegen
innerh
„sozia
U
Ärzte
groß
logie
Ärzte
Statt
die d

19429 157 02A 804, 6. 1922

Sozialhygienische Mitteilungen

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITSPOLITIK UND -GESETZGEBUNG

Begründet von der Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene

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

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

6. Jahrg.

Januar 1922

Heft 1

Der Aufstieg der sozialen Hygiene.

Von Dr. Alfons Fischer (Karlsruhe).

Ein glücklicher Zufall ließ mich vor kurzem das im Jahre 1870 erschienene „System der Hygiene“ von Eduard Reich entdecken. Ich sage „entdecken“, da ich dies fast 1000 Seiten umfassende Werk oder seinen Verfasser trotz eifrigen Nachschlagens bisher in keinem Lehrbuch der Hygiene oder an sonstiger Stelle erwähnt finde; und doch birgt dies „System der Hygiene“ einen ungeheuren Schatz nicht nur von Tatsachen, sondern auch, worauf ich fast noch mehr Gewicht legen möchte, von ungemein interessanten Gedanken. Reich teilt das Gesamtgebiet in vier Abschnitte, nämlich in die „moralische, soziale, diätetische und polizeiliche Hygiene“. Auf das Buch von Reich werden wir in den „Mitteilungen“ noch ausführlich zu sprechen kommen; heute sei nur auf einen dort zu findenden Satz hingewiesen, der lautet: „Die Wissenschaft kämpft mit Hemmnissen; Blei-Gewichte erschweren ihren Adler-Flug.“ Wir wollen uns nun fragen, mit welchen Hemmnissen die sozialhygienische Wissenschaft zu kämpfen hat, und wer sie mit Bleigewichten, die ihren Adlerflug hindern sollen, beschwert.

Seitdem auf dem 1. Internationalen Kongreß zur Bekämpfung der Tuberkulose, der 1899 zu Berlin stattfand, das wichtige medizinische Problem nicht nur von Klinikern und Bakteriologen, sondern auch von Kennern des Wirtschaftslebens und der sozialen Zustände erörtert wurde, sind die Beziehungen der Entstehung und des Verlaufes von Krankheiten zur sozialen Umwelt systematisch von einigen praktischen Ärzten gemeinsam mit Statistikern, Verwaltungsbeamten, Lehrern usw. erforscht worden. Man prägte für diesen neuen Zweig der Wissenschaft die Bezeichnung „Soziale Hygiene“. Der Name war freilich nicht neu; nicht nur E. Reich, sondern auch Pettenkofer hatte ihn bekanntlich schon für den 2. Teil von seinem im Jahre 1882 erschienenen „Handbuch der Hygiene“ verwandt. Aber die Sozialhygieniker des 20. Jahrhunderts hatten, obwohl sie, was ja ganz naturgemäß ist, nicht sogleich völlig klare Begriffsbestimmungen besaßen, doch von Anfang an unter der Bezeichnung „Soziale Hygiene“ etwas anderes als Pettenkofer verstanden. Pettenkofer gebrauchte diesen Ausdruck für Maßnahmen, welche die Gesellschaft für gesundheitliche Zwecke des ganzen Volkes schafft; die Sozialhygieniker richteten dagegen ihr Augenmerk auf Zustände und Einrichtungen, welche sozial einheitliche Schichten innerhalb der Gesamtbevölkerung betrafen. Im ersteren Falle bezieht sich der Zusatz „sozial“, wie Gottstein bemerkte, auf ein Subjekt, im letzteren Falle auf ein Objekt.

Um die Jahrhundertwende herum war das Interesse für Fragen der Hygiene auch in Ärztekreisen, von den Medizinalbeamten abgesehen, im allgemeinen sehr gering. Zum großen Teil lag die Ursache hierfür darin, daß die Hygiene damals fast nur aus Bakteriologie und Gesundheitstechnik bestand. Um so mehr hätten die von einigen praktischen Ärzten durchgeführten sozialhygienischen Arbeiten Förderung und Anerkennung verdient. Statt dessen benutzte der sonst so verdienstvolle Berliner Hygieniker Rubner im Jahre 1905 die der Einweihung des neuen hygienischen Instituts gewidmete Feier dazu, um zu be-

haupten, die soziale Hygiene sei keineswegs ein neues Gebiet und werde, wie auch schon bisher, an den Hygienischen Instituten gepflegt werden. Es soll nicht verschwiegen werden, daß gerade Rubner, der schon damals für die Probleme der sozialen Hygiene ein hohes Verständnis besaß, und wenige andere Hygieniker gelegentlich sich auch mit sozialhygienischen Fragen befaßten. Aber es galt eben, vom aphoristischen zum systematischen Arbeiten zu gelangen. Daran fehlte es in den Hygieneinstituten, auch in dem von Rubner geleiteten. Dagegen schloß sich eine Schar von in der Praxis stehenden Ärzten, welche die Einflüsse der sozialen Umwelt auf die Gesundheitszustände täglich bei der Berufstätigkeit beobachteten, zusammen, gründete Gesellschaften und Zeitschriften und lieferte die Bausteine zu einer für das Volkwohl äußerst wichtigen Wissenschaft, die rasch einen kaum mehr zu überblickenden Umfang annahm.

Irrungen und Wirrungen konnten bei den Forschungsarbeiten der Sozialhygieniker, denen „kein Augustisch Alter blühte und keines Mediceers Güte lächelte“, die sich vielmehr „selbst ihren Wert erschufen“, nicht ausbleiben. Obwohl über das Arbeitsgebiet eine Übereinstimmung unter den führenden Sozialhygienikern im wesentlichen vorlag, traten bei Bezeichnungen und Begriffsbestimmungen, die nicht immer klar, bisweilen sogar irreführend waren, erhebliche Unterschiede zwischen den sozialhygienischen Forschern zutage.

Gleichwohl schritten die Arbeiten bis zum Kriegsausbruch gut vorwärts. Die Fachhygieniker erkannten zwar die Forderung der Sozialhygieniker hinsichtlich der Selbständigkeit des neuen Gebietes nicht an; aber man ließ die Sozialhygieniker doch unbehelligt.

Der Weltkrieg vergrößerte das Interesse für die sozialhygienischen Bestrebungen erheblich. Das Bedürfnis nach einer ganz Deutschland umfassenden Organisation als Trägerin dieser Pläne war schon vor dem Kriege vorhanden. Im Jahre 1915 regte Hanauer die Gründung einer Deutschen Gesellschaft für soziale Hygiene an; der Vorschlag wurde jedoch bis heute nicht verwirklicht. Dagegen wurde im Jahre 1916 die Badische Gesellschaft für soziale Hygiene ins Leben gerufen, die schnell emporblühte. Da an sozialhygienischen Forschungs- und Lehrstätten nichts als eine Privatdozentur in Berlin und ein Extraordinariat in München bestanden, so richtete die Badische Gesellschaft für soziale Hygiene bereits im Jahre 1917 an den Landtag eine Bittschrift, in der ein Sozialhygienisches Institut und Lehraufträge für soziale Hygiene an allen Hochschulen neben sonstigen entsprechenden Ausbildungskursen gefordert wurden. Die Bittschrift wurde von den badischen Volksvertretern sehr günstig aufgenommen.

Bei verschiedenen Anlässen hatte ich nun erlebt, daß die sozialhygienische Wissenschaft auf Hindernisse stößt, weil sie von unbrauchbaren Begriffsbestimmungen ausging. Ich suchte daher nach einer alle Tatsachen berücksichtigenden und fruchtbare Fragestellungen veranlassenden Definition. Hierbei kam ich zu der Einteilung der öffentlichen Hygiene in die physische und in die soziale Hygiene; maßgebend ist bei dieser Gliederung einzig und allein, ob der Faktor, der auf die Gesundheitsverhältnisse einwirkt, in der natürlichen oder aber in der sozialen (kulturellen) Umwelt liegt.

Im Jahre 1919 befaßte sich der Preußische Landtag mit einem Antrag, in dem gefordert wurde, daß Lehrstühle und Institute für soziale Hygiene an allen Universitäten geschaffen werden sollen, und daß die Lehrer der sozialen Hygiene abwechselnd mit den Lehrern der physischen Hygiene die medizinischen Kandidaten zu prüfen haben. Der Antrag wurde von Prof. Abderhalden, der sich meiner Definition bediente, begründet.

Von da ab beschäftigten sich die Ordinarien der Hygiene recht lebhaft mit der Frage des Unterrichts in der sozialen Hygiene. Gegen meine Definition der sozialen Hygiene wurde nichts eingewendet; aber gegen die Abtrennung dieses Teils von dem Gesamtgebiet wurden Bedenken geäußert. Man will die sozialhygienischen Forschungen gepflegt wissen, aber in Filialen der Hygienischen Institute. Allein, es ist doch recht ungewiß, ob diese Stammhäuser auch in Zukunft die Führung behalten werden. Auf der Tagung der Deutschen medizinischen Fakultäten im Januar 1920 haben von 23 nur 5 für, aber 15 gegen selbständige Vorlesungen über soziale Hygiene gestimmt. Die preußische Unterrichtsverwaltung hat jedoch im Jahre 1920 ein Ordinariat für soziale Hygiene an der Berliner Universität ge-

schaffen und an vielen anderen Universitäten und Hochschulen wurden inzwischen Lehraufträge für soziale Hygiene erteilt. Dazu kommt die Einrichtung von drei Sozialhygienischen Akademien in Preußen.

Eine ganze Reihe von Ordinarien der Hygiene hat während der letzten Jahre öffentlich Stellung zur sozialen Hygiene eingenommen. Man muß hierbei unterscheiden zwischen Äußerungen über die Bedeutung der sozialen Hygiene als Zweig der Wissenschaft und solchen über die Trennung dieses Teiles von der „mehr experimentell-biologischen“ Hygiene. Prausnitz¹⁾ und Selter²⁾ haben versucht, die soziale Hygiene in ihren vor kurzem erschienenen Lehrbüchern zu berücksichtigen; und wenn auch diese Versuche als mißlungen zu bezeichnen sind, so muß doch anerkannt werden, daß die genannten Hygieniker der sozialen Hygiene Verständnis entgegenbringen. Ebenso sieht man, daß Kossel³⁾ und Hahn⁴⁾ die soziale Hygiene fördern, und Neißer⁵⁾ hat in seiner soeben erschienenen Rektoratsrede von der Sozialhygiene eine Definition, die meiner Begriffsdeutung ähnelt, gegeben und betont, daß bei dem außerordentlichen Umfang des Stoffes eine Spezialisierung innerhalb des Gesamtgebietes der Hygiene, zumal bei der Forschung, selbstverständlich ist, wenngleich er hieraus noch nicht folgert, daß auch das Lehrgebiet in die entsprechenden Teile aufzulösen ist. Von besonderem Interesse ist die Stellungnahme Flügges⁶⁾, die man aus der soeben erschienenen 9., mit besonderer Berücksichtigung der Kriegs- und Nachkriegszeit umgearbeiteten Auflage seines bekannten „Grundriß der Hygiene“ ersieht. Er hält es für zweckmäßig, zwei größere Abteilungen herzustellen, je nachdem es sich um Einflüsse der natürlichen oder der künstlich durch Eingreifen des Menschen veränderten Umgebung handelt, ohne daß diese Gliederung in rigoroser Weise durchgeführt zu werden bräuchte, und er bezeichnet es als wünschenswert, an einigen Hochschulen besondere Forschungs- und Unterrichtsstätten für soziale Hygiene einzurichten.

Diese Beurteilungen der sozialen Hygiene seitens der Hygieneprofessoren lassen erkennen, daß die von den Sozialhygienikern zumeist neben ihrer ärztlichen Berufstätigkeit durchgeführten Arbeiten allmählich gebührend gewürdigt werden. Um so mehr muß man sich über einen völlig ungerechtfertigten Angriff des Jenenser Hygienikers Abel⁷⁾ wundern. Auf der Tagung des Deutschen Medizinalbeamtenvereins im September 1921 bezeichnet er die soziale Hygiene als eine Moderichtung und ein Schlagwort, vergißt aber, daß diese Bezeichnungen von rückständigen Leuten stets gegenüber ihnen unbequemen Neuerungen benutzt werden und früher auch gegenüber der Hygiene verwandt wurden. Auch hat Abel bei seinem Angriff wohl nicht daran gedacht, daß er der seit einigen Jahren von ihm geleiteten Zeitschrift einen Titel gegeben hat, in dem das Schlagwort „soziale Hygiene“ vorkommt. Er bedient sich also dieses Wortes. Trotzdem behauptet er, im Gegensatz zu den obigen Darlegungen von Flügge, „es ist ein Irrtum, wenn man glaubt, eine sozusagen physische Hygiene von einer sozialen unterscheiden und abtrennen zu können“. Aber er erfährt das Mißgeschick, daß von Bundt⁸⁾ einen Tag darauf auf der gleichen Tagung dennoch diese Unterscheidung ohne jeden Widerspruch der Versammelten benutzt wird, offenbar weil sie zweckdienlich ist. Besonders befremdend wirkt es, daß Abel sogar zur Beleidigung der Sozialhygieniker greift. Diese rufen in ihm, so äußert er sich, die Erinnerung an den alten Wundarzt wach; wie der Wundarzt kein vollständiger Arzt war, so seien die Sozialhygieniker Hygieniker minderer Art. Nach Abels Vorgehen müßte man z. B. die Augenärzte Chirurgen minderer Art und die Kinderärzte Internisten minderer Art nennen. Aber dies wäre natürlich ganz verkehrt. Denn bei großen Gebieten muß, wie ja auch Neißer dargelegt hat, eine sachgemäße Begrenzung in der Forschung eintreten; „in der Beschränkung zeigt sich erst der Meister“, nicht

1) „Sozialhyg. Mitt.“ 1920, Heft 1.

2) Ebenda, 1920, Heft 4.

3) Ebenda, 1920, Heft 1.

4) Ebenda, 1921, Heft 3.

5) „Hygiene als biologische Wissenschaft“, Frankfurt 1921 bei Werner und Winter.

6) „Grundriß der Hygiene“, Berlin 1921 Vereinigung wissenschaftl. Verleger.

7) „Zeitschr. f. Medizinalbeamte“, 1921 Nr. 21.

8) Ebenda Nr. 22.

die Minderwertigkeit. Abel hat in seinem „Handbuch der praktischen Hygiene“, das wie wir nicht verschweigen wollen, auch viele treffliche Stücke enthält, betont, daß Bodenpolitik, Nahrungsmittelpolitik, Armenwesen nicht Gegenstände der Hygiene sind. Dadurch hat er gezeigt, daß er das Wesen der sozialen Hygiene nicht erfaßt hat. Wir nennen ihn trotzdem nicht einen Hygieniker minderer Art, da wir ihn als Vertreter der physischen Hygiene schätzen. Aber wir rufen ihm die Worte Rückerts zu:

„Tu, was du kannst, und laß das andre dem, der's kann.
Zu jedem ganzen Werk gehört ein ganzer Mann.“

Es bedarf keines besonderen Weitblickes dazu, um voraussagen zu können, daß die Bleigewichte, die Abel der sozialen Hygiene und ihren Vertretern anhängen will, den Aufstieg dieser neuen Wissenschaft nicht behindern werden. Die Sozialhygieniker wollen unabhängig von den Vertretern der physischen Hygiene forschen, jedoch gemeinsam mit ihnen der Volksgesundheit dienen, um das tiefgebeugte Vaterland wieder zu kräftigen. Zu solcher Gemeinschaftsarbeit sind aber gegenseitige Achtung und Unterstützung erforderlich, während scharfe Worte weder der Wissenschaft noch der praktischen Betätigung nützen.

Zur Geschichte der Krankenpflege und des Krankenhauswesens vom Ausgang der Antike bis zum Aufkommen der Städtefreiheit in Deutschland.¹⁾

Von Professor Dr. med. K. Baas, Karlsruhe.

In seinem tragischen Kampfe gegen das bereits machtvoll gewordene und auch durch einen Kaiser nicht mehr unterdrückbare Christentum rief Julian, den die Kirche den Abtrünnigen genannt hat, aus: „Wir sehen, was die Feinde der Götter so stark macht, ihre Menschenliebe gegen die Fremdlinge und Armen.“ Und aus dieser Erkenntnis heraus befahl er dann, um dem neuen Glauben die Spitze bieten zu können, dem Arsacius, Oberpriester in Galatien, in jeder Stadt ein Xenodochium, d. i. eine Heimstätte einzurichten, „damit die Fremden unsere Humanität erfahren, und nicht die Unseren bloß, sondern jeder, der bedürftig ist“.

In der Tat, diese Ausdehnung des Humanitätsgedankens weit über die Nächsten und das eigene Volk hinaus war mit das entscheidendste Merkmal der christlichen Anschauungs- und Denkweise gegenüber den vor- und außerchristlichen Sittengesetzen. Und auch darin hatte Julian nur recht, daß in der Übung und den Taten der Barmherzigkeit durch die Bekenner Jesu, der selbst darin vorangegangen war, eine mächtige Anziehungskraft für die neue Religion sich auswirkte, die solchergestalt neben ihren jenseits gerichteten, idealen Zusicherungen eine schon diesseits eintretende, reale Hilfe gerade den Bedürftigsten unter den Menschen brachte.

Zu jenen, im 25. Kapitel des Matthäusevangeliums aufgezählten Betätigungen der praktischen Nächstenliebe, nämlich: Hungrige zu speisen, Durstige zu tränken, Nackte zu kleiden, Fremde zu beherbergen, Gefangene zu besuchen, gehört als sechste die Pflege der Kranken, die allen Bekemern des Christentums als Pflicht auferlegt war. Solange nun die jungen Gemeinden noch klein waren, wurde und konnte wirklich diese Pflicht von jedem und an allen Bedürftigen erfüllt werden, ohne daß eine besondere Einrichtung dafür geschaffen zu werden brauchte oder vorhanden war.

¹⁾ Als Quellen für vieles, das selbst bei wörtlicher Wiedergabe im Folgenden nicht besonders be-egt ist, dienen: G. Uhlhorn, Die christliche Liebestätigkeit, I III, 1882 bis 1890; G. Ratzinger, Geschichte der kirchlichen Armenpflege, 1884; H. Häser, Geschichte christlicher Krankenpflege, 1857. Alle diese mit reichen und zuverlässigen Literaturnachweisen aus vorwiegend deutschem, oder wie bei L. Lallemand, Histoire de la Charité, 1902 ff., mehr romanischem Gebiet. Ferner K. Sudhoff, Aus der Geschichte des Krankenhauswesens im frühen Mittelalter. Ergebnisse des Krankenhauswesens, II. 1913. — Vorliegende Arbeit schließt an an den Aufsatz des Verfassers im Archiv für Geschichte der Medizin, Bd. VIII, 1914: Urantänge und Frühgeschichte der Krankenpflege.

