

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Sozialhygienische Mitteilungen. 1920-2001 1930

4 (1.11.1930)

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. Die Zukunft der Hygiene. Von Prof. Dr. Karl Kiskalt, Direktor des Hygienischen Instituts der Universität München | 97 |
| 2. Zur Frage der zweckmäßigen Gestaltung der Gesundheitsfürsorge. Von Stadt-Obermedizinalrat Dr. Geißler, Karlsruhe | 103 |
| 3. Alkohol und Vererbung. Von Prof. Dr. Georg Klatt, Detmold | 107 |
| 4. Gesundheitsfürsorge und soziale Versicherung. Von Regierungs- und Medizinalrat Dr. Ickert, Gumbinnen | 110 |
| 5. Die Entwicklung der Deutschen Gesundheitsstatistik im 19. Jahrhundert bis zum Beginn der Reichsmedizinalstatistik. Von Dr. A. Fischer, Karlsruhe | 112 |
| 6. Mitgliederversammlung der Deutschen sozialhygienischen Gesellschaft | 118 |
| 7. Gesundheitsgesetzgebung und -verwaltung | 120 |
| 8. Gesundheitsstatistik | 120 |
| 9. Gesundheitspolitik | 124 |
| 10. Bücher- und Schriftenschau | 127 |

Verlag: C. F. Müller, Karlsruhe i. B.

Carl Roth

Drogerie
Karlsruhe
Herrenstr. 26/28, Tel. 6180/6181

Leistungsfähige Bezugsquelle
von Verbandstoffen.
Desinfekt.-Mitteln usw. für Kran-
kenhäuser und Kliniken.
Prompter 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

empfiehlt sich als

**anerkanntes Spezialgeschäft
für fortschrittliche Ernährung
und Körperpflege**

**Heilkräuter
Pflanzenrohsäfte
Reform-Nähr- u. Kräftigungsmittel
Badezusätze
Verbandstoffe
Verbandkästen**
nach Vorschrift der
Berufsgenossenschaft

Drogerie Adolf Vetter

Zirkel 15 / Telephon 859

THALYSIA

Alleinvertretung:
**Reformhaus
„Alpina“**

O. Hanisch, Inh. Geschw. Krey

Kaiserstraße 32, Haltestelle Kronenstraße ★ Tel. 876
empfiehlt vollwertige Nahrungsmittel für Haus, Wanderung
und Wiedergenesung / Für Diät und Rohkostkuren

Fußgerechtes Reformschuhwerk. Büstenhalter, Leibgurte usw.

Badische Gesellschaft für soziale Hygiene

Geschäftsstelle:
Karlsruhe i. B.,
Herrenstraße 34.

Die Mitglieder erhalten
die „Sozialhygienischen
Mitteilungen“ sowie
alle Druckschriften der
Gesellschaft kostenlos,
die „Sozialhyg.
Abhandlungen“ zu
einem Vorzugspreis.
Jahresbeitrag
für Körperschaften
wenigstens 20 Mk.,
für Einzelpersonen
wenigstens 6 Mk.

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.

November 1930

Heft 4

Die Zukunft der Hygiene *).

Von Professor Dr. Karl Kißkalt, Direktor des Hygienischen Instituts der Universität München.

Die Eröffnung des Hygienemuseums wird stets als Markpunkt dieser Bestrebungen auffallen, denn die hygienische Volksbelehrung hat hiermit endgültig eine Zentrale erhalten. Die Ausstellung in ihrer Fülle und namentlich in ihrer geschickten Darstellung zeigt die großen Fortschritte, die in allen Ländern gemacht worden sind, so daß man fast versucht sein könnte, zu sagen: „Wir haben's herrlich weit gebracht.“ Aber da regt sich doch die Frage: „Was haben wir nicht erreicht?“ und „Ist das, was wir erreicht haben, alles unser Verdienst?“

Wie sollen wir diese Fragen behandeln? Meistens ist es üblich, nicht die häufigsten Krankheiten in das Auge zu fassen, sondern die, die mit den augenblicklichen Mitteln am leichtesten zu bekämpfen sind. Johann Peter Frank hat mehr Seiten über die Unfälle geschrieben, als je ein Hygienehandbuch enthielt. Dann wandte sich das Interesse besonders den Infektionskrankheiten zu. Das ist bequem, aber nicht richtig. Es zeigt nicht, wo man wirklich einsetzen sollte. Eher kann es die Todesursachenstatistik. Nur muß man die sämtlichen Zahlen betrachten. Da sehen wir einen gewaltigen Rückgang der Infektionskrankheiten, wir sehen, daß die schweren Seuchen in immer weitere Länder zurückgedrängt worden sind. Wenn heutzutage in Deutschland das Impfgesetz gelockert werden sollte, so würde es ein gewisser Trost sein, daß Länder, auf die wir bisher wegen ihrer Zivilisation und Gesundheitspflege herabgesehen haben, wie die Türkei oder Rußland, uns nun mit ihrer strengen Gesetzgebung einen Wall gegen das Eindringen der Pocken bilden. Die Rockefellerstiftung baut in der umfang- und segensreichsten Weise den Kampf gegen die Seuchen in die entferntesten Länder aus. Große Sterblichkeitszahlen sind aber noch beim Krebs vorhanden, ebenso bei Lungenentzündung, Bronchitis, ferner den Krankheiten der Kreislauforgane, der Niere.

Wäre aber, wenn hier eine entsprechende Herabsetzung gelungen wäre, die Aufgabe der Hygiene erledigt? In Cholerazeiten denkt man, wie glücklich man wäre, wenn man wenigstens dieses Übel nicht hätte; dann kommen ruhigere Zeiten, und Krankheiten, die nicht zum Tode führen, fallen jetzt mehr auf. Schon ein Schnupfen: Man wundert sich, daß die Therapie nicht weiter ist, man wundert sich noch mehr, daß die Wissenschaft so wenig Erfolge bei der Verhütung hat. Und ist er eine unbedeutende Krankheit? Keiner, der daran denkt, daß vielen dreimal im Winter die Arbeitsfähigkeit um 50–80% herabgesetzt ist, wird dies behaupten wollen. Dazu kommen die viele Menschen in gleicher Weise peinigenden Rheumatismen, ferner Magenverstimmungen, Gallensteine, Nierensteine,

*) Vortrag, gehalten auf der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Volkshygiene, Dresden 1930.

Hämorrhoiden, Rachitis, Gicht, Würmer sind so sehr verbreitet, daß es kaum möglich ist, ein Kind längere Zeit auf das Land zu schicken, ohne fürchten zu müssen, daß es mit Askariden behaftet zurückkommt, die Zahl der wurmbefallenen Menschen in Deutschland beträgt 50—70% der Gesamtbevölkerung. Hautkrankheiten sind sehr häufig; Ungeziefer ungeheuer verbreitet, und wenn statt der Fliegenbekämpfungswoche eine Wanzenbekämpfungswoche angesetzt worden wäre, hätte man hier auf ein viel schlimmeres Übel aufmerksam gemacht. Der Alkoholismus hat trotz der Not der Zeit noch wenig Abnahme gezeigt. Geschlechtskrankheiten sind noch immer stark verbreitet. Migräne und Neurasthenie und Alterskrankheiten bilden eine Pein für zahllose Menschen, und der Arzt, der sich die Lage richtig überlegt, muß sich eigentlich sagen: Sehr viele von meinen Patienten hat mir die Hygiene noch nicht genommen. Sie sehen daraus die Fülle dessen, was zu tun ist, und wenn wir uns fragen: Wie wird wohl eine viel spätere Zeit über das Jahr 1930 urteilen? wird sie es für einen Hochpunkt der Krankheitsbekämpfung ansehen? so muß die Antwort lauten: Nein, es war eine Zeit, wo die allergrößten Plagen aufgehört hatten, wo aber noch ungeheuer viel Krankheiten die Menschen peinigten, und wird vielleicht weiter lauten: Die es jetzt nicht mehr gibt.

Und welche Kritik ist an die gegenwärtigen Hygieneeinrichtungen zu legen? Die Ausstellungen des Städtetages und die einzelnen Städte zeigen schöne Beispiele aller möglichen technisch-hygienischen Einrichtungen. Man sollte meinen, daß alles tadellos in Ordnung ist, aber das, was nicht in Ordnung ist, wird eben auch nicht gezeigt. Zum Beispiel Wasserversorgungsanlagen. Das Jahr 1919 brachte die schwerste Typhusepidemie, die in Deutschland vorgekommen ist, mit einer Erkrankungsziffer von 26^{0/100} (Pforzheim), das Jahr 1926 in Hannover eine ebensolche mit 5^{0/100} Erkrankungsziffer. Die Ursachen gänzlich unzureichende Anlagen. Sollten diese einzig dastehen? Vor kurzem sah ich die Wasserversorgungsanlage eines Luftkurortes, in welche bei Wassermangel — damals war gerade Wassermangel — ein Bach eingeleitet werden kann, und für den Fall, daß die Behörde das merken sollte, fünf Minuten davon, dicht im Walde versteckt, die gleiche Anlage. Es ist nicht selten, daß bei Bränden, und wenn die Feuerwehr eine Übung macht, Teichwasser in die Wasserleitung eingeleitet wird. Dörfer mit Oberflächenwasserversorgung, Quellwasserversorgung, bei denen Abwasser über der Quelfassung versickert, sind keine Seltenheit. Wie schlecht es mit der Meldung der Infektionskrankheiten steht, hat erst kürzlich Knorr auseinandergesetzt. Die Bekämpfung der durch die Milch übertragenen Krankheiten richtete sich bis vor ganz kurzer Zeit ausschließlich nach den Bedürfnissen der Landwirtschaft, so daß der Hygieniker seufzen konnte: „Gott erhalte uns die Viehseuchen“; und der Preis der Milch in Hinblick auf die Sauberkeit richtete sich nach der Käseerzeugbarkeit. Auch gibt es Dinge, die geheimnisvoll verschwinden, z. B. bei den Müllverwertungsanlagen, und andere, die ebenso geheimnisvoll und enorm billig auftauchen. Die Verschmutzung der Luft hat sicher in den letzten Jahrzehnten beträchtlich zugenommen. Bezüglich der Wohnungsfrage konnte man hören, daß die schlimmsten Zustände bald vorbei und der Vorkriegsstand wieder erreicht sei. Wie war dieser Zustand? Gerade er war es, den die Hygieniker in der Vorkriegszeit bekämpft haben. Er war so, daß 40% der Berliner Bevölkerung in Wohnungen hausten, die nicht mehr als ein heizbares Zimmer hatten, und daß sich unter diesen z. B. 12000 Haushalte von je sechs Köpfen, also 72000 Personen befanden. Eine Wohnungszivilisation muß erst noch kommen, dann wird auch das Bestreben nachfolgen, daß die ganze Bevölkerung auf die Wohnung Wert legt und sie liebgewinnt: eine Verinnerlichung der Wohnungshygiene, eine wirkliche Wohnungskultur.

In der Ernährung hat sich die Lage gegen früher am meisten gebessert, wenn allerdings auch hier noch manche Fehler gemacht werden. In der Kleidung ist die ungesunde Zeit der Frauenkleidung augenblicklich überwunden, und man beobachtete in den letzten Jahren eigentlich mehr ein anderes Extrem, Erkältungskrankheiten durch zu leichte Kleidung, denn Schönheit läßt ja bekanntlich nicht frieren, aber Schönheit schützt auch nicht gegen Schnupfen. Die Männerkleidung könnte im Hochsommer zweckmäßiger sein. Die Gewerbehygiene bekommt durch neue Arbeitsmethoden und giftige Substanzen stets neue

Probleme. Der Lärm auf der Straße und im Hause ist eine dauernde Quelle der Neurasthenie und die psychische Hygiene ist auch in dieser Beziehung eine Hauptaufgabe der Gegenwart.

Wenn wir also nach der Zukunft der Hygiene fragen, so lautet die erste Antwort:

Wir haben mit unseren gegenwärtigen Kenntnissen noch recht viel zu tun.

Und dennoch richtet sich der Blick in ein künftiges Land, wo vielleicht all diese Übel nicht mehr existieren. Ist das ein idealer Zustand? Als man anfing, die Krankheiten systematisch zu bekämpfen, kamen Skeptiker, die sagten, daß sie in der Weltordnung lägen, weil sich sonst die Menschen zu stark vermehrten und die Nahrungsmittel nicht mehr ausreichen würden, und so könnte es auch heute Leute geben, die sagen, daß man das Übel nicht ausrotten und es dem Menschen allzu leicht machen solle, denn der Kampf macht stark. Auch die letzten Worte Fausts verheißen ja nicht Behagen, sondern „nicht sicher zwar, doch tätig frei zu wohnen“. Ja, man soll kämpfen und soll damit nicht aufhören, aber nicht mit den kleinsten Schikanen des Lebens. Herakles hat einen Stall mit tausend Rindern ausgemistet, tausend Tage lang einen Stall mit einem Rind auszumisten, wäre ihm wohl zuviel gewesen. Jeder muß sich doch sagen, wie schön wäre das Leben, wenn es keinen Schnupfen, Rheumatismus, Migräne und Ungeziefer mehr gäbe.

Ich komme nun zu den Faktoren, welche die Hygiene fördern, beziehungsweise hemmen. Der erste ist Wissenschaft und Technik. Sie haben in der nächsten Zeit viel zu tun mit dem Krebsproblem: der Ätiologie, der Verhütung dieser Krankheit; ferner dem Seuchenproblem: der Entstehung der Epidemien, an diesen Phänomenen selbst erforscht; dem Einfluß der Rolle der Disposition und Individualität; ferner der Lärmerforschung und Bekämpfung und zahlreichen anderen Problemen. Wie erfüllt die Wissenschaft ihre Aufgabe? Leider sind die in Deutschland hierzu zur Verfügung stehenden Mittel viel zu klein. Die hygienischen Institute sind weder an Raum noch an Personal annähernd dem gewachsen, was die Öffentlichkeit von der Forschung fordert. Das Münchener Hygienische Institut z. B. hat noch die gleiche Größe wie vor 50 Jahren unter Pettenkofer. Es ist um so beschämender, wenn man sieht, was andere Länder auf diesem Gebiete leisten, welche Mittel in den kleinsten Staaten zur Verfügung stehen, wie die Türkei ein Hygienisches Institut baut, das die mehrfache Größe des größten deutschen hat, wie in Budapest, Zagreb, Lyon durch die Rockefellerstiftung hygienische Institute gebaut werden, während Deutschland, das Geburtsland dieses Faches als Wissenschaft, leer ausgeht.

Wenn ich hier auch von hemmenden Faktoren zu sprechen habe, die in der Wissenschaft liegen, so möchte ich sagen, daß sie nicht zu stark theoretisierend, sondern stets fest mit der Praxis verbunden sein muß. Sie würde auch einen Fehler machen, wenn sie ihre Erfolge überschätzen würde. Mehrere Krankheiten sind ganz ohne ihr Zutun zurückgegangen: der Scharlach, zum großen Teil auch die Diphtherie. Der Krankheitsbekämpfung kamen hier teils unbekannt, teils erst später erkannte Glücksfälle zu Hilfe; gegen den Alkoholismus, der bis in das 18. Jahrhundert noch viel verbreiteter gewesen ist als heutzutage, kam damals ein Mittel auf, das wirkte wie keines mehr, nämlich der Kaffee, und in neuester Zeit dürfte auch das Kino hier zu nennen sein. Der Rückgang der Tuberkulose ist sicher ganz besonders durch Besserung der sozialen Lage, insbesondere der Ernährungsverhältnisse, erfolgt, vielleicht im Zusammenhang mit der Verminderung der Kinderzahl in den Familien. Ein Wiederansteigen in den nächsten Jahren, falls mit den Bestrebungen der Senkung der Löhne nicht eine solche der Lebensmittelpreise parallel geht, ist nicht ausgeschlossen. Daher ist es nicht nur Aufgabe der Wissenschaft, Maßnahmen auszudenken, sondern das Entstehende zu sehen und es zu benutzen. *Unda fert nec regitur.*

Auch die bestausgedachtsten Maßnahmen können unangenehme Folgen haben. Die Propaganda für den Sport war ausgezeichnet, um ein körperlich gesundes Geschlecht zu schaffen und insbesondere im Kampf gegen den Alkoholismus, aber zwei Folgen, an die man nicht oder nicht genügend dachte, haben sich gezeigt: das eine ist der Geburtenrückgang, der sicher in engem Zusammenhang damit steht, da die Aufzucht der Kinder von der geliebten Beschäftigung zu sehr abziehen könnte, und das andere ist die Überbewertung der Körperkultur gegenüber der geistigen Beschäftigung. Man ist erstaunt, wie sehr die literarischen Kenntnisse unter der Jugend geschwunden sind und was für einen Tiefstand

der Bildung man oft findet. Es ist charakteristisch, daß in der Hygieneausstellung in einer sonst sehr hübschen Abteilung, wo sinnloser Taumel und sinnvolles Leben gegenübergestellt sind, das sinnvolle Leben nur aus Sport besteht und nicht eine Gruppe abgebildet ist, die sich in unsere Klassiker vertiefte und deren Gestalten beim Lampenschein vor sich aufsteigen sieht. Da muß man doch sagen: Du bist dir nur des einen Triebs bewußt.

Solch unerwartete Vorgänge bei der Bekämpfung von Schäden sind nichts Ungewöhnliches. In der Naturwissenschaft spricht man von einer Störung der Biocönos. Ein Beispiel: In Jamaika hat man in den Zuckerrohrplantagen die Schlangen ausgerottet, dadurch haben die Ratten enorm zugenommen. Zu ihrer Bekämpfung hat man den Mungo eingeführt, der die Ratten stark verminderte, aber auch die Vögel beseitigte. Das ergab eine so starke Zunahme von schädlichen Insekten, daß man zu dem Schlusse kam, daß der Schaden, den man mit dem gesamten Eingriff in die Natur hervorgerufen hat, größer war als der Nutzen. Ich will damit durchaus nicht sagen, daß dies auch der Fall gewesen ist bei den vorher erwähnten Beispielen aus der menschlichen Gesellschaft, aber ich möchte es als Beispiel anführen, warum die Wissenschaft nicht nur Maßnahmen vorschlagen, sondern auch auf das schärfste ihre Wirkungen verfolgen soll. Die experimentelle Wissenschaft untersucht die Wirkung einer Ursache, eines Faktors, und schließt dadurch auf das weitere Geschehen. In der Natur sind unendlich viele Faktoren vorhanden. Wer statistisch arbeitet, weiß, wie er immer weiter nach einzelnen Faktoren zerlegen muß und wie die Betrachtung der Beobachtung und der Statistik eine ganz andere ist als die des Experimentators. Ich habe vorhin bereits den Zusammenhang zwischen Geburtenrückgang und Tuberkuloserückgang erwähnt. Was die Tuberkulose anbelangt, so wissen wir übrigens auch, daß, wenn sie in einem Volk, wo sie gar nicht vorhanden war, auftritt, viel schlimmer verläuft als bei uns, wo sie weit verbreitet ist. Es gibt interessante Probleme, die von der Tuberkulosebekämpfung noch nicht genügend gelöst sind.

Der zweite Faktor, der bei der Förderung der Hygiene in Betracht kommt, ist Publikum und Presse. Ich kann sie gemeinsam nennen, wegen ihrer gegenseitigen Abhängigkeit. Die Aufnahme der Hygiene unter allen ist außerordentlich verständnisvoll, und das ist einer der größten Fortschritte, die die Hygiene in den letzten Jahrzehnten zu verzeichnen hat. Wie es früher war, davon bekommt der einen Begriff, der Akten aus der Zeit Pettenkofers durchsieht. Es ist auch noch nicht lange her, daß Schloßmann vor einer Sitzung von Molkereifachleuten den Vorschlag machte, daß der Melker sich vor dem Melken die Hände waschen solle; es wurde ihm von einer Seite erwidert: „Der Herr Professor wird nächstens verlangen, daß der Melker in Frack und weißer Binde antritt.“ Noch im Jahre 1901 bezeichnete nach den Wiener Laboratoriumspestfällen ein Stadtverordneter die Bazillen als merkwürdigen Humbug, an den man doch nicht glauben solle. Allerdings ist auch heute noch sehr viel an Hygieneaufklärung notwendig. Ich denke sie mir nicht so, daß jeder Mensch in Hygiene durchgebildet sein und dazu Vorträge hören sollte, sondern die systematische Hygienevolksbelehrung sollte nur dazu dienen, einen festen Stamm von hygienisch gebildeten Laien zu schaffen, an den man im geeigneten Moment immer herantreten kann. Die allgemeinen Begriffe müssen allerdings alle kennen; sie müssen das ganze Volk durchdringen, das ganze Handeln muß danach unwillkürlich eingerichtet sein, es muß zu einer Verinnerlichung der Hygiene kommen, die ebenso weit entfernt ist von Angstzuständen — wovon schließlich am meisten der Fabrikant hat, der jedem Gegenstand das Wort „desinfizierend“ aufdruckt — wie von der vielfach verbreiteten Vertrauensseligkeit, namentlich auf die Polizei. Vor zwei Jahren sah ich in einer großen Seebadeanstalt den Abwasserkanal des Hotels in der Mitte des Badestrandes einmünden, woran niemand Anstoß nahm. In diesem Jahre war ich an einem Tiroler Ort, an einem schönen See gelegen, bei dem ebenfalls ein Bach in die Mitte des Badestrandes mündet, der die Abwässer der halben Ortschaft aufnimmt. Personen, die ich sprach, trösteten sich damit, daß dies doch nicht schädlich sein könnte, denn sonst würde es die Polizei verbieten. Auf der Elektrischen kann man fast bei jeder Fahrt jemand sehen, der rücksichtslos geradeaus hustet, und was ein so ekelhaftes Benehmen in Grippeepidemien bedeutet, weiß jeder. Aber man sieht daraus auch wieder, daß einfach durch Reinlichkeit, ohne daß man sich über die

Bazillen Gedanken macht, der Zustand sich verbessern muß; gradeso, wie die Pest im Mittelalter wohl hauptsächlich geschwunden ist durch das Verbot der Schweinehaltung und die dadurch bedingte Abnahme der Ratten; wie auch die falsche Theorie von der Notwendigkeit der Reinhaltung des Bodens zwecks Verhinderung des Typhus diesen enorm vermindert hat, aber auf anderem Wege, als man zuerst annahm.

