

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Sozialhygienische Mitteilungen. 1920-2001 1925

3 (1.7.1925)

Sozialhygienische Mitteilungen

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITSPOLITIK UND -GESETZGEBUNG

Begründet von der Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene
Schriftleiter: Dr. med. Alfons Fischer, Karlsruhe (Baden)

INHALT:

	Seite
1. Der neue Gesetzentwurf zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten Von Generaloberarzt a. D. Dr. von Pezold, Karlsruhe	65
2. Die soziale Krankenhausfürsorge im In- und Ausland. Von Dr. med. H. Meyer-Estorf, Medizinalassessor in Waldenburg i. Schl.	66
3. Eine kulturhygienische Beschreibung der Markgrafschaft Hochberg aus dem Ende des 18. Jahrhunderts. Von Dr. A. Fischer, Karlsruhe	76
4. Tagung der Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene	80
5. Eine kulturhygienische Ausstellung	81
6. Gesundheitsstatistik	83
7. Gesundheitsgesetzgebung	86
8. Gesundheitspolitik	87
9. Bücher- und Schriftenschau	89



Verlag: C. F. Müller, Karlsruhe i. B.

Emil Schmidt & Kons.

Ingenieure

Karlsruhe

Gegr. 1869



Sanitäre und Elektro-Anlagen

Zentralheizung

Biologische Abwasserklärung

(wasserklare Reinigung)



Alois Müller

Karlsruhe-Mühlburg

Rheinstraße 42.



Fabrik für alkoholfreie
Getränke aller Art.

Karl Appenzeller

Seifenfabrik

Gegründet 1826



Karlsruhe

Bürgerstrasse 3 :: Telephon 1753

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 Mk., für Einzelpersonen wenigstens 6 Mk.

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

Die Geschäftsstelle
der
„Sozialhygienischen Mitteilungen“.

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.

9. Jahrg.

Juli 1925

Heft 3

Inhalt: 1. Der neue Gesetzentwurf zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Von Generaloberarzt a. D. Dr. von Pezold, Karlsruhe. 2. Die soziale Krankenhausfürsorge im In- und Ausland. Von Dr. med. H. Meyer-Estorf, Medizinalassessor in Waldenburg i. Schl. 3. Eine kulturhygienische Beschreibung der Markgrafschaft Hochberg aus dem Ende des 18. Jahrhunderts. Von Dr. A. Fischer, Karlsruhe. 4. Tagung der Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene. 5. Eine kulturhygienische Ausstellung. 6. Gesundheitsstatistik. 7. Gesundheitsgesetzgebung. 8. Gesundheitspolitik. 9. Bücher- und Schriftenschau.

Der neue Gesetzentwurf zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Von Generaloberarzt a. D. Dr. von Pezold, Karlsruhe.

Der neue Gesetzentwurf deckt sich im wesentlichen mit dem letzten im Jahre 1922 vorgelegten, der damals in der vom Reichstag abgeänderten Form vom Reichsrat verworfen wurde. Begründet wird er mit der bedrohlichen Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten. Er beziffert die jährliche Zugangsziffer im Reich rund auf $\frac{1}{2}$ Million.

Die wichtigsten Punkte sind folgende:

Die Geschlechtskranken beiderlei Geschlechts haben die Pflicht, sich von einem approbierten Arzt behandeln zu lassen. Laien ist die Behandlung sowohl von Geschlechtskrankheiten wie von anderen Krankheiten und Leiden der Geschlechtsorgane verboten. Die Geschlechtskranken und die Verdächtigen können zur Vorlegung eines Gesundheitszeugnisses gezwungen werden, zwangsweise einem Heilverfahren unterworfen oder in ein Krankenhaus verbracht werden. Zeugnisse eines behördlich dazu ermächtigten Arztes können auch wiederholt gefordert werden. Die Mitwirkung der Polizei bleibt unentbehrlich.

Die gewerbsmäßige Unzucht als solche soll straflos bleiben, solange sie das Anstandsgefühl nicht verletzt, doch soll die Unterstellung unter polizeiliche Aufsicht und die polizeiliche Listenführung unterbleiben. Da die bisherige Form der Reglementierung die große Zahl der heimlichen Dirnen nicht erfaßt, soll eine Entseuchung auch des heimlichen Dirnenwesens versucht werden, indem man durch Aufhebung des Kuppeleiparagraphen in der bisherigen Form die Heimlichkeit zu beseitigen sucht und die Wohnungssuche erleichtert. Dafür sollen die Bordelle fortfallen wegen der Ausbeutung der Dirnen in denselben. Absteigequartiere sind gestattet, auch die Kasernierung scheint möglich, wenn sie nicht zur Ausbeutung führt. Ausführungsbestimmungen und Kostenregelung sind Sache des Landesrechtes.

Die Durchführung dieser gesundheitlichen Aufgaben ist Gesundheitsbehörden zu übertragen, die sich mit den Beratungsstellen für Geschlechtskranke und den sonstigen Fürsorgeeinrichtungen im Einvernehmen zu halten haben. Damit werden zum ersten Male diese Beratungsstellen im Gesetz verankert, und dies wird auf ihre künftige Organisation nicht ohne Einfluß bleiben. Bisher glich keine völlig der anderen, doch konnte man drei Hauptssysteme unterscheiden.

Das erste System macht zum nebenamtlichen Leiter der Beratungsstelle einen Arzt, der Universitätslehrer, Leiter einer Hautabteilung, bzw. beamteter Arzt ist oder aus irgend einem anderen Grunde eine überlegene Stellung einnimmt. Das zweite System wählt im strikten Gegensatz hierzu zum hauptamtlich bezahlten Leiter einen Nichtfacharzt, der aus irgend einem Grunde (hohes Alter, Kriegsverletzung usw.) keine Praxis ausübt. Das dritte System verzichtet überhaupt auf die ärztliche Leitung und verlegt die Beratungsstelle in das Sprechzimmer jedes einzelnen Facharztes und praktischen Arztes der Stadt, die sich sämtliche zur fachgemäßen Behandlung und Überwachung ihrer Geschlechtskranken verpflichten und diese ausnahmslos melden, soweit sie gewissen Kassen angehören.

Der neue Gesetzentwurf bestimmt, daß Geschlechtskranke der Beratungsstelle bzw. der Gesundheitsbehörde nur zu melden sind, wenn sie sich der ärztlichen Behandlung oder Beobachtung entziehen, er fordert also nicht die allgemeine, sondern die beschränkte Anzeigepflicht im Gegensatz zum dritten System, das wahllos alle meldet. Die Beratungsstellen sollen gegebenenfalls zunächst dem Kranken die nötigen Anweisungen erteilen. Dazu scheint ein ärztlicher Leiter nötig, und zwar ein fachärztlicher, wie ihn nur das erste System besitzt.

Dieses wird seiner Aufgabe der Entseuchung am besten gerecht werden, wenn es die Hauptquellen der Infektion, die asozialen Elemente der öffentlichen und geheimen Dirnen, der Gefangenen und Vagabunden erfaßt.

Die soziale Krankenhausfürsorge im In- und Ausland.

Von Dr. med. H. Meyer-Estorf, Medizinalassessor in Waldenburg i. Schl.

Die soziale Krankenhausfürsorge ist ein Gebiet der sozialen Hygiene, das in Deutschland noch nicht genügende Beachtung gefunden hat. Vergebens durchsucht man in den meisten einschlägigen Werken die Sachnachweise nach diesem Begriff. Zahlreichen Krankenhausärzten ist er fremd. Das Gesundheitsamt eines benachbarten Auslandsstaates deutscher Sprache schrieb mir: Der Begriff „soziale Krankenhausfürsorge“ war uns bis jetzt unbekannt.

Was ist soziale Krankenhausfürsorge? Ein amerikanischer Arzt definierte sie als Anwendung des gesunden Menschenverstandes (common sense), um den Patienten gesund zu machen (Strauß). Wenn man von den Absichten ausgeht, unter denen in Deutschland an die Arbeit herangegangen wurde, so muß man den Begriff festlegen als Summe aller fürsorgerischen Bestrebungen, welche geeignet sind, die Arbeit der Ärzte im Krankenhaus zu vervollständigen, indem die genesungshemmenden Wirkungen von Kummer und Sorge auf den Kranken beseitigt und die Erfolge der Krankenhausbehandlung nach Möglichkeit auch für die Zukunft sichergestellt werden. Ein großer Teil ihres Programms ist also auf Beseitigung von genesungshemmenden psychischen Faktoren eingestellt. Darin liegt etwas stark Persönliches und gleichzeitig etwas Unbestimmtes. Dieses Persönliche ist es, das die Berichte einzelner Krankenhausfürsorgerinnen so tiefe Befriedigung atmen läßt: „Wohl kein anderer Beruf bringt soviel Befriedigung als die Krankenhausfürsorge“, schreibt eine Münchener Fürsorgerin. Und mit dem Unbestimmten dieser Fürsorge hängt es zusammen, daß sich ihre Erfolge nur zum Teil in Statistiken und Tabellen abmessen lassen.

Daß psychische Faktoren Art und Verlauf einer Krankheit beeinflussen können, bedarf keiner näheren Begründung. Neurosen können allein in dieser Ursache ihren Ursprung haben. Bei der dauernden Beschäftigung mit trüben Gedanken bleiben Schlaf und EBlust aus, und die Genesung zieht sich in die Länge. „Ein Mensch, der weiß, daß alles schön weiterläuft, daß er nach der Genesung wieder da einsetzen kann, wo ihn die Krankheit herausgerissen hat, wird seinen ganzen Lebenswillen auf seine Genesung konzentrieren können“ (Dix).

Der Aufgabenkreis der Sozialen Krankenhausfürsorge ist durch unsere Begriffsbestimmung gegeben. Alle psychischen und sonstigen Hemmungen, die der Gene-

sung entgegenstehen, sollen beseitigt werden, kleine wie große Sorgen. Hier eine kleine Befähigung, dort die Beschaffung einer Arbeitsmöglichkeit — das sind ungefähr die beiden Pole, zwischen denen sich die Tätigkeit der Krankenhausfürsorgerin zu bewegen hat.

Durch einen einfachen Rat kann eine kundige Fürsorgerin schon viel helfen. Manche Rechte der Kranken bleiben ungenützt, weil die Kranken sie gar nicht kennen. Die Fürsorgerin braucht sie nur darauf aufmerksam zu machen. Viele sind über die Leistungen der Versicherungen nicht unterrichtet, ältere Leute häufig nicht über die Unterhaltspflicht ihrer Kinder ihnen gegenüber. Zahlreichen Kranken fehlt auch der nötige Antrieb, entsprechende Schritte zu tun, anderen die persönlichen Eigenschaften, sich durchzusetzen. Wenige wissen, wohin sie sich zu wenden haben. „Man wundert sich, wie wenig Menschen sich in ihren eigenen Angelegenheiten zurechtfinden“, schreibt eine Fürsorgerin.

Das Schreiben eines Briefes für den Kranken kann ihm eine große Erleichterung bedeuten. Die entfernt wohnenden Eltern oder Kinder sollen benachrichtigt werden. Ein Antrag an die Landesversicherungsanstalt auf Verschiebung in ein Erholungsheim muß geschrieben werden. Bei Errichtung eines rechtsgültigen Testaments leistet die Fürsorgerin Hilfe.

Gänge und Besorgungen aller Art übernimmt die Fürsorge. Sie stellt die Verbindung des Kranken mit seinem Hausstand her. Bei Unfällen, die zu plötzlicher Krankenaufnahme führen, werden die Angehörigen benachrichtigt, die notwendigen Bedarfsgegenstände des täglichen Lebens besorgt. Kleine Kinder werden zum Besuch ihrer kranken Mutter ins Krankenhaus begleitet oder der Mutter wird auch nur Nachricht über das Ergehen der Kinder gebracht.

Eine junge uneheliche Mutter liegt im Krankenhaus. Die Eltern wollen nichts mehr von ihr wissen. Sie leidet schwer darunter. Durch Zureden wird die Versöhnung herbeigeführt.

Oder ein Arbeitgeber wird durch persönliche Rücksprache veranlaßt, eine schon ausgesprochene Kündigung zurückzuziehen.

In Fällen, in denen sie selbst nicht helfen kann, muß die Fürsorgerin vermitteln. Sind die Kranken nicht versichert, so müssen häufig die Krankenhauskosten ganz oder zum Teil beschafft werden. Verwandte des Kranken werden dazu bestimmt, sie zu übernehmen oder ihm zu diesem Zweck ein Darlehen zu geben. Oder die Fürsorgerin wendet sich an Stiftungen, Vereine usw. In orthopädischen Kliniken oder Polikliniken spielt die Beschaffung der Apparate eine große Rolle.

Alleinstehenden Leuten, denen die Erkrankung dauerndes Siechtum bringt, wird ein Heim im Siechenhaus vermittelt. Hatten sie eine Wohnung, so muß diese aufgelöst werden.

Hilfe für die Familie muß beschafft werden, wenn der Ernährer im Krankenhaus liegt. Wenn es sich um eine Familienmutter handelt, muß der Hausstand versorgt werden, z. B. durch Hauspflegevereine oder dergleichen, oder die Kinder müssen in einem Kinderheim, bei Freunden und Verwandten untergebracht werden. Andere hilflos zurückgebliebene Personen müssen versorgt werden.

Nicht selten beginnt die Hauptarbeit bei der Entlassung. Es muß Arbeit beschafft werden, oder der Entlassene muß einer anderen Fürsorge überwiesen werden (Fürsorge für Trinker, Tuberkulöse, Psychopathen, Geschlechtskranke, Schwangere, Säuglinge usw.) oder ein Berufswechsel ist nötig, bei dem der Kranke beraten werden muß.

Kranken, denen Treppensteigen schwer fällt oder geradezu gefährlich ist, wie z. B. Herzkranken, muß eine Wohnung zu ebener Erde vermittelt werden.

Alle denkbaren Einzelfälle aufzuzählen, ist unmöglich. Ihre Zahl ist unbegrenzt. Jeder Fall ist ein neues Problem. Wo es etwas zu helfen gibt, soll die Krankenhausfürsorge helfen. Vor allem ist sie Vermittlungsstelle zwischen Kranken und denjenigen Stellen, die helfen können. Es kommen in Betracht: Alle kommunalen Fürsorgeeinrichtungen, Armenverwaltungen, Arbeitsnachweise, Wohnungsämter, Versicherungsbehörden, Kassen, Militärverwaltung, Postverwaltung, Eisenbahnverwaltung, Arbeitersekretariate, Gewerkschaften, Innungen, Hauspflegevereine, Stiftungen, Pfarrämter, Arbeitgeber usw.

Die Tätigkeit der sozialen Krankenhausfürsorge setzt also in Deutschland das Vorhandensein anderer Wohlfahrtseinrichtungen voraus: wo diese fehlen, muß die Krankenhausfürsorge sie sich selbst schaffen wie in Amerika, wo die Krankenhausfürsorge auch die Fürsorge für Tuberkulöse, Säuglinge, Schwangere, Geschlechtskranke usw. mit umfaßt.

Für die Unterhaltung der Kranken zu sorgen, ist nicht eigentlich Aufgabe der sozialen Krankenhausfürsorge. Es kann aber empfehlenswert sein, wie es Anna v. Bröcker vorschlägt, das Veranstalten von Vortragsabenden oder die Versorgung der Kranken mit Lesestoff in die Hände der Fürsorgerin zu legen, wenn sie Neigung und Geschick dazu hat. Sie erwirbt damit Sympathien, auch bei den Angehörigen der Kranken.

Das Segensreiche einer solchen Einrichtung liegt auf der Hand. Der Kranke kann ruhig im Krankenhaus seine Genesung abwarten, ohne daß Sorgen ihn zu früh hinausdrängen, was den Erfolg der ganzen Behandlung in Frage stellen würde. Andererseits wird eine unter ungünstigen psychischen Einwirkungen sich hinschleppende Genesung beschleunigt, so daß der Aufenthalt im Krankenhaus dadurch abgekürzt wird. Der Arzt ist in der Lage, sich wertvolle Unterlagen zum Studium der sozialen Pathologie zu verschaffen, und schließlich werden durch diese soziale Krankenhausfürsorge andere Fürsorgeeinrichtungen besser ausgenutzt.

Solange es Krankenhäuser gibt, so lange gibt es auch eine Krankenhausfürsorge. Ärzte, Schwestern und Anstaltsgeistliche haben sie getrieben, wenn sie in Erkenntnis des Unzulänglichen der eigentlichen Krankenhausbehandlung sich über diese hinaus ihrer Schützlinge annahmen, um ihnen weiter zu helfen. So wurde in einzelnen Fällen Schönes erreicht. Diese soziale Arbeit aber auf alle Krankenhausinsassen auszudehnen, die es anging, mußte Zweck und Ziel einer planmäßig organisierten sozialen Krankenhausfürsorge sein.

Die ersten Anfänge zu einer solchen Fürsorge finden sich in England, etwa im Jahre 1793 (Meyer). Auf Veranlassung und unter Beratung von Krankenhausärzten taten sich Frauen zusammen, die den Kranken nach der Entlassung helfend zur Seite standen. Auch die Arbeit der englischen Armenpflegerinnen, die die Aufgabe hatten, Notleidende an die richtigen Hilfsquellen zu verweisen, fällt zum Teil unter den Begriff der sozialen Krankenhausfürsorge.

Das Mutterland der modernen Krankenhausfürsorge sind die Vereinigten Staaten von Nordamerika. Doch ist zu bemerken, daß der amerikanische Begriff Hospital Social Service viel umfassender ist als der deutsche Begriff Soziale Krankenhausfürsorge.

Das Kinderhospital von San Franzisko führte im Jahre 1886 eine Krankenhausfürsorge ein, indem es eine seiner Schwestern damit beauftragte, die Mütter der in Behandlung befindlichen Kinder in ihrer Wohnung aufzusuchen und sie in der Nahrungszubereitung und Säuglingsbehandlung zu unterweisen. Diese Schwestern arbeiteten in enger Fühlung mit den Ärzten des Krankenhauses, die ihnen als Berater zur Seite standen.

Im Jahre 1890 führte Henry Dwight-Chapin eine ähnliche Einrichtung für entlassene Kinder des Post-Graduate-Hospital in New-York ein. Zunächst übernahmen zwei ehrenamtlich tätige Damen, die Erfahrung in sozialer Arbeit hatten, den Posten als Besucherinnen. 1894 wurde eine Ärztin, später eine Schwester hauptamtlich für diesen Zweck angestellt. Die Arbeit hatte drei Ziele: Erstens sollte das im Krankenhaus Erreichte nach Möglichkeit gesichert werden, entweder durch materielle Unterstützung oder durch Unterweisung-oder andere zweckmäßige Maßnahmen. Zweitens sollten die Grundursachen der Krankheiten abgestellt werden, um Rückfälle zu verhüten. Drittens sollten die sozialen Bindungen, die zu Krankheit und Entkräftung führten, studiert werden. In allen Fällen wurden Zählkarten angelegt.

Einen großen Schritt vorwärts bedeutete die Einführung der sozialen Krankenhausfürsorge am Massachusetts General Hospital in Boston durch Richard C. Cabot im Jahre 1905. Es wurde zunächst eine Schwester angestellt, um die wirtschaftlichen und häuslichen Verhältnisse derjenigen Patienten zu erkunden, die zu ambulanter Behandlung kamen und bei denen man keinen oder nur geringen Erfolg zu verzeichnen hatte. Der Erfolg dieses Versuches war so günstig, daß noch im selben Jahre ein offizielles Büro „Social Service Department“ eingerichtet wurde. Dieses wurde ganz auf eigene Füße gestellt und mußte die Mittel zu seinem Unterhalt selbst aufbringen. Durch geschickte Werbung von freiwilligen Spenden gelang das auch. Von der jetzigen Ausdehnung der Krankenhausfürsorge an diesem Hospital kann man sich einen Begriff machen, wenn man erfährt, daß allein die „Volunteer Organisation“ dieses Social Service Department rund 140 Mitglieder zählt, darunter viele Studentinnen von sozialen Schulen. Die Zahl der eigentlichen Fürsorgerinnen (Worker) beträgt mehr als 50. Die Organisation mutet fast militärisch an. Den Stab bilden 2 Damen als Chief und Acting Chief. An der Spitze jeder Unterabteilung steht eine Oberfürsorgerin (Head worker), der bis zu 7 Fürsorgerinnen unterstellt sind. Bemerkenswerterweise bildet die Fürsorge für die auf den Stationen liegenden Kranken eine verhältnismäßig kleine Abteilung. Nur 7 Fürsorgerinnen sind hier tätig. Ihr steht das große „Out-

patient Department“ gegenüber, das sich wiederum in das General Department und die einzelnen Spezialkliniken teilt. Das General Department ist für die Patienten der Kliniken, in denen keine besondere Fürsorgerin tätig ist.

