

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Sozialhygienische Mitteilungen für Baden. 1917-1919 1919

1/[2] (1.4.1919)

1942 9 157
02A 804, 3. 1919

Sozialhygienische Mitteilungen

für Baden.

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

3. Jahrg.

April 1919

Heft 1 u.

Inhalt: 1. Soziale Aufgaben der Irrenfürsorge und allgemeine Fürsorgeorganisation. Von Geheimrat Dr. Max Fischer, Wiesloch. 2. Die Bedeutung der Armenpflege im Kampf gegen die Tuberkulose. Von Stadtrechnungsrat Alfred Griebel, Karlsruhe. 3. Die Aufgaben eines Sozialhygienischen Landesamtes. Von Dr. A. Fischer, Karlsruhe. 4. Zweite Mitgliederversammlung der Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene. 5. Gesundheitsstatistik. 6. Gesundheitsgesetzgebung und -verwaltung. 7. Gesundheitspolitik. 8. Bücher- und Schriftenschau.

Soziale Aufgaben der Irrenfürsorge und allgemeine Fürsorgeorganisation. *)

Von Geh. Med.-Rat Dr. Max Fischer, Anstaltsdirektor, Wiesloch.

Mit der Anstaltsversorgung der Geisteskranken, die gerade bei uns in Baden mit der Erstellung der zwei neuen Heil- und Pflegeanstalten in Wiesloch und bei Konstanz auf bemerkenswerte Höhe gelangt ist, und mit der wissenschaftlichen Erforschung der Seelenstörungen an den Kliniken und Anstalten, der wir in den letzten Jahrzehnten bedeutsame Errungenschaften auf den verschiedensten Gebieten unseres Fachs verdanken, ist in der Psychiatrie zwar sehr viel und Wichtiges, aber bei weitem noch nicht alles erreicht. Als Ergänzung muß vielmehr eine dritte gleich nötige Arbeitsrichtung hinzukommen, die sich im praktischen sozialen Handeln bei jedem einzelnen Falle von Geisteskrankheit, in der Fürsorge am Kranken in seinen sämtlichen Beziehungen zur menschlichen Gesellschaft offenbart und darum mit Recht als soziale Irrenfürsorge bezeichnet wird.

Diese Seite der Psychiatrie, die sich ihrem ganzen Charakter nach hauptsächlich außerhalb der Irrenanstalten abspielt, umfaßt außerordentlich verschiedene Aufgaben. Sie soll sich bekümmern um die Vorbeugung der geistigen Erkrankungen, wobei zu denken wäre an die Eheverhinderung bei schwer Geisteskranken und Epileptikern oder stark erblich Belasteten, bei Trinkern usw., an die ärztliche Eheberatung in allen zweifelhaften Fällen, an die wohlberechtigte Forderung eines Gesundheitszeugnisses vor Eingehen der Ehe usw. Sodann gilt es, beginnende Schwächungen der körperlichen oder nervösen Konstitution zu verhüten bzw. sie wieder zu beheben, bevor eine Vertiefung zu schwererer Schädigung und zur eigentlichen Psychose Platz greifen kann. Kommt aber wirklich eine Seelenstörung zur Entwicklung, so soll dafür gesorgt werden, daß alsbald bei den ersten deutlichen Erscheinungen irrenärztliche Beratung und Behandlung einsetzt und, wenn nötig geworden, frühzeitig die Einweisung in die Heilanstalt als die Vereinigung aller Behandlungsfaktoren erfolgt. Leider werden ja auch heutzutage noch nur allzuviel Fälle in sträflicher Weise verschleppt und gelangen erst in unsere Behandlung, wenn kaum mehr etwas gut daran zu machen ist, und beinahe täglich belehren uns Zeitungsnachrichten von Selbstmordversuchen oder Schreckenstaten Geisteskranker über schwere Versäumnisse dieser Art.

*) Nach einem auf der 2. Mitgliederversammlung der Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene am 2. Februar 1919 gehaltenen Vortrage.

7

Nach der Einweisung in die Anstalt müssen die sämtlichen Beziehungen des Pflégelings zur Außenwelt unter ärztliche Obsorge genommen werden. Ungünstige Einwirkungen jeder Art, Beunruhigungen, Reize, ungeschickte Briefe und Besuche müssen von ihm abgehalten, vorzeitige Entlassungsbegehren vereitelt werden. Nicht minder wichtig ist aber die Fürsorge für die Familie des Anstaltspflégelings in sozialer und wirtschaftlicher Hinsicht. Auf der einen Seite trägt es zur Beruhigung des Kranken außerordentlich bei, wenn er weiß, daß für die Seinen auch in seiner Abwesenheit gesorgt wird. Sodann ist es aber allgemein volkswirtschaftlich von größter Bedeutung, daß derartige ihres Ernährers, der Mutter oder sonst einer wichtigen Stütze durch Verfall in Geisteskrankheit beraubten Familieneinheiten während ihrer oft sehr langen Krankheitsdauer durch eine gut überlegte Wohltätigkeitsaktion der Gesellschaft über Wasser gehalten und so vor der Verarmung und dem Abhängigwerden von der Armenpflege bewahrt werden.

Bei und nach der Entlassung des genesenen oder gebesserten Pflégelings aus der Anstalt tritt die soziale Fürsorge in ihre wichtigsten Rechte; sie muß ihn mit Rat und Tat, mit Trost und Zuspruch unablässig begleiten, mancherlei Schritte für ihn tun, bis er wieder selbständiger geworden ist, ihm, wenn nötig, Unterkunft in einer gut ausgewählten wohlgesinnten und verständigen Familie und vor allem eine geeignete Arbeitsgelegenheit verschaffen. Dazu kommt die Gewährung materieller Unterstützung, sei es in der Form von Geld oder besser von Naturalien.

In diesen vielseitigen Aufgaben der sozialen Irrenfürsorge wirken schon seit vielen Jahrzehnten die Irrenhilfsvereine, so auch der badische im Jahre 1872 von Roller, dem ersten Direktor Illenaus, gegründete Verein, der mit seiner 800 bis 900 Vertrauensmänner umfassenden Organisation schon vieles Gute gestiftet hat und jährlich Gaben in der Gesamtsumme von etwa 10000 Mk. an Bedürftige austeilte.

Die genauere Form der sozialen Irrenfürsorge muß sich nun den Besonderheiten des einzelnen Falls nach Möglichkeit anpassen. Hat sie schon beim ledigen einzelstehenden geistig Erkrankten wichtige Forderungen zu erfüllen, so z. B. in der Sorge für seine Habe, seine Ersparnisse, in der Wahrung der Verbindung mit seinen fernen Angehörigen usw., so wird die Fürsorgetätigkeit um vieles gesteigerter sich entfalten müssen, wenn es sich um den erkrankten Familienvater oder die Mutter handelt. Hier kommt es auf die Fortführung des Geschäfts, auf die Abhaltung von Verschuldung, auf die Besorgung des Haushalts, auf die Erziehung der Kinder, auf die Kinder- und Jugendfürsorge in allen ihren wichtigen Beziehungen, auf die Wahrung des Zusammenhalts der Familie trotz der räumlichen Trennung, auf die Sicherung der Verpflegungskosten usw. an. Alle diese Dinge spielen beim Geisteskranken deshalb eine viel wichtigere Rolle als beim körperlich Kranken, weil unsere Pflégelinge infolge ihres geistigen Unvermögens nicht selbst ihre Angelegenheiten wahrnehmen und nötige Entscheidungen treffen können.

Die geplante Einführung der Familienversicherung wird, wenigstens nach der materiellen Seite, die durch geistige Erkrankung eines Angehörigen hart betroffenen und oft durch die langjährigen großen Ausgaben für den Kranken dem Ruin nahe gebrachten Familien der für unser Staatsleben so wichtigen kleinen Existenzen wesentlich erleichtern.

Schon aus dem bisher Gesagten ist deutlich zu erkennen, daß jeder Fall von Geisteskrankheit die soziale Fürsorge nicht nur für die einzelne Person des Erkrankten, sondern für seine ganze Familie, ja für sie unter Umständen mehr als für den Kranken in Anspruch nimmt, und zwar auch dann, wenn die Familie selbst ganz gesund ist. Nun kommt aber hinzu, daß es oft in einer Familie nicht bei dem einen Fall von Geisteskrankheit bleibt, sondern daß infolge des Erblichkeitsfaktors Häufungen von verschiedenerlei Geisteskrankheiten und Krankheitsanlagen in derselben Familie stattfinden, so z. B. ein Zusammenvorkommen mit Imbezillität oder mit Idiotie, Epilepsie, Trunksucht, Entartung, Hysterie, Nervenkrankheiten usw., wodurch auch die Fürsorgetätigkeit vervielfältigte Aufgaben erhält. Außerdem kann sich aber in einer solchen Familie jederzeit noch dazu eine weitere Hilfsbedürftigkeit einstellen aus dem überaus weiten Gebiete menschlicher Unzulänglichkeiten, Schäden

und besonders auch der körperlichen Krankheiten. Wir erwähnen nur als die wichtigsten: Säuglings-, Kinder- und Jugendfürsorge, Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten, ebenso gegen andere Volksseuchen, Infektionskrankheiten, insbesondere gegen die Tuberkulose, und im engen Zusammenhange damit die unendlich wichtige Wohnungsfürsorge, die Haushaltfürsorge usw. Wie wir sehen, eine Fülle von sozialen, wirtschaftlichen und hygienischen Fürsorgebetätigungen, die, aus der Notwendigkeit und dem Mitgefühl geboren, den Menschen von der Wiege bis zur Bahre mit heilsamen Schutzeinrichtungen, wo immer er ihrer bedarf, umgeben sollen.

Daraus aber, daß außerordentlich häufig mehrere verschiedenartige Bedürftigkeiten beim selben Objekt zusammentreffen und daß daher auch die eben aufgeführten zahlreichen Fürsorgemaßnahmen nicht etwa nur einzeln, sondern meist in der Mehrzahl am selben Menschen oder doch wenigstens in derselben Familie, an deren verschiedenen Gliedern, zur Anwendung kommen müssen, lernen wir immer mehr den innigen Zusammenhang aller dieser Fürsorgezweige untereinander verstehen und schließen daraus auch folgerichtig auf die Notwendigkeit, ja Unerläßlichkeit ihrer beständigen Zusammenarbeit und gegenseitigen Ergänzung. Damit eine derartige Erfüllung gemeinsamer Aufgaben sich aber auch geregelt und vollwirkend gestalten, ergibt sich die Zusammenfassung aller einzelnen Fürsorgezweige in einem übergeordneten System als eine durchaus naturgemäße Forderung. Denn nur so wird ein richtiges Handinhandarbeiten und eine einheitliche geistige Leitung gewährleistet, eine schädliche Vielgeschäftigkeit, Doppeltätigkeit und damit Zersplitterung dagegen verhütet werden können.

Der Ausgangspunkt für alle unsere Fürsorgebestrebungen muß dabei der einzelne hilfsbedürftige Mensch bleiben einerseits in der Vielseitigkeit seiner eigenen Leiden und wirtschaftlichen Nöte, andererseits aber auch in seiner Zusammengehörigkeit mit der menschlichen Gesellschaft und darunter insbesondere mit den Nächstbeteiligten, d. h. seiner Familie. Richtige gesunde Familienfürsorge in allen Beziehungen der Hygiene und der bürgerlichen Lebensverhältnisse ist die Grundlage für alle Fürsorgeorganisationen und ebenso für die Verknüpfung aller Teilorganisationen untereinander. Von der Familienfürsorge aus ergibt sich auch ungezwungen und ganz von selbst der Aufbau unserer alle Zweige vereinigenden Gesamtorganisation. Wir brauchen nur ordnend zuzufassen.

Gegliedert kann man sich die soziale Gesamtfürsorge in diesem Sinne denken nach den Bezirken der inneren Verwaltung (Amtsbezirken). Mit deren Sitz wäre ein Wohlfahrtsamt, das sämtliche Fürsorgestellen ohne Ausnahme in sich begreift, zu verbinden. Hier laufen alle Fäden der Einzelfürsorge zusammen, von hier gehen alle Anordnungen aus. Auf diese Weise wird zu große Betriebsamkeit am selben Objekt, in derselben Familie vermieden und die Einheit der Geschäftsbehandlung gewahrt. Die auf alle Bedürfnisse eingehende Familienfürsorge wird sich ungezwungen zusammenfinden in der gemeinsamen Bezirksfürsorge, die in regelmäßigen Zusammenkünften ihre Aufgaben und Maßnahmen zu beraten und die nötigen Unterstützungen in Geld oder Naturalien festzusetzen haben wird.

Ebenso werden sich aber dann wieder die Fürsorgeorgane der größeren Verwaltungsverbände, also des ganzen Amtsbezirks, des Kreises, des ganzen Landes, ja des Reiches in längeren Zeitabständen zu Tagungen vereinigen sollen, um ihre gemeinsamen Interessen gemeinsam zu fördern und die allgemeinen Grundsätze für ein geschlossenes Handeln auf dem Gesamtgebiet aller Fürsorgebestrebungen zu gewinnen.

