

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Sozialhygienische Mitteilungen. 1920-2001 1930

1/2 (1.1.1930)

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. Sozialversicherung und Gesundheitspflege. Von Präsident Rausch (Landesversicherungsanstalt Baden)	1
2. Arbeitsgemeinschaften für Gesundheitsfürsorge und kommunale Gesundheitspolitik in Baden. Von Stadtobermedizinalrat Dr. Geißler, Karlsruhe	2
3. Hygienisch-medizinische Beschreibung des Marktfleckens Eich- stetten am Kaiserstuhl. Von Dr. med. et phil. Paul Richter, Freiburg i. Br.	9
4. Die Kulturhygienische Ausstellung zu Karlsruhe. Von Dr. med. Alfons Fischer, Karlsruhe i. B.	34
5. Gesundheitsgesetzgebung und Gesundheitsverwaltung	50
6. Gesundheitsstatistik	52
7. Gesundheitspolitik	58
8. Bücher- und Schriftenschau	62

Verlag: C. F. Müller, Karlsruhe i. B.

Carl Roth

Drogerie

Karlsruhe

Platz 26/28, Tel. 6180/6181

...ungsfähige Bezugsquelle
... von Verbandss'offen.
...kt.-Mitteln usw. für Kran-
...häuser und Kliniken.
...pter Versand n. auswärts

Emil Volk jun.

Schuhmachermeister

Spezialist für

Orthopädie

Hirschstr. 33

Telephon 317

Reformhaus

Tel. Nr. 1031

Friedel Müller, Karlsruhe i.B.

Douglasstr. 22 gegenüber der Hauptpost

Spezialgeschäft für fortschrittliche Ernährung und Körperpflege
Dr. med. J. Oberdörffer, Hauptniederlage

Von allen führenden Spezialhäusern finden Sie die wertvollsten Erzeugnisse bei uns vorrätig. **Ihr Vorteil** wird es sein, wenn Sie sich unverbindlich von uns beraten lassen. Wir freuen uns, Sie bedienen zu dürfen.

Besucht die Bäder der Stadt Karlsruhe

Vierordtbad, am Festhalleplatz

Friedrichsbad, Kaiserstraße 136

Beiertheimer Bad,

Marie-Alexandrastr. 51

Schwimm- und Sonnenbad

am Rheinhafen

Rheinstrandbad Rappenhörs

Neu eingeführt:

Schaumbäder und andere neuzeitliche Bäder im Vierordtbad und Friedrichsbad

Badische Gesellschaft für soziale Hygiene

Geschäftsstelle:

Karlsruhe

Herrenstraße 5

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.

1942 8 157
07A 804, 14. 1930

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.

14. Jahrg.

Januar/April 1930

Heft 1/2

Sozialversicherung und Gesundheitspflege. *)

Von Präsident Rausch (Landesversicherungsanstalt Baden).

Man hat mich gebeten, über Sozialversicherung und Gesundheitspflege einige Bemerkungen zu machen, und ich komme dem hiermit nach.

Sozialversicherung und Gesundheitspflege sind zwei Erscheinungen des öffentlichen Lebens, die auf Gedeih und Verderb miteinander verbunden sind. Denn es ist eines ohne das andere undenkbar.

Um zu zeigen, welche Leistungen die deutsche Sozialversicherung zu tätigen und welches Interesse dieselbe an einer Verminderung der Lasten durch Aufklärung und Fernhalten von gesundheitschädigenden Einwirkungen hat, erlaube ich mir, einige Ziffern zu nennen:

Es haben nach den Mitteilungen des Reichsversicherungsamts im Jahre 1928 verausgabt:

Die Unfallversicherung, welche 20 Millionen Versicherte umfaßt, hat 313 589 000 Reichsmark Entschädigung bezahlt; es kann angenommen werden, daß an jedem Arbeitstag zirka 9300 Unfälle passieren, wovon 25 tödlich sind, 400 haben dauernde Aufhebung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit im Gefolge.

Die Träger der Invalidenversicherung, welche zirka 17½ Millionen Versicherte erfassen, haben an Renten bezahlt 671 594 000 Reichsmark, für Heilverfahren 73 783 000 Reichsmark, für sonstige freiwillige Leistungen rund 2 Millionen Reichsmark, zusammen 747 377 000 Reichsmark. Die Landesversicherungsanstalt Baden wird im Jahre 1930 voraussichtlich auszugeben haben: für Renten verschiedenster Art rund 30 Millionen Reichsmark, für Heilverfahren und sonstige freiwillige Leistungen zirka 4½ Millionen Reichsmark. Erfahrungsgemäß müssen sieben aktive Arbeiter jeweils eine volle Invalidenrente aufbringen.

Die Angestelltenversicherung, welche rund drei Millionen Versicherte erfaßt, verausgabt an Entschädigungen rund 130 Millionen Reichsmark.

Die Reichsknappschaftsversicherung der Bergleute, welche 780 000 Versicherte erfaßt, verausgabt 213 Millionen Reichsmark an Leistungen, wobei drei aktive Bergleute jeweils eine volle Invalidenrente aufzubringen haben.

Die Krankenversicherung erfaßt zirka 20 Millionen Versicherte und hat ausgegeben rund 1700 Millionen Reichsmark. Erfahrungsgemäß ist jeder zweite Arbeiter im Jahr einmal krank und auf vier Wochen erwerbsunfähig.

In welchem Ausmaß hygienische Volksbelehrung und praktische Gesundheitspflege diese Leistungen der Versicherungsträger günstig zu beeinflussen in der Lage sind, läßt

*) Nach einem am 17. März 1930 bei der Eröffnung des „Hauses der Gesundheit“ in Karlsruhe gehaltenen Vortrage.

7

sich zahlenmäßig natürlich nicht darstellen. Sicher ist aber immerhin, daß die Lasten der deutschen Versicherungsträger noch erheblich größer wären, wenn nicht eine systematische Aufklärung der Bevölkerung stattfinden würde. Es sei hierbei nur an die Arbeit der sozialhygienischen und der Verbände der freien Wohlfahrtspflege erinnert.

Hierzu kommt ein durch die Gesetzgebung in der Sozialversicherung neu aufgestellter Satz: Gesundheitspflege in der Folge konzentriert zu betreiben und Überschneidungen von Leistungen zu vermeiden. Ich meine damit die Richtlinien über Gesundheitsfürsorge in der versicherten Bevölkerung vom 27. Februar 1929. Es wird hier der erste Versuch unternommen, die Träger der Sozialversicherung, die Ärzte, die Kommunen, die Verbände der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege in Arbeitsgemeinschaften zusammenzufassen und gemeinsam zunächst die Bekämpfung der Tuberkulose und der Geschlechtskrankheiten in die Hand zu nehmen. Die Verhandlungen der deutschen Spitzenverbände stehen hierwegen vor dem Abschluß, und wir können annehmen, daß auch in Baden diese gemeinsame Arbeit im Herbst dieses Jahres praktisch werden wird.

Mit dem Wirksamwerden dieser Reichsrichtlinien für die Gesundheitsfürsorge wird der bisherige Dualismus zwischen den verschiedenen Trägern der Sozialversicherung hoffentlich verschwinden und in die Betreuung der Kranken die so notwendig erforderliche Einheitlichkeit kommen.

Analog den Vorgängen auf dem Spezialgebiet der Bekämpfung der Tuberkulose und der Geschlechtskrankheiten muß jedoch auch dem Zuge der Zeit folgend gefordert werden: rationalisiert zu arbeiten und eine Gesundheitswirtschaft allgemein zu organisieren, bei welcher die Vergeudung wertvoller Kräfte unterbunden wird.

Ziel muß deshalb sein:

Zusammenschluß der Versicherungsträger untereinander und Gemeinschaft mit den Trägern der öffentlichen und der freien Wohlfahrtspflege mit dem Wunsche stärkster Konzentration aller sozial wirkenden Kräfte und ökonomische Verwendung der zur Verfügung stehenden Möglichkeiten und Mittel!

Kein Neben- oder Vorbei- oder gar Gegeneinander der sozialen, fürsorgetischen und hygienischen Faktoren, sondern innige Zusammenarbeit aller Berufenen!

An der Mitarbeit der Träger der Sozialversicherung soll es hierbei gewiß nicht fehlen, denn sie sind ja in erster Linie Nutznießer allen Fortschrittes auf dem beregten Gebiete.

So wollen wir denn tüchtig zusammenarbeiten und dem „Hause der Gesundheit“ damit seine Signatur geben!

Arbeitsgemeinschaften für Gesundheitsfürsorge und kommunale Gesundheitspolitik in Baden.

Von Stadtobermedizinalrat Dr. Geißler, Karlsruhe.

I.

Nach den Richtlinien über Gesundheitsfürsorge in der versicherten Bevölkerung vom 27. Februar 1929 (Reichsgesetzblatt Nr. 10 S. 60 ff.) sollen sich zur Förderung der gemeinsamen Zwecke in der Gesundheitsfürsorge die Versicherungsträger untereinander und mit den Trägern der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege, mit den staatlichen und kommunalen Gesundheitsdienststellen, mit der Ärzteschaft und anderen beteiligten Stellen in Arbeitsgemeinschaften, Zweckverbänden oder ähnlichen Vereinigungen verbinden.

Der Zweck dieser Arbeitsgemeinschaften soll das Zusammenwirken ihrer Mitglieder zur Erreichung einer umfassenden und planmäßigen, zusammenhängenden und möglichst wirksamen Gesundheitsfürsorge für die fürsorgebedürftige Bevölkerung sein. Ferner soll durch diese Arbeitsgemeinschaften erreicht werden, daß Ausgaben für unnötige Doppelleistungen vermieden, und dadurch Mittel zur Steigerung der notwendigen Leistungen freigemacht werden. Die Gesundheitsfürsorge soll im ganzen dadurch einfacher und wirtschaftlicher gestaltet werden.

Wenn man die in der letzten Zeit, u. a. auf Ärztetagen, laut gewordenen Klagen über die Zersplitterung der Gesundheitsfürsorge in Baden gehört hat, möchte man feststellen, daß hier endlich ein Plan vorliegt, der den Weg zeigt zu den nächsten Notwendigkeiten, zur planmäßigen Zusammenfassung der Gesundheitsfürsorgearbeit.

Dieser Plan ist aber nicht scharf umrissen, sondern überläßt nach § 3 der Richtlinien die Arbeitsweise und die Art der Geschäftsführung der freien Vereinbarung der Beteiligten.

Seitens der Versicherungsträger sind nun bereits seit längerer Zeit Vorarbeiten im Gange, um zunächst unter sich Abmachungen zu treffen, mit denen sie dann an die Träger der öffentlichen Gesundheitsfürsorge herantreten werden. Auch für die großen Städte, die Kreise und ländlichen Fürsorgeverbände ist es daher an der Zeit, sich zurechtzulegen, in welcher Weise sie selbst unter Wahrung ihrer eigenen Interessen an der Bildung solcher Arbeitsgemeinschaften mitarbeiten sollen und können.

Im folgenden seien zu dieser Frage einige Gesichtspunkte besprochen. Meine Stellungnahme ist dabei in jeder Weise völlig unabhängig und unbeeinflußt und gibt nur einer ganz persönlichen Auffassung Ausdruck. Sie erzwengt eine Verbesserung und Vereinfachung der Organisation der Gesundheitsfürsorge und will deshalb die vorhandenen Unzulänglichkeiten möglichst scharf herausstellen.

II.

Die „Gesundheitsfürsorge“ der Versicherungsträger ist Krankenfürsorge. Dies ist begründet in ihrer geschichtlichen Entwicklung und der ursprünglichen Beschränkung der Leistungen der Versicherungsträger auf die bereits an der Gesundheit Geschädigten. Sie ist ein wichtiger Teil der sozialen Medizin. Wenn jetzt die Kannaufgabe dazu kommt, auch für hygienische Belange etwas zu tun, so tritt diese neue Zweckbestimmung ganz naturgemäß hinter dem Hergebrachten und Gewohnten an Bedeutung zurück. Es kommt hinzu, daß die medizinischen Mitarbeiter der Kranken- und Invalidenversicherung bisher fast ausschließlich Therapeuten waren, Ärzte, welche Kranke behandeln und allenfalls klinisch begutachten, aber nur selten oder nie Sozialhygieniker.

Bei der kommunalen Gesundheitspflege standen im letzten halben Jahrhundert andere Aufgaben und Ziele im Vordergrund. Wohl hatten die Gemeinden durch ihre Fürsorgeämter früher die Ortsarmen, heute die Fürsorgeempfänger im Krankheitsfalle ärztlich zu versorgen. Diese Krankenfürsorge war aber nicht das Wesentliche an der städtischen Gesundheitspflege; ihr Haupttätigkeitsfeld war das Gebiet der Hygiene¹⁾. Seit etwa 50 Jahren waren die Städte bestrebt, in systematischer Arbeit den Forderungen der technischen Hygiene unter großen finanziellen Aufwendungen gerecht zu werden. Sie haben diesen Zweig der Gesundheitspflege so gefördert und ausgebaut, daß heute alle wesentlichen Aufgaben gelöst sind. Kulturpolitisch betrachtet ist erreicht worden, daß die Errungenschaften dieses Teils der Hygiene tatsächlich Gemeingut des Volkes geworden sind und heute als selbstverständliche Notwendigkeit angesehen werden. Es sei an die schon ziemlich vollkommene Lösung des Problems der Trink- und Gebrauchswasserversorgung, der Abwasserbeseitigung, der Straßenreinigung, der Müllabfuhr, des Friedhofwesens, des Krankenhaus- und Krankentransportwesens, der Bekämpfung der gemeingefährlichen übertragbaren Krankheiten, soweit sie zu den Aufgaben der Gemeinden gehört, des Badewesens und in gewissem Grade auch der Wohnungshygiene und Schulhaushygiene erinnert. Vielfach ist neuerdings die technische Hygiene auch wieder unter ärztliche Aufsicht gestellt, nachdem sie eine Zeitlang als ausschließliche Domäne des Technikers angesehen worden war.

Als nun kurz vor und besonders nach dem Kriege die Gemeinden an das Aufgabengebiet der sozialen Gesundheitsfürsorge herantraten, waren es wiederum in erster Linie hygienische Aufgaben, die sie sich stellten. Man hat Schulspeisungen durchgeführt, Sportplätze geschaffen, Kinderberatungsstellen unterhalten, örtliche Erholungsstellen, Kinderheime, Altersheime gebaut u. dgl. m. Es sei auch an die erste Tuberkulosebekämpfungseinrichtung der Stadt Mannheim, das „Isolierspital“, sodann an die Arbeitsweise der Tuberkulosefürsorge in Frankfurt a. M., Halle, Stettin u. a. erinnert.

¹⁾ Vgl. A. Fischer, Grundriß der sozialen Hygiene, Karlsruhe 1925, S. 38.

Im Laufe der letzten zehn Jahre wurden einzelne Gebiete der Gesundheitsfürsorge aber immer mehr und mehr nach der klinischen Seite hin orientiert, und zwar hauptsächlich durch die Einwirkung des Ausbaus der Fürsorgemaßnahmen seitens der Versicherungsträger. Diese Entwicklung vollzog sich sozusagen zwangsläufig und unbemerkt auf der Linie des geringsten Widerstandes. Wer als Arzt auch hygienisch zu arbeiten sich bemüht, weiß, wieviel leichter es ist, beispielsweise bei einer Tuberkulose irgendein Medikament zu verschreiben oder eine Heilstättenkur in die Wege zu leiten, als etwa eine genügende Wohnung zu beschaffen und hygienische Lebensweise, Absonderung des ansteckenden Kranken u. dgl. zu erreichen. Ebenso wissen die Kommunen als Fürsorgeträger, wieviel mehr Verwaltungsarbeit es erfordert, will man in dieser Hinsicht auch nur das Nötigste verwirklichen.

Warum aber ist ersteres leichter? Nicht aus finanziellen Gründen, denn auch das Heilverfahren erfordert große Mittel, und nicht nur infolge psychologisch bedingter günstigerer Voraussetzungen, da ja freiwillige Mitarbeit der Gefährdeten auch hinsichtlich der Heilmaßnahmen notwendig ist, sondern hauptsächlich, weil die therapeutische ärztliche Arbeit besser organisiert ist, während die sozialhygienischen Belange heute noch immer zuwenig beachtet werden, und die diesbezügliche Organisation in vielen Punkten noch versagt.

Deshalb liegt bei der Gründung von Arbeitsgemeinschaften zwischen Gemeinden, Kreisen und Fürsorgeverbänden einerseits und den Trägern der Sozialversicherung in Verbindung mit der Ärzteschaft und der privaten Wohlfahrtspflege andererseits die geschichtlich bedingte und durch die Verhältnisse gebotene Aufgabe der Städte, Kreise und Fürsorgeverbände in der Hygienisierung der Gesundheitsfürsorge, in der Ergänzung der bisher im Vordergrund stehenden, Heilung erstrebenden sozialen Medizin durch Vorbeugung erstrebende soziale Hygiene.

Wenn wir den dritten Teil der eingangs genannten Reichsrichtlinien, welcher die Gesundheitsfürsorge für tuberkulöse und geschlechtskranke Versicherte behandelt, durchsehen, wird das vorstehend Gesagte schlaglichtartig beleuchtet. Die Leistungen der Versicherungsträger sind dort eingeteilt in Heilmaßnahmen und Fürsorgemaßnahmen. Den Heilmaßnahmen sind in der Folge dreieinhalb Spalten mit zwölf Paragraphen gewidmet, das Verfahren ist im einzelnen ganz genau festgelegt, während die Fürsorgemaßnahmen auf einer knappen halben Seite und in ganzen drei Paragraphen nur stichwortartig aufgezählt werden. Ein „Verfahren“ gibt es in dieser Hinsicht noch nicht.

Dabei ist heute die Lage die, daß die soziale Komponente der Tuberkulosesterblichkeit wenn noch nicht ganz, so doch beinahe vollkommen ausgeschaltet ist, soweit es sich um die Durchführung von Heilmaßnahmen für Lungenkranke handelt. Jedem, auch dem Unbemittelten, ist heute durch die Tuberkulosefürsorge überall, wo richtig gearbeitet wird, die Möglichkeit gegeben, sich eingehendst fachärztlich untersuchen zu lassen und Heilstättenkuren von unbegrenzter Dauer, nötigenfalls mehrmals, durchzuführen. Im Falle der Bedürftigkeit erhält der Kranke von der öffentlichen Fürsorge und aus Mitteln der Versicherungsträger noch besondere Ernährungsbeihilfen, außerdem ist die ärztliche Nachbehandlung und Arzneimittelversorgung sichergestellt. In dieser Hinsicht ist in Baden heute fast kein Unterschied mehr vorhanden zwischen arm und reich, selbst kaum mehr zwischen Versicherten und Nichtversicherten¹⁾.

Auch in der Geschlechtskrankenfürsorge liegen die Verhältnisse ähnlich. Hier ist schon durch das Gesetz die ärztliche Versorgung der Kranken hinreichend gewährleistet.

Ein wesentlicher Fortschritt kann daher wenigstens in den Städten, wo bisher schon umfassend gearbeitet wurde, wahrscheinlich nicht mehr durch Ausbau des Heilverfahrens, sondern nur noch durch Verbesserung der hygienischen Arbeit erreicht werden.

Die verwaltungsmäßige Durchführung der hygienischen und sozialhygienischen Fürsorgemaßnahmen zu organisieren ist aber den Versicherungsträgern ohne Mitwirkung der Träger der öffentlichen Wohlfahrtspflege nicht möglich. Sie können höchstens finanzielle Zuschüsse dafür gewähren. Daher muß

¹⁾ Vgl. Geißler, Der Erfolgsnachweis in der Tuberkulosefürsorge, Brauers Beiträge zur Klinik der Tuberkulose 1928.

z. B. die Durchführung der in den Richtlinien als notwendig aufgeführten Maßnahmen zum Schutze der in der Umgebung Offentuberkulöser Lebenden den Gemeinden bzw. Fürsorgeverbänden übertragen werden. Erforderlich ist dazu in erster Linie ein Ausbau der Wohnungsfürsorge zwecks Beschaffung von ausreichenden und hygienisch einwandfreien Wohnungen mit Absonderungsmöglichkeiten, sodann die Schaffung von stationären und ambulant zu benutzenden Sanierungskurstätten und endlich die Berufsfürsorge durch planmäßige Arbeitsbeschaffung. (Die ärztliche Untersuchung der mit Infektionsträgern in Gemeinschaft lebenden Personen, die vielfach auch als Vorbeugungsmaßnahme bezeichnet wird, ist streng genommen keine oder nur zum Teil eine solche, sondern vielmehr auch wieder eine sozialklinische Maßnahme; denn sie kann keine Krankheit verhüten, sondern nur die allerdings sehr notwendige Früherfassung bereits Erkrankter gewährleisten. Ihre Notwendigkeit soll mit diesem Hinweis aber nicht bestritten werden.)

Auf dem Gebiete der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten werden Aufgaben erwachsen, die von den Versicherungsträgern allein ebenfalls nicht gelöst werden können. Hierher gehört die Erziehungsfürsorge und Jugendpflege, die auf Hebung der moralischen Qualitäten der jugendlichen Gefährdeten hinarbeitet, und die hygienische Belehrungsarbeit (Aufgaben der Fortbildungsschulen!). Ferner wären wohl auch durch Beseitigung von Mißständen im Wohnungswesen, Schlafstellenwesen und durch zweckmäßige Unterbringung alleinstehender Jugendlicher und ähnliche sozialhygienische Maßnahmen Fortschritte zu erzielen, desgleichen durch hygienische Aufklärung und Erziehung der besonders Gefährdeten.

Die übrigen Gesundheitsfürsorgezweige, die merkwürdigerweise in den Richtlinien nicht erwähnt sind, und die gerade von der kommunalen Gesundheitsfürsorge vertreten werden, müssen von den Städten, Kreisen und Fürsorgeverbänden bei der Schaffung von Arbeitsgemeinschaften ganz besonders beachtet und betont werden, weil sie sonst sicherlich in der Bewertung zu kurz kommen: die Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, die gesundheitliche Schulkinderfürsorge, die Fürsorge für Psychopathen und Geisteskranke, Alkoholranke, Alte und Gebrechliche, Krüppel, Krankenhausinsassen, die Ehe- und Sexualberatung usw.

Daß aber weitere Fortschritte auf dem Gebiete der Gesundheitspflege erreicht werden, liegt im dringenden Interesse der Städte, Kreise und Fürsorgeverbände nicht nur aus kulturellen, sondern auch aus wirtschaftlichen Gründen, weil alle diejenigen, welche durch Krankheit in Armut und Not geraten, nach Ablauf der Leistungspflicht der Versicherungen schließlich doch alle der öffentlichen Fürsorge zur Last fallen. Denn Krankheit, insbesondere lang dauernde wie Tuberkulose, ist eine der wichtigsten Ursachen der Armut und Hilfsbedürftigkeit. Durch Verhütung der Krankheit wird in vielen Fällen auch dem Eintreten von Hilfsbedürftigkeit vorgebeugt¹⁾.

Endlich sei hier noch erwähnt, daß auch die praktischen Ärzte an einer Verteilung der ärztlichen Arbeit von der Art, daß den Fürsorgeärzten in der Hauptsache prophylaktische Arbeiten übertragen werden, das größte Interesse haben.

III.

Daß die bisherige Organisation der Gesundheitsfürsorge in Baden immer und überall restlos gut wäre, kann man bei aller Anerkennung für das Geleistete nicht bestätigen. Von verschiedenen Seiten ist gerade in der letzten Zeit auf bestehende Mängel und die Umständlichkeit und Unzweckmäßigkeit verschiedener Einrichtungen hingewiesen worden, so von v. Pezold, Schott, Lust, Kappes²⁾.

Zunächst ist zu beanstanden, daß zu viele Sondereinrichtungen ohne genügende Zusammenfassung nebeneinander bestehen, sodann daß vielfach durcheinander gearbeitet wird, und derselbe Fall oft eine ganze Reihe von Stellen beschäftigt.

¹⁾ Von 506 Familien von Offentuberkulösen haben nur 19 = 3,8% schon vor dem Tuberkulosekrankheitsfall gelegentlich oder laufend Fürsorgeunterstützung in Anspruch genommen. Nachher blieben 50% in Fürsorgeunterstützung. Geißler in „Erfolgsnachweis in der Tuberkulosefürsorge“ a. a. O.

²⁾ Jahresversammlung der Vereinigung Badischer Schul- und Fürsorgeärzte am 22. Juni in Karlsruhe. Ärtzl. Mittl. aus u. für Baden 1929 Nr. 17.

Heute leistet der Landesfürsorgeverband Zuschüsse aus Staatsmitteln an die Fürsorgeämter der Gemeinden und Fürsorgeverbände, der Staat gibt ferner Gelder an die Landesverbände zur Bekämpfung einzelner Krankheitsgruppen, ebenso die Landesversicherungsanstalt. Die Kreise beteiligen sich an dem Gesundheitsfürsorgeaufwand im Rahmen der allgemeinen Fürsorge, die Krankenkassen geben Zuschüsse zu örtlichen Organisationen und zahlen Beiträge an die Landesorganisationen. Die Landesversicherungsanstalt unterhält aber auch auf eigene Kosten örtliche Gesundheitsfürsorgeeinrichtungen. Die Reichsbahnverwaltung hat eine eigene Tuberkulosefürsorge eingerichtet. Endlich zahlen die Gemeinden, Kreise und Fürsorgeverbände und Krankenkassen wieder in zentrale Kassen, an die Landesverbände, um von diesen auf Antrag wieder ihrerseits einen Teil dieser Gelder oder möglichst noch mehr für Einzelfälle zurückzubekommen.

Die Fachgebiete der Gesundheitsfürsorge sind unter nicht weniger als sechs Landesverbände aufgeteilt, die miteinander nur ganz lose Fühlung haben: Wir haben einen Landesverband zur Bekämpfung der Tuberkulose, einen zur Bekämpfung des Krebses, einen für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, einen Landesverein für Krüppelfürsorge, eine Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und eine Landesorganisation für die Fürsorge für Alkoholranke. Ein Teil der Gesundheitsfürsorge aber entbehrt trotz alledem einer zentralen Zusammenfassung, nämlich die Schulgesundheitspflege, welche nur örtlich organisiert ist, und all die hier nicht genannten weiteren Gesundheitsfürsorgebelange, die meist im Rahmen der allgemeinen Fürsorge ohne Fühlung mit den Gesundheitsfürsorgestellen mehr oder weniger wahrgenommen werden.

Jeder der Landesverbände hat seine eigenen Vordrucke für ärztliche Gutachten und wirtschaftliche Berichte, die der Landesversicherungsanstalt sind wiederum davon verschieden. In allen Fällen, bei denen nicht die Reichsversicherung, Landesversicherungsanstalt oder eine Krankenkasse ohne weiteres die Kosten übernimmt, oder der Kranke diese selbst zahlen kann, müssen bei den verschiedenen Stellen der Reihe nach Anträge auf Kostenbeihilfe gestellt werden. Bei jeder Stelle sind Nachprüfungen, vielfach neue vertrauensärztliche Untersuchungen, neue Erhebungen usw. üblich und auch notwendig. Ebenso ist später, nach der Durchführung einer Kur, das Abrechnungsverfahren sehr umständlich, weil überall nur kleine Anteile gezahlt werden und überall dieselben Rechnungsbelege, Abgangszeugnisse usw. angefordert werden. Auf weitere Einzelheiten soll hier nicht eingegangen werden, obgleich noch vieles zu sagen wäre.

Dieselben Gesundheitsfürsorgeeinrichtungen werden teils von Städten, teils von Kreisen, teils von Bezirksfürsorgeverbänden, teils von Zweckverbänden, teils von Landesverbänden unterhalten. Wo schon Personal von einer dieser Organisationen angestellt ist, wird gelegentlich von einer anderen Organisation für dieselben Aufgaben ebenfalls Personal eingestellt, in anderen Bezirken wiederum fehlt fast alles. Daneben pflegen noch die karitativen Verbände und Organisationen einzelne Zweige der Gesundheitsfürsorge, insbesondere die Erholungsfürsorge, wobei auch sie sich im Einzelfall immer wieder auf dem umständlichen Wege, der oben beschrieben ist, von den Landesverbänden und Gemeinden Gelder zur Durchführung ihrer Maßnahmen verschaffen müssen.

Da verschiedentlich zu alledem noch immer weitere Zentralisierung selbst der Einzelfürsorge erstrebt wird, ist es nicht verwunderlich, daß man anfängt, laut nach Vereinfachung der Verwaltungsarbeit zu rufen. Die eigentliche Gesundheitsfürsorgearbeit, die in der Einwirkung von Mensch zu Mensch besteht, droht in Akten erledigung zu ersticken. Die Fürsorgerinnen müssen ihre Zeit am Schreibtisch zubringen, anstatt draußen praktisch zu wirken, die Fürsorgeärzte müssen Zeugnisse und Anträge schreiben, anstatt die Gefährdeten zu belehren und zu erziehen, und die zentralen Stellen müssen dann an Hand der Akten jeden Fall noch einmal durcharbeiten und verbescheiden. A. Fraenkel sagt hierzu bitter: „Wehe, wenn auch diese Idee (der Gesundheitsfürsorge) in der Registrierung der Kranken und der Verteilung von Wirtschaftshilfe, also im Bürokratismus, enden würde¹⁾.“

¹⁾ Sozialschlechte Betrachtungen zu den Reichsrichtlinien usw. Ärztliche Mitteilungen aus u. für Baden 1929 Nr. 24.