Das Hauptgebiet der Krankenhausfürsorge in Boston wie auch sonst in Amerika umfaßt also die ambulanten Patienten.

Übergeordnet ist dem Departement ein von den Fürsorgerinnen selbstgewählter Überwachungsausschuß von etwa 12 Mitgliedern, an dessen Spitze als Vorsitzender der Direktor der Anstalt, Cabot, und ein Schatzmeister stehen. Ihm gehören Anstaltsärzte, Geschäftsleute und außerhalb der Anstalt stehende erfahrene Sozialbeamte an. Die Zugehörigkeit des Direktors sollte Schwierigkeiten mit der Verwaltung vermeiden helfen. Die Gegenwart der Ärzte bezweckte einerseits, deren Wünsche zu erfahren, andererseits ihnen die Möglichkeiten der Fürsorge zu zeigen. Die Berufung von Sozialbeamten in den Ausschuß diente der Förderung der Beziehungen zu anderen Sozialeinrichtungen. Der Ausschuß tagt in regelmäßigen Sitzungen.

Alljährlich wird ein Tätigkeitsbericht von etwa 25 bis 45 Seiten Umfang herausgegeben, der allerlei lesenswerte kleinere Aufsätze enthält. In jedem Heft befindet sich ein Formular zur Zeichnung eines Betrages für das Social Service Department. Der Schatzmeister berichtet über den Etat, der sich 1921 auf die stattliche Summe von rund 40000 Dollar belief. Von den Ausgaben kamen 33000 Dollar auf Gehälter, das übrige auf Bürokosten, Postgebühren, Ausgaben für Kranke usw. Es werden auch Gelder ausgeliehen, z. B. an Patienten der orthopädischen Klinik, die einen notwendig gewordenen Apparat nicht sofort bezahlen können. Sie erstatten das Darlehen in kleinen monatlichen Raten. Handelt es sich um besonders kostspielige Apparate, so werden die Mittel dazu aus einem privaten Fonds bewilligt, der zur Verfügung der orthopädischen Fürsorgerin steht. Außerdem ist ein allgemeiner Fonds in Bildung begriffen, als dessen Kern 1922 schon 28100 Dollar vorhanden waren.

1919 wurde ein weiterer Schritt vorwärts getan. Das Department wurde zu einer Abteilung des Krankenhauses erhoben, während es vorher nur den Namen einer solchen hatte. Das hatte sehr wichtige praktische Folgen in finanzieller Hinsicht; das Department hatte zwar weiter sein eigenes Budget, aber ein etwaiges Defizit wurde nun aus dem allgemeinen Fonds des Krankenhauses gedeckt. Ferner wurde aus dem Überwachungsausschuß (Supervisory Committee) ein Beratungsausschuß (Advisory Committee).

In New York wurde im Jahre 1906 am Bellevue-Hospital eine Krankenhausfürsorge eingerichtet. Auch hier wurde zunächst eine Schwester angestellt, die ein mit Nachschlagebüchern und Telefon versehenes Büro erhielt. Schon nach fünf Monaten wurde eine Hilfskraft nötig, und nach fünf Jahren war ein großer Stab von Mitarbeitern vorhanden.

Bis zum Jahre 1917 gab es 126 Social Service Departments in den Vereinigten Staaten. Die jährliche Zuwachsziffer ist für

1905	1	1911	19
1906	2	1912	17
1907	8	1913	24
1908	3	1914	21
1909	6	1915	7
1910	6	1916	3
		unbestimmt	9

126

Bemerkenswert ist der Rückgang der Zahl der Gründungen durch den Krieg. Von diesen 126 Departments waren 93 offizielle Abteilungen ihrer Krankenhäuser, 26 nicht. Im ganzen waren 388 besoldete Fürsorgerinnen tätig. Bei 91 von ihnen war die Vorbildung ermittelt worden: 8 hatten nur Schwesternausbildung, 20 hatten soziale Ausbildung, 61 waren sowohl als Schwestern wie sozial ausgebildet, 2 hatten eine andere Vorbildung.

Die Organisationen waren so verschieden wie nur möglich. Nicht zwei der Einrichtungen hatten die gleiche Organisation.

Interessant ist, wie die Errichtung motiviert wurde. 15 wollten die ärztlichen Resultate verbessern, andere sahen ihr Ziel in der Wohlfahrt der ärmeren Patienten; einige wünschten ihre Patienten zur Selbsthilfe zu erziehen, wieder andere wollten das Krankenhaus vor Überlastung schützen. Eine Fürsorge war lediglich zu Unterrichtszwecken eingerichtet worden, als Teil einer soziologischen Universitätsabteilung. Außerdem wurden an 33 Departments Schüler ausgebildet.

Nach dem Kriege gewann die H.S.S. in Amerika rasch an Boden. Sie ist jetzt zusammengesetzt zu einer Organisation, die ein Zentralbüro in New York unterhält. Zurzeit sind ihr etwa 400 Krankenhäuser angeschlossen.

Eine Zeitschrift Hospital Social Service gibt es bereits seit 1920. Alljährlich findet ein Kongreß der Fürsorgerinnen statt. Es wird gehofft, daß durch den Austausch von Erfahrungen Schwierigkeiten vermieden werden, unter denen einige Departments zu kämpfen hatten.

So hat sich die soziale Krankenhausfürsorge in Amerika heute in der Tat zu einem „Integrating Factor“ des Krankenhauses entwickelt. Cabot vergleicht sie mit einem Nervensystem, das die einzelnen Teile des Krankenhauses eint und vervollständigt.

Ist nun aber das, was die Amerikaner unter Hospital Social Service verstehen, identisch mit unserer Sozialen Krankenhausfürsorge? Die Antwort darauf kann nur lauten: nein. Aus den Berichten geht ganz klar hervor, daß in dem amerikanischen Begriff alles enthalten ist, was wir unter Tuberkulosefürsorge, Säuglingsfürsorge, Schwangerenfürsorge, Geschlechtskrankenfürsorge verstehen. Es wäre sonst ganz unverständlich, daß der Ward Social Service, die Fürsorge für die Kranken der Stationen, einen so kleinen Teil des ganzen Departments bilden könnte. Diese letztere würde sich ungefähr mit unserem Begriff decken. Eine andere Frage ist es, ob die amerikanische Zentralisation der gesamten Fürsorge im Krankenhaus nicht viele Vorzüge vor unserer Organisation hat und vor allem große Ersparnisse bedeutet. Ein näheres Eingehen auf diesen Punkt ist hier leider unmöglich.

Es ist nicht zu vergessen, daß es in Amerika noch keine soziale Versicherung gibt. Auch diesem Umstand ist wohl die große Ausdehnung des Hospital Social Service Department mit zuzuschreiben. Wir haben also keinen Anlaß, uns durch die amerikanischen Ziffern sonderlich imponieren zu lassen.

So ist es auch verständlich, daß die soziale Krankenhausfürsorge in dem stammverwandten England eine andere Bezeichnung, Hospital care, hat.

Im Jahre 1909 nahm der Cicely Northcote Trust in London versuchsweise die soziale Krankenhausfürsorge für die Insassen des St. Thomas-Hospitals in sein Programm auf. Maßgebend war auch hier der Wunsch, den Kranken die Sorge um die Zukunft und um die zu Hause gelassenen Familienmitglieder abzunehmen und die Erfolge des Krankenhausaufenthaltes sicherzustellen gegen die Einwirkungen von häuslichem Elend und Unwissenheit.

Zufolge seines ersten Jahresberichts scheint der Trust auch die Tuberkulösen und Schwangeren der poliklinischen Abteilung in seine Fürsorge genommen zu haben, wie einem Artikel in Lancet (1910, S. 1842) zu entnehmen ist. In den beiden letzten Jahresberichten beschränkt er sich nur auf die soziale Krankenhausfürsorge, wie wir sie verstehen.

An der Spitze des Trusts steht ein Kuratorium, dem auch die Armenpflegerin des Hospitals angehört. Vier Fürsorgerinnen sind tätig, ob besoldet oder unbesoldet, geht aus den Berichten nicht hervor, wahrscheinlich ist das erstere, denn im Etat erscheint der Posten Office Expenses mit 375 Pfund Sterling auffallend hoch. Das Gesundheitsministerium leistete 1922 einen Zuschuß von 750 Pfund, durch Beiträge wurden 435 Pfund aufgebracht. Der Trust verfügt über mehrere Fonds. Seine Tätigkeit entspricht genau der unseren. Seine besondere Fürsorge wendet er den Krebskranken zu, und immer wieder wird auf die rührende Dankbarkeit dieser Leute gerade für die kleinsten Dienste hingewiesen. Alljährlich wird ein Tätigkeitsbericht herausgegeben.

Die Krankenhausfürsorge in England ist nicht auf dieses Hospital beschränkt geblieben. Andere Wohlfahrtsorganisationen haben ihre Tätigkeit auch auf dieses Gebiet ausgedehnt (Lancet 1912, S. 1698).

Auch in Frankreich gibt es eine soziale Krankenhausfürsorge (service social a l'hôpital). In Paris besteht sie aus drei Abteilungen, der section de maternité, section des tuberculeux, section des enfants. Am l'hôpital des enfants malades sind ehrenamtlich Damen tätig, welche der Durchführung der ärztlichen Vorschriften nach der Entlassung die Wege ebnen (Presse médicale 1914, S. 482). Doch sind mit dem Ausbau der Organisation besoldete Fürsorgerinnen angestellt worden. Im conseil d'administration sind neben Herren und Damen der Pariser Gesellschaft auch Behörden vertreten. Von einer gemeinsamen Geschäftsstelle wird ein Jahresbericht herausgegeben. Für die Ausdehnung des service social auf Lungenheilstätten hat sich Toussaint in Frankreich eingesetzt. Er befürwortet eine regelmäßige Beschäftigung mit leichter Arbeit sowie nach der Entlassung Beschaffung von Arbeitsgelegenheit, die den ärztlichen Vorschriften entspricht. Auch soll der Haushalt für die Heimkehr in hygienischem Sinne vorbereitet werden.

In der Schweiz gibt es nichts, was unter den Begriff der sozialen Krankenhausfürsorge fällt. Es sind einige Vereine für Hauspflege vorhanden, die bei Erkrankungen und Wochenbett von Familienmüttern erfahrene Frauen als Hauspflegerinnen anstellen, welche an Stelle der im Spital krank darniederliegenden Mutter die Haushaltung besorgen, sie stehen aber in keiner Verbindung mit dem Krankenhaus.

Auch in Schweden fehlt eine organisierte Fürsorge. Die Stadt Stockholm zahlt jährlich eine Summe an die Krankenhäuser, die bei der Entlassung unter die bedürftigen Kranken verteilt wird. Zu demselben Zweck gibt es auch Stiftungen (Prof. Holmgren, Kunzl. Serafimerlasarettet, briefl. Mitteilung).

Spanien scheint vorläufig noch kein geeigneter Boden für die soziale Krankenhausfürsorge zu sein, städtische Krankenhäuser bestehen fast gar nicht, und der Staat verfügt über sehr wenige Anstalten (Fr. van Eyseren, Madrid, briefl. Mitteilung).

Nachrichten von Österreich fehlen mir. Einen größeren Umfang kann eine etwa bestehende Krankenhausfürsorge nicht haben. In den medizinischen Zeitschriften ist nicht das Geringste darüber zu finden, und Teleky, der unter besonderer Berücksichtigung der österreichischen Verhältnisse die Aufgaben der sozialen Fürsorge bei Kriegsende erörtert, erwähnt mit keinem Wort die soziale Krankenhausfürsorge.

Aus dem übrigen Ausland stehen mir keine Nachrichten zur Verfügung. Anfragen blieben unbeantwortet. Da sich die soziale Krankenhausfürsorge überhaupt noch im ersten Entwicklungsstadium befindet, kann man annehmen, daß es dort keine besonderes Interesse beanspruchenden Einrichtungen gibt.

Trotz starker Hemmungen haben sich die Krankenhausfürsorgebestrebungen in Deutschland durchgesetzt. Soviel ich erfahren konnte, gibt es heute eine soziale Krankenhausfürsorge in:

Altona, Berlin, Braunschweig, Breslau, Darmstadt, Dortmund, Dresden, Düsseldorf, Frankfurt am Main, Gelsenkirchen, Hamburg, Kiel, Köln, Königsberg, Leipzig, München, Stettin, Trier sowie in dem Tuberkulosekrankenhaus Rohrbach bei Heidelberg.

Auch hier sind die einzelnen Organisationen ganz verschieden. Die bedeutenderen sollen hier besprochen werden.

In Berlin wurde die Arbeit im Jahre 1894 an der Charité aufgenommen. Ausgeübt wurde sie von Mitgliedern der Frauen- und Mädchengruppen für soziale Hilfsarbeit. Im Winter 1913/14 genehmigten die städtischen Krankenhausdeputationen von Berlin, Charlottenburg und Schöneberg auf Antrag der Frauen- und Wohlfahrtsvereine die Zulassung der Sozialen Krankenhausfürsorge an den städtischen Krankenhäusern. Im Frühjahr 1914 konnte in ihnen die Arbeit beginnen. Einige Wochen später bildete sich aus Mitgliedern der Vereine ein Komitee, an dessen Spitze Alice Salomon stand, das die Organisation der Krankenhausfürsorge und ihren Ausbau leiten, den Verkehr mit den Behörden führen, den Austausch von Erfahrungen vermitteln und neue Mitarbeiter gewinnen sollte. Ausgeübt wurde die Fürsorge in den städtischen Krankenhäusern von den durch das Komitee eingesetzten Fürsorgerinnen, die ehrenamtlich tätig waren.

Unter den ungünstigen Wirkungen des Krieges hatte die Tätigkeit des Komitees sehr zu leiden. Die schwierigen wirtschaftlichen Verhältnisse brachten es mit sich, daß sich die ehrenamtlich tätigen Kräfte nicht mehr in genügender Anzahl zur Verfügung stellen konnten. An den Krankenhäusern von Schöneberg und der früheren Stadtgemeinde Berlin wurden 1919 die ehrenamtlichen Fürsorgerinnen durch hauptamtlich angestellte Fürsorgeschwestern abgelöst. Im selben Jahre löste sich das Komitee auf.

Aus einer Sondergruppe des Komitees, die ihre Tätigkeit an den Universitätskliniken außerhalb der Charité ausübte, hat sich ein Verein herausgebildet. „Soziale Krankenhausfürsorge der Berliner Universitätskliniken außerhalb der Charité“. Er übt die Fürsorgearbeit im Universitätsinstitut für Orthopädie in der III. medizinischen Klinik, der chirurgischen Universitätsklinik und Poliklinik und der Universitätsaugenklinik aus. In der Universitätsfrauenklinik hat der Verein keinen Fuß fassen können, weil die Generalvormundschaft hier die Beratung übernommen hat. Die Fürsorge wird von den Damen des Vereins ehrenamtlich ausgeübt. An dem Universitätsinstitut für Orthopädie beschränkt sich die Fürsorge fast ausschließlich auf Beschaffung der Kosten für orthopädische Apparate. Es finden wöchentlich 1—2 Sprechstunden in jedem Institut statt. Der Verein wurde einmal vom Kultusminister Haenisch mit 5000 Mark unterstützt. In dem 7. Jahresbericht für das Jahr 1924 wird über die Tätigkeit berichtet:

Es wurden erfolgreich bearbeitet	1002 Fälle
Beraten wurden	99 „
	<hr/>
	1101 Fälle
Zahl der Hausbesuche	107

Es wurden vermittelt Aufnahmen in:	
Krankenhaus	in 71 Fällen
Lungenheilstätte	„ 49 „
Irrenanstalt	„ 1 „
Siechenhaus (Hospital)	„ 7 „
Altersheim	„ 1 „
Mütter- und Säuglingsheim	„ 38 „
Leichtkrankenhaus, Erholungsheim	„ 128 „
bei Angehörigen	„ 2 „
in Privatpflege	„ 1 „
Dadurch wurden Wohnungen frei	„ 1 „
Vorübergehend Unterkunft wurde beschafft	„ 13 „

Es wurden vermittelt:

- in 334 Fällen orthopädische Apparate, Zahnersatz, Brillen und kleine Heilmittel,
- „ 151 „ ambulante Behandlung;
- „ 420 „ konnte Kostenübernahme der Behandlung bzw. ein Zuschuß dazu von nicht städtischer Seite beschafft werden, wodurch die städtische Wohlfahrtspflege entlastet wurde, davon in 218 Fällen von der Sozialen Krankenhausfürsorge,
- „ 84 „ wurde der Patient zum Selbstzahlen veranlaßt,
- „ 25 „ wurde Krankenpflege im Hause oder Wirtschaftsführung (Hauspflege) vermittelt.

Es wurden Ernährungsbeihilfen, Kleidung, Heizung, in 13 Fällen aus städtischen Mitteln,

- „ 287 „ aus nicht städtischen Mitteln vermittelt, davon in 255 Fällen von der Sozialen Krankenhausfürsorge,
- „ 54 „ wurden Rentenansprüche geltend gemacht.

An öffentliche Fürsorgestellen (Tuberkulose-, Säuglingsfürsorge usw.) wurden 170 Kranke verwiesen,
 an die Wohlfahrts- und Jugendämter 429 „ „
 an private Stellen 114 „ „
 bessere Wohnungen verschafft in 4 Fällen.

Nach dem Bericht aus dem Jahre 1920 hatte sich der Kreis der Personen, die in die Fürsorge traten, verschoben. Die Zahl der Angehörigen des gebildeten Mittelstandes hat sich erheblich vergrößert.

Eine eigene ehrenamtlich tätige Fürsorgerin hat das Krankenhaus der jüdischen Gemeinde.

Um eine gewisse Einheitlichkeit der Arbeit zu gewährleisten und den Austausch von Erfahrungen zu vermitteln, hat sich eine Arbeitsgemeinschaft der sozialen Krankenhausfürsorgerinnen gebildet, die in regelmäßigen Sitzungen im Hauptgesundheitsamt zusammentritt.

Zahlreiche große Krankenhäuser Berlins sind noch ohne Fürsorge, z. B. das Krankenhaus Westend und die Charité.

In Breslau ist die Soziale Krankenhausfürsorge Untergruppe eines Vereins, die der Magistrat ohne Namensveränderung übernahm. An seiner Spitze steht eine ehrenamtlich gewählte Dame, Schriftführer ist ein Magistratsmitglied. Die Krankenhausfürsorge gehört zum Geschäftsbereich des städtischen Wohlfahrtsamtes. Die vom Verein angestellte Sekretärin wird vom Magistrat besoldet. Im übrigen sind zwei bezahlte Kräfte angestellt, neben denen mehrere ehrenamtlich tätig sind.

In Dresden sind seit September 1921 zwei Krankenhausfürsorgerinnen hauptamtlich tätig, denen je zwei der vier größeren städtischen Krankenhäuser zugewiesen sind. Außerdem haben sie noch eine Anzahl kleinerer Anstalten mit zu bearbeiten. Einige private Krankenanstalten haben sich der Einrichtung angeschlossen. Sie hat sich außerordentlich bewährt.

Als Vorbildung wird für die Fürsorgerin Ausbildung in der Krankenpflege und möglichst der Besuch einer sozialen Frauenschule verlangt. Sie sucht alle neu aufgenommenen Patienten auf, soweit sie fürsorgebedürftig scheinen, es ihr Zustand erlaubt, der Arzt keine Bedenken hat und sie nicht selbst ausdrücklich verzichten. Außerdem hat sie alle Kranken, die nach ihr verlangen, sofort aufzusuchen.

In Düsseldorf üben Schwestern vom Roten Kreuz die Fürsorge aus. Die Erfahrungen sollen sehr günstig sein.

In Frankfurt am Main besteht die Leitung der Fürsorge aus den ärztlichen Direktoren der Kliniken, den Verwaltungen der Krankenanstalten und Vertretern der städtischen Behörden (Gesundheitsamt, Wohlfahrtsamt) und öffentlicher Fürsorgestellen. Die ausführende Tätigkeit liegt in den Händen eines Büros mit einem leitenden Beamten und einer größeren Anzahl von Hilfskräften, die teils hauptamtlich, teils ehrenamtlich beschäftigt sind.

