

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Die Familienversicherung in Baden

Fischer, Alfons

Karlsruhe i.B., 1920

3. Die sozialhygienischen Wirkungen der Familienversicherung in Baden

[urn:nbn:de:bsz:31-373507](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bsz:31-373507)

Karlsruhe,
Freiburg,
Mannheim,
Konstanz.

Betrachten wir nun in den einzelnen Oberversicherungsämtern das zahlenmäßige Verhältnis der Kassen mit Familienhilfe zur Gesamtheit der Kassen unter Trennung nach ihrer Art, worüber die Tafel 5 unterrichtet, so finden wir wiederum große Unterschiede hinsichtlich der Leistungen bei den einzelnen Kassenarten. Während von 100 Innungskrankenkassen nur 11,77, von 100 Ortskrankenkassen sogar nur 7,87 Familienhilfe darbieten, haben 25,64% der Betriebskrankenkassen die Familienversicherung eingeführt. Noch deutlicher tritt der Unterschied zu Tage, wenn man untersucht, für wieviel Kinder die jeweilige Kassenart sorgt. Während von den Ortskrankenkassen nur für 11,19% der in Betracht kommenden Kinder gesorgt wurde, haben die Betriebskrankenkassen 65,55% der Kinder Familienhilfe gewährt; bei den Innungskrankenkassen haben sogar nur 0,83% der Kinder Anspruch auf solche Leistungen.

Die badischen Ortskrankenkassen bieten mithin auffallend niedrige Leistungen dar. Auch bei einem Vergleich unserer Feststellungen mit den Mitteilungen des obenerwähnten „Jahrbuchs“ für 1918, das der Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen veröffentlicht hat, stehen die badischen Ortskrankenkassen sehr ungünstig da. Nach den Angaben des „Jahrbuchs“ gewähren in Deutschland von 1380 Ortskrankenkassen mit 6 282 854 Mitgliedern 349 Kassen mit 2,6 Millionen Mitgliedern freie ärztliche Behandlung, so daß also 25,28% der Kassen mit 41,39% der Mitglieder freie ärztliche Behandlung bewilligen, während in Baden nur 7,87% der Ortskrankenkassen mit 15,49% der Mitglieder Familienhilfe darbieten.

Die Ortskrankenkassen im Oberversicherungsamt Konstanz gewähren auf diesem Gebiete gar nichts. Sehr wenig leisten aber auch die Ortskrankenkassen im Oberversicherungsamt Mannheim, wo nur 3,35% der in Betracht kommenden Kinder Familienhilfe zugebilligt wird. Hierbei muß zwar bemerkt werden, daß in der Stadt Mannheim für viele Kinder der minderbemittelten Bevölkerung durch die dort vorhandene Einrichtung der Medizinalvereine (private Kassen für Familienversicherung) einigermaßen gesorgt wird. Aber auch diese Maßnahme hat sich als ganz unzureichend erwiesen, wie aus den kürzlich veröffentlichten Darlegungen des Mannheimer Stadtschularztes Stephani¹⁾ hervorgeht.

Auffallend ist ferner, daß bei den dem Oberversicherungsamt Freiburg angehörenden Betriebskrankenkassen nur 11,60% der in Betracht kommenden Kinder Anspruch auf Familienhilfe besitzen.

3. Die sozialhygienischen Wirkungen der Familienversicherung in Baden.

Nachdem wir uns einen Überblick über die Ausdehnung der Familienversicherung im ganzen Staat und in den einzelnen Oberversicherungsämtern verschafft haben, wollen wir nunmehr prüfen, ob sich ein sozialhygienischer Erfolg in denjenigen Landesgebieten, die hinsichtlich der Ausdehnung der Familienversicherung verhältnismäßig günstig dastehen, nachweisen läßt. Wir haben oben die Reihenfolge angegeben, nach welcher sich die Oberversicherungsämter hinsichtlich der Ausdehnung der Familienversicherung ordnen lassen. Wir wollen nun prüfen, ob sich dieselbe Reihenfolge zeigt, wenn wir die Oberversicherungsämter nach der Häufigkeit der in Anspruch genommenen ärztlichen Behandlung und nach der Höhe der Kindersterblichkeit gruppieren; hierbei setzen wir allerdings voraus, daß die Ausdehnung der Familienversicherung während der Jahre 1910—1914 im wesentlichen so geartet war, wie am Stichtage dieser Erhebung, eine Annahme, die im allgemeinen wohl zutreffen dürfte.