Es ist ersichtlich, daß viel Verwaltungsarbeit entbehrlich gemacht und die zur Verfügung stehenden Arbeitskräfte mit besseren Aufgaben beschäftigt werden könnten. Wie alles, was sich in langsamer Entwicklung aufgebaut hat, mit der Zeit reif wird für Zusammenfassungen und Vereinfachungen, so sollte man auch hier sine ira et studio den Forderungen der Zeit sich nicht verschließen und tatkräftig überall da, wo Verbesserungsmöglichkeiten sich zeigen, zugreifen.

IV.

Als Lösung des Problems wird im folgenden der Plan einer dezentralisierten Einheitsfürsorge vorgelegt:

1. Die Landesarbeitsgemeinschaft der Gesundheitsfürsorge bearbeitet ohne Ausnahme die Belange sämtlicher gegenwärtig gepflegten und später etwa noch hinzukommenden Gesundheitsfürsorgezweige. In ihrer Kasse fließen alle von zentralen Stellen, Reich, Land, Reichsversicherungsanstalt, Landesversicherungsanstalt und Reichsbahnverwaltung aufgebrauchten Gelder zusammen.

2. In der Landesarbeitsgemeinschaft sind alle zugehörigen Organisationen und Körperschaften vertreten. Ihr Verwaltungsorgan ist der Arbeitsausschuß. Dieser muß mindestens zur Hälfte aus Ärzten und Verwaltungsbeamten bestehen, die in der praktischen Fürsorgearbeit stehen. Der Geschäftsführer ist an die Beschlüsse der Arbeitsgemeinschaft gebunden. Der Arbeitsausschuß hat auch die Funktionen einer Berufsinstanz wahrzunehmen.

3. Die Landesarbeitsgemeinschaft bildet Ausschüsse für die einzelnen Gesundheitsfürsorgezweige. Diese Ausschüsse, die den bisherigen Landesverbänden entsprechen, haben zur Aufgabe die Förderung ihrer einzelnen fachlichen Belange.

4. Die Landesarbeitsgemeinschaft betreibt, abgesehen etwa von der Einweisung in Heilstätten und Erholungsheime durch eine Verschickungszentrale, keinerlei Einzelfürsorge. Ihr obliegt die Förderung der allgemeinen Belange, der Ausbau der nötigen Einrichtungen, die Aus- und Fortbildung des Personals der Gesundheitsfürsorge, die Festlegung von Richtlinien für Arbeitsmethoden und deren Abänderung auf Grund der jeweils gemachten Erfahrungen, die Förderung der hygienischen Volksbelehrung, auf die viel größeres Gewicht gelegt werden müßte als bisher, endlich die Verteilung ihrer Geldmittel an die einzelnen örtlichen und regionalen Arbeitsgemeinschaften und etwaige gemeinsam unterhaltene Anstalten (Heilstätten, Krankenhäuser, Erholungsheime u. dgl.).

5. Örtliche und regionale Arbeitsgemeinschaften für Gesundheitsfürsorge werden geschaffen in den großen und mittleren Städten, soweit sie in der Lage sind, eigene Gesundheitsfürsorgeeinrichtungen zu unterhalten, für die Landbezirke von den Kreisen oder jeweils mehreren Bezirksfürsorgeverbänden, die sich zu Zweckverbänden zusammenschließen. (Die Bezirksfürsorgeverbände einzeln dürften nach den bisherigen Erfahrungen meist finanziell nicht leistungsfähig genug sein, um eigenes Personal anzustellen und eigene Fürsorgestellen zu unterhalten.)

6. Anstalten, welche von Mitgliedern der Landesarbeitsgemeinschaft oder dieser selbst belegt werden, beziehen für Zwecke der Verbilligung der Kurkosten k. H. von der Landesarbeitsgemeinschaft Zuschüsse, die sich nach ihren Verpflegungstagen richten können oder sonstwie von vornherein festgelegt sind. Vorbilder hierfür sind das Land Baden bezüglich der Irrenanstalten, die Landesversicherungsanstalt Baden bezüglich der Betten des Landesverbandes zur Bekämpfung der Tuberkulose, ferner die Schweiz bezüglich der Volksheilstätten.

Ebenso werden Geldzuschüsse an örtliche Arbeitsgemeinschaften oder Fürsorgestellen durch Pauschbeträge verrechnet. (Vorbild: Landesversicherungsanstalt Württemberg.)

Das gesamte Antragsstellungs- und Verrechnungssystem für Kurkostenbeihilfen, Überwachungsbeihilfen, Ernährungs- und dergleichen Zuschüsse seitens der örtlichen und regionalen Arbeitsgemeinschaften an die zentrale Stelle, das jetzt oft die Hälfte der ganzen Arbeitszeit der Fürsorgeorgane ausfüllt, fällt weg bzw. dürfte nur in Ausnahmefällen noch in Anwendung kommen. Für Versicherte bzw. deren Angehörige kann allenfalls vom Versicherungsträger auch in Zukunft an den Kostenträger ein besonderer Zuschuß bezahlt werden.

7. Die örtlichen (städtischen) und regionalen Arbeitsgemeinschaften übertragen die Durchführung der Einzelfürsorge den Städten bzw. Kreisen bzw. Fürsorgeverbänden oder Zweckverbänden. Diese fassen die gesamte Gesundheitsfürsorgeverwaltung in besonderen Ämtern, Gesundheitsämtern unter ärztlicher Leitung, zusammen. Nach norddeutschem Vorbilde muß den Leitern dieser Ämter das Recht gegeben werden, die Gesundheitsfürsorgebelange vor den Körperschaften selbst zu vertreten. Wo mehrere Ärzte in einem Gesundheitsamt tätig sind, wird die Zusammenarbeit dieser zweckmäßig kollegial gestaltet in der Art, daß der Leiter des Amtes nicht der Vorgesetzte der übrigen Ärzte ist, sondern wie bei vielen anderen Stellen der Erste unter Gleichgestellten (*primus inter pares*). Einer fachärztlichen Besetzung der ärztlichen Stellen steht nichts im Wege, alle hauptamtlichen Fürsorgeärzte sollen aber außer ihrem Fachgebiet auch allgemeine gesundheitsfürsorgerische Arbeiten übertragen bekommen, weil sie sonst mit der Zeit zu einseitig werden und die Fühlung mit den übrigen Gebieten der Medizin und Hygiene verlieren.

Die Durchführung einzelner Aufgaben kann von den örtlichen Arbeitsgemeinschaften an Mitgliedsorganisationen, z. B. an caritative Vereine, abgegeben werden. Die örtliche oder regionale Arbeitsgemeinschaft selbst hat der Stadt bzw. dem Kreise bzw. dem Fürsorgeverband gegenüber zugleich die Stellung einer beratenden Kommission und ist auch, soweit möglich, zugleich Ortsgesundheitsrat. Sie hat das Recht, an die Stadt bzw. den Kreis oder Fürsorge- bzw. Zweckverband Initiativanträge zu stellen.

8. In der Satzung wird festgelegt, daß jedes Mitglied, jede örtliche und regionale Arbeitsgemeinschaft auch das Recht hat, jederzeit beim Arbeitsausschuß Anträge auf Verbesserungen zu stellen, und daß über diese Anträge in regelmäßig stattfindenden Sitzungen Beschluß gefaßt werden muß.

V.

Die hier vorgeschlagene Organisation der Gesundheitsfürsorge vereinheitlicht die Arbeitsmethoden, beseitigt alle vermeidbare Verwaltungsarbeit, vereinfacht die Verrechnung auf das geringstmögliche Maß, hebt die Verantwortung und damit die Berufsfreudigkeit der Außenstellen, gestaltet die ganze Einrichtung wirklich demokratisch und räumt auf mit den Überbleibseln überlebter Privatwohltätigkeitsformen.

Die weitere Begründung ergibt sich aus dem bereits Gesagten. —

Wie wir sehen, ist jetzt eine Gelegenheit geboten, daß Baden, welches lange Zeit auf gesundheitspolitischem Gebiete führend war, in den Punkten, wo es mit der Entwicklung der Gesundheitsfürsorge in anderen Bezirken nicht ganz Schritt gehalten hat, für Verbesserung sorgt und seine frühere Stellung wieder erobert.

Die Städte, Kreise und Bezirksfürsorgeverbände haben an einer neuzeitlichen Gestaltung der Gesundheitsfürsorge und an der Schaffung der vorgesehenen Arbeitsgemeinschaften großes Interesse. Sie werden es gerne sehen, wenn die Krankenfürsorge in noch größerem Umfang als bisher von den Trägern der Sozialversicherung ausgeübt wird, sie werden sich aber dafür einsetzen müssen, daß die hygienischen Belange, deren Wahrnehmung ihnen selbst in erster Linie am Herzen liegt, bei der zu treffenden Neuregelung nicht zu kurz kommen.

Zusammenfassung.

Bei Gelegenheit der Bildung von Arbeitsgemeinschaften für Gesundheitsfürsorge in Baden liegt es im allgemeinen und insbesondere im Interesse der Städte, Kreise und Fürsorgeverbände, daß erreicht wird

1. eine Hygienisierung der Gesundheitsfürsorge,
2. eine Zusammenfassung der verschiedenen Gesundheitsfürsorgezweige und eine Vereinfachung und Verbilligung der Verwaltung im Sinne einer dezentralisierten Einheitsfürsorge.

Aus dem Hygien. Inst. d. Univ. Freiburg i. Br. (Direktor: Geh. Reg.-Rat Prof. Dr. Uhlenhuth.)

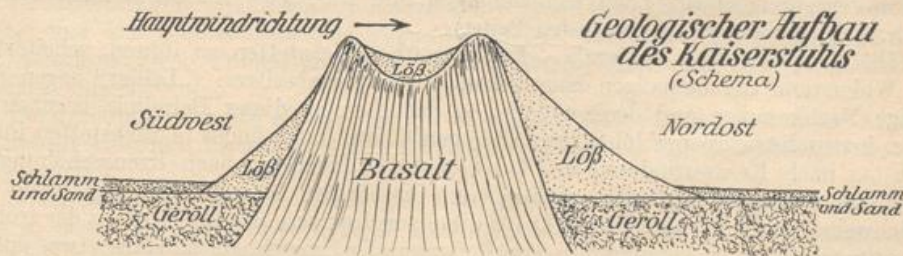
Hygienisch-medizinische Beschreibung des Marktfleckens Eichstetten am Kaiserstuhl.

Von Dr. med. et phil. Paul Richter, Freiburg i. Br.

Vorbemerkung: Mit Recht bezeichnet Dr. A. Fischer in seinen „Beiträgen zur Kulturhygiene usw.“ (Joh. Ant. Barth, Leipzig 1928; Heft 16 der Studien zur Geschichte der Medizin) Baden als das klassische Land der medizinischen Ortsbeschreibungen. Aber trotz vielversprechender Anläufe im 18. und 19. Jahrhundert und trotz seiner Wichtigkeit für jede soziale Hygiene blieb dieses Gebiet auch in Baden jahrzehntelang brachliegen. Erst 1924 bzw. erneut 1929 versuchte die Badische Gesellschaft für soziale Hygiene (vgl. Sozialhygienische Mitteilungen 13, 3. Juli 1929) durch entsprechende Eingaben bei Landtag bzw. Innenministerium der Angelegenheit einen neuen Anstoß zu geben. — Unabhängig von diesen Bestrebungen, die mehr auf eine systematische Erfassung des ganzen Badner Landes abzielen, wurden schon seit einer Reihe von Jahren vom Freiburger Hygienischen Institut aus (Direktor: Geheimer Regierungsrat Uhlenhuth) immer wieder einzelne besonders wichtige oder interessante Ortschaften des badischen Oberlandes bearbeitet. So unternahm ich im Sommer 1929 auf Veranlassung des Herrn Professors Dr. A. Nißle (Freiburg) die Bearbeitung des Marktfleckens Eichstetten am Kaiserstuhl und faßte das Ergebnis in folgender Beschreibung zusammen.

* * *

Der als Abschluß der Freiburger Bucht dem Schwarzwald nach Westen vorgelagerte Kaiserstuhl, vor einigen hundert Jahren von zwei Rheinarmen umschlungen, ist in seinem Grundstock vulkanischer Natur (Basalt, größtenteils in seiner grobkörnigen Abart des Dolerits) und ist mehr oder weniger überlagert von einer dem Alluvium angehörigen Lößschicht, deren äolischer Ursprung in dem Steilhang der Südwestecke gegenüber dem breiten hügeligen Vorgelände des nordöstlichen Teiles sehr schön zum Ausdruck kommt.

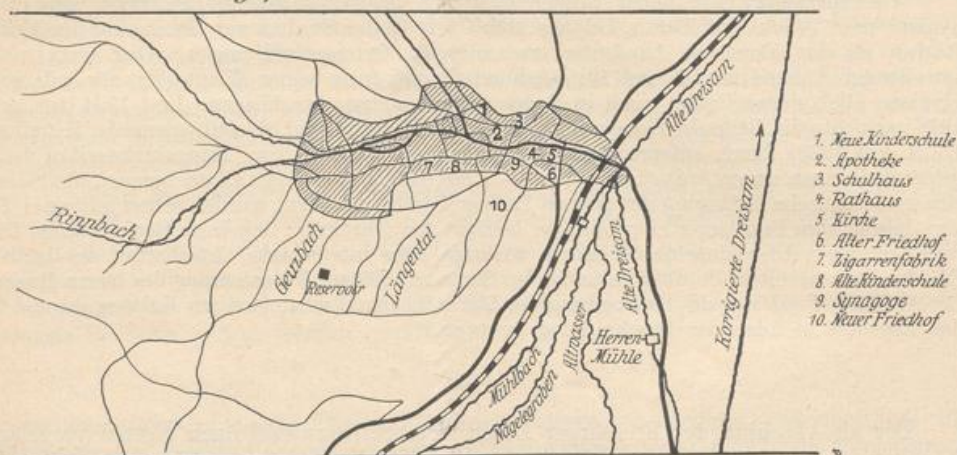


Die organischen, später verwitterten Bestandteile des äolischen Flugstaubes sind die Ursache einer feinsten Porosität des nun als Löß vorliegenden Materials, einer Porosität, die in verschiedener Richtung zur Geltung kommt. Einmal wirkt der Löß als großartiges Filter der atmosphärischen Niederschläge und andererseits als natürliches Reservoir, indem nämlich die eingedrungene Feuchtigkeit nur sehr langsam durchsickert. Infolgedessen versiegen in heißen Sommern auch die kleinsten Bäche und Quellen nie vollständig (bei frischen Ausschachtungen in heißen Sommern kann man direkt die nach unten wandernde Feuchtigkeitsschicht des Vorjahres beobachten), und erst im folgenden Jahre wirkt sich die Dürre des vorhergegangenen Jahres in der geringeren Wassermenge der Bäche aus. [Vgl. auch die Leistung der Wasserleitung, die im heißen Sommer (1911) noch reichlich Wasser liefert, dagegen erst im Jahre nach der Dürre (1912) zurückgeht.]

Ein weiteres Charakteristikum des Löß ist es ferner, daß die Wasserrinnen (und als solche wirken auch mit der Zeit die befahrenen Wege) sich tief in das Gelände einfrassen, mit scharfkantigen Steilrändern, die unter Umständen zu Verschüttungen von allzu nahe herangebauten Häusern Veranlassung geben. (Bergsturz am Mühleberg in Eichstetten vom 27. Juli 1911, wobei ein Erwachsener und ein Kind getötet wurden.)

Am Ausgang eines solchen tief eingeschnittenen Tälchens des östlichen Kaiserstuhlvorgeländes liegt das Dorf Eichstetten; vom Dreisamtal her sieht man nur ein paar Häuser, und lediglich aus dem dahinter aufragenden Kirchturm kann man auf eine größere Ansiedlung schließen.

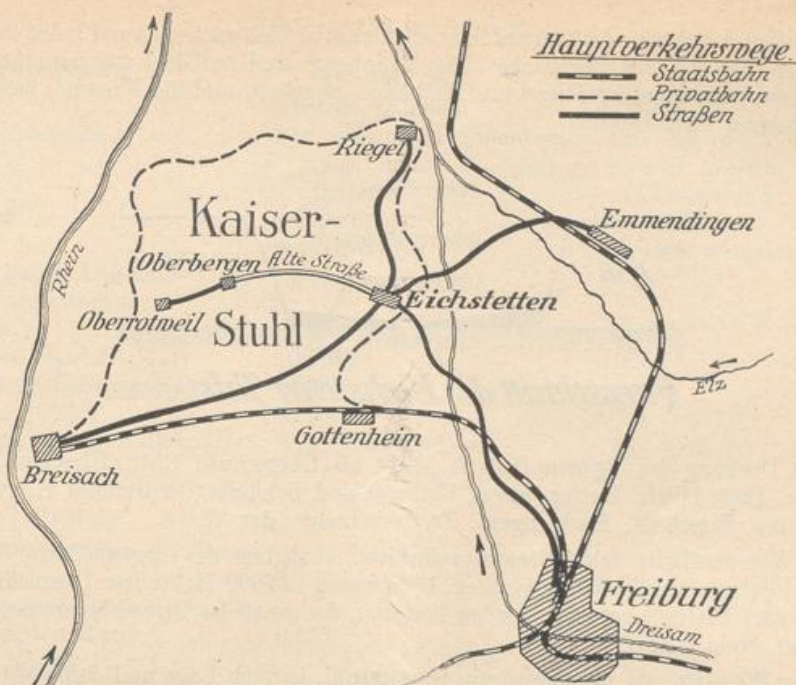
Lageplan von Eichstetten



Eichstetten war früher ein Marktflöcken von größerer Bedeutung, nämlich als die 1894 eröffnete Bahnlinie Gottenheim—Riegel noch nicht erstellt war und als noch die den Kaiserstuhl überquerende Hauptstraße von Oberrotweil über Oberbergen sich in Eichstetten mit den Randstraßen von Ihringen und Riegel her traf und von da gesammelt den ganzen Verkehr einerseits nach Emmendingen und andererseits vor allem nach Freiburg leitete. (Vgl. Skizze auf der nächsten Seite.)

Die Hauptbahnlinie Karlsruhe—Freiburg über Eichstetten zu führen, scheiterte an dem Widerstand der damaligen bäuerlichen Grundstücksbesitzer. („Leider“ sagen deren heutige Nachkommen und denken dabei an das eben an dieser Bahnlinie liegende und darum inzwischen emporgeblühte Emmendingen.) Jetzt noch findet in Eichstetten im Mai (Dienstag nach Kreuzerfindung) und im September (Dienstag nach Kreuzerhöhung) ein Jahrmarkt statt, der von allen umliegenden Ortschaften besucht wird und heute noch als Schweine- und auch als Viehmarkt für diese von Interesse ist. Ein Abglanz der früheren Bedeutung ist noch zu verspüren in dem Auftreten der Einwohnerschaft, die etwas auf sich zu halten scheint und durch Sauberkeit, Zuvorkommenheit, Höflichkeit und gutgehaltene Kleidung, auch bei den Kindern, daneben aber auch durch einen gewissen Bürgerstolz angenehm auffällt. Hierher gehört auch eine sonst in Weingegenden nicht leicht anzutreffende Verträglichkeit. (In den letzten zwei Jahren waren Polizeistrafen nicht erforderlich.) Auch auf dem Freiburger Wochenmarkt fallen die Eichstetter Frauen auf durch Zurückhaltung und Sauberkeit: sie verkaufen nicht um jeden Preis, sondern nehmen ihre Produkte lieber wieder nach Hause mit, wenn der Preis nicht der aufgewendeten Arbeit entspricht.

Rein äußerlich betrachtet, handelt es sich bei der Eichstetter Bevölkerung um einen kleinen, untersetzten Menschengeschlag mit einer durchschnittlichen Körpergröße von 1,60 m. Die Leute sind kräftig gebaut und in gutem Ernährungszustand, aber ausgesprochen dicke Leute habe ich bei meinen häufigen Besuchen nicht zu Gesicht bekommen.



Eichstetten ist eine fast durchweg protestantische Gemeinde; 1925 waren es 1737 Evangelische, 64 Katholiken, 31 christliche Sekte, 129 Israeliten von insgesamt 1961 Seelen. Diese rund 2000 Einwohner widmen sich mit Ausnahme einiger Händlerfamilien und weniger Staatsbeamten ausschließlich der Landwirtschaft, auch die wenigen ortsansässigen Handwerker sind Landwirte. (1925 waren es 454 Wohnhäuser; dabei ergab die Viehzählung neben 80 Pferden und 75 Ziegen als Hauptbestand 991 Stück Rindvieh und 697 Schweine, so daß auf jeden Hof durchschnittlich 2 Stück Rindvieh und 1—2 Schweine kommen.)

Es bestehen nur zwei kleine industrielle Betriebe: eine Holzschäffelfabrik mit einem Meister und drei Gesellen und eine Papierwarenfabrik mit einem kaufmännischen Leiter, fünf Arbeitern, zwölf Frauen und zwei bis vier Heimarbeiterinnen. (Eine Zigarrenfabrik ist eingegangen.)

Dazu kommt noch ein elektrisches Stromsammel- und Umformwerk (zwei Arbeiter), mit dessen Hilfe die Staats- und Privatbahnen wohl später einmal elektrisch betrieben werden sollen.

Bodenbeschaffenheit und Klima sind für Landwirtschaft und Weinbau sehr günstig, auch in dem strengen Winter 1928/29 war hier fast kein Schnee. (Die Regenmenge ist mittleren Umfangs, nämlich 700 bis 800 mm jährlich.)

Die Geländeverteilung ist zurzeit folgende:

20 ha	Hausplatz und Hof
22 „	Gartenland
195 „	Weinberg
391 „	Ackerland
78 „	Futterpflanzen
350 „	Wiesen
108 „	Forst und Waldungen
7 „	Ödland
60 „	Straßenplatz u. dgl.
<hr/>	
1231 ha	insgesamt

Garten- und Ackerland sitzen auf dem sogenannten „schwarzen Grund“, der mit Humus überdeckten Talsohle des Dorfbaches. Die Weinberge sind auf dem sogenannten „weißen Grund“, dem Lößboden der Hügel und Talhänge, angelegt, und die Wiesen¹⁾ liegen außerhalb im flachen Dreisamtal.



Querschnitt des Eichstetter Tals (Schema)

Nach Deckung des eigenen Bedarfs bleibt als Überschuß: Obst (Kirschen), Gemüse, Kartoffeln, Eier, Milch, Butter, etwas Geflügel und Schlachtvieh und als Haupterwerbsquelle, neben Kirschen-, Zwetschgen-, Tresterschnaps, der Wein.

Die Weinausfuhr (also Gesamtproduktion abzüglich des Eigenbedarfs) beträgt in guten Weinjahren zirka 8000 Hektoliter. 1928 waren es 6000 Hektoliter Überschuß, wovon aber nur zwei Drittel abgesetzt werden konnten, das restliche Drittel lagert noch bei den Eichstetter Weinbauern.

Dieser Wein ist, wie überhaupt am Kaiserstuhl, je nach Lage und Jahrgang, ein recht guter Tropfen, und jeder Bauer hat davon in seinem Keller ein Fäßchen, das an Fest- und Feiertagen angezapft wird. Die Hauptrolle spielt aber, wie überall, wo es Wein und Obst gibt, der sogenannte Haustrunk, der sommers wie winters gegen den Durst getrunken wird, und zwar von Mann und Weib, alt und jung. Als Beleg für die Wichtigkeit des Getränks diene die Bezeichnung für das zweite Frühstück, das sonst im Oberland als Neunuhr-essen (Nüniesse) oder neutral als Neunuhrnehmen (Nünini) bezeichnet wird; hier heißt man es „Nünitrinke“. (Im Wirtshaus trinkt der Eichstetter übrigens meist Bier; so gut wie der eigene ist ja doch kein anderer Wein!)

Der Haustrunk wird auf die verschiedensten Arten hergestellt; zwei ziemlich extreme Rezepte seien hier angeführt:

A. Apfelsaft, dazu

Apfeltrester, in Wasser eingeweicht und gepreßt, und

Traubentrester, in Wasser eingeweicht und gepreßt;

alle drei Flüssigkeiten gemischt, in Fässer gefüllt und (je nach Jahrgang und Geschmack)

mit gewöhnlichem Zucker versetzt.

B. 170 l reiner Traubensaft

220 l Wasser

25 kg Zucker

zirka 400 l Haustrunk.

Von beiden Sorten (Jahrgang 1928) habe ich persönlich eine Probe entnommen und die Analyse angefertigt mit folgendem Ergebnis:

¹⁾ Großenteils im Besitze der Bauern, z. T. aber auch nur in Pacht von dem staatlichen Domänenbesitz, da sonst die Futtermenge für den Viehbestand nicht ausreicht.

Haustrunk-Analysen.

Eigenschaft:	Haustrunk A:	Haustrunk B:
Farbe	schwach gelblich	hellgelb
Sonstiges Aussehen	vor und nach Filtration etwas getrübt, opaleszierend	vor und nach Filtration leicht getrübt, schwach opaleszierend
Geschmack	weinartig	säuerlich
Geruch	wie Obstwein	schwach weinartig
Reaktion gegen Lakmus	sauer	sauer
p _H (= Wasserstoffjonenkonzentr.)	3,55	2,90
Spezifisches Gewicht (15°)	0,9967	0,9954
σ (= Oberflächenspannung)	1,359	1,403
Refraktion (17,5°)	30,15	31,6
Polarisation (200 mm Rohr)	0,1° Linksdrehung	⊖
Bestandteile (in Gramm pro 100 ccm):		
Gesamtsäure (bezogen auf Weinsäure)	0,427	0,525
Nicht flüchtige Säure (bezogen auf Weinsäure)	0,357	0,484
Flüchtige Säure		
bezogen auf Weinsäure	0,070	0,041
bezogen auf Essigsäure	0,056	0,033
Extraktgehalt	1,535	1,592
Alkohol	5,89 (= 4,42 vol%)	5,38 (= 4,04 vol%)
Glyzerin	0,452	0,378
(Verhältnis $\frac{\text{Alkohol}}{\text{Glyzerin}}$)	$\left(\frac{100,00}{7,67}\right)$	$\left(\frac{100,00}{7,03}\right)$
Aschegehalt	0,200	0,182
(Alkaleszenz der Asche in Kubikzentimeter 1,0 n Alkali)	(2,097 ccm)	(1,704 ccm)
Sulfate (Schwefelsäure) als SO ₄ "-Ion	0,028	0,014
Phosphate (Phosphorsäure) als PO ₄ "-Ion	0,013	0,006
Sulfite (schweflige Säure) als SO ₃ "-Ion	0,004	0,005
Arsen	⊖	⊖

Es handelt sich also bei dem Haustrunk um ein Getränk mit niedrigem Alkoholgehalt (entsprechend ungefähr einem guten Lagerbier) und ohne sonstige gesundheitsschädliche Beimengungen. Besonders genau untersucht wurde auf Arsen, das infolge des sogenannten „Spritzens“ besonders nach dem trockenen Sommer 1928 den Beeren hätte anhaften und dadurch in den Haustrunk gelangen können. Während nun in den verschiedenen gleichzeitig untersuchten 1928er Weinen, auch vom Kaiserstuhl, Spuren, wenn auch allergeringste, von Arsen nachweisbar waren, erwiesen sich beide Haustrünke nach allen vier angewandten, auch der äußerst empfindlichen biologischen Methode als absolut frei von Arsen.

Infolge seines säuerlichen Geschmackes eignet sich der Haustrunk gut zur Löschung des Durstes und dürfte bei mäßigem Genuß trotz des Alkohols kaum zu einer Schädigung der Gesundheit führen, besonders bei der durchweg schon in der Jugend von morgens früh bis abends spät mit landwirtschaftlicher Schwerarbeit beschäftigten Bevölkerung. Der

Verfasser dieser Arbeit trinkt sehr selten alkoholische Getränke und nur ganz ausnahmsweise Wein; aber seine praktisch-psychiatrische Erfahrung hat ihn belehrt, daß auch bei regelmäßigem, täglichem Genuß von zwei Liter Haustrunk kein Bauer erkrankt; das Elend fängt erst an, wenn er im Keller drunten seinen „Guten“ (= starken, reinen Traubenwein) vom Faß weg trinkt. Und am schlimmsten wird es, wenn er morgens nüchtern, statt zu frühstücken, einen „tüchtigen“ Schnaps zu sich nimmt, dann womöglich tagsüber außer dem Wein fast nichts, vor allem keine feste Nahrung genießt und dabei die im Freien auszubende Schwerarbeit anderen überläßt.

Die Wohnverhältnisse sind durchweg gute. Städtisch aufgemachte Bauten sieht man sehr wenige, meist typische Bauernhäuser mit breiter Toreinfahrt, angebauter Scheune und Viehstallung. Die Zimmer sind trocken, geräumig und durch zahlreiche Fenster erhellt. Fast jeder Erwachsene hat sein eigenes Bett. Im ganzen Anwesen ist elektrisches Licht, auch die Futterschneidemaschine wird elektrisch angetrieben. (Bezogen wird die Elektrizität durch die Überlandhochspannungsleitung von Oberhausen bzw. Rheinfelden, wozu ein Transformatorenhaus vor der Ortschaft im Dreisamtal errichtet wurde.)