Die Fürsorgerinnen besuchen die ihnen zugewiesenen Kliniken wöchentlich zweimal und sprechen mit jedem Kranken. An der chirurgischen und Hauptkinderklinik machen

zwei Kindergärtnerinnen mit den Kindern Fröbelsche Handarbeiten und Schulaufgaben. Auch im Siechenhaus sind neuerdings Beschäftigungsstunden eingerichtet. Für die Kinderabteilungen besteht ferner eine ausgedehnte Meldetätigkeit. Wöchentlich einmal werden die Kinder unter zwei Jahren, die das Krankenhaus verlassen, mit kurzen Bemerkungen (sehr zart, pflegebedürftig, Bedenken gegen frühere Pflegestellen usw.) an die Säuglingsfürsorge gemeldet. Der Sammelvormundschaft des Jugendamtes werden alle unehelichen Kinder bei Aufnahme und Abgang gemeldet.

In Hamburg bildet die Soziale Krankenhausfürsorge eine Abteilung der Ortsgruppe Hamburg des Allgemeinen Deutschen Frauenvereins. Die Fürsorgetätigkeit ist sechs beruflich angestellten Helferinnen anvertraut; eine von ihnen hat eine soziale Frauenschule besucht, die anderen sind aus praktischer sozialer Arbeit hervorgegangen. Im Durchschnitt kommt auf jedes große Krankenhaus eine Helferin. Die Stationen werden regelmäßig, mindestens einmal wöchentlich besucht; von den Oberschwestern erfahren die Helferinnen die hilfsbedürftigen Kranken. Ferner finden dreimal wöchentlich Sprechstunden im Büro (außerhalb des Krankenhauses) statt. Eine Helferin hat eine besondere schwierige Arbeit übernommen. Sie reinigt verschmutzte Wohnungen, badet Kinder und hilft mit Rat und Tat beim Schneidern, Nähen, Flickern, Stopfen usw. An der Spitze der Organisation steht ein Ausschuß. Der Verein wurde mehrfach unterstützt durch den Staat und die Ortskrankenkasse Hamburg.

In Leipzig sind seit Juni 1921 zwei Fürsorgerinnen des Fürsorgeamtes nebenamtlich mit der sozialen Krankenhausfürsorge beauftragt. Der Erfolg entspricht nicht den Erwartungen. Über die Gründe des Mißerfolges äußert sich Pfarrer Fränkel vom Krankenhaus St. Jakob in sehr bemerkenswerter Weise. Er hält die Bezeichnung Soziale Fürsorge für unzweckmäßig. Vielen sei das Wort sozial unlieb, sie verwechseln es mit sozialistisch. Für andere sei das Wort Fürsorge abgestempelt durch den Begriff des Fürsorgezöglings. Wieder andere wollten nicht bevormundet sein. Jedenfalls habe niemand eine Vorstellung davon, daß es sich um eine Hilfe in häuslichen, familiären oder persönlichen Angelegenheiten handle. Ein Fehler sei auch die nebenamtliche Tätigkeit. Die Fürsorgerin müsse die Arbeit aufsuchen und für eilige Fälle in der Anstalt zu erreichen sein.

Jede Fürsorgerin besucht das ihr zugeteilte Krankenhaus wöchentlich etwa zweimal zu einer mit den Ärzten vereinbarten Zeit oder auf Anruf. In Fällen, in denen die Hilfe des städtischen Fürsorgeamtes in Anspruch genommen werden muß, haben die Helferinnen schriftlichen Bericht an das Amt zu erstatten.

Außerdem ist ständig ein Lehrer zum Unterricht der kranken Kinder angestellt.

In München wird die Krankenhausfürsorge an den drei städtischen Krankenhäusern vom Institut für soziale Arbeit ausgeübt. An der Universitätsfrauenklinik wird gemeinsam mit der städtischen Berufsvormundschaft und dem Bezirksverband für Säuglingsfürsorge gearbeitet. Zweimal werden in der Woche die neu eingelieferten Kranken auf den Stationen besucht, im Anschluß daran wird Sprechstunde für die Gehfähigen abgehalten.

Nachdem durch Beschluß der städtischen Körperschaften in Stettin die Anstellung einer sozialen Fürsorgeschwester für das städtische Krankenhaus einstimmig beschlossen worden war, trat die soziale Krankenfürsorge am 1. Februar 1917 in Tätigkeit. Auf der Frauenstation finden regelmäßige Besuche von Bett zu Bett statt. Auf den Männerstationen spricht die Fürsorgeschwester zunächst nur mit den ihr bezeichneten Patienten und sieht dann, ob es angebracht ist, mit jedem Kranken zu sprechen. Gehfähige Kranke werden in die Sprechstunde bestellt, die täglich von 8 bis 10 Uhr und zweimal wöchentlich nachmittags von 4 bis 6 Uhr stattfindet. Um immer neue Anregungen zur Arbeit zu bekommen, ist die Fürsorgerin Mitglied des Sozialbeamtinnenvereins, wo sie durch Vorträge von berufenen Persönlichkeiten ihren Gesichtskreis erweitern und mit anderen Fürsorgerinnen Erfahrungen austauschen kann.

Ein weiterer Ausbau der Sozialen Krankenhausfürsorge ist dringend zu wünschen. Zunächst muß die bestehende Unkenntnis über diesen Zweig sozialer Bestrebungen beseitigt werden. Man bedenke, daß in Berlin z. B. jährlich 5 Prozent der Bevölkerung durch die Krankenhäuser geht. In dem Lehrplan der sozialhygienischen Akademien fehlt bisher

eine Vorlesung darüber, ja sogar ein Hinweis. Es ist zu fordern, daß der Staat durch Erlasse an die Kommunen auf den Nutzen dieser Fürsorge hinweist und Richtlinien zu ihrer Durchführung gibt.

Als Träger der Sozialen Krankenhausfürsorge kommen in erster Linie die Gemeinden in Betracht. Die Fürsorge lediglich privaten Vereinigungen zu überlassen, hat viel Mißliches. Den ehrenamtlich tätigen Damen fehlt es im Verkehr mit Behörden an dem Nachdruck, mit dem eine Amtsperson auftreten kann. Auch auf den Krankenstationen können ihnen Schwierigkeiten in den Weg gelegt werden. Es ist weiter nicht jedermanns Sache, seine privaten Sorgen wohlhabenden Damen der Gesellschaft anzuvertrauen. Es ist schließlich auch im Interesse der Diskretion wünschenswert, daß die Fürsorge in den Händen von beamteten Personen liegt. Es kann wohl kein Zweifel bestehen, daß die Gefahr der Offenbarung von Privatgeheimnissen bei ihnen geringer ist als bei ehrenamtlich tätigen Personen, die zudem häufiger wechseln. Durch letzteren Umstand wird auch die notwendige Stetigkeit der Arbeit in Frage gestellt.

Ein weiterer gangbarer Weg ist das Zusammenarbeiten der Gemeinden mit Privaten. In Breslau ist er mit Erfolg beschritten worden. Wo eine Gemeinde nicht die Mittel zur Verfügung hat, die nötige Anzahl Fürsorgerinnen zu besolden, kann sie zur Einrichtung einer Sozialen Krankenhausfürsorge im Rahmen eines schon bestehenden Frauenvereins (Hauspflegeverein, Wohlfahrtsverein usw.) anregen. Dabei ist aber zu fordern, daß die Krankenhausfürsorgerinnen dem Fürsorgeamt der Gemeinde unterstehen, und zu wünschen, daß wenigstens eine besoldete sozial ausgebildete Kraft vorhanden ist, um die Stetigkeit der Arbeit zu gewährleisten und eine eingearbeitete Persönlichkeit dauernd zur Verfügung zu haben. Die Kosten der Besoldung können von Gemeinde und Verein gemeinsam übernommen werden. Zweckmäßig ist es, wenn je ein Magistratsmitglied und ein Mitglied der Krankenhausdirektion im Vorstand des Vereins Sitz und Stimme haben. Die Beteiligung der Krankenhausdirektion ist aus praktischen und psychologischen Gründen erwünscht, letzteres deshalb, weil sie einer das Krankenhaus betreffenden Neuerung, die ohne ihre Mitwirkung zustande kommt im allgemeinen von vornherein ablehnend gegenüberstehen dürfte.

Am besten ist zweifellos, wenn die Fürsorge ausschließlich in der Hand der Gemeinde liegt. So werden alle schon obengenannten Fehler der Tätigkeit von Vereinen vermieden.

Die Krankenhausfürsorge ist der Gemeindestelle unterzuordnen, in deren Hand auch die übrigen Fürsorgeeinrichtungen liegen. Der durch die Haupttätigkeit als Vermittlungsstelle notwendige ständige Verkehr mit diesen geht auf diese Weise am leichtesten und schnellsten vor sich. Die Fürsorge der Krankenhausdirektion zu unterstellen ist weniger ratsam.

Wenn irgendwo, so hängt in der Sozialen Krankenhausfürsorge alles von der Persönlichkeit der Fürsorgerin ab. Sie muß verstehen, das Vertrauen der Kranken zu gewinnen. Menschenkenntnis und feines Taktgefühl sind neben ruhigem und sicherem Auftreten dazu nötig. Die äußere Erscheinung muß ansprechend sein. Zeit und Geduld sind notwendig, um dem Kranken bei seinen oft recht weitschweifigen Erzählungen zuzuhören. Persönlichen Mut erfordert ein gelegentlich notwendiges Eingreifen in die Familienverhältnisse des Kranken. Diese persönlichen Eigenschaften genügen aber nicht. Eine gründliche Ausbildung auf sozialem Gebiet und Neigung und Hingabe an den Beruf sind unbedingte Erfordernisse. Das großstädtische Fürsorgewesen ist so weit verzweigt und umfangreich, daß eine genaue Kenntnis desselben nur durch eine besondere soziale Ausbildung erworben werden kann. Der Besuch einer sozialen Frauenschule oder einer ähnlichen Einrichtung muß verlangt werden.

Neben der sozialen Vorbildung ist Schwesternausbildung erwünscht, aber nicht erforderlich. Schwestern ohne soziale Ausbildung können in Ausnahmefällen auch Gutes schaffen, grundsätzlich müssen sie aber als ungeeignet angesehen werden.

Als völlig verfehlt ist es zu bezeichnen, wenn Schwestern, die wegen Alters oder sonstiger Gebrechen zum Stationsdienst nicht mehr fähig sind, nun mit der Ausübung der sozialen Krankenhausfürsorge betraut werden.

Nicht zu empfehlen ist es, jedenfalls nicht an großen Krankenhäusern, daß Beamte anderer Fürsorgeeinrichtungen nebenamtlich die Krankenhausfürsorge übernehmen. In Leipzig sind die damit gemachten Erfahrungen nicht günstig. Die Fürsorgerin soll ihre Hauptarbeitsstätte im Krankenhaus haben.

Der Fürsorgerin muß ein Raum im Krankenhause zur Verfügung stehen, in dem sie täglich zu bestimmten Zeiten zu sprechen ist. In jedem Krankenhaus wird sich ein Büro-raum finden, der an einigen Nachmittagsstunden zu Büro Zwecken nicht gebraucht wird, so daß die Fürsorgesuchenden mit der Fürsorgerin unter vier Augen verhandeln können. Außerdem sind in regelmäßigen Abständen die Stationen von Bett zu Bett zu besuchen. Die Kranken können in der ersten Zeit durch Drucksachen, die ihnen bei der Aufnahme in die Hand gegeben werden, oder durch Plakate in den Krankenzimmern auf die Tätigkeit der sozialen Krankenhausfürsorge hingewiesen werden. Schon nach kurzer Zeit wird das nicht mehr nötig sein.

Die Besonderheit der Arbeit erfordert es, daß alle in Frage kommenden Dienststellen angewiesen werden, Anträge der sozialen Krankenhausfürsorge bevorzugt zu erledigen. Es handelt sich ja fast immer um ganz akute soziale Mißstände.

Über jeden bearbeiteten Fall sind Aufzeichnungen zu machen. Damit ist auch die Möglichkeit zu statistischer Verarbeitung gegeben.

Schon bevor die Fürsorge eingerichtet wird, müssen Ärzte und Schwestern des Krankenhauses entsprechend vorbereitet werden. Das kann geschehen durch Vorträge geeigneter Persönlichkeiten, welche über die Ziele und Erfolge der Sozialen Krankenhausfürsorge belehren. Auch in den Dienstanweisungen oder Anstellungsverträgen können Ärzte und Schwestern verpflichtet werden, der Sozialen Krankenhausfürsorge, deren Wesen kurz erläutert wird, in die Hände zu arbeiten.

Auf gutes Einvernehmen mit der Stationsoberschwester ist besonderer Wert zu legen. Bei jedem Besuch auf der Station muß sich die Fürsorgerin zunächst an sie wenden, um Hinweise auf besonders hilfsbedürftige Personen zu bekommen. Das Zusammenarbeiten mit der Oberschwester ist besonders wichtig, weil erfahrungsgemäß die Kranken ihre persönlichen Sorgen viel eher der Schwester anvertrauen als dem Arzt.

Ärzte und Fürsorgerinnen sind aufeinander angewiesen. Wo die Mitarbeit der Ärzte fehlt, bleibt der Erfolg aus. Nur durch die Fürsorgerin kann der Arzt zu einer objektiven sozialen Anamnese kommen, und nur durch den Arzt kann die Fürsorgerin Richtlinien für den einzuschlagenden Weg empfangen; sie muß über die ärztliche Prognose jedes einzelnen Fürsorgefalles genau unterrichtet sein, wenn ihre Arbeit nicht umsonst sein soll.

Quellennachweis.

1. Akten der Charité.
2. Akten des Rats der Stadt Leipzig.
3. Amtliche Mitteilungen der Armendirektion und des Waisenamtes der Stadt Stettin, 1917 Nr. 5.
4. Annual Reports of the Cicely Northcote Trust, London 1921 und 1922.
5. Annual Reports of the Social Service Department of the Massachusetts General Hospital Boston, 1915 bis 1921.
6. Anna v. Bröcker, Die Soziale Krankenhausfürsorge im Krankenhaus Rohrbach bei Heidelberg, Klin. Wochenschr. 1922, Nr. 34, S. 1700.
7. Richard Cabot, Social Service and the Art of Healing, New-York 1915.
8. Henry Dwight Chapin, M. D., President of Hospital Social Service of New-York: The relation between the child and hospital social service. Journ. of the Americ. Med. Ass. Vol. 77, Nr. 4, S. 279.
9. Charitasstimmen aus dem Jahre 1922 Heft 4: Soziale Krankenhausfürsorge in den Krankenanstalten.
10. Dienstanweisung für die Krankenhausfürsorgerin in Dresden.
11. Stadtrat Dix, Leipzig, Soziale Fürsorge in Krankenanstalten, Vortrag, gehalten auf der 16. Hauptversammlung der Vereinigung der leitenden Verwaltungsbeamten von Krankenanstalten. Zeitschr. f. Krankenanstalten, 17. Jahrg., 1921, Heft 43/44.
12. Sarah Evarts, Psychiatric Social Work in a general hospital. Reprinted from Hospital Social Service 1921, Vol. IV, Nr. 4, pag. 214.
13. Anna L. Friedmann, Soziale Krankenhausfürsorge, Frankfurt a. M., Hamburg, Stettin. Die Frau in der Gemeinde, 1920, Nr. 3.

14. Jahresberichte der sozialen Krankenhausfürsorge der Berliner Universitätskliniken außerhalb der Charité, 1920, 1921.
15. H. Landsberg, Die Bedeutung und Entwicklung der sozialen Krankenhaufürsorge, Mutter und Kind, Jahrgang 2, Nr. 1—4.
16. Hedwig Landsberg, Die Bedeutung der sozialen Fürsorge in den Krankenanstalten, Blätter des Deutschen Roten Kreuzes, Berlin 1923, Nr. 1.
17. Leitsätze für die soziale Krankenhausfürsorge in Frankfurt a. M., Frankf. Wohlfahrtsblätter Nr. 10 vom 1. Februar 1922.
18. Ora Mabella Lewis, Medical Social Service as a factor in protective work, Proceedings of the national Conference of Social Work, New Orleans 1920.
19. Arthur Mayer, Erfahrungen und Aufgaben in der sozialen Krankenhausfürsorge, Deutsche Med. Woch., 1916, Nr. 11, S. 324.
20. Agnes Meyer, Krankenhaus und soziale Fürsorge, Med. Reform, 1914, Nr. 24.
21. Mitteilungen des Armen- und des Jugendamtes Frankfurt a. M., 21. Jahrgang, Nr. 90.
22. Motzfeld, Soziale Arbeit in amerikanischen Spitälern, Nors. Mag. f. Laegevid 77 H. 9.
23. Sidney Philipps, Social Work in Hospitals, London 1912.
24. Mimi Röbber, Soziale Krankenhausfürsorge, Westdeutsche Ärzte-Zeitung 22.
25. Schlomer, Soziale Krankenhausfürsorge, Kommunale Praxis, Jahrgang 18, Nr. 19, 1918.
26. Schwalbe, Soziale Krankenhausfürsorge, Deutsche Med. Woch., 1915, Nr. 53.
27. Helene Strantz-Hurwitz, Soziale Krankenhausfürsorge und ihre Bedeutung für die Versorgungskrankenhäuser, Zeitschr. f. ärztl. soz. Versorgungswesen, 1922, Heft 1 und 2.
28. Elsa Strauß, Soziale Fürsorge in amerikanischen Krankenhäusern. Die Frau, 1913, Bd. XXI, Nr. 3, S. 156.
29. Ludwig Teleky, Aufgaben und Probleme der sozialen Fürsorge und der Volksgesundheit bei Kriegsende, Wien und Leipzig 1917.
30. The extension of Hospital Care. Lancet. Jahrg. 88, 1910, Vol. 2, S. 1842.
31. Tietze, Soziale Krankenhausfürsorge, Deutsche Med. Woch. 1918, S. 355.
32. Toussaint, De l'utilité d'un service social attaché au sanatorium. Scalpel, Jahrg. 75, 1922, Nr. 13, S. 297—303, Ref. Ztrbl. f. d. ges. Hyg. I, 1922.

Eine kulturhygienische Beschreibung der Markgrafschaft Hochberg aus dem Ende des 18. Jahrhunderts.

Von Dr. A. Fischer, Karlsruhe.

In den „Sozialhygienischen Mitteilungen“ 1924 Heft 1 und 2 habe ich auf die Bedeutung der hygienischen Ortsbeschreibungen hingewiesen und betont, daß Baden als das klassische Land der medizinischen Topographien zu bezeichnen ist. Meiner am Schlusse jenes Aufsatzes ausgedrückten Bitte, mich über das Vorhandensein von solchen hygienischen Ortsbeschreibungen, die ich nicht erwähnt hatte, zu unterrichten, ist in dankenswerter Weise vielfach entsprochen worden. Ich habe daher bereits jetzt von so zahlreichen Topographien Kenntnis, daß es mir vorläufig noch unmöglich ist, über alle diese Arbeiten zu berichten. Aber eine der von mir inzwischen gefundenen Beschreibungen, die sich auf einen badischen Amtsbezirk bezieht und wohl die älteste der gedruckten badischen Topographien ist, sei schon jetzt hervorgehoben, weil sie in mancher Hinsicht vorbildlich ist und eine vortreffliche Ergänzung zu der 1924 von mir erörterten Topographie Jägerschmids darstellt. Es handelt sich um ein wohl völlig in Vergessenheit geratenes Buch des Emmendinger Physikers Wilhelm Ludwig Willius, das mit dem Titel „Beschreibung der natürlichen Beschaffenheit in der Marggrafschaft Hochberg“ 1783 in Nürnberg erschien.

Willius teilt in dem „Vorbericht“ seines Buches mit, daß er entsprechend einer an alle Baden-Durlachischen Physici gerichteten Verordnung vom 7. Februar 1767 eine Beschreibung der Markgrafschaft Hochberg verfaßt und dem Landesfürsten überreicht hat; es sei ihm bereits im Dezember 1769 das gnädigste Wohlgefallen, mit höchstgelegener Namensunterschrift des Markgrafen, übermittelt worden. Willius hat dann geplant, in einer umfassenderen, lateinisch geschriebenen Arbeit den gleichen Gegenstand zu behandeln und zu veröffentlichen. Allein, die Markgräfin, welche von seinem Vorhaben Kenntnis erhalten hatte, habe veranlaßt, daß das Buch deutsch geschrieben wurde; er wollte das Werk der Markgräfin widmen, aber deren vor dem Erscheinen des Buches unvermutet erfolgter Tod

verhinderte die Verwirklichung dieser Absicht. Mehrere Jahre hat Willius benötigt, um sein verhältnismäßig kleines Buch fertigzustellen; er erklärt diese lange Dauer vorzugsweise damit, daß er infolge seiner amtsärztlichen Pflichten nur wenige freie Stunden gehabt hat.

