

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Sozialhygienische Mitteilungen für Baden. 1917-1919 1917

2 (1.4.1917)

Sozialhygienische Mitteilungen

zu
s-
ie
r.
n
er

für Baden.

Herausgegeben von der Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene.
Schriftleitung: Dr. med. Alfons Fischer, Karlsruhe.

1. Jahrg.

April 1917

Heft 2

Inhalt: 1. Über eine Lücke im System der öffentlichen Säuglingsfürsorge. Von Prof. Dr. E. Moro, Heidelberg. 2. Die Ernährungsweise der im Großherzogtum Baden geborenen Kinder während des ersten Lebensjahrs. Von Geheimen Oberregierungsrat Dr. Gustav Lange, Karlsruhe. 3. Zehn Jahre Propagandaarbeit für Mutterschaftsversicherung. Von Dr. Alfons Fischer, Karlsruhe. 4. Von der Wirksamkeit der Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene. 5. Bücher- und Schriftenschau.

Über eine Lücke im System der öffentlichen Säuglingsfürsorge.

Von Prof. Dr. E. Moro, Heidelberg.

Die Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche betrug bis vor kurzem 20%. Dank den intensiven Bestrebungen des Säuglingsschutzes und günstigeren äußeren Verhältnissen ist diese Ziffer in den letzten Jahren bedeutend gesunken. Die dominierende Todesursache sind Ernährungsstörungen. Wenigstens scheint dies aus den amtlichen Statistiken hervorzugehen. Dieser Schluß bedarf jedoch einer gewissen Einschränkung. Fast jeder kranke Säugling zeigt früher oder später Symptome seitens des Magen-Darmes — Erbrechen, Durchfall oder beides. Dabei handelt es sich aber oft nur um Begleiterscheinungen, und die wesentliche Krankheitsursache kann ganz anderswo gelegen sein. Vielleicht in der Lunge, im Ohr oder in der Blase. Dessenungeachtet werden Krankheit und Todesursache in der amtlichen Anzeige als „Magendarmkatarrh“ bezeichnet und es resultiert eine Statistik, die ein unzutreffendes Bild gibt. Es ist ja leider nicht allgemein bekannt, daß es außer dem sogenannten Magendarmkatarrh auch andere Säuglingskrankheiten gibt. Allein selbst wenn diesem Fehler nach Möglichkeit Rechnung getragen würde, bleibt doch eine erschreckend große Zahl „reiner Ernährungsstörungen“ übrig, die den Tod des Säuglings bedingen. Ich brauche ja nur auf den hohen Sommergipfel der Säuglingssterblichkeit zu verweisen, um diese Tatsache deutlich zu veranschaulichen.

Der Säuglings- und Kinderschutz ist heute aus naheliegenden Gründen zur nationalen Pflicht geworden. Die Aufgaben sind groß und ernst und es sind die besten Kräfte an der Arbeit, ihrer Förderung dienstbar zu sein. Freilich ist der Erfolg nicht von heute auf morgen zu gewärtigen. In den nordischen Staaten dauerte es viele Jahrzehnte, bis es gelang, die Säuglingssterblichkeit auf 8% oder noch tiefer herunterzudrücken. 5—6% „müssen“ aus „unabwendbaren Ursachen“ sterben. Wenigstens äußern sich so gewisse statistische Berechnungen. Ich weiß nicht, ob diese Zahlen viel besagen. Jedenfalls steht fest, daß dem Säuglingsalter Gefahren genug drohen, denen gegenüber Arzt und Fürsorge vorläufig wenig ausrichten können. Vor allem Erkrankungen infektiöser Natur sowie angeborene und anlagegemäß bedingte Schädigungen und Schwächen mannigfacher Art.

Die Ernährungsstörungen im engeren Sinne gehören nicht in diese Gruppe. Diese sind nichts weniger als „unabwendbar“. Am allerwenigsten die Ernährungsstörungen akuter Natur, die so häufig das Leben gesunder und kräftiger Säuglinge in wenigen Tagen vernichten.

Die Klinik ist nicht der ideale Aufenthaltsort für Säuglinge. Und doch lehrt die Erfahrung, daß solche Ernährungsstörungen an den Insassen einer zeitgemäß eingerichteten Anstalt nicht zum Ausbruch gelangen. Die Klinik ist nicht imstande,

len mit schwerer Ernährungsstörung eingebrachten Säugling zu reparieren, ebenso wenig wie der Feinmechaniker jede Uhr wieder in Gang zu bringen vermag, der vorher mit Axt und Beil an den Leib gerückt wurde — allein primäre Ernährungsstörungen akuter Art können selbst bei ausschließlicher Flaschenkost vermieden werden. Dazu bedarf es keines Zaubermittels. Hauptsache ist ein offener Blick des beobachtenden Arztes und seine Befähigung, sich bei der Beurteilung der wechselnden Reaktionen künstlich genährter Säuglinge ruhig und planmäßig zurechtzufinden.

Aber selbst bei ausgebildeten Ernährungsstörungen ist — in der Klinik und draußen — vieles zu erreichen. Freilich setzt ein zielbewußtes Vorgehen hier oft tiefere Kenntnisse der Lehre von der Säuglingsernährung voraus und es gibt Situationen, in denen das ärztliche Handeln zur Kunst wird. Das gilt von diesem Gebiete der praktischen Medizin ebenso wie von vielen anderen. Allein ich will gar nicht von derartigen positiven Leistungsmöglichkeiten sprechen, wenn nur die größten Fehler vermieden würden! Wie viel wäre damit im Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit gewonnen!

* * *

Es ist der Pädiatrie zum Vorwurf gemacht worden, daß sie in ihren Anschauungen zu sehr wechselt. Das mag für gewisse theoretische Erwägungen Geltung haben und kommt überall vor, wo fleißig gearbeitet wird. Für die Grundprinzipien der Säuglingsernährungspraxis trifft dieser Vorwurf bestimmt nicht zu. Hier herrscht überall und in allen wesentlichen Punkten volle Übereinstimmung. Es bestehen heute strikte Indikationen und Kontraindikationen in der Behandlung von Ernährungsstörungen, deren Beachtung oder Nichtbeachtung vielfach unmittelbar über Leben oder Tod der Säuglinge entscheidet. Ihre Kenntnis ist durch Erfahrung und Forschung allmählich erworben worden und bildet bereits seit mehr als einem Dezennium den festen Besitz der Kinderheilkunde.

Sonderbar ist nur, daß dieser für die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit so wichtige Besitz anscheinend nahezu eine Art Reservat der Fachkreise geblieben ist. Woher mag das kommen? Liegt es an den Pädiatern, die die Ergebnisse ihrer Wissenschaft allzu geheim halten, oder liegt es an den Ärzten, die sich um die Er-rungenschaften der Kinderheilkunde zu wenig kümmern? Ersteres ist bestimmt nicht der Fall. Denn es gibt heute kaum ein anderes Fach der Medizin, das sich an den Bestrebungen der öffentlichen Gesundheitspflege durch Belehrung aller Art in dem Maße beteiligt wie gerade die Säuglingsernährungslehre. Aber auch die zweite Frage ist m. E. zu verneinen. Denn das Interesse der praktischen Ärzte an der Kinderheilkunde, speziell an der Lehre von der Säuglingsernährung, ist im allgemeinen ein sehr großes. Beweis dessen der überaus zahlreiche Besuch einschlägiger Fortbildungskurse und der Ruf nach derartigen Veranstaltungen sogar während des Krieges. Es wäre ungerecht, den Ärzten in dieser Richtung einen Vorwurf zu machen.

Allein gerade in diesem lebhaften Verlangen nach Fortbildungskursen in Säuglings- und Kleinkinderpathologie liegt der Schlüssel zur Lösung der ganzen Frage. Offenbar wird das Bedürfnis nach Erweiterung der medizinischen Kenntnisse durch die Erfahrungen der täglichen Praxis bestimmt. Unter Zugrundelegung der allgemeinen Armenpraxis machen die Kinderkrankheiten zirka zwei Drittel (65,1%) der gesamten ärztlichen Tätigkeit aus. Der praktische Arzt kommt verhältnismäßig selten in die Lage, ein kompliziertes Augenleiden oder einen Geistesgestörten selbständig zu behandeln. Solche Patienten werden naturgemäß entsprechenden Anstalten überwiesen. Mit den größeren Operationen verhält es sich ebenso. Aber wohin käme der Arzt, wenn er bei all den kranken und ernährungsgestörten Säuglingen und Kleinkindern das gleiche Verfahren einschlagen wollte? Abgesehen davon, daß bei solchem Vorgehen hundert und mehr Kinderheilanstalten und Säuglingsheime in Baden allein vorhanden sein müßten. Hier ist der Arzt Tag für Tag auf sich selbst angewiesen, und deshalb sein lebhaftes Interesse am Fortbildungswesen.