Die Heizung geschah seither meist durch eiserne Öfen mit Kohlenfeuerung, während neuerdings wieder mehr der Kachelöfen („Kunst“) mit Holzfeuerung bevorzugt wird. Auch das Holz muß aber in der Hauptsache gekauft werden, da weder die Gemeinde als solche noch die einzelnen Bauern namhaften Waldbesitz haben. Die Rückkehr zum Holzgeheizten Kachelofen muß also andere Gründe haben; diese sind nach meinen Erkundigungen zu suchen in der größeren Bequemlichkeit und Sicherheit der Handhabung und in der dauernd gleichmäßigen Wärme, beides wichtige Momente für den auch winters viel im Freien arbeitenden und dadurch vom Hause abwesenden Weinbauern und Landwirt, der dann ruhig seiner Arbeit nachgehen kann und doch bei der Heimkehr eine warme Stube vorfindet. (Auch der Wegfall des bei den eisernen Öfen oft so lästigen und unter Umständen gefährlichen Gestanks wurde mir als Grund genannt.) Zur Bekämpfung der Erkältungskrankheiten ist es auch von Bedeutung, daß sowohl Kirche als auch Synagoge heizbar sind¹⁾.

Jedes Anwesen (mit ganz wenigen Ausnahmen) ist an die allgemeine Wasserleitung angeschlossen und hat meist je eine Zapfstelle in Küche und Keller und eine in Stall und Hof. Die Aborte sind entweder im Haus oder direkt angebaut und haben eine besondere gedeckte Grube; Klosette mit Wasserspülung kommen nicht in Frage, erstens weil die Wasserleitung nicht ergiebig genug ist, zweitens aber und hauptsächlich, weil der Bauer die Fäkalien dringend für die Landwirtschaft benötigt. Die Mistgruben sind abseits der Straße im Hof oder hinter dem Haus und gedeckt. Die Abwässer aus Küche und Hof, von der Wäsche (sofern sie nicht an der Dreisam erledigt wird) ebenso wie das Regenwasser laufen in den Dorfbach, der direkt außerhalb des Dorfes in die Dreisam einmündet, wenn er nicht eben noch vor der Einmündung gestaut und zur Wiesenberieselung benutzt wird.

Im Dreisamtal war vor der Korrektur des Flußlaufes noch viel sumpfiges Gebiet, das aber infolge der Entwässerung jetzt zum besten und begehrtesten Wiesengelände gehört. In direktem Zusammenhang damit steht es auch, daß die Stechmücken (Schnaken genannt), früher eine Landplage, in Eichstetten jetzt eine Seltenheit sind, so daß vor allem auch nach der rationellen, behördlich angeordneten Mückenbekämpfung die Einwohner ihre Mückengitter an den Fenstern weglassen. Übrigens sind Malariafälle in Eichstetten seit Menschengedenken nicht vorgekommen.

In heißen Sommern (wie 1929) ist der Dreisamkanal leer, aber die bei Eichstetten vorbeifließende, dort mit dem Mühlbach sich vereinigende alte Dreisam ist ein munteres Flößchen, in welchem sogar Forellen vorkommen, eine Tatsache, die gegen eine starke Verunreinigung durch den Dorfbach spricht²⁾.

Das Wasser des Dorfbaches habe ich ebenso wie das Wasser der Wasserleitung einer genauen Analyse unterzogen.

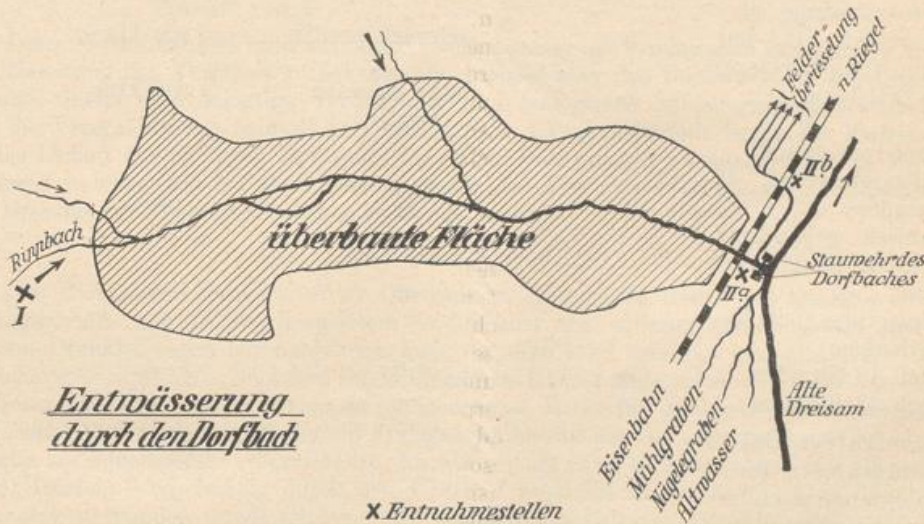
¹⁾ Die Katholiken müssen nach Bötzingen zur Kirche, die aber nicht heizbar ist.

²⁾ An den Fischen ist die Bevölkerung wenig interessiert, die Nichtkatholiken essen nur ausnahmsweise Fischspeisen, vielleicht am Karfreitag.

Das Bachwasser.

Hierfür wählte ich folgende drei Entnahmestellen:

1. Probe I: Oberhalb des Dorfes, noch ehe irgendeine Verschmutzung durch Abwässer erfolgt ist.
2. Probe IIa: Direkt unterhalb des letzten Abwasserzulaufs, ehe eine Sedimentierung und biologische Selbstreinigung einsetzt.
3. Probe IIb: Weiter unterhalb, wo eventuell schon eine Reinigung zu beobachten sein könnte.



Bachwasser-Analyse.

Nummer der Probe .	I	IIa	IIb
Zeit der Entnahme .	31. Juli 1929, 9 h	31. Juli 1929, 8,30 h	31. Juli 1929, 8,15 h
Ort der Entnahme .	150 m oberhalb des ersten Hauses	direkt unterhalb des letzten Hauses, aus dem kleinen Staubecken zwischen Bahndamm und Dreisam	150 m unterhalb des Staubeckens aus dem parallel zur Bahn ziehenden Kanal, vor Übertritt auf die berieselten Felder

Eigenschaften:

Farbe	sehr schwach gelblich	schwach gelblich	wie IIa
Mit bloßem Auge erkennbare Beimengungen	reichliche Mengen teils feiner, teils grobkörniger braun gefärbter Schwebstoffe, vornehmlich huminartiger Herkunft	reichliche Mengen feinflockiger grauweiß gefärbter Schwebstoffe	wie IIa

	I	IIa	IIb
Geruch	geruchlos	geruchlos	wie IIa
Nach Filtration	farblos, schwach opaleszierend	schwach gelblich, klar	wie IIa
Qual. Vorproben:			
Reaktion g. Lakmus . .	sehr schwach alkalisch	wie I	wie I
Ammoniak als NH_4^+ - Ion	⊖	⊖	⊖
Nitrite (salpetrige Säure) als NO_2^- -Ion	⊖	schwach positiv	wie IIa
Nitrate (Salpetersäure) als NO_3^- -Ion	⊖	sehr schwach positiv	wie IIa
Schwefelwasserstoff (Bleiazetatprobe, 48 Stunden)	⊖	⊖	⊖
Organisch gebundener Schwefel (Hamburger Test)	⊖	⊖	⊖
Fäulnisprobe (mit Me- thylenblau)			
nach 18 Stunden . . .	⊖	positiv	⊖
nach 48 Stunden . . .	⊖	—	⊖
Quantitative Be- stimmungen (in Milligramm pro Liter) unfiltriert			
Schwebestoffe insges. .	145,5	50,0	24,5
davon anorganisch . .	112,5	9,0	0,5
und organisch	33,0	41,0	24,0
filtriert:			
Abdampfrückstand . .	379,5	322,5	318,0
Glührückstand	307,0	304,5	274,0
Glühverlust	72,5	18,0	44,0
Chloride als Cl^- -Ion . .	24,0	25,0	26,0
Sulfate als SO_4^{2-} -Ion . .	35,18	29,63	13,58
Stickstoff gesamt als N	1,12	1,40	1,68
Freier Sauerstoff kurz nach Entnahme	8,72	8,60	8,54
Freier Sauerstoff nach 18 Stunden Stehen . .	8,15	1,15	0,29
also Sauerstoffzehrung in 18 Stunden	0,57	7,45	8,25
desgleichen in 1 Stunde	0,03	0,41	0,46
Oxydierbarkeit (Milligr. KMnO_4 pro Liter) . . .	16,11	49,48	56,62
PH	alkal. 7,62	alkal. 7,45	alkal. 7,45

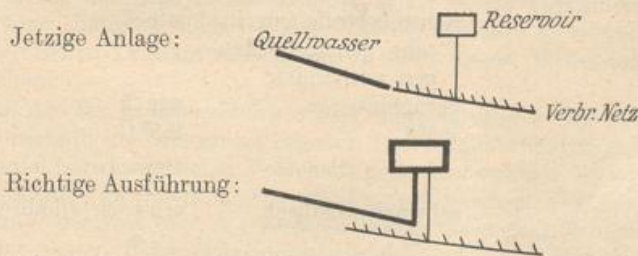
Wenn man die Ergebnisse der drei untersuchten Bachwasserproben miteinander vergleicht, so springt sofort in die Augen, daß gegenüber der Probe I bei den Proben IIa und IIb eine wesentliche Zunahme des KMnO_4 -Verbrauchs, der Sauerstoffzehrung und des Gehalts an Gesamtstickstoffsubstanz festgestellt wurde, nämlich:

	bei I	bei IIa	bei IIb
1. $KMnO_4$ -Verbrauch	16,11	49,48	56,62
Zunahme in Milligramm pro Liter	—	33,37 bzw.	40,51
„ „ Prozent von I	—	207 bzw.	249
2. Sauerstoffzehrung	0,57	7,45	8,25
Zunahme in Milligramm pro Liter	—	6,86 bzw.	7,68
„ „ Prozent von I	—	1207 bzw.	1347
3. Stickstoffsubstanz	1,12	1,40	1,68
Zunahme in Milligramm pro Liter	—	0,28 bzw.	0,56
„ „ Prozent von I	—	25 bzw.	50

Diese Wertzunahmen sind auf eine Verschmutzung mit organischen Substanzen durch die Einleitung der Abwässer zurückzuführen. Sobald aber das Bachwasser in die Dreisam gelangt, dürfte eine derartige Verdünnung und biologische Selbstreinigung stattfinden, daß die Verunreinigung baldigst behoben wird, und zwar jedenfalls bevor das Flußwasser in das Gebiet der nächsten Gemeinde übertritt. Dies gilt ganz besonders für die Zeiten, während welcher (wie bei der Probeentnahme) das Abwasser noch vor dem Einfließen in die Dreisam zur Wiesenberieselung verwendet wird.

Das Trinkwasser.

Das Eichstetter Trinkwasser ist Quellwasser. Eine ganze Reihe von Quellen, die ursprünglich alle den Dorfbach speisen, sind sauber und ordnungsgemäß gefaßt, werden in zwei Druckleitungen herangebracht, kurz vor dem Dorf vereinigt und direkt dem Verbrauchernetz zugeführt. Nachdem schon die ersten Häuser angeschlossen, kommt ein etwas stärkeres T-Stück, das zu einem fälschlicherweise Reservoir genannten Druckausgleichtopf führt. Nur insofern ist dieser ein Vorratsbehälter, als ein Teil abgesperrt und für Löschzwecke bei Feuersgefahr reserviert ist. Im übrigen ist es so klein angelegt, daß der nächtliche Überschuß regelmäßig durch den Überlauf wegfließt und dann tagsüber fehlt. Aus Sparsamkeitsgründen wurde seinerzeit die doppelte Rohrleitung (Druckleitung geschlossen zum Reservoir und zurück zum Verbrauchernetz) abgelehnt und das Reservoir viel zu klein angelegt.



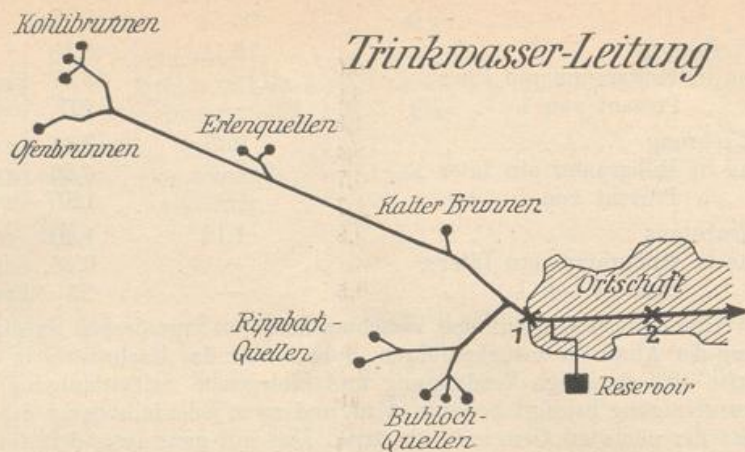
Wenn letztere zur Durchführung käme, so würde voraussichtlich die Wassermenge vollauf genügen, ohne neue Quellen zuzuführen und ohne ein Grundwasserpumpwerk anzulegen¹⁾.

Es wurden nun zwei Proben entnommen:

1. im ersten Anwesen, das an die Druckleitung angeschlossen ist, etwa 200 m oberhalb der Abzweigung zum Reservoir;
2. aus einem Anwesen etwa 1000 m unterhalb der Abzweigung zum Reservoir, um zu sehen, ob etwa beim Durchgang durch das Reservoir das Wasser irgendwelche nachweisbare Veränderung erleidet.

¹⁾ Leistung der Wasserleitung: 10. 8. 11: 9,86 Sekundenliter,
 16. 2. 17: 6,52 "
 31. 10. 21: 3,12 "
 24. 7. 28: 7,68 "

ver-
und
des



x = Entnahmestellen

Trinkwasser-Analyse.

Nummer der Probe:	1	2
Zeit der Entnahme	7. Mai 1929, 8,45 h	7. Mai 1929, 9,15 h
Ort der Entnahme	zirka 200 m oberhalb der Abzweigung zum Reservoir	zirka 1000 m unterhalb der Abzweigung zum Reservoir
Außentemperatur (Luft)	18° C	18° C
Eigenschaften:		
Farbe	vor und nach Filtra- tion farblos, klar	wie 1
Mit bloßem Auge wahrnehmbare Bei- mengungen	Schwebestoffe nur in sehr geringen Men- gen vorhanden	wie 1
Geruch	geruchlos	wie 1
Temperatur	9,5° C	9,5° C
Qualitative Vorproben:		
Reaktion g. Lakmus	schwach alkalisch	schwach alkalisch
Ammoniak als NH ₄ '-Ion	⊖	⊖
Salpetrige Säure (Nitrite) als NO ₂ '-Ion	⊖	⊖
Salpetersäure (Nitrate) als NO ₃ '-Ion	⊖	⊖
Quantitative Bestimmungen: (in Milligramm pro Liter)		
Abdampfrückstand	396,2	397,0
Glührückstand	360,2	375,0
Glühverlust	36,0	22,0
Chloride (Salzsäure) als Cl'-Ion	15,0	13,0
Sulfate (Schwefelsäure) als SO ₄ '-Ion	26,54	20,78
Silikate (Kieselsäure) als SiO ₃ '-Ion	23,81	22,03
Karbonat-Kohlensäure als HCO ₃ '-Ion	364,28	357,89
Freie Kohlensäure als CO ₂	47,3	44,0
Aggressive Kohlensäure als CO ₂	⊖	⊖

	1	2
Eisen als Fe ⁺⁺ -Ion	0,039	0,069
Kalzium als Ca ⁺⁺ -Ion	96,91	96,34
Magnesium als Mg ⁺⁺ -Ion	21,35	21,13
Gesamthärte	18,48	18,35
Vorübergehende Härte	16,72	16,41
Bleibende Härte	1,76	1,94
Freier Sauerstoff	9,83	9,92
KMnO ₄ -Verbrauch (Milligramm pro Liter) (Oxydierbarkeit)	0,56	2,05

Bakteriologische Untersuchung:

Keimzahl pro Kubikzentimeter	19	32
Koli-Probe	negativ	negativ

Auf Grund der vorstehenden analytischen Befunde erweisen sich beide Trinkwasserproben als nahezu gleichartig zusammengesetzt. Von Ammoniak, salpetriger Säure und Salpetersäure war nichts zu finden, desgleichen waren oxydierbare Substanzen ebenso wie Chloride nur in geringen Mengen vorhanden, so daß jeder Hinweis auf verunreinigende Stoffe fehlt.

Der Gehalt an freiem Sauerstoff, an organischen Substanzen sowie an Chloriden liegt innerhalb der zulässigen Grenzen. Aggressive Kohlensäure, die unter anderem Zement, Beton, Eisen, Mörtel anzugreifen vermag, ist nicht nachzuweisen; auch der Eisengehalt spielt eine sehr untergeordnete Rolle. Beide Wässer müssen als ausgesprochen hart bezeichnet werden. Bakteriologisch sind keinerlei Bedenken zu erheben.

Da die Lokalinspektion sowie der bakteriologische und chemische Befund ein hygienisch einwandfreies Resultat ergab, so ist gegen die Verwendung des Wassers zu Trink- und Genußzwecken nichts einzuwenden, vorausgesetzt, daß die Wasserleitung stets mit der nötigen Sorgfalt instand gehalten wird. Bei der Verwendung für gewisse technische Betriebe muß eventuell eine Enthärtung vorgenommen werden.

Die bei der Analyse festgestellte Härte macht sich auch im Haushalt unangenehm bemerkbar, hauptsächlich bei der Wäsche, weshalb diese von den Frauen mit Vorliebe an der offenen Dreisam erledigt wird, wenn irgend Witterung und Wasserstand dies ermöglichen.

An die Trinkwasserleitung nicht angeschlossen ist die etwa 1 km vom Bahnhof entfernt oberhalb im Dreisamtal liegende Herrenmühle und außerdem noch fünf Dorfhäuser, die gemäß bezirksamtlicher Vorschrift gedeckte, von der Mist- und Abortgrube mindestens 10 m entfernte Brunnenschächte mit Pumpen besitzen. Der Anschluß der letzteren ist mehr eine Frage der Zeit bzw. der besseren Wasserversorgung der ganzen Gemeinde (s. o.), während der Anschluß der Herrenmühle infolge der weiten Entfernung nicht in Frage kommt.

Hier seien nun kurz auch noch die Straßenverhältnisse erwähnt:

Die Hauptstraßen des Dorfes sind mit gutem Basaltschotter beworfen und eingewalzt, aber nicht geteert. Da nun durch die landwirtschaftlichen Fuhrwerke dauernd Löß hereingebracht wird, so bildet der reichliche Staub (besonders bei durchfahrenden Autos) eine dauernde Plage der Bewohner, vor allem weil der kleine Dorfbach mit seinem wenigen und schmutzigen Wasser in heißen Sommern keine Möglichkeit zur Nässung der Fahrbahn gewährt und weil ja auch das Leitungswasser dazu einfach nicht ausreicht.

Das Straßenwesen bedarf also dringend einer Verbesserung, wohl am besten dadurch, daß die Haupt-Durchgangs-Straßen östlich der Dreisam, also außerhalb des eigentlichen Dorfes, an diesem vorbeigeführt und in gut geteertem Zustand gehalten werden.

Ob in absehbarer Zeit die Leitungswassermenge sich so steigern lassen wird, daß zur Anfeuchtung der Dorfstraßen etwas übrigbleibt, erscheint allerdings fraglich, ist aber nach Umleitung des Durchgangsverkehrs dann auch nicht mehr unbedingt notwendig.

Mit den Wasserverhältnissen in engem Zusammenhang steht die Körperpflege. Eine von der Gemeinde eingerichtete Badegelegenheit existiert bisher nicht, weder ein Wannbad, obgleich der Unterstock der früheren Zigarrenfabrik sehr wohl dazu geeignet wäre (doch bei den jetzigen Wasserverhältnissen erscheint dies begreiflich), noch auch an der offenen Dreisam, wo nur die Lehrerschaft sich privat einen bequemen Zugang an einer künstlich vertieften Stelle geschaffen hat. Bei der Einwohnerschaft sind auch verschiedene Badewannen zu finden, aber meist baden die Leute (zwar nicht im Brunnentrog, wie ich dies im Schwarzwald beobachten konnte, sondern) in einem Zuber, in den ebenso wie in die Badewanne auf dem Herd erhitztes Wasser eingegossen wird, also auf die gleiche Weise, wie sonst überall das Kleinkind gebadet wird. Bezüglich der Kleinkinderpflege läßt sich der Einfluß der beiden anfangs des Jahrhunderts errichteten Kinderschulen mit Sommerkinderkrippe (April—Oktober) nicht verkennen. Die sogenannte „alte“ (von einer Sekte gegründete) ist mehr Kinderbewahranstalt und etwas rückständig, aber die „neue“ (vom Frauenverein unterhaltene) ist ein systematischer Kindergarten und macht besonders hygienisch einen recht guten Eindruck: jedes Kind hat seinen eigenen Waschlappen und sein eigenes Handtuch. Im Gebäude der „neuen“ Kinderschule ist auch die Krankenschwester stationiert, und für die fortbildungsschulpflichtigen Mädchen ist hier eine Haushalt- und Kochschule eingerichtet, während die Gewerbeschule für Knaben sich im Rathaus befindet.

Neben den schon erwähnten Kinderschulen interessiert uns besonders auch die Volksschule, und zwar in zweierlei Hinsicht:

1. Wie sind die hygienischen Verhältnisse in den Schulräumen, im alten Schulhaus und im neuen, der ehemaligen Zigarrenfabrik?
2. Was bekommen die Schüler an hygienischem Verständnis mit auf den Lebensweg durch den Unterricht?

Um den zweiten Punkt gleich vorwegzunehmen, sei erwähnt, daß in den beiden letzten Klassen bei jeder sich bietenden Gelegenheit hygienische Belehrungen stattfinden, besonders aber im Rahmen des naturkundlichen Unterrichts. Nachdem in der siebenten Klasse der zum Verständnis nötige anatomisch-physiologische Unterbau gelegt ist, folgt in der achten Klasse die eigentliche Gesundheitslehre: Aufklärung über Genußgifte (Tabak, Alkohol), Belehrung über Schulhygiene, Infektionskrankheiten, Tuberkulosebekämpfung, Hilfe bei Unglücksfällen.

Was nun die Schulräume anbelangt, so entsprechen sie im allgemeinen den billigerweise zu stellenden Ansprüchen. Mißstände, die vorhanden waren, sind beseitigt, wie z. B. durch Anbringung eines großen Lüftungsfensters zwecks Durchzugs oder Ersatz eines einfachen durch einen doppelten Fußboden mit Isolierschicht. Jetzt kann also jeder Raum nach jeder Unterrichtsstunde durchlüftet werden, und die Kinder bekommen beim Sitzen auch im Winter keine kalten Füße mehr, auch wenn sie bis zu vier Stunden hintereinander Unterricht haben. Geheizt sind die Räume mit eisernen Koks- und Holzöfen, doch ist die Heizung etwas knapp: 14—20° C. Auf je ein Kind kommt in der Zigarrenfabrik ein Raum von 5 cbm; im alten Schulhaus zwar nur 3 cbm, aber die Kleiderablage ist auch hier auf dem Gang, so daß der Raum als ausreichend gelten kann. Auch die Beleuchtung ist voll ausreichend, sowohl das Tageslicht als auch die elektrischen Beleuchtungskörper, und zwar nicht nur für die direkt bei der Lichtquelle sitzenden Schüler; die Wände haben einen hellen Anstrich. Der Staubentwicklung wird entgegengewirkt durch tägliches nasses Aufwischen und durch jährlich dreimaliges Ölen der Holzböden; letzteres dürfte wohl etwas öfter vorgenommen werden, nämlich ein- bis zweimal monatlich, ohne der Gemeindegasse oder den Schuldienern allzuviel zuzumuten. Zum Zweck der Reinigung (und auch der Durststillung) sind in beiden Volksschulhäusern Wasserzapfstellen, auch frostsichere innerhalb des Hauses, angebracht; aber weder Handtuch noch Seife ist vorhanden, und ich habe auch nicht den Eindruck gewonnen, als ob irgend jemand in der Schule das dringende Bedürfnis hätte, sich vor dem Vespere oder nach der Abortbenutzung die Hände zu reinigen. Das Turnen ist in der Volksschule erst neuerdings wieder eingeführt, doch nur für

die Knaben. Auch die Erwachsenen haben Gelegenheit zu turnen: es besteht ein Turnverein mit Übungshalle im Unterstock der früheren Zigarrenfabrik. (Die Fußballriege des Turnvereins ist seit etwa fünf Jahren eingegangen.)

Die Zahnpflege läßt viel zu wünschen übrig; seit dem Krieg hat sich darin wohl nicht viel verändert, und 1914 hatten nur 5% der Kinder noch völlig gesunde Zähne, alle anderen mehr oder weniger angefressene. (Im Durchschnitt 12% kariöse Zähne.)

Was die übrige Lebenshaltung anbelangt, so fehlt uns noch die Ernährungsweise. Diese ist bei der Ackerbau treibenden Bevölkerung als gut zu bezeichnen. Eine große Rolle bei der Beköstigung spielt das Mehl, und zwar neben Mehlspeisen und Kuchen hauptsächlich als Brot. Die Mehlspeisen sind ausschließlich Spätzle und Nudeln und kommen als Zukost zu Speck und Kraut auf den Tisch. Kuchen gibt es alle acht bis vierzehn Tage, wenn gebacken wird, und zwar mittags als Hauptspeise nach der Suppe in Gestalt von Zwiebel-, Speck- oder Obstkuchen.

Weißbrot, Wecken und Semmeln spielen in der bäuerlichen Bevölkerung keine Rolle. Das Brot, je zur Hälfte aus Weizen- und Roggenmehl, bäckt der Landwirt meist selbst alle acht bis vierzehn Tage, nur in der Erntezeit läßt er manchmal sein eigenes Mehl beim Bäcker im Lohn verarbeiten. Hierfür und für den Bedarf der nicht dem Bauernstand angehörigen Einwohner stehen fünf kleine Bäckereien zur Verfügung.

Die fünf Mahlzeiten sind folgende:

- 6 Uhr: erstes Frühstück: sogenannter „Kaffee“ und Milch mit Brot;
- 9 Uhr: zweites Frühstück: Speck oder Käse mit Brot;
- 12 Uhr: Mittagessen: täglich Suppe, Fleisch oder Speck mit Gemüse und Kartoffeln;
- 17 Uhr: Vesper: Speck oder Käse mit Brot;
- 20 Uhr: Nachtessen: sogenannter „Kaffee“ und Milch mit Brot oder Sauermilch mit Kartoffeln.

Beim zweiten Frühstück und beim Vesper bekommen die Kinder Butterbrot oder Obst und Brot, beim ersten Frühstück und beim Nachtessen mehr Milch als Kaffee; doch ist der Kaffee absolut unschädlich, da er in der Hauptsache aus geröstetem Korn und Zichorie hergestellt wird; echte Kaffeebohnen gibt's vielleicht am Sonntag früh zum selbstgebackenen Gugelhupf (Napfkuchen).

Im Interesse der heranwachsenden Jugend ist es sehr zu begrüßen, daß der Eichstetter Bauer lediglich seinen Überschub an Lebensmitteln verkauft: die Kinder bekommen Vollmilch, nur der Überschub wird zentrifugiert, die Magermilch wird zur Schweinemast und die Butter im eigenen Haushalt verwendet, und nur was man selbst nicht benötigt, wird auf den Wochenmarkt gebracht. Das gleiche ist es mit dem Obst und Gemüse, auch das Kleinkind bekommt davon jetzt genügend. Margarine wird sehr wenig verwendet. In jedem Haushalt wird jährlich zweimal geschlachtet und das Schmalz ebenso wie Fleisch, Speck und Wurst das Jahr über verwendet. Das frische Fleisch holt man beim Metzger. Es handelt sich auch bei den drei Metzgern, von denen der eine nach jüdischem Ritus schlachtet, lediglich um Hausschlachtungen, die durch einen amtlichen Fleischbeschauer überwacht werden.