¹⁾ Siehe: „Die Familienversicherung“, herausgegeben von A. Peyser, Leipzig 1920.

Der Tafel 6 entnehmen wir die Zahl der am 1. Dezember 1910 festgestellten Säuglinge im Staat und in den einzelnen Landeskommissärbezirken; die Landeskommissärbezirke decken sich in geographischer Hinsicht mit den jeweiligen Oboersicherungsämtern. Bedauerlicherweise müssen wir bei dieser Untersuchung bis auf das Jahr 1910 zurückgehen, da die Ergebnisse einer späteren Volkszählung nicht zur Verfügung stehen und auch im Hinblick auf die durch den Krieg verursachten ungewöhnlichen Veränderungen nicht gut verwendbar wären. Des weiteren ersehen wir aus der Tafel 6 die Zahl der im ersten Lebensjahr Gestorbenen im Mittel der Jahre 1910/11. Schließlich finden wir in der Tafel 6 noch Angaben darüber, wieviele von den im Mittel der Jahre 1910/11 gestorbenen Säuglingen ärztlich behandelt waren. Bei Berechnung des Prozentverhältnisses einerseits der Gestorbenen zu den gezählten Säuglingen und andererseits der ärztlich Behandelten unter den Gestorbenen zu den Gestorbenen ergeben sich die Ziffern, die wir in Tafel 6 vor uns sehen. Ordnen wir nun wieder auf Grund dieser Verhältniszahlen die Oboersicherungsämter, und zwar zunächst nach der Häufigkeit der ärztlichen Behandlung (Spalte 11), so zeigt sich folgende Gruppierung:

Freiburg,
Mannheim,
Karlsruhe,
Konstanz.

Die Ordnung hinsichtlich der Sterblichkeit (beginnend bei den niedersten Sterblichkeitsziffern) ist nach Spalte 7 folgende:

Konstanz,
Freiburg,
Mannheim,
Karlsruhe.

Dieselbe Ordnung hinsichtlich der Sterblichkeit ergibt sich, wenn wir die Säuglingssterblichkeit im Jahre 1914 (letztes Friedensjahr) ins Auge fassen, wozu uns Tafel 6 (Spalte 9) ebenfalls Gelegenheit bietet.

Vergleichen wir nun die drei Ordnungen miteinander, und zwar zunächst die Reihenfolge für die Familienhilfe mit der Reihenfolge für ärztliche Behandlung, so erkennen wir, daß in beiden Reihen Konstanz an der letzten Stelle steht. Dagegen finden wir Karlsruhe, welches auf dem Gebiete der Familienhilfe die größte Ausdehnung darbietet, in der Reihenfolge für ärztliche Behandlung an der vorletzten Stelle. Zwischen den beiden Ordnungen ergibt sich mithin, wenn wir von Karlsruhe absehen, eine gewisse Übereinstimmung. Wir werden jedoch nach den Gründen zu forschen haben, warum das Oboersicherungsamt Karlsruhe hinsichtlich der Inanspruchnahme der ärztlichen Behandlung ein so ungünstiges Ergebnis aufweist. Ich habe überdies feststellen können, daß die obengenannte Reihenfolge der Landeskommissärbezirke hinsichtlich der Zahlen der ärztlich Behandelten unter den gestorbenen Säuglingen sich auch ergibt hinsichtlich der Ziffern der ärztlich Behandelten unter den im Alter von 1 bis 5 Jahren gestorbenen Kinder.

Vergleichen wir nun die Ordnung für Familienhilfe mit der Ordnung für Höhe der Kindersterblichkeit, so finden wir gewissermaßen eine geradezu umgekehrte Reihenfolge. Konstanz, wo die Familienhilfe am allerwenigsten ausgebaut ist, bietet die niedersten Ziffern bei der Säuglingssterblichkeit dar, während Karlsruhe mit seiner verhältnismäßig weit ausgedehnten Familienhilfe die ungünstigsten Ziffern bei der Kindersterblichkeit aufweist.