Denn die an sich nur selten im Neuen Testament erwähnte männliche und weibliche Diakonie, die man als das offizielle Organ der Barmherzigkeitsübung angesehen hat, umfaßte ursprünglich und hauptsächlich, auch als sie in der nachapostolischen Zeit mehr und allgemeiner bestand, nur Gehilfen und Gehilfinnen der Presbyter, ebenso wie später der Bischöfe bei deren kirchlichen, gottesdienstlichen und sozialen Verrichtungen. Eher diente jenen Zwecken als eine Art von Amt, wenn man so will, das der Witwen, welche ältere, unbescholtene, in allen guten Werken, in der tätigen Nächstenliebe, darunter auch der Pflege der Kranken, bereits erprobte Frauen sein mußten, denen in den ersten Jahrhunderten der Väterzeit in ausgesprochener Weise auch das Aufsuchen und die Fürsorge für die Kranken, insonderheit die weiblichen, zugewiesen war. Aber auch diese Einrichtung war nicht von längerem Bestand; an ihre Stelle traten, wenigstens im Morgenlande ziemlich bald gegen Ende des dritten Jahrhunderts die eigentlichen Diakonissen, deren Haupttätigkeit jedoch ebenfalls wiederum in kirchlichen Verrichtungen zu erblicken ist. Im Abendlande blieb das alte Witweninstitut in längerer Geltung und mit ihm die ihm obliegende Pflege der Kranken; als es verschwand, trat hier nichts Ähnliches dafür ein.

Diakonen, Diakonissen und Witwen waren aber stets, wie bereits gesagt wurde, sozusagen nur der ausführende Arm der kirchlichen Leiter, der Presbyter, besonders aber dann der Bischöfe, zu deren Amt die Sorge für die Armen, Notleidenden und Kranken geradezu gehörte; in solchem Sinne heißt es auch in dem Kanon des Hippolyt: „Es ist etwas Großes für den Kranken, wenn er von dem Vornehmsten unter den Priestern besucht wird. Nicht selten erholt er sich von der Krankheit, wenn der Bischof zu ihm kommt, namentlich wenn er über ihm betet,“ aus welchem letzterem Satze zugleich auch auf einen wesentlichen Charakterzug der Pflegetätigkeit geschlossen werden kann. Der den Bischof begleitende Diakon soll, wie Clemens von Alexandria schreibt, nur nachfragen, ob der Kranke bedürftig ist, und dann für alles, was zu seiner Pflege nötig ist, Sorge tragen.

Von jener leitenden Stelle der kirchlichen Organisation geht nun auch die Fortentwicklung der Krankenpflege aus; reichlichen Anlaß zu solcher Liebestätigkeit boten die vielen Seuchen, welche im dritten Jahrhundert über das römische Reich hereinbrachen. Während nun die Heiden die Kranken im Stich ließen, ja sie geradezu verstießen, pflegten, von den Bischöfen dazu aufgefordert und angeleitet, die Christen die Erkrankten, auch wenn dieselben sonst ihre Feinde waren. Dionysios, Bischof von Korinth, schreibt darüber in einem Briefe: „Die meisten unserer Brüder schonten ihrer selbst nicht in der Fülle der Bruderliebe. Sie sorgten gegenseitig füreinander, und da sie, ohne sich zu verwahren, die Kranken pflegten, ihnen um Christi willen bereitwillig dienten, gaben sie freudig mit ihnen das Leben hin. Viele starben, nachdem sie andere durch ihre Fürsorge von der Krankheit hergestellt hatten. Die besten unter den Brüdern bei uns, manche Presbyter, Diakonen und ausgezeichnete Laien, endeten ihr Leben auf solche Weise, so daß ihr Tod, der die Frucht großer Frömmigkeit und starken Glaubens war, einem Märtyrertode nicht nachzustehen scheint. Manche, welche die Leiber christlicher Brüder auf ihre Hände und in ihren Schoß nahmen, ihnen Mund und Augen schlossen, sie mit aller Sorgfalt bestatteten, folgten ihnen bald im Tode nach. Bei den Heiden war alles anders; die, welche krank zu werden anfangen, verstießen sie; sie flohen von den Teuersten hinweg, die Halbtoten warfen sie auf die Straße, ließen die Leichen unbestattet liegen, indem sie der Ansteckung ausweichen wollten, der sie doch nicht entgehen konnten.“

Darum priesen selbst die Heiden den Gott der Christen und erklärten, die Christen allein seien die wahrhaft Frommen und Gottesfürchtigen. Und sogar ausgesprochene Feinde der neuen Kirche, wie Kaiser Julian, mußten solche Liebestätigkeit anerkennen und suchten sie nachzuahmen.

Dies führt uns nun zu der Betrachtung der Entstehung der bereits einmal erwähnten Xenodochien, deren ebenfalls zu errichten gerade der genannte Herrscher seinem Oberpriester befohlen hatte.

Waren die Christen überhaupt gastfrei gegen die zu ihnen kommenden Fremdlinge, so war es ihren Bischöfen geradezu zur Pflicht gemacht, Bedürftige bei sich aufzunehmen, sie in ihren Häusern oder, wenn nötig, bei Gemeindegliedern unterzubringen. Daß bei der zunehmenden Größe und Ausdehnung der Christengemeinden diese Art der Versorgung allmählich nicht mehr ausreichen konnte, daß man daher zur Unterbringung solcher Bedürftiger in Herbergen, Pandocheien, schreiten mußte, liegt klar auf der Hand. Wann und wo aber für diese Fremdlinge die ersten Xenodochien — Hospize — oder Ptochotrophien — Armenhäuser — entstanden, ist heute nicht mehr festzustellen; mit Sicherheit wird nur das Vorhandensein derartiger Häuser zeitlich bezeugt durch jenen Ausruf Julians, der von ihnen als einer allgemeinen Einrichtung spricht, die wir solchergestalt, ohne einem ernstlichen Einwand zu begegnen, an allen Bischofssitzen und größeren Gemeinden voraussetzen dürfen, ja geradezu müssen, da die alsbald zu besprechende Basiliastiftung nicht ohne Vorgänger denkbar ist. Das aber ist die Zeit von der Wende des zweiten zum letzten Drittel des vierten Jahrhunderts von der ab uns nun öfters Nachrichten über Neueinrichtungen derartiger Anstalten entgegengetreten.

Ein Kanon des sogen. vierten Konzils von Carthago machte es allen Bischöfen zur Pflicht, neben ihrer Wohnung Xenodochien zu erbauen.¹⁾ Solchergestalt gründete um 370 Bischof Basilius das besonders berühmte Xenodochium zu Cäsarea in Kappadocien, das wiederum das Vorbild für viele Häuser in anderen Städten dieser Provinz wurde. Während nun derartige Anstalten von verschiedenem, kleinerem oder auch größerem Umfang waren, bez. gewesen sein mögen — wir besitzen kaum genauere Nachrichten hierüber —, so wird jene bischöfliche Gründung, welche nach ihm Basilius genannt wurde, wie eine Stadt vor der Stadt beschrieben. In der Mitte lag eine Kirche, rings umher eine große Zahl von einzelnen Häusern zu förmlichen Straßen geordnet, teils zur Aufnahme von Bedürftigen und Kranken verschiedener Art — in einem Brief des Basilius heißt es ausdrücklich: *quibus opus est curatione propter infirmitates suas*²⁾ — teils für die Beamten — darunter auch Ärzte und Diener — Krankenwärter — teils zu eigenen Werkstätten für die Handwerker der Anstalt. „Eine besondere, große Abteilung war für die Aussätzigen bestimmt, jene Unglücklichen, welche aus der menschlichen Gesellschaft ausgestoßen, der steten Gefahr ausgesetzt waren, fern von einer helfenden Hand aus dem Leben scheiden zu müssen. Basilius reichte diesen Elenden die Hand, küßte sie, umarmte sie, pflegte sie selbst auf ihren Krankenlagern.“

Wahrlich, man kann es begreifen, wenn Gregor von Nazianz in seinem feierlichen Nachruf auf Basilius in bewunderndem Stolze dessen Werk sogar über die Wunderwerke des Altertums, über den rhodischen Koloß und die Pyramiden Ägyptens erhob.

Eine ähnlich große Stiftung rief um 375 der hl. Ephrämus zu Edessa in Syrien ins Leben, als nach einer Seuche eine Menge Kranker hilflos herumlag; 300 Betten soll er für die Notleidenden aufgebracht haben. Etwa aus der gleichen Zeit gibt Epiphanius von Ptochotrophien zu Sebaste in Pontus uns Nachricht; in Antiochia bestand ein Xenodochium, als Chrysostomus daselbst predigte, der hinwieder in Konstantinopel aus den ihm zur Verfügung stehenden Einkünften mehrere Hospitäler einrichtete, welche jener Basilius ähnlich gewesen zu sein scheinen. Denn es heißt: *Cum autem necessitas invalesceret, plura nosocomia aedificat, praeponebat presbyteros pios duo; praeterea medicos et coquos et bonos opifices . . . , ut advenientes hospites et morbo correpti curarentur.*³⁾ Aus derselben Stadt gibt eine spätere Aufzählung 35 Hospitien an, wie überhaupt in allen Bischofsstädten, ja selbst auf Dörfern solche zu finden waren, woraus aber zugleich ihr überwiegender Charakter als Unterkunftshäuser erhellen dürfte. In besonderer Weise mag hier nur auf das eine Art von Krüppelheim

¹⁾ Conc. Carthag. IV c. 14. (nach Ratzinger).

²⁾ Nach Binterim, Denkwürdigkeiten der christ.-katholischen Kirche, Bd. VI 1831. S. 36. Anm.

³⁾ Nach Binterim, l. c. S. 38. Anm.

darstellende, wohl auch einer jüngeren Zeit angehörende Hospital des hl. Zoticus in Konstantinopel hingewiesen werden, da dieses Haus anscheinend unabhängig von dem Bischof ins Leben gerufen wurde; es verfiel aber bald und mußte von Constantin II. neu hergestellt werden. In Ephesus hatte der Presbyter und spätere Bischof Brassianus ein Spital von 80 Betten gegründet.

Aus dem Morgenland verpflanzte sich die neue Anstalt in das Abendland, für welchen Ursprung an sich schon kennzeichnend ist, daß die griechischen Namen Xenodochium oder Nosocomium herübergenommen wurden, wie ja auch die ersten Gründungen dieser Art daselbst — z. B. das Haus der Fabiola zu Rom (von 380 oder 381), des Pammachius in Portus Romanus (Ostia), des Paulinus zu Nola — auf einen durch Hieronymus († 420) mit dem Morgenlande in Beziehung stehenden Kreis zurückgehen. Aus einem Briefe dieses Heiligen sei hier die Stelle angezogen, an welcher er des Nosocomiums der hl. Fabiola erwähnt: „prima omnium νοσοκομίστων constituit, in quo colligeret aegrotantes de plateis et consumpta de languoribus atque inedia miserorum membra foveret. Describam ego nunc diversas hominum calamitates, truncas nares, effoscos oculos, semiustos pedes, luridas manus, tumentes alvos, exile femur, crura turgentia et de exesis ac putridis carnibus vermiculos bullientes?“ Die opferwillige Pflegetätigkeit der Fabiola selber rühmt er dann mit folgenden Worten: „Quoties morbo regio et pedore confectos humeris suis ipse portavit! Quoties lavit purulentam vulnerum saniem quam alius aspicere non volebat!“

Langsam scheinen dann im fünften Jahrhundert in Italien sich Xenodochien weiter verbreitet zu haben; rascher erst im sechsten Jahrhundert, aus welchem das von Justinians Feldherrn Belisar in Rom gestiftete Haus erwähnt werden soll. Gegen Ende dieses Zeitraums scheinen sie in großer Zahl vorhanden gewesen zu sein, jetzt auch auf den italischen Inseln Sizilien und Sardinien.

Ähnliches gilt für Gallien, woselbst das von Cäsarius von Arelate in Arles erbaute Hospital das erste gewesen zu sein scheint,¹⁾ in dessen Städten aber das Konzil von Orleans von 549 bereits viele Xenodochien kennt. Paris, dessen späteres Hôtel-Dieu nach der Überlieferung auf eine Stiftung des hl. Landry, Bischof von Paris, zurückgeht, Autun, Rheims, Bourges mögen noch aufgeführt sein.

Ein von König Childebert und seiner Gemahlin Ultrogotha zu Lyon 542 gestiftetes Xenodochium sei auch deshalb erwähnt, weil wir bezüglich seiner Insassen lesen können: Et cura aegrotantium ac numerus vel exceptio peregrinorum inviolabili semper stabilitate permaneat; vor den Pilgern werden also Kranke an erster Stelle genannt.²⁾

In diesem Zusammenhang soll übrigens hier auch auf eine, allerdings spätere Merowingerurkunde von 696 hingewiesen werden, weil in ihr die nicht bedeutungslose Erklärung vorkommt: sinodochium pauperum, id est egrotorum et debilium.³⁾

In Spanien scheint das erste Hospital das ca. 580 in Merida vom Bischof Masona — er war bei den Nestorianern gebildet, die ihre Krankenhäuser zum Unterricht benutzt haben sollen — errichtet gewesen zu sein, von welchem es heißt: „Masona Xenodochium fabricavit, magnisque patrimoniis ditavit, constitutisque ministris vel medicis peregrinorum et aegrotantium usibus deservire praecepit, taleque praeceptum dedit, ut cunctae urbis ambitum medici indesinenter percurrentes quemcunque servum seu liberum, Christianum seu Judaeum, reperissent aegrum, ulnis suis gestantes ad xenodochium deferrent.“

¹⁾ C. F. Arnold, Cäsarius von Arelate (469—542), 1894.

²⁾ Ich bin heute geneigt, in der traditionellen Angabe, daß in Straßburg bereits im siebenten Jahrhundert ein Hospital bestanden habe, einen historischen Kern als möglich zuzugeben. (Ed. Lobstein, J. Fr. Lobstein, Heidelberg 1880) Möglich wäre auch, daß in Köln zu fränkischer Zeit Hospitäler für Arme und Kranke bestanden hätten, wie Gelenius, de magnitudine Coloniae p. 606, angibt (nach Binterim, l. c. S. 51). Jedenfalls wird noch in einer Urkunde König Lothars II. von 867 erwähnt und stand in Köln das alte Hospital, zu dessen Unterhalt der Bischof verpflichtet war. (s. Woikowski-Biedau, Armenwesen des mittelalterlichen Köln, In-Diss. Breslau 1891).

³⁾ Bréquigny et du Theil, Diplomata, I. 345. Paris 1791.

Für Nordafrika hatte bereits Augustinus Hospitäler als schon früher bestanden bezeugt; er selbst gründete eines in Hippo.

Schließlich wird der Kreis geschlossen durch die aus Papyrusurkunden für Ägypten gewonnenen Nachrichten aus byzantinischer Zeit (5.—7. Jahrh.). So wird in Fragmenten mehrfach ein Krankenhaus in Arsinoe erwähnt; eine ganze Anzahl von Krankenschwägern, alle zu einer Zunft vereinigt, war daselbst beschäftigt. In einem Testament kommt immer wieder ein Hospital vor; aus einem Brief der Amshurst-Papyri scheint eine Art von Kontributionsfreiheit eines Krankenhauses hervorzugehen. Von der Fürsorge für die Kranken hinsichtlich Speise und Trank, Behandlung durch Mönchsärzte, Krankenuntersuchung, Kriegsleistungen für Kranke und Verwundete vernehmen wir bezüglich des „weißen Klosters am Wüstenrand in Oberägypten“.¹⁾

Solchergestalt gab es zu Justinians Zeiten im Orient, zu Gregors d. Gr. Zeit im Okzident kaum mehr eine Bischofsstadt ohne Xenodochium; es entsprach dies ja auch nur jenem Kanon, welcher besagte: „*Ut sit omnibus civitatibus locus separatus peregrinis infirmis et pauperibus, qui vocetur Xenodochium . . . Et eligat episcopus aliquem ex fratribus . . . et hunc praeficiat Xenodochio, qui in eo faciat lectos et quaecumque infirmis et pauperibus opus sunt.*“²⁾

Alle diese Anstalten dienten verschiedenen Zwecken; waren die Häuser auch bezeichnet als Xenodochien, d. h. Fremdenhospize, Nosocomien, d. h. Krankenhäuser, Ptochotrophien, d. h. Armenhäuser, Cherotrophien, d. h. Witwenhäuser, Orphanotrophien, d. h. Waisenhäuser, Brephotrophien, d. h. Kinderheime, bez. Findelhäuser, Gerontocomien, d. h. Altersheime, so ist dies doch so zu verstehen, daß in jedem derselben die mannigfaltigsten Hilfeleistungen an Bedürftige und Notleidende aller Art dargeboten wurden. Neben Armen fanden Kranke Aufnahme; neben letzteren, die auch Blinde, Stumme oder Irre sein konnten, wieder Fremdlinge, etwa Pilger. Besonders erwähnt sei, daß in Alexandrien Johann der Almosengeber im Jahre 610 sieben Häuser eingerichtet haben soll, in welchen arme Wöchnerinnen gebettet und gepflegt werden sollten; gebärende Frauen gehörten überhaupt ebenfalls in den Kreis der Pflegelinge der Xenodochien.

Am Schlusse dieser Übersicht sei noch kurz angeführt, daß auch aus dem achten und neunten Jahrhundert einige wenige Berichte über Hospitalgründungen überliefert sind: in Lucca in Italien waren es fromme Bürger, was hervorgehoben werden mag, welche solche Anstalten in den Jahren 718, 721, 757 und 847 ins Leben riefen. In Mailand gründete i. J. 777 Todone, um die Wende zum neunten Jahrhundert in Rom Papst Leo III. ein großes Hospital. Soror, ein Bürger von Siena († 898), stiftete daselbst das später zum Ospedale Santa Maria della Scala gewordene Haus. Damit aber sind wir bereits in die karolingische Zeit gekommen, über welche später weiter zu berichten sein wird.

Über das Pflegepersonal der Xenodochien ist wenig bekannt; Ärzte für die Erkrankten hatte Basilius erwähnt. Unklar ist die Tätigkeit der der untersten Ordnung der Kleriker angehörenden sogenannten Parabolanen des Orients, deren Aufgabe gewesen zu sein scheint, die Hilfsbedürftigen aufzusuchen, sie der Anstalt zuzuführen und vielleicht auch in derselben zu pflegen. Freiwillige Krankenpflege wurde besonders von Frauen ausgeübt, z. B. von der schon genannten edlen Römerin Fabiola, von Placilla, der Gemahlin des Kaisers Theodosius d. Gr., der hl. Monika, hl. Pulcheria und vielen anderen, die dann etwa auch frühere Verfehlungen durch solche Dienstleistungen sühnen wollten; galt doch die Tätigkeit im Hospital als eine Art von Bußübung.

