

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Sozialhygienische Mitteilungen. 1920-2001 1922

3 (1.7.1922)

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. Tuberkuloseverbreitung und soziale Mißstände. Von Bezirksarzt Dr. K. Dörner, Ettenheim	65
2. Die sozialhygienische Bedeutung der Kinderstadt Heuberg. Von Dr. Karl Behm, Leit. Arzt der Kindererholungsfürsorge Heuberg	67
3. Entstehung und Verlauf der Tuberkulose mit besonderer Berücksichtigung des Kindesalters. Von Dr. Harms, Leiter des Städt. Lungenspitals und der Lungenfürsorgestelle, Mannheim	69
4. Wer ist minderbemittelt im Sinne des Gesetzes über die Wochenhilfe? Von Dr. R. Engelsmann, Kreismedizinalrat in Kiel	71
5. Zweiter deutscher Kongreß für alkoholfreie Jugend- erziehung. Von Dr. Heyse, Direktor der Landes- Heil- und Pflgeanstalt Bernburg	74
6. Von der Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene	76
7. Gesundheitsstatistik und Gesundheitsgesetzgebung .	79
8. Gesundheitspolitik	87
9. Bücher- und Schriftenschau	88



Druck und Verlag: C. F. Müller, Karlsruhe i. B.



Compretten Kola cum Lecithino

Extract. Kolae spiss. 0,15
Lecithin. puriss. (Merek) . . . 0,05
sacch. obduet.

als bei Nervenkrankheiten, Erschöpfungs- u. Schwäche-
Tonikum zuständen der Rekonvaleszenz; Stärkungsmittel bei
Tuberkulose, Unterernährung, Diabetes, Rachitis,
Anämie, Tabes, Ernährungsstörungen aller Art.

Ungefähr 3 mal täglich 1—2 Compretten
nach dem Essen
(zerkauen und dann schlucken.)

Packungen
mit 25 oder 50 Compretten.

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.

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

Provinzial-Wohlfahrtsamt

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

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.

Wohlfahrtschule Münster.

2jährige Ausbildung mit abschließender staatlicher Wohlfahrtspflegerinnenprüfung. Beginn: April und Oktober. Aufnahmebedingungen: Lyzealreife oder gleichwertige Schulbildung, pflegerische oder pädagogische oder handeltechnische oder praktisch-soziale Vorbildung. (Auf Wunsch Vermittlung der Vorbildung durch die Schule.) Prospekte durch die Leitung: Münster i. W., Wehrstraße 6—10.

Geschäftsstelle des Deutschen Verbandes der Sozialbeamtinnen.

Berlin W. 30, Barbarossastr. 65, vermittelt Stellen für vorgebildete Wohlfahrtspflegerinnen in Stadt und Land und steht in ständigem Austausch mit Behörden und Organisationen.

Soziale Frauenschule Karlsruhe des Badischen Frauenvereins.

Staatlich anerkannte Schule mit 2jährigem Kurs und staatlicher Prüfungsstelle. Beginn des Jahreskurses jeweils Mitte September. Satzung und Auskunft bei der Leiterin Fräulein Dr. Schenek, Sophienstraße 39/41, und beim Badischen Frauenverein, Gartenstraße 49/51.

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. Müller, Karlsruhe i. B.

6. Jahrg.

Juli 1922

Heft 3

Tuberkuloseverbreitung und soziale Mißstände. *)

Von Bezirksarzt Dr. K. Dörner, Ettenheim.

Unser Wirtschaftsleben hat sich im Laufe der letzten Jahrzehnte von Grund auf umgestaltet, aus einem Agrar- ist ein Industriestaat geworden. Die Bevölkerungszahl hat rasch zugenommen, besonders in der Gegend der Industriezentren kam es zu einer Massenanhäufung von Menschen. Eine großzügige Gesundheitspflege konnte nicht Schritt halten, vor allem fehlte es an Beschaffung entsprechender Wohnungen. Wenn es auch gelang, einen Teil der Volksseuchen wirksam zu bekämpfen, so den Typhus und die Cholera, so besteht doch bei der verbreitetsten Volksseuche, der Tuberkulose, die hohe Sterblichkeit fort; es sterben jährlich immer noch über 100000 Menschen an dieser Seuche.

Mit der Entdeckung des Tuberkelbazillus glaubte man, durch Ausschaltung der Infektion die Seuche bekämpfen zu können, heute wissen wir jedoch, daß die Infektionen ungemein häufig sind und jeder Mensch bis zum 20. Lebensjahre einmal tuberkulös infiziert wurde, der Körper aber der Infektion erliegt, sobald seine Widerstandsfähigkeit durch äußere Einflüsse geschädigt wird. Die Hungerblockade, Not und Sorge, ein Übermaß von Arbeit, verbunden mit Unterernährung, das waren die Ursachen der Tuberkulosezunahme während des Weltkrieges. Unter dem Einfluß der bestehenden Mißstände ist aber ein großer Teil der Bevölkerung auch zu normalen Zeiten diesen schädlichen Einflüssen mehr oder weniger ausgesetzt und erkrankt infolgedessen leichter an Tuberkulose. Es steht in unserer Macht, diese Mißstände festzustellen und zu beseitigen. Wir müssen prophylaktisch gegen das Manifestwerden der Tuberkulose wirken.

Bei einer ortsanalytischen Untersuchung der Gemeinde L. konnte ich bereits feststellen, daß die Tuberkulosesterblichkeit besonders bei Berücksichtigung der Sterblichkeitsverhältnisse bei Alter und Geschlecht im Vergleich zu früher sich geändert hat, vor allem zumungunsten der Frau. Bei einer Nachprüfung an einer größeren Bevölkerungsgruppe waren die Ergebnisse wesentlich wertvoller. Ich wählte die Landgemeinden des Schwetzingener Amtsbezirkes und verglich die Sterblichkeitsverhältnisse von dem Jahre 1852 ab mit denen etwa gleichgroßer Gemeinden der Kehler Gegend. Das Wesentliche bei dem Vergleich ist der Umstand, daß die Bevölkerung des Schwetzingener Bezirkes immer mehr dem Einfluß der zunehmenden Industrie, der Bevölkerungsdichtigkeit usw. ausgesetzt war, während die des Kehler Bezirkes sich größtenteils mit Landwirtschaft befaßt und zum Ver-

*) Auszug aus einem am 30. April 1922 auf der Mitgliederversammlung der Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene zu Karlsruhe gehaltenen Vortrag.

Der Vortrag stützt sich auf die Ergebnisse folgender Arbeiten:

1. Dörner, Ein Beitrag zur Pathogenese der Tuberkulose. Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, Bd. XX, Heft 1.
2. Dörner, Vergleichende Untersuchung über Tuberkuloseverbreitung in zwei verschiedenen Bezirken Badens. Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, Bd. XXX.

gleich mit früheren Zeiten sich in dieser Hinsicht nicht geändert hat. Nach den Aufzeichnungen des Statistischen Landesamtes läßt sich deutlich die verschiedenartige Beschäftigung der Bevölkerung beider Bezirke feststellen. Entsprechend der vermehrten Verdienstmöglichkeit hat sich im Bezirk Schwetzingen die Wohnungsdichtigkeit erheblich vermehrt. Als Beweis für die durchaus ungünstigen Wohnungsverhältnisse mögen die Verhältnisse der Gemeinde L. dienen, die genau darauf untersucht wurde. Über die Hälfte der Wohnungen waren Einzimmerwohnungen, in 62,1% der Wohnungen war nicht einmal ein besonderer Schlafraum vorhanden. Die vorhandene Bettenzahl war durchaus unzureichend, so waren für 573 Kinder nur 174 Kinderbetten vorhanden. Dabei sind die Wohnungen durchweg ungesund, zum großen Teil nicht unterkellert und feucht, schlecht belichtet und unsauber, da die Bewohner unter dem Einfluß der raumbeschränkten Wohnung jedes Gefühl von Reinlichkeit verloren haben. An diesen Verhältnissen kann auch keine Fürsorgetätigkeit etwas ändern, es wird in den meisten Fällen noch nicht einmal möglich sein, ein Bett mehr zu stellen, da der nötige Raum fehlt. Besonders schädlich ist aber, daß die raumbeschränkte Wohnung die Nutzbarmachung der Arbeitskräfte der Familie unmöglich macht. Es fehlt an Unterkunftsmöglichkeit für die heranwachsende Jugend; sie wandert alsbald nach der Stadt ab, sucht sich anderwärts Arbeit in der falschen Meinung, sich dann besser zu stellen. In der Stadt können sie aber nicht viel für die Wohnung erübrigen, sie müssen wieder mit kleinen, ungesunden Wohnungen sich begnügen; dadurch werden auch hier wieder für die Verbreitung der Tuberkulose günstige Verhältnisse geschaffen. In den Landorten fehlt es aber an den nötigen Arbeitskräften für die Landwirtschaft, zumal es jetzt zu teuer ist, fremde Arbeitskräfte einzustellen. Besteht aber ein Mißverhältnis zwischen Arbeit, Ernährung und Ruhe, dann wird der Körper geschädigt, er erkrankt leichter an Tuberkulose. Bei einem statistischen Vergleich der Tuberkulosesterblichkeit in einer größeren Anzahl von Landgemeinden in der Nähe von Karlsruhe läßt sich feststellen, daß die Größe der Tuberkulosesterblichkeit besonders da hoch ist, wo die für die Haushaltung zu bewirtschaftende Fläche groß ist.

Wertvoller ist der Vergleich der Tuberkulosesterblichkeit in beiden untersuchten Bezirken. In dem dicht bevölkerten Schwetzingen Bezirk (Bezirk II) ist sowohl die Gesamtsterblichkeit, als auch die Tuberkulosesterblichkeit höher als im Bezirk I, die Durchschnittswerte liegen für den Bezirk II durchweg über denen des Landesdurchschnitts. Bei einem Vergleich der Durchschnittswerte der 30 Jahre vor und nach 1881 ergeben sich keine wesentlichen Unterschiede; ein ganz anderes Bild erhalten wir bei einem Vergleich der Tuberkulosesterblichkeit nach Alter und Geschlecht. Es läßt sich feststellen, daß die Tuberkulosesterblichkeit, besonders im Bezirk II, im erwerbsfähigen Alter wesentlich zugenommen hat, und zwar in erster Linie bei der Frau, die im Bezirk II mehr als doppelt so groß wie in der Zeit vor 1881 und etwa dreimal so groß als im Bezirk I. In den vorgeschrittenen Altersklassen sind die Werte durchweg geringer geworden. Das kommt aber nur daher, weil die Todesursachen hier genauer erkannt werden, vor allem die Krebserkrankungen werden richtiger erkannt, während sie früher als Auszehrung ebenfalls für Tuberkulose verrechnet wurden. Sehr bedenklich ist aber die Tatsache, daß die Tuberkulose im erwerbsfähigen Alter, in dem sie in Form der Phthise am deutlichsten vor Augen tritt und auch ein Vergleich mit früher am ersten möglich, nicht zurückgegangen, sondern sogar bei der Frau wesentlich zugenommen hat. Der Gipfel der Tuberkulosesterblichkeit hat sich in das erwerbsfähige Alter geschoben. Da der Landesdurchschnitt alle Altersklassen berücksichtigt, übersehen wir die Zunahme im erwerbsfähigen Alter, da die geringeren Werte des vorgeschrittenen Alters wieder ausgleichend wirken. Auch das Verzeichnis der Todesursachen, das das Reichsgesundheitsamt seit dem Jahre 1905 vorschreibt, war von Einfluß auf den Wert des Landesdurchschnitts, der seit dieser Zeit stets unter 2,0 liegt, bis zum Beginn des Krieges, während vor 1905, vom Jahre 1877 ab, der Durchschnittswert stets über 2,0 liegt. Es ist also falsch, wenn wir aus dem Rückgang des Landesdurchschnittswertes auch auf ein Zurückgehen der Tuberkulose schließen.

Der Einfluß der kranken Mutter auf das Leben der Kinder im 1. und 2. Lebensjahre ist sehr ungünstig; es sterben hier, teils infolge direkter, teils infolge indirekter Beeinflussung

wesentlich mehr Kinder. Entsprechend ist die Kindersterblichkeit in dem Schwetzingener Bezirk sehr hoch, zum Teil höher als vor 40 Jahren. Wir treffen immer da die ungünstigsten Werte, wo auch die Tuberkulosesterblichkeit hoch ist.

Die hohe Sterblichkeit bei der Frau im erwerbsfähigen Alter ist eine Folge der ungünstigen sozialen Stellung, in die die Frau unter der Entwicklung der wirtschaftlichen Verhältnisse immer mehr gekommen ist. Die Arbeitskräfte werden auch in diesen ländlichen Gemeinden mehr als früher durch die Industrie absorbiert, die Frau muß für alles sorgen, selbst für den Feldbau. Dabei ist der Körper nicht entsprechend ernährt; die besten und billigsten Nahrungsmittel werden in die Stadt verkauft, an deren Stelle sind Genußmittel getreten.

Wenn wir die Tuberkulose als Volkskrankheit bekämpfen wollen, so müssen wir vor allem die Mißstände feststellen, die krankmachend wirken. Die seitherigen Methoden sind schon deshalb verfehlt, weil die Heilstätte immer noch im Mittelpunkt der Bekämpfungsmethoden steht. Wir dürfen die Verhältnisse der wohlhabenden Kreise nicht auf die große Masse, vor allem die Arbeiterverhältnisse, übertragen. Die Erfolge der Heilstätte sind alsbald wieder ausgeglichen, wenn die Kranken in ihre ungesunden Verhältnisse wieder zurückkommen. Die Heilstätte verbraucht besonders jetzt enorme Mittel, die besser angewandt werden könnten. Schädlich wirkt die Heilstätte dadurch, daß sie vom richtigen Wege ablenkt. Hätten wir die 117 Millionen, die von der Landesversicherungsanstalt während der Jahre 1897 bis 1910 aufgebraucht wurden, für Wohnungsfürsorge angelegt, so wäre viel mehr erreicht worden. Wir müssen die krankmachenden Ursachen beseitigen, in erster Linie für gesunde Wohnungsverhältnisse sorgen, die gerade in Landgemeinden sehr schlecht sind, infolge der größeren Wohnungsdichtigkeit viel schlechter als früher. Die Wohnung ist die Grundlage für die gesundheitliche und wirtschaftliche Entwicklung der Bewohner. Alles, was die Produktion an Lebensmitteln steigern kann und zur Verbilligung der Volksernährung beiträgt, muß vom Staate gefördert werden; ein Ersatz der menschlichen Arbeitskraft durch Elektrizität, erzeugt durch die natürlichen Kraftquellen des Landes, ist anzustreben. Wir müssen soziale Hygiene treiben, die sich zur Aufgabe macht, alle Bevölkerungsschichten aus Handel, Industrie und Landwirtschaft gesund und lebenskräftig zu erhalten.

Die sozialhygienische Bedeutung der Kinderstadt Heuberg.*)

Von Dr. Karl Behm, Leit. Arzt der Kindererholungsfürsorge Heuberg.

Die Kindererholungsfürsorge Heuberg kann auf ein zweijähriges Bestehen zurückblicken. 20000 Kinder fanden in den Jahren 1920 und 1921 dort auf dem südlichen Ausläufer der Rauhen Alb Kräftigung. Allein in dieser großen Zahl liegt schon die sozialhygienische Bedeutung des Heubergs, und doch würde man fehl gehen, allein in der Tatsache der Erholung einer so großen Zahl von Kindern und Jugendlichen die einzige sozialhygienische Auswirkung der Kinderstadt zu sehen.

Eine kurze Darstellung der Unterbringungsart und Lebensgestaltung der Kinder soll zeigen, was so ein Heuberg-Ferienaufenthalt für das einzelne Kind bedeuten kann.

Die ganze Anlage, eben als Truppenlager schon für Massenunterbringung gebaut, hat natürlich eine Reihe hygienischer Vorteile, die nun auch den Kindern zugute kommen: die Versorgung mit elektrischem Strom durch ein eigenes Kraftwerk an der Donau, eigene Wasserversorgung und Kanalisation mit Kläranlage. Die schmucken Häuser aus festem Schwemmstein, wegen der fehlenden Unterkellerung als Baracken bezeichnet, lassen Licht und Luft zur Genüge hinein. Die Kinder, eingeteilt in Familien zu je 15, schlafen zu 30 in einem großen Schlafraum, der im Norden und Süden eine Fensterreihe hat, in einer kleinen Abteilung desselben Zimmers eine der beiden Familienmütter. Die beiden Familien eines gemeinsamen Schlafraumes haben dann auch einen gemeinsamen Tagesraum, der

*) Auszug aus einem am 30. April 1922 auf der Mitgliederversammlung der Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene zu Karlsruhe gehaltenen Vortrage.

groß genug ist, um die Kinder beider Familien ganz getrennt zu halten beim Essen, Spielen usw. Ein Doppelhaus wird von 120 Kindern bewohnt. Diese betreut eine Hausmutter mit acht Familienmüttern (Tanten) und einer Hilfe (Vertretung). Jedes Haus bildet somit eine geschlossene Einheit. Das Essen (fünf Mahlzeiten) wird in einer der sechs Küchen geholt. Milch und Kartoffeln werden je in einer besonderen Küche gekocht. Jedes Kind erhält wöchentlich ein Duschbad.

Dieses wäre kurz der äußere Rahmen. Wie erreichen wir nun eine gesundheitliche Förderung des Kindes? Einmal durch eine geeignete Auswahl. Es müssen nicht nur Kinder ausgeschlossen werden, die andere gefährden, wie solche mit offener Tuberkulose oder sonst Infektionsverdächtige, sondern auch solche, die die Erholungsmöglichkeit der anderen beeinträchtigen, wie Bettlässer. Auszuschließen sind auch solche, für die eine strengere ärztliche Einzelüberwachung und Pflege notwendig wäre, wie schwerer Herzkranke, Nierenkranke usw. Ärztliche Untersuchung auf Eignung ist jedesmal unerlässlich. Eintrag hierüber erfolgt auf unserer Aufnahmekarte. Hier geben auch die Eltern die früheren Krankheiten des Kindes an, sowie Beschwerden der letzten Zeit.

Um nun den Heubergaufenthalt für das einzelne Kind möglichst erfolgreich zu gestalten, haben wir eine Reihe von Maßnahmen, die hier nur kurz genannt seien. Bei den Reihenuntersuchungen werden die Infektionsverdächtigen ausgesondert, die Familienmutter wird auf Beachtenswertes bei jedem Kinde hingewiesen: auf etwa notwendige Schonung bei Spaziergängen, auf schlechte Haltung und dergleichen mehr. Ein besonderes Augenmerk gilt natürlich der Vorbeugung von Erkrankungen (Zähne putzen, Hände waschen nach Abortbenutzung usw.). Hier setzen nun unsere Hauptbestrebungen ein, den Kindern nicht nur so einige Pfunde anzumästen, sondern sie wirklich kräftiger, leistungsfähiger zu machen und sie zu erziehen zur Beachtung gesundheitlicher Schädlichkeiten und zur Betätigung von allem, was die Gesundheit fördert. Die Familien- und Hausmütter werden mit dieser Aufgabe und ihrer Durchführung in einem Kurs vertraut gemacht, der vor der Belegung des Lagers mit Kindern stattfindet. Die Kinder müssen lernen, ihr Lager zu richten (Strohsäcke bei uns), müssen Verständnis dafür bekommen, daß die Betten auslüften sollen, der Boden vor dem Kehren gesprengt werden muß. Wie Seife und Waschlappen zweckmäßig benutzt wird, wissen die meisten nicht. Die Kinder lernen langsam essen und gründlich kauen, statt zu schlängen, sie werden angehalten, die Zähne zu pflegen, die Darmtätigkeit zu regeln. Sie müssen den Abort regelmäßig jeden Morgen benutzen. Vor allem lernen sie erkennen, wie wichtig es ist, selbst etwas zu schaffen für das gesundheitliche Wohlergehen, und wir beugen so frühzeitig dem gesundheitlichen Schlendrian der Erwachsenen vor, die gegen ihre Beschwerden sich so vielerlei ärztlich empfehlen lassen und vielleicht auch mal irgendwelche Mittelchen nehmen, aber sich nicht aufraffen können, wirklich etwas für ihr körperliches Wohlergehen durch eigene Betätigung zu erreichen.

