

THE UNIVERSITY

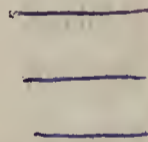
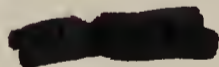
OF ILLINOIS

LIBRARY

610.5

AS

v.5



ZEITSCHRIFT
FÜR
SOZIALE MEDIZIN
SÄUGLINGSFÜRSORGE
UND
KRANKENHAUSWESEN

SOWIE DIE ÜBRIGEN GRENZGEBIETE DER MEDIZIN
UND VOLKSWIRTSCHAFT

HERAUSGEGEBEN VON

A. GRO TJAHN **F. KRIE GEL** **H. LENHARTZ**
BERLIN BERLIN HAMBURG

A. SCHLOSSMANN
DÜSSELDORF.

FÜNFTER BAND.



LEIPZIG.
VERLAG VON F. C. W. VOGEL.
1910.

610.5
AR
V.5

Digitized by the Internet Archive
in 2019 with funding from
University of Illinois Urbana-Champaign

Inhaltsverzeichnis des fünften Bandes.

Erstes Heft.

	Seite
Heinrich Pach , Der ungarische Arbeiterschutz	1
Ernst Neumann , Die Tuberkulose als Todesursache im Kindesalter in der Stadt Bremen (Mit 2 Kurven)	55
Marie Baum , Sterblichkeit und Lebensbedingungen der Säuglinge in den Stadtkreisen M.-Gladbach und Rheydt und in dem Landkreise M.-Gladbach	65
Hugo Sellheim , Der Genitalprolaps als Folge später Heirat der Frau . .	127
Aus der Gesellschaft für Soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik in Berlin	132
Druckschriften-Einlauf	147

Zweites Heft.

E. Roesle , Die Sterblichkeit im ersten Lebensmonat (Mit 3 Abbildungen) .	151
Otto Most , Städtische Krankenanstalten im Lichte vergleichender Finanzstatistik	213
H. Silbergleit , Über Medizinalstatistik	237
Else Conrad , Über die Aufgaben und Berufspflichten der Kreiswohnungsinspektion in Worms	253
H. Brüning , Säuglingssterblichkeit und Säuglingsfürsorge in Mecklenburg-Schwerin	261
B. Mautner , Ärztlicher Bericht über die Tätigkeit der von den Vereinen „Säuglingsmilchverteilung“ und „Caritas“ im XVII. Bezirke in Wien errichteten Säuglingsfürsorgestelle.	267
Aus der Säuglingsfürsorgebewegung	287
IV. Maßnahmen der Vereine und Körperschaften. S. 287. — V. Mutterschaftsversicherung. S. 292. — VI. Stiftungen. S. 293. — VII. Ausstellungswesen. S. 294.	

Drittes Heft.

	Seite
Friedrich Prinzing , Totgeburten, Kindersterblichkeit und Geschlechtsverhältnis der Geborenen in England und Japan	295
Wilhelm Weinberg , Zur Statistik der Tuberkulose beider Ehegatten . .	309
A. Grotjahn , Über die Bedeutung der Medizinalstatistik für die Soziale Hygiene und die Soziale Medizin	317
H. Brüning , Säuglingssterblichkeit und Säuglingsfürsorge in Mecklenburg-Schwerin (Schluß)	322
Otto Most , Städtische Krankenanstalten im Lichte vergleichender Finanzstatistik (Schluß)	334
Arthur Schlossmann , Reichsversicherungsordnung und Säuglingsfürsorge .	359
Grassl , Die sozialen Ursachen der Kindersterblichkeit in Bayern, insbesondere der Einfluß der agrarischen Verhältnisse auf die Kindersterblichkeit Bayerns und andere Staaten	374
Aus der Gesellschaft für Soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik in Berlin	403

Viertes Heft.

Ernst Schultze , Der Aufschwung des öffentlichen Gesundheitswesens in den Vereinigten Staaten	439
Radestock , Luftdruckschwankungen (rasches und starkes Sinken des Luftdrucks) als Ursache der plötzlichen Todesfälle an Altersschwäche, auch an Herz- oder Gehirnschlag	450
Johan Cronquist , Das vorgeschlagene Säuglingsheim zu Malmö, Schweden (Mit 4 Tafeln)	465
Grassl , Die sozialen Ursachen der Kindersterblichkeit in Bayern, insbesondere der Einfluß der agrarischen Verhältnisse auf die Kindersterblichkeit Bayerns und anderer Staaten (Schluß)	473
Aus der Gesellschaft für Soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik in Berlin	522
Druckschriften-Einlauf	559
Namenverzeichnis	561

Der ungarische Arbeiterschutz.

Von Dr. HEINRICH PACH, Kreis-Fabriksarzt in Magyarfalu.

I. Der landwirtschaftliche Arbeiterschutz.

Entwicklungsgeschichtlich betrachtet, erweist sich der ungarische Arbeiterschutz, der am 1. Juli 1907, infolge der grundlegenden Neugestaltung der Krankenversicherung und Inslebentretens der Unfallversicherung, in eine neue Epoche trat, als die Rechtsdomäne, in welcher zunächst *privatrechtliche* und erst neuestens *sozialpolitische* Motive zur Geltung gelangen. Daß die, in die *privatrechtliche* Sphäre fallenden, auf dem uralten Prinzipie der *Haftbarkeit* des Arbeitgebers ruhenden, Bestimmungen unserer Arbeiterschutzgesetzgebung vorerst bloß die *landwirtschaftlichen* Arbeiter ins Auge fassen, ist bei der überwiegend *agrarischen* Form der ungarischen Volkswirtschaft ¹⁾ natürlich und ebenso begreiflich, wie daß beim Durchdringen der modernen, *sozialen* Ideen, bei der Einführung der gegenseitigen Versicherung — infolge des bekannten *Parallelismus*, der das deutsche und ungarische Erwerbsleben beherrscht — nicht bloß eine zeitliche sondern auch *inhaltliche* Kongruenz mit den diesbezüglichen reichsdeutschen Einrichtungen zutage tritt, die sich vornehmlich in Ausdehnung der Fürsorge auf die *gewerbliche* Arbeiterschaft ausdrückt.

Im Gegensatze zu diesen, in den gleichartigen Bedingungen der mitteleuropäischen Volkswirtschaft wurzelnden, Entwicklungsformen stehen nun jene Bestrebungen des ungarischen Arbeiter-

¹⁾ Gemäß den Ergebnissen der Volkszählung im Jahre 1900 widmeten sich bei einer Gesamtbevölkerung Ungarns von 19 254 559 Personen, dem Ackerbau: 13 175 083 also 68,4 %, während auf den Handel, Gewerbe, Verkehr bloß 3 764 783 Personen, also 19,6 % entfielen.

schutzes, die nicht bloß auf den, im eigenen Lande ansässigen und daselbst tätigen Arbeitnehmer Bezug haben, sondern ihn auch dann beschützen, wenn er von dem hohen Rechte der Freizügigkeit Gebrauch machend, seiner Heimat dauernd den Rücken kehrt, sogar nach fremden Weltteilen auswandert.¹⁾ So fremdartig die Einbeziehung dieser Fürsorgebestrebungen in das Gebiet des Arbeiterschutzes auch vielen dünken mag: sie wird erklärlich, ja berechtigt, wenn man daran festhält, daß in Ungarn von Beginn an die Staatsgewalt sich freudigst zu den Pflichten des Arbeiterschutzes bekannte und so in Ermangelung eines, seiner Aufgaben bewußten Arbeiterstandes, der Aufbau aller diesbezüglichen Institutionen, gewissermaßen, ex offo, vor sich gehen mußte. Und wohl an dieser, stets von oben erwarteten und auch erfolgten, Förderung des Arbeiterschutzes liegt es, wenn die ungarische Gesetzgebung zunächst die sanitäre Seite desselben beachtend, Vorkehrungen trifft, um das durch den GA. IX vom Jahre 1848 der Leibeigenschaft entrissene, landwirtschaftliche Gesinde, für die so häufigen Fälle der im Dienste erfolgten Krankheiten zu schützen. Freilich spricht sich auch darin die beispielelose Rückständigkeit und Unbeholfenheit der hierländischen Arbeiterschaft aus, daß es erst, nach langen drei Dezennien, im Jahre 1876 gelang, die so wichtige Frage „der Heilungs- und Verpflegungskosten für das erkrankte Gesinde“ der gesetzlichen Regelung zuzuführen.

§ 22 des im Jahre 1876 gebrachten GA. XIII verfügt, daß das Gesinde, selbst nach Abschluß des Dienstvertrages, den Dienst anzutreten nicht verpflichtet ist, wenn es inzwischen in eine Krankheit oder in einen Zustand verfällt, die es dienstuntauglich machen.

§ 32 ordnet an, daß wenn das Gesinde, während der Dienstzeit ohne Verschulden des Arbeitgebers erkrankt, es auf Rechnung des letzteren, in oder außerhalb des Hauses gepflegt und ärztlich behandelt werden muß. Diese Verpflichtung erstreckt sich

¹⁾ Die überseeische Auswanderung betrug in den Jahrgängen 1901—1907: 71 474, 91 762, 119 944, 97 340, 170 430, 178 170, 209 169. Hiervon waren im Jahre 1907 unter 20 Jahren: 27,4 %; 20—29 Jahre: 33,7 %, 30—39 Jahre: 23,2 %; 40—50 Jahre: 13,0 %; über 50 Jahre: 2,7 %. In bezug auf die Erwerbsgliederung der Auswanderer wurde ermittelt, daß 31,1 % der landwirtschaftlichen Arbeitergruppe angehören (Knechte, Dienstboten und Tagelöhner). Dagegen beziffert sich die Zahl der Rückkehrenden bloß auf 51 236. Ausgefollt wurden insgesamt 287 068 Reisepässe, von denen 207 058 nach Amerika, 40 828 nach Rumänien lauteten.

auf einen Monat, während welcher Zeit der Arbeiter, falls er Kost und Logis im Hause des Dienstgebers erhält, des Lohnes verlustig wird. Erkrankt das Gesinde aus Verschulden des Arbeitgebers, so erstreckt sich die Verpflichtung der ärztlichen Pflege und Behandlung auch über 30 Tage bis zur völligen Genesung, wobei auch der Lohn zu bezahlen ist. Wird die Krankheit des Gesindes durch eigenes Verschulden, durch leichtsinnigen oder ausschweifenden Lebenswandel bedingt, so erlischt die Pflege und Behandlungspflicht des Arbeitsgebers und fällt dem Arbeiter selbst, resp. seinen zahlungspflichtigen Verwandten zu (§ 33).

Gemäß § 52 desselben GA. ist es dem Arbeiter gestattet, sofort, ohne Kündigung, seinen Dienstort zu verlassen, wenn der Arbeitgeber, selbst nach behördlicher Mahnung, sei es durch schlechte Qualität der Speisen, sei es durch Kleinheit der Ration, ihn hungern läßt. Ebenso darf der infolge schwerer Erkrankungen dienstuntauglich Gewordene, sofort, ohne Kündigung seinen Dienstort verlassen.

§ 103 bestimmt, daß die Arbeitszeit des Tagelöhners, falls keine Vereinbarung getroffen wurde, von Sonnenaufgang bis Sonnenuntergang dauert, wobei aber vor- und nachmittags je eine halb-, mittags eine ganzstündige Ruhepause einzulegen ist.

Endlich besagt § 111 daß der Arbeitgeber, der seine minderjährigen Arbeiter mit solch schwerer Arbeit betraut, daß deren körperliche Entwicklung und Wachstum bedroht ist, oder der solche Arbeiter roh behandelt, — falls derlei Vorgehen nicht die strafrechtliche Ahndung verlangt, — mit einer Geldstrafe bis 50 Gulden zu belegen sei, welche Geldstrafe, im Wiederholungsfalle, zu verdoppeln wäre.

Die im erwähnten § 32 des GA. XIII vom Jahre 1875 umschriebene Haftpflicht des Arbeitgebers wird durch § 5 des GA. XXI vom Jahre 1898 in folgender Weise modifiziert: a) Erkrankt das Gesinde ohne Verschulden des Arbeitgebers, nach 15-tägiger Dienstzeit, so obliegt dessen Verpflegung und Behandlung durch 30 Tage dem Arbeitgeber. b) Erkrankt das Gesinde durch Verschulden des Arbeitgebers, so muß er es ohne Rücksicht auf die vollbrachte Dienstzeit bis zur völligen Genesung kurieren lassen. Nur für die in Krankenhäusern oder auf behördlicher Anordnung in häuslicher Pflege befindliche Trachom-, Geschlechts- und Geisteskranke zahlt der Fiskus die Behandlungs- und Transportspesen selbst in jenen Fällen, wo die Erkrankten zum Beginn ihres Leidens kontrahierte Gesinde waren (§ 9. GA. XXI: 1898).

Auch das „Das Rechtsverhältnis zwischen Arbeitgeber und landwirtschaftlichen Gesinde regelnde“ GA. II vom Jahre 1898 enthält einiges, vom Standpunkte des sanitären Arbeiterschutzes Erwähnenswerte. Gemäß § 33 ist der Arbeitgeber verpflichtet, seine während der Arbeit erkrankten Wanderarbeiter durch höchstens 8 Tage behandeln zu lassen, und falls die Erkrankung länger währt, hiervon den Gemeindevorstand zu verständigen. Infektionskrankheiten sind sofort vom Arbeitgeber der kompetenten Behörde zu melden.

Desgleichen und im ähnlichen Sinne trifft GA. XLII vom Jahre 1899, GA. XXVII und XXVIII vom Jahre 1900 Verfügungen zum sanitären Schutze der in den verschiedensten Zweigen der Landwirtschaft, der Forstarbeiten Beschäftigten. Man wird den hohen Wert dieser, vielleicht auf den ersten Anblick unzulänglich erscheinenden Vorkehrungen nur dann richtig einschätzen können, wenn man bedenkt, daß sie in einem Zeitpunkte erlassen wurden, in welchem die Einrichtungen des Arbeiterschutzes selbst in den vorgeschritteneren Kulturstaaten des Westens nur sporadisch anzutreffen waren, andererseits aber die günstige Lage des Grundbesitzes die Aufrechterhaltung der, unter dem Sammelbegriffe des „patriarchalischen Verhältnisses“ zwischen Dienstherrn und Gesinde bekannten, Fürsorge ermöglichte. Erst mit dem Einbruche der Agrarkrise, dem Niedergange der Fruchtpreise, der kurzsichtigen mehr parteipolitischen Rücksichten folgenden Vermehrung der Fideikomnisse, und mit der ab ovo unter der Schutzflagge des Liberalismus einhergehenden Industrialisierung wurde die Lage des landwirtschaftlichen Arbeiters eine so prekäre, daß die bisher vielleicht zulängliche Form der Fürsorge sich als ungenügend erweisen mußte, und den Keim zu jener alsbald in offene Gärung übergehenden Bewegung legte, die sich teils in der beispiellosen überseeischen Auswanderung, teils in den Arbeiterunruhen kundgab.

Die folgenschwere sprunghafte Vermehrung der Fideikomnisse z. B. spiegelt sich in folgender, dem bekannten Werke v. Matlekovits: „Das Königreich Ungarn. Volkswirtschaftlich und statistisch dargestellt“ (Verlag von Duncker und Humblot, Leipzig) entnommenen, Aufstellung wieder. Es entstanden in den Jahrgängen:

1628—1700	6 Fideikomnisse
1701—1750	6 „ „
1751—1800	4 „ „

1801—1850	10	Fideikommiss
1851—1860	5	„ „
1861—1870	6	„ „
1871—1878	25	„ „
1879—1890	26	„ „
1891—1893	3	„ „

Nimmt man hinzu, daß die den landwirtschaftlichen Arbeitern gezahlten Löhne niedrige waren; daß sie insbesondere bei der in Mitteleuropa bemerkbaren ständigen Verteuerung der Lebensmittelpreise das Auskommen fast unmöglich machten; daß der ständige Arbeiterabfluß nach dem Westen nicht bloß die Auswahl eines besseren Arbeitsplatzes ermöglichte und daß die eben in jüngster Zeit mit besonderer Intensität einsetzende Propaganda der sozialistischen Denkart nebst der Aufklärung auch die Mittel der Abwehr lehrte: so wird es begreiflich, daß unsere im Zeichen der Sozialpolitik stehende Gesetzgebung, notgedrungen dem Drucke der öffentlichen Meinung und der Verhältnisse Rechnung tragend, an die Weiterentwicklung des gewissermaßen auf einen toten Punkt stehen gebliebenen, sanitären Arbeiterschutzes schreiten mußte. So sehen wir im Jahre 1900 und 1902 den abgerissenen Faden der Fürsorge für den landwirtschaftlichen Arbeiter wieder aufgenommen und speziell mit der im GA. XVI vom Jahre 1900 vorgenommenen Gründung einer „Landes-Hilfskasse für landwirtschaftliche Arbeiter und Dienstboten“ eine neue Ära des Arbeiterschutzes anbrechen.

Die Ziele und Form dieser Hilfskasse sind so originären Charakters und für die hierländische Verhältnisse so bezeichnend, daß ihre Wiedergabe uns geboten erscheint. Unter der Jurisdiktion des kgl. ung. Ackerbauministers wird eine „Landes-Hilfskasse für landwirtschaftliche Arbeiter und Dienstboten“ organisiert, welche den Zweck hat, die ordentlichen und außerordentlichen Mitglieder, die landwirtschaftlichen (auswärtigen) Dienstleute und deren Familien in folgenden Fällen zu unterstützen:

A. Im Falle eines Unfalles.

Wenn das Mitglied der Kasse ein Unfall trifft, so wird es vom Arzt der Kasse, auf Kosten der Kasse behandelt. Den Preis der Medikamente, Verbandartikel, Instrumente zahlt die Kasse. Wenn das Mitglied wegen des Unfalles länger als eine Woche in

dem Maße arbeitsunfähig wird, daß es nicht einmal die Hälfte des regelmäßigen Verdienstes eines lokalen (im Kindesalter stehenden, weiblichen, männlichen) landwirtschaftlichen Arbeiters oder Dienstboten zu verdienen vermag, so gewährt ihm die Kasse bis zur Herstellung seiner Arbeitsfähigkeit, doch höchstens 60 Tage lang, täglich eine Unterstützung von 1 Krone. Wenn das Mitglied der Kasse während der Arbeit ein Unfall trifft, so ist der Arbeiter verpflichtet, für die ärztliche Behandlung des Verletzten zu sorgen, und ihm auf die Dauer seiner Arbeitsunfähigkeit, doch höchstens 60 Tage lang, täglich eine Unterstützung von 1 Krone zu verabfolgen, welche Ausgaben — ebenso wie die ev. nötig gewordenen Spitalskosten — dem Arbeitgeber, seitens der Landes-Hilfskasse rückerstattet werden, falls der Unfall ohne Verschulden des Arbeitgebers entstanden ist.

Wenn der Verletzte ein Knecht des Arbeitgebers ist, so ist der Dienstgeber nicht gehalten, demselben die tägliche Unterstützung von einer Krone zu verabfolgen, sondern ist verpflichtet, dem Dienstboten auf die Dauer der Arbeitsunfähigkeit desselben, doch höchstens ein Vierteljahr lang, dessen vertragsmäßigen Lohn samt Bezügen ganz und wenn er mit Verpflegung gedungen ist, auch dessen volle Verpflegung zu verabfolgen.

Wenn der Arbeitgeber nicht jede ihm auferlegte Pflicht erfüllt, so sorgt die Landeskasse auf Kosten des Arbeitgebers für die Behandlung und Unterstützung bei Verlust des Anspruches des Arbeitgebers auf jede Forderung, die er stellen könnte, wenn der Unfall ohne sein Verschulden eingetreten ist (§§ 13—16).

B. Im Falle der Invalidität wegen Unfalles.

Wenn das Mitglied infolge des Unfalles auf länger als 60 Tage und in dem Maße arbeitsunfähig wurde, daß es nicht einmal die Hälfte des regelmäßigen Verdienstes eines lokalen (im Kindesalter, weiblichen, männlichen) landwirtschaftlichen Arbeiters oder Dienstboten zu verdienen imstande ist, gewährt ihm die Kasse nach Ablauf der sechzigtägigen Unterstützungsdauer, für die ganze Dauer seiner Arbeitsunfähigkeit allmonatlich eine Unterstützung von mindestens zehn Kronen (§ 16).

C. Im Falle des Ablebens wegen Unfalles.

Wenn das Mitglied infolge des Unfalles stirbt, so gibt die Kasse seiner hinterlassenen Familie ein für allemal eine Unter-

stützung von 400 Kronen. Wenn das Mitglied ohne Hinterlassung einer Ehehälfte oder eines Kindes stirbt, so gibt die Kasse an Begräbniskosten eine Unterstützung von 100 Kronen (§ 17).

D. Im Falle der Invalidität.

Demjenigen, der seit zehn Jahren Mitglied der Kasse ist, gibt die Kasse, wenn er seine Arbeitsfähigkeit, aus welchem Grunde immer, voraussichtlich für immer und in solchem Maße verloren hat, daß er infolge dieses Gebrechens alljährlich nicht einmal die Hälfte dessen verdienen kann, als der durchschnittliche Jahresverdienst eines lokalen (im Kindesalter, weiblichen, männlichen) landwirtschaftlichen Arbeiters oder Dienstboten beträgt, bis an sein Lebensende, beziehungsweise bis zur ev. Wiedererlangung seiner Erwerbsfähigkeit, allmonatlich eine Unterstützung von mindestens 10 Kronen (§ 18).

E. Im Falle der Erreichung des 65. Lebensjahres.

Die Kasse zahlt jenem Mitgliede, das der soeben erwähnten Unterstützung (nach § 18) nicht teilhaftig wurde, bei Erreichung seines 65. Lebensjahres, unbeschadet der auf eine sonstige Unterstützung zugesicherten Ansprüche, den Betrag von 100 Kronen (§ 19).

F. Für den Fall des Ablebens.

Die Kasse gibt ein für allemal der Familie jenes Mitgliedes, das nicht infolge eines Unfalles stirbt, falls der Verstorbene mindestens 5 Jahre Mitglied war, eine Unterstützung von 200 Kronen, falls er mindestens 10 Jahre Mitglied war, eine Unterstützung von 250 Kronen. Die Kasse hat: 1. gründende, 2. ordentliche, 3. außerordentliche Mitglieder.

Gründendes Mitglied ist derjenige, der ein für allemal wenigstens 50 Kronen in die Kasse einzahlt.

Ordentliches Mitglied kann — ohne Rücksicht auf das Geschlecht — jeder, ein Arbeitercertifikat besitzender landwirtschaftliche Arbeiter, oder ein Dienstbuch besitzender landwirtschaftlicher Dienstbote (Knecht), ferner jedes mit der Landwirtschaft sich befassende Individuum sein, das zur Zeit seines Eintrittes das 14. Lebensjahr erreicht, doch das 35. Lebensjahr noch nicht überschritten hat.

Die ordentlichen Mitglieder (§ 2 des GA. XVI vom Jahre 1900) waren ursprünglich in zwei Gruppen vorgesehen, denen sich gemäß der Gesetzesnovelle (GA. XIV vom Jahre 1902) noch weitere zwei zugesellen. Die Mitgliedsgebühr der vier Gruppen beträgt: Gruppe I: jährlich 10 Kronen 40 Heller oder wöchentlich 20 Heller; Gruppe II: jährlich 5 Kronen 72 Heller oder wöchentlich 11 Heller; Gruppe III: jährlich 2 Kronen 60 Heller; Gruppe IV zahlt jährlich 5 Kronen 20 Heller.

Außerordentliches Mitglied kann — ohne Rücksicht auf das Geschlecht — jeder, ein Arbeitercertifikat besitzender landwirtschaftliche Arbeiter sein. Die Mitgliedsgebühr beträgt jährlich 1 Krone.

Die Einnahmen der Kasse bilden a) die Einzahlungen der Mitglieder, b) der, pro Kopf jedes im Dienste stehenden landwirtschaftlichen Arbeiters, Dienstbotens, Knechts jährlich im voraus vom Arbeitgeber zu zahlende, Beitrag von 120 Hellern, endlich c) der Beitrag des Staates, jährlich 200 000 Kronen.

Es ist dem Arbeitgeber verboten, den Beitrag in den Lohn des Dienstboten einzurechnen, oder den Dienstboten zum Ersatz desselben zu verpflichten. Der Beitrag wird nach Art der öffentlichen Steuern im Verwaltungswege eingetrieben.

Die Agenden des Arztes der Hilfskasse hat der Gemeinde-, Kreis-, Bezirksarzt, dort hingegen, wo die Agenden des Gemeinde-, Kreisarztes der Bezirksart versehen muß, letzterer zu versehen.

Das ärztliche Honorar hat die Kasse auf Grund des im § 145 des GA. XIV 1876 festgesetzten Tarifes, die Operationstaxe aber auf Grund des im § 48 des GA. XIV 1876 durch den Minister des Innern festzusetzenden Tarifes, an den Arzt zu entrichten. Dem Arzte gebührt für jede, auf Ansuchen eines Mitgliedes zur Feststellung der Arbeitsunfähigkeit vorgenommene Untersuchung ein Honorar von 2 Kronen, welche das Mitglied zu entrichten hat. Für das dem Arzte der Kasse nötige Gespann haben die Gemeinden unentgeltlich Sorge zu tragen (§ 34).¹⁾

¹⁾ Der Jahresbericht der „Hilfskasse“ pro 1906 weist an ordentlichen und außerordentlichen Mitgliedern 63 696 Versicherte aus; gegen Unfall allein waren 379 452 landwirtschaftliche Gesinde, im Pauschale ca. 80 000 Personen versichert. Die Gesamteinnahmen betragen im erwähnten Jahre 306 695 Kronen 58 Heller, die Ausgaben 360 785 Kronen 42 Heller. Die Kasse gewährte in 9963 Fällen Unterstützungen, wovon 6189 Fälle innerhalb, 3407 nach 60 Tagen ihre Arbeitsfähigkeit erlangt haben. In 179 Fällen wurden Beerdigungskosten resp. Unterstützungen an die Hinterbliebenen bezahlt. An Ärztehonorar: 138 818 Kronen 83 Heller.

Sieht man von dem im besprochenen Gesetze gemachten schüchternen Versuche, wenigstens die Klasse der landwirtschaftlichen Arbeiter, diesen ausgesprochenen Günstling des noch in den Banden des Klassenbewußtseins geschlagenen Parlamentes, der Segnungen der Invaliditäts- und Altersversorgung teilhaftig werden zu lassen, so scheint unseres Erachtens das sozialpolitische Hauptgewicht der Hilfskasse in dem Schutz nach Unfällen zu liegen.

Das materielle Interesse, das hiermit an das Vorhandensein von Unfällen geknüpft wurde, hat naturgemäß die möglichst pünktliche Erhebung der landwirtschaftlichen Unfälle zur Vorbedingung und in der Tat findet seit dem 1. Januar des Jahres 1901 die statistische Aufnahme sämtlicher im Bereiche der Landwirtschaft vorkommenden Unfälle statt, mit deren Verarbeitung und Publikation das Kgl. ung. Statistische Amt in Budapest betraut ist. Die Meldepflicht ist gemäß Min.-Erl. 6672/1900 vom 20. Dezember 1900 sämtlichen Ärzten und Heilanstalten auferlegt, wobei außer den landwirtschaftlichen, auch die in den forstwirtschaftlichen und Viehzuchtbetrieben vorkommenden Unfälle zu melden sind. Das aus zwei Coupons bestehende Anmeldeformular wird zum Teil beim Bekanntwerden des Unfalles, zum Teil beim Beendigen des Heilverfahrens oder Eintritt des Todes ausgefüllt an das Statistische Amt portofrei zugesendet. (Jedoch wird diese Mitarbeit des, ohnedies stark ausgebeuteten, ungarischen Ärztestandes nicht umsonst verlangt! Seine Exzellenz der Kgl. ung. Ackerbauminister honoriert die pünktliche und lückenlose Ausfüllung eines Unfallanzeigeformulars mit zehn Hellern, die jährlich dem etwa im Bezirke der Anmeldung vorhandenen ärztlichen Witwen- und Waisenfonds zugewiesen werden.)

Dank der Genauigkeit, mit welcher die Unfälle erhoben werden, verfügen wir schon derzeit über eine allen Anforderungen der Wissenschaft entsprechenden Statistik und können im nachstehenden über die im Jahre 1907 erhobenen 9902 landwirtschaftlichen Unfälle folgendes berichten: Von den ausgewiesenen 9902 Unfällen entfallen 9416 auf männliche, 486 auf weibliche Arbeiter. Die Zahl der im erwähnten Jahre verlorenen Arbeitstage betrug insgesamt 38913. Von den Verletzten waren 3437 ledig, 6226 verheiratet, 234 verwitwet. Durch die Unfälle wurden insgesamt 21719 Personen in ihrem Erwerbe resp. ihrer Ernährung geschädigt insofern, als Kinder, Frauen oder Eltern vom Verdienste des Verunglückten lebten. Von landwirtschaftlichen Maschinen wurden

insgesamt 1417 Unfälle verursacht, deren Verteilung sich aus folgender Zusammenstellung ergibt:

Unfälle durch						
a) Lokomobile:	69.	Diese verursacht.	1 330	Tage	Arbeitsverlust	
b) Göpel:	93.	„	3 085	„	„	„
c) Dreschmaschinen:	425.	„	12 428	„	„	„
d) Häckselmaschinen:	299.	„	8 767	„	„	„
e) Rübenschnidmaschinen:	80.	„	2 051	„	„	„
f) Mähmaschinen:	45.	„	830	„	„	„
g) Elevatoren:	29.	„	1 003	„	„	„
h) Sonstige Maschinen:	377.	„	9 419	„	„	„

Über die Natur, Dauer der Arbeitsunfähigkeit resp. der erlittenen Verletzungen gibt die nebenstehende Tabelle Aufschluß:

In weiterer Konsequenz des durch die pünktliche Aufnahme der landwirtschaftlichen Unfälle ermittelten großen Interesses einer zielbewußten Unfallverhütung sah sich die Regierung am 10. Juli 1904 veranlaßt, mittels Erl. Z. 2150 die Anschaffung von Rettungskästen zu den mit Dampf oder sonstigen motorischen Kräften, Göpel betriebenen Dreschmaschinen anzuordnen und die alljährliche Kontrolle über das Vorhandensein der detailliert angegebenen Verbandmittel und sonstiger Behelfe zur ersten Hilfe, den Sanitätsorganen I. Instanz (Bezirks- und Kreisarzt) zu übertragen. Ferner wird die Anleitung des Maschinisten oder Heizers zur Darreichung der ersten Hilfe gefordert.

Die in die neueste Zeit fallende Regelung der Arbeiterwohnungsfrage, sowie die soeben durchberatene Novelle des „Dienstverhältnisses zwischen Arbeitgeber und landwirtschaftlichem Gesinde“ bezeugen, nicht nur, daß man hierzulande auf die zielbewußte und zweckmäßige Ausgestaltung des landwirtschaftlichen Arbeiterschutzes bedacht ist, sondern daß auch stets die diesbezüglichen neuesten Ergebnisse der ausländischen sozialpolitischen Wissenschaft nach Tunlichkeit hierher verpflanzt werden. Freilich darf nicht vergessen werden, daß die in der niedrigen Intelligenz der hier in Betracht kommenden Arbeiterschichten liegenden Schwierigkeiten, gepaart mit der von einer rücksichtslosen Parteipresse unaufhörlich angefachten Gärung, es zum großen Teile unmöglich machen, daß die Bestrebungen unserer Gesetzgebung auch in wünschenswertem Ausmaße und Tempo verwirklicht werden könnten. Ja Kenner der Verhältnisse müssen es bezeugen, daß die besten Kräfte vorerst zur Kalmierung künstlich geschaffener Widerstände verwendet werden müssen, denen dann begreiflich oft die nötige Beharrlichkeit zum Ausbau des Arbeiterschutzes mangeln dürfte.

Art der den Unfall verursachenden landwirtschaftlichen Arbeit	Die Arbeitsunfähigkeit										tödliche	unbekanntes Grades				Arten der Verletzungen					
	betrug						war					Schnittwunden	Kontusionen	Brüche	Sonstige						
	3—5		6—8		9—14		3—4 Wochen		Monate							mehr als 4 Monate	teilweise	gänzlich			
	3—5	6—8	9—14	1—2	3—4	3—4	1	2	3	4											
Tage										2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
15	69	127	154	63	10	1	29	—	2												
Ackern, Säen, Behauen	6	28	89	90	35	4	—	7	—	—	29	—	—	49	21						
Mähen, Schnitтарbeiten	78	206	452	568	304	43	3	188	39	6	188	39	346	141							
Einfuhr der Getreide, Früchte, Dreschen	25	66	186	262	140	19	2	88	20	4	88	20	88	49							
Futterbereitung	125	250	486	574	364	36	2	98	9	3	98	9	234	117							
Pflege des Viehes	69	184	630	582	161	44	2	122	5	6	122	5	284	191							
Sonstige landwirtschaftliche Arbeiten . . .	5	19	17	22	14	2	—	5	1	1	5	1	18	11							
Weinbau	38	108	290	399	192	44	2	82	9	4	82	9	214	59							
Forstarbeiten	1	8	18	21	7	2	—	2	2	—	2	2	12	7							
Erdarbeiten	42	115	296	340	173	28	—	57	10	3	57	10	151	96							
Summa	404	1053	2591	3012	1453	232	12	678	95	29	343	2270	5523	1407	702						

II. Der gewerbliche Arbeiterschutz.

Neben der, schon bei Skizzierung des landwirtschaftlichen Arbeiterschutzes betonten, durch den historischen Entwicklungsgang bedingten, zweifachen Zusammensetzung aus privatrechtlichen und sozialpolitischen Motiven, ist bei Charakterisierung des gewerblichen Arbeiterschutzes in Ungarn, noch folgendes hervorzuheben. Die den Arbeiter schützende Gesetzgebung ist auf die Basis der Spezialverordnungen gelagert, in dem Sinne, daß die mit Wahrung der Interessen der gewerblichen Arbeiterschaft betraute höchste Verwaltungsbehörde, das Kgl. ung. Handelsministerium, die gesetzliche Befugnis besitzt, zum Schutze der Arbeiter auf dem Verordnungswege besondere Bestimmungen zu erlassen. Insbesondere hat dies Bezug auf die „gesundheitsgefährlichen Industrien“, die auf diesem Wege geregelt werden können und sollen, wie dies auch der Wortlaut des § 116 GA. XVII vom Jahre 1884 — „Die Liste der gesundheitsschädlichen Industrien sowie der gefährlichen Betriebe wird der Handelsminister im Wege der Verordnung bekanntgeben; in welchem Erlasse dann auch die Bedingungen zu bestimmen sein werden, unter denen die Arbeiter unter 16 Jahren in solchen Betrieben beschäftigt werden könnten“ — besagt.¹⁾

Nicht unerwähnt sei, daß in der diesbezüglichen Gesetzgebung Ungarns noch immer die Methode des indirekten Arbeiterschutzes prävaliert, in dem Sinne, daß z. B. die eigentlich zum Schutze des konsumierenden Publikums erlassenen Verordnungen, mittelbar auch dem Arbeiter zum Vorteile sind. Insbesondere gilt dies z. B. betreffs der früheren Erlässe, die die Verwendung des Bleies, Kupfers, Zinks regeln und nur deren in genau bestimmten Gewichtsanteilen zu erfolgende gewerbliche Verarbeitung ermöglichen. So untersagt schon im Jahre 1868 der Min.-Erl. Zahl 64569 die Aufbewahrung von Schnupftabak in Blei-

¹⁾ Bisher erschienen Verordnungen: Min.Erl. Z. 110461 vom Jahre 1895 über Sodawasserfabriken; Min.Erl. Z. 24929 vom Jahre 1898 über die Zündhölzchenfabriken; Min.Erl. Z. 101868 vom Jahre 1899 über die Zündhölzchenfabriken; Min.Erl. Z. 24150 vom Jahre 1901 über die Bäckereien; Min.Erl. Z. 57326 vom Jahre 1903 über die Revisionspflicht der Druckereien und Buchstabengießereien; Min.Erl. Z. 64792 vom Jahre 1902 über die Darstellung von Acetylgas; Min.Erl. Z. 59750 vom Jahre 1904 zur Wahrung der gewerbehygienischen Interessen bei den Fabriksrevisionen.

Zinn- oder sonstigen Metallbehältern; Min.Erl. Z. 18729 vom Jahre 1880 untersagt den Verschleiß von mit chromsaurem Blei etwa gefärbten Kaffeebohnen; Min.Erl. Z. 34652 vom Jahre 1889 regelt bis auf das Genaueste die Gewichtsanteile, in denen Blei oder Zink bei Darstellung von Trink-, Eß-, Kochgeräten, Spielzeugen, bei Saugdutton, Wein- oder Bierleitungen, überhaupt bei Gegenständen, die mit dem menschlichen Organismus in innigere Berührung kommen und belegt die Dawiderhandelnden mit empfindlichen Strafen. Endlich ordnet Min.Erl. Z. 82002 vom Jahre 1890 an, daß die Köpfe der Sodawassergläser (Syphons) nur aus einer Bleilegierung hergestellt werden dürften, die auf 100 Gewichtsteilen höchstens ein Gewichtsteil Blei enthalten.

Gehen wir zu den eigentlichen, den gewerblichen Arbeiter direkt schützenden Verfügungen über, so wäre an erster Stelle § 114 des GA. XVII 1884 zu erwähnen. Derselbe lautet: „Jeder Fabrikant ist verpflichtet, in seiner Fabrik, auf eigene Kosten, all das zu errichten und zu erhalten, was mit Rücksicht auf die Besonderheit seines Betriebes, zur tunlichsten Sicherung des Lebens und der Gesundheit der Arbeiter dienlich ist.“

Sonst wären in bezug des gültigen Arbeiterschutzes folgende Satzungen zu erwähnen: „Kinder, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, können nicht als Lehrlinge verwendet werden. Nur ausnahmsweise, mit Erlaubnis der kompetenten Gewerbebehörde I. Instanz dürfen sie als solche verwendet werden; doch ist deren Arbeitgeber verpflichtet, sie bis zum Ende des 12. Lebensjahres in die Volksschule gehen zu lassen. Lehrlinge die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, dürfen täglich höchstens 10 Stunden, solche die schon das 19. Lebensjahr erreichten, höchstens 12 Stunden gewerblich beschäftigt werden, wobei aber die in der Schule zu verbringende Zeit eingerechnet werden soll und ihnen mittags eine ein-, vor- und nachmittags je eine halbstündige Ruhepause gewährt werden muß. Im allgemeinen dürfen Lehrlinge nur zu den ihren körperlichen Kräften entsprechenden Arbeiten verwendet werden. Für einzelne Industriezweige kann die Gewerbebehörde auch eine kürzere Arbeitszeit bestimmen. Zur Nachtarbeit, d. h. von 9 Uhr abends bis 5 Uhr früh; dürfen Lehrlinge unter 16 Jahren überhaupt nicht verwendet werden. Nur bei denjenigen Betrieben, die ohne Nachtarbeit eine empfindliche Unterbrechung erleiden würden, kann die Gewerbebehörde erlauben, daß die Lehrlinge unter 16 Jahren — nicht aber diejenigen unter 14 Jahren — die

Hälfte der für ihre Altersstufe normierten Arbeitszeit auch bei Nacht vollenden dürfen. Das Lehrverhältnis kann sofort, vor Ablauf der normierten Lehrzeit gelöst werden, wenn der Gewerbetreibende seinen Lehrling zu unsittlichen oder gesetzwidrigen Handlungen verleitet, wenn er sein häusliches Disziplinarrecht gröblich mißbraucht, wenn durch die Arbeit das Leben oder die Gesundheit des Lehrlings gefährdet ist. Derjenige Gewerbetreibende, der seinen Gehilfen auch Logis gibt, muß ihnen zu diesem Zwecke gesunde und wohnbare Ubikationen anweisen. Die von den Gehilfen wegen Gesundheitswidrigkeit der Wohnung eingegebenen Beschwerden sind von der Gewerbebehörde sofort, bei Aufnahme des Lokalbefundes und Mitwirkung des Amtsarztes, außer-tourlich zu erledigen. Arbeiter unter 16 Jahren sind überhaupt nicht oder nur unter besonderen Bedingungen in gesundheitsgefährlichen Betrieben zu verwenden resp. dürfen nur zu solchen Arbeiten verwendet werden, die ihrer Gesundheit nicht schädlich sind und ihre Entwicklung nicht hemmen. Die weiblichen Arbeiter sind nach ihrer Entbindung, 4 Wochen, ohne Erlöschen ihres Dienstverhältnisses, von jeder gewerblichen Arbeit dispensiert. In jenen Fabriken, die Tag und Nacht in Betrieb sind, ist der Arbeitgeber für die ausreichende Ablösung der Nachtarbeiter zu sorgen verpflichtet. Die Tagarbeit darf nicht vor 5 Uhr früh begonnen und über 9 Uhr abends ausgedehnt werden. In den Werkstätten muß eine Arbeitsordnung afficiert sein, die nichts, was gegen die Verfügungen des Gesetzes verstößt, enthalten darf. Der Fabrikant darf seinen Arbeitern weder Waren noch geistige Getränke borgen. Dagegen darf er seinen Arbeitern die für die ihm gebotene Wohnung, Heizmaterial, Feldbenutzung, Verpflegung, ärztliche Behandlung und Medikamente erwachsenen Ausgaben vom Lohne abziehen.

In das Jahr 1891 fällt das Inslebentreten der zwei wichtigsten Arbeiterschutzgesetze. GA. XIII ordnet die Sonntagsruhe und GA. XIV die Errichtung von Krankenkassen zum Zwecke der Unterstützung von erkrankten, gewerblichen und Fabrikarbeitern an. Der näheren Beschreibung dieses vom Beginne an sich als unheilbringend erwiesenen Gesetzes glauben wir ad hoc aus mehreren Gründen entraten zu dürfen. Zunächst erweist sich das erste ungarische Krankenkassengesetz naturgemäß, und wie schon erwähnt, als eine auffallende Kopie des reichsdeutschen Gesetzes sowohl inhaltlich als formell, hat also seit seiner Geburt unter dem Fluche der Kassenzersplitterung zu leiden, was um so

mehr ins Gewicht fallen muß, als bei der Kleinheit der ungarischen Industrie auch die Zahl der Lastenträger ab ovo eine kleinere war und so sich alsbald die endlose Serie jener Klagen erheben mußte, die rasch zur völligen Diskreditierung dieser Institution führte. Ferner kam mit dem 1. Juli 1907 der langersehnte Termin, in welchem diesem Gesetze das wohlverdiente Ende bereitet wurde und an seine Stelle, das unten ausführlicher zu würdigende neue Gesetz (GA. XIX vom J. 1907) ins Leben trat. Ohne daher eine überflüssige Träne diesem unglücklichsten aller Gesetze weihen zu wollen, glauben wir durch nachstehende, in knappster Form gebrachten, statistischen Aufstellungen Umfang und Wirkung der ungarischen Krankenversicherung genügend darlegen zu können. (Unsere Daten entstammen dem mustergültigen statistischen Jahrbuche pro 1905, das im Auftrage des Kgl. ungarischen Handelsministeriums erschien.)

A. Es bestanden im Jahre 1905 an Krankenkassen:

a) Bezirkskrankenkassen	111
b) Gewerbekorporationskrankenkassen	103
c) Betriebs-(Fabriks-)krankenkassen	179
d) Private Krankenkassen	<u>47</u>

Zusammen: 440.

B. Sämtliche Krankenkassen hatten 739 122 Mitglieder (beiderlei Geschlechtes natürlich).

C. Ihre Einnahmen betragen: 13 525 748 Kronen.

Ihre Ausgaben dagegen: 13 061 309 Kronen.

D. Über die Mitgliederbewegung (im Durchschnitt), Krankheits-, Sterbefälle, Wöchnerinnenunterstützung nach Kassenarten geordnet geben folgende Zahlen Aufschluß:

(Siehe Tabelle S. 16.)

E. Über die Einnahmen, Ausgaben (detailliert), Vermögensstand und Reservefonds der ungarischen Krankenkassen in den Jahrgängen 1902—1905 gibt folgende Tabelle Aufschluß:

(Siehe Tabelle S. 17.)

Es würde weit der Rahmen dieser nur als Skizze gedachten Studie überschritten, wollten wir nur annähernd die Summe von traurigen Erfahrungen, Enttäuschungen und Klagen wiedergeben, die sich im Laufe der Jahre gegen das „erste“ Krankenkasengesetz anhäufte. Die Jahresberichte der kompetenten Gewerbebehörden, der Handelskammern und Gewerbeinspektoren bieten einmütig das Bild der Unzufriedenheit und lassen schon früh den Wunsch

Mitgliederbewegung und krankheitsstatistische Daten	Im Jahre 1905					Im Jahre		
	Bezirks-	Gewerbe- korpora- tions-	Fabriks-	Privat-	Sämtliche	1904	1903	1902
						bei sämtlichen Krankenkassen		
1. Durchschnittliche Mitgliederzahl . . .	388 568	77 293	174 601	97 501	737 963	719 435	693 649	669 679
2. Zahl der erkrankten Mitglieder (männliche und weibliche)	129 218	19 080	58 720	26 152	233 170	210 429	218 994	213 714
3. Zahl der Erkrankungsfälle	145 119	25 406	95 805	29 610	295 940	269 713	253 601	243 306
4. Zahl der { Wöchnerinnen Entbindungsfälle Verpflegungstage	3 628	103	3 251	558	7 540	7 119	6 524	6 417
	3 638	103	3 258	558	7 557	7 222	6 535	6 428
	69 608	2 241	82 529	14 386	168 764	159 430	157 471	160 022
5. Zahl der Todesfälle	2 667	433	1 814	1 054	5 968	5 864	5 259	4 961
6. Zahl der erwerbsfähigen kranken Mitglieder beiderlei Geschlechts . . .	331 416	59 524	313 950	90 654	795 544	770 313	639 482	594 467
7. Zahl der behandelten Familien- angehörigen	130 602	24 128	210 783	49 799	415 312	417 439	364 669	336 356

Bezeichnung	Im Jahre 1905				Bei sämtlichen Krankenkassen im Jahre		
	Krankenkassen				1904	1903	1902
	Bezirks-	Gewerbe-	Fabriks-	Privat-	Sämtliche		
	korporations-						
1. Einnahmen in Kronen	5 915 096	892 611	4 488 013	2 230 028	13 525 748	11 403 299	19 670 693
2. Ausgaben in Kronen							
a) Krankengeld	1 921 488	236 409	1 224 163	645 650	4 027 710	3 322 994	3 018 006
b) Wöchnerinnenunterstützung	9 863	407	156 325	778	167 373	165 061	40 930
c) Spitalsverpflegungskosten	517 835	92 372	242 152	99 540	951 899	871 477	752 684
d) Medikamente	1 017 952	154 712	1 155 838	327 055	2 655 557	2 292 418	2 243 593
e) Begräbniskosten	116 775	19 937	193 185	80 543	410 440	458 535	342 709
f) Arzthonorar	741 333	106 196	788 300	232 563	1 868 392	1 717 715	1 637 755
g) Hebammenhonorar	10 765	233	8 801	14	19 813	17 517	19 166
h) Sonstiges	55 286	6 413	170 899	269 425	269 425	128 806	124 694
Zusammen	4 391 297	616 679	3 939 663	1 422 970	10 370 609	8 974 523	8 179 537
In % der Mitgliederbeiträge	82,07	80,07	103,49	78,47	88,33	88,07	87,30
i) Verwaltungsausgaben	1 056 367	174 295	102 518	363 394	1 696 574	1 289 749	1 274 274
In % der Mitgliederbeiträge	19,74	22,63	2,69	20,04	14,45	12,66	13,60
Gesamtausgaben	5 726 193	846 949	4 292 227	2 195 935	13 061 304	11 011 412	10 210 001
3. Vermögenstand des Reservefonds	4 431 434	607 563	3 481 628	1 356 932	9 877 557	8 798 357	8 177 653

nach einer Reform wach werden. So stark wurde allmählich der Ruf nach Änderung des GA. XIV vom Jahre 1891, daß schon im Jahre 1901 eine Enquête im Handelsministerium abgehalten werden konnte, die unter Beteiligung von zahlreichen Fachmännern das Gesamtmaterial der Wünsche und Propositionen bloßlegte. Wir finden sie in dem vom kgl. Handelsministerium im Jahre 1905 publizierten Werke: *A munkás betegsegéelyezési törvény módosítása*“ Seite 334 übersichtlich gruppiert und geben sie, wegen ihrer die Lage treffend belegenden Wichtigkeit, im folgenden wieder:

„Die stark zersplitterte Institution, welche der GA. XIV 1891 ins Leben rief, hat, abgesehen von der Zersplitterung der materiellen Kräfte, noch folgende die Regelung des Krankenversicherungswesens hindernde, Nachteile:

1. Die übermäßige Kassenzersplitterung verteuert die Verwaltungskosten und entzieht den größten Teil der Beiträge ihrer eigentlichen Bestimmung, insbesondere dem Ziele sie möglichst in Gänze zum Wohle der Arbeiter aufzuwenden. Die Bezirkskrankenkassen sind wohl zur Aufnahme sämtlicher in ihrem Bezirke ansässigen Versicherungspflichtigen befähigt; aber jede Krankenkasse, die im Rayon der Bezirkskrankenkassen errichtet wird, vermehrt mit ihren Administrationskosten die diesem Zwecke dienenden Spesen, schon darum weil die Bezirkskrankenkassen ihre ohnehin niedrigst bemessenen Verwaltungsspesen nicht weiter herabsetzen kann.

2. Die Kassenzersplitterung verteuert die gesundheitliche Versorgung der Mitglieder. Jede Kasse hält ihren eigenen Arzt und honoriert ihn auch separat. Bei einheitlicher Organisation wäre teils durch Ersparnis, teils durch Konsolidierung der Finanzen eine gesteigerte gesundheitliche Pflege der Mitglieder möglich.

3. Das bisherige System macht die einheitliche Regelung der Kassenverwaltung und Direktion unmöglich, weil bei den verschiedenen Kassen in bezug auf Verwaltung und Organisation sich verschiedenartige Bedürfnisse geltend machten.

4. Infolge dieser differenten Organisation sind weder die Arbeitgeber noch die Angestellten betreffs ihrer Rechte oder Pflichten orientiert, woraus für beide Teile viele Belästigungen, ja Rechtsverluste stammen.

5. Bei der heutigen durch den GA. XIV 1891 geschaffenen Sachlage kann der Arbeitgeber oft in Zweifel geraten, bei welcher Kasse er seinen Arbeiter anzumelden habe, wie ja auch oft die Kassen selbst in bezug auf Mitgliedszugehörigkeit im Zweifel sind.

6. Es kommt oft vor, daß ein Arbeitgeber zweierlei Beschäftigungen hat und die bei einem Betriebe Angestellten bei der Bezirkskrankenkasse, die beim zweiten Betriebe verwendeten Angestellten bei der Gewerbekorporationskasse versichern muß, was den Arbeitgebern begreiflich viel Schwierigkeiten verursacht.

7. Bei der bestehenden Organisation der Krankenkassen ist die genaue Kontrolle der Arbeitgeber betreffs der Anmeldungen der Angestellten schwierig. Die Bezirkskrankenkasse ist oft nicht in der Lage festzustellen, ob das bei ihr nicht angemeldete Mitglied bei einer anderen Kassenart versichert wurde und kann so auch nichts zur Sühnung des Vergehens veranlassen, oder verursacht, falls das fragliche Mitglied doch versichert gewesen wäre, dem Arbeitgeber unnütze Belästigungen, die den Widerwillen gegen das Kassenwesen nur stärken.

8. Das bestehende System ruft eine starke Konkurrenz zwischen den einzelnen Kassenformen hervor, die oft sogar zur gegenseitigen Diskreditierung ausartet und das Vertrauen der Arbeiter und Betriebsinhaber untergräbt.

9. Bei dem heutigen Stande der Kassen ist deren Kontrolle fast unmöglich. Das Gebahren der Kasse ist genug kompliziert, so daß deren gründliche Überprüfung in jedem Falle viel Zeit und Mühe beanspruchen würde. Je mehr also Kassen vorhanden sind, desto schwieriger ist es, ohne entsprechende Mehrausgaben, ihre eingehende Kontrolle durchzuführen.

... Nichtsdestoweniger sollten noch bange 15 Jahre vergehen, bis die so langersehnte Reform des Krankenversicherungsgesetzes und mit ihr die Schaffung der Unfallversicherung realisiert werden konnte. Erst mit dem Erwachen des sozialen Gedankens und dem Hervortreten eines ehrlichen Sozialreformers, wie des vom einfachen Journalisten zum Staatssekretär avancierten v. Szterényi sehen wir die langgehegten Wünsche sozial Denkender in Erfüllung treten. Dieser als GA. XIX vom Jahre 1907 sanktionierte Bestandteil des ungarischen Arbeiterschutzes trägt folgenden vier, im Motivenberichte hervorgehobenen Gesichtspunkten Rechnung:

a) Es ruht das neue Gesetz auf dem Prinzip der obligatorischen Versicherung.

b) Die Versicherungseinrichtung wird zentralisiert schon darum, weil die lasttragenden Kreise viel zu klein sind, als daß die bisher schon als schädlich erkannte, lokale Zersplitterung noch ferner als empfehlenswert erscheinen könnte. Aus eben diesem Grunde mußte auch die Unfallversicherung einheitlich organisiert werden, weil

deren Kosten nur dann gleichmäßig verteilt werden könnten, wenn die Gesamtheit der Interessenten in ein Versicherungssystem gebracht wird. Für die Verschmelzung der Kranken- und Unfallversicherung war jener Gesichtspunkt ausschlaggebend, daß vornehmlich das Interesse des arbeitsunfähigen Arbeiters gewahrt werde, wobei die Frage über den Ursprung seiner Arbeitsunfähigkeit eigentlich eine nebensächliche sei. Ja, die bei Vereinigung der zwei Versicherungsformen sich ergebende Ersparnis an Spesen bedeute eine wünschenswerte Stärkung der Finanzen, was gewiß hoch zu veranschlagen sei.

c) An Stelle der verschiedensten Kassenarten tritt die Bezirkskrankenkasse als lokales Organ der staatlichen Krankenfürsorge. Neben ihnen wurden nur noch die Betriebs-(Fabriks)-krankenkassen belassen, weil deren Verwaltungsspesen ja auch fernerhin den Unternehmer belasten.

d) Endlich wird sowohl bei der Landeskasse als bei den Bezirkskrankenkassen das paritätische System der Vertretung kreiert, wobei jener Gesichtspunkt ausschlaggebend war, daß gleichen Pflichten auch gleiche Rechte entsprechen mögen.

Zur Schlichtung der aus dem Kreise der Versicherung etwa entstandenen Streitigkeiten wurde ein besonderes richterliches Organ geschaffen, einerseits weil ja die hier in Betracht kommenden Fragen einem speziellen Gebiete entstammen, andererseits weil ihre tunlichst schleunige Erledigung wünschenswert war und so die Überleitung auf das reguläre Gerichtsverfahren nicht tunlich erschien.

Der aus vier Teilen bestehende GA. XIX vom Jahre 1907 enthält in seinen ersten, den „materiellen Bestimmungen“ gewidmeten Abschnitten Verfügungen über: a) Versicherungspflicht für den Krankheitsfall und Unfall, b) Anzeigepflicht, Mitgliedsscheine, Kontrolle der versicherungspflichtigen Betriebe, c) Grundlagen und Feststellung der Beiträge und deren Verwendung, Reservefonds, d) Einreihung in Gefahrenklassen und Kostendeckung, e) Zahlungspflicht, f) Umfang der Krankenunterstützungen, g) Unfallsentschädigung und Rente, h) Unfallsanzeigen, Entschädigungsverfahren.

Der zweite Teil des Gesetzes ist der „Organisation“ gewidmet und enthält die Verfügungen über: a) Arbeiter-Kranken- und Unfallversicherungs-Landeskasse, b) Bezirks-

arbeiterversicherungskassen, c) Betriebskrankenkassen, d) Bruderladen, Tabaksfabrikskrankenkassen.

Der dritte Teil handelt vom „Verfahren bei Entscheidung von Streitfragen“ und der „Aufsicht“ innerhalb folgender Abschnitte: a) Schiedsgerichte, b) staatliches Arbeiter-Versicherungsamt.

Im letzten Teile sind Bestimmungen über a) Unfallverhütung, b) Strafbestimmungen und Übergangsbestimmungen vorhanden.

In bezug auf das Meritum des durch das neue Krankenversicherungs- und Unfallversicherungs-Gesetz gebotenen sanitären Arbeiterschutzes seien hier in Kürze hervorgehoben:

Die Versicherungspflicht für den Krankheitsfall. Ihr unterliegen ohne Rücksicht auf Geschlecht, Alter und Staatsbürgerschaft all jene, die auf dem Gebiete der heiligen Stefanskronen:

1. bei einem dem Gewerbebesetze (GA. XVII. vom J. 1884) unterliegenden Berufe, die Staatsmonopole und die mit denselben verbundenen Unternehmungen (Punkt d), sowie die in die Reihe der kgl. kleineren Nutznießungsrechte (Regalien) gehörigen Mühlen und Schankgeschäfte inbegriffen;

2. bei dem Gewerbebesetze nicht unterliegenden, jedoch gewerbsmäßig beziehungsweise als Unternehmung betriebenen Erwerbsberufen (in techn. Bureaus und Agenturen, bei Theatern, Apotheken usw.);

3. in Berg-, Hütten-, Salzwerken und anderen Bergwerksprodukte aufarbeitenden Werken, bei Betrieben, Anlagen und Arbeiten, welche sich mit Steinbruch, Sand, Schotter und Tonproduktion, mit dem Bruch und der Verarbeitung von Stein- und Erdmaterialien beschäftigen;

4. bei Weg-, Brücken-, Eisenbahn-, Tunnel-, Wasser-, Damm-, Kanal-, Hafen-, Befestigungs-, Wasserleitungs-, Gas- und elektrischen Beleuchtungs- und Kraftübertragungs-, Leitungsbauten;

5. bei Ergänzung und Verarbeitung von zündbaren, gesundheitsschädlichen und giftigen, sowie von explosiven Stoffen und Explosionsobjekten;

6. in chemischen, physikalischen und Apotheker-Laboratorien;

7. bei Schlachtbrücken und Eiswerken;

8. bei Eisenbahnbetrieben ohne Rücksicht auf die Betriebskraft, in Fabriken und Werkstätten, bei Bauten und Instandhaltungsarbeiten derselben, bei der Post, der Telegraphie und den

Telephonbetrieben, bei Bauten und Instandhaltungsarbeiten derselben;

9. bei der Schifffahrt, bei Schiffsladungen jeder Art und beim Schiffsbau;

10. bei Baggerungs-, Fähr-, Hafen- und Floßunternehmungen;

11. bei Fuhrwerks- und Verfrachtungsbetrieben, bei Lagerhäusern und Handelskellereien;

12. in den mit der land- und forstwirtschaftlichen Produktion, der Viehzucht, Fischerei, Gärtnerei und der Weinkultur, dem Seidenbau und der Bienenzucht in Verbindung stehenden Nebengewerbszweigen, selbst wenn in denselben überwiegend nur die eigenen Rohprodukte verarbeitet werden;

13. bei öffentlichen Anstalten;

14. bei staatlichen, Munizipal-, Kommunal- und Fundationalunternehmungen oder Ämtern, ausgenommen die bei Militäranstalten und Betriebsanlagen beschäftigten Soldaten;

15. in Werkstätten öffentlicher Unterrichtsanstalten;

16. bei Vereinen, Gesellschaften, Gewerbekorporationen und den gemäß dieses Gesetzes gegründeten Versicherungskassen;

sowohl ständig als auch provisorisch aushilfs- oder übergangsweise mit einem Gehalte oder Lohne angestellt sind, welcher jährlich 2400 Kronen resp. 8 Kronen täglich nicht übersteigt.

Als Angestellte sind auch Lehrlinge, Praktikanten und jene Personen anzusehen, die zufolge noch nicht beendeter Ausbildung entweder überhaupt keinen Gehalt oder Lohn oder nur einen geringeren als üblich erhalten. Versicherungspflichtig sind endlich auch die Heimarbeiter. Bezüglich der Anzeige und der Versicherungsbeiträge solcher Heimarbeiter ist jeder einzelne Arbeitgeber verantwortlich.

Unfallversicherungspflichtig sind folgende Betriebe und Arbeiten:

1. Berg-, Hütten- und Salzwerke, Bergwerksprodukte verarbeitende sonstige Werke, Betriebe, Anlagen und Arbeiten, welche sich mit Steinbruch, Sand-, Schotter- und Tonproduktion, mit dem Bruch und der Verarbeitung von Stein und Erdmaterialien beschäftigen;

2. Schiffsbau-, Zimmermanns- und Sägeanlagen;

3. sämtliche Fabriksanlagen, auch wenn dieselben als Nebengewerbezweige der im Punkt a) § 183 des GA. XVII 1884 benannten Berufe betrieben werden und in denen hauptsächlich eigene Rohprodukte verarbeitet werden, ebenso sämtliche gewerblichen Werk-

stätten, insofern in denselben ständig mindestens 20 Angestellte beschäftigt sind;

4. sämtliche baugewerblichen Betriebe und Arbeiten, auch die nicht gewerbsmäßig, sondern häuslich durchgeführten Bauten und an Baubewilligung nicht gebundenen Reparatursarbeiten und der ebenerdigen Bauten einfacher Konstruktion;

5. Wege-, Brücken-, Eisenbahn-, Tunnel-, Wasser-, Damm-, Kanal-, Hafen-, Befestigungs-, Wasserleitungs-, Gas-, elektrische Beleuchtungs- und Kraftübertragungs-Leitungsbauten;

6. Wasserleitungs-, Gas-, elektrische Beleuchtungs- und Blitzableiter-Montierungsarbeiten;

7. Wege-, Haus-, Kanal und Fensterreinigungsarbeiten;

8. Kaminfeger, Brunnenmacher und Steinmetzgewerbebetriebe, Stein- und Gipsbildhauerei;

9. Fensterauslage und Ventilationsapparatemontagen, Tischler-, Spängler-, Dachdecker-, Hafner-, Schmiede-, Schlosser-, Anstreicher-, Zimmermaler-, Tapezierer- und Glasergewerbsbetriebe;

10. die Erzeugung und Verarbeitung von zündbaren, gesundheitsschädlichen oder giftigen, ebenso von explodierbaren Stoffen und Explosionsobjekten;

11. das berufsmäßige Feuerlöschwesen;

12. die chemischen, physikalischen und pharmazeutischen Laboratorien;

13. Schlachtbrücken-, Fleischer- und Selcherbetriebe, Eiswerke;

14. Gewerbeanlagen zur Erzeugung von Malz, Öl, Lacken, Farben und Schmiermaterialien;

15. sämtliche Eisenbahnbetriebe, ohne Rücksicht auf die Betriebskraft, deren Bauten, Instandhaltungsarbeiten, Werkstättenbetriebe, sowie sämtliche an den Eisenbahnstationen betriebenen Gewerbe (Wirtsgeschäfte, Verkaufsgeschäfte);

16. Schiffahrtsbetriebe, inbegriffen die auf Schiffen eingerichteten Wirtsgeschäfte, sämtliche Schiffsladung, Schiffsbaubetriebe und Arbeiten;

17. Bagger-, Fähr-, Hafen-, Floßunternehmungen;

18. Fuhrwerks-, Verfrachtungs- und Einlagerungsunternehmungen sowie die Handelskellerei;

19. Betrieb von Motorwagen (Automobilen);

20. die Post-, Telegraphen- und Fernsprechbetriebe und deren Bauten, sowie Instandhaltungsarbeiten;

21. gewerbsmäßige Holz- und Kohlenlager, gewerbsmäßige Holzproduktion;

22. Pumpanlagen der Wasserbau- und Wassernutzungsgesellschaften;

23. Krankenpflegs-Institute;

24. Werkstätten von öffentlichen Unterrichtsanstalten;

25. Unternehmungen, welche mit Insassen von Besserungsanstalten und Häftlingen von Haftanstalten arbeiten, endlich

26. all jene Betriebe, ohne Rücksicht auf die Anzahl der angestellten Arbeiter, in welchen durch Elementarkraft betriebene Maschinen oder an behördliche Bewilligung gebundene Dampfkessel verwendet werden.