Dazu kommt noch eins. Die Säuglingsschutzbewegung beginnt Früchte zu tragen. An sehr vielen Orten — in Stadt und Land — werden Mütterberatungs- und Säuglingsfürsorgestellen errichtet, und nur der Arzt ist dazu berufen, diese zu leiten. Ihm zur Seite steht eine ausgebildete und geprüfte Fürsorgeschwester. Da darf es nun nie und nimmer dazu kommen, daß die Kenntnisse des beratenden Arztes nicht im richtigen Verhältnis zu den Kenntnissen der assistierenden Schwester stehen. Das würde nicht nur die Fürsorgetätigkeit des betreffenden Arztes unerträglich machen, sondern dem ganzen ärztlichen Stand zum Schaden gereichen. Außerdem verteilen die Fürsorgestellen diverse Flugschriften, Merkblätter und sogenannte Ratgeber. Dort ist auf jeder Seite die Aufforderung zu lesen: „Frage den Arzt“; denn der öffentlichen Aufklärung sind aus guten Gründen gewisse Grenzen gezogen. Über all diese Fragen muß der Arzt Bescheid wissen, auf all diesen Gebieten soll er sattelfest sein. Sonst hätte diese ganze, anscheinend so wirkungsvolle Form der Belehrung wenig Sinn.

Die Fortbildung der Ärzte ist eine Aufgabe, der sich die akademischen Lehrer gern unterziehen. Aus ihren Kreisen ist ja auch die ursprüngliche Anregung dazu hervorgegangen. Ist aber das, wonach der praktische Arzt verlangt, wirklich nur „Fortbildung“? Sofern sich diese Frage auf Säuglingsernährung und Kleinkinderkrankheiten bezieht, darf ich dieselbe aus eigener Erfahrung mit einem offenen gestandenen Nein beantworten. Es wäre didaktisch ganz und gar verfehlt, wollte man bei solchen Kursen, dem Sinn ihrer Bestimmung gemäß, etwa nur das bringen, was in den letzten paar Jahren Neues hinzugekommen ist. Das, was den Arzt befriedigt und was er will, ist in diesem Falle nicht so sehr „Fortbildung“ als vielmehr „Grundbildung“. Denn er fühlt es ebensogut wie der Lehrer, daß man bei der Ausführung eines Baues nicht mit dem Dach beginnen soll.

Nun wird man den Geboten der Logik Folge leistend endlich fragen: Wenn dem so ist, wozu in aller Welt ist dann das medizinische Studium da? Der Ton der Frage ist etwas unhöflich. Nichtsdestoweniger fühlt der Vertreter des Faches die Verpflichtung, zu versuchen, sich zu rechtfertigen.

Da ist zunächst zu bedenken, daß die Säuglingsheilkunde eine verhältnismäßig junge Disziplin ist. Man kann von den älteren Ärzten nicht verlangen, daß sie über ein Wissensgebiet eingehend informiert sind, das zur Zeit ihrer Ausbildung überhaupt noch nicht existierte oder damals eben erst in den Anfangsstadien der Entwicklung begriffen war. Diese können also nur durch sogenannte Fortbildungskurse und durch Lektüre lernen und nachholen, was ihnen während ihrer Studien noch nicht geboten werden konnte.

Wie steht es nun mit den jüngeren Ärzten? Wie steht es in diesem Falle mit den Medizinern, die sich jetzt auf den ärztlichen Beruf vorbereiten?

Bei der Beantwortung dieser nunmehr enger gefaßten Fragestellung müssen zunächst die Kriegsmediziner und Kriegsapprobierten ausgeschaltet werden. Das ist eine überaus wichtige und ernste Angelegenheit, die aber hier nicht zur Diskussion stehen kann und die aus sozialen Gründen noch viel Kopfzerbrechen erfordern wird. —

Aber selbst unter ganz normalen Verhältnissen wäre es nicht recht, die Lehrer der Kinderheilkunde für gewisse Mißstände verantwortlich zu machen. Es ist vielleicht nicht allgemein geläufig, daß es im Deutschen Reiche Universitäten gibt, an denen die Kinderheilkunde überhaupt nicht vertreten ist — mit anderen Worten: an denen es möglich ist, die Approbation als praktischer Arzt für das Deutsche Reich zu erlangen, ohne jemals Vorlesungen über Säuglingsernährung und Kinderheilkunde gehört zu haben. Diese bedauerliche Tatsache ist kennzeichnend genug für die Wertung, die der Kinderheilkunde an manchen Orten auch heute noch zuteil wird.

Die Pädiatrie ist eben ein „Nebenfach“. Gegen diese Bezeichnung läßt sich nichts einwenden, wenn die Größe der Patienten dafür maßgebend ist. Tritt der Arzt in die Praxis heraus, dann macht er bald die Entdeckung, daß dieses Prinzip der Einteilung irreführend war.

Ferner: „Die Kinderheilkunde ist ein Teil der inneren Medizin“. Das ist vollkommen richtig. Nur fehlt der Nachsatz: „der aber vom inneren Kliniker weder ausgeübt noch gelehrt wird.“

Solche Ansichten und Deutungen machen es möglich, daß die Kinderheilkunde an vielen Universitäten noch heute nicht Prüfungsgegenstand ist. Laut Prüfungsordnung aus dem Jahre 1901 § 32 genügt es ja, wenn der innere Mediziner — der sich mit der Kinderheilkunde in der Regel gar nicht beschäftigt — bei seinem Examen, gelegentlich der Krankenbesuche auf der inneren Abteilung, auch eine Frage aus dem Gebiete der Kinderheilkunde stellt.

Für

Allerdings ist es richtig, daß ein medizinisches Fach seitens der Studierenden nicht allein nach seiner äußerlichen Wertung, sondern auch nach seinem Lehrer eingeschätzt wird. Indes steht es außer Frage, daß das Examen, aus mancherlei begrifflichen Gründen, einen sehr wesentlichen Faktor seiner Förderung bedeutet.

E

Um nicht mißverstanden zu werden, muß ich nur noch bemerken, daß mir eine große Klinik mit ausgedehnter Unterrichtsmöglichkeit zu Gebote steht und daß ich durch das Entgegenkommen der beiden inneren Kliniker in Heidelberg schon vor Jahren in die Lage versetzt wurde, als stellvertretender Prüfer zu fungieren. So darf ich, nach meinen Erfahrungen beim ordnungsgemäßen Staatsexamen, doch für einen Teil der Examinanden die Gewißheit empfinden, daß sie im späteren Leben nicht nur den Aufgaben der praktischen Kinderheilkunde, sondern auch den Anforderungen des sozialen Säuglingsschutzes gewachsen sein werden.

Ich habe diese Zeilen mit der Aufschrift: „Über eine Lücke im System der öffentlichen Säuglingsfürsorge“ versehen. Wo diese Lücke zu suchen ist, was sie bedeutet und welches die Wege sind, die ihre Deckung ermöglichen, das alles ist in der gegebenen Darstellung verständlich ausgedrückt. Was mich zu ihrer Niederschrift veranlaßt hat, war lediglich der Wunsch, darauf hinzuweisen, daß es zweckdienlich wäre, bei Organisationen von fundamentaler Bedeutung, für die so beträchtliche Geldsummen ausgeworfen werden, ausschlaggebende Momente mit der erforderlichen Schärfe wahrzunehmen.

Sä

Die Ernährungsweise der im Großherzogtum Baden geborenen Kinder während des ersten Lebensjahrs.

Von Geheimen Oberregierungsrat Dr. Gustav Lange, Karlsruhe.

S

Seit einer Reihe von Jahren ist man in immer stärkerem Maße bestrebt gewesen, durch eine planmäßige Säuglingsfürsorge die in Deutschland am Ende des neunzehnten Jahrhunderts noch recht hohe Säuglingssterblichkeit zu vermindern und hat damit auch schon recht erfreuliche Erfolge erzielt, hauptsächlich auch deswegen, weil dabei — und gerade in der Kriegszeit ist das in besonderem Umfange durch gesetzliche Vorschriften geschehen — auf eine Hebung der Stilltätigkeit der Mütter eindringlich hingewirkt wurde. Es wird eine der wichtigsten Aufgaben der deutschen Bevölkerungspolitik nach Beendigung des Weltkriegs sein, die Säuglingsfürsorge und was aufs engste damit zusammenhängt, den Schutz der Schwangeren und Mütter, noch kräftiger als bisher weiter auszubauen. Von der Art der Ernährung der Säuglinge ist die Sterblichkeit der Kinder im ersten Lebensjahr in erster Linie abhängig; weder die berufliche Tätigkeit der Mutter noch deren soziale Stellung wirken annähernd in gleich großem Umfange darauf ein.