Bei jeder Landesregierung wäre eine Zentrale für das ganze soziale und hygienische Fürsorgewesen zu gründen, sei es in der Form eines eigenen Gesundheits- oder Wohlfahrtsministeriums, sei es als eine besondere Ministerialabteilung bei einem der vorhandenen Ministerien. Späterhin müßte das gesamte Fürsorgewesen vom Staate selbst übernommen werden; denn seine eigensten Zwecke werden mit unserer sozialen Arbeit gefördert durch gesundheitliche Vorbeugung und Hygiene am Volkskörper, durch wirtschaftliche Unterstützung und Förderung, durch lebendige Anteilnahme mit Rat und Tat bei den Bedürftigen jeder Art. Darum ist es auch

durchaus berechtigt, wenn wir für unsere Zwecke, solange der Staat nicht selbst die ganze Organisation in die Hand nimmt, die finanzielle Beihilfe der Regierung in noch viel höherem Maße, als seither geschehen, anfordern. Erst wenn wir über reichliche Mittel verfügen, können wir hoffen, unsere außerordentlich vielseitigen Aufgaben zu erfüllen und nach und nach alle Hilfsbedürftigen auch wirklich zu erfassen.

Die hier von mir angestrebte Zusammenfassung aller Fürsorgebestrebungen in einer Gesamtorganisation stellt nun durchaus nichts Neues oder Unerreichbares dar. Die hauptsächlichsten Fachmänner auf diesen Gebieten (Ärzte, Hygieniker, Medizinal- und Verwaltungsbeamte, Berufsfürsorger usw.) haben sich in den letzten Jahren immer häufiger und dringender dafür ausgesprochen und haben in diesem Sinne gewirkt. In vielen Städten und Großstädten hat sich ein gemeinsames Arbeiten zwischen den Teilorganisationen und ebenso mit den gemeindlichen Fürsorgeämtern als etwas Naturnotwendiges ganz von selbst ergeben. So z. B. in nachahmenswerter Ausbildung für den Stadtbezirk Heidelberg. Aber auch für den Landbezirk Heidelberg ist im „Verein für Volkswohlfahrt Heidelberg Land“ mitten während des Krieges die gleiche Vereinigung sämtlicher Teilorganisationen (Säuglings- und Jugendfürsorge, Tuberkulosefürsorge, Trinker- und Irrenfürsorge und sogar Kriegsbeschädigtenfürsorge usw.) erreicht worden. Der Verein entfaltet auf diese Weise eine umfassende segenvolle Tätigkeit. Der Beweis, daß auch für einen Landbezirk mit vielen größeren und kleineren Gemeinden eine solche Gründung mit Erfolg arbeiten kann, ist also erbracht. Dies erscheint mir für die allgemeine Durchführbarkeit unseres Systems über Stadt und Land hin von besonderer Wichtigkeit.

Als Krönung unseres Fürsorgesystems hätte man sich dann noch Hochschulen für die Heranbildung der beruflichen Fürsorgekräfte zu denken. An den Universitäten und technischen Hochschulen wären sozialhygienische Lehrstätten einzurichten, wo sämtliche akademischen und technischen Berufe in der sozialen Fürsorgearbeit und Hygiene ausgebildet werden. Von den gleichen Stellen oder auch von andern sozialen Schulen aus wären Ausbildungskurse für die beruflichen Fürsorgekräfte und zwar getrennt in solche für Neulinge und solche für Vorgerücktere einzurichten.

Als die berufene Institution, die die Leitung dieser überaus wichtigen Aufgabe zu übernehmen hätte, möchten wir unsere Badische Gesellschaft für soziale Hygiene ansehen. Sie hätte auch für die Propagandatätigkeit in Stadt und Land, für die Abhaltung von Versammlungen und Vorträgen aus dem weiten Gebiete unserer Disziplin in den verschiedenen Landesteilen zu sorgen und überall fortschrittliche Anschauungen über ein hygienisches Leben und Aufklärung über die Notwendigkeit aller sozialen Fürsorgebestrebungen zu verbreiten.

Die Gründung eines Sozialhygienischen Instituts, eine ebenso nötige wie wirksame Einrichtung, wird der Gesellschaft die wissenschaftliche Unterlage für ihre Bildungsarbeit am Volke verleihen. Zu denken wäre ferner an die Zusammenstellung eines Sozialhygienischen Museums in Anlehnung an das rühmlichst bekannte, so erfolgreiche Unternehmen „Der Mensch“ auf der Hygieneausstellung in Dresden im Jahre 1911; ein solches Museum war von mir bereits im Jahre 1912 für Karlsruhe besprochen worden.

Auch an die Veranstaltung von Wanderausstellungen aus den verschiedenen Zweigen der sozialen Hygiene wäre heranzugehen. Schließlich sei noch die Einrichtung sozialhygienischer Führungen durch sei es in humanitärer, sei es in sozialwirtschaftlicher Beziehung wichtige Betriebe angeregt, wobei etwa an große Fabriken, Krankenhäuser, Irrenanstalten, Schulhäuser mit neuzeitlichen Einrichtungen, vorbildliche Ansiedelungen, Gartenstädte usw. zu denken wäre.

Durch eine derart vielgestaltige Tätigkeit kann unsere Gesellschaft sich zu einem wichtigen, ja unentbehrlichen Faktor unseres gesamten öffentlichen Lebens entwickeln. Ihre Ausbreitung über unser ganzes Land hin, ferner aber auch ihre Einführung in den andern Bundesstaaten und schließlich ihr Bestehen als eine mächtige über das ganze Reich verbreitete Organisation würde durch das beständige Zusammen- und Wechselwirken von wissenschaftlicher Forschung und praktischer Arbeit eine außerordentliche Bereicherung und Hebung unseres gesamten sozialen Fürsorge-

wesens bedeuten. Nirgends ist aber die Übertragung wissenschaftlicher Resultate in die praktische Arbeit so wichtig und unmittelbar nutzbringend als in der Wohlfahrtspflege, weil sie einmal dem notleidendsten und bedürftigsten Teil unseres Volkes allgemein zugute kommt und weil sie zweitens doch nicht an dieser oder jener Schicht haften bleibt, sondern in ihrer Auswirkung nach und nach auf das Volksganze übergreift, sofern nur unsere Organisationen überall im gleichen Sinne wirken d. h. ein allgemeines Gut durch ganz Deutschland geworden sind.

Wir erkennen daraus aber auch, wie wichtig und nötig diese Zusammenfassung aller unserer Fürsorgebestrebungen zu einer einheitlichen Gesamtorganisation ist. Nur dadurch können wir hoffen, die Wohlfahrtspflege und soziale Hygiene an unserem Volkskörper, der solcher Fürsorge nach dem erlittenen Zusammenbruch mehr wie je bedarf, auf die Höhe zu führen, die ihr nach dem allgemeinen Urteil der Sachverständigen aus allen Gebieten unbedingt zukommt. Für Deutschlands Wohlfahrt und Wiedergeburt darf uns aber keine Mühe und Anstrengung zu viel, kein Opfer zu groß sein!

Die Bedeutung der Armenpflege im Kampfe gegen die Tuberkulose.

Von Stadtrechnungsrat Alfred Griebel, Vorstand des städt. Armenamts Karlsruhe.

Es ist eine auffallende Erscheinung, daß stets in Erörterungen über Tuberkulosebekämpfung nur allgemein von den „Wohlfahrtseinrichtungen“ die Rede ist, die im Kampfe gegen die Tuberkulose eine Rolle spielen können, während vorsichtig vermieden wird, ausdrücklich auch von der „Armenpflege“ zu sprechen.

Man könnte einwenden, daß die Armenpflege ja in dem weiteren Begriff „Wohlfahrtseinrichtung“ enthalten sei, also keiner besonderen Erwähnung bedürfe; allein obwohl der Armenpflege im Kampfe gegen diese verheerende Seuche eine Bedeutung zukommt, die gemeinhin unterschätzt wird, und ungeachtet ihrer Bedeutung und ihrer unbestreitbaren Leistungen übergeht man sie, weil es unangenehm berühren möchte, wenn die „demütigende, entehrende, entrechtende“ Armenpflege als unentbehrlicher und hervorragender Kampfgenosse auftreten wollte und anerkannt würde.

Gesunde Wohnung und kräftige Ernährung gelten als die besten Waffen im Kampfe gegen die Tuberkulose. Diese beiden Waffen können aber in den Händen der Armenbevölkerung nur als stumpfe Waffen gewertet werden. Die Armenbevölkerung ist am wenigsten in der Lage, aus eigener Kraft gegen diese Wohnungs- und Ernährungskrankheit anzukämpfen, und gerade in ihren Kreisen wirkt diese Krankheit am verheerendsten. Daraus folgt ohne weiteres, wie bedeutsam die Mitwirkung der Armenpflege sein muß, nicht allein in der Bekämpfung der Krankheit, sondern auch in den vorbeugenden Maßnahmen zu ihrer Verhütung. Auch auf diesen Tätigkeitsgebieten sind die Geldaufwendungen der Armenpflege „werbende Anlagen“, insoweit es gelingt, der Krankheit ihre Opfer zu entreißen oder die nachfolgenden Geschlechter widerstandsfähiger zu machen.

Das Unterstützungswohnsitzgesetz bestimmt in § 28, jeder „hilfsbedürftige“ Deutsche müsse vorläufig von demjenigen Ortsarmenverband unterstützt werden, in dessen Bezirk er sich bei dem Eintritte der Hilfsbedürftigkeit befindet, und in § 1 außerdem, jeder Deutsche sei in jedem Bundesstaate in bezug auf die Art und das Maß der „im Falle der Hilfsbedürftigkeit“ zu gewährenden öffentlichen Unterstützung als Inländer zu behandeln. Obwohl der Begriff „Hilfsbedürftigkeit“ für die Armengesetzgebung von grundlegender Bedeutung ist, forscht man im Reichsgesetz über den Unterstützungswohnsitz vergeblich nach einer Erläuterung des Begriffs; soweit es überhaupt angeht, zu sagen, was man unter Hilfsbedürftigkeit zu verstehen habe, verbleibt die Festlegung des Begriffs den landesgesetzlichen Bestimmungen über die „Aufgaben“ der Armenpflege.

Soweit Krankenfürsorge in Frage kommt, die uns hier allein beschäftigt, ist überall die Gewährung der erforderlichen Krankenpflege vorgeschrieben; das badische Landesgesetz über die öffentliche Armenpflege gibt in § 18 dem verpflichteten Armenverband unter anderm auf, „insbesondere Sorge zu tragen für ärztliche Behandlung und Verpflegung der Kranken“.

Der Rahmen des Unterstützungswohnsitzgesetzes ist aber auch durch die landesgesetzliche Verpflichtung der Armenverbände zur ärztlichen Behandlung und Verpflegung Armer keineswegs ausgefüllt, und auch das Landesgesetz läßt unbestimmt, was der Begriff der Krankenpflege umfaßt, ob er Krankenhauspfege, diätetische Heil- und Stärkungsmittel, Bad- und Kuraufenthalt u. dgl. einschließt. Es gilt jedoch die allgemeine armenpflegerische Grundlehre, daß alles geschehen muß, was die Art der Krankheit erfordert, daß aber das Maß des „Erforderlichen“ nicht überschritten werden darf. Die Entscheidungen des Bundesamts für Heimatwesen — der höchsten Instanz in Streitigkeiten zwischen Armenverbänden — zusammengefaßt, gilt als richtunggebend, daß auch der Arme Anspruch auf teure Heilmittel und Anspruch auf Gewährung von Landaufenthalt habe und wie in allgemeinen Krankenanstalten, so auch in Lungenheilstätten, in Luftkurorten und Kinderheilstätten untergebracht werden müsse, wenn sein Leiden dadurch gebessert oder eine Verschlimmerung verhütet oder wenn seine Gesundheit dadurch erhalten werden kann, ja selbst wenn derartige Hilfeleistungen auch nur eine zeitweise Erleichterung verschaffen.

Es ist eine Folge der Unsicherheit des Begriffs des „Erforderlichen“, daß in der Praxis der Armenverwaltungen lange Zeit hindurch Zweifel bestanden, ob denn insbesondere Heilstättenbehandlung zu den Aufgaben armenrechtlicher Natur gehöre. Vor solcher Leistung schreckte man zunächst zurück, denn sie war sehr kostspielig, weil sie sich über längere Zeit erstrecken, möglicherweise auch mehrmals wiederholt werden mußte; im Erfolg aber war sie nichts weniger als sicher, auch wenn die Krankheit sich erst im Anfangsstadium befand. Und konnte ein Erfolg wirklich festgestellt werden, so war er meist nur von kurzer Dauer, sowie der Kranke nach seiner Entlassung aus der Heilstätte in seine bisherige, gewöhnlich unzulängliche Wohnung zurückkehren und die in der Anstalt genossene Krankenkost wieder entbehren mußte.