Die von Willius veröffentlichte „Beschreibung“ umfaßt 254 kleine und schmale Druckseiten; sie ist in 8 Kapitel eingeteilt. Hier beschäftigen wir uns nur mit dem 7. Kapitel, das „Von den Einwohnern, ihrer Anzahl, Lebensart, Krankheiten, und anderen hierher Gehörigen Dingen“ überschrieben und vom kulturhygienischen Standpunkt aus als sehr interessant zu bezeichnen ist, während wir die anderen Abschnitte, in denen die Luft, der Boden, die Gewässer, Pflanzen, Tiere u. a. m. erörtert werden, außer Betracht lassen.

Willius behandelt in dem genannten 7. Kapitel zunächst die Bevölkerungsbe-
wegung seines Physikats. Dies Gebiet deckt sich, wenn auch nicht ganz, so doch zum größten Teil mit dem Amtsbezirk Emmendingen. Die Markgrafschaft Hochberg umfaßte damals 35 Orte, während der Amtsbezirk Emmendingen jetzt 44 Gemeinden aufweist; von den einstigen 35 hochbergischen Orten gehören jetzt 24 zum Amtsbezirk Emmendingen, und zwar handelt es sich hierbei um die der Einwohnerzahl nach größten Gemeinden. Vergleiche der Zählungsergebnisse, die Willius darbietet, mit den entsprechenden Ziffern des Amtsbezirks Emmendingen vom Jahre 1910 (neuere Angaben liegen noch nicht vor) sind daher, in gewissem Umfange und unter Vorbehalt, zulässig und für das Verständnis angebracht.

Die bevölkerungsstatistischen Angaben, die Willius benutzt hat, sind Durchschnittsziffern der Jahre 1776—1779. Erwähnenswert ist, daß ihm nach dem Geschlecht gegliederte Zahlenergebnisse nicht zur Verfügung standen. Im Durchschnitt des genannten Jahrvierts lebten in der Markgrafschaft 19623 Menschen, d. h. es kamen 3925 Einwohner auf 1 Quadratmeile, oder, wie wir heute sagen würden, 71 auf 1 Quadratkilometer. Willius warf hierbei die Frage auf, wieviel Menschen auf einer Quadratmeile ihren Unterhalt finden können; indem er sich auf die verschiedenen Ansichten bekannter Forscher aus mehreren europäischen Staaten stützte, gelangte er zu dem Ergebnis, daß die Markgrafschaft noch zu wenig bevölkert sei. Dies Urteil war zutreffend. Denn in der Markgrafschaft fanden später und finden noch jetzt fast doppelt soviel Menschen wie damals ihren Unterhalt; im Amtsbezirk Emmendingen kamen 1871 bereits 116, im Jahre 1910 sogar 134 Einwohner auf 1 Quadratkilometer.

Die Geburtenziffer in der Markgrafschaft belief sich während des von Willius berücksichtigten Jahrvierts (umgerechnet nach der jetzt üblichen Methode) auf 34,7⁰/₀₀ und die Sterblichkeit auf 26,7⁰/₀₀, so daß sich also ein Geburtenüberschuß von 8⁰/₀₀ ergab. Fast ganz genau so groß, nämlich 8,5⁰/₀₀, war der Geburtenüberschuß 1910 im Amtsbezirk Emmendingen, allerdings mit dem Unterschied, daß die Geburtenzahl (25,7⁰/₀₀) und die Todesziffer (17,2⁰/₀₀) erheblich gesunken sind.

Über die Lebensdauer der Markgräfler äußert sich Willius folgendermaßen:

„Leute von etlich und sechzig bis etlich und siebenzig Jahren werden in den Hochbergischen Gegenden unter beyderley Geschlecht schon für ziemlich alt gehalten, und dennoch können viele darunter noch bis dahin ihre von Jugend auf gewohnte Arbeiten mit vieler Munterkeit verrichten. Personen von einem achtzig- und etlich und achtzigjährigen Alter gehören schon unter die seltenen Menschen, und dennoch trifft man hin und wieder dergleichen bey noch guten Leibes- und Gemüths-Kräften unter uns an. Fast als etwas außerordentliches betrachtet man es, daß in dem hiesigen Städtchen ein angesehener Handelsmann mit vieler Munterkeit des Leibes bis auf kurze Zeit vor seinem Lebensende, und mit vollkommener Beybehaltung der Seelenkräfte bis zu seiner gänzlichen Vollendung sein Alter auf 91 und 1/2 Jahr gebracht hat.“

Die Körperbeschaffenheit der Markgräfler schildert Willius wie folgt:

„Ich kan freilich nicht sagen, daß man im Hochbergischen viele Leute fände, aus welchen man preußische Flügelmänner machen könnte; gleichwohl aber gehören die kleinste noch nicht unter die Zwerge. Die mittlere Größe von beyderley Geschlecht kan zwischen 5 und 6 Schuh nach dem rheinländischen Duodecimal-Maas angenommen werden. (Ein Schuh = 0,31385 m. Der Verfasser.) Es ist daher leicht zu erachten, daß man Einwohner von mehrerer, aber auch kleinerer Größe oder Höhe fast in allen Orten antreffe. Etwas besonderes ist es, nach meinem Dafürhalten, daß in den Waldorten die Weibspersonen meistens um ein merklicheres kleiner

und nach Proportion viel dicker, als die Mannsleute, die immer und größtentheils um ein nahnhaftes größer und schlanker sind. Die Leibesgestalt der Hochberger ist, überhaupt betrachtet, gut, ja gar bey beyderley Geschlechtern hin und wieder, besonders bey der mannbaren Jugend in einigen Orten auf dem ebenen Lande, schön. Würden letztere in französischen Kleiderputz gesteckt, und zum Complimentenmachen nach der Mode angehalten werden, so würden sie gewißlich manchen Stutzer, und viele Mädchens, die in großen Städten prangen, weit, sehr weit übertreffen. Es ist aber der Hochbergischen Einwohner Leibesgestalt nicht nur gut, sondern auch dauerhaft. Schon in frühen Jahren wird so wohl das männliche, als weibliche Geschlecht, ein jedes nach der Art seiner künftigen Bestimmung, zu allen Jahreszeiten, bey aller Veränderung des Wetters, und nicht nur die Tageszeit über, sondern auch vom frühesten Morgen an bis in die späteste Abendzeit zu allen zu verrichtenden Arbeiten angehalten. Und dadurch werden sie dermaßen abgehärtet, daß sie bey mehreren Alter die schwersten Arbeiten bey aller Witterung, es sey solche kalt, heiß, gemäßigt, oder naß, ohne allen merklichen Nachtheil viele Jahre nach einander ertragen können.“

Sehr ausführlich beschreibt Willius das Nahrungswesen in der Markgrafschaft. Brot, grüne Gartengemüse, Sauerkraut, Sauerrüben, Salatkräuter, frisches und gedörrtes Obst, dünne Bohnen, Erbsen, Linsen, Grundbirnen, Mehlspeisen, Milch, Käse, viel gedörrtes Schweinefleisch oder Speck, Rind-, Kalb- und Schafffleisch bildeten zumeist die Nahrung der breiten Volksschichten; Wildbret, zahmes und wildes Geflügel, Fische kamen lediglich auf den Tisch der angesehenen und reichen Einwohner. Weizenbrot wurde nur bei den Bäckern als Semmel oder Weißbrot verkauft, nicht aber in den Haushaltungen selbst gebacken. In den Häusern der Begüterten bereitete man das Brot zu gleichen Teilen aus Weizen und Roggen, in den der Bauern und Arbeiter nur zu einem Sechstel aus Weizen, zu zwei Sechsteln aus Roggen und zu drei Sechsteln aus Gerste, bisweilen auch mit Zusatz von Ackerbohnen und Wicken oder Mais. Er schreibt dann wörtlich:

„Die allermeisten Einwohner mit ihren Kindern, Gesinde und Tagelöhnern nehmen zum Frühstück eine gute dicke Brodsuppe, welcher nicht selten als Gemüse übrig gebliebene dünne Bohnen, Erbsen, Linsen, und auch Grundbirnen beygemischt werden, und nach solcher werden, je nachdem es eine Jahreszeit ist, oder Geschäfte müssen vorgenommen werden, noch entweder Käse, oder bloß gesottene Grundbirnen mit Salz, oder saure Milch, davon der Rahm abgenommen ist, oder frisches Obst beygefüget. Das Mittagsmahl bestehet meistens nur aus einem grünen oder dünnen Gemüse, oder aus Mehlwerk, als Brey, gekochten Mehlknöpfen, auf allerhand Art zugerichteten Grundbirnen, gekochtem dünnen oder frischen Obst. Selten gehet einem solchen Gerichte eine Suppe vorher, es wäre denn etwa zuweilen an einem Sonntage. Immer pure, leere Gemüse ohne alles Fleisch, dieses ist doch auch hart, wird mancher denken. Aber so armselig leben wirklich die Hochberger nicht, sondern sie halten wöchentlich gewisse Tage, deren sie doch nur des Mittags, und auch nur einerley Fleisch, und zwar jedesmal entweder mit einem grünen, frischen Gemüse, oder mit Sauerkraut, oder einem schicklichen dünnen Gemüse vorsetzen, und dieses geschiehet meistens an den Sonntagen, Diensttügen und Donnerstügen. Das meiste Fleisch, welches dabey verzehret wird, ist geräucherter Speck, seltener wird Rindfleisch aufgetragen, und am seltensten Schaafffleisch. Das Kalbfleisch aber kommt nur bey feyerlichen Gelegenheiten in die Häuser der gemeinen Leute. Bey allen Feldarbeiten von Anfang Merzens bis zu Ende des Septembers erhalten die Arbeitende etwa Abends um 4 Uhr eine kleine Abendmahlzeit, welche aus Brod, nebst entweder abgenommener saurer Milch, oder Käse, oder frischem Obst bestehet. In vielen Haushaltungen wird auch bey häußlichen Geschäften eine solche Abendmahlzeit gehalten.“

Auch mit den Getränken der Markgräfler beschäftigt sich Willius eingehend: besonders dem Wein, seiner „Güte und Beschaffenheit“, werden 5—6 Druckseiten gewidmet. „Es ist nicht zu läugnen“, schreibt er, „daß der Wein nicht selten im Überfluß und bis zum Berauschen getrunken wird. Unterdessen gibt es Orte, wo er sehr selten, und nur bey festlichen Gelegenheiten vorgesetzt wird. In (anderen) Orten aber wird dieses Getränk nicht nur bey dem Mittag- und Nachtessen, sondern auch Sommerszeit bey starken Arbeiten bey dem Abendessen, und nicht selten auch bey dem Frühstück gereicht.“ Das Bier war in der Markgrafschaft kein allgemeines Getränk; es wurde nur im Sommer in einigen Wirtshäusern ausgeschenkt. Vorliebe bestand dagegen vor allem bei dem weiblichen Geschlecht für den Genuß von Kaffee. Aber Willius war mit diesem „aus Asien vor etwa andert-halb-hundert Jahren in unsern Welttheil gekommenen Gebrauch des Caffeegetränks“ offenbar nicht einverstanden; er betont, daß nur in wenigen Orten „die Coffeeseuche noch größtentheils verbannt“ ist.

Über das Wohnungswesen in der Markgrafschaft berichtet Willius, daß die allermeisten Häuser auf dem ebenen Land, von Emmendingen abgesehen, einstockig sind, daß man aber in vielen Orten mehrere zweistöckige Häuser findet; dreistöckige Häuser gab es damals in der ganzen Markgrafschaft kaum zwölf. Die einstockigen Häuser schildert er folgendermaßen:

„Ein solches Haus enthält meistens 1 Stube, 2 Kammern, 1 Küche, und 1 Hausgang, welcher nicht selten die Stelle der Küche zugleich vertritt, zuweilen aber sind doch auch 2 Stuben, nemlich eine größere und eine kleinere darinnen angebracht. Selten sind die Stockwerke sowohl der 2 als einstockigen Häuser der Landleute höher als 8 rheinländische Schuhe, und manchemal noch niedriger.“ Er fährt dann fort: „Die Häuser auf dem Lande stehen meistens frey, und selten sind 2 oder mehrere aneinander gebaut. Die Stuben sind daher fast überall in den Ecken angebracht, daß sie von zwo Seiten her helle, und ziemlich geräumige Fenster haben. Die Kammern hingegen haben nur wenige und kleine Öffnungen, welche noch dazu selten mit Fenstern, sondern meistens nur mit Läden versehen sind. Gemeinlich sind die Stuben, auch die Schlafgemache des Hausmeisters, der Hausmeisterin und der kleinen Kinder. Die übrigen Hausgenossen haben ihre Schlaflagerstätte theils in den Kammern der Stockwerke, theils auch in Kammern auf der Bühne unter den Dächern und nicht selten die Bauernknechte und Dienstuben in den Futtergängen der Scheuern, oder auch in den Viehställen selbst.“ Über die Gestaltung der Betten schreibt Willius folgendes: „Die Vermöglichen haben einen Strohsack, einen Strohpfühlben, ein Unterbett mit Federn, ein dergleichen Deckbett, einen Pfühlben mit Federn, und höchstens ein dergleichen Kissen für eine jegliche Person zu ihrem Bett. Die geringeren haben nur ein Deckbett mit Federn, und einen dergleichen Pfühlben, das übrige ist Stroh. Die Armen aber haben nichts als ein Deckbett mit Federn, einen Strohsack, und einen dergleichen Pfühlben. In allen Betten aber sind die Unterbetten, oder Strohsäcke mit leinenen Betttüchern bedeckt. Viele Betten, die entweder in den Stuben oder auch zum Theil in den Kammern stehen, haben Vorhänge. Außer der angezeigten Beschaffenheit der Betten, gibt es dennoch viele Haushaltungen bey uns, welche ihre Bettstätte weit besser, als hier beschrieben worden, ausgerüstet haben.“

Einen viel größeren Raum als dem Wohnungswesen widmet Willius dem Bekleidungswesen in der Markgrafschaft. Er beschreibt ausführlich Unter- und Oberkleider, Schuhe und Kopfbedeckungen, sowohl bei dem männlichen, wie bei dem weiblichen Geschlecht. Hervorgehoben wird, daß die Markgräferinnen auf Fischbeinwerk bei der Kleidung oder sonstige Korsettart verzichten, und die günstigen Wirkungen, welche auf die Vermeidung der Schnürbrust zurückzuführen sind, schildert er folgendermaßen:

„Ohnerachtet nun der größte Theil der Hochbergischen Weibsleute nichts gesteiftes in seiner Kleidung hat, so ist doch solcher gut gewachsen, und dabey gesund, auch gut aussehend. Wann solche nicht durch äußerliche Gewalt Schaden leiden, so trifft man unter ihnen selten eines mit einem hohen Rücken, oder sonst verunstalteten Glied an; da im Gegentheil unter denen, die die vermaledeite fischbeinene Panzer zu tragen gezwungen werden, gar viele buckliche, sonst übelgewachsene und Kranke gefunden werden.“

Auch die Erwerbsarbeit der Markgräfer wird von Willius beleuchtet; er teilt hierüber folgendes mit:

„In Ansehung der Arbeiten kan von unsern Hochbergern, und zwar sowohl von dem männlichen, als weiblichen Geschlecht nichts anders als alles rühmliche gesaget werden. Ich rede aber hier von den meisten, denn es ist leicht zu erachten, daß unter so vielen Menschen auch zuweilen einer angetroffen werde, welchem wenig Ruhm kan beygelegt werden. Die Künstler, die Professionisten und Handwerksleute sind immer frühe in ihren Werkstätten und auf ihren Arbeitsplätzen, und setzen daselbst ihre Verrichtungen bis auf den späten Abend, und nicht selten bis in die Nachtstunden, auch wohl bey außerordentlichen Fällen die ganze Nacht hindurch fort, ohne daß sie sich dazwischen sonderliche Feyerstunden, außer denen, darinn sie zu essen pflegen, verschaffen. Die Bauern mit ihren Knechten und Tagelöhnern arbeiten bey den gewöhnlichen Verrichtungen von der Morgen- bis zur Abenddämmerung immer in einem fort. Bey großen Geschäften aber, z. E. beym Heumachen, in der Erndte usw. ist es nichts seltenes, wenn man sie schon Morgens um 2 oder 3 Uhr im Felde arbeiten, und erst Nachts um 9 oder 10 Uhr den Beschluß machen sieht. Auch beym Ausdreschen der Früchte, welche Arbeit erst in den kurzen Spatjahr- und Wintertagen vorgenommen wird, höret man diese Leute schon morgens um 4 Uhr mit den Dreschflegeln handhieren, mit dem Ende eines jeden Tages aber wird jedesmal dieses Geschäft beschlossen und niemals bis in die Nacht fortgesetzt. Diese Leute machen sich in den Arbeitstagen gar keine Feyerstunden, und nehmen dabei ihre Mahlzeiten so geschwind, als möglich, zu sich.“

Die Tätigkeit der Frauen, die nicht nur im Kochen, Brotbacken, Waschen, Nähen, Spinnen, Stricken usw. bestand, sondern sich auch mit dem Gemüsegarten, den Äckern,

der Sorge für das Vieh, dem Melken, Buttermachen usw. zu befassen hatte, wird von Willius ebenfalls rühmend beschrieben.

Am Schlusse des in Rede stehenden 7. Kapitels äußert sich Willius kurz über die in der Markgrafschaft vorkommenden Krankheiten, die er in epidemische, endemische und sporadische gliedert. Bemerkenswert ist, wie, nach den Angaben von Willius, die Krankheiten behandelt wurden; er teilt hierüber folgendes mit.

„Die Marggrafschaft Hochberg hat, wie alle Hochfürstliche Baadische Staaten, vortreffliche Medizinal-Verordnungen. Aber nur Schade, daß die allermeisten Inwohner entweder die Krankheiten bloß, wie man zu reden pflegt, der Natur überlassen, und gar nichts brauchen, und diese kommen öfters am besten durch. Oder sie nehmen ihre Zuflucht zu hitzigen, übel gewählten Hausmitteln, zu erhitzendem Verhalten, zu starken und selbst wählenden Brech- und Purgiermitteln, zu unrechter Zeit anzustellenden Aderlässen, und dergleichen mehr; oder sie vertrauen ihre Kranken unwissenden Barbieren, Badern, andern Quacksalbern, herumziehenden Marktschreyern, und andern dergleichen Würgegnen, und verlieren dadurch nicht selten Zeit, Geld, Gesundheit und öfters gar das Leben. Manche wenden sich zwar auch bey ihren Krankheiten an gründliche und mit genugsamen Einsichten ausgerüstete Ärzte, selten aber halten sie bey einem, besonders in langwierigen Übeln, aus, sondern sie brauchen bald diesen, bald jenen, und auch wohl noch Pfluscher dazwischen. Doch nicht nur im Hochbergischen, sondern fast überall findet man solche üble Behandlungen von Krankheiten. Gleichwohl aber gibt es in unserer Marggrafschaft hin und wieder auch einige, welche sich mit den Ihrigen einem rechtmäßigen Arzt ganz allein überlassen.“

Vergleicht man diese ganze kulturhygienisch bedeutungsvolle Darstellung, welche Willius in seinem Buche über die Markgrafschaft Hochberg veröffentlicht hat, mit der von Jägerschmid 23 Jahre zuvor verfaßten, nur als Handschrift vorhandenen hygienischen Beschreibung der Landvogtei Rötteln, so ergeben sich Gemeinsamkeiten und auch Unterschiede.

Beiden Arbeiten ist nachzurühmen, daß sie deutsch geschrieben sind, und daß sie sich offenbar wie in der Form, so auch im Inhalt die lateinisch verfaßten Topographien anderer Ärzte, die sich deutlich erkennbar an Hippokrates angelehnt haben, nicht zum Vorbilde nahmen, sondern eigene Wege gegangen sind. Dazu kommt, daß die beiden badischen Ärzte, im Gegensatz zu den außerbadischen Autoren, sich nicht mit nur einem einzelnen Orte, sondern jeweils mit einem verhältnismäßig umfangreichen Staatsgebiet befaßt haben.