Z

D

Es wurden deshalb schon seit längerer Zeit Versuche unternommen, zuverlässige Feststellungen über die Ernährungsweise und insbesondere über die Häufigkeit und Dauer des Stillens der Untereinjährigen zu machen. Dabei hat man verschiedene Verfahren angewandt. Mehrfach wurden die Erhebungen, so zuerst schon vor mehr als 30 Jahren in Berlin und nach seinem Vorgange in verschiedenen andern deutschen Großstädten, gelegentlich der Volkszählungen oder — wie z. B. in Barmen und Hannover — an einem andern besonders ausgewählten Tage vorgenommen. Dabei wurde die Zahl der für solch einen Stichtag ermittelten lebenden Säuglinge zu der innerhalb eines Kalenderjahrs gestorbenen in Beziehung gesetzt und das Alter zur Zeit des Todes sowie die Ernährungsweise kurz vor dem Tode mitberücksichtigt. Bei diesem Verfahren werden die Angaben für die lebenden Säuglinge nur für einen

Teil der im Lauf des Jahres Geborenen erhalten; für die mehr oder weniger große Zahl der vor dem Stichtage gestorbenen Untereinjährigen sind keinerlei Angaben vorhanden. Anderwärts, wie z. B. in Bayern und Hessen, wurden die betreffenden Ermittlungen an den Erstimpflingen vorgenommen; den betreffenden Angaben haften die gleichen Mängel an.

Als man im Jahre 1910 sich in Baden entschloß, entsprechende Ermittlungen in sämtlichen Gemeinden des Landes vorzunehmen, sah man deswegen von diesen beiden Erhebungsverfahren ab und entschied sich dafür, die Ernährungsweise sämtlicher, in einem Kalenderjahr geborenen Säuglinge durch die Hebammen feststellen und auch nach Beendigung ihrer Tätigkeit bei der Entbindung weiter beobachten zu lassen. Diese Aufnahme fand erstmals für das Jahr 1911 statt und wurde in der Weise durchgeführt, daß für jedes unter ihrer beruflichen Mitwirkung lebend geborene Kind von der betreffenden Hebamme eine Fragekarte auszufüllen war, die außer den nötigen örtlichen und persönlichen Angaben für Mutter und Kind noch folgende wichtige Fragen enthielt:

4. Monat und Tag der Niederkunft. 5. Wurde das Kind gestillt? Wenn ja, von der Mutter oder von einer Amme? 6. Wann hat das Stillgeschäft begonnen? 7. Wie lange, d. h. von wann und bis wann erhielt das Kind nur Brustnahrung, Brust- und künstliche Nahrung, nur künstliche Nahrung? 8. Wenn das Kind keine Brustnahrung erhielt, welches war der Grund hierfür? 9. Worin bestand die künstliche Ernährung? 10. Lebte das Kind am Ende des ersten Lebensjahrs noch? 12. Wenn das Kind gestorben ist, wann ist es gestorben und woran (Todesursache)? 13. Womit wurde das Kind vor der zum Tode führenden Erkrankung ernährt?

In den Erläuterungen auf der Rückseite der Fragekarte war gesagt, daß unter künstlicher Ernährung im Gegensatz zur natürlichen Ernährung mit Brustmilch zu verstehen seien: Ernährung durch Tiermilch (ohne oder mit Einlagen von Mehl, Zwieback usw.), Milchkonserven, Milchpräparate, Milchsurrogate, Familienkost und dergleichen mehr. Als Gründe des Nichtstillens durch die Mutter waren beispielsweise verzeichnet: Tod der Mutter; Unvermögen der Mutter wegen Krankheit bzw. krankhafter Schwäche, Blutarmut; fehlerhafte Bildung der Brustwarzen; mangelnde Milchsekretion oder Fehlen oder Versiegen der Milch ohne erkennbaren Grund; Mißbildung oder Schwäche oder Weigerung des Kindes zur Annahme der Brust; Mangel guten Willens bei der Mutter; Gleichgültigkeit, Bequemlichkeit; Rückkehr zur Erwerbsarbeit; Widerspruch der Angehörigen und dergleichen mehr.

Die örtlichen und persönlichen Angaben sowie der Monat und Tag der Niederkunft (Fragen 1—4 der Karte) sollten alsbald nach vollzogener Entbindung, die übrigen Fragen aber erst nach Umfluß des ersten Lebensjahrs, im Falle das Kind aber vor dessen Beendigung starb oder aus der Gemeinde der Geburt verzog, alsbald nach Eintritt des Todes oder nach dem Wegzug beantwortet werden. Soweit sich der neue Aufenthaltsort in Baden befand, wurden die betreffenden Karten durch den Bezirksarzt einer dort ansässigen Hebamme, hie und da auch Damen des Frauenvereins und andern geeigneten weiblichen Personen übergeben, welche die Beobachtung des Säuglings fortzusetzen hatten. Das gleiche Verfahren griff Platz für die nicht unbeträchtliche Zahl von Neugeborenen, die in den verschiedenen Entbindungsanstalten zur Welt gekommen waren. Letztere Bestimmungen waren notwendig, weil in den zahlreichen Industriegemeinden Badens mit einer nicht unbedeutenden Binnenwanderung gerechnet werden mußte.

Die ausgefüllten Fragekarten waren für jedes Quartal nach Umfluß eines Jahres, also für die im ersten Vierteljahr 1911 geborenen Kinder auf 15. April 1912 usw., von der Hebamme dem zuständigen Bezirksarzt vorzulegen, der sie zu sammeln und nach Abschluß des ganzen Jahres 1912, also im Laufe der Monate Januar und Februar 1913, an Hand der Hebammentagebücher für das Jahr 1911 auf ihre Vollständigkeit zu prüfen und nötigenfalls für ihre Ergänzung oder nachträgliche Ausfüllung zu sorgen hatte. Darnach waren sämtliche eingegangenen, ergänzten und berichtigten Karten dem Statistischen Landesamt zur weiteren Bearbeitung vorzulegen.

Die Bezirksärzte waren vom Ministerium des Innern angewiesen und haben es sich angelegen sein lassen, die Hebammen bei geeigneter Gelegenheit, namentlich aber bei den von ihnen abzuhaltenden Hebammenprüfungen über die richtige und genaue Beantwortung der Karten persönlich zu belehren. Gleichwohl war von vornherein damit zu rechnen, da die Hebammen für ihre Mitwirkung keine Entschädigung erhielten, daß nicht alle Karten vollständig und sorgfältig ausgefüllt sein würden, und daß insbesondere durch den Wegzug von Wöchnerinnen einerseits und durch den erheblichen Wohnungswechsel in den Großstädten und sonstigen größeren Industriepätzen andererseits ein nicht unerheblicher Teil dieser Fragekarten nicht fortgeführt werden würde. Das ist bei etwa 14,5% aller Karten tatsächlich eingetreten. Während die Zahl der lebendgeborenen Kinder im Jahr 1911 nach den Standesregistern in Baden 60242 betrug, liegen ausgefüllte Karten nur für 54158 Säuglinge vor, und für weitere 2629 Kinder ist auf den Karten nicht angegeben, ob sie nach Ablauf des ersten Lebensjahrs noch lebten oder gestorben waren. Auch bei den übrigen Karten ist eine Anzahl Fragen nicht immer vollständig beantwortet. Zum Teil ging das Material erheblich später ein, als vorgeschrieben war, und dann machten die Vergleichen mit den Auszügen aus den Standesregistern noch zahlreiche Rückfragen notwendig, die sich bis in das Jahr 1914 hinzogen. Die begonnene eingehende Bearbeitung mußte mit Ausbruch des Krieges leider eingestellt werden; sie wird aber nach Kriegsende wieder aufgenommen und so das wertvolle Material der Verwaltung und Wissenschaft in vollem Umfange zugänglich gemacht werden.

Die inzwischen eingetretenen Kriegsverhältnisse und insbesondere die für ihre Dauer geschaffene Reichswochenhilfe ließen es sogar wünschenswert erscheinen, die bereits früher in Aussicht genommene periodische Wiederholung der Erhebung von 1911 gerade jetzt vorzunehmen, um hierdurch ein für die vergleichende Bewertung des Einflusses dieser Verhältnisse auf die Ernährungsweise der Säuglinge und ihre Sterblichkeit geeignetes Bild und damit die für entsprechende Maßnahmen nötigen statistischen Unterlagen zu erhalten. Es wurde denn auch vom Ministerium des Innern durch die Erlasse vom 6. Sept. und 29. Dez. 1916 eine abermalige Aufnahme über die Ernährungsweise der lebendgeborenen Kinder in Baden für das Kalenderjahr 1917 angeordnet, die zurzeit im Gange ist.

Die neue Erhebung wird ebenso wie jene von 1911 durch die Hebammen unter Aufsicht und Mitwirkung der Großh. Bezirksärzte oder durch die prakt. Ärzte, die als Geburtshelfer ohne Beiziehung einer Hebamme tätig gewesen sind, vorgenommen. Die dabei benutzte Fragekarte weicht insofern von der im Jahr 1911 verwendeten ab, als die drei früheren Fragen: 9. Worin bestand die künstliche Ernährung? 11. Wenn das Kind am Ende des ersten Lebensjahres noch lebt, ist es gediehen? 13. Womit wurde das Kind vor der zum Tode führenden Erkrankung ernährt? — wegen vielfach unzureichender Beantwortung infolge irriger Auffassung gestrichen und durch einige neue Fragen von erheblicherer Wichtigkeit ersetzt wurden. Es sind dies: Neue Frage 4: Beruf des Vaters oder der unehelichen Mutter? 9. Hat die Mutter Stillgeld erhalten? Zusatz bei Frage 12: Wurde es an dieser Krankheit — an der es gestorben ist — ärztlich behandelt? 13. Hat die Mutter die Säuglingsfürsorgestelle — Beratungsstelle — besucht? Wenn ja, nur einmal? wiederholt? regelmäßig? Dazu ist in den Erläuterungen ergänzend nachgetragen: Unter Stillgeld sind zu verstehen die für jeden Tag an die stillende Mutter zu zahlenden 50 Pfennig, welche entweder von der Krankenkasse oder vom Kriegsunterstützungsamt auf Grund des Gesetzes über die Reichswochenhilfe zu gewähren sind.