Dem Zweifel über die Notwendigkeit einer Mitwirkung der Armenverwaltung bei derartigen „teuren und fragwürdigen“ Kuren setzte das Bundesamt für Heimatwesen ein Ende. Wie es früher bereits die Unterbringung eines an den Atmungsorganen erkrankten Kindes in einer auswärtigen Kinderheilstätte, die von dem Arzt als erforderlich bezeichnet war, als einen Akt der Armenpflege anerkannt hatte, so bezeichnete es nun als notwendige Aufwendung der öffentlichen Armenpflege diejenigen Kosten, die durch eine Behandlung in einer Lungenheilstätte entstehen, nachdem der über den Krankheitszustand gehörte Sachverständige erklärt hatte, daß bei dem Zustande des Kranken und mit Rücksicht auf den jetzigen Stand der medizinischen Wissenschaft die Unterbringung „das einzige Mittel war, das einen wesentlichen Heilerfolg erwarten ließ“.

Zum Beweis meiner Behauptung, daß die öffentliche Armenpflege im Kampfe gegen die Tuberkulose gemeinhin unterschätzt wird, möchte ich jedoch noch einige Bemerkungen hier anfügen. So breit der Raum ist, den mit Recht die Heilstättenbehandlung im Kampfe gegen die Tuberkulose einnimmt, so darf nicht vergessen werden, daß sie keineswegs das Allheilmittel ist. Nicht weniger wichtig ist die Fürsorge in der Familie des Kranken und für seine Familie. Häufiger, als man denkt, hat der Kranke zu Hause nicht einmal ein eigenes Bett. Wie bedenklich und bedauerlich, daß er nun sein Lager ständig mit einem Angehörigen teilen muß, wie gefährlich zugleich für den Bettgenossen! Welcher Herd für die Verbreitung der Seuche! — Wiederum ist es die Armenpflege, die da Rat weiß. Weder Krankenkasse noch Versicherungsanstalt gewähren die Mittel zur Beschaffung eines Bettes, die private Wohltätigkeit verfügt gewöhnlich nicht über die erforderlichen Mittel, noch weniger in der Regel der Kranke selbst. Es darf nicht bezweifelt werden, daß

die Beschaffung eines Bettes für einen mittellosen Lungenkranken zu den Aufgaben der Armenpflege gehört, weil die alleinige Benutzung eines Bettes aus gesundheitlichen Gründen notwendig erscheint. Daß Betten zum sogenannten „Existenzminimum“ gehören, ist vom Bundesamt wiederholt anerkannt worden.

Nicht anders ist es mit der Gewährung der Krankenkost, von diätetischen Heil- und Stärkungsmitteln aller Art; den armenrechtlichen Charakter solcher Leistungen hat das Bundesamt ebenfalls in einer Reihe von Entscheidungen festgelegt.

Daß die Armenpflege eine Mietbeihilfe geben kann, um der Familie des Lungenkranken die Beschaffung einer geräumigeren Wohnung, vielleicht mit einem besonderen Zimmer für den Kranken, zu ermöglichen, steht außer jedem Zweifel.

Die Gliederung der Leistungen der Armenpflege ist natürlich damit nicht abgeschlossen, ich kann aber in den engen Grenzen dieser Abhandlung nicht auf alle Einzelheiten eingehen. Die Tuberkulose ist nicht nur heilbar, sie ist auch vermeidbar; nach dieser Erkenntnis werden sich die Armenverwaltungen zu richten haben. Daraus folgt, daß sie nicht allein zu Maßnahmen verpflichtet sind, die eine bereits vorhandene Krankheit bekämpfen, sondern auch zu solchen, die vorbeugend wirken. Das ist nur scheinbar ein Widerspruch zu dem Grundsatz, daß die öffentliche Armenpflege lediglich Sorge zu tragen habe für die ärztliche Behandlung und Verpflegung der „Kranken“. Gerade im Anfangsstadium fühlen die Kranken wenig von dem Leiden, das sie befallen hat, die wenigsten halten sich überhaupt für „krank“ und gehen unbesorgt ihrem Verdienste nach. Aber die Aussicht auf Heilung ist gerade bei ihnen am günstigsten. Es ginge ja geradewegs gegen das eigene Interesse der Armenpflege, wenn sie in derartigen Fällen zuwarten wollte, bis die Aussicht auf Besserung oder Wiederherstellung ungewiß geworden oder gar ausgeschlossen ist. Genau so ist es bei skrofulösen oder erblich belasteten Kindern u. dgl.; abwarten hieße auch hier nichts anderes, als verschlimmern und verteuern. Nach der Meinung der Sachverständigen ist ja die Schwindsucht Erwachsener häufig auf eine Infektion im Kindesalter zurückzuführen. Kostspielige zweifelhafte Heilversuche wird die Armenpflege nicht machen; aber andererseits wird sie eingreifen, selbst wenn eine vollständige Heilung von vornherein ausgeschlossen ist, wenn nur das Leiden in seiner zerstörenden Entwicklung aufgehalten, wenn der Krankheitszustand einigermaßen gebessert werden kann. In gleicher Weise wird sie eingreifen, auch wenn die Frühformen der Tuberkulose in Frage stehen (namentlich die Skrofulose, wie überhaupt die Tuberkulose der Kinder); Solbadkuren, Ferienkolonien, Walderholungsstätten u. dgl. sind Einrichtungen, die dafür in Betracht kommen.

Schließlich sei noch darauf hingewiesen, daß in verschiedenen Bundesstaaten — auch in Baden — die gesetzliche Möglichkeit besteht, Lungenkranke auch gegen ihren Willen in ein Krankenhaus zu überweisen. Für die Armenpflege ist diese Vorschrift, durch welche insbesondere die Angehörigen des Kranken vor der Ansteckung geschützt werden sollen, deshalb von nicht geringer Bedeutung, weil es oft schwer ist, einen Kranken aus seinen mißlichen häuslichen Verhältnissen herauszubringen oder seine häusliche Umgebung von der durch ihn drohenden Gefahr zu befreien. Sowie nun aber eine Armenbehörde diesen Zwangsweg beschreitet, setzt sie sich freilich in Widerspruch mit dem armenpflegerischen Grundsatz, daß öffentliche Hilfeleistung nur gewährt wird, wenn der Hilfsbedürftige selbst darum nachsucht. Allein hier dürfen solche Bedenken nicht Platz greifen, hier gilt es, so bald als nur möglich einzugreifen, je früher, desto besser.

Die Aufgaben eines Sozialhygienischen Landesamtes.

Von Dr. Alfons Fischer.

In der Bittschrift, welche die Badische Gesellschaft für soziale Hygiene an die badische Nationalversammlung im Februar d. J. gerichtet hat, wurde eine besondere selbständige Ministerialabteilung für das gesamte Gesundheitswesen des Staates

mit einem Arzt an der Spitze gefordert; für den Fall, daß sich diesem Wunsche Schwierigkeiten entgegenstellen sollten, wurde vorgeschlagen, in dem Ministerium für soziale Fürsorge eine besondere Abteilung für soziale Hygiene mit einem Arzt als Leiter zu bilden. Das am 2. April 1919 von der Nationalversammlung verabschiedete Gesetz bestimmte nun, daß Medizinalwesen und Irrenanstalten nach wie vor zum Geschäftskreis des Ministeriums des Innern gehören sollen. Der Geschäftskreis des Arbeitsministeriums soll Angelegenheiten der Arbeiter und Angestellten, insbesondere Arbeiterschutz, ferner Gewerbeaufsichtsamt . . . , Erwerbslosenfürsorge, Arbeiterversicherung und Angestelltenversicherung, Kriegswohlfahrtspflege, insbesondere Familienunterstützung, Reichswochenhilfe, Kriegsbeschädigtenfürsorge . . . , soziale Hygiene, Wohnungsfürsorge, insbesondere Siedlungswesen und Wohnungsaufsicht . . . u. a. m. umfassen.

Aus diesen Gesetzesbestimmungen erkennt man einzig und allein, daß die soziale Hygiene von dem Medizinalwesen getrennt wurde. Aber man erfährt nichts darüber, wie sich die Gesetzgeber die Organisation der sozialen Hygiene durch den Staat gedacht haben.

In den folgenden Ausführungen will ich nun versuchen, darzulegen, wie der Staat, nach meiner Vorstellung, eine systematische Verbesserung unserer sozialhygienischen Zustände in Angriff zu nehmen hätte. Naturgemäß beabsichtige ich nicht, einen in allen Einzelheiten ausgearbeiteten Plan vorzulegen; ich will nur Richtlinien zeichnen.

Zunächst ist zu betonen, daß wir über die sozialhygienischen Zustände in Baden, wie überhaupt im Deutschen Reich, höchst mangelhaft unterrichtet sind. Maßnahmen, die von dauerndem Erfolg begleitet sein sollen, müssen sich aber auf sichere Kenntnisse stützen. Darum gilt es vor allem, eine staatliche Zentralinstanz zu schaffen, die durch Erhebungen, Konferenzen, Besichtigungen der örtlichen Verhältnisse, Fühlungnahme mit geeigneten Persönlichkeiten, systematisches Studium der amtlichen Veröffentlichungen und wissenschaftlichen Publikationen ein möglichst zuverlässiges Bild davon herstellt, wie in Baden die gesundheitlichen Zustände durch die sozialen Verhältnisse beeinflußt werden.

Den großen Umfang des Gebietes, das zu bearbeiten ist, wird man erkennen, wenn ich die wichtigsten Teile der sozialen Hygiene aufzähle. Halte ich mich hierbei an die Gliederung, die ich für meinen „Grundriß der sozialen Hygiene“ verwandt habe, so steht an oberster Stelle die Bevölkerungszusammensetzung und -bewegung; es ist festzustellen, wie diese Erscheinungen, die ein Spiegelbild unserer Gesundheitsverhältnisse darbieten, durch kulturelle und besonders soziale Einflüsse gestaltet werden. Ebenso sind die Beziehungen der Hygiene zu den Arbeitsverhältnissen, zur beruflichen und sozialen Schichtung der Bevölkerung, zu Einkommen und Lebenshaltung darzulegen. Nahrungswesen, Wohnungswesen, Kleidung, Hautpflege (Volksbadewesen), Erholung, Fortpflanzung (Vererbung, Degeneration) müssen nach sozialhygienischen Gesichtspunkten geprüft werden. Neben diesen, das soziale Gesundheitswesen bildenden Faktoren sind die sozialhygienischen Zustände einzelner Personenklassen zu untersuchen, und zwar kommen bei den Altersklassen die Mütter, Säuglinge, Kinder im Spielalter, Schulkinder, Jugendlichen, Gestellungspflichtigen und Soldaten, bei den Berufsklassen namentlich die Arbeiter, Heimarbeiter, Dienstboten, Handelsangestellten, Eisenbahn- und Postbeamten, sowie Lehrer in Betracht. Des weiteren müssen die Beziehungen einzelner Krankheitsarten zu den sozialen und wirtschaftlichen Verhältnissen erforscht werden; es gilt dies vor allem für die in Baden besonders ausgedehnte Tuberkulose, aber auch für die weitverbreiteten nichttuberkulösen Erkrankungen der Atmungsorgane, Herz- und Gefäßkrankheiten, die immer mehr zunehmenden Nerven- und Geisteskrankheiten, die dem Staat gewaltige Ausgaben verursachen, Alkoholismus, die besonders jetzt so häufigen Geschlechtskrankheiten, gewerbliche Vergiftungen, Rheumatismus und Gicht, Verdauungskrankheiten, Zahnkrankheiten und Gebrechen verschiedener Art. Und schließlich sind die zahlreichen vorhandenen oder vorgeschlagenen Einrichtungen zur Beseitigung sozialhygienischer

Mißstände auf ihren Wert hin zu betrachten. Es handelt sich hierbei um Maßnahmen zur Kräftigung der Gesundheit, ferner zur Verhütung von Krankheiten (sozialhygienische Wirksamkeit von wissenschaftlichen, gemeinnützigen, gewerkschaftlichen und politischen Vereinen, Arbeiterschutz, Mutterschaftsversicherung, Arbeitslosenfürsorge), weiter um Maßnahmen zur Behandlung von Krankheiten (Krankenversicherung einschließlich Familienversicherung, Unfallversicherung, die sozialhygienischen Beziehungen auf den Gebieten des Ärzte- und Krankenhauswesens, der Zahnärzte und Zahntechniker, des Hebammen-, Schwestern- und Fürsorgerinnenwesens, der Naturheilkunde und des Kurpuschertums), und schließlich um Maßnahmen zur Verhütung der Invalidität sowie um Fürsorge für Invalide, Greise, Arme und Kriegsbeschädigte.

Man erkennt schon allein aus dieser Namensaufzählung, daß hier ein äußerst umfangreiches, inhaltlich geschlossenes, für das Staatswohl höchst bedeutungsvolles Gebiet vorliegt. Und dabei wurden doch nur Überschriften genannt; diese gehören aber zu ungemein ausgedehnten und verzweigten Kapiteln, von denen jedes für sich schon die Kraft eines ganzen Mannes in Anspruch nehmen könnte.