Und so lassen sich neben dem Hauptergebnis des Heubergaufenthaltes: der gesundheitlichen Förderung des einzelnen Kindes, folgende Auswirkungen von sozialhygienischer Bedeutung nennen: 1. Die Erziehung zum Körpergefühl. Das Kind bekommt ein neues Verhältnis zu seinem Körper, indem es lernt, ihn natürlich zu beobachten, nicht in der ängstlichen Übertreibung Kranker, die zu ihrer Ängstlichkeit nur dadurch gekommen, daß die Krankheit sie erst auf das Vorhandensein ihres Körpers gewissermaßen aufmerksam macht. 2. Erziehung zur Selbst-Tätigkeit bezüglich der körperlichen Gesundheit und Erstarkung. Der Arzt ist nicht der schreckliche Mann mit dem weißen Kittel und der Zahnzange, sondern der freundliche Berater, der am ganzen Leben teilnimmt, auch beim Reigentanz. Der Arzt gibt die Richtlinien an für das gesundheitliche Leben, aber das einzig Ausschlaggebende muß jeder Mensch für seinen Körper selbst tun. 3. Hinführung zur natürlich-kindlichen Lebensfreude. Welcher Familienkreis lebt heute nicht unter der ständigen Sorge um die wirtschaftlichen Nöte. Man sieht es den bleichen, müden Gesichtern der heraufkommenden Kinder an, wie sie zu Hause weiter nichts hören, als die Erörterung der Gegenwartsnöte, der unheimlich steigenden Geldentwertung, und es geht uns wohl so, wie dem Vater eines Kindes, der, früher als Soldat hier oben, jetzt sein Kind besuchte und erstaunt äußerte: „Früher stolperte ich auf dem Heuberg nur über jeden

Stein und schimpfte weidlich, ich wußte gar nicht, daß es hier auch schön sein kann.“ So nimmt man in unserem Vaterlande zurzeit vielfach nur die Teuerung und die vielen anderen Steine, die uns im Wege liegen. Man vergißt darüber die anderen Werte. Not erkennen und darum wissen und zu ihrer Beseitigung mit doppelter Kraft schaffen, ist Pflicht der Erwachsenen. Ebenso strenge Pflicht ist, von dem Unabänderlichen nicht dauernd zu reden, nicht über jeden Stein zu stolpern und dann beim Hinstürzen die Blumen zu erdrücken, die immer noch zwischen diesen Steinen blühen. Zeigen wir unseren Kindern diese Blumen und lehren wir sie, fröhlich zu sein in ihrer ganzen Kindlichkeit. Dies dürfen sie voll und ganz während ihrer Heubergzeit, und wenn dann die Kinder mit gebräunten Backen und fröhlichen Augen einen frischen Luftzug vom Heuberg mit nach Hause bringen und den Staub zu Hause weglegen, der lastend auf den Seelen der Eltern liegt, so ist das auch eine sozialhygienische Auswirkung des Heubergs, für das gesundheitliche Leben der ganzen Familie daheim wichtiger, als die Gewichtszunahme in den wenigen Wochen der Heubergzeit.

Entstehung und Verlauf der Tuberkulose mit besonderer Berücksichtigung des Kindesalters. *)

Von Dr. Harms, Leiter des Städt. Lungenspitals und der Lungenfürsorgestelle, Mannheim.

Für das ganze Tuberkuloseproblem von großer Bedeutung und für die Praxis nicht minder wichtig ist die von Albrecht, Ghon, Roman u. a. und zuletzt von Ranke auf Grund anatomisch-pathologischer Untersuchungen angegebene Einteilung der Tuberkulose nach ihren verschiedenen Entwicklungsformen. Ranke unterscheidet bekanntlich die Primärtuberkulose (Primärherd mit Affektion der zugehörigen Drüsen-Primärkomplexe), die Sekundärtuberkulose (Stadium der Generalisation) und die isolierte tertiäre Lungenphthise. Durch die Einordnung sämtlicher Ausdrucksformen der Tuberkulose in ein abgeschlossenes, in sich zusammenhängendes Entwicklungsschema erwachsen der klinischen Forschung interessante und zum Teil ganz neue Aufgaben, deren Lösung wiederum anregend und befruchtend auf manche bisher noch unentschiedene theoretische Streitfragen wirken wird. Das in der Rankeschen Entwicklungslehre enthaltene Problem kann man am einfachsten in der Frage zusammenfassen, wie oft und in welcher Reaktionsform trifft den einzelnen Menschen die tuberkulöse Infektion und Erkrankung. Zur Beantwortung dieser Frage reichen die Arbeitsmethoden der geschlossenen Anstalten nicht aus, die in der Regel nur kleine Ausschnitte aus dem Werdegang einer tuberkulösen Infektion, und zwar im Stadium klinischer Krankheitserscheinungen, zu Gesichte bekommen. Für die Lösung des Entwicklungsproblems sind aber neben den Krankheitsäußerungen gerade die latent verlaufenden Vorgänge am Infektionsherd und die immunisatorischen Verhältnisse in den einzelnen Stadien von besonderer Wichtigkeit. Ihre Erforschung verlangt daher zunächst kasuistische Tätigkeit, d. h. Beobachtung des Einzelfalles vom Zeitpunkt der ersten Infektion an, um dann später auf Grund reichlicher Erfahrungsergebnisse zu allgemein gültigen Merkmalen der verschiedenen Entwicklungstypen zu gelangen. Ambulante Institute, wie Polikliniken und ganz besonders die Fürsorgestellen für Lungenkranke, in denen das ganze Material der Tuberkulose eines Bezirkes sich konzentriert, sind in erster Linie dazu berufen, den neuen Weg der Forschung zu betreten und durch systematisches Vorgehen brauchbare Kasuistik zu sammeln. Die Mannheimer Fürsorgestelle hat schon seit längerer Zeit mit dieser Arbeit begonnen (vgl. Jahresbericht 1920/21). Säuglinge und Kinder bis zum zweiten Lebensjahr aus tuberkulöser Umgebung werden bei positiver Tuberkulinreaktion geröntgt, das Studium der Röntgenplatten gibt uns einen Einblick in den Ablauf einer primären Infektion. Nach einem Zeitraum von vier bis zwölf Monaten, je nach Ausfall des ersten Befundes, wird eine neue Aufnahme gemacht, um den weiteren Rückbildungsprozeß einer Erstinfektion röntgenologisch zu erfassen und dadurch Anhaltspunkte für die Beurteilung

*) Nach einem auf der Mitgliederversammlung des Bayerischen Landesverbandes zur Bekämpfung der Tuberkulose am 25. Juni 1922 zu München gehaltenen Vortrag.

von Platten im späteren Kindesalter zu gewinnen. Denn je länger die Infektion zurückliegt, um so schwerer sind die röntgenologischen Veränderungen auf der Platte zu deuten. Da aber der größte Teil der Kindheitsinfektionen nicht in den ersten Lebensjahren einsetzt und meistens erst längere Zeit nach der Infektion zur Untersuchung gelangt, ist eine richtige Auslegung röntgenologischer Befunde in dem späteren Kindesalter fast unmöglich, wenn nicht die einzelnen Vorgänge eines primären Herdes mit ihren verschiedenen Rückbildungsphasen im Röntgenbilde genau bekannt sind. Folgender Fall möge dies zeigen:

Ein Säugling von fünf Monaten zeigte einen typischen Rankeschen Primärkomplex mit ausgesprochener Drüsenkette. Nach $\frac{3}{4}$ Jahren war die Rückbildung soweit gegangen, daß der eigentliche Entwicklungsgang der primären Infektion nicht mehr zu erkennen war. Würde somit das Kind erstmalig mit 15 Monaten untersucht und geröntgt worden sein, so hätte der röntgenologische Befund keinen Aufschluß mehr über den Vorgang der Infektion gegeben. Hat man aber durch Vergleichsplatten die verschiedenen Entwicklungsstadien einer tuberkulösen Erstinfektion festgehalten, so kann man auch bei weniger eindeutigen Befunden den Werdegang der Prozesse rekonstruieren und bei aller Vorsicht zugleich auch den Zeitpunkt der Erstinfektion näher umgrenzen.

An der Hand von zahlreichen Platten werden im Lichtbilde die einzelnen Entwicklungsformen nebst klinischen Daten demonstriert, und zwar:

- I. Isolierte Primärherde.
- II. Primärherd mit ausgeheilten, extrapulmonalen Sekundärerrscheinungen.
- III. Multiple Primärherde.
- IV. Primärherde bei Erwachsenen.
- V. Miliartuberkulose.
- VI. Isolierte Hilusdrüsentuberkulose, Primärherd nicht mehr oder noch nicht sichtbar.
- VII. Sekundäre Lungentuberkulose.
- VIII. Chronische Bronchitiden bzw. Bronchiektasien bei abgeheilten tuberkulösen Prozessen.
- IX. Auftreten von hämatogener Aussaat bei tertiärer Lungentuberkulose.
- X. Mehrere Entwicklungsformen in einem Krankheitsfalle.

Aus den Demonstrationen geht unzweideutig hervor, daß Säuglinge und Kleinkind, im allgemeinen wenigstens, mit erstaunlicher Leichtigkeit die primäre Lungeninfektion überwinden. Fast in dem Tempo einer akuten Entzündung setzen allgemeine Abwehrkräfte (erhöhte Tuberkulinempfindlichkeit) und lokale reaktive Prozesse ein, die in einer im Vergleich zur Tertiärtuberkulose ungewöhnlich kurzen Zeit zu einer Ausheilung mit Verkalkung führen. Dasselbe gilt auch für multiple primäre Infektionen, denen wir mehrfach im Stadium der Ausheilung im Röntgenbilde begegneten.

Auch die Sekundärtuberkulose der Lungen, entweder hämatogen, lymphogen oder auch durch erneutes Aufflackern des Primärherdes entstanden und häufig in der Form entzündlicher Prozesse auftretend, zeigt große Neigung zur fibriösen Ausheilung, die soweit gehen kann, daß nicht einmal röntgenologisch eindeutige Reste einer früheren Erkrankung nachweisbar sind. Von besonderen praktischen Interessen sind die tuberkulösen Hilusdrüsenveränderungen bei ausgeheiltem, auch röntgenologisch oft nicht mehr nachweisbarem primären Lungenherd. Umfang derselben und in gewissem Sinne auch Reaktionszustand lassen sich nur durch eine röntgenologische Untersuchung aufdecken. Hierher gehören die zahlreichen Pirquet-positiven Kinder der Großstädte ohne klinisch nachweisbaren tuberkulösen Herd, die nach Ansicht mancher Autoren ein dankbares Objekt sogen. prophylaktischer Tuberkulin-Behandlung in Etappen sind (Petruschky, Ponndorf u. a.). Nach unseren Erfahrungen lassen sich Massenbehandlungen dieser Kinder ohne röntgenologische Kontrolle nicht rechtfertigen. Eine positive Tuberkulinprobe der Haut beweist eine Infektion, sagt aber nichts über Umfang und Art des tuberkulösen Prozesses. Unsere vielgestalteten Lungen- und Hilusdrüsenbefunde in den ersten Lebensjahren mahnen zur größten Vorsicht, eine Tuberkulinkur ohne röntgenologische Untersuchung ist ein Tappen im Dunkeln, das unter Umständen verhängnisvoll werden kann (vgl. auch Jahresbericht der Lungenfürsorgestelle 1920/21).

Die systematische Untersuchung von 46 Säuglingen und 10 Kindern im zweiten Lebensjahre aus tuberkulöser Umgebung ergab folgendes:

I. Tuberkulin-Diagnostik bis zum dritten Lebensmonat überwiegend negative Reaktion, Ansteigen der positiven Reaktion auf $\frac{1}{3}$ der Fälle zwischen drei und sechs Monaten, auf $\frac{1}{2}$ der Fälle zwischen sechs und zwölf Monaten, auf $\frac{2}{3}$ der Fälle bei den Kindern jenseits des ersten Lebensjahres. Die Intensität der Reaktion im allgemeinen proportional dem Grade der Erkrankung bei deutlichen nachweisbaren Rückbildungsvorgängen schwächere bis mittelstarke Reaktion.

II. Röntgenbefund bei den positiv Reagierenden: Primärkomplex nach Ranke in den verschiedensten Phasen, haselnußgroßer Primärherd, Drüsenkette, Hilusdrüsenanschwellungen — Stadium der frischen Infektion, starke Tuberkulinreaktion; in Ausheilung begriffener bzw. verkalkter Primärherd mit mehr oder weniger scharfen Schattensträngen zu den vergrößerten Hilusdrüsen — ein auf die Hilusdrüsen sich zurückziehender Prozeß; kleiner verkalkter Primärherd, geringe scharfe Strangzeichnung zu verkalkten Hilusdrüsen, ausgeheilte Primärkomplex — Tuberkulinprobe nur mäßigen Grades positiv.

III. Klinischer Befund: Allgemeinzustand in allen Phasen nicht sonderlich gestört, manchmal auffallend guter Ernährungs- und Kräftezustand, physikalischer Lungenbefund negativ.

IV. Infektionsquelle: in Familien mit tuberkulöser Erkrankung des Vaters in 71,4%, der Mutter in 61,1% der Fälle. Die Erfahrungen anderer Autoren konnten demnach nicht bestätigt werden, daß eine tuberkulöse Erkrankung der Mutter die Kinder mit Infektion mehr bedrohe als eine solche des Vaters. Die Wohnungsdichte wird wohl der Hauptfaktor für eine Infektion sein.

V. Ausgang. Todesfälle im ganzen 9, davon an Tuberkulose 6, Pneumonie 1 (Obduktionsbefund), Ursache unbekannt 2, demnach Allgemeinsterblichkeit 16 %, an Tuberkulose 11 %. Dieser relativ günstige Ausgang der Säuglingsinfektion kommt noch klarer zum Ausdruck, wenn die Tuberkulin-Positiven des Kleinkindesalters bis zum fünften Lebensjahr hinzugenommen werden, bei denen durch anamnestiche Erhebungen (Verstopfung der Infektionsquelle durch Tod im Laufe des ersten Lebensjahres des betreffenden Kindes, frühzeitiges Auftreten etwa im zweiten und dritten Lebensjahr von generalisierter Tuberkulose, Sekundärstadium) sowie durch charakteristische röntgenologische Veränderungen (verkalkter Primärkomplex) mit Sicherheit eine Infektion im ersten Lebensjahr angenommen werden darf! Auf Grund unserer zahlreichen, auch in dieser Richtung gewonnenen Erfahrungen darf schon jetzt behauptet werden, daß die Selbstheilung der Tuberkulose im Säuglingsalter nicht nur vorkommt, sondern viel häufiger ist als der tödliche Ausgang. Daß die entgegengesetzte Auffassung noch bis auf den heutigen Tag fast allgemein gilt, liegt jedenfalls daran, daß die Prognose der Säuglingstuberkulose sich vornehmlich auf das Material der geschlossenen Anstalten stützt, denen in der Mehrzahl nur die schwerer tuberkulös Erkrankten zugeführt werden, dagegen nicht die vielen tuberkulös infizierten, nicht kranken Säuglinge und Kleinkinder.

Aufgabe der Zukunft wird es sein, zu erforschen, ob die tertiäre Phthise, die eigentliche Lungenschwindsucht der Erwachsenen, auf Reinfektionen von innen, wie man bisher allgemein annahm (Römer), oder von außen zurückzuführen sind. Nach unseren Erfahrungen sind exogene Reinfektionen bei der Entstehung der tertiären Lungentuberkulose nicht selten, dagegen ist die Tatsache, daß die tertiäre Phthise nur auf dem Boden einer früheren Infektion sich entwickeln kann, bisher durch nichts erschüttert.

Wer ist minderbemittelt im Sinne des Gesetzes über die Wochenhilfe?

Von Dr. R. Engelsmann, Kreismedizinalrat in Kiel.

Der Reichstagsausschuß für Sozialpolitik hat sich mit dem abgeänderten Gesetzentwurf über die Wochenhilfe befaßt. Eine weitgehendere Fürsorge für alle Frauen, die auf

Grund der Reichsversicherungsordnung oder bei einer knappschaftlichen Krankenkasse wegen Krankheit versichert sind, ist damit gewährleistet.

Der Kreis derjenigen, denen diese Fürsorge zuteil wird, ist ein sehr großer, da nach der neuesten Festsetzung die Grenze des krankenkassenversicherungspflichtigen Einkommens auf 72000 Mark erhöht wurde. Bekanntlich erhalten auch versicherungsfreie Angehörige der Versicherten die Wochenhilfe, und in diese Gruppe fällt die größte Zahl derer, für die die Wochenhilfe in Betracht kommt. Es steht also eine Gruppe unversorgt da, die man in diesem Gesetz als „Minderbemittelte“ zu erfassen suchte, aber recht unvollkommen erfaßt hat; eine Gruppe, für die sich in jüngster Zeit die Mittelstandsfürsorge energisch eingesetzt hat.

Da die Definition des Gesetzes, wer unter minderbemittelt zu verstehen ist, die Ansicht der gesetzgeberischen Körperschaften wiedergibt und nicht nur für diesen besonderen Fall Geltung hat, lohnt es sich, diesen Begriff zu beleuchten.

Zunächst: er hat gewechselt. Dies ist auch nicht erstaunlich. Jede obere Grenze muß sich mit zunehmender Geldentwertung verschieben. Aber die Begriffsänderung ist aus einem anderen Grunde interessant.

In dem Gesetz vom 26. September 1919 galt als minderbemittelt, dessen Einkommen den Betrag von 2500 Mark nicht überstiegen hat. Dieser Betrag erhöhte sich für jedes vorhandene Kind unter 15 Jahren um 250 Mark.

In der Fassung vom 30. April 1920 lauten diese Sätze 4000 Mark und 500 Mark.

Nach der Fassung vom 29. Juli 1921 betrug die Einkommensgrenze 10000 Mark, nach der Abänderung vom 28. Dezember 1921 15000 Mark.

Mit Befremden sieht man aber, daß bei den letzten Änderungen der für die Kinder anzurechnende Betrag nicht erhöht wurde.

Zu gleicher Zeit hat aber die Reichsverfassung in Artikel 119 den kinderreichen Familien einen Anspruch auf ausgleichende Fürsorge eingeräumt.

Auch bei den Bestimmungen betreffend Erwerbslosenunterstützung vermißt man diese Fürsorge. Es ist offenbar widersinnig, eine Unterstützung nur einschließlich für das vierte Kind zu gewähren.

Nach dem letzten Erlaß vom 11. Februar 1922 beträgt in Preußen der Höchstbetrag der Erwerbslosenunterstützung für eine Familie mit vier Kindern 20897 Mark.

Das bedeutet, daß man mit diesem Betrag das Existenzminimum sichern will. Was wird aber aus einer Familie mit mehr als vier Kindern?

Minderbemittelt ist aber nicht unbemittelt. Dieser Begriff muß also weiter gefaßt werden. Es ist vom sozialhygienischen Standpunkte ganz klar, daß die Kinderzahl für die Anwendung dieses Begriffes von ausschlaggebender Bedeutung ist.

Die früheren Gesetzesfassungen suchten dieser Forderung auch gerecht zu werden, setzten zunächst den zehnten, dann den achten Teil des Betrages als Kinderzuschlag fest.

Mir scheint es unerläßlich, daß an diesem Gedankengang festgehalten wird, der Kinderzuschlag aber wesentlich heraufgesetzt wird auf den dritten Teil des als Höchstgrenze festgesetzten Einkommens.

Ein Blick auf die Tabelle zeigt, daß bei dieser Fassung sich ein befriedigender Begriff bildet darüber, wer minderbemittelt ist, und zwar ist der Begriff dehnbar von 15000 Mark und dem ersten Kind bis 80000 Mark und das vierzehnte Kind. Gleichzeitig zeigt die Tabelle, daß, obwohl der einzelnen Familie eine große Erleichterung verschafft wird, das Reich bei dieser Gesetzesfassung keine erheblichen Lasten übernimmt. In der letzten Spalte ist die Geburtenhäufigkeit je nach den schon vorhandenen Kindern eingetragen. Die meisten Einkommen betragen bei vier Kindern heute 40000 Mark. So tritt in dem ungrenzten Felde die Reichswochenhilfe nicht in Erscheinung. Die Tabelle ist so zu verstehen, daß eine Familie z. B. bei der Geburt des fünften Kindes und 35000 Mark Einkommen die Reichswochenhilfe erhält, desgleichen Familien mit einem Einkommen von 31000 bis 35000 Mark. Bei einem Einkommen von 36000 Mark erhält eine Familie bei der Geburt des fünften Kindes keine Reichswochenhilfe mehr.