Es darf angenommen werden, daß die neuen Fragen den Einblick in die mit der Ernährungsweise aufs engste zusammenhängenden Gesundheitsverhältnisse der Säuglinge, der auf Grund der bisherigen Fassung gewonnen werden konnte, noch wesentlich vertiefen, und daß die Erfahrungen, die bei den Ermittlungen von 1911 gemacht wurden, auch zu einer vollständigeren Beantwortung sämtlicher Fragen führen werden.

Für

E

Sä

S

Z

D

Zehn Jahre Propagandaarbeit für Mutterschaftsversicherung.

Von Dr. Alfons Fischer, Karlsruhe.

Zehn Jahre sind soeben verstrichen, seitdem in Karlsruhe die Propagandagesellschaft für Mutterschaftsversicherung gegründet wurde. Da erscheint es angebracht, jetzt, wo für diesen Zweig der Sozialen Hygiene ein ganz besonderes Interesse erblüht ist, einen Rückblick auf die Zustände, die vor zehn Jahren vorhanden waren, und auf die mühevollen Arbeit der genannten Gesellschaft im Laufe des letzten Dezenniums zu werfen.

Vor zehn Jahren war noch nicht einmal der Entwurf zu der jetzt gültigen Reichsversicherungsordnung erschienen. Die Wöchnerinnenfürsorge für die erwerbstätigen Arbeiterinnen war noch sehr unvollkommen; weder die Höhe der Wochenbettunterstützungen noch ihre Dauer genügten. Und den nichtversicherten Ehefrauen von Krankenkassenmitgliedern durften, nach dem Wortlaut des damaligen Gesetzes, die Kassen keine finanzielle Hilfe im Falle der Niederkunft gewähren, selbst wenn bei der Kasse der Wille dazu vorhanden gewesen wäre.

Durch einen eigenartigen Zufall lernte ich im Jahre 1906 in Paris die Mutualité maternelle kennen, über welche zuvor in der deutschen Literatur nichts zu finden war. Die französischen Mutterschaftskassen hatten eine ungeahnte sozialhygienische Wirkung ausgeübt; sie dienten in gleicher Weise den erwerbstätigen Müttern wie den sog. Nurehefrauen. Diese freiwilligen Institutionen, bei denen Hilfe zur Selbsthilfe trat, schienen mir daher zur Ergänzung unserer deutschen gesetzlichen Maßnahmen sehr geeignet zu sein. Ein Artikel von mir, der im Januar 1907 in Naumanns „Hilfe“ erschien und die hohe hygienische Bedeutung jener Mutterschaftskassen darlegte, fand einen erfreulichen Widerhall. Insbesondere war es der mir zuvor unbekannt, damals in Karlsruhe, jetzt in Freiburg wirkende Stadtpfarrer Paul Jaeger, der auf das eifrigste für die Verwirklichung des Mutterschaftskassengedankens eintrat. So gründeten wir die Propagandagesellschaft für Mutterschaftsversicherung, die namentlich durch den Direktor des Statistischen Landesamtes, Oberregierungsrat Dr. Lange, den Karlsruher Kinderarzt Dr. Behrens, ferner durch die damaligen Vertreter der freien Gewerkschaften sowie der katholischen Arbeitervereine die wirksamste Unterstützung fand.

Der Zweck der Propagandagesellschaft war von Anfang an die Verbreitung und Verwirklichung des Mutterschaftsversicherungsgedankens, damit allen bedürftigen Wöchnerinnen ein hinreichender Schutz zur Erhaltung der Gesundheit von Mutter und Kind gewährt wird. Dieses rein sozialhygienische Ziel soll erreicht werden, durch Propaganda jeder Art zur Einführung gesetzlicher Vorschriften; also die gesetzliche Regelung der Fürsorge, die alle in Frage kommenden Mütter umfaßt, ist das Endziel. Aber wir meinten, bei der theoretischen Agitation nicht stehen bleiben zu sollen, weil der Endzweck für viele Jahre und Jahrzehnte hinaus nicht zu erreichen war. Darum suchten wir auf Selbsthilfe aufgebaute Mutterschaftskassen zu gründen. Diese Kassen sollen für die erwerbstätigen, versicherten Frauen als Zuschußkassen wirken, damit die Wöchnerinnen auf diese Art einen möglichst vollen Ersatz ihres Lohnausfalls erhalten, während ihnen die staatliche Versicherung allein ein Wöchnerinnengeld gewöhnlich nur in halber Höhe des Lohnes darbietet. Vor allem aber sollen die Mutterschaftskassen als Ersatzkassen den nichtversicherungspflichtigen Ehefrauen dienen.

Was war das Neuartige und das Eigenartige an den Bestrebungen der Propagandagesellschaft? Gab es nicht schon genug Organisationen, die sich der Mütter- und Säuglingsfürsorge widmeten? Sicherlich! Aber die segensreiche Wirksamkeit der damals schon vorhandenen Vereine bedurfte einerseits der Erweiterung und Ergänzung, andererseits der Beschränkung.

Vor etwa zehn Jahren setzte die Aufklärung über die hohe gesundheitliche Bedeutung des Bruststillens ein. Die Säuglingsfürsorgevereine entfalteten hierbei eine überaus dankenswerte Arbeit. Allein, ihre kleinen Mittel entsprachen nicht ihren großen Zielen. Die auf wenige Groschen bemessenen Stillprämien, die an einen eng begrenzten Kreis von Müttern guttatweise zur Verteilung gelangten,

hatten nur einen propagandistischen Wert. Es galt aber nicht nur für den Stillwillen, sondern auch für die Stillfähigkeit und Stillgelegenheit zu sorgen. Dazu ist eine geregelte Wochenhilfe, auf die die Mütter sich einen Anspruch erwerben müssen, erforderlich.

Für Mutterschutz ist die sicherste Grundlage des Kinderschutzes. Und überdies muß nicht nur für das Kind, sondern auch für die Mutter selbst gesorgt werden, um ihre Gesundheit, Arbeitskraft und Gebärfähigkeit zu erhalten.

E Doch auch schon vor zehn Jahren gab es Organisationen, die für den Ausbau des Mutterschutzes eintraten. Allein, es handelte sich hierbei zumeist um Forderungen, die, wenn sie auch vom hygienischen Standpunkte aus zu befürworten waren, sehr weit gesteckt und darum sehr kostspielig waren; sie waren mithin für abschbare Zeiten als erfüllbar nicht zu betrachten und fanden bei den gesetzgebenden Körperschaften nicht den erhofften Widerhall. Dazu kam, daß für jene Vereinigungen der hygienische Schutz der Mütter keineswegs die Hauptaufgabe ihrer Bestrebungen war; diese verfolgten vielmehr teils parteipolitische, teils neuethische Zwecke. Durch diesen Zusammenhang mit Tendenzen, die vielfach den herbsten Widerspruch erzeugten, wurde die Sympathie, die die Bemühungen um den Ausbau des Mutterschutzes verdienen, geschmälert, oft sogar vereitelt.

Unsere Propagandagesellschaft hielt sich dagegen grundsätzlich fern von Parteipolitik und Neuethik, wenn sie auch zwischen ehelichen und unehelichen Müttern hinsichtlich der Unterstützungen keinen Unterschied machen wollte. Auch war sie bestrebt, ihre Forderungen an die Gesetzgebung auf das Maß des Erreichbaren zu begrenzen, und, wie schon bemerkt, selbst Hand anzulegen, um die Lücken der legislatorischen Maßnahmen nach Möglichkeit auszufüllen.

Sä Nach jahrelanger eifriger Arbeit war es dank der Unterstützung des Karlsruher Stadtrats und dem Entgegenkommen des badischen Ministeriums des Innern möglich, im Jahre 1909 in Karlsruhe die erste deutsche Mutterschaftskasse ins Leben zu rufen. Leider hat sie, infolge besonderer örtlicher und persönlicher Schwierigkeiten, nur sehr wenige Mitglieder gefunden. Dagegen haben sich die nach dem Karlsruher Vorbilde geschaffenen Kassen in Heidelberg und Baden-Baden gut entwickelt.