Nun war ja von vornherein zu erwarten, daß für die Inanspruchnahme der ärztlichen Behandlung und namentlich für den Umfang der Kindersterblichkeit die Ausdehnung der Familienhilfe allein nicht maßgebend sein kann.

Für die Inanspruchnahme der ärztlichen Behandlung hängt sehr viel (unter anderem) davon ab, wieviele Ärzte in dem jeweiligen Landesgebiet zur Verfügung stehen. Und zwar wird man hierbei die Ziffer der in Betracht kommenden freipraktizierenden Ärzte weniger zur Einwohnerzahl als zur Anzahl der zu versorgenden Quadratkilometer in Beziehung setzen müssen; denn der Arzt wird, namentlich bei plötzlichen Erkrankungen, um so seltener herbei-

geholt werden, je größer der Weg von seiner Wohnung zum Hause des Kranken ist. Über die Verteilung der Ärzte in Baden während des Jahres 1913 (letztes volles Friedensjahr) unterrichtet die Tafel 8. (Hierbei ist zu bemerken, daß in Spalte 9 und 10 der Einheitlichkeit wegen die im Jahre 1913 gezählten Ärzte in Beziehung zu der Bevölkerungszahl des Jahres 1910 gesetzt wurden. Es kann jedoch hinzugefügt werden, daß auch die Verhältnisziffern für die Ärzte, die im Mittel der Jahre 1910/11 gezählt wurden, berechnet worden sind. Die Unterschiede zwischen den Ergebnissen der beiden Berechnungen sind völlig belanglos.) Wir entnehmen der Tafel 8 insbesondere, daß in den Landeskommissärbezirken Freiburg und besonders Konstanz auf je 100 Quadratkilometer weit weniger Ärzte entfielen als im Landeskommissärbezirk Mannheim und namentlich Karlsruhe. Ordnen wir die Landeskommissärbezirke nach der Zahl der auf je 100 Quadratkilometer kommenden Ärzte, so finden wir folgende Reihenfolge:

Karlsruhe,
Mannheim,
Freiburg,
Konstanz.

Diese Ordnung stimmt mit derjenigen für die Inanspruchnahme der ärztlichen Behandlung insofern überein, als beide Male Konstanz am ungünstigsten dasteht. Auffallend ist jedoch wiederum, daß im Oberversicherungsamt Karlsruhe trotz der Ausdehnung der Familienhilfe und trotz der günstigen Ärzteziffer von der ärztlichen Behandlung ein so geringer Gebrauch gemacht wurde.

Neben der Verteilung der Ärzte muß jedoch auch die Verteilung der Kurpfuscher geprüft werden. Ich habe in meinem „Grundriß der sozialen Hygiene“ darauf hingewiesen, daß in denjenigen Bezirken des Königreichs Sachsen, in denen die meisten Kurpfuscher gezählt wurden, am wenigsten ärztliche Behandlung in Anspruch genommen wurde und die Sterblichkeitsziffern am größten waren. Für Baden habe ich nun die Ausdehnung des Kurpfuschertums entsprechend den die Verteilung der Ärzte betreffenden Zahlenreihen berechnet, worüber die Tafel 9 unterrichtet. Während in Sachsen das Kurpfuschertum sehr stark verbreitet ist — es gibt dort Bezirke, in denen man mehr Kurpfuscher als Ärzte findet — entfallen in Baden auf 100 Quadratkilometer 1,24 Kurpfuscher gegenüber 6,14 Ärzten (Spalte 6 der Tafel 9 bezw. 8). Im allgemeinen spielen die Kurpfuscher in Baden mithin, soweit dies amtlich feststellbar ist, nur eine verhältnismäßig untergeordnete Rolle. Ordnen wir nun die einzelnen Landeskommissärbezirke auch hinsichtlich der Verteilung der Kurpfuscher, so erhalten wir folgende Reihenfolge:

Karlsruhe,
Freiburg,
Mannheim,
Konstanz.