Der dritte Faktor zur Förderung der Hygiene sind Behörden und Parlamente. Oft zeigen sie ein schönes Interesse für die notwendigen Fragen und Maßnahmen. Manchmal erscheint es allerdings fast zu weitgehend. Es liegt in der Natur des Menschen, daß derjenige, der etwas durchsetzen will, es nach Möglichkeit selbst an die Hand nehmen will. Ist er tüchtig, so geht die Sache; es fragt sich nur, wie es unter seinen Nachfolgern wird. Eine weitgehende Klage in der Hygiene ist die, daß vieles zu sehr nach einem Schema behandelt wird. Es werden „Grundsätze“ aufgestellt, nach denen treu und brav gehandelt wird. Es werden vorgeschriebene Formulare ausgefüllt, während man in der Medizin heutzutage gerade auf die Individualität achtet. Durch das Standardisieren der Untersuchungsmethoden will man einen Vergleich der Ergebnisse erleichtern; es hat aber bei den vielen, die nur die achtstündige Bürozeit in den Laboratorien kennen, die Folge, daß es jeden Rest von wissenschaftlichem Streben unterdrückt, denn wenn die Untersuchung so ausgeführt ist, dann hat der Untersucher seine Pflicht getan, und mehr braucht er wohl nicht. Ein typisches Beispiel ist die Behandlung des trichinenhaltigen Bärenschinkens in Stuttgart. — Der vorgesetzten Behörde oder dem Parlament muß der Erfolg vorgezeigt werden, und oft kommt dann das heraus, was Friedberger „dekorative Hygiene“ nennt. Die Fortschritte der Wissenschaft erscheinen manchmal unangenehm, wenn die Medizinalbeamten nicht mehr wissen, „was sie nun denken sollen“. Man hat sogar schon versucht, die Universitätsinstitute, von denen doch die Forschung ausgegangen ist, nach Möglichkeit von der Hygienepraxis auszuschließen, weil dafür ein anderes Ministerium zuständig ist. Auch in der Volksbelehrung darf keinerlei Bürokratie eintreten. Wenn derjenige, dem sie amtlich zukommt, gerade dafür weniger, für andere Sachen vielleicht um so mehr talentiert ist, so soll man die Mittel eben demjenigen zukommen lassen, der sich der Sache mit Lust und Liebe und Interesse widmen will. Hier wie dort ist das Bürokratisieren außerordentlich schädlich.

In gleicher Weise ist das Bürokratisieren in der Sozialhygiene zu beurteilen. Es ist schon seit einigen Jahren die Klage, daß heutzutage „Fälle“ vorhanden sind, deren Existenzminimum festzustellen ist, statt körperlich und seelisch bedrohter Menschen. Das Vertrauen nimmt ab, das Verlangen nach Unterstützung zu. Die Besuche der Fürsorgerinnen vermindern sich, die schriftlichen Berichte an die vorgesetzte Behörde wachsen. So wird auch hier mit Recht gefordert, daß die Fürsorge vertieft wird und daß die Arbeit nicht im Brauch erstarrt, sondern zu freier Kunst gestaltet werden muß (Fels). Auch hier also wieder die Forderung nach einer starken Individualität und persönlicher Initiative. Denn große Gedanken kommen aus dem Herzen, nicht aus dem Schema. —

Wir sehen das Ziel der Hygiene, wir sehen auch den Weg, und das ist noch wichtiger. Vor hundert Jahren war es noch anders, da galt den meisten das Ziel als Utopie, und an einen Weg dachten nur ganz wenige. Wird nun das Ziel erreicht, wenn Wissenschaft, Technik, Publikum, Behörde zusammenarbeiten? Geht der Weg immer aufwärts?

Da fragen wir rückblickend: „Ging der Weg der Menschheit immer aufwärts?“ Das Römische Reich zeigte technisch bereits eine hohe Blüte. Soziale Gedanken erhielt es durch das Christentum. Dann kam eine Periode, in der die Wissenschaft aufhörte und so vollständig vergessen wurde, daß man die Werke römischer Schriftsteller aus dem Arabischen rückübersetzte. Für die Ursache hielt man lange Zeit den Einfall der Feinde von Norden und Osten. Kämpfe gab es aber auch früher dort, doch die Feinde wurden abgeschlagen. Warum später nicht mehr? Einfach deshalb, weil keine Menschen mehr da waren. Ein Beispiel: Rom hatte in seiner Hochblüte etwa zweieinhalb Millionen Einwohner, Anfang des 3. Jahrhunderts kaum eine Million, unter Severus 600 000. Die Straßen wurden menschenleer, die Häuser vielfach unbewohnt und stürzten zusammen. Unter Constantin waren es 2—300 000, und nach der Völkerwanderung hatte es die Einwohnerzahl einer kleinen Stadt.

Und anderseits, für Berlin hat man ausgerechnet, daß, wenn es sich selbst überlassen bliebe, es im Jahre 2075 noch 90000 Einwohner hätte. Auch der Zuzug vom Lande, der bis jetzt ausgeholfen hat, dürfte bald aufhören, denn die Fruchtbarkeit der Landbevölkerung ist in 13 Jahren um 28% gesunken.

Da bieten sich zwei Möglichkeiten. Die eine ist Zuzug von anderen Völkern. Sie liegt so nahe, daß sie bereits in einem Roman behandelt ist: bei Heyck („Deutschland ohne Deutsche“) wandern zuerst Italiener, dann Neger ein. Eine solche Zuwanderung ersetzte auch im alten Rom die einheimische Bevölkerung und hörte auf, als der Orient billiger produzierte. Sie wird bei uns möglich sein, solange die Bodenschätze ausreichen. Aber wünschenswert ist sie natürlich nicht, und schon deshalb müssen wir dem Bevölkerungsdruck von außen durch eine gewisse Übervölkerung begegnen.

Die zweite Möglichkeit ist die, daß kein Zuzug aus anderen Ländern eintritt, daß man sich abschließt, etwa wie es die Vereinigten Staaten und besonders Australien machen. Dann hätten unsere Nachkommen zunächst das Gefühl der Erben; sie hätten z. B. nicht nötig, Geld für die Vergrößerung technischer Anlagen auszugeben. Die Arbeitslosigkeit könnte sich vermindern, denn es wären weniger Produzenten. Sicher ist das nicht, denn es wären ja auch weniger Konsumenten. Eine bestimmte Menschenzahl ist nötig, und wir werden bald darunter sein. Es könnte dann der Zustand eintreten, daß auf eine Nachfrage die Antwort erfolgt: „Das gibt es nicht mehr, das rentiert nicht mehr, das ist nicht notwendig.“ Im Altertum zerfielen ja auch die Wasserleitungen und die Kanäle, und der Mensch ist unter Umständen sehr genügsam; vielleicht ist es die Qualität von Menschen noch mehr, die dann leben wird. Man denke daran, mit welchem Erfolge jetzt in Indien die Bedürfnislosigkeit gepredigt wird! Wohnungen können wohl genug vorhanden sein, aber unbewohnte Häuserblocks können leicht in einer entvölkerten Stadt zu Räuberhöhlen werden. Wenige Jahrhunderte nach der Hochblüte war die Unsicherheit in Rom so groß, daß niemand ohne Waffe auf die Straße gehen konnte. Ob man dann auch noch an Fortschritte der Hygiene denken wird?

Dazu kommt eine vermehrte Seuchengefahr. Es ist merkwürdig, daß wir jetzt trotz der großen Bevölkerungszahl wenig Typhus, Scharlach usw. haben. Wir haben auch in den letzten Jahren den Erfolg der Durchseuchung einer großen Bevölkerung mit lebhaftem Verkehr (Feiung) kennengelernt. Umgekehrt haben gerade mit Abnahme der Bevölkerung des Römischen Reiches die Seuchen außerordentlich zugenommen; ich erinnere nur an die Pest des Justinian und die damals aufkommenden Pockenepidemien. Die Verminderung der Bevölkerung während des Schwarzen Todes hat schwere Hungersnöte hervorgerufen. Verödete Stadtteile sind eine Brutstätte von Ratten, die für Verseuchung sehr wichtig sind. Insgesamt dürfen wir wohl nicht sagen, daß wir sicher sind, daß später die niedrigsten Krankheiten nicht wieder auftauchen können. Daher wäre es dringend wünschenswert, einmal zusammenstellen zu lassen, welche Volkszahl die günstigste ist von den verschiedensten Gesichtspunkten aus: dem außenpolitischen, dem wirtschaftlichen, dem hygienischen; und auf alle Folgen der Entwicklung ein wachsames Auge zu haben.

Namentlich was die Qualität anlangt. Warum erscheint uns der erwähnte Zuzug und der östliche unerwünscht? Weil wir ihn vielfach für minderwertig halten. Auch bei uns aber gibt es viel Minderwertige, und es ist kein Grund zur Annahme, daß sie abnehmen, im Gegenteil zeigen manche Untersuchungen: sie nehmen zu. Besonders wenn der Geburtenrückgang in der Weise erfolgt, daß gerade die hohen Stände, die mehr Begabte in sich schließen, sich kaum noch vermehren, ist diese Gefahr sehr groß. Ein Schlaglicht wirft darauf auch die Tatsache, daß Schwachsinnige besonders zahlreiche Geschwister haben. Dies wird den Verfall der Zivilisation noch viel mehr vermehren als der Geburtenrückgang an sich.

Ich komme zum Schluß. Vieles ist noch zu tun durch Verwendung der bereits vorhandenen wissenschaftlichen und technischen Grundlagen. Viele Aufgaben hat die Wissenschaft in der Krankheitsverhütung, die noch kaum in Angriff genommen sind. Eine Verinnerlichung der Lehre der Hygiene ist zu wünschen und Freiheit von bürokratischer Bevormundung derer, die zum Schaffen imstande sind. Wenn Sie aber fragen, was ist das

wichtigste, so ist es meines Erachtens das, daß dem Verfall der Fortpflanzung des Volkes entgegengetreten wird. Viele Vorschläge sind gemacht worden. Sie sind noch nicht fruchtbar, da die Theoretiker noch über ihre Auswirkung streiten. In der letzten Zeit ist eine gewisse Annäherung zu bemerken und die Tatsache, daß heutzutage die einzelnen sozialen Schichten keine wesentlichen Unterschiede in der Geburtenzahl mehr zeigen, läßt hoffen, daß eine Einigung jetzt leichter eintreten kann. Sicher wird nicht sofort das allein Richtige getroffen und man wird die ersten Maßnahmen wohl hier und dort abändern müssen, aber dringend notwendig ist, daß auch in Deutschland überhaupt damit begonnen wird.

Am Anfang war die Tat.

Zur Frage der zweckmäßigen Gestaltung der Gesundheitsfürsorge*).

Von Stadt-Obermedizinalrat Dr. Geißler, Karlsruhe.

Trotz der schwierigen Verhältnisse, in denen unser Volk sich zurzeit befindet, muß die Gesundheitsfürsorge danach streben, weitere Fortschritte zu erzielen. Dies ist nur dadurch möglich, daß wir sehen, wie man mit den beschränkten Mitteln, die uns noch zur Verfügung stehen, Besseres leisten kann als bisher. Wer in der praktischen Gesundheitsfürsorgearbeit steht, weiß ganz genau, daß vieles noch unvollkommen ist, und daß Verbesserungen auch ohne Vermehrung des geldlichen Aufwandes möglich sind.

Die Ärzte haben die Gestaltung der Gesundheitsfürsorge nur zum geringen Teil selbst in Händen. Über alles Grundsätzliche entscheiden die Geld gebenden Stellen. Daß die Zusammenarbeit dieser Stellen mit den sachverständigen Fachleuten aber vielfach noch nicht so ist, wie es im Interesse der Sache notwendig wäre, darauf hat Stade kürzlich im Deutschen Ärzteblatt hingewiesen. Die Gesundheitsfürsorge wird sogar da und dort auch heute noch nur als notwendiges Übel angesehen, offenbar deswegen, weil sie scheinbar nur Geld kostet, und die Werte, die sie schafft, nicht in klingender Münze abgezählt werden können.

Aus diesen Umständen erwächst für die Fürsorgeärzte die Notwendigkeit, nicht in der abwartenden Haltung zu verharren, bis sie vielleicht gutachtlich gehört werden oder nicht. Sie müssen vielmehr aus eigener Initiative die aus ihrer ständigen praktischen Tätigkeit jeweils sich ergebenden Forderungen den maßgebenden Stellen zur Kenntnis bringen und daran arbeiten, daß sie verwirklicht werden. Wenn sie dies tun, erfüllen sie nur die von Schroeder der Ärzteschaft zugesprochene Aufgabe, aus ihrer bisherigen passiven Rolle herauszutreten und zum aktiven Träger der Gesundheitspolitik zu werden.

Es soll hier erörtert werden, wie dies zu ermöglichen ist.

Wenn die Fürsorgeärzte Einfluß auf die Gestaltung der Gesundheitsfürsorge gewinnen wollen, so geht der Weg dazu über den Erfolgsnachweis. Die objektive Erfolgsprüfung ist das Beweismittel, dem sich niemand widersetzen kann. Alle subjektiven, nur für einzelne beweiskräftigen Urteile müssen dabei vermieden werden. Daher muß der nächste Schritt der sein, alle fürsorgeärztlichen Maßnahmen auf ihre Wirksamkeit hin nachzuprüfen, solche, die wohl theoretisch günstig sind, aber praktisch noch nicht hinreichend erprobt, muß man vorläufig ausschalten. Nur das darf vertreten werden, was wirklich nachweisbar Gutes leistet.

Wie kommt man nun zum objektiven Erfolgsnachweis? Unter den heutigen schwierigen Verhältnissen, da dem einzelnen Hilfskräfte und Zeit fehlen, um die Aufgabe allein zu erledigen, müssen wir eine zweckmäßige Zusammenarbeit organisieren. Zu diesem Ende wird vorgeschlagen, in den Vereinen der Fürsorgeärzte besondere Ausschüsse zu bilden. Diese sollen die planmäßige Erfolgsprüfung ins Werk setzen. Dabei werden sie zweckmäßig so vorgehen, daß sie die Aufgabe zerlegen und jeder Stelle irgendein kleines Teilgebiet zur Bearbeitung zuweisen. Solche Erfolgsprüfungsausschüsse würden aller Voraussicht nach

*) Vortrag, gehalten bei der Tagung der badischen Schul- und Fürsorgeärzte zu Freiburg i. Br. am 11. Oktober 1930.

auch die Mitarbeit der medizinischen Fakultäten der Universitäten gewinnen können; denn das Problem des Erfolgswachweises in der Gesundheitsfürsorge ist heute nicht nur von örtlicher und praktischer Bedeutung, sondern von größtem wissenschaftlichen Interesse.

Ein besonders geeignetes Mittel, um zum Erfolgswachweis zu kommen, ist die Schaffung von Versuchsstellen. Der Gedanke der experimentellen Gesundheitsfürsorge ist erstmals von Coerper (Köln) ausgesprochen worden. Von einigen anderen Fürsorgeärzten aber war er schon vorher in die Tat umgesetzt. Wie auf allen biologischen Forschungsgebieten, so kommen wir auch auf dem der Gesundheitsfürsorge nur vorwärts, wenn wir systematische Versuche machen und objektiv prüfen, was bei den einzelnen Maßnahmen herauskommt. Wir müssen dabei jeweils auch Gegenversuche laufen lassen, um zeitliche und örtliche Vergleichsmöglichkeiten zu haben. Wie würde die ganze Arbeit gehoben und die Stellung der Fürsorgeärzte gefestigt werden, wenn wir auf allen Fürsorgezweigen so voringen.

Vereinzel ist schon manches auf diesem Gebiete geleistet worden. So haben z. B. Paull, Eisenlohr und Lang von den Schularztstellen Karlsruhe und Pforzheim umfangreiche und zuverlässige Statistiken über Erfolge der vorbeugenden Kropfbehandlung veröffentlicht. Stephani, Stephan und Linke haben die Erfolge von Erholungskuren bearbeitet. Auf dem Gebiete der Säuglingsfürsorge hat der Landesverband — ich verweise auf Arbeiten von Lust, Kappes und Schwörer — wertvolle Erfolgswachweise erbracht. In der Krebsbekämpfung wird zurzeit von Weiß (Karlsruhe) und anderen der Versuch gemacht, durch systematische Strahlenbehandlung vorwärts zu kommen. Es wird sich bald zeigen, welche Erfolge hierdurch zu erzielen sind. Wenn endlich der Landesverband zur Bekämpfung der Tuberkulose seit zwei Jahren bestrebt ist, durch regelmäßige Röntgenuntersuchungen der Jugendlichen aus tuberkulosegefährdeten Familien die Früherfassung beginnender Tuberkulosefälle zu verbessern, so ist auch dies als ein sehr beachtenswerter, groß angelegter Versuch zu bewerten. Die Versuchsgebiete dürften aber im allgemeinen nicht zu groß sein, weil sonst infolge der unvermeidbaren Verschiedenheit der Beurteilung des Urmaterials die Ergebnisse nicht genügend nachprüfbar werden. Man wird sich zweckmäßiger jeweils auf einzelne Orte oder kleinere Bezirke beschränken.

Brennende Fragen, die durch solche Versuche gelöst werden könnten, wären z. B., ob die Erholungsfürsorge bei Asthenikern, die sonst nicht kränklich sind, etwas erreicht oder nicht. Man müßte allmählich dahin kommen, genau sagen zu können, bei welchen gesundheitlichen Fehlern und Schäden Erholungskuren absolut angezeigt sind. Ähnliche, noch nicht bearbeitete Fragen wären, ob und wie weit in der Tuberkulosefürsorge durch abwechselnd stationäre und ambulante Absonderung der Offentuberkulösen wirklich Neuerkrankungen eingespart werden können, ob Hustendisziplin im Sinne Sells wirksam ist. Bei der Kinderverschickung müßte geprüft werden, ob durch planmäßige Untersuchung der Rachenabstriche vor der Entsendung wirklich Epidemien in den Heimen vorgebeugt werden kann, in der Trinkerfürsorge, ob durch Sport, wie von Aigner (Freiburg) auf Grund von Einzelerfahrungen neuerdings angegeben wird, eine dauernde Besserung der Süchtigen erzielt werden kann u. dgl.

Es wäre eine wertvolle Frucht der Notjahre, durch die wir jetzt hindurchgehen müssen, wenn man, anstatt nach dem alten Schema weiter zu arbeiten, da und dort solche Versuche durchführte, um nachher mit um so größerer Wirksamkeit unter richtigem Kräfteinsatz weit Besseres leisten zu können.

Um solche Versuchsarbeit zu ermöglichen, wäre im übrigen nicht Uniformierung, sondern Vielgestaltigkeit der Fürsorgearbeit auch heute noch zu erstreben. Diesen Gedanken hat früher Harms (Mannheim) lebhaft vertreten. Man ist inzwischen vielfach andere Wege gegangen und hat für einzelne Fachgebiete der Gesundheitsfürsorge einheitliche bürokratische Systeme für das ganze Land ausgebaut. Damit wird aber leicht der Einzelwille, das Einzelstreben mehr oder minder ausgeschaltet. Professor Fraenkel (Heidelberg) hat vor nicht langer Zeit nachdrücklich auf diese Gefahr hingewiesen.