Daß der Mutterschaftsgedanke für richtig erachtet wurde, ersieht man auch daran, daß die sächsische Industriestadt Sebnitz eine solche Kasse einrichtete, daß man in Kiel ein solches Unternehmen für die Marine gründete, und daß in letzter Zeit auch die Versicherungsgesellschaft Iduna in Halle a. S. eine Mutterschaftskasse gebildet hat.

S Anlässlich der Beratungen über den Entwurf einer Reichsversicherungsordnung richtete im Jahre 1910 die Propagandagesellschaft an den Reichstag eine Bittschrift, in der gefordert wurde: 1. das Wöchnerinnengeld in Höhe des vollen Tagelohnes zu gewähren, und 2. die auf Selbsthilfe beruhenden Mutterschaftskassen, die vorwiegend für nichtversicherungspflichtige Personen geschaffen wurden, aus Reichsmitteln finanziell zu unterstützen.

Z Im Jahre 1911 wurde die Reichsversicherungsordnung verabschiedet. Das neue Gesetz brachte zwar manche beachtenswerte Fortschritte. Aber viele Maßnahmen (freie Hebammendienste, Stillgeld usw.), die für die Gesunderhaltung der Mütter und Kinder erforderlich sind und daher als obligatorische Leistungen gewährt werden sollten, wurden dem Gutdünken der einzelnen Krankenkassen überlassen. Die Forderungen der Propagandagesellschaft fanden nicht die geringste Berücksichtigung; damals fehlte noch das Verständnis dafür, daß Reichsmittel für den Schutz der Wöchnerinnen flüssig zu machen sind.

Di Die Propagandagesellschaft setzte durch Schriften und Vorträge ihre Werbearbeit für den Schutz der Mütter fort, indem sie sich auf die internationalen Erfahrungen*) stützte. Hatte sie auch kein Gehör beim Reichsparlament gefunden, und stellten sich den Mutterschaftskassen große Schwierigkeiten entgegen, so erzielte sie doch auf einem anderen Gebiete beträchtliche Erfolge.

*) Siehe: A. Fischer: „Die Mutterschaftsversicherung in den europäischen Ländern.“ 2. Auflage. Leipzig 1911, bei F. Dietrich.

Der Reichsversicherungsordnung haftet, wie erwähnt, unter anderem der Fehler an, daß sie zu viele fakultative Bestimmungen enthält, von denen, wie man aus früheren Erfahrungen wußte, die Krankenkassen einen zu geringen Gebrauch machen. Als nun im Jahre 1914 die Reichsversicherungsordnung in Kraft trat, prüfte ich die Satzungen der 376 badischen Krankenkassen daraufhin, in welchem Maße sie freie Hebammendienste, Stillgeld, Wochenhilfe für die versicherungsfreien Ehefrauen von Kassenmitgliedern und anderes mehr, was zu den fakultativen Leistungen gehört, gewähren.

Es zeigten sich hierbei unter anderem folgende Bilder:*) nur 42 Kassen, also etwa 11%, bieten Stillgeld. Von diesen 42 Kassen sind 30 Innungs- oder Betriebskrankenkassen, d. h. kleinere Organisationen. Von den 86 (zumeist größeren) Ortskrankenkassen gewähren nur 10 Stillgeld. Unter diesen 10 Kassen sind 5 in Karlsruhe, eine in Rastatt, also ganz nahe bei Karlsruhe. Auch unter den Stillgeld darbietenden Betriebskrankenkassen hat eine verhältnismäßig hohe Zahl ihren Sitz in Karlsruhe. Mit Deutlichkeit läßt sich wahrnehmen, daß bei den Krankenkassen, die dem Oberversicherungsamt Karlsruhe und hier besonders dem Versicherungsamt Karlsruhe unterstellt sind, sich verhältnismäßig mehr solche befinden, die Stillgeld gewähren, als bei den Kassen, die den drei anderen badischen Oberversicherungsämtern angehören.

Ferner konnte ich feststellen, daß den versicherungsfreien Ehefrauen der Kassenmitglieder nur 15 badische Krankenkassen freie Hebammendienste zubilligen. Von diesen 15 Kassen befinden sich 10 in der Stadt Karlsruhe, 2 in Rastatt. Und hierbei ist noch besonders zu betonen, daß die Kassen, welche diese Unterstützung den versicherungsfreien Ehefrauen bieten, die gleiche Leistung den versicherten Wöchnerinnen nicht gewähren. Die Kassen wollten also offenbar gerade den nichtversicherten Ehefrauen ihre besondere Fürsorge angedeihen lassen.

Wenn man diese beträchtlichen Leistungen in Karlsruhe und Rastatt ins Auge faßt und zugleich sieht, daß entsprechende Darbietungen in all den anderen Orten, wohin sich die Aufklärungsarbeit der Propagandagesellschaft bisher nicht erstrecken konnte, fehlen, so tritt der Erfolg unserer Bestrebungen klar in die Erscheinung.

Darum war eine erhebliche Ausdehnung der Propagandatätigkeit bereits im Jahre 1914 beabsichtigt. Da kam der Krieg. Und er brachte uns die Reichswochenhilfe, die alle Hoffnungen, die wir je gehegt haben, übertraf. Nicht weniger als 60 Millionen Mark dürften die Kosten betragen, welche das Deutsche Reich jährlich für bedürftige Wöchnerinnen während des Krieges aufwendet.

Jetzt richtete die Propagandagesellschaft ihr Hauptaugenmerk darauf, daß die Reichswochenhilfe auch in die Friedenszeit übernommen wird. Der Verfasser, als Vorsitzender der Propagandagesellschaft, hatte den Vorzug, in eine Kommission gewählt worden zu sein, welche von der deutschen Vereinigung für Säuglingsschutz zur Beratung der Mutterschaftsversicherung und Reichswochenhilfe gebildet worden ist. Die Kommission, der die besten Kenner dieses Gebietes angehörten, hat in einer Reihe von Sitzungen alle in Betracht kommenden Vorschläge eingehend beraten; sie gelangte zu Entschließungen, die sich im wesentlichen mit den Bestrebungen der Propagandagesellschaft decken und auf dem Kongreß der deutschen Vereinigung für Säuglingsschutz am 24. Mai d. J. in Karlsruhe vorgetragen werden sollen.

Der Weg, den die Propagandagesellschaft vor zehn Jahren eingeschlagen hat und unbekümmert um alle Schwierigkeiten weiterschritten ist, hat sich als richtig erwiesen; hoffentlich führt er zum Ziel, zur Gesunderhaltung der Mütter und Kinder und zum Wohle des Vaterlandes.

*) Siehe: A. Fischer: „Staatliche Mutterfürsorge und der Krieg.“ Berlin 1915, bei Springer.

Von der Wirksamkeit der Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene.

1. Statistik betreffend die sozialhygienischen Wirkungen der Reichswochenhilfe.

Für
E
S
Z
D

Im Auftrage und mit finanzieller Unterstützung der Deutschen Vereinigung für Säuglingsschutz hat Dr. A. Fischer eine Erhebung darüber veranstaltet, welchen Einfluß die Reichswochenhilfe auf die Stillsätigkeit und auf die Gesunderhaltung der Säuglinge ausgeübt hat. Die hierfür erforderlichen Unterlagen konnten nur durch die Krankenkassen beschafft werden. Der Hauptverband der deutschen Ortskrankenkassen, Sitz Dresden, hat für diese Untersuchung Material aus mehreren außerbadischen Städten zur Verfügung gestellt. Den badischen Zahlenstoff übermittelten die Allgemeinen Ortskrankenkassen Karlsruhe, Mannheim, Pforzheim, Offenburg, Freiburg, die Betriebskrankenkasse der badischen Staatseisenbahnen, die Betriebskrankenkasse der Stadt Karlsruhe sowie die Betriebskrankenkasse der Deutschen Waffen- und Munitionsfabrik Karlsruhe; alle diese Krankenkassen sind Mitglieder der Bad. Gesellschaft für soziale Hygiene. Das badische Material war von besonderer Bedeutung, weil infolge der amtlichen Erhebung aus dem Jahre 1911 (siehe den Aufsatz von Geheimrat Lange, Seite 4 ff.) ein Vergleich mit den Zuständen vor dem Kriege ermöglicht wurde. Nach Befürwortung unserer beiden Vorsitzenden Geheimrat Dr. Hauser und Geheimrat Dr. Lange wurde vom Ministerium des Innern die Erlaubnis erteilt, das bisher unbearbeitete amtliche Material für die in Betracht gezogenen Bezirke zu benutzen. Die Ergebnisse der Untersuchung sind sehr interessant und werden auf dem Kongreß der Deutschen Vereinigung für Säuglingsschutz vorgetragen werden. Die Durchführung der Untersuchung in diesem Umfange wurde jedoch, wie man sieht, nur durch die Gemeinschaftsarbeit vieler Mitglieder unserer Gesellschaft ermöglicht.