Wir sehen also, daß, im Gegensatz zu den Feststellungen in Sachsen, im Landeskommissärbezirk Karlsruhe, wo die meisten Ärzte gezählt wurden, auch die meisten Kurpfuscher sich finden, während der Landeskommissärbezirk Konstanz mit der geringsten Ärzteziffer auch die niederste Kurpfuscherzahl aufweist. Es besteht mithin kein Anhalt dafür, daß in Baden die Verbreitung der Kurpfuscher die Verteilung der Ärzte beeinflusst; es muß aber doch darauf hingewiesen werden, daß die Anhäufung der Kurpfuscher im Landeskommissärbezirk Karlsruhe einer der Gründe gewesen sein dürfte, warum in diesem Landesgebiet trotz der verhältnismäßig weit ausgedehnten Familienversicherung und der hohen Ziffer der auf 100 Quadratkilometer entfallenden Ärzte die Zahl der ärztlich Behandelten unter den gestorbenen Säuglingen so auffallend niedrig ist.

Für die Höhe der Kindersterblichkeit ist bekanntlich die soziale Lage und insbesondere die Berufsart der Eltern von höchster Bedeutung. Wir müssen daher einen kurzen Blick auf die Ergebnisse der Berufszählung werfen, zu welchem Zwecke wir die Ziffern der Tafel 10 betrachten. Wir entnehmen dieser Tafel, daß in den Landeskommissärbezirken Freiburg und Konstanz die Bevölkerung zumeist der Landwirtschaft angehört, während

in diesen Landeskommissärbezirken die industrielle Bevölkerung verhältnismäßig schwach vertreten ist. Gerade das umgekehrte Bild zeigen die Landeskommissärbezirke Mannheim und Karlsruhe. Die Reihenfolge für den Anteil der Bevölkerung in den einzelnen Landeskommissärbezirken an der industriellen Arbeit ist:

Karlsruhe,
Mannheim,
Freiburg,
Konstanz.

Die entgegengesetzte Reihenfolge ergibt sich hinsichtlich der landwirtschaftlichen Beschäftigung.

Wenn wir diese Tatsachen in Beziehung zu den Ergebnissen der Tafeln 4, 6 und 8 setzen, so erkennen wir, daß für die Kindersterblichkeit die Ausdehnung der Familienhilfe, die Verteilung der Ärzte und die Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung weniger von Einfluß sein dürften als die durch die Berufsart der Eltern bedingte soziale Umwelt. Dagegen haben wir gesehen, daß zwischen der Ausdehnung der Familienversicherung sowie der Verteilung der Ärzte einerseits und der Kurpfuscher andererseits und der Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung eine gewisse Übereinstimmung besteht.

Ein klareres Bild, als der Vergleich der einzelnen Reihenfolgen miteinander bietet, erhalten wir, wenn wir das Verhältnis der für die einzelnen Oberversicherungsämter gefundenen Verhältniszahlen, das heißt die relative Intensität, berechnen. Setzen wir die in Spalte 13 der Tafel 4 für das Oberversicherungsamt Karlsruhe angegebene Verhältniszahl (26,46%) gleich 100, dann lauten nach Spalte 14 der Tafel 4 die entsprechenden Ziffern für Freiburg 71, für Mannheim 59 und für Konstanz 44. Diese relative Intensität wurde dann durch eine Linie in Nummer 1 der graphischen Darstellungen veranschaulicht (siehe die Tafel der graphischen Darstellungen, die sich auf S. 20 der Anlagen befindet). In der gleichen Weise wurden berechnet und durch Linien zum Ausdruck gebracht: in Nummer 2 der graphischen Darstellungen die relative Intensität der die auf 100 Quadratkilometer entfallenden Ärzte betreffenden Ziffern nach Tafel 8 Spalte 6; in Nummer 3 der graphischen Darstellungen die relative Intensität der die ärztlich Behandelten betreffenden Verhältniszahlen nach Tafel 6 Spalte 11; in Nummer 4 der graphischen Darstellungen die relative Intensität der die auf 100 Quadratkilometer kommenden Kurpfuscher betreffenden Ziffern nach Tafel 9 Spalte 6; in Nummer 5 der graphischen Darstellungen die relative Intensität der für die Säuglingssterblichkeit geltenden Verhältniszahlen nach Tafel 6 Spalte 7; in Nummer 6 der graphischen Darstellungen die relative Intensität der die Ausdehnung der Industrie bzw. der Landwirtschaft kennzeichnenden Verhältnisziffern nach Tafel 10 Spalte 3 bzw. Spalte 6. Stets wurde hierbei die für den Landeskommissärbezirk Karlsruhe geltende Relativziffer gleich 100 gesetzt.