Demgegenüber möchten wir die Forderung aufstellen, daß die Gesundheitsfürsorge bei den Landeszentralstellen nur lose, durch allgemeine Richtlinien, örtlich dagegen straffer zusammengefaßt sein sollte — dezentralisierte Einheitsfürsorge —. Wir erachten

diese Art der Organisation für notwendig um der Freiheit und Aktivität und Lebensnähe halber. Man ist heute auch schon wieder so weit, daß man die scharfe Aufteilung der Gesundheitsfürsorge nach Fachgebieten abzulehnen beginnt und einem planmäßigen Zusammen- und ineinanderarbeiten der verschiedenen Fürsorgezweige das Wort redet. Die Reichsrichtlinien für Arbeitsgemeinschaften in der Gesundheitsfürsorge sind ein Schritt in dieser Richtung. Man hat erkannt, daß es auf die Dauer unhaltbar ist, wenn eine Stelle z. B. die Tuberkulose bekämpfen will, ohne sich um den Keuchhusten und die Masern, die Schrittmacher der Tuberkulose, kümmern zu können, oder wenn der Schularzt die asthenischen Kinder in die Erholungsheime schickt, ohne die tuberkulosegefährdeten zu erfassen und intensiv zu befürsorgen. Unerträglich scheint uns allmählich auch der Zustand, daß dieselben Familien öfters gleichzeitig von mehreren Fürsorgestellten betreut werden müssen. Ebenso wenig sollte es vorkommen, daß, von besonderen Fällen allenfalls abgesehen, der Vertrauensarzt der einen Stelle den Antrag des Fürsorgearztes der anderen Stelle oberbegutachtet.

Damit kommen wir zu dem für unsere Fragestellung sehr bedeutsamen Problem der verwaltungsmäßigen Organisationen der Gesundheitsfürsorge. Wir machen die interessante Beobachtung, daß trotz der schwierigen finanziellen Lage immer mehr Städte, besonders in Norddeutschland, der Verzettlung der Gesundheitsfürsorge ein Ende machen und diese in Gesundheitsämtern unter ärztliche Leitung zusammenfassen.

In der letzten Zeit haben z. B. Leipzig und Hannover diese Umstellung vorgenommen. Es liegt den Selbstverwaltungskörpern offenbar viel daran, auch das Verwaltungsgebiet der Gesundheitsfürsorge, das sie in den letzten zehn Jahren in immer größerem Umfange schrittweise übernommen haben, nunmehr möglichst einheitlich und planvoll bearbeitet zu wissen. Vom fürsorgeärztlichen Standpunkt aus können wir diese Entwicklung nur begrüßen. Wo Gesundheitsämter geschaffen sind, ergibt es sich von selbst, daß bei allen Entscheidungen, welche gesundheitsfürsorgliche und sozialhygienische Belange betreffen, jeweils der Leiter der Gesundheitsfürsorge als sachverständiger Berater zugezogen wird.

Die Zusammenfassung der Gesundheitsfürsorge in Gesundheitsämtern entspricht im übrigen dem Wunschbilde einer praktisch eingestellten Verwaltung. Zunächst wird dadurch erreicht, daß der leitende Beamte des Gesundheitswesens wie bei den übrigen technischen Ämtern, Bauämtern, Schulämtern usw., ein Fachmann ist, der in vielen Fällen auf Grund eigener Erfahrungen und Kenntnisse zweckmäßiger handeln kann als ein Verwaltungsbeamter und nicht ausschließlich auf das Urteil von Mitarbeitern angewiesen ist. Sodann wird eine alte Forderung der Ärzteschaft erfüllt, die auch der Ansicht der Mehrheit der Bevölkerung entspricht. Drittens wird durch die Zusammenfassung der Gesundheitsfürsorge erreicht, daß die einzelnen Stellen nicht mehr teilweise aneinander vorbeiarbeiten, was bei der uneinheitlichen Entwicklung der verschiedenen Sonderfürsorgegebiete nicht immer ganz zu vermeiden war. Endlich wird die Verwaltung vereinfacht, die Leistungen aber gesteigert. Daß in großen Städten einzelne Sondergebiete durch Fachfürsorgeärzte vertreten werden, läßt sich auch im Rahmen des Gesundheitsamtes in der Regel ohne Schwierigkeiten durchführen. Höchstleistungen auf dem gesamten Gebiet der Gesundheitsfürsorge lassen sich auf alle Fälle nur dann erreichen, wenn die Leitung in der Hand eines Arztes liegt, der es versteht, die Arbeit geschickt zu organisieren. Auch seinem Willen werden allerdings immer durch die finanziellen Verhältnisse Grenzen gesetzt werden.

Unter ländlichen Verhältnissen oder in der kleineren Stadt wird der Fürsorgearzt, wenn die Organisation einigermaßen umfassend ist und nicht nur einzelne Teilgebiete der Gesundheitsfürsorge herausgreift, ohne weiteres die gesamte Gesundheitsfürsorge in die Hand bekommen. Auch hier muß ihm von der Verwaltungsbehörde eine ähnliche Stellung eingeräumt werden, wie wir sie für den Leiter des Gesundheitsamtes in der größeren Stadt gefordert haben. Vielfach ist der Bezirksarzt gleichzeitig der ärztliche Mitarbeiter des Bezirksfürsorgeverbandes. Wenn er für die Gesundheitsfürsorge ein Interesse hat, ist dies eine recht gute Regelung. Da wo ein Fürsorgearzt und der Bezirksarzt nebeneinander tätig sind, muß dafür gesorgt werden, daß eine harmonische Zusammenarbeit erzielt wird. Dies dürfte

bei beiderseitigem guten Willen auch unter den jetzt geltenden Verwaltungsbestimmungen überall zu erreichen sein. Die wenigen Punkte, in denen sich die Arbeitsgebiete berühren oder überschneiden, z. B. in der Durchführung der Seuchenbekämpfung, in der gesundheitlichen Schulaufsicht, in der Begutachtung von Fürsorgefällen, lassen sich auch ohne Eingreifen der Regierung örtlich regeln. Dies liegt im gemeinsamen Interesse beider Stellen, denn schon die Möglichkeit eines Gegeneinanderarbeitens würde die Wertschätzung der ärztlichen Tätigkeit bei den Behörden stark beeinträchtigen.

Wenn so dem Gesundheitsfürsorgearzt in der Verwaltung eine richtige Stellung eingeräumt wird, insbesondere dann, wenn ihm nach norddeutschem Vorbilde die Möglichkeit gegeben wird, die Belange der öffentlichen Gesundheitsfürsorge und Hygiene vor den Körperschaften selbst zu vertreten, dann wird es ihm am ehesten möglich sein, all das zu erreichen, was im Interesse einer gedeihlichen Entwicklung unserer Arbeit notwendig ist.

Es bleibt uns übrig, noch die Frage zu besprechen, auf welche Weise, durch welche Taktik die Fürsorgeärzte nicht einzeln, sondern in ihrer Gesamtheit als Fachgruppe, die Träger der Gesundheitsfürsorge für ihre Ideen und Bestrebungen gewinnen können.

Dazu folgendes: Wenn die Ergebnisse systematischer Erfolgspüfungen vorliegen, dann dürfte es nicht allzu schwer sein, damit an die Behörden heranzukommen. Die Werbearbeit muß aber organisiert werden. Die Vereinigungen der Fürsorgeärzte müssen die für nötig erachteten Verbesserungen entweder unmittelbar bei den zuständigen Stellen unter eingehender Begründung beantragen, oder sich dazu der Mithilfe anderer Organisationen bedienen. Ich weise darauf hin, daß die Vereinigung der Badischen Schul- und Fürsorgeärzte mit ihren Anträgen betr. die Bekämpfung der Tuberkulose unter der Lehrerschaft in Baden einen vollen Erfolg erzielt hat, vielleicht deswegen, weil gleichzeitig von seiten der Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene entsprechende Anträge beim Ministerium eingingen. Die Mitarbeit der Vereinigungen sollte jedem Mitgliede, jeder einzelnen Stelle auf Wunsch zur Verfügung stehen und ihm u. U. auch bei der Regelung örtlicher Fragen an die Hand gehen können.

Sodann müssen die Fürsorgeärzte Fühlung bekommen mit den in der Gesundheitsfürsorge tätigen Landesverbänden, mit den Krankenkassen- und Kassenverbänden, mit der Landesversicherungsanstalt, mit den Verbänden der Städte, Gemeinden und Kreise, mit der ärztlichen Landeszentrale und insbesondere auch mit der Ärztekammer. Vertreter der Fürsorgeärzte sollten in die zu schaffenden Landesarbeitsgemeinschaften für Gesundheitsfürsorge als stimmberechtigte Mitglieder hineinkommen, ebenso müssen sie in den örtlichen und Bezirksorganisationen Sitz und Stimme haben. Um eine gedeihliche Zusammenarbeit zwischen prakt. Arzt und Fürsorgearzt zu erreichen, auf deren Notwendigkeit erst kürzlich Pflüger (Freiburg) wieder nachdrücklich hingewiesen hat, ist auch dafür zu sorgen, daß Vertreter der Fürsorgeärzte in die Ärztekammer gewählt werden und dort ihre besonderen Angelegenheiten vertreten. Einzelne dieser Forderungen sind da und dort schon erfüllt.

Zur Fortbildung auf dem Gebiete der Gesundheitsfürsorge und zur Beratung über örtliche Angelegenheiten werden zweckmäßig Arbeitsgemeinschaften der Fürsorge- und Amtsärzte, wie wir sie in Baden bereits in Mannheim und Karlsruhe haben, geschaffen. Diese Arbeitsgemeinschaften ermöglichen einen Austausch der Erfahrungen und verbürgen bessere Zusammenarbeit. Auch sie können gelegentlich mit Anträgen an Behörden herantreten. Endlich wird es zur Erreichung der Ziele der Gesundheitsfürsorge zweckmäßig sein, wenn möglichst viele Fürsorgeärzte bei Fürsorgevereinen, karitativen Verbänden, Sportvereinen, auch in politischen Parteien und sonstigen Organisationen Mitglieder sind. Auf diese Weise wird es ihnen am ehesten möglich sein, ihre Auffassungen bei den maßgebenden Persönlichkeiten zu vertreten und immer wieder für die große Idee der vorbeugenden Gesundheitsfürsorge zu werben.

Eines aber muß man bei allen Verbesserungsvorschlägen stets vor Augen haben — Beusch, der soeben gewählte erste Dezernent des Gesundheitswesens der Stadt Leipzig, hat in kluger Weise darauf hingewiesen —, daß für jede geordnete Verwaltung die Tradition eine wichtige Angelegenheit ist. Diejenigen Verwaltungen, welche die Annehmlichkeit überlieferter Einrichtungen besitzen, werden, geleitet durch ihre Erfah-

rungen, die erhaltende Kraft der Tradition nicht ausschalten, sondern das Vorhandene sich organisch entwickeln und entfalten lassen. Alle etwaigen Anträge müssen dies berücksichtigen. Denn man kann wohl sagen, daß diejenige schöpferische Kraft am erfolgreichsten war, die es verstanden hat, ihr Werk zur Tradition werden zu lassen, und alles Neue muß so eingerichtet werden, daß es zur Tradition wird.

Alkohol und Vererbung.

Von Professor Dr. Georg Klatt (Detmold).

Daß die durch den Alkohol hervorgerufenen Schädigungen nicht auf den Trinkenden beschränkt bleiben, sondern sich auch auf die Nachkommen, zum mindesten auf die nächste Generation erstrecken, gilt in weiten Kreisen als eine selbstverständliche Sache. Auch die Wissenschaft vertrat bis vor kurzem diesen Standpunkt, z. B. behauptete noch im Jahre 1906 Rybakow¹⁾ auf Grund von Untersuchungen an 600 Alkoholikern, daß ein sehr großer Teil von diesen durch Alkoholismus erblich belastet sei. Allmählich ist man diesen Fragen gegenüber kritischer geworden. Vor allem versteht man es heute, die Probleme schärfer zu fassen. Da ergibt sich denn dies als die eigentliche Mittelpunktsfrage: Ist durch Beobachtungen oder durch Versuche nachgewiesen, daß der Alkohol das Keimplasma beeinflusst? Erst in diesem Falle wäre es natürlich erlaubt, von Vererbung zu reden. Von „Keimverderbnis“ zu sprechen, ist nur irreführend, denn es ist durchaus unklar, was darunter verstanden werden soll. Forel²⁾, von dem der Ausdruck „Keimverderbnis“ (Blastophthorie) stammt, war der Meinung, die alkoholische Schädigung werde erblich, wenn die Kinder und Enkel das Trinken fortsetzten, aber davon kann keine Rede sein.

Um die aufgeworfene Frage zu beantworten, wäre es erforderlich, daß sich die Nachkommen eines Trinkers durch mehrere Generationen hindurch gänzlich des Alkohols enthielten. Man begreift, daß sich Versuche dieser Art am Menschen nicht wohl durchführen lassen. Man hat daher zu Tierversuchen gegriffen. Stockard³⁾ experimentierte mit Meerschweinchen, die er Alkohol dämpfen aussetzte. Es ergab sich, daß die Nachkommen eine deutlich geringere Fruchtbarkeit zeigten, und zwar machte sich die Schädigung noch bis zur vierten Generation bemerkbar; immerhin ließ sich in dieser Generation eine Verringerung der Schädigung beobachten. Wenn wir diese Ergebnisse sehr vorsichtig auswerten, so werden wir eine gewisse Schädigung der Keimzellen zugeben müssen: da diese Schädigung aber allmählich wieder zu verschwinden scheint, so gelangen wir zu der Vorstellung, daß hier nicht eine Mutation zustande gekommen ist, sondern daß nur eine Schädigung des Zytoplasmas Platz gegriffen hat, die aber allmählich wieder überwunden wird, eine Erscheinung, die wir als Dauermodifikation bezeichnen. Neue Tatsachen für die Beurteilung der Frage lieferten die Untersuchungen von Agnes Bluhm⁴⁾ an Mäusen. Frau Bluhm ging mit großer Vorsicht zu Werke. Zuvörderst sorgte sie dafür, daß ihre Versuchstiere möglichst erbähnlich waren, und zwar dadurch, daß sie nur Tiere benutzte, die aus einer Inzuchtreihe stammten. Ferner: will man die Frage, ob eine Beeinflussung der Keimzellen eine erbliche Schädigung hervorruft, einer Klärung entgegenführen, dann darf man nur Männchen alkoholisieren. Nur die männliche Keimzelle besteht ja fast ganz

¹⁾ Rybakow, Alkoholismus und Erbllichkeit, Monatschr. f. Psychiatrie u. Neur., Bd. 20, 1906.

²⁾ Forel, Hérédité et Blastophthorie, Int. Ztschr. f. d. Alk., 1922.

³⁾ Stockard, An exp. study of the Influence of Alcohol on the Germ-Cells and the Developing-Embryon of Mammals, Arch. f. Entw.-Mech. d. Org., 35. Bd., 1912.

Stockard and Papanicolaou, Further Studies on the Modification of the Germ-Cells in Mammals, Journ. of Exper. Zool., 26. Bd., 1918.

⁴⁾ Agnes Bluhm. Über eine entgegengesetzt gerichtete Mutation und Modifikation, bewirkt durch einunddasselbe Agens (Alkohol). Biol. Zentralblatt, Bd. 50, 1930.

Agnes Bluhm, Zum Problem „Alkohol und Nachkommenschaft“, Arch. f. Rassen- u. Ges.-Biol., Bd. XXIV, 1930.

aus Erbmasse, die Eizelle dagegen enthält daneben noch eine reichliche Menge von Zellplasma. Eine Vergiftung dieses Zellplasmas könnte ihrerseits eine Schädigung des Embryos verursachen, die von einer Schädigung der Erbmasse nicht zu unterscheiden wäre. Unter diesen Versuchsbedingungen stellte Agnes Bluhm fest, daß die erste Tochtergeneration eine Übersterblichkeit gegenüber den Kontrolltieren zeigte. Diese Übersterblichkeit ging jedoch in den folgenden Generationen zurück und verwandelte sich bereits bei den Urenkeln in eine Untersterblichkeit. Die Untersuchungen von Agnes Bluhm zeigten aber noch ein weiteres Ergebnis. Wurden nämlich die Söhne von mit Alkohol behandelten Vätern mit Kontrolltiertöchtern gekreuzt, so war die Säuglingssterblichkeit der Kinder wesentlich größer als bei der Kreuzung von Alkoholikertöchtern mit Kontrolltiersöhnen. Ein in der gleichen Richtung liegender Unterschied zeigte sich bei entsprechenden Kreuzungen in späteren Generationen. Hier muß man zu der Überzeugung kommen, daß der Alkohol bei den behandelten Männchen die Erbmasse dauernd geschädigt habe. Für den Widerspruch, der sich in den Beobachtungsergebnissen bemerkbar macht — Untersterblichkeit in späteren Generationen bei Inzucht und Schädigung der Samenzellen bei Kreuzung —, versucht Agnes Bluhm folgende Erklärung: Befruchtet eine durch Alkohol geschädigte Samenzelle eine Eizelle, dann wird die Eizelle zu einer Abwehrreaktion veranlaßt. Die in der Eizelle erzeugten Abwehrstoffe gehen in das Zellplasma der Eizellen der Alkoholikertöchter über. Diese werden bei der Befruchtung durch eine alkoholgeschädigte Samenzelle wiederum zur Erzeugung von Abwehrstoffen angeregt, und so wird die Übersterblichkeit in dem Maße verringert, daß endlich die Alkoholikernachkommen eine höhere Lebenskraft zu haben scheinen als die Kontrolltiernachkommen. In Wirklichkeit bedeutet die scheinbare Rassenverbesserung nur eine Überkompensierung der Schädigung von seiten des Eies. Die Schädigung der männlichen Erbmasse bleibt bestehen. Wenden wir die Versuchsergebnisse auf den Menschen an, so können wir nicht auf eine solche „Rassenverbesserung“ durch den Alkohol hoffen. Da nämlich beim Menschen niemals eine strenge Inzucht wie in dem Tierversuch getrieben werden wird, so werden die alkoholgeschädigten Samenzellen im allgemeinen nicht auf eine angepaßte Eizelle treffen, und die Nachkommen werden deutliche Schädigungen aufweisen. Zeigen sich solche Schädigungen nicht, so wird man vielleicht annehmen dürfen, daß die Eizelle die Abwehrreaktion vollzogen hat. Mit dieser Deutung begibt man sich freilich auf das Gebiet der Vermutungen.

Was die Versuche von Agnes Bluhm als wichtigstes Ergebnis gezeitigt haben, ist — um es noch einmal auszusprechen — dies, daß der Alkohol dauernde Schädigungen verursacht. Nun hat man nicht mit Unrecht darauf hingewiesen, daß diese Versuchsergebnisse nicht ohne weiteres auf den Menschen zu übertragen seien. Daß die Geschlechtszellen des Menschen durch den Alkohol geschädigt werden können, geht aus verschiedenen Beobachtungen hervor. Nicloux¹⁾ konnte beim Menschen einige Zeit nach dem Genusse von Alkohol diesen im Sperma nachweisen. Bertholet²⁾ stellte fest, daß die Hoden von Trinkern viel häufiger krankhaft verändert waren als die anderer Männer. Die Ergebnisse von Tierversuchen weisen in dieselbe Richtung. Kostitsch³⁾ alkoholisierte weiße Ratten und erhielt das Ergebnis, daß die samenbildenden Zellen zugrunde gingen. Dabei traten Störungen der Kernteilungen ein. Auch gewisse Versuche, die Cole und Davis⁴⁾ angestellt haben, verdienen hier erwähnt zu werden. Diese ließen ein weibliches Kaninchen in kurzen Abständen von zwei Männchen verschiedener Rasse belegen. Die Jungen stammten teils von dem einen, teils von dem anderen Männchen, doch besaß das eine von ihnen vor dem anderen einen Vorsprung. Nun wurde das Männchen, das das Übergewicht besaß, alkoholisiert, und es wurden wiederum beide Männchen mit dem Weibchen gepaart. Das Ergebnis war jetzt, daß die Nachkommen die Merkmale des nüchternen zeigten.

¹⁾ Nicloux, Recherches expérimentales sur l'élimination de l'alcool dans l'organisme. Diss. Paris 1900.

²⁾ E. Bertholet, Die Wirkung des chronischen Alkoholismus auf die Organe des Menschen, insbes. a. d. Geschlechtsdrüsen, übers. v. Pfeiderer. Stuttgart 1913, Mimirverlag.

³⁾ A. Kostitsch, Action de l'alcool sur les cellules séminales, Int. Ztschr. g. d. Alk., 1922.

⁴⁾ A. Bluhm, Alkohol und Geschlechtsverhältnis, Int. Ztschr. g. d. Alk., 1922.