Von den Genußmitteln kommen Nikotin und Alkohol in Betracht. Das Nikotin ausschließlich bei der Männlichkeit, und zwar bei den älteren Männern kurze Pfeife und Zigarre (die halblange mit Porzellankopf ist fast völlig ausgestorben) und bei der Jugend die Zigarette. Geschnupft wird fast gar nicht mehr. Der Alkohol wird genossen in Gestalt von Bier, Haustrunk, Wein und Schnaps. Der Schnaps mehr als Heilmittel, der Wein als Sonntagsgetränk und bei festlichen Gelegenheiten, das Bier als Wirtshausgetränk. In recht beträchtlichen Mengen wird der Haustrunk vertilgt: der ausgewachsene Mann trinkt täglich $1\frac{1}{2}$ —2 l im Durchschnitt, die Frauen mit einigen dorfbekanntem Ausnahmen meist etwas weniger und die jungen Individuen bis hinunter zum Kleinkind neben der Milch auch ab und zu einen Schluck „zur Kräftigung“. Als Illustration diene folgendes Beispiel einer durchaus nicht als unmäßig bekannten Familie:

1 Mann	von 65 Jahren	} Jahresverbrauch 2000 Liter Hastrunk A (s. o. Analyse)
1 „	„ 45 „	
1 „	„ 30 „	
1 Frau	„ 40 „	
1 Mädchen	„ 20 „	
1 Kind	„ 7 „	

Irgendwelche schädliche Folgen konnte ich keine feststellen; der Fünfundsechzigjährige ist noch im Vollbesitz seiner körperlichen als auch besonders geistigen Fähigkeiten, verwaltet die Kasse und erledigt die Korrespondenz von zwei Vereinen, und die Siebenjährige ist ein lebhaftes, auch dem Städter durchaus nicht verschüchtert entgegretretendes Kind, das in der Schule allen Ansprüchen gerecht wird. Auch die übrigen Dorfkinde machen einen nicht unintelligenten Eindruck, obgleich sie schon alle am Hastrunk partizipieren, versagen auch nicht in den Oberklassen, wovon ich mich persönlich überzeugen konnte, und erreichen alle das Klassenziel der obersten (achten) Klasse, wie mir der derzeitige Oberlehrer versicherte. Das ist um so bemerkenswerter, als die Familien durchweg alle miteinander verwandt sind, wenn auch in den letzten 28 Jahren ein Dispens zwecks Eheschließung nicht nachgesucht wurde. Idiotische Kinder sind überhaupt keine vorhanden, was doch nach der derzeitigen Auffassung bei solcher allgemeinen Inzucht eventuell zu erwarten wäre. Daraus ist zum mindesten der Schluß zu ziehen, daß die Eichstetter Bevölkerung aus ganz vorzüglichem Menschenmaterial besteht. Das zeigt besonders deutlich nachstehende Zusammenstellung:

Todesursachen und Geisteskrankheiten.

Gebiet	Jahr	Sterbefälle		Todesursachen				Neuge-meldete Fälle von Geistes-krankheit	Gesamt- Einwohner-zahl
		insge-samt	über 60 Jahre	Alters-schw.	Tuber-kulose	Krebs	Selbst-mord		
Eichstetten insgesamt	1919	30	10	?	1	3	?	?	2169
„	1920	27	14	?	—	1	?	?	
„	1921	32	17	?	1	—	?	?	
„	1922	23	8	?	2	3	?	?	
„	1923	26	17	?	—	4	?	?	
„	1924	26	13	?	1	—	1	2	
„	1925	12	4	?	1	1	—	1	
„	1926	19	11	?	1	1	—	1	
„	1927	32	18	?	—	2	1	2	
„	1928	22	17	?	1	1	—	4	
„	Durchschnitt	24,9	12,9	?	0,8	1,6	0,4	2,0	1961
Baden auf je 2000 Einwohner	1926	25,2	?	2,7	2,1	2,5	0,5	?	2238000 ¹⁾
Deutsches Reich auf je 2000 Einwohner	1924	24,4	?	2,8	2,4	2,0	0,5	?	62410000 62866000
„	1925	23,8	?	2,6	2,1	2,0	0,5	?	
„	1926	23,4	?	2,6	2,0	2,1	0,5	?	
„	Durchschnitt	23,9	?	2,7	2,2	2,0	0,5	?	

¹⁾ 1905: 2011000
1925: 2312000

Wir ersehen daraus, daß Krebs und Tuberkulose niedriger sind als beim Landes- und Reichsdurchschnitt; ebenso die Zahl der Selbstmörder zwischen 1924 und 1928. Im Jahre 1929 trat allerdings eine Häufung von Selbstmorden auf; bis zum 1. September waren es fünf Fälle. Aber im allgemeinen sind Geistesstörungen und Geisteskrankheiten eine seltene Erscheinung; unter den zehn Fällen ist nur eine einzige alkoholische Erkrankung (delirium tremens), die übrigen neun verteilen sich auf:

Epilepsie	1
Schizophrenie	4
zirkuläres Irresein	3
senile Demenz	1

Auch sozial unbrauchbare Menschen, wie Bummler und Vagabunden, Brandstifter und sonstige Kriminelle, sind aus der Bevölkerung nicht hervorgegangen.

Das einzig Belastende, das in dieser Beziehung zu verzeichnen wäre, ist der Geburtenrückgang, der sicherlich wie auch andernorts zum Teil auf künstliche Abtreibung zurückzuführen ist. Darauf bezügliche allgemeine Äußerungen kann man wohl hören, doch irgendwelches Zahlenmaterial darüber ist, wegen der Strafbarkeit der Handlung, natürlich nicht zu bekommen.

Damit kommen wir zu dem Thema der Bevölkerungsbewegung; das Material dazu wurde entnommen:

1. den Akten des Standesamts Eichstetten,
2. den Akten des Standesamts Freiburg i. Br.,
3. den Akten des Bezirksarztes Emmendingen,
4. verschiedenen privaten Mitteilungen bzw. Aufzeichnungen

und in den beigefügten Tabellen zusammengestellt. Das Ergebnis der Tabellen wurde in einigen Kurvenbildern graphisch dargestellt.

ri-
ver-
ri-
nd,
hen
ren,
nte,
tige
alle
he-
len,
zu
Be-
lich

amt-
ohner-
ahl

2169

1961

8000¹⁾

0000
6000

Bewegung der Bevölkerung

Jahr	Ehe- schlie- Bungen	Geburten					Sterbe-					
		in einer Klinik		ins- ge- samt	Über- schuß	ins- g- samt	Sterbe-					
		%	Zahl				unter der Geburt	im 1. Leb- jahr	bis zum 6.	bis zum 14.	bis zum 20.	
				Heimat	Krieg							
1900	14	—	—	51	+24	27	—	5	1	3	3	—
1	19	—	—	58	+10	48	1	9	4	1	2	—
2	13	—	—	62	+36	26	4	1	2	1	—	—
3	15	—	—	51	+16	35	3	7	2	1	—	—
4	13	3,6	2	55	+13	37	1	12	3	—	3	—
1905	20	—	—	53	+14	39	5	7	1	2	—	—
6	17	—	—	57	+29	28	1	4	3	—	—	—
7	15	3,8	2	53	+19	34	4	5	2	—	—	—
8	13	2,1	1	48	+ 1	47	3	4	7	—	2	—
9	13	1,9	1	52	+18	34	4	5	3	1	—	—
1910	17	13,7	7	51	+19	32	1	2	—	—	1	—
11	12	9,6	5	52	+17	35	3	8	2	—	—	—
12	19	18,0	9	50	+13	37	2	5	3	3	—	—
13	15	6,4	3	47	+24	23	1	6	—	—	—	—
14	9	14,7	5	34	+12	22	2	—	1	—	—	—
1915	6	18,8	6	32	-12	44	—	2	4	1	—	(3)
16	5	28,6	10	35	+ 2	33	1	4	1	1	1	—
17	10	31,6	6	19	-28	47	1	3	1	—	1	(6)
18	11	23,1	6	26	- 8	34	1	—	1	1	—	(2)
1919	19	22,5	9	40	+10	30	1	2	2	—	1	(1)
20	34	17,4	8	46	+19	27	1	6	—	1	—	—
21	19	21,9	7	32	+ 0	32	—	5	1	—	—	—
22	20	15,8	6	38	+15	23	—	2	1	1	2	—
23	19	19,4	6	31	+ 5	26	1	3	—	1	—	—
1924	21	18,8	6	32	+ 6	26	2	3	1	1	—	—
25	18	44,4	16	36	+24	12	—	3	1	—	1	—
26	9	22,9	8	35	+16	19	1	1	—	—	—	—
27	10	32,4	12	37	+ 5	32	1	4	1	—	—	—
28	10	31,3	11	32	+10	22	—	1	—	—	—	—

in Eichstetten.

fälle	alter										Säng- lings- sterb- lichkeit auf 100 Lebend- ge- borene	Volks- zählung		Zahl der Schul- kinder			
	bis zum 30.		bis zum 40.		bis zum 50.		bis zum 60.		bis zum 70.	über dem 70.		Ein- woh- ner ¹⁾	Haus- halt- ungen				
	Heimat	Krieg	Heimat	Krieg	Heimat	Krieg	Heimat	Krieg									
—	1	—	2	—	1	—	1	—	1	9	9,8	2215	552				
—	1	—	2	—	3	—	5	—	7	13	15,8						
—	3	—	4	—	3	—	—	—	3	5	1,7						
—	1	—	1	—	1	—	2	—	7	10	14,6						
—	—	—	1	—	1	—	1	—	4	11	22,2						
—	2	—	2	—	1	—	5	—	8	6	14,6	2207	497	348			
—	3	—	—	—	1	—	3	—	3	10	7,1						
—	2	—	1	—	2	—	3	—	9	6	10,2						
—	1	—	—	—	1	—	3	—	11	15	8,9						
—	—	—	4	—	1	—	2	—	6	8	10,4						
—	—	—	—	—	2	—	3	—	11	12	4,0	2171	510	340			
—	—	—	6	—	1	—	2	—	3	10	16,3						
—	1	—	1	—	3	—	1	—	7	11	10,4						
—	2	—	2	—	1	—	1	—	3	7	13,0						
—	—	(1)	1	(1)	2	—	3	—	4	7	0,0						
(3)	—	(11)	1	(2)	—	—	2	—	5	13	6,2	2177 ²⁾	499	330			
(6)	—	(2)	—	(2)	—	—	3	(1)	4	13	11,8						
(2)	—	(6)	1	(3)	—	—	2	(1)	6	16	16,7				2174 ³⁾	596	357
(1)	1	(3)	—	(4)	2	—	3	—	4	12	0,0						
—	1	(4)	1	(1)	1	(1)	2	(2)	3	7	5,1	2169	550	351			
—	—	(1)	1	—	—	—	3	—	3	11	13,3						
—	—	—	1	—	1	—	7	—	4	13	15,6						
—	2	—	—	—	3	—	4	—	1	7	5,3						
—	1	—	1	—	—	—	2	—	8	9	10,0						
—	—	—	—	—	2	—	4	—	5	8	10,0	1961	589	226			
—	1	—	—	—	1	—	1	—	2	2	8,3						
—	2	—	2	—	1	—	1	—	4	7	2,9						
—	—	—	1	—	3	—	4	—	9	9	11,1						
—	1	—	—	—	1	—	2	—	7	10	3,1			226 ⁴⁾			

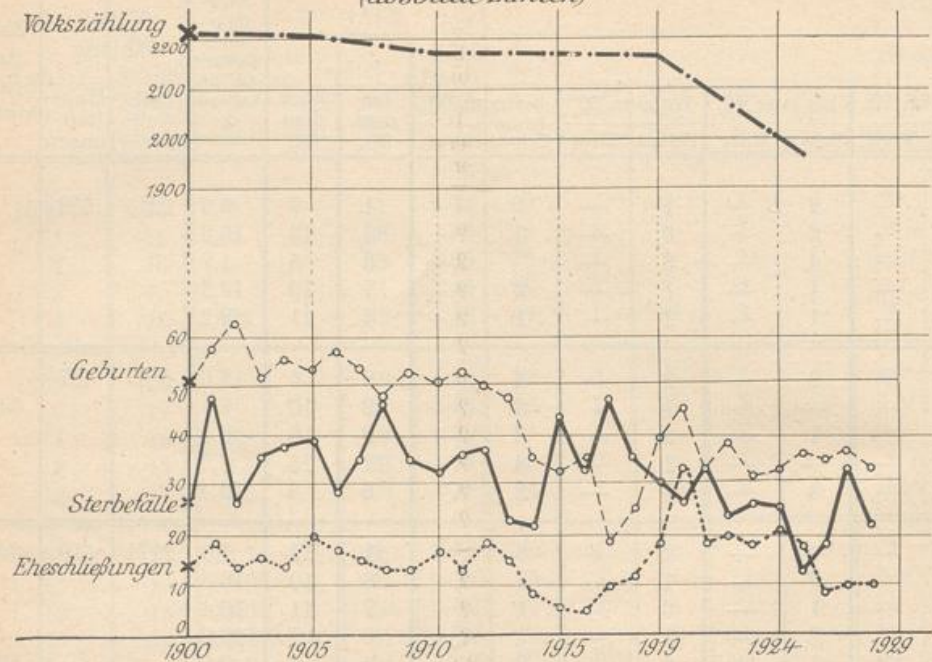
¹⁾ 1825: 2403 Einwohner.
1850: 2860 „
1875: 2590 „

²⁾ 2297 gezählte Bewohner — 400 Einquartierung + 280 zum Kriegsdienst Eingezogene.

³⁾ 2174 gezählte Bewohner — 300 Einquartierung + 300 zum Kriegsdienst Eingezogene.

⁴⁾ Im Jahre 1929 waren es nur noch 212.

Bewegung der Bevölkerung von Eichstetten (absolute Zahlen)



Wir sehen hier im ganzen eine starke Abnahme der Geburten, eine geringere der Sterbefälle und Eheschließungen. Während nun aber die Bevölkerungszahl — trotz des Krieges — bis 1919 fast gleich bleibt und erst danach eine beträchtliche Verminderung erfährt, beobachten wir bei den genannten Vorgängen eine direkte Auswirkung des Weltkriegs: naturgemäß häufen sich die Sterbefälle in den Kriegsjahren, aber daneben fallen die Eheschließungen und Geburten zunächst steil ab, um dann vom Kriegsende bis 1920 wieder sprunghaft in die Höhe zu gehen. Dies Bild deckt sich ungefähr mit den Verhältnissen im ganzen Land und im Reich, wie aus der nächsten Tabelle deutlich zu ersehen ist.

Bewegung der Bevölkerung in Baden und im Deutschen Reich.

Jahr	Baden					Reich				
	auf je 2000 Einwohner berechnet				Säuglingssterblichkeit auf je 100 Lebendgeborene	auf je 2000 Einwohner berechnet				Säuglingssterblichkeit auf je 100 Lebendgeborene
	Eheschließungen	Geburten		Sterbefälle		Eheschließungen	Geburten		Sterbefälle	
	Zahl	Überschuß			Zahl	Überschuß				
1900	16,6	70,4	+ 23,6	46,8	?	17,0	71,8	+ 27,6	44,2	?
1	16,4	72,2	+ 27,8	44,4	?	16,2	71,4	+ 30,0	41,4	20,7
2	15,6	70,4	+ 28,6	41,8	?	15,8	70,2	+ 31,4	38,8	18,3
3	16,0	68,8	+ 26,2	42,6	?	15,8	67,6	+ 27,6	40,0	20,4
4	16,2	69,6	+ 27,0	42,6	?	16,0	68,0	+ 28,8	39,2	19,6
1905	16,2	68,0	+ 26,2	41,8	?	16,2	66,0	+ 26,4	39,6	20,5
6	16,0	67,8	+ 27,8	40,0	?	16,4	66,2	+ 29,8	36,4	18,5
7	16,2	66,2	+ 27,2	39,0	?	16,2	64,6	+ 28,6	36,0	17,6
8	15,2	66,4	+ 28,4	38,0	?	16,0	64,2	+ 28,0	36,2	17,8
9	14,6	63,4	+ 26,0	37,4	?	15,6	62,0	+ 27,6	34,4	17,0
1910	14,4	61,0	+ 26,0	35,0	?	15,4	59,6	+ 27,2	32,4	16,2
11	14,2	57,2	+ 22,0	35,2	?	15,6	57,2	+ 22,6	34,6	19,2
12	14,4	57,0	+ 24,2	32,8	?	15,8	56,6	+ 25,4	31,2	14,7
13	13,8	54,2	+ 22,6	31,6	13,8	15,4	55,0	+ 25,0	30,0	15,1
14	12,4	53,4	+ 20,6	32,8	?	13,6	53,6	+ 15,6	38,0	16,4
1915	7,2	40,6	- 10,6	51,2	?	8,2	40,8	- 2,0	42,8	14,8
16	7,0	28,6	- 4,4	33,0	?	8,2	30,4	- 8,0	38,4	14,0
17	8,2	26,6	- 25,4	52,0	?	9,4	27,8	- 13,2	41,0	14,9
18	9,4	27,4	- 20,2	47,6	?	10,8	28,6	- 20,8	49,4	15,8
1919	25,6	41,4	+ 0,6	40,8	?	26,8	40,0	+ 8,8	31,2	14,5
20	28,4	53,6	+ 23,0	30,6	?	29,0	51,8	+ 21,6	30,2	13,1
21	22,4	53,4	+ 24,4	29,0	?	23,6	50,6	+ 22,8	27,8	13,4
22	20,6	49,0	+ 20,0	29,0	11,1	22,2	45,8	+ 17,0	28,8	13,0
23	18,0	46,0	+ 16,8	29,2	11,4	18,8	42,0	+ 14,2	27,8	13,2
1924	13,2	44,0	+ 17,4	26,6	9,9	14,2	41,0	+ 16,6	24,4	10,9
25	14,4	44,2	+ 17,8	26,4	9,7	15,4	41,4	+ 17,6	23,8	10,5
26	14,2	41,8	+ 16,6	25,2	8,9	15,4	39,0	+ 15,6	23,4	10,2
27	15,8	39,8	+ 14,8	25,0	7,9	17,0	36,6	+ 12,6	24,0	9,7
28										

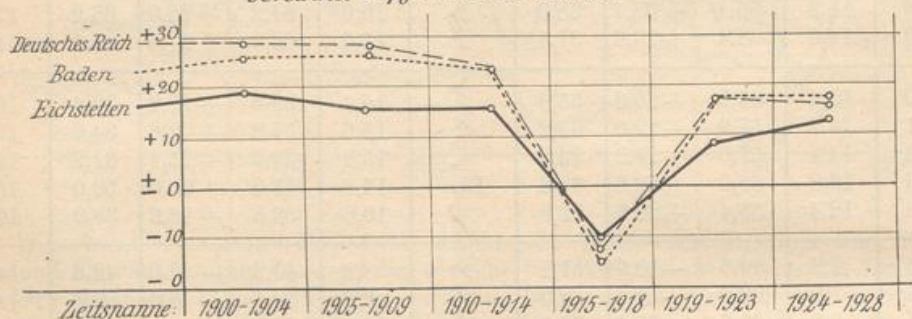
Prüfen wir nun das Endergebnis und vergleichen wieder Baden und Reich damit, indem wir den für den Bestand der Bevölkerung so wichtigen Überschuß der Geburten über die Sterbefälle in den Mittelpunkt der Betrachtung stellen. Bei der relativ geringen Einwohnerzahl legen wir zugrunde den Durchschnitt von je fünf Jahren bzw. von vier Kriegsjahren (1915—1918) und berechnen die Zahlen von Baden und vom Reich (wie schon in Tabelle 2) auf je 2000 Einwohner, was der ungefähren Größe von Eichstetten entspricht.

Geburten-Überschuß.

Eichstetten (total)		Baden ¹⁾ (auf je 2000 Einw. berechnet)		Deutsches Reich ²⁾ (auf je 2000 Einw. berechnet)	
Zeitraum	Durchschnitt	Zeitraum	Durchschnitt	Zeitraum	Durchschnitt
1900—1904	+ 18,7	1900—1904	+ 26,6	1900—1904	+ 29,1
1905—1909	+ 14,7	1905—1909	+ 27,1	1905—1909	+ 28,1
1910—1914	+ 15,4	1910—1914	+ 23,1	1910—1914	+ 23,2
1915—1918	- 10,4	1915—1918	- 15,2	1915—1918	- 11,0
1919—1923	+ 8,9	1919—1923	+ 17,0	1919—1923	+ 16,9
1924—1928	+ 12,4	1924—1927	+ 16,7	1924—1927	+ 15,6

¹⁾ Nach: „Baden in Wort und Zahl“ 1929, C. F. Müller, Karlsruhe i. B.
²⁾ Nach dem Statistischen Jahrbuch für das Deutsche Reich 1927.

*Durchschnittlicher Geburtenüberschuß
berechnet auf je 2000 Einwohner*



Hier sehen wir wieder einen scharfen Abfall in den Kriegsjahren mit unter dem Nullpunkt, d. h. die Sterbefälle sind weit zahlreicher als die Geburten, aber auch im zweiten Jahrfünft der Nachkriegszeit hat der Geburtenüberschuß noch lange nicht die alte Höhe erreicht. Trotz der Kriegsverluste von 58 Mann, gleich 2,7% der Bevölkerung, sinkt das Eichstetter Geburtendefizit in den Kriegsjahren nicht ganz so tief wie in Baden und im Reich, im übrigen aber bleibt der Geburtenüberschuß dauernd ein beträchtliches Stück unter dem Landes- und Reichsdurchschnitt.

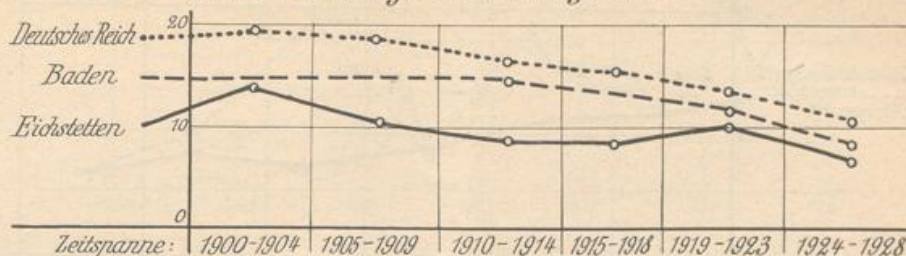
Unterziehen wir nun die Sterbefälle einer besonderen Betrachtung:

Säuglingssterblichkeit auf je 100 Lebendgeborene.

Eichstetten		Baden ¹⁾		Deutsches Reich ¹⁾	
Zeitraum	Durchschnitt	Zeitraum	Durchschnitt	Zeitraum	Durchschnitt
1900—1904	12,8	?	?	1900—1904	19,8
1905—1909	10,2	?	?	1905—1909	18,3
1910—1914	8,7	1913	13,8	1910—1914	16,3
1915—1918	8,7	?	?	1915—1918	14,9
1919—1923	9,9	1922 und 1923	11,3	1919—1923	13,4
1924—1928	7,1	1924—1927	9,1	1924—1927	10,3

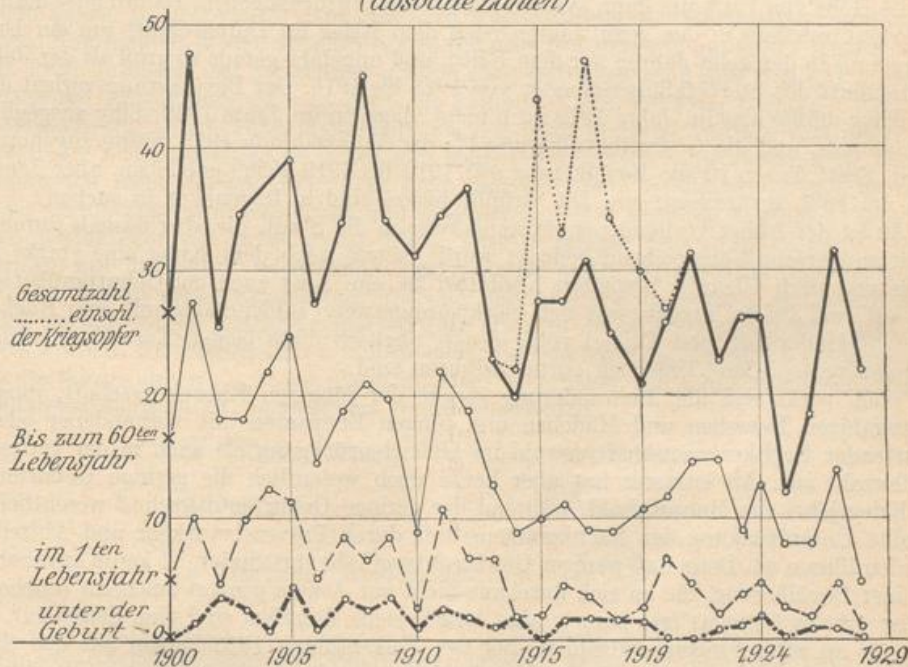
¹⁾ Nach dem Statistischen Jahrbuch für das Deutsche Reich.

Durchschnittliche Säuglingssterblichkeit berechnet auf je 100 Lebendgeborene



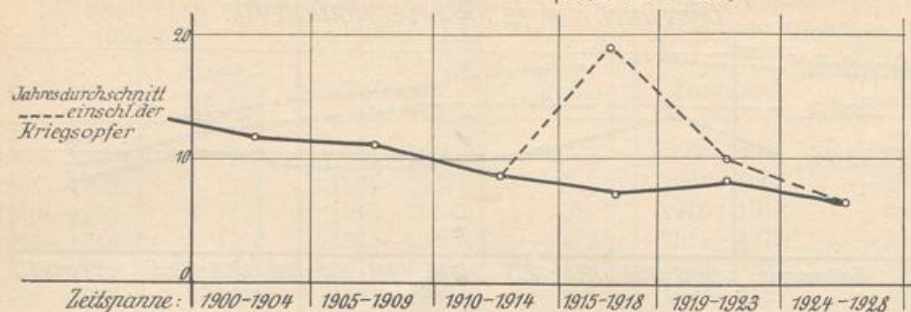
Die Säuglingssterblichkeit ist seit Beginn des Jahrhunderts zurückgegangen und war immer bedeutend niedriger als in Baden und im Reich.

Eichstetter Sterbefälle nach dem Lebensalter gruppiert (absolute Zahlen)



Auch die Zahl der unter der Geburt gestorbenen Kinder, die vor dem Krieg noch sehr hoch war, ist wesentlich zurückgegangen. Die weitaus meisten Sterbefälle betreffen Leute über 60 Jahren; in den zehn Jahren nach dem Krieg waren es 56,7%. Der Ausfall der ganzen Altersstufen zwischen dem ersten und sechzigsten Lebensjahr hält sich in mäßigen Grenzen und zieht sich durch zwischen Säugling und Greis als ziemlich gleichmäßiges, sich dauernd verschmälerndes Band.

Eichsteuer Sterbefälle zwischen dem 1. und 60. Lebensjahr.
(absolute Zahlen)



Nun kommen wir zur genauen Auswertung von Tabellen und Kurven und zu deren ins einzelne gehender Begründung.

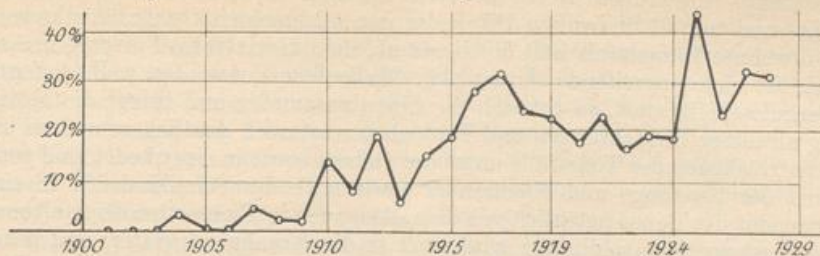
Ganz außerordentlich scharf ausgeprägt ist, wie erwähnt, die Kriegswirkung: Eheschließungen und Geburten fallen jäh ab bis zum Tiefstand von 1916 bzw. 1917, um dann wieder sprunghaft in die Höhe zu klettern. Aber während die Eheschließungen im Jahre 1920 den Vorkriegsdurchschnitt um etwa 100% überschreiten, erreichen die Geburten nur die Höhe von 1913, um dann systematisch wieder zurückzugehen. Dadurch ist dann der Geburtenüberschuß in den zehn Jahren nach dem Krieg im Durchschnitt um ein Drittel geringer als in den zehn Jahren vor dem Krieg, und ungefähr gerade so groß als der Jahresdurchschnitt des Sterbefallüberschusses von 1915 bis 1918. Der Bevölkerungsverlust durch den Krieg müßte also im Jahre 1919 noch nicht, dagegen im Jahre 1922 völlig ausgeglichen gewesen sein, und die Gesamtbevölkerung bei der Volkszählung 1925 müßte zugenommen haben. Statt dessen ist die Bevölkerung seit 1910 bis 1919 gleich geblieben, aber dann bis 1925 um 10% zurückgegangen. Die Gründe hierzu sind in folgendem zu suchen:

Außer der früher vorhandenen Abwanderung in die Stadt, die aber damals durch den Geburtenüberschuß ausreichend gedeckt wurde, setzte nach dem Krieg eine starke Auswanderung nach Übersee, besonders Nordamerika, ein. Aber auch der Geburtenüberschuß ging auf zwei Drittel zurück, was sich merkwürdigerweise zahlenmäßig mit dem Rückgang der Schulkinder auf zwei Drittel völlig deckt, obgleich diese beiden Tatsachen zum Teil auf ganz verschiedene Ursachen zurückzuführen sind.