Unterstützungen für den Krankheitsfall im folgenden Mindestausmaße können die Versicherungspflichtigen und freiwilligen Mitglieder beanspruchen:

a) Unentgeltliche ärztliche Behandlung während 20 Wochen, im Geburtsfalle den nötigen geburtshilflichen Beistand und Heilbehandlung.

b) Arzneien, Bäder, Heilwasser und sonstige nötige Heilmittel für die Dauer von 20 Wochen gleichfalls unentgeltlich.

c) Krankengeld in dem Falle, wenn die Krankheit mit Erwerbsunfähigkeit verbunden ist und länger als 3 Tage dauert, für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit, vom ersten Tage der Erkrankung an gerechnet, wenn aber die Erwerbsunfähigkeit nicht früher aufhört, 20 Wochen hindurch und zwar bis zur Höhe des halben Betrages des durchschnittlichen Tagelohnes, welcher bei Berechnung des Beitrages des betreffenden Mitgliedes als Grundlage gedient hat.

d) Im Falle der Niederkunft auf eine Wochenbettunterstützung im selben Betrage wie das Krankengeld, vom ersten Tage der Niederkunft gerechnet, sechs Wochen hindurch.

e) Freie ärztliche Behandlung und die nötigen therapeutischen Hilfsmittel für die im gemeinsamen Haushalte mit dem Versicherten lebenden, und keinen Erwerb besitzenden, nicht versicherten Familienmitglieder, 20 Wochen hindurch, überdies im Falle der Niederkunft auf die nötige Geburtshilfe und Heilbehandlung.

f) Im Todesfalle auf die Beerdigungskosten und zwar im zwanzigfachen Betrage des durchschnittlichen Tagelohnes, welcher bei Berechnung des Beitrages des verstorbenen Mitgliedes als Grundlage gedient hat.

Dasjenige Mitglied, welches die Krankheit „vorsätzlich“ verursacht hat, hat keinen Anspruch auf Krankengeld. Ebenso wird

etzteres entzogen, wenn das kranke Mitglied den Weisungen des Arztes absichtlich nicht nachkommt und dadurch seine Genesung verzögert.

Spitalspflege ist seitens der Kassen zu gewähren demjenigen Kranken, welcher verheiratet ist oder mit einem Mitgliede seiner Familie im gemeinsamen Haushalte lebt, wenn die Krankheit ansteckend ist oder seiner Natur nach Spitalsaufnahme fordert, endlich wenn das Mitglied den Weisungen des Arztes nicht nachkommt und dadurch seine Genesung verzögert. Die Heilungs- und Verpflegungskosten in Spitälern usw. gehen längstens vier Wochen zu Lasten der Arbeiterkrankenkasse.

Die Mitgliedschaft und damit der Anspruch auf Krankenunterstützung erlischt bei versicherungspflichtigen Mitgliedern am Tage des Austrittes aus dem Berufe; bei freiwilligen Mitgliedern hingegen dann, wenn das freiwillige Mitglied das Gebiet der Stefanskrona verläßt oder wenn es den Beitrag, gemäß der statutenmäßigen Fälligkeit, an zwei nacheinanderfolgenden Fälligkeitsterminen einzuzahlen verabsäumt.

Die Unfallunterstützungen und Renten. Nach einer durch Unfall verursachten körperlichen Verletzung gebührt dem Versicherten folgende Entschädigung:

1. freie ärztliche Behandlung, Arzneien, therapeutische Hilfsmittel (in oben erwähnter Art) von der elften Woche nach dem Unfalle beginnend;

2. eine Rente für die Dauer seiner Arbeitsunfähigkeit, bzw. seiner verminderten Arbeitsfähigkeit von der elften Woche beginnend, bzw. wenn die Zahlung des Krankengeldes eingestellt wurde, vom Zeitpunkte der Einstellung des Krankengeldes beginnend.

Die Rente für den Fall gänzlicher Invalidität und für die Dauer derselben beträgt als volle Entschädigung 60 Proz. des jährlichen Arbeitsverdienstes des Versicherten; für den Fall der teilweisen Verminderung der Erwerbsfähigkeit und auf die Dauer derselben ist jene Quote der vollen Rente zu bezahlen, welche der verlorenen Arbeitsfähigkeit verhältnismäßig entspricht. Der Verletzte hat jedoch nur dann Anspruch auf eine solche teilweise Entschädigung, wenn die Herabminderung seiner Arbeitsfähigkeit 10 Proz. übersteigt.

Trifft den Versicherten, der eine teilweise Rente genießt, ein neuerer Unfall, so ist die Entschädigung auf Grund der Gesamtfolgen der Unfälle und auf Grund des bei Feststellung der ersten

Rente als Grundlage genommenen Verdienstes festzustellen, ausgenommen den Fall, daß zur Zeit des letzteren Unfalles der einrechenbare Verdienst des Verletzten größer war.

Ist der Verletzte zufolge des Unfalles nicht nur vollkommen erwerbsunfähig, sondern auch hilflos geworden, so daß er ständiger Pflege und Wartung beansprucht, so ist in diesem Falle für die Dauer seiner Hilflosigkeit seine Rente bis zum vollen Betrage des als Grundlage der Entschädigung dienenden vollen jährlichen Arbeitsverlustes zu erhöhen.

Stirbt der Versicherte zufolge des Unfalles, so ist ohne Rücksicht auf die Zeit des Eintritts des Todes außer den ev. zu gewährenden, soeben erwähnten Entschädigungen noch auszufolgen:

1. Die im Rahmen dieses Gesetzes bestimmten Beerdigungskosten.
2. Vom Tage des Todes beginnend, den Angehörigen folgende Jahresrente.
 - a) Die Rente der verwitweten Frau beträgt bis zu ihrem Tode oder bis zu ihrer Wiederverheiratung 20 Proz. des Jahresarbeitsverdienstes des infolge des Unfalles Verstorbenen. Ebenso beträgt die Rente des verwitweten Mannes 20 Proz. des Jahresverdienstes seiner infolge Unfall verstorbenen Gattin, falls dieselbe versichert war und ihn wegen teilweiser oder gänzlicher Arbeitsunfähigkeit erhalten hat.
 - b) Die Rente der zurückgebliebenen Kinder beträgt bis zum Ablauf ihres 16. Lebensjahres und zwar ohne Rücksicht auf deren legitime oder illegitime Abstammung (ebenso auch die der vor dem Unfälle adoptierten Kinder) 15 Proz. des Jahresarbeitsverdienstes des infolge Unfalles Verstorbenen. Falls die Kinder ganz verwaist zurückbleiben 30 Proz. des Verdienstes.
 - c) Im Falle die Kinder ganz verwaist zurückbleiben und beide Eltern versichert waren, so ist als Grundlage ihrer Rente der Verdienst jenes Elternteiles zu nehmen, dessen Arbeitsverdienst der höhere war.
 - d) Kinder, deren Eltern nicht im gemeinsamen Haushalte mit ihnen lebten, sind nach dem zufolge des Unfalles eingetretenen Tode des Versicherten, bezüglich Feststellung der Rente, als vollkommen verwaist zu betrachten.
 - e) An im Rentengenusse stehende Kinder kann zwecks Fortsetzung ihres Studiums auch für die Zeit über ihr 16. Lebensjahr eine Rente resp. Unterstützung gewährt werden.

3. Eltern oder Großeltern, wenn für ihre Erhaltung überwiegend der infolge Unfalles Verstorbene gesorgt hat, erhalten bis zu ihrem Tode resp. insolange sie unterstützungsbedürftig sind, 20 Proz. als Rente. Ebenso die vollkommen verwaisten Enkel bis zum vollendeten 16. Lebensjahre.

4. Die Jahresrenten der Hinterbliebenen können 60 Proz. des jährlichen Arbeitsverdienstes nicht übersteigen. Sollte der Betrag der Renten 60 Proz. überschreiten, so sind die Jahresrenten der Eehälften und Kinder im Verhältnis ihrer Höhe herabzusetzen. Eltern und Großeltern sind nur dann und insoweit anspruchsberechtigt, bis die Renten der überlebenden Eehälfte und der hinterbliebenen Kinder den höchsten Betrag erreicht haben, Enkel aber nur dann und insoweit, als die Witwe, Kinder, Eltern und Großeltern den vollen Rentenbetrag nicht in Anspruch nehmen.

Vorsätzlich verursachter Unfall büßt jeden Anspruch auf Entschädigung ein. Bei Entfernung ins Ausland wird der Renten- genuß bis zur Rückkehr unterbrochen. Entfernt sich der Anspruchsberechtigte zum dauernden Aufenthalt ins Ausland, so kann ihm auf sein diesbezügliches Gesuch eine Abfertigung bis zur Höhe der einjährigen Rente bewilligt werden.

Die Heilbehandlung des gegen Unfall Versicherten hat bis zu dessen vollkommener Genesung auch nach der elften Woche nach Eintritt des Unfalles die zuständige Arbeiter-Bezirkskrankenkasse bzw. die Betriebskasse zu besorgen, deren gesamte bei der Heilbehandlung entstandenen Kosten für die nach der elften Woche abgelaufenen Zeit zu Lasten des Unfallversicherungskontos der Arbeiterkranken- und Unfallversicherungslandeskasse gehen. Die nach einem Unfälle Verstorbene auflaufenden Beerdigungskosten gehen in allen Fällen zu Lasten der erwähnten Landeskasse.

Die Organisation der Krankenkassen und Unfallversicherungskassen. Die Versicherung für den Krankheitsfall und gegen Unfall im Sinne dieses Gesetzes erfolgt durch die Arbeiterkranken- und Unfallversicherungslandeskasse, deren lokale Organe für die Vermittlung der Versicherung und Unterstützung: 1. die Bezirks- und 2. die Betriebskrankenkassen sind inbegriffen auch die Krankenkassen der Transportunternehmen.

Die Landeskasse ist das vermittelnde Organ für die Konstituierung sämtlicher auf Grund dieses Gesetzes zugelassenen Kassen und hat den Zweck:

1. Die Versicherung für den Krankheitsfall auf Grund des Gegenseitigkeitsprinzipes zu effektuieren.

2. Die verhältnismäßige Aufteilung der durch die Versicherung für den Krankheitsfall entstandenen Lasten zwischen Arbeitgeber und versicherten Angestellten, im Wege der Feststellung der Ver-

sicherungsbeiträge in Gemäßheit der Bedürfnisse (für das ganze Land und örtlich) zu besorgen.

3. Die Regelung der Unterstützung der versicherten Kassenmitglieder nach für das ganze Land einheitlichen Prinzipien.

4. Förderung der Anstellung gemeinsamer Ärzte, sowie gemeinsamer Vereinbarung bezüglich Lieferung von Arzneien und therapeutischen Mitteln.

5. Die Obsorge für Krankenhäuser, Ordinationsanstalten, Heil- und Erholungsstätten für die versicherten Mitglieder.

6. Anlage eines Reservefonds.

7. Die Versicherung gegen Unfälle auf Grund des Gegenseitigkeitsprinzipes.

8. Anlage eines Reservefonds zur teilweisen Bestreitung der Unfallrenten.

9. Ordnung des Dienstverhältnisses und der Pensionsangelegenheiten der Angestellten der im Sinne dieses Gesetzes zugelassenen Kassen.

Die Landeskasse führt über die Versicherungsoperate für Krankheitsfälle und Unfälle besondere Rechnungen, Evidenzhaltungen und Statistiken und hat auch die in den zwei Versicherungszweigen anzulegenden Reservekapitalien getrennt zu verwalten.

Die Landeskasse ist das auf autonomer Grundlage ruhende Organ der gemäß dieses Gesetzes für den Krankheitsfall und gegen Unfall versicherten Angestellten und deren Arbeitgeber.

Streitfragen hat das staatliche Arbeiterversicherungsamt zu entscheiden, falls sie die den Arbeitgeber belastenden Unfallversicherungsbeiträge betreffen, ebenso die auf die Einteilung der Betriebe in Gefahrsklassen.

Zur staatlichen Beaufsichtigung und Kontrolle der Landes-, Bezirks- und Betriebskassen, ebenso zur Ausübung der Schiedsgerichtsbarkeit zweiter Instanz werden in Budapest und Agram unter Aufsicht des Kgl. ung. Handelsministers resp. des Banus von Kroatien zwei Staatsversicherungsämter errichtet. Dasselbe besteht aus der Versicherungs- und Gerichtssektion. Die Versicherungssektion erledigt die mit der Beaufsichtigung und Kontrolle der Versicherungskassen verbundenen Agenden und besteht aus den Unterabteilungen für a) Versicherung, b) Rechnungsführung und Statistik. Die Führung der Unfallverhütung unter Anhörung der interessierten Industriezweige und Vertreter der industriellen Berufe, sowie die im Wege von

Versicherungsinspektoren durchzuführende Kontrolle desselben gehört in den Wirkungskreis dieser Sektion.

Die richterliche Abteilung, welche über die Streitfragen, die in bezug auf gewährende Unterstützungen und Entschädigungen auftauchen, in letzter Instanz urteilt, besteht aus ständigen und nichtständigen richterlichen Mitgliedern. Die nichtständigen Mitglieder der richterlichen Abteilung des staatlichen Arbeiterversicherungsamtes — zumindest 20 ordentliche und 10 Ersatzmitglieder — werden zur Hälfte aus der Reihe der Arbeitgeber, zur anderen Hälfte aus der Reihe der Arbeiter durch die Arbeitgeber und Arbeitermitglieder der Generalversammlung der Landeskasse für die Dauer von 3 Jahren erwählt.

Die richterliche Abteilung des staatlichen Arbeiterversicherungsamtes urteilt in geschlossener Sitzung im Siebener-Senat und die Vollstreckung der Urteile gehört in die Kompetenz des bezüglich des Verurteilten zuständigen Kgl. Gerichtshofes.

Die Unfallverhütung. Insofern die Direktion der Landeskasse oder der einzelnen Bezirksversicherungskassen die besondere Besichtigung einzelner Betriebe für nötig findet zwecks Feststellung dessen, ob der Unfall, der sich ereignete, nicht die Folge der mangelhaften Einrichtung war, resp. ob in den betreffenden Betrieben nicht die Anwendung entsprechender Schutzvorkehrungen notwendig war, können dieselben wegen Vornahme einer solchen Besichtigung, den zuständigen Kgl. Gewerbeinspektor, das Eisenbahn- und Schifffahrtsoberinspektorat, die Berghauptmannschaft, die Zentralkommission des Tabakgefälles oder das kompetente Organ der Postverwaltung und die Kgl. ung. Wasserbaudirektion angehen, und haben diese Behörde diesem Ersuchen innerhalb der kürzesten Zeit zu entsprechen und das Resultat ihres Vorgehens der requirierenden Kasse unmittelbar mitzuteilen.

Die Arbeiterkrankenversicherungslandeskasse kann die in den Kreis der Versicherung für den Krankheitsfall eingezogenen Betriebe, auch vom Standpunkte der Gewerbehygiene in gleicher Weise, kontrollieren lassen. Sie kann auch die Erlassung von allgemeinen Schutzmaßnahmen beantragen, jedoch bedürfen diese Vorschriften der vorherigen Genehmigung des Handelsministeriums.

Falls der Arbeitgeber die vorgeschriebenen Schutzmaßnahmen oder Vorrichtungen nicht anwendet, so kann die Direktion der Landeskasse seinen Betrieb, unabhängig von dem gegen ihn auf Grund § 183 dieses Gesetzes eingeleiteten Verfahrens, in eine höhere Klasse der Gefährlichkeitstabelle einreihen und, falls dies

schon geschehen wäre, zur Bezahlung des doppelten Gebührensatzes verpflichten.

Der Arbeitgeber ist verpflichtet, die angeordneten Schutzvorschriften und Verbotmaßnahmen in sämtlichen Arbeitsräumen des Betriebes in der staatlichen Amtssprache und in der Sprache der Majorität der angestellten Arbeiter an leicht zugänglichen Orten zu affichieren. Überdies sind die seitens des Kgl. Gewerbeinspektors als gefährlich erklärten Maschinen, außer den angewendeten Schutzvorrichtungen, mit Warnungen zu versehen, deren Text der Kgl. Gewerbeinspektor festzustellen hat.

Wer die auf Grund dieses § angeschlagenen Schutzvorschriften, Verbote oder Warnungen unberechtigt entfernt, beschädigt oder unleserlich macht, ist durch die Gewerbebehörde (Stuhlrichteramt) gemäß § 189 mit einer Geldstrafe bis zu 5 resp. im Wiederholungsfalle bis 10 Kronen zu belegen. Insofern die Geldstrafe einen Angestellten trifft, ist der Arbeitgeber verpflichtet, derartige Geldstrafen vom Lohne des Versicherten abzuziehen und einzuzahlen. Jedoch darf der Abzug sich höchstens auf den vierten Teil des von Fall zu Fall ausgezahlten Arbeitslohnes erstrecken.

Nichts spricht deutlicher für die zahllosen Hemmnisse und Schwierigkeiten, welche hierzulande den Ausbau des Arbeiterschutzes im modernen Sinne, insbesondere die Etablierung der Unfallversicherung verzögerten, als die zeitliche Differenz, die zwischen dem Inslebensreten der Gewerbeinspektion, der im Wege der allgemeinen Verfügungen versuchten Unfallverhütung, der Anordnung der statistischen Erhebung der gewerblichen Unfälle und der endlichen Einführung der obligatorischen Unfallversicherung verstreichen konnte. Schon der GA. XXVIII des Jahres 1893 enthält ausführliche Bestimmungen über den „Schutz der gewerblichen und in Fabriksbetrieben beschäftigten Arbeiter gegen Unfälle“, ordnet die Meldungspflicht sämtlicher gewerblicher Unfälle und die Wirkungssphäre der mit demselben Gesetze kreierten Gewerbeaufsicht an, und erst nach bange 14 Jahren konnte an die Einführung der obligatorischen Unfallversicherung geschritten werden.

Im Sinne des § 1 des eben erwähnten Gesetzes vom Jahre 1893 ist der Arbeitgeber verpflichtet in seiner Betriebsanlage all das zu errichten und zu erhalten, was mit Rücksicht auf die Betriebsart, im Interesse der möglichsten Sicherung des Lebens, der

körperlichen Unversehrtheit und Gesundheit der Angestellten nötig ist, insbesondere ist der Arbeitgeber verpflichtet:

a) An Stellen, wo das Leben, die körperliche Unversehrtheit oder Gesundheit der Angestellten durch Absturz oder Herabfallen irgendeines Gegenstandes gefährdet werden kann, die entsprechenden Schutzvorrichtungen anzuwenden, die Öffnungen (Vertiefungen) oder solche Behältnisse, bei welchen die Gefahr des Hineinfallens droht, gehörig einzufrieden resp. zu bedecken.

b) Die Antriebs- (Schwung-) und Zahnräder, die Transmissionen mindestens in der Höhe, in welcher dieselben mit den Angestellten oder im Verkehrsbereiche in Berührung kommen können, mit Schutzvorrichtungen oder Umwehrungen zu versehen.

c) An Kreissägen, Hobel-, Ätz-, Schleif- und sonstigen Maschinen Schutzvorrichtungen anzubringen.

d) Das Ölen der Maschinen und die Anwendung, das Auflegen und Herabwerfen der Treibriemen resp. der Transmissionen mit besonderer Sorgfalt vornehmen zu lassen.

e) Die gefahrlose Trag- resp. Transportfähigkeit der Aufzugsmaschinen sowohl bezüglich der Personen als auch der Lastenbeförderung unter Intervention der Gewerbebehörde festzustellen, dieselbe an auffälliger Stelle zu bezeichnen und darüber zu wachen, daß diese Maschinen nur nach Maßgabe ihrer Tragfähigkeit benutzt werden können und mit Sicherheitsfangvorrichtungen versehen werden sollen.

f) Die Leuchtgas- und Petroleumlampen derart zu placieren, daß die Feuertgefahr nicht erhöht werde, genügend weite, leicht zu öffnende und erreichbare Aus- und Abgänge anzulegen, die nötigen Feuerlöschrequisiten in zu rascher Benutzung geeignetem Zustande in Bereitschaft zu halten.

g) Für die gehörige Lüftung und Belichtung der Fabrikräume, für die Entfernung der entstehenden Gase, des Staubes, der Abfälle und sonstigen Schmutzes zu sorgen, ferner in geschlossenen Arbeitsräumen für genügenden Luftraum Vorsorge zu treffen.

h) Jene Angestellten, die mit giftigen Stoffen gesättigte Räume betreten oder sich dort aufhalten müssen, mit Respiratoren zu versehen, und dieselben auch benutzen lassen.

i) Die zur ersten Hilfeleistung nötigen Verbandstoffe und Arzneien stets in Bereitschaft zu halten.¹⁾

¹⁾ Min.Erl. Z. 135463 vom 31. Dezember 1899 führt detailliert jene Verbandsmittel und Medikamente an, die in mit Elementarkräften betriebenen oder mindestens 20 Angestellten beschäftigenden Anlagen stets vorrätig sein müssen.

Der Wirkungskreis der Königlichen Gewerbeinspektoren erstreckt sich gemäß der Dienstverordnung Z. 17001/901 des Handelsministers, auf die mindestens jährlich einmalige Untersuchung der in ihrem Bezirke vorhandenen Fabriken und Anlagen, in welchen eine durch Elementarkraft (Dampf, Gas, Wasser, Wind, Heißluft, Elektrizität) betriebene Kraftmaschine in Betrieb ist, oder in welchen zwar keine Kraftmaschine vorhanden ist, jedoch für gewöhnlich mindestens 20 Angestellte beschäftigt werden.

Ohne Rücksicht auf die soeben erwähnten Betriebseinrichtungen sind unbedingt der Inspektion unterworfen Betriebe, in denen:

1. Schießpulver oder Sprengstoffe erzeugt werden.
2. Gas und Elektrizität produzierende Anlagen.
3. Tonwarenbrandöfen.
4. Mineralölraffinerien.
5. Knochenbrennöfen.
6. Knochenbleichanlagen.
7. Knochenkocher.
8. Knochenmühlen.
9. Leimkocher.
10. Talgschmelzanlagen.
11. Gießereien.
12. Zündhölzchenfabriken.
13. Röstöfen.
14. Hadernsortier- und Sammelanlagen.
15. Feuerwerksgegenständefabriken.
16. Chemische Fabriken.
17. Blut- und Laugekochereien.

Die Gewerbeinspektoren sind berechtigt, während ihrer Amtshandlung in alle Arbeitsräume, Maschinenhäuser, Arbeiterquartiere, überhaupt in sämtliche Betriebsräume, wo Angestellte sich befinden, zu welcher Tageszeit immer einzutreten, und können jedermann befragen und Aufklärungen verlangen. Sie haben darauf zu achten, ob die vorbeugenden Verfügungen gegen Unfälle und die Schutzmaßnahmen bezüglich der Sicherheit des Lebens, der körperlichen Unversehrtheit und Gesundheit der Arbeiter auch wirklich durchgeführt werden und sind hauptsächlich dazu berufen den Arbeitgebern fachgemäße Ratschläge und Anweisungen darüber zu erteilen, auf welche Weise die zum Schutze des Lebens und der Gesundheit der Angestellten nötigen Maßnahmen am vorteilhaftesten getroffen werden können. Endlich haben sie die Pflicht, die Ar-

beitgeber ev. die Angestellten auf die nachträgliche Ergänzung der wahrgenommenen Mängel aufmerksam zu machen, sowie im Nichtbefolgungsfalle der erteilten Anweisung gegen die Arbeitgeber das Retorsionsverfahren einzuleiten.

In bezug auf die gesundheitlichen Verhältnisse der Anlagen haben die Gewerbeinspektoren zu beachten, ob:

1. Die Unfälle pünktlich angemeldet werden, wovon sie sich durch Revision des im abtrennbaren Couponsystem gehaltenen Unfallmeldebuches überzeugen können und müssen. Hierbei kann der Aufgabestempel des Postamts resp. das Krankenkassenjournal Anhaltspunkte geben.

2. Sind die Arbeiter gegen Unfall versichert? Wo? Unter welchen Bedingungen?

3. Sind die Rettungskästen vorhanden? Ist ihr Inhalt im gebrauchsfähigen Zustande?

4. Ist Boden und das Mauerwerk der Arbeitsräume trocken?

5. Ist die Luft der Arbeitsräume rein und unverdorben?

Sind Ventilatoren, Exhaustoren vorhanden? Funktionieren sie tadellos?

6. Die Beleuchtung der Arbeitsräume.

7. Die Heizvorrichtung und Temperatur der Arbeitsräume.

8. Die Reinlichkeitsverhältnisse der Anlage.

9. Das Trinkwasser.

10. Welche Anordnungen sind zur Sicherung des Lebens und der Gesundheit der Arbeiter zu treffen? (Triebwerke, Arbeitsmaschinen, Schmierer der Maschinen, Riemenauflegen, Leiter, Aufzüge, Ausgänge, Ventilation, Wasch-, Speise-, und Ankleideräume. Kesselbenutzungszertifikat, Speisepumpen, Wasserstandgläser, Sicherheitsventile, Manometer).

Sehr verantwortungsvoll ist auch die dem Gewerbeaufsichtskorps zugefallene Aufgabe der Dampfkesselproben und Revisionen die sowohl vor der in Betriebsetzung, als auch periodisch vor sich zu geben haben. Wohl im ursächlichen Zusammenhange mit der hohen Bedeutung der tadellosen Kesselbedienung ist es zu bringen, wenn die Kgl. ung. Gewerbeinspektoren ex offio Mitglieder der Prüfungskommissionen für Kesselheizer und Dampfmaschinenleiter sind.

Gemäß § 5 des Min.Erl. 17003/901 haben sich der Prüfung zu unterziehen: a) Dampfschiffsmaschinen sowie die mit der Pflege der Dampfschiffsmaschinen und Kessel Betrauten, a) Lokomotivführer,

c) Angestellte bei stabilen Dampfmaschinen und d) Lokomobilen und e) Kesselheizer.

Endlich ist die Intervention der Gewerbeinspektoren bei kommissionellen Verhandlungen betreffend die Einrichtung neuer gewerblicher Betriebe vom Standpunkte des Arbeiterschutzes zu erwähnen. Gemäß § 25 des GA. XVII vom Jahre 1885 benötigen alle gewerblichen Anlagen, die infolge ihrer Lage oder der Besonderheit des Betriebes die Nachbarn oder überhaupt das Publikum stören, schädigen oder gefährden können, der vorhergehenden Genehmigung seitens der Gewerbebehörden I. Instanz. Letztere hat nun in allen Fällen hiervon den zuständigen Gewerbeinspektor zu verständigen resp. zur kommissionellen Verhandlung einzuladen. Dem anwesenden Gewerbeinspektor obliegt es hierbei, sofort die zur Wahrung des gesundheitlichen Arbeiterschutzes nötigen Vorkehrungen zu treffen. Derzeit bedürfen folgende gewerbliche Anlagen der vorhergehenden kommissionellen Genehmigung.

Schon diese in knappsten Zügen gehaltene, bloß das Wesentlichste des auf den sanitären Arbeiterschutz Bezug habenden beleuchtende Skizze, dürfte genügen, um hinzuweisen, welche Fülle von gesundheitlichen Interessen einer großen Volksgruppe in die Hände eines, seltsamerweise bloß aus technischen Kreisen stammenden, Beamtenkörpers gelegt ist. Nimmt man hinzu, daß außerdem noch eine große Reihe von statistischen, handelsfördernden Daten besorgende, der Schlichtung von Arbeiterstreike erwachsende Agenden demselben Organe der Sozialpolitik als Aufgabe zufallen: so wird der Zweifel, ob diese jeder hygienischen Vorbildung entbehrenden Organe beim besten Willen ihrer Mission gerecht werden könnten, mit Recht rege. Und da mag es zum besonderen Lobe dieser wahrscheinlich sich im Dienste aufreibenden Funktionäre erwähnt werden, daß sie selbst, schon frühe, spontan auf die in ihrer Vorbildung sich empfindlich bemerkbar machende Lücke hinweisend, alljährlich in ihren amtlichen Berichten an den ihnen vorgesetzten Handelsminister, die Einbeziehung von hygienisch vorgebildeten Ärztegewerbeinspektoren fordern. So schreibt der Gewerbeaufsichtsbeamte zu Sopron schon im Jahre 1901: „Zur Förderung der Gewerbehygiene wäre es förderlich, wenn die Gewerbeinspektoren ihre Revisionen, in den gesundheitsgefährlichen Betrieben, stets in Gesellschaft von Ärzteinspektoren vornehmen würden.“ Der Obergewerbeinspektor in Budapest läßt sich in seinem Berichte 1904, wörtlich, folgend vernehmen (S. VII):

„Darum wird es fürderhin kaum zu umgehen sein, daß entweder in Verbindung mit der „Sozialwissenschaftlichen Gesellschaft“ oder unabhängig von ihr, ein Institut errichtet werde, dessen Aufgabe es wäre, die Gewerbehygiene, ihre Literatur, sowie sämtliche Neuerscheinungen auf diesem Gebiete zu beachten, und was von ihnen für unsere heimischen Verhältnisse verwertbar schiene, zu publizieren oder versuchsweise einzuführen.“

Noch deutlicher und bezeichnender ist die offene Sprache des in Pozsony stationierten Gewerbe-Oberinspektors, der im selben Jahre sein Referat über „Gesundheitswidrige Einflüsse“ mit folgenden Sätzen eröffnete (S. 612):

„Es ist eine bedauerliche, aber unleugbare Tatsache, daß der Kampf gegen die Gewerbekrankheiten bei uns noch mit den Schwierigkeiten des Anfanges zu kämpfen hat. Obwohl die Medizin über die Entstehung, Einflüsse, Behandlung und Abwehr dieser Krankheiten schon im reinen ist — was die fremdländische gewerbehygienische Literatur bezeugt —, werden dennoch bei uns die in diesen Büchern enthaltenen Weisungen zum Schutze der Arbeiter leider nicht im wünschenswerten Maße befolgt. Und zwar aus drei Gründen:

ad 3. Das Personal des Gewerbeaufsichtsdienstes, aus bloß technisch vorgebildeten Leuten bestehend, kennt infolge mangelnder medizinischer Kenntnisse in vielen Fällen die den Arbeiter in seiner Gesundheit bedrohenden schädlichen Einflüsse nicht, wie ja die letzteren auch die mit der Fabriksinspektion betrauten Bezirksärzte nicht kennen.

Zur Remedur der ad 3 beklagten Übelstände erlaubt sich der berichtstattende Beamte, die eheste Herausgabe einer, die hierländischen Verhältnisse berücksichtigenden Gewerbehygiene, sowie ferner vorzuschlagen, daß für die bloß technisch vorgebildeten Gewerbeaufsichtsorgane gewerbehygienische Kurse veranstaltet werden mögen.“

Wir glauben der weiteren Illustration dieses in seiner Tragweite nicht genug zu bewertenden Übelstandes entraten zu können, weil die eben in jüngster Zeit an dem Organe der staatlichen Sozialpolitik bemerkbaren Versuche einer Sanierung und Modernisierung die Hoffnung rege lassen, daß in Bälde auch dieses Gebot der Einsicht und Logik realisiert werden dürfte und die Ausstellung von Ärzten nicht mehr jenen Hemmnissen begegnen wird wie bisher.

Als erstes, erfreuliches Zeichen der Rekonstruktion hat sich

die Ende des Jahres 1906 durchgeführte Dezentralisation der Gewerbeinspektion bemerkbar gemacht. Hierbei wurden aus den bisherigen 17 Gewerbeaufsichtsbezirken (Arad, Besztercebánya, Brassó, Budapest, Debreczen, Győr, Kassa, Kolozsvár, Marosvásárhely, Miskolcz, Nagyvárad, Pécs, Pozsony, Sopron, Szeged, Temesvár und Fiume) folgende achtzehn neu systemisiert bzw. ausgeschieden: Békésgyula, Lugos, Mármarosziget, Nagybecskerek, Nyiregyháza, Sátoralyaujhely, Segesvár, Szabadka, Szatmár-Németi, Szolnok, Kaposvár, Komárom, Losoncz, Lőcse, Nyitra, Trencsén und Szombathely. In diesen 35 Aufsichtsbezirken sind 48 Organe tätig und sie müßten Bedeutendes leisten, wenn die aus der schon erwähnten Lücke ihrer hygienischen Vorbildung entspringenden Wirren saniert werden.

Über die Tätigkeit der ungarischen Gewerbeinspektion können wir an Hand der seit dem Jahre 1899 regelmäßig erscheinenden lehrreichen Jahresberichte folgendes, mit statistischen Daten belegtes Bild geben:

Jahr	Zahl der revidierten gewerblichen Betriebe	Zahl der revidierten Bauten	Zahl der Kommission. Verhandlungen behufs Genehmigung neuer Betriebe	Zahl der bei Revisionen gefundenen Mängel und der getroffenen Verfügung	Zahl der eingelaufenen Unfallsanzeigen	Streik-Interventionen	Zahl der vorhandenen Dampfkessel	Zahl der Wasserdruckproben	Zahl der Revisionen	Zahl der jährlichen Kontrollen
1899	2719	185	544	5 647	10 042	5	— ¹⁾	— ¹⁾	— ¹⁾	— ¹⁾
1900	3317	127	389	6 136	11 558	4	— ¹⁾	— ¹⁾	— ¹⁾	— ¹⁾
1901	6121	150	526	14 345	12 775	—	25 441	4325	4591	16 451
1902	6258	192	780	13 309	13 211	33	24 854	4890	5524	12 269
1903	6388	187	810	13 275	14 328	142	25 812	5387	6386	13 343
1904	7277	238	1120	13 270	14 534	183	28 062	6402	7590	15 421
1905	6565	239	1109	11 130	16 142	286	29 089	5567	2932	10 679
1906	7849	297	1232	19 714	17 532	732	30 311	5736	2409	18 427
1907	6782	365	1424	13 549	—	412	31 504	5892	2132	9 564

Sowohl vom wissenschaftlichen als auch vom sozialpolitischen Standpunkte verdient die Sorgfalt und Bemühung, die der statistischen Erhebung der gewerblichen Unfälle seit Jahren zuteil wird, rühmend hervorgehoben zu werden. Man wird die der Genauigkeit jeder statistischen Erhebung ohnehin im

¹⁾ Die Agenden der Dampfkesselinspektion sind erst seit dem Jahre 1901 der Gewerbeaufsicht zugewiesen.

Wege stehenden Schwierigkeiten um so mehr ins Auge fassen müssen, als ja bisher in Ungarn infolge Fehlens der obligatorischen Unfallversicherung auch das hochwichtige materielle Interesse an der Pünktlichkeit und Zuverlässigkeit der Meldungstätigkeit mangeln durfte. Nichtsdestoweniger haben, wie die seit dem Jahre 1900 regelmäßig erscheinenden, den diesbezüglichen Stoff in anziehender Form darstellenden Publikationen der „Gewerbeförderungs-Sektion des Kgl. Handelsministeriums“ es bezeugen, der Fleiß und die Beharrlichkeit der diese Arbeit verrichtenden Beamten es zustande gebracht, daß die ungarische Unfallstatistik in jeder Hinsicht den Vergleich mit denen der westlichen Staaten standhält, wie ja diese Wissenschaft schon seit jeher zu den lieb gewordenen Trägern der ungarischen Sozialpolitik gehört. Zur Mitarbeiterschaft bei Unfallserhebungen sind neben dem Arbeitgeber und der kompetenten Krankenkasse (resp. Spital) auch die privaten Unfallversich.-Gesellschaften herangezogen. Sie sind verpflichtet, innerhalb 48 Stunden an den zuständigen Gewerbeinspektor und auch an das Kgl. ung. Statistische Amt die Meldung zu machen.

Über die wichtigsten Ergebnisse der Unfallstatistik aus den Jahrgängen 1901—1905 geben nachfolgende Tabellen Aufschluß:

A. Zahl der Unfälle nach Industriegruppen und Geschlecht der Verletzten geordnet.

Industriegruppe	Die Zahl der Verletzten betrug in den Jahren									
	1901		1902		1903		1904		1905	
	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.
1. Metallbearbeitung . . .	2205	42	1191	90	2316	137	2498	140	2393	177
2. Maschinenindustrie . .	2639	19	3699	38	3917	32	4427	41	4744	50
3. Stein, Erde, Glasindustr.	1048	22	1103	41	1260	59	1269	66	1257	71
4. Holz- und Möbel „	2227	17	1482	33	1561	25	1715	40	1852	29
5. Leder- und Horn „	322	13	231	33	255	45	311	62	316	70
6. Textil „	346	126	228	172	241	199	241	205	338	189
7. Bekleidungs „	405	8	110	39	78	26	93	27	128	43
8. Papier „	204	22	182	29	178	34	152	44	197	51
9. Nahrungsmittel „	1885	70	1476	104	1484	124	1609	164	1495	135
10. Chemische „	542	36	620	98	781	95	890	133	986	120
11. Baugewerbe „	1427	57	1252	80	1250	98	1161	72	1253	87
12. Vervielfältigungs „	172	21	120	41	102	31	126	48	120	41
Zusammen	15 880		13 211		14 328		15 534		16 142	

B. Über die Zahl der gewerblichen Unfälle nach dem Grade der Verletzungen geordnet, gibt folgende — der jüngst vom

Kgl. Gewerbeinspektor Gerster publizierte, kleinen Arbeit „Gyáripári balesetek Magyarországon 1900—1905“ (Fabrikunfälle in Ungarn 1900—1905) entnommene — Aufstellung ein übersichtliches Bild:

Jahr	Gesamtanzahl der		Von allen Verletzungen waren				Auf 10 000 beschäftigte Arbeiter fallen	
	Beschäftigten	Verletzten	leichte	schwere	tödliche	unbekanntes Grades	insgesamt	tödliche Unfälle
1900	213 505	12 265	4884	7090	141	150	574	7
1901	223 802	13 216	5053	7952	156	55	590	7
1902	244 931	13 212	4989	8053	135	35	539	6
1903	270 497	14 328	5609	8510	148	61	529	5
1904	290 104	15 534	6202	9088	179	65	535	6
1905	322 152	16 142	6869	9041	188	44	501	6
Durchschnittlich	260 832	14 116	5601	8289	158	68	541	6

Sehr instruktiv erscheinen uns auch die nachstehenden Zahlen, die derselben Quelle entstammen. Sie geben auf 100 Unfälle berechnet die Ursachen, den Sitz und Art der Unfälle an.

C. Ursachen der Unfälle auf 100 berechnet:

Arbeitsmaschinen	Auf- und Abladen	Herabfallen schwerer Gegenstände	Werkzeuge	Abstürzen der Arbeiter	Glühende Gegenstände	Transmissionen, Aufzüge, Pumpen	Motoren
24	21	16	16	6	5	4	1

D. Sitz der Unfälle auf 100 berechnet:

Hand oder Fuß	Kopf	Augen	Rumpf	Hals	Innere Verletzung
80	11	6	5	3	1

E. Art der Verletzung auf 100 berechnet:

Kontusionen	Schnittwunden	Verbrennungen	Brüche
56	24	8	3

Der Auswandererschutz.

Man mag über die Zulässigkeit oder gar Notwendigkeit des staatlichen Arbeiterschutzes, über seine Grenzen und Ziele, welcher Ansicht immer sein: für uns, die die diesbezüglichen Verhältnisse in der Nähe und unbefangen betrachten können, bedeutet die Einbeziehung der überseeischen Auswanderer in das Gebiet der Fürsorge den besten Beweis, daß die ungarische Regierung die soziale Betätigung vornehmlich in der Stütze der wirtschaftlich Schwächsten zu bekunden bestrebt ist. Man muß die Opfer einer leichtfertigen und geschäftsmäßig betriebenen Verlockung nach unwirtlichen Gegenden fremder Weltteile, entnüchtert und niedergebrosen, fast auf den Bettelstab gebracht zurückkehren gesehen haben, um zu begreifen, daß die Regelung der Auswandererfrage, ohne prinzipielle Verletzung des Rechtes auf Freizügigkeit, eine brennende Frage unseres öffentlichen Lebens geworden ist. Schon die beispiellose Masse der alljährlich das Weite Suchenden mußte den Verdacht auf die eigennützige, zielbewußte Verlockung skrupelloser Agenten lenken. Ja, die mit augenfälliger Konsequenz betriebene Aushebung der landwirtschaftlichen Arbeiterkreise bestärkt die Annahme, daß dieselben Hände, welche die gesetzgeberischen Maßnahmen zur Förderung von billigen Arbeiterwohnungen als den Ausfluß der Absicht, die Proletarier an den Boden zu fesseln, hinstellten, auch hier über die Wirkung ihrer offen und geheim betriebenen Künste im reinen wären, durch rapide Entblößung von arbeitstüchtigsten Elementen den Lebensnerv der Nation zu treffen und nicht bloß die Landwirtschaft lahm zu legen, sondern auch die in Form der Industrieförderung zutage tretende Bestrebung des nationalökonomischen Fortschrittes zu hemmen. Nimmt man hinzu, daß die durch nichts behinderte Auswanderung, weil sie eine beispiellose Lockerung der Moral, die sich in leichtfertigem Verlassen der Ehefrauen, Kinder, bekundete nach sich zog, auch die Zahl der der staatlichen Fürsorge Anheimfallenden unheimlich vermehrte: so wird es begreiflich, daß der Ruf nach starkem Eingreifen selbst von Jenen ertönen mußte, die sonst der Ausdehnung des Staatseinflusses Widerstand entgegenzusetzen sich verpflichtet fühlten. Endlich wird das Drückende dieses auf dem Gebiete der Moral und Ethik, des persönlichen Verantwortlichkeitsgefühles sich geltend machenden Übelstandes nicht unwesentlich gesteigert durch die mit der Auswanderung verbundenen

sanitären, demographischen und in das bedeutungsvolle Gebiet der Volksvermehrung (durch Geburten, Heiraten) gehörenden Anomalien, deren Steuerung alsbald die gesamte Öffentlichkeit forderte.

Die ung. Gesetzgebung hat durch Schaffung des am 20. April 1903 ins Leben getretenen GA. IV 1903 über „die Auswanderung“ den ersten Schritt zum Schutze der — wie aus nachfolgenden, den amtlichen Quellen des „Ung. statistischen Jahrbuches 1907“ (S. 65—78) entnommenen Aufstellungen hervorgeht — massenhaft landflüchtigen Ungarn getan und in den Kreis seiner Fürsorge das materielle und körperliche Wohl selbst jener seiner Söhne gezogen, die dem Vaterlande leichtfertig den Rücken kehren.

Unsere Daten über die Auswanderung sind folgende:

(Siehe Tabelle S. 41.)

B. Die Altersgliederung der Auswanderer im Jahre 1907:

Auswanderer bis 20 Jahren	37 839 = 23,0	Proz.
„ 20—29 „	60 667 = 36,9	„
„ 30—39 „	40 801 = 24,8	„
„ 40—50 „	20 813 = 12,7	„
„ über 50 „	4 190 = 2,6	„
Zusammen	164 310 = 100	„

C. Die Berufsgliederung der Auswanderer im Jahre 1905.

a) { Selbständige Ackerbautreibende	26 397 = 16,0	Proz.
{ Landwirtschaftliche Arbeiter, Tagelöhner	86 165 = 52,4	„ !
{ Bergleute und Arbeiter	1 931 = 1,2	„
b) { Selbständige Gewerbetreibende	3 720 = 2,3	„
{ Selbständige Handelsleute	460 = 0,3	„
{ Gewerbliche Angestellte, Arbeiter, Tagelöhner	18 619 = 11,3	„
c) Intelligenz	802 = 0,5	„
d) Dienstboten	7 394 = 4,5	„
e) Sonstige und unbekannter Beschäftigung	16 693 = 10,2	„
Zusammen	164 310 = 100	„

Das vom Gesichtspunkte des Arbeiterschutzes Wesentliche der die Auswanderung regelnden Gesetze kann im folgenden kurz wiedergegeben werden:

Als Auswanderer gilt jeder behufs Verdienst auf unbestimmte Zeit in das Ausland sich Begebende. Das Recht zur Auswanderung wird entzogen: d) jenen Eltern, die ihre Kinder unter 15 Jahren hier zurücklassen beabsichtigen, ohne deren genügenden Unterhalt gesichert zu haben, e) die, die den Bedingungen, die der Staat in den sie einwandern wollen, nicht entsprechen, endlich f) denen irgendwelche ausländische Macht oder kolonisierende Gesell-

A. Die überseeische Auswanderung in den Jahren 1886—1905 betrug

Jahr	durch nachstehende Ausgangshäfen Europas:											Zusammen	
	Fiinne	Triest	Hamburg	Bremen	Stettin	Antwerpen	Amsterdam	Rotterdam	Liverpool	Havre	Genua		Neapel
Durchschnitt 1886—1890	—	—	8 049	14 025	—	1 187	270	684	—	—	1508	—	25 723
1891	—	—	4 124	17 289	6	5 543	784	4314	—	—	1046	—	33 006
1892	—	—	2 645	17 667	1	6 555	1808	5729	—	—	721	—	35 126
1893	—	—	1 867	12 059	—	7 178	135	679	—	—	1078	—	22 996
1894	—	—	1 366	4 061	—	2 212	20	277	—	—	108	—	8 044
1895	—	—	3 679	13 857	1	4 675	445	3012	—	—	190	—	25 858
Durchschnitt 1891—1895	—	—	2 736	12 987	197	5 213	639	2802	—	—	628	—	25 006
1896	—	—	3 082	11 726	204	6 122	404	2105	—	—	1210	—	24 846
1897	—	—	1 584	8 092	163	2 820	175	762	—	—	673	—	14 310
1898	—	—	2 135	14 758	—	3 268	74	1751	—	—	816	—	22 965
1899	—	—	4 855	27 945	—	7 453	58	2301	—	—	782	—	43 394!
1900	—	—	9 661	31 629	113	9 697	—	3072	—	—	678	—	54 767!
Durchschnitt 1896—1900	—	—	4 269	18 830	—	5 872	142	1998	—	—	832	—	32 056
1901	—	—	12 806	42 347	—	11 282	—	4506	—	—	533	—	71 474
1902	—	—	21 485	47 850	—	14 367	—	8026	—	—	34	—	91 762
1903	—	—	23 008	70 021	—	18 115	—	8439	—	—	338	23	119 944
1904	22 016	—	13 508	37 187	—	10 864	1	4391	9068	—	255	50	97 340
1905	35 961	867	27 664	76 857	—	14 246	5	8809	716	5101	197	7	170 430
Durchschnitt 1901—1905	11 595	173	19 694	54 852	—	13 774	1	6834	1957	1020	271	16	110 187
1906	49 332	3621	27 246	73 218	—	13 831	6	6587	542	3412	358	17	178 170 !!
1907	47 620	6028	33 636	79 152	—	17 293	5	13794	1963	9523	149	6	209 169

schaft die freie Überfahrt oder das Vorschießen der Fahrtkosten zusichert.

Demgemäß ordnet der den Wirkungskreis des mit Voruntersuchung der Einschiffenden betrauten ungarischen Amtsarztes regelnde Min.Erl. Z. 50 000 vom Jahre 1904 an, daß das Betreten der Auswandererschiffe der a) Geisteskranken, Schwachsinnigen, Epileptiker, b) mit ekelerregenden, ansteckenden oder akut infektiösen Krankheiten Behafteten, c) Schwerkranken oder Schwächlichen zu verhindern sei (§ 38) und gibt die in solchen Fällen zu beobachtenden Vorkehrungen an.

Gemäß § 5 des GA. IV 1903 wird der Kgl. Minister des Innern bevollmächtigt, die Auswanderung nach jenen Ländern, in welchen das Leben, die Gesundheit ihre Moral oder Vermögen gefährdet sind, im allgemeinen oder nur für bestimmte Erwerbzweige vorübergehend zu verbieten und die Auswanderer zum Einhalten einer bestimmten Reiseroute verhalten zu können, an denen die staatliche Aufsicht zum Schutze der Auswanderer am besten sich betätigen könne. Die Beförderung von Auswanderern ist an die Genehmigung des Ministeriums für Innere Angelegenheiten gebunden und hat auf dem Wege des Vertrages bei Einhaltung der hierfür normierten gesetzlichen Vorschriften zu geschehen.

Zu dem GA. IV 1903 sind bisher folgende Durchführungserlässe erschienen:

a) Der die Beschaffenheit, Sicherheit, Einrichtung und Ausrüstung, Versorgung mit Nahrungsmitteln, amtliche Begutachtung und Kontrolle des Auswandererschiffes, die ärztliche Visitation des Schiffspersonales und der Passagiere, den Ausschluß von Kranken, die Modalitäten des Einschiffens sowie die zum sanitären und moralischen Schutze der Auswanderer nötigen Vorkehrungen regelnde Min.Erl. Z. 50 000 vom 19. Juni 1904.

b) Der die Einquartierung und Verpflegung der Auswanderer in Fiume als Ausgangsstation regelnde Min.Erlaß.

Im Detail wären folgende Verfügungen zu erwähnen: Provisorisch wird die der Cunard Steam Ship Company gegebene Erlaubnis aufrechterhalten — der befördernde Unternehmer ist verpflichtet, bis auf weiteres auf Schiffen, deren Geschwindigkeit 15 Seemeilen nicht übersteigt, Auswanderer über zwölf Jahre um 180 Kronen, bis zwölf Jahre um 90 Kronen, — bei größerer Geschwindigkeit: über zwölf Jahre alte Auswanderer um 200 Kronen, ein bis zwölf Jahre alte um 100 Kronen; unter einem Jahre alte, in Begleitung

Erwachsener Reisende gratis zu befördern und ebenso gratis sie zwei Tage hindurch in Fiume mit Logis und Kost zu versehen. — Von jenen Auswanderern, die wegen Überfüllung der Schiffe von Fiume per Bahn nach einem anderen europäischen Hafen befördert werden, darf für diese Reise auf dem europäischen Kontinente (oder Meere) und auch für ihre Verpflegung nicht mehr gefordert werden, als der von Fiume — New York limitierte Preis ausmacht. Jedes Auswandererschiff muß zur Aufnahme von Passagieren geeignete, gut ventilierbare Zwischendeckräume besitzen. Räume, in denen bei Tag die Temperatur unter 15°C sinkt, müssen geheizt werden, ebenfalls wenn das Schiff dem 30° nördlicher Breite sich nähert.

Jeder Auswanderer muß eine mindestens 1.80 m lange, 0,60 m breite Schlafstelle erhalten. Mehr als zwei Schlafstellen dürfen weder neben- noch übereinander placiert werden. Die Schlafstellen müssen numeriert und mit Seitenschutzwänden versehen sein, so daß bei hohem Wellengange das Herausfallen der Passagiere vermieden werde. Über zwölf Jahre alte Passagiere müssen getrennte Schlafräume erhalten. — Es müssen so viel Waschgelegenheiten vorhanden sein, daß sich sämtliche auf dem Schiffe reisenden Auswanderer während zwei Stunden waschen können. Die Waschräume müssen nach Geschlechtern getrennt sein und mit der nötigen Menge süßen Wassers versehen werden. — Die Aborte müssen isoliert, von den Schlafstellen und Speiseräumen entfernt angelegt, mit wasserdichten Böden, waschbaren Wänden und Sitzen, Wasserspülung versehen sein. — Schiffe, die mehr als 100 Passagiere befördern, müssen ihre Räume unter Deck elektrisch beleuchten und zwar derart, daß auf jede Fläche von 30 m^2 je eine 16 Kerzen Brennstärke besitzende elektrische Lampe kommt. — Das Gepäck der Auswanderer muß in besonderen, trockenen, versperrbaren Räumen aufbewahrt werden. — Bei je hundert Passagieren muß eine die Bedienung erfüllende Person angestellt werden; das Bedienungspersonal muß diejenige Sprache beherrschen, die die Majorität der Auswanderer spricht. — Die Verpflegung der Passagiere, sowie die Beistellung von Eß-, Trink- und Kochgeschirren hat das Beförderungsunternehmen aus Eigenem beizusteuern. Die ausgefolgten Speisen müssen guter Qualität sein und in entsprechender Menge — bei Beachtung der bisherigen Geschmacksrichtung und Lebensgewohnheiten der zu Verpflegenden — geboten werden. Die Menge der pro Kopf und Woche für die Auswanderer limitierten Speisen gibt folgende Aufstellung wieder:

1. Frisches Rindfleisch	1250 g
2. Speck	250 „
3. Käse	100 „
4. Butter und Schweinefett	175 „
5. Frisches Brot	3500 „
6. Weizenmehl	600 „
7. Trockene Gemüse	500 „
8. Reis oder Gries	250 „
9. Kartoffeln	1750 „
10. Sauerkraut	250 „
11. Gedörrtes Obst	100 „
12. Zucker	140 „
13. Kaffee	100 „
14. Ungar. Wein	2 Liter
15. Trinkwasser	5 „

Die sanitäre Kontrolle der Nahrungsmittel ist nicht nur dem mitreisenden Schiffsarzte — der gemäß § 44 ungarischer Staatsbürger sein, ungarischen Diplom und einjährige Praxis haben muß — sondern auch dem in Fiume ständig stationierten Amtsarzte und der vor Abgang jedes Auswandererschiffes mit der Revision desselben betrauten Kommission aufgetragen.

Auf jedem Schiffe sind zwei räumlich getrennte Spitalsubikationen in dem Ausmaße einzurichten, daß in ihnen, je nach Geschlecht getrennt, je ein Prozent der Auswanderer placiert werden könne. Auf jeden Spitalspflegling muß 5 m⁵ Luftraum entfallen. Die Hängebetten der Patienten müssen mindestens 1,90 m lang, 0,65 m breit, der Zwischenraum von je zwei Betten mindestens 0,70 m sein. Genau ist das Instrumentarium, die Apotheken-einrichtung und Krankenpflegebehelfe angegeben. Außerdem muß auf jedem Auswandererschiffe ein Desinfektionsapparat für strömenden Heißdampf vorhanden sein.

Spätestens 3 Tage vor Abfahrt des Schiffes ist der Schiffskommandant verpflichtet, dem Leiter der Schiffskontrollkommission eine gedruckte Abschrift des auf dem Schiffe vorhandenen Proviantes einzuhandigen, sowie anzugeben, wieviel er etwa unterwegs an Proviant aufzunehmen gedenkt? Nur nach eingehender Revision und Ausfüllung des nachfolgend wiedergegebenen Formulars darf die Einschiffung der Passagiere vorgenommen werden.

Königlich ungarischer Auswanderungsamtsarzt
Schiffrevision-Zeugnis.

Ich habe die gesamte Einrichtung des Auswanderer befördernden Schiffes anlässlich der am des Jahres 190.. abgehaltenen Revision eingehend vom gesundheitlichen Standpunkte untersucht und bei dieser Gelegenheit alles in Ordnung folgende Mängel gefunden:

.
.

Nachdem die oben erwähnten Mängel behoben wurden, erlaube ich die Einschiffung der Auswanderer vom gesundheitlichen Standpunkte.

L. S.

Dr. N. N.

Die ungarischen Arbeiter-Wohlfahrtseinrichtungen.

Hat die bisherige hauptsächlich vom historisch-genetischen Gesichtspunkte geleitete Darstellung ergeben, daß der Aufbau, die Förderung und Weiterentwicklung des ungarischen Arbeiterschutzes ausschließlich zugunsten der Staatsgewalt zu buchen ist: so liegt es in der Natur der Sache, wenn sich das Gebiet der Arbeiter-Wohlfahrtseinrichtungen als die Domäne erweist, auf welcher begreiflicherweise die Einflüsse der privaten Initiative sich geltend machen und die, weil wir es hier mit der willkürlichen Manifestation bilanzfester, um nicht zu sagen, zunächst ihr eigenes materielles Interesse ins Auge fassender, Kreise zu tun haben, sowohl qualitativ als quantitativ sich als enge begrenzt und schwach bebaut erweist.

Und wenn irgendwo, so gelangt beim Studium der diesbezüglichen Institutionen Ungarns die beispiellose Rückständigkeit und strafbare Indolenz unserer Arbeiterkreise klar zutage. Denn bar jeder Empfindung für höhere Güter, ja der primitivsten hygienischen Gebote weist die an Kämpfen wahrlich nicht arme Geschichte der ungarischen Arbeiterschaft nicht ein einziges Beispiel dafür auf, daß sie selbst spontan die Einführung irgendwelcher diesbezüglichen Einrichtungen je gewünscht hätten oder gar zum Erringen solcher nachdrücklichst je aufgetreten wären. Nimmt man hinzu, daß die hierländische Industrie noch immer mit den bedeutenden Schwierigkeiten des Anfanges zu kämpfen hat; daß unsere handelspolitischen Beziehungen zu Österreich das Entstehen ernster industrieller Unternehmungen behindern; ja, daß sie vielmehr die

durch Jahrhunderte beobachtete Einseitigkeit unserer Volkswirtschaft noch zu fördern scheinen und den Absatz unserer Produkte durch tarifarische und sonstige Hemmnisse erschweren und daß endlich der bis vor kurzem hier herrschende Überfluß an Arbeitskräften die in den Wohlfahrtseinrichtungen zutage tretenden Mittel, das Band zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer zu festigen, nicht sinnfällig machen konnte: so wird die überraschende und bedauerliche Typenarmut der in Ungarn anzutreffenden Wohlfahrtseinrichtungen erklärlich, wie auch das Überwiegen bestimmter Institutionen oft in gewissen egoistischen Motiven der Arbeitgeber seinen Grund findet.

An Hand der das Studium unserer Wohlfahrtseinrichtungen ermöglichenden einzigen Quelle, den seit 1889 jährlich erscheinenden Berichten der Kgl. ung. Gewerbeinspektoren, lassen sich folgende Gruppen nachweisen: a) Solche die das körperliche Wohl unserer Arbeiterschaft zu fördern bestimmt sind wie Arbeiterwohnhäuser, Ledigenheime, gratis gegebene Beheizungs- und Beleuchtungsmaterialien, Feldbenützung, Speiseräume und Kantinen, Spitäler und Ambulatorien, Bade- und Waschräume. b) Zur Förderung der materiellen Interessen dienende Vorschuß- und Konsumvereine; die Gewinnbeteiligung, die Weihnachtsgeschenke endlich c) das geistige Wohl hebende Arbeiterkasinos, Bibliotheken, Gesangvereine, Vorträge und Unterhaltungen, Schulen und Kinderbewahranstalten.

Eine Sonderstellung nimmt bis Juli 1907, die von seiten der Arbeitgeber stark unterstützte Versicherung gegen Unfall, Invalidität und Altersversorgung ein, weil begreiflicherweise diese Bestrebungen infolge Mangels der staatlichen obligatorischen Unfallversicherung eigentlich mittelbar den Vorteil der Arbeitgeber dienen, die schon mit Rücksicht auf die Härte unserer Indikatur in Unfallssachen, die Unfallversicherung ihrerseits stark zu propagieren, geneigt sein mußten.

Über den Stand unserer Wohlfahrtseinrichtungen, nach obiger Einteilung gruppiert, gibt der letzte Jahresbericht der Gewerbeinspektoren (1907) folgendes Bild:

(Siehe Tabelle S. 47.)

Aus der mit anerkennenswerter Umsicht und Genauigkeit gesammelten Fülle von den auf die Wohlfahrtseinrichtungen bezughabenden Daten mögen hier folgende Platz finden:

a) Die Aufzeichnungen der Gewerbeinspektoren betreffen bloß

A) Wohlfahrtseinrichtungen zur Hebung des körperlichen Wohles nach Industriegruppen geordnet:

Industriegruppe	Gesamtzahl		Freie Wohnung bekommen		Schlaf- räume		Feld- deputat		Beheizung u. Beleucht.		Kantinen u. Speise- räume		Bade- u. Wasch- räume		Eigene Ärzte		Spitäler, Ambula- torien		
	Betriebe	Arbeiter	Betriebe	verh. Arbeiter	led. Arbeiter	Betriebe	Arbeiter	Betriebe	Arbeiter	Betriebe	Arbeiter	Betriebe	Arbeiter	Betriebe	Arbeiter	Betriebe	Arbeiter	Betriebe	
I. Eisen- und Metallindustrie	309	30 510	80	3 490	163	48	1 225	30	2 117	28	2 558	10	8 633	15	11 863	25	14 817	17	9 505
II. Maschinen-Verkehrsmittel	433	38 104	109	1 273	94	50	340	13	1 233	79	6 722	20	12 112	26	10 067	39	15 904	19	6 749
III. Stein-, Erde-, Glasindustrie	728	42 911	556	7 377	1473	187	1 315	63	1789	288	8 540	26	3 437	13	1 931	46	8 338	17	1 153
IV. Holz- und Knochenindustrie	700	32 416	332	3 780	809	110	1 732	48	1 113	253	6 566	28	3 013	13	1 747	41	6 647	18	4 461
V. Leder-, Haar-, Federindustr.	95	6 684	22	155	5	15	69	1	15	13	62	2	287	1	24	1	158	1	5
VI. Textilindustrie	234	27 411	84	1 273	138	41	2 775	7	292	60	1 291	21	6 326	6	1 732	21	10 717	11	1 699
VII. Bekleidungsindustrie	99	6 094	19	33	2	4	12	—	—	5	34	2	953	1	280	2	298	—	—
VIII. Papierindustrie	85	7 867	35	533	—	13	715	7	73	22	587	21	1 129	5	1 978	8	2 185	3	599
IX. Nahrungsmittelindustrie	3356	50 031	1607	4 639	1285	579	5 023	261	1 199	1129	5 748	2	9 264	22	5 004	126	16 458	29	7 245
X. Chemische Industrie	233	14 669	113	751	198	27	376	14	220	45	574	3	3 267	18	3 046	26	5 472	7	2 960
XI. Baugewerbe	10	712	2	17	—	1	5	—	—	2	25	35	—	—	—	1	5	—	—
XII. Polygraphische Industrie	484	4 008	8	13	6	17	38	—	—	15	35	14	—	—	—	3	281	—	—
XIII. Sonstige Industrie	16	351	4	10	—	—	—	1	1	6	27	—	—	5	45	—	—	1	8
Zusammen	6782	264 868	2971	23 344	4421	992	13 603	445	6942	1945	32 769	161	48 421	125	37 717	339	81 280	123	34 379

die ihrer Aufsicht unterstellten gewerblichen Etablissements im engeren Sinne, so daß die in ihren Jahresberichten gegebene Skizzen nur ein rudimentäres Bild der Wohlfahrtseinrichtungen liefern, das nur bei Berücksichtigung der bedeutenden, seitens der Bergwerksunternehmungen, der staatlichen Fabriken, der Eisenbahn und Schiffsunternehmungen errichteten Wohlfahrtsinstitutionen ein annähernd vollkommenes wird. b) Die oben nach Industriegruppen vorgeführte Übersicht der zur Hebung des körperlichen Wohles getroffenen Vorkehrungen weicht im wesentlichen von der nach Aufsichtsbezirken id est geographischen Gesichtspunkten gemachten Aufstellung ab, wobei aber immerhin gewisse, in der Natur der Betriebe, in der lokalen Beschaffenheit des Wohnungs-, Arbeiter- und Lebensmittelmarktesgelegene Motive ausschlaggebend sind resp. zur Bevorzugung dieser oder jener Wohlfahrtsinstitutionen führen.