Eine notwendige Ergänzung und das Gesetz wird in dieser Fassung niemals durch die Teuerung überholt. „Wird die Höchstgrenze für das Grundeinkommen erhöht oder

(In 10
Eink
Be
bu
1. 1
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
11.
12.
13.
14.
15.
16.
17.
ernied
rechn
I
politil
pflicht
Mein
M
neue,
warter
zur so
die ih
und h
reiche
ausüb
die se
schaft

(In 1000 Mark) Einkommen	In welchen Fällen ist Minderbemittelten Reichs- wochenhilfe zu gewähren?														Prozentzahl, berechnet alle Geburten gleich 100 gesetzt
	15.	20.	25.	30.	35.	40.	45.	50.	55.	60.	65.	70.	75.	80.	
Bei der Ge- burt des 1. Kindes	Häufigste Geburten!														27 %
2. "	Reichswochenhilfe kommt nicht in Betracht														27 %
3. "	Reichswochenhilfe														16 %
4. "	ist zu gewähren														10 %
5. "	ist zu gewähren														6 %
6. "	ist zu gewähren														4 %
7. "	ist zu gewähren														3 %
8. "	ist zu gewähren														2 %
9. "	ist zu gewähren														1,5 %
10. "	ist zu gewähren														1 %
11. "	ist zu gewähren														} zusammen 2,5 %
12. "	ist zu gewähren														
13. "	ist zu gewähren														
14. "	ist zu gewähren														
15. "	ist zu gewähren														
16. "	ist zu gewähren														
17. "	ist zu gewähren														

erniedrigt, immer ist für jedes Kind als Zuschlag der dritte Teil der Grundsumme in Anrechnung zu bringen.“

Ein dementsprechend formulierter Antrag ist an den Reichstagsausschuß für Sozialpolitik gegangen. In dem neuen Gesetz über Wochenfürsorge ist statt Einkommen „steuerpflichtiges“ Einkommen, statt 500 Mark 1500 Mark für jedes Kind bestimmt worden. Mein Antrag wurde vom Reichstag der Reichsregierung als Material überwiesen.

Mittelstandsfürsorge und ausgleichende Fürsorge für kinderreiche Familien sind zwei neue, aus der Not der Zeit geborene Gebiete für die soziale Hygiene. Noch lange wird man warten müssen, bis die bevölkerungspolitischen Vorschläge von Grotjahn (vgl. Leitsätze zur sozialen und generativen Hygiene, Beiheft 3 der Sozialhygienischen Mitteilungen 1921) die ihnen gebührende Würdigung finden, bis eine Regelung der Geburten nach sozialen und hygienischen Gesichtspunkten auf präventivem Wege erzielt wird. Die Not der kinderreichen Familien würde aufhören, da der Staat tatsächlich eine ausgleichende Fürsorge ausübt. Es würden aber auch die überkinderreichen Familien mit mehr als sechs Kindern die selbstgewollte Ausnahme bilden und so ein großer Teil der Bevölkerung der wirtschaftlichen Verelendung entgehen. Wenn Grotjahns Vorschläge in das Bewußtsein der

Bevölkerung eindringen werden, gesetzliche Unterstützung finden, dann wird auch diese Begriffsbestimmung der Minderbemittelten, bemessen nach der Kinderzahl, hinfällig werden. Cedo majori! Solange, bis diese Zukunftsideen gereift sind, müssen wir alle kinderreichen Familien schützen.

Diese Vorschläge sollen dazu dienen, dem Besseren den Weg zu bereiten.

Zweiter deutscher Kongreß für alkoholfreie Jugend-erziehung.

Von Dr. Heyse, Direktor der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Bernburg.

Der Kongreß, der vom 21. bis 24. Mai 1922 in Berlin stattfand, bot mehr, als sein Name sagte; er war zu einem beträchtlichen Teile eine Versammlung gegen die Alkoholnot überhaupt. Und was von der vorjährigen Tagung in Breslau galt, zeigte sich auch hier, nämlich ein einmütiges Zusammengehen der verschiedenen Richtungen. Auch die politischen Gegensätze schwiegen. Gegenüber der Breslauer Versammlung war der gewichtige Erfolg einer größeren Beachtung seitens der Behörden festzustellen. Bemerkenswert war die Ankündigung des Reichsjustizministers Dr. Radbruch, welcher ein Alkoholgesetz in nahe Aussicht stellte, das Alkoholmißbrauch an sich, wenn er zu straffälligen Handlungen führt, unter Strafe stellt. Trotz dieser erfreulichen Tatsache konnte der Eindruck nicht verwischt werden, daß unsere obersten Reichsstellen gerade in der Alkoholfrage noch sehr gegeneinander arbeiten.

Das ist um so unverzeihlicher, als die Alkoholnot flutartig wächst. Die Zahl der Bars, Dielen usw. hat sich seit Kriegsende ungeheuer vermehrt. Dem entspricht die Menge des verbrauchten Alkohols und die Häufigkeit, in der man jetzt die Alkoholopfer beiderlei Geschlechts, darunter sehr häufig jugendlichen Alters, auf den Straßen sieht. Das gilt nicht nur für die Großstädte, sondern in einem erschreckenden Maße auch für das flache Land. Kein Wunder, da gerade der Schnaps das bevorzugte Getränk geworden ist.

Von den zahlreichen volkswirtschaftlichen Folgeerscheinungen seien nachstehend einige angeführt. Deutschland gilt in dem Hauptgeldgeberstaate Nordamerika mit Recht als Verschwender und Trinker und wird damit kreditunwürdig. Die von den gesetzgebenden Stellen geübte Schonung des Alkohols, weil er als Steuerquelle erhalten bleiben soll, ist vollkommen unwirtschaftlich, da diese Einnahmen viel zu geringfügig sind, um nur einen Teil der wirtschaftlichen Schäden des Alkohols auszugleichen. Alkoholmißbrauch verhindert jede Sparsamkeit; haben aber die Sparkassen kein Geld, so wird die Bautätigkeit erschwert. Würde man die Gerste, die Kartoffeln, den Zucker, den die Alkoholindustrie verschlingt, der Volksernährung zur Verfügung stellen, so könnte man alle Tuberkulosegefährdeten in Deutschland überreich ernähren. Der Alkoholindustrie und allen mit ihr verbundenen großkapitalistischen Mächten geht es gut, sie kann jeden Preis zahlen; sie läßt sich darum auch die schlechtesten Kartoffeln, die Brennereikartoffeln, soviel kosten, daß diese überhaupt den Kartoffelpreis bestimmen und ihn ungeheuer in die Höhe treiben.

Es ist auf Nordamerika zurückzukommen, da die dortigen Verhältnisse immer wieder in die Besprechung hineingezogen wurden, und da von einer sachkundigen amerikanischen Persönlichkeit der Verlauf und die Ergebnisse der amerikanischen Antialkoholbewegung der Versammlung vorgeführt werden konnten. Nach diesen Darlegungen ist keine Rede davon, daß heimliche Trunksucht oder Ersatz des Alkohols durch andere Gifte eine nennenswerte Rolle spielen. Es werden im Gegenteil die Wirkungen der Alkoholfreiheit auf wirtschaftlichem Gebiete sowie auf die Häufigkeit der Verbrechen als sehr günstig empfunden. Die Umstellung der Alkoholindustrie auf andere Betriebe ist ohne Schwierigkeiten vor sich gegangen, diese Fabriken beschäftigen jetzt zum Teil mehr Arbeiter als früher. Die „Trockenlegung“ ist Schritt für Schritt gegangen, aber auch in den Einzelstaaten, die sie schließlich unfreiwillig einführen mußten, herrscht kaum Sehnsucht danach, sie wieder rückgängig zu machen. Leider sind es vielfach gerade deutsche Kreise, die das Alkoholverbot in Amerika bekämpfen. — In Deutschland selbst hat die Bekämpfung der Alkohol-

not ebenso schrittweise zu geschehen wie in Nordamerika; es ist in erster Linie ein „Gemeindebestimmungsrecht“ zu erstreben, welches jeder einzelnen Gemeinde das Recht verleiht, auf der breiten Grundlage der Einzelabstimmung aller Bürger über den Umfang der Schankkonzessionen zu entscheiden.

Die Träger der alkoholgegnerischen Bewegung waren in Amerika die Kirche, die Schule und die Frauen. Bei uns kann die Kirche nicht als Führerin auf diesem, auch sie in ihrer sittlichen Arbeit am Volke berührenden Gebiete, angesehen werden, und ebenso hat die Schule, namentlich die höhere, vielfach versagt. Eine Aufgabe, die ihr unbedingt zufällt, ist die Einführung eines Nüchternheitsunterrichts im Rahmen einer allgemeinen Gesundheitslehre. Neben die Schule scheint sich bei uns aber die organisierte Jugend zu stellen. Und es kann ferner der Kampf bei uns nur dann aussichtsvoll sein, wenn die Arbeiterschaft ihn zu ihrer Sache macht; auch dafür sind Anzeichen vorhanden.

Einer Erscheinung ist besonders zu gedenken, nämlich des Überwiegens der Enthaltens- über die Mäßigkeitsbewegung. Das liegt nicht nur an den psychologischen Vorteilen, die jede unbedingte Richtung hat, sondern es führte die Größe der Not auch die Temperenzler (Berichterstatter gehört zu diesen) unvermerkt und mit innerer Notwendigkeit auf den Weg ganzer Maßnahmen.

In den Vorträgen, die sich mit der Jugend selbst befaßten, wurde der Gedanke stark betont, daß die werdende und stillende Mutter es ihrem Kinde unbedingt schuldig ist, sich des Alkohols ganz zu enthalten. Aber auch die Zeit vor der Empfängnis soll für beide Eltern eine Zeit der Alkoholfreiheit sein. Der Kongreß war keine wissenschaftliche Versammlung, auf welcher die Grundlagen dieser Forderungen im einzelnen hätten erhärtet werden können, aber auf Grund einwandfreier Feststellungen ist der Gedanke durchaus berechtigt, daß der Alkoholgenuß in den genannten Zeiten eine Gefahr bedeutet, welche gewissenhafterweise vermieden werden soll.

Mag in vielen Punkten ein Streit darüber bestehen, ob Abstinenz zu fordern ist, oder ob Mäßigkeit genügt, so ist es doch eine altanerkannte Tatsache, daß dem Trinker nur mit voller Enthaltensamkeit zu helfen ist. Es ist der unzweideutige Eindruck dieses Kongresses, daß nunmehr auch darüber Einigkeit besteht, daß auch die körperliche Entwicklung der Jugendlichen bis zu ihrem Abschlusse vollkommene Alkoholfreiheit verlangt.

Die Jugend selbst, die zu Worte kam, fragte nicht mehr nach den wissenschaftlichen Grundlagen, und namentlich kümmerte sie sich nicht um die Frage, wie klein die regelmäßig oder gelegentlich aufgenommenen Alkoholmengen sein müssen, um noch als unschädlich zu gelten. Die Jugend, so vielgestaltig sie sich auch darstellte, schien doch von einem Gefühle geleitet, nämlich von dem der Reinheit. Es setzte sich in ihr der Widerwille gegen die Verschleuderung von Volksvermögen und Volkskraft, der Widerwille gegen die unästhetischen und unethischen Erscheinungen der Alkoholsucht und die Erkenntnis der mit ihr eng verbundenen, die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten fördernden Rauschwirkung in die Tat um, und diese Tat konnte nur sein der Ruf: „Weg vom Alkohol!“ Und eines ist dabei nicht zu vergessen: das in dieser Jugend lebendige Verantwortungsgefühl für die Nachkommenschaft.

Aus dem Gesagten geht hervor, daß die Jugend einerseits als besonders gefährdetes Opfer der Alkoholnot, andererseits als zielbewußte und tatkräftige Bekämpferin in die Erscheinung tritt. Wenn sie hierbei — vom Standpunkte der Mäßigkeit aus — übers Ziel hinauschießt, so ist das eine naturgemäße Erscheinung ihres Eifers; täte sie es nicht, so wäre sie weder eine rechte Jugend, noch könnte sie überhaupt etwas erreichen. Also lasse man sie gewähren und freue sich ihrer Arbeit. Außer den ausgesprochen alkoholgegnerischen Verbänden nehmen auch diejenigen einen dem Alkoholmißbrauch und vielfach auch den Alkoholgenuß ablehnenden Standpunkt ein, welche — um im Sinne der Jugendbewegung zu sprechen — einen neuen Menschen und ein neues Kulturideal erstreben, oder welche irgend ein turnerisches Ziel sich gesetzt haben. Gerade die letzteren, die Überwindung von Unbequemlichkeiten und Schwächen für etwas so Wertvolles halten, kommen auch von selbst zur Selbstbeherrschung gegenüber dem Alkohol. Aber auch die anderen Jugendvereine, welche politische und gewerkschaftliche Aufgaben sich gesetzt haben, rücken mehr und

mehr ins alkoholfreundliche Lager herüber. Doch hat man den deutlichen Eindruck, daß es hier vornehmlich die Führer sind, welche diesen Kampf aufgenommen haben, während die große Masse der Vereinsmitglieder noch sehr an der lieb gewordenen Gewohnheit hängt. Hier liegt wohl der Schwerpunkt der gegenwärtigen Gefahren, denn diese letztgenannten Führer dürften meist Führer ohne Heere sein. Besonders ist natürlich die heutzutage in Deutschland wohl nicht sehr große Zahl der unorganisierten Jugendlichen den Alkoholgefahren in der besorgniserregendsten Weise ausgesetzt. Aber vorübergehen kann an der Alkoholfrage heute keine Jugendorganisation mehr, und darin liegt unbedingt ein großer Fortschritt.

Neben der Gewohnheit des Genusses und neben dem Angebot, das sich in Kneipen aller Art und in einer rücksichtslosen Reklame herandrängt, liegt die Quelle der Gefahr in den Trinksitten, die immer wieder als Zutreiber und Verführer wirken. Will man sie bekämpfen, so gilt es, einen gesellschaftlichen Bann zu durchbrechen, und es gilt, neue, vertiefte, verinnerlichte und durch den Wegfall des Alkoholrauschs veredelte Formen des Lebensgenusses zu schaffen. Hierzu gab der Kongreß viele wertvolle Anregungen, die natürlich im wesentlichen auf erzieherlichem Gebiete liegen. Aber auch hier ist klar, daß diese Bestrebungen vornehmlich bei der Jugend einsetzen müssen, die ältere Generation ist meist viel zu sehr in ihren alten Gewohnheiten eingefangen, um Kraft und Lust zum Umlernen zu haben. Was an Anregungen geboten wurde zur Pflege der Schlichtheit, volkstümlicher Spiele, der Freude an der Natur und an geistigen Genüssen, ist gerade deshalb hoffnungsvoll, weil die Jugend selber in ihren besten Vertretern es aufgegriffen hat. Sie ist sich bewußt, etwas Besseres zu besitzen als alkoholdurchtränkte Geselligkeit, und bringt dem auf dem Kongresse gesprochenen Worte Verständnis entgegen, daß Erziehung Verinnerlichung ist.

Schließlich sei noch einer besonderen Note gedacht, die fast gegen den Willen der Kongreßleitung immer wieder durchklang. Mit dem Kampf gegen den Alkoholmißbrauch ist der gegen den Tabakmißbrauch eng verbunden. Die Lehre über seine gesundheitlichen Schädigungen ist noch nicht so vertieft, wie die über die Alkoholschäden. Aber der Verderb, den der Tabakmißbrauch wirtschaftlich bedeutet, und das Zeichen für Unbeherrschtheit und Leichtsinn, das er für die heutige Jugend geworden ist, sprechen eine genügend deutliche Sprache. Deswegen erfolgte seine Ablehnung auch entschieden und widerspruchlos.

Von der Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene.

a) Jahresversammlung.

Am 30. April d. J. veranstaltete, vormittags $\frac{1}{2}$ 11 Uhr beginnend, die Badische Gesellschaft für soziale Hygiene zu Karlsruhe im großen Sitzungssaal des Arbeitsministeriums ihre allgemeine Mitgliederversammlung, die von dem I. Vorsitzenden, Geh. Obermedizinalrat Dr. Hauser, geleitet wurde. Es hatten sich zahlreiche Mitglieder aus allen Teilen des Landes eingefunden. Von den außerbadischen Mitgliedern war Obermedizinalrat Dr. Balsler (Darmstadt), der Leiter des Gesundheitswesens in Hessen, erschienen. Das badische Ministerium des Innern war durch Oberregierungsrat Dr. Arnsperger vertreten. Ferner waren vertreten: das Hygienische Institut Heidelberg, der Staatsärztliche Verein, mehrere Krankenkassen, die Landesversicherungsanstalt Baden, die Landesverbände zur Bekämpfung der Tuberkulose sowie der Säuglingssterblichkeit, mehrere Stadt-schularztstellen, die Handelskammer Karlsruhe u. a. m.

Zunächst erstattete der Geschäftsführer der Gesellschaft, Dr. A. Fischer (Karlsruhe), den Tätigkeitsbericht. Die Zahl der Mitglieder ist im Jahre 1921 um 91 auf 558 gestiegen. Dies Ergebnis ist besonders deswegen erfreulich, weil die Gesellschaft ja rein ideale, hygienische Zwecke verfolgt und ihren Mitgliedern keinerlei wirtschaftliche Vorteile bieten kann. Bedeutungsvoll ist sodann, daß sich unter den Mitgliedern 253 Ärztevereine und Ärzte, unter letzteren namentlich viele beamtete Ärzte, befinden, ferner viele Gemeinden und Krankenkassen, also gerade die Personen und Stellen, die sich berufsmäßig auf dem

Gebiete des Gesundheitswesens betätigen. Da ist es von Wert, daß diesen Stellen und Personen regelmäßig ein sozialhygienischer Tatsachenstoff durch die allen Mitgliedern zugehenden „Sozialhygienischen Mitteilungen“ unterbreitet wird. Mit dieser von der Gesellschaft begründeten Zeitschrift stehe und falle die Gesellschaft. Die Geldverhältnisse der Gesellschaft sind zufriedenstellend, jedoch nur infolge besonderer Zuwendungen und einer Niedrighaltung der Ausgaben, die für die Zukunft sich nicht durchführen läßt. Ein wesentlich höherer Staatszuschuß sei unbedingt erforderlich. Außerdem muß eine Erhöhung der Mitgliederbeiträge erfolgen, und zwar nach dem Antrage des Vorstandes für Einzelpersonen von wenigstens 10 auf 20 Mark, für körperschaftliche Mitglieder von wenigstens 20 auf 40 Mark. Ohne diese Beitragserhöhung können die Ausgaben für die Zeitschrift nicht gedeckt werden.

Über die innere Arbeit der Gesellschaft teilte der Geschäftsführer mit, daß die Gesellschaft sich auf vielen sozialhygienischen Gebieten im letzten Jahre wissenschaftlich und praktisch betätigt habe, so auf dem Gebiete der Einrichtung von ländlichen Schulbädern und der Schulzahnpflege, der Familienversicherung, der Erforschung sozialhygienischer Fragen betreffend die Tuberkulose und den Alkoholismus. Die Hauptarbeit war der Untersuchung von Schülern der Gewerbe- und Handelsschule Durlach und der Gewerbeschule Karlsruhe gewidmet. Die Gesellschaft war auf mehreren sozialhygienischen Kongressen vertreten, um die auswärtigen Erfahrungen für Baden nutzbar zu machen. An den Badischen Landtag wurden zwei Eingaben gelegentlich der Beratung der Gemeindeordnung gerichtet; in diesen Eingaben wurde, in Übereinstimmung mit einer Entschliebung des Deutschen Gesundheitsfürsorgetages und einem Beschluß des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege, gefordert, daß die Gemeindeordnung den großen Städten die Einrichtung von Gesundheitsämtern mit einem Arzt an der Spitze vorschreiben soll. Diesen Wünschen der Gesellschaft hat der Landtag bedauerlicherweise nicht entsprochen; er hat sich vielmehr mit sogenannten Kann-Bestimmungen begnügt, obwohl ja bekannt sei, daß mit solchen Bestimmungen auf dem Gebiet des sozialen Gesundheitswesens sehr wenig erreicht wird. Die Gesellschaft hat sich ferner an vielen Besprechungen, die den Ausbau der Gesundheitsfürsorge in Baden betreffen, beteiligt. Schließlich hat sie sich auch mit Eifer der gesundheitlichen Volksbelehrung gewidmet und hierbei weit bessere Ergebnisse als im vorigen Jahr erzielt.