Die in den einzelnen Linien zum Ausdruck gebrachten Ergebnisse beziehen sich zwar auf verschiedenartige Erscheinungen. Aber es dürfte dennoch zulässig und zweckdienlich sein, diese Linien zur Klärung sozialhygienischer Probleme miteinander zu vergleichen. Zwischen den Tatsachen, welche die graphischen Darstellungen Nr. 1 und Nr. 2 veranschaulichen, besteht kein Zusammenhang; da aber die Linien dieser beiden Darstellungen, abgesehen von einer geringen Abweichung betreffend den Landeskommissärbezirk Mannheim, fast ganz übereinstimmend verlaufen, so wird man daraus entnehmen können, daß die Art, wie die Familienhilfe in den einzelnen Oberversicherungsämtern ausgebaut ist, und die Art, wie die Ärzte in den einzelnen Landeskommissärbezirken verteilt sind, im gleichen Sinne wirken und sich gegenseitig unterstützen müssen. Die Linie in Nr. 3 der graphischen Darstellungen hätte demnach erwartungsgemäß so verlaufen müssen, wie die Linie in Nr. 1, da die Ausdehnung der Familienhilfe von großem Einfluß bei der Inanspruchnahme der ärztlichen Behandlung sein dürfte. Die Linie in Nr. 3 hat zwar im allgemeinen die Richtung der Linie in Nr. 1, aber hinsichtlich des Landeskommissärbezirkes Karlsruhe sehen wir uns in unserer Erwartung getäuscht. Einen Grund, warum im Landeskommissärbezirk Karlsruhe die ärztliche Hilfe verhältnismäßig wenig verlangt wurde, finden wir,

wenn wir die Linie in Nr. 4 der graphischen Darstellungen betrachten. Hier sehen wir, wie stark im Landeskommisärbezirk Karlsruhe das Kurpfuschertum verbreitet ist, und wir müssen es als sehr wahrscheinlich bezeichnen, daß dieser Faktor die Inanspruchnahme der ärztlichen Behandlung ungünstig beeinflußt. Die Linie in Nr. 5 der graphischen Darstellungen sollte erwartungsgemäß gerade umgekehrt verlaufen wie die Linien in Nr. 1, 2 und 3. Denn es war anzunehmen, daß in den Gebieten, wo die Familienhilfe verhältnismäßig gut ausgebaut, die Zahl der Ärzte hoch und die Inanspruchnahme der ärztlichen Hilfe häufig ist, die Säuglingssterblichkeit niedrige Ziffern aufweisen würde. Wurde doch, allerdings auf Grund einer anderen Fragestellung, in den „Statistischen Mitteilungen über das Großherzogtum Baden“ wiederholt (zuletzt im Jahre 1899) darauf hingewiesen, daß im allgemeinen mit der Zunahme der Ärzte der Prozentsatz der ärztlich Behandelten unter den Gestorbenen steigt und die Sterblichkeitsziffer sinkt. Aber gerade das Gegenteil unserer Erwartungen ergibt sich bei dem Vergleich der Linie in Nr. 5 mit den Linien in Nr. 1, 2 und 3. Wir müssen daraus schließen, daß für die Gestaltung der Säuglingssterblichkeitsziffern andere Faktoren von größerem Einfluß sind als die Ausdehnung der Familienhilfe, die Zahl der zur Verfügung stehenden Ärzte und die Häufigkeit der Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung. Vergleichen wir nun die Linie in Nr. 5 mit den Linien in Nr. 6, so finden wir, daß die Kurve für die Säuglingssterblichkeit genau übereinstimmt mit der Kurve für die Ausdehnung der Industrie, und daß sie umgekehrt verläuft wie die Kurve für die Ausdehnung der Landwirtschaft. Wir sehen mithin, daß die Säuglingssterblichkeit von der durch die Berufszugehörigkeit der Eltern bedingten sozialen Umwelt maßgebend beeinflußt wird.