Hinsichtlich des Menschen pflegt man als bewiesen anzusehen, daß die Kinder der Trinker Schädigungen aufweisen, die durch den elterlichen Alkoholismus bedingt sind. Viel genannt ist die Erhebung von Demme¹⁾, der die Kinder von zehn Trinkerfamilien und zehn mäßigen Familien untersuchte und feststellte, daß unter jenen die Säuglingssterblichkeit größer war, daß sich ferner unter ihnen viel mehr Mißbildete und Kranke fanden. Auch eine Untersuchung Schweighofers²⁾ wird häufig angeführt, die eine Frau betrifft, die nacheinander drei Männer heiratete, einen gesunden, einen Trinker und wiederum einen gesunden. Von dem ersten und dem dritten bekam sie gesunde Kinder, die drei Kinder aus der zweiten Ehe waren dagegen sämtlich minderwertig. Es scheint sich nicht schlagender beweisen zu lassen, daß die alkoholischen Schädigungen des Vaters bei den Kindern zutage treten können. Indessen ist hier ein gewichtiger Einwand zu erheben. Wir können zwar nicht behaupten, daß sämtliche dem Trunke verfallenen Menschen von vornherein Psychopathen seien; den Umwelteinflüssen kommt bei der Entstehung der Trunksucht ganz bestimmt ein starker Einfluß zu. Ob ein seelisch völlig gesunder Mensch unter der Einwirkung der Umgebung zum Alkoholiker werden kann, läßt sich natürlich sehr schwer feststellen. Vielleicht ist als Vorbedingung dazu doch eine gewisse Abweichung in der seelischen Konstitution vom Normalen erforderlich, aber solche Abweichungen sind bei außerordentlich vielen Menschen vorhanden. Jedenfalls besteht immer die Möglichkeit, daß ein Trinker eine psychopathische Veranlagung hat, und solange nicht nachgewiesen ist, daß er sie nicht hat, sind wir berechtigt, sie anzunehmen. Wenn demnach die häufig beobachtete Minderwertigkeit der Trinker Kinder als Beweis für eine Schädigung der Keimzellen durch den Alkohol angesehen wird, so kann man dem immer entgegenhalten, daß der Vater möglicherweise ein Psychopath war und seine pathologische Veranlagung auf die Kinder vererbte. Der Alkohol würde somit als Ursache der Minderwertigkeit der Kinder ganz ausscheiden. Außerdem aber gibt es noch einen weiteren Gesichtspunkt, der uns zögern läßt, für jede körperliche oder seelische Schädigung der Trinker Kinder ohne weiteres eine Beeinträchtigung der Keimzellen in Anspruch zu nehmen. Der elterliche Alkoholismus bringt in den meisten Fällen eine schwere wirtschaftliche Schädigung der Familie mit sich, außerdem ist auch die Erziehung der Kinder aufs schwerste beeinträchtigt; die Auswirkungen dieser Umgebungseinflüsse sind imstande, eine Vererbung vorzutäuschen.

Man erkennt: die Frage, inwieweit der Alkoholgenuß des Vaters die Nachkommenschaft zu schädigen vermag, ist nicht so leicht zu beantworten, wie man vermeint. Soll sie sorgfältig beantwortet werden, so bedarf es Beobachtungen, die mit aller Vorsicht ausgeführt werden. Untersuchungen dieser Art sind in den letzten Jahren zunächst von Pohlisch³⁾ angestellt worden. Pohlisch untersuchte 146 Kinder von Deliranten, und zwar von solchen, von denen er annehmen durfte, daß für ihre Trunksucht nicht eine Anlage, sondern die Umwelteinflüsse verantwortlich zu machen seien. Insonderheit richtete er sein Augenmerk darauf, ob die Kinder um so zahlreichere Schädigungen aufwiesen, je näher der Zeitpunkt ihrer Zeugung dem Ausbruch des Deliriums läge. Auf Grund der ihm vorliegenden Tatsachen mußte er die Frage verneinen. Er fand unter den Kindern weder eine erhöhte Säuglingssterblichkeit, noch eine Häufung von schweren angeborenen Hirnschädigungen und Geisteskrankheiten.

Weitere Untersuchungen über die Frage der Bedeutung des Alkohols für die Nachkommenschaft stellte Boß⁴⁾ an. Er fand, daß unter 1246 Kindern von 572 möglichst erbgesunden Trinkern sich durchaus nicht auffallend viel körperlich oder psychisch Minderwertige befanden.

¹⁾ Demme, Über den Einfluß des Alkohols auf den Organismus des Kindes. Med. Ber. ü. d. Tät. d. Jennerschen Kinderspitais in Bern, XXI, 1885.

²⁾ J. Schweighofer, Alkohol und Nachkommenschaft. D.österr. Sanit.-Wesen. Wien u. Leipzig 1912, Hölder.

³⁾ Pohlisch, Die Nachkommenschaft Delirium-tremens-Kranker, Mon.-Schr. f. Psychiatrie u. Neurologie, Bd. 63, 1927.

⁴⁾ M. Boß, Zur Frage der erbbiologischen Bedeutung des Alkohols. Inaug.-Diss. Zürich 1929, S. Karger.

Schließlich steht uns aus neuester Zeit eine Arbeit von Panse¹⁾ zur Verfügung, die derselben Frage nachgeht. Panse untersuchte 721 Kinder von 200 schweren Gewohnheitstrinkern. Er nahm eine Scheidung der Kinder vor, je nachdem sie vor dem Zeitraum des Gewohnheitstrinkens oder während dessen gezeugt worden waren, und kam zu dem Ergebnis, daß sich nicht behaupten läßt, die Trunksucht sei als Ursache für psychische Anomalien und körperliche Mißbildungen der Kinder anzusehen. Zwar lassen sich psychisch abnorme Zustände an den Trinkerkindern häufig beobachten, doch wird man bei deren Erklärung mit der Annahme auskommen, daß einerseits die Anlage vom Vater übertragen worden sei, daß andererseits auch die Umgebungseinflüsse in starkem Grade gewirkt hätten. Einzig hinsichtlich der Rachitis und der Kinderkrämpfe macht sich eine Vermehrung des Vorkommens bei den während der Trunksucht gezeugten Kindern bemerkbar. Aber auch hier kann man die schlechteren Umweltbedingungen als Ursache in Anspruch nehmen.

Aus diesen Ergebnissen von Beobachtungen am Menschen soll — wohlgemerkt! — nicht gefolgert werden, daß der Alkohol überhaupt nicht die Nachkommenschaft zu schädigen imstande sei. Das wird nicht zu bezweifeln sein, und auch die Kliniker bestreiten es nicht. Aber das lehren uns die der letzten Zeit entstammenden Untersuchungen: wir haben in der Beurteilung der Folgerungen der Trunksucht für die Nachkommen Vorsicht walten zu lassen, wir müssen uns stets den großen Einfluß des wirtschaftlichen und sittlichen Niedergangs der Trinkerfamilie auf die gesamte Entwicklung vor Augen halten, dann werden wir nicht mehr in voreiliger Weise für einen Ausdruck der Übertragung durch die Keimzellen halten, was auf andere Ursachen zurückzuführen ist. Der Kampf gegen den Alkoholismus hat darum nicht das Geringste an Berechtigung verloren. Selbst wenn es gar keine Schädigung der Nachkommen gäbe — was aber gar nicht behauptet wird! —, dann wäre die vielfältige Schädigung des Trinkers in bezug auf Gesundheit und Arbeitskraft so erheblich, daß dies allein — von der nachgeburtlichen körperlichen und seelischen Schädigung der Kinder ganz abgesehen — schon eine entschiedene Bekämpfung des Alkohols rechtfertigen würde. Aber damit ist das Sündenkonto des Alkohols nicht erschöpft; seine volkswirtschaftlichen und sozialen Wirkungen sind so unheilvoll, daß wir besonders im Hinblick darauf in ihm einen der schlimmsten Volksteinde erkennen müssen.

Gesundheitsfürsorge und soziale Versicherung²⁾.

Von Regierungs- und Medizinalrat Dr. Ickert, Gumbinnen.

Angesichts der Not der Zeit ist es erforderlich, daß wir als Sozialhygieniker auch betreffs der Sozialversicherungen vom Standpunkt der Gesundheitsfürsorge aus eine Bilanz ziehen. — Wenn man als das Ziel der Gesundheitsfürsorge die planmäßige Bewirtschaftung der Gesundheit der großen Volksmassen ansieht und als das Ziel der Sozialversicherung die öffentlich-rechtliche Bewirtschaftung der Arbeitskräfte, so sind wenigstens dem Ziele nach Gesundheitsfürsorge und Sozialversicherung wesensverwandt, wozu noch zu bemerken ist, daß für wertschaffende Arbeitskräfte ein gewisses Maß von Gesundheit immer Voraussetzung ist. Daß Gesundheitsfürsorge und Sozialversicherung nicht immer Hand in Hand gegangen sind, liegt an der geschichtlichen Entwicklung beider. Nur allmählich hat sich der Gedanke Bahn gebrochen, daß ein Nebeneinanderwirken der einzelnen Versicherungsträger und der öffentlichen Fürsorge unzweckmäßig ist. Aber erst das Gesetz vom 25. Juli 1925 über die Gesundheitsfürsorge in der Reichsversicherung und die bekannten Richtlinien des Herrn Arbeitsministers betr. die Gesundheitsfürsorge in der versicherten Bevölkerung vom 27. Februar 1929 haben den Grund zu einem zwangsläufigen Zusammenwirken der einzelnen Versicherungsträger untereinander und mit der privaten und öffentlichen Wohl-

¹⁾ F. Panse, Alkohol und Nachkommenschaft, Allg. Ztschr. f. Psychiatrie, 1929.

²⁾ Selbstbericht über einen auf der Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte am 11. September 1930 zu Königsberg gehaltenen Vortrag.

fahrtspflege gelegt und dadurch den Anlaß zur Bildung eines mächtigen Trustes in der Gesundheitswirtschaft gegeben, nämlich zur Bildung von Arbeitsgemeinschaften.

Welche Bedeutung der Ring der deutschen Sozialversicherungen für die Gesamtheit des deutschen Volkes hat, geht daraus hervor, daß der jährliche Aufwand der Sozialversicherungen von 1924 bis 1928 von 2,4 auf 5,8 Milliarden Reichsmark gestiegen ist und jetzt 6 Milliarden Reichsmark weit überschreitet. Mit den Angehörigen der Versicherten werden auf diese Weise drei Fünftel des deutschen Volkes, nämlich 38 bis 39 Millionen Menschen, vor den Risiken der Gesundheit und der Wirtschaft gesichert. Man muß dabei in Betracht ziehen, daß das Gesamteinkommen des deutschen Volkes zurzeit auf 65 bis 70 Milliarden Reichsmark geschätzt wird.

Es gibt Stimmen, welche behaupten, daß unsere Sozialversicherungen oder die dafür aufgewandten Gelder wenig Bedeutung für die Gesamtlage des deutschen Volkes hätten; so hat der Abgeordnete Erkelenz 1927 geäußert, daß die Arbeitnehmer in den Industrieländern, welche wenig oder gar keine Sozialversicherungen hätten, infolge ihrer höheren Löhne bessere Wohnung, bessere Lebenshaltung und dadurch auch bessere Gesundheitsverhältnisse hätten. Demgegenüber ist aber gerade von Tuberkuloseforschern nachgewiesen worden, wie gerade die Sozialversicherung imstande gewesen ist, den Gegensatz zwischen Armut und Reichtum in bezug auf den Verlauf von Krankheiten, insbesondere auf den Verlauf der Tuberkulose, verschwinden zu lassen. Es ist unter anderem an die Arbeiten von Platzeck zu erinnern. Geißler (Karlsruhe) hat in mehreren großen Arbeiten nachgewiesen, daß die Tuberkulosesterblichkeit bei den Versicherten seit 1924 in viel höherem Maße als bei den Nichtversicherten gefallen ist. Ickert hat mehrfach gezeigt, daß das beispiellose Fallen der deutschen Tuberkulosesterblichkeitskurve nach dem Krieg in erster Linie dem deutschen System der Sozialversicherungen zu verdanken ist, und der Präsident des Reichsgesundheitsamtes, Hamel, hat sich in seinem Vortrag in Norderney 1930 diesen Darlegungen angeschlossen.

Die Kritik der Sozialversicherungen hat bei der Ausgabenseite angesetzt. Dobbernack suchte Anfang des Jahres 1930 nachzuweisen, daß die Invalidenversicherung von 1933 an einen jährlichen Fehlbetrag von 50 Millionen Reichsmark an aufsteigend aufweisen würde. Dobbernacks Ausführungen sind freilich heute (Dezember 1930) schon überholt, indem die Unterbilanz schon heute vorhanden ist. Da nach den Zahlen der Burgdörferschen Pyramide die Altersbesetzung des Volkes sich immer mehr zuungunsten der Invalidenversicherung verschiebt, so ist das Ende des kommenden wirtschaftlichen Elendes für die Sozialversicherungen noch nicht abzusehen. Aus den Feststellungen der Leipziger Ortskrankenkasse geht hervor, daß die alten Mitglieder der Krankenkassen häufiger krank werden und ihre Krankheit länger dauert; bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin hat sich die Zahl der männlichen Mitglieder von 1914 bis 1925 verdoppelt, die der weiblichen verdreifacht.

Wir Sozialhygieniker haben die Pflicht, dem drohenden Ruin der Sozialversicherungen und der mit ihnen auf Gedeih und Verderben verbundenen Gesundheitsfürsorge steuern zu helfen. Von rechnerischer Seite aus sind wir freilich nicht befugt einzugreifen. Die „Notverordnung“ ist ein solcher Versuch von rechnerischer Seite aus; er ist leider von dem Standpunkt der Seuchenbekämpfung aus nicht völlig unbedenklich. Die fortschreitende Vergrößerung unseres Volkes macht indes schon jetzt und in der Zukunft wohl noch erheblicher Krankheiten der älteren Lebensjahre zu Massenerscheinungen, wie Diabetes, Rheuma, Herz- und Gefäßkrankheiten, Krebs usw. Der Ausbau der Gesundheitsfürsorge zur Bekämpfung dieser Krankheiten als Volkskrankheiten wird daher zwingend sein.

Aber auch wenn es der Gesundheitsfürsorge gelingt, die Menschen nach Möglichkeit ohne gesundheitliche Schäden bis in die höheren Lebensklassen hinaufzuführen, so erhebt sich immer noch die Frage: Was fangen wir mit soviel alten Menschen an, die doch niemand mehr in Arbeit nimmt? Diese Frage hat bereits internationale Bedeutung. Sie läßt sich nur durch eine enge Zusammenarbeit der Gesundheitsfürsorge mit den Arbeitsämtern lösen; sie betrifft die Beschäftigung der Erwerbsbeschränkten. Hier muß die Gesundheitsfürsorge zusammen mit den Sozialversicherungen im Laufe der Zeit die Wege zu einer rationellen Menschenökonomie finden.

Die Entwicklung der Deutschen Gesundheitsstatistik im 19. Jahrhundert bis zum Beginn der Reichsmedizinalstatistik.

Von Dr. A. Fischer, Karlsruhe.

Aus kleinsten Anfängen in Gestalt von örtlichen Volkszählungen, die im 15. Jahrhundert durchgeführt wurden, entwickelte sich die Gesundheitsstatistik¹⁾ während der drei folgenden Jahrhunderte langsam, aber ständig fort. Beachtlich war insbesondere die Entfaltung bereits im 18. Jahrhundert: Volkszählungen wurden mehrfach in manchen deutschen Staaten veranstaltet, genaue Angaben trugen die Pfarrer in die Kirchenbücher ein, auch hinsichtlich der Todesursachen und zuweilen mit dem Vermerk²⁾, ob die Gestorbenen ärztlich behandelt waren, die statistischen Methoden verbesserte man, die Zählungsergebnisse wurden veröffentlicht und verwertet, der Grund für die Gesundheitsstatistik als Wissenschaft wurde gelegt, und u. a. bemühten sich auch Ärzte um den Ausbau der Gesundheits-, besonders der Todesursachenstatistik. Während des 19. Jahrhunderts (bis 1876) vollzogen sich dann weitere bedeutungsvolle Fortschritte. Da diese Vorgänge noch wenig bekannt sind, soll diesmal über die Entwicklung im 19. Jahrhundert bis zum Beginn der Reichsmedizinalstatistik, nach Maßgabe des verfügbaren Raumes, berichtet werden.

Hierbei sei zunächst eine Übersicht über die amtlichen Erhebungen in den deutschen³⁾ Staaten dargeboten. In Preußen wurde auf Veranlassung des Ministers von Stein die „Instruktion⁴⁾ für das königl. Statistische Bureau“ vom 1. November 1805 geschaffen; Berichte und Nachweisungen unter anderem über die Bevölkerungsbewegung, Arbeitsverhältnisse sowie über „Medizinalanstalten, Gesundheitszustand der Menschen und Epizootie“ sollten berücksichtigt werden. Wie F. L. Augustin⁵⁾ 1818 berichtete, enthielten die damals in Preußen eingeführten Tabellen Spalten für 37 Todesursachen, und außerdem war anzugeben, wie viele von den Verstorbenen während ihrer letzten Krankheit von einem Arzt oder Chirurgen behandelt wurden. Aber gesundheitsstatistische Veröffentlichungen erschienen in Preußen erst viel später. J. G. Hoffmann⁶⁾ gab erstmals 1839 eine amtliche Schrift über die Zusammensetzung der preußischen Bevölkerung heraus; 1843 bot er eine Übersicht über die Geburten, Eheschließungen und Todesfälle in Berlin während der Jahre 1816—1841 dar, wobei er auch Zahlen betreffend die Todesursachen, die allerdings nur in sechs oberflächlich gegliederte Krankheitsgruppen eingeteilt waren, anführte. Wertvoller sind für uns die von W. Dieterici 1845 veröffentlichten „Statistischen Tabellen des Preußischen Staates“, die in dem Abschnitt „Sanitätsanstalten“ zahlenmäßige Angaben über Ärzte, Apotheken, Hebammen, Tierärzte und öffentliche Krankenanstalten enthielten. Obwohl in Preußen⁷⁾ ein bis zum Anfang des 19. Jahrhunderts, ja bis in das 18. Jahrhundert zurückreichender gesundheitsstatistischer Zahlenstoff vorlag,

¹⁾ Unter Gesundheitsstatistik ist hier sowohl die Bevölkerungs- wie die Medizinalstatistik und in gewissem Umfange auch die Sozialstatistik zu verstehen.

²⁾ Siehe A. Fischer, „Die ärztlich Behandelten unter den Gestorbenen im 18. Jahrhundert“, Sozialhyg. Mitteil. 1929, S. 107 ff.

³⁾ Zahlreiche Angaben findet man bei: a) F. W. Beneke, „Vorlagen zur Organisation der Mortalitätsstatistik in Deutschland“, Marburg 1875; b) E. Rösle, „Sonderkatalog für die Gruppe Statistik ... d. internat. Ausstellung Dresden“, S. 165 ff., Dresden 1911; c) A. Kasten, „Die deutsche Reichs- und Landesgesundheitsstatistik“, Allg. Statist. Arch. Bd. 17 (1927), Heft 1, S. 122 ff.

⁴⁾ a) Otto Behre, „Geschichte der Statistik in Brandenburg-Preußen bis zur Gründung des Kgl. Statistischen Bureaus“, S. 381 ff., Berlin 1905; b) Guttstadt, „Entwicklung der Medizinalstatistik in Preußen“, Zeitschrift f. soz. Medizin, Bd. 1 (1906), S. 81 ff.

⁵⁾ F. L. Augustin, „Die Kgl. Preußische Medizinalverfassung...“, Bd. 1, S. 164 und 165, Potsdam 1818.

⁶⁾ J. G. Hoffmann, a) „Die Bevölkerung des Preußischen Staates“, Berlin 1839; b) „Übersicht der Geburten, neuen Ehen und Todesfälle in den Jahren 1816 bis mit 1841, nach den für die Stadt Berlin amtlich aufgenommenen Tabellen“, S. 17, Berlin 1843.

⁷⁾ Man muß hier zwischen den Provinzen, die schon vor 1866 zu Preußen gehörten, und den, die erst nach 1866 preußisch wurden, unterscheiden, da in den letzteren die Gesundheitsstatistik sich anders entwickelte, als in den ersteren.

wurde er erst, seitdem Ernst Engel, der zuvor in Sachsen wirkte, Direktor des Preußischen Statistischen Büros geworden war und als solcher die von ihm ins Leben gerufene Zeitschrift¹⁾ dieses Amtes leitete, in größerem Umfange bekanntgegeben. Schon im ersten Jahrgang begann Engel mit der Darbietung seiner im zweiten Jahrgang fortgesetzten Arbeit „Die Sterblichkeit und die Lebenserwartung im preußischen Staate und besonders in Berlin“; hier findet man für 1816—1860 Angaben u. a. über die Geborenen und Gestorbenen und über die Häufigkeit der einzelnen Todesursachen. Diese Übersichten führte dann A. v. Fircks²⁾ für die Zeit bis 1874 fort. Durch das „Gesetz über die Beurkundung des Personenstandes und die Form der Eheschließung“ vom 9. März 1874 wurde die Berichterstattung, die seit 1765 in den Händen der Kirchengemeinden lag, den Standesämtern zugewiesen, wobei jedoch in den Sterberegistern die Aufzeichnung der Todesursachen unterblieb; mit Recht wies E. Engel³⁾ bereits 1874 darauf hin, daß diese Änderung einen Bruch mit der Tradition, die seit 1765 bestand, bedeutete.