Aber die Arbeiten von Jägerschmid und Willius zeigen, wie erwähnt, auch Unterschiede, und zwar nicht nur deswegen, weil es sich um zwei verschiedenartige Amtsbezirke handelte, sondern weil die Verfasser nicht immer die gleichen Fragen erörtert haben. An Jägerschmids Beschreibung ist vor allem zu rühmen, daß er die Maßnahmen zur Behandlung krankhafter Zustände, d. h. die Verhältnisse der Chirurgen, Bader, Apotheker, Hebammen eingehend geschildert hat. Von sozialmedizinischen Angelegenheiten findet man jedoch bei Willius kaum etwas, während er, wie wir gesehen haben sich mit den Hauptbestandteilen der sozialen Hygiene, der Bevölkerungsbewegung, dem Nahrungs-, Wohnungs- und Bekleidungswesen, sowie den Arbeitsverhältnissen ausführlich beschäftigt hat, d. h. mit kulturhygienischen Fragen, die von Jägerschmid sehr wenig berücksichtigt wurden. Die in Rede stehenden Arbeiten der beiden badischen Amtsärzte ergänzen sich daher, wie schon eingangs betont wurde, vortrefflich.

Es ist bedauerlich, daß diese Vorbilder in Baden während des 19. Jahrhunderts so wenig beachtet wurden, ja, daß sie bald in Vergessenheit geraten sind und bis vor kurzem verstaubt in den staatlichen Sammlungen ruhten. Nun sie aber zu neuer Wirksamkeit erwacht sind, sollten sie auch zu Mustern für die hygienischen Beschreibungen aller badischen Amtsbezirke werden.

Tagung der Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene.

Unter dem Vorsitz von Prof. Dr. Baas (Karlsruhe) fand am 17. Mai die diesjährige Mitgliederversammlung der Gesellschaft im Sitzungssaal der Allg. Krankenkasse zu Karlsruhe statt. Das Ministerium des Innern war durch Obermedizinalrat Dr. Römer,

das Justizministerium durch Oberregierungsrat Stockert vertreten. Es wurden zunächst geschäftliche Angelegenheiten erledigt. Den Geschäfts- und Rechenschaftsbericht erstattete der Geschäftsführer Dr. A. Fischer. Der Mitgliederstand ist infolge der Inflationszeit seit 1923 bis Anfang 1925 von über 600 auf 500 Mitglieder gefallen; seit Beginn dieses Jahres ist erfreulicherweise wieder eine wesentliche Zunahme der Mitgliederziffer erfolgt. Die Kassenverhältnisse hat Oberrechnungsrat Griebel geprüft und in Ordnung gefunden. Die Tätigkeit der Gesellschaft erstreckte sich auf zahlreiche Gebiete des sozialen Gesundheitswesens.

An den Bericht schloß sich eine kurze Aussprache, in der auch Bezirksarzt Dr. Ernst (Wiesloch) und Obermedizinalrat Dr. Römer sich zu der Frage der medizinischen Topographien äußerten. Dem Kassenwart, Architekt Curjel, wurde Entlastung erteilt. Die darauf folgenden Wahlen zeitigten folgendes Ergebnis: Die satzungsgemäß ausscheidenden Mitglieder des großen Ausschusses wurden wiedergewählt; neu hinzugewählt wurden Obermedizinalrat Dr. Römer und Bezirksarzt Dr. Ernst. In den Arbeitsausschuß wurden Oberregierungsrat Dr. Hecht, Direktor des Statistischen Landesamts, Präsident Jung (Bad. Landesversicherungsanstalt), Generaloberarzt a. D. Dr. v. Pezold (Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten), Tuberkulosefürsorgearzt Dr. Geißler (Karlsruhe), Pfarrektor Baumeister (Caritasverband), Pfarrer Bürk (Landesverband gegen den Alkoholismus) gewählt. Durch Zettelwahl wurde Oberregierungsrat Dr. Hecht zum zweiten Vorsitzenden der Gesellschaft gewählt.

Es folgten nun drei Vorträge über Unfruchtbarmachung von Geisteskranken; die beiden ersten Redner, Anstaltsarzt Dr. Möckel (Wiesloch) und Geh. Medizinalrat Dr. M. Fischer (Wiesloch) behandelten den wichtigen Gegenstand in sachverständigster Weise vom ärztlichen und zugleich vom juristischen und ethischen Standpunkte aus, während der dritte Redner, Pfarrer Jos. Meyer (Freiburg) in geistreicher Art die Frage insbesondere von der Seite der katholischen Moraltheologie aus beleuchtete. Hierbei ergab sich, daß die Ärzte rassehygienische Maßnahmen für nötig halten, jedoch alle ethischen Bedenken berücksichtigt wissen wollen, und daß die Theologen zwar die moralischen Bedenken betonen, aber keineswegs verhindern wollen, daß auf rassehygienischem Gebiet alles, was für die Gesunderhaltung des Volkes und das Wohl des Staates unzweifelhaft erforderlich ist, geschieht. Die Teilnehmer der Tagung waren durch diese vortrefflichen Vorträge vom ersten bis zum letzten Wort gefesselt. Aber die ganze Frage ist doch noch nicht so spruchreif, um zu bestimmten Vorschlägen gelangen zu können. Die Vorträge werden in dem Heft 4 der „Sozialhygienischen Mitteilungen“ veröffentlicht und dadurch einer weiteren Erörterung unterbreitet werden.

Am Nachmittag fand eine Führung durch die Kulturhygienische Ausstellung für die Gesellschaftsmitglieder statt.

Eine kulturhygienische Ausstellung.

Über die von der Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene im Generallandesarchiv zu Karlsruhe während der Monate Mai und Juni veranstaltete Kulturhygienische Ausstellung, welche in den Karlsruher Tageszeitungen, in der „Frankfurter Zeitung“ (und von hier entnommen auch in anderen außerbadischen Zeitungen), in den „Ärztlichen Mitteilungen aus und für Baden“ sowie in der „Süddeutschen Apotheker-Zeitung“ viel Lob gefunden hat, äußerte sich auch A. Fischer in einem in der „Münch. med. Wochenschrift“ 1925 Nr. 26 erschienenen Aufsatz, in dem er die der Ausstellung zugrunde liegenden Gedanken und Absichten darlegte; aus seinen Ausführungen sei hier folgendes wiedergegeben:

„Während man die Probleme der physischen Hygiene mit Hilfe von Laboratoriumsexperimenten, die einige Stunden, Tage oder Wochen dauern, erforscht, muß man, um die Vorgänge der kulturellen Hygiene zu studieren, oft viele Jahrzehnte oder gar Jahrhunderte und Jahrtausende in Betracht ziehen. Die Einflüsse ganzer Kulturepochen kann man nur an der Hand geschichtlicher Quellen kennenlernen. Dadurch werden aber die kulturhygieni-

schen Probleme nicht zu historischen oder medizinhistorischen, wie ja z. B. auch die inner-Medizin nicht zur Chemie wird, wenn sie sich chemischer Untersuchungsmethoden bedient. Entscheidend ist einzig und allein die wissenschaftliche Fragestellung. Und in der Frage nach den Einflüssen der Kultur auf die Gesundheitszustände liegt die Eigenart dieser Ausstellung; medizinhistorische Ausstellungen hat man schon oft veranstaltet.

Die Einflüsse der jeweiligen kulturellen Verhältnisse auf das Gesundheitswesen erkennt man vielfach noch heute mit Hilfe gewisser Denkmäler, die als Bildwerke aller Art, als Urkunden, Münzen, Siegel, Akten, Druckschriften vorhanden und bisweilen Jahrhunderte oder Jahrtausende alt sind; sie sind unersetzbar, und können daher nur in besonders geeigneten, mit allen Sicherheitsmaßnahmen versehenen Instituten, also am besten in einem Haus, wie es das Generallandesarchiv zu Karlsruhe ist, aufgehoben und ausgestellt werden. Die von uns ausgestellten Gegenstände stammen aus den großen staatlichen Sammlungen in Karlsruhe, der Staatlichen Sammlung ärztlicher Lehrmittel zu Berlin, der Handschriftenabteilung der Staatsbibliothek zu Berlin, dem Institut für Geschichte der Medizin zu Leipzig, dem Germanischen Museum zu Nürnberg, den Städtischen Sammlungen in Augsburg, Freiburg, Überlingen, Konstanz, Villingen, Pfullendorf sowie aus Privatbesitz.

An wichtigen kulturhygienischen Denkmälern besonders aus dem Mittelalter und dem 18. Jahrhundert ist Baden reich. Man muß sich aus praktischen Gründen, um nicht ins Uferlose zu geraten, zeitlich und räumlich bei der Auswahl der zu erörternden kulturhygienischen Probleme einschränken. Es wäre daher vielleicht zweckdienlich gewesen, wenn sich die Ausstellung lediglich mit den badischen Zuständen befaßt hätte. Allein, es war doch wohl bei diesem ersten Versuch um des besseren Verständnisses willen nötig, die kulturhygienischen Verhältnisse Badens während der genannten Zeiträume mit den Zuständen anderer Staaten und anderer Epochen in Zusammenhang zu bringen.

Eingehende Forschungen, die sich mit der mittelalterlichen Gesundheitspflege in Baden befassen, liegen in Gestalt mancher Arbeiten, namentlich der von K. Baas stammenden vor; über die Gesundheitszustände während der verschiedensten Kulturepochen in vielen Staaten wurden Dokumente aller Art, besonders von Peters, Richer, Sudhoff und E. Holländer veröffentlicht. Bei allen diesen badischen und außerbadischen Publikationen handelt es sich um ungemein wertvolle, grundlegende Werke; aber sie sind sämtlich als medizinhistorische Arbeiten zu bezeichnen, was gewiß auch den Absichten der genannten Autoren entspricht. Diese Forscher sammelten mit ungeheurem Fleiß historisches Material und beschrieben es; aber die hygienische Auswertung war nicht ihr erster und wichtigster Zweck. Bei unserer kulturhygienischen Ausstellung kam es nicht darauf an, lediglich von medizinhistorischen Denkmälern Kenntnis zu geben; diese wurden vielmehr nur insoweit benutzt, als mit ihnen bestimmte Fragen der Gesundheitswissenschaft beantwortet werden können. Wir hielten uns hierbei an den Grundsatz, daß die Hygiene nicht eine um ihrer selbst willen gepflegte Wissenschaft ist, wie etwa die Mathematik oder Astronomie, sondern von vornherein für praktische Zwecke geschaffen wurde. Auch die Kulturhygiene ist nicht — im Gegensatz zur Medizingeschichte — eine von den Bedürfnissen des Gegenwartslebens abstrahierende Wissenschaft; sie soll vielmehr der Verbesserung der derzeitigen Zustände dienen, indem sie auf Grund von gewissermaßen jahrhundertelangen Experimenten Gesetzmäßigkeiten feststellt, wie bestimmte Kultureinflüsse, die sich auch heute noch geltend machen oder geltend machen können, auf die Gesundheitszustände einwirken, so daß wir dann mit Hilfe dieser Forschungsergebnisse zu Richtlinien für unsere praktische Tätigkeit gelangen. Durch diese Zielsetzung wird unsere Arbeit als eine hygienische deutlich gekennzeichnet, auch wenn sie sich medizinhistorischer Mittel und Methoden bedient.“

In dem genannten Aufsatz der „M. m. W.“ folgt nun auf diese theoretischen Darlegungen ein Bericht über die ausgestellten Gegenstände, der noch deutlicher erkennen läßt, was mit der Ausstellung beabsichtigt wurde, und in welchem Umfang das Ziel erreicht werden konnte. An der Hand von Beispielen wurde gezeigt, welche kulturhygienische Fragen man mit Hilfe der Ausstellungsobjekte erörtern und beantworten konnte. Von weiteren Angaben hierüber kann an dieser Stelle abgesehen werden, weil ein ausführlicherer

mit Bildern versehener Aufsatz, der über die Ausstellung unterrichtet, in der „Pyramide“, der Wochenschrift zum „Karlsruher Tagblatt“, vom 19. Juli 1925 erschienen ist und den Mitgliedern der Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene dank der Güte des Verlags C. F. Müller diesem Heft beigelegt werden konnte.

Hier seien nur noch die Schlußbemerkungen aus dem in der „M. m. W.“ veröffentlichten Aufsatz angeführt; sie lauten:

„Man wird schon aus dem kurzen Bericht erkannt haben, daß sich aus der Betrachtung und Erörterung der ausgestellten Objekte die hohe Bedeutung der kulturellen Hygiene ergibt. Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß die Entwicklung von der sozialen zur kulturellen Hygiene kommen muß, ja schon gekommen ist. Angeführt sei zudem, daß durch die kulturhygienische Fragestellung zahlreiche Männer und Frauen, die hygienischen, insbesondere sozialhygienischen Fragen bisher kaum Interesse zollten, veranlaßt wurden, sich nun mit solchen Problemen näher zu befassen; dies war bei vielen Besuchern der Ausstellung deutlich zu bemerken. Auch darin liegt der Wert der kulturhygienischen Ausstellung. Es wäre erfreulich, wenn man auch in anderen Gegenden ähnliche, übrigens verhältnismäßig billig zu veranstaltende Unternehmungen durchführen würde.“

Gesundheitsstatistik.

Dem „Jahresbericht des badischen Gewerbeaufsichtsamtes 1923/24“ ist eine von dem Landesgewerbearzt Holtzmann verfaßte Beilage „Die Pforzheimer Schmuckwarenindustrie im Lichte der Sozialhygiene“ angefügt worden. Diese Schrift enthält beachtenswerte statistische Angaben über die Krankheitsverhältnisse der Schmuckwarenarbeiterschaft. In unserer Tafel 1 geben wir die Zahlenreihen wieder, die über die Zustände bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse Pforzheim sowie bei der Betriebskrankenkasse der größten Pforzheimer Schmuckwarenfabrik unterrichten. Die Tafel 2 bietet eine Übersicht über die Tuberkulosesterblichkeit im Staate Baden, im Amtsbezirk Pforzheim und bei der Ortskrankenkasse. Gerade im Hinblick auf die Darlegungen, welche in den „Sozialhygienischen Mitteilungen“ 1924 Heft 3 über die hohe Tuberkulosesterblichkeit im Bezirk Pforzheim veröffentlicht worden sind, sind die Untersuchungsergebnisse Holtzmanns von besonderem Interesse.

Tafel 1.

Es erkrankten 1923 Pflichtmitglieder (19881 männliche und 18051 weibliche Pflichtmitglieder) bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse an:

	Infektionen u. Atmungs- organe		Lungen- tuberkulose		Magen und Darm		Herz		Nerven		Rheuma		Augen	
	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.
Schmuckwarenarbeiter: m. 14738 w. 13584	1814	2608	150	266	445	518	133	151	172	289	294	307	138	117
vom Hundert: .	12,3	19,2	1,0	1,9	3,0	3,8	0,9	1,1	1,1	2,1	2,0	2,2	0,9	0,8
andere Arbeiter: . . . m. 5143 w. 4467	880	470	53	43	195	116	67	31	81	57	221	59	56	19
vom Hundert: .	17,1	10,5	1,0	0,9	3,8	2,6	1,3	0,7	1,6	1,2	4,3	1,3	1,1	0,4

	Haut		Blut		Abszesse Pflegrnon		Frauen- leiden	Ver- letzungen		Ver- schiedenes		Summe	
	m.	w.	m.	w.	m.	w.		m.	w.	m.	w.	m.	w.
Schmuckwarenarbeiter: m. 14738 w. 13584	48	82	32	231	441	356	670	663	266	352	399	4682	6230
vom Hundert: .	0,3	0,6	0,2	1,7	2,9	2,6	4,9	4,5	1,9	2,4	2,9	31,9	46,0
andere Arbeiter:	25	12	7	34	234	69	102	480	64	138	108	2437	1184
vom Hundert: .	0,4	0,2	0,1	0,7	4,5	1,5	2,2	9,3	1,4	2,6	2,4	47,2	26,5

Bei der Betriebskrankenkasse der Firma Kollmar & Jourdan (643 männliche und 1440 weibliche Pflichtmitglieder):

	Infektionen u. Atmungs- organe		Lungen- tuberkulose		Magen und Darm		Herz		Nerven		Rheuma		Augen	
	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.
Schmuckwarenarbeiter:	91	316	5	16	44	89	5	14	9	49	21	48	12	20
vom Hundert: .	17,0	21,9	0,7	1,1	0,8	6,1	0,7	0,9	1,6	3,6	3,2	3,3	1,8	1,3

	Haut		Blut		Abszesse Pflegrnon		Frauen- leiden	Ver- letzungen		Ver- schiedenes		Summe	
	m.	w.	m.	w.	m.	w.		m.	w.	m.	w.	m.	w.
Schmuckwarenarbeiter:	3	8	1	11	20	42	113	24	29	25	68	260	815
vom Hundert: .	0,4	0,5	0,1	0,7	3,1	2,9	7,5	3,7	2,0	3,8	4,7	40,4	56,6

Tafel 2.

Todesfälle an Lungentuberkulose.

Auf 10000 Personen kamen Todesfälle an Lungentuberkulose	1905—1907	1912	1921—23
bei der Ortskrankenkasse Pforzheim	30,6	28,4	21,9
im Amtsbezirk Pforzheim	19,7	18,5	18,1
im Landesdurchschnitt	18,3	16,9	14,0

Holtzmann faßt das Ergebnis der Krankenstatistik folgendermaßen zusammen:

„Es kommen in der Schmuckwarenindustrie eine Anzahl von spezifischen Gewerbekrankheiten vor, wie Gewerbeekzeme, Überanstrengung einzelner Muskelgruppen, Bleieinwirkungen, sie bleiben aber ihrer Zahl nach ohne Einfluß auf den Gesamtgesundheitszustand der Arbeiterschaft.“

Der Gesundheitszustand im ganzen ist nicht gerade günstig, namentlich übertrifft die Erkrankung und Sterblichkeit an Tuberkulose die Zahlen anderer Landesteile. Bei der männlichen Arbeiterschaft treten Gesundheitsschäden weit weniger zutage als bei der weiblichen. Aber auch hier liegt der schädigende Einfluß nicht in der Art der Beschäftigung, die keine besonderen Gesundheitsgefahren aufweist, begründet. Ungünstig wirken die langen Wege zur Arbeitsstelle, unregelmäßige Ernährung, Verbindung von Berufsarbeit mit den Leistungen der Mutterschaft und den Pflichten im Haushalt.“

Über die Tuberkuloseerkrankungs- und -sterblichkeitsverhältnisse bietet Holtzmann folgende ausführliche Angaben:

„Auf 150 Erkrankungen an Lungentuberkulose bei männlichen Goldarbeitern im Jahre 1923 kamen 53 bei Arbeitern anderer Berufe. Das entspricht ziemlich genau dem Verhältnis der Mitgliedschaft in der Krankenkasse (100:54,9). Bei ganz genauer Prozentverteilung müßten auf die anderen Berufe 52,5 Fälle kommen. Der männliche Goldarbeiter ist also nicht stärker mit Lungentuberkulose belastet, wie andere Pforzheimer Arbeiter. Auf 266 Erkrankungen weiblicher Goldarbeiter an Lungentuberkulose kamen nur 43 bei anderen Berufszweigen, während bei gleichem Verhältnis (100:32,9) 87,5 auf letztere entfallen müßten. Demnach leidet die Schmuckwarenarbeiterin doppelt so häufig an Lungentuberkulose als andere Arbeiterinnen, insbesondere auch Hausbedienstete. Im ähnlichen Sinne, aber weit weniger stark, macht sich der Unterschied in der Sterblichkeitsstatistik bemerkbar. Es starben 1923 bei der Ortskrankenkasse 37 Goldarbeiter und 18 Arbeiter anderer Berufe an Lungentuberkulose. Die letztere Zahl müßte im Verhältnis der Versicherten 13,2 lauten. Es überwiegt also hier die Sterblichkeit der anderen Berufe. Weiblicherseits starben 36 Schmuckwarenarbeiterinnen gegen 8 Versicherte anderer Berufe, während die Verhältniszahl 11,9 betragen müßte. Hier überwiegt also die Sterblichkeit in der Schmuckwarenindustrie. Es muß aber gesagt werden, daß bei der Kleinheit der Zahlen in der Sterblichkeitsstatistik diese Zahlen noch nicht beweisend sind. Eine weitere, nicht nur im Jahre 1923 wahrnehmbare Erscheinung ist, daß die Erkrankungsziffern an Lungentuberkulose beim weiblichen Geschlecht und besonders bei der Goldarbeiterin, weniger bei anderen Berufen bedeutend höher ist, als bei den Männern, indes die Sterblichkeitsziffer diese Verschiedenheit nicht aufweist. Diese zunächst befremdende Tatsache kann nur durch das größere Arztbedürfnis der weiblichen Arbeiterschaft, das wir auch sonst antreffen, erklärt werden. Die Arbeiterin der Schmuckwarenfabrik sucht den Arzt öfters auf, als der Mann und auch häufiger als die Hausangestellte oder die landwirtschaftliche Magd. Das bedeutet zwar rechnerisch eine starke Belastung für die Pforzheimer Ortskrankenkasse mit ihren vielen weiblichen Mitgliedern, ist aber sozialhygienisch sicher ein großer Vorteil. Der Einführung der Krankenversicherung lag ja der Gedanke zugrunde, die frühzeitige ärztliche Beratung zu ermöglichen.“

Die viel kleineren Zahlen der Betriebskrankenkasse lassen die gleichen Verhältnisse erkennen. Von den 643 männlichen und 1440 weiblichen Arbeitern des Jahres 1923 erkrankten an Lungentuberkulose 5 Männer und 16 Frauen, während im Verhältnis nur 11,1 Erkrankungen auf letztere entfallen müßten. Das vermehrte Arztbedürfnis der Frauen ist auch aus der Zahl der Erkrankungsfälle überhaupt zu entnehmen, 260 männliche gegen 815 weibliche. (Die Verhältniszahl müßte 583 lauten.)