Nach diesen Darlegungen erstattete der Kassenwart Architekt Curjel (Karlsruhe) den Kassenbericht. Hieraus geht hervor, daß die Gesellschaft im Jahre 1921 ihr Vermögen vermehren konnte. Die Rechnungen wurden von Stadtoberrechnungsrat Griebel geprüft und in guter Ordnung befunden. Dem Kassenwart wurde von der Versammlung Entlastung erteilt.

Zum Tätigkeitsbericht bemerkte Landtagsabgeordneter Dr. Glockner (Karlsruhe), daß der Landtag den Bestrebungen der Gesellschaft viel Interesse entgegenbringt. Die Wünsche der Gesellschaft wegen der Bestimmungen über die Gesundheitsämter wurden im Landtag erwogen; sie konnten aber nicht erfüllt werden, weil die vorgeschlagenen Verordnungen nicht dem der Gemeindeordnung zugrunde liegenden Geist entsprechen.

Die Mitgliederversammlung beschloß dann die beantragte Erhöhung der Mitgliederbeiträge und stimmte auch dem Vorschlag, die satzungsmäßig ausscheidenden Ausschußmitglieder wiederzuwählen, zu. Dr. med. Rose (Blumberg) gab Anregungen, welche die Werbearbeit betrafen. Professor Dr. Holtzmann (Karlsruhe) unterbreitete Wünsche, die sich auf die hygienische Volksbelehrung bezogen.

Sodann hielt Bezirksarzt Dr. Dörner (Ettenheim) einen Vortrag über „Soziale Mißstände und Tuberkuloseverbreitung“. Einen Auszug aus diesem Vortrag enthält der 1. Aufsatz dieses Heftes.

In der Aussprache bekundet zunächst Krankenkassen-Vertrauensarzt Dr. Remmer (Pforzheim), daß er die Anschauungen Dörners über die Bedeutung der Heilstätten teilt. Man habe irrtümlicherweise die Erfahrungen aus der „Praxis elegans“ betreffs der Kurerfolge in Lungensanatorien auf die Arbeiterbevölkerung übertragen. Für die Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit haben die Heilstätten eine geringe Bedeutung. Wir

brauchen Tagessanatorien (Walderholungsstätten), die nur den dritten Teil von dem erfordern, was Heilstättenkuren kosten. Geh. Oberregierungsrat Dr. Lange legte dar, daß die Wohnungsverhältnisse nicht überall so schlecht sind, wie in dem Ort, den der Redner genau untersucht hat. Aber richtig ist, daß zahlreiche Familien, die aus vier bis sechs Köpfen bestehen, in einem Zimmer und Küche wohnen. Auf diesem Gebiete hätte schon früher gebessert werden müssen. Bei der jetzigen Wohnungspolitik wird zwar einigen tausend Personen Unterkunft beschafft, aber zugleich die Tuberkulose verbreitet. Bezirksarzt Medizinalrat Dr. Mayer (Pforzheim) weist darauf hin, daß in der letzten Zeit die Tuberkulosesterblichkeit gesunken sei, trotzdem die Wohnverhältnisse schlechter geworden sind. Von Einfluß war hierbei besonders die Steigerung der Löhne. Tagessanatorien und individuell gestaltete Fürsorgemaßnahmen wirken besser als die Heilstätten. Professor Dr. Berghaus (Karlsruhe) betonte ebenfalls den Wert der individuellen Fürsorge. Den Grund dafür, daß die Tuberkulosesterblichkeit bei Frauen weniger abgenommen hat als bei Männern, erblickt er darin, daß die Frauen bisher zu wenig von der Versicherungsgesetzgebung erfaßt waren.

Nach 1 Uhr wurden die Verhandlungen wegen des Mittagessens unterbrochen; sie wurden um 3 Uhr fortgesetzt. Dr. Behm, leitender Arzt der Kindererholungsfürsorge Heuberg, hielt einen Vortrag über „Die sozialhygienische Bedeutung des Kinderheims Heuberg“. Der Inhalt dieses Vortrages ist im 2. Aufsatz dieses Heftes wieder gegeben.

In der Aussprache betonten Kinderarzt Dr. Toeplitz (Mannheim) und Schularzt Dr. Stephan (Mannheim), daß der Eindruck, den die Kinder bei der Rückkehr vom Heuberg machen, die Vortrefflichkeit der von Dr. Behm geschilderten Erziehung bestätige. Es seien nicht nur die Höhenluft, das Essen und die Solbäder, sondern vor allem der Geist auf dem Heuberg das Wirkungsvolle. Bei manchen Kindern trete der Erfolg des Kuraufenthaltes erst mehrere Monate nach der Rückkehr zutage; die Kinder sollten daher drei Monate nach der Kur kontrolliert werden. Notwendig ist es, daß die Kur wenigstens sechs Wochen dauert. Die Heubergkur sei durch Zusatzspeisen in der Heimat nicht zu ersetzen.

b) Verhandlungen des Badischen Landtages.

Gelegentlich der Beratung über den Staatsvoranschlag für die Rechnungsjahre 1922 und 1923, Hauptabteilung VII, Arbeitsministerium, führte der Berichterstatter des Haushaltsausschusses, Abg. Dr. Glockner (Dem.), am 3. Juli 1922 über die Gesellschaft für soziale Hygiene folgendes aus:

„In Titel V ‚Soziale Hygiene‘ ist im § 1 ein Zuschuß an die Badische Gesellschaft für soziale Hygiene angefordert, der von 10000 Mark im letzten Budget im ordentlichen Etat — wozu noch ein außerordentlicher Staatszuschuß im außerordentlichen Budget in Höhe von 20000 Mark kam — auf 17500 Mark erhöht werden soll. Dazu lag ein Antrag vor, die Regierung zu ersuchen, zu prüfen, ob nicht dieser Zuschuß im Nachtrag auf 30000 Mark erhöht werden könne. Dieser Antrag wurde einstimmig angenommen.“

Ein Bericht über die Tätigkeit und die Geschäftslage der Gesellschaft im Jahre 1921 wurde dem Berichterstatter zugänglich gemacht. Er steht den Kollegen und Kolleginnen zur Einsicht zur Verfügung. Aus demselben ist hervorzuheben in erster Reihe die Zeitschrift ‚Sozialhygienische Mitteilungen‘, die viermal im Jahre erscheinen, dann die Vorträge, für die eine Liste von Ärzten aus dem ganzen Land hergestellt ist, die Vorträge zu halten bereit sind, unter Angabe des Vortragsgegenstandes. Dann ist zu erwähnen aus dem Tätigkeitsbericht: die Lehrlingsuntersuchungen in Durlach, die, wie in der letzten Sitzung der Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene mitgeteilt wurde, im allgemeinen keine ungünstigen Ergebnisse hinsichtlich des Gesundheitszustands zeigten.

Auch bei § 2 ‚Sozialhygienische Fortbildung‘, wo statt seither 10000 Mark 15000 Mark jährlich eingestellt sind zur Abhaltung von Kursen für Lehrer, Gewerkschaftsbeamte, Wohlfahrtsbeamte und Wohlfahrtsbeamtinnen, wurde von einer Seite eine Erhöhung angeregt, der der Minister bei Bedarf im Nachtragetat näherzutreten in Aussicht stellte. Diese Kurse sollten von der Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene veranstaltet werden, seien aber bis jetzt noch nicht zur Ausführung gelangt.“

In der Aussprache über den Staatsvorschlag trug der Abgeordnete Weißmann (Soz.) folgendes vor:

„Zu der Angelegenheit bloß ein paar Worte. Ich habe im Haushaltsausschuß den Antrag gestellt, zu prüfen, ob nicht der Zuschuß an die Badische Gesellschaft für soziale Hygiene im Nachtrag von 17500 Mark auf 30000 Mark jährlich erhöht werden kann (auf Zuruf des Abg. Dr. Glockner). Gewiß, Herr Präsident, er ist angenommen worden und ich weiß auch, daß Sie in dem Bericht es gesagt und auch die Zwecke der Gesellschaft klargelegt haben. Ich meine aber, es schadet nichts, wenn man der Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene einige Worte widmet und in der Öffentlichkeit darauf hinweist, damit mehr Interesse für sie vorhanden ist. Es dürfte doch bemerkt werden, daß im allgemeinen die soziale Hygiene ein Gebiet ist, das erst noch ausgebaut werden muß. Man meint ja damit die Beziehungen, die Entstehung und den Verlauf von Krankheiten zur sozialen Umwelt in der Weise, wie der einzelne seinen Beruf hat, wo er arbeitet, in der Fabrik, in der Werkstätte, im Büro usw., und in welcher Weise sich das auswirkt in bezug auf die Krankheiten usw. Da will nun die soziale Hygiene eingreifen und speziell die Ärzte darauf hinweisen: Ihr habt die Gelegenheit zu beobachten, sucht also gerade diese Fragen näher zu studieren, um Eure Ansicht bei Gutachten usw. abzugeben. Denn die Hygiene soll Menschenökonomie treiben, sie soll Medizinalstatistik üben, soll mit dem Statistischen Landesamt zusammenarbeiten, und ich glaube, von diesem Gesichtspunkt aus kann man es begrüßen, daß diese Gesellschaft überhaupt in Baden gegründet worden ist.

Es war im Jahre 1916, wo auf Antrag des Herrn Dr. Alfons Fischer die Badische Gesellschaft für soziale Hygiene ins Leben gerufen wurde, wobei man damals schon sagte, er werde einen schweren Stand haben. Aber dieser Gründung wurden durch den Krieg schwere Wunden geschlagen; man war sich klar, daß deswegen etwas getan werden muß, um sie auszubauen. Im Jahre 1917 hat man ein soziales Lehrinstitut gefordert, Lehraufträge für soziale Hygiene, und wenn bemerkt wird, daß zunächst nur wenig Interesse dafür vorhanden war, so gibt Aufschluß darüber die Zahl der Mitglieder. Damals, im Jahre 1916, waren es 145, und heute sind es 600 Mitglieder; es befinden sich unter den 600 eine größere Anzahl Ärzte. Erst im letzten Jahre sind wieder 70 Mitglieder beigetreten, und unter diesen 70 Mitgliedern haben sich 43 Ärzte befunden. Nun sagt die Gesellschaft für soziale Hygiene selbst, daß sie nicht Wert auf Einzelpersonen legt, sondern sie wünscht Gesellschaften, Körperschaften, Institute usw., und sie weist darauf hin, daß ihr allein jetzt 70 Krankenkassen und Krankenkassenverbände angehören, daß ferner 50 Stadtgemeinden Mitglieder sind, ebenso 53 sonstige Behörden und 12 Gewerkschaften. Von den Gewerkschaften möchte ich wünschen, obgleich ich selbst gewerkschaftlich organisiert bin, daß sie mehr Interesse dieser Gesellschaft für soziale Hygiene entgegenbringen, denn gerade in den Gewerkschaften muß diese Arbeit gepflegt werden, daß man sagt: bestimmte Krankheiten bekommen nur bestimmte Personen, die in einem bestimmten Beruf tätig sind. Es wird darauf hingewiesen, daß man auch in anderen Ländern schon einen Vorstoß gemacht hat. Man hat z. B. in der preußischen Unterrichtsverwaltung im Jahre 1920 ein Ordinariat für soziale Hygiene an der Berliner Universität geschaffen. Ich glaube, das soll Nachahmung finden; auch außerhalb Preußens, auch in anderen Ländern wurden an einer Anzahl Universitäten bereits Lehraufträge erteilt.

Ich glaube also, wenn es gelungen sein sollte, die Öffentlichkeit darauf hinzuweisen, hier doch noch etwas mehr zu tun, hierfür sich noch etwas mehr zu interessieren, dann ist der Zweck meiner Worte erfüllt, und nur deswegen habe ich überhaupt das Wort dazu genommen.“

Der Antrag des Haushaltsausschusses betreffend die Erhöhung des Staatszuschusses auf 30000 Mark wurde vom Landtage angenommen. Die Regierung hat die entsprechenden Mittel inzwischen im Nachtrag zum Staatsvoranschlag angefordert; der Landtag hat diese Anforderung im Nachtrage bereits genehmigt.

Gesundheitsstatistik und Gesundheitsgesetzgebung.

Dem Reichstage sind zu Beginn dieses Jahres seitens der Reichsregierung zwei Denkschriften zugegangen, die für die Kenntnis der obwaltenden Gesundheitszustände und einiger dem Gesundheitswesen dienenden Gesetzesmaßnahmen von großem Wert sind. Die eine dieser Denkschriften befaßt sich lediglich mit dem Wohnungs- und Siedlungswesen und ist vom Reichsarbeitsminister übergeben worden, die andere beschäftigt sich außer mit der Wohnungsnot noch mit mehreren anderen Teilen der Hygiene und wurde im Reichsgesundheitsamt hergestellt.

In der Veröffentlichung des Reichsarbeitsministers werden zunächst die Gründe für die gegenwärtigen Mißstände im Wohnungswesen dargelegt. Die Nachfrage nach Wohnungen ist seit dem Kriegsende größer als vor dem Kriege. Maßgebend für den Umfang dieser Nachfrage ist vor allem die Zahl der Haushaltungen; diese ist aber in der Zeit von 1910 zu 1919, wie in einer fünf Sechstel der gesamten deutschen Bevölkerung erfassenden Übersicht gezeigt wird, von 11150755 auf 12073060, also um 922305 gestiegen, während sich die betreffende Einwohnerzahl im gleichen Zeitraum von 50266522 auf 50850823,

also um nur 584301 erhöht hat. Dazu kommt, daß die Wohnungsansprüche gewachsen sind; mehrfach haben einzelne Personen und Familien infolge erhöhten Einkommens in den letzten Jahren mehr Wohnraum als früher in Anspruch genommen. Allerdings ist diese Erscheinung nicht überall beobachtet und vor allem nicht überall ziffernmäßig festgestellt worden. Aber bemerkenswert sind z. B. die Zahlenangaben aus Bochum. Es gab dort in den Jahren:

	1912	1918
Wohnungen mit 2 und 3 Räumen . .	18638	17309
„ „ 4 „ 5 „ . .	7554	8573
„ „ 6 und mehr Räumen	3003	4333

Insgesamt 29195 30215.

Der vergrößerten Nachfrage stand jedoch das entsprechende Wohnungsangebot nicht gegenüber. Seit 1914 trat ein erheblicher Rückgang der Bautätigkeit ein. Die Verminderung der Baustoffherzeugung (von 18000 Ziegeleien vor dem Kriege waren bei Kriegsende nur noch 700 im Betrieb), die Entwicklung der Arbeitslöhne, überhaupt die gesamte Steigerung der Baukosten haben den Wohnungsbau außerordentlich erschwert. Bei Beginn des Jahres 1918 betrug diese Steigerung etwa das Dreifache des Preises von 1914, bei Beginn des Jahres 1920 das Siebenfache, in der ersten Hälfte des Jahres 1921 das Dreizehnfache.

Über den Rückgang der Bautätigkeit liegen Angaben, die sich auf 37 Städte erstrecken, vor. Es wurden dort hergestellt:

Jahr	Wohngebäude	Wohnungen
1912	8912	61335
1917	428	1712

Im Jahre 1917 entstand also in diesen 37 Städten nur noch der 21. Teil der 1912 errichteten Wohngebäude und nur der 35. Teil der 1912 erstellten Wohnungen. In Anhalt sank die Zahl der jährlich erstellten Wohnungen in den Jahren 1913 bis 1917 von 610 auf 1 herab. Für 1918 liegen Angaben aus 54 Städten vor; in diesen wurden nur 3923 Wohnungen erstellt.

Diese Abnahme der Bautätigkeit führte nicht sogleich zu einer Wohnungsknappheit, da infolge der Einberufungen zum Heere viele Wohnungen aufgegeben oder verkleinert wurden und viele Neuvermählte auf eigene Wohnung verzichteten. Seit 1916 machte sich aber eine umgekehrte Entwicklung geltend; die Zahl der leerstehenden Wohnungen wurde immer kleiner, wenn auch einzelne Gemeinden noch im Jahre 1918 mehr Leerwohnungen als 1913 aufwiesen. Bei den Kleinwohnungen war noch 1918 das Angebot im allgemeinen günstiger als bei den Wohnungen insgesamt. Wie groß jedoch inzwischen der Wohnungsmangel geworden ist, geht besonders deutlich aus der vom Reichsgesundheitsamt veröffentlichten Denkschrift hervor. Hiernach betrug die Anzahl der unerledigten Gesuche um Wohnungszuweisung um die Jahreswende 1920/21 in Berlin 40000, in Breslau 21000, in München 16000, in Königsberg i. P. 16500, in Hamburg 15400, in Stettin 12000, in Dresden 12400, in Düsseldorf 10000, in Mannheim 8300, in Stuttgart 6000.

„Um dem Wohnungsmangel abzuhelpfen“, so berichtet das Reichsgesundheitsamt, „wurden die hygienischen Anforderungen an die neu zu errichtenden Häuser erheblich gemildert. Man mußte auf die früher verbotenen Dach- und Kellerwohnungen und stellenweise auf Baracken zurückgreifen, ja sogar auf Bauweisen zurückkommen, welche in kultivierten Staaten kaum noch üblich waren, nämlich auf Lehmbauten.“

* * *

In der Denkschrift des Reichsarbeitsministers werden sodann die Maßnahmen auf dem Gebiete des Wohnungs- und Siedlungswesens seit 1914 geschildert. Da die hier in Betracht kommenden, hygienisch ungemein wichtigen Verordnungen und Gesetze zahlreich und nicht gerade leicht faßlich sind, so sei hier etwas näher darauf eingegangen, besonders auch, weil man selbst in den 1921 und 1922 erschienenen Lehrbüchern der sozialen Hygiene bezw. sozialen Fürsorge vergebens nach Angaben über diese Maßnahmen suchen

wird. Die Denkschrift teilt die hier zu erörternden Einrichtungen ein in solche zur Regelung der Mietverhältnisse, in solche zur Bekämpfung des Wohnungsmangels durch Bewirtschaftung der vorhandenen Gebäude und in solche zur Wiederbelebung der Bautätigkeit.

Die ersten gesetzgeberischen Maßnahmen auf dem Gebiete des Mieterschutzes wurden durch die vom Jahre 1916 an einsetzende Wohnungsknappeit veranlaßt. Zwar ermöglichten die Verordnungen des Bundesrats vom 7. August 1914, wenn die Lage des Mieters es rechtfertigte, die Bewilligung von Zahlungsfristen. Aber diese Bestimmungen genügten, als der Wohnungsmangel sich fühlbarer machte, nicht; denn sie sicherten den Mieter nicht gegen eine Mietsteigerung oder eine Kündigung, wogegen auch das Einigungsamt, das angerufen werden konnte, machtlos war. Daher erließ der Bundesrat auf Grund des Gesetzes über die Ermächtigung zu wirtschaftlichen Maßnahmen vom 4. August 1914 die Bekanntmachung zum Schutze der Mieter vom 26. Juli 1917, die den ersten reichsrechtlichen Schritt auf dem Wege zum Mieterschutz darstellt und noch heute die Grundlage für das geltende Mieterschutzrecht bildet. Hiernach können die Einigungsämter Entscheidungen, die unanfechtbar sind, treffen. Diese Bestimmungen wurden dann durch weitere Bekanntmachungen noch ergänzt. Es erwies sich insbesondere als erforderlich, den Einigungsämtern bestimmte Richtlinien für die Mietpreisbildung zu geben, und zwar nicht nur im Interesse des Mieters, sondern auch des Vermieters. Denn es mußte naturgemäß auch darauf Bedacht genommen werden, daß bei den ständig steigenden Ausgaben des Hausbesitzers für Verwaltungskosten, Instandsetzung usw. die Wirtschaftlichkeit des Hausbesitzes nicht beeinträchtigt wurde. Dem Zweck, das Verhältnis zwischen Mieter und Vermieter in einer beiden Teilen gerecht werdenden Weise zu regeln und zugleich auf die Durchführbarkeit der notwendigen Hausreparaturen hinzuwirken, dient das (in der Denkschrift noch nicht berücksichtigte, weil erst nach deren Erscheinen verabschiedete) am 1. Juli 1922 in Kraft getretene Reichsmietengesetz.