Weit entwickelt war schon frühzeitig die amtliche Gesundheitsstatistik in Sachsen⁴⁾. Hervorzuheben ist hierbei die unter Leitung von Ernst Engel seit 1855 erschienene „Zeitschrift des Statistischen Bureaus des Kgl. sächsischen Ministeriums des Innern“; schon der erste Jahrgang brachte einen Aufsatz über die „Statistik des Medizinalpersonals im Kgr. Sachsen, die Jahre 1819 bis 1855 umfassend“, und im zweiten Jahrgang findet man die wichtigen Darlegungen über „Die physische Beschaffenheit der militärpflichtigen Bevölkerung im Kgr. Sachsen“. Hingewiesen sei ferner auf die von V. Böhmert im 23. Jahrgang (1877) der genannten Zeitschrift veröffentlichten Darlegungen über „Die Statistik der Gebrechlichen im Kgr. Sachsen in den Jahren 1834—1875“ sowie über „Die Statistik der tödtlichen Verunglückungen und Selbstmorde in Sachsen von 1847—1876.“ Wertvolle gesundheitsstatistische Angaben boten auch die seit 1869 herausgegebenen „Jahresberichte des Landesmedizinalkollegiums über das Medizinalwesen im Kgr. Sachsen“ dar.

In Baden hatten schon im 18. Jahrhundert⁵⁾ die Pfarrer den Auftrag erhalten, in den Kirchenbüchern zu vermerken, ob der jeweilige Verstorbene ärztlich behandelt wurde. Verordnungen⁶⁾ des Ministeriums des Innern vom 15. Februar 1822 und vom 10. Juli 1851 regelten die Leichenschau und bestimmten hierbei, daß auf den Sterbescheinen anzugeben sei, an welcher Krankheit der Gestorbene verschied, und welcher Arzt ihn behandelte. Ziffern über den Bevölkerungsstand bzw. über die Zu- oder Abnahme der Volkszahlen liegen in Baden seit 1807 vor; aber veröffentlicht wurden sie erst 1855 im Heft 1 der „Beiträge zur Statistik der inneren Verwaltung des Großherzogthums Baden“. Das 1856 erschienene Heft 2 dieser „Beiträge“, von dem wir als Abb. 1 die Titelseite wiedergeben, enthielt die „Bewegung der Bevölkerung in den Jahren 1852 bis mit 1855 und die Medizinische Statistik“; man findet hier erstmals, soweit wir feststellen konnten, die Bezeichnung „Medizinische Statistik“ in der Überschrift eines amtlichen Werkes. Das genannte Heft der „Beiträge“ bietet, seinem Titel entsprechend, zahlreiche wertvolle medizinisch-statistische Angaben, die dann in dem 1865 erschienenen 18. Heft der „Beiträge“ nach rückwärts und vorwärts noch wesentlich ergänzt wurden. In dem 18. Heft wird u. a.

¹⁾ „Zeitschrift des Kgl. Preußischen Statistischen Bureaus“, redigiert von E. Engel, erschien in Berlin seit 1861.

²⁾ „Rückblick auf die Bewegung der Bevölkerung im preußischen Staate während des Zeitraumes vom Jahre 1816 bis zum Jahre 1874“, bearbeitet von A. v. Fircks, Bd. 48a der „Preußischen Statistik“, herausg. v. Engel, Berlin 1879. (Die „Preußische Statistik“ erschien seit 1859.)

³⁾ Engel, „Der Einfluß des Gesetzes über die Beurkundung des Personenstandes und die Form der Eheschließung auf die Statistik des Standes und der Bewegung der Bevölkerung im preußischen Staate“, Berlin 1874, besondere Beilage zur Zeitschrift d. Kgl. Preuß. Statist. Bureaus, Jahrg. 13 (1873), S. 13.

⁴⁾ Vollständige Übersicht in „Repertorium der in sämtlichen Publikationen des Kgl. Sächsischen statistischen Bureaus von 1831 bis 1866 behandelten Gegenstände“, zusammengestellt von Jul. Ad. Schrotky, Dresden 1867; dasselbe für 1831—1886, Dresden 1886.

⁵⁾ Siehe „Sozialhyg. Mittel.“ 1929, S. 107.

⁶⁾ C. A. Diez, „Zusammenstellung der gegenwärtig geltenden Gesetze ... über das Medizinalwesen ... im Großh. Baden“, S. 428 ff., Karlsruhe 1857.

auch über die einzelnen Todesarten sowie über die Zahl der ärztlich Behandelten unter den seit 1852 gestorbenen Personen berichtet; hierbei wird angeführt, daß derartige Ziffern aus Württemberg bereits seit 1846 und aus Bayern seit 1851 vorliegen. Hingewiesen sei noch darauf, daß im 46. Heft der „Beiträge“ (erschienen 1904 in Karlsruhe) der Verlauf der Säuglingssterblichkeit in Baden während der Zeit von 1852 bis 1895 von dem Karlsruher Kinderarzt Behrens zahlenmäßig dargestellt wurde.

Auch in den anderen deutschen Staaten, so namentlich in Bayern¹⁾, Württemberg²⁾ und Hessen, wurden während des 19. Jahrhunderts mannigfache gesundheitsstatistische Erhebungen von Amts wegen veranstaltet und veröffentlicht; das gleiche gilt auch für einige Großstädte, so für Hamburg³⁾, über dessen Geburten und Todesfälle, zum Teil mit Angabe der Todesursachen, Aufzeichnungen seit 1820 vorhanden sind und später verwendet wurden, und für Berlin, wo Medizinalrat E. Müller⁴⁾ in seinem „Berliner Statistischen Jahrbuch“ für das Jahr 1854 unter anderem bevölkerungs- und medizinisch-statistische Angaben darbot, und wo dann seit 1867 regelmäßig das „Statistische Jahrbuch der Stadt Berlin“ erschien.

Der angeführte, von Behörden veröffentlichte Zahlenstoff wurde durch Schriften, welche einzelne oder in Vereinen zusammengeschlossene Forscher herausgaben, in weitem Umfang ergänzt. Hier ist zunächst der Statistische Verein für das Kgr. Sachsen anzuführen, der seit 1831 in Leipzig „Mittheilungen“ darbot; nachdem schon die beiden ersten Lieferungen Zahlen u. a. auch aus dem Gebiete der Gesundheitspflege enthielten, erschienen die Lieferungen 12 und 13 (1838 und 1839) mit dem Titel „Beiträge zu einer medicinischen Statistik Sachsens“. Ziffermäßige Übersichten gaben ferner insbesondere heraus: A. Zeune⁵⁾ 1848 über die Blinden und Blindenanstalten in Deutschland, der bayerische Arzt Escherich⁶⁾ 1854 über die Lebensdauer von fast 16000 bayerischen Beamten, J. Grätzer⁷⁾ 1854 über die Bevölkerungs-, Armen-, Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse in Breslau, der Frankfurter Arzt W. C. de Neufville⁸⁾ 1855 über die Todesursachen bei den Angehörigen mannigfacher Berufsarten zu Frankfurt a. M., der Bankbeamte G. Hopf⁹⁾ 1855 über die Todesursachen bei den nach Altersklassen gegliederten Versicherten der Gothaer Lebensversicherungsbank für die Jahre 1829—1853, S. Neumann¹⁰⁾ 1857 über die Krankheitsverhältnisse bei 40000 Mitgliedern von 67 Berliner Krankenkassen, der Berliner Arzt Helfft¹¹⁾ 1858 über die Sterblichkeit der Ber-

¹⁾ Seit 1809 wurden einheitlich in ganz Bayern fortlaufende Erhebungen u. a. über Geburten, Eheschließungen und Todesfälle, letztere gegliedert nach Alter und Geschlecht der Verstorbenen sowie nach Krankheiten, veranstaltet; siehe (Adolf Günther) „Geschichte der älteren bayerischen Statistik“, Heft 77 der Beiträge z. Statistik d. Kgr. Bayern, S. 87, München 1910.

²⁾ In Württemberg wurden seit 1821 die geburtshilflichen Operationen statistisch erfaßt; siehe V. A. Riecke, „Beiträge zur geburtshilflichen Topographie von Württemberg“, Dissert., Tübingen 1827.

³⁾ (Reincke) „Die Gesundheitsverhältnisse Hamburgs im 19. Jahrhundert“, Festschrift für die 73. Versammlung Deutscher Naturf. u. Ärzte, Hamburg 1901.

⁴⁾ Eduard Müller, „Berliner Statistisches Jahrbuch, enthaltend den Bericht des Statistischen Amtes im Kgl. Polizei-Präsidium zu Berlin für das Jahr 1854“, Berlin 1856.

⁵⁾ August Zeune, „Über Blinde und Blindenanstalten in Preußen und den andern Staaten Deutschlands“, Zeitschr. d. Vereins f. deutsche Statistik, Jahrg. 2 (1848), S. 1011 ff.

⁶⁾ Escherich, „Hygienisch-statistische Studien über die Lebensdauer in verschiedenen Ständen“, Würzburg 1854.

⁷⁾ J. Grätzer, „Beiträge zur Bevölkerungs-, Armen-, Krankheits- und Sterblichkeitsstatistik der Stadt Breslau“, Breslau 1854.

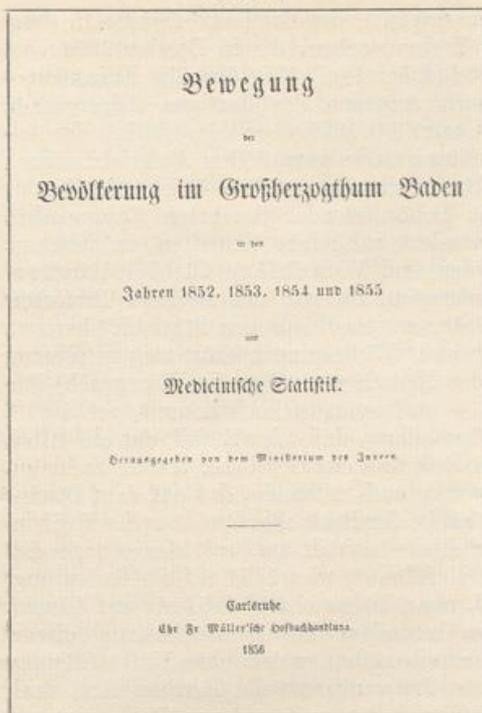
⁸⁾ W. C. de Neufville, „Lebensdauer und Todesursachen 22 verschiedener Stände und Gewerbe...“, Frankfurt a. M. 1855.

⁹⁾ G. Hopf, „Die wesentlichsten Ergebnisse der Gothaer Lebensversicherungsbank in dem I. Vierteljahrhundert ihres Bestehens“ (aus O. Hübners Jahrbuch f. Volkswirtschaft und Statistik, Jahrg. 4), Iserlohn 1855.

¹⁰⁾ S. Neumann, „Die Krankheitsverhältnisse der Berliner Gesellen und Fabrikarbeiter im Jahre 1856“, Monatsblatt f. med. Statist. u. öffentl. Gesundheitspf. v. 14. III. 1857, Beilage zur „Deutschen Klinik“, Bd. 9 (1857).

¹¹⁾ Helfft, „Über die Sterblichkeit der lebendgeborenen Kinder in Berlin innerhalb des 1. Lebensjahres“, Monatsbl. f. med. Statistik u. öffentl. Gesundheitspf. v. 20. II. 1858, Beilage zur „Deutschen Klinik“, Bd. 10 (1858).

Abb. 1.



Erste amtliche Veröffentlichung mit dem Titel „Medic. Statistik“ (1856).

Abb. 2.



Titelblatt des ersten Handbuch der medic. Statistik (1865).

Abb. 3.

Beilage zur Deutschen Klinik.

Monatsblatt für medicinische Statistik und öffentliche Gesundheitspflege.

Herausgegeben von Dr. Göschen und Dr. S. Neumann.

N^o 1.

Der Bevölkerungsstand des preussischen Staates.

I.

Nicht ohne mancherlei Bedenken überwunden zu haben, haben wir uns für das in der Ueberschrift angezeigte Thema entschieden. Ist überhaupt aller Anfang schwierig, so dürfte es ungerathen erscheinen, gerade unsere erste Betrachtung einem Gegenstande zu widmen, welcher derjenigen Bedingungen zu entbehren scheint, auf denen das eigentliche Interesse jeder statistischen Untersuchung beruht. Der praktische oder wissenschaftliche Zweck einer solchen Untersuchung ist allemal gerichtet auf den Causalzusammenhang gewisser thatsächlicher Erscheinungen: erst dadurch, dass zwei Reihen von Thatsachen — gleichsam wie man zwei chemische Elemente auf den Grad und die Art ihrer Reaction prüft, — einander gegenübergestellt und wie Ursache und Wirkung verglichen werden, erlangt die statistische Forschung eine wissenschaftliche Bedeutung. Im Interesse unserer medicinischen Leser und um unserem neuen Blatte ein freundliches Willkommen zu sichern, konnten wir unmittelbar aus der Mortalitäts- oder Krankheitsstatistik diese oder jene Frage wählen, welcher jene Causalbeziehung ein besonderes Interesse verleiht, oder der die allgemeine Aufmerksamkeit zugewendet ist, weil sie einmal auf der Tagesordnung steht. Auf diese Vortheile indes verzichteten wir in der Hoffnung, eben so sehr wie auf die Nachsicht, auch auf die Einsicht unserer Leser rechnen zu dürfen. Die einfache Erwägung, welches der naturgemässe und somit von der Sache und dem wissenschaftlichen Ernste unserer Absicht gebotene Anfang unserer Erörterungen sei, musste unsere Wahl bestimmen: Un-

entnommen, einige Erläuterungen voranzuschicken, die gleichzeitig zur Rechtfertigung und Erklärung unserer untenstehenden Tabellen dienen mögen.

Ein vollständiges Bild von dem materiellen Inhalt und der formellen Anordnung der amtlichen Statistik des preussischen Staates gewähren bis jetzt allein diejenigen Veröffentlichungen des statistischen Bureaus, welche sich auf das Jahr 1849 (und theilweise 1852) beziehen. Dieselben führen den Namen „Tabellen und amtliche Nachrichten über den preussischen Staat,“ zerfallen in 6 Hauptabtheilungen und sind in 7, zum Theil sehr umfangreichen, Foliobänden erschienen. Der erste Band ist 1851, der letzte Ende 1855 ausgegeben worden. Zerlegt man nach dieser Original- und Hauptquelle die preussische Statistik in ihre Hauptabtheilungen, so ergeben sich folgende, nach Zweck und Ursprung wesentlich verschiedene, Bestandtheile:

1) Diejenigen Ergebnisse, welche durch die alle drei Jahre (am 31en December) stattfindende Zählung ermittelt werden. Die Resultate dieser Zählung werden dargestellt:

- a) in der statistischen Tabelle (Gebäude, Volkszahl und Viehstand),
- b) in der Uebersicht der Wohnplätze,
- c) in der Kirchen- und Schultabelle,
- d) in der Sanitätstabelle,
- e) in der Gewerbetabelle und
- f) in der Tabelle der Fabrikationsanstalten und Fabrikunternehmungen:

2) Die Bevölkerungsliste, welche jährlich aufgestellt wird

Anfang der ersten Seite der ersten Zeitschrift mit dem Titel „Medic. Statistik“ (1856).

liner Säuglinge in den einzelnen Monaten (Sommergipfel!), der Breslauer Dozent R. Finckenstein¹⁾ 1865 über etwa 500 verschiedene Todesursachen, die in Breslau 1864 von den Ärzten angeführt wurden, der Weimarer Arzt L. Pfeiffer²⁾ 1874 über die Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse in Thüringen nach Angaben des dortigen Allgemeinen ärztlichen Vereins und der Nationalökonom J. Conrad³⁾ 1877 über den Einfluß der sozialen und beruflichen Lage auf die Sterblichkeitszustände gemäß den Aufzeichnungen, die sich auf dem Begräbnisamt zu Halle a. d. S. für die Jahre 1855—1874 befanden.

Außer den Veröffentlichungen, die den von Behörden oder Gelehrten stammenden Zahlenstoff enthielten, erschienen im 19. Jahrhundert zahlreiche Schriften, in welchen jene Ziffern wissenschaftlich verwertet wurden und Vorschläge für den Ausbau der Gesundheitsstatistik zum Ausdruck gelangten. So gab der Berliner Professor der Medizin Joh. Lud. Casper⁴⁾ 1825 die „Beiträge zur medicinischen Statistik“ heraus, wo er insbesondere die Sterblichkeit der Kinder und Wöchnerinnen erörterte; in seinem 1835 erschienenen Werk über die Lebensdauer des Menschen warf er (im Vorspruch) die Frage: „Währet des Menschen Leben siebenzig — und wenn es hoch kommt, achtzig?“ auf und zeigte an der Hand einer graphischen Darstellung, daß „der Zufall, der ein Kind auf den Polstern des Begüterten geboren werden ließ, ihm ein Geschenk von 18 mehr zu durchlebenden Jahren mit auf den Weg gab, als dem andern Kinde, das auf dem Strohlager der Bettlerin zur Welt kam“. Im Jahre 1832 zählte der Rostocker Professor der Medizin S. G. Vogel⁵⁾ sämtliche Gegenstände der Gesundheitsstatistik auf, mit denen sich die Amtsärzte beschäftigen sollten. Der Dresdener Arzt Klose⁶⁾ wies 1839 auf die Bedeutung der medizinischen Statistik hin und betonte, daß, wenn bisher nichts Größeres auf diesem Gebiete im Königreich Sachsen geleistet wurde, besonders die Geringschätzung dieser jungen Wissenschaft seitens einiger höherer Medizinalbeamten, welche ihre Unterstützung verweigerten, schuld sei. Im Jahre 1851 forderte der verdienstvolle Berliner Arzt und Sozialhygieniker S. Neumann⁷⁾ zuverlässige Ziffern unter anderem zur Beantwortung der Frage, wie Reichtum und Armut auf den Gesundheitszustand einwirken, d. h. „wieviel am verdorbenen, wieviel am hungrigen Magen, wieviel im dicken Pelze, wieviel in bloßer Nacktheit“ erkranken. In umfassendster Weise beschäftigte sich Fr. Oesterlen mit der Gesundheitsstatistik. Nachdem er schon in seinem 1851 erschienenen „Handbuch der Hygiene“ der „Allgemeinen Gesundheits- und Lebensstatistik“ — soweit wir feststellen konnten, findet man hier den Ausdruck „Gesundheitsstatistik“ zum ersten

¹⁾ R. Finckenstein, „Die Sterblichkeit in Breslau im Jahre 1864“, Monatsblatt f. med. Statistik u. öffentl. Gesundheitspf. v. 17. VI. 1865, Beilage zur „Deutschen Klinik“, Jahrg. 17 (1865).

²⁾ L. Pfeiffer, „Die Morbiditätsstatistik des Allgemeinen ärztlichen Vereins von Thüringen in den Jahren 1869—1873“, Allg. Zeitschr. f. Epidemiologie, herausg. v. Fried. Küchenmeister, Bd. 1 (1874), S. 365 ff.

³⁾ (J. Conrad) „Beitrag zur Untersuchung des Einflusses von Lebensstellung und Beruf auf die Mortalitätsverhältnisse, auf Grund des statistischen Materials zu Halle a. S., von 1855 bis 1874“, Samml. nationalökonom. u. statistisch. Abhandl., herausg. v. J. Conrad, Bd. 1, Heft 2, Halle a. S. 1877.

⁴⁾ Joh. Ludw. Casper, a) „Beiträge zur medicinischen Statistik und Staatsarzneikunde, Berlin 1825; b) „Die wahrscheinliche Lebensdauer des Menschen, in den verschiedenen bürgerlichen und geselligen Verhältnissen, nach ihren Bedingungen und Hemmnissen untersucht“, Berlin 1835.

⁵⁾ S. G. Vogel „Summarische Zusammenstellung der sämtlichen Gesichtspunkte, worauf die Physiker in ihrem Wirkungskreise ihr Augenmerk zu richten haben“, S. 29 ff., Rostock 1832.

⁶⁾ Klose, „Zur medicinischen Statistik des Königreichs Sachsen“, Med. Argos, herausg. v. Hacker u. Hohl, Bd. 1 (1839), S. 246 ff.