Um noch weiteren Aufschluß über die Wirkung der Familienhilfe auf die Inanspruchnahme der ärztlichen Behandlung und die Höhe der Kindersterblichkeit zu gewinnen, wollen wir nunmehr einige kleinere Verwaltungsgebiete (Amtsbezirke bzw. Städte), in welchen die Familienhilfe eine verhältnismäßig große Verbreitung gefunden hat, vergleichen mit möglichst gleichartigen Verwaltungsgebieten (Amtsbezirken bzw. Städten), in denen die Familienhilfe wenig verbreitet ist. Wir stellen daher in Tafel 7 (nach der Art wie dies in Tafel 6 für die Landeskommisärbezirke geschehen ist), die Amtsbezirke Freiburg, Bretten, Bruchsal und Rastatt den Amtsbezirken Heidelberg, Achern, Durlach und Offenburg gegenüber. Ferner wurde die Universitätsstadt Freiburg mit der Universitätsstadt Heidelberg verglichen, da die Freiburger Ortskrankenkasse Familienhilfe bietet, die Heidelberger Kasse aber diese Leistungen nicht gewährt. Die übrigen Städte (Bruchsal und Rastatt einerseits, Durlach und Offenburg andererseits) wurden ausgewählt, weil sie hinsichtlich der Einwohnerzahl, der geographischen Lage und der wirtschaftlichen Verhältnisse jeweils ziemlich gleichartig sind, sich aber hinsichtlich der Gewährung der Familienhilfe durch die betreffende Allgemeine Ortskrankenkasse unterscheiden.

Wir finden nun in den Amtsbezirken folgende Tatsachen, und zwar zunächst hinsichtlich der ärztlichen Behandlung der gestorbenen Säuglinge: Im Amtsbezirk Freiburg wurden (nach Spalte 9) verhältnismäßig mehr Kinder behandelt als im Amtsbezirk Heidelberg. Dasselbe Ergebnis finden wir bei den beiden Amtsbezirken Bretten und Bruchsal gegenüber Achern und Durlach. Dagegen wurde in dem Amtsbezirk Offenburg mehr ärztliche Hilfe in Anspruch genommen als im Amtsbezirk Rastatt. Wir finden also, wenn wir von der Gruppe Rastatt—Offenburg absehen, eine Übereinstimmung der Ausdehnung der Familienhilfe mit der Häufigkeit der Inanspruchnahme der ärztlichen Behandlung.

Die ärztliche Behandlung wäre überdies in den Bezirken mit verhältnismäßig ausgehender Familienhilfe wahrscheinlich noch mehr in Anspruch genommen worden als festgestellt wurde, wenn die Verteilung der Ärzte auf je 100 Quadratkilometer namentlich in den Bezirken Freiburg und Bruchsal nicht ungünstiger gewesen wäre als in den mit ihnen verglichenen Amtsbezirken Heidelberg und Durlach (siehe Tafel 8 Spalte 6).

An dieser Stelle sei noch darauf hingewiesen, daß sich ziffernmäßig der Einfluß der Ärztezahls auf die Zahl der ärztlich Behandelten unter den gestorbenen Kindern nachweisen läßt. Denn in den beiden letzten Kriegsjahren 1917/18 (Ärztmangel!) war in Baden die

Ziffer der ärztlich Behandelten unter den gestorbenen Kindern geringer als während der letzten Friedensjahre 1912/13.

Hinsichtlich der Säuglingssterblichkeit steht zwar (nach Tafel 7 Spalte 7 und 8) der Amtsbezirk Freiburg günstiger da als der Amtsbezirk Heidelberg. Aber die drei andern Amtsbezirke mit ausgedehnterer Familienhilfe (Bretten, Bruchsal, Rastatt) weisen höhere Kindersterblichkeitsziffern auf als die mit ihnen verglichenen Amtsbezirke Achern, Durlach, Offenburg.