Denn die Bezirke, in denen die Betriebe der Holz-, Stein-, Ziegel-, Mühlenindustrie, Berg-, Eisenwerke vorherrschen und die Gewinnungsstelle der Rohmaterialien abseits oder entfernt von den vorhandenen Ansiedelungszentren liegen, weisen eine frühe und starke Neigung zur Errichtung von Arbeiterwohnungen auf, die aber — nach Bericht der Gewerbeinspektoren — oft im Widerspruche mit den elementarsten Forderungen der Hygiene stehen und zu vielen Bemängelungen Anlaß geben. Als internationales Schmerzenskind erweist sich auch bei uns das oft bemängelte Schlafstättenwesen auf Ziegelöfen, Spiritusbrennereien, Wassermühlen, in den kleinen Betrieben usw.

Dagegen haben schon früh die bedeutenden Etablissements wie die Dynamit-Nobel A.-G. in Pozsony, die Tuchfabrik in Zsolna, die Glashüttenwerke Zay-Ugrócz, Rovnye, Gapel-Zliechoč; die Staatseisenbahn-Gesellschaftswerke in Resicza und Anina, die Eisenindustriewerke in Nadrág, die Löwbeer'sche Zuckerfabrik in Magyarfalu, die Bergwerkshütten A.-G. in Kalán, Nándorhegy und Ruszkicza, die Schiffswerften in Ó-Buda, die Ganz'sche Elektrizitätswerke in Budapest, Vereinigte Ziegel- und Zementwerke A.-G. in Lábatlan, die Perutz'schen Webereien in Pápa, die Papierfabriken in Poprád, die Ölraffinerie A.-G. in Mezötelegd, die Vaterländischen Asphaltfabriken A.-G. in Tataros, u. a. mustergültige, teils in Kasernen, teils im Pavillonsystemstile gehaltene Wohnräume ihrer Arbeiterschaft zur Verfügung

gestellt, ja deren fixe Erwerbung durch günstigste Zahlungsbedingungen ermöglicht.

c) Auffallend klein ist die Zahl der vorhandenen Speiseräume, Kantinen und Fabriksküchen. Der Jahresbericht pro 1907 weist deren bloß 161 auf, was bei einer Betriebsanzahl von 9559 einem Verhältnisse von 1,8 Proz. entspricht. Die Gründe sind teils in dem starken Alkoholismus und der fast unglaublichen Bedürfnislosigkeit der Arbeiterschaft gelegen; teils in der an schlechter Stelle angebrachten Sparsamkeit, die selbst die billigsten, oft auf Verlust kalkulierten Preise der vorhandenen Fabriksküchen zu zahlen nicht erlaubt. Schuld trägt auch die tiefe Intelligenzstufe der Arbeiter, die das Verzehren der eigenen oft kalten Nahrungsmittel im Hofe der Fabriksanlagen, ja im Straßengraben den behaglicheren Speisen in zu diesen Zwecken eigens hergestellten Lokalitäten bevorzugt.

d) Wohl ist dieses Motiv der kulturellen Rückständigkeit auch zu beschuldigen, wenn die Zahl der vorhandenen Betriebe mit Baderäumen derzeit bloß 125 beträgt. Gewiß nahm die Zahl dieser Einrichtungen in letzter Zeit bedeutend zu, aber nur mit Hebung des Bildungsgrades unserer Arbeiterschaft ist zu erwarten, daß diese und andere hygienische Postulate des Arbeiterschutzes leichter verwirklicht werden.

Geradezu als mustergültig kann die im Jahre 1904 mit dem Aufwande von 280 000 Kronen errichtete Badeanstalt der Rimamurány-Salgótarjánner Eisenwerke A.-G. erwähnt werden. Aus dem Gebrauchsstatut dieser Anstalt wären hier zu erwähnen: Das Bad ist im Sommer von 6 Uhr früh bis 8 Uhr abends, im Winter von 6 Uhr früh bis 7 Uhr abends zum Gebrauch der Berechtigten geöffnet. Die Reihenfolge der Bäder ist folgende: An Werktagen von 6—9 früh baden gemeinsam die Beamten, Meister und Arbeiter, die auf ärztliche Anordnung eine Badekur (Schwitz-, Dampfbäder, Abreibungen, Massage) abzuhalten haben. Von 9— $\frac{3}{4}$ 11 vormittags ist das Bad den Gattinnen, Töchtern und noch nicht schulpflichtigen Söhnen der Beamten und Vormeister reserviert. Von $\frac{3}{4}$ 12—1 sind die Beamten, Meister und deren größere Söhne zur Benutzung des Bades zugelassen. Die Stunden von 1—3 sind den Gattinnen, Töchtern und noch nicht schulpflichtigen Söhnen der Aufseher und der Arbeiter vorbehalten. Endlich von 3—7 können die Aufseher und Arbeiter selbst das Bad benützen. Die ärztlich verordneten Bäder werden unent-

geltlich verabfolgt. Die Taxe für, aus eigenem Antriebe benützte Bäder ist folgende:

Für eine Fußdusche in separierter Kabine	—,05 Heller
„ ein Spiegelbad „ „ „	—,10 „
„ ein Wannenbad mit 1 Wanne	—,30 „
„ „ „ „ 2 Wannen	—,50 „
Jahresabonnement für Familien (Arbeiter)	18 Kronen
„ „ „ Ledige „	12 „
„ „ „ Beamtenfamilien	36 „
„ „ „ ledige Beamten	24 „

Eine hydropathische Einpackung kostet 20 Heller, eine Massage 30 Heller. Badeanzüge sind gegen Entrichtung von 12 resp. 20 Heller erhältlich.

B. Unsere detaillierten Daten über die zur Förderung des materiellen Wohles getroffene Vorkehrung gibt nachstehende, nach Industriegruppen geordnete Tabelle wieder:

Industriegruppe	Gesamtzahl		Konsumvereine		Sparvereine in Betrieben
	Betriebe	Arbeiter	Betriebe	Arbeiter	
I. Eisen- u. Metallindustrie	291	30 270	4	3 949	3
II. Maschinen u. Verkehrsmittel	495	43 244	16	7 796	3
III. Steine, Erde, Glasind.	892	42 452	9	1 383	3
IV. Holz- u. Knochenind.	793	30 310	7	2 573	—
V. Leder-, Haar-, Federind.	89	5 785	—	—	—
VI. Textilindustrie	308	23 844	3	4 352	1
VII. Bekleidungsindustrie	87	5 501	—	—	—
VIII. Papierindustrie	77	6 230	2	956	—
IX. Nahrungsmittelind.	5618	56 065	2	2 146	6
X. Chemische Industrie	287	14 463	6	2 778	1
XI. Baugewerbeindustrie	7	375	—	—	—
XII. Polygraphische Gewerbe	593	10 469	—	—	—
XIII. Sonstige Gewerbe	22	371	—	—	—
Zusammen	9559	269 379	49	25 933	17

Die auffallend spärliche Zahl der — wie das Beispiel des Auslandes oder auch der in Ungarn von anderen Gesellschaftsklassen errichteten und mit Gewinn arbeitenden Konsumvereine es beweist — zweckmäßigen Assoziationen, Einkaufsgenossenschaften ist nicht bloß mit dem mangelnden Sinne unserer Arbeiterschaft für jede Art von Kollektivismus zu erklären, sondern wird durch eine gesetzliche Verfügung (§ 118 des G. A. XVII 1884) bedingt. Dieser

ursprünglich das Truckverbot enthaltende Gesetzartikel hat sich, wie dies schon im Jahre 1901 der Budapester Gewerbeinspektor richtig hervorhebt, als hauptsächlichste Klippe des Konsumvereinswesens erwiesen, da im Sinne dieser Verfügung „die dem Arbeiter für Wohnung, Beleuchtung, Heizmaterial, Verpflegung, Heilverfahren usw. etwa vorgeschossenen Spesen nur bei Einwilligung des Arbeiters ihm vom Lohne abgezogen werden dürfen. Die etwa auch ohne Mitwirkung der Betriebsinhaber entstandenen Konsumvereine stehen also vor der Alternative entweder nur gegen Barbezahlung ihre Waren ausliefern zu wollen und dann haben sie in Arbeiterkreisen begreiflich keinen Absatz, oder sie bewilligen Kredit und gehen in der Regel wegen der Höhe der kaum oder nur mittels langwieriger Prozesse einbringlichen Außenstände sicher zugrunde.

Bei dieser Sachlage ist es begreiflich, wenn die ungarischen Fabriksinhaber frühzeitig sich den anderen, bekannten Formen der materiellen Hilfeleistungen zuwandten und gesicherten Quellen der Wohlfahrt eröffneten. So hat die *Whithead'sche* Torpedofabrik in Fiume schon im Jahre 1898 ein Pensionsinstitut kreiert, dessen Statuten dem Arbeiter nach 25jähriger Tätigkeit eine tägliche Rente von 1 Krone, nach 30jähriger Tätigkeit 1 Krone 40 Heller, nach 40jähriger Tätigkeit eine tägliche Rente von 1 Krone 60 Hellern zusichern.

Die *Dynamitfabrik Nobel A.-G.* in Pozsony sichert jedem Arbeiter nach zweijähriger ununterbrochener Wirksamkeit einen monatlichen Lohnzuschuß von 4 Kronen zu. Im Jahre 1898 hat dieses Unternehmen 200 000 Kronen zur Gründung einer Altersversicherung placiert.

Die kgl. ungarischen Staatseisenbahnen, sowie die *Ganz'schen* Elektrizitätswerke in Budapest, geben ihren Arbeitern 24 cbm Holz und 1200 kg Kohle zum Selbstkostenpreise ab.

Die *Ganz'schen* Elektrizitätswerke haben im Jahre 1901 einen Invaliditätsfonds in der Höhe von 150 000 Kronen gegründet.

Die *Papierfabrik in Hermanecz* hat im erwähnten Jahre eine Abart von Prämiensystem eingeführt, wobei die Präzision der Arbeitsleistung und die Qualität der Erzeugnisse gesichert werden soll. Nach Einführung dieses Prämiensystems hat sich das Einkommen der Vorarbeiter um 70 Kronen, das der gewöhnlichen Arbeiter um 10—15 Kronen per Monat gehoben.

Der Invalidenfonds der Cellulosefabriken in Zernest wurde im Jahre 1901 mit 20 000 Kronen gegründet.

Die Petroleumraffinerie in Brassó verzinst die Ersparnisse ihrer Angestellten mit 6 Proz. pro Jahr.

Die Papierfabrik in Péterfalva bezahlt die Steuern jener Arbeiter, die keinen unbeweglichen Besitz haben.

Viele Mühlenbesitzer im Györbezirke geben ihren Gehilfen statt des Lohnes einen Prozentanteil der Einnahmen, wodurch die Arbeitsfreudigkeit derselben wesentlich gehoben wird.

Die Ungarische Waggon- und Maschinenfabriks-A.-G. in Raab beteiligt alljährlich zu Weihnachten 100 Arbeiterkinder mit Kleidern.

Die Dynamitfabrik Nobel A.-G. in Pozsony vergütet die Eisenbahnfahrtspesen ihrer entfernt wohnenden Angestellten seit 1901 und hat hierdurch eine Jahresausgabe von über 7000 Kronen zu bestreiten.

Zur Förderung der Lehrlingsfürsorge hat der Großindustrielle Thék ein Lehrlingsheim in Orosháza errichtet, in welchem 13 Lehrlinge unentgeltliche Verpflegung und entsprechende Aufsicht erhalten. Das Lehrlingsheim besteht außer den mit Komfort eingerichteten Wohnräumen aus einem Lehrsaale, Krankenzimmer und Spielsaale.

Man wird diese und ähnliche nur wegen Raummangels hier nicht weiter zu detaillierende Vorkehrungen um so höher bewerten müssen, als die nachfolgende Übersicht der im Jahre 1905 aus eigenem Antriebe und meistens mit Beihilfe der Arbeitgeber entrierten Versicherung gegen Unfall, für die Invalidität und Altersversorgung genügend belegen, daß der ungarische Unternehmer in bezug auf die Willigkeit für das leibliche Wohl seiner Beschäftigten gerne bedeutende Opfer bringt und so durch sein Mitwirken an dem Arbeiterschutz sich als vollwertiges Mitglied des kulturellen Höhen zustrebenden ungarischen Volkes betrachten darf.

Industriegruppe	Gesamtzahl		Es waren versichert im Jahre 1905					
			gegen Unfall		gegen Invalidität		Altersversorgung	
	Betriebe	Arbeiter	Betriebe	Arbeiter	Betriebe	Arbeiter	Betriebe	Arbeiter
I. Eisen- u. Metallindustrie	291	30 270	107	19 800	21	7 203	16	6 805
II. Maschinenindustrie . .	495	43 244	200	29 475	30	10 089	21	6 424
III. Stein-, Erde-, Glasind.	892	42 452	186	20 802	19	2 109	5	246
IV. Holz- u. Knochenind. .	793	30 310	258	16 168	18	3 512	4	39
V. Leder-, Haar-, Federind.	89	5 785	33	3 857	1	15	—	—
VI. Textilindustrie . . .	308	23 844	102	19 255	13	3 177	4	1 298
VII. Bekleidungsindustrie .	87	5 501	21	3 082	1	43	—	567
VIII. Papierindustrie . . .	77	6 230	33	4 398	3	567	3	1 020
IX. Nahrungsmittelind. .	5618	56 068	502	31 131	42	2 451	12	71
X. Chemische Industrie .	287	14 464	128	9 479	24	1 799	4	5
XI. Baugewerbeindustrie .	7	375	4	337	1	5	1	—
XII. Polygraphische Ind. .	593	10 469	84	4 711	70	1 205	58	635
XIII. Sonstige Gewerbe . .	22	371	6	123	5	83	—	—
Zusammen	9559	269 379	1664	162 618	248	32 258	128	17 110

Literatur.¹⁾

1. Arbeiter-Krankenversicherungs-Gesetz Reform. Im Auftrage und Verlage des Kgl. ung. Handelsministers. I. Band. Budapest 1905.
2. Die Versicherung des Arbeiters gegen Unfall. 2 Bände. Im Auftrage und Verlage des Kgl. ung. Handelsministers. II. Teil. Budapest 1903.
3. Fabriksunfälle in Ungarn 1900—1905 von Nikolaus Gerster, Kgl. ung. Gewerbeinspektor. Selbstverlag. Budapest 1907.
4. Die gewerblichen Unfälle im Bereiche der heil. Stefanskronen. Im Auftrage und Verlage des Kgl. ung. Handelsministers. Budapest. 6 Bände.
5. Jahresberichte der Kgl. ung. Gewerbeinspektoren 1899—1905. Im Auftrage und Verlage des Kgl. ung. Handelsministers. Budapest. 7 Bände.
6. Sammlung der auf die öffentliche Gesundheitspflege bezug habenden Gesetze und Erlässe. Zusammengestellt von Min.-Rat Dr. Cornelius Chyzer, Chef des Sanitätsdepartements im Kgl. Ministerium des Innern. Budapest. 3 Bände.
7. Ungarische Arbeiterversicherung. Gesetze und Verordnungen betreffend die Unfall- und Krankenversicherung der in Gewerbe- und Handelsbetrieben Angestellten (GA. XIX vom Jahre 1907). Ins Deutsche übertragen von András Bosányi. Budapest 1907.

¹⁾ Mit Ausnahme von 8. und 9. sind obige Publikationen nur in der amtlichen, ungarischen Amtssprache erschienen und ihre Titel hier übersetzt worden.

8. Das Königreich Ungarn. Volkswirtschaftlich und statistisch dargestellt von Dr. Alexander v. Matlekovits. 2 Bände. Verlag Duncker & Humblot. Leipzig.
 9. Motivenbericht des Kgl. ung. Handelsministers zum Krankenversicherungs- und Unfallgesetzentwurf. Budapest 1906.
 10. Ungarisches Statistisches Jahrbuch. XXV. Bd. Neue Folge. 1907. Im Auftrage des Kgl. ung. Handelsministers redigiert und herausgegeben vom Kgl. ung. Zentral-Statistisch. Amte Budapest.
-

Die Tuberkulose als Todesursache im Kindesalter in der Stadt Bremen.

Von Dr. med. ERNST NEUMANN,
Hilfsarbeiter im Gesundheitsrat, Bremen.

(Mit 2 Abbildungen.)

In letzter Zeit ist die Rolle, welche die Tuberkulose im Kindesalter spielt, mehrfach Gegenstand der Untersuchung gewesen. Mit Hilfe der spezifischen Untersuchungsmethoden ist nachgewiesen, daß ein hoher Prozentsatz der Kinder tuberkulös infiziert ist.

Pirquet hat mit der kutanen Methode bei anscheinend gesunden Kindern im Alter von 11—14 Jahren in 55 Proz. der Fälle positive Tuberkulinreaktion festgestellt. Nach Schloßmann wiesen von den 13—14jährigen Zöglingen des städtischen Pflegehauses zu Düsseldorf 50—56 Proz. positive Kutanreaktion auf. Hamburger und Monti haben bei Kindern, die wegen akuter, nicht tuberkulöser Krankheiten in die Wiener Universitätskinderklinik aufgenommen waren, in der Altersklasse von 11—14 Jahren mit Hilfe der kutanen und subkutanen Methode in 94 Proz. der Fälle positive Tuberkulinreaktion erhalten.

Kirchner hat in einem Vortrage, den er im deutschen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose über die Tuberkulose in der Schule gehalten hat, energisch darauf hingewiesen, daß die Tuberkulose im Kindesalter und besonders im schulpflichtigen Alter die Hauptrolle unter den Todesursachen spielt, daß sie im Jahrfünft vom 11.—15. Jahre unter den sog. Kinderkrankheiten — Keuchhusten, Masern, Diphtherie und Scharlach — an erster Stelle steht.

Mein Chef, Herr Professor Tjaden, hat mich veranlaßt, das Bremer statistische Material daraufhin zu untersuchen, welche Be-

deutung der Tuberkulose als Todesursache im Kindesalter unter der Bevölkerung der Stadt Bremen zukommt.

In Bremen besteht seit 1871 obligatorische Leichenschau durch Ärzte. Die Totenscheine werden beim Gesundheitsrat von einem Arzte durchgesehen und bezüglich der Todesursachen klassifiziert. Bei zweifelhaften Angaben auf den Totenscheinen werden diese vom Gesundheitsrat an den ausstellenden Arzt zwecks Ergänzung der Angaben zurückgegeben. Es ist somit weitgehend Fürsorge getroffen, daß die Todesursachenstatistik nach Möglichkeit zutreffend ist:

In den folgenden Darlegungen ist das Kindesalter, die Zeit von 0—15 Jahren, in die drei Gruppen 0—1 Jahr, 1—5 und 5 bis 15 Jahre zerlegt und jede Gruppe einzeln untersucht. Zum Vergleich sind neben der Tuberkulose die sog. Kinderkrankheiten — Diphtherie, Scharlach, Keuchhusten und Masern — in die Untersuchung mit einbezogen.

Die Untersuchung umfaßt den Zeitraum von 1892—1908 einschließlich. Nur bei Betrachtung einer längeren Reihe von Jahren kann man ein richtiges Bild von dem Verhältnis einzelner Todesursachen zueinander und von der Bedeutung der einen oder anderen Todesursache erhalten; nur so ergibt sich, ob eine Todesursache starke Schwankungen zeigt oder ob sie konstant in ihrem Vorkommen ist, ob ihre Kurve Neigung zum Sinken oder Steigen erkennen läßt. Bei der Zusammenfassung längerer Zeiträume erhält man annähernd zutreffende Durchschnittswerte für die einzelnen Todesursachen, da so die Schwankungen der einzelnen Jahre ausgeglichen werden.

Für die Jahre 1892—1906 einschließlich haben die Zahlen der statistischen Jahrbücher von Bremen den Berechnungen zugrunde gelegen. Für die Jahre 1907 und 1908 sind die Zahlen durch Auszählung der Totenscheine gewonnen, die vom statistischen Amte in entgegenkommender Weise zur Verfügung gestellt sind.

Es ist berechnet, wieviel von 1000 Lebenden der betreffenden Altersklasse an Tuberkulose, Keuchhusten, Masern, Diphtherie und Scharlach gestorben sind und welchen Prozentsatz der Todesursachen überhaupt jede dieser Krankheiten in den untersuchten Altersklassen ausmacht. Bei der Berechnung auf 1000 Lebende hat man einen festen Maßstab für die Häufigkeit der einzelnen Todesursachen. Die Berechnung auf Prozente der Todesursachen läßt dies vermissen, gibt dafür aber ein Bild der einzelnen Todesursachen untereinander. Es kann für eine Todesursache die Kurve

der Sterblichkeit im Verhältnis zur Zahl der Lebenden eine niedrige und doch die Kurve für die prozentmäßige Beteiligung dieser Todesursache eine hohe sein, wenn die Gesamtsterblichkeit eine niedrige ist, und umgekehrt. Nur bei der Berücksichtigung beider Kurven wird man richtige Vorstellungen von der Bedeutung einer Todesursache erhalten. Bei der Berechnung der in jeder Altersklasse vorhandenen Lebenden sind die Angaben des Bremischen statistischen Jahrbuches für das Jahr 1900 zugrunde gelegt. Danach kommen auf die Gruppe 0—1 Jahr 2,5 Proz., auf die Gruppe 1—5 Jahre 9 Proz. und auf die Gruppe 5—15 Jahre 18 Proz. der Bevölkerung. In Bremen ist der Prozentsatz für die Jahre 1—15 ein geringerer, als dem Durchschnitt für das Deutsche Reich, der 31,9 Proz. beträgt, entspricht. Es hat dies seinen Grund im wesentlichen darin, daß in Bremen eine starke Zuwanderung besteht, die in der Hauptsache Menschen aus den Altersklassen von über 15 Jahren umfaßt.

Für die Altersklasse 0—1 Jahr geben die Tabellen I und Ia die Ergebnisse der Berechnungen.

Tabelle I.

Von 1000 Lebenden der Altersklasse 0—1 Jahr starben an:

Jahr	Tuberkulose	Keuchhusten	Masern	Diphtherie	Scharlach
1892	11,1	6,0	6,3	1,0	0,3
1893	11,5	4,0	0,8	2,9	—
1894	14,2	5,5	5,0	1,7	—
1895	14,7	2,2	0,6	0,6	—
1896	13,5	3,6	2,2	0,8	—
1897	14,0	7,8	0,8	0,2	0,3
1898	14,7	5,0	5,8	0,2	0,2
1899	9,4	4,8	0,7	0,5	—
1900	10,5	4,9	1,5	0,4	—
1901	12,5	1,0	2,9	0,4	1,7
1902	15,6	9,0	0,2	0,8	0,2
1903	15,3	0,9	3,4	0,9	0,1
1904	10,0	2,7	2,7	0,5	0,2
1905	7,5	7,0	3,2	0,7	0,2
1906	11,3	4,5	4,2	1,4	0,3
1907	6,3	1,4	3,5	1,2	0,1
1908	4,9	3,0	4,7	0,9	—

Tabelle Ia.

Von 100 Todesfällen der Altersklasse 0—1 Jahr waren bedingt durch:

Jahr	Tuberkulose	Keuchhusten	Masern	Diphtherie	Scharlach
1892	5,5	2,9	3,1	0,6	0,1
1893	5,3	1,8	0,4	1,3	—
1894	7,9	3,0	2,9	0,9	—
1895	8,1	1,2	0,3	0,3	—
1896	7,3	1,9	1,1	0,4	—
1897	7,4	4,1	0,4	0,1	0,1
1898	7,6	2,5	2,9	0,1	0,1
1899	5,1	2,6	0,4	0,2	—
1900	4,8	2,3	0,6	0,2	—
1901	6,5	0,7	1,5	0,2	0,8
1902	8,5	4,8	0,1	0,4	0,1
1903	7,9	0,5	1,7	0,5	0,1
1904	4,8	1,3	1,3	0,2	0,09
1905	3,6	3,4	1,5	0,3	0,09
1906	5,8	2,3	2,1	0,7	0,1
1907	3,7	0,8	2,0	0,7	0,1
1908	3,0	1,8	2,9	0,5	—

Im Säuglingsalter ist die Sterblichkeit überhaupt eine hohe; sie ist vor allem durch Magendarmkrankheiten bedingt. Auch für

die von uns untersuchten Todesursachen erreichen die Zahlen der Sterblichkeit pro 1000 Lebender ziemlich hohe Werte. Daß aber doch diese Todesursachen im Säuglingsalter eine verhältnismäßig geringe Rolle spielen, zeigen die Zahlen für ihre prozentmäßige Beteiligung an den Todesursachen überhaupt, die ziemlich niedrig bleiben.

Von den untersuchten Krankheiten kommen Scharlach und Diphtherie im Säuglingsalter wenig, Keuchhusten und Masern schon mehr in Betracht. Die Tuberkulose erreicht in allen Jahren des Zeitraumes 1892—1908 die bei weitem höchsten Werte. Auf 1000 Lebende berechnet schwanken ihre Zahlen zwischen 15,6 und 4,9, ihre Prozentzahlen zwischen 8,5 Proz. und 3,0 Proz. Nach unseren Zahlen kommt also der Tuberkulose auch schon unter den Todesursachen im Säuglingsalter eine größere Bedeutung zu, als oft angenommen wird.

In den Tabellen II und IIa finden sich die Untersuchungen für die Altersklasse 1—5 Jahre einschließlich.

Tabelle IIa.

Von 100 Todesfällen der Altersklasse 1—5 Jahre waren bedingt durch:

Jahr	Tuberkulose	Keuchhusten	Masern	Diphtherie	Scharlach
1892	18,3	5,1	14,0	12,3	2,1
1893	24,8	3,2	3,2	21,6	3,2
1894	21,9	6,8	11,6	18,1	3,4
1895	27,3	3,6	0,9	5,9	5,4
1896	26,7	5,8	6,2	10,8	2,0
1897	25,0	5,4	7,4	8,5	3,1
1898	26,3	4,6	14,8	2,3	0,9
1899	32,8	7,4	6,9	3,7	—
1900	21,1	3,0	12,8	2,2	9,4
1901	20,2	3,5	3,5	4,3	27,5
1902	18,8	6,2	1,8	7,6	14,1
1903	27,7	4,2	5,4	3,9	7,5
1904	22,5	1,6	9,1	8,5	8,2
1905	16,0	6,7	16,2	9,0	5,9
1906	17,8	3,2	20,8	10,1	3,5
1907	19,2	1,3	16,2	12,2	2,2
1908	14,9	4,0	16,7	10,8	2,2

Tabelle II.

Von 1000 Lebenden der Altersklasse 1—5 Jahre starben an:

Jahr	Tuberkulose	Keuchhusten	Masern	Diphtherie	Scharlach
1892	5,7	1,6	4,3	3,8	0,6
1893	4,9	0,6	0,7	4,3	0,6
1894	5,1	1,6	2,7	4,3	0,8
1895	4,7	0,6	0,2	1,0	0,9
1896	4,9	1,1	1,2	2,0	0,4
1897	4,8	1,0	1,4	1,7	0,6
1898	5,8	1,0	3,3	0,5	0,2
1899	5,0	1,0	1,1	0,6	—
1900	3,8	0,5	2,3	0,4	1,7
1901	4,9	0,9	0,9	1,1	6,8
1902	4,1	1,4	0,4	1,7	3,1
1903	5,0	0,8	1,0	0,7	1,4
1904	4,4	0,3	1,8	1,7	1,6
1905	3,2	1,4	3,3	1,8	1,2
1906	3,2	0,6	3,8	1,9	0,6
1907	3,3	0,2	2,8	2,1	0,3
1908	2,8	0,7	3,1	2,0	0,4

In dieser Altersklasse ist die allgemeine Sterblichkeit eine geringere als im Säuglingsalter. Für die von uns untersuchten Krankheiten erreichen die Zahlen, welche die Sterblichkeit auf

1000 Lebende angeben, nicht die Höhe wie im Säuglingsalter. Unter den verschiedenen Todesursachen kommt jedoch diesen Krankheiten im Lebensalter von 1—5 Jahren eine größere Bedeutung zu als im ersten Lebensjahre. Es sind daher die Zahlen, die ihre prozentmäßige Beteiligung an den Todesursachen überhaupt ausdrücken, höhere geworden.

Beim Vergleich der untersuchten Krankheiten untereinander ist Keuchhusten an Bedeutung zurückgetreten, Scharlach und Diphtherie haben dagegen zugenommen, während die Masern ungefähr die gleiche Stellung behalten haben. Die Zahlen für die Tuberkulosesterblichkeit sind zwar nicht in allen Jahren höher als die Zahlen für alle anderen Krankheiten, aber doch in den weitaus meisten. Nur einmal werden die Werte für die Tuberkulose von den Scharlach- und nur dreimal von den Masernwerten übertroffen. In allen übrigen Jahren bleiben die Zahlen für die Tuberkulose und zwar zum Teil beträchtlich höher als die Zahlen für alle anderen Krankheiten. Seit 1903 zeigt die Tuberkulosesterblichkeit Neigung zum Sinken. Schwanken die Werte der Tuberkulosesterblichkeit auf 1000 Lebende berechnet zwischen 5,8 und 2,8, so erreicht die prozentmäßige Beteiligung der Tuberkulose an den Todesursachen einen Wert von 32,8 Proz.; der geringste Prozentsatz ist 14,9 Proz.

Für die Altersklasse 5—15 (einschließlich) Jahre, im wesentlichen also das schulpflichtige Alter, sind die gefundenen Werte aus den Tabellen III und IIIa zu ersehen.

(Tabelle III und IIIa siehe nächste Seite.)

In dieser Altersklasse ist die allgemeine Sterblichkeit noch geringer als in der Klasse von 1—5 Jahren. Auf 1000 Lebende berechnet bleiben die Zahlen auch für die Sterblichkeit an Tuberkulose, Keuchhusten, Masern, Diphtherie und Scharlach im Vergleich zu den bisher betrachteten Lebensaltern niedrige. Unter den Todesursachen dieses Lebensalters kommt der Tuberkulose aber eine noch höhere Bedeutung zu als in der Jahresklasse 1 bis 5 Jahre. An zweiter und dritter Stelle von den untersuchten Krankheiten stehen Diphtherie und Scharlach; Keuchhusten und Masern sind zurückgetreten.

Die Werte für die Tuberkulose bleiben abermals fast in allen Jahren und zwar wieder beträchtlich über den Werten für alle anderen Krankheiten. Nur die Scharlachzahlen überschreiten in den Jahren 1901 und 1902, in denen große Scharlachepidemien herrschten, die Tuberkulosezahlen nicht unbedeutend, bleiben dafür

Tabelle III.

Von 1000 Lebenden der Altersklasse 5—15 Jahre starben an:

Jahr	Tuberkulose	Keuchhusten	Masern	Diphtherie	Scharlach
1892	2,0	0,04	0,3	0,9	—
1893	1,2	0,04	0,1	1,0	0,5
1894	1,6	—	0,2	1,2	0,1
1895	1,3	—	—	0,4	0,1
1896	1,1	0,03	0,1	0,5	0,1
1897	1,2	—	0,1	0,2	0,4
1898	1,1	0,03	0,1	0,03	0,03
1899	0,8	—	—	0,3	0,03
1900	1,0	—	0,03	0,1	0,5
1901	0,9	—	0,1	0,2	2,6
1902	1,5	0,05	—	0,3	1,9
1903	1,5	0,02	0,08	0,3	0,5
1904	1,1	—	0,03	0,6	0,5
1905	1,4	0,02	0,1	0,6	0,3
1906	1,1	0,02	0,2	1,0	0,2
1907	0,9	—	0,04	1,1	0,2
1908	0,8	—	0,09	0,5	0,2

Tabelle IIIa.

Von 100 Todesfällen der Altersklasse 5—15 Jahre waren bedingt durch:

Jahr	Tuberkulose	Keuchhusten	Masern	Diphtherie	Scharlach
1892	39,2	0,8	5,6	16,8	—
1893	23,0	0,7	1,5	19,2	9,2
1894	32,8	—	3,2	24,0	1,6
1895	38,8	—	—	11,1	2,2
1896	30,9	1,0	2,0	14,4	3,0
1897	35,1	—	3,3	5,4	10,9
1898	43,6	1,4	4,2	1,4	1,4
1899	37,0	—	—	12,9	1,6
1900	28,3	—	0,9	3,7	15,0
1901	16,4	—	1,8	3,6	48,1
1902	26,6	0,9	—	5,9	32,0
1903	37,1	0,6	2,0	6,7	13,5
1904	27,8	—	0,6	13,9	11,3
1905	32,7	0,5	2,3	14,0	7,6
1906	28,4	0,6	4,2	26,0	6,0
1907	23,9	—	1,2	28,9	5,0
1908	29,3	—	3,4	19,8	6,8

aber in den anderen Jahren weit hinter der Tuberkulose zurück. Außerdem erreichen die Werte für die Diphtherie, die seit 1903 starkes Steigen zeigen, im Jahre 1906 die Tuberkulosewerte fast und überschreiten sie 1907. Die Tuberkulosesterblichkeit auf 1000 Lebende berechnet bewegt sich nur zwischen 2,0 und 0,8, die Werte für die prozentmäßige Beteiligung der Tuberkulose an den Todesursachen erreichen dafür die Höhe von 43,6 Proz., ihr geringster Wert ist 16,4 Proz.

Die Tabellen IV und IVa und die Tafeln A und B geben die Durchschnittswerte für die Jahre 1892—1908 in betreff aller drei untersuchten Altersklassen und der Altersklasse 0—15 zusammengekommen.

Tabelle IV.

Von 1000 Lebenden der betreffenden Altersklassen starben im Durchschnitt der Jahre 1892—1908 an:

0—1 Jahr	1—5 Jahre	5—15 Jahre
1. Tuberkulose = 11,59	1. Tuberkulose = 4,44	1. Tuberkulose = 1,20
2. Keuchhusten = 4,31	2. Masern = 2,01	2. Diphtherie = 0,55
3. Masern = 2,85	3. Diphtherie = 1,79	3. Scharlach = 0,48
4. Diphtherie = 0,88	4. Scharlach = 1,24	4. Masern = 0,09
5. Scharlach = 0,21	5. Keuchhusten = 0,9	5. Keuchhusten = 0,01
	0—15 Jahre	
	1. Tuberkulose = 3,09	
	2. Diphtherie = 0,98	
	3. Masern = 0,91	
	4. Scharlach = 0,69	
	5. Keuchhusten = 0,65	

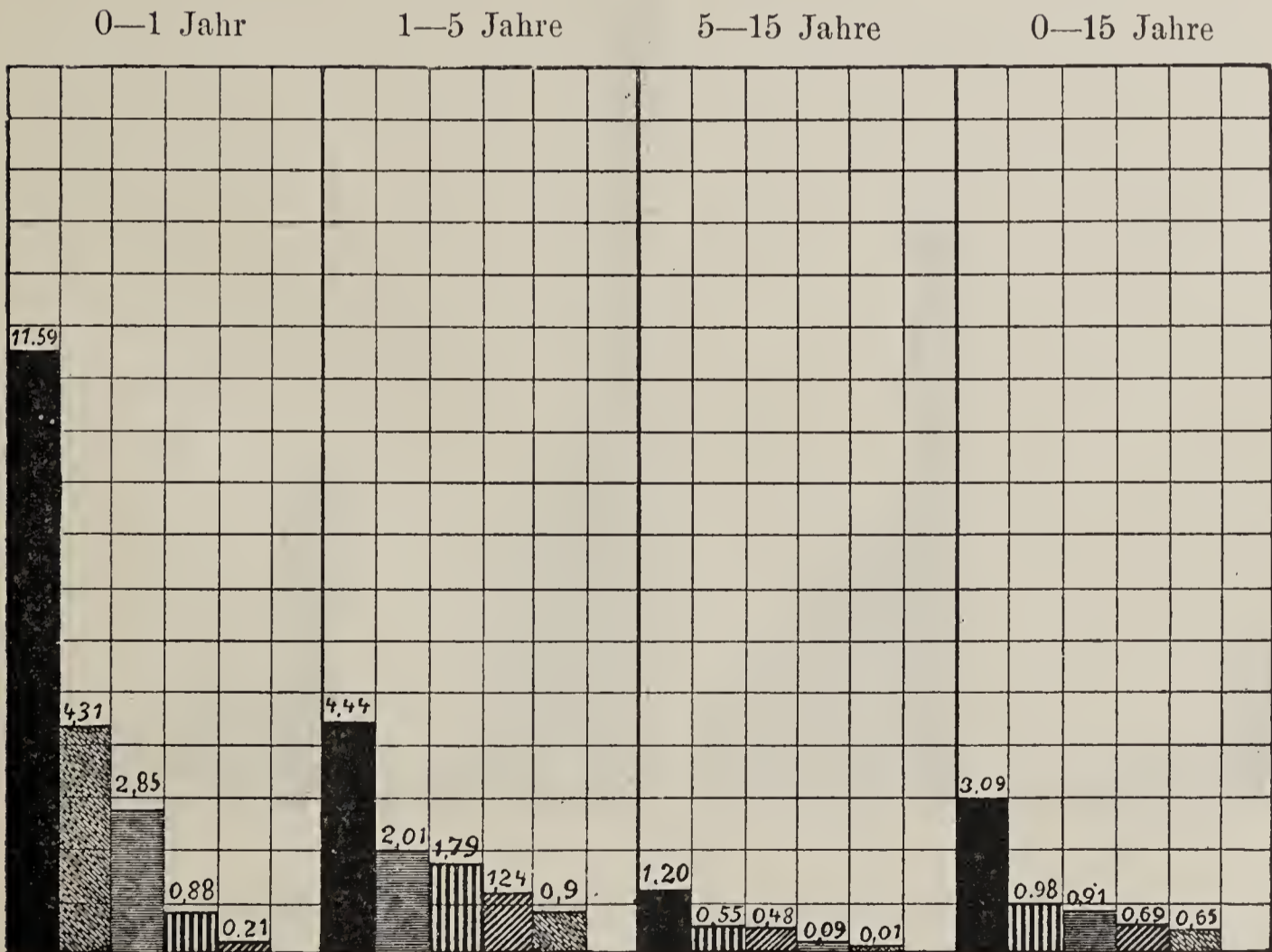


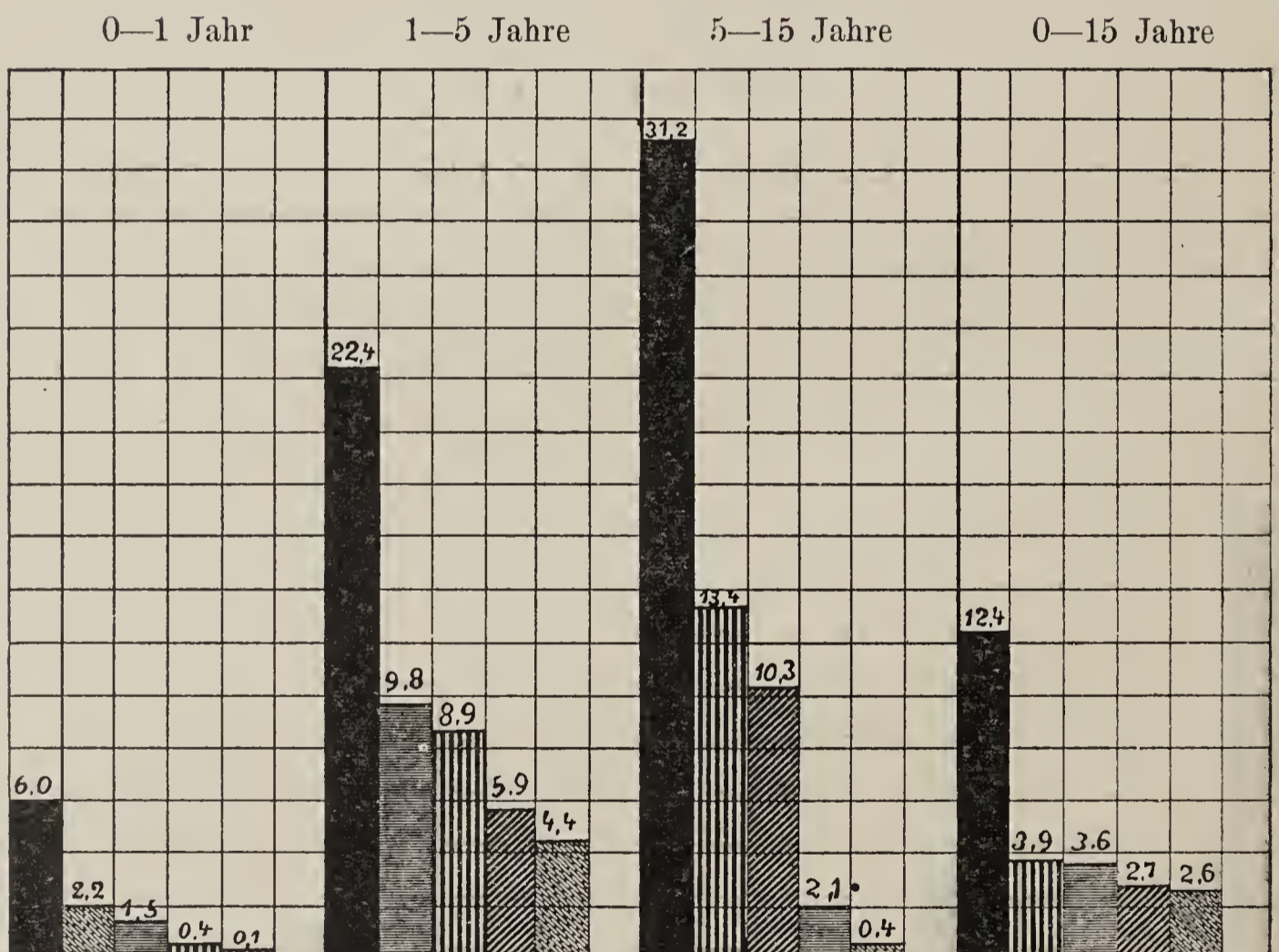
Tabelle IV a.

Von 100 Todesfällen der betreffenden Altersklassen waren im Durchschnitt der Jahre 1892—1908 bedingt durch:

0—1 Jahr	1—5 Jahre	5—15 Jahre
1. Tuberkulose = 6,0	1. Tuberkulose = 22,4	1. Tuberkulose = 31,2
2. Keuchhusten = 2,2	2. Masern = 9,8	2. Diphtherie = 13,4
3. Masern = 1,5	3. Diphtherie = 8,9	3. Scharlach = 10,3
4. Diphtherie = 0,4	4. Scharlach = 5,9	4. Masern = 2,1
5. Scharlach = 0,1	5. Keuchhusten = 4,4	5. Keuchhusten = 0,4

0—15 Jahre

1. Tuberkulose = 12,4
2. Diphtherie = 3,9
3. Masern = 3,6
4. Scharlach = 2,7
5. Keuchhusten = 2,6



Diese Tabellen und Tafeln sind besonders lehrreich. Die Schwankungen der einzelnen Jahre sind bei ihnen ausgeglichen, und man sieht auf den ersten Blick, welche überragende Bedeutung unter den sog. Kinderkrankheiten der Tuberkulose als Todesursache

in jeder Altersgruppe des Kindesalters zukommt. In keiner Altersgruppe erreicht der Durchschnittswert für eine der anderen in Betracht gezogenen Krankheiten auch nur annähernd den Durchschnittswert für die Tuberkulose. Im Säuglingsalter und im schulpflichtigen Alter machen Keuchhusten, Masern, Scharlach und Diphtherie zusammengenommen noch nicht den Prozentsatz unter den Todesursachen aus, der auf die Tuberkulose allein entfällt; nur im Alter von 1—5 Jahren überschreiten sie ihn.

Auf 1000 Lebende berechnet ist die Tuberkulosesterblichkeit im Säuglingsalter am höchsten, indem sie hier im Durchschnitt 11,5 ‰ beträgt; im schulpflichtigen Alter mit 1,2 ‰ am geringsten. Der entsprechende Wert der Altersklasse 1—5 Jahre steht in der Mitte, doch mit seinen 4,4 ‰ näher dem Werte für das schulpflichtige Alter. Umgekehrt verhält es sich mit der prozentmäßigen Beteiligung der Tuberkulose an den Todesursachen. In der Beziehung hat sie im Säuglingsalter den niedrigsten Stand mit 6,0 Proz., den höchsten im schulpflichtigen Alter mit 31,2 Proz.; die Zahl für die Altersklasse 1—5 Jahre steht wieder in der Mitte und mit ihren 22,4 Proz. näher dem schulpflichtigen Alter.

Die Durchschnittswerte für alle Jahresklassen des Kindesalters zusammengenommen, also für die Jahre 0—15 einschließlich, lehren das gleiche bezüglich der Bedeutung der Tuberkulose als Todesursache für das Kindesalter. Die Tuberkulosesterblichkeit auf 1000 Lebende der Altersklasse 0—15 Jahre berechnet beträgt für den Durchschnitt der Jahre 1892—1908 3,09 ‰, die prozentmäßige Beteiligung der Tuberkulose an allen Todesursachen im Durchschnitt 12,4 Proz. Keine der anderen untersuchten Krankheiten erreicht auch nur annähernd diese für die Tuberkulose gefundenen Werte. Die Zahlen für Keuchhusten, Masern, Scharlach und Diphtherie zusammengenommen überschreiten sogar nur um ein wenig, die für die Tuberkulose allein gültigen Zahlen. Auf 1000 Lebende berechnet starben an jenen Krankheiten zusammen 3,23 ‰, an Tuberkulose 3,09 ‰; die prozentmäßige Beteiligung von Keuchhusten, Masern, Scharlach und Diphtherie zusammen an allen Todesursachen beträgt 12,8 Proz., die entsprechende Zahl für Tuberkulose ist 12,4 Proz. Es ist demnach keine Übertreibung, wenn man sagt, daß die Tuberkulose allein im Kindesalter soviel Opfer an Menschenleben fordert wie Keuchhusten, Masern, Scharlach und Diphtherie zusammen.

Kommt der Tuberkulose eine solch überragende Bedeutung unter den Krankheiten des Kindesalters zu, so wird die Gestaltung

der Hygiene des Kindesalters von ihr zum großen Teile bestimmt werden müssen. Die Gelegenheit, daß Kinder von Tuberkelbazillen ausstreuenden Lungenkranken infiziert werden, ist nach Möglichkeit auszuschalten. In der Beziehung können die Tuberkulosefürsorgestellen gerade auch für das Kindesalter von hohem Wert sein. Ebenso wichtig wie die Minderung der Infektionsmöglichkeit ist jedoch die Hebung der Widerstandsfähigkeit des kindlichen Körpers. Infektion bedeutet noch nicht ohne weiteres Krankheit, sondern diese ist erst durch das lokale oder zeitweise Unterliegen des Körpers gegenüber der Infektion bedingt. Es wird auch kaum je gelingen, jede Infektionsmöglichkeit mit dem Tuberkelbazillus völlig auszuschalten.

Die im vorhergehenden dargestellten Tatsachen bezüglich der Tuberkulose als Todesursache im Kindesalter in der Stadt Bremen weisen ebenso wie andere Untersuchungen, die sich mit der Tuberkulose im Kindesalter befassen, darauf hin, daß der Kampf gegen die Tuberkulose als Volkskrankheit überhaupt bereits mit der Fürsorge für die Kinder zu beginnen hat, ganz gleich ob die Ansicht richtig ist oder nicht, daß die meisten Tuberkulosen auch der höheren Lebensalter auf eine Tuberkulose in der Kindheit zurückzuführen sind.

Sterblichkeit und Lebensbedingungen der Säuglinge in den Stadtkreisen M.-Gladbach und Rheydt und in dem Landkreise M.-Gladbach.

VON DR. MARIE BAUM, Düsseldorf.

Einleitung.

Der Verein für Säuglingsfürsorge hat sich die Aufgabe gestellt, innerhalb seines Arbeitsgebietes, und zwar zunächst in den Kreisen hoher Säuglingssterblichkeit, durch besondere Erhebungen den Lebensverhältnissen der Kinder nachzugehen. Dabei wird der Ernährungsfrage besondere Aufmerksamkeit geschenkt, zugleich aber auch versucht, die übrigen auf den Mutter- und Säuglingschutz günstig oder ungünstig wirkenden Faktoren zu erfassen.

Die erste dieser Zählungen wurde im August 1908 im Kreise Neuß ausgeführt und ist im 4. Bande, Heft 3 und 4 dieser Zeitschrift beschrieben worden.

Am 5. Mai 1909 schloß sich hieran eine neue Erhebung, für welche die drei Kreise M.-Gladbach Stadt, Rheydt und Gladbach-Land zusammengefaßt wurden.

Das gewählte Gebiet beanspruchte aus verschiedenen Gründen besonderes Interesse. Wir haben es hier bekanntlich mit einem Zentrum der Textilindustrie zu tun. In Stadt- und Landgemeinden sind gewerbliche Betriebe verschiedensten Umfanges ansässig, in denen männliche und weibliche Arbeitskräfte aller Altersstufen ihren Erwerb suchen. Die kleine Landgemeinde Liedberg ist die einzige des Erhebungsgebietes, in der bisher keine Industrie angesiedelt ist, doch wandern auch von hier überschüssige Arbeitskräfte benachbarten Industrieorten zu. Nach Angabe der Gewerbeinspektion M.-Gladbach, welche die drei genannten Kreise umfaßt,

waren am 1. Oktober 1907 in den der Gewerbeinspektion unterstellten Betrieben beschäftigt

erwachsene Arbeiter		jugendliche Arbeiter	zusammen
männliche	weibliche	männliche u. weibliche zusammen	
31 149	15 576	2777	49 502

Nach der Berufszählung des Jahres 1907 waren insgesamt 30 191 weibliche Personen hauptberuflich erwerbstätig, darunter 3005 verheiratete und 4964 verwitwete oder geschiedene Frauen. Die industrielle Erwerbstätigkeit ist demnach in unserem Bezirk, der nach der Volkszählung vom 1. Dezember 1905 208 238 Personen umfaßt, sehr ausgedehnt und dabei die Heranziehung der weiblichen Personen zur hauptberuflichen Erwerbstätigkeit sehr umfassend.

Die Industrialisierung hat in unserem Untersuchungsgebiet eine hohe Siedelungsdichte im Gefolge gehabt, wovon später ausführlicher die Rede sein soll. Hohe Besiedelungsdichte stellt an die Lösung der Wohnungsfrage große Anforderungen; ausgedehnte Heranziehung von Frauen zur Erwerbsarbeit pflegt einen zersetzenden Einfluß auf das Familienleben auszuüben. Diese beiden, für das Untersuchungsgebiet charakteristischen Bedingungen bieten demnach ungünstige Voraussetzungen für die Lebens- und Gesundheitsverhältnisse der in dieser Bevölkerung zur Welt kommenden Kinder. Und in der Tat ist die Säuglingssterblichkeit, — dieser empfindlichste Gradmesser für die gesundheitliche Kultur der Familie — in unserem Bezirke hoch. Immerhin liegen jedoch die Verhältnisse nicht unerheblich besser als in anderen Gebieten Deutschlands mit stark verbreiteter, industrieller Frauenarbeit, und auch in der näheren Umgebung, im Regierungsbezirk Düsseldorf selbst, stehen Bezirke, in denen die Fabrikarbeit der Frau keine oder nur eine geringe Rolle spielt, ungünstiger da. Es läßt sich also von vornherein vermuten, daß gute Umstände den ungünstigen wirksam entgegenarbeiten müssen. Klimatische oder Höhenunterschiede von irgendwelcher Bedeutung bestehen im Untersuchungsgebiet nicht. Die Untersuchung wird sich also auf die gesellschaftlichen Zustände beschränken können.

Wir geben zunächst die Ergebnisse der Zählung wieder, wobei im wesentlichen auf die Tabellen selbst verwiesen werden kann.

Die Ernährungsverhältnisse der Säuglinge im Erhebungsgebiet.

Die Ernährungsverhältnisse der im ersten Lebensjahre stehenden lebenden und der im ersten Lebensjahre gestorbenen Kinder wurden durch eine Säuglingszählung am 5. Mai 1909 ermittelt. Die Methode der Zählung war die gleiche, wie die seinerzeit für den Kreis Neuß angewandte, die in der oben erwähnten Abhandlung beschrieben und kritisch gewürdigt worden ist. Diese von Kriege und Seutemann zuerst für Barmen durchgeführte Zählungsweise erscheint uns trotz einiger ihr anhaftenden Mängel immer noch bei weitem die beste. Die Zuverlässigkeit der als Zählpersonen benutzten Hebammen ist für die von uns gestellten einfachen Fragen genügend; um diese nicht auf eine vielleicht ihre Kraft übersteigende Probe zu stellen, haben wir auch diesmal davon Abstand genommen, das Material durch Erweiterung des Fragebogens zu bereichern und zu vertiefen.

Die Zählung fand am 5. Mai 1909 statt und umfaßt die in der Zeit vom 5. Mai 1908 bis 4. Mai 1909 lebend geborenen oder in diesem Zeitraum gestorbenen Kinder. Nach den standesamtlichen Meldungen betrug die Zahl der Lebendgeborenen 7802, die der verstorbenen unterjährigen Kinder 1283. Von diesen konnten 193 der Geborenen, 58 der Gestorbenen wegen Fortzugs oder aus anderen Gründen nicht ermittelt werden. Rechnet man ferner von den Geborenen die 791 Kinder ab, die im Zählungsjahr zugleich verstarben, also bereits in der Zahl der gestorbenen Kinder enthalten waren, so verblieben für die Zählung

6818 lebende,

1225 gestorbene Kinder.

An der Zählung waren 79 Hebammen beteiligt, die wiederum sämtliche durch persönliche Rücksprache, außerdem durch eine gedruckte Anweisung über die ihnen zufallende Aufgabe belehrt wurden. Der Herr Kreisarzt hat sich durch Teilnahme an dieser Belehrung um das Zustandekommen der Zählung in entgegengkommendster Weise bemüht. Ebenso haben der Herr Landrat des Kreises Gladbach, der Herr Oberbürgermeister von M.-Gladbach und der Herr Bürgermeister von Rheydt durch Abgabe von statistischem Material, sowie der Herr Landrat insbesondere auch durch Heranziehung der einzelnen Bürgermeistereien zum Gelingen der Arbeit beigetragen. Bei Belehrung der Hebammen, der Verteilung des Materials und besonders bei der mühsamen und zeit-

raubenden Prüfung der einlaufenden ausgefüllten Zählkarten hat Dr. Elisabeth Georgi tatkräftige Hilfe geleistet. Die Aufarbeitung des geprüften Materials erfolgte durch einen statistischen Beamten.

Das Erhebungsgebiet umfaßt zwei größere Städte, die kreisfreie Stadt M.-Gladbach mit ca. 60 000 und die gleichfalls seit dem Jahre 1907 aus dem Kreise Gladbach herausgelöste Stadt Rheydt mit ca. 40 000 Einwohnern. Sodann drei kleinere Städte Odenkirchen, Rheindahlen und Viersen, und neun Landgemeinden Corschenbroich, M.-Gladbach Land, Hardt, Kleinenbroich, Liedberg, Neersen, Neuwerk, Schelsen und Schiefbahn, deren Einwohnerzahlen in Tabelle IV zusammengestellt sind.

Wir geben zunächst in den Tabellen I—III die Entwicklung der Geburts- und Säuglingssterblichkeitsverhältnisse in den drei Kreisen des Erhebungsgebietes, für den Verlauf des Jahrzehnts 1899—1908. Die absoluten Zahlen der Tabellen I und III sind den Veröffentlichungen des Preuß. Statist. Amtes entnommen, für Rheydt, das bis zum Jahre 1907 noch keinen selbständigen Stadtkreis bildete, und daher in der amtlichen Statistik nicht berücksichtigt ist, haben wir die Zahlen durch das Standesamt ermittelt. Sie sind bis 1907 in Tabelle III mit enthalten.

In dem ersten dieser beiden Jahrfünfte betrug die Sterblichkeit beinahe 20 Proz., wobei die Stadt Rheydt, wie überhaupt immer, etwas niedriger als die Nachbarbezirke steht. Im zweiten Jahrfünft ist sie gesunken, woran insbesondere die niedrige Sterblichkeit der beiden Jahre 1907 und 1908 mit ihren kühlen Sommern die Schuld trägt. Auch das Erhebungsjahr — 5. Mai 1908 bis 4. Mai 1909 — weist, wie die späteren Tafeln zeigen werden, günstige Sterblichkeitsverhältnisse auf.

Die Geburtenziffern bewegen sich mit 36—38 Prom. auf mittlerer Höhe. Sie zeigen in allen drei Kreisen im zweiten Jahrfünft ein Sinken von 1—2 Prom. Die Ziffern der Totgeburten stehen bei den Unehelichen außerordentlich hoch, 4,6—5,9 Proz. Bei den Ehelichen zeigen sich im Durchschnitt normale, sogar gegenüber dem Reichsdurchschnitt relativ günstige Verhältnisse.

Niedrig, wie überall im Rheinland, ist auch im Erhebungsgebiet der Prozentsatz der unehelich Geborenen. Er ist in M.-Gladbach etwas höher als in Rheydt, und in beiden Städten wiederum höher als im Landkreise, der im Jahrfünft 1904—1908 nur 3,3 Proz. unehelicher Geburten aufwies. Um so höher steht dagegen die Gefährdung dieser Unehelichen. Die Sterblichkeits-

Tabelle I.
Geburten und Säuglingssterblichkeit.
M.-Gladbach Stadt.

Jahr- gang	Ein- wohner- zahl	Lebendgeborene			Totgeborene			Auf 1000 Ein- wohner entfielen Lebend- geborene	Von 100 Lebend- geborenen sind unehelich	Gestorbene unter 1 Jahr ausschließlic Totgeborene			Von je 100 Lebendgeborenen sind gestorben		
		ehel.	unehel.	zus.	ehel.	unehel.	zus.			ehel.	unehel.	zus.	ehel.	unehel.	zus.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1899	57 123	2 110	109	2 219	42	2	44	38,8	4,9	434	55	489	20,6	50,5	22,0
1900	58 023	2 201	124	2 325	69	3	72	40,1	5,3	404	56	460	18,4	45,2	19,8
1901	58 550	2 217	91	2 308	54	5	59	39,4	3,9	386	37	423	17,4	40,7	18,3
1902	59 082	2 169	97	2 266	49	4	53	38,4	4,3	375	40	415	17,3	41,2	18,3
1903	59 619	2 147	71	2 218	46	5	51	37,2	3,2	397	39	436	18,5	54,9	19,7
1904	60 161	2 193	104	2 297	42	5	47	38,2	4,5	390	46	436	17,8	44,2	19,0
1905	60 709	2 079	112	2 191	47	8	55	36,1	5,1	414	50	464	19,9	44,6	21,2
1906	61 262	2 090	81	2 171	51	5	56	35,4	3,7	375	31	406	17,9	38,3	18,7
1907	61 820	2 130	121	2 251	63	6	69	36,4	5,4	344	47	391	16,2	38,8	17,4
1908 ¹⁾	62 383	2 168	128	2 296	59	7	66	36,8	5,6	309	40	349	14,3	31,3	15,2
1899/1903	58 479	10 844	492	11 336	260	19	279	38,8	4,3	1996	227	2223	18,4	46,1	19,6
1904/1908	61 267	10 660	546	11 206	2,34% 262	3,72% 31	2,40% 293	36,6	4,9	1832	214	2046	17,2	39,2	18,3
					2,40% (% der Geborenen)	5,37% (% der Geborenen)	2,55% (% der Geborenen)								

¹⁾ Die Zahlen der Spalten 3—8 und 11—13 für das Jahr 1908 beruhen auf Angaben des Standesamtes, da für 1908 die amtliche Statistik noch nicht vorliegt.

Tabelle II.
Geburten und Säuglingssterblichkeit.
Rheydt.

Jahr- gangs	Ein- wohner- zahl	Lebendgeborene			Totgeborene			Auf 1000 Ein- wohner entfielen Lebend- geborene	Von 100 Lebend- geborenen sind unehelich	Gestorben untere 1 Jahr ausschließl.ich Totgeborene			Von je 100 Lebendgeborenen sind gestorben			
		ehel.	unehel.	zus.	ehel.	unehel.	zus.			ehel.	unehel.	zus.	ehel.	unehel.	zus.	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
1899	33 209	1217	53	1270	5	1	6	38,2	4,2	218	15	233	17,9	28,3	18,3	
1900	34 036	1221	59	1280	17	1	18	37,6	4,6	251	18	269	20,6	30,5	21,0	
1901	35 179	1291	54	1345	34	2	36	38,2	4,0	208	18	226	16,1	33,3	16,8	
1902	36 361	1231	50	1281	31	2	33	35,2	3,9	201	21	222	16,3	42,0	17,3	
1903	37 582	1252	60	1312	29	6	35	34,9	4,6	240	22	262	19,2	36,7	20,0	
1904	38 844	1298	38	1336	35	2	37	34,4	2,8	205	22	227	15,8	57,9	17,0	
1905	40 149	1356	55	1411	33	3	36	35,1	3,9	244	21	265	18,0	38,2	18,8	
1906	41 498	1383	51	1434	44	5	49	34,6	3,6	228	25	253	16,5	49,0	17,6	
1907	42 892	1382	62	1444	52	3	55	33,7	4,3	193	20	213	14,0	32,3	14,8	
1908	44 333	1381	78	1459	35	5	40	32,9	5,3	186	23	209	13,5	29,5	14,3	
1899/1903	35 273	6212	276	6488	116	12	128	36,8	4,3	1118	94	1212	18,0	34,1	18,7	
1904/1908	41 543	6800	284	7084	1,83% 199	4,17% 18	1,93% 217	34,1	4,0	1056	111	1167	15,5	39,1	16,5	
					(% der Geborenen)											

Tabelle. III.
Geburten und Säuglingssterblichkeit.
Kreis Gladbach.