Unterhalten wurden diese Anstalten teils aus privaten Mitteln, auf welchen ja auch ein Teil der Stiftungen überhaupt beruhte, teils aus Einkünften der Kirchen oder der Gemeinden. Jene Fabiola, welche das Haus in Rom errichtet hatte, hatte aus ihrem Vermögen das Nötige geschenkt, ähnlich Pammachius und Paulinus von Nola. Reichlich

¹⁾ Sudhoff, Papyrusurkunden S. 229 ff., Studien zur Geschichte der Medizin Heft 56,
²⁾ Binterim, l. c. p. 41.

flossen auch Gaben der Gläubigen; dazu kamen etwa besondere Sammlungen. Es scheint, als ob eine Zeitlang auch der römische Staat an dem Unterhalt beteiligt war, während er später nur einen Schutz gewährte, die Verwaltung der Xenodochien hingegen ganz zu einer kirchlichen Angelegenheit ward.

Dadurch übertrugen sich allmählich auch die Vorrechte der Kirchen auf die Hospitäler: ihre Vorsteher, welche Gregor d. Gr. übrigens aus den Reihen der „religiosi“, d. h. der Mönche, zu wählen verlangte, erhielten die Immunität der Kleriker. Das erste Beispiel solcher Exemption ist das Privileg, welches derselbe Papst dem Xenodochium von Augustodunum erteilte: unter keinem Vorwand soll ihm etwas von dem, was ihm geschenkt worden ist oder später geschenkt werden wird, entzogen werden. Der Abt — man beachte diese klösterliche Bezeichnung, wie auch die Benennung von Pflegern als *Monachi* — hat alles zu dem Zweck, zu dem es geschenkt ist, zu verwenden. Stirbt der Abt, so soll der Anstalt kein anderer aufgedrungen werden, als der, den der König unter Zustimmung der Mönche erwählt. Der Abt kann nur eines Verbrechens wegen abgesetzt werden, in welchem Falle der Bischof nicht allein, sondern mit sechs anderen Bischöfen zusammen das Urteil sprechen soll.

Die Anstalten selbst werden berechtigt, Vermögen zu erwerben, Vermächtnisse anzunehmen, deren Erfüllung der Bischof selbst gegen die etwa säumigen Erben durchführen konnte. Die oberste Verwaltungsaufsicht stand unter allen Umständen dem Bischof zu, der die Beamten ernannte, ihre Abrechnung entgegennahm, überhaupt die Führung der Anstalt überwachte. Welche Sorgfalt ein gewissenhafter Bischof darauf verwandte, lassen die Briefe Gregors d. Gr. erkennen: in Sardinien ist ein Xenodochium verfallen, deshalb ordnet er dessen Restauration an; in Neapel hat ein gewisser Isidorus ein Legat vermacht, um ein Xenodochium zu erbauen. Der Defensor soll dafür sorgen, daß das Testament ausgeführt würde. Reichen die Mittel zur Gründung eines besonderen Xenodochiums nicht aus, so soll das Legat dem schon bestehenden Xenodochium des hl. Theodor zufallen; in Cagliari werden dem Bischof die Rechnungen verschiedener Xenodochien des Bistums nicht mehr wie früher vorgelegt. Er soll dafür sorgen, daß das regelmäßig geschieht. Er soll auch Sorge tragen, daß bei den Xenodochien Männer angestellt werden, die durch ihr Leben, ihre Sitten und ihren Fleiß würdig erfunden sind.

Überblicken wir die solchergestalt sich entwickelnde Führung und Einrichtung der Hospitäler, so erkennen wir, wie alles immer mehr klösterlich zugeschnitten wird; jetzt schon schimmern in der Organisation der pflegenden und verwaltenden Personen auch die Anfänge der mittelalterlichen Spitalorden durch. —

Mit dem Ausbau des Klosterwesens, welches ja, gleich den Xenodochien, in seinen Anfängen in den Orient zurückführt, ist frühzeitig in besonderer Weise eine geordnete Fürsorge auch für die Kranken ins Leben getreten; schon in der Regel des hl. Benedikt, welche auf lange Zeit hinaus vorbildlich blieb, ist im 31. Kapitel „*De infirmis fratribus*“ die Anweisung gegeben: „*Infirmorum cura ante omnia et super omnia adhibenda est, ut sicut revera Christo, ita eis serviatur. Fratribus infirmis sit cella se deputata et servitor timens deum et diligens et sollicitus. Balnearum usus infirmis quotiens expedit offeratur; carni es infirmis debilibus pro reparatione concedatur. Curam autem maximam abbas gerat, ne a cellariis aut servitoribus neglegantur infirmi.*“¹⁾ Daher hatte auch das Mutterkloster des Benediktinerordens zu Monte Cassino ursprünglich den kranken Brüdern eine Sonderzelle eingeräumt mit einem besonders geschickten Bruder als Pfleger, woraus alsbald das Hospital und die Infirmaria mit einem Hospitalarius und einem Infirmarius erwuchs. Und jene Regel bestimmte weiterhin, daß der Kellermeister „*infirmorum, infantium, hospitum pauperumque cum omni sollicitudine curam gerat*“.

Wie hier, so geschah es auch in allen gut eingerichteten Klöstern anderer mönchischer Genossenschaften. Und noch ein weiterer Schritt schloß sich an: war das

¹⁾ Sudhoff, *Mittel. z. Gesch. d. Med.* XIV, 4.

Hospital des Klosters ursprünglich nur für die eigenen Insassen bestimmt, so wurde es später ergänzt durch eine gleichartige Aufnahmestätte auch für nicht ordensangehörige Laien, das Urbild und der Vorläufer des Armenspitals. Die Grundstimmung aber, aus welcher heraus alle diese Einrichtungen geschaffen, unterhalten und vermehrt wurden, waren die Worte der Hl. Schrift, die die Gläubigen auf die Liebestätigkeit gegenüber jeder Art von Bedrängten immer und immer wieder hinwiesen: „Ich bin ein Gast gewesen und ihr habt mich beherbergt, ich bin krank und gefangen gewesen und ihr seid zu mir gekommen; was ihr getan habt einem meiner geringsten Brüder, das habt ihr mir getan.“ —

Als das Christentum begann, auch in den Gebieten nördlich der Alpen festen Fuß zu fassen und sich auszubreiten, da spielte in den Lehren der neuen Sendboten des Glaubens solches Fühlen und Denken alsbald mit eine bedeutende Rolle.

Bereits 742, auf der ersten von ihm gehaltenen Synode, hatte Bonifatius, anknüpfend an jene Regel des hl. Benedikt, den Christen die Pflege der Wohltätigkeit besonders ans Herz gelegt und ihnen befohlen, daß neben jedem Monasterium ein Xenodochium sich befinden müsse. Unter der Einwirkung dieses edlen Mönches entstand dann 754 die Regel des Metzzer Bischofs Chrodegang, welche alsbald in ganz Gallien sich verbreitete. Sie wurde später von Amalarius, einem gelehrten Diakon von Metz, erweitert und verbessert; in dieser Form gelangte sie auf dem Konzil von Aachen im Jahre 817 zur Annahme und wurde für alle Kirchen des fränkischen Reiches eingeführt. Sie regelte das Leben der Kanoniker, die aus großer Verwilderung einer strengen und sittlichen Haltung zugeführt wurden; dazu diente eine enge Gemeinschaft untereinander und mit dem Bischofe. War dabei für die alten und kranken Kanoniker ein Gerontocomium sowie ein Nosocomium geschaffen, so wurde es, wie früher aus altchristlicher Zeit bereits berichtet worden ist, nunmehr wiederum Aufgabe des Bischofs, neben seiner und der Kleriker Wohnung, dem Claustum, auch ein Hospital für Arme und Fremde zu errichten. Hier haben wir die Anfänge der späteren stiftischen Hospitäler, wie sie bei den Bischofs- und größeren Gemeindegemeinden emporwuchsen.

Auch Karl d. Gr., der ja die Bestrebungen der dem Bonifatius nachfolgenden Heidenbekehrer pflegte und unterstützte, wies in seiner umfassenden Fürsorge die Klöster in verschiedenen seiner Capitularien, so besonders 789, auf jene alten Vorschriften hin, die für die Pflege der Kranken Sorge zu tragen anbefahlen. Darum sollte der Kellermeister, welchem, wie bereits erwähnt, diese Pflicht mit oblag, ein mitleidiger und zugleich freigebiger Mann sein; darum ordnete der Kaiser in verschiedenen Erlassen von 781, 783, 803 an, daß die Klöster Hospitäler haben und sie in gutem Zustand erhalten müßten; ferner daß verfallene oder etwa als Precarien in Laienhände geratene Xenodochien, wie dies in der Merowinger- und Pippinidenzeit nicht selten vorgekommen war, wiederhergestellt werden sollten. Soweit es sich dabei um selbständige Anstalten dieser Art gehandelt haben mag, scheinen die Anstrengungen des Kaisers sowie die gleichen Bestrebungen der Bischöfe allerdings ohne nachhaltigen Erfolg geblieben zu sein; behielt sich doch Karl d. Gr. selbst das Verfügungsrecht über gewisse Xenodochien vor, die gelegentlich zu ganz anderen Zwecken verliehen wurden. Auch die Anordnungen seiner kaiserlichen Nachfolger hatten kein bleibendes Ergebnis, wie die Klageschrift der Bischöfe über die Zerrüttung der Xenodochien, welche sie 846 an Karl II. richteten, dartut.

Daß bereits lange vorher auch dem nordischen Abendlande klösterliche Hospitäler nicht fehlten — eine späte Mainzer Urkunde bemerkte: *Cum in plerisque coenobiis sit hospitale ab antiquo constructum* —, ¹⁾ lehrt die mit hinreichender Wahrscheinlichkeit überlieferte Nachricht, nach welcher Abt Ottmar von St. Gallen im Jahre 720 „mansiones“ für Arme und ein „hospitiolum“ für Lepröse erbaut hatte. Ein Schottenmönch hatte St. Gallen, andere Schottenmönche haben andere Klöster und deren Hospitäler gestiftet; zur Zeit des karolingischen Reiches scheinen dann überall bei den Klöstern im eigent-

¹⁾ Vgl. Hauck, Kirchengeschichte Deutschlands, IV, 53 Anm. 6.

lichen Sinne, wie auch bei jenen Monasterien der Stiftskanoniker, worüber später zu sprechen sein wird, Hospitäler vorhanden gewesen zu sein, nicht nur für die Kleriker selbst, sondern auch für fremde Bedürftige und Kranke. Von dem letzteren, dem Hospital pauperum oder der Eleomosynaria der Klöster, erfahren wir allerdings nur gelegentlich etwas, was sich auf Krankenpflege bezieht; zumeist sind sie die Hospize für allerlei Gäste höheren und niederen Ranges, für Pilger und Fremdlinge mancher Art, die zu beherbergen waren. Natürlich mögen dabei öfters auch Kranke gewesen sein; ausdrücklich werden solche in dem Güterverzeichnis der Abtei Prüm vom Jahre 893 erwähnt, wobei es in einer Glosse u. a. heißt, daß die Erträgnisse eines dem Hospital seit alters zugewiesenen Hofes zu Wetellendorf nicht Reichen, Gesunden und Arbeitsfähigen zugewendet werden dürfen. „Sed dabuntur egrotis, cecis, surdis ac debilibus, sicut constitutum est a sanctis patribus.“¹⁾ Und in dem Güterverzeichnis der Abtei Mettlach lesen wir bei der Nennung einer Stiftung, daß sie gemacht worden sei von einem „Roricus de bizzerdorf“, welcher „hic egrotans moritur.“²⁾ Sodann hören wir vom Jahre 822 von dem „hospitala pauperum“ des Klosters Corbei an der Somme, das zwölf Arme beherbergen konnte, zu denen aber auch gehörten die „infirmi, qui ibi sustentantur“. Und wir erfahren weiter, daß außer dem Hospitalarius auch der „Senior portarius infirmorum necessitatem debet iuxta possibilitatem providere in his rebus, quae hospitalario desunt ad opus infirmorum.“³⁾

Im Jahre 971 wird in einer Urkunde Siegfrieds, Grafen von Luxemburg, über die Wiederherstellung des Benediktinerklosters Echternach auch des Hospitala desselben gedacht, welches bereits zu Zeiten des hl. Willibrord, d. h. am Ende des siebenten Jahrhunderts, als Armenspital bestand. In ähnlicher Weise finden wir aus späterer Zeit dieselbe Einrichtung bei vielen Klöstern, bei welchen über den früheren Bestand uns keine Nachrichten mehr vorliegen.⁴⁾

In den aus dem Jahre 822 stammenden alten Satzungen des Klosters Corbei ist nun einmal die Rede von der „domus infirmorum“, d. h. dem Krankenhaus für die Mönche, zu dessen Dienst drei Kleriker und ein Laienbruder bestimmt waren; unter den letzteren werden dann „medici duo“ genannt, deren uns nicht weiter bekannte Tätigkeit außerhalb der Infirmeria wohl auch anderen Kranken gewidmet war.

Mehr noch, als wir hier lesen, können wir einem umfangreichen Bauplan entnehmen, welchen das Kloster St. Gallen im Jahre 820 aufstellte. Derselbe ist uns erhalten und zeigt zunächst in der sogen. inneren Schule einen besonderen Krankenraum, der mit Ofen und Abort versehen ist; neben der Küche dieses Hauses befindet sich ein Baderaum. Außer dem Hospiz für vornehme und arme Reisende und Pilger ist sodann aber „fratribus infirmis“, also für die kranken Klosterbrüder, ein umfangreiches Gebäude vorgesehen, von dessen verschiedenen Räumen einer als „locus valde infirmorum“ bezeichnet ist. Neben dem Krankenhaus steht die Küche, ebenfalls mit Baderaum, und einige Schritte davon entfernt ein besonderes Aderlaßhaus mit sechs Bänken und Tischen. Dieser Raum ist auch zum Einnehmen von Heiltränken (Abführmitteln?) bestimmt; an ihn schließen sich mehrere Aborte an. Unweit von dem Hospital befindet sich die Wohnung des Arztes, zu welcher das „armarium pigmentorum“, die Klosterapotheke, sowie wiederum ein „cubiculum valde infirmorum“ gehört. Alle die genannten Krankenräume sind heizbar und haben zumeist besondere Aborte. Unmittelbar hinter der Wohnung des Arztes liegt der Kräutergarten mit 16 Beeten für jeweils eingeschriebene Pflanzen.⁵⁾

Wie hier für die Schwerkranken eigene Räume vorgesehen waren, so vernehmen wir auch aus den Hirsauer Satzungen von einer entsprechenden Sonderung.⁶⁾ „Nam

¹⁾ Beyer, Urk.-B. d. mittelrhein. Territorien, Bd. I, 147.

²⁾ E d. Bd. II, 349 v. 1126.

³⁾ M. B. Guérard, Polyptyque de l'abbé Irminon, Tom. II, 1844, p. 307—310.

⁴⁾ J. Marx, Geschichte des Erzstifts Trier, I. 2, S. 318.

⁵⁾ P. Keller, Bauriß des Klosters St. Gallen vom Jahre 820, 1844.

⁶⁾ Vetus disciplina monastica, Ed. Herrgott, Paris 1726, p. 351. Constitut. Hirsaug.

ne propter diversas infirmitates suas ab invicem graventur, in diversis domibus sub uno aedificio cohaerentibus sequestrati commorantur.“ Und weiter hören wir hier: „Una autem domus ad hoc sigulariter est deputata, ut famuli, qui infirmis obsequuntur, in ea dormiant, comedant, scutellas abluant etc.“

Man sieht, daß für die verschiedensten Bedürfnisse im Sinne der Zeit gesorgt war; daß auch sonst die Unterhaltung eines den verschiedenen Erfordernissen gerecht werdenden Betriebes gesichert wurde, bezw. war, dafür zeugen uns nun die Stiftungen und dauernden Leistungen verschiedener Art, welche im Laufe der Zeit den Hospitälern zugewendet wurden.

In jenen Satzungen der Abtei Corbei lesen wir, daß die Klostermühlen jährlich 51 gemästete Frischlinge dem Klosterspital liefern mußten; haben wir auch aus ähnlich früher Zeit keine weiteren derartigen Überlieferungen mehr, so vermögen wir doch aus späteren Nachrichten, die unbedenklich hier herangezogen werden können, uns ein an Einzelheiten reiches Bild der frommen Fürsorge zu machen.

Am häufigsten sind Stiftungen allgemeiner Art: „infirmatorio ad infirmorum solacium“,¹⁾ „infirmis fratribus infirmarie monasterii“,²⁾ „ad remedium anime nostre infirmatorio Prümensi ad usus infirmorum“, wobei der Stifter etwa noch genau beachtet haben will, daß „omnia sub custodia et provisione perpetua infirmarii consistant“. ³⁾ Ziemlich früh geschieht eine Stiftung des Bürgers Walgerus für die Abtei St. Martin in Köln (1022), wobei als Einzelheit festgelegt wird, daß „V solidi ad lignorum emptionem in domum infirmorum fratrum reddentur“; ⁴⁾ ähnlich ist die Schenkung der Äbtissin des Klosters Bassum, welche 1207 ein Haus schenkt, dessen Erträgnis verwendet werden soll „ad illuminandum sui conventus infirmatorium“. ⁵⁾ Auch Abt Herimann von St. Martin zu Köln sorgt sich um besondere Bedürfnisse seiner Klosterbrüder, indem er 1261 unter anderem stiftet „carratam vini ad officium infirmarie, ut magister infirmorum eo melius et diligentius fratres infirmos in omnibus necessariis, quibus indigent, procuret.“ ⁶⁾

Beispiele solcher Art könnten weiterhin in erheblicher Anzahl beigebracht werden; es mag aber genügen, nur eines noch anzuführen, welches in seiner Begründung gerade das wieder hervorhebt, was die altchristliche Grundlage der oberhirtlichen Fürsorge auch auf dem vorliegenden Gebiete bildete: im Jahre 1158 stiftete Abt Markward zu Fulda ein Haus, „cum viderem, fratrum meorum infirmariam paucis redditibus usque ad mea tempora fuisse dispositam, sciens ex divino mandato curam infirmorum amplius mihi incumbere, pro allevanda eorum penuria villam ad infirmariam fratrum meorum fuldensium tradidi, et census, qui inde persolvitur, decrevi ibidem infirmantium indigentiae administrari.“ ⁷⁾

Der Magister infirmorum, infirmarius oder procurator, wie er gelegentlich heißt, ist, wie die angeführten Urkunden bereits gezeigt haben, diejenige Person der mönchischen Genossenschaft, welcher die eigentliche Fürsorge für das erkrankte Ordensmitglied obliegt. Die alten Satzungen etwa von Clugny oder Hirsau, welche beide ja für viele Klöster das Vorbild waren, enthalten nun in ausführlichen Kapiteln die Bestimmungen, welche, allerdings vorwiegend in bezug auf das geistliche Leben, das Verhalten bei der Erkrankung eines Bruders regeln sollten, die aber auch die leibliche Pflege betrafen. ⁸⁾ Soweit die kirchlichen Pflichten in Betracht kamen, welche bis in alle Einzelheiten aufgezählt sind, hatte dabei der Prior oder Abt des Klosters schon von der ersten Krankmeldung an, die seiner Genehmigung bedurfte, ein gewichtiges Wort

¹⁾ Für das Klosters Eussersthal (1292). Zeitschr. f. Gesch. d. Oberrheins V. 314.