Betrachten wir nun noch die Ergebnisse einzelner Städte. In Freiburg und Bruchsal sind (nach Tafel 7 Spalte 9) verhältnismäßig mehr Kinder behandelt worden als in Heidelberg und Durlach. Man sieht mithin hier wiederum einen gewissen Parallelismus zwischen der Ausdehnung der Familienhilfe und der Inanspruchnahme der ärztlichen Behandlung. Allerdings ist zu betonen, daß sich diese Übereinstimmung bei dem Vergleich der Stadt Rastatt mit der Stadt Offenburg nicht zeigt. Hinsichtlich der Sterblichkeit weisen die Städte mit verhältnismäßig ausgedehnterer Familienhilfe, nämlich Freiburg, Bruchsal und Rastatt (für das weniger als 8000 Einwohner zählende Bretten fehlen die Angaben) günstigere Ziffern auf als die Städte Heidelberg, Durlach und Offenburg (für das weniger als 8000 Einwohner zählende Achern fehlen die Angaben).

Im großen ganzen darf man aus unseren Feststellungen wohl schließen, daß, wenn auch nicht immer eine unmittelbare Wirkung der Ausdehnung der Familienversicherung auf die Verminderung der Kindersterblichkeit nachweisbar ist, doch im allgemeinen ein ziemlich deutlich erkennbarer Zusammenhang der Ausdehnung der Familienversicherung mit der Inanspruchnahme der ärztlichen Behandlung besteht. Mit allem Nachdruck muß aber betont werden, daß die verhältnismäßig hohe Sterblichkeit in den (industriellen) Gebieten mit ausgedehnter Familienversicherung und stärkerer Inanspruchnahme der ärztlichen Behandlung noch weit größer gewesen wäre, wenn die Familienhilfe und dadurch die Erleichterung bei der Inanspruchnahme ärztlichen Rates gefehlt hätten.

4. Wünsche und Vorschläge der badischen Krankenkassen betreffend die Einführung der Familienversicherung und ihre Kostendeckung.

Es war dann weiter zu prüfen, ob die der Krankenversicherung angehörende Bevölkerung die Einführung der Familienversicherung wünscht, und wie sich die Krankenkassenvorstände der Einrichtung dieser Maßnahme gegenüber verhalten.

Über die Wünsche der Mitglieder bezüglich der Einführung der Familienversicherung unterrichtet die Tafel 11. Wir entnehmen dieser Tafel, für welche die Fragebogen von 849 Krankenkassen herangezogen werden konnten, daß 57,65% der Mitglieder die Familienversicherung wünschen, während 20,13% diese Einrichtung ablehnen. Es fehlen allerdings bei 17,51% der Mitglieder die Angaben, ob sie die Familienversicherung wünschen, und bei 4,71% der Mitglieder waren die Ansichten geteilt. Bei einer Trennung der Mitglieder nach der Kassenart, der sie angehören, zeigt sich, daß von den Mitgliedern der Betriebskrankenkassen 61,38%, von den Mitgliedern der Ortskrankenkassen 56,90% die Familienversicherung wünschen. Bei den Mitgliedern der Ortskrankenkassen ergibt sich in den einzelnen Oberversicherungsämtern kein nennenswerter Unterschied. Dagegen finden wir, daß die Mitglieder der Betriebskrankenkassen im Oberversicherungsamt Konstanz und ganz besonders im Oberversicherungsamt Freiburg in viel geringerer Zahl die Familienversicherung wünschen, als die Betriebskrankenkassenmitglieder in den Oberversicherungsämtern Karlsruhe und Mannheim.

Man geht wohl nicht fehl, wenn man auf die von den Krankenkassenvorständen mitgeteilten Angaben über die Wünsche der Mitglieder, namentlich soweit sich die Mitglieder ablehnend verhalten haben sollen, keinen zu großen Wert legt. In den Fällen, in denen die Krankenkassenvorstände die Familienversicherung nicht wünschten, werden sie wohl