Zur Lösung so großer und wichtiger Aufgaben genügt nicht ein einzelner, vielleicht gar juristischer Ministerialreferent, der womöglich der Sparsamkeit wegen das Fach der sozialen Hygiene neben einer oder mehreren anderen Abteilungen des Arbeitsministeriums zu versehen bekäme. Wer nur einigermaßen mit dem Stoff der sozialen Hygiene vertraut ist, muß zu der Erkenntnis gelangen, daß die Errichtung eines selbständigen, von einem Fachmann geleiteten Amtes, für das ich den Namen Sozialhygienisches Landesamt vorschlagen möchte und das organisatorisch am besten nach der Art des Statistischen Landesamts, aus kleinen Anfängen sich allmählich entwickelnd, zu gestalten wäre, unbedingt erforderlich ist.

Dies Amt muß für jeden Zweig der sozialen Hygiene, und zwar für alle Bezirke des Landes, die obwaltenden Gesundheitszustände erforschen und beschreiben, damit man zu jeder Zeit wie an einem Barometer den jeweiligen Stand unserer hygienischen Kultur ablesen kann. Im Jahre 1867 hat Karl Marx im Vorwort zu seinem „Kapital“ die deutsche Sozialstatistik als elend bezeichnet: er schrieb damals: „Wir würden vor unseren eigenen Zuständen erschrecken, wenn unsere Regierungen und Parlamente, wie in England, periodische Untersuchungskommissionen über die ökonomischen Verhältnisse bestellten, wenn diese Kommissionen mit denselben Machtvollkommenheiten, wie in England, zur Erforschung der Wahrheit ausgerüstet würden... Perseus brauchte eine Nebelkappe zur Verfolgung von Ungeheuern. Wir ziehen die Nebelkappe tief über Aug' und Ohr, um die Existenz der Ungeheuer verleugnen zu können.“ Es ist anzunehmen, daß Marx sich ein halbes Jahrhundert später weniger scharf über die deutsche Sozialstatistik, zumal im Vergleich mit der englischen, geäußert hätte. Aber unzweifelhaft wurde im alten kapitalistisch orientierten Obrigkeitsstaat bis zuletzt auf die Sozialstatistik nicht der gebührende Wert gelegt, vielleicht weil man die Ungeheuerlichkeiten der zu erwartenden Ergebnisse gar nicht kennen wollte. Und was von der Sozialstatistik im allgemeinen gilt, trifft für die sozialhygienische Erforschung ganz besonders zu. Da setzen wir nun unsere Hoffnung auf die Regierung und das Parlament des neuen sozialen Volksstaates. Von ihnen erwarten wir, daß sie die Bedeutung der sozialen Hygiene würdigen und ein Sozialhygienisches Landesamt schaffen, das zunächst nach wissenschaftlichen Grundsätzen die gesundheitlichen Zustände des Landes möglichst lückenlos feststellt.

Diese Forschungsarbeit würde jedoch den Aufgabenkreis des Sozialhygienischen Landesamts keineswegs ausfüllen. So wichtig die sozialhygienischen Kenntnisse und in deren Gefolge das sozialhygienische Denken sind, „wer seinem Volke helfen will, muß“, um mit Plato zu reden, „die Kraft des Denkens mit dem Willen zur Tat vereinigen“. Das Sozialhygienische Landesamt soll nicht etwa wie ein akademisches Institut bei der wissenschaftlichen Erkenntnis und bei der Gedankenarbeit stehen bleiben. „Schöne Gedanken sind“, nach einem Ausspruch von Emerson, „nicht besser als schöne Träume, wenn niemand sie ausführt“. Darum muß das Sozial-

hygienische Landesamt vor allem eine praktische, auf die Verbesserung unserer gesundheitlichen Zustände gerichtete Tätigkeit entfalten.

Diese Hauptarbeit des Sozialhygienischen Landesamts, die in die verschiedensten Gebiete der gesamten Staatsverwaltung hineinranken wird, dürfte sehr ausgedehnt werden, da ja auch im neuen Deutschen Reich das Gesundheitswesen, und zumal das sozialhygienische Fürsorgewesen, im wesentlichen (d. h. von allgemeinen Regelungen durch die Reichsgesetze abgesehen) den Gliedstaaten überlassen bleibt. Da wird es Aufgabe des Sozialhygienischen Landesamts sein, die vorhandenen gesundheitlichen Maßnahmen zu überwachen, auf Grund seiner Forschungen, soweit erforderlich, neue Einrichtungen vorzuschlagen und vorzubereiten, sowie, wenn nicht andere Behörden zuständig sind, die Sorge für die Beachtung der gesetzlichen und behördlichen Vorschriften zu übernehmen.

In dem Landesamt müssen die Fäden aus dem ganzen Staat für alle Zweige der praktischen Gesundheitsfürsorge zusammentreffen; nur eine solche Zentralisierung verbürgt bei größter Sparsamkeit den höchsten Nutzen. Andererseits ist für eine tiefgreifende und umfassende Wirksamkeit eine örtliche Dezentralisation, die bis ins letzte Dorf reicht, notwendig. Es wird in jedem Bezirk ein Sozialhygienisches Amt, für welches der Name Bezirkswohlfahrtsamt geeignet erscheint, einzurichten sein; für die systematische und einheitliche Tätigkeit dieser Ämter wird das Landesamt zu sorgen haben.

Während wir bisher überall eine planlose, ja oft planwidrige Gesundheitspolitik, bei der überdies häufig nicht geringe Summen zwecklos verausgabt werden, finden, würde uns das Sozialhygienische Landesamt aus dem Stadium des aphoristischen, lückenhaften Arbeitens in das Stadium des systematischen, lückenlosen Arbeitens hinüberführen. Und gerade auf die Lückenlosigkeit ist auch in der sozialhygienischen Tätigkeit das Hauptaugenmerk zu richten. Wie ein Chirurg vor der Operation für die Keimfreiheit des Operationsfeldes, der Instrumente, der Verbandstoffe, der Hände der Ärzte und des Hilfspersonals sorgen muß, weil, sobald in der Desinfektion irgendwo eine Lücke eingetreten ist, der Erfolg all der Mühe und Arbeit vereitelt wird, und der Kranke in Lebensgefahr gerät, so verfehlt die sozialhygienische Arbeit, auch wenn sie noch so emsig betrieben wird, oft ihren Zweck, wenn sich in der Reihe der erforderlichen Maßnahmen eine Lücke zeigt. Man denke sich, wir hätten eine wirkungsvolle Fürsorge für die Kinder im Säuglings-, Spiel- und Schulalter; wir sind ja freilich von befriedigenden Einrichtungen weit entfernt, wir wollen jedoch annehmen, die Einrichtungen für diese Altersklassen, für die in der letzten Zeit tatsächlich mancherlei geschehen ist, würden den sozialhygienischen Ansprüchen genügen. Nun kümmerte sich aber bisher keine Behörde um das weitere körperliche Gedeihen der schulentlassenen Kinder. Viele von ihnen wählen einen Beruf, zu dem sie schon von vornherein körperlich untauglich sind, bei vielen anderen zeigt sich erst im Laufe der Lehrzeit, daß sie den Anforderungen des gewählten Berufes physisch nicht gewachsen sind. All die Mühe und all der Geldaufwand, mit denen man die Kinder von der Geburt an bis zur Schulentlassung gefördert hat, um sie zu stärken und so zu Werte erzeugenden Menschen heranreifen zu lassen, sind in tausenden Fällen nutzlos geblieben, weil man es verabsäumt hat, für die ärztliche Untersuchung der Lehrlinge auf ihre Berufstauglichkeit zu sorgen. Oder ein anderes Beispiel: Welch gewaltige Summen wurden von Krankenkassen und Landesversicherungsanstalten an Kranke und Invalide gezahlt; aber wie viel hätte gespart oder anderweitig besser verwendet werden können, wenn man mehr als bisher auf prophylaktische Maßnahmen für die Arbeiterbevölkerung bedacht gewesen wäre. Zutreffend hat ein Wiener Soziologe geschrieben, daß „ein Zeitalter der Sozialversicherung ohne das eiserne Fundament wissenschaftlicher Menschenökonomie schlimmste und kostspieligste Oberflächlichkeit ist“.

Die hier geschilderten sozialhygienischen Aufgaben, deren Bedeutung und Dringlichkeit niemand, dem das Volkwohl am Herzen liegt, in Abrede stellen wird, können niemals in irgendwie befriedigender Weise von freiwilligen Vereinsorganisationen gelöst werden. Hierzu ist eben ein staatliches Amt, das mit den erforderlichen Mitteln ausgestattet ist und dem die gebührende Autorität verliehen wird, erforder-

lich. Aber die Mitarbeit der sozialhygienisch tätigen Gesellschaften und Einzelpersonen wird für das Landesamt und die ihm anzugliedernden Bezirkswohlfahrtsämter nicht entbehrt werden können.

Hoffen wir, daß das Ministerium für soziale Fürsorge sich von Gedanken, wie sie hier skizziert wurden, leiten läßt und zur Bildung eines Sozialhygienischen Landesamts schreitet. Nachdem man bereits in Deutsch-Österreich und in Bayern diesen Weg eingeschlagen hat, wird auch das badische Volk auf eine so zeitgemäße und notwendige Einrichtung nicht verzichten wollen.

Zweite Mitgliederversammlung der Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene.

Am 2. Februar 1919 fand in Karlsruhe unter dem Vorsitz von Geh. Obermedizinalrat Dr. Hauser die zweite Mitgliederversammlung statt, die erfreulicherweise trotz der Reiseschwierigkeiten von zahlreichen Mitgliedern aus allen Teilen des Landes besucht wurde. Der Vorsitzende begrüßte die Erschienenen und gedachte sodann der im Jahre 1918 verstorbenen Gesellschaftsmitglieder, der Frau Medizinalrat Eschle (Sinsheim) sowie der Herren Geh. Oberbaurat Baumeister (Karlsruhe), prakt. Arzt Dr. Dieckmann (Karlsruhe) und Prof. Dr. Wilms (Heidelberg).

Darauf erstattete der Geschäftsführer Dr. A. Fischer den Tätigkeits- und Rechenschaftsbericht, letzteren in Vertretung des leider schwerkranken Kassiers, Regierungsrat Dr. Reiß. Dem Bericht ist zu entnehmen, daß die Mitgliederzahl, die sich im ersten Geschäftsjahr auf 145 belief, im zweiten Geschäftsjahr auf 195 und im dritten auf 261 gestiegen ist. Die meisten neuen Mitglieder, darunter auch solche außerhalb Badens, sind durch die Versendung der „Sozialhygienischen Mitteilungen für Baden“ gewonnen worden; ein großer Teil der neuen Mitglieder, und zwar zumeist solche aus der Großindustrie und dem Großhandel, trat der Gesellschaft infolge der persönlichen Propaganda des Ausschußmitgliedes Architekt Curjel (Karlsruhe) bei. Auf Grund der ansehnlichen Mitgliederbeiträge besitzt die Gesellschaft eine Jahreseinnahme von etwa 3000 Mark. Ihr stehen aber sehr hohe Ausgaben insbesondere für die Herstellung der Zeitschrift gegenüber, obwohl die literarischen Beiträge und die Schriftleitung nicht honoriert werden. Die Gesellschaft hat, da alle Ämter ohne Entgelt versehen werden, bisher ein Vermögen von rund 3000 Mark ersparen können. Trotzdem sind aber die Einnahmen unzureichend, denn sie genügen bei weitem nicht, um ein Bureau einzurichten. Ein Bureau ist aber im Hinblick auf die schon umfangreiche und immer größer werdende Gesellschaftsarbeit unbedingt erforderlich. Der Geschäftsführer richtete daher an alle Mitglieder die Bitte, sich an der Gewinnung neuer Mitglieder nach Kräften zu beteiligen, und betonte, daß, wenn die Gesellschaft ihre wichtigen Aufgaben erfüllen soll, ihr in Zukunft insbesondere vom Staat, aber auch von den Gemeinden und sonstigen öffentlichen Körperschaften eine wesentlich höhere geldliche Unterstützung gewährt werden muß.