Von den an Lungentuberkulose erkrankten Schmuckarbeitern beiderlei Geschlechts wohnten 45% in Pforzheim mit eingemeindeten Vororten, 55% auf dem Lande. Vergewärtigt wir uns daneben, daß überhaupt auf dem Lande nur 47,5% der Arbeiterschaft wohnt, so sind nach der Erkrankungsstatistik die städtischen Goldarbeiter weniger gefährdet als die ländlichen. Die Sterblichkeitsstatistik dagegen läßt ein Überwiegen der Stadtbewohner erkennen. In den Jahren 1920/23 entfielen auf 100 Todesfälle überhaupt in der Stadt Pforzheim 17,4 und im Landbezirk 12,8 Lungentuberkulose. Und ähnlich, sogar noch etwas deutlicher, drückt sich dies Verhältnis der Sterblichkeitsliste der Mitglieder in der Ortskrankenkasse aus. Neben der Kleinheit der Zahlen ist dabei jedoch zu beachten, daß ein Teil der Kassenmitglieder gerade in schweren Fällen in den Krankenhäusern der Stadt Aufnahme findet und bei Tod in den Sterberegistern der Stadt erscheint, wenn auch der eigentliche Wohnsitz außerhalb war.

Um einen Anhaltspunkt zu gewinnen, ob bestimmte Arten der Beschäftigung, etwa männlicherseits die Schleifer und weiblicherseits die Poliseusen, deren Arbeit Staub entwickelt, mehr mit Lungentuberkulose belastet seien, wurde eine Auszählung nach der speziellen Berufstätigkeit vorgenommen. Das Ergebnis war negativ. Von den 38 männlichen verstorbenen Schmuckwarenarbeitern waren 26 Goldschmiede, keiner Schleifer. Von den 39 weiblichen waren 10 Poliseusen, 8 Kettenmacherinnen, 7 Hilfsarbeiterinnen. Auch die Poliseusen sind im Verhältnis zu ihrer Zahl keineswegs besonders stark belastet. Das gleiche negative Resultat ergibt die Berufsstatistik der Erkrankten. In der Arbeit der Schmuckwarenindustrie als solcher liegen keine

Momente, die Erkrankungen an Lungentuberkulose erklären könnten. Eine Berufsschädigung müßte erfahrungsgemäß mindestens 10 Jahre eingewirkt haben, um in der Erkrankungszeit an Lungentuberkulose sich auszuwirken. Statistik (Unsere Tafel 2. Der Berichterstätter) aber beweist, daß gerade die ersten 10 Arbeitsjahre die meisten Opfer aufweisen. 55% der Erkrankungs- und 48% der Todesfälle kommen auf das Alter von 14 bis 25 Jahren, während nach Altersaufbau 24,5% der männlichen und 45,6% der weiblichen Arbeiterschaft auf dies Lebensalter entfällt. Die prozentuale Sterblichkeit der jungen Leute bei der Ortskrankenkasse ist sogar noch höher als bei der Gesamtbevölkerung. Bei den Kassenmitgliedern liegen 62% der Todesfälle an Lungentuberkulose unter 30 Jahren, im Landesdurchschnitt rund 40%. Die in die Schmuckwarenfabrik eintretenden jungen Leute sind also hinsichtlich der Tuberkulose weniger widerstandsfähig als der Durchschnitt der Gesamtbevölkerung, werden aber durch die Art der Arbeit nicht weiter geschädigt, sonst müßten die älteren Jahrgänge mehr mit Lungentuberkulose behaftet sein. Das gleiche Verhältnis hinsichtlich der Belastung der jungen Jahrgänge bestand schon vor dem Kriege. 1912 waren 58% der an Lungentuberkulose verstorbenen Kassenmitglieder unter 30 Jahren.

Unter der Arbeiterschaft der anderen Berufe kommen 52% der Erkrankungs- und 42% der Todesfälle an Lungentuberkulose auf das Alter von 14 bis 25 Jahren; die Verhältnisse sind also von den Goldarbeitern nicht wesentlich verschieden. Die Möglichkeit, daß bei den Gegenübersitzern am Werkbrett durch Anhalten (Tröpfcheninfektion) gelegentlich eine Ansteckung stattfindet, liegt vor. Darum ist es vom hygienischen Standpunkt aus zu begrüßen, daß das alte Werkbrett, woran die Schmuckwarenarbeiter sich gegenüber sitzen und sich anhalten können, zugunsten der Werkbank, woran die Leute hintereinander sitzen, allmählich verschwindet. Daß Pforzheim eine Lungentuberkulosesterblichkeit über dem Landesdurchschnitt aufweist, ist auf allgemeine hygienische Zustände, wie Familieninfektionen, Wohnungs- und Ernährungsfragen zurückzuführen, nicht jedoch auf die besondere Art seiner Industrie."

Gesundheitsgesetzgebung.

In der 37. Sitzung des Reichstages beschäftigte sich die sozialdemokratische Abgeordnete Dr. Stegmann, eine Ärztin, eingehend mit den §§ 218 und 219 des Strafgesetzbuches, nach welchen die Abtreibung mit Zuchthaus zu bestrafen ist; sie begründete ihren Wunsch, diese Bestimmungen zu beseitigen, eingehend und nicht ohne Geschick. Sie führte u. a. an, daß der Bund der Ärztinnen und unter ihnen auch katholische Ärztinnen bekennen, ihre ärztliche Erfahrung habe ihnen gezeigt, daß die genannten Gesetzesbestimmungen viel mehr Schaden als Nutzen gestiftet haben. Aber der Rede der Abgeordnete Stegmann wird doch kein Erfolg beschieden sein — und dies, wie wir hinzufügen möchten, mit Recht. Unmittelbar nach der Rednerin erklärte der Reichsjustizminister Dr. Frenken: „Was die Frage der Strafbarkeit der Abtreibung betrifft, so ist mein ablehnender Standpunkt ganz bestimmt und unabänderlich.“ Es sei noch bemerkt, daß sich auch der Deutsche Ärztetag im September d. J. mit der „Bekämpfung der Abtreibungsseuche“ befassen wird. Die vom Geschäftsausschuß des Ärztetages ausgearbeiteten Leitsätze liegen bereits vor; es heißt dort: „Eine Aufhebung der gesetzlichen Strafbestimmungen wäre ein verhängnisvoller Mißgriff.“

* * *

Im „Reichsarbeitsblatt“ vom 20. April 1925 wurde ein „Entwurf eines Gesetzes über die Wochenhilfe“, der von der Reichsregierung dem Reichsrat übermittelt worden ist, veröffentlicht. Eine Bestimmung dieses Gesetzesvorschlages sollte die Neuerung bringen, daß im Falle der Entbindung ein einmaliger Gesamtbetrag von 80 Mark zu zahlen ist. Dies würde zur Folge haben, daß das Stillgeld und die damit verbundene Kontrolle der Stilltätigkeit fortfallen. Zahlreiche und bedeutende Körperschaften haben gegen diese Neugestaltung, welche einen erheblichen Rückschritt auf dem Gebiete der Säuglingsfürsorge gezeitigt hätte, Einspruch erhoben. Inzwischen wurde bekannt, daß die Reichsregierung davon absehen wird, das Stillgeld zu beseitigen.

* * *

Es ist bedauerlich, daß nicht seitens aller Einzelpersonen und Körperschaften, die sich mit der Verbesserung der Volksgesundheit befassen, gegen die Verschlechterung der gesamten Volksernährung mit der gleichen Tatkraft vorgegangen wurde, wie man es be-

obachtet hat, als die Säuglingsernährung bedroht war. Die in den „Sozialhygienischen Mitteilungen“ 1924 Heft 3 S. 45 ff. dargelegten Befürchtungen hinsichtlich der von der Reichsregierung und der Reichstagsmehrheit betriebenen Politik auf dem Gebiete der Volksernährung werden jetzt Wirklichkeit. Der Kampf um die Nahrungsmittelzölle wird gegenwärtig mit größter Heftigkeit im Reichstag ausgefochten; daß die Anhänger der Zollpolitik Sieger bleiben, ist sicher. Wir sind der Ansicht, daß die Nahrungsmittelzölle zur Verteuerung der Lebensmittelpreise führen werden; denn dies ist ja ihr Zweck. Daß die Einnahmen der breiten Volksmassen sich überall in gleichem Umfange vergrößern werden, ist kaum zu erwarten. Es ist nicht zu bezweifeln, daß für Millionen von Menschen sich die Lebenshaltung fühlbar verschlechtern wird; daß dann die Volksgesundheit — ceteris paribus — darunter leiden wird, ist nicht zu bestreiten. Zahlreiche Nationalökonom, selbst solche, die vor dem Kriege Zollanhänger waren, haben, gerade auch mit Rücksicht auf die Volksgesundheit, vor den Nahrungsmittelzöllen, wie sie die Reichsregierung vorgeschlagen hat, gewarnt. Von den ordentlichen Professoren der Hygiene hat sich, soweit wir es übersehen können, keiner zu dieser wichtigsten aller Gesundheitsfragen geäußert. Kein Wunder, daß die Mehrheitsparteien in dem Reichstagsausschuß, der sich mit den Zöllen zu befassen hatte, sich nicht im geringsten um die Wirkung der Nahrungsmittelzölle auf die Volksgesundheit bekümmerten. Bezeichnend ist, daß, wie in der „Frankfurter Zeitung“ vom 14. VII. 25 mitgeteilt wurde, in der Agrar-Enquetekommission Vertreter des Reichsgesundheitsamtes überhaupt nicht zugegen waren, und daß, wie es dann im „Vorwärts“ vom 24. VII. 25 heißt, zwar Vertreter des genannten Amtes anwesend waren, daß sie sich aber, obwohl sie aufgefordert wurden, sich über die Einwirkung der Lebensmittelverteuerung auf die Volksgesundheitszustände zu äußern, völlig ausgeschwiegen haben. Selbst ein Befürworter der Zölle kann, sofern er nur im übrigen Interesse für sozialhygienische Fragen hat, mit dieser Art der politischen Behandlung der Zölle im Reichstag nicht einverstanden sein. Denn wie hier im Reichstag jede Erörterung der hygienischen Wirkung eines Gesetzentwurfs geflissentlich vermieden wurde, so kann es auch bei jedem anderen Gesetzesvorschlag geschehen. Die Reichstagsabgeordneten haben sich bisher schon nicht allzuviel mit der Gesundheitspolitik befaßt; die Art, wie jetzt die Nahrungsmittelzölle verabschiedet werden, erzeugt ganz gewiß nicht die Aussicht, daß der Reichstag in Zukunft hygienische Fragen stärker berücksichtigen wird.

* * *

Schon seit Jahrzehnten haben die Sozialhygieniker die Ausdehnung der Unfallversicherung auf gewerbliche Berufskrankheiten verlangt. Diesem Wunsche wurde jetzt durch eine Verordnung vom 12. Mai 1925 (RGBl. Teil I S. 69) entsprochen. Hiernach gehören zu den gewerblichen Berufskrankheiten: 1. Erkrankungen durch Blei oder seine Verbindungen, durch Phosphor, durch Quecksilber oder seine Verbindungen, durch Arsen oder seine Verbindungen, durch Benzol oder seine Homologen, durch Nitro- und Amidverbindungen der aromatischen Reihe, durch Schwefelkohlenstoff, Erkrankungen an Hautkrebs durch Ruß, Paraffin, Teer, Anthrazen, Pech und verwandte Stoffe in Betrieben, in denen Versicherte regelmäßig der Einwirkung der vorbezeichneten Stoffe ausgesetzt sind. 2. Grauer Star bei Glasmachern in Glashütten. 3. Erkrankungen durch Röntgenstrahlen und andere strahlende Energie in Betrieben, in denen Versicherte der Einwirkung von Röntgenstrahlen oder anderer strahlender Energie ausgesetzt sind. 4. Wurmkrankheiten der Bergleute im Betriebe des Bergbaues. 5. Schneeberger Lungenkrankheit im Betriebe des Erzbergbaues im Gebiete von Schneeberg (Freistaat Sachsen).

Gesundheitspolitik.

Im vorigen Heft der „Sozialhygienischen Mitteilungen“ (S. 59) wurde schon angeführt, daß man sich damit beschäftigt, auch im Deutschen Reich, nach englischem Vorbilde, Gesundheitswochen zu veranstalten. In Gelsenkirchen hat bereits vom 28. Juni bis 5. Juli d. J., unter Führung von Stadtmedizinalrat Dr. Wendenburg, eine Kinder-

Gesundheitswoche stattgefunden. Hierbei wurden folgende Grundsätze durchgeführt: Sichere Erfassung der Massen in allen Bevölkerungsschichten; praktische Darstellung der hygienischen Lebensnotwendigkeiten am lebenden Körper des Kindes; die Darstellung des Normalen, des Gesunden, der Lebenssteigerung und der Vorbeugung unter Verzicht auf die Darstellung des Krankhaften, das bisher in Hygieneausstellungen oft zu Mißverständnissen geführt hat; keine Belehrung, sondern Unterhaltung in Wort und in darstellender Kunst, in humoristischer und dramatischer Form.

Auf den 9. Juli d. J. hatte der Reichsminister des Innern nach Berlin zu einer Beratung, welche sich mit der Veranstaltung einer Reichsgesundheitswoche befaßte, eingeladen. Es waren zahlreiche Vertreter der Regierungen sowie der sonstigen in Betracht kommenden Körperschaften anwesend. Eine Gesundheitswoche größter Art wird für März oder April 1926 vorbereitet. Das Unternehmen soll vom Reichsausschuß für hygienische Volksbelehrung und den ihm angehörenden Landesausschüssen in die Wege geleitet werden.

* * *

In Düsseldorf fand im Juni d. J. eine Deutsche Alkoholgegnertagung statt. als ihr Ergebnis sind folgende EntschlieBungen anzusehen:

1. „Die vom 1. bis 4. Juni 1925 in Düsseldorf versammelten deutschen Alkoholgegner fordern von Reichsregierung und Reichstag ein wirksames Schutzgesetz gegen den Alkoholismus. Sie erwarten, daß dieses Gesetz in einer einleitenden Erklärung die mit dem Genuß der geistigen Getränke verknüpften Gefahren betont und grundsätzlich die Verpflichtung des Staates anerkennt, tatkräftige Maßnahmen gegen den Alkoholismus zu ergreifen. Die deutschen Alkoholgegner wünschen ferner die Berücksichtigung ihrer aus Anlaß früherer Schankgesetzbvorlagen erhobenen Forderungen; mit besonderem Nachdruck fordern sie, daß das Schutzgesetz in weitgehendem Maße der Selbstbestimmung der Gemeinden Rechnung trägt und unter allen Umständen das Gemeindebestimmungsrecht in praktisch durchführbarer und wirksamer Form enthält, d. h. Bestimmungen, die den Gemeinemitgliedern gestatten, durch Abstimmung der Urwähler über Umfang der zulässigen Alkoholschankerlaubnisse im allgemeinen, Erteilung der einzelnen Erlaubnisse und Ausdehnung der Polizeistunde zu entscheiden.“

2. „Die vom 1. bis 4. Juni 1925 in Düsseldorf versammelten deutschen Alkoholgegner beantragen bei den Landesregierungen, daß sie unverweilt Maßnahmen treffen, welche die alkoholfreie Jugend-erziehung (lehrplanmäßigen Unterricht oder, falls er zurzeit noch nicht möglich ist, jede nur irgendmögliche Förderung der Wanderkurse) gewährleisten und nach Inhalt und Form sicherstellen. Die deutschen Alkoholgegner knüpfen mit dieser Forderung an den Beschluß des Reichstags an, der von der Reichsregierung ein Gesetz zum Schutze der Jugend forderte; auch sind sie überzeugt, daß gesetzliche Maßnahmen zum Schutze der Jugend vor den Alkoholgefahren nur mit gleichzeitiger Einführung und Durchführung der alkoholfreien Jugend-erziehung Wert und Erfolg haben.“

* * *

Der 44. Deutsche Ärztetag, der am 9. und 10. September d. J. in Leipzig veranstaltet wird, soll sich mit einer Reihe von kulturhygienisch bedeutungsvollen Fragen beschäftigen. Die von den Berichterstattern aufgestellten Leitsätze sind bereits veröffentlicht worden. Aus diesen ist einiges hervorzuheben. In die Standesordnung sollen folgende Bestimmungen aufgenommen werden: „Die öffentliche Gesundheitspflege und die Durchführung der sozialen Gesetzgebung hat jeder Arzt nach Kräften zu fördern und muß sich der Bedeutung dieser Pflicht für das Volkswohl stets bewußt sein, insbesondere soll jeder in seinem Wirkungskreis an der Verhütung und Beschränkung der Volksseuchen auch über die gesetzliche Meldepflicht hinaus mitarbeiten.“ Weitere Berichte befassen sich mit den Leibesübungen, der Abtreibungsseuche, der Findelhausfrage und der Kurpfuschereibekämpfung. Der Berichterstatter über die Findelhausfrage wünscht, daß sich der Ärztetag für die Schaffung neuzeitlicher Findelhäuser einsetzt. Es ist zu wünschen, daß sich der Ärztetag gegen diese Häuser, die unzweifelhaft dazu dienen würden, die Häufigkeit der Trennung von Mutter und Säugling noch zu vergrößern, ausspricht.

* * *

Der Reichsverband der Zahnärzte Deutschlands hielt vom 31. Juli bis 8. August d. J. in Karlsruhe eine Tagung ab, die mit einer Ausstellung für Schulzahn-pflege und soziale Hygiene verbunden war.

Bücher- und Schriftenschau.

Berichterstatter: Dr. A. Fischer, Karlsruhe.

M. Egeling: Grundzüge der Hygiene. Berlin, 1925, Urban & Schwarzenberg.

Fischer-Defoy: Leitfaden durch die soziale Gesundheitsfürsorge. München, 1925, Verlag der Gesundheitswacht.

A. Gottstein: Das Heilwesen der Gegenwart, Gesundheitslehre und Gesundheitspolitik. Berlin, 1924, Deutsche Buchgemeinschaft.

S. Pniower: Gesundheit als Rechtsgut und Pflichtforderung. Leipzig, 1925, Verlag der Buchhandlung des Verbandes der Ärzte Deutschlands.

H. v. Hayek: Soziale und sozialisierte Medizin. Wien und Berlin, 1925, Julius Springer.

In der letzten Zeit sind viele Schriften, die sich mehr oder weniger mit dem gesamten sozialen Gesundheits- und Heilwesen befassen, erschienen; zu ihnen gehören die oben angeführten fünf Veröffentlichungen, über die hier nach Maßgabe des vorhandenen Raumes berichtet werden soll.