1899—1906 einschließlich Rheydt. 1907—1908 ausschließlich Rheydt.

Jahr- gang	Ein- wohner- zahl	Lebendgeborene				Totgeborene				Auf 1000 Ein- wohner entfielen Lebend- geborene	Von 100 Lebend- geborenen sind unehelich	Gestorbene unter 1 Jahr ausschließlich Totgeborene			Von je 100 Lebendgeborenen sind gestorben		
		ehel.		zus.		ehel.		zus.				ehel.	unehel.	zus.	ehel.	unehel.	zus.
		3	4	5	6	7	8	9	10								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		
1899	124 795	4 625	168	4 793	115	5	120	38,4	3,5	859	66	925	18,6	39,3	19,3		
1900	127 899	4 681	165	4 846	126	6	132	37,9	3,4	960	66	1026	20,5	40,0	21,2		
1901	131 604	4 853	183	5 036	150	5	155	38,3	3,6	816	80	896	16,8	43,7	17,8		
1902	135 416	4 980	165	5 145	142	7	149	38,0	3,2	924	56	980	18,6	33,9	19,0		
1903	139 338	5 050	186	5 236	154	13	167	37,6	3,6	950	68	1018	18,8	36,6	19,4		
1904	143 374	5 231	146	5 377	140	7	147	37,5	2,7	888	57	945	17,0	39,0	17,6		
1905	147 529	5 245	193	5 438	137	6	143	36,9	3,5	1010	81	1091	19,3	42,0	20,1		
1906	151 803	5 318	189	5 507	154	15	169	36,3	3,4	913	90	1003	17,2	47,6	18,2		
1907	113 316	4 031	146	4 177	109	7	116	36,9	3,5	699	43	742	17,3	29,5	17,8		
1908 ¹⁾	116 406	4 135	134	4 269	135	4	139	36,7	3,1	782	60	842	18,9	44,8	19,7		
1899/1903	131 810	24 189	867	25 056	687	36	723	38,0	3,5	4509	336	4845	18,6	38,8	19,3		
1904/1908	134 486	23 960	808	24 768	2,76% 675	3,99% 39	2,80% 714	36,8	3,3	4292	331	4623	17,9	41,0	18,7		
					2,74% (% der Geborenen)	4,60% (% der Geborenen)	2,80% (% der Geborenen)										

¹⁾ Die Zahlen der Spalten 3--8 und 11--13 für das Jahr 1908 beruhen auf Angaben der Standesämter, da die amtliche Statistik für dieses Jahr noch nicht vorliegt.

ziffern von 46,1 und 39,2 Proz. in M.-Gladbach Stadt, 34,1 und 39,1 Proz. in Rheydt, 38,8 und 41,0 Proz. im Landkreise Gladbach sind gegenüber dem Reichsdurchschnitt, der in den letzten Jahren stets nur etwa 30 Proz. betrug, sehr hoch und lassen auf starke Vernachlässigung dieser Klasse gefährdeter Kinder schließen. Allein in M.-Gladbach Stadt ist ein Herabgehen, in den beiden anderen ein Heraufziehen dieser Ziffern bemerkbar.

In Tabelle IV sind alsdann, um auch für die kleineren Gemeinden einen Überblick zu gewinnen, nach den Angaben der Standesämter die gleichen Zahlen nochmals für alle Gemeinden des Erhebungsgebietes und zwar für das Jahrfünft 1904—1908 zusammengestellt, und alsdann die Gemeinden nach absteigender Säuglingssterblichkeit eingeordnet.

Wiederum, wie bei jeder derartigen Untersuchung, zeigen sich starke Unterschiede innerhalb der einzelnen Ortschaften, und zwar schwankt die Gesamtsterblichkeit zwischen 15,4 Proz. in der Gemeinde Corschenbroich als niedrigste und 27,4 Proz. in der Gemeinde Hardt als höchste Ziffer.

Bei Beobachtung dieser Tabelle muß ebenso wie bei späteren Zusammenstellungen die Kleinheit der absoluten Ziffern — hier z. B. bei den unehelichen besonders deutlich zutage tretend — berücksichtigt werden. Große Schwankungen in den Prozentziffern können zum Teil von der Kleinheit der absoluten Zahlen herrühren. Für die Gesamtsterblichkeit gilt dieses weniger, da wir hier durch Zusammenfassung von 5 Jahren selbst bei den kleinsten Gemeinden auf mindestens 200 Geburten kommen. Die Großstädte M.-Gladbach und Rheydt halten sich bei dieser Zusammenstellung auf der besseren Hälfte, im Gegensatz zu der im Vorjahr für den Kreis Neuß festgestellten Tatsache, wonach die Kreisstadt einen wenig günstigen Platz innerhalb dieses Bezirkes behauptete. Immerhin ist auch bei ihnen die Sterblichkeit etwa im Vergleich zu den Ziffern der Städte des bergischen Landes noch sehr erheblich.

Auf die Ursachen der aus der Tabelle IV ersichtlichen Verteilung, soweit sie faßbar sind, soll später näher eingegangen werden. Einen wichtigen Fingerzeig nach dieser Richtung gibt bereits die Tabelle V, in welcher der Ernährungsstand am 5. Mai 1909 nach Gemeinden geordnet zusammengestellt wurde. Wir haben hierin durch Unterstreichen die Orte mit höchstem und niedrigstem Stande der natürlichen Ernährung herausgehoben und finden hierbei, daß Hardt, die Gemeinde höchster Sterblichkeit,

Tabelle IV.¹⁾

Geburten und Säuglingssterblichkeit in den Gemeinden des Erhebungsgebietes im Jahrfünft 1904/1908.

Gemeinde	Einwohner- zahl nach der Volks- zählung vom 1. XII. 1905	Lebendgeborene			Totgeborene			Gestorbene unter 1 Jahr ausschließlic Totgeborene			Von je 100 Lebend- geborenen sind gestorben		
		ehel.		zus.	ehel.		zus.	ehel.		zus.	ehel.		zus.
		unehel.	unehel.	unehel.	unehel.	unehel.	unehel.	unehel.	unehel.	unehel.	unehel.	unehel.	unehel.
Hardt	3 325	559	3	562	15	1	16	147	7	154	26,3	—	27,4
Liedberg	1 275	208	6	214	12	—	12	48	1	49	23,1	16,7	22,9
M.-Gladbach Land	19 737	4 198	129	4 327	112	2	114	861	74	935	20,5	57,4	21,6
Schiefbahn	3 532	594	8	602	26	—	26	126	3	129	21,2	37,5	21,4
Rheindahlen	7 551	1 271	29	1 300	32	1	33	259	10	269	20,4	34,5	20,7
Neuwerk	10 670	2 269	45	2 314	53	—	53	467	11	478	20,6	24,4	20,7
Schelsen	7 821	1 609	57	1 666	50	2	52	308	26	334	19,1	45,6	20,0
Odenkirchen	16 809	3 354	161	3 515	85	3	88	617	64	681	18,4	39,7	19,4
M.-Gladbach Stadt	60 709	10 660	546	11 206	262	31	293	1832	214	2046	17,2	39,2	18,3
Viersen	27 577	4 415	197	4 612	145	12	157	759	66	825	17,2	33,5	17,9
Neersen	2 614	376	15	391	7	—	7	66	3	69	17,6	20,0	17,6
Kleinenbroich	1 954	325	8	333	7	—	7	54	1	55	16,6	12,5	16,5
Rheydt	40 149	6 800	284	7 084	199	18	217	1056	111	1167	15,5	39,1	16,5
Korschenbroich	4 515	743	5	748	22	—	22	112	3	115	15,1	60,0	15,4

¹⁾ Dieses Zahlenmaterial mit Ausnahme der Zahlen für Rheydt und M.-Gladbach-Stadt beruht auf den Angaben der Standesämter.

Tabelle V. Ernährungsstand der am 5. Mai 1909 lebenden Säuglinge.
 Ganzes Erhebungsgebiet nach Gemeinden getrennt.

Gemeinde	Es erhielten von den am 5. Mai 1909 im ersten Lebensjahre stehenden Kindern															
	natürliche Nahrung					nur künstliche Nahrung					Säuglinge zusammen					
	ganz		teilweise		zusammen		vorwiegend Milch		teilweise Milch			wenig oder gar keine Milch		zusammen		
abs.	Proz.	abs.	Proz.	abs.	Proz.	abs.	Proz.	abs.	Proz.	abs.	Proz.	abs.	Proz.	abs.	Proz.	
Stadtkreis M.-Gladbach	863 (12)	44,37	257 (11)	13,21	1120 (23)	57,58	636 (48)	32,70	150 (13)	7,71	39 (5)	2,01	825 (66)	42,42	1945 (89)	100
Stadtkreis Rheydt	568 (2)	44,07	215 (6)	16,68	783 (8)	60,74	401 (30)	31,11	70 (2)	5,43	35 (4)	2,72	506 (36)	39,26	1289 (44)	100
Odenkirchen	366 (4)	56,92	78	12,13	414 (4)	69,05	163 (16)	25,35	21 (2)	3,27	15 (2)	2,33	199 (20)	30,95	643 (24)	100
Rheinadahen	124 (1)	52,54	41	17,37	165 (1)	69,92	59 (2)	25,00	9 (2)	3,81	3	1,27	71 (4)	30,08	236 (5)	100
Viersen	303 (2)	38,07	94	11,81	397 (2)	49,87	286 (19)	35,93	83 (7)	10,43	30 (1)	3,77	399 (27)	50,13	796 (29)	100
Korschenbroich	69	53,49	16	12,40	85	65,89	38 (1)	29,46	3	2,33	3	2,33	44 (1)	34,11	129 (1)	100
M.-Gladbach Land	357 (1)	48,77	126 (2)	17,21	483 (3)	65,98	194 (5)	26,50	41 (1)	5,60	14 (3)	1,91	249 (9)	34,02	732 (12)	100
Hardt	33	32,67	30	29,70	63	62,38	36 (1)	35,64	2	1,98	—	—	38 (1)	37,62	101 (1)	100
Kleinenbroich	19	38,78	9	18,37	28	57,14	16	32,65	1	2,04	4	8,16	21	42,86	49	100
Liedberg	18	50,00	10	27,78	28	77,78	8	22,22	—	—	—	—	8	22,22	36	100
Neersen	53	85,48	7 (1)	11,29	60 (1)	96,77	2	3,23	—	—	—	—	2	3,23	62 (1)	100
Neuwirk	242 (3)	56,81	42	9,86	284 (3)	66,67	125 (6)	29,34	13	3,05	4	0,94	142 (6)	33,33	426 (9)	100
Schelsen	170 (3)	62,04	25 (1)	9,12	195 (1)	71,17	47 (1)	17,15	27 (6)	9,85	5 (1)	1,82	79 (8)	28,83	274 (9)	100
Schiefbahn	41	41,00	10	10,00	51 (1)	51,00	36 (1)	36,00	12 (1)	12,00	1	1,00	49 (1)	49,00	100 (1)	100
Landkreis Gladbach	1795 (11)	50,08	488 (4)	13,62	2283 (15)	63,70	1010 (51)	28,18	212 (19)	5,92	79 (7)	2,20	1301 (77)	36,30	3584 (92)	100
Ganzes Erhebungsgebiet	3226 (25)	47,32	960 (21)	14,08	4186 (46)	61,40	2017 (129)	30,02	432 (34)	6,34	153 (16)	2,24	2632 (179)	38,60	6818 (225)	100

(Die eingeklammerten Zahlen geben die in den darüberstehenden Zahlen enthaltenen Unehelichen an.)

auch die niedrigste Ziffer für die ausschließliche natürliche Ernährung aufweist. Wie diese Zahlen lehren, und durch mündliche Mitteilungen eines der beiden in Hardt ansässigen Ärzte bestätigt wurde, gehen dort die Mütter auffallend früh von der Brustnahrung allein erst zur gemischten und späterhin zur künstlichen Nahrung über. Übereinstimmend zeigt Hardt die höchste Ziffer für die gemischte Ernährungsweise. Die besten Stillziffern weist Neersen auf, der Ort, der in der Sterblichkeitsliste an vierbester Stelle steht.

Insgesamt sind die Ernährungsverhältnisse ähnlich, jedoch etwas weniger günstig als im Kreise Neuß. Der Landkreis Gladbach mit 63,70 Proz. am Erhebungstage natürlich genährter Kinder zeigt fast die gleiche Ziffer wie die Landgemeinden Neuß mit 62,50 Proz. Herabgezogen wird das Ergebnis im gesamten diesjährigen Erhebungsgebiet durch die Stillverhältnisse der Städte, die mit 57,58 Proz. — M.-Gladbach — und 60,74 Proz. — Rheydt — sowie 49,87 Proz. — die im Landkreis enthaltene Stadt Viersen — ungünstiger dastehen.

In Tabelle VI ist die Ernährungsweise der ehelichen und unehelichen Säuglinge gesondert betrachtet, wobei sich die bekannten, für die Unehelichen so außerordentlich ungünstigen Verschiedenheiten zeigen. In der Stadt Gladbach wurde ein Viertel, im Landkreis gar nur ein Sechstel der unehelichen Kinder natürlich genährt, während die gleichen Ziffern für die Ehelichen 59,11 und 64,95, in Rheydt 62,25 Proz. betragen.

In den Tabellen VII—X ist der Ernährungsstand mit dem Alter der am 5. Mai lebenden Säuglinge kombiniert. Vergleichen wir diese Zahlen mit den für den Kreis Neuß gefundenen — Tabelle V—VII der obenerwähnten Abhandlung — so finden wir durchweg in dem Gladbacher Erhebungsgebiet eine geringere Verbreitung der natürlichen Ernährung während der ersten Lebensmonate des Kindes.

Im Kreise Neuß wurden von den bis ein Monat alten Kindern in der Stadt 91,4 Proz., auf dem Lande 93,4 Proz. entweder ganz oder teilweise an der Brust genährt. In M.-Gladbach beträgt die entsprechende Ziffer 85,5, in Rheydt 86,9, im Kreise Gladbach 86,7 Proz. In den Städten geht auch das Herabsinken während der folgenden Lebensmonate verhältnismäßig rascher vor sich, als in Neuß, so daß insgesamt während des ersten Lebensjahres in M.-Gladbach nur 57,5, in Rheydt 60,7 gegenüber 67,0 Proz. in Neuß natürlich genährt wurden. Es liegt nahe, diesen relativ

Tabelle VI. Ernährungsstand der am 5. Mai 1909 lebenden ehelichen bzw. unehelichen Säuglinge.

		Es erhielten															
		von den am 5. Mai 1909 im ersten Lebensjahre stehenden Säuglingen						nur künstliche Nahrung						Säuglinge zusammen			
		natürliche Nahrung						nur künstliche Nahrung									
		ganz		teilweise		zusammen		vorwiegend Milch.		teilweise Milch		wenig oder gar keine Milch		zusammen		abs. Proz.	
		abs.	Proz.	abs.	Proz.	abs.	Proz.	abs.	Proz.	abs.	Proz.	abs.	Proz.	abs.	Proz.	abs.	Proz.
M.-Gladbach Stadt	Ehelich	851	45,85	246	13,26	1097	59,11	588	31,68	137	7,38	34	1,83	759	40,89	1856	100
	Unehelich	12	13,48	11	12,36	23	25,84	48	53,93	13	14,61	5	5,62	66	74,16	89	100
Zus.		863	44,37	257	13,21	1120	57,58	636	32,70	150	7,71	39	2,01	825	42,42	1945	100
Rheydt	Ehelich	566	45,46	209	16,79	775	62,25	371	29,80	68	5,46	31	2,49	470	37,75	1245	100
	Unehelich	2	4,55	6	13,64	8	18,18	30	68,18	2	4,55	4	9,09	36	81,82	44	100
Zus.		568	44,07	215	16,68	783	60,74	401	31,11	70	5,43	35	2,72	506	39,26	1289	100
Landkreis Gladbach	Ehelich	1784	51,09	484	13,86	2268	64,95	959	27,46	193	5,53	72	2,06	1224	35,05	3492	100
	Unehelich	11	11,96	4	4,35	15	16,30	51	55,43	19	20,65	7	7,61	77	83,70	92	100
Zus.		1795	50,08	488	13,62	2283	63,70	1010	28,18	212	5,92	79	2,20	1301	36,30	3584	100
Ganzes Erhebungsgebiet	Ehelich	3201	48,55	939	14,24	4140	62,79	1918	29,09	398	6,04	137	2,08	2453	37,21	6593	100
	Unehelich	25	11,11	21	9,33	46	20,44	129	57,33	34	15,11	16	7,11	179	79,56	225	100
Zus.		3226	47,32	960	14,08	4186	61,40	2047	30,02	432	6,34	153	2,24	2632	38,60	6818	100

Tabelle VII.
Ernährungsstand und Alter der am 5. Mai 1909 lebenden
Säuglinge.

M. - G l a d b a c h - S t a d t.

Alter	Von den am 5. Mai 1909 lebenden Säuglingen erhalten					
	natürliche Nahrung		nur künstliche Nahrung		zusammen	
	abs.	Proz.	abs.	Proz.	abs.	Proz.
bis 1 Woche	39 (3)	90,70	4	9,30	43 (3)	100
über 1—2 Wochen	34 (1)	85,00	6 (2)	15,00	40 (3)	100
" 2—3 "	33	84,62	6	15,38	39	100
" 3—4 "	44 (1)	83,02	9 (2)	16,98	53 (3)	100
" 4—5 "	24 (1)	82,76	5	17,24	29 (1)	100
" 5—6 "	25	71,43	10 (2)	28,57	35 (2)	100
" 6—7 "	32 (1)	78,05	9 (3)	21,95	41 (4)	100
" 7—8 "	29 (1)	85,29	5 (1)	14,71	34 (2)	100
bis 1 Monat	154 (5)	85,56	26 (4)	14,44	180 (9)	100
über 1—2 Monate	137 (4)	76,11	43 (7)	23,89	180 (11)	100
" 2—3 "	105 (4)	66,46	53 (6)	33,54	158 (10)	100
" 3—4 "	103 (2)	62,80	61 (10)	37,20	164 (12)	100
" 4—5 "	92 (1)	60,93	59 (4)	39,07	151 (5)	100
" 5—6 "	87 (1)	56,86	66 (3)	43,14	153 (4)	100
" 6—7 "	84 (1)	58,33	60 (3)	41,67	144 (4)	100
" 7—8 "	78 (2)	51,32	74 (6)	48,68	152 (8)	100
" 8—9 "	71	43,03	94 (3)	56,97	165 (3)	100
" 9—10 "	85 (2)	44,97	104 (5)	55,03	189 (7)	100
" 10—11 "	65	43,62	84 (7)	56,38	149 (7)	100
" 11—12 "	59 (1)	36,87	101 (8)	63,13	160 (9)	100
zusammen	1120 (23)	57,58	825 (66)	42,42	1945 (89)	100

(Die eingeklammerten Zahlen geben die in den darüberstehenden Zahlen enthaltenen Unehelichen an.)

Tabelle VIII.

Ernährungsstand und Alter der am 5. Mai 1909 lebenden Säuglinge.

Rheydt.

Alter	Von den am 5. Mai 1909 lebenden Säuglingen erhaltenen					
	natürliche Nahrung		nur künstliche Nahrung		zusammen	
	abs.	Proz.	abs.	Proz.	abs.	Proz.
bis 1 Woche	28 (1)	93,33	2	6,67	30 (1)	100
über 1—2 Wochen	18 (1)	90,00	2	10,00	20 (1)	100
„ 2—3 „	18	85,71	3 (1)	14,29	21 (1)	100
„ 3—4 „	19 (1)	86,36	3	13,64	22 (1)	100
„ 4—5 „	19	76,00	6	24,00	25	100
„ 5—6 „	21	80,77	5	19,23	26	100
„ 6—7 „	27	87,10	4	12,90	31	100
„ 7—8 „	28	82,35	6	17,65	34	100
bis 1 Monat	93 (3)	86,92	14 (1)	13,08	107 (4)	100
über 1—2 Monate	101	80,80	24	19,20	125	100
„ 2—3 „	74	69,81	32 (2)	30,19	106 (2)	100
„ 3—4 „	75 (1)	61,48	47 (3)	38,52	122 (4)	100
„ 4—5 „	71	64,55	39 (3)	35,45	110 (3)	100
„ 5—6 „	62 (1)	60,78	40 (2)	39,22	102 (3)	100
„ 6—7 „	45	53,57	39 (5)	46,43	84 (5)	100
„ 7—8 „	55	54,46	46 (3)	45,54	101 (3)	100
„ 8—9 „	52 (1)	46,43	60 (5)	53,57	112 (6)	100
„ 9—10 „	58 (1)	52,73	52 (3)	47,27	110 (4)	100
„ 10—11 „	44 (1)	44,44	55 (4)	55,56	99 (5)	100
„ 11—12 „	53	47,75	58 (5)	52,25	111 (5)	100
zusammen	783 (8)	60,74	506 (36)	39,26	1289 (44)	100

(Die eingeklammerten Zahlen geben die in den darüberstehenden Zahlen enthaltenen Unehelichen an.)

Tabelle IX.
Ernährungsstand und Alter der am 5. Mai 1909 lebenden
Säuglinge.
Landkreis Gladbach.

Alter	Von den am 5. Mai 1909 lebenden Säuglingen erhalten					
	natürliche Nahrung		nur künstliche Nahrung		zusammen	
	abs.	Proz.	abs.	Proz.	abs.	Proz.
bis 1 Woche	50 (2)	86,21	8 (3)	13,79	58 (5)	100
über 1—2 Wochen	76	96,20	3 (1)	3,80	79 (1)	100
„ 2—3 „	81 (1)	80,20	20 (3)	19,80	101 (4)	100
„ 3—4 „	79 (1)	86,81	12 (2)	13,19	91 (3)	100
„ 4—5 „	63 (1)	87,50	9 (1)	12,50	72 (2)	100
„ 5—6 „	68 (1)	83,95	13	16,05	81 (1)	100
„ 6—7 „	56	77,78	16 (2)	22,22	72 (2)	100
„ 7—8 „	51 (2)	75,00	17 (1)	25,00	68 (3)	100
bis 1 Monat	308 (4)	86,76	47 (10)	13,24	355 (14)	100
über 1—2 Monate	259 (4)	80,69	62 (3)	19,31	321 (7)	100
„ 2—3 „	224 (1)	70,66	93 (11)	29,34	317 (12)	100
„ 3—4 „	212 (2)	64,83	115 (7)	35,17	327 (9)	100
„ 4—5 „	198	64,50	109 (8)	35,50	307 (8)	100
„ 5—6 „	178	64,26	99 (3)	35,74	277 (3)	100
„ 6—7 „	158	55,05	129 (7)	44,95	287 (7)	100
„ 7—8 „	164 (1)	58,16	118 (2)	41,84	282 (3)	100
„ 8—9 „	174 (2)	56,68	133 (6)	43,32	307 (8)	100
„ 9—10 „	138	49,29	142 (9)	50,71	280 (9)	100
„ 10—11 „	143	55,21	116 (2)	44,79	259 (2)	100
„ 11—12 „	127 (1)	47,92	138 (9)	52,08	265 (10)	100
zusammen	2283 (15)	63,70	1301 (77)	36,30	3584 (92)	100

(Die eingeklammerten Zahlen geben die in den darüberstehenden Zahlen enthaltenen Unehelichen an.)

Tabelle X.
**Ernährungsstand und Alter der am 5. Mai 1909 lebenden
 Säuglinge.**
 Ganzes Erhebungsgebiet.

Alter	Von den am 5. Mai 1909 lebenden Säuglingen erhielten					
	natürliche Nahrung		nur künstliche Nahrung		zusammen	
	abs.	Proz.	abs.	Proz.	abs.	Proz.
bis 1 Woche	117 (6)	89,31	14 (3)	10,69	131 (9)	100
über 1—2 Wochen	128 (2)	92,09	11 (3)	7,91	139 (5)	100
„ 2—3 „	132 (1)	81,99	29 (4)	18,01	161 (5)	100
„ 3—4 „	142 (3)	85,54	24 (4)	14,46	166 (7)	100
„ 4—5 „	106 (2)	84,13	20 (1)	15,87	126 (3)	100
„ 5—6 „	114 (1)	80,28	28 (2)	19,72	142 (3)	100
„ 6—7 „	115 (1)	79,86	29 (5)	20,14	144 (6)	100
„ 7—8 „	108 (3)	79,41	28 (2)	20,59	136 (5)	100
bis 1 Monat	555 (12)	86,45	87 (15)	13,55	642 (27)	100
über 1—2 Monate	497 (8)	79,39	129 (10)	20,61	626 (18)	100
„ 2—3 „	403 (5)	69,36	178 (19)	30,64	581 (24)	100
„ 3—4 „	390 (5)	63,62	223 (20)	36,38	613 (25)	100
„ 4—5 „	361 (1)	63,56	207 (15)	36,44	568 (16)	100
„ 5—6 „	327 (2)	61,47	205 (8)	38,53	532 (10)	100
„ 6—7 „	287 (1)	55,73	228 (15)	44,27	515 (16)	100
„ 7—8 „	297 (3)	55,51	238 (11)	44,49	535 (14)	100
„ 8—9 „	297 (3)	50,86	287 (14)	49,14	584 (17)	100
„ 9—10 „	281 (3)	48,53	298 (17)	51,47	579 (20)	100
„ 10—11 „	252 (1)	49,70	255 (13)	50,30	507 (14)	100
„ 11—12 „	239 (2)	44,59	297 (22)	55,41	536 (24)	100
zusammen	4183 (46)	61,40	2632 (179)	38,60	6818 (225)	100

(Die eingeklammerten Zahlen geben die in den darüberstehenden Zahlen enthaltenen Unehelichen an.)

sehr hohen Stand der Stadt Neuß auf die dort seit mehreren Jahren energisch durchgeführte Stillpropaganda und Stillunterstützung zu beziehen.

Anders im Landkreise. Hier sinkt der Ernährungsstand mit zunehmendem Alter der Säuglinge langsamer als im Kreise Neuß, im neunten bis zwölften Monat wird noch eine größere Anzahl von Kindern natürlich genährt, und der Gesamtstand ist trotz der geringeren Verbreitung des Nährens bei den ganz kleinen Kindern mit 63,7 Proz. höher als in den Landgemeinden Neuß mit 62,5 Proz. Es scheint also, daß im Kreise Gladbach die natürliche Ernährung häufig von Anbeginn an zurückgestellt bzw. sehr früh aufgegeben, dafür aber, wo sie durchgeführt, auch länger eingehalten wird.

Die Tabellen XI—XVIII geben noch einige nähere Ausführungen über den Ernährungsstand der ehelichen Säuglinge, je nach dem Beruf und dem Einkommen des Vaters und dem Alter des Kindes. Die Einzelheiten sind aus den Tabellen selbst zu entnehmen. Es zeigt sich der sonst oft beobachtete Parallelismus zwischen Stillhäufigkeit und Abnahme des Einkommens in den Stadtkreisen weniger ausgeprägt, als im Landkreise, während die Stilldauer in Stadt und Land durch den Wohlstand stark in ungünstigem Sinne beeinflußt wird. In den Familien mit Einkommen zwischen 900 und 1500 Mk. wurden im ganzen Erhebungsgebiet noch fast drei Fünftel aller über sechs Monate alten Kinder gestillt, während in den höheren Einkommensstufen der Prozentsatz auf 44 und 48 sank.

Tabelle XIX zeigt, wiederum nach Städten bzw. Bürgermeistereien zerlegt, den Zeitpunkt der Einführung der künstlichen Ernährung bei denjenigen Kindern, die am Erhebungstage überhaupt nicht mehr Brustnahrung erhielten. In den Stadtkreisen haben rund ein Fünftel, im Landkreis rund ein Drittel aller künstlich genährten Kinder niemals natürliche Nahrung erhalten. Der Unterschied zuungunsten des Landes ließ sich bereits aus den Tabellen VII—X vermuten. Die Einzelzahlen sind wieder wegen ihrer geringen absoluten Größe mit Vorsicht zu bewerten.

Bei Beurteilung der Tabellen XX—XXIII — den letzten, die sich auf den Ernährungsstand beziehen — tritt noch ein weiteres Vorsichtsmoment hinzu. Es sind dieses die einzigen Tabellen, bei denen die als Zählpersonen dienenden Hebammen nicht nur einfach mit Ja oder Nein antworten oder bestimmte Zahlenangaben zu machen hatten, sondern auf Grund mehr oder minder subjektiver Beobachtung nach Rücksprache mit den Müttern der Kinder den

Tabelle XI.

Ernährungsstand der ehelichen Säuglinge nach dem Beruf und dem Einkommen des Vaters am 5. Mai 1909.

M.-Gladbach-Stadt.

Des Vaters		Von den am 5. Mai 1909 lebenden ehelichen Säuglingen erhielten					
Beruf	eingeschätztes Einkommen M.	natürliche Nahrung		nur künstliche Nahrung		zusammen	
		abs.	Proz.	abs.	Proz.	abs.	Proz.
Landwirtschaft-treibende	bis 900	—	—	1	100,00	1	100
	über 900—1500	1	100,00	—	—	1	100
	„ 1500—3000	1	100,00	—	—	1	100
	„ 3000	—	—	—	—	—	—
	zusammen		2	66,67	1	33,33	3
Selbständige Gewerbe- u. Handeltreibende	bis 900	14	60,87	9	39,13	23	100
	über 900—1500	154	59,46	105	40,54	259	100
	„ 1500—3000	65	44,52	81	55,48	146	100
	„ 3000	25	40,98	36	59,02	61	100
	zusammen		258	52,76	231	47,24	489
Abhängige Gewerbe- und Handeltreibende und Arbeiter aller Art	bis 900	42	59,15	29	40,85	71	100
	über 900—1500	605	63,09	354	36,91	959	100
	„ 1500—3000	63	60,00	42	40,00	105	100
	„ 3000	5	62,50	3	37,50	8	100
	zusammen		715	62,55	428	37,45	1143
Beamte und freie Berufe sowie Berufslose	bis 900	4	33,33	8	66,67	12	100
	über 900—1500	58	56,31	45	43,69	103	100
	„ 1500—3000	40	54,79	33	45,21	73	100
	„ 3000	20	60,61	13	39,39	33	100
	zusammen		122	55,20	99	44,80	221
überhaupt	bis 900	60	56,07	47	43,93	107	100
	über 900—1500	818	61,88	504	38,12	1322	100
	„ 1500—3000	169	52,00	156	48,00	325	100
	„ 3000	50	49,02	52	50,98	102	100
	zusammen		1097	59,11	759	40,89	1856

Tabelle XII.

Ernährungsstand der ehelichen Säuglinge nach dem Beruf und dem Einkommen des Vaters am 5. Mai 1909.

R h e y d t.

Des Vaters		Von den am 5. Mai 1909 lebenden ehelichen Säuglingen erhalten					
Beruf	eingeschätztes Einkommen M.	natürliche Nahrung		nur künstliche Nahrung		zusammen	
		abs.	Proz.	abs.	Proz.	abs.	Proz.
Landwirtschaft-treibende	bis 900	3	100,00	—	—	3	100
	über 90—1500	2	66,67	1	33,33	3	100
	„ 1500—3000	—	—	—	—	—	—
	„ 3000	—	—	—	—	—	—
	zusammen	5	83,33	1	16,67	6	100
Selbständige Gewerbe- und Handeltreibende	bis 900	8	72,73	3	27,27	11	100
	über 900—1500	76	53,52	66	46,48	142	100
	„ 1500—3000	37	59,68	25	40,32	62	100
	„ 3000	10	27,78	26	72,22	36	100
	zusammen	131	52,19	120	47,81	251	100
Abhängige Gewerbe- und Handeltreibende und Arbeiter aller Art	bis 900	50	57,47	37	42,53	87	100
	über 900—1500	399	66,72	199	33,28	598	100
	„ 1500—3000	77	63,64	44	36,36	121	100
	„ 3000	7	53,85	6	46,15	13	100
	zusammen	533	65,08	286	34,92	819	100
Beamte und freie Berufe sowie Berufslose	bis 900	17	62,96	10	37,04	27	100
	über 900—1500	63	75,00	21	25,00	84	100
	„ 1500—3000	20	42,55	27	57,45	47	100
	„ 3000	6	54,55	5	45,45	11	100
	zusammen	106	62,72	63	37,28	169	100
überhaupt	bis 900	78	60,94	50	39,06	128	100
	über 900—1500	540	65,30	287	34,70	827	100
	„ 1500—3000	134	58,26	96	41,74	230	100
	„ 3000	23	38,33	37	61,67	60	100
	zusammen	775	62,25	470	37,75	1245	100

Tabelle XIII.

Ernährungsstand der ehelichen Säuglinge nach dem Beruf und dem Einkommen des Vaters am 5. Mai 1909.

Landkreis Gladbach.

Des Vaters		Von den am 5. Mai 1909 lebenden ehelichen Säuglingen erhielten					
Beruf	eingeschätztes Einkommen M.	natürliche Nahrung		nur künstliche Nahrung		zusammen	
		abs.	Proz.	abs.	Proz.	abs.	Proz.
Landwirtschaft-treibende	bis 900	41	73,21	15	26,79	56	100
	über 900—1500	50	66,67	25	33,33	75	100
	„ 1500—3000	19	48,72	20	51,28	39	100
	„ 3000	1	100,00	—	—	1	100
	zusammen	111	64,91	60	35,09	171	100
Selbständige Gewerbe- und Handeltreibende	bis 900	53	60,92	34	39,08	87	100
	über 900—1500	306	62,83	181	37,17	487	100
	„ 1500—3000	63	59,43	43	40,57	106	100
	„ 3000	6	21,43	22	78,57	28	100
	zusammen	428	60,45	280	39,55	708	100
Abhängige Gewerbe- und Handeltreibende und Arbeiter aller Art	bis 900	311	64,12	174	35,88	485	100
	über 900—1500	1205	68,08	565	31,92	1770	100
	„ 1500—3000	84	59,15	58	40,85	142	100
	„ 3000	2	50,00	2	50,00	4	100
	zusammen	1602	66,72	799	33,28	2401	100
Beamte und freie Berufe sowie Berufslose	bis 900	32	55,17	26	44,83	58	100
	über 900—1500	71	68,93	32	31,07	103	100
	„ 1500—3000	19	47,50	21	52,50	40	100
	„ 3000	5	45,45	6	54,55	11	100
	zusammen	127	59,91	85	40,09	212	100
überhaupt	bis 900	437	63,70	249	36,30	686	100
	über 900—1500	1632	67,02	803	32,98	2435	100
	„ 1500—3000	185	56,57	142	43,43	327	100
	„ 3000	14	31,82	30	68,18	44	100
	zusammen	2268	64,95	1224	35,05	3492	100

Tabelle XIV.

Ernährungsstand der ehelichen Säuglinge nach dem Beruf und dem Einkommen des Vaters am 5. Mai 1909.

Ganzes Erhebungsgebiet.

Des Vaters		Von den am 5. Mai 1909 lebenden ehelichen Säuglingen erhielten					
Beruf	eingeschätztes Einkommen M.	natürliche Nahrung		nur künstliche Nahrung		zusammen	
		abs.	Proz.	abs.	Proz.	abs.	Proz.
Landwirtschaft-treibende	bis 900	44	73,33	16	26,67	60	100
	über 900—1500	53	67,09	26	32,91	79	100
	„ 1500—3000	20	50,00	20	50,00	40	100
	„ 3000	1	100,00	—	—	1	100
	zusammen	118	65,56	62	34,44	180	100
Selbständige Gewerbe- und Handeltreibende	bis 900	75	61,98	46	38,02	121	100
	über 900—1500	536	60,36	352	39,64	888	100
	„ 1500—3000	165	52,55	149	47,45	314	100
	„ 3000	41	32,80	84	67,20	125	100
	zusammen	817	56,42	631	43,58	1448	100
Abhängige Gewerbe- und Handeltreibende und Arbeiter aller Art	bis 900	403	62,67	240	37,33	643	100
	über 900—1500	2209	66,40	1118	33,60	3327	100
	„ 1500—3000	224	60,87	144	39,13	368	100
	„ 3000	14	56,00	11	44,00	25	100
	zusammen	2850	65,32	1513	34,68	4363	100
Beamte und freie Berufe sowie Berufslose	bis 900	53	54,64	44	45,36	97	100
	über 900—1500	192	66,21	98	33,79	290	100
	„ 1500—3000	79	49,37	81	50,63	160	100
	„ 3000	31	56,36	24	43,64	55	100
	zusammen	355	58,97	247	41,03	602	100
überhaupt	bis 900	575	62,43	346	37,57	921	100
	über 900—1500	2990	65,23	1594	34,77	4584	100
	„ 1500—3000	488	55,33	394	44,67	882	100
	„ 3000	87	42,23	119	57,77	206	100
	zusammen	4140	62,79	2453	37,21	6593	100

Tabelle XV.

**Ernährungsstand der ehelichen Säuglinge nach ihrem Alter
und dem Einkommen des Vaters am 5. Mai 1909.**

M. - Gladbach - Stadt.

Einkommen des Vaters M.	Alter der Kinder	Von den im Alter der Vorspalte stehenden Kindern erhielten am 5. Mai 1909					
		natürliche Nahrung		nur künstliche Nahrung		zu- sammen	
		abs.	Proz.	abs.	Proz.	abs.	Proz.
bis 900	bis 3 Monate	19	76,00	6	24,00	25	100
	über 3—6 Monate	19	65,52	10	34,48	29	100
	„ 6—9 „	11	52,38	10	47,62	21	100
	„ 9—12 „	11	34,37	21	65,63	32	100
	zusammen	60	56,07	47	43,93	107	100
über 900—1500	bis 3 Monate	288	78,69	78	21,31	366	100
	über 3—6 Monate	193	64,55	106	35,45	299	100
	„ 6—9 „	173	54,40	145	45,60	318	100
	„ 9—12 „	164	48,38	175	51,62	339	100
	zusammen	818	61,88	504	38,12	1322	100
über 1500—3000	bis 3 Monate	57	80,28	14	19,72	71	100
	über 3—6 Monate	44	52,38	40	47,62	84	100
	„ 6—9 „	39	45,88	46	54,12	85	100
	„ 9—12 „	29	34,12	56	65,88	85	100
	zusammen	169	52,00	156	48,00	325	100
über 3000	bis 3 Monate	19	73,08	7	26,92	26	100
	über 3—6 Monate	22	62,86	13	37,14	35	100
	„ 6—9 „	7	31,82	15	68,18	22	100
	„ 9—12 „	2	10,53	17	89,47	19	100
	zusammen	50	49,02	52	50,98	102	100
überhaupt	bis 3 Monate	383	78,48	105	21,52	488	100
	über 3—6 Monate	278	62,19	169	37,81	447	100
	„ 6—9 „	230	51,57	216	48,43	446	100
	„ 9—12 „	206	43,37	269	56,63	475	100
	zusammen	1097	59,11	759	40,89	1856	100

Tabelle XVI.

Ernährungsstand der ehelichen Säuglinge nach ihrem Alter
und dem Einkommen des Vaters am 5. Mai 1909.

R h e y d t.

Einkommen des Vaters M.	Alter der Kinder	Von den im Alter der Vorspalte stehenden Kindern erhielten am 5. Mai 1909					
		natürliche Nahrung		nur künst- liche Nahrung		zu- sammen	
		abs.	Proz.	abs.	Proz.	abs.	Proz.
bis 900	bis 3 Monate	25	86,21	4	13,79	29	100
	über 3—6 Monate	26	61,90	16	38,10	42	100
	„ 6—9 „	9	39,13	14	60,87	23	100
	„ 9—12 „	18	52,94	16	47,06	34	100
	zusammen	78	60,94	50	39,06	128	100
über 900—1500	bis 3 Monate	178	82,41	38	17,59	216	100
	über 3—6 Monate	141	65,89	73	34,11	214	100
	„ 6—9 „	114	59,07	79	40,93	193	100
	„ 9—12 „	107	52,45	97	47,55	204	100
	zusammen	540	65,30	287	34,70	827	100
über 1500—3000	bis 3 Monate	53	74,65	18	25,35	71	100
	über 3—6 Monate	32	60,38	21	39,62	53	100
	„ 6—9 „	24	43,64	31	56,36	55	100
	„ 9—12 „	25	49,02	26	50,98	51	100
	zusammen	134	58,26	96	41,74	230	100
über 3000	bis 3 Monate	9	56,25	7	43,75	16	100
	über 3—6 Monate	7	46,67	8	53,33	15	100
	„ 6—9 „	4	33,33	8	66,67	12	100
	„ 9—12 „	3	17,65	14	82,35	17	100
	zusammen	23	38,33	37	61,67	60	100
überhaupt	bis 3 Monate	265	79,82	67	20,18	332	100
	über 3—6 Monate	206	63,58	118	36,42	324	100
	„ 6—9 „	151	53,36	132	46,64	283	100
	„ 9—12 „	153	50,00	153	50,00	306	100
	zusammen	775	62,25	470	37,75	1245	100

Tabelle XVII.

**Ernährungsstand der ehelichen Säuglinge nach ihrem Alter
und dem Einkommen des Vaters am 5. Mai 1909.**

Landkreis Gladbach.

Einkommen des Vaters M.	Alter der Kinder	Von den im Alter der Vorspalte stehenden Kindern erhielten am 5. Mai 1909					
		natürliche Nahrung		nur künst- liche Nahrung		zu- sammen	
		abs.	Proz.	abs.	Proz.	abs.	Proz.
bis 900	bis 3 Monate	144	79,56	37	20,44	181	100
	über 3—6 Monate	103	65,61	54	34,39	157	100
	„ 6—9 „	96	54,55	80	45,45	176	100
	„ 9—12 „	94	54,65	78	45,35	172	100
	zusammen	437	63,70	249	36,30	686	100
über 900—1500	bis 3 Monate	545	82,33	117	17,67	662	100
	über 3—6 Monate	439	67,33	213	32,67	652	100
	„ 6—9 „	359	61,05	229	38,95	588	100
	„ 9—12 „	289	54,22	244	45,78	533	100
	zusammen	1632	67,02	803	32,98	2435	100
über 1500—3000	bis 3 Monate	85	83,33	17	16,67	102	100
	über 3—6 Monate	41	55,41	33	44,59	74	100
	„ 6—9 „	36	43,90	46	56,10	82	100
	„ 9—12 „	23	33,33	46	66,67	69	100
	zusammen	185	56,57	142	43,43	327	100
über 3000	bis 3 Monate	8	53,33	7	46,67	15	100
	über 3—6 Monate	3	37,50	5	62,50	8	100
	„ 6—9 „	2	16,67	10	83,33	12	100
	„ 9—12 „	1	11,11	8	88,89	9	100
	zusammen	14	31,82	30	68,18	44	100
überhaupt	bis 3 Monate	782	81,46	178	18,54	960	100
	über 3—6 Monate	586	65,77	305	34,23	891	100
	„ 6—9 „	493	57,46	365	42,54	858	100
	„ 9—12 „	407	51,98	376	48,02	783	100
	zusammen	2268	64,95	1224	35,05	3492	100

Tabelle XVIII.

Ernährungsstand der ehelichen Säuglinge nach ihrem Alter
und dem Einkommen des Vaters am 5. Mai 1909.

Ganzes Erhebungsgebiet.

Einkommen des Vaters M.	Alter der Kinder	Von den im Alter der Vorspalte stehenden Kindern erhielten am 5. Mai 1909					
		natürliche Nahrung		nur künstliche Nahrung		zu- sammen	
		abs.	Proz.	abs.	Proz.	abs.	Proz.
bis 900	bis 3 Monate	188	80,00	47	20,00	235	100
	über 3—6 Monate	148	64,91	80	35,09	228	100
	„ 6—9 „	116	52,73	104	47,27	220	100
	„ 9—12 „	123	51,68	115	48,32	238	100
	zusammen	575	62,43	346	37,57	921	100
über 900—1500	bis 3 Monate	1011	81,27	233	18,73	1244	100
	über 3—6 Monate	773	66,35	392	33,65	1165	100
	„ 6—9 „	646	58,78	453	41,22	1099	100
	„ 9—12 „	560	52,04	516	47,96	1076	100
	zusammen	2990	65,23	1594	34,77	4584	100
über 1500—3000	bis 3 Monate	195	79,92	49	20,08	244	100
	über 3—6 Monate	117	55,45	94	44,55	211	100
	„ 6—9 „	99	44,59	123	55,41	222	100
	„ 9—12 „	77	37,56	128	62,44	205	100
	zusammen	488	55,33	394	44,67	882	100
über 3000	bis 3 Monate	36	63,16	21	36,84	57	100
	über 3—6 Monate	32	55,17	26	44,83	58	100
	„ 6—9 „	13	28,26	33	71,74	46	100
	„ 9—12 „	6	13,33	39	86,67	45	100
	zusammen	87	42,23	119	57,77	206	100
überhaupt	bis 3 Monate	1430	80,34	350	19,66	1780	100
	über 3—6 Monate	1070	64,38	592	35,62	1662	100
	„ 6—9 „	874	55,07	713	44,93	1587	100
	„ 9—12 „	766	48,98	798	51,02	1564	100
	zusammen	4140	62,79	2453	37,21	6593	100

Tabelle XIX. Zeitpunkt der Einführung der künstlichen Ernährung.
 Ganzes Erhebungsgebiet nach Bürgermeistereien getrennt.

Stadt bzw. Bürgermeisterei	Von den am 5. Mai 1909 lebenden nicht natürlich genährten Kindern														Zusammen am 5. Mai 09 nicht natürlich genährte Kinder	
	sind niemals natürlich ernährt worden		bis 2		über 2—5		über 5—10		über 10—20		über 20—40		über 40			
	abs.	Proz.	abs.	Proz.	abs.	Proz.	abs.	Proz.	abs.	Proz.	abs.	Proz.	abs.	Proz.		
Stadtkreis M.-Gladbach	167 (21)	20,24	56 (5)	6,79	123 (11)	14,91	195 (29)	23,64	154	18,67	119	14,42	11	1,33	825 (66)	100
Stadtkreis Rheydt	114 (13)	22,53	44 (4)	8,70	73 (4)	14,43	105 (9)	20,75	90 (2)	17,79	76 (4)	15,02	4	0,79	506 (36)	100
Odenkirchen	68 (12)	34,17	10	5,03	20 (2)	10,05	30 (4)	15,08	36 (2)	18,09	30	15,08	5	2,51	199 (20)	100
Rheindahlen	32 (2)	45,07	—	—	12 (1)	16,90	11 (1)	15,49	6	8,45	10	14,08	—	—	71 (4)	100
Viersen	127 (17)	31,83	39 (4)	9,77	58 (1)	14,54	65 (4)	16,29	69 (1)	17,29	36	9,02	5	1,25	399 (27)	100
Korschenbroich	14 (1)	31,82	—	—	8 (1)	18,18	8	18,18	8	18,18	6	13,64	—	—	44 (1)	100
M.-Gladbach Land	63 (3)	25,30	21 (3)	8,43	29	11,65	45 (3)	18,07	54	21,69	34	13,65	3	1,20	249 (9)	100
Hardt	8 (1)	21,05	—	—	9	23,68	7	18,42	8	21,05	6	15,79	—	—	38 (1)	100
Kleinenbroich	4 (1)	19,05	4	19,05	3	14,29	5	23,81	4	19,05	1	4,76	—	—	21 (1)	100
Liedberg	1 (1)	12,50	—	—	2	25,00	1	12,50	1	12,50	3	37,50	—	—	8	100
Neersen	—	0,0	—	—	1	50,00	1	50,00	—	—	—	—	—	—	2	100
Neuwerk	52 (3)	36,62	4	2,82	15	10,56	22	15,49	29 (3)	20,42	19	13,38	1	0,70	142 (6)	100
Schelsen	16 (3)	20,25	3	3,80	9	11,39	28 (3)	35,44	11	13,92	12	15,19	—	—	79 (8)	100
Schiefbahn	10 (3)	20,41	—	—	8 (2)	16,33	13 (1)	26,53	8	16,33	8	16,33	2	4,08	49 (1)	100
Landkreis Gladbach	395 (42)	30,36	81 (7)	6,23	174 (6)	13,37	236 (16)	18,14	234 (6)	17,99	165	12,68	16	1,23	1301 (77)	100
Ganzes Erhebungsgebiet	676 (76)	25,68	181 (16)	6,88	370 (21)	14,06	536 (54)	20,36	478 (8)	18,16	360 (4)	13,68	31	1,18	2632 (179)	100

(Die eingeklammerten Zahlen geben die in den darüberstehenden Zahlen enthaltenen Unheilichen an.)

Tabelle XX.
Grund und Zeitpunkt der Einführung der künstlichen Ernährung.
 M.-Gladbach-Stadt.

Gründe für das Einstellen der natürlichen Ernährung	Von den am 5. Mai 1909 lebenden nicht natürlich genährten Kindern												Zusammen am 5. Mai 09 nicht natür- lich genährte Kinder		
	sind nie- mals natür- lich ernährt worden		sind natürlich ernährt worden bis zur . . . Lebenswoche										abs.	Proz.	
	abs.	Proz.	bis 2	über 2—5	über 5—10	über 10—20	über 20—40	über 40	abs.	Proz.					
1. Tod der Mutter	2	1,20	1	—	—	1	0,65	—	—	—	—	—	4	0,48	
2. Fehlen oder Versiegen der Milch ohne erkennbaren Grund	64 (1)	38,32	22 (1)	47,97	37,95	76	49,35	47	39,50	4	36,36	346 (9)	41,94		
3. Krankheiten der Mutter	68 (6)	40,72	29 (1)	30,89	23,59	33	21,43	24	20,17	4	36,36	242 (11)	29,33		
4. Erneute Schwangerschaft	1	0,60	—	—	1,03	11	7,14	24	20,17	1	9,09	39	4,73		
5. Berufliche Gründe	19 (10)	11,38	3 (3)	17,07	33,33	25	16,23	6	5,04	—	—	139 (41)	16,85		
6. Besondere Anlässe zum Ver- siegen der Milch	—	—	—	0,81	1,03	1	0,65	—	—	—	—	4	0,48		
7. Nichtwollen der Mutter	9 (3)	5,39	1	2,44	2,05	6	3,90	9	7,56	2	18,18	34 (4)	4,12		
8. Alter des Kindes (9 Monate oder darüber)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9	1,09		
9. Andere Gründe	4 (1)	2,40	—	0,81	1,03	1	0,65	—	—	—	—	8 (1)	0,97		
Zusammen	167 (21)	100	56 (5)	100	100	195 (29)	100	119	100	154	100	111	100	825 (66)	100

(Die eingeklammerten Zahlen geben die in den darüberstehenden Zahlen enthaltenen Unehelichen an.)

Tabelle XXI.

Grund und Zeitpunkt der Einführung der künstlichen Ernährung.
Rheydt.

Gründe für das Einstellen der natürlichen Ernährung	Von den am 5. Mai 1909 lebenden nicht natürlich genährten Kindern											Zusammen am 5. Mai 09 nicht natür- lich genährte Kinder			
	sind nie- mals natür- lich ernährt worden		sind natürlich ernährt worden bis zur Lebenswoche											abs.	Proz.
	abs.	Proz.	bis 2	über 2—5	über 5—10	über 10—20	über 20—40	über 40	abs.	Proz.					
1. Tod der Mutter	1	0,88	—	—	1	—	—	—	—	—	—	2	0,40		
2. Fehlen oder Versiegen der Milch ohne erkennbaren Grund	47 (1)	41,23	22 (1)	42 (1)	52 (1)	46	51,11	26	34,21	1	25,00	236 (4)	46,64		
3. Krankheiten der Mutter	43	37,72	11	18	30	20	22,22	14 (1)	18,42	1	25,00	137 (1)	27,08		
4. Erneute Schwangerschaft	—	—	—	—	—	7	7,78	16	21,05	1	25,00	24 (1)	4,74		
5. Berufliche Gründe	15 (10)	13,16	3 (2)	9 (3)	19 (8)	10 (2)	11,11	9 (1)	11,84	—	—	65 (26)	12,85		
6. Besondere Anlässe zum Ver- siegen der Milch	—	—	—	—	—	—	—	1	1,32	—	—	1	0,20		
7. Nichtwollen der Mutter	6 (2)	5,26	—	4	2	3	3,33	3	3,95	—	—	18 (2)	3,56		
8. Alter des Kindes (9 Monate oder darüber)	—	—	—	—	—	—	—	4	5,26	1	25,00	5	0,99		
9. Andere Gründe	2	1,75	8 (1)	—	1	4	4,44	3 (2)	3,95	—	—	18 (3)	3,56		
Zusammen	114 (13)	100	44 (4)	73 (4)	105 (9)	90 (2)	100	76 (4)	100	4	100	506 (36)	100		

(Die eingeklammerten Zahlen gehen die in den darüberstehenden Zahlen enthaltenen Unehelichen an.)

Tabelle XXII.

Grund und Zeitpunkt der Einführung der künstlichen Ernährung.

Landkreis Gladbach.

Gründe für das Einstellen der natürlichen Ernährung	Von den am 5. Mai 1909 lebenden nicht natürlich genährten Kindern												Zusammen am 5. Mai 09 nicht natür- lich genährte Kinder		
	sind nie- mals natür- lich ernährt worden		sind natürlich ernährt worden bis zur Lebenswoche										abs.	Proz.	
	abs.	Proz.	bis 2	über 2—5	über 5—10	über 10—20	über 20—40	über 40	abs.	Proz.	abs.	Proz.			
1. Tod der Mutter	5	1,27	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	0,38
2. Fehlen oder Versiegen der Milch ohne erkennbaren Grund	164 (4)	41,52	36 (1)	45,40	110	46,61	115 (2)	49,15	66	40,00	3	18,75	573 (8)	44,04	
3. Krankheiten der Mutter	131 (2)	33,16	34 (1)	30,46	51	21,61	36	23,93	32	19,39	3	18,75	360 (3)	27,67	
4. Erneute Schwangerschaft	—	—	—	0,57	2	0,85	17	7,26	31	18,79	2	12,50	53	4,07	
5. Berufliche Gründe	70 (32)	17,72	9 (4)	17,82	60 (16)	25,42	27 (4)	11,54	19	11,52	2	12,50	218 (60)	16,76	
6. Besondere Anlässe zum Ver- siegen der Milch	4	1,01	1	0,57	3	1,27	1	0,43	3	1,82	—	—	13	1,00	
7. Nichtwollen der Mutter	10 (3)	2,53	1 (1)	2,87	6	2,54	10	4,27	8	4,85	1	6,25	41 (5)	3,15	
8. Alter des Kindes (9 Monate oder darüber)	—	—	—	—	—	—	—	—	5	3,03	5	31,25	10	0,77	
9. Andere Gründe	11 (1)	2,78	4	2,30	4	1,69	8	3,42	1	0,61	—	—	28 (1)	2,15	
Zusammen	395 (42)	100	81 (7)	100	236 (16)	100	234 (6)	100	165	100	16	100	1301 (77)	100	

(Die eingeklammerten Zahlen geben die in den darüberstehenden Zahlen enthaltenen Unehelichen an.)

Tabelle XXIII.

Grund und Zeitpunkt der Einführung der künstlichen Ernährung.
Ganzes Erhebungsgebiet.

Gründe für das Einstellen der natürlichen Ernährung	Von den am 5. Mai 1909 lebenden nicht natürlich genährten Kindern										Zusammen am 5. Mai 09 nicht natür- lich genährte Kinder			
	sind nie- mals natür- lich ernährt worden		sind natürlich ernährt worden bis zur Lebenswoche										über 40	
	abs.	Proz.	bis 2	über 2—5	über 5—10	über 10—20	über 20—40	über 40	abs.	Proz.				
1. Tod der Mutter	8	1,18	1	—	1	—	—	—	—	—	11	0,42		
2. Fehlen oder Versiegen der Milch ohne erkennbaren Grund	275 (6)	40,68	80 (3)	44,20	180 (5)	48,65	236 (5)	44,03	237 (2)	49,58	1155 (21)	43,88		
3. Krankheiten der Mutter	242 (8)	35,80	74 (2)	40,88	109 (2)	29,46	127 (2)	23,69	109	22,80	739 (14)	28,08		
4. Erneute Schwangerschaft	1	0,15	—	—	1	0,27	4	0,75	35	7,32	116 (1)	4,41		
5. Berufliche Gründe	104 (52)	15,38	15 (9)	8,29	61 (12)	16,49	144 (47)	26,87	62 (6)	12,97	422 (127)	16,03		
6. Besondere Anlässe zum Ver- siegen der Milch	4	0,59	1	0,55	2	0,54	5	0,93	2	0,42	18	0,68		
7. Nichtwollen der Mutter	25 (8)	3,70	2 (1)	1,10	12 (2)	3,24	12	2,24	19	3,97	93 (11)	3,53		
8. Alter des Kindes (9 Monate oder darüber)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	24	0,91		
9. Andere Gründe	17 (2)	2,51	8 (1)	4,42	5	1,35	7	1,31	13	2,72	54 (5)	2,05		
Zusammen	676 (76)	100	181 (16)	100	370 (21)	100	536 (54)	100	478 (8)	100	360 (4)	100	2632 (179)	100

(Die eingeklammerten Zahlen geben die in den darüberstehenden Zahlen enthaltenen Unehelichen an.)

Grund der Einführung der künstlichen Ernährung ausfindig machen sollten. Es konnte nicht ausbleiben, daß hier aus Unkenntnis, Bequemlichkeit u. dgl. häufig die Rubrik gewählt wurde, die am allgemeinsten gefaßt war, und in die sich daher allerlei unterbringen ließ. So erklärt sich eben so, wie seinerzeit für den Kreis Neuß, die hohe Belastung der Rubriken 2 und 3. Fehlen und Versiegen der Milch ohne erkennbaren Grund wird eben leicht da angenommen, wo die Technik oder die Bedeutung des Stillens nicht genügend bekannt ist. Ebenso tritt bei „Krankheiten der Mutter“, für welche Rubrik im Fragebogen genauere Angaben erbeten waren, sehr häufig die allgemein gehaltene Erklärung auf, daß die Frauen Rückenschmerzen bekamen, allgemein schwach oder blutarm gewesen wären u. dgl. Auf ärztliches Verbot war das Stillen nur selten zurückgeführt.

Diese Tabelle schildert also unseres Erachtens nur zum Teil den tatsächlichen Zustand, hauptsächlich aber die Art, in welcher sich die Gründe für den Rückgang des Stillens in den Augen der Mütter und der Hebammen malen.

Auf erneute Schwangerschaft war das Abbrechen der natürlichen Ernährung wiederum wie auch in Neuß nur auf einen kleinen Bruchteil, im ganzen 4,41 Proz. aller Fälle zurückzuführen, während die beruflichen Gründe hier den weit größeren Raum — 16,03 gegen 6,9 Proz. — in Anspruch nehmen. Die tatsächlichen Ursachen, warum sich die Stillhäufigkeit und Stildauer in den einzelnen Orten so verschieden gestaltet, sind nicht immer leicht zu entdecken. In einer Bürgermeisterei hoher Sterblichkeit und geringer Stillhäufigkeit war sie nach Angabe des Bürgermeisters und eines dort ansässigen Arztes vorwiegend auf den schlechten Einfluß der einzigen im Ort praktizierenden Hebamme zurückzuführen. Vor einigen Wochen hat sich dort eine zweite, gut ausgebildete Hebamme niedergelassen, die im Säuglingsheim M.-Gladbach noch eine besondere kurze Ausbildung in der Säuglingsbehandlung durchgemacht hatte; es wird sich zeigen, ob ihr Einfluß den üblen Gewohnheiten entgegenwirken kann. In den Städten M.-Gladbach, Rheydt und Viersen mag der niedrige Stand der natürlichen Ernährung zum Teil als eine schwer vermeidbare Nebenwirkung der städtischerseits organisierten Abgabe trinkfertiger Säuglingsmilch zu betrachten sein. In Rheindahlen wurde seitens der Ärzte allgemein über große Gleichgültigkeit und Unwirtschaftlichkeit der Frauen Klage geführt, außerdem auf die starke Inanspruchnahme einer

gewissen Anzahl von Müttern durch Heimarbeit hingewiesen. Neersen, die Ortschaft mit bestem Stande der natürlichen Ernährung, ist zugleich die einzige Landbürgermeisterei des Erhebungsgebietes, in der eine sogenannte Krankenpflegestation besteht, und die für diese Station angestellte Schwester gesundheitliche Kultur in die Familien zu tragen bemüht ist. Für das Land wird diese Form der Fürsorge, die Anstellung gut geschulter Pflegerinnen auch für die besonderen Zwecke des Säuglingschutzes stets in erster Linie ins Auge zu fassen sein, da sie wenig kostspielig und leicht durchführbar ist, und sich bei dem bekannten Widerstand der ländlichen Bevölkerung gegen Neuerungen den ländlichen Verhältnissen am besten anzupassen vermag.

Während die bisherigen Tabellen den Ernährungsstand der am 5. Mai lebenden Kinder in Betracht zogen, beschäftigen sich die folgenden Tabellen Nr. XXIV—XXXV mit der Ernährungsart der gestorbenen Kinder. Es waren dies insgesamt 1225, von denen für diese Betrachtung jedoch 150 ausscheiden, da sie gleich nach der Geburt, ohne Nahrung erhalten zu haben, starben. Die Tabellen XXIV—XXVII weisen auf den enormen Unterschied in der Sterblichkeit der natürlich und künstlich genährten Kinder hin, der, obwohl infolge des kalten Sommers 1908 verhältnismäßig gering, doch im ganzen Erhebungsgebiet die dreifache Gefährdung der künstlich genährten Kinder aufwies. In M.-Gladbach Stadt war der Unterschied am niedrigsten, im Landkreise am höchsten. Wie sich diese Verschiedenheit je nach dem Alter der Kinder und dem Jahreseinkommen ihrer Väter bei den Ehelichen abspielen, erhellt aus den Tabellen XXVIII—XXXI. Wir kommen auf diese Tabellen später noch einmal zurück. In allen drei Kreisen sind die Unterschiede der Sterblichkeit der natürlich ernährten Kinder in Stadt und Land, bei Reich und Arm nur gering, während für die künstlich genährten Kinder der Landkreis im Vergleich mit den Stadtkreisen hohe Sterblichkeitsziffern aufweist.