Über die innere Arbeit der Gesellschaft teilte der Geschäftsführer zunächst mit, daß er neuerdings bemüht war, den Begriff „soziale Hygiene“, über den noch keine Einstimmigkeit bestand, zu klären. Diese Klärung war insbesondere im Interesse der Petition, welche die Gesellschaft im November 1917 an den Landtag gerichtet hat, erforderlich. Am 10. Februar 1918 fand in Karlsruhe eine Sitzung des Großen Ausschusses statt, in der man sich ebenfalls eingehend mit der Begriffsbestimmung befaßte. Der Vorstand der Gesellschaft hat dann die Mitglieder der Zweiten Kammer und einige der Ersten Kammer zu einem Vortrag eingeladen, in dem der Geschäftsführer, ausgehend von seiner Deutung des Begriffs „soziale Hygiene“, die Hauptpunkte der Petition erläuterte. Die beiden Kammern haben sich zu der Bittschrift ausführlich geäußert, wie aus den „Sozialhyg. Mitteilungen“ 2. Jahrg. Nr. 2 und 3 hervorgeht. Der Geschäftsführer deutete darauf hin, daß er in der gleichen Nummer bereits die Beschlüsse der Kammern erörtert und schon dort betont habe, daß das Ergebnis der Kammerverhandlungen wohl noch günstiger ausgefallen wäre, wenn die Abgeordneten durch den Regierungsvertreter über den Begriff „soziale Hygiene“ nicht irrtümlich unterrichtet worden wären. Eine erkennbare Wirkung neben dem ideellen Erfolg hat die Petition nur insofern gezeitigt, als die Regierung für Heidelberg einen Lehrauftrag für soziale Hygiene erteilt hat. — Nach der politischen Umwälzung wurde die Gesellschaft beim Ministerium für soziale Fürsorge vorstellig. Die Folge hiervon war die sozialhygienische Konferenz, die hauptsächlich der Einführung der Familienversicherung dienen sollte; hierüber wurde in den „Sozialhyg. Mitteilungen“ 2. Jahrg. Heft 4 berichtet. — Der Geschäftsführer wies ferner darauf hin, daß die Gesellschaft durch ihre Zeitschrift eine ansehnliche Aufklärungsarbeit leistet. Die Zeitschrift hat bereits in weiten Kreisen, nicht nur in Baden, sondern in allen Teilen von Deutschland, sowie auch in Österreich, Ungarn und der Schweiz Beachtung gefunden, und ihre Aufsätze werden schon vielfach in Büchern und Zeitschriften zitiert. — Die Gesellschaft, welche satzungsgemäß Anschluß an einen gesamtdeutschen Verein mit gleichen Zielen suchen soll, hat sich um die Ausgestaltung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in der Richtung der sozialen Hygiene bemüht; die Bemühungen sind erfolgreich gewesen. — Nach der Meinung des Geschäftsführers sind die Aus-

sichten für die soziale Hygiene seit der Revolution günstiger geworden. Alle in Baden vertretenen politischen Parteien haben in ihre Programme und Wahlauftrufe ausdrücklich sozialhygienische Forderungen aufgenommen, was offenbar auf die Aufklärungsarbeit der Gesellschaft für soziale Hygiene zurückzuführen ist. — Der Geschäftsführer bedauerte, daß im Hinblick auf die zunehmende Tuberkulosegefahr der Kampf gegen diese Seuche noch nicht tatkräftig genug geführt wird; er habe dem Vorstand der Landesversicherungsanstalt und dadurch zugleich dem Badischen Frauenverein vor einem Jahr einen Plan unterbreitet, bisher aber ohne jeden Erfolg, so daß die Gesellschaft für soziale Hygiene daran denken muß, diesen Kampf selbst in Angriff zu nehmen.

In der Aussprache über diesen Bericht legten Frau Oberbürgermeister Lauter und Geh. Oberregierungsrat Beck (Karlsruhe) die Gründe dar, warum der Badische Frauenverein zu einer energischen Tuberkulosebekämpfung nicht schreiten konnte; die Regierung habe bisher gezögert, den Anregungen des Frauenvereins Folge zu leisten. Geheimrat Hauser betonte, daß die Vorbedingung für einen erfolgreichen Kampf gegen die Tuberkulose die Wohnungsfürsorge sei; die Regierung habe aber bisher nicht die Möglichkeit gehabt, auf diesem Gebiete wesentliche Neuerungen durchzuführen. Geheimrat Prof. Dr. Kossel (Heidelberg) bemerkte, daß der Lehrauftrag in Heidelberg wohl auch ohne die Landtagspetition erteilt worden wäre; die Universitätsdozenten für Hygiene seien gern bereit, an den Arbeiten der Gesellschaft für soziale Hygiene teilzunehmen.

Bei der Wahl der Ausschüsse wurden alle satzungsgemäß ausscheidenden Mitglieder des Arbeits- und des Großen Ausschusses wiedergewählt. Hinzugewählt wurden für den Großen Ausschuß: Universitätsprofessor Dr. Rost (Freiburg), Bezirksarzt Med.-Rat Dr. Meier (Pforzheim) sowie je ein Vertreter des Staatsärztlichen Vereins und der Zalmärztekammer für Baden.

Der Geschäftsführer berichtete sodann über die Vorarbeiten zu einer Bittschrift an die badische Nationalversammlung. Nach Rücksprache mit führenden Persönlichkeiten der politischen Parteien schlug der Arbeitsausschuß vor, gelegentlich der Neugestaltung der Ministerien folgende Petition an die Nationalversammlung zu richten:

„Die Badische Gesellschaft für soziale Hygiene hält zur Förderung des Volkswohls die Bildung einer besonderen selbständigen Ministerialabteilung für das Gesundheitswesen mit einem Arzt an der Spitze für dringend erforderlich. In dieser ist eine besondere Abteilung für soziale Hygiene zu bilden, deren Leitung einem Arzt zu übertragen ist. Sollte die Angliederung einer Abteilung für soziale Hygiene an die Ministerialabteilung für das Gesundheitswesen auf Schwierigkeiten stoßen, so fordert die Badische Gesellschaft für soziale Hygiene, daß dem neu zu schaffenden Ministerium für soziale Fürsorge eine Abteilung für soziale Hygiene angereiht wird.“

Der Geschäftsführer wies dann auf die Begründung hin, die dieser Bittschrift beigefügt wurde, und teilte mit, daß nach gemeinsamer Beratung des Arbeitsausschusses mit dem Vorstand des Vereins Karlsruher Ärzte dieser Verein eine gleichlautende Petition an die Nationalversammlung absenden werde; dem Verein Karlsruher Ärzte haben sich die Gesellschaft der Ärzte in Mannheim, der Ärztliche Bezirksverein Pforzheim, der Kraichgauer Ärzteverein, der Ärztliche Kreisverein Konstanz und der Ärztliche Kreisverein Lörrach angeschlossen. — Nachdem Bezirksarzt Med.-Rat Dr. Meier (Pforzheim) und Ärztekammervorsitzender Med.-Rat Dr. Bongartz (Karlsruhe) die Petition befürwortet haben, wurde ihre Absendung einstimmig beschlossen.

Bei dem Punkt Wünsche und Anträge von Mitgliedern regte Med.-Rat Dr. Gutsch (Karlsruhe) die allgemeine Einführung des Gesundheitsturnens bei allen Arten von Schulen sowie dessen Ausgestaltung zu orthopädischem Turnen, um schwächliche, zurückgebliebene Kinder zu kräftigen, an. Solche Einrichtungen, die naturgemäß bei den Schulen zu treffen sind, könnten auch für die Zwecke der Krankenkassen und der Kriegsbeschädigtenfürsorge nutzbar gemacht werden. Zur Ausstattung mit Geräten sollen sich Staat und Gemeinden an die jetzt gerade in Auflösung begriffenen orthopädischen Lazarette wenden.

In der Nachmittagssitzung hielt Geh. Med.-Rat Dr. Max Fischer (Wiesloch) einen mit lebhaftem Beifall aufgenommenen Vortrag über „Die Aufgaben der sozialen Irrenfürsorge“; den Hauptinhalt gibt der erste Aufsatz dieser Nummer wieder. In der Aussprache wünscht Krankenkassenverwaltungsdirektor Sigmund (Karlsruhe), daß die Krankenkassen von den Irrenanstalten einen Bericht über den Befund der entlassenen Krankenkassenpatienten, nach Art der Berichte aus den Lungenheilstätten, erhalten; wie der Vortragende tritt auch er für die Zentralisierung aller sozialhygienischen Fürsorgebestrebungen ein. Med.-Rat Dr. Meier (Pforzheim) hat die Erfahrung gemacht, daß die Irrenanstalten die Kranken bisweilen zu rasch entlassen, damit sie wieder arbeiten und Kosten gespart werden. Auch hält er es für angebracht, daß man leichter entmündigen könne. Med.-Rat Dr. Rosenberg (Karlsruhe) weist darauf hin, wie wichtig die Aufklärung über die Geschlechtskrankheiten im Interesse der Verhütung von Geisteskrankheiten und besonders der Paralyse, welche die Menschen in den besten Jahren befällt, sei; die Bemühungen der Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten haben in weiten Bevölkerungskreisen noch nicht den gebührenden Widerhall gefunden. Frau Oberbürgermeister Lauter befürwortete ebenfalls auf Grund ihrer reichen Erfahrungen in der Fürsorgetätigkeit das Ineinandergreifen aller vorbeugenden Maßnahmen. In seinem Schlußwort erklärte Geheimrat Fischer, daß zur Berichterstattung der Irrenanstalten an die Krankenkassen eine entsprechende Anordnung seitens der Regierung erforderlich sei. Es sollten unter der Kontrolle von Irrenärzten stehende Zwischenanstalten zwischen Arbeitshäusern und Irrenanstalten geschaffen werden.

Gesundheitsstatistik.

a) Während des Krieges durften im Deutschen Reich zahlenmäßige Angaben, die über die Bevölkerungsbewegung unterrichten, nicht veröffentlicht werden. Jetzt bietet die „Zeitschrift für Säuglings- und Kleinkinderschutz“ Ziffern über Eheschließungen, Geburten und Todesfälle in Bayern während der Zeit von 1913 bis 1917. Hiervon sei folgende Tabelle wiedergegeben:

Bevölkerungsbewegung in Bayern 1913—1917.

| Jahr | Zahl der Eheschließungen | Zahl der Geborenen | | | Zahl der Gestorbenen | | | Mehr (+) oder weniger (-) Geborene als Gestorbene | | |
|------|--------------------------|---------------------------------|--------|--------|----------------------|--------|--------|---|--------|--------|
| | | einschließlich der Totgeborenen | | | | | | männl. | weibl. | zus. |
| | | männl. | weibl. | zus. | männl. | weibl. | zus. | | | |
| 1913 | 48438 | 106992 | 100465 | 207457 | 65129 | 61007 | 126136 | +41863 | +39458 | +81321 |
| 1914 | 42722 | 105482 | 99225 | 204707 | 82015 | 62593 | 144608 | +23467 | +36632 | +60099 |
| 1915 | 22936 | 80196 | 75654 | 155850 | 105232 | 60031 | 165263 | -25036 | +15623 | -9413 |
| 1916 | 27349 | 60197 | 56313 | 116510 | 94551 | 57901 | 152452 | -34354 | -1588 | -35942 |
| 1917 | 32939 | 58029 | 54448 | 112477 | 89917 | 59487 | 149404 | -31888 | -5039 | -36927 |

Dazu wird bemerkt: „Bis zum Ende des Jahres 1917, d. h. während der ersten 41 Kriegsmomente, war der Einfluß des Krieges auf die Entwicklung der bayerischen Bevölkerung derart, als ob über 1½ Jahre lang keine Eheschließungen stattgefunden hätten, als ob 1½ Jahre lang keine Kinder gezeugt worden wären, und als ob fast zwei Jahre lang die doppelte Anzahl von Menschen (unter Ausschluß der Kinder von unter 5 Jahren) gestorben wäre.“ Ein trauriges Bild! Und dabei fehlen noch die Angaben für 1918, die, wie zu befürchten ist, namentlich infolge der fortgesetzten Hungerblockade vielleicht noch ungünstiger lauten werden.

b) Der Einfluß der Frauenarbeit auf die Gesundheitszustände ist schon wiederholt untersucht worden. Wenn auch das bisher veröffentlichte Material ganz einwandfreie Schlußfolgerungen nicht zuließ, so hat man doch allen Anlaß, zu befürchten, daß die während des Krieges erfolgte Ausdehnung der weiblichen Erwerbstätigkeit ungünstige Wirkungen in hygienischer Hinsicht ausgeübt hat. Ziffermäßige Angaben über die Entwicklung der Frauenarbeit während des Krieges sind daher für die Beurteilung unserer sozialhygienischen Verhältnisse von hohem Interesse. Solche Zahlen bietet nun das „Reichsarbeitsblatt“ 1919 Heft 1. Das genannte Blatt stützt sich auf Berichte von 5328 Krankenkassen, die am 1. Juli 1914 über acht Millionen Versicherte zählten. Aus den Mitteilungen dieser Kassen ist zu ersehen, daß die Zahl der weiblichen Beschäftigten vom 1. Juli 1914 bis 1. Juli 1917 um 15,8% und bis zum 1. Juli 1918 noch um 0,9%, zusammen also um 16,7% gestiegen ist, während im gleichen Zeitraum die Ziffer der männlichen Beschäftigten um insgesamt 40,1% gesunken ist.

Hierzu ist zu bemerken, daß die Zahl der weiblichen Erwerbsfähigen in Deutschland und ganz besonders in Baden schon vor dem Kriege sehr hoch und vor allem viel höher als in England war. Bei der letzten Berufszählung im Jahre 1907 waren in Deutschland 30,4%, in Baden sogar 39,8% aller weiblichen Personen erwerbstätig, dagegen in England im Jahre 1901 nur 24,8%.