⁷⁾ S. Neumann, „Zur medicinischen Statistik des preußischen Staates nach den Akten des statistischen Bureaus für das Jahr 1846“, Arch. f. pathol. Anatom. u. Physiolog., Bd. 3 (1851), S. 13 ff. — Neumann hatte dann Gelegenheit, nicht nur selbst statistische Erhebungen in Berlin durchzuführen, weswegen er von R. Böckh, dem Direktor des Statistischen Amtes der Stadt Berlin, 1899 als „der eigentliche Begründer der Statistik der Stadt Berlin“ bezeichnet wurde, sondern auch einen ausführlichen Entwurf für die „Organisation der Volkszählung und Volksbeschreibung“ auszuarbeiten, ihn auf dem Internationalen Statistischen Kongreß, der 1863 in Berlin tagte, persönlich vorzulesen und seine fast unveränderte Annahme zu erreichen.

Male — einen breiten Abschnitt gewidmet hatte, veröffentlichte er 1865 sein „Handbuch der medizinischen Statistik“, dessen Titelseite unsere Abb. 2 veranschaulicht; dies Werk¹⁾ ist das erste seiner Art und erschien 1874 unverändert in zweiter Ausgabe. Besonders beachtenswert ist eine Abhandlung des Karlsruher Medizinalrats G. Schweig²⁾ vom Jahre 1854, in der er u. a. die Herstellung einer eingehend gegliederten Wochenbettstatistik vorschlug, was dazu führte, daß in Baden ein entsprechender vorbildlicher Zahlenstoff seit 1870 vorliegt und seit 1884 in den „Statistischen Mitteilungen über Baden“ alljährlich dargeboten wurde.

Auch Nichtärzte haben um die Mitte des 19. Jahrhunderts die Gesundheitsstatistik als Wissenschaft wesentlich gefördert. So stellte der sächsische Statistiker E. Engel³⁾ 1857 den Satz auf, daß, „je ärmer eine Familie ist, ein desto größerer Anteil von der Gesamtausgabe zur Beschaffung der Nahrung aufgewendet werden muß“, und zu einer ähnlichen Gesetzmäßigkeit gelangte der Berliner Statistiker H. Schwabe⁴⁾, der 1868 zeigte, daß die Menschen einen um so größeren Teil ihres Einkommens für die Wohnung ausgeben müssen, je ärmer sie sind. Der Göttinger Professor J. E. Wappaeus⁵⁾ hat in seinen 1859 bzw. 1861 erschienenen „Vorlesungen“ vielfach Fragen der Gesundheitsstatistik erörtert.

Unter den Ärzten, die sich weiterhin mit dem Ausbau der Gesundheitsstatistik befaßten, ist zunächst nochmals Fr. W. Beneke anzuführen, dessen gesundheitsstatistische Bestrebungen schon 1852 begannen; die Fortsetzungen erwähnten wir bereits oben (S. 80 und S. 112, Anm. 3). Auch R. Virchow⁶⁾ erwarb sich große Verdienste um die Gesundheitsstatistik, besonders um die Rekrutierungs- und die Mortalitätsstatistik. L. Pappenheim⁷⁾ forderte 1859 zahlenmäßige Angaben über die Bevölkerung im allgemeinen, ihre Verteilung nach Stadt und Land, die Gliederung nach Altersklassen, über eheliche und uneheliche Geburten, Eheschließungen, Todesfälle, Krankheits- und Todesursachen, Lebensdauer, über die Volksdichte in den einzelnen Gebieten, die Wohnungszustände, die Einkommensverhältnisse, den Fleischverbrauch, die Versorgung mit Ärzten, Wundärzten, Hebammen und den Arzneiverbrauch. Der Berliner Arzt und vortragende Rat im preußischen Kultusministerium H. Eulenberg⁸⁾ veröffentlichte 1871 einen Aufsatz, in dem er betonte, daß die medizinische Statistik in Deutschland weniger gepflegt werde, als namentlich in England, weshalb Oesterlen⁹⁾ für sein „Handbuch der medizinischen Statistik“ vielfach ausländischen Zahlenstoff benutzt habe; er verlangte vor allem die obligatorische Einführung von Totenscheinen und das willfährige Entgegenkommen der praktischen Ärzte, d. h. Angaben auf den Totenscheinen darüber, welche Todesursache vorlag, und ob der Gestorbene ärztlich behandelt wurde. Zu gleicher Zeit sprach sich W. Zuelzer⁹⁾ über die Mangelhaftigkeit der deutschen medizinischen Statistik aus. Gegenüber den Forderungen Eulenburgs wies jedoch R. Volz¹⁰⁾

1) Hier wird auf S. 15 gefordert, daß nur Ärzte, nicht aber, wie gewöhnlich, Laien, Finanzmänner u. dgl. mit der medizinischen Statistik betraut werden.

2) G. Schweig, „Auseinandersetzung der statistischen Methode, in besonderem Hinblick auf das medizinische Bedürfnis“, Arch. f. physiolog. Heilkunde, Bd. XIII (1854), S. 305 ff.

3) Ernst Engel, „Die vorherrschenden Gewerbszweige in den Gerichtsämtern mit Beziehung auf die Produktions- und Konsumtionsverhältnisse des Königreichs Sachsen“, Zeitschr. d. Statist. Bureaus, 1857.

4) H. Schwabe, „Das Verhältniß von Miete und Einkommen in Berlin“, Gemeindekalender und Städt. Jahrbuch, 1868.

5) J. E. Wappaeus, „Allgemeine Bevölkerungsstatistik, Vorlesungen“, Teil 1 (1859), Teil 2 (1861), Leipzig.

6) Virchow war auf dem schon erwähnten Internationalen Statistischen Kongreß (Berlin 1863) Berichterstatter über Rekrutierungsstatistik sowie über Morbilität, Invalidität und Mortalität der Militärbevölkerung. Das Berliner Schema für die Todesursachen, das vom städtischen statistischen Büro benutzt wurde, unterzog er einer zeit- und zielgemäßen Neugestaltung.

7) L. Pappenheim, „Handbuch der Sanitätspolizei“, Bd. 2, S. 664, Berlin 1859.

8) H. Eulenberg, „Über Mortalitätsstatistik“, Vierteljahresschrift f. gerichtliche u. öffentl. Medizin, herausg. v. Herm. Eulenberg, N.F. Bd. 15, S. 271 ff., Berlin 1871.

9) W. Zuelzer, „Beiträge zur medizinischen Statistik von Deutschland“, Vierteljahresschr. f. gerichtl. u. öffentl. Med., herausg. v. H. Eulenberg, N.F. Bd. 15, S. 291 ff., Berlin 1871.

10) Robert Volz, „Zur Einführung einer Mortalitätsstatistik“, Deutsche Vierteljahresschr. f. öffentl. Gesundheitspf., Bd. 4 (1872), S. 200 ff.

1872 darauf hin, daß diese in Baden bereits verwirklicht waren. In dem gleichen Jahre befaßte sich auch H. Wasserfuhr¹⁾ mit den Wünschen Eulenbergs und ergänzte sie besonders dahin, daß auf den Totenscheinen unter anderem angeführt werden sollte, in welchem Stockwerk (Vorder- oder Hinterhaus) der Verstorbene wohnte, und bei Säuglingen, ob sie gestillt oder künstlich ernährt wurden.

Dem Ausbau der Gesundheitsstatistik widmeten sich des weiteren mehrere Zeitschriften, teils solche, die im allgemeinen dem Gesundheitswesen oder der Statistik dienten, teils solche, die eigens für den genannten Zweck gegründet wurden. Das von Joh. H. Kopp herausgegebene „Jahrbuch der Staatsarzneikunde“ brachte bereits im 1. Jahrgang (1808) einen zahlreiche Einzelangaben enthaltenden Abschnitt „Medizinische Statistik und Geographie“. Im 1. Jahrgang der „Zeitschrift des Vereins für deutsche Statistik“ (1847, S. 700 ff.) findet man u. a. einen Aufsatz des Frankfurter Arztes W. Stricker, der statistische und auch gesundheitsstatistische Mitteilungen über die Zustände in Frankfurt a. M. darbot. Dem Band 8 (1856) der „Deutschen Klinik“ war erstmals das von Göschen und S. Neumann geleitete „Monatsblatt für medizinische Statistik und öffentliche Gesundheitspflege“ als Beilage (siehe Abb. 3) angefügt. Fr. Oesterlen gründete 1860 die „Zeitschrift für Hygiene, medizinische Statistik und Sanitätspolizei“. Der unter Führung W. Zuelzers 1868 gebildete Deutsche Verein für medizinische Statistik gab kurze Zeit das „Wochenblatt für medizinische Statistik und Epidemiologie“ heraus, das gewissermaßen in den seit 1875 von Schweig, Schwarz und Zuelzer veröffentlichten „Beiträgen zur Medizinalstatistik“ eine Fortsetzung fand.

Die obigen Darlegungen zeigen, daß die Gesundheitsstatistik sich während des 19. Jahrhunderts auch schon vor der Reichsgründung, im Vergleich zum 18. Jahrhundert, erheblich entwickelte; aber die Entfaltung war doch hinter den Anforderungen, die vom Standpunkte der Gesundheitswissenschaft gestellt wurden und gestellt werden mußten, zurückgeblieben, und überdies war die Gestaltung zu verschiedenartig in den einzelnen Staaten. Ein großer Fortschritt, besonders hinsichtlich der Einheitlichkeit der Gesundheitsstatistik, wurde erst erzielt, als auf Beschluß des Bundesrats²⁾ im Jahre 1874 eine Commission zur Vorbereitung einer Reichsmedizinalstatistik ihre Arbeit aufnahm, und dann, den Anträgen dieser Kommission entsprechend, in allen deutschen Bundesstaaten medizinalstatistische Erhebungen, erstmals nach dem Stande vom 1. April 1876, durchgeführt wurden.

Mitgliederversammlung der Deutschen sozialhygienischen Gesellschaft.

Am 11. September 1930 fand in Königsberg i. Pr. die Mitgliederversammlung statt.

Da der 1. Vorsitzende, Beigeordneter Dr. med. Coerper (Köln), durch plötzlich eingetretene Behinderung nicht anwesend sein konnte, wählte die Versammlung, auf Vorschlag von Landesrat Dr. med. Gentzen (Königsberg), Dr. Alfons Fischer (Karlsruhe i. B.) zum Leiter der Versammlung. Dieser las zunächst den von Beigeordneten Dr. Coerper schriftlich überreichten Geschäfts- und Kassenbericht vor; er lautet folgendermaßen:

Bericht über die Tätigkeit der Deutschen sozialhygienischen Gesellschaft
von Oktober 1928 bis September 1930.

Nach der Gründungsversammlung und ersten Sitzung gelegentlich der 90. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte in Hamburg hat erstmalig am 2. Sep-

¹⁾ Herm. Wasserfuhr, „Zur Organisation der Sterblichkeitsstatistik“, Deutsche Vierteljahrsschrift f. öffentl. Gesundheitspfl., Bd. 4 (1872), S. 185 ff.

²⁾ „Statistik des Deutschen Reichs“ Bd. XX, Teil 1 (1876), Vierteljahrshefte zur Statistik des Deutschen Reichs für das Jahr 1876, S. 156 ff., bzw. S. 230. — Vgl. auch die obigen („Sozialhyg. Mitteil.“ 1930, S. 79 und 80) Darlegungen betr. die dem Ausbau der Gesundheitsstatistik gewidmeten Bestrebungen und Verhandlungen, welche dem genannten Bundesratsbeschluß vorangingen.

tember 1929 in Mainz eine Sitzung der Mitglieder und Freunde der Sozialhygienischen Gesellschaft stattgefunden, wo Herr Geheimrat Schloßmann einen Vortrag gehalten hat über „Die Krise der Ärzteschaft“. Der Vortrag ist dann als Nr. 1 einer Schriftenreihe der Deutschen sozialhygienischen Gesellschaft erschienen, die allen Mitgliedern zugesandt worden ist.

Es hat ferner am 1. Juni ein Vortrag des Herrn Stadtrat Dr. med. Paul Konitzer, Magdeburg, stattgefunden über „Die Bedeutung der Verwaltungsreform für die Wirksamkeit der Sozialhygiene.“

Ferner hat stattgefunden ein Vortrag des Herrn Stadtmedizinalrat Dr. Schröder, Oberhausen, am 2. September 1930 in Dresden.

Der gute Besuch und das lebhaftere Interesse, das die Vorträge gefunden haben, beweisen, daß die Deutsche sozialhygienische Gesellschaft mit ihrem Bestreben, Gelegenheit zur öffentlichen Besprechung sozialhygienischer Fragen zu bieten, auf dem richtigen Wege ist.

Die Einladungen zu den Vorträgen in Königsberg sind den einzelnen Mitgliedern zugeleitet worden.

Der Mitgliederstand von etwa 200 ist der gleiche geblieben, eine neuerliche Werbung hat nicht stattgefunden.

Der Vorstand besteht zurzeit aus:

Beigeordneter Dr. Coerper (Köln), Dr. Alfons Fischer (Karlsruhe), Prof. Dr. Gottstein (Berlin), Prof. Grotjahn (Berlin), Ministerialrat Prof. Dr. Koelsch (München), Präsident Prof. Dr. Pfeiffer (Hamburg), Medizinalrat Dr. Redeker (Osnabrück), Prof. Dr. Rott (Charlottenburg), Geheimrat Prof. Dr. Schloßmann (Düsseldorf).

In der Zeit vom 1. August 1929 bis 1. August 1930 sind auf das Postscheckkonto 34054 der Deutschen sozialhygienischen Gesellschaft einschließlich (Übertrag vom Vorjahre) gezahlt worden. 424,58 RM.

davon gingen ab für das Rundschreiben, Portogebühren und Vorbereitungen zur Mainzer Tagung 1929 82,30 „

mithin blieb Bestand 342,28 RM.

Es sind 1930 gezahlt:

| | |
|---|---------------------|
| 1. Drucksachen für die Maitagung 1930 | 25,00 RM. |
| 2. Postgebühren für Rundschreiben und Versendung des ersten Heftes der Schriftenreihe | 28,80 „ |
| 3. Drucksachen für die Königsberger Tagung und Septembersitzung 1930 Dresden | 61,25 „ |
| 4. Postgebühren für die Königsberger und Septembertagung 1930 Dresden | 16,78 „ |
| 5. Rechnung C. W. Vogel, Sonderdrucke erstes Heft der Schriftenreihe | 204,00 „ 335,83 RM. |

Es bleibt also ein Bestand von 6,45 RM.

Gesehen:

Rott. 2. 9.

gez. Coerper.

Der Versammlungsleiter fragte, ob jemand das Wort zum Kassenbericht wünsche; dies war nicht der Fall. Die Versammlung erteilte darauf Dr. Coerper Entlastung betr. der Kassenangelegenheiten.

Zum Geschäftsbericht bemerkte der Versammlungsleiter, daß dem 1. Vorsitzenden der beste Dank für seine Tätigkeit auszusprechen ist.

Auf Vorschlag aus dem Kreise der Versammlungsteilnehmer wurden alle bisherigen Mitglieder des Vorstandes, zugleich Dr. Coerper als 1. Vorsitzender, wiedergewählt; Obermedizinalrat Prof. Dr. Reiter (Stettin-Rostock) wurde in den Vorstand hinzugewählt.

Da weitere Wortmeldungen nicht vorlagen, schloß der Versammlungsleiter mit Dank an die Anwesenden die Versammlung.

Gesundheitsgesetzgebung und -verwaltung.

Der badische Minister des Kultus und Unterrichts hat am 12. Juli 1930 zwei Erlasse betr. die Sexualaufklärung in den Schulen bekanntgegeben. Der eine Erlaß ist an die Kreis- und Stadtschulämter gerichtet und lautet: „Ein Fall gibt mir Veranlassung, darauf hinzuweisen, daß sich die Lehrkräfte in den Volks- und Fortbildungsschulen der sogenannten Sexualaufklärung Schülern und Schülerinnen gegenüber unbedingt zu enthalten haben. Ich verweise dabei auch auf den § 12 Absatz 2 der Verordnung vom 2. Mai 1923 über den Vollzug des Fortbildungsschulgesetzes, wonach die entsprechende Unterweisung der aus der Fortbildungsschule zur Entlassung kommenden Schüler und Schülerinnen nur durch Ärzte erfolgen darf.“ In dem anderen Erlaß, der den Direktionen und Vorständen der Höheren Lehranstalten und Fachschulen übermittelt wurde, heißt es: „Ein Fall gibt mir Veranlassung, erneut darauf hinzuweisen, daß Vorträge, welche den zur Entlassung kommenden Schülern der obersten Klassen über die Gefahren der Geschlechtskrankheiten und die sonstigen Volksseuchen gehalten werden sollen, nur durch geeignete Ärzte zu halten sind. Im Unterricht haben die Lehrer alle Fragen, die das Gebiet der sogenannten Sexualaufklärung berühren, Schülern und Schülerinnen gegenüber mit dem erforderlichen Ernst und mit besonderem Takt zu behandeln und dabei weitgehende Zurückhaltung zu beobachten. Ich ersuche, hiervon die Lehrkräfte entsprechend zu verständigen.“

* * *

Von dem Berliner Büro des Völkerbundes (Berlin SW 48) ging uns eine „Übersicht über die Arbeiten des Völkerbundes im September 1930“ zu. In dem Abschnitt „Hygiene“ wird angeführt, daß zwei Staaten — Spanien und Frankreich — im Verlauf des Monats September beantragten, die Hygieneorganisation mit zwei neuen Aufgaben zu betrauen. Die erste Aufgabe, die die Hygieneorganisation auf Antrag Spaniens zu übernehmen hätte, wäre die Vorbereitung und Veranstaltung einer europäischen Konferenz in Genf, die sich mit dem Problem der Gesundheitspflege auf dem Lande zu befassen hätte. Diese Angelegenheit ist gegenwärtig eines der wichtigsten europäischen Probleme.

Der zweite — französische — Vorschlag bezweckt die Gründung einer internationalen Zentralstelle für Hochschulstudien auf dem Gebiete der Gesundheitspflege in Paris. Hier sind die Wege bereits durch die Austauschreisen von Medizinalbeamten sowie durch die öffentlichen Hochschulkurse auf dem Gebiete des Gesundheitswesens geebnet, die seit mehreren Jahren unter den Auspizien der Hygieneorganisation des Völkerbundes in Paris und London veranstaltet werden. Der Vorschlag der französischen Regierung bezweckt die Schaffung einer ständigen Grundlage für diesen Verbindungsdienst zwischen den Hygienikern der einzelnen Länder. Der Unterricht soll von einer Reihe bekannter Persönlichkeiten des öffentlichen Gesundheitswesens in französischer Sprache erteilt werden. Diese Persönlichkeiten sollen aus den Ländern stammen, die über besondere Erfahrungen in der wissenschaftlichen und angewandten Gesundheitspflege verfügen. Es soll Aufgabe einer Kommission sein, das Arbeitsprogramm und die Verwaltung der Zentralstelle auszuarbeiten und die Dozenten auszuwählen. Diese Kommission soll durch das Hygienekomitee des Völkerbundes ernannt werden.

Gesundheitsstatistik.

Die Badische Gesellschaft für soziale Hygiene richtete am 3. Oktober 1930 an das Reichsministerium des Innern folgende Eingabe:

„Daß die deutsche Medizinalstatistik eines erheblichen Ausbaues bedarf, wurde in der wissenschaftlichen Literatur wiederholt betont. Ein wesentlicher Fortschritt würde erfolgen, wenn man die bei allen Landesversicherungsanstalten aufbewahrten ärztlichen Gutachten über die jeweilige Ursache, welche zur Invalidität führte, sachgemäß ausnützen würde, was sich unschwer erreichen ließe, wenn man die Zahl der gegen Invalidität ver-

sicherten Personen, aus denen die Invaliden hervorgegangen sind, feststellen würde. Zu einer solchen Erhebung bietet die geplante Berufszählung eine geeignete Gelegenheit. Wir bitten daher das Reichsministerium des Innern, gütigst dahin wirken zu wollen, daß im Interesse der Gesundheitsstatistik, welche die sicherste Grundlage jeder weitblickenden Gesundheitsvorsorge und -fürsorge ist, bei der nächsten Berufszählung die Frage nach der Zugehörigkeit zur Invalidenversicherung gestellt wird.