Wohl wirkt sich die Auswanderung gerade der jüngeren Einwohnerschaft, jüngeren heiratsfähigen Burschen und Mädchen und jungen Ehepaaren mit vorhandener oder zu erwartender Nachkommenschaft sowohl im Geburtenrückgang als auch in der geringeren Schülerzahl aus. An letzterer hat aber heute noch wesentlich die geringe Geburtenzahl der Kriegsjahre die Hauptschuld, während der geringe Geburtenüberschuß wesentlich auf gewollte Unterdrückung der Nachkommenschaft durch Präventivverkehr und Abtreibung zurückzuführen ist. Denn daß weniger Geschlechtsverkehr stattfindet, ist kaum anzunehmen bei einer Bevölkerung, die an sich durchaus nicht zur Askese geneigt erscheint (uneheliche Kinder gibt es übrigens fast keine); aber kinderreiche Familien sind eine Seltenheit, man kann sie an zehn Fingern aufzählen. Bei der Volkszählung 1925 kamen auf 589 Haushaltungen 1961 Einwohner, auf eine Haushaltung also durchschnittlich drei bis vier Personen, einschließlich der Kinder, aber auch einschließlich der vielen alten Leute, die keinen eigenen Haushalt mehr führen und bei den jüngeren Angehörigen mit unterschlupfen. 1910 war schon dieses Verhältnis etwas besser, nämlich vier bis fünf Personen auf eine Haushaltung, aber es kamen damals vor allem noch fast sieben Schulkinder auf zehn Haushaltungen und heute nur noch knapp vier.

Unter diesen Umständen ist es ein wahres Glück, daß die Wertschätzung des einzelnen Kindes wesentlich gestiegen ist. Das zeigt sich schon in der kolossalen Steigerung der in den öffentlichen Entbindungsanstalten stattfindenden Geburten, die zu Anfang des Jahrhunderts noch eine Seltenheit waren und heute etwa ein Drittel aller Geburten ausmachen.

Kliniksgeburten in % der Gesamtgeburtenzahl von Eichstetten



Am Ort selbst wurde die Geburtshilfe seither ausgeübt von einer nun schon über siebenzigjährigen Hebamme, die in schwierigen Fällen gemäß ihrer Dienstvorschrift einen der beiden ortsansässigen Ärzte zuzieht. Auch die eventuell nötigen Medikamente sind stets zur Hand, da sich eine gute Apotheke am Platz befindet. Und doch wird es erfreulicherweise auch von seiten der Ärzte immer mehr zur selbstverständlichen Gewohnheit, daß man im Interesse von Mutter und Kind, schon bei der bloßen Vermutung einer Geburtserschwerung, die betreffende Frau in eine der Freiburger Entbindungsanstalten bringt. Auch in der gesteigerten Fürsorge für den Säugling und das Kleinkind zeigt sich die höhere Einschätzung des einzelnen Kindes. Für die Säuglinge wäre es ja das beste, wenn sie wenigstens ein halbes bis drei viertel Jahr ihre natürliche Nahrung, die Muttermilch, bekommen könnten. Nun handelt es sich aber bei der Eichstetter Bevölkerung um lauter Kleinbauern, wo die Frau durchweg bei der schweren Feldarbeit mithelfen muß und sich nur die erste Zeit nach der Entbindung schonen kann. So kommt es, daß die Frau höchstens sechs bis acht Wochen voll stillen kann, dann stillt sie nur noch morgens, mittags und abends je einmal, in der Zwischenzeit ist sie ja auf dem Feld, und durch die Schwerarbeit geht nun die Milchsekretion rasch zurück, bzw. hört bald ganz auf. Zum mindesten in den Monaten März bis Oktober ist es durchweg so, und in dieser Zeit läßt auch die häusliche Pflege der übrigen Kleinkinder viel zu wünschen übrig. Diesem Mangel wird nun abgeholfen durch die beiden um die Jahrhundertwende kurz hintereinander gegründeten Kinderschulen. Die Notwendigkeit dieser Einrichtung erscheint ohne weiteres begreiflich, wenn man hört, in welch verwahrlostem Zustand seinerzeit (vor etwa 30 Jahren) die ersten Pfleglinge eingeliefert wurden. Inzwischen haben sich diese Kinderschulen ganz allmählich eingebürgert, und heute werden ihnen so gut wie alle Kinder der bäuerlichen Einwohnerschaft anvertraut. Daß letzteres der Fall ist, beweist ein kurzer Überschlag:

$$\begin{aligned}
 & 8 \text{ Volksschulklassen} \dots\dots\dots 212 \text{ Schüler} \\
 & 1 \text{ Jahrgang} \dots\dots\dots = \frac{212}{8} \text{ Kinder} \\
 & 6 \text{ Jahrgänge Kinderschule} = \frac{6 \cdot 212}{8} \\
 & \qquad \qquad \qquad \text{oder } 159 \text{ Kinder.}
 \end{aligned}$$

Nun ergaben sich nach meinen Erhebungen folgende Zahlen für die zurzeit anvertrauten Pfleglinge:

- Neue Kinderschule 22 Säuglinge und Kinder unter zwei Jahren
- 51 Schüler von zwei bis sechs Jahren
- Alte Kinderschule ca. 80 Säuglinge und Kinder bis zu sechs Jahren
- oder in beiden zusammen ca. 153 Kinder.

Dies ist eine Zahl, die der oben errechneten sehr nahe kommt. Außerdem zeigt sich die größere Kinderfürsorge noch darin, daß kranke Kinder, deren Pflege größere Sorgfalt erfordert, heute in erhöhtem Maße, teils auf ärztliche Anordnung, teils aus eigener Initiative

der Eltern in die Freiburger Klinik gebracht werden. Die eigene Initiative spielt in Eichstetten überhaupt eine größere Rolle, da relativ wenig Leute der Krankenkasse angehören (156 Pflicht- und nur 31 freiwillige Mitglieder der Allgemeinen Ortskrankenkasse). Auch der schon erwähnte Bürgerstolz hält die Leute ab, die öffentliche Fürsorge in Anspruch zu nehmen. Ist eine eingreifende, kostspielige Maßnahme notwendig, z. B. Aufenthalt in einer Tuberkuloseheilanstalt, so tut sich die Sippe zusammen und bringt die Kosten auf. Der Erfolg all dieser Einrichtungen und Maßnahmen ist auch deutlich zu spüren in einem wesentlichen Rückgang der Todesfälle unter der Geburt sowie in einer bedeutend geringeren Sterblichkeit der Säuglinge und Kleinkinder sowie auch der Schulkinder¹⁾. In einfachen Fällen verwendet der Bauer natürlich wie überall so auch in Eichstetten seine altbewährten Hausmittel; erst wenn es schlimmer wird, holt er die Krankenschwester, und wenn diese dafür ist, auch den Arzt. Dagegen ist für das eigentliche Kurpfuschertum hier kein Boden. Der Eindruck, den die Jugend im allgemeinen macht, ist, abgesehen von Kropf²⁾ (54%) und Zahnkaries³⁾ (95%), ein recht günstiger; Tuberkulose ist nicht gerade häufig⁴⁾ (5%), noch geringer die Kurzsichtigkeit (etwa 2%). Die meisten sind frische, aufgeweckte Kinder mit hellen Augen und lebhaftem Temperament. Läuse sind im Sommer nicht beobachtet, im Winter ab und zu bei einzelnen Kindern, wo natürlich gleich Abhilfe geschaffen wird. Das gleiche gilt auch für die Kinderschule, deren Gesundheitszustand noch besonders dadurch auffällt, daß Hautausschläge überhaupt unbekannt sind, vor allem bei den Säuglingen, daß seit Jahren erst augenblicklich wieder einmal ein Fall von Skrofulose da ist und daß nur etwa fünf Kinder von den allerkleinsten wegen Rachitisverdacht bestrahlt werden. Auch Darmstörungen sind bei den Kleinkindern sehr selten und nur im Juli und August etwas häufiger.

Der Eindruck, daß es sich bei der Eichstetter Einwohnerschaft um einen besonders gesunden Menschenschlag handelt, wird neben fehlender Idiotie, trotz Hastrunk und Inzucht, noch besonders dadurch erhärtet, daß unter den über 70 Jahre alten Gestorbenen eine große Anzahl das neunzigste Lebensjahr überschritten hatte. Auch insofern sind die Eichstetter Verhältnisse als sehr günstig zu betrachten, als die Einwohnerschaft und insbesondere die augenblickliche Gemeindevertretung jeder vernünftigen Neuerung zugänglich und im allgemeinen sehr vorsichtig ist. So wird z. B. bei Tuberkulosesterbefällen (deren Zahl sich übrigens im Rahmen der sonstigen Statistik hält) ohne behördlichen Druck, schon ehe die Kontrollorgane in Funktion treten, in ausgiebigster Weise desinfiziert. Wie auch sonst wird der Tod von einem amtlichen Leichenbeschauer festgestellt, der nur bei behandelten Kranken durch den Arzt Krankheit und Todesursache bescheinigen läßt. Von den Friedhöfen liegt der alte im Tal bei der Kirche am Dorfausgang an der Dreisamenebene und dürfte kaum zu irgendwelchen Beanstandungen Veranlassung geben, vor allem, da sich in dessen Nähe keine Brunnenschächte oder sonstige Wasserentnahmestellen befinden. Der neue Friedhof, seit 1913 in Benutzung genommen, liegt etwas erhöht über dem alten auf dem ausgesprochenen Filterboden des Lößvorgefeldes.

Der Erstellung einer Badeanstalt und der Verbesserung der Trinkwasserleitung wäre sicher schon nähergetreten worden, wenn die Gemeinde nicht größere Auslagen durch die Erstellung eines Pumpwerks für Bewässerungszwecke gehabt hätte.

¹⁾ Von Seuchen, die besonders auch die Schulkinder befielen, wurde Eichstetten heimgesucht:

1918/19	durch Grippe,
1927	„ „
1923	„ Masern (kein Todesfall),
1928	„ „ „

²⁾ Von 226 Schulkindern waren mit Kropf behaftet: 54 Knaben und 67 Mädchen = zusammen 121 Kinder = 54% (Untersuchung durch den Bezirksarzt Medizinalrat Dr. Schmid am 7. Februar 1927).

³⁾ Von 339 Schülern der 1. bis 8. Volksschulklasse hatten nur 17 = 5% ein völlig gesundes Gebiß. Von den insgesamt ausgezählten 7892 Zähnen waren 6917 = 88% gesund (Untersuchung durch Dentist Scheer im Jahr 1914).

⁴⁾ Einigen wenigen ortsbekannteren Familien entstammend.

Zusammenfassend kann also wohl gesagt werden, daß die gesundheitlichen Verhältnisse in Eichstetten als durchaus günstige zu bezeichnen sind. Nur in einem Punkt ist dringend eine Änderung zu wünschen, nämlich bezüglich der Ehepolitik. Zwar ist es als sehr vernünftig zu bezeichnen, daß die Männer erst in einem durchschnittlichen Alter von 25 Jahren heiraten, auch das Durchschnittsalter der Mädchen ist mit 21 nicht zu hoch und erscheint durchaus begründlich, weil dann die Erlaubnis des Vaters und damit alle formalen Einwendungen der Eltern in Wegfall kommen; aber die Eheleute dürfen ihre Kinderzahl nicht noch dauernd weiter beschränken. Im Gegenteil! Durch Steigerung der Geburtenzahl sollte der Geburtenüberschuß wieder zunehmen und dadurch vermieden werden, daß die Einwohnerzahl noch weiter zusammenschmilzt.

Ist es doch ein betrübliches Schauspiel, wenn man sieht, wie ein körperlich und geistig tüchtiger und auch sonst ethisch hochstehender Menschenschlag durch solch verfehlte Bevölkerungspolitik in absehbarer Zeit aussterben muß.

Zusammenstellung

der für hygienisch-medizinische Maßnahmen wichtigen Stellen.

Gemeindeverwaltung

Bürgermeister
Ratschreiber

Aufsichtsorgane

Gendarmeriestation
Ortspolizei
Leichenbeschauer
Fleischbeschauer

Gesundheitswesen

1 Bezirksarzt (Emmendingen)
2 praktische Ärzte
2 Dentisten
1 Apotheke
1 Hebamme
1 Krankenschwester
1 Fürsorgeschwester (Emmendingen)

Kinderfürsorge

Alte Kinderschule (2 Schwestern)
Neue Kinderschule (2 Schwestern)

Unterrichtswesen

Volksschule (4 Lehrer)
Fortbildungsschule (1 Lehrer)
Gewerbliche Fortbildungsschule (1 Lehrer)
Haushaltungsschule (1 Lehrerin).

Die Kulturhygienische Ausstellung zu Karlsruhe.¹⁾

Von Dr. med. Alfons Fischer, Karlsruhe i. B.

Name und Begriff „Kulturhygiene“ sind noch neu, jedoch bei dem Gegensatz zur „Naturhygiene“ leicht zu verstehen; erstere befaßt sich mit den gesundheitlichen Einflüssen der Kultur, d. h. der sozialen und wirtschaftlichen Zustände sowie der Religion, der Sitten, der Bildung usw., letztere mit den Einwirkungen der Natur. Zur Kulturhygiene gehört nicht nur die Sozialhygiene, sondern namentlich auch die Moralphygiene.

Naturgemäß muß sich die Kulturhygiene vielfach auf geschichtliche Vorgänge lange zurückliegender Zeiten stützen; aber es wäre ein Irrtum, wollte man meinen, daß Kulturhygiene gleichbedeutend sei mit Geschichte der Hygiene.

Weiteren Kreisen wurden Name und Begriff „Kulturhygiene“ zunächst durch die von der Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene 1925 im Generallandesarchiv zu Karlsruhe veranstaltete Kulturhygienische Ausstellung bekannt; diese wurde dann 1926 gelegentlich der Reichsgesundheitswoche in Karlsruhe und in demselben Jahre noch, Einladungen entsprechend, in Kaiserslautern und auf der Gesolei in Düsseldorf wiederholt, was allein schon zeigt, welch hohes Interesse man den von uns dargebotenen Gegenständen weit über Baden hinaus entgegenbrachte.

In dem am 17. März 1930 eröffneten „Hause der Gesundheit“ zu Karlsruhe steht der Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene mietweise ein Raum für eine kulturhygienische Ausstellung zur Verfügung; da dieser viel kleiner ist als die bisher von der Gesellschaft für solche Zwecke benutzten Säle, konnte von den Kapiteln, welche durch kulturhygienische Denkmäler veranschaulicht werden müßten, um einen hinreichenden Überblick zu gewähren, nur ein Teil ausgewählt werden, und überdies mußten wir vielfach statt großer Darstellungen kleine Bildchen ausstellen, was naturgemäß den Eindruck beeinträchtigt.

Wir hoben besonders die kulturhygienischen Denkmäler, die aus Baden stammen, hervor; dies ist jedoch nicht nur im Hinblick auf den Raum, sondern vor allem auch aus sachlichen Gründen durchaus berechtigt. Denn in den jetzt zum Lande Baden gehörenden Orten wurde im Mittelalter und im 18. Jahrhundert Bahnbrechendes auf mannigfachen Gebieten der Kulturhygiene geleistet.

Unsere Ausstellung besteht, trotz des geringen Raumes, aus elf Gruppen; zu jeder gehören viele Ausstellungsgegenstände sowie eine „Erklärung“. Die Gegenstände können wir an dieser Stelle nicht im einzelnen beschreiben, weil hierfür der Umfang eines Buches erforderlich wäre; aber wir geben die „Erklärungen“ und einige Abbildungen²⁾ wieder, so daß man sich, wie wir hoffen, immerhin den Inhalt unserer Darbietungen und die Ziele unserer Gesundheitspolitik vorstellen kann.

Die „Erklärungen“ lauten:

¹⁾ Nähere Auskunft über diese Ausstellung erteilt die Geschäftsstelle der Bad. Gesellschaft für soziale Hygiene, Karlsruhe i. B., Herrenstr. 34.

²⁾ Die hier wiedergegebenen Abbildungen sind zum großen Teil entnommen: A. Fischer, „Grundriß der sozialen Hygiene“, 2. Auflage, Karlsruhe 1925, sowie „Bilder zur mittelalterlichen Kulturhygiene im Bodenseegebiet“, Sozialhyg. Abhandl. Nr. 7, Karlsruhe 1923.

1. Einflüsse der Religion¹⁾.

Wie stark die Religion die Gesundheitszustände beeinflußt, zeigt schon das Gebot der Sabbatruhe. Wie würde es wohl in einem modernen Staat ohne das Gesetz des wöchentlichen Ruhetags aussehen? Sehr bedeutungsvoll ist aber auch die Vorschrift, sechs Tage zu arbeiten. Von unermeßlichem Wert ist sodann das Verbot des Ehebruchs sowohl für die Reinheit des Familienlebens wie für die Verhütung der Lustseuche. Noch umfassender als das Alte Testament wirkte das Neue Testament auf die Gesundheitspflege ein. Der wahre Christ ist davon überzeugt, daß Jesus in jedem Hungrigen hungert, in jedem Nackten friert und in jedem Kranken Schmerzen erleidet. So entstanden in den Uranfängen des Christentums Wohlfahrtseinrichtungen zur Speisung, Bekleidung und Pflege der Bedürftigen und Kranken. Hätte man diese und viele andere Lehren der Bibel immer hinreichend befolgt, so wären zahlreiche Maßnahmen der Krankenfürsorge unnötig!



Aderlaß in einer chirurgischen Poliklinik.
Griechisches Vasenbild.

2. Einflüsse der griechischen Kultur.

Bei den Griechen waren Heilkunde, Chirurgie und Hygiene frühzeitig entwickelt, wie namentlich Vasen- und Schalenbilder erkennen lassen. Die hohe Entfaltung der Leibesübungen wird durch viele herrliche Statuen veranschaulicht. Aber trotzdem kann das griechische Gesundheitswesen nicht uneingeschränkt bewundert werden. An den Leibesübungen durften die Sklaven, d. h. die Arbeiter, nicht teilnehmen. Statuen, die Arbeiter und Arbeiterinnen darstellen, zeigen uns Körper, wie man sie bei dem heutigen Proletariat in Stadt und Land findet, z. B. eine abgemagerte Hirtin oder einen plumpen Fischer. Auch die Statue des griechischen Dichters Äsop, der ein Sklavensohn war, gibt einen verbogenen Körper, wie er durch die Rachitis, die Verkümmernkrankheit, entsteht, wieder. Die Teilnahme an den Leibesübungen darf eben nicht einer bevorzugten Klasse vorbehalten werden, sondern muß Volkssache sein. Und Leibesübungen müssen zu Seelenübungen

¹⁾ Hier sind Tafeln zu sehen, auf denen das dritte und sechste der Zehn Gebote sowie die Verse 42—45 des Kapitels 25 aus dem Matthäus-Evangelium zu lesen sind.



Eine abgemagerte Hirtin.
Griechische Statue.



Ein plumper Fischer.
Griechische Statue.



Alkoholische Ausschreitung.
Griechisches Vasenbild.

capituli missionibus, uboranius. Actū est autē hoc anno abincarn. dñi. m. c. cc. vii. Indictē. xv. Regnante gfo
 sūmo imperatore henrico 3 eodē Aduocato Augrysi. Sue fuenoz philippo. Testib; subnotatib; Edwardo de
 cando 3 hospitalario. Verinbero infirmario. Albro custode. Hmanno camerario. Buxardo plebano sc̄i ioh̄is.
 3 eiusdē ecclie canonicis. Conrado. Rodegero. Hmanno. Verinbo plebano sup̄ioris celle 3 cōonomiā sūis. Terrico.

Ausschnitt aus einer Reichenauer Urkunde vom Jahre 1197. (In der dritten Zeile die Worte „Hospitalarius“ und „Infirmarius“.)

werden. Ob dies bei den Griechen erreicht wurde, ist zweifelhaft; auf vielen griechischen Vasenbildern gelangten alkoholische und geschlechtliche Ausschweifungen zum Ausdruck. Den Griechen fehlte noch die religiös-sittliche Entfaltung, deren die Hygiene bedarf.

3. Einflüsse der Klöster¹⁾.

Krankenpflege und Heilkunde gingen im frühen Mittelalter von den Klöstern aus. Die wichtigsten Denkmäler, die wir auf diesem Gebiet der Kulturhygiene besitzen, stammen aus dem Kloster Reichenau. Die älteste vorhandene Handschrift, welche die Benediktinerregel enthält, wurde in dem Bodenseekloster während des 9. Jahrhunderts angefertigt; wir bieten hier (Urtext und Übersetzung) die Seite, die sich mit der Sorge für die Kranken befaßt, dar. Im Verbrüderungsbuch der Reichenauer Mönche sind schon um das Jahr 820 Ärzte angeführt. Einer Reichenauer Urkunde vom Jahre 1197 entnimmt man, daß damals das Kloster einen Hospitalarius und einen Infirmarius besaß; hieraus kann man schließen, daß auf der Reichenau ein Krankenhaus war. Zu dieser Annahme veranlassen auch Reichenauer Gemälde, die man in einer Kirche der Insel und in fürstlichen Gebetbüchern findet. Auf diesen Bildern ist u. a. eine Fußwaschung, d. h. gewissermaßen eine Badeanstalt, veranschaulicht, man findet hier aber auch Schwerkranke, z. B. Geisteskranke und Wassersüchtige. Die naturgetreue Darstellung beweist, daß der Maler nach lebenden Modellen gearbeitet hat; dann müssen aber Kranke dieser Art dem Maler von einem Arzt in einem Krankenhaus gezeigt worden sein. Solch ein Spital war allerdings klein, man sieht ein derartiges Gebäude auf dem Plan des Klosters St. Blasien vom Jahre 1562. Die Vorgänge im Innern eines Spitals gibt ein Holzschnitt aus dem 16. Jahrhundert wieder.

¹⁾ Dargeboten werden hier Nachbildungen von Handschriften und Gemälden, die aus dem Bodenseekloster Reichenau stammen.



Fabrikkrankenstube.
 Konstanzer Wandgemälde, 14. Jahrh.



Bad im Freien.

Aus der Manesseschen Handschrift, 14. Ja'rh.

4. Gesundheitsfürsorge am Bodensee im 14. Jahrhundert¹⁾.

In der Bodenseeegend war schon im 14. Jahrhundert die Gesundheitsfürsorge weit entwickelt. Dies zeigen Gemälde an einer Wand des Hauses „Zur Kunkel“ in Konstanz. Dargestellt wurden hier Vorgänge in einer Leinwandfabrik. Drei dieser Bilder geben wir hier wieder; auf einem sieht man eine Weberin und ein Kind bei der Arbeit, auf dem zweiten eine kranke Arbeiterin am Ofen in einer Fabrik-Krankenstube, auf dem dritten mehrere Arbeiterinnen und Bader in einem Fabrik-Dampfbade. Hygienische Einrichtungen dieser Art fehlen noch heute den meisten Fabriken. — Andere Gesundheitsfürsorge-maßnahmen sind in der Manesseschen Handschrift, die während des 14. Jahrhunderts in der Bodenseeegend angefertigt wurde und sich jetzt in Heidelberg befindet, veranschaulicht; man findet hier 1. einen Arzt, der einem Ritter wegen eines Beinbruches einen Verband anlegt, 2. im Freien das Bad eines Ritters, der von vornehmen Jungfrauen bedient wird, und 3. die Fürsorge für Gebrechliche aller Art seitens eines Ritters.

¹⁾ Gezeigt werden hier drei Wandgemälde aus Konstanz und drei Bilder aus der Manesseschen Handschrift.

5. Ärzte- und Krankenhauswesen¹⁾.

Man unterschied bis zum 19. Jahrhundert die Ärzte von den Chirurgen. Erstere stellten die Diagnosen hauptsächlich, indem sie den Urin betrachteten und den Puls fühlten; sie wurden daher fast stets mit dem Harnglas in der Hand oder den Puls fühlend dargestellt. Lange Zeit hindurch bereiteten die Ärzte die Arzneien selbst; erst etwa seit dem 14. Jahrhundert gibt es einen Apothekerstand. Die Chirurgen führten auch schon im 16. Jahrhundert und noch früher große Operationen aus, allerdings ohne Narkose, Aseptik und andere Maßnahmen, die heute angewandt werden. Die Krankenhäuser und namentlich die Krankenhaussäle waren in hygienischer Hinsicht während der früheren Jahrhunderte, so während des 17., 18. und 19. Jahrhunderts, sehr mangelhaft gestaltet; erst seit dem Ende des 19. Jahrhunderts erfolgten große Fortschritte.



Arzt und Apotheker in
einer Person.
Statue in Konstanz, 14. Jahrh.



Krankenhaussaal.
17. Jahrh.

6. Arbeit²⁾.

Die Arbeit ist an sich im allgemeinen der Gesundheit nützlich; aber es kommt auf die äußeren Umstände an. Heimarbeit z. B. ist ein Segen, wenn sie in geeigneten Räumen, wie einst im Schwarzwald bei den Strohflechterinnen, erfolgt, ein Fluch dagegen in dem

¹⁾ Zur Darstellung gelangten hier Ärzdebilder, meist aus alten Handschriften und Drucken, sowie Kupferstiche und Photographien, auf denen Krankenhäuser veranschaulicht sind.

²⁾ Hier findet man u. a. bildliche Darstellungen, Porträts, Buchtitel und statistische Tafeln.

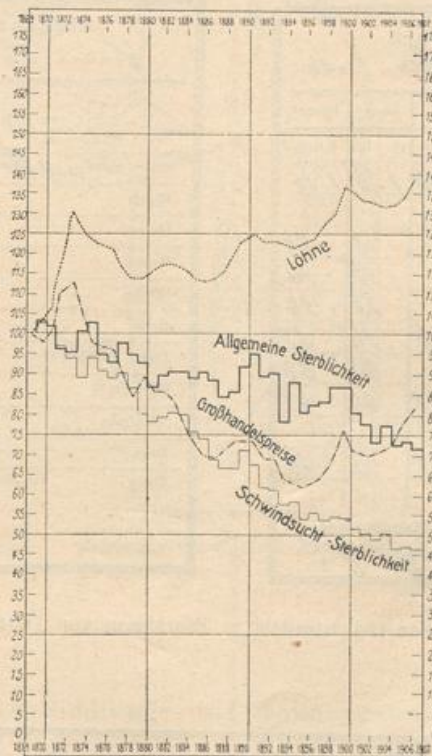


Heimarbeit im Schwarzwald.
Anfang des 19. Jahrh.



Wohn- und Arbeitsraum einer Berliner Heimarbeiterin im Jahre 1922.
Nach einem Lichtbild der Allg. Ortskrankenkasse Berlin.

ärmlichen Zimmer einer kranken Berliner Konfektionsarbeiterin. Um die Gesundheitsgefahren, die namentlich mit manchen Fabrikarbeiten verbunden sind, zu verringern, hat man Arbeiterschutzmaßnahmen geschaffen. Besonders Bebel wirkte hier als Vorkämpfer. Unter dem Einfluß der Sozialisten gestaltete Bismarck die Arbeiter-Versicherungs-Gesetzgebung; in der Botschaft Kaiser Wilhelms I. wird von einem Anspruch der Arbeiter, also von einem Recht auf Gesundheit, gesprochen. Die Leistungen der Arbeiterversicherung waren anfangs zu mangelhaft; hiergegen wandte sich frühzeitig die sozialhygienische Kritik. Die Altersklassenbesetzung der Arbeiter war 1907 trotz der Sozialversicherung erheblich schlechter als bei den sonstigen Erwerbstätigen. Die englische Statistik lehrt, daß die Sterblichkeit, besonders an Tuberkulose, fällt, wenn die Lebensmittelpreise geringer und die Löhne höher werden.



Lebenshaltung und Sterblichkeit in England 1869—1907.
Die Ergebniss von 1869 jeweils = 100 gesetzt.

7. Hungersnot.

Zu den wichtigsten Aufgaben der Gesundheitsfürsorge gehört es, dahin zu wirken, daß das Volk genügende Nahrungsmittel zu erschwinglichen Preisen erhält. Mißernten oder Kriege haben dies oft verhindert, so daß furchtbare Hungersnöte, z. B. 1817 besonders in Baden, herrschten und die Sterblichkeit gewaltig zunahm. Sobald die Lebensmittel knapp wurden, hielten Wucherer die Waren zurück, wodurch die Preise noch mehr in die Höhe getrieben wurden. Villinger Preislisten zeigen, um wieviel die Nahrungsmittel von 1804 bis 1817 teurer wurden. Häufig ließen die Wucherer Brot, Fleisch

usw. lieber verderben, als daß sie die Waren zu billigerem Preise abgaben. Bildliche Darstellungen von Dankgebeten beim Erscheinen der neuen Ernte 1818 in Bodenseeorten lassen erkennen, welch ein Druck auf dem Volke gelastet hatte. Die Behörden, z. B. in Karlsruhe 1847 und 1918, suchten durch Verabreichung von Lebensmitteln die Not zu mildern. Grauenhaft wirkte die Hungersnot während des Weltkrieges auf das deutsche Volk und besonders auf die Kinder ein. Vielfach sah man auf den Straßen hungernde Kinder, wie sie Käthe Kollwitz zeichnete, und in zahlreichen Fällen wurde Unterernährung durch die Schulärzte festgestellt. In den großen Städten mußten die Menschen in langen Reihen stehen, um Nahrungsmittel zu erhalten, und auf der Straße verabreichte man Speisen an die Unbemittelten.