Im September 1915 wurde in England ein Ausschuß eingesetzt, der insbesondere den Schutz der Gesundheit bei den in der Rüstungsindustrie beschäftigten Frauen zu untersuchen hatte. Der Ausschuß hat im Jahre 1918 seine Arbeiten abgeschlossen und deren Ergebnis dahin zusammengefaßt, daß eine auffallende Verschlechterung des Gesundheitszustandes bei den Arbeiterinnen nicht festgestellt wurde. Es sei jedoch möglich, daß die Überanstrengung vorläufig nicht bemerkbar wird, weil den Rüstungsarbeiterinnen durch bessere Verpflegung und Wohlfahrtseinrichtungen in den Fabriken geholfen wurde, und die schwächeren Kräfte bald ausscheiden mußten. Der Ausschuß empfahl Kürzung der Arbeitszeit, ständige ärztliche Aufsicht und Fürsorge für gute Ernährung; Frauen, die ein Hauswesen zu besorgen haben, sollten grundsätzlich nur zu leichter Arbeit zugelassen werden.

Über die hygienischen Folgen der weiblichen Erwerbsarbeit in Deutschland liegen amtliche Angaben nicht vor. Eine Kommission wie in England wurde nicht eingesetzt. Sie hätte auch Vorschläge wie den, daß für gute Ernährung zu sorgen ist, kaum aussprechen können. Ziffermäßige Mitteilungen über die vorliegende Frage bietet die Berliner Ärztin A. Blum, welche sich auf das Material einer Berliner Betriebskrankenkasse stützt, in einem Aufsatz „Zur Kenntnis der Gattungsleistungen der Industriearbeiterinnen im Kriege“. Die Ärztin stellte u. a. fest, daß im Jahre 1916 bei den Arbeiterinnen des Betriebes doppelt so viel Fehlgeburten wie Geburten vorkamen. Dabei spielen verbrecherische Eingriffe sicherlich eine große Rolle. Aber auffallenderweise sind es in der überwiegenden Mehrzahl die verheirateten Erwerbstätigen, welche das Kind nicht austragen.

Gesundheitsgesetzgebung und -verwaltung.

a) Im Reich.

In der deutschen Nationalversammlung gab der Reichsminister Scheidemann am 13. Februar 1919 das Arbeitsprogramm der neuen Reichsregierung bekannt. Für die soziale Hygiene ist hierbei folgender Satz von besonderem Interesse: „Auf sozialpolitischem Gebiet sind in Angriff zu nehmen die planmäßige Verbesserung der Volksgesundheit, die Wohnungsfürsorge, der Ausbau des Mutterschutzes, der Säuglings- und Jugendfürsorge.“ Zwischen anderen Programmpunkten verstreut findet man dann noch folgende gesundheitspolitische Forderungen genannt: Ertüchtigung der Jugend; Beschränkung der Lebensmitteleinfuhr nur insoweit, als dies mit Rücksicht auf unsere Finanzverhältnisse notwendig ist; Schaffung von Neuland für Siedlungszwecke durch Bodenverbesserung und Heranziehung des Großgrundbesitzes nach vorwiegend wirtschaftlichen Grundsätzen, erforderlichenfalls durch Anwendung des Vorkaufsrechtes oder durch Enteignung; Ausgestaltung der Einkommensbesteuerung nach sozialen und bevölkerungspolitischen Grundsätzen.

Der am 22. Februar 1919 der deutschen Nationalversammlung zugegangene Entwurf einer Verfassung des Deutschen Reiches weist im § 9 dem Reich die Gesetzgebung zu u. a. über: das Rechtsverhältnis der Arbeiter und Angestellten, ihre Versicherung durch den Arbeiterschutz; das Versicherungswesen; das Gesundheitswesen und den Verkehr mit Nahrungsmitteln; das Wohnungswesen; die Grundsätze für das Siedlungswesen; Schutz und Pflege der schulentlassenen Jugend. Die Ausführung der Reichsgesetze soll jedoch grundsätzlich durch die Landesbehörden erfolgen.

Am 23. April 1919 hat die deutsche Reichsregierung einen Gesetzentwurf für die Errichtung eines Völkerbundes verabschiedet. Die Vorlage enthält einen besonderen Abschnitt über Arbeiterrecht. Dort heißt es im Artikel 3: „Die vertragschließenden Teile verpflichten sich, soweit dies noch nicht der Fall ist, eine Pflichtversicherung der Arbeiter gegen Krankheit, Betriebsunfälle, Invalidität, Alter und Arbeitslosigkeit sowie eine Hinterbliebenen- und eine Mutterschaftsversicherung durchzuführen und die Sozialversicherung auf die Heimarbeit auszudehnen... In diese Verträge sind auch Bestimmungen darüber aufzunehmen, welche Berufskrankheiten den Betriebsunfällen gleichzustellen sind.“ Der Artikel 4 strebt an: einheitliche Vorschriften zur Verhütung von Unfall und Krankheiten, insbesondere in gefährlichen Betrieben, einheitliche Einführung von Schutzvorrichtungen gegen Unfallgefahren und Berufskrankheiten, Verbot der Verwendung von weißem (gelbem) Phosphor zur Anfertigung von Zündhölzern, den Achtstundentag, Verbot der Nachtarbeit für weibliche und jugendliche Personen, Sorge dafür, daß allen Arbeitern eine wöchentliche ununterbrochene Ruhepause von 32 Stunden gewährt wird, freien Samstagnachmittag für Arbeiterinnen, Arbeitsenthaltung für Schwangere und Wöchnerinnen im ganzen während zehn Wochen, Verbot der Lohnarbeit für Kinder unter 14 Jahren. Der Artikel 5 schreibt vor, daß alle Arbeiterschutzbestimmungen sinngemäß für die Heimarbeit gelten. Die Heimarbeit ist für die mit schwerer Gesundheits- oder Vergiftungsgefahr verbundenen Arbeiten sowie für die Herstellung von Lebens- und Genußmitteln mit Einschluß der Verpackung zu verbieten. Für Wohnungen, in denen Heimarbeit betrieben wird, ist Anzeigepflicht bei Ausbruch ansteckender Krankheiten durchzuführen; die von etwaigem Verbot betroffenen Personen sollen entschädigt werden. Der Gesundheitszustand der minderjährigen Heimarbeiter ist ärztlich zu überwachen. Für die Heimarbeiter sind durch Lohnämter Mindestlöhne festzusetzen. Nach beendeter Arbeitszeit darf Arbeiterinnen und jugendlichen Arbeitern Arbeit zur Verrichtung außerhalb des Betriebes nicht übertragen werden.

b) In Baden.

Die badische verfassunggebende Nationalversammlung hat am 21. März 1919 den Verfassungsentwurf der Kommission angenommen und damit zugleich die Petition der Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene, welche die Bildung einer selbständigen Ministerialabteilung für das Gesundheitswesen mit einer besonderen Abteilung für soziale Hygiene anstrebte, sowie die Petition mehrerer badischen Ärztevereine, welche das gleiche Ziel verfolgte, für erledigt erklärt.

Am 2. April 1919 verabschiedete die Nationalversammlung ein Gesetz betreffend den Geschäftskreis der Ministerien. Hierbei wurden Medizinalwesen und Irrenanstalten dem Ministerium des Innern und die soziale Hygiene dem Ministerium für soziale Fürsorge zugewiesen.

Die badische Regierung hat an beiden Landesuniversitäten die Direktoren der Kinderkliniken und der Kliniken für Geschlechtskranke zu ordentlichen Professoren ernannt. Diese Maßnahme, die vom sozialhygienischen Standpunkt aus sehr zu begrüßen ist, entspricht der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 13. Mai 1918 betreffend Abänderung der Prüfungsordnung für Ärzte. Danach sind die Kandidaten der Medizin nunmehr auch in der Kinderheilkunde und in der Lehre von den Geschlechtskrankheiten jeweils von einem Fachvertreter zu prüfen.

Die vom Ministerium für soziale Fürsorge gebildete Kommission für die Einführung der Familienversicherung (siehe „Sozialhyg. Mitt. f. Bad.“ 1918 Nr. 4) hat beschlossen, einen Fragebogen an alle badischen Krankenkassen zu versenden, um ziffermäßige Unterlagen über die Gestaltung des erforderlichen Staatszuschusses und der Höhe der Ärztehonorare zu gewinnen. Die Fragebogen sind den Kassen bereits übermittelt worden.

c) In Preußen.

In der preußischen Landesversammlung sind, nach einer Mitteilung der „Deutschen medizinischen Wochenschrift“, am 29. März 1919 folgende Anträge, die vom Ausschuß für Bevölkerungspolitik eingebracht wurden, angenommen worden: Allen Frauen der minderbemittelten Bevölkerung soll eine Wochenhilfe in der Art der bisherigen Reichswochenhilfe gewährt werden. Die Krankenversicherung ist auf die Familien der Versicherten auszudehnen.

In der Leitung der Medizinalabteilung des preußischen Ministeriums des Innern ist ein Wechsel erfolgt. Ministerialdirektor Prof. Dr. Kirchner hat sich veranlaßt gesehen, seinen Abschied zu nehmen. In den 24 Jahren, in denen er das preußische Medizinalwesen geleitet hat, machte er sich namentlich um die Seuchenbekämpfung sehr verdient. Für die Aufgaben der sozialen Hygiene hat er jedoch nur wenig Interesse betätigt. Die preußische Regierung hat nun die Leitung des Medizinalwesens Geheimrat Prof. Dr. Gottstein übertragen. Gottstein stand bisher an der Spitze des mustergültig geführten Gesundheitswesens der Stadt Charlottenburg. Er ist einer der Begründer der sozialhygienischen Wissenschaft, um die er sich große Verdienste erworben hat. Von Bedeutung ist es, daß er im Jahre 1916 für den Ausbau des sozialhygienischen Unterrichts eingetreten ist. Die Sozialhygieniker setzen auf seine Wirksamkeit an dieser hervorragenden Stelle große Hoffnungen. — Soeben wird bekannt, daß die Errichtung von Lehrstühlen für soziale Hygiene vom Ausschuß für Bevölkerungspolitik der preußischen Landesversammlung beschlossen worden ist. Neben dem Unterricht der Studenten werden die gründliche Ausbildung aller künftigen beamteten Ärzte und die Notausbildung der jetzt bereits angestellten beamteten Ärzte verlangt. Bei der ärztlichen Prüfung soll der sozialen Hygiene ein ihrer Bedeutung entsprechender Platz eingeräumt werden.

Gesundheitspolitik.

Am 9. April d. J. beschäftigte sich die Berliner Medizinische Gesellschaft mit der Frage: Reichs- oder Landesgesundheitsministerium? Referenten waren Prof. Dr. Adam und Kammergerichtsrat Leonhard. Ersterer sprach sich für ein preußisches Gesundheitsministerium mit einem Arzt an der Spitze aus, dem die gesamte soziale Fürsorge, das Krankenkassen- und Versicherungswesen zu unterstellen sind. Ähnlich soll das Gesundheitswesen in den anderen Bundesstaaten organisiert werden. Die Regelung allgemeiner und gleichartiger Hygieneaufgaben müsse das Reich übernehmen; hierfür soll eine genügend unabhängige Medizinalabteilung mit einem ärztlichen Leiter dem Reichsamt des Innern angegliedert werden. Der zweite Berichterstatter wies darauf hin, daß nach Artikel 9 des Verfassungsentwurfs die Selbständigkeit der Gliedstaaten auf dem Gebiet der Medizinalverfassung erhalten bleiben soll. Die Aufgaben für ein Reichsmedizinalamt wären daher im Verhältnis zu den notwendigen grundlegenden Änderungen nicht groß genug, während die einzelstaatliche Gesundheitsverwaltung weit schneller arbeiten und die örtlichen Verhältnisse besser berücksichtigen könnte. In der Aussprache trat Geheimrat Schwalbe für die Schaffung eines medizinischen Unterstaatssekretariats im Reich und in Preußen ein. Die Gesellschaft nahm dann eine Entschliebung an, in der ein eigenes Gesundheitsministerium für Preußen und für das Reich ein Unterstaatssekretariat im Reichsamt des Innern mit je einem Arzt an der Spitze gefordert werden. (Siehe auch den Aufsatz von Geh. Justizrat Treupel über „Die Zuständigkeit des Reiches und der Einzelstaaten auf dem Gebiet des Gesundheitswesens“ in der „Zeitschrift für ärztliche Fortbildung“ vom 1. April 1919.)