Die zunehmende Wohnungsknappeit machte es ferner erforderlich, die Ausnutzung des vorhandenen Wohnraums zu kontrollieren und alle zu Wohnungszwecken geeigneten Räume zur Unterbringung von Wohnungssuchenden zu erfassen. Die Grundlage hierfür schuf die noch heute geltende Bekanntmachung über Maßnahmen gegen den Wohnungsmangel vom 23. September 1918. Sie bestimmt, daß die obersten Landesbehörden Gemeinden mit besonders starkem Mangel an Wohnungen zu einer Reihe ausdrücklich aufgeführter Anordnungen und Maßnahmen ermächtigen können. Auf Grund einer solchen Ermächtigung können die Gemeindebehörden untersagen, daß ohne ihre Zustimmung Gebäude abgebrochen oder Räume, die bis zum 1. Oktober 1918 zu Wohnzwecken bestimmt oder benutzt waren, zu anderen Zwecken, insbesondere als Fabrik-, Lager-, Werkstätten-, Dienst- oder Geschäftsräume, verwendet werden. Sie können ferner eine Anzeigepflicht für unbenutzte Räume einführen und solche Räume durch Beauftragte besichtigen lassen. Schließlich kann die Gemeinde dem Verfügungsberechtigten für unbenutzte Räume, die zu Wohnzwecken geeignet sind, einen Wohnungssuchenden zuweisen. Diese Bestimmungen wurden durch das Gesetz vom 11. Mai 1920 noch erweitert, insbesondere wurde betreffs der Zwangseinquartierung zum Ausdruck gebracht, daß Eingriffe in die Freizügigkeit sowie die Unverletzlichkeit der Wohnung und des Eigentums zulässig sind, soweit diese Maßnahmen zur Behebung oder Milderung der Wohnungsnot dringend erforderlich sind. Die Beschlagnahme von Teilen übergroßer benutzter Wohnungen brachte, wie in der Denkschrift mitgeteilt wird, zunächst dem Wohnungsmarkt nicht unerheblichen Zuwachs. Die Tätigkeit der Wohnungsämter in dieser Hinsicht wurde jedoch dadurch erschwert, daß die Teilung übergroßer Wohnungen in mehrere selbständige Wohnungen unter Einbau der erforderlichen Räume, wie Küche, Badezimmer usw., große Geldmittel erforderte, zum Teil auch durch die Bauart der Wohnungen unmöglich gemacht war. Manche Gemeinden sind daher seit 1920 dazu übergegangen, von der Beschlagnahme derartiger Räume und von der Zwangseinquartierung dann Abstand zu nehmen, wenn der Verfügungsberechtigte den Gemeinden einen Geldbetrag zahlt, der etwa zur Herstellung einer gleichen Anzahl neuer Wohnungen ausreicht.

Aber alle Maßnahmen zur Erfassung der vorhandenen Gebäude für Wohnzwecke können naturgemäß eine durchgreifende Besserung des Wohnungsmarktes nicht bringen, es war und ist vielmehr notwendig, in erster Linie den Bau neuer Wohnungen zu fördern. Eine umfangreiche Neubautätigkeit auf rein privatwirtschaftlichem Wege war jedoch nicht zu erwarten, weil die Rentabilität der aufzuwendenden Kapitalien nicht gesichert werden konnte. Die Lage stellte sich Anfang 1918 folgendermaßen dar: Die Kosten für den Neubau einer Wohnung waren gegenüber der Friedenszeit etwa zwei- bis dreimal so hoch geworden, während die Mietpreise nicht entsprechend gestiegen waren. Letztere genügten daher im allgemeinen zwar noch zur Deckung der Unkosten in den alten Wohnungen, aber nicht zur Verzinsung des Baukapitals für Neubauten. Wollte man also die Neubautätigkeit fördern, so mußte der Bau neuer Wohnungen durch öffentliche Zuschüsse wirtschaftlich gemacht werden; diese Zuschüsse mußten denjenigen Teil der Baukosten decken, der durch die zu erwartenden Mieten nicht verzinst werden konnte.

Bei der Gewährung dieser Zuschüsse, welche das Reich, die Länder und Gemeinden gewähren sollten, wollte man zugleich einen Einfluß im Sinne der inneren Kolonisation, der Dezentralisierung der Bevölkerung und der Heimstättengründung ausüben. Schon Anfang 1919 und dann durch das Reichssiedlungsgesetz vom 11. August 1919 strebte die Reichsregierung dahin, die Landbevölkerung zu verdichten und damit die Volkskraft überhaupt zu stärken; in dieser Richtung sollte weiterschritten werden. Für den Wohnungsbau in den großen Städten wollte man in dem Sinne auf Verbesserungen hinwirken, daß (so gut wie ausschließlich) die Flachbauten mit Gärten nachdrücklich gefördert werden; diese Wohnungspolitik ist zwar nicht ohne Einwände geblieben, aber die Reichsregierung beharrt vorläufig noch auf diesem Standpunkt, weil sie (nach unserer Ansicht irrtümlicherweise) meint, „nur in einem solchen Heim wird man auf die Dauer zufriedene und gesunde Familien erhalten können“. (Vgl. im Gegensatz hierzu „Sozialhygienische Mitteilungen“ 1922, S. 61.)

Die ersten Bestimmungen über die Gewährung von Baukostenzuschüssen enthielt die Bekanntmachung des Bundesrates vom 31. Oktober 1918. Die Zuschüsse sollen zur Hälfte vom Reich, zur anderen Hälfte von den Bundesstaaten und Gemeinden aufgebracht und nur für Klein- und Mittelwohnungen bewilligt werden. Kinderreiche Familien, Familien von Kriegsteilnehmern und Kriegsbeschädigten sowie Familien der im Kriege Gefallenen sind bei der Vergebung der neuen Wohnungen vorzugsweise zu berücksichtigen. Durch Gesetze vom Jahre 1919 wurden insgesamt 650 Millionen Mark als Anteil des Reiches an Baukostenbeihilfen zur Verfügung gestellt. (Im Jahre 1920 mußte jedoch durch eine Bestimmung der Betrag der einzelnen Beihilfen nach oben begrenzt werden, da sich gezeigt hatte, daß die Übernahme des gesamten nicht rentierlichen Anteils der Gesamtherstellungskosten auf öffentliche Mittel das Interesse der Bauherren an möglicher Herabminderung der Baukosten verringerte.) Der Anteil der Gemeinden an dem Darlehen muß mindestens ein Drittel des Reichsdarlehens betragen. Bei Wohnungsbauten auf dem Lande kann auf das Gemeindedarlehen bis zur Hälfte verzichtet und das Reichsdarlehen entsprechend erhöht werden. Bei der Ansiedlung Nichtortsangehöriger auf dem Lande kann sogar auf das Gemeindedarlehen ganz verzichtet werden. Für die Berechnung des Darlehens ist eine Wohnfläche von höchstens 70 qm zugrunde zu legen; nur für kinderreiche Familien ist bis zum Höchstbetrage von 10% der gesamten Wohnungen eine Wohnfläche von 80 qm zugelassen. Es ist ausdrücklich bestimmt worden, daß in erster Linie Flachbauten mit hinreichendem Gartenlande Beihilfen erhalten sollten, dreigeschossige Mehrfamilienhäuser dagegen nur innerhalb der Städte oder Landgemeinden mit städtischer Entwicklung. Bauten mit mehr als drei Geschossen dürfen Beihilfen nur erhalten — und zwar nur mit Zustimmung der obersten Landesbehörde —, wenn sie zur Ausfüllung von Baulücken errichtet werden. Die Beihilfen werden als Darlehen gegeben; sie sind jedoch unverzinslich, und eine Rückzahlung ist nur für bestimmte Fälle vorgesehen.

Da sich nun im Laufe des Jahres 1919 zeigte, daß die Verteuerung der Baukosten nicht, wie zunächst angenommen wurde, vorübergehend sein wird, bemühte sich die Reichsregierung, für die Baukostenzuschüsse eine besondere Deckung zu finden, um den allge-

meinen Haushalt des Reiches, der Länder und Gemeinden zu entlasten. Man griff zu dem schon im Jahre 1916 von Dr. Ing. Martin Wagner ausgesprochenen Gedanken, eine Mietsteuer*) zu erheben, um aus deren Erträgen die für die Baukostenzuschüsse erforderlichen Mittel zu erhalten. Durch das Gesetz vom 26. Juni 1920 wurde die Wohnungsabgabe endgültig geregelt. Der Abgabe unterliegen grundsätzlich alle vor dem 1. Juli 1918 fertiggestellten Gebäude, nicht nur Wohngebäude, sondern auch Fabriken, Läden, Geschäftsräume und landwirtschaftliche Nebengebäude aller Art. Abgabeschuldner ist, wer unmittelbar zum Gebrauch der Räume berechtigt ist, also im allgemeinen der Mieter oder Eigentümer, bei Untervermietung der Untervermieter. Der Abgabe wird der jährliche Nutzungswert (Mietwert) der Gebäude oder Gebäudeteile nach dem Stand vom 1. Juli 1914 zugrundegelegt. Die Abgabe beträgt 5% des Nutzungswerts für die Länder, wozu ein Zuschlag von 5% tritt für Gemeinden oder Gemeindeverbände. Die oberste Landesbehörde kann anordnen, daß an Stelle dieser Mietsteuer eine Grundsteuer tritt. — Die gesamten der Abgabe unterliegenden Mietwerte wurden auf 6 Milliarden Mark veranschlagt.

Betreffs des oben bereits erwähnten Reichssiedlungsgesetzes vom 11. August 1920 ist noch ergänzend zu bemerken, daß es die Länder verpflichtet, falls gemeinnützige Siedlungsunternehmungen nicht vorhanden sind, solche zu begründen zur Schaffung neuer Ansiedlungen sowie zur Hebung bestehender Kleinbetriebe, doch höchstens auf die Größe einer selbständigen Ackernahrung. Staatsdomänen sind dem zuständigen gemeinnützigen Siedlungsunternehmen zu höchstens dem Ertragswerte zum Kauf anzubieten. Die Landgemeinden und Gutsbezirke werden verpflichtet, denjenigen Arbeitern, welche im landwirtschaftlichen Betriebe ihres Bezirks ständig beschäftigt sind, auf ihren Wunsch Gelegenheit zur Pacht oder sonstigen Nutzung von Land für den Bedarf des Haushalts zu geben; diese Verpflichtung gilt als erfüllt, wenn als Pacht- oder Nutzland bis zu 5% der landwirtschaftlich genutzten Gemeinde- oder Gutsfeldmark zur Verfügung gestellt ist.

Nach dem Reichsheimstättengesetz vom 10. Mai 1920 können das Reich, die Länder und die Gemeinden bzw. Gemeindeverbände Grundstücke, die aus einem Einfamilienhause mit Nutzgarten bestehen (Wohnheimstätte) oder landwirtschaftliche oder gärtnerische Anwesen, zu deren Bewirtschaftung eine Familie unter regelmäßigen Verhältnissen keiner ständigen fremden Arbeitskraft bedarf (Wirtschaftsheimstätte), als Heimstätte zu Eigentum ausgeben. Kriegsteilnehmer, insbesondere Kriegsbeschädigte, sowie Witwen der im Kriege Gefallenen und kinderreiche Familien sind bei der Vergebung der Heimstätten vorzugsweise zu berücksichtigen. Die oberste Landesbehörde kann Vorschriften über die geringste und die höchste zulässige Größe der Heimstätte erlassen.

* * *

Aus der schon erwähnten Denkschrift des Reichsgesundheitsamts seien hier noch einige Darlegungen über den Kleidermangel wiedergegeben. Da Deutschland seine Textilrohstoffe fast ganz vom Auslande beziehen muß, so setzte bereits während des Krieges eine die Volksgesundheit schwer schädigende Knappheit an Bekleidungsstoffen ein. Wenn auch zahlenmäßige Angaben über den Umfang der Notlage nicht zu erhalten sind, so erhält man doch aus den Berichten der Säuglings- und Kleinkinderfürsorgestellen, der Schulen und Krankenhäuser eine Vorstellung von den Mißständen, die ja infolge der gewaltigen Preissteigerungen auf dem Kleider- und Wäschemarkte zu erwarten waren.

Zu Beginn des Jahres 1920 hatten in Berlin 25% aller Kinder keine Mäntel, 28% keine Schuhe. In vielen Familien mußten die Kinder zu Bett bleiben, weil keine Kleidung für sie da war. Der Polizeipräsident von Berlin-Schöneberg meldete, daß in manchen Schulen kein Kind ein ganzes Hemd trug; vielfach war die Kleidung aus alten Decken, Vorhängen u. dgl. in der düftigsten Weise zusammengeflickt. In Stralsund bestanden die Kleidungsstücke vieler Schulkinder aus nur eben zusammengehefteten Fetzen, Strümpfe fehlten vielfach, das Schuhzeug erfüllte seinen Zweck nicht mehr. Ähnlich lauten die Be-

*) Vgl. auch den Aufsatz „Wohnungsnot und Heimstättengesetz“ von Hans Kampffmeyer in den „Sozialhygienischen Mitteilungen“ 1919, Heft 3 und 4.

richte aus Breslau und Minden. — Im Februar 1921 wurden in den vier untersten Klassen der Volksschulen in Mannheim, Karlsruhe, Freiburg, Pforzheim und Heidelberg im ganzen 40676 Kinder nach ihren Ernährungs-, Bekleidungs- und Schlafverhältnissen befragt. Dabei hat sich ergeben, daß 11,4% ungenügende Oberkleidung und 17,2% ungenügende Unterkleidung hatten. Ohne Unterkleidung waren 1,8%, keine Strümpfe hatten 1%. Das Schuhwerk war bei 17% ungenügend, 41 Kinder hatten keine Schuhe an. Dabei ist zu beachten, daß zur Zeit der Erhebung nur 1 Grad Wärme gemessen wurde. — Das sächsische Ministerium des Innern teilte am 28. Februar 1921 mit, daß gegenwärtig die Wäschnot größer als die Kleidernot sei. Es besteht die größte Knappheit an Säuglingswäsche; allerhand Ersatzstoffe müssen als Windeln dienen. Leibwäsche fehlt besonders bei Kindern. Schulkinder ohne Hemden sind keine Seltenheit (im Bezirk Borna bis zu $\frac{1}{3}$ der Klassen) oder sie besitzen nur 1 Stück davon, das stark zerrissen ist. Von Bettwäsche ist sehr oft nichts vorhanden. Es werden nur Strohsäcke und Decken benutzt. — In Hamburg wurden Anfang 1921 in einem Gymnasium (320 Schüler), einer Oberrealschule und Realschule (841 Schüler) und einer Anzahl Volksschulen (zusammen 2000 Schüler), ohne daß vorher davon etwas verlautete, Erhebungen über die Bekleidung der Kinder angestellt; das Ergebnis ist aus folgender Zusammenstellung zu ersehen:

Von 100 Schülern hatten	Gymnasium	Oberrealschule	Volksschule
Brauchbares Schuhzeug	88	60	58
Ein zweites Paar Schuhe zum Wechseln . .	78	50	30
Ein brauchbares Hemd	93	80	69
Ein zweites Hemd zum Wechseln	86	57	44
Brauchbare Strümpfe	86	53	62
Ein Paar zum Wechseln	84	33	27
Ein Taschentuch	95	81	53
Ein Taschentuch zum Wechseln	95	74	38

Aus Lübeck und Dessau wird amtlich berichtet, daß der Mangel an Kleidung und Wäsche sich in allen Kreisen der Bevölkerung fühlbar macht und die Ver lumpung fortschreitet. Wie schwer nicht nur die unbemittelte Bevölkerung, sondern gerade auch der Mittelstand von der Kleidungsnot betroffen ist, zeigen die zahlreichen Gesuche, die jetzt bei den Stellen der privaten Fürsorge einlaufen, deren Hilfe früher nur von den Armen beansprucht wurde. Die Kreisdirektionen Holzwinden und Gandersheim stellen auf dem platten Lande einen fast noch größeren Mangel an Kleidung als in der Stadt fest. Ganz besonders geht der oft unbeschreibliche Mangel an Leibwäsche, Windeln, Strümpfen, Bettwäsche, Baumwoll- und Gummisachen für Säuglinge aus den Berichten der Universitäts-Kinderkliniken in Greifswald, Tübingen, Würzburg, Frankfurt a. M. und München hervor.

* * *

In der Sonderbeilage zu den „Veröffentlichungen des Reichsgesundheitsamtes“ 1922 Nr. 16 werden die Ergebnisse der im Jahre 1920/21 auf Veranlassung der Quäkerkommission durchgeführten ärztlichen Musterungen von Schulkindern in Deutschland zur Feststellung ihrer Speisebedürftigkeit mitgeteilt. Bei den Kindern wurden Länge und Gewicht bestimmt, dann wurden diese Angaben zur Ausrechnung des Roherschen Index der Körperfülle benutzt und mit sog. Normalindices für Knaben und Mädchen der verschiedenen Altersklassen verglichen. Es wurden dann bei Knaben und Mädchen aller Schulgattungen die prozentualen Abweichungen von den angenommenen Normalindices berechnet. Hierbei ergab sich, „daß die einzelnen Städte hinsichtlich des Entwicklungszustandes der untersuchten Schulkinder sich darin unterscheiden, daß 7,1 bis 36,5% eine Abweichung von minus 15 und mehr Prozent von den angenommenen Normalwerten aufwiesen, während bei 32,7 bis 62,8% der Schüler der ermittelte Index in den für Normalwerte angenommenen Grenzen lag. Die Zahl der Schulkinder mit einer Abweichung von minus 30% und mehr betrug in einzelnen Städten bis zu 6,7% der Gesamtzahl. Im all-

gemeinen zeigten die Städte, die die höchste Zahl der um minus 15% und mehr von den angenommenen Normalwerten abweichenden Schulkinder aufwiesen, die kleinsten Zahlen derjenigen Schulkinder, die von den angenommenen Normalwerten nicht abwichen. Eine positive Abweichung wiesen 3,2 bis 28,4% der untersuchten Schulkinder auf“. Die „Sonderbeilage“ bietet sodann ins einzelne gehende interessante Angaben über die Ergebnisse in den nach Staaten geordneten Städten der verschiedenen Größenklassen.

* * *

Über die Erfolge, die bei den Schulkindern während des Aufenthaltes auf dem Heuberg erzielt wurden, teilt Professor Dr. med. Gastpar (Stuttgart) in „Der Heuberg“ vom 15. Januar 1922 u. a. folgendes mit:

„Ein ziemlich sicheres Moment in der Wertung des Erfolges ist die Einteilung in die Quäkergruppe am Schluß des Aufenthaltes, wie folgt:

	I	II	III	IV	unentschieden	Summe
Ankunft	280	2368	6240	3094	529	12511
Abreise	454	3548	6256	1584	669	11511
	+ 174	+ 1180	+ 16	- 1510	+ 140	

Die Gruppe IV ist um 50% vermindert worden, die 1510 Kinder, die aus dieser Gruppe abgewandert sind, sind fast alle in höhere Gruppen aufgerückt, nur bei 140 Kindern ist mit absoluter Sicherheit eine Beurteilung unmöglich gewesen. Auch diese Zusammenstellung, die zugleich unseren amerikanischen Freunden, den Quäkern, ein kurzes Bild, aber ein wirkungsvolles ihrer Tätigkeit gibt, zeigt deutlich die Heilfaktoren des Heubergs an der Arbeit: Essen, Luft, Sonne und Heiterkeit.

Weiter steht uns eine, wenn auch ziemlich subjektive Methode zur Verfügung, wie sich dem erfahrenen Kinderarzt das Maß der Erholung darstellt. Unser Anstaltsarzt hat vier Gruppen eingeteilt, je nach dem subjektiven Eindruck, den ein Kind bezüglich seiner Frische macht, unabhängig von dem Gewicht. Nach ihm haben sich nicht erholt 1265 Kinder = 10,3%, mäßig erholt 3076 = 25,1%, gut erholt 58,0% = 7119 Kinder, endlich sehr gut erholt 810 = 6,6%.

Über die Verteilung auf die einzelnen Staaten und Geschlechter gibt nachstehende Tabelle Auskunft:

Gruppe	Baden		Württemberg		Sonst. Staaten		Zusammen		Summe
	Knaben	Mädch.	Knaben	Mädch.	Knaben	Mädch.	Knaben	Mädch.	
0	298	261	294	203	116	93	708	557	1265
1	727	715	497	622	325	180	1559	1517	3076
2	1402	1485	1358	1372	774	728	3534	3585	7119
3	169	196	110	180	40	115	319	491	810

Die Gruppe der Kinder, die sich nicht erholt hat, ist fast bis auf die Dezimale genau so groß wie die Gruppe, die im Gewicht abgenommen hat. Es handelt sich um eine so weitgehende Übereinstimmung, daß man versucht ist, die beiden Gruppen als identisch zu bezeichnen, was aber nach den übrigen Ergebnissen durchaus falsch wäre. Die beiden Gruppen sind wohl zum größten Teil identisch, aber doch nicht vollständig.