²⁾ Ebd. X. 411 von 1248 durch Inkorporation einer Kirche zu Bregenz für d. Kloster Mehrerau.

³⁾ Beyer, Urk.-B. d. mittelrh. Territorien III. 600 v. 1244.

⁴⁾ Ennen, Quellen z. Gesch. d. Stadt Köln. I, 476.

⁵⁾ Lappenberg, Hamburgisches Urk.-B. I. Reg. 359.

⁶⁾ Dronke, Cod. dipl. Fuldensis 1850, Nr. 824 S. 406.

⁷⁾ Ebd.

⁸⁾ Vetus discipl. mon. Constit. Hirsaugenses p. 553 ff. Das Zitat ist aus verschiedenen Absätzen zusammengezogen.

mitzusprechen; in bezug auf die leibliche Fürsorge war der Siechenmeister selbständiger, mußte aber mit dem Bruder cellarius oder camerarius sowie dem Koch Rats pflegen.

Über die Krankmeldung und die weiteren Maßnahmen bei derselben heißt es: „Frater, qui noctu in dormitorio tali infirmitate praeoccupatur, ut absque fratrum inquietudine usque ad Nocturnos perdurare non possit, a fratribus in vicinitate sibi dormientibus, licentia a Priore acquisita, sine mora ad domum infirmorum ducitur; si vero tam mediocri infirmitate laborat, ut Nocturnos expectare valeat, mox ut tres orationes finitas esse noverit, infirmitatem suam Priori innotescit, statimque illius jussu per fratrem aliquem ad infirmariam ducitur. Qui autem ita coeperit infirmari, ut conventum tenere non possit, Priori infirmitatem patefacit, vel, si placet, in Capitulo veniam petit et monstrat, quod infirmus sit; et si talis ejus infirmitas patet, Prior vel sua sponte, vel ab alio admonitus statim ad infirmariam eum ire jubet.

Ad infirmarii autem curam pertinat, ut in singulis huiusmodi refectionis indigentiam diligenter exploret, Priorique, quantum in ipso est, rei veritatem denuntiet. . . . Si aliquis medicine indiget, absque licentia Prioris per infirmarium hanc habere poterit. Si vero opus habet cocturam faciendi, aut phlebotomandi, per infirmarium a Priore acquirit. . . . Circatores autem frequenter visitant domum infirmorum et diligenter explorant, quomodo ipsi se habeant infirmi. Infirmarius, si quam viderit eorum negligentiam, hoc debet ipse in Capitulo reclamare. Et si quis inter eis admonitionis transgressor inventus fuerit, virgam aliquando experietur.“

„Quidquid infirmi petierint, eis dandum est, etsi emere opus sit. Regula namque praecipit, ante omnia et super omnia adhibendam infirmis esse curam et sollicitudinem.“ Diesen altübernommenen Grundsatz der (italienischen) *Disciplina Farfensis*,¹⁾ welche wohl ins 10. Jahrhundert zurückgeht, dürfen wir, auch wenn es so nicht ausgesprochen ist, unbedenklich übertragen etwa auf die Gepflogenheiten in Clugny oder Hirsau, die wir nachlesen können, sowie auf alle anderen Klöster.

Über die Pflichten des Infirmarius aber heißt es in der Ordnung von Clugny:²⁾ „Infirmarius ad obsequium infirmorum separatim habet coquum et coquinam. Cottidie a cellerario quaerit, quod habuerit opus, eaque nunquam debet carere opera, ut, quod infirmis ad refectionem est praeparandum, tempestive praeparet. Ad horam competentem occurrit ad coquinam sui officii, ut coquum faciat, quae praeparanda sunt, praeparare; ad horam competentem invitat infirmos ad reficiendum: fercula, quae apponenda sunt, ipse cum adiutoribus suis apponit; ad eum quoque pertinet, ut si quis de lecto surgere non potest, summo diluculo cum cellerario veniat, ut cum eo concordet, quid ad ejus praeparetur recreationem. Quodque non comederint, si est huius quantitatis, ipse reponit: habet namque armariolum, in quo talia recondit, et adhuc candelas caeteraque necessaria reponit; raroque aut nunquam defuerit in eo piper, cinnamomum, gingibrum aliaeque radices, quae sunt salubres, ut sit semper in promptu, quod valeat infirmo, fortassis, ut aliquando contigit, subitanea passione percusso, vel si expedit, ut pigmentum ei conficiatur; Camerarius non invitus praebet infirmario huiusmodi facultatem. Famulis autem, qui infirmis obsequuntur, de reliquiis ciborum aliquam charitatem impendit; si quid est tale, quod infirmis honeste possit repraesentari, eis reservat.

Post Completorium apportat aquam benedictam et aspergit per omnia lecta infirmorum; infirmarius etiam aliquot justitias cum potu in promptu poni procurat, ut quisque eorum sitim patiens etiam in nocte extinguere valeat.“ —

Und nun kehren wir nochmals zurück in den fernen Osten, die Ursprungsstätte des Krankenhauswesens; aus Byzanz ist uns aus dem 12. Jahrhundert eine Nachricht erhalten, welche einen Höhepunkt erkennen läßt, den das Abendland in dieser Zeit noch nicht erreicht hatte. Vorgreifend mag aber bereits hier darauf hingewiesen werden, daß auffällige Anklänge bei den Spitalgründungen der Ritterorden im heiligen Lande uns entgegentreten werden.

(Schluß folgt.)

¹⁾ Ebd. S. 121.

²⁾ Ebd. S. 184 u. 552. Die *Constit. Hirsaug.* besagen etwa das gleiche.

Sterblichkeit und Einschränkung des Alkoholverbrauchs.*)

Von Dr. M. Hindhede, Kopenhagen.

Mit dem Eintritt der vollständigen Blockade im Februar 1917 kam Dänemark in eine sehr bedenkliche Lage. Wir pflegten nämlich bis dahin 40% der für Menschen und Tiere benötigten Getreidemengen und Futtermittel einzuführen. Außerdem hatten wir 1917 infolge der Dürre einen Ernteausfall von 30% gegen die Friedenszeit. Man wird daher die Schwierigkeit unserer Lage leicht verstehen. Unsere Besorgnis konnte im Hinblick auf das hungernde Deutschland nur noch gesteigert werden, zumal, da dieses Land im Verhältnis zu seiner Bevölkerungsziffer doppelt soviel Roggen und Kartoffel erzeugte als Dänemark.

Angesichts dieser Schwierigkeiten berief die Regierung einen Ausschuß von acht Sachverständigen und stellte ihm die Aufgabe, zu ermitteln, wie unsere Ernte am besten einzuteilen sei, um vor allem die Bevölkerung ausreichend zu ernähren.

Ich habe mich kaum jemals so gefreut, wie damals, als ich in diesen Ausschuß berufen wurde; bot sich doch hier die Gelegenheit zu einem großartigen Versuche an drei Millionen Menschen. Nichts war nämlich leichter, als genügend Nahrung zu beschaffen, wenn man nur die von mir seit so vielen Jahren verfochtenen Grundsätze befolgen wollte: Lakto-vegetabilische Diät, d. h. Milch und pflanzliche Erzeugnisse, mit Ausschluß aller alkoholischen Getränke, mußte die Hauptnahrung werden. Ganz besonders habe ich Gerstengrütze und Kartoffeln empfohlen. Meine Ernährungsversuche hatten nämlich bewiesen, daß man Jahr und Tag ausschließlich von Kartoffeln und Margarine oder ausschließlich von Gerstengrütze, Zucker und Margarine leben und sich des besten Wohlseins erfreuen kann.

Außerdem habe ich bewiesen, daß man zwei Jahre lang — und länger — ganz ohne Fett leben kann, wenn man nur reichlich Gemüse und Früchte ißt. Fett ist an sich selbst nicht notwendig, aber wohl die in der Butter enthaltenen Vitamine. Diese finden wir aber auch in Gemüse und Früchten.

Weiter habe ich gezeigt, daß die Menschen die Kleie ebensogut verdauen wie die Haustiere. „Unglaublich!“ wird man sagen. Aber es ist doch so. Meine Kleieversuche sind z. B. von Professor Johannsen in Stockholm und Professor Wiegner in Zürich nachgeprüft worden; sie kamen zu ganz den gleichen Ergebnissen. Kleie gehört überhaupt zu unsern allerbesten Nahrungsmitteln. Ich habe Versuchspersonen gehabt, die ein halbes Jahr allein mit Vollkornbrot und Butter gelebt haben. Versucht man aber mit Weißbrot und Butter allein zu leben, so wird man krank und würde gewiß daran sterben, wenn man mit dieser Ernährung fortführe.

Leben stillende Mütter wesentlich von Fleisch und Weißbrot, bekommen die Kinder die englische Krankheit. Man kann wohl die Situation durch reichliche Zugabe von Gemüsen retten; doch ist es sinnlos, den Tieren das Beste zu geben und selbst das Schlechte zu behalten.

Wenn man nämlich Getreide und Kartoffel den Schweinen gibt und die Schweine ißt, so gehen 80% des Nährwertes verloren. Das ist töricht; aber noch törichter ist es, gute Nahrungsmittel in Gift zu verwandeln, um damit unsere Mitmenschen zu töten.

*) Die Zahlen, die die Grundlagen für diesen Vortrag bilden, sind meinem offiziellen Berichte an das Ministerium des Innern entnommen (13. Beretning fra M. Hindhedes Kontor for Ernaeringsundersgøelser), dem eine kurze englische Zusammenfassung beigegeben ist. Verlag J. Lund, Kopenhagen. Die Zahlen im Berichte gehen jedoch nur bis 1918; jene für 1919 und 1920 sind hier hinzugefügt worden. Die Zahlen für Amerika stammen aus den Berichten der Gesundheitsämter (health departments), teils für Newyork, teils für das Gesamtgebiet der Vereinigten Staaten. Hierüber finden sich Einzelheiten in meiner Abhandlung in Ugeskrift for Laeger (Wochenschrift für Ärzte), Nr. 33, 1921.

Meine statistische Abhandlung ist von unserem bekannten Statistiker Harald Westergaard, Professor der Nationalökonomie an der Universität Kopenhagen, überprüft worden. Er ist Ehrenmitglied des Internationalen Vereins von Lebensversicherungsärzten und Verfasser des bekannten Werkes „Morbidität und Mortalität“ (Jena, Gustav Fischer).

Die oben erwähnten Versuche wurden denn auch zu einer wichtigen Grundlage unserer Rationierung. Gerste und Kartoffeln haben wir nämlich genügend, wenn wir nur keinen Mißbrauch damit treiben, d. h. sie nicht den Schweinen, Schnapsbrennern und Brauern geben.

Unsere Hauptmaßnahmen waren:

1. Beschränkung der Aufzucht von Schweinen auf $\frac{1}{5}$;
2. Verbot der Herstellung von Trinkbranntwein;
3. Verminderung der Biererzeugung um die Hälfte;
4. Ausmahlung unseres Roggenbrotes bis 100% und Beigabe von 15% Weizenkleie.

Für diese Beimischung von Kleie hatte ich die Verantwortung übernommen. Bei Backversuchen in meinem Laboratorium zeigte ich, daß man bis 30% Weizenkleie ins Roggenbrot backen kann und doch gutes Brot erhält. Daß jedenfalls die süddeutschen Bäcker dies nicht machen können, weiß ich. Eine Münchener Regierungskommission war nämlich nach Dänemark gekommen, um diese Kunst zu erlernen. Das Backen von gutem Schrotbrot ist nicht so leicht; aber wir Dänen haben darin hundertjährige Übung.

Durch diese Maßnahmen gelang es uns mit Leichtigkeit, genügend Nahrung zu verschaffen. Kein Däne hungerte und kein Deutscher hätte dabei zu hungern gebraucht.

Bei einer anderen Gelegenheit habe ich mich so ausgedrückt: „Die Sterblichkeit in Deutschland und Dänemark während des Krieges war ungefähr die gleiche, in Deutschland aber starben die Menschen, in Dänemark die Schweine!“

Wie war die Lage eigentlich einfach. Wir hatten nur die Hälfte von der für Menschen und Schweine notwendigen Nahrung. Also hatten wir zu wählen: Mensch oder Schwein? Für normale Gehirne sollte die Wahl nicht schwierig sein. Aber die deutschen Hirne waren nicht normale, sie waren von altem Aberglauben und alten Sitten hypnotisiert.

Man hat eingewendet, daß die deutschen Schweine zuletzt auch geschlachtet waren. Ja, zuletzt, nachdem die Situation schon verloren und nicht mehr zu retten war.

In Dänemark hatten Professor Holger Möllgaard und ich den physiologischen Teil der Berechnungen für die Lebensmittelverteilung übernommen. Da wir zwei Physiologen, ein Mäßiger (Professor Möllgaard) und ein Abstinenter (ich) praktisch miteinander ganz einverstanden waren, so schlossen sich auch die übrigen Mitglieder des Ausschusses uns an. Die Eingabe an die Regierung wurde ganz einstimmig abgegeben. Die Regierung sowohl als der Reichstag stimmten uns zu. Professor Möllgaard bekam die praktische Leitung der Rationierung, und ich wurde der praktische Ratgeber für die Hausfrauen.

Das Ganze ging nun ganz leicht und einfach; es war eigentlich kein Widerstand, weder von den Laien, noch von den Ärzten. Dazu hat wohl auch das etwas beigetragen, daß ich während einer ganzen Reihe von Jahren die Rationierung sozusagen vorbereitet hatte. In Büchern, Hunderten von Vorträgen und Zeitungsartikeln habe ich eine gewaltige Aufklärungstätigkeit entfaltet, um die Leute zu überzeugen, daß Brot, Grütze, Kartoffeln, Obst und Gemüse die ideale Kost bilden, besonders wenn man dazu nur Milch und Wasser trinkt. Der Mensch ist ja das einzige Säugetier, das leider auch andere Getränke braucht. Wir waren vielleicht auch ganz schlau, daß wir kein Wort über die Schädlichkeit des Alkohols sagten; das böse Wort „Verbot“ wurde überhaupt nicht angewendet. Wir fragten die Leute nur, was sie vorzögen:

Fleisch	oder	Brot*)
Branntwein	„	Grütze
Hunger	„	Kartoffeln
und Tod	„	Sättigung und Leben.

Sie hatten also zu wählen zwischen Genuß und Tod, vermeintlicher Askese und Leben. Die Dänen wählten das letztere, die Deutschen das erstere.

Wohl zu bemerken ist hier, daß nur die Erzeugung, nicht das Trinken verboten war. Die Regierung gestattete gegen eine sehr hohe Besteuerung, daß aus den vorhandenen

*) Selbstverständlich lebten die Dänen nicht allein von diesen Erzeugnissen. Sie bekamen ja auch eine gewisse Menge von Fleisch, Milch, Butter, Gemüsen usw.

Lagerbeständen monatlich 100000 Flaschen freigegeben wurden. Das ergab bei gleichmäßiger Verteilung ein Gläschen Schnaps auf Kopf und Monat. Soviel konnten wir Dänen vertragen. Aber die Verteilung war nicht gleichmäßig. Der Preis war durch die Steuer auf das Zwanzigfache gestiegen, so daß nur die Reichen Schnaps bekommen konnten. Das war klug; denn von seiten der Reichen war in Dänemark der gefährlichste Widerstand zu befürchten. Wenn aber der Kriegsgewinnler im Palasthotel seinen Schnaps bekommt, so ist er so edelmütig, zu erlauben, daß dem kleinen Manne der Schnaps entzogen werde.

Tatsächlich wurde also während der Rationierung in Dänemark das Branntweinverbot durchgeführt, und zwar mit einem Schlage und ohne weitere Umstände. Von Hausbrennerei hörten wir nichts.

Wenn wir uns nun vergegenwärtigen, daß Dänemark bis dahin das am meisten Branntwein verbrauchende Land in Europa gewesen war und nun plötzlich auf den geringsten Verbrauch gesetzt wurde, so können wir verstehen, was das für ein einzigartiger Versuch war. In den Ländern mit Alkoholverbot pflegt ja die Einschränkung des Verbrauchs sich langsam und stufenweise zu vollziehen, und deshalb ist auch die Wirkung nicht so auffallend. Wohlverstanden: Dänemark ist nicht das am meisten Alkohol verbrauchende Land; bei uns trinkt der erwachsene Mann zwei Schnäpse täglich, während neben dem Branntwein der Schweizer einen halben und der Franzose einen ganzen Liter Wein täglich trinkt. Das bedeutet, auf reinen Alkohol ungerechnet, vielleicht das Doppelte oder Vierfache! „Gott sei Dank“, trösten sich unsere dänischen Säufer, „sind wir also doch mäßig und nicht wie diese Zöllner im Süden.“

Wie hat nun das dänische Alkoholverbot gewirkt? Da brauche ich wohl nur auf die folgende Tabelle zu verweisen; die Zahlen sprechen für sich selbst.

Verbrauch auf Kopf und Jahr in Dänemark:

	1890—99	1900—09	1910—14	1915—16	1917	1918
Branntwein (Liter)	13,0	11,3	9,2	8,6	2,6	0,4
Bayrisches Bier (Liter)	36	36	33	34	33	21
Kaffee (kg)	2,3	3,6	5,4	5,8	6,4	0,9
Tabak (kg)	1,5	1,9	1,9	2,2	1,0	0,6.