Kornhaus Billingen.						
Fruchtpreis den 10 ^{ten} Jber. 1804						
Kernen, alter der Esfer	gut		mittel		schlecht	
	fl.	kr.	fl.	kr.	fl.	kr.
ditto, neuer <i>2^{tes} alter</i>	1 40	1 26	1 15			
Malzen						
Keagen	1		56		54	
Gersten	1		58		54	
Bohnen	1		56		54	
Erbsen		56		54		52
Linlen <i>großes</i>	1		56		52	
Milchfrucht		48		44		42
Milchfrucht <i>großes</i>	1 2					
Haber		28		25		28
Beesen <i>das Malter</i>						

Kornhausverwaltung.
Joseph Brayer

Kornhaus Billingen.						
Fruchtpreis den 11 ^{ten} Juny 1817						
Kernen, alter der Esfer	gut		mittel		schlecht	
	fl.	kr.	fl.	kr.	fl.	kr.
ditto, neuer <i>2^{tes} alter</i>	8 6	7 6	5 54			
Malzen						
Keagen	3 24					
Gersten	6		5 15			
Bohnen						
Erbsen						
Linlen <i>großes</i>	6 15	5			4 48	
Milchfrucht	1 48	4			3 36	
Milchfrucht	1 30					
Haber	3		2 24		2	
Beesen <i>das Malter</i>						

Kornhausverwaltung
Matthie Wilmann

Verteuerung der Lebensmittel in Pforzheim von 1804 bis 1817.

Brod-Anweisung.

Bei Abgabe gegenwärtiger Brod-Anweisung hat jeder hiesige Bäcker für den Laib Halbweißbrod nur die von dem Gemeinderath festgesetzte und bekannt gemachte Brodtage zu fordern.

Karlsruhe, den 12. Mai 1847.

Der Gemeinderath.

Karlsruher Brotanweisung, 1847.



Hungernde Kinder.

Zeichnung von Käthe Kollwitz, 1919.

8. Siedlungs- und Wohnungswesen.

Das Siedlungs- und Wohnungswesen veränderte sich in den letzten Jahrhunderten in Baden, wie überhaupt im Deutschen Reich, sehr stark. Ein Plan von Karlsruhe aus dem Jahre 1721 zeigt uns eine wahrhafte Gartenstadt, in der von kleinen Häusern gebildete Straßen weite Grünflächen umrahmen. Aber die Gärten wurden dann überbaut, und an die Stelle der ein- und zweistöckigen Häuser des 18. Jahrhunderts traten, so in der Kaiserstraße seit 1861, viergeschossige Häuser. Ähnlich war die Entwicklung in Pforzheim; die im 17. Jahrhundert festungsartig ummauerte Stadt war um 1850 ein idyllischer Ort, umgeben von Bergen, Wäldern und Wiesen, wurde aber dann eine Fabrikstadt mit großen Schornsteinen. Entsetzlich sind vielfach die Arbeiterwohnungen, besonders in den Mietskasernen, wie man sie in Berlin und anderen Großstädten findet. Zur Verbesserung des Siedlungs- und Wohnungswesens wurden mannigfache Maßnahmen ergriffen; man schuf den hygienischen Anforderungen entsprechende Arbeiterhäuser, z. B. in Freiburg, ferner Bodenreformersiedlungen, z. B. in Korntal, sowie Gartenstädte bzw. Gartenvorstädte, z. B. in Karlsruhe.



Pforzheim im 17. Jahrhundert.
Kupferstich von Merian.



Pforzheim um die Mitte des 19. Jahrhunderts.
Stahlstich von W. Knocke.



Pforzheim im Jahre 1922.
Lichtbild.

9. Mutter- und Säuglingsschutz.

Der Mutterschutz muß mit der Schwangerenfürsorge beginnen. Dies hatte man schon im Mittelalter erkannt; nach einer Pfullendorfer Urkunde aus dem 13. Jahrhundert strebte man die kostenlose Spitalverpflegung der Schwangeren sechs Wochen vor der Niederkunft an. Wochenbettstuben aus dem 16. Jahrhundert zeigen, wie man damals für Mutter und Kind sorgte. Im 18. Jahrhundert und bis in das 20. Jahrhundert hinein herrschten schwere Mißstände auf dem Gebiete des Mutter- und Säuglingsschutzes; Mütter aus vornehmen Familien, die mit Affen und Hunden spielten, ließen ihre Säuglinge von Ammen stillen, uneheliche Mütter wurden ausgepeitscht, und in Baden verordnete man, daß Stuten „sechs Wochen vor und nach dem Fohlen“ fronfrei sein sollten, aber für schwangere und niedergekommene Frauen schuf man keinen Schutz. In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts sah man steineklopfende Arbeiterinnen, neben welchen Säuglinge lagen; oft wirkte als



Mutter.
Kupferstich aus dem 18. Jahrhundert.



Auspeitschung unehelicher Mütter.
Zeichnung von Chodowiecki, 1784.



Bettelnde Schwangere.
Zeichnung von Käthe Kollwitz, 1909.

Säuglingspflegerin ein Schusterbube, und schwangere Frauen mußten betteln gehn, wie dies Käthe Kollwitz 1909 zeichnete. Gebessert wurden diese Zustände erst in befriedigendem Maße durch die Reichswochenhilfe; die von Karlsruhe ausgehenden, vielbeachteten Bestrebungen, Mutterschaftskassen zu gründen, dürften hierbei von Einfluß gewesen sein.



Werbeblatt für die Mutterschaftskasse
Baden-Baden, 1912.

10. Badische Bahnbrecher des 18. Jahrhunderts.

In Orten, die jetzt zum Lande Baden gehören, wurde namentlich während des Mittelalters auf dem Gebiete des Gesundheitswesens vielfach Großes, ja Vorbildliches geleistet. So war es gewiß kein Zufall, daß aus diesem Lande im 18. Jahrhundert drei Bahnbrecher der Hygiene hervorgingen. G. V. Jägerschmid, der Physikus von Rötteln und Sausenberg, verfaßte 1762 die erste deutsche hygienische Landesbeschreibung. Der Gedanke der hygienischen Topographien gelangte dann von Baden nicht nur in alle deutschen, sondern auch in viele andere europäische Staaten. J. P. Frank veröffentlichte als fürstbischöflicher Leibarzt von Bruchsal aus 1779—1783 die ersten drei Bände seines großen Werkes „System einer vollständigen medizinischen Policey“ und erlangte dadurch einen europäischen Ruf. F. A. Mai, der in Mannheim als Arzt und in Heidelberg als Professor wirkte, war, wie kaum ein anderer, ein Vorkämpfer für Gesundheitspflicht und Gesundheitsrecht; er ermahnte die Bevölkerung unermüdlich, gesundheitsgemäß zu leben, und verfaßte 1800 den Entwurf für eine lückenlose Gesundheitsgesetzgebung. Seine Vorschläge wurden damals von allen maßgebenden Persönlichkeiten gebilligt und sind noch heute vorbildlich.

Copia *Extractus*
 Aus denen bey dem Physicat Rotteln
 bis ad Annum 1760. geführt wordenen
 Visitationen. Protocollen,
 Anmerkungen
 über
 die Vogelbacher Weyden
 worzu gesien.
 Marzell, Bamback, Lutscherbach, Laeten.
 bac, Lutz, Hohl, Hoff, Maßlerg und
 Laßbacher
 Extrahirt Samtum im Dec. 1762.
 G. V. Jagerschmid. Phys. ord.

Anfang von Jägerschmid's Landesbeschreibung nebst seiner Unterschrift.

Johann Peter Frank, M. D.
 Hochfürstlich Speyerischen Geheimraths
 und Leibarzt.

S y s t e m
 einer vollständigen
 medicinischen Polizey.

Erster Band.
 Von Fortpflanzung der Menschen und Ehe-Anstalten
 von Erhaltung und Pflege Schwangerer Weiber,
 ihrer Leibesfrucht und der Kind-Weiberinnen
 in ihrem Gemeinwesen



Mannheim,
 bey G. B. Schwan, hochfürstl. Hofbuchhändler,
 1779.

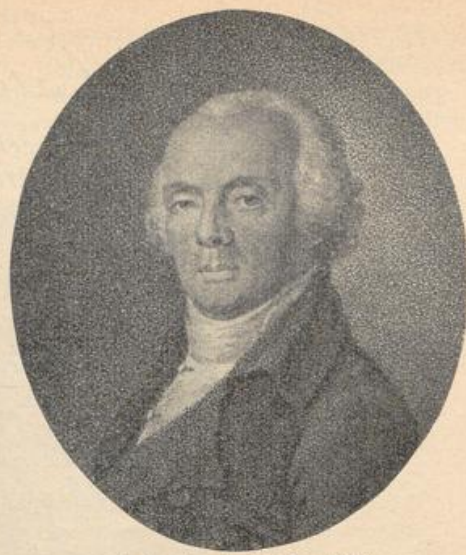
Titelblatt des ersten Bandes von Frank's Werk.

Entwurf
 einer
Gesetzgebung
 über die
 wichtigsten Gegenstände
 der medicinischen Polizei
 als
 Beitrag zu einem neuen Landrecht
 in der Pfalz
 von
 Franz Anton Mai,
 öffentlichen Lehrer der praktischen Heilkunde
 auf der hohen Schule zu Heidelberg. 1800.

Titelblatt der Handschrift von Mai's Gesetzentwurf.



F. A. Mai (1742—1814).



J. P. Frank (1745—1821).



G. V. Jägerschmid (1699—1768).

11. Hygienische Volksbelehrung.

Zu den ältesten deutschen Denkmälern, die sich mit der hygienischen Volksbelehrung beschäftigen, gehört die im 13. Jahrhundert auf der Insel Mainau geschriebene „Naturlehre“, die schon u. a. das Zähneputzen empfiehlt. Viel Beachtung fand die 1429 verfaßte Gesundheitslehre des Freiburger Arztes H. Lauffenberg; sie wurde damals mehrfach abgeschrieben und mit Bildern versehen. Eines dieser Bilder zeigt, wie ein an einem Krankbett stehender Arzt zwei Personen hygienisch belehrt. Auf einem Holzschnitt vom Jahre 1481 ist ein nackter Mann zwischen zwei Ärzten dargestellt; mit diesem Bilde wollte man zur ärztlichen Untersuchung auf den Gesundheitszustand auffordern. Im 16. Jahrhundert wurden vielfach illustrierte Flugschriften, die über die Greuel der Trunksucht und den Wert der Leibesübungen, z. B. des Ringens, unterrichteten, veröffent-



F. A. Mai hält vor der Hofgesellschaft in Mannheim 1793 einen moralhygienischen Vortrag.

licht. Größten Wert legten die Ärzte des 18. Jahrhunderts auf die hygienische Volksbelehrung, so vor allem F. A. Mai, B. C. Faust und W. Hufeland, die nachdrücklich auf den engen Zusammenhang von Hygiene und Moral hinwiesen. Mit Recht begann F. A. Mai seine gesundheitlichen Belehrungen bei den oberen Ständen, deren Verhalten die übrige Bevölkerung nachzuahmen pflegt; er hielt vor der Mannheimer Hofgesellschaft „medizinische Fastenpredigten“, in denen er die Erfüllung der Gesundheitspflicht forderte. Später, bis in die Zeit nach dem Weltkriege, wurde die hygienische Volksbelehrung vernachlässigt; erst durch die Reichsgesundheitswoche (1926) erfolgte hier ein bedeutender Fortschritt. Die Reichsgesundheitswoche wurde in Baden durch die Badische Gesellschaft für soziale Hygiene erfolgreich durchgeführt.

Auflage 230 000

Zeitungsbeilage

Auflage 230 000

Vom
18.-24. April
1926

Vom
18.-24. April
1926

Die Reichsgesundheitswoche in Baden

Wasserräder

Quark Eiseme



Veranstaltet von der Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene

Kopf einer Zeitungsbeilage, die badischen Zeitungen in einer Auflage von 230 000 beigegeben wurde.

Gesundheitsgesetzgebung und Gesundheitsverwaltung.

Am 8. April d. J. verabschiedete der Reichstag unter dem Namen „Gaststätten-gesetz“ eine Neuordnung der Schankerlaubnis, im wesentlichen entsprechend den Beschlüssen, zu denen der Volkswirtschaftliche Ausschuß in zweiter Lesung gelangte. Das Gesetz unterstellt den Betrieb einer Schankstätte der Erteilung einer Erlaubnis, die nur dann erteilt werden darf, wenn ein Bedürfnis nachgewiesen ist. Die in erster Lesung angenommene Bestimmung, nach der das Verhältnis der Schankstätten zur Bevölkerung auf eine für 400 Einwohner festgesetzt wurde, ist in zweiter Lesung gestrichen worden. Eine starke Opposition hatte sich gegen diese Maßnahme entfesselt. Man behauptete, daß damit vorgeschlagen sei, sofort alle überflüssigen Gaststätten aufzuheben. Dieses Argument war erfolgreich, da sich der Wirtschaftliche Ausschuß dann mit einer allgemeinen Bedürfnisklausel begnügte, ohne eine Verhältniszahl festzustellen. Die Reichsregierung kann mit Zustimmung des Reichsrates die Voraussetzungen bestimmen, unter denen ein Bedürfnis anzuerkennen oder zu verneinen ist. Bei einem vorübergehenden Bedürfnis kann der Betrieb einer Gast- oder Schankwirtschaft zeitweise gestattet werden. Ein solches Bedürfnis ist für den Ausschank geistiger Getränke bei Schul- und Jugendfesten sowie bei Sportfesten, an denen überwiegend Jugendliche beteiligt sind, in der Regel nicht anzuerkennen. Der Inhaber einer Konzession für den Ausschank geistiger Getränke hat auch nichtgeistige Getränke bereitzuhalten. Die oberste Landesbehörde oder die von ihr bestimmte Behörde hat Bestimmungen über die Festsetzung der Polizeistunde zu erlassen. Die äußerste Grenze für die Polizeistunde ist 1 Uhr nachts. Der Ausschank von Branntwein in Wirtschaften sowie der Kleinhandel mit Branntwein darf nicht vor 7 Uhr früh beginnen. Dann kann auch die oberste Landesbehörde oder die von ihr bestimmte Behörde den Ausschank von Branntwein für bestimmte Morgenstunden sowie an zwei Tagen der Woche, insbesondere an Lohn- und Wahltagen, ganz oder teilweise verbieten oder einschränken. Es ist verboten, an Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht erreicht haben, Branntwein oder überwiegend branntweinhaltige Getränke zu verabreichen. Es ist auch verboten, Personen unter 16 Jahren in Abwesenheit der zu ihrer Erziehung Berechtigten oder deren Vertreter auch andere geistige Getränke oder Tabakwaren in einer Schankstätte zu verabreichen. Kein Branntweinverkauf ist auf Turn-, Spiel- oder Sportplätzen und -hallen zuzulassen.

* * *

Im Reichsrat¹⁾ liegt der Entwurf eines Gesetzes über Milch, Milchezubereitung, Milcherzeugnisse (Milchgesetz) vor. Die Grundlage für diese reichsgesetzliche Regelung ist insbesondere der Artikel 7 der Reichsverfassung, wonach das Reich die Gesetzgebung über den „Verkehr mit Nahrungs- und Genußmitteln sowie mit Gegenständen des täglichen Bedarfs“ hat. Das Gesetz soll nur den Verkehr mit Kuhmilch regeln, da die anderen Milcharten in Deutschland von geringerer Bedeutung sind. Dem Verbraucher soll eine in jeder Hinsicht einwandfreie Milch gesichert werden. Daher soll Milch von Kühen, deren Gesundheitszustand der Beschaffenheit der Milch schädlich sein kann, vom Verkehr ausgeschlossen werden. Dies gilt besonders für die Milch von Kühen, die an Euter-, Gebärmutter- oder Darmtuberkulose sowie an fortgeschrittener Lungentuberkulose leiden. Bei anderen Formen der Tuberkulose, ferner bei Maul- und Klauenseuche darf die Milch, nachdem sie sterilisiert wurde, in den Verkehr gebracht werden. Vorbehaltlich der Vorschriften des Lebensmittelgesetzes soll es den Landesbehörden zustehen, auch noch Bestimmungen über die Beschaffenheit der Milch hinsichtlich ihrer Zusammensetzung zu treffen. Bei der Milchgewinnung und dem Transport sollen alle Beeinträchtigungen durch Staub, Schmutz, Krankheitserreger, Witterung, Gerüche vermieden werden. Die Landesbehörden können Bestimmungen über Reinigung, Erhitzung oder Tiefkühlungsverfahren (Bearbeitungszwang) treffen.

Auch mit der Aufbewahrung der Milch, der Bearbeitung und den Verkaufsräumen befassen sich die Gesetzesvorschriften. Personen, die an Typhus, Paratyphus, Ruhr oder offener Tuber-

¹⁾ Siehe den Bericht in den „Ärztl. Mitteilungen“ 1929 Nr. 52.

kulose leiden, mit Verdacht auf solche Krankheiten erkrankt oder Bazillenträger sind, ferner Personen mit Geschwüren, eiternden Wunden, Ausschlägen an unbedeckten Körperstellen sollen von allen Milchbetrieben ausgeschlossen werden. Die Erlaubnis, ein Unternehmen von Milchabgabe zu betreiben, ist demjenigen zu versagen, der den Anforderungen des Gesundheitszustandes oder der Zuverlässigkeit und Sachkunde in seinem Arbeitsgebiet nicht zu entsprechen vermag. Zu sog. Markenmilch, d. h. kontrollierter Vollmilch, darf keineswegs solche Milch, die erst durch Schutzmaßnahmen tauglich geworden ist, verwandt werden. Alle diese Vorschriften gelten auch für den Verkehr mit erhitzter Milch sowie Rahm, Mager-, Butter- und Sauermilch, Yoghurt und Kefir.

* * *

Am Montag, den 20. Januar 1930, wurde im Reichstagsgebäude durch den Reichsminister des Innern eine Aussprache über bevölkerungspolitische Fragen veranstaltet, an der Vertreter der Reichs- und Landesregierungen in großer Zahl teilnahmen. Außerdem war eine Anzahl wissenschaftlicher Sachverständiger anwesend. Reichsminister Severing begründete in kurzen Worten seine Einladung. Bei der Schwierigkeit der bevölkerungspolitischen Probleme, so führte er unter anderem aus, und bei den starken Meinungsverschiedenheiten politischer und weltanschaulicher Art, die heute auf diesem Gebiete zu verzeichnen sind, habe ihm daran gelegen, den Kreis der Teilnehmer nicht allzu groß zu fassen. Es bestehe die Gefahr, daß Verhandlungen über Fragen der Bevölkerungspolitik bei allzu großem Teilnehmerkreis in allgemeiner Kongreßrhetorik untergehen würden. Er wünsche aber, daß diese ernste Frage recht bald aus dem Stadium theoretischer Erörterungen herausgebracht werde, und hoffe, daß der erschienene kleine Kreis verantwortlicher Frauen und Männer einige wenige, dafür aber um so festere Schritte zur Lösung der dringendsten Aufgaben werde tun können. Man müsse diejenigen Punkte herausgreifen, in denen eine Einigung auf jeden Fall möglich sei. Bei aller politischen und weltanschaulichen Gegensätzlichkeit zur Frage einer planmäßigen und bewußten Bevölkerungspolitik gebe es einen Satz, hinter den auf jeden Fall das gesamte Volk sich einmütig stellen könne, stellen müsse: „Schutz und Hilfe für die gewollte Mutterschaft.“ Nach Vorträgen von Grotjahn (Berlin), Sellheim (Leipzig) und Rott (Berlin) sowie einer lebhaften Aussprache wurde ein „Reichsausschuß für Bevölkerungsfragen“ gebildet.

Dieser Ausschuß trat am 13. März 1930 zusammen; man gelangte zu folgenden Forderungen:

1. Jedes frühgeborene Kind ist fürsorgebedürftig und fürsorgeberechtigt. Eine planmäßige Frühgeborenenfürsorge ist als aussichtsreich zu betrachten.
2. Die beste Form der Frühgeborenenfürsorge ist die Unterbringung frühgeborener Kinder in hierzu geeigneten Anstalten.
3. Frühgeborene Kinder sind als kranke Kinder zu betrachten im Sinne der Familienhilfe der Krankenkassen.
4. Für die Maßnahmen der offenen Fürsorge für Frühgeborene sind besondere Vorschläge notwendig; sie sind noch auszuarbeiten.
5. Besonderer Wert ist auf die vertiefte Ausbildung der Ärzte, Hebammen und der Pflege- und Fürsorgepersonen zu legen.
6. Die baldige Verabschiedung des in Vorbereitung befindlichen Reichshebammengesetzes wird für dringend notwendig gehalten. Hierbei soll auch der Frage der Mitwirkung der Hebammen bei der Bekämpfung der Frühgeborenensterblichkeit besondere Aufmerksamkeit zugewendet werden.

* * *

Auf der vom preußischen Ministerium für Volkswohlfahrt Ende 1929 veranstalteten Dienstversammlung der Regierungs- und Medizinalräte Preußens wurde die Frage der Heranziehung der praktischen Ärzte zur Mitarbeit auf dem Gebiete der sozialen Hygiene erörtert. Hierbei wurden folgende Leitsätze angenommen:

1. Die Mitarbeit der praktischen Ärzte auf dem Gebiete der sozialen Hygiene ist sachlich notwendig und läßt sich am zweckmäßigsten in der Form des gemischten Systems (beamtete ärztliche Leiter, entsprechend eingerichtete zentrale Hauptfürsorgestellen und nebenamtlich ärztlich versorgte Außenfürsorgestellen) durchführen.
2. Die Mitarbeit ist von einer besonderen Ausbildung abhängig zu machen.
3. Die allgemeine Vorbildung in der sozialen Hygiene für den zukünftigen Arzt ist in der Hauptsache in die Zeit der praktischen Ausbildung vor der Erteilung der Approbation zu verlegen.

* * *

Auf Anordnung des Preuß. Volkswohlfahrtsministeriums wurde vom 8. bis 18. Januar d. J. im Kaiser-Wilhelm-Institut für Anthropologie, menschliche Erblehre und Eugenik in Berlin-Dahlem unter der Leitung von Professor Dr. Eugen Fischer ein Fortbildungslehrgang für Medizinalbeamte über experimentelle Erblehre, spezielle Erblehre des Menschen, Erbforschung und Eugenik abgehalten. Die 49 Teilnehmer waren in der Hauptsache Kreisärzte, außerdem einige Strafanstaltsärzte. In täglich sechs Vortragsstunden, zusammen 56 Stunden, wurde das ganze Stoffgebiet abgehandelt. Professor Eugen Fischer sprach über: „Allgemeine Erblehre, Variabilität und Umweltwirkung, Mendelsche Regeln, Koppelung und Geschlechtsvererbung, Letalfaktoren, normale und krankhafte Merkmale, Neuentstehung von Erbanlagen, Vererbung normaler Eigenschaften, Inzucht und Verwandtenehe, Kreuzung und Rassenfragen.“ Dr. von Verschuer trug vor über: „Mathematisches, Zwillingforschung, Variationsstatistik, Vererbung beim Menschen, Vererbung von Krankheiten auf allen Organgebieten (in der Chirurgie und Orthopädie, bei Kinderkrankheiten, bei den inneren Organen, bei Hautkrankheiten, Disposition zu Infektionskrankheiten, bei Augen- und Ohrenkrankheiten, bei Nerven- und Geisteskrankheiten und Psychopathien), ferner über Erbschädigung, erbliche Anlage zu Verbrechen, Vererbung normaler geistiger Eigenschaften, Blutgruppenforschung, Daktyloskopie, erbbiologische Praxis in der Eheberatung, erbbiologische Vaterschaftsbegutachtung.“ Dr. Hermann Muckermann verbreitete sich über: „Geschichte der Eugenik, demographische Grundlagen der Eugenik, zytologische Grundlagen, erbbiologische Grundlagen, Sterilisation, Asylierung, Eheberatung, differenzierte Fortpflanzung, Familie und Eugenik, Ethik und Eugenik, Eugenik und geschlechtliche Erziehung, Zusammenfassung der eugenischen Aufgaben.“ Geheimer Medizinalrat Dr. Max Fischer (früher Wiesloch) sprach über „Offene Fürsorge bei Geisteskranken“ und „Zur Alkoholfrage“, Oberregierungsrat Dr. Burgdörfer über: „Bevölkerungsfrage, besonders Geburtenrückgang“, Sanitätsrat Dr. Frank über: „Kreisarzt und private Unfallversicherung“, Professor Dr. Grotjahn über „Ursachen des Geburtenrückgangs“, Professor Dr. Nachtsheim über „Demonstrationen einiger Vererbungsfälle“ und Professor Dr. Poll (Hamburg) über „Aufgaben des beamteten Arztes in Erbkunde und Eugenik.“ Es wurde also ein ganz umfassendes Programm abgewickelt, wodurch die Teilnehmer gründlich in die ganze Erblehre und Eugenik mit ihren unzähligen Problemen für die Forschung wie für die Praxis eingeführt wurden.

Gesundheitsstatistik.

In dem vom Statistischen Reichsamt herausgegebenen Sonderheft 5 zu „Wirtschaft und Statistik“ (Berlin 1929) werden wichtige „Beiträge zum deutschen Bevölkerungsproblem“ dargeboten, und zwar insbesondere hinsichtlich des Geburtenrückganges einerseits und der Zunahme der Lebenserwartung andererseits.

Den Umfang des Geburtenrückganges kennzeichnen vor allem folgende Zahlenreihen:

Auf 1000 verheiratete Frauen von unter 45 Jahren entfielen eheliche Lebendgeborene:

Gebiet	1899 bis 1901	1909 bis 1911	1924 bis 1926		
			überhaupt	in Großstädten ¹⁾	in den übrigen Gemeinden
Preußen	283,1	230,4	145,4	91,6	171,2
Bayern	307,8	252,7	169,0	83,2	192,4
Sachsen	255,1	179,4	104,0	79,0	117,8
Württemberg	308,5	248,2	159,2	83,1	173,4
Baden	292,7	234,7	161,5	100,7	176,3
Hessen	260,6	202,2	141,8	107,4	144,9
Hamburg	202,0	146,4	87,7	81,5	183,7
Mecklenburg- Schwerin	216,7	184,5	138,5	—	138,5
Thüringen	252,3	202,3	134,1	—	134,1
Oldenburg	293,4	258,5	186,2	—	186,2
Deutsches Reich	279,7	224,5	143,5	89,3	166,5

¹⁾ Nur die ehelich Lebendgeborenen von ortsansässigen Müttern. Die in den Großstädten von ortsfremden Müttern geborenen ehelichen Kinder sind den Geburten der übrigen Gemeinden desselben Landes hinzugefügt.

Die erhebliche Vergrößerung der Lebenserwartung ergibt sich aus dem Vergleich der deutschen Sterbetafel für die Jahre 1924—1926 mit den früheren Sterbetafeln.

Zahl der im Durchschnitt noch zu durchlebenden Jahre nach der Sterbetafel für die Jahre:

Alter Jahre	1871/72 bis 1880/81	1881 bis 1890	1891 bis 1900	1901 bis 1910	1910 bis 1911	1924 bis 1926
----------------	---------------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------

Männliches Geschlecht.

0	35,58	37,17	40,56	44,82	47,41	55,97
1	46,52	47,92	51,85	55,12	56,86	62,24
2	48,72	50,15	53,67	56,39	57,74	62,26
3	49,38	50,79	53,89	56,24	57,44	61,65
4	49,53	50,93	53,70	55,77	56,88	60,90
5	49,39	50,76	53,27	55,15	56,21	60,09
10	46,51	47,75	49,66	51,16	52,08	55,63
15	42,38	43,54	45,31	46,71	47,60	51,00
20	38,45	39,52	41,23	42,56	43,43	46,70
25	34,96	35,83	37,38	38,59	39,39	42,70
30	31,41	32,11	33,46	34,55	35,29	38,56
35	27,88	28,49	29,59	30,53	31,18	34,30
40	24,46	25,03	25,89	26,64	27,18	30,05
45	21,16	21,67	22,37	22,94	23,35	25,90
50	17,98	18,41	19,00	19,43	19,71	21,89
55	14,96	15,32	15,81	16,16	16,30	18,09

Alter Jahre	1871/72 bis 1880/81	1881 bis 1890	1891 bis 1900	1901 bis 1910	1910 bis 1911	1924 bis 1926
60	12,11	12,43	12,82	13,14	13,18	14,60
65	9,55	9,82	10,12	10,40	10,38	11,46
70	7,34	7,51	7,76	7,99	7,90	8,74
75	5,51	5,60	5,80	5,97	5,84	6,50
80	4,10	4,11	4,23	4,38	4,25	4,77
85	3,06	2,99	3,05	3,18	3,13	3,50
90	2,34	2,20	2,23	2,35	2,30	2,68
95	1,80	1,67	1,68	1,80	1,76	2,12
100	1,36	1,37	1,30	1,50	1,48	1,75

Weibliches Geschlecht.