2. Der Weg zur allgemeinen Familienversicherung in Baden.

Nachdem Stadtschularzt Dr. Stephani (Mannheim) auf der Tagung unseres Großen Ausschusses am 18. Juni 1916 über das Thema „Familienversicherung und Schularztfrage“ einen Vortrag gehalten hatte, unterbreitete der Vorstand der Freien Vereinigung Badischer Krankenkassen unserer Gesellschaft den Wunsch, ein Vertreter unserer Gesellschaft möge auf der Hauptversammlung der Freien Vereinigung zu Lahr am 24. September 1916 über die sozialhygienische Bedeutung der Familienversicherung sprechen. Der Geschäftsführer Dr. A. Fischer wurde vom Arbeitsausschuß beauftragt, dieser Aufforderung zu folgen. Der Redner fand mit seinen Darlegungen vielen Beifall und wurde in der Diskussion auf das wirksamste unter anderen von unseren Mitgliedern Verwaltungsdirektor Sigmund (Karlsruhe), Stadtrat Dr. Dietz (Karlsruhe) und Stadtrat Frey (Karlsruhe) unterstützt. Der Vortrag sollte vor allem die Krankenkassen dazu anregen, daß diese an die kassenärztliche Landeszentrale wegen der Einführung der Familienversicherung herantreten. Den Schlußworten des Versammlungsleiters, Stadtverordneten Hof (Karlsruhe), war zu entnehmen, daß die Kassen dieser Anregung folgen werden. Dies ist inzwischen, wie aus der Tagespresse zu ersehen war, geschehen. Zugleich haben die Vertreter der Krankenkassen, wie ebenfalls auf der Versammlung in Lahr empfohlen wurde, mit den Vertretern der Städteordnungs- und mittleren Städte Verhandlungen darüber gepflogen, inwieweit die Krankenkassen, welche die Familienversicherung einführen und dadurch die Ausgaben für Armenpflege verringern, von den Gemeinden finanziell zu unterstützen sind. Bei den Stadtoberhäuptern, wie auch bei den Vorständen der Ärzteorganisationen besteht eine prinzipielle Geneigtheit, den Bestrebungen, die die Einführung der Familienversicherung bezwecken, soweit wie möglich entgegenzukommen. Nur die finanzielle Regelung stößt noch auf Schwierigkeiten. Da aber überall das Bedürfnis nach einer umfassenden Familienversicherung empfunden wird, ist zu hoffen, daß die noch vorliegenden Fragen in Bälde gelöst werden.

3. Austausch von Gesundheitszeugnissen vor der Eheschließung.

Die Berliner Gesellschaft für Rassenhygiene hat auch unsere Gesellschaft zu einer Aussprache nach Berlin am 6. Februar 1917 über obiges Thema eingeladen. Zu den von der Berliner Gesellschaft uns übermittelten Thesen nahm der Geschäftsführer Dr. Fischer nach Rücksprache mit unserem ersten Vorsitzenden Geheimrat Dr. Hauser schriftlich Stellung. Diese Darlegungen wurden auch allen Mitgliedern unseres Großen Ausschusses zur Meinungsäußerung übersandt. Es äußerten sich: Stadtarzt Dr. Brodersen (Freiburg), Architekt Curjel (Karlsruhe), Stadtrat Dr. Dietz (Karlsruhe), Groß. Bezirksarzt Med.-Rat Dr. Eberle (Karlsruhe), Direktor der Großh. Heil- und Pflegeanstalt Med.-Rat Dr. Fischer (Wiesloch), Med.-Rat Dr. Krieg (Baden-Baden), Dr. med. Moses (Mannheim), Diözesanpräses Dr. Retzbach (Freiburg), Frau Finanzminister Rheinboldt (Karlsruhe), Oberbürgermeister Siegrist (Karlsruhe) und Bürgermeister Dr. Weiß (Eberbach). Die Äußerungen wurden ebenfalls nach Berlin übermittelt. Näheres wird hierüber noch berichtet werden.

Bücher- und Schriftenschau.*)

Moses, Julius: Der Ausbau der Kleinkinderfürsorge in Mannheim. Mitteilungen aus der Armen- und Waisenpflege der Stadt Mannheim, 1916, Oktober.

Berichterstatter: Geh. Obermedizinalrat Dr. Hauser (Karlsruhe).

Eine den „Mitteilungen aus der Armen- und Waisenpflege der Stadt Mannheim“ entstammende Arbeit des verdienten Mannheimer Ziehkinderarztes Dr. Moses, deren bedeutungsvoller Inhalt weit über den durch die Grenzen der Stadt Mannheim gesteckten Rahmen hinausragt. Das heutzutage mehr denn je aktuell gewordene Thema wird in der anregendsten Art nach allen Richtungen seiner Durchführbarkeit mit sozialem Tiefblick besprochen und jedermann, dem die Säuglings- und Kleinkinderfürsorge nicht allein Mode gewordener Sport, sondern wirklich sozialem Empfinden entsprungenes Tätigkeitsgebiet geworden ist, wird in den Ausführungen des Verfassers eine Fundgrube anregendster theoretischer Gedanken wie praktisch ausführbarer Winke finden.

Ausgehend von dem Vielen, was auf dem Gebiet der sozialen Kinderfürsorge die Stadt Mannheim unter der zielbewußten Leitung von Männern wie den beiden Oberbürgermeistern Beck und Martin und vor allem auch dem derzeitigen hochverdienten Leiter des Armenwesens, Bürgermeister v. Hollander, auf den Gebieten der Säuglings- und Ziehkinderfürsorge wie der Fürsorge für das schulpflichtige Alter vorbildlich bereits getan hat, geht er zur Frage über, was an sozialer Fürsorge für die zwischen den beiden Gruppen, Säuglingen und Schulkindern, stehenden Kindern — das Klein- oder Spielkind — nicht nur geschehen könnte, sondern auch geschehen muß. Gerade dieser Teil der Ausführungen ist der wertvollere, weil hier der Praktiker mitten aus dem Leben und seiner Erfahrungen heraus auf die Mittel und Wege hinweist, auf denen das Ziel der neuesten Teilaufgabe der sozialen Jugendfürsorge erreicht werden kann.

Hinsichtlich des Näheren dieser Wege muß auf die Ausführungen selber verwiesen werden.

Obser, Karl: Zur Geschichte des Frauenhauses in Überlingen. Ztschr. f. d. Geschichte des Oberrheins, herausg. von der Badischen historischen Kommission, N. F., Bd. XXXI, H. 7.

Berichterstatter: Prof. Dr. med. et phil. Diepgen, Freiburg i. Br.

Obser bespricht zwölf Originalrezepte der Frauenwirts Überlingens aus dem dortigen Stadtarchiv aus den Jahren 1454—1524, von denen er drei im Wortlaut wiedergibt. Wenn auch ein außerordentlich umfangreiches und gewissenhaft be-

*) Die für die Soziale Hygiene wichtigen Veröffentlichungen, die sich auf die badischen Zustände beziehen, sollen an dieser Stelle besonders berücksichtigt werden.

Der Schriftleiter.

arbeitetes Material im ersten Band der großen Geschichte der Prostitution von Bloch, die O. nicht zitiert, bereits vorliegt, so ist die Veröffentlichung O.'s nicht nur mit Rücksicht auf eine bisher fehlende badische Lokalgeschichte des Prostitutionswesens zu begrüßen, sondern verdient auch in dieser Zeitschrift besonders hervorgehoben zu werden; vermögen doch gerade historische Untersuchungen zur Lösung des augenblicklich mehr wie je aktuellen Problems der Reglementierung der Prostitution wesentlich beizutragen. In Überlingen hat die Stadt, wie übrigens fast überall im Mittelalter, soweit zuverlässige Nachrichten vorliegen, sich um ihre Dirnen redlich gekümmert und ihren eigenen und ihrer Besucher Interessen nach Möglichkeit Rechnung getragen. Die Bestimmungen sichern ihnen Schutz gegen materielle Ausbeutung, Versorgung in kranken Tagen (später wird, wohl unter dem Einfluß der Luës, bei Erkrankung Meldepflicht eingeführt und ärztliche Untersuchung angeordnet), Verhinderung des Sexualverkehrs während der Menstruation; sie suchen ihre gesellschaftliche Stellung einigermaßen zu heben, die Rückkehr zum ehrbaren Leben zu erleichtern. Manches ist charakteristisch mittelalterlich, wie die allwöchentliche Abgabe zu Kerzenopfern ins Münster, und später die Verpflichtung des Frauenwirts, in seinem Hause keine Gespräche über „Lutherei“ zu dulden. Zum Schluß verteidigt O. das vor der Stadt gelegene Beghüincklösterchen gegen die fälschlich erhobene Behauptung, seine Aufhebung sei 1528 erfolgt, weil es zum Bordell herabgesunken sei.

Neue Wege. Herausgegeben vom Zentralausschuß für Trinkerfürsorge im Großherzogtum Baden. Karlsruhe 1916. Druckerei L. Kaiser. 56 Seiten.
Berichterstatter: Regierungsrat Dr. Reiß, Karlsruhe.