Die letzte Beurteilung des Erfolges gibt sich im zusammengeschlagenen Inventar zu erkennen. Anfangs fehlte der Jugend häufig jeglicher Tatendrang. Man hatte häufig genug den Eindruck, sie will zunächst mal ausschlafen und ausruhen. Mit steigender Besserung tritt auch eine Besserung der Regsamkeit ein, und die Folge ist absichtlich oder unabsichtlich zusammengeschlagenes Inventar. Gerade in den letzten Morgen des Aufenthaltes tritt der lebhaftere Charakter in Erscheinung.

So haben z. B. die Badener eine Inventarrechnung von 1729,60 M. und die Württemberger eine von 1377,90 M. erhalten.

Gewiß ein guter Erfolg!“

* * *

Das schon seit langer Zeit und wiederholt in Aussicht gestellte Reichs-Tuberkulosegesetz ist bisher immer noch nicht erschienen. Dagegen liegt nun (wie wir kurz vor dem Druck dieses Heftes erfahren) in Preußen der Entwurf eines Tuberkulosegesetzes vor. Der amtliche Preussische Pressedienst meldet hierüber folgendes:

„Jede ansteckende Krankheit und jeder Todesfall an Lungen- und Kehlkopftuberkulose ist dem für den Wohnort oder den Sterbeort zuständigen beamteten Arzt innerhalb acht Tagen, bei Todesfällen innerhalb vierundzwanzig Stunden schriftlich oder mündlich von dem

zugezogenen Arzt oder dem Haushaltungsvorstand mitzuteilen. Die Kreise haben auf Verlangen Meldekarten für schriftliche Mitteilungen unentgeltlich zu verabfolgen. Die bakteriologisch-Untersuchungsstelle hat jeden positiven Befund von Tuberkelbazillen außer an den einsendenden Arzt auch an den zuständigen beamteten Arzt und die zuständige Fürsorgestelle mitzuteilen. Auf Verlangen des beamteten oder behandelnden Arztes hat die Ortspolizeibehörde eine Desinfektion nach den Vorschriften der Desinfektionsordnung ausführen zu lassen. Die Kosten, welche durch die amtliche Beteiligung des beamteten Arztes bei der Ausführung des gegenwärtigen Gesetzes entstehen, fallen der Staatskasse zur Last. Die Kosten der Desinfektion sind auf Antrag aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten, wenn nach der Feststellung der Ortspolizeibehörde der Zahlungspflichtige ohne Beeinträchtigung des für ihn und seine Familie notwendigen Unterhalts diese Kosten nicht zu tragen vermag. Mit Geldstrafe bis zu 1500 Mark wird bestraft, wer die ihm nach diesem Gesetz obliegenden Mitteilungen schuldhaft unterläßt und wer Räume oder bewegliche Gegenstände, für welche eine Desinfektion polizeilich angeordnet war, vor Ausführung der Desinfektion in Gebrauch nimmt oder einem anderen überläßt.

Aus der Begründung zu diesem Gesetzentwurf sei noch folgendes bekanntgegeben: Das Ergebnis einer Umfrage, die die Medizinalabteilung des preußischen Ministeriums für Volkswohlfahrt mangels einer Meldepflicht für Erkrankungen an Tuberkulose bei Krankenhäusern, Krankenkassen, Schulärzten, Medizinaluntersuchungsämtern, Landesversicherungsanstalten und Tuberkulosefürsorgestellen veranstaltet hat, geht dahin, daß die Zahl der Erkrankungen an Tuberkulose von 1916 ab dauernd gestiegen ist, und zwar im Jahre 1920 schätzungsweise auf mehr als das Dreifache des Jahres 1913; auch von 1919 zu 1920 fand noch eine bemerkenswerte Zunahme statt. Ein Wiedererstarken des durch die Ereignisse der letzten Jahre geschwächten Volkskörpers ist nur durch gesteigerte Abwehrmaßnahmen der öffentlichen Gesundheitspflege erreichbar. Zunächst müssen die schon eingetretenen gesundheitlichen Schädigungen nach Möglichkeit beseitigt werden, und dies erfordert in erster Linie einen scharfen Kampf gegen die Erkrankungen an Tuberkulose selbst und zur Verhütung neuer Krankheitsfälle. Mit Hilfe eines zweckmäßigen Gesetzes kann dieser Kampf erfolgreicher geführt werden als ohne eine solche Stütze. Nach der Auffassung der Regierung mußte das Gesetz außer der auch auf die Erkrankungen ausgedehnten Anzeigepflicht und den allgemeinen Maßnahmen der Seuchenbekämpfung ganz besonders auch die Mitarbeit der Beratungs- und Fürsorgestellen gewährleisten, die nummehr, zum Teil seit zwanzig Jahren, eine erfolgreiche Tätigkeit entfalten und sich als ein unentbehrlicher Bestandteil in dem epidemiologischen Rüstzeug der Tuberkulosebekämpfung erwiesen haben. Durch das Gesetz soll daher die Anregung gegeben werden, daß möglichst in jedem Kreise eine Beratungsstelle eingerichtet wird, um den weitesten Schichten der Bevölkerung die Vorteile einer solchen zuteil werden zu lassen. Um dies zu erreichen, muß bei der Eigenart der Tuberkulose als einer allgemein verbreiteten und überaus chronischen Krankheit von der Anwendung polizeilichen Zwanges soweit als irgend möglich abgesehen werden und an seine Stelle die Fürsorgebehandlung und Beratung der Kranken sowie die schonende Beobachtung der notwendigen sanitären Maßnahmen unter Gewinnung des Verständnisses der Erkrankten und Bedrohten selbst treten, Aufgaben, die in vollkommener Weise durch die Beratungs- und Fürsorgestellen gelöst werden können.“

* * *

In dem „Bericht der städtischen Lungenfürsorgestelle und des Lungenspitals Mannheim“, 1921, bietet Harms eine Fülle interessanter Angaben, insbesondere auch in Gestalt von Statistiken. Wir greifen die Zahlenzusammenstellung, welche sich auf die Überweisungen in die Lungenfürsorgestelle bezieht, heraus. Es sind ja gegenwärtig und in Zukunft in vielen Orten Lungenfürsorgestellen einzurichten. Da erheben sich nun die wichtigen Fragen, wer zur Überweisung von Kranken bzw. Tuberkuloseverdächtigen in die Fürsorgestelle berechtigt sein soll, und ob gar jede Person ohne Überweisung, womöglich hinter dem Rücken des behandelnden Arztes, die Fürsorgestelle aufsuchen darf. Aus den Mitteilungen von Harms ersieht man folgendes:

Die Überweisungen erfolgten durch	1918	1919	1920/21
1. Ärzte	404	776	1164
2. Schularztstelle	38	73	243
3. Landesversicherungsanstalt und Heilstätten	341	689	765
4. Wohlfahrtsstellen und Behörden	237	409	135
5. Fürsorgestellen selbst (bestellte Angehörige von Kranken)	320	841	634
6. Lungenspital	—	—	428
Zusammen	1340	2788	3369

Diese Statistik zeigt, daß die Zahl der Zugänge, welche die Fürsorgestelle aufweist, von 1918 zu 1919 und dann zu 1920/21 erheblich gewachsen ist. Besonders bemerkenswert ist, daß die Zuweisungen durch Ärzte sich 1920/21 gegenüber 1918 fast verdreifacht haben, während unter den Zuweisungsstellen die Krankenkassen nicht erwähnt sind, und Personen, die ohne Überweisung die Fürsorgestelle besucht haben, ebensowenig angeführt wurden. Da die Lungenfürsorgestelle Mannheim bei allen Beteiligten die größte Anerkennung gefunden hat, wird man die hier wiedergegebenen Mannheimer Zahlen bei der Gestaltung von Fürsorgestellen wohl zu beachten haben.

Gesundheitspolitik.

Die Deutsche Gesellschaft für innere Medizin veranstaltete im April 1922 zu Wiesbaden eine Tagung, auf der Professor Dr. L. Brauer, Direktor des Hamburg-Eppendorfer Krankenhauses, als Vorsitzender in der Eröffnungsrede u. a. über das Verhältnis der Ärzte zu den Krankenkassen sprach. Nach einem Bericht der „Frankfurter Zeitung“ vom 27. April 1922 führte der Redner folgendes aus:

„Schon Erb hat 1905 als Vorsitzender auf die schweren Schäden hingewiesen, welche die an sich sehr segensreiche Krankenversicherungsgesetzgebung für Ärzte und für Kranke mit sich führt. Zwei Drittel der einst freien Praxis sind seitdem ‚wegsozialisiert‘ worden. An sich ist die deutsche soziale Versicherung eine der größten humanen Leistungen aller Zeiten. An ihr mitzuarbeiten ist auch die Aufgabe unparteiischer wissenschaftlicher Vereinigungen, und zwar nicht nur, um die ernststen Mängel der Volksversicherung darzustellen und deren Ursachen, sondern auch um positive Wege zu zeigen zur Behebung dieser Mängel, welche wohl mit gewissen Einzelbestimmungen, jedoch nicht mit dem Kern der Krankenversicherung zusammenhängen. Die Reichsversicherungsordnung muß von Grund auf geändert werden. Die Ärzte wissen alle, daß die kassenärztliche Tätigkeit sich nur noch dann rentiert, wenn möglichst viele Einzelleistungen in möglichst kurzer Zeit zustande kommen. Hundert Patienten und mehr in einer oder zwei Sprechstunden ist keine Seltenheit. Arbeitet der Arzt aber ohne Rücksicht auf die Zeit, so kann er wirtschaftlich nicht bestehen. Die Massenleistung drückt den inneren Wert ärztlicher Arbeit herab sowohl für den Arzt wie für den Kranken, aber auch die Krankenkassen selbst leiden darunter. Freie Arztwahl gibt es überall dort nicht, wo ärztliche Karenzzeiten eingeführt sind. Wenn man eine wirklich freie Arztwahl schaffen könnte, so würden die Ärzte immer noch unter dem Druck der Kassenvorstände und der Begehrlichkeit der Kassenpatienten stehen, während in Wirklichkeit einzig und allein dem wahrhaft bedürftigen Kranken geholfen werden soll. Zwei Komplexe von Mißständen liegen vor: Unsere jetzige soziale Versicherung raubt erstens dem Versicherten das Verantwortungsgefühl für seine und seiner Familie Zukunft und gestattet nicht mitzuwirken an den Lasten, welche die aufkommenden Krankheiten mit sich bringen. Damit hängt die Psychologie des Rentenempfängers zusammen; die Erziehung des einzelnen zur Verantwortung ist aber eines der höchsten menschlichen Ziele, ganz besonders aber bei unserer jetzigen Staatsform. Das Heraufrücken der Versicherungsgrenze, die immer freiere Auslegung des Krankenversicherungsgesetzes haben die Verhältnisse so sehr geändert, daß es dringend ist, das Versicherungsgesetz umzugestalten. Die zweite Ursache der Mißstände liegt darin, daß das Gesetz von Anfang an dem Kassenkranken die unentgeltliche Behandlung als eine Mußvorschrift zusichert, die wirtschaftliche Auseinandersetzung zwischen Arzt und Patient auf die Krankenkasse übertrug und die alten ethischen, auf dem persönlichen Vertrauen zwischen Arzt und Patient aufgebauten Beziehungen zerstörte oder bürokratisierte und mechanisierte. Die Krankenkassen müßten in reine Versicherungsgesellschaften für geldliche, durch die Krankheit bedingte Risikowerte umgebildet werden. Nur die gesetzliche Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit ist durch Vertrauensärzte erforderlich, die beratende und behandelnde ärztliche Tätigkeit ist wie einst privatrechtlich zwischen Patient und Arzt zu regeln. Damit fällt auch die vielumstrittene Stellung des von den Kassen gestellten Arztes, der die ärztlichen Maßnahmen zu kontrollieren hat. Der Kassenarzt in der bisherigen Form muß also fortfallen und damit Konfliktstoffe. Den Krankenkassen bleibt es unbenommen, die eingereichte ärztliche Honorarforderung ganz oder teilweise zu ersetzen, je nach der Wirtschaftslage des Patienten oder nach anderen Gesichtspunkten. In dieser geschilderten Weise soll z. B. das Krankenkassenwesen in den Vereinigten Staaten von Nordamerika ausgestaltet werden. Unsere gesetzgebenden Körperschaften, unsere Parteien und andere Instanzen, müssen die neue Zeit mit ihren neuen wirtschaftlichen Verhältnissen berücksichtigen und in der geschilderten Weise die soziale Gesetzgebung umzuformen versuchen. Bleibt es bei den bisherigen Kämpfen zwischen den organisierten Kassenbetrieben und den organisierten Ärzten, so entstehen zwei gleichgroße Gefahren: 1. der Ärztestreik, 2. die Entwicklung diagnostischer therapeutischer kassenärztlichen Zentralinstitute, welche jede Möglichkeit einer erfolgreichen Vertretung berechtigter Ärzteinteressen langsam,

aber sicher unterbinden und die Mechanisierung der Behandlung in unerhörter Weise steigern. Trotz allen diesen Schäden der drückenden Verhältnisse haben die deutschen Ärzte sich moralisch auf der alten guten Höhe des Idealismus erhalten. Aber auch das verständige soziale Vorgehen vieler weitschauenden Kassenverwaltungen muß gerechterweise anerkannt werden. Die Deutsche Gesellschaft für innere Medizin soll um der erwähnten Mißstände willen mit den verantwortlichen Leitern unseres öffentlichen Lebens Fühlung nehmen.“

Diese Darlegungen dürften zu lebhaften Erörterungen Anlaß geben.

* * *

Auf der am 24. Mai 1922 zu Mülheim (Ruhr) veranstalteten Tagung der Kommunalen Vereinigung für Gesundheitsfürsorge im rheinisch-westfälischen Industriegebiet, welche sämtliche Kommunalverbände, Stadt-, Landkreise und größeren Ämter des genannten Gebietes umfaßt, kam man nach Vorträgen von Medizinalrat Dr. Gasters (Mülheim) und Oberbürgermeister von Wedestädt (Gelsenkirchen) zu folgender Entschlußung:

„Die kommunale Vereinigung für Gesundheitsfürsorge im rheinisch-westfälischen Industriegebiet ist von der ungeheuren Wichtigkeit planmäßiger Gesundheitsfürsorge in unserem Volke durchdrungen und spricht sich deshalb für die Schaffung und Unterhaltung kommunaler Gesundheitsämter an allen großen Kommunalverbänden aus. Zu ihrem geschlossenen Arbeitsbereich müssen alle Angelegenheiten vorwiegend gesundheitlicher Bedeutung gehören. An ihrer Spitze muß ein besonders geeigneter beamteter Arzt stehen, der nicht nur gutachtlich, sondern leitend und auch führend tätig zu sein hat und der deshalb Vorgesetzter der Beamten und Angestellten seines Verwaltungsbereiches, namentlich der in diesem tätigen Fürsorgerinnen, sein muß. Ihm ist im Interesse der Sache die Möglichkeit gutachtlicher Äußerung zu allen sonst im Bereich der ganzen Stadtverwaltung auftauchenden Fragen zu sichern.“

Bücher- und Schriftenschau.

Blätter für Gesundheitsfürsorge, herausgegeben von der Bayerischen Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Volksgesundheit; Schriftleitung: E. Dörnberger und G. Seiffert; Verlag: J. F. Lehmann, München.

Schweizerische Zeitschrift für Gesundheitspflege, herausgegeben von der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspflege; Redaktion: W. von Gonzenbach; Verlag: Gebr. Fretz, Zürich.

Sozialhygienische Rundschau, redigiert von F. Rott.

Difesa Sociale, herausgegeben vom Istituto di Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale; Schriftleiter: Ettore Levi.

Berichterstatter: Dr. A. Fischer, Karlsruhe.

Die „Blätter für Gesundheitsfürsorge“ erscheinen als solche seit Beginn des Jahres 1922; sie sind die Fortsetzung der „Blätter für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge in Bayern“ und werden wie die letzteren von den bekannten Münchener Vorkämpfern auf dem Gebiete der Gesundheitsfürsorge Hofrat Dr. med. Dörnberger und Medizinalrat Dr. Seiffert redigiert. Aus dem neuen Titel ist zweierlei zu entnehmen, erstens daß das ganze Gebiet der Gesundheitsfürsorge bearbeitet werden soll, und zweitens, daß man sich hierbei nicht mehr auf Bayern beschränken will. Es läßt sich nicht in Abrede stellen, daß jedes System einer Zeitschrift Vorzüge haben kann, mag man nur ein Teilgebiet der Gesundheitsfürsorge bzw. die Gesundheitszustände nur eines begrenzten örtlichen Gebietes berücksichtigen, oder mag man sein Beobachtungsfeld so weit als möglich ausdehnen. Aus den bisher vorliegenden Heften ist zu erkennen, daß die frühere Begrenzung auf die Säuglings- und Kleinkinderfürsorge aufgegeben wurde, daß aber wie bisher fast ausschließlich bayerische Verhältnisse erörtert werden. Es besteht kein Zweifel darüber, daß die „Blätter für Gesundheitsfürsorge“ in ihrer jetzigen Gestalt geeignet sind, allen in der praktischen Arbeit stehenden Personen und Stellen wertvolle Dienste zu leisten.

Auch die seit 1921 erscheinende „Schweizerische Zeitschrift für Gesundheitspflege“, deren Schriftleiter der an der Technischen Hochschule zu Zürich wirkende Professor der Hygiene W. von Gonzenbach ist, stellt die Fortsetzung

einer bisher nur ein Teilgebiet der Gesundheitspflege bearbeitenden Zeitschrift, nämlich des „Jahrbuchs der Schweizerischen Gesellschaft für Schulgesundheitspflege“, dar. Diese Zeitschrift, welche in der beneidenswerten Ausstattung, welche deutsche Zeitschriften vor dem Kriege zeigten, erscheint, bietet vortreffliche Aufsätze aus den verschiedensten Gebieten der Gesundheitspflege, beschränkt sich in ihrem Gesichtskreise jedoch im allgemeinen auf die schweizerischen Zustände. Wenigstens trifft dies für Aufsätze zu, die übrigens, dem Charakter der Schweiz entsprechend, bald in deutscher, bald in französischer oder italienischer Sprache veröffentlicht werden. Im Referatenteil, der kritisch gehalten und darum besonders wertvoll ist — namentlich die Berichte von Gonzenbach selbst sind sehr beachtenswert —, findet man jedoch diese örtliche Begrenzung nicht. Man kann diese ausgezeichnete Zeitschrift allen deutschen Hygienikern bestens empfehlen.

Eine sehr begrüßenswerte Neuerscheinung ist die „Sozialhygienische Rundschau“. Sie ist zwar kein selbständiges Gebilde, sondern nur ein seit einigen Monaten etwa alle vier Wochen erscheinendes Beiblatt der „Deutschen medizinischen Wochenschrift“; aber gerade darin, daß diese „Rundschau“ einer in Ärztekreisen so stark verbreiteten Wochenschrift beigelegt wird, liegt ihre große Bedeutung für die Verallgemeinerung sozialhygienischer Kenntnisse innerhalb der Ärzteschaft. In Prof. Rott (Berlin), dem Leiter des Organisationsamtes für Säuglings- und Kleinkinderschutz und Vorsitzenden der Arbeitsgemeinschaft sozialhygienischer Reichsfachverbände, hat die „Rundschau“ einen geeigneten Schriftleiter gefunden; ihm steht zudem eine Reihe bekannter Autoren als Berichterstatter für die einzelnen Teilgebiete der sozialen Hygiene zur Seite. Soweit man aus den bisher erschienenen vier Nummern der „Rundschau“ ersehen kann, werden die einzelnen Berichte zumeist rein sachlich gestaltet und geben in Kürze objektiv den Inhalt der jeweils zu besprechenden Arbeit an. Diese Art der Berichterstattung hat ihre Vorzüge, jedoch wohl zumeist nur dort, wo man sich an einen Kreis von Fachleuten wendet. Die Ärzte sind aber im allgemeinen vorläufig noch keine Fachleute auf dem Gebiete der sozialen Hygiene; vielen wird es daher erwünscht sein, daß der Berichterstatter ein Urteil über die zu erörternde Arbeit fällt. Loben, was zu loben ist, tadeln, was zu tadeln ist! Dies gibt Farbe und belebt die Lektüre. Nach meiner Erfahrung üben nüchterne Berichte in den Reihen derjenigen, die erst für die Mitarbeit gewonnen werden sollen, nur geringen Einfluß aus. Die Sachlichkeit des Berichtes leidet bei der kritischen Gestaltung nicht, wofern der Kritik eine objektive Darlegung des Inhalts vorausgeht.