Anzahl pro Jahr für ½ Million Einwohner in Kopenhagen:

	1890—99	1900—09	1910—14	1915—16	1917	1918
Deliriumfälle	750	760	565	390	124	14
Verhaftungen wegen Betrunktheit	9337	9725	9240	9708	4470	2020

Todesfälle pro 100 000 im Alter von 25 bis 65 Jahren in Kopenhagen:

Männer:	1890—99	1900—09	1910—14	1915—16	1917	Okt. 17 bis Okt. 18
Alkoholismus	65	76	57	36	10	1
Selbstmord	98	98	84	72	47	32
Unfälle	68	64	55	70	33	27
Lungenentzündung	79	65	75	91	61	47
Gehirnkrankheiten	126	118	118	117	109	61
Nierenkrankheiten	60	72	68	65	68	43
Zusammen	496	494	457	451	328	211
Im Verhältnis	100	100	92	91	67	43
Frauenkrankheiten	153	162	179	179	166	132
Im Verhältnis	100	100	117	117	109	87

Wenn ich das Jahr Oktober 1917 bis Oktober 1918 statt des gewöhnlichen Kalenderjahres genommen habe, so geschah dies, um die Influenzazeit auszuschneiden, die im letzten Quartal 1918 alle Berechnungen störte. Der Branntweinverbrauch war in den letzten 25 Jahren vor dem Kriege für ganz Dänemark von 13 Liter auf 9 Liter auf Kopf und Jahr zurückgegangen. Im Rationierungsjahre ging er auf 0,4 Liter herunter. Gleichzeitig

sank der Bierverbrauch von 33 Liter starken Bieres (4 bis 4½%) auf 21 Liter schwächeren Bieres (3%). Auch der Verbrauch von Kaffee und Tabak geht aus der Tabelle hervor.

Wie man aus ihr ersieht, verschwand mit dem Branntwein auch der Säuerwahnsinn; die Zahl der Verhaftungen wegen Betrunktheit ging auf ein Fünftel zurück. Es ist eben leichter, Branntwein für einen einzelnen Rausch, als für die täglichen Schnäpse zu beschaffen.

Die Todesfälle an Alkoholismus schrumpfen von 60 bis auf einen einzigen zusammen. Man hörte oft sagen, die Leute hätten den denaturierten Spiritus („Radium“) und andere Fuselmischungen getrunken und wären darnach wie Fliegen gestorben. Nun weiß ich nicht, ob diese eine Fliege an „Radium“ gestorben ist; aber ist es nicht besser, eine Fliege am „Radium“ als 60 Fliegen am feinsten Aquavita sterben zu lassen?

Daß die Todesfälle an Alkoholismus verschwinden, kann ich verstehen, aber daß die Selbstmordfälle auf 1/3 heruntergehen, kann ich nicht verstehen. Angeblich vergrößert Alkohol die Lebensfreude: daß die lebensfreudigen Menschen sich vor lauter Lebensfreude aufhängen, kann ich nicht verstehen.

Daß die Zahl der tödlichen Unfälle auf die Hälfte sinkt, kann ich begreifen. Auch verstehe ich, daß die Todesfälle an Lungenentzündung und Gehirnkrankheiten auf die Hälfte zurückgehen. Ob jemand an Lungenentzündung stirbt, hängt wesentlich von seinem früheren Alkoholverbrauch ab. Und daß Branntwein sich mit Vorliebe auf das Gehirn schlägt, ist wohl auch nicht unbekannt. Daß es ferner für die Nieren nicht gut ist, wenn man zu viel Schnäpse trinkt, das wissen wir ebenfalls.

Als wir den Branntwein abschafften, sank die Sterblichkeit an diesen sechs Todesursachen zusammen um 57% — und zwar in einem einzigen Jahre!

Daß der Alkohol hier die Hauptrolle spielt, ergibt sich aus einem Vergleiche zwischen der Sterblichkeit der Männer und derjenigen der Frauen an diesen sechs Krankheiten. Normalerweise ist die Sterblichkeit der Männer die dreifache; nimmt man aber den Alkohol fort, dann sinkt der Unterschied sofort von 334 auf 79!

Die Verhältniszahlen zeigen, daß die Sterblichkeit der Frauen vor dem Kriege im Steigen war. Das scheint nicht mit dem Rückgang des Alkoholverbrauchs übereinzustimmen. Doch stimmt es ganz genau. Noch im Jahre 1890 galt es für eine Schande, wenn eine Frau Schnaps trank; heute gehört es in Kopenhagen schon zum guten Ton. Aber wenn die Frauen schon wie die Männer leben, so müssen sie sich auch damit abfinden, wie die Männer zu sterben.

Die Sterblichkeit am Alkoholismus ist geradezu ein Barometer für die Sterblichkeit überhaupt; denn wenn z. B. 60 Männer mehr als Frauen an Alkoholismus sterben, dann sterben gleichzeitig 300 mehr an den anderen fünf Krankheiten.

Die amtliche englische Statistik weist eine ähnliche Sachlage auf:

Todesfälle pro 100 000 im Alter von 25 bis 65 Jahren in England 1900—1902:

	Alle	Geistliche	Bauern	Ärzte	Städt. Arbeiter	Gastwirte
Alkoholismus	23	3	10	24	25	156
Selbstmord	27	8	24	37	27	58
Unfälle	83	13	58	83	70	83
Lungenentzündung	127	48	69	128	182	207
Gehirnkrankheiten	148	90	87	186	141	265
Nierenkrankheiten	73	54	41	80	82	179
Krankheiten	481	216	289	518	527	848
Im Verhältnis	100	45	60	108	110	176

Wenn z. B. 21 Ärzte mehr als Geistliche an Alkoholismus sterben, dann sterben auch 300 Ärzte mehr an den anderen fünf Krankheiten.

Warum treten die Ärzte nicht wie ein Mann für die Ausrottung des Alkohols ein? Weil sie nicht besser sind als die anderen Menschen.

Beachten Sie, bitte, auch die gewaltige Sterblichkeit der Gastwirte!

Ich gebe zu, daß ich bis hierher die sechs Todesarten besonders hervorgehoben habe, bei denen der Alkohol die größte Rolle spielt. Die nächsten Zahlen veranschaulichen, welchen Einfluß der Alkohol auf die Gesamtsterblichkeit hat.

Jährliche Todesfälle pro 100 000 im Alter von 25 bis 65 Jahren in Kopenhagen:

	Männer:	1890—99	1900—09	1910—14	1915—16	1917	Okt. 17 bis Okt. 18
Alle Krankheiten		1582	1455	1369	1386	1228	976
Epidemische Krankheiten u. Tuberkul.		505	362	286	309	334	270
Alle anderen Krankh.		1077	1093	1083	1077	894	706
Im Verhältnis		100	102	100	100	83	65
Frauen:							
Alle Krankheiten		926	858	886	899	892	751
Epidemische Krankheiten u. Tuberkul.		282	200	181	179	207	176
Alle anderen Krankh.		644	658	705	720	685	575
Im Verhältnis		100	102	109	112	106	89

Wir hatten bei den Männern seit 1890 einen Rückgang der Sterblichkeit zu verzeichnen; er betraf jedoch ausschließlich die ansteckenden Krankheiten und die Tuberkulose, die wir ja erfolgreich bekämpfen gelernt haben.

Es wird für viele sehr überraschend sein, zu sehen, daß eine so gewaltige Verbesserung schon nach 1½ Jahren Verbot eintrat. Man konnte sich ja schwer denken, daß chronischer Alkoholismus mit allen seinen Organveränderungen so schnell geheilt werden könne. Aber, wie nicht unbekannt, ist die Häufigkeit der bleibenden Organveränderungen etwas übertrieben worden. Die soziale Bedeutung des Alkoholverbrauchs liegt nicht so sehr im übermäßigen Verbrauch, denn die eigentlichen Säufer sind ja doch nicht so zahlreich. Es ist der gewöhnliche mäßige Verbrauch, der den Nagel auf den Kopf schlägt. Die einzig mögliche Erklärung für dieses schnelle Gesundwerden scheint zu sein, daß selbst ein mäßiger Verbrauch den Widerstand des Körpers gegen Krankheiten herabsetzt, so daß die Mäßigen wie Fliegen sterben, wenn sie eine Krankheit bekommen. Aber eine solche herabgesetzte Widerstandskraft bedeutet folglich auch ein Minus von Kraft und Wohlsein in gesunden Tagen. Mäßiger Alkoholgenuß setzt den normalen Lebensgenuß herab; es entstehen krankhafte Gefühle, die nur durch Alkohol aufgehoben (betäubt) werden können. Hier haben wir den Schlüssel zur Einsicht in die Gefahr der Mäßigkeit.

Die Sterblichkeit hat sich beinahe konstant erhalten, bis die Rationierung einsetzte. Diese Konstanz gilt nicht nur für die Durchschnittszahlen, sondern auch für die Zahlen in den einzelnen Jahren, die ich genau ausgerechnet habe. Wenn man den Gesamtdurchschnitt von 1900 bis 1916 als 100 setzt, liegen die Zahlen der einzelnen Jahre immer zwischen 93 und 107. Die Variation auf und ab ist also nur 7. Aber im Rationierungsjahre beträgt der Unterschied 65. Das kann nicht eine zufällige Variation sein.

Was die Frauen betrifft, so ist ihre Totalsterblichkeit trotz der Verminderung der Sterblichkeit an Tuberkulose seit 1890 ungefähr konstant geblieben. Das beruht darauf, daß die Sterblichkeit an allen anderen Krankheiten zugenommen hat. Aber im Rationierungsjahr, als man den Frauen ihren Schnaps, Kaffee und Tabak nahm und eine einfache Ernährung einführte, ging auch ihre Sterblichkeit herab.

Man beachte, daß die Sterblichkeit der Männer ungefähr auf die Sterblichkeitsziffer der Frauen vor dem Kriege herabging. Das weist darauf hin, daß wir Recht hatten, wenn wir behaupteten, daß die Ursache für den Unterschied zwischen der Sterblichkeit der Männer und derjenigen der Frauen wesentlich im Alkoholverbrauch der Männer zu sehen ist.

Was hat es doch zu bedeuten, daß die Sterblichkeit der Männer im kräftigen Lebensalter um 1/3 vermindert ist, und zwar schon nach einem Jahre? Wie wäre es gegangen,

wenn die Rationierung fünf bis zehn Jahre fortgedauert hätte? Wie tief wären dann die Ziffern herabgesunken? Ja, nach den Erfahrungen der englischen Lebensversicherungsgesellschaften ist die Sterblichkeit der Männer, wenn sowohl Männer als Frau abstinent sind, niedriger als die der Frauen. Es kann deshalb schwerlich ein Zweifel darüber bestehen daß die Männer die Frauen nach einigen Jahren eingeholt und sogar überholt hätten. Aber das würde bedeuten, daß die Sterblichkeit der Männer auf weniger als die Hälfte heruntergehen würde. Ja, wenn Männer und Frauen auch sonst ganz gesundheitsgemäß leben wollten, würde es sich vielleicht zeigen, daß die Sterblichkeit im kräftigen Lebensalter (epidemische Krankheiten ausgeschlossen) wohl auf das äußerste Minimum herabgehen würde. Es ist gewiß nicht die Meinung der Natur, daß die Menschen unter 65 Jahren sterben sollen. Ist es da nicht eine schöne Aufgabe, auf dieses Ziel hinzuwirken? Dafür habe ich meine ganze Arbeitskraft, sozusagen mein ganzes Leben, eingesetzt. Ich gebe die Arbeit, und der dänische Reichstag gibt mir einstimmig die Mittel dazu. Ich fühle mich wie der glücklichste Mensch im Weltall!

Die oben angeführten statistischen Zahlen haben den großen Wert, daß sie für sich selber sprechen. Sie haben denn auch, zusammen mit allen übrigen sozialen Wirkungen, in Dänemark einen sehr großen Eindruck gemacht. Als die Regierung an die dänische Alkoholkommission, der auch ich angehöre, die Frage stellte, ob die Branntweinerzeugung wieder freizugeben sei, antwortete die Kommission mit 15 Stimmen gegen 2 mit einem entschiedenen Nein. Von den 15 waren nur 7 abstinent. Und so ist es geblieben. Aber leider hatte die Regierung schon früher, noch bevor die hier gegebenen Resultate veröffentlicht waren, monatlich 300000 statt 100000 Flaschen Branntwein freigegeben, wozu noch die Einfuhr aus dem Auslande kommt. Außerdem ist die Bierherstellung freigegeben worden, bloß mit der Einschränkung, daß das Bier nur 3% Alkohol enthalten darf. Die Wirkung zeigte sich sogleich.

Verbrauch an Litern auf Kopf und Jahr:

	1911—15	1916	1917	1918	1919	1920
Branntwein	9,3	9,2	2,6	0,4	1,2	2,0
Bier	33	34	33	21	36	49

Todesfälle an Alkoholismus in Kopenhagen

(absolute Zahlen, ohne Rücksicht auf den Zuwachs der Bevölkerung):

	1911—15	1916	1917	1918	1919	1920
	68	67	19	2	5	15.

Todesfälle auf 100 000 Männer und Frauen von 0 bis 100 Jahren in Kopenhagen:

	1911—15	1916	1917	1918	1919	1920
A. Alle Krankheiten	1394	1520	1388	1412	1300	1387
B. Infektionskrankheiten	245	293	221	471	330	368
A. minus B.	1149	1227	1167	941	1970	1019
Verhältniszahlen	100	107	102	82	84	89

Man sieht, mit welcher Sicherheit Alkoholverbrauch und Sterblichkeit miteinander Schritt halten. Unsere dänischen Gegner des Alkoholverbotes vermeiden es begrifflicherweise, dieses Zahlenmaterial aus dem eigenen Lande zu gebrauchen und halten sich lieber an das angebliche Fiasko des Alkoholverbotes in Amerika. Amerika liegt ja so schön weit fort, über Amerika kann man ja so schön lügen!

Nachstehend gebe ich zum Vergleiche einige entsprechende Zahlen für Amerika aus der offiziellen amerikanischen Statistik.

Todesfälle an Alkoholismus in Newyork (absolute Zahlen):

	1916	1917	1918	1919	1920
	680	559	243	186	69.

Todesfälle auf 100 000 lebende Männer und Frauen von 0 bis 100 Jahren in den Vereinigten Staaten (in den Städten):

	1911—15	1916	1917	1918	1919	1920
A. Alle Krankheiten	1187	1168	1161	1559	1063	968
B. Infektionskrankheiten	200	214	220	647	277	212
A. minus B.	987	954	941	912	786	756
Verhältniszahlen.	100	97	95	92	80	77.

Wir sehen also auch hier, trotz des angeblichen Fiaskos des amerikanischen Alkoholverbotes, ein starkes Sinken der Todesfälle an Alkoholismus: für Newyork ein solches bis auf $\frac{1}{10}$! Die gesamte Sterblichkeit, ausgenommen die an Infektionskrankheiten, zeigt für die Städte im Durchschnitt eine Abnahme von 231. Diese Statistik umfaßt allerdings nicht die gesamte Bevölkerung, sondern bezieht sich auf 13 000 000 versicherte Industriearbeiter. Die betreffende Versicherungsgesellschaft hatte im Jahre 1920 im Verhältnis zu 1911 38 000 Todesfälle weniger zu verzeichnen. Das bedeutet für die Gesellschaft einen ungeheuren Gewinn und ist seit ihrem Bestehen noch nie dagewesen. Die Gesundheitsverhältnisse des Jahres 1920 waren, wenn ich der Gesundheitsbehörde der Vereinigten Staaten, der ich diese Angabe verdanke, Glauben schenken darf, ebenfalls so günstig, wie es in der Geschichte des Landes noch nie beobachtet worden ist.

38 000 auf 13 Millionen bedeutet etwa 9000 auf 3 Millionen. Nun wurden von den 3 Millionen Einwohnern Dänemarks im Rationierungsjahre im Verhältnis zu 1911 fast genau 9000 vor dem Tode bewahrt, im Verhältnis zum allergünstigsten Jahre (1913) nur 6300. Das dänische und das amerikanische Alkoholverbotsexperiment stimmen also genau überein. Mögen diese Zahlen unvergänglich bleiben!

Bringen wir den Alkoholverbrauch zum Sinken, dann folgt ihm ganz sicher auch die Zahl der Todesfälle an Alkoholismus, und nach dieser richtet sich mit mathematischer Sicherheit auch die Zahl der Gesamtsterblichkeit.

Kann man also dem Alkohol gebieten, so gebietet man damit gewissermaßen auch dem Tod. Die Geheimherstellung von Alkohol und der Alkoholschmuggel haben neben den großen Alkoholfabriken nur wenig zu bedeuten.

Also lautet das Hauptergebnis des amerikanischen sowohl als des dänischen Alkoholverbotes:

„Beherrsche die Alkoholfabriken, und du beherrschest zum guten Teil auch den Tod.“

In Kopenhagen, einer Stadt mit einer halben Million Einwohner, retteten wir im Verhältnis zum allergünstigsten Jahre (1913) im ganzen 1300 Menschenleben. Um uns keiner Übertreibung schuldig zu machen, wollen wir dem Alkohol nur 1000 aufs Konto schreiben.

In Dänemark haben wir in den letzten 15 Jahren einen sehr nachdrücklichen Kampf gegen die Tuberkulose geführt. Der gesamte Ärztestand wurde mobilisiert, jeder Patient registriert und kontrolliert. Zahlreiche Sanatorien und Heilstätten wurden errichtet. Der Kampf hat viele Millionen gekostet. Für Kopenhagen bedeutet das Ergebnis nach 15 jähriger Arbeit eine jährliche Verminderung der Tuberkulosesterbefälle um 300. Das ist ein glänzendes Ergebnis, und die aufgewandten Millionen tun uns nicht leid. Aber nach einem nur einjährigen Kampfe 1000 Menschenleben gerettet und Hunderte von Millionen erspart zu haben — dieses Ergebnis ist daneben fast überwältigend zu nennen!

Nehmen wir zum Vergleich noch eine akute Krankheit, z. B. den Typhus. Bricht irgendwo eine Typhusepidemie aus und sterben gar einige Leute daran, so gerät die ganze Gegend in Aufregung. Nahm die Seuche, was ja nicht selten vorkommt, ihren Ausgang von einer Meierei, so wird diese geschlossen, selbst wenn damit große Geldverluste verbunden sind. Wieviele Menschen sterben aber an Typhus? In Kopenhagen zählte man im Durchschnitt der letzten zehn Jahre nur zehn Typhustodesfälle.

Der Alkoholismus ist also eine Krankheit, hundertfach gefährlicher als der Typhus. Für den Alkoholismus haben wir nun in Kopenhagen mehr als 5000 Ansteckungsherde (Schanklokale und Branntweinverkaufsstellen). Spricht man aber davon, diese Herde zu vertilgen, so entsteht ein großes Geschrei von „Verletzung persönlicher Freiheit“.

Da Dänemark ein Land ist, in dem nur mäßig getrunken wird, so konnten wir nur eine Verminderung der Sterblichkeitsziffer von 12,5 auf 1000 im Jahre 1913, auf 10,4 im Ratio- nierungsjahre erzielen. In einem Lande wie Frankreich, wo unmäßig getrunken wird, be- trug im Jahre 1913 die Sterblichkeit 17,7 auf 1000. Wenn Frankreich Dänemarks Bei- spiel nachahmen wollte, wäre es möglich, seine Sterblichkeitsziffer ebenfalls auf 10,4 herab- zusenken. In diesem Falle würde Frankreich jährlich 300000 Todesfälle weniger haben.