Der Wiener Privatdozent für Hygiene Egeling widmet in den „Grundzügen der Hygiene“, mit denen er Mediziner und Ärzte belehren will, von den 368 Textseiten 334 den Gegenständen der physischen Hygiene und die restlichen 34 der sozialen Hygiene, sozialen Fürsorge, Gewerbehygiene und Rassenhygiene. Ein solches Buch kann man nicht „Grundzüge der Hygiene“ nennen; es handelt sich um ein Buch lediglich der physischen Hygiene, wenn auch dem Zeitgeist insofern entsprochen wird, als ein paar Seiten für die soziale Hygiene vorbehalten sind. Wenn die soziale Hygiene auf einem so engen Raume, wie hier, bearbeitet ist, kann gar nichts anderes als Kapitelüberschriften geboten werden.

Der „Leitfaden“ von Fischer-Defoy enthält 137 Seiten; sein Verfasser hat sich schon vielfach um die Verbreitung hygienischen Wissens verdient gemacht. Auch mit diesem gewandt geschriebenen „Leitfaden“ wird er Nutzen stiften. Im Vorwort sagt der Verfasser, der in Frankfurt als Stadtmedizinalrat tätig ist, daß sein Buch aus der Praxis schöpft; es sei nicht nur als Vademecum für Fürsorgerinnen geschrieben, sondern werde wohl auch dem Sozialhygieniker einige Anregungen bieten. Ich habe vergebens nach Schilderungen gesucht, die „aus der Praxis geschöpft“ sind; ich habe nur Angaben gefunden, die mir von anderen Veröffentlichungen her schon bekannt waren. Nur eins war mir neu, daß Frankfurt a. M. als erste Stadt in Deutschland 1883 einen Schularzt angestellt hat; aber die Richtigkeit gerade dieser Mitteilung möchte ich bezweifeln. Denn H. L. Cohn, der Breslauer, um die Schularztfrage so verdiente Augenarzt, schrieb 1886 („Über die Notwendigkeit der Einführung von Schulärzten“, Leipzig bei Veit), daß ihm der bekannte Frankfurter Stadtarzt Spieß mitgeteilt hat, er sei nicht Schularzt und habe nicht einmal Sitz und Stimme in der Schuldeputation. Vielleicht kann Fischer-Defoy diesen Widerspruch aufklären; viele Sozialhygieniker werden an dieser Frage gewiß Interesse haben.

Ein Buch, das auf reichem Wissen und eigenen Erfahrungen beruht, ist „Das Heilwesen der Gegenwart“ von Gottstein. Es ist aber zu bedauern, daß dies 498 Seiten umfassende Werk eine Nummer in einer Schriftenreihe, die Bücher aus den Gebieten der Philosophie, der Kunst, des Briefwechsels, der Geschichte usw. enthält, darstellt. Diese Schriftenreihe wendet sich an ein großes, allgemeines Publikum; der Autor jeder einzelnen Nummer muß dies naturgemäß berücksichtigen und behält daher nicht mehr seine volle Freiheit. Schon bei einer anderen Arbeit Gottsteins, die in einer anderen allgemeinen Zwecken dienenden Schriftensammlung erschien und in den „Sozialhygienischen Mitteilungen“ 1920 S. 128 besprochen wurde, ist auf diese Beeinträchtigung hingewiesen worden. Das neue Buch von Gottstein enthält eine Fülle von Angaben, die mit großer Sachkenntnis gegliedert sind und in leicht verständlicher Form geboten werden; aber viel Neues ist in dieser volkstümlich gestalteten Arbeit naturgemäß nicht zu finden. Erfreulich ist es, daß auch Gottstein jetzt bei der Begriffsbestimmung der sozialen Hygiene von der Art der Einflüsse, die auf die

Gesundheitsverhältnisse einwirken, auszugehen scheint. Er schreibt: „Die soziale Hygiene hat also zu ihrer ersten Aufgabe das Studium des Einflusses der gesellschaftlichen Verhältnisse auf die Gestaltung der Volksgesundheit und auf den Gang der Volkskrankheiten.“ Aber er kann sich offenbar trotzdem noch nicht ganz von seiner früheren Definition trennen, da er fortfährt: „Sie erforscht zweitens die gesundheitlichen Verhältnisse bestimmter Gruppen der Gesamtheit, die durch ihre gesellschaftliche Zusammengehörigkeit, durch besondere Lebensbedingungen, zu denen auch die des Lebensalters gehören, durch erblich überkommene Einflüsse eigenartige und abweichende Gesundheits- und Krankheitsvorgänge zeigen, und sie hat darüber hinaus noch die wichtige Aufgabe, die Rückwirkung von Gesundheits- und Krankheitszuständen der Gesamtheit und ihrer gegliederten Teile auf gesellschaftliche und wirtschaftliche Zustände zu untersuchen.“ Diese zweite Aufgabe, die Gottstein hier der sozialen Hygiene zuweist, ist, nachdem er die erste richtig gekennzeichnet hat, überflüssig, ja in gewisser Hinsicht irreführend, und was er darüber hinaus noch im Rahmen der sozialen Hygiene bearbeitet wissen will, gehört nicht in das Gebiet des Gesundheitswesens, sondern in das der Volkswirtschaft. Obwohl manchen Darlegungen Gottsteins nicht ganz zugestimmt werden kann, so ist doch sein neues Buch lesenswert; denn es ist unter allen Umständen interessant und erforderlich zu wissen, was ein so erfahrener Sozialhygieniker jetzt zu den einzelnen Gegenständen unseres Gebietes zu äußern hat.

Die 157 Seiten starke Schrift von Pniower, die den Untertitel „Beitrag zur Sozialpsychologie“ führt, ist nicht gerade leicht lesbar, aber wohl zu beachten. Hätte der Verfasser, der meinen „Grundriß der sozialen Hygiene“ in der Gestalt der ersten Auflage wiederholt anführt, schon die zweite Auflage meines Buches in Händen gehabt hat, so wäre dies vielleicht nicht ohne Einfluß auf die Ausdrucksweise und den Inhalt seiner Schrift gewesen. Diese zerfällt besonders in zwei Hauptabschnitte, von denen der eine „Recht auf Gesundheit“ und der andere „Pflicht zur Gesundheit“ überschrieben sind. Mein Sprachgefühl lehnt sich gegen diesen letzteren Ausdruck auf; man hat die Pflicht, gesundheitsgemäß zu leben, also die Pflicht zu einer Handlung, aber nicht zu einem Zustand, dem man den Namen Gesundheit gibt. Will man kurze, klare Bezeichnungen, die gewissermaßen schon ein ganzes Programm angeben sollen, verwenden, so dürften sich die von mir neuerdings geprägten Ausdrücke „Gesundheitsrecht“ und „Gesundheitspflicht“ gerade für die Gegenüberstellung eignen; sie lehnen sich an die Worte „Grundrechte und Grundpflichten“, welche für die Überschrift des zweiten Hauptteiles der neuen Reichsverfassung benutzt wurden, an. In der Schrift von Pniower wird eingehend untersucht, wie sich „Recht auf Gesundheit“ und „Pflicht zur Gesundheit“ unter dem Einfluß der verschiedenen philosophischen Systeme sowie des privaten und öffentlichen Rechtes gestaltet haben; es handelt sich bei dieser Abhandlung mithin um eine äußerst wichtige und schwierige Aufgabe, durch deren Bearbeitung sich der Verfasser ein großes Verdienst erworben hat. — Diese Gelegenheit möchte ich benutzen, um der Weiterverbreitung eines Irrtumes vorzubeugen. Pniower beginnt seine Schrift folgendermaßen: „Im Jahre 1916 (es war 1915; der Berichterstatter) hat Alfons Fischer das Schlagwort vom ‚Recht auf Gesundheit‘ geprägt; er versteht darunter aber in einer rein sozialhygienischen Auffassung nur die Erhaltung und Erhöhung des normalen Gleichgewichtszustandes unserer Gesundheit. (Diese letztere Auslegung meiner Worte ist nicht begründet und trifft nicht zu. Der Berichterstatter.) Im Anschluß daran stellte Gottstein in der Einführung eines Vortragszyklus über Familienversicherung im Jahre 1919 dem ‚Recht auf Gesundheit‘ die ‚Pflicht zur Gesundheit‘ gegenüber.“ Diese Ausführungen werden bei manchen den Eindruck erwecken, als würde ich nur das Recht, nicht aber die Pflicht betonen. Dieser Irrtum wird durch die oben angeführten Darlegungen von Gottstein aus dem Jahre 1919 hervorgerufen. Offenbar hat sich Gottstein damals nicht mehr daran erinnert, daß bereits in dem „Gesundheitspolitischen Programm der Deutschen Demokratischen Partei Badens“ (siehe „Sozialhygienische Mitteilungen“ vom Dezember 1918), das, wie für Gottstein leicht erkennbar gewesen sein dürfte, im wesentlichen auf meine Wirksamkeit hin zustande kam, sowohl das „Recht auf Gesundheit“ wie die „Pflicht, die Vorschriften der Gesundheitslehre zu befolgen“, hervorgehoben wurden. Dies muß ich nachdrücklich betonen, weil auch Paul Ritter in einem Aufsatz, den er so-

eben in den „Blättern für Volksgesundheitspflege“ 1925 Heft 7 veröffentlicht hat, genau die gleiche falsche Darstellung gibt, wie Pniower.

Der Innsbrucker Privatdozent H. v. Hayek hält sich nicht an die in Deutschland üblichen Bezeichnungen; er bildet selbst Namen, ob mit Glück, ist allerdings fraglich. Was für wirkliche Not wirkliche Hilfe aus eigener Kraft schafft und nach oben strebt, ist für ihn sozial; sozialisiert nennt er, was Wohltaten auf Kosten anderer verspricht und Gleichmacherei nach unten sucht. Daraus soll dann jeder Leser entnehmen, was der Verfasser unter sozialer und sozialisierter Medizin versteht. So willkürlich wie diese Unterscheidung der Worte „sozial“ und „sozialisiert“ ist, so unbewiesen ist die Annahme, von der die ganze Schrift ausgeht, daß die Sozialisierung auf allen Gebieten menschlicher Arbeit in den niedergeborenen Staaten ein Mittel, welches das internationale Großkapital zur Ausdehnung seiner Macht anwendet, ist. Zu dieser einseitigen Einstellung des Verfassers kommt noch hinzu, daß seine Anschauungen auf den wohl besonders mißlichen politischen Zuständen Österreichs im allgemeinen und zudem auf dem dort überaus starken Angebot ärztlicher Arbeitskraft — nach v. Hayek entfielen 1922 in Innsbruck auf einen Arzt 293 Einwohner — beruhen dürften. Neun Zehntel der Menschen beurteilt er sehr ungünstig; er hält sie für arbeitsunwillig und irgendeiner Peitsche bedürftig. Durch all die Mißstände, die er sieht, zieht sich der Gedanke, daß der Sozialisierung entgegenzutreten und das internationale Großkapital zu bekämpfen ist; aber über die Art, wie hierbei vorzugehen ist, findet man keine Angaben. Überhaupt bietet v. Hayek wenig Vorschläge, die der Verbesserung der Gesundheitsverhältnisse dienen könnten. Einer seiner Vorschläge; nämlich die Barzahlung durch die Krankenkassenpatienten zwecks Verhütung der „Überarztung“, würde im Deutschen Reich, wie aus den Darlegungen im „Ärztl. Vereinsbl.“ vom 9. Januar 1923 hervorgeht, auf heftigsten Widerstand stoßen. Aber beachtenswert ist sein Hinweis, daß es ein Widerspruch ist, wenn man den Tuberkulosefürsorgestellen die ganze diagnostische Tätigkeit bei Kassen- und Privatpatienten überträgt, weil viele praktische Ärzte angeblich nicht die nötigen Fachkenntnisse besitzen, und den gleichen Ärzten, denen man die Diagnosenstellung nicht zutrauen zu können meint, die Behandlung der Tuberkulosen überläßt. Die Schrift v. Hayeks regt zum Denken an und ist daher lesenswert. Aber wenn er sich darüber beklagt, daß „einseitige parteipolitische Einstellungen heute das Denken der Massen beherrschen“, so ist zu betonen, daß er selbst sich in dieser Hinsicht von der Masse wenig unterscheiden dürfte.

* * *

Hans Rietschel: Kinderheilkunde. München, 1925, J. F. Lehmann.

Hans Rietschel: Die ansteckenden Kinderkrankheiten in Wort und Bild. München, 1924, J. F. Lehmann.

St. Engel und Ella Runge: Die körperliche und geistige Entwicklung des Kindes im 1. und 2. Lebensjahre. München, 1923, J. F. Bergmann.

Gesundheitsfürsorge für das Kindesalter, Neue Folge der Zeitschrift für Säuglings- und Kleinkinderschutz, Heft 1, Berlin, 1925, Georg Stilke.

Der Grundriß der Kinderheilkunde, den Rietschel verfaßt hat, ist die neue, fast ganz umgestaltete Ausgabe des im gleichen Verlage erschienenen Atlases der Kinderheilkunde von Hecker und Trumpp; auch er zeichnet sich durch zahlreiche vortreffliche Abbildungen aus. Das Werk ist vom Standpunkte des Klinikers aus, der seltenen und seltensten Krankheiten zum mindesten den gleichen Raum wie den häufigsten Leiden widmet, geschrieben. Das Studium dieses Buches ist trotzdem für den Sozialhygieniker wertvoll, da er dort auch die ihn besonders interessierenden, zahlreich vorkommenden Krankheiten, namentlich die Ernährungsstörungen, die Avitaminosen (Insuffizienzstörungen), die Schul-anämie (die aetiologisch nichts mit der Schule zu tun hat, sondern nur während der Schulzeit auftritt), die Rachitis, Tuberkulose und Syphilis, soweit es sich hierbei um Kinder handelt, ausführlich und gemäß den neuesten Forschungsergebnissen dargelegt findet.

Daß Rietschel sich nicht nur mit der Krankheitsbehandlung, sondern auch mit den Fragen der Gesundheitsfürsorge eingehend befaßt, hat er durch die Herausgabe der Wandtafel „Die ansteckenden Kinderkrankheiten in Wort und Bild“ bekundet; die Tafel ist für Schule und Haus bestimmt und wird sicherlich zur Krankheitsverhütung beitragen.

Auch das von St. Engel und E. Runge veröffentlichte Heft wendet sich an weite Volkskreise, insbesondere an Mütter und Pflegerinnen. Mit Hilfe von 5 Bildertafeln und den angefügten Erklärungen werden namentlich die Größenentwicklung, die Entwicklung der körperlichen Beweglichkeit und die Körperübungen im Säuglings- und frühen Kleinkindesalter sinnreich veranschaulicht. Das Schriftchen wird gewiß allen Müttern und Pflegerinnen, in deren Hände es gelangt, willkommen sein.

Unter der Schriftleitung von Ministerialdirektor Dietrich, der sich um die Säuglingsfürsorge besonders hohe Verdienste erworben hat, und von dem bekannten sozialhygienischen Organisator Rott sowie unter Mitwirkung von vielen auf dem Gebiete der Gesundheitsfürsorge tätigen Ärzten wird nun als neue Folge der seit 1923 nicht mehr erschienenen „Zeitschrift für Säuglings- und Kleinkinderschutz“ die „Gesundheitsfürsorge für das Kindesalter“ herausgegeben. Bis jetzt liegt nur Heft 1 vor; es enthält folgende Aufsätze: „Klinik und Fürsorge“ von v. Pfaundler, „Das Problem der Kuhmilch“ von L. Langstein, „Die Fürsorgebedürftigkeit des Kleinkindes“ von Th. Hoffa, und „Die Sterblichkeit in den ersten 7 Lebenstagen“ von Rott. Dazu kommen noch Tagungsberichte und eine Zeitschriftenübersicht. Dem neuen Unternehmen ist zu wünschen, daß es so wirkungsvoll und geschätzt sein möge, wie die vortreffliche Zeitschrift, deren neue Folge es ist.

* * *

K. B. Lehmann, Engel, Wenzel: Der Staub in der Industrie, seine Bedeutung für die Gesundheit der Arbeiter und die neueren Fortschritte auf dem Gebiete seiner Verhütung und Bekämpfung. Beihefte zum Zentralblatt für Gewerbehygiene und Unfallverhütung, Bd. I Heft 2; Leipzig 1925, Verlag Chemie.

Arthur Seitz: Die Hygiene im Schriftgießereigewerbe. Berlin 1924 bei W. d. Gruyter & Co.

O. Thies: Die gewerblichen Verletzungen des menschlichen Auges. Zentralblatt für Gewerbehygiene N. F. II 1925 Nr. 3 und 4.

Diese 3 gewerbehygienischen Veröffentlichungen, die dem Hygieneprofessor Lehmann (Würzburg), Reg.-Rat Engel (vom Reichsgesundheitsamt), Gewerberat Wenzel (Berlin), ferner Professor Seitz vom Hygien. Institut zu Leipzig und Augenarzt Thies (Dessau) zu verdanken sind, seien hiermit zum Studium empfohlen. Nur aus Rummangel kann hier auf Einzelheiten dieser wertvollen Schriften nicht eingegangen werden.

* * *

Alexander Rustow: Schutzzoll oder Freihandel? Buchverlag der Frankfurter Societäts-Druckerei, Frankfurt a. M., 1925.

Das 108 Seiten starke Buch unterrichtet über alle Fragen auf dem Gebiete des Schutzzolles; auch die Einwirkung auf die Volksgesundheit wird berücksichtigt.

* * *

C. Diem: Jahrbuch der Leibesübungen 1924. 31. Jahrgang. Berlin 1924, Weidmannsche Buchhandlung.

A. Mallwitz: Die Sportärztetagung Berlin 1924. München, 1925, J. F. Lehmann.

Das „Jahrbuch“ ist im Auftrage des Deutschen Reichsausschusses für Leibesübungen, die Schrift von Mallwitz ist im Auftrage des Deutschen Ärztbundes zur Förderung der Leibesübungen herausgegeben worden. Beide Veröffentlichungen enthalten eine Fülle von Tatsachen und Anregungen; die beiden Werke ergänzen sich vortrefflich.

* * *

F. A. Theilhaber: „Die Menschliche Liebe“; Beiträge zum Sexualproblem, herausgegeben von F. A. Theilhaber, Heft 1, Berlin 1925, Verlag der Syndikalisten, Fritz Kater.

Felix Sernau: „Das Fiasko der Monogamie“; ebenda, Heft 2.

Die von F. A. Theilhaber, der sich durch frühere Arbeiten schon als ein selbständiger, wenngleich von einer gewissen Verworrenheit nicht ganz freier Denker erwiesen hat, herausgegebene Schriftensammlung, von der bis jetzt zwei Hefte vorliegen, will, wie ihr Titel zeigt, offenbar der Ergründung wissenschaftlicher Fragen auf dem Gebiet des Geschlechtslebens dienen. Wenn man aber die beiden Hefte gelesen hat, so gewinnt man den Eindruck, daß es sich hier wohl eher um parteipolitische Werbeschriften, welche kommunistischen Forderungen die Wege ebnen sollen, handeln dürfte. Damit soll nicht behauptet werden, daß in dieser politischen Einstellung unter allen Umständen ein Mangel liegen muß. Aber die Verworrenheit, die den deutschen Kommunisten der Gegenwart im allgemeinen anhaftet, tritt eben auch in dieser Schriftensammlung zutage; denn es werden zwar Mißstände durchaus richtig gekennzeichnet, aber die Mittel, die zur Beseitigung des Übels vorgeschlagen werden, würden, abgesehen von ihrer derzeitigen Undurchführbarkeit, die Zustände nicht nur nicht verbessern, sondern verschlechtern.

Die beiden Hefte haben, wenn auch ihre Titel und die Art der Stoffbehandlung verschieden sind, so ziemlich den gleichen Inhalt, sicherlich aber den gleichen Zweck, die Monogamie zu beseitigen. Beide Verfasser sind Ärzte, die sich mit Sexualproblemen befassen und hierbei zu einer Forderung gelangen, deren Verwirklichung das soziale Gesundheitswesen, in dessen Mittelpunkt bis jetzt die Eibe stand, tiefgreifend beeinflussen würde. Es muß daher zu den Darlegungen jener Sexualforscher vom sozialhygienischen Standpunkte aus Stellung genommen werden.