Die seit Beginn des Jahres 1922 erscheinende Monatsschrift „Difesa Sociale“ führt den Untertitel „Rivista di Igiene, Previdenza ed Assistenza“, ihr Gründer und Schriftleiter ist *Ettore Levi*, der Leiter des Istituto Italiano di Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale. Wenngleich man in Italien (und ebenso in Frankreich) unter „Sozialer Hygiene“ das Gesamtgebiet der öffentlichen Hygiene versteht, so befaßt sich diese italienische Zeitschrift, soweit sich aus den ersten Heften ersehen läßt, fast ausschließlich mit Gegenständen, die wir zum Gebiet der sozialen Hygiene rechnen. Der Wert der Zeitschrift für uns Deutsche liegt nicht nur in den Aufsätzen, die sich naturgemäß zumeist auf italienische Zustände beziehen, sondern vor allem in dem Referatenteil. Dieser bringt Berichte über Schriften, die in England, Frankreich, Amerika und China erschienen sind. Man erkennt daraus, mit welchem Fleiß jetzt in der ganzen Kulturwelt auf dem Gebiete der sozialen Hygiene gearbeitet wird. Leider verbieten es die Preise dieser Schriften, daß der deutsche Sozialhygieniker sich diese unzweifelhaft äußerst wichtigen Veröffentlichungen aus den Ländern mit hoher Valuta kommen läßt. Aber es wird doch für die Dauer unmöglich sein, daß man in Deutschland auf die ausländische sozialhygienische Literatur verzichtet. Irgendwo im Deutschen Reich sollte mit Unterstützung aus Reichsmitteln eine Zentralstelle geschaffen werden, in der wenigstens die wichtigsten ausländischen Schriften sozialhygienischen Inhalts gesammelt und den Interessenten in allen deutschen Gliedstaaten durch Vermittlung der Heimatbibliotheken kostenlos zugänglich gemacht werden.

Kartenauskunftei des Fürsorgewesens mit Berücksichtigung der Kriegsfürsorge,
herausgegeben von Richard Reich, Volksverlag für Wirtschaft und Verkehr, Stuttgart.

Anton Retzbach: Leitfaden für die soziale Praxis, 14.—18. Tausend; Freiburg,
1922 bei Herder & Cie.

E. G. Dresel: Soziale Fürsorge, 2. Auflage; Berlin, 1922 bei S. Karger.

Berichterstatter: Dr. A. Fischer, Karlsruhe.

Die Kartenauskunftei des Fürsorgewesens erscheint in einzelnen Heften seit Mai 1920. Jedes Heft enthält eine Anzahl Karten, die voneinander getrennt werden können. Jede Karte behandelt nur einen Gegenstand der sozialen Fürsorge; bisweilen werden für ein Thema auch mehrere Karten verwandt. Die Karten der verschiedenen Hefte müssen nach dem Anfangsbuchstaben des jeweiligen Themas geordnet werden; so entsteht dann die Kartenauskunftei. Die bisher erschienenen Hefte enthalten Gegenstände aus allen Zweigen des sozialen Fürsorgewesens, auch der sozialen Hygiene. Reich hat einen Stab hervorragender Mitarbeiter für die Behandlung der einzelnen Teilgebiete gewonnen, so daß die bisher gebotenen Übersichten eine vortreffliche Sammlung des in Betracht kommenden Tatsachenstoffes darstellen. Besonders bemerkenswert ist an diesem Unternehmen die Art der Anlage. Denn, wenn die Kartenauskunftei fortgeführt wird, so stellt sie ein Lehrbuch dar, das nie veralten kann. Dadurch, daß jederzeit auf neuen Karten, die zwischen die vorher erschienenen eingereiht werden, der neue Tatsachenstoff zur Ergänzung dargeboten werden kann, bleibt diese Auskunft auf der Höhe der Zeit. Dies ist eben nur bei dem Kartensystem, nicht aber bei einem Lehrbuch möglich, wenn nicht das letztere schon kurze Zeit nach seiner Ausgabe in neuer Auflage erscheint.

Das Glück, rasch wieder neuaufgelegt zu werden, hat Retzbachs „Leitfaden für die soziale Praxis“ gefunden. Ich habe die vorhergehende Auflage im Jahrgang 1921, Heft 2, besprochen; nun ist bereits wieder eine neue Auflage erschienen. Die Vorzüge dieses „Leitfadens“ habe ich schon im vorigen Jahre gekennzeichnet, und der starke Absatz des Buches bestätigt mein Urteil. Besonders freut es mich feststellen zu können, daß Retzbach meinem im vorigen Jahr geäußerten Wunsche, die besonderen Darlegungen über soziale Hygiene etwas ausführlicher zu gestalten (damit die Theologen, für welche das Buch in erster Linie, wenn auch keineswegs ausschließlich, bestimmt ist, besser auf dem Gebiete der sozialen Hygiene unterrichtet werden), entsprochen hat, soweit es bei dem Umfange des Buches möglich war. Einer erneuten Empfehlung bedarf dieser „Leitfaden“ nicht mehr, da er unzweifelhaft auch fernerhin stark begehrt sein wird.

Auch Dresels „Soziale Fürsorge“ ist in verhältnismäßig kurzer Zeit in 2. Auflage erschienen. Die 1. Auflage wurde von mir im Jahrgang 1919, Heft 1 und 2, besprochen. Damals betonte ich, daß das Buch einen falschen Titel trägt, da es nur einzelne Abschnitte der sozialen Hygiene behandelt. Dresel hat nun der 2. Auflage den Untertitel „Sozialhygienischer Teil“ gegeben. Er hat auch sonstige Änderungen vorgenommen, unangebrachte Darlegungen gestrichen und ergänzende Angaben hinzugefügt. Leider fehlt aber nach wie vor ein Abschnitt „Nahrungswesen“, obwohl dieser Mangel schon im Jahre 1919 betont wurde. Auch andere jetzt besonders wichtige Abschnitte, wie z. B. die Maßnahmen auf dem Gebiete der Leibesübungen, des Badewesens usw., sucht man vergebens. Ganz unverständlich ist, daß im Abschnitt „Wohnungsnot, Wohnnot und ihre Beseitigung“ statt der Angabe der wichtigsten hier zu erwähnenden Gesetze und Verordnungen (siehe Seite 80—83 dieses Heftes) sich folgende Sätze finden: „Die Lösung der jetzt herrschenden Wohnungsnot kann nur durch Bereitstellung von Geldmitteln erzielt werden. Wie das zu geschehen hat, kann hier nicht abgehandelt werden.“ Und an einer anderen Stelle heißt es: „Auf welchem Wege zur Unterstützung der privaten Bautätigkeit die Baugelder und Hypotheken zu beschaffen sind, kann hier nicht erörtert werden.“ Ja, wo sollen denn diese wichtigen Fragen erörtert werden, wenn nicht in einer „Übersicht der sozialen Fürsorge“?

A. Fischer: Hygiene, öffentliche; Abhandlung im 5. Band des Handbuchs der Staatswissenschaften. 4. Auflage. Gustav Fischer, Jena, 1922.

Derselbe: Infektionskrankheiten; ebenda.

Berichterstatter: Professor Dr. med. Möllers, Oberregierungsrat im Reichsgesundheitsamt, Berlin.

Verfasser gibt zunächst einen historischen Überblick über die Entwicklung der öffentlichen Hygiene in den letzten Jahrzehnten, ihre Einteilung und den Aufgabenkreis dieser neuen Wissenschaft, welche er in eine „physische Hygiene“ im Sinne der früheren Lehrbücher der Hygiene und eine „soziale Hygiene“ trennt. Bei der Gesundheitsstatistik unterscheidet er zwischen den gesundheitsstatistischen Ergebnissen der Gegenwart und den zukünftigen Aufgaben der Gesundheitsstatistik. Die Gemeinden sollten, von sachkundigen Ärzten beraten, die staatliche Statistik durch Sondererhebungen ergänzen, z. B. über Wohlhabenheit und Sterblichkeit, Stillfähigkeit, Fehlgeburten, Volksernährung usw. Im Abschnitt: Forschungs-, Lehr- und Arbeitsstätten werden besonders die sozialhygienischen Akademien, das Deutsche Hygiene-Museum und die Landesausschüsse für hygienische Volksbelehrung besprochen. Den größten Umfang nimmt der 4. Abschnitt „Hygienegesetzgebung“ ein, der die allgemeinen Hygienegesetze, die Gesetze im gesundheitlichen Interesse der ganzen Bevölkerung und die Gesetze im gesundheitlichen Interesse der Minderbemittelten behandelt. Mit einer Betrachtung über die Verwaltung des öffentlichen Gesundheitswesens schließt der lesenswerte Aufsatz.

Nach einer Betrachtung über das Wesen der ansteckenden Krankheiten schildert Verfasser die Bedeutung der Infektionskrankheiten für das Staatsleben sowie die moderne Seuchenbekämpfung auf Grund biologischer und epidemiologischer Forschungsergebnisse. Unter den für das Staatswesen bedeutungsvollsten Infektionskrankheiten werden eingehend besprochen die Cholera, das Gelbfieber, Pest, Pocken, Fleckfieber, Aussatz, ferner die Diphtherie, Scharlach, spinale Kinderlähmung, Typhus, Ruhr, Paratyphus, Kindbettfieber, Genickstarre, Trachom, Rückfallfieber, Milzbrand, Rotz, Tollwut, Trichinose und zum Schluß Malaria, Wurmkrankheit sowie kurz die vier Kinderkrankheiten Masern, Keuchhusten, Mumps und Röteln. Verfasser legt besonderen Wert darauf, daß die von der Tagung des Deutschen Medizinalbeamtenvereins 1921 aufgestellten Leitsätze zur Durchführung gelangen, welche eine Vereinheitlichung der Seuchengesetzgebung im Reiche, eine größere Selbständigkeit des Medizinalwesens gegenüber den Verwaltungsbehörden und eine verständnisvolle Mitwirkung der Bevölkerung anstreben.

Heyse: Über den Gesundheitsschutz bei der Eheschließung. Sammlung aus der Politisch-Anthropologischen Monatschrift. XX. Jahrgang, Heft 1. Hamburg.

Berichterstatter: Professor Dr. Ph. Kuhn, Direktor des Hygienischen Instituts zu Dresden.

Heyse befürwortet ein Gesetz über den Gesundheitsschutz bei der Eheschließung, für das er einen eingehenden Entwurf bereithält. Für jedes Standesamt soll ein Fürsorgearzt zur Beratung der Ehebewerber und Ehebewerberinnen bestellt werden. Jeder männliche Ehebewerber hat bei seiner Anmeldung im Standesamte ein höchstens 14 Tage altes Zeugnis des zuständigen Fürsorgearztes über seinen Gesundheitszustand einzureichen. Für Ehebewerberinnen besteht kein Untersuchungszwang, falls keine geeignete Fürsorgeärztinnen zur Verfügung stehen. Glaubte ein Ehebewerber oder eine Ehebewerberin sich ungünstig beurteilt, so soll ein Prüfungsausschuß entscheiden, der aus Ärzten besteht. Behandelnde Ärzte sollen zur uneingeschränkten Auskunftserteilung an den Fürsorgearzt verpflichtet sein. Ehebewerber und deren Eltern sind zur Einsichtnahme in das Zeugnis über den anderen Teil berechtigt. Eheverbot oder Behandlungszwang empfiehlt Heyse nicht, er will durch das vorgeschlagene Gesetz das hygienische Gewissen des Volkes schärfen.

B. Schmittmann: Führer durch die deutsche Sozialversicherung in ihrer Gestaltung nach dem Kriege. Düsseldorf, 1921 bei L. Schwann.

Schulz und Eckert: Grundzüge der deutschen Sozialversicherung. Berlin, 1922 bei Reimar Hobbing.

Berichterstatter: Dr. A. Fischer, Karlsruhe.

Das 280 Seiten umfassende Buch von Schmittmann erscheint bereits in dritter Auflage. Es stellt einen Kommentar zur deutschen Sozialversicherung dar. Ein solcher Führer ist jetzt, wo unsere soziale Gesetzgebung infolge der zahlreichen in der letzten Zeit verabschiedeten Novellen immer mehr an Übersichtlichkeit verliert, eine vielen willkommene Gabe.

Das stattliche Werk von Ministerialrat Schulz und Referent Eckert wurde unter Mitwirkung von Ministerialrat Dr. med. Reich im Auftrage des Reichsarbeitsministeriums geschaffen. Der Umbau der deutschen Sozialversicherung steht bevor; der Vorbereitung dieses Umbaues sollen die „Grundzüge“ gelten.

Carl Strehl: Die Kriegsblindenfürsorge, ein Ausschnitt aus der Sozialpolitik. Berlin. J. Springer. 1922.

Berichterstatter: Professor Dr. K. Baas, Augenarzt, Karlsruhe.

Strehl legt im ersten Teil seiner Arbeit zunächst dar, daß der Begriff der Blindheit kein allseits feststehender ist, daß aber für praktische Fragen diejenigen als blind, insonderheit kriegsblind zu betrachten sind, welche durch den Krieg ihr Augenlicht soweit verloren haben, daß sie unter Zuhilfenahme bester optischer Hilfsmittel nicht mehr imstande sind, einen gewöhnlichen Beruf selbständig auszuüben, oder deren Sehkraft so gering ist, daß sie zu allen gewöhnlichen Lebensverrichtungen fremder Hilfe bedürfen. Des weiteren wird gezeigt, daß die (Kriegs-)Blindenfürsorge ein Ausschnitt der Sozialpolitik ist, deren geschichtliche Entwicklung in bezug auf das Blindenwesen gestreift wird. Wenn nun auch zweifellos den Kriegsblinden ein rechtlicher Anspruch auf eine Rente zur Fristung ihres Daseins zuzusprechen ist, so erscheint es doch geboten, die noch vorhandene Arbeitsfähigkeit und -kraft nutzbar zu machen im Hinblick auf den Vorteil der Blinden selbst wie der Allgemeinheit des Staates.

Es folgt im zweiten Teil ein Überblick über die Entstehung und Geschichte der Blindenfürsorge: als ältestes Blindenheim (aus 1260) wird auf das heute noch in Paris bestehende Versorgungshaus für die Blinden hingewiesen. Von Paris ging auch der Gedanke aus, die Blinden dem Unterricht und der Arbeit in öffentlichen Anstalten zuzuführen, wie ihn Val. Haüy erstmalig 1789 verwirklichte, angeregt durch das Ergebnis privater Bemühungen bei zwei allerdings besonders begabten Blinden in Wien und Mannheim. 1804 trat durch J. W. Klein das spätere Kais. Kgl. Blindenerziehungsinstitut zu Wien ins Leben, 1806 die Anstalt in Berlin, woselbst Zeune von Friedrich Wilhelm III. mit der Einrichtung und Leitung des Instituts betraut wurde, nachdem der genannte Franzose dem König einen seiner ausgebildeten Zöglinge vorgeführt hatte. Auf Anregung Zeunes entstanden 1817 Werkstätten für 500 in den Freiheitskriegen erblindete Krieger; zwei davon blieben nach Erfüllung ihres ursprünglichen Zweckes als Blindenerziehungsanstalten erhalten. Außerpreußische Anstalten entstanden nach und nach in einer Reihe deutscher Einzelstaaten. Hatte bis dahin der Staat aber nur bedingte Mittel als Zuschüsse zu den in der Hauptsache privaten Stiftungen leisten können, so tritt ein Wendepunkt im Blindenwesen mit dem preußischen Fürsorgegesetz von 1891 ein, wonach die staatlichen Verbände die entsprechende Fürsorge als Pflicht überwiesen, den Blinden aber ein Rechtsanspruch auf Versorgung usw. zuerkannt wurde. Heute gibt es in Deutschland 35 Blindenunterrichtsanstalten. Aus der Betrachtung des Blindenunterrichtes mag hier nur kurz hingewiesen werden auf die Bedeutung der deutschen Blindenlehrerkongresse und auf die Einführung der Brailleschen Druckschrift, in welcher jetzt eine reiche Literatur vorliegt. Wie die geistige Erziehung, so machte in der Folge große Fortschritte auch die gewerbliche Ausbildung der Blinden durch

frühzeitige Schulung in einer Anzahl von Berufen des Handwerkes und der Fabrikarbeit. — In dritten Teil des Buches, welcher die Ergebnisse der Kriegsblindenfürsorge in ausführlicher Weise bringt, erfahren wir zunächst, wie in Württemberg, Baden, Hamburg durch Landesausschüsse, in Berlin, Breslau und anderwärts in mehr örtlicher Weise ziemlich bald nach Kriegsausbruch für die zahlreichen (zirka 3000) Kriegsblinden gesorgt wurde. 1916 wurde die Zentralisierung der Kriegsblindenfürsorge ins Werk gesetzt; heute liegen bereits weitgehende Erfahrungen vor über die den Blinden möglichen Berufe, über den Arbeitsschutz der Blinden, über die materiellen Erträge bei landwirtschaftlicher, handwerklicher, kaufmännischer, geistiger usw. Beschäftigung, über Eheschließungen der Kriegsblinden, über die Führerhunde usw., Ausführungen, die im Referat nicht wiedergegeben werden können, bezüglich deren vielmehr auf das inhaltreiche Buch mit seinen Tabellen verwiesen werden muß.

Hans Reiter und Hermann Osthoff: Die Bedeutung endogener und exogener Faktoren bei Kindern der Hilfsschule. Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten. Band 94, Heft 2/3, Seite 224—252.

Julius Moses: Konstitution und Erlebnis in der Sexualpsychologie und -pathologie des Kindesalters. Zeitschrift für Sexualwissenschaft 1922, Band 8, Heft 10.

Derselbe: Die soziale Hilfs- und Heilbedürftigkeit der geistig schwachen Schuljugend. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege 1922, Nr. 2.

Derselbe: Die Beratungsstelle des Jugendamtes für abnorme Kinder. Blätter für die Wohlfahrtspflege der Stadt Mannheim. 1922. Nr. 5.

Berichterstatter: Anstaltsarzt Dr. Möckel, Wiesloch.

Durch die Untersuchungen von Gruhle und L. Heymann wissen wir, daß die moralischen Eigenschaften eines Menschen weit mehr durch die Vererbung, als durch das Milieu bedingt werden. Reiter und Osthoff suchen in der vorliegenden Arbeit die Frage zu beantworten, wie es sich in dieser Beziehung mit den intellektuellen Eigenschaften verhält. Auf Grund eingehender Feststellungen bei 400 Kindern der Rostocker Hilfsschule kommen sie zu demselben Ergebnis, nämlich daß der größte Einfluß auf die Entstehung des jugendlichen Schwachsinn der Vererbung beizumessen ist. Viel geringere Bedeutung kommt den Geburtstraumen, konstitutionellen und anderen Krankheiten zu. Ein größerer Einfluß der Tuberkulose und Syphilis konnte nicht festgestellt werden. Am meisten sind dagegen die Kinder gefährdet, die gleichzeitig durch Trunksucht und Schwachsinn ihrer Eltern belastet sind. Im Verhältnis zur minderwertigen psychischen Konstitution einer oder beider Eltern ist die Einwirkung des Milieus auf die Intelligenz der Kinder verschwindend gering. Die Autoren sind deshalb, was die Prophylaxe des jugendlichen Schwachsinn durch Besserung der sozialen Verhältnisse und rationelle Bekämpfung der verschiedenen Krankheiten anbetrifft, sehr pessimistisch.

An der Hand von zwölf Fällen, die ihm vom Jugendgericht, Jugendfürsorgeausschuß und Jugendgericht zur Begutachtung zugewiesen worden sind, sucht J. Moses die Frage zu beantworten, welcher Anteil den konstitutionellen Eigenschaften und welcher dem Erlebnis in der Entstehungsgeschichte kindlicher Sexualhandlungen und -anomalien zukommt. Nach seinen Erfahrungen kann für die sexualpsychologische Entwicklung eines Menschen von ausschlaggebender Bedeutung werden, „in welcher Form, unter welchen äußeren Begleiterscheinungen und bei welcher seelischen Konstellation die ersten sexuellen Regungen ins Bewußtsein gelangen“. Was die Homosexualität anbetrifft, vertritt der Autor die Ansicht, daß die angeborene Konstitution von fundamentaler Bedeutung ist, daß aber auch zur Zeit des undifferenzierten Geschlechtstriebes das Erlebnis die Sexualpsyche nach der einen oder anderen Seite ablenken kann. Auch auf dem Gebiet, das der Verfasser hier bearbeitet hat, werden der ärztlichen, erzieherischen und sozialen Fürsorge neue Aufgaben erwachsen.