In die vier letzten Tafeln endlich ist die Sommersterblichkeit für das Berichtsjahr — 5. Mai 1908 bis 4. Mai 1909 — zusammengestellt. Sie ist, worauf schon vorher hingewiesen wurde, niedrig, denn der Sommer 1908 zeichnete sich durch kühle Witterung aus. Die ausschließlich an der Brust genährten Kinder werden von der Sommersterblichkeit so gut wie gar nicht betroffen, nur M.-Gladbach Stadt zeigt eine geringe, möglicherweise durch die niedrige Größe der absoluten Ziffern zu erklärende Steigerung. Für die gemischt ernährten Kinder trifft diese Immunität gegen die Sommer-

Tabelle XXIV. Sterblichkeit der natürlich und künstlich ernährten Kinder nach dem Alter
in dem Jahre vom 5. Mai 1908 bis 4. Mai 1909.
M.-Gladbach-Stadt.

Alter	Natürlich ernährte Kinder				Nur künstlich ernährte Kinder				Zusammen		
	Lebende unter 1 Jahr am 5. Mai 1909		Gestorbene unter 1 Jahr (5. V. 08 bis 4. V. 09)		Lebende unter 1 Jahr am 5. Mai 1909		Gestorbene unter 1 Jahr (5. V. 08 bis 4. V. 09)		Lebende unter 1 Jahr am 5. Mai 1909	Gestorbene unter 1 Jahr (5. V. 08 bis 4. V. 09)	
	abs.	in Proz. der Lebenden	abs.	in Proz. der Lebenden	abs.	in Proz. der Lebenden	abs.	in Proz. der Lebenden			
bis 1 Monat	154 (5)	16,23	25 (4)	46,15	26 (4)	46,15	12 (2)	46,15	180 (9)	37 (6)	20,56
über 1—2 Monate	137 (4)	10,22	14	48,84	43 (7)	48,84	21 (6)	48,84	180 (11)	35 (6)	19,44
"	105 (4)	11,43	12	35,85	53 (6)	35,85	19 (3)	35,85	158 (10)	31 (3)	19,62
"	103 (2)	10,68	11	24,59	61 (10)	24,59	15 (3)	24,59	164 (12)	26 (3)	15,85
"	92 (1)	5,43	5	40,68	59 (4)	40,68	24 (3)	40,68	151 (5)	29 (3)	19,21
"	87 (1)	8,05	7	30,30	66 (3)	30,30	20 (2)	30,30	153 (4)	27 (2)	17,65
"	84 (1)	4,76	4	33,33	60 (3)	33,33	20 (2)	33,33	144 (4)	24 (2)	16,67
"	78 (2)	11,54	9	6,76	74 (6)	6,76	5	6,76	152 (8)	14 (2)	9,21
"	71	8,45	6	11,70	94 (3)	11,70	11	11,70	165 (3)	17 (3)	10,30
"	85 (2)	5,88	5 (1)	17,31	104 (5)	17,31	18 (3)	17,31	189 (7)	23 (3)	12,17
"	65	6,15	4	13,10	84 (7)	13,10	11	13,10	149 (7)	15 (1)	10,07
"	59 (1)	5,08	3	7,92	101 (8)	7,92	8 (1)	7,92	160 (9)	11 (1)	6,88
Zusammen	1120 (23)	9,38	105 (5)	22,30	825 (66)	22,30	184 (27)	22,30	1945 (89)	289* (32)	14,86

*) Außerdem 29 ohne Nahrung erhalten zu haben.
(Die eingeklammerten Zahlen geben die in den darüberstehenden Zahlen enthaltenen Unehelichen an.)

Tabelle XXV. Sterblichkeit der natürlich und künstlich ernährten Kinder nach dem Alter in dem Jahre vom 5. Mai 1908 bis 4. Mai 1909. Rheydt.

Alter	Natürlich ernährte Kinder		Nur künstlich ernährte Kinder		Zusammen	
	Lebende unter 1 Jahr am 5. Mai 1909	Gestorbene unter 1 Jahr (5. V. 08 bis 4. V. 09) abs.	Lebende unter 1 Jahr am 5. Mai 1909	Gestorbene unter 1 Jahr (5. V. 08 bis 4. V. 09) abs.	Lebende unter 1 Jahr am 5. Mai 1909	Gestorbene unter 1 Jahr (5. V. 08 bis 4. V. 09) abs.
bis 1 Monat	93 (3)	19 (1)	14 (1)	9 (2)	107 (4)	28 (3)
über 1—2 Monate	101 (3)	8 (1)	24 (2)	8 (1)	125 (2)	16 (1)
„ 2—3	74	4	32 (2)	14 (4)	106 (2)	18 (4)
„ 3—4	75 (1)	6 (1)	47 (3)	16 (3)	122 (4)	22 (4)
„ 4—5	71 (1)	5 (1)	39 (3)	10 (1)	110 (3)	15 (1)
„ 5—6	62 (1)	2	40 (2)	10 (2)	102 (3)	12 (2)
„ 6—7	45	2	39 (5)	9 (1)	84 (5)	11 (1)
„ 7—8	55	1	46 (3)	9	101 (3)	10
„ 8—9	52 (1)	2	60 (5)	9	112 (6)	11
„ 9—10	58 (1)	2	52 (3)	8 (1)	110 (4)	10 (1)
„ 10—11	44 (1)	3	55 (4)	7 (1)	99 (5)	10 (1)
„ 11—12	53	1	58 (5)	3	111 (5)	4
Zusammen	783 (8)	55 (2)	506 (36)	112 (16)	1289 (44)	167*) (18)
			7,02	22,13		12,96

*) Außerdem 49 ohne Nahrung erhalten zu haben. (Die eingeklammerten Zahlen geben die in den darüberstehenden Zahlen enthaltenen Unehelichen an.)

Tabelle XXVI. Sterblichkeit der natürlich und künstlich ernährten Kinder nach dem Alter
in dem Jahre vom 5. Mai 1908 bis 4. Mai 1909.
Landkreis Gladbach.

Alter	Natürlich ernährte Kinder		Nur künstlich ernährte Kinder		Zusammen	
	Lebende unter 1 Jahr am 5. Mai 1909	Gestorbene unter 1 Jahr (5. V. 08 bis 4. V. 09) abs. in Proz. der Le- benden	Lebende unter 1 Jahr am 5. Mai 1909	Gestorbene unter 1 Jahr (5. V. 08 bis 4. V. 09) abs. in Proz. der Le- benden	Lebende unter 1 Jahr am 5. Mai 1909	Gestorbene unter 1 Jahr (5. V. 08 bis 4. V. 09) abs. in Proz. der Le- benden
bis 1 Monat	308 (4)	62 (3) 20,13	47 (10)	48 (7) 102,13	355 (14)	110 (10) 30,99
über 1—2 Monate	259 (4)	36 (2) 13,90	62 (3)	48 (11) 77,42	321 (7)	84 (13) 26,17
"	224 (1)	26 (2) 11,61	93 (11)	37 (4) 39,78	317 (12)	63 (6) 19,87
"	212 (2)	19 (1) 8,96	115 (7)	39 (6) 33,91	327 (9)	58 (6) 17,74
"	198	11 5,56	109 (8)	43 (4) 39,45	307 (8)	54 (4) 17,59
"	178	13 7,30	99 (3)	25 (3) 25,25	277 (3)	38 (3) 13,72
"	158	9 5,70	129 (7)	51 (5) 39,53	287 (7)	60 (5) 20,91
"	164 (1)	14 8,54	118 (2)	29 (4) 24,58	282 (3)	43 (4) 15,25
"	174 (2)	12 6,90	133 (6)	23 (1) 17,29	307 (8)	35 (1) 11,40
"	138	9 6,52	142 (9)	28 (5) 19,72	280 (9)	37 (5) 13,21
"	143	6 4,20	116 (2)	14 (2) 12,07	259 (2)	20 (2) 7,72
"	127 (1)	3 2,36	138 (9)	14 (2) 10,14	265 (10)	17 (2) 6,42
Zusammen	2283 (15)	220 (7) 9,64	1301 (77)	399 (54) 30,67	3584 (92)	619* (61) 17,27

7*

*) Außerdem 72 ohne Nahrung erhalten zu haben.
(Die eingeklammerten Zahlen geben die in den darüberstehenden Zahlen enthaltenen Unehelichen an.)

Tabelle XXVII. Sterblichkeit der natürlich und künstlich ernährten Kinder nach dem Alter
in dem Jahre vom 5. Mai 1908 bis 4. Mai 1909.
Ganzes Erhebungsgebiet.

Alter	Natürlich ernährte Kinder		Nur künstlich ernährte Kinder		Zusammen		
	Lebende unter 1 Jahr am 5. Mai 1909	Gestorbene unter 1 Jahr (5. V. 08 bis 4. V. 09) abs.	Lebende unter 1 Jahr am 5. Mai 1909	Gestorbene unter 1 Jahr (5. V. 08 bis 4. V. 09) abs.	Lebende unter 1 Jahr am 5. Mai 1909	Gestorbene unter 1 Jahr (5. V. 08 bis 4. V. 09) abs.	
bis 1 Monat	555 (12)	106 (8)	87 (15)	69 (11)	642 (27)	175 (19)	27,26
über 1—2 Monate	497 (8)	58 (2)	129 (10)	77 (18)	626 (18)	135 (20)	21,57
„ 2—3	403 (5)	42 (2)	178 (19)	70 (11)	581 (24)	112 (13)	19,28
„ 3—4	390 (5)	36 (1)	223 (20)	70 (12)	613 (25)	106 (13)	17,29
„ 4—5	361 (1)	21 (1)	207 (15)	77 (8)	568 (16)	98 (8)	17,25
„ 5—6	327 (2)	22	205 (8)	55 (7)	532 (10)	77 (7)	14,47
„ 6—7	287 (1)	15	228 (15)	80 (8)	515 (16)	95 (8)	18,45
„ 7—8	297 (3)	24	238 (11)	43 (4)	535 (14)	67 (4)	12,52
„ 8—9	297 (3)	20	287 (14)	43 (3)	584 (17)	63 (4)	10,79
„ 9—10	281 (3)	16 (1)	298 (17)	54 (9)	579 (20)	70 (9)	12,09
„ 10—11	252 (1)	13	255 (13)	32 (3)	507 (14)	45 (3)	8,88
„ 11—12	239 (2)	7	297 (22)	25 (3)	536 (24)	32 (3)	5,97
Zusammen	4186 (46)	380 (14)	2632 (179)	695 (97)	6818 (225)	1075* (111)	15,77

*) Außerdem 150 ohne Nahrung erhalten zu haben.
(Die eingeklammerten Zahlen geben die in den darüberstehenden Zahlen enthaltenen Unehelichen an.)

Tabelle XXVIII.

Sterblichkeit der ehelichen Kinder nach der Ernährungsweise, ihrem Alter und dem Einkommen des Vaters.

M.-Gladbach Stadt.

Alter und Vorgang	natürlich ernährte Kinder		nur künstlich ernährte Kinder		
	Jahreseinkommen der Väter		Jahreseinkommen der Väter		
	bis 1500 M.	über 1500 M.	bis 1500 M.	über 1500 M.	
bis 3 Mon.	Lebende am 5. V. 09	307	76	84	21
	*) Gestorbene	40	7	34	7
	in Proz. der Lebenden	13,03	9,21	40,48	33,33
über 3 bis 6 Mon.	Lebende am 5. V. 09	212	66	116	53
	*) Gestorbene	19	4	42	9
	in Proz. der Lebenden	9,00	6,06	36,21	16,98
über 6 bis 9 Mon.	Lebende am 5. V. 09	184	46	155	61
	*) Gestorbene	15	3	29	3
	in Proz. der Lebenden	8,04	6,52	18,71	4,92
über 9 bis 12 Mon.	Lebende am 5. V. 09	175	31	196	73
	*) Gestorbene	10	2	24	9
	in Proz. der Lebenden	5,71	6,45	12,24	12,33
zusammen	Lebende am 5. V. 09	878	219	551	208
	*) Gestorbene	84	16	129	28
	in Proz. der Lebenden	9,57	7,31	23,41	13,46

*) In der Zeit vom 5. Mai 1908 bis 4. Mai 1909.

hitze nicht zu; sie zeigen gleiche Erhöhungsziffern wie die unnatürlich genährten Kinder, im ganzen Erhebungsgebiet eine Steigerung der sommerlichen Sterblichkeit um rund 75 Proz. gegenüber den übrigen Jahreszeiten. Überhaupt vermögen wir im Erhebungsgebiet eine erhebliche Besserstellung der gemischt ernährten Kinder gegenüber den künstlich ernährten nicht festzustellen. Das liegt zweifellos an der früh und in unzureichender Weise neben der Milch gegebenen Beikost, die den Nutzen der zwischengeschobenen Brustmahlzeiten fast oder völlig aufhebt.

Wir fassen zusammen: Der Stand der natürlichen Ernährung ist im Erhebungsgebiet nicht besonders günstig, insbesondere weisen die Städte M.-Gladbach, Rheydt, Viersen und die Bürgermeistereien Hardt, Kleinenbroich, Schiefbahn niedrige Stillziffern auf. Im ganzen Erhebungsgebiet haben 676 Kinder — d. i. rund ein Zehntel, 9,92 Proz. der lebenden — überhaupt keine natürliche Nahrung

Tabelle XXIX.

**Sterblichkeit der ehelichen Kinder nach der Ernährungsweise,
ihrem Alter und dem Einkommen des Vaters.**

R h e y d t.

Alter und Vorgang	natürlich ernährte Kinder		nur künstlich ernährte Kinder		
	Jahreseinkommen der Väter		Jahreseinkommen der Väter		
	bis 1500 M.	über 1500 M.	bis 1500 M.	über 1500 M.	
bis 3 Mon.	Lebende am 5. V. 09	203	62	42	25
	*) Gestorbene	24	6	18	6
	in Proz. der Lebenden	11,82	9,68	42,86	24,00
über 3 bis 6 Monate	Lebende am 5. V. 09	167	39	89	29
	*) Gestorbene	11	1	27	3
	in Proz. der Lebenden	6,58	2,56	30,34	10,34
über 6 bis 9 Monate	Lebende am 5. V. 09	123	28	93	39
	*) Gestorbene	4	1	23	3
	in Proz. der Lebenden	3,25	3,57	24,73	7,69
über 9 bis 12 Monate	Lebende am 5. V. 09	125	28	113	40
	*) Gestorbene	5	1	13	3
	in Proz. der Lebenden	4,00	3,57	11,50	7,50
zusammen	Lebende am 5. V. 09	618	157	347	133
	*) Gestorbene	44	9	81	15
	in Proz. der Lebenden	7,12	5,73	20,46	11,28

*) In der Zeit vom 5. Mai 1908 bis 4. Mai 1909.

erhalten, im sechsten Lebensmonat wurden bereits zwei Fünftel, im neunten mehr als die Hälfte der Kinder nur noch künstlich ernährt. Die Sterblichkeitsziffern dieser künstlich Genährten sind sehr hoch, wengleich günstig wirkende Faktoren den bekannten krassen Unterschied zwischen der Gefährdung der Brust- und Flaschenkinder im Erhebungsgebiet in etwas gemilderter Form auftreten lassen.

Die übrigen gesundheitlichen Bedingungen.

Sind auch die Ernährungsverhältnisse für die gesundheitliche Lage der im ersten Lebensjahr stehenden Kinder von ausschlaggebender Bedeutung, so kommen doch auch die übrigen wirtschaftlichen und hygienischen Lebensbedingungen der Familie, in welche das Kind hineingeboren, als wesentlich für sein Gedeihen mit in Frage.

Tabelle XXX.

**Sterblichkeit der ehelichen Kinder nach der Ernährungsweise,
ihrem Alter und dem Einkommen des Vaters.**

Landkreis Gladbach.

Alter und Vorgang		natürlich ernährte Kinder		nur künstlich ernährte Kinder	
		Jahreseinkommen der Väter		Jahreseinkommen der Väter	
		bis 1500 M.	über 1500 M.	bis 1500 M.	über 1500 M.
bis 3 Mon.	Lebende am 5. V. 09	699	93	154	24
	*) Gestorbene	107	10	103	8
	in Proz. der Lebenden	15,31	10,75	67,00	33,33
über 3 bis 6 Mon.	Lebende am 5. V. 09	542	44	267	38
	*) Gestorbene	41	2	84	10
	in Proz. der Lebenden	7,57	4,55	31,46	26,32
über 6 bis 9 Mon.	Lebende am 5. V. 09	455	38	309	56
	*) Gestorbene	32	3	81	12
	in Proz. der Lebenden	7,03	7,89	26,21	21,43
über 9 bis 12 Mon.	Lebende am 5. V. 09	383	24	322	54
	*) Gestorbene	16	2	44	3
	in Proz. der Lebenden	4,17	8,33	13,66	5,56
zu- sammen	Lebende am 5. V. 09	2069	199	1052	172
	*) Gestorbene	196	17	312	33
	in Proz. der Lebenden	9,47	8,54	29,66	19,19

*) In der Zeit vom 5. Mai 1908 bis 4. Mai 1909.

Die materielle Lage der Eltern der von der Zählung erfaßten ehelichen Kinder war in der überwiegenden Mehrzahl so beschaffen, daß ein Vorsparen für die Zeit der Schwangerschaft und Entbindung in der Regel nicht oder nicht in ausreichendem Maße möglich sein konnte. In der Stadt M.-Gladbach hatten 77,7, in Rheydt 77,5, im Landkreise 89,6 Proz. der gezählten ehelichen Väter der am 5. Mai lebenden oder im Laufe des Berichtsjahres gestorbenen Säuglinge Einkommen von weniger als 1500 Mk. versteuert. Im Kreise Neuß betrug die gleiche Ziffer 80,0 Proz. Einkommen von weniger als 900 Mk. hatten im Landkreise ein Fünftel, in den Städten ein kleinerer Bruchteil, im ganzen Erhebungsgebiet etwa ein Sechstel der Familien. Es ist daher hier, und gerade hier, wo ein erheblicher Teil der Familieneinkommen mit auf die Erwerbsarbeit der Frau aufgebaut ist, eine Ergänzung der Einnahmen zur Zeit der Schwanger-

Tabelle XXXI.

**Sterblichkeit der ehelichen Kinder nach der Ernährungsweise,
ihrem Alter und dem Einkommen des Vaters.**

Ganzes Erhebungsgebiet.

Alter und Vorgang		natürlich ernährte Kinder		nur künstlich ernährte Kinder	
		Jahreseinkommen der Väter		Jahreseinkommen der Väter	
		bis 1500 M.	über 1500 M.	bis 1500 M.	über 1500 M.
bis 3 Mon.	Lebende am 5. V. 09	1199	231	280	70
	*) Gestorbene	171	23	155	21
	in Proz. der Lebenden	14,27	9,96	55,56	30,00
über 3 bis 6 Mon.	Lebende am 5. V. 09	921	149	472	120
	*) Gestorbene	71	7	153	22
	in Proz. der Lebenden	7,71	4,70	32,44	18,33
über 6 bis 9 Mon.	Lebende am 5. V. 09	762	112	557	156
	*) Gestorbene	51	7	133	18
	in Proz. der Lebenden	6,68	6,25	23,88	11,54
über 9 bis 12 Mon.	Lebende am 5. V. 09	683	83	631	167
	*) Gestorbene	31	5	81	15
	in Proz. der Lebenden	4,54	6,02	12,84	8,98
zusammen	Lebende am 5. V. 09	3565	575	1940	513
	*) Gestorbene	324	42	522	76
	in Proz. der Lebenden	9,09	7,30	26,91	14,81

*) In der Zeit vom 5. Mai 1908 bis 4. Mai 1909.

schaft, Entbindung und ersten Lebenszeit des Kindes aus anderen Quellen als dem gewöhnlichen Arbeitseinkommen dringend erforderlich. Eine solche Ergänzung geschieht bekanntlich durch die den Krankenkassen angegliederte Wöchnerinnenversicherung. Im Vergleich mit dem Kreise Neuß, wo nur ein sehr geringer Teil der weiblichen Bevölkerung an der Wöchnerinnenversicherung Anteil hatte, ist dieser Anteil im Erhebungsgebiet infolge der Heranziehung der Frau zur industriellen Erwerbstätigkeit erheblich, wenn auch an sich noch immer niedrig. Unten soll darauf noch näher eingegangen werden.

Von der materiellen Lage der Familie ist die Wahl der Wohnung bedingt. Zwischen Wohnungsfrage und den gesundheitlichen und sittlichen Verhältnissen einer Bevölkerung besteht ein enger Zusammenhang. Ganz besonders ist auch das Gedeihen der Säuglinge davon abhängig, ob das Kind Luft und Licht und

Tabelle XXXII.

**Sommersterblichkeit nach der Ernährungsweise im
Beobachtungsjahre, 5. Mai 1908 bis 4. Mai 1909.**

(Nicht mitgezählt sind 29 Kinder, die überhaupt keine Nahrung erhielten.)

M. - G l a d b a c h - S t a d t.

Ernährungs- weise	Absolute Zahl der in den 9 Monaten Jan. bis Juni und Oktober bis Dezember gest. Kinder unter 1 Jahr	In den 3 heißen Monaten Juli, August, September starben Kinder unter 1 Jahr			
		errechnungs- gemäß $\frac{1}{3}$ der Vorspalte	tatsächlich	tatsächlich $\frac{\text{mehr}}{\text{weniger}}$ als er- rechnet (Sommergipfel) absolut	in Proz. der errechnungs- gemäß Gest.
Ausschließl. natürlich er- nährte Kinder	55 (2)	18 (1)	21 (1)	+ 3 (0)	+ 16,67
Teilweise natürlich er- nährte Kinder	19 (1)	6 (0)	10 (1)	+ 4 (1)	+ 66,67
Nur künstlich ernährte Kinder	112 (18)	37 (6)	72 (9)	+ 35 (3)	+ 94,59
zusammen	186 (21)	62 (7)	103 (11)	+ 41 (4)	+ 66,13

(Die eingeklammerten Zahlen geben die in den darüberstehenden Zahlen enthaltenen Unehelichen an.)

Sonne in genügender Menge erhält oder nicht. Für die Säuglingsfürsorge eines Bezirkes ist es daher ganz allgemein von der größten Bedeutung, ob die unbemittelten Volksklassen Gelegenheit haben, für den geringen Preis, den sie für Miete ausgeben können, eine gesunde ordentliche Wohnung zu erhalten, und ob ferner „ergänzende Wohnungseinrichtungen“ bestehen d. h. Einrichtungen, welche es ermöglichen, die Mutter oder das Kind bei völlig unzulänglichen Wohnungsverhältnissen für die Durchführung der Entbindung oder bei vorübergehenden Krankheiten des Kindes aus der Wohnung heraus in eine gut geleitete Anstalt zu bringen.

Wir wollen für das Erhebungsgebiet nacheinander die Wohnungsverhältnisse, die Lage der erwerbstätigen Mutter und die sonst noch in Frage kommenden sozial-hygienischen Verhältnisse gesondert betrachten.

Die Wohnungsverhältnisse liegen im Erhebungsgebiet relativ

Tabelle XXXIII.

**Sommersterblichkeit nach der Ernährungsweise im
Beobachtungsjahre, 5. Mai 1908 bis 4. Mai 1909.**

(Nicht mitgezählt sind 49 Kinder, die überhaupt keine Nahrung erhielten.)

R h e y d t.

Ernährungs- weise	Absolute Zahl der in den 9 Monaten Jan. bis Juni und Oktober bis Dezember gest. Kinder unter 1 Jahr	In den 3 heißen Monaten Juli, August, September starben Kinder unter 1 Jahr			
		errechnungs- gemäß $\frac{1}{3}$ der Vorspalte	tatsächlich	tatsächlich $\frac{\text{mehr}}{\text{weniger}}$ als er- rechnet (Sommergipfel) absolut	in Proz. der errechnungs- gemäß Gest.
Ausschließl. natürlich er- nährte Kinder	31 (1)	10 (0)	9 (1)	- 1 (1)	- 10,00
Teilweise natürlich er- nährte Kinder	8	3	7	+ 4	+ 133,33
Nur künstlich ernährte Kinder	70 (8)	23 (3)	42 (8)	+ 19 (5)	+ 82,61
zusammen	109 (9)	36 (3)	58 (9)	+ 22 (6)	+ 61,11

(Die eingeklammerten Zahlen geben die in den darüberstehenden Zahlen enthaltenen Unehelichen an.)

günstig, und wir sind geneigt, es diesem Umstand mit zuzuschreiben, daß die Säuglingssterblichkeit hier keinen tieferen Stand erreicht, als es tatsächlich der Fall ist. Die nachfolgende Tabelle XXXVI gibt zunächst einen Überblick über die Dichte der Bebauung und die Wohnungsdichte in sämtlichen Kreisen des Regierungsbezirkes Düsseldorf und zum Vergleich auch der Rheinprovinz und des Königreichs Preußen. Da die Stadt Rheydt im Jahre 1905 noch nicht aus dem Kreise Gladbach herausgelöst war, sind die Ziffern für diese beiden jetzt getrennten Kreise zusammengefaßt.

Die Stadt M.-Gladbach (Zeile 5) zeigt eine sehr dichte Bebauung, dichter als die der Großstädte Elberfeld, Barmen, Düsseldorf, nur von Essen übertroffen. Es ist also die vorhandene Fläche zu Bauzwecken stark ausgenutzt. Daß dabei jedoch das Haus selbst im Durchschnitt klein gehalten ist, geht aus der zweiten Rubrik hervor. In Essen beherbergen 487 Wohnhäuser 9232 Bewohner, in M.-Gladbach die annähernd gleiche Zahl nur 5471 Be-

Tabelle XXXIV.

**Sommersterblichkeit nach der Ernährungsweise im
Beobachtungsjahre, 5. Mai 1908 bis 4. Mai 1909.**

(Nicht mitgezählt sind 72 Kinder, die überhaupt keine Nahrung erhielten.)

Landkreis Gladbach.

Ernährungsweise	Absolute Zahl der in den 9 Monaten Jan. bis Juni und Oktober bis Dezember gest. Kinder unter 1 Jahr	In den 3 heißen Monaten Juli, August, September starben Kinder unter 1 Jahr			
		errechnungsgemäß $\frac{1}{3}$ der Vorspalte	tatsächlich	tatsächlich $\frac{\text{mehr}}{\text{weniger}}$ als errechnet (Sommergipfel) absolut	in Proz. der errechnungsgemäß Gest.
Ausschließl. natürlich ernährte Kinder	133 (5)	44 (2)	31 (0)	— 13 (— 2)	— 29,55
Teilweise natürlich ernährte Kinder	36 (2)	12 (1)	20 (0)	+ 8 (— 1)	+ 66,67
Nur künstlich ernährte Kinder	259 (38)	86 (13)	140 (16)	+ 54 (3)	+ 62,79
zusammen	428 (45)	143 (15)	191 (16)	+ 48 (1)	+ 33,57

(Die eingeklammerten Zahlen geben die in den darüberstehenden Zahlen enthaltenen Unehelichen an.)

wohner. Die Zahl der auf eine Wohnstätte entfallenden Personen ist in M.-Gladbach für städtische Verhältnisse mit 10,8 sehr niedrig, selbst Landkreise des Bezirkes weisen höhere Ziffern auf. Die Zahl der durchschnittlich in einem Haushalt lebenden Bewohner steht mit 4,7 auf mittlerer Höhe und etwas niedriger als der Durchschnitt der Rheinprovinz. M.-Gladbach ist der Typus einer Stadt, in der das Kleinwohnungshaus vorherrscht; niedrige Belegung der einzelnen Wohnstätte bei mittlerer durchschnittlicher Belegung des einzelnen Haushaltes lassen auf mäßige Mietpreise schließen. Genauerem Aufschluß hierüber gibt die von der Stadt M.-Gladbach im Jahre 1905 veranstaltete Wohnungsaufnahme der Mietbevölkerung, die in Tabelle XXXVII wiedergegeben ist.

Nach dieser Aufnahme, welche die im eigenen Haus, also durchschnittlich zweifellos günstiger Wohnenden, unberücksichtigt läßt, verfügt selbst die ärmste Klasse der weniger als 900 Mk. an Ein-

Tabelle XXXV.

**Sommersterblichkeit nach der Ernährungsweise im
Beobachtungsjahre, 5. Mai 1908 bis 4. Mai 1909.**

(Nicht mitgezählt sind 150 Kinder, die überhaupt keine Nahrung erhielten.)

Ganzes Erhebungsgebiet.

Ernährungsweise	Absolute Zahl der in den 9 Monaten Jan. bis Juni und Oktober bis Dezember gest. Kinder unter 1 Jahr	In den 3 heißen Monaten Juli, August, September starben Kinder unter 1 Jahr			
		errechnungsgemäß $\frac{1}{3}$ der Vorspalte	tatsächlich	tatsächlich $\frac{\text{mehr}}{\text{weniger}}$ als errechnet (Sommergipfel) absolut	in Proz. der errechnungsgemäß Gest.
Ausschließl. natürlich ernährte Kinder	219 (8)	73 (3)	61 (2)	— 12 (— 1)	— 16,44
Teilweise natürlich ernährte Kinder	63 (3)	21 (1)	37 (1)	+ 16 (0)	+ 76,19
Nur künstlich ernährte Kinder	441 (64)	147 (21)	254 (33)	+ 107 (12)	+ 72,79
zusammen	723 (75)	241 (25)	352 (36)	+ 111 (+ 11)	+ 46,06

(Die eingeklammerten Zahlen geben die in den darüberstehenden Zahlen enthaltenen Unehelichen an.)

kommen versteuernden Mietbewohner im Durchschnitt über eine Zimmerzahl von 3,06 für jede Haushaltung (5421 Haushaltungen, 16443 Zimmer und 499 Mansarden zu je ein Drittel Zimmer gerechnet). Diese Zimmerzahl steigt mit jeder Einkommensstufe gleichmäßig an. Die abgerundete Jahresmiete für die durchschnittliche Haushaltung dieser ärmsten Mieterklasse betrug 177 Mk. In der Einkommensstufe von 900—1200 Mk. mit 3,21 Zimmern stellte sie sich auf 212 Mk.; in der Einkommensstufe von 1200 bis 1500 Mk. bei 3,92 Zimmern auf 291 Mk. In diese Zimmerzahl teilen sich in den erwähnten drei Einkommensklassen 4,30, 4,40 und 4,37 Personen, wobei freilich die Kost- und Schlafgänger bei der Zählung nicht miteinbegriffen wurden. Wir haben also im Durchschnitt auch für die unbemittelten Klassen bei durchschnittlich niedrigen Mietsätzen einen erheblichen Grad von Bewegungsfreiheit in der Wohnung. Ob das Kost- und Schlafgängerwesen im einzelnen Mißstände mit sich führt, — sehr verbreitet

Tabelle XXXVI.

Die Wohnungsdichtigkeit in den einzelnen Kreisen des Reg.-Bez. Düsseldorf nach dem Ergebnisse der Volkszählung v. 1. Dez. 1905.

Laufende Nr.	Kreis	Auf 1 qkm entfallen		Auf 1 Wohnstätte entfallen		Auf 1 Haushaltung entfallen Bewohner
		bewohnte Wohnhäuser	Bewohner	Haushaltungen	Bewohner	
	Preußen, Staat	10,75	106,95	2,13	9,79	4,60
	Rheinprovinz	26,82	238,41	1,80	8,80	4,88
Regierungsbezirk Düsseldorf.						
1	Essen (Stadt)	487,95	9232,24	3,85	18,78	4,88
2	Barmen	389,23	7182,70	4,17	17,89	4,29
3	Düsseldorf (Stadt)	258,70	5201,77	4,23	19,79	4,68
4	Elberfeld	283,01	5199,65	4,09	17,60	4,30
5	M.-Gladbach (Stadt)*	463,83	5071,76	2,30	10,87	4,74
6	Oberhausen	275,55	3985,18	2,70	14,41	5,34
7	Crefeld (Stadt)	294,44	3669,21	3,17	13,39	4,23
8	Duisburg (Stadt)	188,60	2719,44	2,71	13,81	5,09
9	Solingen (Stadt)	233,56	2253,70	2,14	9,61	4,49
10	Remscheid	159,27	2032,86	2,79	12,61	4,52
11	Mülheim-Ruhr (Stadt)	140,49	1631,94	2,30	11,71	5,03
12	Essen (Land)	98,37	1384,88	2,69	14,00	5,20
13	Mülheim-Ruhr (Land)	89,25	1081,30	2,30	12,07	5,25
14	M.-Gladbach (Land einschließlich Rheydt)**)	77,54	646,12	1,68	8,29	4,94
15	Solingen (Land)	63,64	493,99	1,64	7,72	4,70
16	Ruhrort	37,03	435,90	2,04	11,67	5,73
17	Mettmann	39,60	416,17	2,15	10,44	4,87
18	Düsseldorf (Land)	29,74	324,30	2,08	10,80	5,20
19	Crefeld (Land)	36,94	315,49	1,67	8,42	5,05
20	Lennepe	30,24	291,73	2,10	9,55	4,55
21	Kempen	36,75	249,05	1,38	6,75	4,90
22	Neuß	31,24	244,42	1,55	7,76	5,01
23	Grevenbroich	34,10	198,23	1,17	5,78	4,95
24	Mörs	25,15	189,96	1,37	7,47	5,44
25	Rees	18,11	141,51	1,41	7,74	5,48
26	Cleve	20,40	128,60	1,18	6,27	5,31
27	Geldern	17,99	108,21	1,16	6,00	3,17

*) Am 1. April 1909 insgesamt: 6018 Wohn- und Geschäftshäuser, auf welche durchschnittlich eine Personenzahl von 10,65 entfielen.

**) Rheydt besitzt 4435 Wohnhäuser mit 9300 Haushaltungen.

können sie im Hinblick auf Tabelle XXXVI nicht sein — müßte einer besonderen Untersuchung vorbehalten bleiben.

Zwei gemeinnützige Bauvereine und einige Fabrikunternehmen sorgen in M.-Gladbach für zweckmäßige Ergänzung des Häuserbestandes, und der Gladbacher Wohnungsverein springt bei vorüber-

Tabelle XXXVII.
**Ergebnisse einer im Jahre 1905 veranstalteten Wohnungsaufnahme der Mietbevölkerung
in M.-Gladbach Stadt.**

	Einkommen von Mark														Gesamt- durchschnitt	
	unter 900	900 bis 1200	1200 bis 1500	1500 bis 2000	2000 bis 2500	2500 bis 3000	3000 bis 3500	3500 bis 4000	4000 bis 5000	5000 bis 6000	6000 bis 7000	7000 bis 8500	8500 bis 10 000	10 000 bis 15 000		über 15 000
Auf jede Haus- haltung entfallen durchschn. Zimmer	3,06	3,21	3,92	4,42	5,06	5,40	6,19	6,09	7,24	7,72	8,00	9,19	9,00	9,12	9,43	3,53
Dieselben werden bewohnt von Per- sonen	4,30	4,40	4,37	4,43	4,06	4,07	4,27	4,77	4,90	5,06	4,92	5,47	4,57	4,84	5,00	4,34
Die Jahresmiete be- trägt Mark	177	212	291	377	445	458	607	660	747	863	934	1087	1021	1289	1494	247
Es entfallen also auf jedes Zimmer Per- sonen	1,41	1,37	1,11	1,00	0,80	0,75	0,69	0,78	0,68	0,66	0,62	0,60	0,51	0,53	0,53	1,23
Jedes Zimmer kostet jährlich Mark	57,84	66,04	74,23	85,29	87,94	84,81	98,06	108,37	103,18	111,79	116,75	118,28	113,44	141,34	158,43	69,97
Miete eines Zimmers für 1 Person u. 1 Jahr	41,16	48,18	66,59	85,10	109,61	112,53	142,15	138,36	152,45	170,55	189,84	198,72	223,41	266,32	298,80	56,91

gehendem Notstand durch Mietzuschüsse, Unterbringung kinderreicher Familien und sonstige Hilfeleistungen ein. Diesem Verein wird ein außerordentlich segensreicher Einfluß auf hygienische und sittliche Hebung des Wohnungswesens zugeschrieben; seine Hilfe kam im Jahre 1908 98 Familien, im Jahre 1907 157 Familien zugute. Einen interessanten neuen Versuch unternahm er vor kurzem mit der Gründung eines Frauenwirtschaftshauses, d. h. der Einrichtung einer kleinen Wohnung, die, von einem ordentlichen Ehepaar verwaltet, als Muster- und Lehrstätte für hauswirtschaftliche Kurse und für die Kunst richtigen Wohnens dienen soll. Denn diese Kunst ist wenig verbreitet, und an ihr fehlt es auch in M.-Gladbach noch vielfach trotz der verhältnismäßig guten Bau- und Mietverhältnisse. Nach dieser Richtung wäre ein methodisches Vorgehen sehr erwünscht. Die Wirkungssphäre eines Vereines wird sich stets nur auf einen begrenzten Kreis erstrecken können. Allgemein helfen kann hier nur eine gut durchgeführte, über die bautechnischen Aufgaben hinausgehende kommunale Wohnungsinspektion, die insbesondere Frauen als Wohnungsfürsorgerinnen heranzieht.

Nach einer Mitteilung des Herrn Oberbürgermeisters von Rheydt sorgen in dieser Stadt gleichfalls zwei Bauvereine für die Schaffung gesunder billiger Wohnungen, wobei die Stadtverwaltung durch Übernahme von Aktien und — was besonders wichtig ist — durch Übernahme von Bürgschaft in erheblicher Höhe an der Kapitalbeschaffung und somit an der Schaffung einer gesunden materiellen Grundlage beteiligt ist.

Im übrigen stehen uns leider für Rheydt und den Landkreis so eingehende Zahlenangaben nicht zur Verfügung, doch lehrt der Augenschein, wie auch ein Blick auf Tabelle XXXV, daß wenigstens die Wohndichte gute Durchschnittsverhältnisse aufweist, wengleich in einzelnen Orten über schlechte Wohnungen Klage geführt wurde.

Nächst der Ernährung hat die Art, wie das Kind haust, atmet, sich regen und bewegen kann, den stärksten Einfluß auf Leben und Sterben. Dieser Einfluß wird zahlenmäßig am reinsten bei den natürlich genährten Kindern zu erfassen sein. Es ist sicherlich kein Zufall, wenn wir in den Städten M.-Gladbach und Rheydt bei den natürlich genährten Kindern der Familien mit geringem Einkommen eine weit niedrigere Säuglingssterblichkeit finden, als in der ungünstig bebauten Stadt Neuß.

	Je 100 lebenden ehelichen Kindern unter 1 Jahr standen Gestorbene gegenüber			
	natürlich genährte Kinder		nur künstlich genährte Kinder	
	bei einem Einkommen d. Väter		bei einem Einkommen d. Väter	
	bis 1500 M.	über 1500 M.	bis 1500 M.	über 1500 M.
M.-Gladbach (1909)	9,57	7,31	23,41	13,46
Rheydt (1909)	7,12	5,73	20,46	11,28
Neuß Stadt (1908)	12,23	5,83	43,18	20,22

Rechnen wir hinzu, daß als Wohnungsergänzung im obenbezeichneten Sinne für M.-Gladbach Stadt und die angrenzenden Bezirke ein Wöchnerinnenheim, ein Säuglingsheim, ein Versorgungshaus für uneheliche Mütter und Kinder und zwei Kinderheime (Rheydt) wirken, so ist es erklärlich, daß die Frucht einer reichen und methodisch ineinandergreifenden kommunalen- und Vereinsfürsorge auf dem Gebiete des Wohnungswesens sich auch in den statistischen Ziffern der Säuglingssterblichkeit bemerkbar machen muß.

Die Erwerbsarbeit der Frau ist im Erhebungsgebiet, wie schon mehrfach erwähnt, sehr stark verbreitet. Nach einer vom königl. preuß. stat. Amt übermittelten Auszuge aus den Ergebnissen der Berufszählung des Jahres 1907 waren hauptberuflich erwerbstätig¹⁾

Tabelle XXXVIII.

	M.-Gladbach-Stadt				Rheydt				Kreis Gladbach			
	led.	verh.	verw. u. gesch.	zus.	led.	verh.	verw. u. gesch.	zus.	led.	verh.	verw. u. gesch.	zus.
a) Selbständige	462	98	193	753	281	84	97	462	952	153	731	1 836
b) Angestellte	257	4	1	262	79	1	1	81	247	6	11	264
c) Arbeiterinnen	4662	519	257	5438	3236	422	60	3718	10 117	1379	399	11 895
	5381	621	451	6453	3596	507	158	4261	11 316	1538	1141	13 995

Hier interessiert insbesondere die Zahl der Verheirateten. Es wurden deren in M.-Gladbach 621 gezählt, wovon 417 auf die

¹⁾ In den Berufsabteilungen A bis E unter Fortlassung der Abteilung F — Berufslose — und der Abteilung G — häusliches Gesinde.

Industrie entfielen; in Rheydt 507 mit 331, im Landkreise 1538 mit 785 Industriearbeiterinnen.

Bei der von uns vorgenommenen Zählung befand sich unter den ehelichen Müttern der am 5. Mai 1909 lebenden Säuglinge ein erheblicher Bruchteil erwerbstätiger Frauen, nämlich in M.-Gladbach 236 oder 12,7 Proz. der gesamten Mütterzahl, in Rheydt 104 oder 8,4 Proz., im Landkreise 338 oder 9,7 Proz.

Diese von den Hebammen bei der Zählung ermittelten Zahlen geben jedoch nicht den Umfang der gesamten Erwerbstätigkeit richtig wieder. Bekanntlich bereitet auch geübten Zählpersonen das bestimmte Erfassen des Begriffes „Erwerbstätigkeit“ Schwierigkeiten, und so sind auch bei den von uns als Zählpersonen verwendeten Hebammen Unklarheiten vorgekommen. Zuweilen wurde die häusliche Arbeit als Erwerbsarbeit aufgeführt; dieser Fall wurde selbstverständlich bei der Prüfung der Fragebogen berichtet. Nicht berichtet werden konnte dagegen, wenn eine Erwerbstätigkeit als solche nicht erkannt und erfaßt wurde; das ist insbesondere bei der Heimarbeit der Fall gewesen, die nach unserer Kenntnis der Verhältnisse in verschiedenen Orten erheblicheren Umfang besitzt, als von den zählenden Hebammen angegeben wurde. Von seiten der Ärzte wurden wir mehrfach darauf hingewiesen, daß das Hin- und Herführen schwer bepackter Ladungen mit heimindustrieller Arbeit vom Hause zum Arbeitgeber und zurück die Kraft der Frauen, besonders solcher im schwangeren Zustande, häufig übermäßig in Anspruch nehme. Daß bei der völlig ungeschützten Heimarbeit die genügende Ruhe nach dem Wochenbett nicht gewährleistet ist, bedarf keiner weiteren Ausführung.

Mit Recht sind unter den Begriff der erwerbstätigen Frauen diejenigen nicht aufgenommen worden, die auf eigenem Grund und Boden bäuerliche Arbeit leisten. Sie sind nicht erwerbstätig im statistischen Sinn, und doch ist die Arbeitsleistung solcher Frauen oft bei weitem schwerer und härter als der in einer Fabrik oder in häuslichen Diensten beschäftigten Arbeiterin. Wir möchten hier das Urteil des Beigeordneten einer kleinen Landbürgermeisterei des Kreises Gladbach einfügen, der sich über die Lebenslage der nicht erwerbstätigen Frauen seines Wohnortes in folgender Weise ausspricht, — wobei wir jedoch bemerken, daß wir hinsichtlich der Lage der nichterwerbstätigen Ehefrauen von Fabrikarbeitern, Handwerkern usw. nicht die gleiche günstige Anschauung besitzen, vielmehr auf Grund der Tabellen V und IX sowie später folgender Angaben auch für diese einen verstärkten Schutz sowohl durch

Erziehung wie durch materielle Mittel für dringlich erachten.

„Die Frauen der Fabrikarbeiter sind nicht mit häuslichen Arbeiten überladen. Sie haben sich, da ihre Männer schon seit Jahren große Löhne verdienen, ein bequemes Leben und eine gute Kost angewöhnt, zumal der Sparsamkeitssinn dieser Frauen in der Regel sehr gering ist. Dazu kommt, daß sie auf dem Lande gesunde und geräumige Wohnungen haben und da sie Zeit im Überfluß haben, von selbst dazu kommen, ihre Kinder, solange es geht, in natürlicher Weise zu stillen.

Bei den Handwerkerfrauen liegt die Sache nicht viel weniger günstig und selbst bei den Frauen der Tagelöhner und Dienstboten liegen die Verhältnisse heute ganz bedeutend günstiger wie in früheren Zeiten. Ganz anders dagegen ist die Lage der Frauen in kleinen landwirtschaftlichen Betrieben, in solchen bis zu 10 Hektar. Hier ist das Los der Frau durchgängig ein wenig beneidenswertes, in vielen Fällen geradezu ein armseliges. Die Frau des kleinen Landwirtes hat sämtliche Hausarbeiten zu verrichten, ihr liegt ob die Wartung des Viehes, und sie muß dazu noch in Feld und Scheune arbeiten, in vielen Fällen sogar die Produkte aus Stall und Garten selbst zu Markte bringen. Schon am 3. oder 4. Tage nach ihrer Niederkunft ist sie meistens schon wieder bei der Hausbeschäftigung zu finden. Da die Mutter wegen Abwesenheit vom Hause, sei es durch Marktgang oder durch Arbeit auf dem Felde, nicht regelmäßig das Kind stillen kann, so wird demselben die Flasche gegeben. Zur Milch wird reichlich Zucker gegeben, damit das Kind die Flasche um so eher und lieber nimmt und die Folgen sind, daß das Kind die Brust bald verschmäht. Die Mutter sucht das Kind sobald als möglich vollständig zu entwöhnen und die Milcherzeugung zu unterdrücken, um Krankheiten der Brust vorzubeugen. Hierzu kommt noch bei der Nahrung durch die Flasche nicht selten der Mangel an Vorsicht und Sauberkeit, und so kann es in manchen Fällen nicht ausbleiben, daß Kinder durch gesundheitsschädliche Nahrung zugrunde gehen, während die kurzsichtigen Eltern nicht einmal ahnen, daß die Schuld an ihnen selbst gelegen hat. Hier Abhilfe zu schaffen, dürfte nicht leicht und kaum anders als durch Geldmittel, welche es der Frau ermöglichen, sich mehr zu schonen und das Kind an der eigenen Brust zu nähren, zu erreichen sein.“

Wenn wir im folgenden von der erwerbstätigen Frau und ihren Kindern sprechen, sind darunter also nur diejenigen zu ver-

stehen, die von unseren Zählpersonen am 5. Mai 1909 als erwerbstätig ermittelt wurden.

Betrachten wir zunächst den Einfluß der Erwerbstätigkeit auf die Ernährungsverhältnisse der Kinder. Er ist, wie aus Tabelle XXXIX hervorgeht, außerordentlich ungünstig.

Tabelle XXXIX.

Ernährungsstand der am 5. Mai 1909 lebenden ehelichen Säuglinge nach der Erwerbstätigkeit der Mutter.

Kreis	Mutter erwerbstätig	Von den am 5. Mai 1909 lebenden ehelichen Säuglingen erhielten								Eheliche Säuglinge zusammen	
		natürliche Nahrung						nur künstliche Nahrung			
		ganz		teilweise		zusammen				abs.	Proz.
		abs.	Proz.	abs.	Proz.	abs.	Proz.	abs.	Proz.		
M.-Gladbach Stadt	nein	789	48,70	224	13,83	1013	62,53	607	37,47	1620	100
	ja	62	26,27	22	9,32	84	35,59	152	64,41	236	100
Rheydt	nein	541	47,41	193	16,91	734	64,33	407	35,67	1141	100
	ja	25	24,04	16	15,38	41	39,42	63	60,58	104	100
Landkreis Gladbach	nein	1716	54,41	428	13,57	2144	67,98	1010	32,02	3154	100
	ja	68	20,12	56	16,57	124	36,69	214	63,31	338	100
Ganzes Erhebungsgebiet	nein	3046	51,50	845	14,29	3891	65,78	2024	34,22	5915	100
	ja	155	22,86	94	13,86	249	36,73	429	63,27	678	100

Während von den nichterwerbstätigen Müttern rund zwei Drittel das Kind selbst stillten, und nur ein Drittel ausschließlich künstliche Nahrung gaben, dreht sich dieses Verhältnis bei den erwerbstätigen gerade um. Es wurden hier 36,7 Proz. stillender gegenüber 63,3 Proz. nicht stillender Mütter gezählt. Diese Angaben werden noch ergänzt durch die entsprechenden Ziffern in den Tabellen XX—XXIII, wonach der Bruchteil der Mütter, die aus beruflichen Gründen auf das Stillen verzichtet oder es frühzeitig unterbrochen hatten, mit 16,03 Proz. im Erhebungsgebiet sehr groß ist. In einem Gebiet, wo regelmäßig einige Hunderte von Müttern kleinster Kinder in hauptberuflicher Erwerbsarbeit stehen, wo außerdem die heranwachsenden Mädchen durch frühzeitige Heranziehung zur industriellen und sonstigen Erwerbsarbeit der häuslichen Betätigung entfremdet werden, ist die Durchführung der natürlichen Ernährung wenn möglich von noch größerer Bedeutung als anderswo. Eine

energische Betätigung der Industriellen und der Behörden zur Förderung des Stillens durch Begründung von Stillkrippen, Abgabe ausreichender Stillunterstützungen an Mütter, um diese vom Erwerbszwang wenigstens für Wochen oder Monate zu befreien, oder andere geeignete Maßnahmen wären dringend zu wünschen. Die Zahl der erwerbstätigen nicht stillenden Mütter ist bis jetzt noch in ihrem Umfange übersehbar; sie betrug z. B. in M.-Gladbach-Stadt am 5. Mai 1909 152 eheliche und etwa 40 uneheliche Mütter. Schnelle tatkräftige Hilfe würde daher jetzt noch zur Zeit kommen, und vorbeugend gegen eine weitere Abnahme der natürlichen Ernährung wirksam sein. Die in M.-Gladbach und Viersen erfolgende Abgabe trinkfertiger Säuglingsmilch ist eine sehr hoch einzuschätzende Hilfe für ältere Kinder und für die Kinder solcher Mütter, die nach ärztlicher Verordnung nicht stillen dürfen. Es liegt aber in der Natur der Sache, daß eine Milchküche innerhalb der Bevölkerungskreise, bei welchen sie die Abgabe nicht an bestimmte Bedingungen — z. B. ärztliche Verordnung — knüpfen kann, eine gewisse Gefahr bedeutet, insofern, als auch die gesunde, stillfähige Mutter zu diesem Ersatzmittel greifen wird, wenn nach ihrer Berechnung die Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit selbst bei Bezahlung eines hohen Milchpreises für die Kindernahrung höheren Verdienst für die Familie verspricht. Die relativ niedrigen Stillziffern der genannten beiden Städte deuten darauf hin, daß diese Überlegung tatsächlich vielfach angestellt wird. Es wird sich also hier darum handeln, ein Gegengewicht zu schaffen, das der erwerbstätigen, auf ihren Verdienst angewiesenen Mutter die Fortführung der natürlichen Ernährung ermöglicht und vorteilhaft erscheinen läßt.

Für die ersten sechs Wochen des kindlichen Lebens wird dieser Anreiz — ganz abgesehen von dem Verbot der Wiederaufnahme der Arbeit — innerhalb des Kreises der krankenversicherten Frauen durch die Abgabe der gesetzlich vorgeschriebenen Wöchnerinnenunterstützung gegeben. Während dieser Zeit besteht also für die versicherte erwerbstätige Frau kein äußerer Zwang zur Einführung der künstlichen Ernährung. Für die nichtversicherten liegt diese Frage natürlich anders, und so mag es oft genug kommen, daß Putz- und Waschfrauen und in ähnlichen Berufen stehende Mütter den Zwiespalt zwischen mütterlichen und Erwerbspflichten schon in den ersten Lebenswochen des Kindes zugunsten der ersteren lösen. Es war von Interesse, festzustellen, welchen Umfang die Abgabe von Wöchnerinnenunterstützungen auf

Grund des Krankenversicherungsgesetzes in einem Bezirk hoher industrieller Frauenarbeit erreicht. Bekanntlich geben die Krankenkassenstatistiken hierüber keine Auskunft, sondern enthalten nur den Gesamtbetrag der für Wöchnerinnenunterstützung verausgabten Gelder. Wir mußten daher zur Erreichung unseres Zweckes eine Sondererhebung veranstalten. Durch Vermittlung des Herrn Oberbürgermeisters von M.-Gladbach, des Herrn Landrates des Kreises Gladbach und des Herrn Bürgermeisters von Rheydt erhielten wir eine Liste der im Bezirk bestehenden 15 Orts- und 118 Fabrikkrankenkassen. An diese sandten wir Fragebogen, die von sämtlichen Ortskrankenkassen und 93 Betriebskassen beantwortet wurden. Die erhaltenen Angaben sind also nicht vollständig für den Bezirk, sie müssen als Mindestzahlen gewertet werden. Hiernach erhielten — im einzelnen sind die Angaben aus Tabelle XXXX zu entnehmen — im Jahre 1908 im Erhebungsgebiet 1074 vollberechtigte weibliche Kassenmitglieder die Wöchnerinnenunterstützung, die in ihrer Höhe zwischen 19,80 und 60 Mk. schwankte. Es sind dieses etwas mehr als ein Achtel aller im Jahre 1908 im Erhebungsgebiet entbundenen Frauen. Ein erheblicher Teil

Tabelle XXXX.

Stadt oder Bürgermeisterei	Zahl der Ge- borenen (lebend u. tot) 1908	Ortskrankenkassen		Betriebskassen		
		Durch- schnittl. Zahl der weiblich. Mitglieder 1908	Von dies. erhalten Wöchner- innen- unter- stützung 1908	Anzahl*)	Durch- schnittl. Zahl der weiblich. Mitglieder 1908	Von dies. erhalten Wöchner- innen- unter- stützung 1908
M.-Gladbach	2362	3452	181	46 (57)	3135	249
Rheydt	1499	2205	128	28 (34)	2948	233
Odenkirchen	771	472	40	2 (3)	333	18
Rheindahlen	320	19	—	1 (2)	159	—
Viersen	964	437	22	7 (8)	1648	111
Korschenbroich	140	53	3	—	—	—
M.-Gladbach Land	937	400	25	5 (6)	600	45
Hardt	128	—	—	—	—	—
Kleinenbroich	68	12	2	—	—	—
Liedberg	43	10	1	—	—	—
Neersen	79	15	—	— (1)	—	—
Neuwerk	493	51	2	2 (4)	212	7
Schelsen	354	—	—	2 (2)	96	7
Schiefbahn	111	23	—	— (1)	—	—
	8269	7149	404	93 (118)	9131	670

*) Die eingeklammerten Zahlen geben die Zahl der überhaupt vorhandenen Betriebskassen, die nichteingeklammerten die Zahl der Kassen an, die unseren Fragebogen beantwortet hatten.

der Kassen geht über die gesetzlich vorgeschriebene Mindestleistung heraus, indem er die Einzelunterstützung der vollberechtigten Wöchnerinnen durch Gewährung der Hebammenkosten, der freien ärztlichen Behandlung von Schwangerschaftsbeschwerden, der Aufnahme von Schwangeren und Wöchnerinnen in ärztlich geleitete Anstalten erweitert. Diese Kassen erbringen damit den Beweis, daß wenigstens ein Teil der im Interesse des Mutter- und Säuglingsschutzes aus sozialpolitischen Kreisen seit lange geforderten Erweiterungen der Krankenkassenleistungen sofort durchführbar ist. Ebenso dehnen manche Betriebskassen den Kreis der unterstützten Wöchnerinnen aus, indem sie — zum Teil vielleicht aus besonderen Fonds — den nichtversicherten Ehefrauen männlicher Kassenmitglieder freie Hebammendienste, ärztliche Hilfe und Arzneien im Bedarfsfall, oder eine bestimmt fixierte Summe von 10—15 Mk. zur Bestreitung dieser Kosten gewähren. Für M.-Gladbach Stadt waren insgesamt 161 Fälle angegeben, in denen im Jahre 1908 verheiratete, nichtversicherte Ehefrauen diese Hilfe erhalten haben. Mehrere Kassen hatten nur die Bestimmung ihres Statutes zur Gewährung dieser Leistung erwähnt, ohne die Zahl der unterstützten nichtversicherten Ehefrauen anzugeben. Schätzen wir, daß durch Leistung der in unsere Erhebung nicht aufgenommenen Kassen, sowie durch die erwähnte Unterstützung der nichtversicherungspflichtigen Ehefrauen im Erhebungsgebiet nochmals etwa 600 Wöchnerinnen jährlich aus den Krankenkassen Unterstützung erhalten, so kommen wir zu der Gesamtzahl von 1674 oder rund einem Fünftel aller Wöchnerinnen des Erhebungsgebietes, die zu der Zeit größter Hilfsbedürftigkeit und erhöhter Ansprüche an das Familienbudget einen rechtlichen Anspruch auf materielle Hilfeleistung seitens der Kassen besaßen.

In M.-Gladbach Stadt ist dieser Bruchteil etwas größer, im Landkreis geringer. Alles in allem beweisen auch diese Aufnahmen in einem Gebiete mit verhältnismäßig viel versicherungspflichtigen Frauen, wie ungenügend vom Standpunkt energischen Mutter- und Säuglingsschutzes aus die heutige Wöchnerinnenversicherung ausgestaltet ist. Wenn, wie oben angegeben, in den Städten mehr als drei Viertel, im Landkreise beinahe neun Zehntel der von der Erhebung betroffenen Väter ehelicher Kinder Einkommen von weniger als 1500 Mark versteuerten, so kann die Unterstützung von nur einem Fünftel dieser Familien offenbar nicht ausreichen, um der Notlage gerecht zu werden.

Von dem Recht der freiwilligen Weiterversicherung wird seitens der Frauen des Bezirkes augenscheinlich nur in sehr geringem Umfange Gebrauch gemacht, sonst müßte angesichts der großen Verbreitung der mit Versicherungspflicht verbundenen Erwerbsarbeit lediger Mädchen der Bruchteil der unterstützten Wöchnerinnen weit größer sein.

Die Industriellen des Erhebungsgebietes nehmen in verschiedener Weise zu der Frage der Vereinigung von Erwerbsarbeit und Mutterschaft Stellung. In einigen Fabriken mit starker weiblicher Arbeiterschaft werden verheiratete Arbeiterinnen ein für allemal nicht beschäftigt, obwohl ihre Heranziehung in anderen Textilfabriken gleicher Art üblich ist. Diese Fabriken tragen den Schaden, der ihnen eventuell durch Ausschluß einer sonst gern gesehenen Arbeiterinnenklasse, — der in der Regel ruhigen, stetigen verheirateten Frau — erwächst, weil sie die absolute Fernhaltung der Ehefrau aus der Industrie aus sozialen Gründen für richtig und durchführbar erachten. Die vielleicht schwerere Frage, die verheiratete Frau in der Industrie zu behalten, zugleich aber zur Zeit der Mutterschaft zu schützen, hat bisher nur eine Fabrik des Erhebungsgebietes zu lösen unternommen. Auf vertraglicher Grundlage wird dort den mindestens 2 Jahre bei der Firma beschäftigten Frauen bei eintretender Schwangerschaft ein gewisser Prozentsatz ihres Lohnes bis zum Gesamtbetrage von 45 Mk. zurückbehalten. Wenn sie nach Ablauf der gesetzlichen Wöchnerinnenunterstützung alsdann zu Hause bleiben und ihr Kind selbst stillen, gibt ihnen die Betriebskasse unter Benutzung des von den Frauen vorgeparten Betrages je nach Wahl entweder sechs Monate hindurch ein Tagesgeld von 1,25 Mk. oder drei Monate hindurch ein Tagesgeld von 2 Mk. unter der Bedingung, daß sie zu Hause bleiben und eine andere Arbeit nicht annehmen. Wenn das Kind stirbt, wird der Mutter der gesparte Betrag ganz oder in der der Lebensdauer des Kindes entsprechenden Höhe zurückerstattet.

Die Errichtung von Stillkrippen oder etwa Versuche mit Einführung der Halbtagschicht für verheiratete Frauen haben bisher im Erhebungsgebiet nicht stattgefunden.

Die Errichtung von Stillkrippen, deren Kosten gering sind, würde sich, sofern die arbeitenden Mütter in der Nähe des Betriebes wohnen, für alle die Betriebe verlohnen, in denen im Jahresdurchschnitt mindestens 10 Wöchnerinnenunterstützungen an Arbeiterinnen des Betriebes ausbezahlt werden. Solcher Betriebe gab es nach unseren Aufnahmen im Jahre 1908 in M.-Gladbach allein schon

neun, in Rheydt acht, in Viersen drei, von denen einzelne bis zu zwanzig, ja fünfzig und mehr Unterstützungen ausbezahlten. Auch für die Ortskassen besteht ein erhebliches Interesse an der Errichtung von Stillkrippen, die in den Wohnquartieren der Arbeiterschaft, nicht zu entfernt von den Fabrikvierteln, eingerichtet werden könnten. Einige wenige gute Musterbeispiele würden hier den Weg für weiteres Vorgehen leicht ebnen. Die Kassenvertretungen müßten nur erst einmal von dem Gedanken beherrscht sein, daß ausgedehnte materielle Fürsorge für Mutter und Kind zugleich auch den besten Reservefonds für die Kassen selbst darstellt.

Die Frage der Stillkrippen leitet über zu der anderen, wie im allgemeinen die Kinder erwerbstätiger Mütter untergebracht und versorgt werden. Um unseren durch die Hebammen ausgefüllten Fragebogen nicht allzusehr zu belasten, haben wir uns mit der Frage begnügt, wo sich die besuchten lebenden Kinder in der vor dem Zähltag liegenden Nacht, die gestorbenen Säuglinge zur Zeit ihres Todes befunden hatten, wobei zwischen den Rubriken

bei der Mutter
bei Verwandten
in fremder Familie
in einer Anstalt

unterschieden wurde.

Das Ergebnis, soweit es die erwerbstätigen Mütter betrifft, ist aus der Tabelle XXXXI zu entnehmen. Danach wurden in M.-Gladbach-Stadt am 5. Mai 1909 insgesamt 73 Säuglinge gezählt, die Tag und Nacht von ihrer Mutter getrennt untergebracht waren; in Rheydt 30, im Landkreis 77. Von den Gestorbenen waren 16 bzw. 10 und 22 zur Zeit des Todes nicht bei der Mutter gewesen. Für den Landkreis, wo sich die von der Mutter getrennten Kinder auf 3 Städte und 5 Bürgermeistereien verteilten, sind diese Zahlen nicht sehr erheblich. Mehr Bedeutung haben sie für Rheydt und besonders M.-Gladbach, wenn man zum Vergleich heranzieht, daß bei der von Kriege und Seutemann im Jahr 1905 vorgenommenen Zählung in Barmen mit seinen damals 156 000 Einwohnern nur 32 nicht bei ihrer Mutter lebende Säuglinge ermittelt wurden. Es ist bekannt, daß die Lage solcher Kinder stets gefährdet ist. Auch wenn sie bei Verwandten untergebracht und in verhältnismäßig ordentlicher Pflege sind, so entbehren sie doch mindestens der natürlichen Nahrung; in der Regel läßt aber auch die Wartung durch ungeschulte fremde Personen

Tabelle XXXXI.