Zur weiteren Begründung unserer Bitte weisen wir auf die Vorgänge im Jahre 1925 hin, über die in den „Sozialhygienischen Mitteilungen“ 1925 S. 52 ff. — das betreffende Heft fügen wir an — berichtet wurde. Hierzu bemerken wir noch folgendes: 1. Unsere damalige an den Reichstag gerichtete Bittschrift war erfolglos, weil die Reichstagsmitglieder sich bei der Abstimmung auf die Darlegungen des Statistischen Reichsamtes stützten. Daß diese Äußerungen des genannten Amtes jedoch nicht zutrafen, wurde in dem beiliegenden Hefte der „Sozialhygienischen Mitteilungen“ (S. 53 und 54) gezeigt. 2. Das an das Reichsversicherungsamt gerichtete Schreiben des Ständigen Ausschusses der deutschen Landesversicherungsanstalten, der sich der Bittschrift unserer Gesellschaft in vollem Umfange anschloß, wurde im Reichstage, weil zu spät eingegangen, gar nicht berücksichtigt. Gerade die Stellungnahme der Landesversicherungsanstalten beweist, daß die Darlegungen des Statistischen Reichsamtes nicht zutrafen. 3. Die von dem Ausschuß-Berichtersteller, Abgeordneten Fleißner, im Reichstag am 12. März 1925 angeführte Äußerung der Reichsregierung, daß an der Hand der Krankenkassenziffern und der Ergebnisse der Zählung von 1925 sichere Anhaltspunkte für die von unserer Gesellschaft gewünschten Auskünfte zu erreichen wären, ließ vermuten, daß die Reichsregierung entsprechende Auskünfte veröffentlichen wird; eine solche Veröffentlichung ist, u. W., bisher nicht erschienen. 4. Daß die Verarbeitung der Invaliditätsursachen auf Grund der Statistik der gegen Invalidität versicherten Personen, die nach Ländern, Alter, Geschlecht und Beruf zu gliedern sind, aufschlußreich sein würde, zeigt eine mit Unterstützung der Landesversicherungsanstalt Baden von dem mitunterzeichneten Geschäftsführer durchgeführte Untersuchung (vgl. A. Fischer, „Invaliditätsbedingungen und Invaliditätsursachen“, Veröffentl. a. d. Gebiete der Medizinalverwaltung, Bd. III, Heft 10, Tabelle 25, Berlin 1914). Hier konnten jedoch nur die Angaben, welche das Land Baden betreffen, benutzt werden. Erforderlich ist aber, daß die Angaben aller deutschen Länder verwandt werden, weil gerade der Vergleich der aus den verschiedenartigen Ländern stammenden Ergebnisse wertvolle Aufschlüsse gewähren würde.

Wir hoffen, daß das Reichsgesundheitsamt unsere Wünsche als durchaus gerechtfertigt bezeichnen und ihre Erfüllung empfehlen wird, und bitten, daß das Reichsministerium des Innern im Sinne dieses unseres Schreibens das Erforderliche veranlaßt.

Wir bemerken schließlich folgendes: Um zu verhüten, daß etwa ein Teil der gegen Invalidität versicherten Personen sich der Zugehörigkeit zur Invalidenversicherung nicht bewußt sein sollte, müßte in der amtlichen Haushaltungsliste bei der in Rede stehenden Frage eine entsprechende Erläuterung angefügt werden. Außerdem müßte vor der Volks- und Berufszählung die Bevölkerung durch die Presse aufgeklärt werden. Ferner müßten alle Gesundheitsfürsorgevereine und insbesondere die Berufsvereine (Gewerkschaften) zur belehrenden Mitarbeit hinzugezogen werden.

Mit vorzüglicher Hochachtung

Der 1. Vorsitzende:

Prof. Dr. Baas,

Chefarzt der Augenabteilung des
St. Vincentiuskrankenhauses

Arbeitsausschußmitglied:

Rausch,

Präsident der Landesversicherungs-
anstalt Baden.

Der 2. Vorsitzende:

Dr. Hecht,

Direktor des Bad. Statistischen
Landesamts.

Der Geschäftsführer:

Dr. A. Fischer,

Arzt."

Präsident Rausch hat dem Verband deutscher Landesversicherungsanstalten den Inhalt der oben angeführten Eingabe vom 3. Oktober 1930 mitgeteilt. Der genannte Verband hat eine Abschrift dieser Eingabe dem Reichsversicherungsamt unterbreitet und angefügt, daß er es auf das lebhafteste begrüßen würde, wenn dem Wunsche der Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene Rechnung getragen werden könnte; des weiteren hob der Verband hervor, daß einer zuverlässigen Zusammenstellung der Zahlen der gegen Invalidität versicherten Arbeitnehmer die größte Bedeutung zukommt.

* * *

In den „Sozialhyg. Mittel.“ 1930 S. 53/54 boten wir an der Hand der deutschen Sterbetafeln, die sich auf die einzelnen in Betracht gezogenen Zeiträume seit der Reichsgründung bis 1924/26 erstrecken, eine Übersicht darüber, wie erheblich sich die Lebenserwartung bei jedem der beiden Geschlechter vergrößert hat. Der Direktor im Statistischen Reichsamt, Friedrich Burgdörfer, hat kürzlich in einer Abhandlung¹⁾ „Die neuen deutschen Sterbetafeln und ihre Lehren“ zu dem genannten, an sich sehr erfreulichen Ergebnis höchst wichtige, von Scharfblick zeugende Bemerkungen ausgesprochen, von denen wir hier die bedeutungsvollsten anführen wollen. Burgdörfer weist zunächst ebenfalls auf die wesentliche Erhöhung der mittleren Lebensdauer hin und sieht in ihr den begrüßenswerten Fortschritt der verbesserten Menschenökonomie und ein glänzendes Zeugnis für unsere deutsche medizinische Wissenschaft und Praxis sowie für die soziale Hygiene und allgemeine Volkswohlfahrt. Er warnt aber vor einer Überwertung der den Sterbetafeln zu entnehmenden Ergebnissen; denn die Erhöhung der mittleren Lebensdauer um rund 20 Jahre gegenüber dem Stand von 1871/80 beruhe in erster Linie auf der sehr starken Herabminderung der Säuglings- und Kleinkindersterblichkeit, d. h. dem Umstand, daß heute — relativ betrachtet — ein erheblich größerer Teil von Kindern das 1. Lebensjahr bzw. die ersten Lebensjahre mit ihren Gefahren überdauert.

Sodann beleuchtet Burgdörfer die „Illusion des Bevölkerungswachstums“. Er zeigt die Entwicklung des Geburtenüberschusses, der 1913 sich auf 12,1, 1925 auf 8,8, 1927 auf 6,4 und 1929 auf 5,3 ‰ belief. Auf Grund dieser Verhältniszahlen, die selbst für die letzte Zeit immerhin noch einen jährlichen Zuwachs von 350000 bis 400000 verzeichnen, wird mancher, der an die wirtschaftliche Not der Gegenwart, an Arbeitslosigkeit und Wohnungsnot, denkt, geneigt sein, auch diese auf die Hälfte des Vorkriegsstandes verminderte Zunahme für völlig ausreichend, ja sogar für noch zu groß zu halten. „Aber es handelt sich nicht nur um eine Verlangsamung des Bevölkerungswachstums, sondern es handelt sich bei der Situation, in der wir heute stehen, um etwas grundsätzlich anderes, nämlich um das völlige Aufhören des dynamischen Volkswachstums, um die beginnende Schrumpfung des Volksbestandes . . . Bevölkerungszunahme ist nicht gleichzusetzen mit Bevölkerungswachstum . . . Der Geburtenüberschuß ist heute nicht mehr der Ausdruck dynamischen Volkswachstums, sondern nur der rein rechnerische Ausdruck einer mechanischen Veränderung der Bevölkerungszahl. Der noch vorhandene Geburtenüberschuß täuscht ein Bevölkerungswachstum vor, das in Wirklichkeit nicht mehr vorhanden ist. Die Täuschung beruht auf einer doppelten Illusion, die ihre Ursache in dem grundlegend veränderten Altersaufbau unseres Volkes hat. Die Eigenart und Zufälligkeit unseres heutigen Altersaufbaues führt dazu, daß die Sterbeziffer zu niedrig, die Geburtenziffer dagegen zu hoch erscheint, so daß bei der rechnerischen Abgleichung beider Größen sich scheinbar ein Geburtenüberschuß ergibt.“

Um diese hochwichtigen Behauptungen zu beweisen, führt Burgdörfer folgendes an: Die geringe Besetzung der untersten Altersklassen, welche erfahrungsgemäß sehr hohe Sterbenswahrscheinlichkeit haben, und die starke Besetzung der mittleren Altersklassen mit ihrer geringen Lebensbedrohung bewirken, daß die Gesamtzahl der Sterbefälle in der Gegenwart noch verhältnismäßig niedrig ist. „In dem heutigen anormalen Alters-

¹⁾ Siehe „Ergebnisse der Sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge“, herausg. v. Grotjahn, Langstein u. Rott, Bd. II S. 298 ff., Leipzig 1930.

aufbau unseres Volkes steckt eine sehr erhebliche Hypothek des Todes, die in zwei bis drei Jahrzehnten fällig sein wird, dann nämlich, wenn die jetzt im Vergleich zur heutigen Jugend unverhältnismäßig stark besetzten mittleren Altersklassen (von 45 Jahren aufwärts) dem Ende ihrer natürlichen Lebenszeit näherrücken. Dann werden die Schleier von unserer heute anscheinend noch nicht ganz ungünstigen bevölkerungspolitischen Lage fallen. Die Sterbeziffer wird — ceteris paribus — ansteigen, und die Geburtenüberschüsse werden auf geringfügige Reste zusammenschmelzen, ja sie werden sich — voraussichtlich schon in zwei Jahrzehnten — in Sterbefallüberschüsse verwandeln. Dann wird unsere wahre Lage auch dem zahlenunkundigen Laien und vielleicht auch manchem von denjenigen Gelehrten, die heute noch keine Gefahr sehen wollen, offenbar werden.“ Die übliche Berechnung der relativen Geburten- und Sterbezahlen führe zu irrtümlichen Schlüssen. Erst durch Standardisierung der inneren Zusammensetzung und des spezifischen Gewichtes der Bevölkerungszahl, wie sie in der auf den Ergebnissen der Sterbetafel aufgebauten sogenannten stationären Bevölkerung gegeben ist, könne man zu wirklich vergleichbaren Geburten- und Sterbeziffern und damit zu einer bereinigten Lebensbilanz unseres Volkes kommen. Und es erweise sich, daß die niedrige Sterbeziffer von heute eine Illusion ist, und daß anderseits die heutige Geburtenziffer trotz ihres außerordentlich niedrigen Standes noch aufgebläht erscheint, und daß sich aus beiden Größen die Illusion des Bevölkerungswachstums ergibt. Es betrug die Sterbeziffer aufs Tausend:

| im Jahresdurschnitt | „unbereinigt“ | „bereinigt“ | Differenz |
|---------------------|---------------|-------------|-----------|
| 1871—1880 | 27,2 | 27,0 | + 0,2 |
| 1881—1890 | 25,1 | 25,8 | — 0,7 |
| 1891—1900 | 22,3 | 23,7 | — 1,4 |
| 1901—1910 | 18,7 | 21,5 | — 2,8 |
| 1910—1911 | 16,8 | 20,4 | — 3,6 |
| 1924—1926 | 11,9 | 17,4 | — 5,5 |
| 1927 | 12,0 | 17,4 | — 5,4 |

Bedenke man, daß (wie wir oben sahen) der „unbereinigte“ Geburtenüberschuß im Jahre 1927 sich nur noch auf 6,4 ‰ belief, und daß dies Ergebnis erreicht wurde bei einer rohen Sterbeziffer, die (nach den zuletzt angeführten Zahlenreihen) um 5,4 Punkte hinter ihrem wahren Stand zurückblieb, so lasse sich schon hieraus schließen, welcher zweifelhaften Wert unsere heutigen Geburtenüberschußziffern noch haben.

Dazu komme, daß auch die Geburtenziffer der „Bereinigung“ bedarf. Denn die ungewöhnlich starke Besetzung der mittleren, insbesondere der zeugungs- und gebärfähigen Altersklassen, läßt unsere Geburtenziffer höher erscheinen, als sie — trotz ihres Tiefstandes — tatsächlich noch ist. Wie Berechnungen ergaben, sind unter den gegenwärtigen Sterblichkeitsverhältnissen für die Aufrechterhaltung der Bevölkerung mindestens 83,3 Lebendgeborene auf je 1000 gebärfähige Frauen erforderlich. Im heutigen Reichsgebiet trafen jedoch auf je 1000 gebärfähige Frauen im Alter von 15 bis 45 Jahren:

| | Lebendgeborene | | Lebendgeborene |
|-----------|----------------|------|----------------|
| 1899—1901 | 158,9 | 1925 | 80,2 |
| 1909—1911 | 130,4 | 1926 | 75,4 |
| 1913 | 116,5 | 1927 | 70,6 |
| 1922 | 90,0 | 1928 | 71,1 |
| 1923 | 82,3 | 1929 | 68,5 |
| 1924 | 79,5 | | |

Seit 1923 liegt also die sog. allgemeine Fruchtbarkeitsziffer unter der für die Aufrechterhaltung der Bevölkerung notwendigen Mindestzahl.

Um seine Ansicht möglichst deutlich zum Ausdruck zu bringen, benutzte Burgdörfer folgenden Vergleich: „Wenn heute die Quellen eines großen Stromes, etwa des Rheins und seiner sämtlichen Nebenflüsse, mit einem Schlag verstopft oder abgeleitet würden, so bliebe zunächst der Mittellauf des Stromes hiervon noch unberührt, und es würde geraume Zeit dauern, bis man im Unterlauf, sagen wir etwa bei Köln, beobachten könnte, welche Änderungen etwa bei Konstanz vor sich gegangen sind. Ebenso verhält es sich mit dem lebendigen Strom des Volkes. Wenn heute die Quellen des Lebens versiegen, so dauert es 6 Jahre, bis man etwas davon in der Schule merkt, 15—18 Jahre, bis diese Erscheinung sich auf dem Arbeitsmarkt auszuwirken beginnt, 20—30 Jahre, bis sie sich auf dem Heiratsmarkt und Wohnungsmarkt auswirkt, usw.“

Schließlich sei noch angeführt, was Burgdörfer über die Wirkung der Volksüberalterung auf die Zukunft der Invalidenversicherung voraussagt; er schreibt: „Im Jahre 1932 werden sich Einnahmen und Ausgaben gerade noch die Waage halten, von 1933 ab wird sich aber ein Defizit im Haushalt der deutschen Invalidenversicherung ergeben ... Das Defizit wird lawinenartig anwachsen. Es wird gegen Ende dieses Jahrzehnts bereits den Betrag von einer halben Milliarde Reichsmark jährlich überschreiten, es wird um die Mitte des Jahrhunderts, also in 20 Jahren, bereits den Betrag von einer Milliarde übersteigen und es wird in 50 Jahren von heute ab gerechnet sogar den Betrag von rund zwei Milliarden jährlich überschreiten.“

Bei den sehr beachtenswerten Voraussagen Burgdörfers ist zu berücksichtigen, daß sie sich, wie wir oben sahen, auf die Bedingung des „ceteris paribus“ stützen. Aber ob die „übrigen Dinge gleich“ bleiben, ist völlig unbekannt, ja unwahrscheinlich; sie können noch schlimmer, jedoch auch besser als gegenwärtig werden. Die Finanzverhältnisse der Versicherungsanstalten z. B. werden nicht erst von 1933 ab ein Defizit zeigen, denn dies liegt schon jetzt vor — nicht infolge der Volksüberalterung, sondern der Arbeitslosigkeit. Auch hinsichtlich des Geburten- bzw. Sterbefallüberschusses kann die nahe Zukunft noch viel trübere Ergebnisse bringen, als Burgdörfer annimmt — wir brauchen ja nur an die Folgen, welche die innen- und außenpolitische Lage unserer Gegenwart zeitigen kann, zu denken. Andererseits muß man sich daran erinnern, daß die Volksnot, d. h. die Verringerung des Nahrungsspielraumes, die einst Malthus im Hinblick auf die damals in allen Kulturstaaten hohen Geburtenziffern voraussagte, ausblieb, weil im Gegensatz zu seiner Erwartung die Geburtenverhütung erfolgte. Es ist mithin durchaus nicht unmöglich, daß die an sich gewiß sehr wertvollen Berechnungen Burgdörfers durch Vorgänge, die er zurzeit nicht ahnen kann, durchkreuzt werden. Aber die Sozialhygieniker haben auf jeden Fall allen Anlaß, sich die Forschungsergebnisse Burgdörfers vor Augen zu halten.

Gesundheitspolitik.

Die Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde stellte, wie die „Medizinische Welt“ 1930 Nr. 30 berichtet, auf ihrer Versammlung zu Wiesbaden am 13. April 1930 folgende Richtlinien für Stellung und Ausbildung des Schularztes auf:

„1. Die Schule als Zwangseinrichtung des Staates hat die Aufgabe, sich nicht nur unterrichtlich zu betätigen, sondern auch die Gesundheit der Schüler zu schützen und zu fördern. Die Schule muß bemüht sein, alle Schäden auszuschließen, welche durch den Schulbetrieb entstehen können. Von gleicher Wichtigkeit ist es, die Versammlung der Kinder zu einer gesundheitlichen Sichtung, Beratung und Befürsorgung zu verwenden.

2. Um dieses Ziel zu erreichen, muß das Schularztsystem weit ausgebaut werden. In allen Fragen der Hygiene der Schule und der Gesundheitsförderung der Schüler ist der Arzt maßgebend. Geeignete Räume mit sinnentsprechender Ausstattung für seine Tätigkeit sollen nach Möglichkeit in jeder Schule für seinen Zweck zur Verfügung stehen.

3. Der Schularzt muß innerhalb der einzelnen Schulen zu den Beratungen des Lehrerkollegiums in gesundheitlichen Angelegenheiten hinzugezogen werden. In den Selbstverwaltungskörpern, die sich mit der Schule befassen, muß der Schularzt vertreten sein.

4. Erforderlich ist eine hinreichend große Zahl von Schulärzten mit entsprechender, d. h. dem Zweck angepaßter Ausbildung.

5. Die Grundlage der Ausbildung muß in Anbetracht der Tatsache, daß es sich bei den Schülern ausschließlich um Kinder und Jugendliche handelt, eine ausreichende, etwa zwei Jahre betragende Ausbildung in der Kinderkunde und Kinderheilkunde sein. Fachärzte für Kinderkrankheiten kommen in erster Linie in Betracht.

6. Zur Hauptausbildung soll ein spezieller Kursus der Schulgesundheitspflege von ausreichender Dauer hinzukommen. Während der Dauer dieses Kursus ist auch besonderer Wert auf folgendes zu legen:

- a) Seuchenbekämpfung und Sozialhygiene,
- b) Psychologie und Psycho-Pathologie des Kindes- und Jugendalters,
- c) Physiologie und Pathologie der Leibesübungen.

7. Die Ausbildung der Schulärzte dürfte in Prinzip Angelegenheit der Universitäten und sozialhygienischen Akademien unter Zuziehung von Praktikern der Schulgesundheitspflege sein.

8. Den jetzt tätigen Schulärzten ist durch besondere Nachschulungskurse Gelegenheit zur Fortbildung zu geben. Außerdem ist darauf zu halten, daß die Schulärzte zu ihrer Fortbildung an geeigneten Veranstaltungen teilnehmen.“

* * *

Auf der am 31. Mai 1930 in Dresden veranstalteten 38. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten wurde nach einem Vortrag von Ministerialrat Dr. Ruppert (Reichsministerium des Innern) über „Das Problem des Bewahrungsgesetzes“ und einer eingehenden Aussprache, an der sich insbesondere Ministerialrat Dr. Hans Maier, Dr. Hilde Eisenhardt (Geschäftsführerin des deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Frankfurt a. M.), Frau Neuhaus (M. d. R.), Dr. von Pezold (Karlsruhe), Dr. H. Loeb (Mannheim) und Abgeordnete Mueller-Otfried beteiligten, folgende von Dr. Struve angeregte Entschliebung einstimmig angenommen:

„Der Erlaß eines Bewahrungsgesetzes, das im System der Fürsorge eine Bewahrung der sogenannten asozialen Personen bezweckt und das seit Jahren in den Kreisen der Praxis mit Nachdruck gefordert wird, erscheint auch vom Standpunkt einer wirksamen Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten dringend notwendig. Erfahrungsgemäß befinden sich unter den geistig oder psychisch defekten Personen solche, die infolge ihrer Willensschwäche, ihrer Haltlosigkeit und ihres Hanges zu einem ungeordneten Leben besonders gefährliche Träger und Verbreiter von Geschlechtskrankheiten sind. Maßnahmen der Aufklärung versagen bei diesen Personen ebenso wie eine Beratung über eine gesundheitsmäßige Lebensweise. Auch eine Zwangsheilung verbürgt bestenfalls die Beseitigung der augenblicklichen Ansteckungsgefahr, nicht aber Sicherung gegen eine erneute Erkrankung und nicht die Verhütung des Rückfalls in einen ungeordneten Lebenswandel. Solche Personen müssen zu ihrem eigenen Schutze, aber auch zum Schutze der Allgemeinheit in Bewahrung genommen werden, um der von ihnen ausgehenden schweren Ansteckungsgefahr wirksam begegnen zu können, zugleich aber um die durch die Krankheitsbehandlung entstehenden erheblichen Kosten herabzumindern. Die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten hält daher nach einem Referat des Ministerialrats Dr. Ruppert vom Reichsministerium des Innern und nach einer eingehenden Aussprache auf ihrer Jahresversammlung vom 31. Mai 1930 in Dresden die beschleunigte Einbringung eines Bewahrungsgesetzes für notwendig.“

* * *

Die Deutsche Gesellschaft für Gewerbehygiene befaßte sich auf ihrer Hauptversammlung im September d. J. zu Breslau u. a. mit der „Hygiene im Büro und in kaufmännischen Betrieben“.