0	38,45	40,25	43,97	48,33	50,68	58,82
1	48,06	49,67	53,78	57,20	58,78	63,89
2	50,30	51,91	55,59	58,47	59,64	63,85
3	50,98	52,58	55,81	58,33	59,33	63,22
4	51,14	52,73	55,62	57,87	58,77	62,44
5	51,01	52,58	55,22	57,27	58,10	61,62
10	48,18	49,69	51,71	53,35	53,99	57,11
15	44,15	45,63	47,47	49,00	49,58	52,47
20	40,19	46,62	43,37	44,84	45,35	48,09
25	36,53	38,81	39,43	40,84	41,28	43,92
30	33,07	34,21	35,62	36,94	37,30	39,76
35	29,68	30,69	31,87	33,04	33,32	35,56
40	26,32	27,16	28,14	29,16	29,38	31,37
45	22,84	23,57	24,37	25,25	25,39	27,20
50	19,29	19,89	20,58	21,35	21,45	23,12
55	15,88	16,38	16,96	17,64	17,68	19,20
60	12,71	13,14	13,60	14,17	14,17	15,51
65	9,96	10,29	10,62	11,09	11,03	12,17
70	7,60	7,84	8,10	8,45	8,35	9,27
75	5,66	5,87	6,07	6,30	6,19	6,87
80	4,22	4,37	4,48	4,65	4,52	5,06
85	3,14	3,26	3,32	3,40	3,36	3,76
90	2,37	2,49	2,52	2,59	2,49	2,92
95	1,81	1,99	2,00	2,10	1,91	2,32
100	1,24	1,74	1,67	1,87	1,60	1,90

* * *

Das Statistische Reichsamts hat, ähnlich wie 1907, neuerdings eine Erhebung von Wirtschaftsrechnungen¹⁾ durchgeführt. Als Zeitraum wurde das Jahr vom März 1927 bis Februar 1928 gewählt; die Erhebungszeit fiel also in eine Zeit verhältnismäßig

¹⁾ Siehe „Wirtschaft und Statistik“ Jahrg. 9 (1929) Nr. 20, 22, 24 und Jahrg. 10 (1930) Nr. 2, 3, 5, 7 und 8.

günstiger Konjunktur. Die Untersuchung erstreckte sich auf Arbeiter, Angestellte und Beamte; bei der Auswahl der Haushaltungen war man darauf bedacht, daß die wichtigsten Gewerbegruppen und Berufsarten sowie typische Einkommensverhältnisse vertreten sind. Die Familien, die zur Erhebung herangezogen wurden, erklärten sich bereit, ein Jahr lang ihre sämtlichen Ein- und Ausgänge laufend in monatlich vom Statistischen Reichsamt zur Verfügung gestellte Haushaltsbücher einzutragen. Verwandt wurden für die Bearbeitung die Wirtschaftsrechnungen von 896 Arbeiter-, 546 Angestellten- und 498 Beamtenhaushaltungen.

Die Aufarbeitung des Erhebungsstoffes erfolgte nicht nur nach Haushaltungen, sondern auch nach Verbrauchseinheiten (Vollpersonen), wodurch die Unregelmäßigkeiten, die durch die Unterschiede hinsichtlich der Kopfzahl sowie der Alters- und Geschlechtszusammensetzungen der berücksichtigten Haushaltungen entstehen, ausgeschaltet werden sollten. Als Einheit wurde der Verbrauch einer erwachsenen männlichen „Vollperson“ gewählt. Die Kinder in den einzelnen Altersstufen sowie die Frauen wurden, nach einem vom Statistischen Reichsamt gemeinsam mit dem Reichsgesundheitsamt und mehreren Berliner Hygieneprofessoren geschaffenen System, entsprechend ihrem Anteil am Verbrauch einer erwachsenen männlichen Person auf Vollpersonen umgerechnet; da der Anteil der Kinder an den Ernährungsausgaben höher ist als an den Ausgaben für die sonstigen Lebensbedürfnisse, wurden besondere Vollpersonenanteile für die Ernährung und für die übrigen Lebensbedürfnisse gebildet.

Von größtem Interesse sind die Wirtschaftsrechnungen, die von Arbeitern stammen, da sie die der Kopfzahl nach stärkste Berufsschicht betreffen. Das Einkommen der berücksichtigten 896 Arbeiterfamilien schwankte von weniger als 2500 bis 4300 und mehr Mark. Die Ehefrau verdiente in 411 Haushaltungen (45,9% sämtlicher Haushaltungen) mit, wobei es sich jedoch nur selten um zumeist ganztägige regelmäßige Lohnarbeit handelte; zumeist waren es gelegentliche Einnahmen aus Aufwartung, Waschen, Nähen u. dgl. Während die Annahme naheliegt, daß die Ehefrau bei geringerem Familieneinkommen eher mitarbeitet als bei größerem, zeigen die Ergebnisse der Erhebungen, daß für die Frage der Mitarbeit der Ehefrau bei den berücksichtigten Haushaltungen die Familienzusammensetzung entscheidend ist. In den Haushaltungen, die der untersten Einkommenstufe angehören, sind überwiegend kleinere Kinder (unter 9 Jahren) vorhanden; die Ehefrau arbeitet hier nur in 34,9% der Haushaltungen mit. Mit zunehmendem Einkommen ist auch ein höheres Alter der Kinder festzustellen; die Ehefrau ist dadurch offenbar nicht mehr in gleichem Maße an das Haus gebunden wie bei dem Vorhandensein kleinerer Kinder.

Unter den Verbrauchsausgaben in den Arbeiterfamilien steht der Aufwand für Nahrungs- und Genußmittel an erster Stelle; er beträgt im Gesamtdurchschnitt 45,3% aller Ausgänge, und zwar in der untersten Einkommenstufe 47,9% der Gesamtausgaben, in der obersten dagegen nur 41,5%. Die neuen Erhebungen bestätigen mithin das schon im Jahre 1857 von E. Engel erkannte Gesetz, daß mit steigendem Einkommen der Aufwand für die Ernährung sich zwar absolut vergrößert, aber dem Anteil an den Gesamtausgaben nach sich verringert. An zweiter Stelle folgen jetzt im allgemeinen die Ausgaben für Bekleidung und Wäsche, die sich auf 12,7% der Gesamtausgaben belaufen, während die entsprechende Ziffer für Wohnungsmiete 10,0% lautet; nur in der untersten Einkommenstufe übersteigen die Ausgaben für die Wohnungsmiete (11,9%) die Bekleidungs Ausgaben (10,4%). Der Aufwand für Heizung und Beleuchtung betrug im Gesamtdurchschnitt 3,6, und zwar bei der untersten Einkommenstufe 4,3, bei der obersten 2,8%. Zum Vergleich mit diesen Ergebnissen seien hier jene, die bei einer gleichartigen Erhebung des Deutschen Metallarbeiterverbandes¹⁾ im Jahre 1907 gewonnen wurden, angeführt; es wurden damals für Nahrung 53,4, Kleidung 12,9, Wohnung 14,5, Heizung und Beleuchtung 4,3% der Gesamtausgaben aufgewandt. Es zeigen sich also 1927/28 nicht unerhebliche Unterschiede gegenüber 1907, besonders hinsichtlich des Anteils der Ausgaben für Nahrung und Wohnung.

¹⁾ A. Fischer „Grundriß der sozialen Hygiene“, 2. Aufl., S. 88, Karlsruhe i. B. 1925.

Vergleicht man die Ausgaben je Vollperson mit den Ausgaben je Haushaltung in den einzelnen Gruppen, so sind, nach den Feststellungen für 1927/28, bei wachsendem Einkommen die gleichen Tendenzen zu erkennen, so daß eine Erörterung der Ergebnisse je Vollperson im einzelnen sich erübrigt. Es läßt sich aber aus den Ausgaben je Vollperson eine Rangordnung der Bedürfnisse für die untersuchten Arbeiterhaushaltungen aufstellen. Zu dem notwendigsten Bedarf gehören nach den Ergebnissen der Arbeiterhaushaltungsrechnungen die Gruppen „Heizung und Beleuchtung“, „Nahrungs- und Genußmittel“ und „Wohnung“. Die Ausgaben für diese Gruppen erhöhen sich mit steigender Wohlhabenheit weniger stark als das Gesamteinkommen je Vollperson. Man könnte der Ansicht sein, daß die Gruppe der Nahrungs- und Genußmittel in dieser Hinsicht an erster Stelle stehen müßte. Bei den berücksichtigten Arbeiterhaushaltungen sind aber die Ausgaben für die Heizung und Beleuchtung weniger elastisch als für die Nahrungs- und Genußmittel. Weiter folgen in der Rangordnung die Gruppen „Bekleidung und Wäsche“ sowie „Bildung“, für welche die Ausgaben in den einzelnen Wohlhabenheitsstufen sich etwa proportional den Gesamteinnahmen bewegen. Die Ausgaben für die übrigen Bedarfsgruppen erhöhen sich durchweg stärker, als die Wohlhabenheit zunimmt, und zwar in folgender Rangordnung: „Verkehr“, „Erholung“, „Einrichtung und Instandhaltung der Wohnung“, „Vergnügungen und andere gesellige Anlässe“, „Unterstützungen und Geschenke“, „Ersparnisse“.

Von größtem Werte für den Sozialhygieniker sind die in der amtlichen Darstellung enthaltenen Ziffern, welche sich mit den Ausgaben für Nahrungs- und Genußmittel befassen. In den Arbeiterfamilien entfallen hierbei im Durchschnitt rund $\frac{9}{10}$ der Gesamtausgaben allein auf Nahrungsmittel und $\frac{1}{10}$ auf Genußmittel; für letztere verringert sich der Anteil bei der untersten Einkommenstufe auf 7,5%. Bei den Nahrungsmitteln stehen die Ausgaben für die Gruppe „Fleisch und Fleischwaren“ in allen Einkommenstufen an der Spitze; sie betragen im Durchschnitt rund $\frac{1}{4}$ der gesamten Nahrungsmittelausgaben, und dies trifft ziemlich gleichmäßig in den einzelnen Einkommenstufen zu. Bei dem Aufwand für „Fleisch und Fleischwaren“ nehmen die Ausgaben für „Wurst und sonstigen Aufschnitt“ in allen Einkommenstufen die erste Stelle ein; es folgen die Ausgaben für Schweine-, Rindfleisch, Speck, Gefrier-, Hack-, Kalbfleisch und Schinken. Mit steigendem Einkommen erhöhen sich die absoluten Ausgabenbeträge für alle Fleischarten.

An zweiter Stelle stehen unter den Nahrungsmitteln die Ausgaben für „Milch und Milcherzeugnisse“. Ihr Gesamtanteil an dem Nahrungsmittelaufwand schwankt in den einzelnen Einkommenstufen nur zwischen 18,1 und 19,0 %. Die Ausgaben für Milch nehmen mit dem Einkommen zwar absolut zu, ihr Anteil an dem Nahrungsmittelaufwand geht aber von 11,5 in der untersten auf 9,8% in der obersten Stufe zurück, während sich die Beträge für Käse und hauptsächlich für Butter sowohl absolut wie auch anteilmäßig bei steigendem Einkommen vergrößern. Beachtenswert ist, daß an dem Milchverbrauch alle und an dem Käseverbrauch fast alle Haushaltungen beteiligt waren, während 38 keinen Butterverbrauch haben.

Für tierische und pflanzliche Fette (einschließlich Butter) wurden in den Arbeiterhaushaltungen durchschnittlich 12,4% der Nahrungsmittelausgaben aufgewandt, wobei sich in den einzelnen Einkommenstufen keine nennenswerten Unterschiede zeigten. Von den Fettausgaben entfielen aber auf Butter in der untersten Einkommenstufe 36,3, in der obersten 46,5%, auf Margarine 38,8 bei den untersten, dagegen bei der obersten nur 30,2%.

Die Ausgaben für „Brot und Backwaren“ betragen im Durchschnitt 16,2% der Nahrungsmittelausgaben, und zwar 16,6 bei der untersten, 15,8% bei der obersten Stufe. Je Vollperson kamen von den gesamten Ausgaben für Brot und Backwaren bei der untersten Stufe für Roggen-, Grau-, Misch- und Schwarzbrot 69,9, für Weißbrot und Weizenkleingebäck 19,1 und für sonstiges Backwerk 11,0%, während für die oberste Stufe die entsprechenden Ziffern lauten: 43,8, 29,4 und 26,8%.

Unter den Gesamtausgaben für Nahrungsmittel belief sich je Vollperson bei der untersten Stufe der Aufwand für tierische Nahrungsmittel auf 52,3, für pflanzliche auf 46,7, für Speisen im Wirtshaus auf 1%, dagegen bei der obersten Stufe auf 57,2, bzw. 39,2, bzw. 3,6%.

Die Gruppe der Genußmittel umfaßt die alkoholischen und alkoholfreien Getränke sowie die Tabakwaren (Zigarren, Zigaretten, Tabak). Von den 896 Arbeiterhaushaltungen haben 10 keinen Alkohol- und 69 keinen Tabakwarenverbrauch; in einer größeren Anzahl von Haushaltungen ist dieser Verbrauch sehr gering. Mit steigendem Einkommen vergrößern sich die Ausgaben für Genußmittel (hauptsächlich für alkoholische Getränke) beträchtlich. Die Ausgaben für die alkoholischen Getränke (einschließlich der Getränke im Wirtshaus) betragen durchschnittlich 60,8% der Genußmittelausgaben; es folgen die Beträge für Tabakwaren mit durchschnittlich 36,2%. Die Ausgaben für die alkoholfreien Getränke belaufen sich auf 3,0%. Unter den alkoholischen Getränken wurden 48,7% des Genußmittelaufwandes für Bier, 5,6% für Branntwein und 6,5% für Wein verausgabt.

Bei den Wirtschaftsrechnungen der in den amtlichen Veröffentlichungen berücksichtigten Angestellten schwankte das Jahreseinkommen zwischen weniger als 3000 und mehr als 6100 Mark, bei den Beamten zwischen weniger als 3000 und mehr als 7300 Mark.

Bei den Angestellten und bei den Beamten erfolgten die Ausgaben in etwas anderer Art wie bei den Arbeitern. Durchschnittlich betrug in Prozenten der Anteil an den Gesamtausgaben für

bei der Berufsgruppe	Nahrungs- und Genußmittel	Wohnungsmiete	Einrichtung und Instandhaltung der Wohnung	Heizung und Beleuchtung	Bekleidung und Wäsche
Angestellte	34,5	11,5	5,5	3,5	12,6
Beamte	33,2	12,0	6,4	3,7	13,9

Wie man sieht, wurde von den Angestellten und erst recht von den Beamten ein kleinerer Anteil des gesamten Lebensaufwandes für die Ernährung als von den Arbeitern ausgegeben; auch hierbei zeigt sich wieder die Richtigkeit des oben angeführten Engelschen Gesetzes. Die Angestellten und Beamten geben aber für Wohnung und Kleider verhältnismäßig mehr als die Arbeiter aus.

Über den Aufwand für Nahrungs- und Genußmittel in den berücksichtigten Angestellten- und Beamtenhaushaltungen findet man ins einzelne gehende Zahlen, die sich ebenfalls von den für die Arbeiterfamilien geltenden Ergebnissen z. T. erheblich unterscheiden. Bei den Angestellten entfallen im Durchschnitt rund 90,7% des Gesamtaufwandes allein auf die Nahrungsmittel und 9,3% auf die Genußmittel, während bei den Beamten die entsprechenden Zahlen 91,2 und 8,8% lauten. Sowohl die Angestellten wie die Beamten verausgabten insbesondere verhältnismäßig weniger als die Arbeiter für Roggen-, Grau- und Schwarzbrot und für Margarine, dagegen verhältnismäßig mehr für Weißbrot und Butter.

* * *

Der Geschäftsbericht des Badischen Landesverbands gegen den Alkoholismus für das Geschäftsjahr 1928/29 enthält u. a. folgende beachtenswerten Angaben über die Zunahme der Trunksucht:

Nach den Beobachtungen in den badischen Trinkerfürsorgestellen und den Heilstätten für Alkoholranke wächst die Trunksucht weiter an. Der Alkoholmißbrauch der Erwachsenen hat zumeist die bedenkliche Begleiterscheinung des regelmäßigen Alkoholgenusses bei den Kindern, insbesondere in Gegenden mit starkem Schnaps-, Bier-, Most- und Weingenuß. Die schädlichen Wirkungen auf die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit der Kinder sind in den Schulen solcher Gemeinden leicht zu erkennen. Sehr bedenklich ist auch eine Zunahme der Trunksucht bei Personen zwischen 20 und 40 Jahren, um so mehr bedenklich, als es sich bei diesen Kranken zumeist um schwere Psychopathen handelt, wobei

eine Degenerierung durch übermäßigen Alkoholgenuß der Vorfahren zugrunde liegt. Von den 545 Neumeldungen der Fürsorgestelle Mannheim entfallen:

14	auf	das	Alter	bis	20	Jahre,
176	„	„	„	von	21	bis 30 Jahren,
81	„	„	„	31	„	40 „
89	„	„	„	41	„	50 „
97	„	„	„	51	„	60 „
88	„	„	„	darüber.		

Gesundheitspolitik.

In der Sitzung des Preußischen Ärztekammerausschusses vom 14. Dezember 1929 erstattete Dr. A. de Bary (Frankfurt a. M.) einen im „Deutschen Ärzteblatt“ 1930 Nr. 2 abgedruckten Bericht über „Die Aufgaben der Ärztekammern bei der Gesundheitsfürsorge“. Der Kammerausschuß entschloß sich nach diesem Bericht zu folgenden Leitsätzen:

1. Die öffentliche Gesundheitsfürsorge ist eine wichtige Aufgabe des ärztlichen Standes; deshalb müssen die Ärztekammern aktiv an der Lösung der Frage teilnehmen.
2. Zu diesem Zwecke muß eine ausgiebige Beteiligung der Vertreter der Ärztekammern in den überörtlichen Arbeitsgemeinschaften der Gesundheitsfürsorge verlangt werden.
3. Der Kammerausschuß beschließt, den Herrn Minister für Volkswohlfahrt zu bitten, zu veranlassen, daß jede Kammer zu der Mitarbeit in den Arbeitsgemeinschaften der Gesundheitsfürsorge ihrer Provinz in ausreichendem Maße herangezogen wird und daß gemäß § 2 des Gesetzes vom 30. Dezember 1926 die Ärztekammern zu allen Fragen gehört werden sollen, die ärztliche Belange oder die öffentliche Gesundheitspflege betreffen.
4. Es ist mit Nachdruck zu verlangen, daß mit Hilfe der zuständigen Stellen ein weitgehender Schutz des ärztlichen Berufsgeheimnisses auch in der Gesundheitsfürsorge gesichert wird. Die Lockerung der Schweigepflicht des Arztes muß auf unabwendbare Erfordernisse beschränkt bleiben; es muß für den Arzt die Gewißheit geschaffen werden, daß die Vertraulichkeit seiner Auskünfte gewahrt bleibt. (Einbeziehung der Beamten und Angestellten der Gesundheitsfürsorge in den neuen Paragraphen über das Berufsgeheimnis im Strafgesetzentwurf.)
5. Die Kammern verlangen, daß verhütet wird, daß Bestrebungen der Versicherungsträger, jetzt bei der Tuberkulosebekämpfung, später vielleicht auch bei anderen Krankheiten, dazu führen, daß die betreffenden Kranken den Aufgaben des Ausbildungsunterrichtes der Medizinstudierenden entzogen werden.
6. Frühzeitige und gründliche Einführung der Studierenden in das Gebiet der sozialen Hygiene und öffentlichen Gesundheitsfürsorge ist eine dringliche Aufgabe der Ausbildung. Ebenso nötig ist eine entsprechende Belehrung der älteren Ärzte durch die Fortbildung, welche die Kammern zu ihrer Aufgabe machen.
7. Um die Ärzteschaft mit ihren neuen Aufgaben in der Gesundheitsfürsorge vertraut zu machen, muß jeder Arzt baldigst über die ihm hier erwachsenden Pflichten unterrichtet werden.
8. Die Aufgaben der Gesundheitsfürsorge können nur unter maßgebender Mitwirkung eines freien Ärztestandes gelöst werden. Der Gedanke der Gesundheitsfürsorge muß dem Arzte und dem Befürsorgten in einer Form nahegebracht werden, daß beide als freie Menschen in dem persönlichen Vertrauensverhältnis bleiben können, das die Grundlage wirklichen Arzttums ist.

* * *

Während, wie den obigen Leitsätzen des Preußischen Ärztekammerausschusses¹⁾ zu entnehmen ist, die berufenen Vertreter der Ärzteschaft eine „gründliche Einführung der Studierenden in das Gebiet der sozialen Hygiene“ fordern und eine „entsprechende Belehrung der älteren Ärzte“ für notwendig erachten, nahm die Fachgemeinschaft der deutschen Hygieneprofessoren in einer im November 1928, namens aller Vorstände der hygienischen Institute Deutschlands, an die Reichsregierung und die Landesregierungen gerichteten „Denkschrift zur Frage der Errichtung sozialhygienischer Ordinariate an den deutschen Hochschulen“ zur sozialen Hygiene eine Stellung ein, die wir, bei aller sonstigen Hochachtung vor den deutschen Hygieneprofessoren, als durchaus verfehlt bezeichnen müssen.

Die genannte Fachgemeinschaft wendet sich schon gegen die (jetzt allgemein übliche) Bezeichnung des Faches als Sozialhygiene aus zweierlei Gründen; sie spricht von „sogenannter sozialer Hygiene“. Zunächst sei eine Hygiene, die nicht sozial ist, überhaupt nicht existenzberechtigt. Die großen hygienischen Einrichtungen öffentlicher Art, wie Wasserleitung, Kanalisation usw., seien sozial im besten Sinne des Wortes, denn sie kämen auch den ärmsten Bewohnern zugute. Zweitens sei es auch den kompetentesten Vertretern dieser Richtung (gemeint ist: der sozialen Hygiene) nie gelungen, eine Definition der Sozialhygiene aufzustellen, die eine allseitige Anerkennung bei ihren Fachgenossen gefunden hätte. „Das beweist ein Blick in die Lehr- und Handbücher der sozialen Hygiene, die entweder sich in ihrem Inhalt kaum von einem Handbuch der Gesamthygiene unterscheiden, wenn auch die Kapitelüberschriften anders formuliert sind und die Einteilung eine andere ist, oder aber ganz willkürlich, je nach der Einstellung des Autors, irgendwelche Kapitel der Gesamthygiene behandeln.“ Des weiteren weist die Fachgenossenschaft darauf hin, daß in der ersten Sitzung der neugegründeten (deutschen) sozialhygienischen Gesellschaft im Herbst 1928 zu Hamburg noch eifrig über die Begriffsbestimmung der Sozialhygiene diskutiert wurde, ohne daß eine Einigung erzielt werden konnte. Die Fachgemeinschaft wünscht daher, daß zwischen allgemeiner und sozialer Hygiene kein künstlicher Trennungsstrich gezogen werde, sondern nur zwischen „Hygiene“ und „sozialer Gesundheitsfürsorge“; sie wendet sich gegen die Einführung von Zwangsvorlesungen und neuen Examensfächern für Mediziner (wobei das Fach der sozialen Hygiene gemeint ist).

Wollte man die obengenannten und andere irrige Darlegungen der aus vier Quartseiten bestehenden „Denkschrift“ hinreichend kennzeichnen, so bräuchte man einen Raum, wie er uns hier nicht zu Gebote steht; nur wenige Bemerkungen können hier vorgetragen werden.

Die Fachgemeinschaft meint, daß jede Hygiene sozial sei, weil jede große hygienische Einrichtung öffentlicher Art auch den Ärmsten zugute kommt, also brauche man die Bezeichnung „soziale Hygiene“ nicht. Aber warum hat man das Fach wissenschaftlicher „Sozialpolitik“ von den anderen Staatswissenschaften und den anderen Zweigen der wissenschaftlichen Politik abgegrenzt? Kommt nicht jede politische oder staatliche Maßnahme auch den Ärmsten zugute? Und dann spricht die Fachgemeinschaft selbst von „sozialer Gesundheitsfürsorge“; haben nicht auch die Ärmsten von jeder Gesundheitsfürsorge Nutzen? Wenn die Fachgemeinschaft jetzt noch, nachdem es seit etwa 25 Jahren Zeitschriften, Jahresberichte, Lehrbücher, Gesellschaften und Universitätsvorlesungen für soziale Hygiene gibt — den Ausdruck „soziale Hygiene“ wandte E. Reich schon 1870 an — die Bezeichnung „sogenannte soziale Hygiene“ für passend erachtet, so erinnert dies daran, daß ein Anhänger der deutschen Manchesterpartei 1864 ein Buch mit dem Titel „Die sogenannte Arbeiterfrage“ veröffentlichte. Die Arbeiterfrage, die damals als eine „sogenannte“ bezeichnet wurde, war aber tatsächlich damals schon ein sehr wichtiges Gebiet, wie sie es noch heute und wohl für alle Zeiten sein wird, selbst wenn jener Manchestermann sie nicht sehen und gelten lassen wollte. Genau so steht es mit der „sogenannten“ sozialen Hygiene; sie war immer da, ist da und wird immer da sein, auch wenn die Fachgemeinschaft sie nicht sehen und gelten lassen will.

¹⁾ Vergl. auch die oben (dieses Heft S. 51 u. 52) angeführten Leitsätze der preuß. Regierungs- und Medizinalräte.

Die soziale Hygiene ist ein gegenüber anderen Zweigen notwendigerweise abzugrenzendes Gebiet. Denn es fragt sich nicht (wie die Fachgemeinschaft meint), ob die Hygiene auch den Ärmsten zugute kommt und daher sozial sei, sondern ob sich wirtschaftliche, soziale und sonstige kulturelle Einflüsse, im Gegensatz zu den natürlichen (physischen) Einwirkungen, bei der Gestaltung des Gesundheitswesens geltend machen (was wir in den „Sozialhygienischen Mitteilungen“ an zahlreichen Stellen¹⁾ zum Ausdruck brachten). Die soziale Hygiene erforscht also die Einflüsse der ganzen kulturellen Umwelt; dies ist ein überaus umfangreiches, äußerst wichtiges, noch viel zu wenig studiertes Gebiet, das mit den Methoden der Geisteswissenschaften erforscht werden muß. Daß der andere Teil der Umwelthygiene, die physische Hygiene (Naturhygiene), ebenfalls von der allergrößten Bedeutung ist, hat noch nie ein Sozialhygieniker in Abrede gestellt. Aber nun sei an die Vorstände der Hygienischen Institute, die bisher lediglich oder so gut wie ausschließlich die physische Umwelt mit naturwissenschaftlichen Methoden erforscht und sich als Naturwissenschaftler nur der Naturhygiene gewidmet haben, die Frage gerichtet, ob sie ernsthaft meinen, zugleich das selbst für einen begeisterten Spezialgelehrten geradezu unübersehbare Gebiet der Kulturhygiene so nebenbei erfolgversprechend erforschen und nutzenbringend lehren zu können.

Die Fachgemeinschaft weist, wie erwähnt, darauf hin, daß es den kompetentesten Vertretern der Sozialhygiene nicht gelungen sei, eine Definition ihres Faches, die allseitige Anerkennung gefunden hätte, aufzustellen. Dies ist leider richtig; aber teilt die soziale Hygiene hierbei nicht ihr Schicksal mit vielen anderen Gebieten, z. B. der Soziologie und der Sozialanthropologie? Sollen aus Mangel an Übereinstimmung hinsichtlich der Begriffsdeutung diese Gebiete keinen Anspruch auf Selbständigkeit haben? Haben nicht ehemals selbst Autoritäten, wie R. Virchow, auch der Hygiene die Selbständigkeit abgesprochen, so daß M. v. Pettenkofer sich veranlaßt sah, hiergegen eine besondere Schrift zu veröffentlichen? So hervorragende Gelehrte, wie unsere Hygieneprofessoren, sollten doch nicht danach fragen, ob Darlegungen von „kompetentesten Vertretern“ ausgehen, sondern nur danach, ob die in Betracht kommenden, von wem auch immer stammenden Ausführungen richtig sind und Nutzen für die Gesundheitswissenschaft und das Gesundheitswesen versprechen.²⁾ Die Fachgemeinschaft führte keinen Namen an, als sie von den „kompetentesten Vertretern“ sprach; aber es ist ja ohne weiteres sicher, daß sie hierbei vor allem an Gottstein, den Vater der „Sozialhygienischen Akademien“, den Hauptherausgeber des sechsbändigen (trotz vieler guten Abhandlungen nicht ganz einwandfreien) „Handbuches der sozialen Hygiene“, den ersten Redner auf der genannten Tagung der Deutschen Sozialhygienischen Gesellschaft im Jahre 1928, gedacht hat. Nun, es ist schon 1918 ausführlich von einem Sozialhygieniker³⁾ dargelegt worden, daß Gottstein, der sich auf anderen Gebieten unzweifelhaft große Verdienste erworben hat, hinsichtlich der Deutung des Begriffes „Soziale Hygiene“ eine mißliche Rolle gespielt und, wie man jetzt wieder sieht, schädlich gewirkt hat. Aber — dies ist die entscheidende Frage — warum haben sich die Hygieneprofessoren bei ihrer Beurteilung der sozialen Hygiene nicht an die (oben noch einmal angeführte) Gliederung in physische und soziale (kulturelle) Hygiene gehalten? Eine ganze Reihe von Hygieneprofessoren hat diese Gliederung bereits in viel beachteten Büchern und Aufsätzen benutzt; die obige Definition wurde in den letzten Jahren auch von vielen sonstigen Sozialhygienikern angewandt und ist bereits in die neue Auflage von Meyers Konversationslexikon gedungen, also auf dem Wege, volkstümlich zu werden. Aber die Verfasser der „Denkschrift“ haben diese Definition nicht gekannt oder absichtlich unberücksichtigt gelassen; sie haben, der Grund sei dieser oder jener, die Möglichkeit, Klarheit zu schaffen und das deutsche Gesundheitswesen zu fördern, nicht benutzt. Es trifft auch keineswegs zu (wie die Fachgemeinschaft darzulegen sucht),

¹⁾ Hingewiesen sei insbesondere auf Jahrgang 1922, S. 1 ff und Jahrgang 1928 S. 19 ff sowie S. 112 ff.