Wir behandeln die Menschen, wie wenn wir Ratten vertilgen wollten. Überall stellen wir tödliche Gifte auf, denen wir einen Zusatz von wohlriechenden und wohlschmeckenden Stoffen begeben, um die menschlichen Ratten zu überlisten.

Aber die Vertilgung gelingt nur zum Teil. In Dänemark glückte es uns, nur ein Drittel der Männer auszurotten, und auch diese erst in höherem Alter, nachdem sie Zeit gehabt hatten, sich fortzupflanzen. Warum gehen wir hier nicht gründlicher zu Werke? Warum wenden wir nicht die zehnfache Menge Gift an, um die Kulturvölker ebenso erfolgreich aus- zurotten, wie wir die Naturvölker ausgerottet haben?

Gewiß, das alles ist Wahnsinn! Aber woher dieser Wahnsinn?

Ja, das kommt daher, daß man erst nach einer langjährigen, gesundheitsgemäßen Lebensführung das große Geheimnis des Lebensgenusses entdeckt, das folgendermaßen lautet:

Das höchste Glück auf Erden besteht darin, sich leiblich und geistig so gesund zu fühlen, daß man nicht das geringste Bedürfnis nach narkotischen Genußmitteln verspürt. *)

Der vollkommen gesunde Mensch wird durchströmt von einem Gefühl des Behagens und Wohlseins, das sich der entartete Kulturmensch nur mit Hilfe des Alkohols verschaffen kann. Deshalb braucht der Kulturmensch Alkohol, sehnt sich nach Alkohol und stirbt an Alkohol.

Das genannte gesegnete Gefühl scheint wie eine zarte Lilie zu sein, die am besten in jungfräulichem Boden gedeiht. Wird zuviel mit Kunstdünger gedüngt, mit künstlichen Genußmitteln, so welkt die Lilie und du bekommst statt dessen eine Schierlingpflanze. Glücklicherweise der junge Mann und das junge Mädchen, die es verstehen, von Jugend an die Lilien des Lebens zu hegen und zu pflegen!

*) Natürlich wird man nicht allein durch Alkoholabstinenz gesund. Man muß auch sonst gesundheitsgemäß leben. Ich verweise auf mein Buch: „Moderne Ernährung“ (W. Vobach, Berlin).

Gesundheitsstatistik.

Zu den ansteckenden Krankheiten, bei welchen eine Anzeige an den Amtsarzt zu er- folgen hat, gehört der Milzbrand. Diese Erkrankung wird zumeist bei der Berufsarbeit erworben.

Über die Milzbrandfälle im Deutschen Reiche in den Jahren 1910—1919 wird in den „Veröffentlichungen des Reichsgesundheitsamtes“ vom 7. Dezember 1921 berichtet. In dem genannten zehnjährigen Zeitraum sind insgesamt 1357 Milzbrandfälle, die nachweisbar oder mit Wahrscheinlichkeit auf berufliche Beschäftigung zurückzuführen sind, gemeldet worden. In 205 dieser Fälle verlief die Krankheit tödlich. Bei 1300 Erkrankungen handelte es sich um Hautmilzbrand, bei 56 um inneren Milzbrand.

Über die bei dem gewerblichen Milzbrand auf die einzelnen Jahre kommenden Er- krankungs- bzw. Todesfälle gibt die Tafel 1 Auskunft. In dieser Tafel führen wir die- jenigen 12 Berufsarten an, bei denen die meisten Fälle verzeichnet wurden; die zahlreichen sonstigen Berufsarten waren jeweils nur mit wenigen Erkrankungen, d. h. mit stets weniger als 7 Fällen in 10 Jahren beteiligt.

Außer den erwähnten gewerblichen Milzbrandfällen sind in den 10 Jahren weitere 102 Erkrankungen mit 25 Todesfällen angezeigt worden, bei denen ein ursächlicher Zu- sammenhang nicht bestand oder die Entstehungsursache nicht aufzuklären war.

Tafel I.
Die gewerblichen Milzbrandfälle im Deutschen Reiche in den Jahren 1910 bis 1919.

Die Milzbrand- erkrankung ist auf- getreten nachweisbar oder wahrscheinlich infolge beruflicher Beschäftigung	1910		1911		1912		1913		1914		1915		1916		1917		1918		1919		In den 10 Jahren zusammen	
	E. ¹⁾	T. ²⁾	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.
	als Landwirt, landwirt- schaftlicher Arbeiter od. dgl.	121	12	142	16	63	6	39	4	52	11	18	2	12	1	8	1	2	1	2	—	459
in Gerbereien	92	16	77	9	78	4	65	9	56	10	15	3	7	—	3	—	12	3	6	1	411	55
als Hausschlächter	3)	—	3)	—	31	3	29	1	20	1	9	2	7	—	8	3	1	—	—	—	106	10
als Schlächter	3)	—	3)	—	30	3	16	—	16	3	6	—	2	—	5	1	4	2	2	—	81	9
in Robhaarspinnereien bei der Güterbeförde- rung	11	1	16	3	11	1	11	2	9	2	4	1	—	—	—	—	—	—	1	—	63	10
in Abdeckereien	7	2	7	4	10	5	10	6	13	5	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	48	23
in Häute- und Fellhand- lungen	9	—	13	1	11	1	5	—	4	—	2	—	—	—	1	1	—	—	2	1	47	4
in Bürsten- und Pinsel- machereien	8	2	4	1	6	4	6	2	5	2	4	2	1	1	2	1	5	—	—	—	41	15
als Tierarzt	4	2	1	—	10	3	3	1	5	1	2	2	—	—	1	1	—	—	1	—	27	10
in Lumpensortierereien, Produktenhand- lungen u. dgl.	2	—	2	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	—
als Fleischbeschauer	—	—	—	—	—	1	3	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	3
bei allen Berufsarten überhaupt	263	36	268	36	260	32	198	28	194	98	64	13	35	5	32	9	25	6	18	2	1357	205

1) Erkrankungsfälle.

2) Todesfälle.

3) Für die Jahre 1910 und 1911 sind die Erkrankungsfälle von Schlächtern und Hausschlächtern unter der Gruppe „als Landwirt, landwirtschaftlicher Arbeiter od. dgl.“ enthalten.

Der Tafel 1 ist zu entnehmen, daß die Zahl der Milzbranderkrankungen in jenen 10 Jahren erfreulicherweise nicht sehr bedeutend war; diese Infektionskrankheit spielt, wie sich bei ziffernmäßiger Betrachtung ergibt, keine sehr große Rolle. Dank der gesundheitspolizeilichen Maßnahmen ist die Häufigkeit der Milzbrandfälle in den letzten Jahren vor dem Kriege überdies noch etwas geringer geworden. Seit dem Kriegsbeginn ist die Abnahme sehr beträchtlich. Die Ursache hierfür liegt hauptsächlich in dem Aufhören der Einfuhr ausländischer Rohstoffe (Häute, Borsten usw.). Man erkennt zugleich, daß die Verbreitung des Milzbrands in Deutschland in engstem Zusammenhang mit der Einschleppung des Krankheitserregers aus dem Auslande zusammenhängt.

* * *

Über die Verbreitung der englischen Krankheit lagen bisher nur äußerst dürftige ziffernmäßige Angaben vor, worauf Prinzing*) im Jahr 1920 hingewiesen hat. In der allerjüngsten Zeit sind nun aber gerade zwei Veröffentlichungen erschienen, die sich mit der Statistik der Rachitis befassen und hinsichtlich der in Betracht gezogenen Altersklassen gut ergänzen.

Die eine**) dieser Arbeiten wurde in Dortmund von dem bekannten Kinderarzt St. Engel und Grete Katzenstein durchgeführt. Sie ließen von Fürsorgerinnen nach genau bestimmten Richtlinien die Kinder von 750 Familien — es handelte sich bei 87% dieser Familien um gelernte und ungelernte Arbeiter, Bergleute, Handwerksgesellen, kleine Angestellte, Subalternbeamte und kleine selbständige Gewerbetreibende, bei 13% um besonders schlecht gestellte Personen, wie Unterstützungsempfänger, berufstätige uneheliche Mütter, eheverlassene Frauen, Witwen — daraufhin beurteilen, ob und in welchem Grade Rachitis vorliegt. Es wurden vier Grade von englischer Krankheit unterschieden und besonders auf die Lauffähigkeit geachtet. Möglichste Einheitlichkeit in der Beurteilung durch die Fürsorgerinnen wurde durch wiederholte Besprechungen und Austausch der Erfahrungen angestrebt. Untersucht wurden 1384 Kinder im Alter von 2 bis 10 Jahren. Die Ergebnisse sind in unseren Tafeln***) 2 und 3 enthalten.

Aus der Tafel 2 ersieht man, daß von den in Dortmund untersuchten Kindern fast 10% an schwerer und sehr schwerer Rachitis leiden. Engel und Katzenstein weisen hierbei

Tafel 2.

Festgestellte Rachisfälle und Alter der Kinder.

Anzahl der Kinder	Alter in Jahren	Rachitisfrei	An Rachitis erkrankt				insgesamt
			leicht	mittel	schwer	sehr schwer	
173	2	48=27,7%	74=42,8%	32=18,5%	16=9,3%	3=1,7%	125=72,3%
129	3	38=29,5%	43=33,3%	17=13,1%	26=20,1%	5=3,8%	91=70,5%
131	4	57=43,6%	42=32%	19=14,5%	12=9,1%	1=0,1%	74=56,4%
115	5	52=45,2%	32=27,8%	11=9,5%	10=8,7%	10=8,7%	63=54,8%
174	6	101=58,1%	48=27,5%	11=6,3%	10=5,7%	4=2,3%	73=41,9%
187	7	131=70,1%	34=18,1%	12=6,4%	4=2,1%	6=3,2%	56=29,9%
163	8	117=71,8%	35=21,4%	5=3%	5=3%	1=0,6%	46=28,2%
177	9	135=76,3%	30=16,9%	5=2,8%	7=3,9%	—	42=23,7%
135	10	111=82,3%	14=10,3%	3=2,1%	6=4,2%	1=0,7%	24=17,7%
1384	2—10	790=57,1%	352=25,4%	115=8,3%	96=6,9%	31=2,2%	594=42,9%

*) Prinzing: „Die zukünftigen Aufgaben der Gesundheitsstatistik“, Sozialhygienische Abhandlungen Nr. 1, Karlsruhe, bei C. F. Müller.

**) Archiv für Kinderheilkunde, 70. Bd., 3. Heft, ausgegeben am 3. Dezember 1921.

***) Die in den Originaltafeln vorhandenen Druck- und Rechenfehler wurden hier beseitigt. Die Schriftleitung.

5) Professur für die Jahre 1919 und 1921 sind die Erkrankungsfälle von Schlächtern und Hausschlächtern unter der Gruppe „als Landwirt, landwirtschaftlicher Arbeiter od. dgl.“ enthalten.

Tafel 3.
Lauffähigkeit und Alter der Kinder.

Anzahl der Kinder	Alter in Jahren	Lauffähigkeit		Von den 183 Kindern mit Gehstörungen liefen		
		normal	gestört	pathologisch	gestützt	nicht
173	2	129 = 74,6%	44 = 25,4%	32 = 18,5%	4 = 2,3%	8 = 4,6%
129	3	91 = 70,5%	38 = 29,5%	35 = 27,1%	3 = 2,3%	—
131	4	103 = 78,6%	28 = 21,4%	28 = 21,4%	—	—
115	5	90 = 78,3%	25 = 21,7%	22 = 19,1%	1 = 0,9%	2 = 1,7%
174	6	154 = 88,5%	20 = 11,5%	19 = 10,9%	1 = 0,6%	—
187	7	173 = 92,5%	14 = 7,5%	12 = 6,4%	2 = 1,1%	—
163	8	158 = 96,9%	5 = 3,1%	5 = 3,1%	—	—
177	9	170 = 96%	7 = 4%	7 = 4%	—	—
135	10	133 = 98,5%	2 = 1,5%	2 = 1,5%	—	—
1384	2—10	1201 = 86,8%	183 = 13,2%	162 = 11,7%	11 = 0,8%	10 = 0,7%

darauf hin, daß diese Zahl nur eine annähernde Gültigkeit für ganz Dortmund habe, da bei der Untersuchung die bemittelten Volksschichten unberücksichtigt blieben. Aber die beiden Verfasser meinen, daß die Differenz nicht sehr groß ist. Über die herabgesetzte Lauffähigkeit äußern sie sich folgendermaßen: „Sie ist von besonderer Wichtigkeit, weil die Kinder durch die mangelnde Lauffähigkeit außerordentlich bequem sind. Während sonst die Zwei-, Drei- und Vierjährigen in der spielerischen Lust ihres Alters im beengten Haushalt außerordentlich lästig fallen können, werden die Rachitiker öfters als die artigen, „bequemen“ Kinder empfunden. Das Interesse, sie ärztlicher Behandlung zuzuführen, ist daher oft nur gering. Gerade die Kinder mit schwerer und sehr schwerer Rachitis müssen in den Wohnungen von den Fürsorgerinnen erst ermittelt werden. Wichtig ist ferner, daß sich hier ein ungünstiger Kreislauf schließt, indem diese schwer beweglichen Kinder erst recht nicht an die Luft und in die Sonne kommen und demgemäß in ihrer Heilung noch mehr verzögert werden.“

Die genannten Verfasser legen dann noch an der Hand ihrer Ermittlungen den Zusammenhang von Wohnung und Rachitis dar. „Je geringer der Raum ist, welcher dem einzelnen Individuum zur Verfügung steht, um so stärker herrscht die Rachitis.“ Aber es wird zugleich betont, man müsse bei der Rachitis ebenso wie bei der Tuberkulose unterscheiden, „inwieweit die Wohnung wirklich schädigend wirkt und inwieweit die Kranken durch wirtschaftliche Not in schlechte Wohnungen gezwungen werden.“

Die andere*) Arbeit, welche sich mit der Verbreitung der Rachitis beschäftigt, stammt aus Königsberg. Privatdozent Dr. Hilgers, der am dortigen Hygienischen Institut als Assistent tätig ist, hatte bereits vor dem Kriege in Leipzig gemeinsam mit Prof. Selter**)

Tafel 4.
Verbreitung der Rachitis in Königsberg.

Altersklasse	Zahl der untersucht. Kinder	Rachitische Kinder	Auf 100 untersuchte kamen rachitische Kinder
unter 1/2 Jahr	90	25	27,8
1/2—1 Jahr	1017	418	41,1
1—1 1/2 Jahre	850	342	40,2
1 1/2—2 Jahre	108	35	32,4
über 2 Jahre	39	23	59,0

*) Münch. Med. Wochenschrift 1921 Nr. 49.
**) Berl. Klin. Wochenschrift 1919 Nr. 7.

die Impfkinder auf das Vorhandensein von englischer Krankheit untersucht; in Königsberg wurden die Untersuchungen während der Jahre 1918 und 1921 in gleicher Weise fortgesetzt.

Die Zahl der in Betracht gezogenen Kinder belief sich im Jahre 1921 auf 2154, von denen 89,1% Zeichen von Rachitis aufwiesen. Es wurden drei Grade dieser Krankheit unterschieden. Das Nähere ist aus unserer Tafel 4 zu erkennen.

Nach den Graden der Rachitis gliederten sich die Kinder folgendermaßen:

I. Grad 72,1% II. Grad 25,8% III. Grad 2,1%

Die Beteiligung der einzelnen Altersklassen an den drei Graden geht aus der Tafel 5 hervor.

Tafel 5.

Die drei Grade der Rachitis bei den einzelnen Altersklassen.

Altersklasse	Zahl der untersucht. Kinder	I. Grad	Verhältnis*) der Spalte 3 zu 2	II. Grad	Verhältnis*) der Spalte 5 zu 2	III. Grad	Verhältnis*) der Spalte 7 zu 2
1	2	3	4	5	6	7	8
unt. 1/2 Jahr	90	18	20,0	7	7,8	0	—
1/2—1 Jahr	1017	280	27,5	127	12,5	11	1,1
1—1 1/2 Jahre	850	275	32,4	64	7,5	9	0,4
1 1/2—2 Jahre	108	19	17,5	13	12,0	3	2,8
über 2 Jahre	39	17	43,6	6	15,4	0	—

In Leipzig waren im Jahre 1914 von 468 untersuchten Impfkindern 49,3%, in Königsberg im Jahre 1918 von 1377 Impfkindern 52,5% Rachitiker. Der Verfasser schließt aus diesen Feststellungen, daß „von einer Zunahme der Rachitis wenigstens im Kleinkindesalter von 0 bis 3 Jahren nicht gesprochen werden kann“.

Über den Zusammenhang der Ernährungsart während der ersten Lebensmonate mit der Entstehung der englischen Krankheit unterrichten die Ziffern, die in Tafel 6 wiedergegeben sind.

Tafel 6.

Ernährungsart und Rachitis.

Ernährungsart	Zahl der untersuchten Kinder	Rachitische Kinder	Auf 100 untersuchte Kinder kamen rachitische
Gestillt überhaupt	1559	555	35,6
Bis 6 Monate gestillt	739	290	39,2
Über 12 Monate gestillt	820	265	32,3
Nur Flasche	595	288	48,4

Hilgers betont, daß der Einfluß der Brustnahrung auf die Verhütung der Rachitis wohl überschätzt wird, weist aber doch auf die Besserstellung der Brustkinder hin.

Aus seinen Untersuchungen zieht er insbesondere den Schluß, „daß die echte Rachitis während der Kriegsjahre und in der Nachkriegszeit bei den Kindern von 0 bis 3 Jahren nur unerheblich zugenommen hat und daß die Kriegs- und Hungerblockade mit der Einschränkung der Ernährung nicht zu jenen Schädigungen gehört, welche eine Ausbreitung der Rachitis begünstigt haben“.

*) Die Verhältniszahlen wurden hier berechnet. Die Schriftleitung.

Bernardino Ramazzini.

Während in vielen Lehrbüchern, die der Hygiene oder der Geschichte der Medizin gewidmet sind, auf die Bedeutung von Ramazzini gar nicht oder nur ganz unzureichend hingewiesen wird, so daß der Name dieses Bahnbrechers zahlreichen Ärzten und Hygienikern unbekannt geblieben ist, hat der verdienstvolle Medizinhistoriker Pagel¹⁾ mit Recht betont, daß das Werk Ramazzinis über die Berufskrankheiten in ähnlicher Weise grundlegend für die Gewerbehygiene geworden ist, wie für die pathologische Anatomie Morgagnis Arbeiten und für die Ausbildung der Sanitätspolizei J. P. Franks „System einer medizinischen Polizey“. Zwar wurden schon vor Ramazzini einzelne begrenzte Teile dieses Arbeitsgebietes, z. B. die Krankheiten der Soldaten, der Schiffer usw. erörtert. Ja, sogar bei Hippokrates²⁾ und Galen findet man bereits gelegentlich einige Bemerkungen über Krankheiten von Handwerkern. Aber eine so umfassende Darstellung der Berufskrankheiten, wie sie Ramazzini bietet, war vorher nicht vorhanden. Wie hoch sein Werk eingeschätzt wurde, geht daraus hervor, daß man ihm die Titel „Dritter Hippokrates“ und „Vater der Gewerbehygiene“ verliehen hat.