Der erste, von Verwaltungsdirektor Sigmund (Karlsruhe) und Kaplan Baumeister (Karlsruhe) verfaßte Druckbericht des Zentralausschusses für Trinkerfürsorge im Großherzogtum Baden über seine Tätigkeit in den Jahren 1912—1915 liegt uns vor. Das „Neue Wege“ betitelte Büchlein erwähnt zunächst die bemerkenswerte Tatsache, daß das einzige unfehlbare Heilmittel gegen Trunksucht die vollständige Enthaltensamkeit ist. Hieraus ergibt sich als Hauptaufgabe der Fürsorgestellen, den Trinker der alkoholischen Getränke zu entwöhnen. Bis Frühjahr 1916 bestanden in Baden zehn Trinkerfürsorgestellen, denen die einzelnen Landesteile angegliedert sind. Zielbewußter, tiefgreifender und mit größerem Erfolge konnten diejenigen Fürsorgestellen arbeiten, die einen Berufsfürsorger — also im Hauptberufe — angestellt haben. Es wird daher für die Zukunft die Bestellung von Berufsfürsorgern allgemein zur Notwendigkeit werden.

Wer mit Hand anlegen will bei der Bekämpfung des Alkoholismus — und das muß jeder tun, dem das Wohl seines Volkes am Herzen liegt —, der lese die kleine Schrift. Er wird entsetzt sein über das furchtbare Elend, in das ein Trinker seine Familie stürzen kann; er wird aber auch erfreut sein über die große Zahl derer, die planmäßige liebevolle Fürsorgetätigkeit aus den Klauen des Alkoholteufels gerettet hat.

Stephani: Schularztwesen und Familienversicherung. Öffentliche Gesundheitspflege 1917, Heft 1 und 2.

Berichterstatter: Dr. A. Fischer, Karlsruhe.

Der Aufsatz bietet den (noch erweiterten) Inhalt des Vortrages dar, den der Mannheimer Stadtschularzt auf der Tagung des Großen Ausschusses der Badischen Gesellschaft für Soziale Hygiene im Juni 1916 zu Mannheim gehalten hat. Eine Übersicht über diesen Vortrag enthielt bereits die erste Nummer unserer Vierteljahrsschrift.

C. Flüge: Großstadtwohnungen und Kleinhaussiedelungen in ihrer Einwirkung auf die Volksgesundheit. Jena 1916, bei Fischer. 160 Seiten.
Berichterstatter: Architekt Curjel, Karlsruhe.

Der Verfasser will an Hand umfangreichen statistischen Materials und eingehender Ausführungen feststellen, ob und in welchem Umfang die Gesundheit der Bevölkerung geschädigt werden kann durch die großstädtischen „Wohnungsabnormitäten“.

Im ersten Abschnitt werden Vergleiche angestellt über die allgemeine und lokale Sterblichkeit in Stadt und Land unter Berücksichtigung der Wohnungseinflüsse, über Militärtauglichkeit, Schülerkonstitution usw. Das Resultat ist erfreulich. Die hygienischen Nachteile der Großstadtwohnungen werden als nicht bedeutend bezeichnet. Im zweiten Abschnitt des Buches werden die beobachteten Gesundheitsschädigungen durch großstädtische Wohnungen besprochen. Den Vorzügen des Kleinhauses bezüglich der Gesundheit der Bewohner bei Hochsommerklima, der Zufuhr von Luft und Licht, der Verbreitung übertragbarer Krankheiten, entsprechen auch Vorzüge der Großstadtwohnung, als welche insbesondere die bessere Entfernungsmöglichkeit der Abfallstoffe, die geringere Belästigung durch Staub, üble Gerüche, Fliegen usw. zu nennen sind. Wichtig ist, bei der städtischen Bauweise eine Annäherung an die Art der Bebauung mit kleinen Häusern anzustreben und insbesondere dafür zu sorgen, daß die Bewohner häufig und leicht ins Freie gelangen können. Im dritten Abschnitt schließlich erörtert der Verfasser die Abhilfemaßregeln gegen die gesundheitlichen Schädigungen des großstädtischen Miethauses mit dem Resultat, daß im wesentlichen die Art der Siedlung, die Beschränkung der Stockzahl, die Anlage von Gärten und Plätzen bestimmend sein müssen.

Wenn bisher angenommen wurde, daß Großstadthäuser die Gesundheit schädigen, haben Mortalitätsstatistik und biologische Untersuchungen hierfür keine Anhaltspunkte ergeben. Es ist vielmehr mit Bestimmtheit anzunehmen, daß der ausschlaggebende Faktor die Besiedlungsdichte und damit die Entwöhnung vom Freien ist. An Stelle der hohen Großstadthäuser sind solche von zwei bis drei Stockwerken zu errichten. Das Kleinhaus für ein und zwei Familien, als Einzelhaus erstellt, ist nicht allein erstrebenswert, neben ihm haben das Reihnhaus und das Miethaus mit zwei bis drei Stockwerken volle Gleichberechtigung, häufig sogar Vorzüge. Ganz denselben Standpunkt nimmt auch Dr. Alfons Fischer in seinem „Grundriß der sozialen Hygiene“ (Berlin 1913, bei Springer) ein, wenn er dem mehrgeschossigen Miethaus, an Stelle des häufig vorgezogenen Einfamilienhauses, das Wort redet. Die Einrichtung nach hygienischen Grundsätzen bildet die selbstverständliche Voraussetzung, Zeitverhältnisse, Bodenfrage, Baukosten, das Einkommen beeinflussen den Entscheid.

A. Grotjahn und F. Kriegel: Bibliographischer Jahresbericht über Soziale Hygiene, Demographie und Medizinalstatistik. Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung Bd. VI, Heft 5. Berlin 1916.

Berichterstatter: Dr. A. Fischer, Karlsruhe.

Dreizehn Jahre lang haben Grotjahn und Kriegel, unterstützt von einer Reihe namhafter Sozialhygieniker, alljährlich einen Bericht über die gesamte Literatur, Gesetzgebung, Kongresse usw. auf dem Gebiete der Sozialen Hygiene herausgegeben. Der letzte Band bezog sich auf das Jahr 1913. Die Berichte waren für jeden, der sich theoretisch oder praktisch mit sozialhygienischen Fragen beschäftigte, unentbehrlich, um schnell einen Überblick über die vorhandene Literatur sowie über die neuesten Gesetze und sonstigen Maßnahmen zu gewinnen. Die wertvollen Jahresberichte fanden jedoch offenbar leider nicht genug Interessenten, um als selbständige Publikationen fortgeführt werden zu können. Jetzt erscheinen sie im Rahmen der „Veröffentlichungen auf dem Gebiete der Medizinalverwaltung“. Der neue Bericht enthält die Literaturangaben für die Jahre 1914 und 1915. Ist er auch im Vergleich zu seinen Vorgängern um manche Teile gekürzt, so bietet er doch noch eine vollständige Bibliographie, für die jeder Sozialhygieniker den Verfassern dankbar sein wird.

Schluß des redaktionellen Teils.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. A. Fischer in Karlsruhe;
für den Anzeigenteil: R. Munde in Karlsruhe.

Preis der Einzelnummer 30 \mathcal{F} , Jahresbezug (4 Nummern) 1 \mathcal{M} . Zu beziehen durch alle Buchhandlungen sowie durch die Geschäftsstelle der Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene, Karlsruhe, Herrenstraße 34.

Vom Verfasser zu beziehen:

Die Ausrottung der Tuberkulose

Für Ärzte und zuständige Nichtärzte

von Dr. Karl Fleisch, pr. Arzt, Insel-Reichenau.

Brosch. 28 S. Selbstverlag. Gegen Voreinsendung von M. 1.60 portofrei, sonst Nachnahme.
Postcheck-Konto Karlsruhe 9522.

Badische Gesellschaft für soziale Hygiene.

Geschäftsstelle: Karlsruhe i. B., Herrenstraße 34.

Auszug aus der Satzung:

Die Badische Gesellschaft für soziale Hygiene soll die Beziehungen zwischen den sozialen und den gesundheitlichen Verhältnissen im Großherzogtum Baden erforschen, die Untersuchungsergebnisse bekanntgeben und dahin wirken, daß die Volkskraft gestärkt und etwa vorhandene sozialhygienische Mißstände beseitigt oder gemildert werden. Die Gesellschaft verfolgt keinerlei parteipolitische Zwecke.

Ihren Zweck sucht die Gesellschaft in folgender Weise zu erreichen:

- a) Das Material, das der Erkenntnis der sozialhygienischen Zustände dienen kann, soll systematisch gesammelt und nutzbar gemacht werden.
- b) Aussprachen über sozialhygienische Zeitfragen sollen nach Bedarf, mindestens einmal im Jahre stattfinden.
- c) Die gesetzgebenden Körperschaften, die Behörden und Verwaltungen sowie Vereine, Unternehmer usw. sollen durch geeignete Mittel (Mitteilungen, Eingaben, öffentliche Versammlungen, Veröffentlichungen in Zeitungen, Druckschriften usw.) zu Maßnahmen, die auf Grund wissenschaftlicher Forschungen und klärender Aussprachen unter Fachleuten zweckdienlich erscheinen, angeregt werden.
- d) Ein Badisches Sozialhygienisches Institut soll angestrebt werden, um als Zentralstelle für die wissenschaftliche Arbeit und die praktische Betätigung der Gesellschaft zu dienen.
- e) Der Anschluß an eine gesamtdeutsche Gesellschaft mit gleichen Zielen bleibt vorbehalten.