Von den lebenden Kindern erwerbstätiger Mütter haben sich in der dem Zählungstage (5. Mai 1909) vorangehenden Nacht befunden

	bei ihrer Mutter	bei Ver- wandten	in fremder Familie	in einer Anstalt	zu- sammen
M.-Gladbach	224 (34)	45 (12)	24 (12)	4 (3)	297 (61)
Rheydt	113 (28)	19 (5)	11 (6)	—	143 (39)
Landkreis Gladbach	327 (43)	59 (17)	18 (6)	—	404 (66)
Ganzes Erhebungsgebiet	664 (105)	123 (34)	53 (24)	4 (3)	844 (166)

Von den in der Zeit vom 5. Mai 1908 bis 4. Mai 1909 gestorbenen Säuglingen hatten sich zur Zeit des Todes befunden:

M.-Gladbach	42 (15)	4 (1)	4 (1)	8 (5)	58 (22)
Rheydt	23 (9)	3 (1)	6 (4)	1 (1)	33 (15)
Landkreis Gladbach	84 (31)	13 (4)	7 (5)	2 (2)	106 (42)
Ganzes Erhebungsgebiet	149 (55)	20 (6)	17 (10)	11 (8)	197 (79)

Die eingeklammerten Zahlen geben die in den darüberstehenden Zahlen enthaltenen Unehelichen an.

außerordentlich viel zu wünschen übrig. Es kann mit Sicherheit angenommen werden, daß z. B. von den 45 ehelichen Müttern, die in M.-Gladbach des Erwerbes wegen ihr Kind aus ihrem Hause fortgegeben hatten, ein erheblicher Teil es gerne bei sich behalten hätte, wenn ihnen die Durchführung des Stillens erleichtert oder überhaupt ermöglicht worden wäre. Auch abgesehen von der natürlichen Ernährung ist die Möglichkeit, ihr Kind vorübergehend stunden- oder tageweise in eine gute Krippenpflege unterzubringen, für die Mutter oft geradezu eine Lebensfrage. Gewiß ist die Anhäufung vieler kleiner Kinder in Anstalten an sich keine ideale Lösung. Aber wenn es sich nur um die Entscheidung handelt, das Kind einer gut geleiteten, unter ärztlicher Aufsicht stehenden Krippe oder der Obhut kleiner Geschwister, unfähiger Großmütter

oder ungeschulter fremder Personen zu überlassen, kann die Antwort nicht zweifelhaft sein.

Über die sonstigen für Mutter und Kind noch in Frage kommenden sozial-hygienischen Bedingungen genügen ein paar kurze Worte.

Tabelle XXXXII gibt einen Gesamtüberblick über die Anstalten und Einrichtungen des Erhebungsgebietes, die zum Teil schon im Laufe der Untersuchung Erwähnung gefunden haben. Der Vollständigkeit halber haben wir alle in den drei Kreisen befindlichen Krankenanstalten, zum Teil klösterliche Siedelungen, aufgenommen, obwohl in diesen Anstalten die Aufnahme von Schwangeren, Wöchnerinnen oder Säuglingen in der Regel nicht oder doch nur im Notfalle erfolgt. So sind von besonderer Wichtigkeit nur die M.-Gladbacher Anstalten, in denen im Jahre 1908 219 Wöchnerinnen und 100 Säuglinge gepflegt wurden. Der überwiegenden Mehrzahl nach stammten sie aus der Stadt M.-Gladbach, ein Teil jedoch auch aus Rheydt und den Nachbarorten.

	Gesamtzahl der im Jahre 1908 verpflegten	Von dieser Gesamtzahl stammten aus		
		M.-Gladbach Stadt	Rheydt und Landkreis Gladbach	aus anderen Orten
Wöchnerinnen	219	162	46	11
Säuglinge	100	89	8	3

Für M.-Gladbach-Stadt bedeutet demnach die Anstaltsbehandlung eine erhebliche Hilfe, wenn auch die Zahl der Anstaltsentbindungen mit 162 gegenüber 2362 Geburten im Jahre 1908 noch weit geringer ist, als die von Vertretern der Wissenschaft, z. B. Prof. von Franqué-Gießen, in seinem auf dem ersten deutschen Kongreß für Säuglingsfürsorge gehaltenen Vortrag geforderte. Für den Landkreis und Rheydt können die M.-Gladbacher Anstalten natürlich nicht in genügendem Maße mit aufkommen. Hier sind vielmehr Neugründungen von Anstalten oder andere Einrichtungen nötig. In den ländlichen Gemeinden, wo die Errichtung von Entbindungsanstalten zunächst noch nicht in Frage kommt, wird den Müttern durch organisierte Hauspflege im Anschluß an Krankenpflegestationen zu helfen sein.

Die Anstellung geschulter Pflegerinnen, die wir für ländliche Verhältnisse ganz besonders wünschen, ist bisher nur in M.-Gladbach und Rheydt und mit Unterstützung des Kreises in der Bürgermeisterei Neersen erfolgt. In Rheydt geht die Anstellung

Tabelle XXXXII.

Anstalten und Einrichtungen auf dem Gebiete der sozialen Hygiene.

	Anstalten	In diesen Anstalten im Jahre 1908 verpflegte		Säuglinge	Von der Gemeinde ange- stellte Pflgerinnen	Städtische Milch- und Milch- versorgung	Berufliche Bevor- mundung	Mutter- beratungs- stelle	Hauswirt- schaftliche Schulung volksschul- pflichtiger Mädchen
		Schwän- gere	Wöchner- innen						
M.-Gladbach Stadt	Säuglingsheim	—	—	100	1	ja	Behördliche Sammelvor- mundschaft	ja	in 1 Schule
	Wöchnerinnenheim Kath. Krankenhaus	—	219	—	—	—	—	—	—
		5	5	—	—	—	—	—	—
		1. 8. 08—1. 1. 09		—	1**)	ja	—	—	—
Rheydt	Ev. Krankenhaus ¹⁾ Luisehaus, Versorgungshaus f. unehel. Mütter u. Kinder*) Städt. Krankenhaus	—	—	6	—	—	—	—	—
	1 Kinderheim der Ortsgruppe des evangelischen Frauen- bundes	—	8	17	—	—	—	—	***)
		—	—	1. 10. 08 bis 1. 10. 09	—	—	—	—	—
Odenkirchen	Krankenhaus	—	—	—	—	—	—	—	in 1 Schule
Rheindahlen	Städt. Krankenhaus ¹⁾	—	—	—	—	—	—	—	—
Viersen	Städt. Krankenhaus	—	—	—	—	ja	Generalvor- mundschaft	—	in 1 Schule
Korschenbroich	Krankenhaus	—	—	—	—	—	—	—	—
M.-Gladbach Land	Kath. Krankenhaus in Hehn	—	—	1	—	—	—	—	—
Hardt	Kranken- d. Vincentinerinnen	—	—	—	—	—	—	—	—
Kleinenbroich	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Liedberg	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Neersen	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Neuwerk	Krankenhaus St. Josef u. St. Barbara	—	—	—	—	—	—	—	—
Schelsen	Krankenhaus	—	—	—	—	—	—	—	—
Schiefbahn	—	—	—	—	—	—	—	—	—

¹⁾ Nicht beantwortet. *) In größerem Maßstab erst seit 24. Dez. 08 im Betrieb.

***) Vom Verein Charitas mit Unterstützung der Stadtverwaltung.

***)) In der Königl. Handels- und Gewerbeschule für Mädchen Unterweisung an Volksschülerinnen (z. Z. 120 Schülerinnen aus 12 Volksschulen).

und Besoldung dieser Pflegerin, die vorwiegend als Hauspflegerin tätig ist, von dem Verein Charitas aus, der von der Stadt eine Unterstützung von 240 M. jährlich für diesen Zweck erhält. In Neersen, wo weder eine Anstalt, noch ein Arzt am Orte ist, besorgt die Pflegerin die gesamte Krankenpflege, und bemüht sich insbesondere auch im Interesse der Mütter und Kinder. In M.-Gladbach ist die Pflegerin mit der Überwachung der Ziehkinder betraut und außerdem im Anschluß an die Mutterberatungsstelle tätig. Es sei hier nebenbei kurz erwähnt, daß sich die Sorge für die unehelichen oder sonst gefährdeten Säuglinge durch Errichtung beruflicher Bevormundung bisher nur die Städte M.-Gladbach und Viersen angelegen sein lassen. Viersen hat dabei die Form der gesetzlichen Generalvormundschaft gewählt, d. h. die Fürsorge nur auf die armenunterstützten Mündel beschränkt. Der Einfluß dieser Form der beruflichen Bevormundung auf die gesamte Säuglingssterblichkeit der gefährdeten Kinder kann nicht groß sein, besonders wenn, wie dies in Viersen der Fall ist, die Ergänzung durch ärztliche und pflegerische Überwachung der generalbevormundeten Kinder fehlt. Tatsächlich ist sowohl in Viersen, wie auch in M.-Gladbach die Sterblichkeit der unehelichen Säuglinge sehr erheblich. M.-Gladbach hat sich bei der beruflichen Bevormundung für die freiere Form der Sammelvormundschaft entschieden. Da diese Einrichtung jedoch erst im Jahre 1909 ins Leben getreten ist, konnte ein Einfluß zur Zeit unserer Zählung noch nicht erwartet werden.

Auf die Milchküchen der Städte M.-Gladbach und Viersen und die städtische Milchversorgung in Rheydt haben wir schon mehrfach hingewiesen, während uns über die freie Milchversorgung im Erhebungsgebiet Angaben nicht vorliegen. Die städtische Milchküche in M.-Gladbach ist eine der ersten in Deutschland auf kommunaler Grundlage errichtete; ihre musterhaften Einrichtungen sind bekannt. Auch die Viersener Küche hat sich seit mehreren Jahren bewährt. Über die Einrichtungen der Stadt Rheydt, die erst im Jahre 1908 in die Hände der Stadt übergingen, vermögen wir ausführliches noch nicht zu sagen.

Schließlich sei als sozial-hygienische Aufgabe noch die Vorbereitung der heranwachsenden Mädchen für ihre späteren hauswirtschaftlichen und mütterlichen Aufgaben erwähnt. Diese Frage ist in einem Gebiet mit so ausgedehnter außerhäuslicher Erwerbsarbeit der Mütter sowie der unverheirateten Mädchen ganz besonders dringlich. M.-Gladbach, Odenkirchen und Viersen haben in einigen, Rheydt in der Mehr-

zahl seiner Schulen in der obersten Klasse fakultativen Koch- und Hauswirtschaftsunterricht eingerichtet. Hier findet dieser Unterricht z. Z. in den Anstalten der kgl. Handels- und Gewerbeschulen statt, wozu die Stadt einen jährlichen Zuschuß von 825 M. zahlt. Nach Mitteilung des Herrn Oberbürgermeisters von Rheydt wird außerdem z. Z. in einem Schulhaus-Neubau eine Schulküche errichtet, in welcher eine weitere Anzahl von 144 Schülerinnen hauswirtschaftlichen Unterricht erhalten kann. Es ist wohl mit Sicherheit anzunehmen, daß dieser Unterricht sich mit der Zeit auf alle Schülerinnen der letzten Klasse erstrecken wird. Dagegen fehlt vorläufig die Erweiterung des Unterrichtes auf Kinder- und Säuglingspflege, der sich unseres Erachtens ohne große Schwierigkeit angliedern ließe und auch trotz des jugendlichen Alters der Kinder von Nutzen wäre, da sie ja meist zu Hause jüngere Geschwister mit versorgen helfen. Besser wäre es freilich, wenn die so dringend notwendige Unterweisung in den einfachsten Begriffen der Kinder- und Säuglingspflege aus der Volksschule heraus in eine Fortbildungsschule verlegt werden könnte.

Schlußwort.

Wir fassen die Ergebnisse unserer Untersuchungen nochmals kurz zusammen:

Das Erhebungsgebiet bietet nach verschiedenen Richtungen ungünstige Lebensbedingungen für Mutter und Kind. Durch gemeinsames Vorgehen von Gemeinden, Vereinen und Privaten sowie durch eine gute Lösung der Wohnungsfrage ist in einzelnen Orten, insbesondere in den größeren Städten, diesen ungünstigen Faktoren in erfolgreicher Weise entgegengewirkt worden. Wir haben im Erhebungsbezirk ein gutes Beispiel dafür vor uns, daß zielbewußte Arbeit in der Säuglingsfürsorge tatsächlich gute Erfolge zu zeitigen vermag. Trotzdem ist jedoch auch hier die bisher geleistete Arbeit nur als eine gute Grundlage zu betrachten, die der Durchbildung, des Ausbaues und der Ergänzung im einzelnen bedarf, wenn die Säuglingssterblichkeit sich dem seit Jahren schon von den Städten und Landkreisen des benachbarten Bergischen Landes eingenommenen niedrigen Stande annähern soll. Besonders muß in Stadt und Land Schutz und Fürsorge für die erwerbstätige sowie der im eigenen Haus und Feld voll beschäftigten Mutter noch weit energischer und methodischer betrieben werden. In der

Förderung der natürlichen Ernährung ist bei dem relativ niedrigen Stand des Stillens in den meisten Gemeinden noch viel zu tun; für das flache Land, wo die Errichtung von Anstalten in absehbarer Zeit kaum in Frage kommt, ist die Anstellung gut geschulter Säuglingspflegerinnen zur Überwachung der gefährdeten Kinder, zur Belehrung der Mütter und als Vermittlerin der weiblichen Bevölkerung mit den Behörden sowie allen in Frage kommenden Fürsorgeeinrichtungen dringend zu wünschen. Die hauswirtschaftliche Unterweisung der heranwachsenden Mädchen unter besonderer Berücksichtigung der Kinder- und Säuglingspflege bedarf noch des Ausbaues; die Fortbildung der Hebammen zur Mitarbeit in der Säuglingsfürsorge muß noch weiter durchgeführt werden.

An Arbeit fehlt es also nicht. Und da in sämtlichen drei Kreisen des Erhebungsgebietes lebendige Kräfte wirksam sind, werden sie wohl auch zu noch eingehenderer Zusammenfassung für den gesellschaftlichen Schutz von Mutter und Kind gewonnen werden können.

Der Genitalprolaps als Folge später Heirat der Frau.¹⁾

VON HUGO SELLHEIM.

Des Arztes dankbare Aufgabe ist es, alle infolge Nichtbeachtung oder gar durch Vergewaltigung der Naturgesetze entstandenen Schäden aufzudecken, auszubessern oder ihnen mittels des aufklärenden Wortes vorzubeugen. Dieses Streben gilt auch für die Lehre vom Genitalprolaps.²⁾

Durch die Geburtsmechanik erhalten wir den Schlüssel für die Häufigkeit des Genitalprolapses bei Frauen, welche geboren haben. Die Wegbahnung des Kindes unterm Geburtsakte erfolgt mittels Dehnung, sowohl in der gleichlaufenden als auch in der tangentialen Richtung zur Achse des Geburtskanales.

Die Bildner des Geburtsweges, wie der Gebärmutterausführungsgang, die Scheide samt ihrer Umgebung und im besonderen die zur Wandverstärkung dienenden Gewebe des Beckenverschlusses rüsten sich schon während der Schwangerschaft zu dieser Aufgabe und zwar durch Materialanhäufung, Zunahme der Dehnbarkeit und Vervollkommnung ihrer Elastizität.

Bei der im Wochenbette erfolgenden Abrüstung streben jene benutzten Wegbildner ihrem prägravidem Zustande wiederum zu: Auf Materialzunahme erfolgt Materialreduktion, auf Dehnung Zusammenziehung. Infolge der nicht völlig verschwindenden

¹⁾ Nach einer Diskussionsbemerkung zum Vortrag des Herrn Dr. Fetzer „Der Genitalprolaps eine Folge der späten Erstgeburt“ auf der Oberrh. Ges. f. Geb. u. Gyn. am 24. Oktober 1909 in Baden-Baden. Hegars Beiträge z. Geb. u. Gyn. Bd. XV Heft 2 und Münchener med. Wochenschrift.

²⁾ Anmerkung für die nichtärztlichen Leser: Unter Prolaps, Vorfall, versteht man das Heraustreten der inneren weiblichen Geschlechtsteile (Scheide und Gebärmutter) vor die äußeren, in ähnlicher Weise, wie sich an anderen Stellen des Unterleibs ein Eingeweidebruch durch eine Bruchforte herausdrängt.

Materialvermehrung bleibt ein gewisser Gewebsüberschuß dauernd bestehen. Die Zusammenziehung erfolgt nur soweit, als die Teile nicht über ihre Elastizitätsgrenze hinaus gedehnt oder gar zerrissen wurden. Die gesteigerte Dehnungsmöglichkeit wird bis zu gewissem Grade stabil.

Diese vorübergehende fakultative Durchlaßfunktion mittels Dehnung innerhalb der Elastizitätsgrenze oder bis zur selben — d. i. ohne Schaden für seine permanente obligatorische Funktion als Beckenverschluß — erfüllt der Beckenboden aber nur bei normalen, gesunden, ausgewachsenen und noch jugendlichen elastischen Frauen. Bei älteren erstmalig Mutter werdenden Personen fehlt es an Materialvermehrung im Aufbau des Geburtsweges, an Vervollkommnung der Dehnbarkeit und an Steigerungsfähigkeit der Elastizität. Dieses Manko wird wenigstens für die Zwecke der Wegbahnung dadurch ausgeglichen, daß die Dehnung über die Grenze der Elastizität hinaus bis zur Zerreißung stattfindet. Bei der jugendlichen elastischen Frau dagegen wird dieser Notbehelf nur ausnahmsweise und in geringem Grade eintreten.

Dieser Unterschied in der Wegbahnung existiert zweifelsohne zwischen den zeitig und den zu spät Gebärenden. Wo aber die Altersgrenze zwischen zeitiger und zu später Geburt liegt, ist nicht genügend exakt und meines Erachtens auch nicht richtig bestimmt.

Zwischen alten und modernen Autoren besteht hinsichtlich des Altersoptimum für den Eintritt der Frau ins Eheleben ein Meinungsunterschied. Während jene z. T. fürs 18.—20. Lebensjahr plädieren, möchten diese die vollkommene und, wie sie sagen, frühestens mit dem 20. Jahre erfolgende Ausreifung des weiblichen Organismus abgewartet wissen.

Nur ein soeben reif gewordener weiblicher Organismus scheint zur somatischen Weiterentwicklung in der Gravidität befähigt. Denn eben diese ist durchaus notwendig, um eine vollkommene Erfüllung des Mutterberufs,¹⁾ insbesondere eine Wegbildung unter der Geburt ohne Schaden zu garantieren. Ein Organismus, welcher bereits geraume Zeit im gereiften Zustande verharret hat, ist hierzu nicht mehr imstande. Dieser Tatsache gegenüber erscheint mir das auch von Ärzten sanktionierte Abwarten von über 20 Jahren zwecks Eheschluß bei der Frau nur eine zur Beruhigung des Publikums dienende Beschönigung unserer

¹⁾ Mit der Stillfähigkeit scheint es ähnlich zu sein.

heutigen sozialen Lebensbedingungen, welche den Mann erst spät in die Lage der Hausstandsgründung setzt, zu sein.

Die späte Heiratsmöglichkeit des Mannes verhindert zwar an und für sich in keiner Weise die Wahl der jugendlichsten Frau. Doch ziehen erfahrungsgemäß die älteren, infolge davon auch geistig entwickelteren Männer ihnen psychisch koordinierte weibliche Jahrgänge vor; eine Handlung, deren Berechtigung nicht zum wenigsten in der verkehrten modernen Erziehungsmethode unseres heranreifenden weiblichen Geschlechts begründet liegt.

Weil ich die Heirat einer Frau nach dem 20. Jahre für einen Verzicht auf die günstigste Art der Vorbildung, Bildung und Rückbildung des Geburtsweges erachte, so hat Herr Dr. Fetzer auf meine Veranlassung entsprechende statistische Untersuchungen angestellt: Bei einer Serie von 200 Prolapskranken aus Württemberg schwankte das Lebensalter bei der erstmaligen Niederkunft zwischen 16 und 44 Jahren. Sämtliche 200 Patientinnen, rangiert nach dem Alter bei ihrer erstmaligen Niederkunft und in Prozenten berechnet, ergeben eine Kurve, welche vom 16. bis 18. Jahre kaum steigt; vom 18. bis zum 24. Jahre rasch das Maximum erreicht; von da bis zum 34. Jahre stetig sinkt. Im letzten Dezennium, also zwischen 34 und 44 Jahren, sinkt die Kurve weiter, jetzt aber unter Schwankungen, weil in diesem Alter erste Geburten überhaupt zur Seltenheit gehören und daher Beobachtungszufälligkeiten bei den Prolapskranken infolge allzugeringer Anzahl nicht mehr recht ausgeglichen werden können.

Diese Ordnung der Prolapshäufigkeit nach dem Lebensalter der Prolapsträgerinnen bei ihrer ersten Niederkunft ist, statistisch gesagt, die „zeitliche Verteilungsfunktion der erstmaligen Geburt bei Prolapskranken“.

Wird von sämtlichen, einen Heimatsbezirk der Prolapskranken bevölkernden Frauen das Alter, in welchem sie ihr erstes Kind geboren, mit Hilfe der standesamtlichen Aufzeichnungen festgestellt und das prozentuale Ergebnis in einer Kurve ausgedrückt, so ergibt letztere die „zeitliche Verteilungsfunktion sämtlicher ersten Geburten“.

Ein Zusammenhang der Prolapsgefahr mit dem Lebensalter bei der erstmaligen Geburt der Prolapsträgerin resultiert aus dem Vergleiche jener zeitlichen Verteilungsfunktion der ersten Geburt bei Prolapskranken mit der zeitlichen Verteilungsfunktion sämtlicher ersten Geburten: aus der Division der ersten Kurve durch die zweite. Das Resultat ist die Kurve der für die verschiedenen Lebensalter gültigen

relativen Wahrscheinlichkeit, für später infolge erstmaliger Geburt einen Vorfall zu bekommen.

Demnach ist die Chance eines künftigen Prolapses bei erstmaliger Niederkunft vor dem 20. Jahre fast gleich Null; sie steigt von da ab langsam etwa bis zum 27. Jahre, um dann rapid in die Höhe zu gehen, so, daß eine erste Mutterschaft nach dem 30. Jahre mit viel größerer Wahrscheinlichkeit einen Vorfall nach sich zieht, als eine erstmalige Geburt in jungen Jahren.

Der Genitalprolaps erscheint demnach als die Folge einer späten ersten Mutterschaft; wenigstens für Frauen, welche zu arbeiten gezwungen sind. Das „spät“ beginnt zufolge der Statistik mit dem 20., während das Maximum erstmaligen Gebärens etwa beim 25. Jahre gelegen ist. Die Mehrzahl aller gebiert also zum ersten Male später, als es die natürliche Organisation ohne Prolapsgefahr zuläßt.

Andere die Ausbildung des Vorfalls begünstigende Momente (bei arbeitenden Frauen die körperliche Anstrengung, bei bequem lebenden die Atrophie der Genitalien in den Wechseljahren) lassen sich nicht leugnen, sie kommen aber so wenig in Betracht, daß sie die Wahrscheinlichkeitskurve der Prolapsgefahr aus dem Lebensalter der erstmaligen Niederkunft berechnet, in ihrem gleichmäßigen Anstiege nicht alterieren. Das gilt besonders für die Zahl nachfolgender Geburten. Der Kindersegen aller in späten Lebensjahren Entbundenen ist geringer, als bei denjenigen, welche das Glück der Mutterschaft im jugendlichen Alter hatten. Die höchste Prolapsgefahr besteht vorzugsweise bei älteren erstmals gebärenden Frauen trotz ihrer Kinderarmut.

Wer zum ersten Male in jugendlichem Alter gebar, bewahrt die Fähigkeit einer dem Beckenverschlusse unschädlichen Durchlaßfunktion für spätere Geburten, denn diese wird mit jener ersten rechtzeitigen Entbindung erworben.

Der Prolaps erscheint demnach als ein Tribut für die durch unsere modernen gesellschaftlichen Zustände und Auffassungen gezeitigte zu späte Heirat, welchen die im reiferen Alter erstmals gebärende Frau, vom 20. Jahre an gradatim steigend, zu zollen verpflichtet wird.

Nach solchem Einblicke in die Ätiologie des Prolapses ruht die größte Hoffnung für eine Beschrän-

kung des die Leistungsfähigkeit der Frau untergrabenden Vorfalleidens in erster Linie auf der Einsicht des Mannes, eine gesunde, gerade reif gewordene Frau mit 18—20 Jahren in die Ehe zu führen.

Wo aber die Frau, ungeachtet dieser aus der natürlichen Organisation abgeleiteten Regel, spät zum ersten Male niederkommt, wird dem weitschauenden Geburtsleiter die zu lösende Aufgabe schwer gemacht. Wohl kann er bei richtiger Würdigung der individuell schwankenden anatomischen und physiologischen Verhältnisse durch rechtzeitigen Schnitt an einer für die Wiederherstellung des Beckenbodens gut zugänglichen Stelle der sonst unausbleiblichen Zerreißung an einer weder für sofortige noch für spätere Reparatur leicht erreichbaren Partie vorbeugen. Dieser Notbehelf könnte vor dem Prolaps einigermaßen nur dann schützen, wenn er bei allen nachfolgenden Geburten mit einer der ersten Behebung analogen Sorgfalt wiederholt würde. Ein sowohl den sichtbaren als auch unsichtbaren Zerreißungen vorbeugender Schnitt ist ganz besonders da am Platze, wo man — entgegen der natürlichen Organisation — weniger schonend vorgehen und das Kind mit der Zange oder bloßen Hand herausziehen muß. Selbst der umsichtigste Geburtsbeistand kann, gegenüber der weiblichen Spätheirat mit ihren deletären Folgen der Geburt für den Beckenschluapparat, nur Stückwerk leisten, weil die Entscheidung, ob abgewartet werden darf oder geschnitten werden muß, im Einzelfalle zufolge individuellen Schwankens der anatomischen und physiologischen Verhältnisse äußerst schwierig ist.

Aus der Gesellschaft für Soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik in Berlin.¹⁾

Sitzung vom 21. Januar 1909.

Vorsitzender: Herr Mayet. Schriftführer: Herr R. Lennhoff.

Herr P. Hüls trägt vor über die „bisherigen praktischen Erfolge der Schularzteinrichtung“. Sie wissen, daß vielerseits, besonders von Lehrern, der Schularzteinrichtung der Vorwurf gemacht wird, die Schulärzte konstatierten in den Schulen wohl allerei Leiden und bereicherten damit die Statistik; nachher bliebe doch alles, wie es war; es bliebe in der Hauptsache bei der Ermittlung der Leiden und geschehe zu wenig zu ihrer Beseitigung. Wieweit dieser Vorwurf richtig ist, soll hier untersucht werden.

Daß die Schularzteinrichtung schätzenswerte praktische Erfolge auch jetzt schon aufzuweisen hat, das wird kein Schularzt, Lehrer und wer die Entwicklung der Einrichtung verfolgt hat, bestreiten wollen. Anders wäre es ja kaum zu erklären, daß die Einrichtung, deren erste Anfänge in Deutschland meines Wissens noch nicht über 15 Jahre zurückreichen, sich so im Fluge ganz Deutschland — die Welt könnte man beinahe sagen, denn in den anderen Kulturländern besteht die Einrichtung ja ebenfalls, zum Teil schon viel länger und intensiver — erobert hat, so daß heute wohl kaum noch eine größere Stadt in Deutschland sie nicht in der einen oder anderen Form für die Volksschulen hat. Sachsen-Meiningen hat sie durch die Verdienste Leubuscher's für alle Schulen des ganzen Landes, höhere wie niedere. Ein Erfolg ist es schon, daß alle die krankhaften Zustände, die bei den Schulkindern jetzt konstatiert werden, früher größtenteils unbekannt blieben; nun weiß der Lehrer schon oft von selbst, wie er das Kind zu behandeln hat. Wenn der Lehrer z. B. bei der Untersuchung sieht, daß ein Kind, welches er für unaufmerksam, zerstreut und geistig rückständig gehalten hat, nur hochgradig schwerhörig ist, daß ein anderes müde und verschlafen ist, weil es infolge seiner Nasen-Rachen-Wucherungen nachts nicht richtig schläft, so wird er diese Kinder ganz anders behandeln als vorher. Wir konstatieren einen bis dahin ganz unbekanntem schweren Herzfehler, und der Lehrer weiß, daß das Kind großer Schonung bedarf, auch fehlen darf nach Belieben, ohne das man weiter danach fragt. Wir finden Lungentuberkulose und lungentuberkuloseverdächtige Katarrhe

¹⁾ Nach den Verhandlungen der Gesellschaft, abgedruckt in Nr. 4 u. 5 der „Medizinischen Reform“, 1909, herausg. von R. Lennhoff.

in großer Zahl, von denen niemand etwas wußte, wir finden Rückgratsverkrümmungen, die wenigstens in der Schule unentdeckt blieben, und so eine Reihe der verschiedenartigsten Störungen und Abnormitäten, die alle eine besondere Behandlung in der Schule erfordern. Wie vorteilhaft für die Schule und die Kinder ist es ferner, daß alle Schulkinder bei der Einschulung jetzt gemustert, nämlich auf Schulfähigkeit untersucht, und die Schwächlinge, geistig und körperlich noch Rückständigen, auf ein halbes oder ganzes Jahr zurückgestellt werden. Früher galten alle als schulreif, wenn sie das gesetzliche Alter von sechs Jahren hatten, während in Wirklichkeit eine ganze Anzahl mit sechs bis sieben Jahren noch nicht die geistige und körperliche Entwicklung eines normalen Kindes besitzen, und es konnte höchstens der eine oder andere wegen ärztlich bescheinigter Krankheit vom Schulbesuch befreit werden. Diese Kategorie der jetzt Zurückgestellten bildete nicht nur unnützen Ballast für die Schulen, sie störten die ganze Klasse, ohne selbst von der Schule viel Nutzen zu haben, oder sie mußten über ihre Kräfte angestrengt werden. Von noch größerem Wert ist es, daß jetzt die geistig rückständigen und anormalen Schüler, für die das eben Gesagte noch im verstärkten Maße gilt, aus der allgemeinen Schule ausgeschieden werden und in besonderen Hilfsklassen oder Hilfsschulen einen ihren Anlagen und Fähigkeiten entsprechenden Unterricht erhalten. Man ist durch die Schularzteinrichtung erst auf den Gesundheitszustand und die schweren gesundheitlichen Mängel der Schulkinder aufmerksam geworden und will mit diesen Maßnahmen etwas dagegen tun. Als ein praktischer Erfolg der Schularzteinrichtung ist es dann besonders anzusehen, daß Rektor und Lehrer im Schularzt jetzt in gesundheitlichen Dingen einen sachkundigen Berater an der Seite haben. Diese wissen ebenfalls jetzt erst, eine wie große Rolle die gesundheitlichen Dinge in der Schule bilden, und achten auf sie. Eine ganze Anzahl Kinder hat auf einmal entzündete Augen. Sie haben nur ein paar Tage beständig im grellem Sonnenlicht gelesen und geschrieben und nach Herablassen der Vorhänge sind die Augen in ein paar Tagen geheilt. Ein andermal findet man in solchem Fall Granulose; die Kinder müssen ärztlicher Behandlung überwiesen oder von der Schule ferngehalten werden. Einen Hautausschlag hält der Lehrer für ansteckend, es ist aber nur Ekzem, was in ärztlicher Behandlung in ein paar Tagen geheilt ist; ein andermal findet man Krätze, das Kind muß samt den befallenen Geschwistern auf ein paar Tage ins Krankenhaus. Ein Junge beschwert sich zu Hause über schwere Mißhandlung durch den Lehrer; der Vater schreibt einen groben Brief; es findet eine genaue Untersuchung durch den Rektor statt; es stellt sich heraus, der Junge hat sich alles rein aus den Fingern gesogen; er soll empfindlich bestraft werden, aber der Arzt findet bei näherer Prüfung, daß das Kind nicht geistig normal ist. Es wird nicht gestraft, sondern nur der Vater darüber belehrt. So findet sich fast bei jeden Schul- und Klassenbesuchen dies oder jenes, worüber der Rektor oder Lehrer Aufklärung vom Schularzt wünschen. Dieser macht aber auch selbst in den Klassen viele Beobachtungen über hygienische Mißstände, fehlerhafte Sitzhaltung bei den Kindern, ungenügende Ventilation, schlechte Lichtverhältnisse, er entdeckt oft zufällig Krankheitszustände, Veitstanz, und kann bei allem das Nötige veranlassen. Der Schularzt hat dann die Gutachten auszustellen bei Dispensgesuchen vom Turnen, Gesang-, Zeichnen-, Handarbeitsunterricht oder Schulbesuch überhaupt, ich selbst jährlich über hundert. Der Schularzt hilft dann für die Auswahl für die Ferienkolonie und Heilstätten, für die Hilfsklassen, Stotterkurse, den orthopädischen Turnkursus u. a. Wichtige Aufgaben hat der Schularzt noch beim

Auftreten ansteckender Krankheiten zur Verhütung der Weiterverbreitung durch die Schule. Was für eine Krankheit liegt vor?; muß das Kind der Schule fernbleiben, vielleicht auch seine Geschwister?; wann kann es die Schule wieder besuchen, muß die Klasse desinfiziert werden oder gar geschlossen werden? Nach allem Gesagten wird wohl niemand bestreiten, daß ein Schularzt, der seine Schuldigkeit tut — und der sie nicht tut, sollte seines Dienstes enthoben werden —, für die Schule nützlich ist, und er fände auch schon, wenn er nur eine Schule mit 1000 Kindern zu überwachen hätte, dort tagtäglich seine ausreichende Beschäftigung. Nach dem fast überall mit unwesentlichen Abänderungen eingeführten sog. Wiesbadener Schularztsystem ist den Schulärzten zunächst vorgeschrieben: die Schulgebäude und -einrichtungen hygienisch zu überwachen. Dieser Teil der Schularztstätigkeit ist bisher fast überall so gut wie völlig negativ verlaufen. Es entspricht nun allerdings auch so die innere Einrichtung der meisten neueren Schulgebäude weitgehenden hygienischen Anforderungen; so die Raum- und Lichtverhältnisse der Klassen, Korridore und Treppen, auch meist der Nebengebäude. Die jetzt wohl überall gebräuchliche Zentralwarmwasserheizung ist die beste, jedenfalls viel besser als die Luftheizung, die eine staubige rußige Luft in die Klassen führte. Nach meinem Gefühl hat allerdings die Warmwasserheizung den Nachteil, daß sie infolge der überall in Klassen, Treppen und Korridoren ganz gleichen Wärme verweichlichend wirkt. Aber man brauchte ja außerhalb der Klassen nicht so warm zu stellen. Die Ventilation durch obere Klappflügel, die reichlich und nach Bedarf Luft einführen, die sich erst erwärmt, ehe sie sich auf die Kinder herabsenkt, ist ebenfalls die beste und die einzige, durch die in den Schulen die Luft gut erhalten werden kann; das kann durch keine bekannte Art der künstlichen Ventilation geschehen, da die Art der Ventilation, wie im Reichs- und Landtag, wo die Luft erst vom Staub abfiltriert und vorerwärmt wird, für die Schulen wegen der Kosten nicht in Frage kommt. Auf alle diese und andere hygienischen Verbesserungen in den modernen Großstadtschulen hatte die Schularzteinrichtung wohl keinen großen Einfluß. Es bleiben ja noch immer eine Menge Wünsche übrig; daß die Kinder, die ein Bedürfnis haben — und sie haben es doch sehr häufig und sehr eilig — erst die drei bis vier Treppen herunterlaufen müssen, bis sie einen Abort erreichen, während sonst die kleinste einzimmerige neuere Wohnung ihr geruchloses Wasserklosett in der Wohnung hat, ist doch noch ein ganz mittelalterlicher Zustand. Man müßte doch mindestens in jedem Geschloß einen oder zwei kleinere Notaborte für eiligere Fälle haben. Es müßte dann auch jede Schule im Hofe eine gedeckte Wandelhalle haben oder die Turnhalle durch solche oder direkt mit dem Schulhaus verbunden sein, damit die Kinder auch bei schlechtem Wetter in den Pausen die Schulräume verlassen und die Klassen richtig durchlüftet werden können, statt daß sie jetzt oft tagelang die ganzen vier bis fünf Stunden ununterbrochen im Schullokal bleiben müssen. Es fehlt noch an Wascheinrichtungen, jede Schulklasse mit fünfzig Kindern und einem Lehrer, die alle Augenblicke in die Lage kommen, sich die Hände zu verunreinigen, müßte doch eine Wascheinrichtung haben, das wirkt auch fördernd auf den Reinlichkeitsinn der Kinder. Daß aber auch an den neueren Schulgebäuden, selbst bei guter innerer Einrichtung, noch vielfach schwere gesundheitliche Mängel bestehen, dafür hier ein Beispiel. In einer reichen Berliner Vorortgemeinde, die für ihre höheren Söhne und mehr noch für ihre höheren Töchter Schulgebäude mit verschwenderischem Luxus hergestellt, wurde vor einigen Jahren eine Volksschule gebaut, die folgende Eigenschaften besitzt: Erstens ist sie in die Straßenfront eingebaut mit

den Klassen nach der Straße zu. Darin würden die an einem solchen Schulpalast Vorübergehenden wohl in der Regel nichts Tadelnswertes finden, und die Schulbaumeister werden im Gegenteil es als einen besonderen Vorzug ansehen, daß ihre schöne Schulhausfassade auch gesehen wird. Wenn man aber in eine solche Schule hineingeht und sich den Schulbetrieb ansieht oder immer darin ist, wie der Lehrer, so findet man, daß das ein schwerer Mißstand ist, der die Vorteile der guten Inneneinrichtung, speziell der guten Ventilationsvorrichtung, größtenteils wieder vernichtet. Denn bei der engen Zusammenfassung einer Millionenbevölkerung in einem einzigen Mietskasernenhause, wie es in Berlin und angrenzenden Vororten der Fall ist, ist auch in den Straßen, die nicht Hauptverkehrsstraßen sind, doch noch meist ein so starker Verkehr und infolgedessen ein solcher Straßenlärm vom Gestampfe der Pferdehufe, Räderrasseln, Automobiltuten, Ausrufen, Heulen, Quietschen, Klingeln der Straßenbahnen in angrenzenden Straßen, daß es unmöglich ist, in einer solchen Klasse bei offenem Fenster oder herabgelassenem Klappflügel mündlich zu unterrichten. Es müßten also beim mündlichen Unterricht fast die ganze Stunde über die Fenster geschlossen gehalten werden. Wie die Luft nun da beschaffen sein muß, kann man ermessen, wenn man erwägt, daß die 50 Kinder einer Schulklasse in einer Stunde sechsmal soviel Luft oder Sauerstoff ganz verbrauchen, als die Schulklasse faßt und dafür ihre Kohlensäure mit den Kopf-, Haut- und Kleiderausdünstungen in dem Klassenraume ausscheiden, auch wenn der Lehrer von Zeit zu Zeit in kurzer Pause alle Fenster aufmacht, um einmal etwas Luft hineinzulassen. Kommt man frisch von draußen in eine solche Klasse, so glaubt man ersticken zu müssen, und in der Luft müssen es dann Lehrer und Kinder die ganze Stunde aushalten. Aber auch beim schriftlichen Unterricht stört der Straßenlärm sehr und lenkt die Aufmerksamkeit der Kinder ab. Aber die Luft selbst, die durch die Ventilation hereingelassen wird, ist nur die Groß-Berliner Straßenluft, und wie die beschaffen ist, merkt man am besten, wenn man im Sommer einmal vom Grunewald — seligen Angedenkens wird man ja demnächst sagen — in diesen Häuserhaufen zurückkommt; man glaubt auch da nicht mehr atmen zu können. Wie stark diese Luft mit Staub erfüllt ist, weiß jede Hausfrau. Wenn man in einer solchen Straßenklasse von einer Bank den Staub abwischt, so ist sie bei offenen Fenstern nach zwei Stunden bereits wieder mit einer so dicken Staubschicht bedeckt, daß man Figuren hineinschreiben kann. Das ist die gute Luft, die die Kinder in einer solchen Klasse einzuatmen bekommen. Sie können sich allerdings damit trösten; zu Hause haben sie sie auch nicht besser! Hat nun ein solches Schulhaus auch Klassen nach dem Hofe, und man geht dann in eine solche hinein, welche behagliche Ruhe, man hört nichts, auch die Kinder sind ruhiger und aufmerksamer, die ganze Stunde über können nicht nur die Klappflügel, sondern im Sommer die ganzen Fenster weit offen gelassen werden, und welche andere Luft kommt da hinein, besonders wenn der Hof, wie in vielen älteren Berliner Schulen, gut bepflanzt ist. Man fragt sich da unwillkürlich, wie kann die obere Behörde zulassen, daß in einem so lärmgefüllten Häusermeer Schulklassen an die Straße gelegt werden, da doch für den ganzen Schulbetrieb Ruhe mit das wichtigste Erfordernis ist, und da es ja keinen Pfennig mehr kosten würde, wenn man die Klassen nach der stillen Hinterseite, hinter den Schulhof oder ganz hinter die Häuserfront, in stille Sackgassen verlegte, wie es ja in Berlin selbst auch meist der Fall ist. Aber hier sieht man ja sogar — auch in reichen Vororten — Schulen unmittelbar an der Bahn, mit den Klassen der Bahn zu, wo oft alle Minuten 2, 4, stündlich 20 bis 60 Züge vorbeifahren, puffen und dampfen,

wo es also schon wegen des Rußes und Qualmes nicht möglich ist, die Fenster offen zu halten. Man kann also allgemein sagen, daß in Berlin — immer Groß-Berlin gemeint — eine Schulklasse, die nach der Straße liegt, besonders in den unteren Geschossen von vornherein als ungesund zu bezeichnen ist. Liegt sie auch noch in einer engen Straße, wie das auch zuweilen zu sehen ist, so wird der Klasse in den unteren Geschossen durch die gegenüberliegenden hohen Miethäuser auch noch das Licht entzogen, so daß die Kinder zum Teil im beständigen Halbdunkel lesen und schreiben müssen. Aber das in Rede stehende Schulhaus hatte noch eine Anzahl weiterer hygienischer Mängel. Dabei ist der geringste, daß das Haus fünf Geschosse hat, statt der sonst üblichen vier, daß also das Treppensteigen, wodurch die Pausen zum guten Teil entwertet werden — die kleinen Pausen können in den großstädtischen Schulkasernen ja ohnehin nicht benutzt werden zur Bewegung der Kinder draußen und durch Lüftung der Klassen — hier noch verstärkt wird. Den Schulhäusern, die in die Straßenfront eingebaut werden, fehlt jede den Bedürfnissen der Schule und der Kinder entsprechende Orientierung nach der Himmelsrichtung. In diesem Schulhaus liegt die Front des Vorderhauses mit den Klassen zufällig nach Norden, so daß also alle das ganze Jahr über keine Sonne haben. Bei dem gewaltigen, auch immer allgemeiner erkannten Einfluß, den das Sonnenlicht auf die Gesundheit der Menschen und die gesunde Beschaffenheit von Wohnräumen ausübt, dürften meines Erachtens außer dem Zeichensaal wegen des notwendigen gleichmäßigen Lichtes, der auch nur 1—2 Stunden die Woche benutzt wird, kein Raum als Schulklasse zugelassen werden, der nicht Sonne hat. Niemand, auch kein Arbeiter, mietet sich eine nach Norden gelegene Wohnung, wenn er eine andere findet und bezahlen kann, und kein Lehrer wünscht eine solche Schulklasse. Eine Klasse, die nie Sonne hat, ist immer als schlechthin ungesund zu bezeichnen, nie recht trocken und recht hell, die willkommene Brutstätte aller Arten von Bakterien und Krankheitskeimen. Das empfinden Lehrer und Kinder unwillkürlich. Ich sah, daß eine Lehrerin an einem ziemlich kühlen Tage ihre Klassentür weit aufgesperrt ließ; auf meine Frage, warum?, erhielt ich die Antwort: „Es ist doch zu traurig, daß man in dieser Klasse das ganze Jahr keinen Sonnenstrahl sieht.“ Sie wollte die durch das Korridorfenster auf die Tür scheinende Sonne von da hereinlassen, da sie sie vom Fenster herein nicht haben konnte. Der goldene Sonnenschein, der Spender des Lebens, wirkt auch erfrischend und belebend auf die ganze Stimmung von Lehrer und Kinder, bei letzteren um so mehr, als sie in ihrer finsternen Hinter- oder Kellerwohnung oft das ganze Jahr keinen Sonnenstrahl, kaum ein Fleckchen Himmel, zu sehen bekommen. Von dem allen scheinen merkwürdigerweise allein die Schulbaumeister oder die meisten derselben keine Kenntnis zu haben. Ich sah in einem Vorort ein Schulhaus an einem schönen, großen, reich bepflanzten Platz, von dem es nur durch eine absolut ruhige, verkehrslose Straße getrennt war; der Baurat verlegte aber nicht die Klassen nach dem schönen Platz, wo sie gute Luft gehabt hätten, sondern nach dem Hof an der Nordseite, wo dazu der Lärm und der Staub von den benachbarten Verkehrsstraßen eindrang. Dieses Schulhaus hat nun auch noch zwei lange Seitenflügel, jeden zu zwei Klassenbreiten nach hinten, in jedem also acht Klassen. Wäre nur ein Seitenflügel dagewesen, so wären in den acht Klassen die gesundheitlichen Verhältnisse viel besser als im Vorderhause. Da aber an jede Seite einer kam, liegen sie so nahe aneinander, daß man bei offenem Fenster jedes Wort in der gegenüberliegenden Klasse fast so gut versteht, als in der Klasse selbst und daß man nicht begreift, wie in diesen 16 Klassen

überhaupt noch Unterricht erteilt werden kann. Das ist aber noch nicht alles. Es nimmt auch jeder Flügel dem anderen größtenteils das Licht weg. In den 4 Klassen des untersten Geschosses beiderseits ist nur bis 1 Meter vom Fenster Himmelslicht, wo also Kinder wegen der Heizung nicht sitzen können; die ganze Klasse sitzt also beständig im Halbdunkel, hat nur den Widerschein von der roten Ziegelwand gegenüber. Die Kinder müssen sich in diesem Raum die Augen verderben, den Rücken verkrümmen, weil sie sich ganz nahe an Buch und Heft halten müssen, um lesen und schreiben zu können. Das Höfchen zwischen diesen Seitenflügeln ist endlich so klein, daß die 16—1700 Kinder in der Pause darin fast Kopf an Kopf stehen, eine freie Bewegungsmöglichkeit aber nicht mehr besteht. Dieses Musterschulhaus, wie es nicht sein soll, wurde, wie gesagt, noch vor wenigen Jahren hier unter den Augen der höchsten Schul- und Gesundheitsbehörden gebaut. Alle Lehrer höhnen darüber, aber bei einer Revision, auf eine abfällige Bemerkung hin in einer Zeitschrift, wurde alles für gut und einwandfrei befunden. Seither habe ich in derselben Gemeinde und in anderen Gemeinden noch eine ganze Anzahl Volksschulen erbauen sehen, die auch nicht viel besser und gesünder sind. Wenn die Berliner Zeitungen also ungesunde Schulhäuser beschreiben wollen, brauchen sie nicht erst nach Ostpreußen zu gehen; in den verhöhnten Schulbaracken daselbst kann die Luft nicht schlechter sein, als in manchen großstädtischen Schulkasernen, und dabei besteht aber noch ein gewaltiger Unterschied. Die Kinder in Ostpreußen halten sich außer der Schulzeit den ganzen Tag im Freien, in gesunder Luft und Sonne auf, während die große Masse der großstädtischen Kinder sich fast den ganzen Tag mangels jeglicher freien Plätze außerhalb, in ihren finsternen Wohnungen in noch schlechterer Luft aufhalten müssen. Man muß sich, wenn man solche, allen Regeln der Hygiene Hohn sprechenden Zustände und zwar nicht einmal so selten, sieht, doch fragen: Gibt es denn gar keine Vorschriften über den Schulhausbau in Großstädten, oder sind sie so mangelhaft, daß das alles dabei möglich ist, oder findet nicht eine Überwachung, Prüfung der Baupläne und Untersuchung des fertigen Gebäudes durch Personen statt, die die Anfangsgründe der Hygiene beherrschen und mit dem Schulbetriebe praktisch vertraut sind. Ein derartiges Schulhaus müßte doch ohne weiteres geschlossen werden. Denn von den Gebäuden, in denen sich die ganze Großstadtjugend 8 Jahre lang täglich fünf Stunden aufhält, darf man doch wohl verlangen, daß es allen hygienischen Anforderungen entspricht, sowie auch dem Zweck, daß dort ungestört Unterricht erteilt werden kann. Was kann nun geschehen, um solch hygienische Mißstände an den Schulgebäuden der Großstädte zu verhüten? Sollten die Schulbehörden den Schulärzten die Schulbaupläne oder die Entwürfe dazu vorlegen, wie das vielfach, jüngst erst hier von Leubuscher gefordert wurde? Mir scheint, daß, solange es keine fachmännische Ausbildung der Schulärzte, die sich auf den Schulhausbau erstreckt, und kein Befähigungsnachweis gibt, für die anstellenden Behörden also auch keine Möglichkeit vorhanden ist, zu prüfen, ob der Kandidat das nötige Verständnis für derartige Dinge hat oder nicht. Es ist sogar wahrscheinlich, daß dadurch keine Besserung, eher sogar Verwirrung im Schulhausbau erzielt werden würde. Wo ein leitender Schularzt im Hauptamt ist, wird man ihn wohl auch beim Schulhausbau fragen müssen. Ob dabei viel erreicht wird, solange nicht allgemeine Grundsätze für den Schulhausbau in den Großstädten für den ganzen Staat ausgearbeitet werden, welche solche Mißstände verhindern und die Durchführung durch Personen, die mit den schulhygienischen und gesundheitlichen Anforderungen der Schule gründlich ver-

traut sind, geprüft wird, erscheint dies fraglich. Diese Grundsätze müssen vor allem bestimmen: 1. Daß das Schulhaus nur auf einem vom Straßen- und anderem Lärm, Straßenstaub entfernten, genügend bepflanzten Platz errichtet werden darf; 2. daß jeder Platz in einer Klasse direktes Tageslicht haben muß; 3. daß außer Zeichensaal jedes Klassenzimmer wenigstens auf ein paar Stunden am Tage Sonne haben muß. Sehr wünschenswert wären dann noch kleinere Schulhäuser mit nur drei Geschossen für höchstens 1000 Kinder, statt der modernen Riesenschulkasernen, um den Kindern, die übermäßig weiten Schulwege zu ersparen und das Treppensteigen zu vermindern. Man wird fragen: Woher aber das Geld nehmen, um die weit höheren Kosten zu bezahlen? Ich antworte: Wenn man rechtzeitig den vielen Millionenbauern und Terrainspekulanten diese ganzen Kosten in Form einer kräftigen Wertzuwachssteuer auferlegt hätte, so könnten alle Gemeinden Groß-Berlins ihre sämtlichen Schulen samt allen nötigen öffentlichen Gebäuden ganz umsonst haben.

Es blieben nun noch die wichtigeren gesundheitlichen Mängel der Schulkinder und was gegen sie geschieht und geschehen müßte, zu besprechen. Sie werden nach dem Wiesbadener Schularztsystem in die einzelnen Rubriken der Gesundheitsscheine eingetragen. Davon lautet die erste: allgemeine geistige Beschaffenheit und Nervenleiden. Von letzteren, um sie vorweg zu nehmen, sind die wichtigeren und häufigeren außer allgemeiner Nervosität, die in den stärkeren Graden auch Schonung und Dispens von der Schule nötig machen kann, Epilepsie, Veitstanz und Hysterie. Epileptische Kinder, bei denen häufig in der Schule Anfälle vorkommen, werden meines Erachtens im Interesse der übrigen am besten ausgeschieden, da ja schon Fälle von Ansteckung durch psychische Einwirkung beobachtet wurden; sie gehören in Anstalten für epileptische Kinder, wo sie auch den nötigen Unterricht erhalten. Manche, aber doch nur eine Minderzahl kommen wegen Schwachsinn und Abnormität in die Hilfsklasse, wohin sie allerdings eigentlich auch nicht gehören. Auch Kinder mit Veitstanz müssen bis zur völligen Heilung meist mehrere Monate oder länger beurlaubt werden. Die Hysterie zeigt sich meistens in den Entwicklungsjahren, im 12. bis 14. Jahr, fast ausschließlich bei Mädchen. Diese zeigen dann plötzlich ganz auffallende Veränderungen in ihrem ganzen Wesen. Ein Mädchen zum Beispiel, bis dahin brav, fleißig und immer vorn in der Klasse, bleibt ohne Grund aus der Schule und will auch nicht mehr hinein. Es weiß den Rektor und die Mutter längere Zeit zu täuschen, bis der Rektor dahinter kommt, daß alles gelogen ist. In solchen und ähnlichen Fällen ist es für den Rektor wichtig, zu wissen, daß es sich um einen krankhaften Zustand handelt, weil sonst durch Strafen leicht das Übel verschlimmert wird. In einzelnen Fällen muß man auch da auf längere Zeit dispensieren.

Über die geistige Beschaffenheit, ob gut, mittel oder schwach veranlagt, lasse ich im allgemeinen die Lehrer entscheiden. Nur wenn die Hilfsschule in Frage kommt, muß der Arzt mitentscheiden, da manche Lehrer geneigt sind, bloß schwächere Schüler, die ihnen Arbeit machen, abzuschieben. Die geistige und psychische Qualität der Kinder ist ganz verschieden. Ein Teil ist nur sehr schwach begabt, aber sonst normal; andere sind geistig anormal. Entweder aufgereggt, böseartig, mißhandeln und verletzen sie die anderen Kinder, für die sie also eine ständige Gefahr bilden, andere sind verblödet und stumpfsinnig, nur noch wenig bildungsfähig. Die stärkeren Grade der Idiotie gehören natürlich auch nicht mehr in die Hilfsklasse, sondern in die Idiotenanstalten. Eine Kategorie ist noch zu nennen, die man Märchenerzähler nennt. Diese erfinden immerwährend

die verschiedenartigsten Geschichten, Anschuldigungen gegen die Mitschüler, zu Hause auch gegen die Lehrer, und wissen dieselben in so raffinierter Weise zu erzählen, daß alles ganz glaubwürdig erscheint. Mit all diesen Kindern kann der Lehrer in der allgemeinen Schule nichts anfangen; sie stören und hemmen nur die ganze Klasse, wenn auch nur ein oder zwei derselben sind, und der Lehrer erreicht mit der ganzen Klasse sein Unterrichtsziel nicht, sie selbst haben dabei von der Schule keinen Vorteil. In der Hilfsschule sind aber dann auch noch die hochgradig schwerhörigen und schwachsichtigen Kinder, oder sie gehören wenigstens hinein; ebenso gehörten in eine gut eingerichtete Hilfsschule mit einem schweren körperlichen Leiden. Herzfehler, Tuberkulose, hochgradiger Schwäche oder überhaupt mit einem Leiden behaftete Kinder, das ihnen zeitweise die Schule zu besuchen ermöglicht. Aus dieser Aufzählung ergibt sich auch, daß das bis jetzt in Groß-Berlin und meist in Berlin bestehende Hilfsklassensystem, bei dem alle diese ganze verschiedenartigen Kategorien von Schülern in ein und derselben Klasse zusammensitzen, noch keine vollkommene Einrichtung ist. In anderen Städten hat man Hilfsschulen, ganze Schulsysteme, in denen alle diese Kategorien voneinander getrennt sind, und alle ihren Eigentümlichkeiten entsprechenden Sonderunterricht erhalten, so die bloß Minderbegabten, die verschiedenen Klassen von Anormalen, von Schwachsinnigen, Schwerhörigen, Epileptischen usw. Eine solche besitzt seit vielen Jahren in besonders vollkommener Weise Brüssel, ähnlich Paris, London und auch in Deutschland besteht sie nach dem Vorgange von Leipzig in einigen Städten, und Charlottenburg will sie, wie ich höre, demnächst einrichten. Nur Berlin, in vielem so vorgeschritten, will, wie in manchen anderen Dingen, anscheinend erst Provinzialstädte vorgehen lassen. Es hat ja auch allein von allen größeren Städten noch keine Schularzteinrichtung, die diesen Namen verdient. 7000 Schulkinder kann ein Schularzt nicht überwachen, und wenn dieser alle halben Jahre in sechs Wochen sechshundert Kinder vollständig untersuchen soll, so kann selbst der statistische Wert dieser Untersuchungen nur ein mäßiger sein. Die Hilfsschule paßt natürlich nur für große Städte. Sie muß mit einem Internat verbunden sein, weil viele Kinder die Schulwege nicht allein machen können, alle übrigen Kinder müssen Freifahrt haben. Aber auch das Hilfsklassensystem ist schon ein bedeutender Fortschritt gegen früher, weil Unterrichtsart und -Zeit den Fähigkeiten der Minderbegabten und Anormalen angepaßt sind. Der Unterschied von den Normalklassen besteht also besonders in der verkürzten Unterrichtszeit der Unterstufe, längeren Pausen in allen Stufen, nämlich je 10 Minuten nach jeder Unterrichtsstunde neben den beiden großen Pausen zu je 20 Minuten; in allen Stufen sind die Unterrichtsstunden mit schwereren Fächern geteilt, meist so, daß in der einen Hälfte ein leichteres, in der anderen ein schwereres Fach behandelt wird, die schwereren Fächer sind vernünftigerweise immer auf die zweite Schulstunde, in der die Leistungsfähigkeit am größten ist, verlegt, und von der dritten Stunde an folgen fast nur ganz leichte Fächer: der Anschauungs-, Turn- und Handfertigkeitsunterricht, Flecht-, Papparbeiten, Kerbschnitt-, Laubsäge-, Tischlerarbeiten u. dgl. Die Schülerzahl in diesen drei Klassen ist allerdings viel zu groß; sie dürfte nie größer sein als 12—15, wie in Berlin. Zu wünschen wäre auch noch eine vierte Stufe mit dem Pensum der IV. Klasse. Die Mehrzahl bleibt in jeder Klasse etwa zwei Jahre, und die große Hälfte wird in die Normalschule zurückversetzt, wo sie meist aus der V. oder IV. Klasse mit 14 Jahren zur Entlassung kommen. In Berlin besuchen die Hilfsklassen fast 1 Proz. der Schüler und ähnlich wohl auch sonst

meist. Wenn alle den Hilfsklassen überwiesen würden, für die es in ihrem Interesse und dem der Schule erwünscht wäre, müßten es etwa 4 Proz. sein. Ein dringendes Bedürfnis wären noch Fortbildungsschulen für diese Anormalen, wo sie so weit theoretisch, aber auch praktisch weitergebildet würden, bis sie irgendwo in einem Beruf untergebracht werden, welche Einrichtung auch in mehreren Städten, z. B. in Berlin, besteht, aber noch wenig benutzt wird. Ein Besuchszwang in gewissen Grenzen wäre sicher sehr im Interesse der Bedauernswerten. Der Arzt hat in den Hilfsklassen bei den Anormalen besonders nach der Ursache zu forschen: Erblichkeit, Geisteskrankheit; Nervenleiden; öfter auch Trunksucht der Eltern; häusliche Verwahrlosung: beide Eltern beständig auf Arbeit oder krank, es fehlt Nahrung, Pflege, jegliche geistige Anregung. — Oft liegt auch ein körperlicher Mangel vor: der Schädel ist auffallend klein, Mikrozephalie, oder sehr groß, Wasserkopf; bei vielen finden sich die Zeichen früherer schwerer Rachitis; bei anderen können in den ersten Lebensjahren überstandene schwere Krankheiten, Hirnhautentzündung, u. a. schwere Kinderkrämpfe, die Ursache sein. Bei einem Kind steht: bekam gewöhnlich Schnaps in die Milch, damit es ruhig sein sollte. Den sehr oft angeführten früheren Verletzungen: Fall auf den Kopf usw. stehen die Ärzte wohl meist skeptisch gegenüber. — Die Hilfsklassen sind hiernach, wie man sieht, ein sehr bedeutender Gewinn für die Kinder und die Schule; aber sie sind noch sehr der Verbesserung und Vervollkommnung fähig.

Nachdem ich die jedenfalls sehr interessante, aber in den Einzelheiten wohl noch nicht so allgemein bekannte Hilfsklasseneinrichtung etwas eingehender behandelt habe, kann ich mich bei der Besprechung der praktischen Ergebnisse der schulärztlichen Tätigkeit bei den meisten der in folgendem vorgeführten Gebiete viel kürzer fassen. Die Seh- und Hörprüfungen werden bei den neu Eingeschulten gewöhnlich gegen Ende des Semesters oder nach einem vierteljährlichen Schulbesuch gemacht, da die Kinder vorher noch zu unreif dazu sind. Auch dann sind die Ergebnisse noch nicht ganz zuverlässig, und manche müssen später bei der zweiten oder dritten Untersuchung korrigiert werden. Bei der Hörprüfung ist notwendig, das Kind sich herumdrehen zu lassen, da einzelne Kinder es schon in frühem Alter sehr gut verstehen, das Gesprochene vom Munde abzulesen, ja, selbst aus dem Hauch des Gesprochenen, der ihnen in den Nacken kommt, wissen sie oft ein kurzes Wort zu erraten. Von den Sehstörungen ist bei den jungen Kindern am häufigsten die Übersichtigkeit. Gefunden wird sie bei etwa 8 Proz. In Wirklichkeit dürfte sie weit häufiger sein. Vermuten kann man sie bei kleinem, zurücktretendem Augapfel und enger Pupille, während umgekehrt ein großer hervortretender Augapfel mit weiter Pupille auf Kurzsichtigkeit schließen läßt. Die meisten Übersichtigen schielen nach unten. Stärker Übersichtigen wird eine Konvexbrille verordnet, auch zur Schonung der Augen beim Lesen und Schreiben, die auch mäßige Grade von Schielen meist zum Verschwinden bringt. Leider wird dem größten Teil dieser Kinder diese Brille nicht verschafft, ebenso wenig wie ein verordnetes Bruchband bei Leistenbrüchen, wenn man die Eltern auch noch so oft durch den Lehrer zur Beschaffung auffordern läßt; „der Vater will mir keine kaufen“ ist dann immer die Antwort. In einzelnen Städten läßt man daher diese Gegenstände direkt durch die Schule beschaffen und fordert den Betrag von zahlungsfähigen Eltern wieder ein. Stärkere Grade von Kurzsichtigkeit werden bei den Neueingeschulten in etwa 5 Proz. beobachtet; diese Kinder werden ebenso wie die etwa 3 Proz. Schwachsichtigen — infolge von Hornhautflecken, Schichtstar, Netzhaut- und anderen inneren Augenleiden — in die vorderen Bänke gesetzt.