Ramazzini wurde am 5. November 1633 in einer kleinen Gemeinde nahe bei Modena geboren. Er stammte von geachteten, aber nicht gerade begüterten Eltern. Nachdem er in Parma erst Philosophie und dann Medizin studiert hatte, war er zunächst als praktischer Arzt in mehreren kleinen Städten Oberitaliens tätig. Im Jahre 1671 siedelte er, 38 Jahre alt, nach Modena über. Als dort im Jahre 1682 Fürst Francesco von Modena die Universität wieder auferstehen ließ, erhielt Ramazzini die erste Professur der Medizin. Die Vorlesungsverzeichnisse lassen erkennen, daß er bereits im Jahre 1690 ein Kolleg über die Krankheiten der Handwerker (*De morbis artificum*) gehalten hat. Im Jahre 1700 folgte er einem Ruf an die Universität Padua. Jetzt veröffentlichte er, nachdem schon mehrere viel beachtete Schriften aus seiner Feder über hygienische, insbesondere epidemiologische Gegenstände erschienen waren, sein bahnbrechendes Werk „*De morbis artificum diatriba*“. An seinem 81. Geburtstag, am 5. November 1714, traf ihn, auf dem Weg ins Kolleg, eine tödliche Gehirnblutung.

Über die Entstehungsgeschichte von Ramazzinis berühmtem Buch findet man in dessen Bearbeitung von Patissier³⁾ Folgendes: „Ramazzini beobachtete eines Tages die Abtrittsfeger, die an dem Abtritt seines Hauses, in Modena, arbeiteten; er erstaunte über die Gefahr, welche sie bei dieser Arbeit bestehen mußten, und dachte über Mittel nach, diese Gefahr zu mindern und den Zustand dieser Leute weniger beklagenswert zu machen. Sein mitleidiges Herz litt, und sein feuriges Genie schuf Gedanken, diesen Übeln abzuweichen. Diesem Umstand, welcher seinem Geiste Ehre machte, verdanken wir die Abhandlung über die Krankheiten der Künstler und Handwerker, welche Ramazzini uns hinterließ.“ Um sich genaue Kenntnisse von den gesundheitlichen Schädigungen bei den einzelnen Berufszweigen zu verschaffen, suchte er die Werkstätten der Handwerker auf und stieg in Bergwerke und Brunnenschächte. Einen wie großen Wert er darauf legte, daß auch die in der Praxis tätigen Ärzte bei der Diagnose und Therapie die Berufsarbeit des Patienten gehörig berücksichtigen, geht aus einer Stelle im Vorwort zu dem in Rede stehenden Werke hervor, wo es heißt: „Hippokrates schreibt, daß man, wenn man zu einem Kranken kommt, sich nach seinem Leiden, der Ursache und Dauer sowie nach der Verdauung erkundigen müsse; aber es sei gestattet, hier hinzuzufügen, daß man auch nach der Berufstätigkeit des Kranken fragen muß.“

¹⁾ Pagel: „Über Bernardino Ramazzini und seine Bedeutung in der Geschichte der Gewerbehygiene.“ Deutsche med. Wochenschrift 1891.

²⁾ Pagel betont, daß Hippokrates zwar auf viele Berufsarten gelegentlich zu sprechen kommt, aber den Einfluß der Erwerbsarbeit auf die Gesundheit nicht behandelt. Pagel wirft die interessante Frage auf, ob bei den Griechen ausgleichende Faktoren, die den schädigenden Einfluß der Handwerkerbetriebe auf die Gesundheit in größerem Maße nicht aufkommen ließen, obgewaltet haben.

³⁾ Ph. Patissier: „Die Krankheiten der Künstler und Handwerker“, nach dem Italienischen des Bernh. Ramazzini neubearbeitet. Aus dem Französischen übersetzt von J. H. G. Schlegel. Ilmenau 1823.

In dem Werk „De morbis artificum“ werden die Krankheiten zahlreicher Berufsarten, soweit diese Leiden mit der besonderen Erwerbstätigkeit in Zusammenhang stehen, eingehend geschildert. In der ersten Auflage des Buches wurden hierbei (ohne erkennbare Einteilungsgrundsätze) berücksichtigt: Bergleute, Vergolder, Quecksilbereinreiber, Scheidekünstler, Töpfer, Zinngießer, Glas- und Spiegelmacher, Maler, Schwefelarbeiter, Schmiede, Gips- und Kalkbrenner, Apotheker, Kloakenfeger, Kleidersäuberer, Gerber, Tabakbereiter, Totengräber, Hebammen, Säugammen, Weinkelterer und Bierbrauer, Bäcker und Müller, Steinmetzen, Maurer, Wäscherinnen, Bader, Fischer, Juden, Kunsthandwerker, Bauern, Soldaten u. a. m. Besonders werden die Schädigungen, die bei vorwiegend stehender Lebensweise oder sitzender Tätigkeit sowie bei körperlichen oder geistigen Anstrengungen entstehen, erörtert. Die zweite Auflage enthielt noch eine Ergänzung, in welcher die Krankheiten der Buchdrucker, Schreiber, Weber, Holzarbeiter, Jäger, Seifensieder u. a. m. dargelegt werden.

Das Werk hat mehr als 25 Auflagen erlebt. Die lateinische Originalausgabe wurde ins Italienische, Französische, Deutsche, Englische und Holländische übersetzt. In deutscher Sprache allein liegen fünf Ausgaben⁴⁾ vor, die letzte aus dem Jahre 1823. Ramazzinis Buch war in Deutschland das Lehrbuch der Berufskrankheiten, bis, wie Kölsch⁵⁾ schreibt, „durch das Erscheinen des umfangreichen Werkes von Halfort: Krankheiten der Künstler und Gewerbetreibenden, Berlin 1845, auch in Deutschland eine neue Ära auf diesem Gebiet eingeleitet wurde“.

⁴⁾ Die bekanteste deutsche Übersetzung ist die von Chr. G. Ackermann, Stendal 1780 bzw. 1783. Aber diese „Übersetzung“ ist ebenso wie die oben erwähnte von Schlegel doch mehr als eine Bearbeitung zu bezeichnen.

⁵⁾ Franz Kölsch: „Bernardino Ramazzini.“ Stuttgart 1912 bei Enke.

Bücher- und Schriftenschau.

Carl Flügge: Grundriß der Hygiene, 9. Auflage. Berlin und Leipzig 1921, Vereinigung wissenschaftlicher Verleger.

F. Gumprecht: Prophylaxe der Infektionskrankheiten, 8. Band, 3. Abteilung, von Weyls Handbuch der Hygiene. Leipzig 1921, bei J. A. Barth.

Rimpau: Die Vereinheitlichung der Seuchenbekämpfung im Deutschen Reiche. Zeitschrift für Medizinalbeamte, 24. Jahrgang, Nr. 22 (20. November 1921).

Berichterstatte: Dr. A. Fischer, Karlsruhe.

Die neue Auflage von Flügges „Grundriß der Hygiene“ sucht auch die Kriegs- und Nachkriegszeit zu berücksichtigen, ohne daß jedoch tatsächlich gegenüber der 8. Auflage ein erheblicher Unterschied besteht. Das Buch ist ein hervorragendes Werk der physischen Hygiene, in das auch einige sozialhygienische Stücke eingeflochten sind. Neben der ausführlichen Erörterung von Klima, Luft, Boden, Wasser, Ernährung und Wohnung werden die parasitären Krankheiten und besonders deren Erreger eingehend geschildert, so daß es über diese Gebiete gründlich unterrichtet.

Gumprechts 300 Seiten umfassendes Buch bietet zunächst eine vortreffliche Übersicht über die allgemeine Prophylaxe, wobei die internationalen Maßnahmen, das Reichsseuchengesetz, die Landesgesetze und -einrichtungen nicht nur vollständig, sondern, was man selten findet, in interessanter Weise dargelegt werden. Im 2. Teil wird dann jede der gefährlichen Infektionskrankheiten, soweit sie epidemisch auftreten, besonders besprochen, und zwar hinsichtlich des Erregers, der Verbreitungsart und der Abwehrmaßnahmen, wobei der Verfasser stets eine Fülle von Tatsachen anführt und auch die während des Weltkrieges festgestellte Ausdehnung der ansteckenden Krankheiten und die Erfolge der gegen die Seuchen getroffenen Einrichtungen ausführlich erörtert. Auffallend ist, daß

weder das Wochenbettfieber, bei dem bekanntlich Anzeigepflicht vorliegt, noch die Wurmkrankheit in dem sonst so gründlichen Werk berücksichtigt sind. Die Verbreitung gerade dieser beiden Krankheiten hängt aufs innigste mit den sozialen Zuständen zusammen, so daß sie für den Sozialhygieniker von ganz besonderem Interesse sind. Aber auch sonst fehlt oft in dem Buch von Gumprecht der Hinweis auf den Zusammenhang der sozialen (kulturellen) Verhältnisse mit der Entstehung und Ausdehnung der Seuchen.

Und zu dem gleichen Urteil muß man gegenüber der Veröffentlichung von Rimpau, die den Inhalt eines Vortrages auf der im Sept. 1921 veranstalteten Tagung des Deutschen Medizinalbeamtenvereins wiedergibt, gelangen. - Schildert Gumprecht, was bisher auf dem Gebiete der Seuchenbekämpfung geschehen ist, so legt Rimpau dar, was in Zukunft zu geschehen hat, um die Lücken auszufüllen. Rimpaus Darlegungen sind vortrefflich, sowohl wegen des reichen Inhalts, wie wegen der sorgsam abgemessenen Forderungen. Für seine Gedankenrichtung ist bezeichnend, daß er an den Satz von Robert Koch: „Die ersten Erkrankungen sind wie einzelne Funken, welche in ein Strohdach fallen“, erinnert, aber hinzufügt: „Wir müssen heute sagen, daß die Bekämpfung sich nicht allein mit dem Funken zu beschäftigen hat, sondern sich auch um die Beschaffenheit des Daches kümmern muß.“ Es ist unzweifelhaft, daß das „Dach“ in diesem Falle die Menschen sind, und daß die Entstehung der Seuche von der natürlichen und kulturellen Umwelt dieser Menschen abhängt. Rimpau stellt nun eine große Reihe sehr beachtenswerter Leitsätze für die zukünftige Seuchenbekämpfung auf; aber einen Hinweis darauf, daß zu diesen Maßnahmen auch Verbesserungen auf sozialem, wirtschaftlichem und ethischem Gebiet gehören, vermißt man. Erst auf Grund von Wünschen, die in der an den Vortrag sich anreihenden Aussprache laut wurden, hat man in den (von der Versammlung dann einstimmig angenommenen) Leitsätzen auch die hygienische Volksbelehrung, die im Schulunterricht zu beginnen hat, als dringendes Erfordernis bezeichnet.

A. Thiele: Martin Pansa, Sachsens ältester „Gewerbearzt“. Öffentliche Gesundheitspflege 1921, Heft 10.

Berichterstatter: Ministerialrat Dr. Koelsch, bayerischer Landesgewerbearzt in München.

Der Doktor der Philosophie und Medizin Martin Pansa war geboren 1580 zu Schleusingen in Thüringen. Er wurde im Alter von 27 Jahren (1607) zum Stadtphysikus der alten Silberbergstadt Annaberg in Sachsen bestellt, wo er reichlich Gelegenheit fand, die eigenartigen Erkrankungen der dortigen Bergleute zu beobachten; die Ergebnisse seiner Erfahrungen legte er nieder in dem 1614 zu Annaberg erschienenen Buch: „Cansilium peripneumoniacum“ oder „Ein getreuer Rath in der beschwerlichen Berg- und Lungensucht, darinnen verfasst, was die fürnehmsten Ursachen seyn beyderley Beschwerden, beydes der giftigen, die vom Bergwerk entstehet: so wohl der gemeinen, die von Flüssen herrührt: zuvor aber wie der Mensch mit der kleinen Welt, und mit dem Bergwerk artlich zu vergleichen und wie beyderley Suchten zu vertreiben seyn.“ Als Zweck der Schrift nennt Verfasser selbst „die Bewahrung der Bergleute vor frühzeitiger Arbeitsunfähigkeit und frühzeitigem Tode“. Er beginnt seine Ausführungen mit einem prächtigen Vergleich des Baues und der Funktionen des menschlichen Körpers mit einem Bergwerk, wo die Zähne das Pochwerk, der Magen den Schmelzofen, die Lungen den Blasebalg usw. darstellen. Weiterhin werden die einzelnen Krankheiten der Bergleute ätiologisch gewürdigt: Rheumatismus infolge Feuchtigkeit, Lungenkrankheiten infolge Staubeinatmung, Schädigungen durch verschiedene giftig wirkende Substanzen bezw. Gase (Arsen, Blei, Quecksilber, Kohlenoxyd u. dgl.); besonders schlimm wirkt der Hüttenrauch, der die Bergsucht hervorruft, eine besondere Abart der Lungensucht mit Husten, Schleimauswurf, Kurzatmigkeit, Geschwüren in der Lunge. Im Anschluß daran wird auch die „gemeine Lungensucht“ kurz erörtert. Therapeutische Ratschläge (im wesentlichen Purgantien und Emetica, Diuretica, Aderlaß usw.) werden beigelegt. Als Anhang findet sich eine Anzahl von „disputierlichen

Fragen“ vom Bergwerk und seinem Betrieb, in denen auch die wichtigsten gesundheitlichen Voraussetzungen besprochen werden: Reinlichkeit, Baden, Vermeidung des Alkohols u. a. m. Neben den eigentlichen Bergmannskrankheiten bringt Pansa aber noch zahlreiche Bemerkungen über Berufsschädigungen überhaupt; „fast jeder Handwerksmann hat seine Beschwerden“. Der Schmied wird schwerhörig und bekommt dicke Beine, der Bote krumme Schenkel, Leineweber und Getreidemesser und andere, die viel im Staub arbeiten müssen, werden lungenkrank, die Wasserarbeiter leiden an Erkältung usw. „Es ist daher besonders wichtig, daß die Arbeiter gesund und leistungsfähig erhalten werden.“

Außer dem eben kurz besprochenen berufshygienischen Büchlein, das 1681 eine 2. Auflage erlebte, hat Pansa noch 15 weitere Schriften veröffentlicht, die sich weiter Verbreitung erfreuten. Seinen zahlreichen Neidern, welche seine Schriftstellerei bekriteln, sagt er: „Ein versiegelter Brunnen ist zu nichts nütze!“ Er schreibt darum auch deutsch, um von weiten Kreisen gelesen zu werden. Sein Hauptwerk ist ein vierbändiges „Aureus libellus de proroganda vita“ (1615—1620), also eine Makrobiotik; andere Schriften behandeln besonders pharmakologische und therapeutische Probleme, wie über das Purgieren, über Antidote, einen Extrakt der ganzen Arzneikunst, Beschreibung der Schlesischen Bäder usw. Sie enthalten u. a. treffliche Ratschläge, Aufklärung und Belehrung, Vorbeugung im besten Sinne des Wortes, wie Thiele an mehrfachen Beispielen zeigt. Pansa blieb übrigens nicht allzulang in Annaberg, sondern siedelte 1615 nach Schlesien über, wo er zuerst im „Treb-nitzschen Weichbilde“, dann in Breslau wirkte. Seine weiteren Lebensschicksale sind nicht bekannt geworden.

Es ist natürlich im Rahmen dieses Referates nicht möglich, auf die originellen und trefflichen Äußerungen Pansas näher einzugehen, von denen Thiele mehrere im Wortlaut anführt; es muß daher auf den Aufsatz selbst verwiesen werden. Für jeden Mediziner, der seine Wissenschaft liebt, kann es nichts Reizvolleres geben, als sich gelegentlich in die Geschichte seines Faches zu vertiefen; wir müssen es Thiele danken, daß er den Spuren Martin Pansas nachgegangen ist und uns dadurch ein „Original“ zugänglich gemacht hat, welches verdient, aus dem Kreise der zeitgenössischen Ärzte hervorgehoben zu werden, sowohl im Hinblick auf seine gereifte, seinen Zeitgenossen weit vorausseilende Erkenntnis von der Bedeutung der hygienischen Aufklärung und Prophylaxe, als auch mit Rücksicht auf seine für damalige Zeiten recht bemerkenswerten gewerbeärztlichen Untersuchungen.

C. Breul: Über Tuberkulose im Mittelstand nebst Vorschlägen zu einer Erweiterung der Bekämpfungsmaßnahmen. Tuberkulose-Bibliothek, Nr. 6. Leipzig 1922, bei J. A. Barth.

Berichterstatter: Prof. Dr. Berghaus (Karlsruhe), Geschäftsführer des Badischen Landesverbandes zur Bekämpfung der Tuberkulose.

In einer Zeit, in welcher die Existenz des Mittelstandes bereits durch ungünstige wirtschaftliche Verhältnisse in höchstem Grade gefährdet ist, muß die vorliegende Abhandlung ganz besonderes Interesse erwecken. Und in der Tat verdient diese Arbeit, daß sie beachtet wird, nicht nur gelesen, sondern daß aus ihren wohlbegründeten Ausführungen für das praktische Leben die Konsequenzen gezogen werden. Leider findet man aber auch heutzutage noch für Fragen dieser Art in weiten Kreisen nur wenig Entgegenkommen und Verständnis oder, wo dieses vorhanden, fehlt sehr oft die Persönlichkeit, die Forderungen durchzusetzen. Es wäre zu wünschen, daß dieses Schriftchen nicht nur auf den Kreis der ständigen Leser der Tuberkulose-Bibliothek beschränkt bliebe, sondern darüber hinaus ein größeres Publikum fände. In erster Linie sind es die Schulbehörden, Ärzte, speziell Schulärzte und Lehrer, für welche die Abhandlung das größte Interesse hat. Aber auch andere Berufe und Behörden können manches Beherzigenswerte daraus entnehmen. Kein aufmerksamer Leser wird das Heftchen aus der Hand legen, ohne daß es ihn zur Nachprüfung — wenn auch zunächst nur in Gedanken — der in seinem Verwaltungs- und Dienstbereich liegenden Verhältnisse anregt; für manchen aber, der vielleicht noch zögernd beiseite stand, werden die Ausführungen und die daraus gezogenen Forderungen den Rück-

halt bieten, auch seinerseits mit Verbesserungsvorschlägen und Forderungen für seine Verhältnisse hervortreten, kurz ihn zur Mitarbeit veranlassen. Das aber wäre ein Gewinn von nicht zu unterschätzender Bedeutung.