* * *

Der Deutsche Ärztevereinsbund und der Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen haben gemeinsam im März d. J. an die deutsche Nationalversammlung Eingaben gerichtet, in denen sie gegen die Verordnung des Rates der Volksbeauftragten vom 22. November 1918 über die Ausdehnung der Versicherungspflicht und Versicherungsberechtigung (Reichsgesetzblatt 1918 Nr. 159) und gegen die Verordnung betreffend Sicherung der ärztlichen Versorgung bei den Krankenkassen vom 22. Dezember 1918 (Reichsgesetzblatt 1918 Nr. 192) Widerspruch erheben. Zur Begründung dieser Proteste wird u. a. Folgendes angeführt: Die Zahl der bisher der Krankenversicherung angehörenden Personen wird auf 21 Millionen geschätzt. Die neue Verordnung vergrößert den Kreis der Versicherten dadurch, daß die Einkommensgrenze für die Versicherungspflicht von bisher 2500 Mark auf nunmehr 5000 Mark erweitert wurde, und die Versorgungsberechtigung ohne Rücksicht auf die Höhe des Einkommens eingeführt wird für alle, die jemals weniger als 2500 Mark Jahreseinnahmen gehabt haben, um etwa eine Million Personen. Nach Angaben der Krankenkassen sind bereits infolge dieser Erweiterung z. B. bei der Allg. Ortskrankenkasse Berlin 30818 = 7,7% und bei der Allg. Ortskrankenkasse Bremen 2350 = 6,6% Angestellte neu eingetreten. Viele Ärzte geraten dadurch, daß eine so große Zahl von Personen, die zur gut zahlenden Klientel gehörten, der Privatpraxis entzogen wird, in eine wirtschaftliche Notlage. Dazu kommt, daß manche Krankenkassen, wie z. B. die Betriebskrankenkasse der Großen Leipziger Straßenbahn oder die Ortskrankenkasse Tilsit, nur 66 bzw. 53,5% der preußischen Armentaxe für ärztliche Leistungen bezahlen, so daß die Kassenärzte für den Hausbesuch nur 66 bzw. 53,5 Pfennige erhalten. Es sei daher unzureichend, wenn, wie die neue Verordnung betreffs Sicherung der ärztlichen Versorgung bei den Krankenkassen bestimmt, eine Erhöhung der Kassenarzthonorare

von höchstens 33 $\frac{1}{3}$ % als Ausgleich für die gegenwärtige Teuerung gewährt werden soll. — Die Kassenarztfrage wird, wie man sieht, immer brennender. Die Regierungen sollten rechtzeitig Vorkehrungen treffen, damit Konflikte vermieden werden, die für die Volksgesundheit gefährlich werden könnten.

* * *

Ende 1918 hat sich eine Deutsche Gesellschaft für Findelhäuser (Vorort München) gebildet. Dem Ausschuß gehören namhafte Ärzte, Richter und Schriftsteller aus München an. In dem Aufruf der Gesellschaft, welchen sie in ihrer Zeitschrift „Die Drehlade“ 1. Jahrg. Heft 1 veröffentlicht hat, heißt es: „Die Zahl der Kindermorde und schwersten Kindermißhandlungen, die die Statistik angibt, kann, so hoch sie auch ist, nicht als zuverlässig gelten. Viele Kindermorde bleiben dauernd unentdeckt oder unaufgeklärt, die wenigsten Kindermißhandlungen kommen vor den Richter. Was wir aus den Gerichtsverhandlungen von solchen empörenden Geschehnissen erfahren, sind nur jene wenigen Fälle, in denen sich ein Ankläger gefunden hat. Dazu kommen noch die zahllosen Opfer des Kinderhandels, der Kinderaussetzung und vor allem des Kostkinderwesens. Die Zahl der jungen Leben aber, die schon im Werden vernichtet werden und sich oft noch im Sterben damit rächen, daß sie ihrer Mütter Leben und Gesundheit zerstören und manchen Hoffnungen auf ein späteres Glück alle Möglichkeit nehmen, berechnet die Statistik auf Hunderttausende im Jahr! Wieviel kostbare Volkskraft geht dabei unserem Vaterlande unwiederbringlich verloren!“ Da die bestehenden Kinder- und Mutterschutzmaßnahmen nicht genügen, so tritt die Gesellschaft für die Wiedereinführung von Findelhäusern in Deutschland ein, in denen bedrängte Mütter vor und nach der Entbindung Schutz und Hilfe für sich und ihre Kinder finden. „Eine liebevolle Heimat, die sie nicht als zweitklassige Menschen wertet und bedrückt, sollen diese vaterländischen Mutterhäuser ihnen sein“. Man dürfe über anderen wichtigen Geboten der Stunde das wichtigste nicht vergessen: die Erhaltung jedweden Lebens, des werdenden wie des geborenen. Derartige Gedanken hat der Geschäftsführer der genannten Gesellschaft, der Münchner Arzt Dr. Nassauer, bereits auf einer Tagung, welche unter dem Titel „Die Erhaltung und Mehrung der deutschen Volkskraft“ im Mai 1918 von dem Verein „Deutsche Wacht“ veranstaltet wurde, vorgetragen. Dort wurde ihm schon entgegengehalten, daß die Errichtung von Findelhäusern möglicherweise der Unehelichkeit Vorschub leisten würde, was im Interesse einer gesunden Familienpolitik unzulässig wäre; man brauche nicht nur viele, sondern auch gut erzogene Kinder, wie sie nur von der Familie zu erwarten sind. Ferner wurde betont, daß es töricht wäre, den unehelichen Eltern alle Sorgen um das Kind abzunehmen, während man im Gegenteil danach trachten müsse, den unehelichen Vater so ausgiebig wie möglich zur Aufbringung der Mittel für die Aufzucht des Kindes heranzuziehen. — Auch jetzt nach Gründung der genannten Gesellschaft sind viele Einwände gegen die Errichtung von Findelhäusern laut geworden. Es scheint daher notwendig, daß dies durch die Kriegfolgen unzweifelhaft bedeutungsvoll gewordene Problem eingehend und sachlich erörtert wird.

* * *

Als ein erfreuliches Zeichen dafür, wie sehr sich mittlerweile das gesundheitspolitische Interesse in Ärztekreisen entwickelt hat, ist es zu betrachten, daß der Verein Karlsruher Ärzte aus Anlaß der bevorstehenden Gemeindewahlen ein ausführliches gesundheitspolitisches Programm ausgearbeitet hat. Dies Programm kann als vorbildlich bezeichnet werden und sei daher hier wörtlich wiedergegeben; es lautet:

Der Verein Karlsruher Ärzte stellt, aus Anlaß der bevorstehenden Gemeindewahlen, folgende Leitsätze gegenüber den von der Stadtverwaltung zu lösenden Aufgaben der Volksgesundheit auf:

I. Das kostbarste Gut des Volkes sind die Menschen. Für ihre Gesundheit haben neben anderen auch die Gemeinden zu sorgen. Die hierfür erforderlichen Geldmittel sollen den Gemeindeverwaltungen bewilligt und von ihnen unter Beachtung sparsamer Grundsätze benutzt werden. Alle Ausgaben für die Volksgesundheit sind verbend, da sie nicht nur gesundheitliche und sittliche Vorteile, sondern zugleich den größten wirtschaftlichen Nutzen versprechen.

II. Um bei aller Sparsamkeit zu Höchstleistungen zu gelangen, ist es notwendig, sämtliche Teile des Gesundheitswesens in einem städtischen Gesundheitsamt, dessen Leitung einem hauptamtlich angestellten Arzt zu übertragen ist, zusammenzufassen. Seine Anstellung hat im Einvernehmen mit der ärztlichen Standesorganisation zu erfolgen.

III. Die auf Kosten der Stadt geleistete ärztliche Fürsorge, die bisher nur den Volksschulkindern zuteil wurde, ist derart zu erweitern, daß künftig alle Kinder im Säuglings-, Spiel- und Schulalter, sowie alle jugendlichen Personen ärztlich überwacht werden. Auch die übrigen Zweige sozialhygienischer Fürsorge sollen in weiterem Maße als bisher Aufgabe der Stadtverwaltung sein. Zur wirkungsvollen Durchführung dieser Aufgaben ist von der Stadt die erforderliche Zahl von Ärzten, Schwestern und sonstigem Hilfspersonal anzustellen. Für eine ersprießliche Zusammenarbeit dieser Kräfte und die Nutzbarmachung ihrer Erfahrungen hat das städtische Gesundheitsamt zu sorgen. Dieses soll eine dauernde enge Zusammenarbeit mit den bestehenden Wohlfahrtsorganisationen und der ärztlichen Standesvertretung herbeiführen.

IV. Von den gesundheitlichen Einrichtungen, die ganz besonders dringend erforderlich sind, seien genannt:

1. Bau von Kleinwohnungen in gesundheitlich einwandfreien, von Gärten umgebenen Mehrfamilienhäusern durch die Stadtverwaltung; diese Wohnungen mögen zwar nicht die ideale Wohnweise darstellen, würden aber gegenüber den jetzigen Wohnungen der untersten

Bevölkerungsschichten, denen sich die städtische Wohnungsfürsorge in allererster Linie zuwenden sollte, eine wesentliche Verbesserung bedeuten. Einfamilienhäuser sind, namentlich im Hinblick auf den Mangel an Baustoffen, zurzeit unerreichbar und vom ärztlichen Standpunkt aus nicht erforderlich.

2. Mütterheime unter fachärztlicher Leitung.

3. Schaffung von Anstalten für Leichtkranke und Erholungsheimen unter ärztlicher Leitung; Einrichtungen besonderer Abteilungen für Kinder und Geisteskranke unter Leitung von Fachärzten.

4. Waldschulen.

5. Unterricht in den Schulen, insbesondere in den Fortbildungsschulen, über die Vorschriften einer gesundheitsgemäßen Lebensweise, wobei nachdrücklich auf die Pflicht, diese Lehren zu befolgen, hinzuweisen ist.

6. Unterstützung aller Maßnahmen, die der Körperpflege und den Leibesübungen dienen (insbesondere Schwimmbäder, Spielplätze, Schülerwanderungen usw.).

7. Sicherung ausreichender Hauspflege.

8. Ausbau des Rettungswesens.

9. Ausbau der städtischen Gesundheitsstatistik.

V. Über die Notwendigkeit gesundheitstechnischer Maßnahmen, die der Städtereinigung, sowie der Siedelungs-, Bau-, Schul- und Gewerhygiene dienen, bestehen nirgends wesentliche Meinungsverschiedenheiten; soweit diese Einrichtungen fehlen, sind sie sobald als möglich zu schaffen.

VI. Heranziehung einer offiziellen Vertretung der Ärzteschaft in alle städtischen Kommissionen, in denen ärztliche oder gesundheitliche Fragen zur Behandlung kommen.

* * *

Schon vor dem Kriege ist bisweilen die Frage der Verstaatlichung des Ärzte- und Gesundheitswesens in der Literatur erörtert worden. Von badischen Ärzten haben Kürz („Medizinische Klinik“ 1906 und 1907) und A. Fischer („Grundriß der sozialen Hygiene“, Berlin 1913) die Verstaatlichung im Interesse der Volksgesundheit gefordert. Während des Krieges ist das Problem vielfach behandelt worden, so in einer umfangreicheren Schrift von R. Landvogt („Die Hygiene als Staatsmonopol“, München 1916) und von dem österreichischen Arzt G. Pick („Die Zukunft des Ärztestandes und der Ausbau des Gesundheitswesens“, Berlin 1917). Letzterer gelangt zu einem die Verstaatlichung ablehnenden Standpunkt. Seit der Revolution widmet man der Frage der Verstaatlichung noch weit mehr Aufmerksamkeit, einmal weil die Unentgeltlichkeit der ärztlichen Hilfeleistung eine Forderung des sozialdemokratischen Programms ist, dann aber auch, weil durch die Ausdehnung der Sozialversicherung und die erweiterten Aufgaben der Gesundheitspflege die Bedenken gegen das bisherige Arztsystem immer größer werden. So kommt es, daß jetzt die Blätter der ärztlichen Standesorganisationen und auch die medizinisch-wissenschaftlichen Zeitschriften mit Aufsätzen über das Für und Wider der Verstaatlichung des Ärzte- und Gesundheitswesens angefüllt sind. Auch der nächste Deutsche Ärztetag wird zu dieser Frage Stellung nehmen. Hervorgehoben zu werden verdienen unter den Veröffentlichungen der allerletzten Zeit zwei Publikationen. Die eine stammt von dem Kreis-kommunalarzt Dr. Neumann („Die Neugestaltung des Ärztestandes, des Krankenhauswesens und der öffentlichen Gesundheitspflege“, Berlin 1918), die zweite von dem Berliner Arzt Magnus Hirschfeld („Verstaatlichung des Gesundheitswesens“, Berlin 1919). Neumann stellt folgende Forderungen auf: Der Arzt darf kein Gewerbetreibender sein, der nach Einzelleistungen bezahlt wird; die Bevölkerung kann nicht völlig freie Wahl unter den ortsansässigen Ärzten haben; es soll grundsätzlich, statt der bisherigen Spezialisierung, nur eine Zweiteilung in „innere“ oder „chirurgische“ Ärzte geben; die Ärzte werden in Bezirken oder Krankenhäusern oder Gesundheitsämtern (Fürsorgeeinrichtungen) beschäftigt. Hirschfeld entwirft, in Anlehnung an die Stoffgliederung des deutschösterreichischen Staatsamtes für Volksgesundheit (vgl. „Mitteilungen d. deutschösterreichischen Staatsamtes für Volksges.“ 1918), einen vollständigen Plan, wie ein Gesundheitsministerium zu gestalten wäre. Hierbei behandelt er auch die Frage der Verstaatlichung der Ärzte. Als Vorteile der Verstaatlichung für die Bevölkerung führt er an, daß allen Volksgenossen gleichmäßige kostenlose Hilfe gesichert wäre, der Erkrankte sich leichter entschließen würde, den Arzt aufzusuchen, und der wirtschaftlich unabhängige Arzt eine schnelle Gesundung anstreben würde. Dem stehen als Nachteile gegenüber, daß der Kranke zu dem beamteten Arzt weniger Vertrauen als zu dem freigewählten Privatarzt haben würde, da zu befürchten ist, daß der staatliche Gesundheitsbeamte sich mehr für die Krankheit als für den Kranken interessieren würde. Die Vorteile, welche die Verstaatlichung den Ärzten bringen würde, sind nach Hirschfeld: Gesichertes Einkommen, begrenzte Arbeitszeit, Anspruch auf Erholung, Versicherung gegen Alter und Krankheit. Als Nachteile für die Ärzte führt er an, daß der Anreiz zur Tätigkeit und Fortbildung fortfallen und die wissenschaftliche Forschung Einbuße erleiden würde. Hirschfeld meint daher, daß sich theoretisch in der Frage der Verstaatlichung der Ärzte das Für und Wider nahezu das Gleichgewicht halten, und daß die letzte Entscheidung nur durch die praktische Erfahrung gefällt werden kann. Auch die Kommission für soziale Hygiene des Münchener Ärztevereins hat sich in ihren Sitzungen am 4. und 11. April d. J. mit der Sozialisierung des Gesundheitswesens befaßt. Der erste Referent Dr. Epstein stellte unter anderem folgende Leitsätze auf: „Die Sozialisierung des Ärzteswesens darf nicht vom einseitigen Erwerbsinteresse des Arztes, muß