Vom ärztlich-physiologischen Standpunkt führte Gewerbemedizinalrat Dr. Holstein (Frankfurt a. d. O.) folgendes aus: Die Gruppe der kaufmännischen und Büroangestellten

nimmt einen nicht unbeträchtlichen Teil aller gewerblich Tätigen ein. Sie zeichnet sich durch ihre verhältnismäßig hohe Beteiligung weiblicher Angestellter aus. Die Altersbesetzung für beide Geschlechter ergibt ein Vorherrschen der jüngeren und mittleren Altersklassen und zeigt die bemerkenswerte Tatsache, daß Männer in höheren Altersklassen nur noch in geringem Umfange Beschäftigung finden, während die weiblichen Angestellten durch Heirat sehr bald aus dem Erwerbsleben ausscheiden. Die Statistik zeigt, daß diese Berufs-klassen sehr günstige Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse aufweist. Im wesentlichen sind drei Berufsgruppen zu unterscheiden, nämlich das Büropersonal, das Ladenpersonal und die Reisenden, welche in sich durch ihre besondere Beschäftigungsart ausgezeichnet sind. Das Ladenpersonal ist der Typus des stehenden Berufs, das Büropersonal jener des sitzenden Berufs, woraus sich allein für die Gesundheitsverhältnisse besondere Hinweise ergeben. Nervöse Erkrankungen sind eine auffällige Erscheinung bei den Büroangestellten, die ihre Erklärung teilweise in den besonderen Berufsverhältnissen finden. Durch Einführung der Schreibmaschine ist der früher so bedeutungsvolle Schreibkrampf geschwunden, doch können offenbar gerade die nervösen Störungen durch Maschinenarbeiten, auch an den immer mehr zur Einführung kommenden Buchungsmaschinen, gesteigert werden, wenn nicht durch Abwechslung in der Beschäftigung dem entgegengearbeitet wird. An Hand besonderer Erhebungen über die Ernährungs- und Lebensverhältnisse der Familien kaufmännischer Angestellter ist zu ersehen, daß die Ausgaben für Nahrungsmittel im Interesse für Kulturausgaben zu kurz kommen, während anscheinend eine ungenügende Eiweißernährung, die gerade für den geistig Arbeitenden das Hauptfordernis bildet, statthat. Ganz unzweckmäßig ist zumeist die Ernährungsweise des einzelnen während der Arbeitszeit. Vom hygienischen Standpunkt wird die Schaffung zweckentsprechender Arbeitsräume mit Aufenthaltsräumen gefordert, Regelung der Arbeitszeit und der Pausen, den Bedürfnissen des Körpers entsprechend, eine genügend bemessene Urlaubszeit, Propagierung der Wochenendidee, um durch Körpererholung unter Vermeidung von Ausschweifungen dem Körper neue Spannkraft zu geben. Wegen der mangelnden Körperbewegung im Beruf werden Wandern, Schwimmen und turnerische Spiele durchaus empfohlen.

Vom betriebsorganisatorischen und technischen Standpunkt äußerte sich dann Ministerialrat Dr.-Ing. Kremer (Preußisches Ministerium für Handel und Gewerbe in Berlin). Er gab einen Überblick über die gesetzlichen Bestimmungen auf dem Gebiete des Angestelltenschutzes, besprach die in den Büros und offenen Verkaufsstellen üblichen Arbeitszeiten und zeigte, in welcher Weise durch zweckmäßige Einrichtung der Büros und Verkaufsstellen, insbesondere durch gute natürliche Belichtung, durch einwandfreie neuzeitliche Beleuchtung, durch gute Entlüftung, durch zweckmäßige Einteilung der Räume und durch günstige Gestaltung und Anordnung des Arbeitsplatzes die Tätigkeit der Angestellten erleichtert und wirtschaftlicher gestaltet werden kann. Eingehend befaßte er sich mit der Arbeit an den Schreibmaschinen und an der heute im Brennpunkt des Interesses stehenden Buchungsmaschine. Er gelangte zu dem Ergebnis, daß diese Buchungsmaschinen den Angestellten die Arbeit zwar erleichtern, weil sie ihm die eintönigen Rechenarbeiten abnehmen, sie aber eine solche Konzentration verlangen, daß eine ununterbrochene Tätigkeit an ihnen unerwünscht ist. Zum Schlusse besprach er die Notwendigkeit, für eine ausgiebige Ruhemöglichkeit während der Pausen zu sorgen, die besonders dort erforderlich ist, wo die Arbeitszeit der Angestellten nur durch eine kurze Pause unterbrochen wird.

* * *

Gelegentlich der 91. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte, die vom 7. bis 11. September 1930 in Königsberg stattfand, veranstaltete die Abteilung für Hygiene gemeinsam mit anderen Abteilungen und der Deutschen sozialhygienischen Gesellschaft eine Sitzung am 11. September 1930, vormittags. Von den hierbei gehaltenen Vorträgen ist besonders der des Greifswalder Hygieneprofessors E. G. Dresel über „Die Stellung der Sozialhygiene zur allgemeinen Hygiene“ anzuführen, nicht weil er irgendwelche neuen und förderlichen Gedanken enthielt, sondern weil er zu schärfstem Widerspruch veranlaßte; A. Fischer (Karlsruhe) trat dem Redner entgegen. Aus Mangel

an Raum können wir heute nicht näher hierüber berichten; wir kommen aber auf diesen Vortrag in dem nächsten Heft zurück. In der Nachmittagssitzung der Deutschen Gesellschaft für Sozialhygiene wurden mehrere beachtenswerte Vorträge dargeboten. Besonders hervorzuheben sind hierbei die Ausführungen des Gumbinner Medizinalrats Ickert, über die man einen Selbstbericht in diesem Heft (S. 110 ff.) findet, sowie die Darlegungen des Königsberger Stadtrats Dr. Beusch über „Organisation der sozialen Hygiene in einer Großstadt“ und des Schweriner Obermedizinalrats Prof. Dr. Reiter über „Auswirkung von Anlage und Milieu, untersucht an adoptierten, unehelich Geborenen“; über diese beiden Vorträge werden wir Näheres mitteilen, sobald es uns möglich ist.

Bücher- und Schriftenschau.

M. Hahn, Die Leibesübungen im mittelalterlichen Volksleben; Fr. Manns „Pädagog. Magazin“, Heft 1260, Langensalza 1929.

J. Gerlach, Das Waisenhaus in Darmstadt 1697—1831. Ebd. Heft 1213, Langensalza 1929.

H. E. Sigerist, Eine illustrierte Handschrift von Heinr. Louffenbergers Gesundheitsregiment. Zeitschr. f. Bücherfreunde. XXII (1930) Heft 3.

Weltmedizin, Internat. Zeitschr. Die Böttcherstraße II, 1930, Heft 1.

Berichterstatter: Professor Dr. Baas, Karlsruhe.

Die inhaltreichen Hefte von Hahn und Gerlach eignen sich nicht zur Wiedergabe von Einzelheiten; vielmehr mögen nur folgende Schlußergebnisse wiedergegeben, im übrigen aber zu eigenem Lesen beider Schriften angeregt werden.

M. Hahns Untersuchungen sollten zeigen, 1. daß nicht, wie bisher vielfach angenommen, im Mittelalter der Deutsche den Leibesübungen fernstand; 2. daß trotzdem die bisherige Auffassung, daß der mittelalterliche Mensch infolge seiner Richtung auf das Jenseits nichts auf seinen Leib halte und körperliche Übungen vernachlässige, nicht in Bausch und Bogen zu verwerfen sei. Die Kirche habe zweifellos hemmend auf die Entfaltung gymnastischer Tätigkeit eingewirkt; doch blieb dem Volke sein Gefühl für die natürliche Leiblichkeit erhalten und vermählte sich, als die Zeit gekommen war, widerstandslos mit den Bestrebungen, die nach antiken Vorbildern neu erstanden. —

J. Gerlachs Geschichtsbetrachtung ist ein Zeugnis für die Kraft, aber auch die Grenzen der freien Liebestätigkeit; die Weiterführung der übernommenen Aufgabe wird jedoch zumeist vom Staate übernommen werden. Immer wird gleichwohl die Begrenztheit der staatlichen Wohlfahrtsarbeit Einfallstore offen lassen, durch die wiederum die ungebundene Wirksamkeit freier Liebestätigkeit eintreten kann. —

Aus einer Züricher Handschrift des für die mittelalterliche Gesundheitspflege bedeutsamen Lehrgedichts des Heinr. Louffenberg hat H. Sigerist eine Anzahl bisher nicht bekannter zeitgenössischer Illustrationen wiedergeben lassen; in willkommener Weise ergänzen sie sowohl die der Bilder entbehrende Münchner Handschrift, wie auch den mit nur unvollkommenen Zeichnungen versehenen Inkunabeldruck von 1491. —

Der vorzüglichen Bilder wegen, die auch für eine Geschichte der Gesundheitspflege vielfach herangezogen werden könnten, sei schließlich auf das reich ausgestattete Heft der „Böttcherstraße“ hingewiesen. —

Ergebnisse der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge, herausgegeben von A. Grotjahn, L. Langstein und F. Rott. Band 1 (1929) und Band 2 (1930). Leipzig, bei Georg Thieme.

Berichterstatter: Dr. A. Fischer (Karlsruhe).

Im Vorwort des 1. Bandes teilen die drei um die soziale Hygiene als Wissenschaft und Praxis hochverdienten Herausgeber mit, daß sie sich mit den „Ergebnissen“ an die in der Sozialversicherung tätigen praktischen Ärzte, an die klinisch tätigen Fürsorgeärzte sowie

an die organisatorisch und verwaltungstechnisch tätigen Kommunalärzte wenden und auf alle gesundheitsfürsorglicheren tätigen Kreise einwirken wollen. Daß wir ein solches Unternehmen, zumal unter dieser Leitung, lebhaft begrüßen, brauchen wir wohl nicht mit vielen Worten zu versichern. Wir können auch sogleich betonen, daß die Erwartungen, mit denen man den „Ergebnissen“ entgegensah, sich erfüllten; namentlich in dem 2. Bande findet man besonders wertvolle Abhandlungen. Aber es liegt auch zu manchen Bedenken Anlaß vor. Wenn wir diese hier äußern, so haben wir dabei keine andere Absicht als die, dem neuen Unternehmen selbst und darüber hinaus der sozialen Hygiene zu nützen.

Es sei mit einer Äußerlichkeit begonnen: Wir hätten es für angebracht gehalten, daß die Abhandlung „Die theoretischen Voraussetzungen der sozialen Hygiene“ (statt an 10.) an 1. Stelle des 1. Bandes zu stehen kam. Dies ist gewiß, wie gesagt, nur eine Äußerlichkeit; aber man kann auch eine Absicht vermuten. Es drängt sich die Frage auf, warum Grotjahn, ein Bahnbrecher der theoretischen Sozialhygiene, diese Abhandlung nicht selbst schrieb, und sie dem weit jüngeren Stadtoberschularzt Georg Wolff (Berlin) überließ. Wolffs Ausführungen geben im allgemeinen zu Einwänden keinen Grund, aber sie bieten zu wenig Neues. Steht etwa deshalb die Abhandlung Wolffs nicht an dem Platze, wohin sie dem Thema nach gehört? In Wolffs Definition: „Die soziale Hygiene ist die Lehre von den Einwirkungen gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Einflüsse auf die Volksgesundheit“ könnten übrigens die überflüssigen Worte „den Einwirkungen“ gestrichen werden.

Gewissermaßen das Entgegengesetzte von dem, was gegenüber der Abhandlung Wolffs zu betonen war, ist über die Darlegungen Karl Freudenbergs, die „Fruchtbarkeit und Sterblichkeit in den Berliner Verwaltungsbezirken in Beziehung zu deren sozialer Struktur“ überschrieben sind, anzuführen. Hier könnte der in der Sozialversicherung tätige praktische Arzt viel Neues finden — wenn er die höhere Mathematik beherrschen würde, was doch wohl nur sehr selten zutreffen dürfte; für denjenigen, der solche mathematischen Kenntnisse nicht besitzt, ist die Arbeit unlesbar.

Die Herausgeber würden sich den Dank aller Leser, für die sie ihr Unternehmen bestimmt haben, erwerben, wenn sie möglichst nur solche Abhandlungen darbieten, die man verstehen kann, ohne zuvor einige Semester einem besonderen Fachstudium widmen zu müssen. Sie werden aber auch, um den von den Vertretern der Naturhygiene häufig ausgesprochenen Vorwurf, daß die Sozialhygiene kein scharf abgrenzbares Gebiet sei, zu entkräften, gut daran tun, von Abhandlungen, die nicht unbedingt in das Gebiet der Sozialhygiene einbezogen werden können, wie über die „Diphtherieschutzimpfungen“ oder über „Die Bekämpfung der Lues bei Mutter und Kind“ abzusehen. Wenn wir Wünsche äußern dürfen, so würden diese lauten: Die „Ergebnisse der sozialen Hygiene und der Gesundheitsfürsorge“ mögen tunlichst nur neue Ergebnisse enthalten und diese den sozialhygienischen Durchschnittslesern in einer verständlichen Gestaltung übermitteln; ferner mögen sie sich auf das Gebiet der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge beschränken und sich nicht ohne zwingenden Grund mit der Serologie befassen.

Einen besonderen Wert besitzen manche Abhandlungen, die in dem 2. Bande enthalten sind. Hier ist vor allem die Arbeit Burgdörfers, über die wir, entsprechend ihren bedeutsamen Angaben und Darlegungen, oben (S. 122 ff.) ausführlich berichteten, hervorzuheben. Aber auch die Arbeiten von v. Vershuer „Soziale Umwelt und Vererbung“, von Schwéers über „Prostituiertenüberwachung in Berlin nach dem neuen Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten“, und von Bandel über „Die spezifische Männersterblichkeit als Maßstab der Alkoholsterblichkeit, dargestellt an der Sterblichkeitsstatistik Preußens von den Anfängen der Statistik bis zur Gegenwart“ sind verdienstvoll und werden Nutzen stiften.

Trotz der Einwände, die wir gegen einige in den „Ergebnissen“ dargebotene Abhandlungen äußerten, können wir das neue Unternehmen aufs beste empfehlen.

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

Zu beziehen durch die Buchhandlungen

Geschenkwerke für alle Gelegenheiten

Neue preiswerte Klassiker-Ausgaben

Die Vorzüge unserer Ausgaben sind: Gediegene, von sachkundigen Bearbeitern geschriebene Einleitungen, reichhaltiges, sorgfältig gewähltes u. d. wiedergegebenes Bildmaterial, große, schöne Schrift, stattliches, aber doch handliches Format, gutes, holzfreies Werkdruckpapier, geschmackvolle Einbände, niedriger Preis. Es wird aus neuerer Zeit kaum andere Ausgaben in gleicher vorzüglicher Ausstattung und Bearbeitung geben, die zu so mäßigem Preis zu beschaffen sind.

Jeder Band bei Bezug der vollständigen Ausgabe nur **RM. 3.-**
bei C. F. Meyers Werken nur RM. 3.50

Friedrich Schillers Werke

Herausgegeben von Geheimrat **Dr. Rudolf Krauß**. Mit 6 Abbildungen. 6 Bände Leinen.
Band 1: Einleitung, Gedichte, Die Räuber. Band 2: Fiesko, Kabale und Liebe, Don Carlos. Band 3: Wallenstein, Maria Stuart. Band 4: Die Jungfrau von Orleans, Die Braut von Messina, Wilhelm Tell. Band 5: Kleine Dramen, Unveränderte Dramen, Übersetzte Dramen. Band 6: Erzählungen, Historische Schriften, Ästhetische und kritische Abhandlungen.

J. P. Hebels Werke

Herausgegeben von **Dr. Wilhelm Zentner**. Vollständige Ausgabe. Mit 7 Abbildungen. 3 Bände Halbleinen.
Band 1: Alemannische Gedichte, Hochdeutsche Dichtungen. Band 2: Erzählungen und Aufsätze, des Rheinländischen Hausfreundes. Band 3: Biblische Geschichten, Katechismus.

Wilhelm Hauffs Werke

Herausgegeben von **Otto Heuschele**. Mit 6 Abbildungen. 4 Bände Leinen.
Band 1: Lebensbild, Gedichte, Märchen. Band 2: Othello, Die Sängerin, Die Bettlerin vom Pont des Arts, Jud Süß, Das Bild des Kaisers. Band 3: Lichtenstein. Band 4: Mitteilungen aus den Memoiren des Satans, Phantasien im Bremer Ratskeller.

Gottfried Kellers Werke

Herausgegeben von **Dr. Gustav Steiner**, Basel. Mit 55 Abbildungen. 8 Bände Halbleinen.
Band 1: Kellers Leben und Werke, Gedichte. Band 2/3: Der grüne Heinrich. Band 4/5: Der Apotheker von Chamounix, Kalendergeschichten, Die Leute von Seldwyla, Sieben Legenden. Band 6: Züricher Novellen. Band 7: Das Singgedicht, Aufsätze. Band 8: Martin Salander, Bettagsmandat, Therese, Autobiographische Schriften.

Jeremias Gotthelfs Werke

Herausgegeben von **Dr. Paul Siegfried**, Basel. Mit 11 Abbildungen. 9 Bände Leinen.
Band 1: Jeremias Gotthelf als Mensch und Dichter, Der Bauernspiegel. Band 2: Uli der Knecht. Band 3: Uli der Pächter. Band 4/5: Anne Bäbi I/II. Band 6: Der Geldstag. Band 7: Käthli die Großmutter. Band 8: Die Käseerei in der Vehrreude. Band 9: Klein- Erzählungen (Hans Joggeli der Erbtöchter, Eisi die seltsame Magd, Bartli der Korber, Wie Joggeli eine Frau sucht, Der Besuch, Wurst wider Wurst, Wie fünf Mädchen im Brandwein jämmerlich umkommen, Der Sonntag des Großvaters, Die schwarze Spinne.)

C. F. Meyers Werke

Herausgegeben von **Dr. Gustav Steiner**, Basel. Mit 32 Abbildungen. 4 Bände Ripsleinen.
Band 1: Lebensbild, Gedichte, Huftens letzte Tage, Engelberg. Band 2: Jürg Jenatsch, Der Heilige. Band 3: Novellen (Das Amulett, Der Schuß von der Kanzel, Plautus im Nonnenkloster, Gustav Adolfs Page, Das Leiden eines Knaben, Die Hochzeit des Mönchs, Die Richterin). Band 4: Die Versuchung des Pescara, Angela Borgia.
Einzelbände vorstehender Ausgaben RM. 4.—, bei C. F. Meyers Werken RM. 4.50
Preise für Halbleder- oder Halbpergament-Ausgaben auf Anfrage.

Dantes Lyrische Gedichte

Übers. von **Rich. Zozmann**. Ein von der gesamten Kritik mit einmütigem Beifall glänzend aufgenommenes Werk.
Italienisch-deutsch (3. Auflage.) Leinen RM. 8.80. Halbpergament auf Japanpapier RM. 15.—
Deutsch (4. Auflage.) Leinen RM. 5.80. Halbpergament auf Japanpapier RM. 11.—

VERLAG
C. F. MÜLLER
KARLSRUHE I. B.



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. 5 / Tel. 6797

Wenn Yoghurt dann „Kayam“

denn er ist der beste!

Milchzentrale Karlsruhe,
G. m. b. H.

Zuckers kohlensäure Bäder
„ Blox-Sauerstoff-Bäder
Bergmanns Sauerst.-Bäder
Leitholfs Sauerstoff-Bäder
Silvapan. Fichtennadel-,
Sauerstoff-Bäder
Tripinat-Bäder, Fichtenn-
Extrakt und -Tabletten,
Baesalze, Moorextrakt
Verbandartikel aller Art,
Desinfektionsmittel usw.

Drogerie
Wilhelm
Tscherning
Amalienstraße 19
Telephon 519

Karlsplatz-Drogerie
Jos. Weingärtner
Karlsruhe i. B.

Ecke Südend- u. Leibnizstr.
Telephon 5002

Verbandstoffe,
sämtliche Artikel zur
Krankenpflege, Nähr-
u. Kräftigungsmittel.

Carl Seilacher

Herrenalb

Ein verschwundenes Zisterzienserkloster. Mit 19 Abb. RM. 1,80.
Eine Darstellung des ehem., 1148 gegründeten Zisterzienserklosters Herrenalb im nördlichen Schwarzwald. In einzelnen anschaulichen Zeitbildern wird das Wesentliche aus der Geschichte des Klosters geschickt herausgehoben und zusammengefaßt.

VERLAG C. F. MÜLLER
Karlsruhe (Baden)

Clementinen - Institut für Krankenpflege Frankfurt a. M.

Fernspr.: Zeppelin 54796,
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 glänzendes, 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.