In einem im Oktober 1921 auf der Mitgliederversammlung des Südwestdeutschen Hilfsschulverbandes in Pforzheim gehaltenen interessanten Vortrag behandelt J. Moses die Ursachen des kindlichen Schwachsinn und bespricht die Maßnahmen, die zum Schutze der infolge ihres Intelligenzdefekts und ihrer psychopathischen Veranlagung gefährdeten Jugendlichen zu ergreifen sind. In erster Linie treten hier Hilfsschule und Heilpädagogik in ihre Rechte. Die Hilfsschule ist heute auf die ärztliche Mitarbeit angewiesen und kann auch, wenn den psychisch abnormen Kindern wirklich genützt werden soll, die Zusammenarbeit mit den Fürsorgeorganisationen, Fürsorgeerziehungsanstalten, Jugendämtern und Jugendgerichten nicht entbehren. Größer noch als in der Schulzeit werden die Gefahren für Schwachsinnige und Psychopathen in der kritischen Pubertätszeit und beim Hinaustreten ins Erwerbsleben. Deshalb müsse besonders bei Berufswahl und -ausübung die fürsorgereiche Hilfe in Tätigkeit treten. Weiterhin verlangt der Autor, daß das Hilfsschulwesen auch auf dem Land ausgebaut wird und daß für die Hilfsschullehrer bessere An- und Fortbildungsmöglichkeiten geschaffen werden, als dies bisher der Fall war.

Die praktische Seite dieser Fragen behandelt J. Moses in einem Aufsatz der Blätter für die Wohlfahrtspflege der Stadt Mannheim. Er berichtet dort über die im November 1921 errichtete und von ihm geleitete Beratungsstelle des Jugendamtes für abnorme Kinder. Dieselbe soll nicht nur dem Jugendamt selbst die praktischen und wissenschaftlichen Unterlagen verschaffen, sondern auch den Behörden, Fürsorgeorganisationen, Eltern und Erziehern mit Rat zur Seite stehen, wenn die Schwerkinderziehbarkeit der Kinder und Jugendlichen den Verdacht auf eine krankhafte seelische Veranlagung aufkommen läßt. Auf diese Weise hofft man, die schwachsinnigen, psychopathischen und sonst psychisch abnormen Kinder zu erfassen, um sie möglichst frühzeitig einer geeigneten Behandlung zuführen zu können.

F. Quensel: Die Behandlung der Unfallneurotiker. Neurologisch-psychiatrische Betrachtungen zur Neuordnung der Reichsversicherungsordnung. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. Sechzigster Band.

Berichterstatter: Dr. Heyse, Direktor der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Bernburg.

In seiner an Anregungen überaus reichen Arbeit gibt Quensel, der Leiter des Unfall-Nervenkrankenhauses „Bergmannswohl“ bei Leipzig, zuerst eine Darstellung des Wesens der Unfallneurose. Er geht dabei aus von der normal-psychologischen Einstellung des unfallverletzten Arbeiters auf die Veränderung seiner gesundheitlichen, wirtschaftlichen und rechtlichen Lage. Es machen sich zuerst in seinem Vorstellungsleben die tatsächlichen Schäden bemerkbar: Schmerzen, Arbeitsbehinderung, Sorgen. Dann aber tritt die Arbeitsentwöhnung mehr in den Vordergrund, und schließlich werden die Vorteile des Krankseins, die im Rentenbezug gipfeln, den Gedankenkreis des Verletzten beherrschen. Es kommt hinzu die für das Rechtsempfinden des Mannes nicht gleichgültige Wiederholung der Befragungen, Untersuchungen und Verhandlungen vor den einzelnen Instanzen. Die Kennzeichnung all dieser Gedankengänge als „Begehrungsvorstellungen“ wäre einseitig. Unter dieser Einstellung vollzieht sich aber eine besondere Gestaltung der Stimmung, welche wehleidig, verdrossen, mißtrauisch wird, sowie eine starke Einengung der Vorstellungen auf den Unfall und seine Folgen. Das ist noch keine Neurose, liefert aber die Grundlage zu einer solchen. Es muß unentschieden bleiben, in welchem Maße der Unfall, in welchem Maße die sozial-psychologische Situation den Vorstellungsinhalt beherrscht und die Zielvorstellung der Rente liefert; jedenfalls wirken beide, und es gibt alle Übergänge vom normalen Schwindler zum echten Neurotiker. Dasselbe Bild wie die Unfallneurosen zeigten im wesentlichen die Kriegsneurosen; auch bei ihnen bestand eine soziale Lage, der sich der Verletzte anpaßte, wobei die Anpassung alle Übergänge vom Gewollten zum Zwangsmäßigen einschloß. Die Behandlung der Kriegsneurosen erwies sich anfangs als ebenso undankbar, wie es die der Unfallneurosen leider schon immer gewesen ist. Ein Umschwung trat erst ein, als eine energischere Behandlung dem Verletzten den Lazarettaufenthalt nicht mehr

als erwünscht erscheinen ließ, und die große Heilung kam mit Friedensschluß. Aber es und bei den Kriegsneurotikern Rückfälle nicht ausgeblieben, es wirkte auch hier das Rentenbegehren im Verein mit der einmal eingetretenen Schädigung des Seelenlebens. Die Vorteile, welche bei der Behandlung der Kriegsneurotiker vorhanden waren, nämlich die militärische Unterordnung und die unbegrenzte Dauer des Lazarettaufenthalts, lassen sich auf die Unfallpraxis nicht übertragen. Für letztere ergeben sich als Regeln: Vermeidung alles dessen, was dem Verletzten die Vorstellung einer schweren Krankheit beibringen kann, möglichst frühzeitiger Übergang aus der chirurgischen in die neurologische Behandlung, d. h. zu einem Zeitpunkte, in welchem beim Verletzten der Wunsch nach Heilung noch überwiegt, und Vermeidung aller Maßnahmen, welche das Mißtrauen des Verletzten erregen können. Hierher gehört Vereinfachung der Versicherungsbestimmungen, welche jetzt, wo Unfall-, Kranken- und Invalidenversicherung nebeneinander herlaufen, oft nicht verstanden werden; ist es doch nichts Seltenes, daß die Verletzten sagen, sie wollten auch etwas Niederhaben von den vielen Beiträgen, die sie bezahlt hätten, während doch die Lasten der Unfallversicherung nur den Arbeitgeber treffen. Versuche, die Verletzten zu belehren durch die Arbeitnehmervertreter in den Schiedsgerichten, ermutigen zu weiterem Vorgehen in dieser Richtung, wenn auch der Erfolg immer nur vorübergehend war. Es gilt aber auch, die Verletzten dazu zu erziehen, daß sie den Wert der Arbeit wieder schätzen, der Arbeitsbegriff ist zu veredeln, und das ist eine Aufgabe ebensowohl sittlichen wie politischen Inhalts, denn für viele ist die Arbeit doch nur „das der Not entstammte Mittel zum Broterwerb“, und sie sehen sie nur von dem Standpunkte aus an, daß der Kapitalist sich auf Kosten ihrer Mühsal bereichern wolle. Neben die vorwiegend ärztlich zu entscheidende Frage der Behandlung, wobei die Arbeitsbehandlung in den Unfall-Nervenkrankenhäusern eine Hauptrolle spielen muß, tritt die Frage der Rentenfestsetzung. Man soll die Rente nicht zu hoch festsetzen, damit der Antrieb zur Arbeit gewahrt bleibt und damit nicht die Vorstellung eines schweren Krankheitszustandes ihre lähmende Wirkung entfalten kann. Natürlich darf aber in der Rentenfestsetzung der erzieherische Gedanke nicht die rein ärztlichen Gesichtspunkte beiseite schieben. Daneben ist die frühzeitige Abfindung sehr zu empfehlen. Aber man muß auch dem Verletzten eine Arbeitsmöglichkeit schaffen, die seinen Kräften angepaßt ist, und es darf nicht heißen: „entweder voll arbeiten oder gar nicht.“ Und es zeigt sich dabei, daß die Gewöhnung oft genug die Verletzungsfolgen wie die Neurose überwinden lehrt. Um nun noch den Gedanken der Umgestaltung der R.V.O. ins Auge zu fassen, so gilt selbstverständlich, daß Stillstand Rückschritt ist, und daß wir in der Arbeiterversicherung teilweise vom Auslande überholt sind. Eine umstürzende Änderung wäre nicht gut, aber gerade in der Unfallversicherung gilt es, dem Rechnung zu tragen, daß hier die Arbeitgeber Richter in eigener Sache sind. Und die Unfallversicherung muß den Rechtsstandpunkt verlassen, daß sie Schadenersatz gewährt; ihre Aufgabe muß Fürsorge werden, wie es bei den anderen Versicherungszweigen der Fall ist.

1. **Herbert Herxheimer:** Wirkungen von Turnen und Sport auf die Körperbildung erwachsener junger Männer. *Klinische Wochenschrift*. 1. Jahrg. Nr. 15.
2. **Derselbe:** Zur Wirkung von primärem Natriumphosphat auf die körperliche Leistungsfähigkeit. *Klinische Wochenschrift*. 1. Jahrg. Nr. 10.
3. **Derselbe:** Zur Wirkung des Alkohols auf die sportliche Leistung. *Münch. medizinische Wochenschrift*, 1922, Nr. 5.

Berichterstatter: Dr. Pertz, Facharzt für Orthopädie.

Untersuchungen, welche beweisen, daß die Leibesübungen auf den jugendlichen, in rascher Entwicklung befindlichen Körper einen lebhaften Wachstumsanreiz ausüben, sind bekannt. Dagegen fehlten bisher exakte Angaben über den Einfluß auf den erwachsenen Körper. Material zu diesen Untersuchungen bot dem Verfasser die Polizeischule für Leibesübungen, in welcher jüngere Beamte zu Sport- und Turnlehrern für die Polizei ausgebildet werden. Es handelt sich hier um die Wirkungen vielseitiger körperlicher Betätigung, nicht

um die Einwirkung einer besonderen Sportart. Genaue Untersuchungen wurden an zwei Kursen von etwa 150 Teilnehmern angestellt, deren einer im Sommer, der andere im Winter abgehalten wurde. Zu Beginn, in der Mitte und am Schlusse jedes Lehrganges wurde die Körperlänge, das Gewicht, der Brustspielraum, der Zustand der Muskulatur und der inneren Organe, insbesondere von Herz und Lungen, untersucht. Das Gewicht nahm in den ersten Wochen durchschnittlich stark zu, in der zweiten Hälfte der Kurse trat ein Rückschlag ein. Die Zunahme wird auf vermehrten Stoffansatz zurückgeführt, die nicht auf einer gesteigerten Nahrungsaufnahme beruhen soll, sondern auf einer besseren Ausnutzung der Nahrung. Hat sich dann der Körper darauf eingestellt, so tritt der Rückschlag ein. Dieser Rückschlag war größer beim Winterkurs, weil hier ein Teil der Nahrung zur Erhaltung der Eigentemperatur verbraucht werden muß. Die Muskulatur zeigte ebenfalls zuerst eine Zunahme, dann ein Nachlassen. Umgekehrt verhielt sich der Brustspielraum, einer anfänglichen Verkleinerung folgte eine erhebliche Vergrößerung. Diese Erscheinung wird durch eine Ermüdung der Atemmuskulatur infolge der starken Anstrengung zu erklärt, versucht oder auf einen Zustand subakuter Lungenblähung zurückgeführt, der sich erst allmählich ausgleicht. Bei Kursteilnehmern, die vorher keine Leibesübungen getrieben hatten, war eine erheblichere Gewichtszunahme und stärkere Steigerung des Muskelumfangs wahrzunehmen wie bei den anderen. Bei schlanken Männern wirkte die ungewohnte starke körperliche Betätigung als besonders starker Wachstumsanreiz auf die Muskulatur. Die vorliegenden Untersuchungen bestätigen den stark fördernden Einfluß der Leibesübungen auf die körperliche Entwicklung im Alter zwischen 24 und 30 Jahren.

Die Einwirkung kleiner, regelmäßig genommener Dosen von Phosphorsäure (täglich 3 g Recresal nach dem Mittagessen) zeigte sich in einem erheblichen Stoffansatz, der wohl hauptsächlich das Skelett und die Muskulatur betrifft. Ob jedoch die allgemeine Anwendung dieses Mittels empfehlenswert ist, läßt Verfasser dahingestellt.

Eine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit beobachtete Verfasser bei der Einnahme selbst ganz geringer Alkoholmengen bei Versuchen an 100-Meter-Läufern und 100-Meter-Schwimmern. Die Alkoholleute (7 g 96prozentigen Alkohols) erzielten jedesmal ein schlechteres Ergebnis wie die Kontrolleute.

Felix Genzmer: Bade- und Schwimmanstalten. 2. Aufl. Handbuch der Architektur, 4. Teil, 5. Halbband, 3. Heft. Leipzig, 1921 bei J. M. Gebhardt.

Berichterstatter: Dr. A. Fischer, Karlsruhe.

Das 454 Seiten umfassende, mit zahlreichen Abbildungen und Grundrissen versehene Werk des bekannten Professors der Baukunst an der Technischen Hochschule zu Berlin ist wohl, schon im Hinblick auf die Stelle, an der es erscheint, in erster Linie für den Architekten und Gesundheitstechniker bestimmt. Gleichwohl ist es auch für den Sozialhygieniker von hohem Wert. Das Buch besteht aus vier Kapiteln, von denen die ersten beiden sich mit der geschichtlichen Entwicklung des Badewesens vom Altertum bis zur Gegenwart befassen. Wenn wir auch gerade auf dem Gebiete der Entwicklung des Badewesens — ein für das Studium der Beziehungen zwischen Kultur und Hygiene äußerst wichtiges Gebiet — bereits vortreffliche Einzelschriften, so von Sudhoff (über griechisches Badewesen) und von Martin (deutsches Badewesen), besitzen, so sind die alle Zeiten und alle Völker berücksichtigenden Darlegungen von Genzmer doch dankbar zu begrüßen. Auch die beiden letzten Kapitel, die über die verschiedenartigen Einrichtungen der Badeformen, über Baderäume, Bade- und Schwimmanstalten (Arbeiter-, Kur-, Anstalts- und Privatbäder) eingehend unterrichten, stellen eine wertvolle Bereicherung der Literatur dar.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. A. Fischer, Karlsruhe; für den Anzeigenteil Heinrich Schriever, Karlsruhe. Preis des Einzelheftes Mk. 6.—, Jahresbezug unmittelbar vom Verlag oder durch die Post bezogen (4 Hefte) Mk. 24.—.

Universität Köln. Das Wintersemester 1922/23 beginnt an der Universität Köln am 15. Oktober. Vorlesungsbeginn 30. Oktober 1922. Nähere Auskunft erteilt das Universitätssekretariat, von wo auch das Vorlesungsverzeichnis bezogen werden kann.



Clementinen-Institut für Krankenpflege

Frankfurt a. M.,
Fernsprecher 4796 Hansa.

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

Krankenpfleger und
-pflegerinnen.
Wochenbettpflegerinnen.

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.



Universität Köln

Wirtschafts- u. Sozialwissenschaftliche-, Rechtswissenschaftl., Medizinische (Nur für Kliniker) u. Philosophische Fakultät, Handels- und Verwaltungs-Hochschulstudium.

Vorlesungsbeginn 30. Oktober 1922. Die Einschreibefrist läuft vom 15. Okt. bis 5. Nov. 1922. Das Vorlesungsverzeichnis kann vom Universitäts-Sekretariat gegen Voreinsendung von Mk. 8.00 (dazu Porto Mk. 3.00) bezogen werden.

Verlag: C. F. Müller, Karlsruhe i. B.

In unserem Verlag ist erschienen:

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.

Aus dem Inhalt seien kurz genannt:
Antragstellung, Gewährung und Ver-
sagung; Mitwirkung der Kranken-
kassen; Mitwirkung der Ärzte; Heil-
verfahren für Alkoholranke, Beiträge
für Zahnranke, Bekämpfung der Ge-
schlechtskrankheiten; Heilverfahren
auf Grund der Angestelltenversiche-
rung; Aufnahme Nichtversicherter in
Heilanstalten; Vordruckmuster, Ver-
zeichnis der Bäder, Kliniken usw.
Jeder, der beruflich oder sonst sich
über die Durchführung von Heilver-
fahren zu unterrichten hat, findet in
dem Buchlein 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 Tannenwäldchen 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.**

Abdruck aus Börners Medizinalkalender 1922.

Kassenpraxis:

Fortsetzung aus der letzten Nummer.

Lenicet-Kinderpuder (Lenicet-Streupulver) 5% auch nach) Beutel 35 g	3.20
Rasieren als Hautkosmetikum und Brandwunden) Dose 100 g	11.25
Lenicet-Mundwasser in „Pulverform“ ; Stomatitis, Anginen; täglicher Gebrauch , Mund- u. Nasenspülung, Schleimlösend, Erfrischend, Inhalation; Prothesereinigungs- mittel, Zahnfleischmassage. Geschnupft sekretionanregend . . . große Metall-Dose	28.—
Lenicet-Salbe , Wund-, Augen-, Massagesalbe $\frac{1}{4}$ Dose	8.—
Lenicet-Silberpuder $\frac{1}{2}$ %, Ekzema exfoliat., Ulc. cruris , Otitis med.	10.50
Lenicet-Wund- und Schweißpuder (Lenicet-Streupulver 20%) . Auch als Haut- schutzmittel bei Dauerverbänden und bei Brandwunden Dose ca. 100,0	13.—
Lenicet-Suppositorien (Haemorrhoiden) 6 Stück	20.25
Lenicet-Belladonna-Suppositorien, Tenesmus, Haemorrhoiden 6 Stück	21.75
Lenirenin (staubfein). Lenicet-Präparat. enthält je 1% Cocain und Novocain, cryst. Nebennierensubstanz 0,04 $\frac{0}{100}$. Anästhesierend, anämisierend, adstringierend. Prompte Abschwellung der Schleimhäute: Rhinitis, Heu- und Jodschneupfen , Blephar. und Laryngitis; Blutstillung (Epistaxis , Nasenoperationen usw.)	8.—
Lenirenin-Salbe: Universal-Augen-, Nasen-, Ohrensalbe . Vorzügl. Haemorrhoidal-Salbe , schmerzfindend, blutstillend, die Knoten verkleinernd	22.50
Lenirenin-Belladonna-Salbe bei Haemorrhoiden mit Proktospasmus, Analfissuren usw. Tube	22.50
Lenirenin-Suppositorien bei inneren Haemorrhoidalknoten 6 Stück	23.25
Liquat-Salz (zum Auflösen). Wirkung wie Liq. alum. acet.	6.60
Peru-Lenicet-Pulver , Ulc. crur. , Prurit. und pro vag. als Desod. Exsicc. (Carcinome)	8.80
Peru-Lenicet-Salbe: Wunden, Haemorrh., Ekz. Ulc. crur. . $\frac{1}{4}$ = 21.—, $\frac{1}{2}$ = 12.—	
Rheumasan: Rheumatismus, Ischias, Neuralgien, Influenza . Auch gegen Sohlenschmerzen, Schwielen; feuchte, kalte Füße O.K.P. in Tuben	11.20
Teer-Dermasan , chronische Ekzeme. Tiefenwirkung	16.50
Vermo-Lenicet-Tabletten , vorzügliches Wurmmittel (Oxyuren), 3 x täglich 1 bis 2 Tabletten. (Klysmata mit Liquat-Salz s. ob.)	21.—

Literatur und Präparate-Proben gratis. Ärzten Rabatt.

Dr. Reiß, Rheumasan- und Lenicet-Fabrik,

Charlottenburg 4/24.



Beleuchtungskörper,

Bäder, Klosetts, Ärzte- u. Kranken-
haus-Einrichtungen, Toiletten, elektr.

Heiz- und Kochapparate etc.

Konrad Schwarz

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

**Polytechnisches
Institut**
Arnstadt Thür.
Moderne Laboratorien, Maschinenbau,
Elektrotechnik, Gas- und Wasserrecht,
Chemie, Bau-Ingenieure.

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