Mitglieder können werden: Einzelpersonen, juristische Personen aller Art, Vereine, Behörden, Verwaltungen, Gemeinden, Bezirke, Verbände usw. Die Mitgliedschaft verpflichtet Einzelpersonen zur Entrichtung eines Jahresbeitrags von nicht unter 3 Mark, Gemeinden, Vereine usw. von nicht unter 10 Mark. Die Aufnahme erfolgt nach mündlicher oder schriftlicher Anmeldung durch den Vorstand. Die Mitglieder haben freien Zutritt zu den Veranstaltungen der Gesellschaft, erhalten die Schriften der Gesellschaft kostenlos oder zu einem Vorzugspreis, sind berechtigt, beim Vorstand Anträge betreffs Durchführung bestimmter Aufgaben durch die Gesellschaft zu stellen, und können die Bücherei sowie die wissenschaftlichen Sammlungen der Gesellschaft kostenfrei benutzen.

Gegen **Verstopfung, trägen Stuhl** und deren Folgen als **sehr angenehmes Abführmittel selbst für recht empfindliche Kinder u. Erwachsene** ärztlich warm empfohlen, seit Jahren bewährt, wohlschmeckend sind:

Apotheker Kanoldt's

Tamarinden-Konserven. Tamar Indien.

In ovalen Schachteln 6 Stück 1.20 Mk., auch lose in Kartons zu 50 Stück für 6.— Mk.

Durch alle Apotheken.

Nur echt, wenn von Apotheker **C. Kanoldt** Nachfolger in **Gotha**.

**Städtisches
Kurhaus
Herrenalb**
(Schwarzwald).

Jahresbetrieb!
Sanatorium
unter ärztlicher Leitung von
Dr. med. GLITSCH.
Für Herz-, Nerven-, Stoffwechsel-
kranke u. Erholungsbedürftige.
Diätküche, Röntgenlab., Inhalat., Diathermie,
Offizier-Genesungsheim. — Prospekt frei.

Soeben erschienen:

Des Deutschen Volkes Wille zum Leben

Bevölkerungspolitische und volkspädagogische Abhandlungen
über Erhaltung und Förderung deutscher Volkskraft

In Verbindung mit J. Braun, H. Dransfeld, A. Düttmann, Chr. Faßbender, I. Gonser, J. Graßl,
A. Heinen, J. Joos, F. Kleinschrod, H. A. Krose, E. Kruchen, H. Muckermann, A. Rademacher,
K. Rupprecht, A. Schmedding, B. Schmittmann, G. Schreiber, K. Stern,
F. Walter, J. J. Wolff, B. Wuermeling bearbeitet und herausgegeben von

Geh. Reg.-Rat Prof. Dr. Martin Faßbender

Mitglied des Deutschen Reichstags und des Preußischen Abgeordnetenhauses

Mit 24 Abbildungen. gr. 8^o (XX u. 836 S.) M. 13.50; in Pappband M. 15.—

Dem Werke, welches in einundzwanzig größeren Aufsätzen nicht nur die Frage des Geburtenrückganges, sondern die gesamte Bevölkerungslehre behandelt, sichert die Persönlichkeit des Herausgebers und der auserlesene Kreis erster Mitarbeiter sowie die Eigenart der Anlage des Werkes einen hervorragenden Platz. Nach einer gründlichen Einführung des Herausgebers werden im ersten Teile die sexualethischen Probleme, biologischen Grundlagen und medizinisch-hygienischen Gesichtspunkte der Bevölkerungslehre erörtert und Richtlinien für Lebensreform gegeben. Im zweiten Teil folgen statistische und kirchengeschichtliche Betrachtungen. Der dritte Teil bespricht die Einzelmaßnahmen: die Volkspädagogik — Einwirkung auf die Volksgesamtheit, Jugendpflege, Aufgabe der Volksschule im Kampfe gegen den Geburtenrückgang —, die industrielle Arbeiterfrage, das Bevölkerungsproblem auf dem Lande, die Frauenfrage, Wohnungsfrage, Besoldungs-, Steuer- und Versicherungsfragen, Kampf gegen Geschlechtskrankheiten, öffentliche Unsittlichkeit und Alkoholschäden, Mutter- und Kinderschutz, Fürsorge für uneheliche Kinder. Den Schluß bildet eine glänzende Apologie der Familie als Hort und Jungbrunnen der Volkskraft. So wendet sich das Buch an die Volksvertreter in Staat und Gemeinde, an die Geistlichen und Lehrer, an die Ärzte, Verwaltungsbeamten und Juristen, mit einem Worte an alle Freunde der Volkswohlfahrt und aufmerksamen Beobachter des öffentlichen Lebens.

Verlag von Herder zu Freiburg i. Br. — Durch alle Buchhandlungen zu beziehen.

Ehe u. Volksvermehrung

Von Joseph Mausbach, Georg Sticker und Franz Hitze

Soeben erschien:

Ehe und Kinderseggen

vom Standpunkt der christlichen Sittenlehre
Von Prof. Dr. Joseph Mausbach, Münster i. W.

3.—6. Tausend. gr. 8° (61) M 1.20

Inhalt: Einleitung. I. Das Wesen der Ehe und seine sittlichen Folgerungen; 1. Das Wesen der Ehe; 2. Sittliche Folgerungen aus dem Wesen der Ehe; 3. Die unbedingte Verpflichtung der Sittlichkeitsnormen. II. Die gewollte Geburtenbeschränkung. 1. Der kirchliche Standpunkt und seine Begründung; 2. Beleuchtung und Lösung praktischer Schwierigkeiten.

Gleichzeitig erschien:

Geschlechtsleben u. Fortpflanzung vom Standpunkt des Arztes

Von Prof. Dr. med. Georg Sticker, Münster i. W.

3.—6. Tausend. gr. 8° (65) M 1.20

Inhalt: 1. Der Geschlechtstrieb. 2. Fortpflanzung. 3. Liebe. 4. Scham. 5. Ehe. 6. Volkstleiden. 7. Geschlechtskrankheiten. 8. Verminderung der Nachkommenschaft. 9. Betrügerisches Eheleben. 10. Willkürliche Zuchtwahl. 11. Scheinehen. 12. Entvölkerung. 13. Frühhe.

Demnächst erscheint (3. Bt. unter der Presse):

Geburtenrückgang u. Sozialreform

Von Prof. Dr. Franz Hitze, Mitglied des Reichstags

gr. 8° (etwa 200 Seiten) Preis etwa M 3.—

Inhalt: Einleitung. A. Die bedrohliche Entwicklung des Geburtenrückganges. B. Gefahren des Geburtenrückganges. C. Gründe des Geburtenrückganges: I. Der Alkoholismus, II. Geschlechtskrankheiten, III. Neumalthusianismus, Präventivtechnik, IV. Schwierigkeiten der Lebenshaltung für kinderreiche Familien, V. Geheigerte Bedürfnisse und Lebensansprüche, Erstrebung einer höheren Lebensstellung für die Kinder, VI. Frühe Emanzipation der Kinder gegenüber ihren Eltern, VII. Wohnungsfrage, Dienstbotennot, Ehehinderliche Arbeitsbedingungen, VIII. Wachsende Erwerbstätigkeit der Mädchen und Frauen, IX. Mangel an Opferinn, Lebensmut und Gottvertrauen. D. Bekämpfung des Geburtenrückganges: I. Beschränkung des Alkoholgenußes, II. Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, III. Verbot der öffentlichen Ausschweifung, IV. Beschränkung und Kontrolle der öffentlichen Vergnügungen, V. Bekämpfung der Schund- und Schundliteratur und -kunst, VI. Reform unserer Lebensanschauungen und Lebensführung, VII. Systematische Fürsorge für kinderreiche Familien, VIII. Berücksichtigung der Kinderzahl bei der Beamtenbesoldung und dem Wohnungsgeld, IX. Ausbau der Arbeiterversicherung und der Pensionsgesetze unter Berücksichtigung der Kinderzahl, Wöchnerinnenversicherung, X. Verstärkter Schutz der Arbeiterinnen, besonders der verheirateten Frauen, XI. Bessere häusliche Ausbildung der weiblichen Jugend, XII. Festigung der elterlichen Autorität, Jugendchutz und Jugendämter, XIII. Sparzwang für die minderjährigen Arbeiter, XIV. Ausdehnung der Versicherung für kinderreiche Familien, XV. Berücksichtigung der Kinderzahl bei der Steuer, XVI. Erziehungsbefähigen vom Reich, XVII. Förderung des Wohnungswesens, XVIII. Innere Kolonisation, XIX. Säuglingsfürsorge, XX. Eerlsorge. — Schluß.

Volksvereins-Verlag GmbH., M. Gladbach