Man findet bei den Untersuchungen gelegentlich natürlich auch andere Arten von Augenleiden, besonders häufig die skrofulösen Binde-, Hornhaut- und Tränensackentzündungen, Lidrandekzem, dann Nystagmus, Schichtstar, die man, wenn nötig, augenärztlicher Behandlung überweist. Die Schwerhörigkeit, von den leichteren bis zu den höchsten, an Taubheit grenzenden Graden, findet sich bei den Schulkindern erschreckend häufig, durchgehend bei etwa 12—15 Proz. Sie ist fast immer die Folge bestehenden oder überstandenen eitrigen Mittelohrkatarrhs, und dieser ist wieder, wenn nicht Begleiterscheinung von Scharlach oder anderer schwerer Kinderkrankheit, meist die Folge von Nasen- und Rachenwucherung. Zur Bekämpfung würden also dienen nur die sofortige sachkundige Behandlung jedes Ohrkatarrhs, Beseitigung der Nasen- und Rachenwucherung, und ferner die kräftigenden und abhärtenden Mittel, welche gegen Skrofulose angewandt werden. Auch die Schwerhörigen werden in die vorderen Bänke gesetzt, und wenn nötig, in ohrenärztliche Behandlung verwiesen. Die höchsten Grade gehören, wie gesagt, in die Hilfsschule, und völlig oder fast völlig Taube in Taubstummenanstalten. Diese völlige Taubheit sieht man in seltenen Fällen als Folge von Genickstarre oder anderen Hirnhautkrankheiten zurückbleiben.

Ich komme nun zu einem, seit einer Anzahl von Jahren sehr viel erörterten Gegenstand, nämlich der Zahnverderbnis, ich glaube, man darf wohl zufügen, der großstädtischen Schuljugend, denn daß eine so ausgedehnte Zahnverderbnis bei den Kindern auf dem Lande vorkäme, wie man sie hier sieht, halte ich für ausgeschlossen. Es gibt ja bekanntlich noch ausgedehnte Landbezirke, wo die Bevölkerung bis ins hohe Alter, wie die Tiere, ihre gesunden kräftigen Gebisse behalten. Eine Untersuchung hierüber wäre sehr wertvoll. Bei den Neueingeschulten müssen etwa 80 Proz. der Gebisse als schlecht bezeichnet werden, und ein volles gutes Gebiß hat von diesen Kindern von 100 auch nicht eins. Aber diese Kinder befinden sich doch ebenso wie die vier bis fünf folgenden Jahrgänge mitten im Zahnwechsel und erhalten an Stelle der faulen Milchzähne nicht selten sehr gute bleibende Zähne. Beweisend ist also erst der Zustand der Zähne nach vollendetem oder nahezu vollendetem Zahnwechsel, also bei den 12—14jährigen Kindern der beiden oberen Klassen. Und da erscheint mir die Sache doch nicht ganz so schlimm, wie viele Zahnärzte sie machen. Mir liegt hier eine Zusammenstellung der Zahnverhältnisse von 100 solcher 12—14jähriger Schüler vor; ich selbst habe viele Hunderte untersucht, die Resultate aber bis jetzt noch nicht verarbeiten oder zusammenstellen können. Unter 100 Schülern und Schülerinnen ist allerdings nur bei zwei verzeichnet: volles tadelloses Gebiß, einschließlich der 4 vierten Backzähne. Von den übrigen 98 sind nur bei dreien alle 4 dritten Backzähne gesund, aber bei 2 davon sind je 2 Backzähne hohl und beim dritten heißt es: alle gewechselten Schneide-, Eck-, 7 Backzähne winzig klein, strohgelb, rauh, 4 dritte Backzähne gesund. Bei allen übrigen 95 sind ein oder mehrere dritte Backzähne hohl, meist ganz faul oder schon ganz ausgezogen, nämlich nur 1 bei 5, je 2 oder 3 bei 24, und alle 4 bei 66. Mit den dritten Backzähnen, die ersten Bleibenden, die durchbrechen, sieht es bei diesen Kindern also traurig aus, und zwar schon mit dem 8. oder 9. Jahre, also 1—2 Jahre nach dem Durchbruch. Sieht man von diesen Zähnen nun ganz ab, so sieht es auch mit den übrigen Zähnen nicht glänzend aus; es sind auch von diesen hohl oder faul je 1—2 Zähne bei 20 Kindern, je 3—4 bei 18 und bei weiteren 16 Kindern je 5—8, und von den noch nicht hohlen Zähnen heißt es dann wieder zum Teil sehr häufig: sehr schwach entwickelt, stark gerippt, gekerbt, ausgefressen, besonders oft bei allen

8 Schneidezähnen, ferner stehen die Zähne sehr oft schief, je 2 hintereinander, oder es fehlen ein oder mehrere Zähne, für die gar kein Platz vorhanden ist. Aber es bleiben immer noch 24 Kinder, bei denen es heißt: außer den drei Backzähnen und etwa noch einem weiteren alle übrigen Zähne sehr gut. Jedenfalls sind also hiernach die Zahnverhältnisse bei diesen Kindern so, daß man sich fragen muß, wo soll das hinführen, wenn diese Zahnverderbnis weiter fortschreiten sollte.

Was kann nun gegen diese höchst traurigen Zahnverhältnisse bei der Großstadtjugend geschehen? Die Zahnärzte sagen: Schulzahnkliniken, Zahnbehandlung, Zahnpflege. Nun könnten ja sicher mit einer Zahnbehandlung in einer Schulzahnklinik, wie sie nach dem Muster von Straßburg nunmehr in einer Reihe von Städten, auch in Charlottenburg, eingerichtet sind, manche Zähne auf Jahre erhalten werden, denn etwa die Hälfte der schlechten Zähne war nur hohl und konnte noch gefüllt werden. Alte Zähne, die die neuen nach der Seite drängen, könnten entfernt werden, und es ist daher sehr zu bedauern, daß bisher nicht mehr Städte diese Zahnklinik eingerichtet haben. Die meisten Eltern können eine Zahnbehandlung nicht bezahlen. Damit wäre also gebessert, aber gehoben wäre das Übel nicht. Die Zahnärzte wollen diese ganze Zahnverderbnis meist auf die Ansteckung der gesunden durch die kranken Zähne schieben. Daß hierin der Grund nicht liegt, geht daraus hervor, daß die bleibenden Gebisse immer noch besser sind, als die ersten, und oft gut werden, wenn diese faul waren, daß die Zähne nicht bloß faul oder hohl, sondern in so großer Zahl auch mangelhaft entwickelt sind. Daß das Putzen der Zähne es nicht auch allein macht, geht daraus hervor, daß die Zahnfäule bei den besseren Ständen auch nicht viel geringer ist, dagegen, wie gesagt, in ganzen Gegenden, wo man eine Zahnpflege gar nicht kennt, gar nicht vorkommt. Es handelt sich zweifellos um eine Ernährungsstörung der Zähne, die auf bei ca. 25 Proz. der Schulkinder in den ersten Lebensjahren vorhandene Rachitis zurückzuführen ist und einen großen Teil bilden ja die charakteristischen rachitischen Zähne. So gut, wie die Knochen das zu ihrer Festigkeit nötige Kalkmaterial bei Rachitis nicht erhalten, erhalten es auch die Zähne nicht, sie entwickeln sich daher auch zum großen Teil viel später als normale. Es sind meist dieselben Kinder, die auch erst mit 1½, 2 oder mehr Jahren laufen lernen. Von 87 Kindern, bei denen mir Notizen über die Zeit des ersten Zahndurchbruchs vorliegen, erfolgte derselbe im 3. bis 5. Monat bei 12, im 6. bis 7. Monat bei 28, im 8. und 9. Monat bei 26, im 10. und 11. Monat bei 6, im 12. und 13. Monat bei 6, im 14. bis 16. Monat bei 4, im 18. bis 21. Monat bei 4, im 36. Monat bei einem Kinde. Die Zähne sind dann kaum richtig durchgebrochen, so fangen sie an zu faulen, und nach 2–3 Jahren ist der größte Teil hohl oder faul.

Bekämpfen kann man das ganze Übel also nur dadurch, daß man die Rachitis und deren Ursachen beseitigt. Aber etwas vielleicht recht Wirksames könnte wohl ohne weiteres gegen diese mangelhafte Zahnentwicklung und frühzeitige Zahnverderbnis geschehen. Man soll darauf hinwirken, daß die Kinder zweckmäßiger ernährt werden als bisher, daß die Zähne etwas zu kauen bekommen, wenn sie da sind, man soll nicht die Kinder vorwiegend mit Milch oder Brei ernähren, denn durch den Gebrauch werden alle Körperorgane gekräftigt, und alle Organe, die keine Tätigkeit haben, degenerieren nach einem Naturgesetz.

Hieran möchte ich anschließen eine Besprechung der Rückgratsverkrümmung, die mir, in bezug auf Ätiologie, in einem gewissen Verwandtschaftsverhältnis zu der Zahnfäule zu stehen scheint. Dieselben bilden ebenfalls eine der häufigsten Schulkrankheiten, das heißt, der Krankheiten, die wir in der Schule beobachten. Daß es keine wirkliche oder ausschließliche Schulkrankheit ist, wird dadurch be-

wiesen, daß man sie häufig schon bei den Neueingeschulerten beobachten kann. Es fand sich bei diesen Kyphose (krummer Rücken, in leichteren Fällen krumme Haltung genannt) bei 28 Proz. der Mädchen und 21 Proz. Knaben; Skoliose oder seitliche Abbiegung bei 8 Proz. Mädchen und 7 Proz. Knaben, das sind aber nur schwere Fälle; Kinder mit ganz normaler gerader Haltung sieht man unter den Eingeschulerten so selten, daß man sie, ebenso wie ein Kind mit ganz normalem Gebiß, dem Lehrer oder der Lehrerin zum Anstaunen vorstellt. Zur Bekämpfung der Rückgratsverkrümmung hat man jetzt vielfach orthopädische Schulturnkurse unter Leitung eines, in einer orthopädischen Klinik besonders vorgebildeten Lehrers unter Oberleitung eines Schularztes eingerichtet und jüngst hat sie noch Leubuscher hier in seinem Vortrage empfohlen. Ich selbst habe bisher noch wenig Erfolg davon gefunden. Schwere Fälle gehören nicht hinein, sondern in eine orthopädische Klinik; mit ihnen, und auch schon mit nur mäßig schweren Fällen, mühen sich ja oft die Orthopäden viele Jahre lang. Die Haltung ist dann bei der Entlassung besser, die Skoliose scheint auch ausgeglichen, sieht man aber die Fälle ein halbes Jahr oder später wieder, so ist alles meist wieder wie früher. So auch hier noch mehr. Die Rückgratsverkrümmungen gehören eben gerade zu den Störungen, die, wenn sie einmal da sind, so leicht nicht beseitigt werden können, wo also das Verhüten das wichtigste wäre. Sollten diese Schulturnkurse aber in leichteren Fällen wirksam sein, so müssen erstens die Kinder schon mit 6—7 Jahren hinein, wenn die Knochen noch weicher sind, statt, wie oft jetzt, erst mit 9—10 Jahren; zweitens müßte mindestens dreimal wöchentlich je zwei Stunden geturnt werden, statt jetzt einmal; drittens müßten die Eltern darüber belehrt werden, wie sie zu Hause die Übungen an der Kopfschwebe, an Ringen, Stuhl oder Schemel und in anders geeigneter Art täglich fortsetzen. Vor allem müßten aber in der Schule die Lehrer und zu Hause die Eltern sorgfältig die Sitzhaltung der Kinder überwachen und bei schon bestehender Skoliose auf eine Sitzhaltung sehen, die ausgleichend wirkt. Auch schon beim Säugling müßte die Mutter darauf achten, daß er nicht immer auf einem Arm getragen wird. Fünftens, es müßten auch alle Schulbänke mit bekannter Minusdistanz verboten werden, diese Marterwerkzeuge, welche die Kinder unbeweglich in eine bestimmte Sitzhaltung einzwängen und durch die kolossale Ermüdung ein seitliches Einsinken der Wirbelsäule mit dem Oberkörper, also das gerade, was sie verhindern sollen, herbeiführen — wie ich das selbst sehr oft gesehen. Alle diese Maßregeln würden zur Verbesserung einer bestehenden und zurzeit vielleicht zur Verhütung der Rückgratsverkrümmung beitragen.

Das Hauptmittel zur Verhütung aber wären sie alle noch nicht. Die große Zahl beweist wieder, daß hier allgemein schädliche Verhältnisse die Ursache bilden. Das beweist auch die Tatsache, daß fast alle Fälle wieder, wie bei der Zahnverderbnis, mit rachitischen Verbiegungen des Brustkorbes und rachitisch verkrümmten Beinen, verdickten rachitischen Rosenkranz Gelenken usw. verbunden sind, und also wohl hauptsächlich in rachitischer Weichheit der Knochen, verbunden mit allgemeiner Muskelschwäche, ihren Grund haben. Die Hauptmittel zur Verhütung wären also wieder dieselben, die auch zur Verhütung der Rachitis und der allgemeinen Körper- und Muskelschwäche dienen, wie wir sie bei der großen Mehrzahl der Neueingeschulerten stets beobachten. Bei dem krummen Rücken mögen auch die meist schlechten Lichtverhältnisse in den Wohnungen, welche die Kinder nötigen, sich mit den Augen dicht an die Gegenstände zu halten, um sehen zu können, mitwirken.

Zum Schlusse noch einige Bemerkungen über eine in den Schulen nicht gerade

häufig beobachtete, aber sehr wichtige Krankheit, die Tuberkulose. Im allgemeinen kann ich sagen: 1. daß nach meinen Erfahrungen die Tuberkulose, speziell Lungentuberkulose, in Groß-Berlin erschreckend häufig ist, so häufig fast, wie ich sie in einer der schlimmsten Tuberkulosegegenden Deutschlands, im südlichen Oldenburg und Hannover gesehen; 2. daß aber im Gegensatz zu dort, die Tuberkulose hier durchgehends auffallend gutartig verläuft und die Befallenen in der großen Mehrzahl viele Jahre äußerlich scheinbar gesund sind, alle Arbeiten verrichten, Frauen oft mehrere Kinder bekommen. Bei Schulkindern habe ich die Untersuchungsergebnisse von 1200 Neueingeschulerten vor mir. Darunter fanden sich 63 Kinder mit manifester Lungentuberkulose oder tuberkuloseverdächtigen, lange währendem, bis zu $1\frac{1}{2}$ —2 Jahre Lungenkatarrh. Das sind etwa 5 Proz. Ich vermute, daß eine genauere Untersuchung, als sie bei solchen Massenuntersuchungen möglich ist, weit mehr ergeben würde. Rechnet man 9 Fälle von Gelenktuberkulose und 90 Ekzeme, die ja von vielen auch als Tuberkuloseerscheinung angesehen werden, dazu, so wären das noch weitere 8 Proz. Bei unseren Schulkindern verläuft die Tuberkulose im allgemeinen ebenfalls sehr günstig. Die meisten Tuberkuloseverdächtigen, Disponierten, stark Skrophulösen, erblich Veranlagten, kommen jetzt Sommer oder Winter in eine Anstalt, Seehospiz usw. für ein paar Monate oder länger, von wo sie gewöhnlich körperlich und geistig erfrischt und gekräftigt, munter und zufrieden zurückkommen. Man bemerkt an ihnen wieder die Jugendfrische, die man sonst an einem großen Teil der Großstadtkinder vermißt. Leider kommt nur etwa ein Viertel der Bedürftigen in den Genuß dieser Wohltat — selbst in den vorgeschrittensten Städten; die meisten haben bei weitem nicht soviel Plätze oder tun überhaupt nichts. Aber das nächste Jahr kommen andere Kinder und dann wieder andere an die Reihe, und doch ist bei den ersteren der in der Heilstätte erzielte gesundheitliche Gewinn längst wieder verloren gegangen, nachdem sie sich einige Monate von neuem in ihren früheren ungesunden Verhältnissen aufgehalten hatten. Daß es auch zu Hause eine Sonne gibt, die zwar zwischen die dichten Häuserreihen und engen Höfe nicht mehr hineinlangt, die es aber möglich gewesen wäre, den Menschen in den seit zehn oder zwanzig Jahren errichteten Wohnhäusern zu beschaffen, daß es damals auch eine reine Luft gab, die zu erhalten gewesen wäre, daß die Spree und Havel Wasser genug besäßen, um allen Berlinern groß und klein, die Wohltat der kühlen Bäder zugänglich zu machen, wenn man das sich zeitig genug überlegt hätte, daß es endlich vor zehn oder zwanzig Jahren noch überall an den Stellen, über welche sich jetzt dieser unübersehbare Häuserhaufen hinweggeschoben hat, Platz in Massen gab, von denen man all den Kindern das Nötige hätte erhalten können, um ebenso zu spielen und sich zu tummeln, wie in Norderney usw., soweit denkt niemand, hat früher, als es Zeit war, niemand gedacht, und um solche Dinge scheint in Zukunft niemand sich kümmern zu wollen. Weder die Gemeinden, noch weniger die preußische Regierung. Das wäre aber erst eine wirkliche Vorbeugung der Tuberkulose. Das andere ist doch nur ein Heilen oder Bessern bereits erkrankter Personen. Es sei noch auf eine sehr interessante Studie von Kirchner, „Die Tuberkulose und die Schule“ kurz hingewiesen. Kirchner führt dort den Nachweis an der Hand der preußischen Statistik, daß die Tuberkulose in Preußen in den 25 Jahren von 1876 bis 1903 in den Altersklassen von 5—25 Jahren relativ gestiegen ist, d. h. nicht in dem Verhältnis abgenommen hat, wie die gesamten Krankheiten resp. die Gesamtmortalität, und daß sie in den Altersklassen von 5—15 Jahren, in den Schuljahren, sogar absolut um 20 Proz. zugenommen hat. Man darf wohl annehmen, daß diese Verhältnisse

seit 1903 so weiter gegangen sind, die Tuberkulose also seither noch weiter zugenommen hat. Kirchner zieht aus dieser Zunahme der Tuberkulose während der Schulpjahre den Schluß, daß die Schule selbst an ihr schuld sei, daß die Ansteckungsgefahr dort gestiegen sei und als extremster Kontagionist, für den die Tuberkulose nur eine ansteckende Krankheit ist, wie Masern, Scharlach usw., bei der es also nur darauf ankommt, die Ansteckungsquelle fernzuhalten, oder zu beseitigen, fordert er noch gesündere Schulhäuser, bessere Schulreinigung, Wasserspuckknöpfe, Fernhalten der mit offener Tuberkulose behafteten Schüler und Lehrer. Es würde über den Rahmen dieses Vortrages weit hinausgehen und ein Neuaufrollen der ganzen Tuberkulosefrage erfordern, wenn ich auf alles dies eingehend erwidern wollte. Daher nur kurz folgendes: Einmal weiß man nicht, inwieweit die amtliche Tuberkulosesterblichkeitsstatistik zuverlässig ist. Sie wäre dies sicher hinreichend, wenn obligatorische Leichenschau bestände; in den 70er, 80er Jahren wurde auf dem Lande wenigstens der kleinste Teil der Schwindsüchtigen und chronisch Kranken überhaupt ärztlich behandelt. Bei der Todesmeldung wurde fast immer Schwindsucht angegeben, wenn man sonst nichts wußte, z. B. bei chronischen Nieren-, Herz-, inneren Krebsleiden und dgl. Hier und in anderen Großstädten erfährt das Statistische Amt die Todesursache durch die vom behandelnden Arzt in dem Totenschein gemachte Eintragung. Wie aber auch auf diese äußeren Umstände einzuwirken ist, beweist folgende Tatsache: Drei Monate nach Inkrafttreten des neuen preußischen Seuchengesetzes (das zwar allen Schwindsüchtigen gestattet, frei umherzugehen wohin sie wollen, Versammlungen zu besuchen, Gemüse, Obst, Milch und alle Eßwaren zu verkaufen, überall zu spucken, wo es nicht verboten ist, das aber dann die Leiche, die nicht mehr spuckt, plötzlich für so gefährlich erklärt, daß Anzeige, Desinfektion und verschiedene scharfe Maßregeln für nötig befunden wurden), schien fast keine Tuberkulose mehr vorzukommen, wie das Berliner Polizeipräsidium bekannt machte. Es gab nur noch chronische Lungenkatarrhe und dgl., weil die Ärzte dieses nutzlose Desinfizieren und die Belästigungen vermeiden wollten. Die nächste Statistik wird wohl ergeben, daß die Tuberkulosenmortalität erheblich gesunken sei, infolge des neuen Seuchengesetzes. Aber eine zuverlässige Sterblichkeitsstatistik überhaupt und besonders der Tuberkulose wäre äußerst wichtig. Man müßte aber obligatorische, natürlich ärztliche, Leichenschau einführen. Die sogenannte Leichenschau durch Barbieri, wie sie vereinzelt in Hessen besteht, wäre hierfür wertlos und ist es ja wohl überhaupt. Viel wichtiger wäre aber noch eine etwa alle 5 oder 6 Jahre wiederholte, allgemeine Morbiditätsstatistik der Tuberkulose. Diese könnte nur durch die Gesamtheit der Ärzte, für die Schulen zum Teil der Schulärzte, geschehen, wenn der Staat sie dafür bezahlte. Daß die Ärzte die mühsame und zeitraubende Arbeit auch wieder unentgeltlich machten, könnte man wirklich nicht verlangen, zumal sie gegenwärtig schon genug und übermäßig viele Leistungen umsonst machen — für einen Staat, der sie in ihren Lebensbedingungen konsequent immer weiter herabdrückt.

Kirchner empfiehlt dann gesündere Schulhäuser usw. Wenn damit geholfen wäre, wäre es unverständlich, daß die Tuberkulose bei den Schulkindern zunähme, denn seit den 70er, 80er Jahren sind doch alle Schulhäuser, wenigstens in den Städten, durchgehends viel gesunder, und sind weitgehende hygienische Fortschritte aller Art gemacht worden, von denen man früher nichts wußte. Die Annahme, daß die Schule überhaupt mit der Tuberkuloseerkrankung der Schüler etwas zu tun habe, ist kaum aufrechtzuerhalten. Bei der Mehrzahl der tuber-

kuloseverdächtigen Schulkinder steht auf dem Gesundheitsschein: Vater oder Mutter an Schwindsucht krank oder gestorben; bei der Einschulung werden etwa 4 Proz. Tuberkuloseverdächtige gefunden; diese haben die Krankheit also sicher nicht in der Schule bekommen, und mit den höheren Schulklassen nimmt die Tuberkulose nach meinen Erfahrungen nicht zu, sondern ab. Schüler mit offener Tuberkulose, die ausspeien, die also nur Ansteckungsquelle nach der Theorie der Kontagionisten sein sollen, gibt es auch wohl kaum, ein Kind spuckt überhaupt in der Regel nicht, außer zum Unfug. Solche fortgeschrittenen Fälle duldet man auch in der Schule nicht.

Es ergibt sich aus dem allen wohl mit Sicherheit, daß die Tuberkulosequelle außerhalb der Schule, und meist vor der Schulzeit liegt und folglich auch dort und zu der Zeit zu bekämpfen ist.

Meine Ansicht über die Entstehung der Tuberkulose, die ich mir nach den Erfahrungen meiner Praxis gebildet habe und auch hier durchgehends bestätigt sehe, ist folgende: Wenn der Tuberkulosekranke, nämlich sein Auswurf ansteckt, dann steckt er doch fast ausnahmslos nur besonders Disponierte an. Diese Disposition entsteht durch Vererbung, durch besondere Krankheiten, wie Influenza, Typhus, Pneumonie u. a., ferner durch gewisse Berufe: Bäcker, Müller, Steinarbeiter u. a., sowie durch alle länger einwirkenden allgemein schwächenden und die normale Widerstandskraft herabsetzenden Einflüsse, Nachtwachen, schlechte Ernährung, und was sonst Schwäche hervorruft. Den normal Kräftigen und Widerstandsfähigen sieht man in der Regel Jahre und Jahrzehnte mit Tuberkulösen in engster Berührung; er kann die Billionen Tuberkelbazillen tagtäglich verzehren oder einatmen, sie tun ihm nichts. Bekämpfen kann man die Kindertuberkulose resp. verhüten daher nur dadurch, daß man sorgt, daß die Kinder von Geburt an unter Verhältnissen aufwachsen, durch welche sie die normale Kraft und Widerstandsfähigkeit erlangen.

Daß aber die Tuberkulose in den Alterklassen bis zu 25 Jahren seit 1876 stetig zugenommen hat und sicher auch noch immer weiter zunimmt, kann m. E. weder vom Standpunkte des Kontagionisten, noch dem meinigen, der wohl dem der großen Mehrzahl der praktischen Ärzte entsprechen dürfte, irgendetwas Auffallendes haben. Der Kontagionist wird sagen müssen: Bei der immer größeren Zusammenpferchung der Hauptmasse der preußischen Bevölkerung in eine Anzahl so dichter Häuserhaufen, wie es die preußischen Großstädte zunehmend geworden sind, in denen überall Schwindsüchtige in großer Anzahl unbehindert umhergehen und ihre Bazillen entleeren, sind die Bedingungen für die Weiterverbreitung der Tuberkulose durch Ansteckung immer günstiger geworden. Und ich sage: In diesen immer weiter sich vorschiebenden Reihen riesiger Mietskasernen sind die Bedingungen für eine normale gesundheitliche Entwicklung der Jugend zunehmend schlechter, ist die Widerstandskraft gegen die Tuberkulose für eine immer größere Zahl immer weiter herabgesetzt, und umgekehrt also sind infolgedessen die Bedingungen für die Erkrankung an Tuberkulose immer günstiger geworden, und sie werden es mit der weiteren Vergrößerung dieser dichten Häuserhaufen noch immer mehr, und das Ende wird sein, daß schließlich die ganze Großstadtjugend, oder die große Mehrheit, der Tuberkulose verfallen wird. Dies wird erst dann offen zutage treten, wenn die bisherige stetige und starke Neuauffrischung der Bevölkerung durch Zuwanderung einer gesunden und kräftigen Bevölkerung von auswärts einmal aufhört. In der Schule ist die Ursache der Kindertuberkulose also nicht zu suchen.

Druckschriften-Einlauf.

F. Winkler, Der Kampf gegen die Tuberkulose und der Eisenbahnbetrieb. Sonderabdr. aus Monatsschr. f. Gesundheitspflege, 1908, Nr. 3. — Becker, Einige Bemerkungen zum Entwurf eines Gesetzes über die Fürsorgeerziehung im Königreich Sachsen. Dresden, Lehmann's Buchdr. u. Verlag (0,50 M.). — G. Tugendreich, Bericht über die Säuglingsfürsorgestellen der Schmidt-Gallischstiftung in Berlin. Sonderabdr. aus Ztschr. f. Säuglingsfürsorge, Bd. II, 1908. — F. Lorentz, Bericht über den XIV. internat. Kongreß für Hygiene und Demographie (Hygiene der Schule). Sonderabdr. aus Ztschr. f. d. Erforschg. u. Behdlg. des jugendlichen Schwachsinn, Bd. II, 1908. — A. Lauer, Gewerblicher Kinderschutz. M.-Gladbach 1908, Volksvereins-Verlag (0,80 M.). — A. Neisser, Über die Bedeutung der Lupuskrankheit und die Notwendigkeit ihrer Bekämpfung. Berlin 1908, Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose. — W. Hanauer, Versorgungshäuser für Mütter und Säuglinge und ihre finanzielle Sicherung. Sonderabdr. aus Berl. klin. Wochenschr. 1908, Nr. 39. — Derselbe, Geschichte der Sterblichkeit und der öffentlichen Gesundheitspflege in Frankfurt a/M. Sonderabdr. aus Dtsch. Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspfl. Bd. XL, H. 4. — F. Prinzing, Die Krebshäufigkeit in den Oberämtern Backnang, Marbach, Schorndorf, Waiblingen u. Biberach, Riedlingen, Saulgau, Waldsee. Sonderabdr. aus Württemb. Mediz. Korresp.-Bl. 1908. — Derselbe, Die pathologischen Erscheinungen im Menschenleben. Sonderabdr. aus Ztschr. f. Sozialwissensch. Bd. XI, H. 10. — Th. Sommerfeld, Entwurf einer Liste der gewerblichen Gifte. Jena 1908, G. Fischer (1,00 M.). — B. Chyzer, Über die im ungarischen Tonwarengewerbe vorkommenden Bleivergiftungen. Schriften der ungar. Vereinigung f. gesetzl. Arbeiterschutz, H. 1. Jena 1908, G. Fischer (1,00 M.). — R. Behla, Die künstliche Züchtung des Krebserregers. Berlin 1908, R. Schoetz (2,50 M.). — C. Röse, Erdsalzarmut und Entartung. Berlin 1908, J. Springer (2,40 M.). — H. Wendriner, Die Winterkur im Süden. Stuttgart, E. H. Moritz (2,00 M.). — M. Kassowitz, Der theoretische Nährwert des Alkohols. Berlin 1908, J. Springer (1,00 M.). — Die Gesundheit, ein Büchlein für Schule und Haus. M.-Gladbach 1908, Volksvereinsverlag. — Rapmund, Das preußische Medizinal- und Gesundheitswesen 1883—1905. Festschrift. Berlin 1908, Fischer's med. Buchh. H. Kornfeld (15,00 M.). — Die Aufgaben der Volksgesundheitspflege. Die Hygiene der Arbeit. Über Arbeiterkrankheiten. Die Gesundheit der Schulkinder. Erster Unterricht in der Samariterhandfertigkeit. Zweiter Unterricht in der Samariterhandfertigkeit. Gemeinnützige Volksbibliothek Nr. 1—5. M.-Gladbach, Volksvereins-Verlag (je 5 Pfg.). — Lentz u. Lockemann, Desinfektion. Monatschrift, Berlin 1908, Deutscher Verlag für Volkswohlfahrt, Jahrg. I, H. 1 u. 2. — A. Szana, Staatliche Fürsorge für verkommene und moralisch gefährdete Kinder in Ungarn. Sonderabdr. aus Österr. Ärzte-Ztg. V, Nr. 18. — L. Teleky, Gewerbliche Bleivergiftungsfälle mit seltener Entstehungsursache. Sonderabdr. aus Mediz. Reform 1908, April. — Derselbe, Die gewerbliche Bleivergiftung. Sonderabdr. aus Bericht üb. den XIV. internationalen Kongreß für Hygiene und Demographie, Berlin 1907. — Derselbe, Das Verbot der Beschwerung der Seide mit Bleiverbindungen und seine Durchführung. Sonderabdr. aus Concordia 1908, Nr. 5. — A. Gastpar, Medizinisch-statistischer Jahresbericht über die Stadt Stuttgart im Jahre 1907. Stuttgart 1908. — Im Kampf um die Weltanschauung, Kund-

gebung des Goethebundes vom 3. Mai 1908. Berlin, Concordia Deutsche Verlagsanstalt. — A. Gerson, Die physiologischen Grundlagen der Arbeitsteilung. Sonderabdr. aus Ztschr. f. Sozialwissensch., X. Bd., 9.—12. H. — L. Teleky, Ein Beitrag zur Hygiene der Erzeugung von ordinären Töpferwaren und Ofenkacheln in Österreich. Sonderabdr. aus Arbeiterschutz 1908, Nr. 19, 20. — A. Gerson, Die Ursachen der Prostitution. Sonderabdr. aus Ztschr. „Mutterschutz“ IV, H. 8/9. — E. Roth, Gewerbehygiene. Sonderabdr. aus Festschr. d. Preuß. Medizinalb. Vereins: Das Preuß. Medizinal- u. Gesundheitswesen in den J. 1883—1908. — Crzellitzer, Stammbaum einer Starfamilie nebst methodologischen Bemerkungen über die Darstellung von Stammbäumen für medizinisch-biologische Zwecke. — Fourth Annual Report of the Henry Phipps Institute for the Study, Treatment and Prevention of Tuberculosis. February 1, 1906 to February 1, 1907. — A. Guttstadt, Die Unterlagen der Todesursachenstatistik. Sonderabdr. aus Ztschr. d. kgl. preuß. Statistischen Landesamts 1908. — Derselbe, Die Taubstummen und Blinden in Preußen. Ebendort. — Biedert, Versuch zur vorläufigen statistischen Aufklärung über die Ergebnisse der modernen Säuglingsfürsorge. Sonderabdr. aus Med. Reform 1908. — H. L. Eisenstadt, Die Renaissance der jüdischen Sozialhygiene. Sonderabdr. aus Arch. f. Rassen- u. Gesellschaftsbiol. V, H. 5/6. — A. Bluhm, Familiärer Alkoholismus und Stillfähigkeit. Sonderabdr. aus Arch. f. Rassen- u. Gesellschaftsbiol. V, H. 5/6. — L. Pfeiffer, Taschenbuch der Krankenpflege für Krankenpflegeschulen, für Ärzte und für die Familie. Weimar 1908, H. Böhlau Nachf., 5. Aufl. (5,00 M.). — H. Breidenbach, Der Zustand des Mainwassers und der Mainufer oberhalb, unterhalb und innerhalb Würzburgs. Würzburg 1908, C. Kabitzsch (A. Stubers Verlag). — A. Burckhardt, Demographie und Epidemiologie der Stadt Basel während der letzten drei Jahrhunderte 1601—1900. Leipzig 1908, C. Beck (6,00 M.). — H. Kampffmeyer, Die Gartenstadtbewegung. Sonderabdr. aus Jahrb. f. Nationalökon. u. Statistik XXXVI, H. 5. — K. Pandey, Die Irrenfürsorge in Europa. Eine vergleichende Studie. Deutsche Ausgabe, durchgesehen von H. Engelken jun. Berlin, G. Reimer (12,00). — J. Kaup, Die praktischen Vorschläge zur Förderung und Ausgestaltung hauswirtschaftlicher Unterweisung. Sonderabdr. aus „Concordia“, Jahrg. 1908, Nr. 23. — R. Ledermann, Über die Errichtung ambulatorischer Behandlungsstätten für Geschlechtskranke. Sonderabdr. aus Ztschr. f. Bekpfg. d. Geschlechtskrankh. 1908. — A. v. Lindheim, Saluti senectutis. Die Bedeutung der menschlichen Lebensdauer im modernen Staate. Eine sozialstatistische Untersuchung. Leipzig u. Wien 1909, F. Deuticke (10,00 M.). — K. Pearson, Über Zweck und Bedeutung einer nationalen Rassenhygiene (National-Eugenik) für den Staat. Leipzig u. Berlin, G. B. Teubner (1,00 M.). — F. Hueppe, Untersuchungen über Zichorie. Berlin 1908, A. Hirschwald. — Bericht der Rettungsgesellschaft (Samariterverein) zu Leipzig. 27. Vereinsjahr 1908. — W. Hanauer, Mädchen-schulreform und Frauengesundheit. Sonderabdr. aus Berl. klin. Wochenschr. 1909, Nr. 6. — Meinert, Wo stehen wir mit der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit? Sonderabdr. aus Soz. Medizin u. Hygiene, Bd. III. — Geburten und Sterbefälle in deutschen Groß- und Mittelstädten in den Jahren 1891(1893)—1907. Aus Mitt. d. Statist. Amts der Stadt München. — Medizinalbericht von Württemberg für das Jahr 1907. Hrsg. vom Kgl. Medizinal-Kollegium, Stuttgart 1909. — Breul, Vorschläge für die Organisation der Tuberkulosebekämpfung in der Provinz Hannover. Hannover 1908, Hannoverscher Provinzialverein z. Bekpfg. d. Tuberkulose. — G. Liebe, Das Landstreichertum und seine Bekämpfung im

Herzogtum Magdeburg bis zur Errichtung des Zwangsarbeitshauses in Groß-Salze 1802. Sonderabdr. aus Geschichtsbl. f. Stadt n. Land Magdeburg, 1908, H. 2. — A. P. Winkelmann, Atmen. Berlin und Leipzig 1909, Priber und Lammers (1,20 M.). — K. Jester, Die Ursachen und die Verhütung der hohen Säuglingssterblichkeit und die Ernährung und Pflege des Säuglings. Würzburg 1909, C. Kabitzsch (A. Stuber's Verlag) (1,50 M.). — P. Sittler, Die wichtigsten Bakterientypen der Darmflora beim Säugling, ihre gegenseitigen Beziehungen und ihre Abhängigkeit von äußeren Einflüssen. Würzburg 1909, C. Kabitzsch (A. Stuber's Verlag) (2,50 M.). — J. Steinhaus, Grundzüge der allgemeinen pathologischen Histologie. Leipzig 1909, Akad. Verlagsgesellschaft (11,00 M.). — O. v. Bollinger, Wandlungen der Medizin und des Ärztstandes in den letzten 50 Jahren. München, J. F. Lehmann's Verlag (1,00 M.). — Verhandlungen der V. Generalversammlung des Komitees der Internat. Vereinigung f. gesetzl. Arbeiterschutz, Luzern, 28.—30. September 1908. Jena 1909, G. Fischer (4,00 M.). — Jannes, Fünfundzwanzig Jahre knappschaftsärztlicher Praxis beim Eschweiler Bergwerksverein (1884—1909), München 1909, J. F. Lehmann's Verlag (2,00 Mk.). — W. Hanauer, Kommunale Säuglingsfürsorge. Sonderabdr. aus d. Jahrb. d. Freien Deutschen Hochstifts zu Frankfurt a. M. 1908. — J. Gonser, Alkohol und Verbrechen. Vortrag. Berlin, Mäßigkeitsverlag. — E. Kommerell, Ärztliches über das Trinken, Berlin 1900, Mäßigkeitsverlag. — M. v. Gruber, Die Alkoholfrage in ihrer Bedeutung für Deutschlands Gegenwart und Zukunft, Festvortrag, Berlin 1909, Mäßigkeitsverlag. — Rath, Die Aufgaben der Gemeindeverwaltungen im Kampfe gegen den Alkoholismus, Vortrag, Berlin 1908, Mäßigkeitsverlag. — Esche und Blank, Lebensglück und Volkskraft. Ein Mahnwort an die deutsche Jugend höherer Lehranstalten, Berlin 1909, Mäßigkeitsverlag. — Bieganski, Medizinische Logik, Würzburg, C. Kabitzsch (A. Stuber's Verlag) (4,50 Mk.). — H. Engel, Grundzüge ärztlichen Mitwirkens bei der Ausführung der staatlichen Unfallversicherungsgesetze, Jena, G. Fischer (3,50 Mk.). — K. Pearson, Über Zweck und Bedeutung einer nationalen Rassenhygiene (National-Eugenik) für den Staat, München 1908, Archiv Verlag (1,00 Mk.). — A. Keller und H. Reicher, Die Fürsorge für uneheliche Kinder, Zwei Vorträge, Leipzig u. Wien, F. Deuticke (3,00 Mk.). — P. Lindemann und M. Thiemich, Die städtische Säuglingsfürsorge in Magdeburg im Halbjahr April bis Oktober 1908, Leipzig u. Wien 1909, F. Deuticke (1,50). — C. Dencke und W. Thorn, Ergebnisse einer Stillstatistik im Regierungsbezirk Magdeburg für die Jahre 1906 und 1907, Leipzig u. Wien 1909, F. Deuticke (1,50 Mk.). — v. Vogl, Die Sterblichkeit der Säuglinge in ihrem territorialen Verhalten in Württemberg, Bayern und Österreich und die Wehrfähigkeit der Jugend mit besonderer Rücksichtnahme auf die Anforderung an die Marschfähigkeit, München 1909, J. F. Lehmann (2,40 Mk.). — P. Pollitz, Die Psychologie des Verbrechers, Leipzig 1909, B. G. Teubner (1,25 Mk.). — Schumburg, Die Geschlechtskrankheiten, Leipzig 1909, B. G. Teubner (1,25 Mk.). — H. Buchner, Acht Vorträge aus der Gesundheitslehre, Dritte Aufl. von M. v. Gruber, Leipzig 1909, B. G. Teubner (1,25 Mk.). — H. Kampffmeyer, Die Gartenstadtbewegung, Leipzig 1909, B. G. Teubner (1,25 Mk.). — J. Frenzel, Ernährung und Volksnahrungsmittel, Zweite Aufl. von N. Zuntz, Leipzig 1909, B. G. Teubner (1,25 Mk.). — M. Fürst, Der Arzt, Leipzig 1909, B. G. Teubner (1,25 Mk.). — F. Lorentz, Über die Ermüdung der Schüler und deren Ermittlung. Sonderabdr. aus Ztschr. f. Schulgesundheitspfl. 1909. — J. Kaup, Die soziale Bedeutung der Berufskrankheiten. Sonderabdr. aus Concordia 1909, Nr. 9. —

A. Martin, Die Pflege und Ernährung der jungen Mutter, Berlin 1909, Verlag f. Volkshygiene und Medizin (0,20 Mk.). — P. Meißner, Hygienische Grausamkeiten gegen Kinder, Berlin 1909, Verlag f. Volkshygiene und Medizin (0,50 Mk.). — A. Mallwitz, Das deutsche Stadion im Grunewald, Berlin 1909, Verlag f. Volkshygiene und Medizin (0,50 Mk.). — L. Oberwarth, Mutterbriefe. Leitfaden zur Pflege und Ernährung des Säuglings, Leipzig 1909, Th. Grieben. — J. Kaup, Die Ernährungsverhältnisse der Volksschulkinder. Vorbericht: Öffentliche Speisungen und Ernährungsverhältnisse der Volksschuljugend in den Städten des Deutschen Reiches, Berlin 1909, C. Heymann. Schriften der Zentralstelle für Volkswohlfahrt, N. F. H. 4. — „Volksseuchen“ 14 Vorträge. Hrsg. v. R. Kutner, Jena 1909, G. Fischer (6,00 Mk.). — M. Pistor, Grundzüge einer Geschichte der preußischen Medizinalverwaltung bis Ende 1907, Braunschweig 1909, F. Vieweg u. Sohn (6,00 Mk.). — Nicolai und H. Schwiening, Über die Körperbeschaffenheit der zum einjährig-freiwilligen Dienst berechtigten Wehrpflichtigen Deutschlands, Berlin 1909, A. Hirschwald. — E. Roth, Kompendium der Gewerbekrankheiten und Einführung in die Gewerbehygiene, 2. Aufl., Berlin 1909, R. Schoetz (6,00 Mk.). — K. Agard, Lehrerschaft und Jugendfürsorge in Stadt und Land, Berlin 1909, Gerdes u. Hoedel (3,50 Mk.). — A. Kohn, Unsere Wohnungsenquête im Jahre 1908, Berlin 1909, Verlag der Ortskrankenkasse der Kaufleute usw. — Geschäftsbericht der Ortskrankenkasse für den Gewerbebetrieb der Kaufleute, Handelsleute und Apotheker zu Berlin 1908. — Geschäftsbericht der Allgemeinen Ortskrankenkasse zu Offenbach a. M. für das Jahr 1908, Offenbach a. M. 1909. — Zur wirtschaftlichen und sozialen Entwicklung Düsseldorfs im Jahre 1908. Jahresbericht des statistischen Amtes der Stadt Düsseldorf, Düsseldorf 1909. — Soweit die eingesandten Publikationen aus Platzmangel in der „Zeitschrift für Soziale Medizin“ nicht besprochen werden können, werden sie im „Jahresbericht über Soziale Hygiene“, hrsg. von A. Grotjahn und F. Kriegel, der alljährlich im Juni erscheint, eine Besprechung finden. Dasselbst vgl. auch Chronik, Kongresse, Gesetzestafel und vollständige Bibliographie der Sozialen Hygiene und der Sozialen Medizin.

Die Sterblichkeit im ersten Lebensmonat.

Ein internationaler, statistischer Vergleich.

Von Dr. med. E. ROESLE, Dresden.

(Mit 3 graphischen Darstellungen.)

Inhaltsübersicht: Einleitung. — I. Die Sterblichkeit im 1. Lebensmonat im Verhältnis zur Gesamtsäuglingssterblichkeit. — II. Die Sterblichkeit in den ersten 30 Lebenstagen. — III. Die Sterblichkeit nach Geschlecht. — IV. Die Sterblichkeit nach der Abkunft der Geborenen. — V. Die Sterblichkeit in Stadt und Land. — VI. Die Sterblichkeit nach dem Beruf der Eltern. — VII. Die Sterblichkeit in den einzelnen Jahresmonaten. — VIII. Die Todesursachen im 1. Lebensmonat. — Schlußbetrachtung.

Wenn wir die Sterbekoeffizienten in den einzelnen Altersklassen in den europäischen Staaten betrachten, so finden wir in keiner Klasse so große Unterschiede in deren Höhe als im ersten Lebensjahre. Welche Zeiträume wir auch untersuchen wollen, immer wieder ergeben sich die gleichen auffallenden Differenzen zwischen den einzelnen Ländern. Diese Tatsache muß uns veranlassen, die Entstehung der andauernd hohen Unterschiede von den ersten Lebenstagen der Neugeborenen ab zu verfolgen, da wir erst nach Kenntnis des Verlaufs dieser Unterschiede innerhalb des ersten Lebensjahres ihre Bedeutung richtig zu bewerten vermögen. Schon der Umstand, daß die Sterbeziffer des ersten Lebensmonats von bestimmendem Einfluß auf die Höhe der Säuglingssterblichkeit ist, läßt ersehen, daß die Unterschiede jener Sterbeziffern in den einzelnen Ländern die Hauptursache der verschieden hohen Sterblichkeit im ersten Lebensjahre sein müssen.

In Anbetracht dieser Bedeutung der Sterbeziffern des ersten Lebensmonats haben wir im folgenden sowohl deren Ablauf in den kleinsten Lebensphasen als auch deren Gestaltung unter dem Einfluß der verschiedensten Faktoren untersucht, soweit die offizielle Statistik der europäischen und außereuropäischen Staaten uns die Grundlagen hierüber darbietet. Es liegt in der Natur der Sache, daß einerseits bei dem Mangel einer einheitlichen, internationalen Erhebung die Vergleichbarkeit des vorliegenden Tatsachenmaterials oft manche Einschränkung erfahren mußte und daß andererseits die geringe Differenzierung der Erhebungen in vielen Staaten einen ausgedehnten Vergleich der Einzelheiten überhaupt unmöglich machte. Wohl dürfen wir konstatieren, daß eine Reihe der neueren amtlichen Quellenwerke den gegenwärtigen Bestrebungen zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit bereits mehr Rechnung getragen und die Zahl der statistischen Nachweise darüber vermehrt hat, doch ist selbst die beste Statistik noch immer weit davon entfernt, den speziellen Wünschen¹⁾ der biologischen Forschung voll und ganz gerecht zu werden. Wichtiger aber als das Eindringen in nebensächliche Details muß uns zunächst ein umfassender Vergleich der vorhandenen Grundtatsachen erscheinen, der uns die natürliche d. h. „optimale“ Norm der Säuglingssterblichkeit aus der Summe der Erscheinungen vor Augen führt und uns ersehen läßt, wie weit wir hinter diesem erreichbaren Ziele noch zurückstehen.

Die Unterlagen für unsere vergleichende Untersuchung konnten wir für die Jahre 1901—05, welchen Zeitraum wir im besonderen hier betrachten wollen, der Bevölkerungsstatistik von 21 europäischen und 6 außereuropäischen Staaten entnehmen, in denen zurzeit allein die Sterbefälle im ersten Lebensmonat, z. T. auch in den ersten Lebenswochen oder sogar Tagen ausgezählt werden. Die ältesten bis auf das Jahr 1840 zurückreichenden Aufzeichnungen hierüber hat die Statistik von Belgien aufzuweisen, wo schon Quetelet,²⁾ dem diese ersten amtlichen Erhebungen zu verdanken sind, Untersuchungen über den Einfluß der Jahreszeit auf die Sterblichkeit im ersten Lebensmonat in den Jahren 1827—31 angestellt hatte. Die Daten der übrigen Länder, insbe-

¹⁾ Vgl. hiermit die im allgemeinen natürlich nicht durchführbaren Vorschläge von Praußnitz auf dem XIV. Int. Kongr. f. Hyg. u. Demogr. Berlin 1907, Bd. III, 2.

²⁾ Quetelet, Über den Menschen u. die Entwicklung seiner Fähigkeiten. Deutsche Ausgabe von Riecke, Stuttgart 1838.

sondere der deutschen Staaten, gehen meist nur bis in die 70er oder 80er Jahre des vorigen Jahrhunderts zurück, nur in Dänemark und in den Niederlanden beginnen sie noch früher, in den außereuropäischen Staaten dagegen meist erst im Jahre 1900. Das Verdienst, alle diese Aufzeichnungen bis zum Beginne dieses Jahrhunderts gesammelt zu haben, hat sich die *Statistique générale de la France* erworben, die durch die Herausgabe der „*Statistique internationale du mouvement de la population*“ das mühsame Zusammenstellen unseres Ausgangsmaterials ganz wesentlich erleichtert und viele biologisch-statistischen Untersuchungen erst ermöglicht hat.

Das größte Hindernis, das sich unserem Vergleiche entgegenstellt, ist die verschiedene Auffassung des Begriffs der Totgeburt und deren verschiedene Registrierung in den einzelnen Ländern. Während in Großbritannien und Irland die Totgeborenen überhaupt nicht registriert werden, werden in Frankreich, Belgien und den Niederlanden gemäß des *code civil* auch diejenigen Lebendgeborenen, die vor der Anmeldung — deren Frist allerdings nur 3 Tage beträgt — wieder gestorben sind, den Totgeborenen gezählt. Nur in den skandinavischen und mitteleuropäischen Staaten bestehen einheitliche Bestimmungen,¹⁾ doch gibt es natürlich überall Zweifelsfälle genug, deren Entscheidung dem subjektiven Ermessen des Meldepflichtigen allein anheimfällt. Dazu kommt noch der Umstand, daß in katholischen Ländern viele Totgeborene noch die Nottaufe erhalten und infolgedessen als Lebendgeborene und als am 1. Tage Gestorbene in die Geburten- und Sterberegister eingetragen werden müssen.

Schon aus diesen Erörterungen geht hervor, daß es statistisch unmöglich ist, ein vollkommen korrektes und vergleichbares Bild von der Absterbeordnung der Neugeborenen zu entwerfen. Zwar können wir den Schwierigkeiten der Abgrenzung der Totgeborenen entgehen, wenn wir diese zu den Gestorbenen zählen, doch ist dabei wieder zu bedenken, daß in manchen Ländern die Totgeborenen noch immer sehr unvollständig aufgezeichnet werden, so daß dort bei dieser Berechnung eine geringere Zahl der Gestorbenen vorgetäuscht wird. Andererseits muß uns aber gerade daran gelegen sein, die Sterbeziffern der Lebendgeborenen für sich allein kennen zu lernen, da nur letztere der Gefahr, im Laufe des

¹⁾ Die Einheitlichkeit dieser Bestimmungen besteht hauptsächlich darin, daß in diesen Ländern nur solche Früchte als Totgeburten bezeichnet werden, deren Fruchtalter mehr als 6 Kalendermonate beträgt.

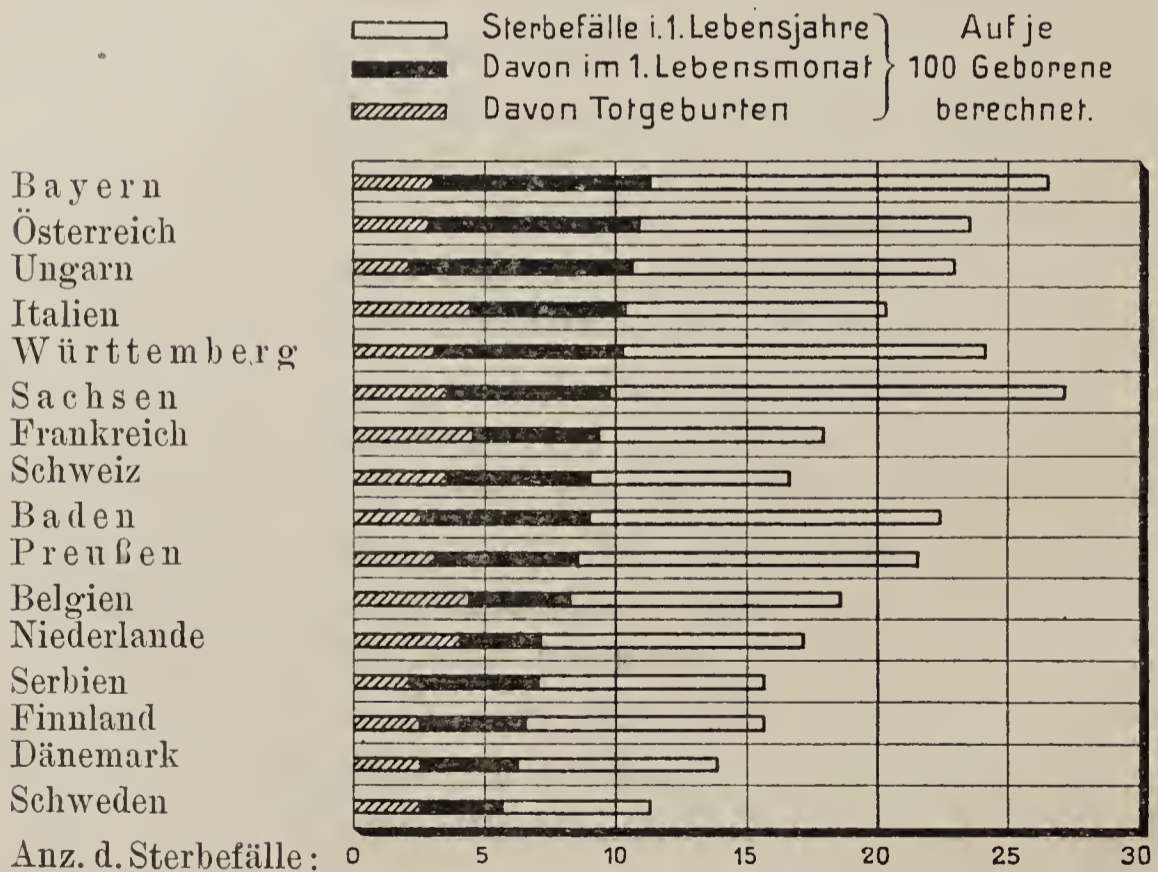
ersten Lebensmonats zu sterben, ausgesetzt sind, und da wir doch gerade die verschiedene Größe dieser Gefahren ermessen und beurteilen wollen. Solange wir noch keine einheitliche Grundlage für die internationale Erhebung natürlicher Lebensvorgänge besitzen, sind wir daher gezwungen, die Sterblichkeit im ersten Lebensmonat sowohl mit, als auch ohne Berücksichtigung der Totgeburten zu betrachten.

I. Die Sterblichkeit im ersten Lebensmonat im Verhältnis zur Gesamtsäuglingssterblichkeit.

Über die verschiedene Intensität der Sterblichkeit im ersten Lebensmonat und deren Einfluß auf die Gesamtsäuglingssterblichkeit, sowie über den Einfluß der verschieden hohen Totgeburtenquote auf diese Ziffern, gibt uns die nachstehende Tabelle Aufschluß, deren graphische Wiedergabe uns die gegenseitigen Beziehungen dieser Ziffern am besten zu veranschaulichen mag:

Übersicht I.

Die Sterblichkeit im 1. Lebensmonat und im 1. Lebensjahre einschließlich der Totgeburten in dem Jahrfünft 1901–05.



Dieser Darstellung liegt eine Auswahl von folgenden Ziffern zugrunde:

Reihenfolge nach Rubrik 2	in den Ländern	Auf je 100 Geborene entfielen in den Jahren 1901—05		
		Tot- geborene	Sterbefälle im 1. Lebens- monat mit Einschluß	Sterbefälle im 1. Lebens- jahre der Totgeborenen
		1	2	3
1.	Bayern	2,88	11,02	26,22
2.	Österreich	2,66	10,70	23,68
3.	Ungarn	2,00	10,49	22,75
4.	Italien	4,29	10,26	20,31
5.	Württemberg	3,02	10,23	24,05
6.	Sachsen	3,39	9,56	27,12
7.	Frankreich	4,52	9,19	17,78
8.	Schweiz	3,49	8,81	16,64
9.	Baden	2,61	8,76	22,30
10.	Preußen	3,08	8,43	21,47
11.	Luxemburg	2,89	8,35	18,29
12.	Belgien	4,35	8,08	18,48
13.	Rußland (1901)	0,34	7,46	27,41
14.	Spanien (1901—02)	2,38	7,19	20,26
15.	Niederlande	4,08	7,11	17,17
16.	Serbien	2,14	6,91	16,61
17.	Finnland	2,51	6,41	15,73
18.	Dänemark	2,37	6,20	14,01
19.	Bulgarien (1901—04)	0,56	6,19	15,02
20.	Schweden	2,51	5,55	11,38
21.	Norwegen	2,41	5,21	10,27
1.	Japan	9,28	16,08	23,06
2.	Westaustralien	2,75	6,36	14,89

Anmerkungen zu dieser Übersicht:

Die auf abweichender Erhebung beruhenden und deshalb nicht ohne weiteres vergleichbaren Ziffern sind in dieser wie in den nachfolgenden Übersichten *kursiv* gedruckt.

In Großbritannien und Irland werden die Sterbefälle im ersten Lebensjahre nur nach Vierteljahren, in Portugal überhaupt noch nicht für das ganze Königreich ausgezählt. Von Rumänien liegen die diesbezüglichen Ziffern nur bis zum Jahre 1899 vor.

Schon aus diesem Vergleich können wir ersehen, wie wichtig zur Beurteilung der Säuglingssterblichkeit in den verschiedenen Ländern die Kenntnis ihrer Höhe im ersten Monat ist. Vergleichen wir z. B. die Ziffern Italiens und der Niederlande miteinander, so finden wir, daß sich der Unterschied zwischen diesen Ziffern allein auf die Sterblichkeit im ersten Monat beschränkt, die in Italien gerade noch einmal so groß ist als in den Niederlanden, daß dagegen sowohl die Totgeburtenquote als auch die Sterblichkeit im 2.—12. Monat in beiden Ländern kaum verschieden ist. Anderer-

seits sehen wir aber, daß die Unterschiede sich auch erst nach Ablauf des ersten Monats entwickeln können, denn wir finden im Gegensatz zu obigem Beispiel in Sachsen eine gleich hohe Sterbeziffer im ersten Monat wie in Frankreich, dagegen eine doppelt so hohe in den späteren Monaten als im letzteren Lande.

Wie wir weiter aus obiger Tabelle ersehen, würden wir ohne Berücksichtigung der Totgeburten in den Ländern mit abweichender Registrierung ein völlig unzureichendes Bild von der Höhe der Sterblichkeit im ersten Monat erhalten, denn die Totgeburtenquote macht in diesen Ländern allein die Hälfte aller Sterbefälle im ersten Monat aus.¹⁾ Dagegen müssen wir da, wo die Totgeburten nur unvollkommen erhoben werden, wie in Rußland, Ungarn, Bulgarien, Serbien und Spanien auf einen Vergleich verzichten, da, wie schon erwähnt, die Sterbeziffern im ersten Monat bei dieser Berechnung hier zu gering erscheinen müssen.

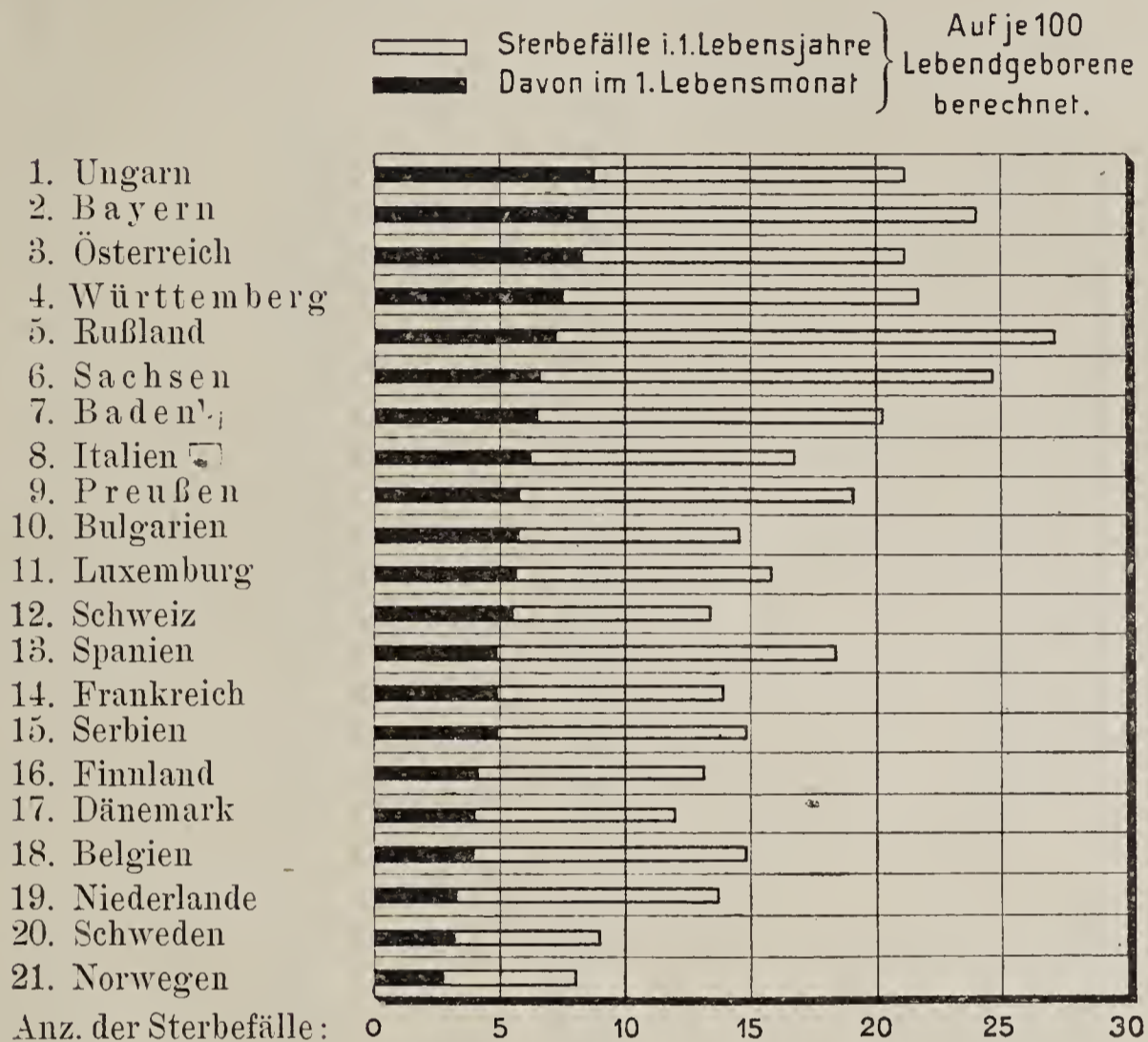
Eine völlig von den europäischen Verhältnissen abweichende Totgeburtenquote und Sterbeziffer im ersten Monat hat Japan zu verzeichnen, jedoch nur aus dem Grunde, weil die japanische Statistik auch die gemeldeten Fehlgeburten als Totgeburten aufzählt. Wenn wir von diesen Ziffern, die vom 4. Monat ab für jeden der 10 Schwangerschaftsmonate angegeben werden, die weniger als 6 Kalendermonate oder gleich $6\frac{1}{2}$ Schwangerschaftsmonate alten Früchte abziehen, so beträgt die eigentliche Totgeburtenquote z. B. für das Jahr 1905 nur 7,4 (statt 8,9) Proz. und die Sterbeziffer im ersten Lebensmonat 14,0 (statt 15,4) Proz. aller Geburten (mit Einschluß der 7 Monate alten Früchte). Dieser Prozentsatz muß uns jedoch noch immer als unverständlich hoch erscheinen, so daß wir annehmen müssen, daß infolge der Schwierigkeit der Abschätzung nach Monaten viele Fehlgeburten noch nach dem 6. Schwangerschaftsmonat zur Registrierung kommen und so für uns als Totgeburten erscheinen. Vergleichbare Verhältnisse dagegen finden wir in den australischen Kolonien, doch gibt nur Westaustralien die Ziffern der Totgeborenen an.