Die Grundlage für die ebenso fleißige wie gründliche Studie bilden 42 ausführliche „Lebensanamnesen“ von Mittelstandspatienten der deutschen Heilstätte in Davos. Der Zweck der Arbeit war, auf Grund dieser Anamnesen die Gefahrenpunkte zu ermitteln, von denen aus der deutsche Mittelstand mit Tuberkulose bedroht ist. Schon der vom Verfasser aufgestellte Fragebogen zeugt von der Gründlichkeit der Arbeit und kann jedem, der sich mit ähnlichen sozialhygienischen Problemen befassen will, nicht genug empfohlen werden. Besonders hervorgehoben zu werden verdient, daß sich unter den 42 Patienten 20 Lehrpersonen (11 Lehrer, 9 Lehrerinnen), 4 Postbeamte und 5 Krankenpflegerinnen befanden. Auf Grund seiner Feststellungen sieht sich Breul veranlaßt, diese Berufe, in deren Ausübung selbst die begünstigenden Momente für den Ausbruch der Tuberkulose liegen, als besonders gefährdet zu bezeichnen. Er bezeichnet sie als „relativ gefährdet“, im Gegensatz zu den im eigentlichen Sinne gefährdeten Berufen, bei denen spezifische Schädigungen wie Stein-, Feilenstaub usw. die Tuberkulose begünstigen. Aber fast alle seine Untersuchungen führten ihn auf die frühe Jugend, speziell die Schulzeit, zurück. Hier liegen die ersten Anfänge und Erscheinungen. Unerkannt von den Eltern und Lehrern entwickeln sie sich in aller Stille, um später unter den beruflichen Anforderungen, Überlastung zum Ausbruch zu kommen. Bei den Lehreranamnesen ließ sich, was ganz besonders hervorgehoben zu werden verdient, in den meisten Fällen die Tuberkulose auf die Seminarzeit zurückführen, in der häufig ungünstige hygienische Verhältnisse in den Anstaltseinrichtungen, ungenügende Ernährung den Anstoß gegeben haben. Mit Recht betont der Verfasser immer wieder die eminente Bedeutung, welche gerade der Schule in der Bekämpfung der Tuberkulose zukommen sollte, der sie aber leider heute noch bei weitem nicht gerecht wird. Gegenüber den aus der Schulzeit mitgebrachten Schädigungen kommen die eigentlichen Berufsschädigungen erst in zweiter Linie.

Breul fordert eine Erweiterung und Vertiefung der schulärztlichen Tätigkeit, indem er von ihr ganz besonders eine frühzeitige Erkennung kranker und gefährdeter Kinder erhofft, deren ständige Beobachtung rechtzeitig vorbeugende Maßnahmen ermöglichen. Denn auch ihm haben die Untersuchungen wieder bestätigt, daß die Tuberkulose lange Zeit ihr Zerstörungswerk betreiben konnte, auch mit charakteristischen Erscheinungen, ohne daß sie genügend Beachtung gefunden hätten. Ein großes Gewicht wird auf die Berufsberatung gelegt. Aber mit der Schule soll die Beobachtung nicht abgeschlossen sein. Es werden auch für die besonders gefährdeten Berufe, Lehrpersonal, Krankenpflegepersonal usw., weiterhin periodische Zwangsuntersuchungen verlangt. Daß auch die Fortbildungsschulen nicht davon ausgeschlossen sind, braucht wohl kaum noch erwähnt zu werden. Der Verfasser schließt seine Arbeit, indem er seine Vorschläge zusammenfaßt in Maßnahmen vor der Berufsberatung und solche während der Berufsausübung. Ich muß es mir versagen, im einzelnen auf diese weiter einzugehen, sie müssen im Original nachgelesen werden. Durchführbar, und zwar — worauf es heute besonders ankommt — ohne große Kosten sind sie meines Erachtens sehr wohl, wenn nur der gute Wille da ist.

F. A. Schmidt: Leibesübungen und Geistesbildung, ihr Zusammenhang mit besonderer Bezugnahme auf die körperliche Entwicklung durch das Wachstum. Nr. 5 der Flugschriften für Deutschlands Jugend, „Gesundheit und Kraft“, herausgegeben von Geh. Rat Prof. Dr. med. L. Aschoff und Prof. Karl Broßmer. Göttingen, bei Vandenhoeck & Ruprecht, 1920.

Berichterstatter: Dr. Pertz, Facharzt für Orthopädie, Karlsruhe.

Der Name des bekannten Bonner Forschers bürgt schon allein für den Wert dieser Flugschrift. In leichtverständlicher Weise wird der Leser zunächst mit dem Zweck der Koordination der Bewegung, den Reflexbewegungen und ihrer Abhängigkeit von der Ent-

wicklung des Gehirns beim Kinde bekanntgemacht. Die regelrechte Entwicklung des Gehirns ist Vorbedingung für die Entwicklung geordneter Bewegungen; die allseitige körperliche Entwicklung wiederum steht in engster Beziehung zur geistigen Leistungsfähigkeit. Durch zahlreiche Untersuchungen, die teilweise vom Verfasser selbst ausgeführt wurden, wird diese Beziehung erwiesen. Es ist ein Gesetz für alle Altersstufen, daß die Kinder gleichen Alters um so größer und schwerer sind, je höher die Schulklasse ist, in der sie sitzen. Je schwächer die geistigen Fähigkeiten eines Kindes sind, um so mehr bleibt es auch in der körperlichen Entwicklung zurück. Alles, was daher das gesunde Wachstum fördert, kommt auch der geistigen Leistungsfähigkeit zugute. Wachstumanregend wirken die äußeren guten Lebensverhältnisse einerseits, andererseits vermögen wir durch Leibesübungen die Tätigkeit der verschiedenen Organe zu fördern und damit sowohl die körperliche wie geistige Entwicklung zu heben. Beim Erwachsenen steigert körperliche Übung die geistige Leistungsfähigkeit, weckt Arbeitsfreude, Unternehmungslust und Selbstvertrauen.

Dieses Ergebnis wird in acht Schlußsätzen kurz zusammengefaßt. Dieser Schrift ist weiteste Verbreitung zu wünschen; doch sollte ihr Inhalt vor allem in den für die Erziehung unserer Jugend verantwortlichen Kreisen, das sind Eltern und Lehrer, Verständnis finden, denn vielmehr werden hier die Anregungen des Verfassers Früchte tragen können, als bei der Jugend selbst, da diese doch erst auf Weisung ihrer Leiter hin die nötige Zeit und Gelegenheit zur Ausbildung ihres Körpers finden dürfte. Erst wenn in diesen Kreisen entgegen tief eingewurzelter Vorurteile die körperliche Ausbildung der Jugend als stark förderndes Moment auch für die geistige Leistungsfähigkeit gewertet wird, kann der große Nutzen, den die Schrift erzielen sollte, in Erscheinung treten. Es ist ein Büchlein, das wegen der kurzen, aber überzeugenden Darstellungsweise und seiner Handlichkeit jeder Lehrer, jede Mutter und jeder Vater besitzen sollte.

H. Brückner: Über den Einfluß der Nachtarbeit auf den Gesundheitszustand der Arbeiterschaft. Beurteilt an einer Unfallstatistik des Jahres 1920. Zentralblatt für Gewerbe-Hygiene und Unfallverhütung. Band 9, 1921.

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

Der Titel ist irreführend, da der Gesundheitszustand einer Arbeiterschaft aus der Unfallhäufigkeit nicht beurteilt werden kann. Beides sind ganz verschiedene Dinge; die Unfallhäufigkeit hängt von der Gefahrengroße ab; bei vielen Berufen trifft man neben zahlreichen Unfällen wenige Krankheiten und umgekehrt. Auch in der Arbeit selbst wird immer wieder Gesundheitszustand mit Unfallhäufigkeit identisch gebraucht. Brückner gibt eine Statistik der Unfälle im Jahre 1920 für die Badische Anilin- und Sodafabrik in Ludwigshafen; das Werk hatte durchschnittlich 18128 Arbeiter, wovon 4129 als Schichtarbeiter und 1376 in der Nachtschicht beschäftigt wurden. Auf 1000 Arbeiter kamen bei der Tagschicht 7,82%, bei der Nachtschicht 5,66% Unfälle. Es ist nicht recht verständlich, wie Brückner daraus den Schluß ziehen mag, daß der Gesundheitszustand der Nachtschicht wenigstens soweit die Unfälle in Betracht kommen, ein besserer sei, als derjenige der Tagesarbeiter, wenn er selbst anführt, daß in der Nacht nur die notwendigsten Arbeiten ausgeführt werden und ein Teil der Nachtarbeiter nur Bereitschaftsdienst habe. Die Veröffentlichung solcher unsicherer Ergebnisse, vollends mit gewagten Schlußfolgerungen, dient nicht dazu, die Achtung vor der Sozialstatistik zu erhöhen.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. A. Fischer, Karlsruhe; für den Anzeigenteil Hch. Schenk, Karlsruhe. Preis des Einzelheftes Mk. 6.—, Jahresbezug unmittelbar vom Verlag (4 Hefte) Mk. 24.—.

An die verehrlichen Bezieher!

Wir haben das ganze vergangene Jahr die „Sozialhygienischen Mitteilungen“ zu dem Ende 1920 festgesetzten Preise geliefert, obwohl in dem genannten Zeitraum wiederholt beträchtliche Preissteigerungen eingetreten sind. Dazu kommt noch die gewaltige Verteuerung des Papiers, wofür jetzt 100% mehr wie in den letzten Monaten bezahlt werden muß. Die so erheblich vermehrten Herstellungskosten machen auch eine Erhöhung des Bezugspreises der „Sozialhygienischen Mitteilungen“ zur unabweisbaren Notwendigkeit.

Der Jahresbezug (4 Hefte) kostet von dieser Nummer an 24 M., und der Preis für das Einzelheft mußte auf 6 M. festgesetzt werden.

Von den früheren Jahrgängen sind noch einzelne vollständige Exemplare vorhanden, welche der unterzeichnete Verlag auf Verlangen abgibt, und zwar Jahrgang 1917, 1918, 1919 zu je 3 M., 1920 zu 6 M. und 1921 zu 12 M.

Den Mitgliedern der Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene liefern wir die „Sozialhygienischen Abhandlungen“, falls sie uns die Bestellungen unmittelbar übermitteln, zu einem Vorzugspreis.

Karlsruhe, Januar 1922.

C. F. Müllersche Hofbuchhandlung m. b. H.,
Abteilung für soziale Hygiene.

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, die „Sozialhyg. Abhandlungen“ zu einem Vorzugspreis. Jahresbeitrag für Körperschaften wenigstens 20 M., für Einzelpersonen wenigstens 10 M.

Badisches Institut für soziale Hygiene (staatlich unterstützt), Karlsruhe, Akademiestraße 1. (Statistisches Landesamt.) Sprechstunden des Leiters: Montag bis Freitag von 5 bis 6 Uhr. Schriftliche Anmeldung erwünscht.

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

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

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

Deutscher Verein gegen den Alkoholismus

erstrebt bessere Anschauungen, bessere Sitten, bessere Einrichtungen, bessere Gesetze. Aufklärende und praktische Arbeit. Mindestjahresbeitrag 5 Mk., wofür 2 Zeitschriften. Geschäftsstelle: Berlin-Dahlem, Werderstr. 16. Flugblätter, Schriften, Anschauungsstoff, Lichtbilder.

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

Wohlfahrtschule 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.

Zentralstelle für Deutsche Personen- und Familiengeschichte, e. V. Sammelpunkt und Vermittlungsstelle für die gesamte wissenschaftliche Familienforschung. Gegründet 1904. Geschäftsstelle: Leipzig, Straße des 18. Oktober Nr. 89, Haus der Deutschen Bücherl.

Keine abgetragenen Kleider mehr!

Wie neu werden glänzende und abgetragene wollene Kleider. Größte Ersparnis mit **Apparat „Frisch-auf“**. Im In- und Ausland gesetzl. geschützt. Von jedermann zu handhaben. Kein Wenden nötig. Garantie für Erfolg: Zurücknahme. Prospekt mit beglaubigten Anerkennungen gratis. Einmalige Anschaffung. Preis Mk. 30.— frei Nachnahme.

Frisch-auf-Werke Kramer-Hagist, Kandern 5 (Baden).



Polytechnisches Institut Arnstadt Thurg.
Moderne Laboratorien. Maschinenbau. Elektrotechnik. Gas- und Wasserbau. Chemie. Bau-Ingenieur.



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.

RECRESAL

Phosphorsäure-Präparat

(wohlschmeckende Tabletten)

nach Prof. Dr. G. Embden

bei Schwäche- u. Erschöpfungszuständen
physischer und psychischer Natur.

CHEM. WERKE vorm. H. & E. ALBERT
BIEBRICH AM RHEIN.



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

In unserem Verlag ist er-
schienen:

Bestimmungen über das Heilverfahren der Landes- versicherungsanstalt Baden.

Bearbeitet von Karl Münchbach,
Vorstand der Heilverfahrens-
Abteilung bei der Landesver-
sicherungsanstalt Baden.

70 Seiten in Umschlag geheftet
Mk. 1.60 u. Buchhändlerzuschlag.

Die Landesversicherungsanstalt Baden hat im Jahre 1912 die Bestimmungen aufgestellt, unter denen sie Heilverfahren einleitet. Diese wurden von dem Vorstand der Heilverfahrensabteilung zum Gebrauch für Krankenkassen und -anstalten, für Ärzte, Zahnärzte, Behörden, Versicherte usw. nach den Ergebnissen der Praxis bearbeitet und durch anderes auf das Heilverfahren bezügliche Material ergänzt, in der vorliegenden Schrift herausgegeben. Aus dem Inhalt seien kurz genannt: Antragstellung, Gewährung und Versagung; Mitwirkung der Krankenkassen; Mitwirkung der Ärzte; Heilverfahren für Alkoholranke, Beiträge für Zahnranke, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten; Heilverfahren auf Grund der Angestelltenversicherung; Aufnahme Nichtversicherter in Heilanstalten; Vordruckmuster, Verzeichnis der Bäder, Kliniken usw. Jeder, der beruflich oder sonst sich über die Durchführung von Heilverfahren zu unterrichten hat, findet in dem Büchlein alles, was er wissen muß.

Die Schrift ist durch jede Buch-
handlung und auch unmittelbar
von uns zu beziehen.

Triberg Weltbekannter Höhenluftkurort.

700-1000 m ü. M.

Das Herz des mittleren Schwarzwaldes am Glanzpunkt
der großartigen badischen Schwarzwaldbahn.
Deutschlands größte Wasserfälle.

Prachtvolle, völlig geschützte Lage inmitten weithin ausge-
dehnter Tannenwäldungen u. wunderbarer Gebirgslandschaft.
Zahlreiche bequeme Spazierwege. Herrliche Ausflüge. Mäßige
Tageswärme. Angenehme Nachtkühle. Physikalisch-diätetische
Therapie, Schwimm-, Luft- und Sonnenbad. Tennis. **Bezirks-
krankenhaus mit Liegehallen.** Vorzügliche Heilerfolge.
Nachkuren. Erholungsstation. — Illustrierte Prospekte, Preis-
listen usw. von der **Städtischen Kurverwaltung.**

Kassenpraxis:

(Fortsetzung aus Heft 2)

Lenicet-Hautkrem (Lenikrem), Haut- und Kühlsalbe bei Intertrigo, Sonnenbrand und für Augen	Tube 4.50, Dose	1.60
Lenicet-Kinderpuder (Lenicet-Streupulver) 5 % und Brandwunden	(Beutel 35 g.)	1.05
Lenicet-Mundwasser (Pulverform); tägl. Gebrauch, Mund- und Nasenspülung. Prophylacticum; Infektionskrankheiten, auch z. Inhalation bei Katarrhen. Ungelöst geschnupft bei Kopfschmerz und trockenen Katarrhen. Zur Zahnfleischmassage und Reinigung künstlicher Gebisse	Dose	3.—
Lenicet-Salbe (Wund-, Augen-, Massagesalbe), 1. Dose 5.50, 2. Dose 2.70, 3. Dose		1.70
Lenicet-Silberpuder (Ekzema exfoliat., Ulc. cruris, Otitis med.)	6 Stück	3.55
Lenicet-Streupulver 50 % (Schweiß, nässende Wunden)	9.—	5.—
Lenicet-Wund- und Schweißpuder (Lenicet-Streupulver 20 %) (Hautschutz-Dauerverband, Juckreiz verhindernd)	Kassenpackung Beutel ca. 100.0	3.20
Lenicet-Zäpfchen (Torpedoform) (Haemorrhoiden)	6 Stück	5.—
Lenicet-Belladonna-Zäpfchen, Tenesmus, Haemorrhoiden	6 Stück	5.50
Lenirenin (staubfein). Akute Rhinitis, Heu-Jodschneupfen, Blepharitis, Otitiden, Nasen-Zahnblutung. Dolor post extractionem		3.—
Lenirenin-Salbe, Universal-, Augen-, Nasen-, Ohrensalbe, Haemorrhoiden, kl. Chirurgie		5.—
Lenerinin-Belladonna-Salbe (Haemorrhoiden, Tenesmus)		5.50
Lenerin-Suppositorien (Torpedoform), Haemorrhoidal-Blutungen	6 Stück	6.75
Liquat-Salz (zum Auflösen): Wirkung wie Liq. alum. acet. und rektal, wie dieser, gegen Oxyuren		1.—
Peru-Lenicet-Kompresse. Bequemster granulationanregender Verband bei Ulc. crur.		3.20
Peru-Lenicet-Pulver (Ulc. cr.), Vaginales Desod., Exsicc. (Carcin.)		3.20
Peru-Lenicet-Salbe (Wunden, Haemorrhoiden, Ekz.)	= 4.40, =	3.20
Rheumasan. Rheumatismus, Ischias, Neuralgien, neuralg. Zahnschmerzen, Herzschmerzen, nervöse Sensationen, Hyper- und Paraesthesien, bei Brustschmerzen infolge Bronchitis, Influenza, Pleuritis, Hydrops articul., Gichtschmerzen, Narbenschmerzen, „Sohlenbrennen“, Frost, Schwielenbildung, kalte, feuchte Füße (und für kleine Haustiere; für große Ester-Dermasan)	(Berlin usw. M. 1.95)	2.40
Teer-Dermasan (chronische Ekzeme). Hervorragende Tiefenwirkung		5.50

Literatur und Präparate-Proben gratis. Ärzten Rabatt.

Dr. R. Reiß, **Rheumasan- und Lenicet-Fabrik,**

Charlottenburg 4 95 und Wien VI 2.



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

Konrad Schwarz

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

Wir bitten bei eintretendem Bedarf sich an unsere Inserenten zu wenden.

Die Geschäftsstelle der „Sozialhygienischen Mitteilungen“.