vielmehr vom Gesichtspunkte des Gesamtvolkes aus betrachtet werden... Die soziale Hygiene, deren überragende Bedeutung zweifellos ist, kann nur durch beamtete Ärzte erfolgreich bewirkt werden (hauptamtlich oder nebenamtlich angestellte Ärzte). Sie muß sofort in Angriff genommen werden.“ Aus den Leitsätzen des zweiten Referenten Prof. Kerschensteiner sei Folgendes angeführt: „Der Arzt kann zum Beamten erzogen werden, eine Verbesserung der Krankenbehandlung wird aber gegenüber den jetzigen Systemen dadurch nicht erreicht... Die Ausdehnung der Versicherung auf weitere Kreise liegt im Interesse der Allgemeinheit. Sie ist deshalb anzustreben, obwohl sie das Interesse der Ärzte schädigt. Diese sind durch wesentliche Verbesserung der Honorarverhältnisse zu entschädigen.“ In der Aussprache wurde die Verstaatlichung der Ärzte von zwei unter sechs Rednern energisch bekämpft. Es wurde beschlossen, die Frage vor einem größeren ärztlichen Forum (Bezirksverein) zur Besprechung zu bringen.

Bücher- und Schriftenschau.*)

1. **Ernst Gerhard Dresel:** Soziale Fürsorge. Eine Übersicht für Studierende und sozial Tätige. Berlin 1918 bei Karger.
2. **Oswald Geißler:** Sozialhygienische Untersuchungen über offene und vorgeschrittene Lungentuberkulose im Kindesalter. (Nach Material der Mannheimer Tuberkulosefürsorgestelle.) Inaugural-Dissertation 1918, Buchdruckerei Karl Löh II in Philippsburg i. B.
3. **Buck:** Ein Vorschlag zu praktischer sozialhygienischer Arbeit. Ärztliche Mitteilungen für Baden 1919 Nr. 4.

Berichterstatter: Dr. A. Fischer (Karlsruhe).

Das Buch von Dresel ist nicht richtig betitelt. Der Verfasser erklärt die soziale Fürsorge für einen Teil der sozialen Hygiene, während sonst ohne Ausnahme in Theorie und Praxis gerade die Bezeichnung „soziale Fürsorge“ als der übergeordnete Begriff benutzt wird. Es handelt sich in dem Buch nicht um das große Gebiet der sozialen Fürsorge im üblichen Sinne, sondern um einzelne Abschnitte aus der sozialen Hygiene. Diese Abschnitte sind etwas willkürlich ausgewählt, so daß z. B. das wichtige Kapitel Nahrungswesen vollkommen fehlt. Aber die einzelnen Abhandlungen sind fleißig und geschickt bearbeitet. Das Buch wird daher für die Einführung in die Probleme der sozialen Hygiene gute Dienste leisten und kann empfohlen werden. Naturgemäß kann man nicht alle in dem Buch enthaltenen Anschauungen des Verfassers teilen. Davon soll jedoch hier nicht gesprochen werden. Der Berichterstatter möchte vielmehr seine Freude über die allgemeine Geistesrichtung des Buches und insbesondere darüber ausdrücken, daß der Verfasser häufig zu Behauptungen gelangt, für die der Berichterstatter seit Jahren bisher zumeist ganz allein stehend eingetreten ist. Dies gilt namentlich für die Berechtigung des mehrstöckigen Mietshauses gegenüber dem unerreichbaren Verlangen, für den Durchschnittsarbeiter Einfamilienhäuser zu bauen, ferner für den Zweifel daran, daß unsere bisherige Sozialversicherung imstande war, die Volksgesundheit zu bessern, und schließlich für die umfassende Forderung: Recht auf Gesundheit.

Die Anregung zu der Doktorarbeit von Geißler gab der Leiter der städtischen Tuberkulosefürsorgestelle Dr. Harms; unterstützt wurde der Verfasser durch den Direktor des Hygienischen Instituts in Heidelberg Prof. Dr. Kossel. Nach der Kenntnis des Berichterstatters ist die vorliegende Doktorarbeit die erste, in deren Titel sich das Wort „sozialhygienisch“ findet; schon diese Erscheinung ist erfreulich, da es in Deutschland immer noch Professoren der Hygiene gibt, die nicht anders als von der „sogenannten“ Sozialhygiene sprechen. Die Arbeit ist ein Zeichen für das sozialhygienische Interesse der heranwachsenden Ärztegengeneration und zugleich ein Beweis für die Gediegenheit, mit der die Mannheimer Tuberkulosefürsorgestelle geleitet wird. Aus dem reichen Inhalt der Schrift sei Folgendes hervorgehoben: Untersucht wurden 100 Fälle von offener und vorgeschrittener Lungentuberkulose der Altersklassen 2–16 Jahre. Die meisten der offen tuberkulösen Kinder können noch lange (bis über 1 Jahr) nach Beginn der Krankheitserscheinungen die Schule besuchen; in der Schule ist also die Möglichkeit der Ansteckung für andere Kinder gegeben. 50% der Fälle kamen erst im dritten Stadium in Behandlung! Bei gleicher Belegzahl der Schlafräume überwiegt die Morbidität in denjenigen Familien, wo Kinder mit tuberkulösen Personen zusammenschlafen. Die Prognose der offenen Kindertuberkulose ist sehr schlecht; sie war bei Kindern tuberkulöser Eltern schlechter als bei Kindern gesunder Eltern.

Der Aufsatz von Buck enthält kritische Bemerkungen und Vorschläge. Zunächst wird betont, daß die Arbeit vieler charitativer Vereinigungen (Badischer Frauenverein, Verein zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, Bekämpfung der Tuberkulose usw.) im Vergleich zu den aufgewendeten Mitteln nicht als befriedigend angesehen werden kann. „Alle diese Vereinigungen unter dem Protektorate höchster und allerhöchster Herrschaften haben mehr Arbeit nach oben als nach unten geleistet. Die Verantwortung der Organisation und der sozialen Betätigungen lag in den Händen der höheren Beamtenschaft und des Großkapitals, welche jedenfalls nicht dasjenige Maß sozialen Verständnisses und sozialhygienischer Kenntnisse besaßen, wie

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

notwendigerweise hätte verlangt werden müssen.“ Von der Gesellschaft für soziale Hygiene meint er, die Aussicht, daß sie wirklich positive, praktische Arbeit leiste, sei gering zu bewerten. Welch ein Widerspruch zu seinen eigenen vorstehenden Ausführungen! Der Verfasser, selbst Mitglied unserer Gesellschaft, weiß doch, daß sie sich mit Erfolg bemüht hat, sozialhygienische Kenntnisse, die er oben gefordert hat, zu verbreiten. Seine Kritik betrachtet unsere Gesellschaft nur als ein Zeichen seines erfreulichen Eifers; wenn der Verfasser, der eben erst aus dem Felde zurückgekehrt ist, unsere Zeitschrift genügend sorgsam gelesen und ein Bild von den Schwierigkeiten, die sozialhygienischen Verbesserungen in unserem ach so verarmten Vaterlande entgegenstehen, gewonnen hat, wird er gewiß ganz von selbst zu einer richtigeren Beurteilung unserer Gesellschaftsarbeit gelangen. Der Verfasser fordert örtliche Gesundheitsräte. Solche Räte haben wir zwar schon, sie leisten allerdings zumeist so gut wie nichts. Vielleicht aber gelingt es der Kunst des Verfassers, einen vorbildlichen Gesundheitsrat in seinem Bezirk zu bilden. „Bilde, Künstler!“ Wenn der Verfasser am Schluß betont, der gesamte Gesundheitsdienst am Volke sei alleinige Aufgabe des Staates, der ausschließlich die Verantwortung trägt, so ist dies eine Behauptung, der man nur beistimmen kann. Will er aber von diesem Wort zur praktischen Arbeit gelangen — er legt ja nur Wert auf positive, praktische Arbeit —, so raten wir ihm, sich an die Regierung oder den Landtag zu wenden, und bitten ihn, uns die empfangene Antwort mitzuteilen.

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

Mitteilung für die Mitglieder der Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene.

Hiermit geben wir unseren verehrlichen Mitgliedern Kunde von dem am 17. Februar 1919 erfolgten Ableben unseres hochgeschätzten Kassenvwarts, Herrn Regierungsrat Dr. Reiß.

Die Leitung der Kassengeschäfte hat Herr Architekt Curjel, Karlsruhe, Riefstahlstraße 4, übernommen.

Der Vorstand.

Aus dem Inhalt der bisherigen Nummern der Sozialhygienischen Mitteilungen für Baden.

- Ziele und Wege der Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene.
- Säuglingsfürsorge und soziale Hygiene. Von Geh. Obermedizinalrat Dr. Hauser.
- Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten durch die Landesversicherungsanstalt Baden. Von Regierungsrat Dr. Reiß.
- Über eine Lücke im System der öffentlichen Säuglingsfürsorge. Von Prof. Dr. Moro.
- Die Ernährungsweise der im Großherzogtum Baden geborenen Kinder während des ersten Lebensjahres. Von Geh. Oberregierungsrat Dr. Lange.
- Zehn Jahre Propagandaarbeit für Mutterschaftsversicherung. Von Dr. A. Fischer.
- Soziale Hygiene vor hundert und mehr Jahren. Von Prof. Dr. Baas.
- Die sozialhygienischen Wirkungen der Reichswochenhilfe. Von Dr. A. Fischer.
- Kriegsnahrung und Fruchtentwicklung. Von Dr. Momm.
- Zur Tuberkulosebekämpfung nach dem Kriege. Von Geh. Hofrat Prof. Dr. H. Kossel.
- Heilstätten für lungenkranke Kinder. Von Geh. Oberregierungsrat Beck.
- Das Wesen der sozialen Hygiene. Von Dr. A. Fischer.

Mitteilung für die Bezieher der „Sozialhygienischen Mitteilungen für Baden“.

Infolge der stark gestiegenen Herstellungskosten beträgt nunmehr der Preis für die Einzelnummer 80 Pfg., für den Jahresbezug (4 Nummern) 3 Mk. Die Zeitschrift ist durch alle Buchhandlungen sowie durch die unterzeichnete Geschäftsstelle zu beziehen. Am 1. Januar 1920 geht die Zeitschrift in den Verlag der C. F. Müllerschen Hofbuchhandlung m. b. H., Karlsruhe i. B., über und erscheint dann unter dem Titel „Sozialhygienische Mitteilungen“ in wesentlich erweiterter Form.

Die Geschäftsstelle der Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene, Karlsruhe i. B., Herrenstr. 34.

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.

Zur Einführung in die Probleme der sozialen Hygiene eignen sich folgende Schriften:

A. Fischer: Grundriß der sozialen Hygiene. Berlin 1913, bei Julius Springer; Preis 14 M.

A. Fischer: Gesundheitspolitik u. Gesundheitsgesetzgebung. Sammlung Göschen Nr. 749; Berlin 1914. Preis 1 M.

E. G. Dresel: Soziale Fürsorge. Berlin 1918, bei Karger; Preis 14.50 M. •

Die Geschäftsstelle der Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene, Karlsruhe, Herrenstr. 34, ist auf Wunsch bereit, diese und andere sozialhygienische Schriften zu beschaffen.