²⁾ Die Naturhygieniker seien hier an ein Wort eines berühmten Pathologen erinnert: „Es gibt nur eine Autorität — die Autorität der Gründe.“

³⁾ Siehe „Veröffentlichungen a. d. Gebiete d. Medizinalverwaltung“ Bd. VIII, Heft 2, Berlin 1918.

daß sich die Lehrbücher der allgemeinen und der sozialen Hygiene gleichen, oder daß die Gebiete der letzteren willkürlich ausgewählt sind; denn die Lehrbücher der Hygiene sind nur Lehrbücher der Naturhygiene, wenn auch einige Verfasser solcher Bücher neuerdings ein paar Stücke aus der sozialen Hygiene (in ganz unzulänglicher Weise) übernommen haben, während z. B. A. Fischer in seinem „Grundriß der sozialen Hygiene“ (2. Aufl., Karlsruhe 1925) nur das Gebiet der sozialen (kulturellen) Hygiene darstellte, wobei er nicht willkürlich einige Teile auswählte, sondern sich genau an die Frage nach den Einflüssen der sozialen (kulturellen) Umwelt auf die Gesundheitszustände hielt.

Die Hauptfrage für die auf der Gesundheitswissenschaft aufgebauten und aufzubauenden Gesundheitspolitik, die dem deutschen Volke dienen will, ist, ob der Naturhygieniker zugleich die Kulturhygiene in befriedigender Art bearbeiten kann. Diese Frage ist, trotz der „Denkschrift“, ja vielleicht sogar gerade wegen der „Denkschrift“ unbedingt zu verneinen. Daraus ergibt sich, daß die Kulturhygiene ein selbständiges Fach ist, und daß zu ihrer Förderung als Forschungsgebiet die notwendigen Mittel bereitgestellt werden müssen. Ob Zwangsvorlesungen und Prüfungen in der sozialen (kulturellen) Hygiene stattfinden sollen, ist Nebensache; Hauptsache ist, daß ein nutzenbringender Wissensstoff gewonnen und den Hörern, die für diesen Gegenstand Interesse haben, übermittelt wird.

* * *

Der Darmstädter Arzt Fried. Sell strebt ein Reichsgesetz zur Bekämpfung der Tuberkulose an; er veröffentlichte zu diesem Zwecke (siehe „Ärztliche Mitteilungen“ 1929 Nr. 49) einen aus 23 Paragraphen bestehenden Gesetzentwurf, der sich, wie man sogleich erkennt, eng an das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten anlehnt. In der gleichen Zeitschrift (1930 Nr. 10) haben sich bereits drei Ärzte zu diesem Entwurf geäußert.

* * *

Die diesjährige Jahreshauptversammlung der Deutschen Gesellschaft für Gewerbehygiene findet vom 22. bis 24. September in Breslau statt. Hauptverhandlungsthemen sind „Arbeit und Wohnung“ und „Hygiene im Büro und in kaufmännischen Betrieben“. An diese Jahreshauptversammlung schließt sich am 25. September in Breslau die Ärztliche Jahrestagung der Gesellschaft an. Hauptverhandlungsthema ist „Grundsätzliche Fragen der Begutachtung von Berufskrankheiten“. Es werden insbesondere behandelt „Die Begutachtung der schweren Staublungenerkrankung einschließlich der Tuberkulose“, „Die Begutachtung gewerblicher Hautkrankheiten“ und in Gemeinschaft mit der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs- und Versorgungsmedizin „Die Begutachtung von Infektionskrankheiten des Krankenpflegepersonals“. Die weitere Tagesordnung bringt kurze Mitteilungen über neuere wichtige Beobachtungen und Originalarbeiten auf dem Gebiete der Gewerbecur und Gewerbehygiene.

Nähere Auskunft erteilt die Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Gewerbehygiene, Frankfurt a. M., Platz der Republik 49.

* * *

Eine örtliche Arbeitsgemeinschaft der Fürsorge- und Amtsärzte wurde in Karlsruhe gegründet. Die erste Versammlung fand am 28. Januar 1930 statt. Stadtobermedizinalrat Dr. Geißler wurde zum Vorsitzenden, Kreismedizinalrat Dr. Kappes zum Schriftführer gewählt. Die Arbeitsgemeinschaft erstrebt Förderung der Zusammenarbeit der verschiedenen Fürsorgezweige und der gemeinsamen Belange durch wissenschaftliche und praktische Arbeit. Das erste einleitende Referat über Ziele und Aufgabe örtlicher Arbeitsgemeinschaften der Fürsorge- und Amtsärzte erstattete Obermedizinalrat Dr. Dreyfuß (Ludwigshafen).

Bücher- und Schriftenschau.

- Gust. Willgeroth:** Die Mecklenburgischen Ärzte von den ältesten Zeiten bis zur Gegenwart. Schwerin 1929.
- Ad. Müller:** Krankheiten, Ärzte und Ammen im alten Darmstadt. Darmstadt 1929.
- Vict. Gegenbauer:** Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung der akuten übertragbaren Krankheiten in Wien. Wien 1929.
- E. Schreiber:** Der Selbstmord im Kanton Basel-Stadt 1876—1925. In.-Dissert. Basel 1928.
- M. Gutherz:** Geschichtlicher Überblick der Abfallbeseitigung der Stadt Basel. In.-Dissert. Basel 1928.
- Fr. Kraatz:** Basels Maßnahmen gegen die Pest in den verflossenen Jahrhunderten. In.-Dissert. Basel 1929.
- H. Kern:** Zur Geschichte des Hebammenwesens in Basel. In.-Dissert. Basel 1929.
- E. Jessen:** 50 Jahre Kindbettfieber in Basel 1876—1925. Schweiz. mediz. Wochenschrift Band 59. 1929. Nr. 44.

Berichterstatter: Professor Dr. med. K. Baas (Karlsruhe).

Als das mecklenburgische historische Ärzteverzeichnis in zweiter Auflage im Jahre 1901 von A. Wilhelmi herausgegeben wurde, da umfaßte es 288 Seiten. Die jetzige, dritte Auflage hat 577 Seiten, also gerade die doppelte Anzahl! Darin schon liegt eine sozialhygienische Bedeutung dieses dankenswerten Werkes: es zeigt, wie sehr die Möglichkeiten gesundheitlicher Fürsorge sich vermehrt haben in dem verflossenen Menschenalter. Denn nicht etwa neu entdeckte und hinzugekommene alte Ärzte, sondern die geradezu ungeheuerliche und unheimliche Zunahme der neuzeitlichen Ärzte seit 1901 hat jenes Anschwellen des Buches hervorgerufen, eine Inflation, ebenso ungesund und beinahe unerträglich wie die geldliche und ebenso mit einem Zusammenbruch drohend, vor allem in ethischer Beziehung. Auch sozialhygienische Fürsorge kann das rechte Maß überschreiten; nach Abbau ruft vernehmlich das so trocken erscheinende Verzeichnis. Wären die literarischen Angaben bei den einzelnen Ärzten noch vollständiger, so könnte das Werk dem wissenschaftlich arbeitenden Sozialhygieniker noch ein gut Teil mehr nützen, aber auch so ist es dankenswert und kann ein Vorbild sein für andere Bezirke unseres Vaterlandes. —

Schon Mone hat seinerzeit in vielen Bänden der ersten Folge seiner oberrheinischen Zeitschrift ein reichliches und gutes medizinhistorisches Material niedergelegt; daß wiederum ein Archivar den Geschichtsfreunden unter den Ärzten quellenmäßige und zuverlässige Beiträge aus den ihm leichter zugänglichen Beständen eines Archivs liefert, wie es Adolph Müller für Darmstadt getan hat, ist äußerst dankens- und lobenswert. Nur auf solechem Wege kann eine kommende Geschichte der sozialen Hygiene die sicheren Grundlagen gewinnen, deren sie bedarf; und es erscheinen in neugewonnenem Licht die Grundmauern, die vor Jahrhunderten auch für diesen Teil der gesundheitlichen Fürsorge gelegt worden sind. Mit dem lebhaften Dank an den hygienisch interessierten Verfasser der lehrreichen Schrift verbinden wir den Wunsch, daß er der Ankündigung weiterer hierher gehöriger Studien die Veröffentlichung derselben bald möge folgen lassen können. —

In seinem geschichtlichen Abriß führt uns der Wiener Stadtphysikus V. Gegenbauer vor, wie die Pestepidemien des 14. Jahrhunderts, deren furchtbarste ja der „Schwarze Tod“ des Jahres 1349 war, die erste „Pestordnung“ entstehen ließ, die in der Hauptsache die Überwachung fremden Zuzuges forderte. Erst das 16. Jahrhundert brachte einen eigentlichen Gesundheitsdienst, zugleich mit der Anstellung eines besonderen „Magister sanitatis“. Die Enge der von Festungsmauern umschlossenen Stadt, die Wohnungsnot im 18. Jahrhundert, dann die im 19. Jahrhundert einsetzenden Maßnahmen der Kanalisation, Wasserversorgung u. a. werden uns im Überblick vorgeführt und am Schluß durch eine lehrreiche Tabelle der Sterblichkeitsziffern augenscheinlich gemacht. —

In besonderer Weise erfreulich sind die nun folgenden fünf Arbeiten, welche alle aus dem Gesundheitsamt des Kantons Basel-Stadt stammen; man muß es dem Vorstand dieses

Amtes, Professor M. Hunziker, hoch anrechnen, daß er in solcher Weise den geschichtlichen Sinn in der Medizin pflegt und zugleich die reichen Bestände des Staatsarchivs gesundheitlichen Entdeckern dienstbar macht. Da ich selber dieses Archiv eingehend für das Mittelalter durchgearbeitet habe, so kann ich auch das Urteil abgeben, daß das sich dort darbietende Material gründlich und zuverlässig verwertet worden ist, soweit es sich zunächst um die Dissertationen von Gutherz, Kraatz und Kern handelt. Aber auch die beiden Arbeiten von Jessen und Schreiber lassen die getreuliche Ausnützung der statistischen Grundlagen erkennen.

Auf Einzelheiten einzugehen soll unterlassen werden, da die Titel genugsam den interessanten Inhalt kennzeichnen; eindringlich sei vielmehr darauf hingewiesen, daß jeder, der sich für die einschlägigen Dinge interessiert, die Hefte selbst in die Hand nimmt.

Den geschichtsfreundlichen Vorstand des Gesundheitsamtes möchte ich aber nur noch darauf aufmerksam machen, daß in den über hundert Aussatzeugnissen, die das Staatsarchiv besitzt, eine Aufgabe liegt, deren Verarbeitung nach mehreren Gesichtspunkten hin er vielleicht auch seinen Schülern überträgt; die Mitarbeit des Hautarztes zur Klärung der mittelalterlichen, oft erwähnten Krankheitsbilder wird dabei zweckmäßig sein.

Arthur Schloßmann: Die Krise des Ärztstandes und die Sozialhygiene, Leipzig 1930, bei F. C. W. Vogel.

Alfred Flatzeck: Kritik der Sozialhygiene, München, bei Otto Gmelin, ohne Jahreszahl (1930?).

Berichterstatter: Dr. A. Fischer, Karlsruhe.

Die erste dieser Schriften gibt einen von Schloßmann am 2. September 1929 in Mainz gehaltenen Vortrag wieder. Dieser Vortrag fand, namentlich soweit er sich mit der „Krise des Ärztstandes“ befaßte, bereits vielfach in der Literatur Ablehnung, so im „Ärztl. Vereinsblatt“ 1929 Nr. 30 und in den „Ärztlichen Mitteilungen“ 1930 Nr. 8. Auf diesen Teil der Schloßmannschen Schrift einzugehen, reicht unser Raum nicht aus. Wir können uns hier nur kurz mit Schloßmanns Ausführungen über die soziale Hygiene befassen. Schloßmann, der bekannte Düsseldorfer Kinderarzt, der sich um die Gesundheitsfürsorge der Kinder große Verdienste erworben hat, gehört neben Gottstein (siehe oben S. 60) zu den Herausgebern des sechsbändigen „Handbuches der sozialen Hygiene“. Im Vorwort des 1925 erschienenen ersten Bandes betonten die Herausgeber, daß sie auf eine Begriffsbestimmung verzichten, indem sie sich an das 1912 von Grotjahn und Kaup angeblich dargebotene Beispiel hielten, was aber den Tatsachen nicht entspricht, da das von Grotjahn und Kaup veröffentlichte Werk einen Artikel, welcher eigens der Definition gewidmet ist, enthält. Schloßmann empfand nun später offenbar das Bedürfnis nach einer Begriffsdeutung. Aber anstatt daß er sich in der Literatur umsah und prüfte, ob nicht etwa schon eine brauchbare Definition vorliegt, bot er in seinem Vortrage eine eigene Begriffsdeutung; diese lautet: „Für mich ist soziale Hygiene eine Erkenntniswissenschaft, ist eine Gesinnungseinstellung, die auf Grund der Lehre vom Gemeinschaftsleben und der Pathologie des Gemeinschaftslebens entwickelt werden muß. Sie ist nicht etwa, wie jüngst noch die Vertreter der Hygiene an den deutschen Hochschulen gemeint haben, Gesundheitsfürsorge, also ein praktisches, nur etwas in die Verwaltungsfragen hineinspielendes medizinisches Sonderfach, sondern sie ist die Wissenschaft von den Grundlagen, auf die sich die physischen Verhältnisse der menschlichen Gesellschaft zueinander aufbauen, und von den Reibungen und zur Verkümmern in der Entwicklung und zu gegenseitigen Schädigungen führenden Beeinflussungen, die sich aus dem Gemeinschaftsleben oder besser gesagt aus einem ‚Nichtgemeinschaftsleben‘ ergeben.“ Dies hält Schloßmann für eine Klärung des Begriffes „Soziale Hygiene“; wir halten diese Fassung für völlig unbrauchbar und nutzlos. Simplex veri sigillum. Da es schon seit langer Zeit eine einfache, klare Definition der sozialen Hygiene gibt, braucht man nicht das obige neue Gebilde, das Schloßmann, wenn es nicht von ihm stammen würde, sicherlich mit dem von ihm in solchem Falle beliebten Worte „Mißgeburt“ bezeichnen würde.

Die aus 60 Druckseiten bestehende Schrift Flatzecks ist zum größten Teil der „Kritik der Sozialhygiene“ und der „Synthese der Hygiene“ gewidmet; am Schlusse werden kurze Darlegungen über den „Facharzt für Hygiene“ angeschlossen und im Anhang findet man eine Erörterung über die „Dissoziierung von Armut und Krankheit“. Es ist an sich dankenswert, daß Flatzeck sich bemüht, das Wesen der sozialen Hygiene zu ergründen; aber seine Schrift enthält (ganz abgesehen von dem unschönen Fremdwort „Dissoziierung“) viele Irrtümer und Widersprüche, von denen, im Hinblick auf den Raum, hier nur einige beleuchtet werden können. Der Verfasser geht von meiner Begriffsdeutung aus und beschäftigt sich mit ihr auf mehreren Seiten, was für mich gewiß sehr ehrenvoll ist. Aber er greift mich scharf an; ich überlasse es dem Leser, selbst zu beurteilen, ob der Verfasser hierbei im Recht ist. Er führt meine Definition¹⁾ wörtlich an und behauptet, sie besage nichts anderes als etwa: „Soziale Hygiene ist eben soziale Hygiene“. Diese Behauptung des Verfassers muß ich zurückweisen, ebenso die Unterstellung, daß ich „sozial“ gleich „kulturell“ setze. Der Verfasser lehnt meine „Kulturelle Hygiene“ als Sondergebiet entschieden ab; er will aber nicht nur kritisieren, sondern etwas Eigenes, eine Synthese der Hygiene, bieten. Er tritt „rückhaltlos auf die Seite derjenigen, welche schon früher die soziale Hygiene als die Hygiene der Armut, des Pauperismus oder — nicht ganz, aber leidlich zutreffend — als Hygiene des Arbeiterstandes bezeichnet haben“. Die gesundheitlichen Gefahren des Reichtums will er nicht leugnen; aber nicht der Reichtum, sondern „nur der falsche Genuß des Reichtums im besonderen Falle“ übe einen ungünstigen Einfluß auf die Gesundheit des Reichen aus, so daß man sich um die Hygiene der „oberen Zehntausend“, wie ich es für erforderlich halte, nicht zu kümmern brauche. (Im Gegensatz hierzu schreibt er aber auf Seite 58: „Jeder Arzt weiß, daß auch in den Ständen der ‚Gebildeten‘ manches Vorurteil auf dem Gebiete der Gesundheit zu beseitigen gewesen ist.“) Von den obigen Anschauungen ausgehend, gelangt der Verfasser zu folgender Definition: „Die soziale Hygiene ist der Teil der öffentlichen Hygiene, welcher sich mit den nachteiligen Einflüssen dauernder unzureichender wirtschaftlicher Lage auf die Gesundheit befaßt.“ An dieser Deutung freut mich, daß hier, wie bisher nur in meiner Definition, die soziale Hygiene als ein Teil der öffentlichen Hygiene bezeichnet wird, und daß gegenüber dem Oberbegriff (*genus proximum*) als *differentia specifica* die „Einflüsse“ gelten sollen. Aber die Definition der Verfassers schränkt das Gebiet auf die Einflüsse „dauernder unzureichender wirtschaftlicher Lage“ ein. Diese enge Begrenzung ist keineswegs gerechtfertigt und überdies völlig unklar, denn was bedeutet z. B. „dauernd unzureichend“? Und dann spricht der Verfasser von „nachteiligen“ Einflüssen der dauernd unzureichenden wirtschaftlichen Lage. Also gibt es auch günstige Einflüsse dieser Lage, und dann vielleicht auch — umgekehrt — nachteilige Einflüsse des Reichtums? Wie soll aber die Wissenschaft wissen, welche Einflüsse nachteilig und welche ungünstig wirken, wenn sie sich nicht zuvor mit allen Einflüssen befaßt hat? Und wird man nicht erst aus dem Vergleich der Zustände der Armen mit den Verhältnissen der Bemittelten und Reichen die Einwirkungen der „dauernden“ Armut hinreichend beurteilen können? Also wird die soziale Hygiene doch wohl auch die gesundheitlichen Zustände der Bemittelten und Reichen nach Möglichkeit erforschen müssen? Wer diese Fragen prüft, wird das Gedankengebäude Flatzecks völlig zusammenbrechen sehen. Aber wir halten die Schrift Flatzecks trotzdem für das Erzeugnis eines Wahrheitssuchers, der sich bemüht, ein eigenes Urteil zu erlangen; der Verfasser, der u. W. jetzt erstmalig von seinem Sondergebiet, der Tuberkulosefürsorge, aus das Gesamtgebiet der sozialen Hygiene zu beurteilen unternahm, befindet sich noch auf einem falschen Pfade, wird aber vielleicht doch im Laufe der Zeit den richtigen Weg finden.

¹⁾ „Die soziale Hygiene ist der Teil der öffentlichen Hygiene, der sich mit den Einflüssen der sozialen (kulturellen) Umwelt auf die Gesundheitsverhältnisse beschäftigt.“

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. A. Fischer, Karlsruhe
für den Anzeigenteil: A. Meschede, Karlsruhe.

VERLAG C. F. MÜLLER, KARLSRUHE i. B. I.

Wir empfehlen aus unserem Verlag:

Wilhelm Hauffs Werke

Herausgegeben von Otto Henschels. 4 Bände. Mit 6 Abbildungen. Ganzleinen RM. 16.—, Halbleder RM. 28.—, Halbpergament auf Japanpapier mit Goldschm. RM. 34.—

J. P. Hebels Werke

Herausgegeben von Dr. Wilhelm Zentner. 3 Bände. Mit 7 Abbildungen. Halbleinen RM. 12.—, Halbleder RM. 20.50.

J. Gotthelfs Werke

Herausgegeben von Dr. Paul Stegfried-Basel. 9 Bände. Mit 11 Abbildungen. Ganzleinen RM. 36.—

Gottfried Kellers Werke

Herausgegeben von Dr. Gustav Steiner-Basel. 8 Bände. Mit 55 Bildern und Handschriftenproben. Halbleinen RM. 32.—, Halbleder RM. 56.—, Halbpergament auf Japanpapier mit Goldschnitt RM. 68.—

Friedrich Schillers Werke

Herausgegeben von Geheimrat Dr. Rudolf Krauß. 6 Bände. Mit 8 Abbildungen. Ganzleinen RM. 24.—, Halbled. RM. 42.—, Halbpergament auf Japanpapier m. Goldschnitt RM. 51.—

C. F. Meyers Werke

Herausgegeben von Dr. Gustav Steiner-Basel. 4 Bände. Mit 32 zum Teil erstmals veröffentlichten oder seltenen Abbildungen. Leinen RM. 16.—, Halbleder RM. 28.—, Halbpergament auf Japanpapier mit Goldschnitt RM. 34.—

Theodor Seitz: Vom Aufstieg und Niederbruch deutscher Kolonialmacht

Erinnerungen. 3 Bände zusammen Leinen RM. 9.—. Band 1 (Ende 1927 erschienen): Aus dem alten Kamerun. 116 Seiten, 8 Abbildungen und 1 Karte. Leinen RM. 3.40. Band 2 (Ende 1929 erschienen): Die Gouverneursjahre in Kamerun. 119 Seiten, 18 Abbildungen. Leinen RM. 3.80. Band 3 (Ende 1929 erschienen): Die Gouverneursjahre in Südwestafrika. 144 Seiten, 24 Abbildungen. Leinen RM. 4.50.

Karl Bittmann: Werken und Wirken

Erinnerungen aus Industrie und Staatsdienst. 3 Bände. Broschiert RM. 6.—, Halbleinen RM. 9.—. Jeder Band wird einzeln abgegeben.

Vom Album Baden sind erschienen:

Große Ausgabe, 18 Seiten Text, 140 Naturaufnahmen. Begleitwort von Hermann Eris Busse. Broschiert RM. 4.80, gebunden RM. 6.40.

Kleine Ausgabe, 8 Seiten Text, 80 Naturaufnahmen. Geleitet von Hermann Eris Busse. Broschiert RM. 3.60, gebunden RM. 5.—.

Telldruck Baden-Baden und der nördliche Schwarzwald, 30 Naturaufnahmen. Broschiert RM. 1.80.

Hermann Eris Busse: Opfer der Liebe

Ganzleinen RM. 3.50. Sechs Erzählungen: Die Liebe in der Turmgasse, Hanna Falka Untergang, Emanuel, Drei Menschen, Ursula Laublin, Madonna und Maria.

Otto Frommel: Schicksal

Ganzleinen RM. 3.80. Neue Novellen: Mutter, Fieber, Latitia, Ismene, Das Bild, Die gestohlene Orgel, Das Quartett, Florenz.

Otto Frommel: Der Silberfisch

Ganzleinen RM. 4.—. Legenden und Märchen: Die Hochzeit zu Kana, Der Rock des Heiligen, Am Höllentor, Der Silberfisch, Das Märchen vom dummen Pilz und vom weisen Regenwurm, Prinz Tirrebu und Prinzessin Birretu, Das Wasserschloß, Der Vergessener.

Karl Joho: Narrenzweitsagen

Ganzleinen RM. 4.—. Inhalt: Kinderland, Durlacher Buben-geschichten, Aus dem Krieg, Friedliche Geschichten vom Quintus Federlein, Heimatbilder, Erzählungen u. Skizzen.

L. v. Gruben und L. Härtdegen: Ein praktisches Kochbuch (Die Küche des Friedrichstifts)

II, verbesserte Auflage. Ganzleinen RM. 3.50.

Eine auf langjährige Erfahrung gestützte Anleitung in der einfachen und feineren Küche, die das Prinzip verfolgt, selbst bei kleinen Mitteln und möglicher Sparsamkeit eine kräftige und schmackhafte Kost zu bieten. Die Rezepte sind alle erprobt und so einfach zusammengestellt, daß sie selbst der unerfahrenen Hausfrau leicht verständlich sein müssen. Die Zahl der Auflagen spricht für die Güte des Buches.

Elisabeth Schmidt-Pecht: Alte Familienrezepte und solche, die es werden wollen

Halbleinen RM. 2.70.

Diese Familienrezepte sollen kein Universal-Kochbuch darstellen, sondern eine Auswahl bewährter Kochvorschriften, die in dieser Form gewöhnlich in keinem großen Kochbuch enthalten sind. Wer seine Küche unter Beibehaltung des bürgerlichen Charakters abwechslungsreich gestalten und so in gewissem Sinne ohne sonderliche Ausgaben verfeinern möchte, der wird das Büchlein mit Nutzen und Vorteil verwenden.

Als

Ergänzungsschriften

zu den „Sozialhygienischen Mitteilungen“ sind erschienen:

Sozialhygienische Abhandlungen

- Nr. 1. Prinzing, Die zukünftigen Aufgaben der Gesundheitsstatistik.
- Nr. 2. Fischer, Alf., Die Familienversicherung in Baden.
- Nr. 3. Grötljahn, Leitsätze zur sozialen und generativen Hygiene. 4. Auflage.
- Nr. 4. Fischer, Alf., Tuberkulose und soziale Umwelt.
- Nr. 5. Walter, Die Sozialhygiene in ihrem Verhältnis zur Weltanschauung und Ethik.
- Nr. 6. Kossel-Dr. Moses, Geteilte oder ungeteilte Unterrichtszeit?
- Nr. 7. Fischer, Alf., Bilder zur mittelalterlich. Kulturhygiene im Bodenseegebiet.

Preis jedes Heftes RM. 1.—

Verlag C. F. Müller, Karlsruhe

Vitaminreiche Nahrungsmittel

für gesunde und kranke Tage, auf ihren Nährwert geprüft und von allen schädlichen Nebenwirkungen befreit u. gereinigt sowie

Rohkost

in vielseitiger Abwechslung u. anerkannter Güte kaufen Sie am besten und vorteilhaftesten im Spezialgeschäft

Veget. Mittags- und Abendtisch

Marie Krems

Reformhaus Jungbrunnen

Karlsruhe, Herrenstr. 8 / Tel. 6797

Zuckers kohlensäure Bäder
Biox-Sauerstoff-Bäder
Bergmanns-Sauerst.-Bäder
Leitholfs Sauerstoff-Bäder
Silvapsen, Fichtennadel-,
Sauerstoff-Bäder
Tripinat-Bäder, Fichtenn-
Extrakt und Tabletten,
Badesalze, Moorextrakt,
Verbandartikel aller Art,
Desinfektionsmittel usw.

**Drogerie
Wilhelm
Tscherning**
Amalienstraße 19
Telephon 519

Wenden Sie sich

an die in diesem Heft
inserierenden Firmen

Es sind Spezialgeschäfte, die Sie gut bedienen

Drogerie Th. Walz
Jollystr. 17

Badenia-Drogerie

Kaiserstr. 245, Tel. 189

Sämtliche Artikel
zur Krankenpflege
Mineral- u. Heilwässer
Kräftigungs- und
Kindernährmittel

Carl Seifacher

Herrenalb

Ein verschwundenes Zisterziens-
erkloster. Mit 19 Abb. RM. 1,80.

Eine Darstellung des ehem., 1148
gegründeten Zisterzienserklos-
ters Herrenalb im nördlichen
Schwarzwald. In einzelnen an-
schaulichen Zeitbildern wird das
Wesentliche aus der Geschichte
des Klosters geschickt heraus-
gehoben und zusammengefaßt.

VERLAG C. F. MÜLLER
Karlsruhe (Baden)

**Clementinen - Institut
für Krankenpflege
Frankfurt a. M.**

Fernspr.: Zeppelin 54 796,
Adlerfluchtstraße 39.

Wir empfehlen für hier und
auswärts staatlich geprüfte
**Schwestern u. Hebammen-
schwestern, Kranken- und
Wochenpflegerinnen.**

VERLAG C. F. MÜLLER / KARLSRUHE (BADEN)

Grundriß der sozialen Hygiene

Von Dr. med. Alfons Fischer, Arzt in Karlsruhe

Zweite, vollständig neugestaltete und vermehrte Auflage • 480 Seiten
mit 71 Abbildungen und 35 Zeichnungen im Text • In Umschlag
geheftet 24 Reichsmark, in Leinwand gebunden 26 Reichsmark

Die zweite Auflage dieses Buches wurde in zahlreichen deutschen,
schweizerischen, österreichischen, ungarischen und italienischen
Fachblättern auf das günstigste beurteilt. Es wurde als ein glän-
zendes, fesselnd geschriebenes, lehrreiches, vorbildliches
Werk, als das führende Lehrbuch der sozialen Hygiene
bezeichnet und ist 1929 im Verlage des Volkskommissariats für
Gesundheitspflege zu Moskau in russischer Sprache erschienen.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen oder den Verlag

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