Zunächst ist aus den Gedankengängen der beiden Verfasser folgendes, dem Sinne nach, anzuführen: Die Einrichtung der Ehe bewirkt, daß nur der eheliche Geschlechtsverkehr als moralisch und gesundheitlich einwandfrei gewertet wird. Die Abstinenz bis zur Eheschließung bedeutet aber, daß durchschnittlich jeder Mann und jede Frau etwa 10 Jahre nach eingetretener Geschlechtsreife auf jeglichen Geschlechtsverkehr verzichten müssen. Dem 21jährigen verheirateten Arbeiter ist der Geschlechtsverkehr gestattet, nicht aber dem 35 Jahre alten Gelehrten, der aus wirtschaftlichen Gründen noch nicht in den Ehestand treten kann; die 18jährige Ehefrau darf sich dem Geschlechtsverkehr hingeben, nicht aber ihre aus irgendwelchen Ursachen noch unverheiratete 28 Jahre alte Schwester. Dieser von unserer Moral vorgeschriebenen geschlechtlichen Enthaltsamkeit müssen sich Millionen von Menschen im blühendsten Alter befeißigen; dies führt häufig bald zu Tragödien und nervösen Erkrankungen, bald zum Demiviergentum, zur doppelten Moral, zur Prostitution, überhaupt zu dem ganzen geschlechtlichen Elend. — Man muß zugeben, daß der Tatbestand hier nicht unrichtig geschildert wird; er besagt im wesentlichen, daß zahlreiche Menschen von der Frühehe ausgeschlossen sind, und daß dies moralische und gesundheitliche Mißstände zur Folge hat oder haben kann. Aber hierüber waren sich die Sozialhygieniker schon längst klar; die Frühehe gehört aus mannigfaltigen Gründen zu den Forderungen, die seit vielen Jahren immer wieder gestellt werden. Indessen, solche Wünsche sind nicht zu jeder Zeit in vollem Umfange zu erfüllen; dies gilt ganz besonders für die Gegenwart mit ihrer Wohnungsnot und der verteuerten Lebenshaltung. Wenn diese Mißstände behoben sein werden, wird sich die Frühehe auch außerhalb der Arbeiterkreise leichter durchführen lassen. Vor allem ist aber zu betonen, daß die unerwünschten Vorkommnisse in den Reihen derjenigen, die nicht rechtzeitig heiraten konnten, doch nicht auf die Einrichtung der Ehe zurückgeführt werden können, und daß man, von den genannten Mißständen ausgehend, nicht einen Umsturz unserer Moral fordern und den außerehelichen Verkehr billigen kann.

Dieser Einwand trifft auch gegenüber einem der anderen Gründe jenes Sexualwissenschaftlers, nämlich dem Hinweis auf den Frauenüberschuß, zu. Ein erheblicher, vorzugsweise auf den Auswanderungen in früheren Jahrzehnten beruhender Frauenüberschuß lag (trotzdem stets mehr Knaben als Mädchen geboren werden), wie in den meisten europäischen

Staaten so auch im Deutschen Reich (im Gegensatz zu Japan, Nordamerika, Australien) schon vor dem Jahre 1914 vor; der männermordende Krieg hat den Frauenüberschuß noch wesentlich vergrößert. Daß sich hieraus schwere sozialhygienische Mißstände ergeben werden, ist zu erwarten. Unzweifelhaft werden zahlreiche Mädchen, die ohne den Krieg gewiß Ehefrauen geworden wären, ledig bleiben müssen. Dazu kommt, daß nicht wenige Männer gerade wegen des starken Frauenüberschusses auf die Ehe verzichten, weil ihnen für die Befriedigung ihrer Wünsche genügend Mädchen auch ohne Heirat zu Gebote stehen. Diese Tatsachen liegen nun einmal zurzeit vor; aber sie werden nicht von Dauer sein. Vor allem wird man, soweit es möglich ist, zu verhindern suchen müssen, daß unverheiratete Männer auswandern und dadurch den Frauenüberschuß noch stärker werden lassen. Aber trotz des Hinweises auf den Frauenüberschuß kann man unmöglich zu der Forderung des außerehelichen Verkehrs gelangen. An unseren moralischen Vorschriften muß festgehalten werden, sowohl im Interesse des Volksganzen wie auch und nicht zuletzt im Interesse der Ledigen selbst, die einen kurzen geschlechtlichen Rausch nur zu oft mit wirtschaftlicher Not, seelischen Qualen und körperlichen Krankheiten zu bezahlen hätten. Jugendliche Personen müssen darüber belehrt werden, daß für sie die Abstinenz keine Körperschädigung bedeutet; sie sind mit aller Strenge zu einem sittlichen Lebenswandel zu erziehen und vor den Folgen eines Fehltritts zu warnen. Andererseits ist gegenüber gereiften Menschen, die sich in einer schwachen Stunde nicht zu beherrschen vermochten, jetzt noch weniger als je zuvor ein Pharisäertum am Platze. Einen Stein dürfen nur diejenigen werfen, die selbst stets rein geblieben sind.

Zu erwägen ist schließlich was jene Sexualreformer über die Art, wie manche Ehen geschlossen werden, schreiben. Überträgt man ihre flugblattmäßig gestalteten, grellen Sätze in eine ruhigere Sprache, so bleibt doch folgendes übrig: Es kommt vor, daß ein impotenter Lebegreis ein blühendes Mädchen, ein kräftiger, aber mittelloser Mann eine reiche, bejahrte Witwe heiratet, daß geschlechtskranke, homosexuelle, geistesschwache Personen die Ehe schließen; wenn die vorgeschriebenen Papiere, die sich jeder mühelos beschaffen kann, vorgezeigt werden, und die Frage des Standesbeamten bejaht ist, dann wird die Ehe von Staats wegen für geschlossen erklärt, und auch die Kirche bereitet wohl kein Hindernis. Daß hier nicht so ganz selten abscheuliche Fälle zu verzeichnen sind, kann nicht in Abrede gestellt werden. Es ist aber zu bemerken, daß die Sozialhygieniker schon seit langer Zeit den Austausch von Gesundheitszeugnissen vor der Eheschließung verlangen; für Eheverbote aus gesundheitlichen Gründen ist die Gegenwart noch nicht reif, jedoch wird auch diese Forderung im Laufe der Jahre zu stellen und zu verwirklichen sein. Mehr kann auf diesem Gebiete von seiten des Staates zurzeit wohl nicht geleistet werden. Aber auch der Hinweis auf die traurige Art, wie manche Heiraten zustande kommen, kann die Beseitigung der Ehe nicht begründen. Dies ist eine Einrichtung des Staates und der Kirche, eine äußere Form, wie etwa die Bücherschränke einer Bibliothek, deren Wert nicht allein von den Schränken, sondern vor allem von den Büchern, die den Inhalt der Schränke bilden, abhängt. Den Gehalt der Ehe müssen sich die Ehegefährten selbst schaffen. Dazu bedarf es guter Vorbilder; und diese lassen gerade die Reichen, die oberen Zehntausend, ja die allerersten Kreise, oft genug vermissen. Wenn ein Thronfolger meint, daß für ihn der außereheliche Verkehr erlaubt ist, weil seine Verehelichung sich nicht lediglich aus Neigung, sondern aus Gründen des Staatsinteresses vollzogen hat, so gibt er ein schlechtes Beispiel, das dann zunächst in den sogenannten vornehmen Kreisen und darüber hinaus auch in anderen Volksschichten nachgeahmt werden kann.

Und nun noch ein letzter Punkt aus der zweiten Schrift, die sich gegen die Ehe richtet. Es wird dort angeführt, daß sich die Gelehrten über den Begriff „Ehe“ nicht einig sind, daß man gar nicht klar bestimmen kann, was eine Ehe ist, daß Ehe und Prostitution nicht scharf gegeneinander abzugrenzen sind. Hiergegen muß mit allem Nachdruck Einspruch erhoben werden. Wer wissen will, was Ehe nicht ist und was sie ist, der findet die beste und schönste Antwort in Hermann Oesers „Ehezuchtbüchlein“, wo es heißt: „Möbelgemeinschaft ist keine Ehe. Ehe ist Gewissensgemeinschaft. Ehe ist wie der Türmer, wie die Schildwacht, wie die Mutter des kranken Kindes, wie der Hüter Israels. Wer glücklich

werden will, soll nicht heiraten; glücklich machen — da liegt es.“ Wir wissen also, was eine Ehe ist, wie eine Ehe gestaltet werden muß. Vielfach werden die schönen Worte Oesers verwirklicht; selbst da, wo sie nur Aufgegebenes, noch nicht Gegebenes sind, üben sie schon ein beglückendes Gefühl aus. Was bietet jener Sexualreformer dafür? Die freie, d. h. von der Vormundschaft des Staates und der Kirche befreite Ehe. Befreit wozu? Zu einem zügellosen Sichaussleben, das zur Verbreitung der Geschlechtskrankheiten und zur Verelendung des Nachwuchses führen wird. Wir aber wollen Verhütung von Krankheiten und sorgfältigste Kinderpflege. Hierfür wie überhaupt für alle Zweige der Volksgesundheit ist die Ehe der Grund- und Eckstein. Wenn wir diese Einrichtung nicht besitzen würden, aber davon hörten, daß sie in einem anderen Lande besteht, so würde sicherlich bei uns eine ungeheure Bewegung einsetzen, welche diese neue Maßnahme verlangt.

* * *
Anna Pappritz: Handbuch der amtlichen Gefährdetenfürsorge. München, 1924, J. F. Bergmann.

Die durch ihr Werk über die Prostitution bekannte Verfasserin bietet hier eine wertvolle Übersicht über die Gefangenenfürsorge auf Grund amtlichen Materials. Nachdem sie Entstehung und Entwicklung der Gefährdetenfürsorge dargelegt hat, schildert sie die jetzige Gestalt dieses Gebietes und gibt Winke für den Ausbau von Fürsorgestellen und Pflegeämtern.

* * *
Der Enz- und Pfinzgau. Karlsruhe 1925, G. Braun.

Im Hinblick darauf, daß es in Baden an amtlichen Veröffentlichungen, die sich mit einer genaueren kulturellen Beschreibung der einzelnen Landesteile befassen, noch fehlt, ist es ein verdienstvolles Unternehmen des Landesvereins Badische Heimat und seines Geschäftsführers H. E. Busse, daß dies Werk über Enz- und Pfinzgau herausgegeben wurde. Der Kulturhygieniker wird dieser Sammlung von Aufsätzen, die zumeist aus der Feder von bekannten Männern Badens stammen, manche Anregung entnehmen können. Besonders sei auf die Aufsätze „Verschwundene Dörfer um Pforzheim“, „Bau- und wirtschaftliche Entwicklung der Stadt Pforzheim“, „Die Pforzheimer Industrie“ hingewiesen.

* * *
Brockhaus' Handbuch des Wissens in 4 Bänden. Leipzig 1925, F. A. Brockhaus.

Es dürfte wohl kaum übertrieben sein, wenn man das „Handbuch des Wissens“ ein Wunderwerk nennt. Es ist mit einer bisher unerreichten Geschicklichkeit zusammengestellt worden und bietet infolgedessen geradezu Alles, was man sucht. Ich besitze das „Handbuch“ jetzt einige Monate, und es vergeht selten ein Tag, an dem ich nichts nachzuschlagen habe; nur bei ganz wenigen ausgesprochenen Fachfragen habe ich keine Auskunft erhalten. Das Werk hat für den Sozial- und Kulturhygieniker einen doppelten Wert. Zunächst ist zu bemerken, daß es zahlreiche hygienische Artikel und Artikelchen — alles musterhaft knapp und doch erschöpfend, sogar mit Hinzufügung aller wesentlichen Literaturhinweise, gearbeitet — enthält; dadurch dient das Wörterbuch, das die breitesten Volksschichten vielfach als die Haupt- oder einzige Quelle ihrer Belehrung benutzen, in hohem Maße der Verallgemeinerung hygienischen Wissens. Hierzu kommt aber vor allem, daß der Kulturhygieniker selbst sich des „Handbuches“ häufig bedienen muß, da er sich oft mit Stoffen, die ihm bisher ganz unbekannt geblieben waren, zu befassen hat. Für eine erste Orientierung ist der „Brockhaus“ geradezu unentbehrlich, besonders auch wegen der Literaturangaben, mit deren Hilfe man dann leicht zum Ziel gelangt. Ich habe mich bereits so sehr an den „Brockhaus“ gewöhnt und bin durch ihn schon so verwöhnt, daß ich mir gar nicht mehr vorstellen kann, wie ich ohne diese 4 Bände arbeiten soll. Für dies Werk ist der Preis von 4×19 Mark gewiß nicht hoch; aber er ist doch für viele zurzeit nicht erschwinglich. Darum ist es zu begrüßen, daß das „Handbuch des Wissens“ jetzt gekürzt auch in einem Band zum Preis von 19 Mark erscheint.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. A. Fischer, Karlsruhe;
für den Anzeigenteil: Karl Peltzer, Karlsruhe.

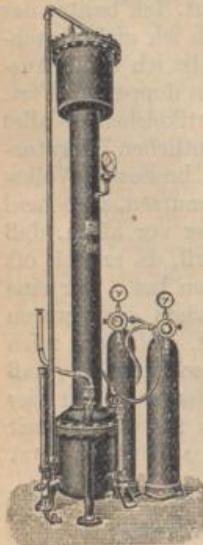
Geschäftliche Mitteilungen.

Galvanischer Schwachstrom als Heilmittel. Die Elektrizität, deren ausgedehnte Anwendung auf den verschiedensten Gebieten des praktischen Lebens uns modernen Menschen bereits etwas Selbstverständliches geworden ist, hat auch in die Heilkunde Eingang gefunden.

Die Bedeutung des elektrischen Stromes als Heilfaktor ist ganz besonders hervortretend bei der Behandlung aller Arten von Nervenkrankheiten. Bei den Nervenleiden muß man dieses Behandlungsverfahren als vollständig unentbehrlich bezeichnen, und zwar ist es in erster Linie der galvanische Schwachstrom, der in Betracht kommt.

Die Heilwirkungen des Stromes beruhen auf einer — Wanderung der winzigsten Bestandteile des Gewebes bzw. der Gewebsflüssigkeiten unter der Einwirkung des galvanischen Stromes. Die dadurch bewirkten dauernden Änderungen und Umstellungen in der Zusammensetzung der kleinsten körperlichen Stoffe führen zu einer Lösung, Zerteilung und Ausscheidung schädlicher Ablagerungen und zur Aufsaugung bzw. zum Abtransport von Entzündungsprodukten aller Art. Damit ist auch die schmerzstillende Wirkung des elektrischen Stromes zu erklären. Allgemein kann man die vorstehend gekennzeichnete Wirkung dahin erweitern, daß durch sie eine dauernde milde Anregung des Gesamtstoffwechsels zustande kommt. Weiterhin muß noch der Einfluß auf die Blutgefäße erwähnt werden, an denen durch die Einwirkung des elektrischen Stromes sowohl Verengungen wie auch Erweiterungen bewirkt werden können.

Der galvanische Schwachstrom dient zur Umstimmung der Gewebe, und zwar die Anode zur Beruhigung, die Kathode zur Erregung. Von großer Bedeutung ist es dabei, wie schon erwähnt, zu wissen, daß der niedrige bzw. schwächere Strom fast ausnahmslos den Vorzug vor dem stärkeren verdient. Dieses Gesetz ist von einer Reihe ärztlicher Autoritäten bewiesen und hat heute in der praktischen Anwendung zur Ausbildung des sogenannten galvanischen Schwachstromverfahrens geführt. Man verwendet den galvanischen Schwachstrom mit ausgezeichnetem Erfolge heute allgemein bei den verschiedensten Erkrankungen des Nervensystems und bevorzugt dabei die Kathode überall dort, wo eine Erregung auf gelähmte Teile ausgeübt werden soll, während die Anode an gereizten Nervenstellen zur Schmerzlinderung oder zur Krampfstillung in Anwendung kommt. Es kommen fast alle durch nervöse Erkrankungen oder Störungen bedingten Lähmungen in Betracht, unter denen die auf hysterischer Grundlage entstandenen in der Regel die schnellsten und günstigsten Resultate ergeben, sodann die als Nervenentzündungen bzw. Nervenschmerzen zusammengefaßten Erkrankungen, wie Ischias, Gesichtsschmerz und andere mehr und schließlich das große Heer der im Gefolge einer Nervenschwäche oder Neurasthenie sich einstellenden Beschwerden, von denen kaum eine einer zielbewußten elektrogalvanischen Heilbehandlung widersteht. Besonders sind es noch verschiedene Erkrankungen des Muskelsystems, der Gelenke, der Verdauungsorgane, des Blutkreislaufes und Stoffwechsels usw. wo mit diesem durchaus naturgemäßen Heilmittel oft glänzende Heilerfolge erzielt werden. Unter den verschiedenen Apparaten, welche zur Schwachstrombehandlung Verwendung finden, hat sich der Wohlmuth-Apparat (Hersteller G. Wohlmuth & Co., A.-G., Furtwangen, bad. Schwarzwald) als besonders brauchbar für die Praxis erwiesen. Er vereinigt in sich alle die Eigenschaften, welche an ein solches Instrument gestellt werden müssen.



Apparatebau u. mech. Werkstätte Karl Kist Karlsruhe i. Baden

Gegr. 1910.

Schützenstr. 32.

Tel. 4345.

Man achte auf die Straße.



Spezialitäten sind:

Anfertigung von **Kohlensäure-Bäder-Apparate** (System Fischer u. Kiefer) für Badeanstalten, Krankenhäuser, Sanatorien usw., **Wand- und Tischkatheder**, gesetzlich geschützte **Kohlensäurewärme-Verbindungsapparate Nr. 535610**, **Hochdruckreduzierventile** usw., sowie **Reparaturen** eigener und fremder Fabrikation.

Pertschin

Versicherung und Desinfektionsanstalt
gegen Ungeziefer aller Art



Oskar Pertsch

Luisenstr. 4 **Karlsruhe i. B.** Tel. 4205

Zweigstelle Freiburg i. Br., Salzstr. 23 — Tel. 4749

Größte und leistungsfähigste Ungeziefervertilgungsanstalt Oberbadens zur radikalen Ausrottung von Wanzen, Motten, Ratten, Mäuse, Schwaben, Russen, Grillen Ameisen, etc.

Abteilung II Fabrikation und Versand
der seit 15 Jahren bestempfohlenen

Pertschin-Präparate

gegen Ungeziefer aller Art und Schädlinge in Garten und Feld

Spezialitäten in Mottenvernichtungen

Dampf-Waschanstalt C. Bardusch

Durlach

Hauptstraße 16.
Hauptstraße 66.

Karlsruhe

Kreuzstraße 7.
Yorkstraße 17.
Telephon 2101.

Ettlingen

Pforzheimerstraße 48.
Telephon 62.

Ältestes und bestrenommiertes Geschäft am Platze, übernimmt Herrenwäsche, Leibwäsche jeder Art, Vorhänge, Stores usw. bei schonendster Behandlung, mäßigen Preisen und kürzester Lieferfrist.

Wäsche jeder Art

*sowie Stoffe
zur Anfertigung.*

**Bettfedern, Schlafdecken
Trikotagen**

Spezialgeschäft

August Schulz

Inhaber: Ernst Finkenzeller

Karlsruhe i. B.
Herrenstraße 24

BAMAG-MEQUIN

Wasser-^{Versorgung} Aufbereitung

Bau vollständiger Wasserwerke
Trink-, Nutz- und Abwasserreinigung
Badewasser-Reinigung für Schwimmhallen und Sommerbäder

Bamag-Mequin Aktiengesellschaft Berlin NW 87
Kabelform: BAFIAD-BERLIN

Zentralstelle für Deutsche Personen- und Familiengeschichte, e. V.

Sammel- und Vermittlungsstelle für die gesamte wissenschaftliche Familienforschung. Gegründet 1904.
Geschäftsstelle: Leipzig, Deutsche Bucherei.



„Wohlmut“



der galvanische Schwachstrom für den Arzt

Besonders erprobt bei Nerven-, Muskel- und Gelenkkrankheiten!
Hochwertiges Präzisions-Instrument!

Elemente von größter Kapazität und Lebensdauer!

Besondere Vorzüge: Vielseitigste Anwendungsmöglichkeit, unbedingte
Sauberkeit, bequemste Neufüllung, einfachste Handhabung, leichter
Transport, gediegenderste Ausführung!

Zahlreiche Anerkennungsschreiben aus Ärztekreisen.

Prospekte durch: **G. Wohlmut & Co., A.-G., Furtwangen** (bad. Schwarzwald), oder
durch die Zweigniederlassungen: **Konstanz, Dresden, Leipzig, Berlin und Hamburg**.

C. F. Müller, Buchdruckerei und Verlagsbuchhandlung, Karlsruhe i. B.