Berechnen wir nun die Sterbeziffer im ersten Lebensmonat unter Ausschluß der Totgeburten in der allgemein üblicheren Weise auf die Lebendgeborenen, so ergibt sich folgendes Vergleichsbild:

¹⁾ Die ebenfalls sehr hohe Totgeburtenquote in Italien beruht nicht auf abweichender Registrierung, sondern darauf, daß durch die Ausdehnung der obligatorischen ärztlichen Leichenschau eine strengere Auffassung der Totgeburten erzielt worden ist.

Übersicht II.

Die Sterblichkeit im 1. Lebensmonat und im 1. Lebensjahre ausschließlich der Totgeburten in dem Jahresfünft 1901—05.



Oder in Ziffern:

(Tabelle siehe nächste Seite.)

Der Spannrahmen zwischen Minimum und Maximum der Sterblichkeitsziffern im ersten Lebensmonat in den europäischen Staaten (2,86 in Norwegen und 8,67 in Ungarn) umfaßt genau dieselbe Anzahl Prozente (5,81) wie in Tabelle Nr. I., doch hat sich das Verhältnis zwischen den beiden Endziffern, die sich in voriger Übersicht wie 1:2,1 verhalten, auf 1:2,8 erhöht. Die Länder mit höchster Totgeburtenquote, Frankreich, Belgien, Italien und die Niederlande sind naturgemäß in günstigere Stellungen hinabgerückt, während umgekehrt Rußland und Bulgarien aus den schon bekannten Gründen hier vorrücken mußten. Bei den übrigen Staaten ist die Reihenfolge, abgesehen von der Voranstellung Ungarns vor Bayern und Österreich und von der Zurückstellung der Schweiz, völlig unverändert geblieben, so daß die Verschiedenheit der Totgeburtenquoten, die hier allerdings nur zwischen 2,3 bis

Reihenfolge nach Rubrik 2	in den Ländern	Von je 100 Lebendgeborenen starben in den Jahren 1901—05		
		im 1. Lebensmonat	im 2.—12. Lebensmonat	im 1. Lebensjahre
	1	2	3	4
1.	Ungarn	8,67	12,50	21,17
2.	Bayern	8,38	15,65	24,03
3.	Österreich	8,26	13,33	21,59
4.	Württemberg	7,43	14,25	21,68
5.	Rußland (1901)	7,14	20,06	27,20
6.	Sachsen	6,39	18,18	24,57
7.	Baden	6,32	13,90	20,22
8.	Italien	6,23	10,51	16,74
9.	Preußen	5,68	13,29	18,97
10.	Bulgarien (1901—04)	5,66	8,89	14,55
11.	Luxemburg	5,63	10,21	15,84
12.	Schweiz	5,51	7,91	13,42
13.	Spanien (1901—02)	4,93	13,42	18,35
14.	Frankreich	4,89	9,00	13,89
15.	Serbien	4,88	10,01	14,89
16.	Finnland	4,01	9,09	13,10
17.	Dänemark	3,92	8,01	11,93
18.	Belgien	3,89	11,88	14,77
19.	Niederlande	3,15	10,49	13,64
20.	Schweden	3,12	5,91	9,03
21.	Norwegen	2,86	5,19	8,05
1.	Japan	7,51	7,69	15,20
2.	Westaustralien	3,71	8,76	12,48
3.	Victoria	3,45	6,13	9,58
4.	Neu-Süd-Wales	3,31	6,43	9,74
5.	Queensland	3,15	6,33	9,48
6.	Neu-Seeland	3,06	4,42	7,48

3,5 Proz. schwanken, in diesen Staaten gewiß nicht als eine der Ursachen der verschieden hohen Sterbeziffern angesehen werden darf. Über die europäische Durchschnittsterbeziffer im ersten Lebensmonat, die sich allerdings bis jetzt nur für das Jahr 1901 aus den Angaben aller 21 Staaten¹⁾ mit 6,66 Proz. berechnen läßt und die von der $\frac{2}{5}$ aller Sterbefälle ausmachenden Ziffer Rußlands natürlich beherrscht wird, erheben sich die Ziffern von Ungarn, Bayern, Österreich, Württemberg und Rußland, von den übrigen 16 Staaten kommen Baden und Sachsen jener Durchschnittsziffer am nächsten. Diese 7 Staaten haben neben der höchsten Sterblichkeit im ersten Monat auch die höchste Gesamt-

¹⁾ Vom Jahre 1902 (!) an fehlt noch immer die russische Statistik über die Bevölkerungsbewegung, deren spezielle Einzelheiten auch nicht in dem inzwischen erschienenen „Annuaire statistique“ für das Jahr 1905 enthalten sind.

säuglingssterblichkeit — sämtlich über 20 Proz. — aufzuweisen, welche Höhe sonst nirgends mehr vorkommt. In Belgien und in den Niederlanden erreicht dagegen die Sterblichkeit im ersten Monat nicht einmal die Höhe der Totgeburtenquote, freilich nur scheinbar; denn es ergibt sich, wenn wir von den als totgeboren registrierten Kindern die vor der Anmeldung gelebt habenden abziehen und diese wie in den anderen Ländern den Lebendgeborenen und Gestorbenen zuzählen, daß die Sterblichkeit im ersten Monat in Belgien, wo wir diese Umrechnung allein anstellen können, eigentlich 4,61 statt 3,89 und die Totgeburtenquote dementsprechend 3,64 statt 4,35 in den Jahren 1901—05 betragen müßte. Von den außereuropäischen Ländern zeigt wieder Japan¹⁾ trotz der enormen Totgeburtenquote die höchste Sterbeziffer im ersten Monat, die sogar höher ist als in Rußland und mehr als doppelt so groß wie in Australien, wo die Säuglingssterblichkeit von jeher mit am geringsten war.

Zur Würdigung dieser verschiedenen Sterbeziffern ist es zunächst erforderlich, ihr Verhältnis zu den Ziffern der übrigen 11 Monate bzw. zu denen des ganzen ersten Lebensjahres näher zu betrachten. Wenn wir als die natürliche Norm die schwedischen und norwegischen Ziffern annehmen, so sterben im 2.—12. Monat ungefähr noch einmal soviel von den Lebendgeborenen als im 1. Monat, so daß also die Sterblichkeit im 1. Lebensmonat ein Drittel von derjenigen des ganzen ersten Lebensjahres ausmacht. In der Tat ist dieses Verhältnis auch in anderen Ländern vorherrschend, wie uns die folgende Tabelle lehrt:

Prozentualer Anteil der Sterbeziffern im 1. Lebensmonat an den Sterbeziffern im 1. Lebensjahre in den Jahren 1901—05

a) ohne Totgeburten

25—30 Proz.		30—35 Proz.		35—40 Proz.		über 40 Proz.	
Niederlande	23,1	Finnland	30,6	Frankreich	35,2	Ungarn	41,0
Sachsen	26,0	Baden	31,3	Norwegen	35,5	Schweiz	41,1
Rußland	26,3	Dänemark	32,0	Luxemburg	35,5		
Belgien	26,3	Serbien	32,8	Italien	37,2	Neu-Seeland	40,9
Spanien	26,9	Württemberg	34,3	Österreich	38,3	Japan	49,4
Preußen	29,4	Schweden	34,5	Bulgarien	38,9		
		Bayern	34,9	Victoria	36,0		
Westaustralien	29,7						
		Queensland	33,2				
		Neu-Süd-Wales	34,0				

¹⁾ Die Erklärung dieser merkwürdigen Tatsache müssen wir japanischen Autoren überlassen, da wir nirgends Anhaltspunkte dafür zu finden vermochten.

b) mit Totgeburten ¹⁾

35—40 Proz.		40—45 Proz.		45—50 Proz.		über 50 Proz.	
Sachsen	35,3	Finnland	40,8	Österreich	45,1	Italien	50,5
Spanien	35,5	Niederlande	41,4	Luxemburg	45,7	Norwegen	50,7
Preußen	39,3	Serbien	41,6	Ungarn	46,1	Frankreich	51,7
Baden	39,3	Bayern	42,0	Schweden	48,8	Schweiz	52,9
		Württemberg	42,5				
		Belgien	43,7				
		Dänemark	44,3				
		Westaustralien	42,7				

Der Prozentanteil der Sterbefälle im ersten Monat umfaßt also, wenn wir von den nicht vergleichbaren Ziffern der Niederlande absehen, mindestens ein Viertel, mit Einschluß der Totgeburten aber mindestens ein Drittel aller Sterbefälle im ersten Lebensjahre und steigt bis zur Hälfte der letzteren an. Die Gegensätze, die sich hier ergeben und die am ausgesprochensten bei einem Vergleich der Ziffern von Sachsen und der Schweiz, deren Totgeburtenquote gleich groß ist, zutage treten, bezeugen uns freilich nur, wie verschieden sich auch im 2.—12. Monat die Sterblichkeit verhält. Diese gegenseitigen Beziehungen lassen sich noch vorteilhafter aus folgender Umformung der Übersicht Nr. II, wie auch aus den obigen Diagrammen, ersehen:

Die Beziehungen der Sterblichkeit des 1. zu derjenigen des 2.—12. Lebensmonats in den Jahren 1901—05.

Von je 100 Leb.- Geb. starben im 1. Leb.-Monat	Von je 100 Lebendgeborenen starben im 2.—12. Lebensmonat			
	6,1—9	9,1—12	12,1—15	15,1 und darüber
2—3	2,86 Norwegen 5,19			
3—4	3,12 Schweden 5,91			
	3,92 Dänemark 8,01			
4—5		4,01 Finnland 9,09		
		4,88 Serbien 10,01		
5—6	5,51 Schweiz 7,91	5,63 Luxembg. 10,21	5,68 Preußen 13,29	
	5,66 Bulgarien 8,89			
6—7		6,23 Italien 10,51	6,32 Baden 13,90	6,39 Sachsen 18,18
7—8			7,43 Württemb. 14,25	7,14 Rußland 20,06
8—9			8,26 Österreich 13,33	8,38 Bayern 15,65
			8,67 Ungarn 12,50	

¹⁾ Welche Abnormitäten infolge der verschiedenen statistischen Aufzeichnungen der einfachsten natürlichen Vorgänge sich bei dieser Berechnung noch

Wie wir sehen, sind die Beziehungen der beiden Sterbeziffern zueinander größtenteils von sehr verschiedener Natur, so daß von einem bestimmten, etwa selektorisierend wirkenden Einfluß der Sterbeziffern im ersten Monat auf diejenigen der späteren Monate sicherlich nicht die Rede sein kann. Die Höhe der letzteren Ziffern wird vielmehr durch ganz andere Faktoren bedingt, die in ihrer Wirkung freilich nicht minder verschieden sein müssen, als diejenigen, welche die Sterblichkeit im ersten Monat beeinflussen. Wie obige Tabelle ferner ersehen läßt, ist die Sterblichkeit im 2.—12. Monat in Österreich und Ungarn bereits geringer als in den größeren deutschen Staaten, so daß nach Rußland die höchsten Sterbeziffern in dieser Lebenszeit auf das Deutsche Reich entfallen.

Wie sich die Unterschiede zwischen den Sterbeziffern im ersten Lebensmonat in zeitlicher Hinsicht gestaltet haben, darüber gibt uns die folgende Tabelle Aufschluß, in der wir die Ziffern des Jahrzehnts 1901—05 denjenigen des Jahrzehnts 1881 bis 85 gegenübergestellt haben. Damals wurden allerdings erst in 14 Staaten die Sterbefälle im ersten Monat ausgezählt.

(Tabelle siehe nächste Seite.)

Wie die Tabelle zeigt, hat die Sterblichkeit im ersten Monat in allen angeführten Staaten abgenommen. Die absolute Abnahme war namentlich da am größten, wo die Sterblichkeit am höchsten (über 8 Proz.) gewesen war, wie in Bayern, Württemberg, Österreich, Baden und Italien. Damit haben sich auch die krassesten Unterschiede, wenn auch in verschiedenem Maße vermindert. Die Ziffern von Württemberg, wo die Abnahme absolut und relativ am größten war, gewinnen noch dadurch an Bedeutung, daß hier auch die Totgeburtensquote sich mit am beträchtlichsten vermindert hat.

In Italien dagegen war die Abnahme der Sterbeziffer vorzugsweise durch die strengere Auffassung der Totgeburtensquote bedingt, deren Quote wir daher gleichzeitig mit der Abnahme der Sterbeziffern ansteigen sehen. In Preußen, Dänemark und Niederlande war hinwiederum die Abnahme der Totgeburtensquote größer als die der Sterblichkeit im ersten Monat. Wir werden später noch sehen,

immer ergeben, zeigen uns die diesbezüglichen Ziffern von Rußland mit 27 Proz. und Japan mit 69,7 Proz., die wir in obenstehender Tabelle (b) weggelassen haben. Wir werden jedoch auch im folgenden auf alle derartigen Unmöglichkeiten speziell hinweisen, da wir nicht besser als durch deren Aufzählung die Notwendigkeit einer Vereinheitlichung der Grundsätze statistischer Erhebungen vor Augen führen können.

Übersicht III.

Vergleich der Sterbeziffern des ersten Lebensmonats
in den Jahrfünften 1881—85 und 1901—05.

Reihenfolge 1901—05	in den Ländern	Von je 100 Leb.- Geborenen starben im 1. Lebens- monat		Von je 100 Ge- borenen waren Totgeborene		Differenz zwischen den beiden Zeitperioden *	
		1881	1901	1881	1901	bei der Sterbl. im 1. Leb.- Monat	bei den Tot- geborenen
		—85	—05	—85	—05		
1.	Bayern	11,23	8,38	3,35	2,88	— 2,85	— 0,47
2.	Österreich	10,09	8,26	2,69	2,66	— 1,83	— 0,03
3.	Württemberg	10,75	7,43	3,66	3,11	— 3,32	— 0,55
4.	Sachsen	7,49	6,39	3,75	3,39	— 1,10	— 0,36
5.	Baden	8,11	6,32	2,94	2,61	— 1,79	— 0,33
6.	Italien	8,23	6,23	3,28	4,29	— 2,00	+ 1,01
7.	Preußen	6,44	5,68	3,95	3,08	— 0,76 <	— 0,87
8.	Schweiz	7,10	5,51	3,81	3,49	— 1,59	— 0,32
9.	Frankreich	6,35	4,89	4,52	4,52	— 1,46	+ 0,00
10.	Finnland	4,29	4,01	2,78	2,51	— 0,28	— 0,27
11.	Dänemark	4,23	3,92	2,89	2,37	— 0,31 <	— 0,52
12.	Belgien	4,35	3,89	4,55	4,35	— 0,46 <	— 0,20
13.	Niederlande	3,78	3,15	4,97	4,08	— 0,63 <	— 0,89
14.	Norwegen	3,47	2,86	3,02	2,41	— 0,61	— 0,61

daß wir hierfür in Preußen die Neuregelung der Totgeburtenerhebung seit dem Jahre 1893 z. T. verantwortlich machen können. Naturgemäß mußte die absolute Abnahme da am kleinsten sein, wo, wie in Finnland, Dänemark, Belgien, Niederlande und Norwegen die Sterbeziffern der natürlichen Grenze bereits am nächsten gekommen sind. Die unterste Grenze, die bisher stets zwischen 3 bis 4 Proz. geschwankt hat, sank zum ersten Male (in Norwegen) unter 3 Proz., so daß wir jetzt das physiologische Minimum dieser Sterbeziffer allerdings noch tiefer suchen müssen.

Nach Kenntnis der Abnahme dieser Sterbeziffern ist es von Interesse, auch den Einfluß dieser Abnahme auf den Rückgang der Gesamtsäuglingssterblichkeit in unseren beiden Vergleichsperioden festzustellen:

(Tabelle siehe nächste Seite.)

Von den 14 Staaten unserer Betrachtung hatten, wie aus den drei letzten Rubriken dieser Tabelle hervorgeht, 7 eine größere Abnahme der Sterblichkeit im ersten Monat als in den übrigen elf Monaten des ersten Lebensjahres zu verzeichnen. Der prozentuale Anteil der ersteren an der Abnahme der Gesamtsäuglingssterblichkeit war mit 72 Proz. am größten in

Übersicht IV.

Einfluß der Abnahme der Sterblichkeit im ersten Lebensmonat auf die Abnahme der Sterblichkeit im ersten Lebensjahre.

Reihenfolge wie in III.	in den Ländern	Von je 100 Leb.-Geborenen starben im 1. Lebensjahre		Differenz der Sterbeziffern		Daraus: Abnahme der Sterbe- ziffern im 2.—12. Le- bensmonat	Proz. Anteil der Sterbe- ziffern des 1. Leb.-Mo- nats an der Abnahme der Sterbl. im 1. Lebensjahre
		1881 —85	1901 —05	im 1. Lebens- jahre 1881—85 und 1901—05	im 1. Lebens- monate 1881—85 und 1901—05		
		1	2	3	4	5	6
1.	Bayern	28,73	24,03	4,70	2,85 >	1,85	60,6
2.	Österreich	25,23	21,59	3,64	1,83 >	1,81	50,3
3.	Württemberg	28,01	21,68	6,33	3,32 >	3,01	52,4
4.	Sachsen	28,22	24,57	3,65	1,10	2,55	30,1
5.	Baden	23,35	20,22	3,13	1,79 >	1,34	57,2
6.	Italien	19,51	16,74	2,77	2,00 >	0,77	72,2
7.	Preußen	20,72	18,97	1,75	0,76	0,99	43,4
8.	Schweiz	17,15	13,42	3,73	1,59	2,14	42,6
9.	Frankreich	16,68	13,89	2,79	1,46 >	1,33	53,4
10.	Finnland	16,15	13,10	3,05	0,28	2,77	9,2
11.	Dänemark	13,37	11,93	1,44	0,31	1,13	21,5
12.	Belgien	15,58	14,77	0,81	0,46 >	0,35	56,8
13.	Niederlande	18,13	13,64	4,49	0,63	3,86	14,1
14.	Norwegen	9,86	8,05	1,81	0,61	1,20	33,7

Italien (allerdings unter gleichzeitiger, beträchtlicher Zunahme der Totgeburten), dann folgten Bayern mit 60, Baden mit 57,2, Belgien mit 56,8, Frankreich mit 53,4, Württemberg mit 52,4 und Österreich mit 50,3 Proz.; die wirkliche Abnahme der Sterbeziffern des ersten Lebensjahres schwankte in diesen Ländern zwischen 6,33 (Württemberg) und 0,81 Proz. (Belgien). In den Ländern, in denen die Sterblichkeit im ersten Monat schon von Anfang an gering war, mußte sich, wie in den Niederlanden, Finnland, Dänemark und Norwegen, die Abnahme vorzugsweise auf die übrigen Monate beschränken. Diese Unterschiede in der Abnahme sind gewiß höchst beachtenswert, denn wir sehen daraus, daß in der Mehrzahl dieser Länder die so viel gerühmten Erfolge der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit in einseitigster Weise sich hauptsächlich auf den ersten Lebensmonat zusammendrängen.

Aus der Tatsache aber, daß in allen diesen Staaten die Lebensfähigkeit der Neugeborenen sich zum Teil ganz bedeutend gehoben hat, ergibt sich andererseits, daß die physische Kraft der Nachkommenschaft der Kulturvölker nicht im Abnehmen, sondern

im Zunehmen begriffen sein muß. Diese Zunahme dürfte damit zusammenhängen, daß vor allem die forcierte Kindererzeugung mit dem Fortschritt der Kultur und mit der Ausdehnung des Wohlstandes gegen früher nachgelassen hat und daß infolgedessen der weniger geschwächte und entkräftete mütterliche Organismus kräftigere, d. h. lebensstüchtigere Kinder zur Welt zu bringen vermochte. Durch die zunehmende Verbreitung unserer Erfahrungen in der Pflege und Ernährung der Neugeborenen und nicht minder infolge der sozialen Fürsorgebestrebungen, die sich, wie der Schutz der Wöchnerinnen, speziell auf das Kind in den ersten Lebenswochen erstrecken, ist es natürlich in weit größerem Maße jetzt möglich geworden, auch schwächliche Kinder über die Gefahren der ersten Lebenszeit hinwegzubringen als früher; dafür aber sind die Erfolge in den späteren Lebensmonaten, in denen die sozialen Faktoren der Säuglingssterblichkeit das Übergewicht gewinnen, geschmälert und gekürzt worden. Auf diese Weise können wir uns wohl erklären, daß die Abnahme der Säuglingssterblichkeit bisher größtenteils nur eine Abnahme der Sterblichkeit im ersten Lebensmonat in vielen Ländern gewesen ist.

Damit freilich sind noch nicht die Unterschiede erklärt, die wir sowohl in der Sterblichkeit im ersten Monat wie in der nachfolgenden Zeit in den einzelnen Ländern noch immer wahrnehmen. So verschieden die Sterblichkeit in den einzelnen Epochen des ersten Lebensjahres ist, so verschieden müssen dementsprechend auch die Ursachen und in weiterer Folge die Bekämpfungsmaßnahmen sein. Wir können uns angesichts der Verschiedenheit der Sterbeziffern nicht mehr damit begnügen, in der höheren Sterblichkeit im ersten Monat allein einen naturgesetzlichen Vorgang zu erblicken, sondern wir müssen vielmehr nach den Gründen suchen, die diesen naturgesetzlichen Vorgang in so verschiedener Weise zu beeinflussen vermögen. Es ist klar, daß die hierbei wirkenden Faktoren hauptsächlich äußerer Natur sein müssen, denn es ist unmöglich zu denken, daß die angeborene Widerstandskraft der Neugeborenen bei den einzelnen Völkern sich so verschieden verhält, daß wir darauf auch die verschieden hohen Sterbeziffern zurückführen können.

Zunächst wäre bei der großen Ausdehnung unseres Vergleichs an einen Einfluß des Klimas zu denken, doch wäre es, wie wir gleich hier vorausschicken wollen, verfehlt, die Ursache der geringen Säuglingssterblichkeit in den nördlichen Küstenländern allein auf ihre günstigeren klimatischen Verhältnisse zurückzu-

führen. Schon der Umstand, daß wir oft innerhalb ein und desselben Landes die auffallendsten Unterschiede in der Höhe der Säuglingssterblichkeit finden, muß uns davon überzeugen, daß viel mächtigere Faktoren als der klimatische Charakter eines Landes die Sterblichkeit der Neugeborenen beeinflussen.

Als einen dieser mächtigeren Faktoren müssen wir in erster Linie die verschiedene Wertschätzung des kindlichen Lebens ansehen, denn es ist selbstverständlich, daß da, wo wenig Kinder geboren werden, die Sorgfalt um deren Erhaltung größer ist als dort, wo übermäßiger Kinderreichtum herrscht. Dies lehren uns die zahlreich angestellten Vergleiche der Säuglingssterblichkeit mit der Geburtenhäufigkeit in den verschiedenen Zeitperioden. Bei einem Vergleich der diesbezüglichen Durchschnittsziffern ganzer Länder ¹⁾ kommen diese Beziehungen naturgemäß weniger deutlich zum Ausdruck als bei den Ziffern der kleinsten Verwaltungsgebiete, wie uns erst jüngst wieder die Untersuchungen Groth's ²⁾ in Bayern — wenigstens in den Bezirksämtern, also auf dem platten Lande — gezeigt haben. Immerhin läßt uns die folgende Zusammenstellung den Einfluß der Geburtenhäufigkeit auf die Höhe der Säuglingssterblichkeit sowohl im ersten Monat wie im ganzen ersten Jahre deutlich erkennen.

(Tabelle siehe nächste Seite.)

Mit zunehmender Geburtenziffer steigt, wie wir sehen, im allgemeinen die Säuglingssterblichkeit an; eine Ausnahme von dieser Regelmäßigkeit treffen wir einerseits in Frankreich, wo die Säuglingssterblichkeit eigentlich niedriger sein sollte, andererseits in Serbien und Bulgarien, wo die Sterblichkeit verhältnismäßig zu gering erscheint.

Diese Abweichungen führen uns direkt auf ein gleichzeitiges Vorwiegen eines anderen wichtigen Faktors hin, nämlich auf die verschiedene Ernährungsweise, deren Einfluß sich schon frühzeitig geltend macht. Überall wo die natürliche Ernährungsweise vorherrscht, ist auch die Sterblichkeit im ersten Monat bzw. Jahre nur gering, selbst da, wo, wie in Serbien und Bulgarien, die

¹⁾ Diese Beziehungen habe ich in räumlich wie zeitlich weit ausholenden Vergleichen graphisch dargestellt. S. „Statist. Übersichten d. Bevölk.- u. Med.-Statistik in graph. Darstellung“, Berlin 1908, insbes. Tabelle Nr. III u. IV: „Die Säuglingssterbl. in den europ. Staaten, bzw. deutsch. Großstädten in Beziehung zu der Häufigkeit der Geburten.“

²⁾ Groth, Amtsarzt und Säuglingssterblichkeit. Münch. med. Wochenschr. 1908, Nr. 2.

Übersicht V.
Die Sterblichkeit im 1. Lebensmonat und im 1. Lebensjahre in Beziehung zu der Häufigkeit der Geburten
in dem Jahrfünft 1901—05.

Von je 100 Leb.-Geborenen starben		Auf je 1000 Einwohner trafen Lebendgeborene: ¹⁾						
a) im 1. Lebensmonat	21,1—24	24,1—27	27,1—30	30,1—33	33,1—36	36,1—39	39,1—42	
3,1—4		Schweden 3,12 26,1	Norwegen 2,86 28,6 Belgien 3,89 27,7 Dänemark 3,92 29,0	Niederlande 3,15 31,5				
4,1—5	Frankreich 4,89 21,3			Finnland 4,01 31,3	Spanien ²⁾ 4,93 35,2	Serbien 4,88 38,8		
5,1—6		Schweiz 5,51 28,1		Luxemburg 5,63 30,6	Preußen 5,68 34,9		Bulgarien ³⁾ 5,66 40,0	
6,1—7				Italien 6,23 32,8	Baden 6,32 33,9 Sachsen 6,39 34,6			
7,1—8					Württemberg 7,43 34,0			
8,1—9					Österreich 8,26 35,6	Bayern 8,38 35,9 Ungarn 8,67 37,2		

b) im 1. Lebens- jahre	Auf je 1000 Einwohner trafen Lebendgeborene:						
	21,1—24	24,1—27	27,1—30	30,1—33	33,1—36	36,1—39	39,1—42
8,0—12		Schweden 9,03 26,1	Norwegen 8,05 Dänemark 11,93 29,0				
12,1—16	Frankreich 13,89 21,3		Schweiz 13,42 Belgien 14,77 28,1 27,7	Finnland 13,10 Niederlande 13,64 Luxemburg 15,84 31,3 31,5 30,6		Serbien 14,89 38,8	Bulgarien ³⁾ 14,55 40,0
16,1—20				Italien 16,74 32,8	Spanien 17,24 Preußen 18,97 35,3 34,9		
20,1—24 und darüber					Baden 20,22 Osterreich 21,59 Württemberg 21,68 Sachsen 24,56 33,9 35,6 34,0 34,6	Ungarn 21,17 37,2	Bayern 24,03 35,9

¹⁾ Die Lebendgeburtensziffern von Bayern, Preußen, Württemberg, Italien, Finnland, Dänemark und Frankreich weichen hier um 0,1—0,2 Prom. von der auf Seite 16 des 4. Bandes dieser Zeitschrift bereits aufgeführten Übersicht ab, da sich inzwischen eine genauere Bevölkerungsziffer für das Jahrfünft feststellen ließ.

²⁾ 1901—02. ³⁾ 1901—04.

Geburtenhäufigkeit am größten ist.¹⁾ Demgegenüber finden wir hohe Geburten- und Sterbeziffern in allen den Ländern, in denen die Säuglinge vornehmlich künstlich ernährt werden, wie in den deutschen Staaten, Österreich und Ungarn. Dabei lassen sich noch einzelne abweichende Stellungen in voriger Übersicht erklären. In Sachsen z. B. entsprechen nur die Sterbeziffern des ersten Monats der Geburtenhäufigkeit — wenigstens nach deutschen Verhältnissen —, während die Ziffern des ersten Lebensjahres als zu hoch erscheinen müssen. Wie uns schon der geringe Prozentanteil der ersteren an der Gesamtsäuglingssterblichkeit in Sachsen und ebenso in Rußland gezeigt hat, kommt die Hauptmasse der Schädlichkeiten, welche die maximale Gesamtsäuglingssterblichkeit in diesen beiden Ländern hervorrufen, erst in den nachfolgenden Lebensmonaten zur Wirkung, während im ersten Lebensmonat verhältnismäßig noch günstige Verhältnisse obwalten. Und in der Tat können wir wenigstens von Sachsen den Nachweis bringen, daß dort wenigstens in den ersten Wochen nach der Geburt über 70 Proz.²⁾ der Neugeborenen natürlich ernährt werden. Außer in Sachsen wurden derartige Erhebungen über die Ernährungsweise der Säuglinge bisher nur in Baden und Bayern angestellt. In Baden³⁾ betrug der Prozentsatz der nicht gestillten Neugeborenen im Mittel der Jahre 1896—1905 19,6 Proz. (nur bei 3 Proz. fehlten die diesbezüglichen Angaben), während dieser Prozentsatz in den einzelnen Verwaltungsgebieten von Bayern nach Groth⁴⁾ zwischen 8,5 (Oberfranken-Land) und 75,4 (Oberbayern-Land) schwankte. Leider

¹⁾ Diese beiden Länder weisen dagegen die höchsten Sterbeziffern in dem nachfolgenden Kindesalter auf.

²⁾ Die genauen Ziffern, mit deren Erhebung allerdings nur die Hebammen seit dem Jahre 1904 beauftragt sind, sind nach den Jahresberichten des K. S. Landesmedizinalkollegiums folgende:

Von je 100 Lebendgeborenen in Sachsen wurden

in den Jahren	nicht gestillt	gestillt	
		über 6 Wochen	unter 6 Wochen
1904	27,4	60,1	12,6
1905	28,1	59,9	12,0
1906	23,8	57,6	18,6

³⁾ Die Angaben befinden sich alljährlich in der „Med. u. geburtsh. Statistik“ von Baden, jedoch ohne Nachweis über die Dauer des Stillens.

⁴⁾ Groth (a. l. c.), s. auch dessen Ergebnisse, vorgelegt auf dem XIV. Int. Kongr. f. Hyg. u. Demogr. 1907.

besitzen wir, wie die eingehenden Untersuchungen von Blum¹⁾ gelehrt haben, zurzeit noch keine Vergleichsangaben aus anderen Ländern, so daß wir bei der Beurteilung der Stillungshäufigkeit entweder nur auf räumlich beschränkte Untersuchungen oder auf allgemeine Wahrnehmungen angewiesen sind. Immerhin können wir mit Sicherheit annehmen, daß die verschieden hohe Sterblichkeit im ersten Lebensmonat mit der verschiedenen Stillungshäufigkeit in engstem Zusammenhang steht.

Gegenüber diesen beiden Faktoren, der Geburtenhäufigkeit und der Ernährungsweise, treten die sozialen Momente als Ursache der verschieden hohen Sterblichkeit im ersten Monat in den Hintergrund, zumal seit der gesetzlichen Organisation der sozialen Fürsorge in fast allen Kulturstaaten es den arbeitenden Frauen ermöglicht ist, sich ganz der Pflege ihres Sprößlings wenigstens während der ersten Lebenswochen hinzugeben. Freilich stoßen wir gerade bei den ärmeren Schichten, hauptsächlich bei der Erstgeburt, am häufigsten auf Verständnislosigkeit gegenüber diesen Pflichten, so daß wir eigentlich das kulturelle Moment hier mehr als das soziale in Frage ziehen müssen. Nur insofern können wir hier von einem ungünstigen Einfluß des sozialen Milieus, in dem die Kinder geboren sind, reden, als die absichtliche Vernachlässigung jener Pflichten und das Vorkommen des kriminellen Kindsmords ausschließlich auf die unteren Volksschichten beschränkt sind, wenn wir auch keine direkten Beweise darüber erbringen können.

Inwieweit die ererbten Eigenschaften, d. h. die Erbmassen, als verschieden wirkende biologische Faktoren der Säuglingssterblichkeit anzusehen sind, kann auf statistischem Wege nicht ergründet werden. Das einzige statistische Moment, aus dem wir Anhaltspunkte darüber gewinnen könnten, die Statistik der Sterbefälle an angeborener Lebensschwäche, kann einer kritischen Betrachtung nicht standhalten, denn sowohl die Verschiedenheit der Erhebung dieser Todesursache als auch die Schwierigkeiten ihrer Abgrenzung gegen andere Krankheitserscheinungen lassen die Richtigkeit der Angaben in hohem Maße bezweifeln. Um uns davon zu überzeugen, brauchen wir nur die diesbezüglichen Angaben verschiedener Länder miteinander zu vergleichen, wobei wir uns auf die Angaben der deutschen Staaten, der Schweiz und

¹⁾ Blum, Die Stillungsnot, ihre Ursachen u. die Vorschläge zu ihrer Bekämpfung. Diese Zeitschr. Bd. III.

Italien beschränken müssen, da nur in diesen Ländern obige Diagnose sich ausschließlich auf den ersten Monat bezieht oder für diese Zeit besonders ausgezählt wird. In dem abgekürzten deutschen Todesursachenschema werden seit dem Jahre 1905 auch die angeborenen Bildungsfehler — ebenso in der Schweiz — dieser Rubrik zugezählt, so daß wir gezwungen sind, die Angaben für die Jahre 1901—04 und diejenigen für das Jahr 1905 gesondert zu betrachten.

Von je 100 Lebendgeborenen starben im 1. Lebensmonat: ¹⁾

in den Ländern	an angeborener Lebensschwäche in den Jahren 1901—04	an angeborener Lebensschwäche und Bildungsfehlern in dem Jahr 1905	an allen Todesursachen insgesamt in den Jahren 1901—05
Hessen	2,4	2,7	—
Preußen	2,7	2,8	5,7
Sachsen	2,9	2,9	6,4
Elsaß-Lothringen	3,5	3,7	—
Baden	3,7	3,9	6,3
Württemberg	4,7	5,1	7,4
Bayern	5,0	5,9	8,7
Deutsches Reich (außer beide Mecklenburg u. Ruß j. L.)	3,1	3,3	—
Schweiz (1901—05)	—	3,7	5,5
Italien (1901—05)	3,7	—	6,2

Wie man sieht, nehmen mit den Gesamtsterbeziffern des ersten Monats auch die Sterbeziffern an angeborener Lebensschwäche zu. Dürften wir diese Angaben als absolut zuverlässig bezeichnen, so wäre hier ein weiterer Grund für die relativ geringe Sterblichkeit im ersten Lebensmonat in Sachsen gefunden. Allerdings ist dabei zu bedenken, daß nur ca. $\frac{1}{3}$ aller Todesursachen im ersten Lebensjahre in Sachsen ²⁾ ärztlich beglaubigt zu werden pflegen, ein Umstand, der auch bei den anderen deutschen Staaten bei der Beurteilung dieses biologischen Moments der Säuglingssterblichkeit schwer ins Gewicht fällt. Dazu kommt, daß jene Diagnose statistisch

¹⁾ Die Angaben über die deutschen Staaten sind in den „Med.-stat. Mitteilg. d. Kais. Ges.-A.“ enthalten; diejenigen über Bayern stimmen jedoch selbst absolut nicht völlig mit der bayerischen Statistik überein, deren Angaben, die um $\frac{1}{10}$ Proz. niedriger sind, wir hier verwertet haben.

²⁾ Radestock, Zur Statistik der ärztlichen Beglaubigung von Todesursachen. Zeitschr. d. K. Sächs. Stat. Landesamtes 54. J. 1908.

nicht allein die an eigentlicher Lebensschwäche, sondern alle an den Folgen von Geburtsschädigungen zugrunde gegangenen Neugeborenen in sich schließt, so daß wir selbst hier sowohl äußere als biologische Faktoren als Ursache obiger Verschiedenheiten verantwortlich machen müssen.

Wenn wir noch zur Feststellung der verschiedenen Bedeutung dieser Diagnose aus den absoluten Zahlen ihr Verhältnis zu den Gesamtsterbefällen im ersten Monat berechnen, so ergibt sich, daß die angeborene Lebensschwäche die Hälfte bis zwei Drittel aller dieser Sterbefälle umfaßt, denn es entfielen auf je 100 Sterbefälle im ersten Lebensmonat in den Jahren 1901—04:

in Sachsen	45	in Bayern	60
„ Preußen	48	„ Württemberg	63
„ Baden	57	„ Italien (1901—05)	59

Sterbefälle an angeborener Lebensschwäche. Desgleichen machen letztere ein Achtel bis über ein Fünftel aller Sterbefälle im ersten Lebensjahre aus.

Damit dürften wir die Bedeutung der Sterblichkeit im ersten Monat und die ihre verschiedene Höhe verursachenden, allgemeinen Faktoren genügend gewürdigt haben, so daß wir im folgenden auf die Einzelheiten ihres Ablaufes und deren verschiedene Gestaltung in den einzelnen Ländern eingehen können.

II. Die Sterblichkeit in den ersten 30 Lebenstagen.

Den wertvollsten Aufschluß über die Entstehung der Unterschiede zwischen den Sterbeziffern im ersten Monat in den verschiedenen Ländern gibt uns naturgemäß die Zergliederung dieser Ziffern in die einzelnen Lebenstage. Da die Sterblichkeit mit der Entfernung von der Geburt aus physiologischen Gründen rasch abnimmt, so muß sich unter normalen Verhältnissen eine hyperbolisch verlaufende Sterblichkeitskurve ergeben. Wie die folgende Zusammenstellung beweist, treffen wir diese Form des Sterblichkeitsablaufes auch überall anfangs da, wo wir genaue und vergleichbare Angaben besitzen; und zwar wird die Gleichheit dieser Form dadurch gewahrt, daß die in verschiedener Höhe beginnenden Kurven ihren gegenseitigen Abstand bis zum Endpunkt des raschen Abfalls am 5. Tage nur wenig oder gar nicht ändern.

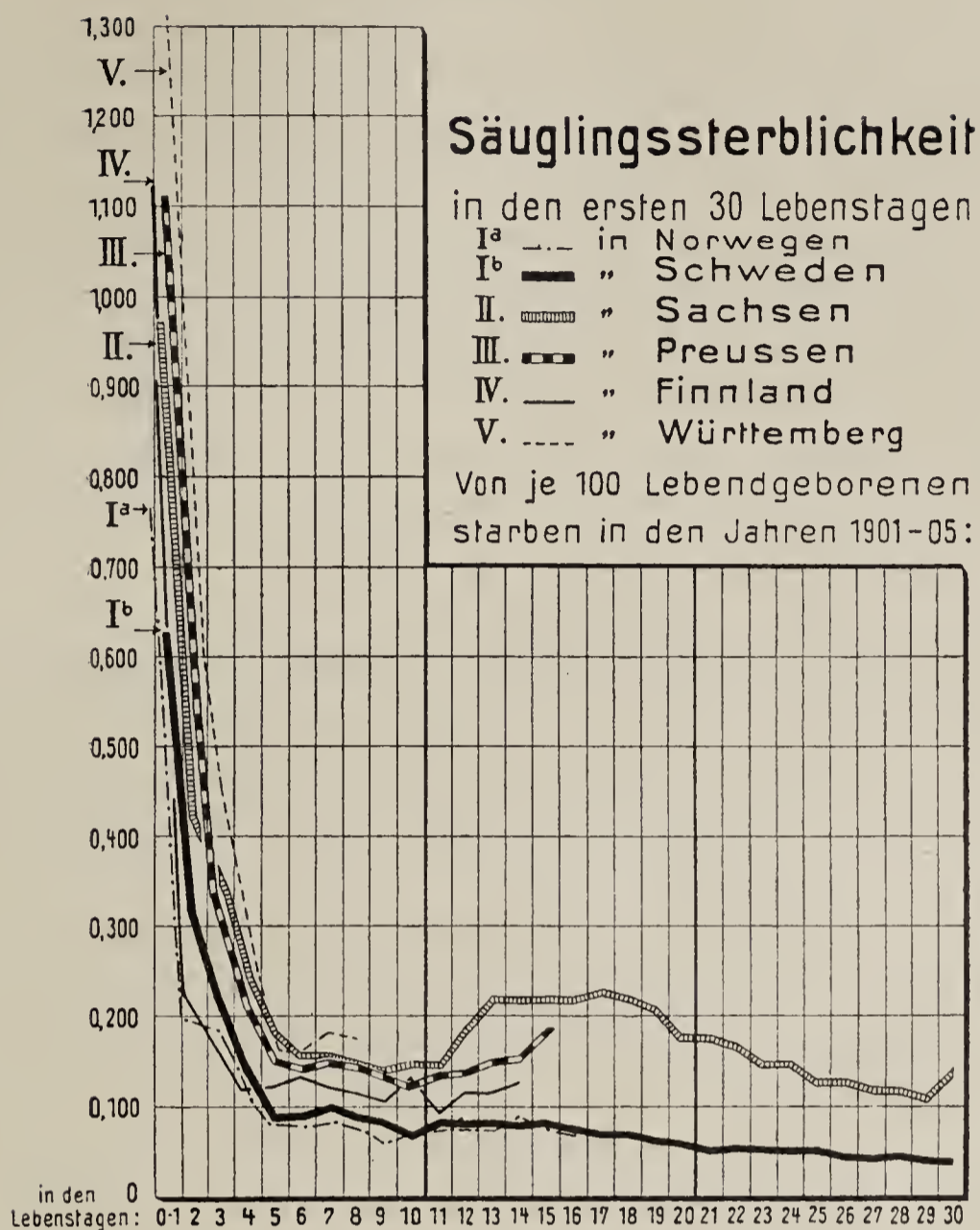
Übersicht VI.

Der Ablauf der Sterblichkeit in den einzelnen
Lebenstagen.Von je 100 Lebendgeborenen starben in dem Jahr-
fünft 1901—05:

in den Lebenstagen	Schwe- den	Sachsen	Nor- wegen	Preußen	Finn- land	Würt- temberg 1904—05
Totgeburtens- quote	2,51	3,39	2,41	3,08	2,51	2,95
1.	0,632	0,984	0,769	1,114	1,125	1,312
2.	0,313	0,432	0,200	0,534	0,219	0,615
3.	0,216	0,339	0,185	0,336	0,159	0,455
4.	0,153	0,235	0,109	0,214	0,121	0,250
5.	0,096	0,186	0,090	0,153	0,122	0,164
6.	0,096	0,166	0,078	0,145	0,135	0,158
7.	0,100	0,157	0,082	0,151	0,124	0,185
8.	0,092	0,150	0,076	0,147	0,116	0,177
9.	0,083	0,144	0,062	0,135	0,107	
10.	0,073	0,152	0,071	0,124	0,127	
11.	0,086	0,153	0,075	0,136	0,095	
12.	0,083	0,188	0,075	0,140	0,115	
13.	0,086	0,211	0,077	0,153	0,116	
14.	0,083	0,217	0,085	0,159	0,129	
15.	0,084	0,217	0,078	0,187		
16.	0,077	0,214	0,074			
17.	0,073	0,228				
18.	0,073	0,218				
19.	0,066	0,208				
20.	0,063	0,183				
21.	0,056	0,181				
22.	0,058	0,171				
23.	0,055	0,144				
24.	0,053	0,149				
25.	0,051	0,132				
26.	0,047	0,128				
27.	0,043	0,123				
28.	0,044	0,125				
29.	0,041	0,112				
30.	0,041	0,141				

Die fett gedruckten Ziffern geben jeweils den Beginn einer Steigerung an.

Stellen wir uns diese Ziffern graphisch dar, so erhalten wir folgendes anschauliches Bild:



Wie wir aus dieser Tabelle des näheren ersehen, erhebt sich schon am 1. Lebenstage der Spannrahmen zwischen höchster und niedrigster Sterbeziffer (in Württemberg, bzw. Schweden) bis auf die doppelte Höhe der letzteren. Am 2. Tage sinkt die Sterblichkeit fast überall gleichmäßig auf die Hälfte, in Norwegen sogar fast auf ein Viertel, am 3. auf ein Drittel, bzw. Viertel der Ziffer des 1. Lebenstages, so daß in der Tat die Kurven in einem nahezu gleichen Abstand nach abwärts verlaufen; nur in Finnland, dessen auffallend hohe Ziffer am 1. Tage wir nur damit zu erklären vermögen, daß viele Totgeburten¹⁾ der griechisch-orthodoxen Bevölkerung als am 1. Tage „Gestorbene“ registriert werden, geht der Abfall noch rapider einher, um am 4. Tage jedoch schon wieder aufzuhören. Am 6. oder 7. Tage macht sich auch bei den anderen

¹⁾ Die Totgeburtenquote in Finnland betrug in den Jahren 1901—05

bei den Lutheranern	2,54
„ „ Methodisten und Baptisten	1,42
„ „ Griechisch-Orthodoxen und Katholiken	0,44.

Kurven eine Stagnation, ja sogar größtenteils eine kleine Erhebung bemerkbar, deren regelmäßige Wiederkehr in Preußen zuerst Engel nachgewiesen hat. Die Ursache dieser konstanten Erscheinung ist biologisch noch nicht aufgeklärt. Es dürfte vielleicht von Wert sein, zu untersuchen, ob etwa an diesem Tage diejenigen Kinder mit Vorliebe sterben, deren Gewicht sich nach der physiologischen Abnahme in den ersten Lebenstagen bis zum 7. Tage nicht wieder erhöht hat. Andererseits scheint es jedoch fraglich zu sein, ob wir hier überhaupt eine biologische oder vielmehr eine rein statistisch-formale Erscheinung vor uns haben. Da mit dem 7. Tage die erste Lebenswoche endet, so ließe sich der Sterblichkeitsanstieg analog den Anhäufungen in den runden Altersjahren bei den Volkszählungen mit etwaigen ungenauen Altersangaben (eine Woche alt) erklären, wie es z. B. auch Westergaard¹⁾ annimmt und wie es in der neuerdings in Bayern²⁾ wieder unternommenen Auszählung der Sterbefälle in den ersten 30 Lebenstagen am deutlichsten zum Ausdruck kommt.

Vom 11. Lebenstage an begegnen wir abermals einer allgemeinen, wenn auch sehr verschieden großen Steigerung, die wohl darauf zurückgeführt werden kann, daß an diesem Tage gewöhnlich die Entlassung aus den Entbindungsanstalten stattfindet, wonach das Neugeborene in der Regel der Pflege der Mutter allein anheimfällt. Von diesem Zeitpunkt ab gehen, wie wir weiter sehen, die Kurven immer mehr auseinander. In Sachsen steigt die Sterblichkeit rasch wieder an und bleibt bis zum 19. Tage auf dieser Höhe stehen. Von da an tritt wieder ein allmählicher Abfall ein, der erst am 23. Tage die Sterblichkeitshöhe des 8. Tages erreicht. In Preußen, wo, wie in Finnland, die Kurve etwas langsamer ansteigt, hört mit dem 15. Tage die Beobachtung auf, doch können wir aus der Höhe der Sterblichkeitsziffer in der zweiten Hälfte des ersten Lebensmonats schließen, daß der weitere Verlauf mehr der sächsischen als der schwedischen Kurve ähnelt. In Schweden dagegen dauert der an und für sich sehr geringe Anstieg nur bis zum 15. Tage, um von da ab langsam und fast ununterbrochen abzufallen.

Zum Beweise dafür, daß dieser Sterblichkeitsverlauf in verschiedenen Beobachtungsperioden immer wiederkehrt, stellen wir unseren für Sachsen in den Jahren 1901—05 berechneten Ziffern

¹⁾ Westergaard, Die Lehre von der Mortalität und Morbidität. II. Aufl., S. 357.

²⁾ Zeitschr. d. K. Bayer. Statistischen Bureaus 1908, S. 650 u. 1909, S. 570.

diejenigen von Schloßmann¹⁾ und Lommatzsch²⁾ gegenüber, welche die Jahre 1891—94 bzw. 1891—1900 umfassen:

Zeitlicher Vergleich der Sterbeziffern in den ersten
30 Lebenstagen.

Von je 100 Lebendgeborenen starben in Sachsen:

in den Lebenstagen	im Durchschnitt der Jahre			Differenz zwischen Rubrik		in den Lebenstagen	im Durchschnitt der Jahre			Differenz zwischen Rubrik	
	1891— 94	1891— 1900	1901— 05	1 u. 3	2 u. 3		1891— 94	1891— 1900	1901— 05	1 u. 3	2 u. 3
	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
1.	0,920	0,983	0,984	+ 0,064	+ 0,001	16.	0,249	0,261	0,214	- 0,035	- 0,047
2.	0,437	0,422	0,432	- 0,005	+ 0,010	17.	0,261	0,260	0,228	- 0,033	- 0,032
3.	0,376	0,316	0,339	- 0,037	+ 0,023	18.	0,260	0,254	0,218	- 0,042	- 0,036
4.	0,247	0,233	0,235	- 0,012	+ 0,002	19.	0,248	0,240	0,208	- 0,040	- 0,032
5.	0,209	0,190	0,186	- 0,023	- 0,004	20.	0,200	0,215	0,183	- 0,017	- 0,032
1.—5.	2,189	2,144	2,176	- 0,013	+ 0,032	16.—20.	1,218	1,230	1,051	- 0,167	- 0,179
6.	0,190	0,180	0,166	- 0,024	- 0,014	21.	0,187	0,194	0,181	- 0,006	- 0,013
7.	0,189	0,176	0,157	- 0,032	- 0,019	22.	0,191	0,182	0,171	- 0,020	- 0,011
8.	0,182	0,169	0,150	- 0,032	- 0,019	23.	0,169	0,171	0,144	- 0,025	- 0,027
9.	0,169	0,165	0,144	- 0,025	- 0,021	24.	0,161	0,159	0,149	- 0,012	- 0,010
10.	0,186	0,180	0,152	- 0,034	- 0,028	25.	0,152	0,153	0,132	- 0,020	- 0,021
6.—10.	0,916	0,870	0,769	- 0,147	- 0,101	21.—25.	0,860	0,859	0,777	- 0,083	- 0,082
11.	0,208	0,202	0,153	- 0,055	- 0,049	26.	0,143	0,146	0,128	- 0,015	- 0,018
12.	0,230	0,227	0,188	- 0,042	- 0,039	27.	0,142	0,140	0,123	- 0,019	- 0,017
13.	0,254	0,249	0,211	- 0,043	- 0,038	28.	0,124	0,125	0,125	+ 0,001	+ 0,000
14.	0,245	0,250	0,217	- 0,028	- 0,033	29.	0,119	0,126	0,112	- 0,007	- 0,014
15.	0,264	0,263	0,217	- 0,047	- 0,046	30. ³⁾	0,133	0,131	0,141	+ 0,008	+ 0,010
11.—15.	1,201	1,191	0,986	- 0,215	- 0,205	26.—30.	0,661	0,668	0,629	- 0,032	- 0,039

Wir sehen in allen Perioden die Stagnation der Sterblichkeit am 7. Tage, den raschen Anstieg vom 11. Tage an und den gleichzeitig beginnenden Abfall vom 19. Tage ab. Wir sehen aber weiter, daß sich die Ziffern für das Jahrfünft 1901—05 gegenüber der ersten Vergleichsperiode (1891—94) an allen Tagen, außer am 1., 28. und 30. Tage, vermindert haben, gegenüber der zweiten Periode (1891—1900) aber am 1.—4. und am 30. Tage zu-

¹⁾ Schloßmann, Studien über Säuglingssterblichkeit. Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskr. 24. Bd. 1897.

²⁾ Lommatzsch, Die Säuglingssterblichkeit im Königreich Sachsen. Zeitschr. d. K. Sächs. Stat. Bureaus. 47. J. 1901.

³⁾ Die Steigerung am letzten Tage erklärt sich daraus, daß den am 30. Tage Gestorbenen auch die in den 7 längeren Monaten am 31. Tage Gestorbenen hinzugerechnet sind.

sonst ebenfalls abgenommen haben. Die Abnahme war beide Male am größten in der 3. und 4. Pentade, also zu der Zeit des auffallenden Anstiegs. Diese Tatsache ist deshalb sehr bemerkenswert, weil sie uns zeigt, daß jene anormale Erhebung im Verlaufe der Sterblichkeit des ersten Monats am ehesten einer Bessergestaltung zugänglich ist.

Außer in den bisher genannten Staaten lassen sich die diesbezüglichen Sterblichkeitsverhältnisse noch in einer Reihe anderer Staaten, wenn auch nur in fünf-, bzw. zehntägigen Altersperioden verfolgen. Da in Baden und Ungarn noch die früher üblichere Auszählung nach Lebenswochen besteht (in Ungarn allerdings mit Beschränkung auf die erste Woche), so müssen wir auch dieser Aufteilung gerecht zu werden suchen.

Die Berechnung der Sterbefälle geschah durchgehend auf die gleichzeitig Lebendgeborenen. Die korrektere Methode wäre allerdings die Berechnung auf die Überlebenden jeder Periode gewesen, wodurch sich etwas höhere Werte ergeben hätten. Da uns jedoch nur daran gelegen ist, den Aufbau der uns bereits bekannten Sterbeziffern des ersten Monats in dessen einzelnen Zeitabschnitten zu zeigen, so dürfen wir uns mit der ersteren und üblicheren Methode begnügen, zumal die charakteristischen Merkmale der Absterbeordnung auch bei dieser Berechnung deutlich genug zum Ausdruck kommen.

(Übersicht VII siehe nächste Seite.)

Die Sterblichkeit mit Berücksichtigung des ersten Lebenstages und der ersten Lebenswoche veranschaulicht folgende ergänzende Tabelle:

Von je 100 Lebendgeborenen starben im Durchschnitt des Jahrfünfts 1901—05:

im Alter von	Norwegen	Schweden	Finnland	Sachsen	Preußen	Württemberg (1904—05)	Baden	Ungarn
0—1 Tag	0,77	0,63	1,13	0,98	1,11	1,31	1,68	1,01
0—7 Tagen (1. Lebenswoche)	1,51	1,61	2,00	2,50	2,65	3,14	3,17	3,72
7—30 Tagen	1,35	1,51	2,01	3,89	3,03	4,28	3,15	4,95
0—30 Tagen	2,86	3,12	4,01	6,39	5,68	7,42	6,32	8,67

Übersicht VII.

Der Ablauf der Sterblichkeit innerhalb des ersten Monats.

Von je 100 Lebendgeborenen starben in dem Jahrfünft 1901—05:

in den Lebenstagen	Norwegen	Schweden	Finnland	Preußen	Bayern ¹⁾	Sachsen
Totgeburten auf 100 Geburten	2,41	2,51	2,51	3,08	2,88	3,39
1.—5.	1,35	1,41	1,75	2,35	—	2,18
6.—10.	0,37	0,44	0,61	0,70	—	0,77
1.—10.	1,72	1,85	2,36	3,05	4,11	2,95
11.—15.	0,39	0,42	0,45 ²⁾	0,78	—	0,98
16.—20.	—	0,35	—	—	—	1,05
11.—20.	—	0,77	—	—	2,60	2,03
21.—25.	—	0,27	—	—	—	0,78
26.—30.	—	0,22	—	—	—	0,63
21.—30.	—	0,49	—	—	1,67	1,41
1.—15.	2,11	2,27	2,81	3,83	—	3,93
16.—30.	0,75	0,84	1,20	1,85	—	2,46
1.—30.	2,86	3,12	4,01	5,68	8,38	6,39

in den Lebenstagen	Belgien	Frankreich	Spanien (1901—02)	Bulgarien (1901—04)	Serbien	Japan
Totgeburten auf 100 Geburten	4,36 3,64	4,52	2,38	0,56	2,14	
1.—5.	1,01 1,75	1,86	1,32	1,22	1,26	2,72
6.—10.	0,67 0,67	0,83	1,13	1,50	1,17	2,43
1.—10.	1,68 2,42	2,69	2,45	2,72	2,43	5,15
11.—15.	— —	0,73	0,81	1,10	—	0,87
16.—20.	— —	—	—	—	—	—
11.—20.	1,33 1,32	—	—	—	1,32	—
21.—25.	— —	—	—	—	—	—
26.—30.	— —	—	—	—	—	—
21.—30.	0,88 0,87	—	—	—	1,13	—
1.—15.	— —	3,42	3,26	3,82	—	6,02
16.—30.	— —	1,47	1,67	1,84	—	1,49
1.—30.	3,89 4,61	4,89	4,93	5,66	4,88	7,51

¹⁾ Die bayerische Statistik gibt nur den Prozentsatz der in den 10-tägigen Perioden gestorbenen Kinder von der Gesamtzahl der im ersten Jahre Gestorbenen an, so daß wir aus diesen Angaben erst die absoluten Ziffern für die Berechnung auf die Lebendgeborenen feststellen mußten.

²⁾ 11—14 Tage.

Betrachten wir nun in diesem ausgedehnteren Vergleiche die Sterbeziffer in jeder einzelnen Pentade, bzw. Dekade, so fällt uns zunächst auf, daß die Ziffern in der ersten Pentade, desgleichen in der ersten Lebenswoche, am wenigsten differieren. Den hierbei störend wirkenden Einfluß der verschiedenen Totgeburtenregistrierung können wir dadurch einigermaßen mindern, daß wir von der Totgeburtenquote Belgiens und Frankreichs die vor der standesamtlichen Anmeldung gestorbenen Lebendgeborenen abziehen, — indem wir den zwar nur für Belgien berechenbaren Prozentsatz (durchschnittlich $\frac{1}{5}$ aller Totgeburten) auch für Frankreich gelten lassen — und diese Summe den Sterbeziffern der ersten Pentade und natürlich auch den Lebendgeborenen zuzählen. Danach ergibt sich folgende Reihenfolge nach der Größe der Sterbeziffern in den beiden ersten Pentaden:

Auf je 100 Geborene entfielen Totgeburten	Von je 100 Lebendgeborenen starben in dem Jahrfünft 1901—05		
	am 1.—5. Lebenstage	am 6.—10. Lebenstage	am 1.—10. Lebenstage
1. Japan ¹⁾	1. Japan 2,72	1. Japan 2,43	1. Japan 5,15
2. Frankreich 4,52 ²⁾	2. Bayern —	2. Bayern —	2. Bayern 4,11
(3,62) ³⁾	3. Frankreich 1,86	3. Bulgarien 1,50	3. Frankreich 2,69
3. Sachsen 3,39	(2,81)	4. Serbien 1,17	(3,63)
4. Belgien 4,35 ²⁾	4. Preußen 2,35	5. Spanien 1,13	4. Preußen 3,05
3,31 ³⁾	5. Sachsen 2,18	6. Frankreich 0,83	5. Sachsen 2,95
5. Preußen 3,08	6. Belgien 1,01	(0,82)	6. Bulgarien 2,72
6. Bayern 2,88	1,75	7. Sachsen 0,77	7. Spanien 2,45
7. Schweden 2,52	7. Finnland 1,62	8. Preußen 0,70	8. Serbien 2,43
8. Finnland 2,51	8. Schweden 1,41	9. Belgien 0,67	9. Belgien 1,68
9. Norwegen 2,41	9. Norwegen 1,35	0,67	2,42
10. Spanien 2,38	10. Spanien 1,32	10. Finnland 0,60	10. Finnland 2,22
11. Serbien 2,14	11. Serbien 1,26	11. Schweden 0,44	11. Schweden 1,85
12. Bulgarien 0,56	12. Bulgarien 1,22	12. Norwegen 0,37	12. Norwegen 1,72

Während in der Mehrzahl dieser Staaten die Sterblichkeit in der ersten Pentade gegen dreimal so hoch ist als in der zweiten, finden wir in Spanien, Serbien und Bulgarien nur ganz geringfügige Differenzen, in Bulgarien sogar eine Erhöhung in der zweiten Pentade. Es ist klar, daß dieses naturwidrige Verhalten sich allein auf Grund eines unrichtigen statistischen Ur-

¹⁾ Ziffern nicht vergleichbar.

²⁾ Nach amtlicher Registrierung.

³⁾ Nach obiger Umrechnung; die approximativen französischen Ziffern sind stets in Klammern gesetzt.

Die Ziffern von Spanien umfassen jedesmal nur die Jahre 1901—02, diejenigen von Bulgarien die Jahre 1901—04.

materials ergeben konnte, da wir in der höheren Sterblichkeit in der ersten Pentade ein allgemein gültiges Naturgesetz vor uns haben. Statistisch läßt sich jene abweichende Erscheinung dahin erklären, daß entweder die Zahl der in den ersten Tagen nach der Geburt gestorbenen Kinder ähnlich wie die der Totgeborenen in jenen Ländern nicht vollständig erhoben werden kann oder daß das Alter der so kurz nach der Geburt gestorbenen Kinder nicht genau angegeben wird.¹⁾ Charakteristisch ist die Reihenfolge dieser drei Staaten, die in der ersten Altersperiode die niedrigsten, in der zweiten dagegen die höchsten Ziffern aufzuweisen haben, wobei auch ihre gegenseitige Stellung wechselt. Ähnlich wie in diesen Staaten ist auch in Japan der Unterschied der Sterblichkeit in den beiden ersten Pentaden äußerst gering, andererseits sind aber die Ziffern so hoch, daß wir schon aus diesem Grunde ihre Richtigkeit bezweifeln müssen.²⁾ In Ermangelung einer authentischen Erklärung müssen wir uns mit der Feststellung der Tatsache begnügen, daß $\frac{1}{3}$ aller Sterbefälle im ersten Lebensjahre in Japan auf die erste Dekade fällt, während in den europäischen Staaten dieses Verhältnis zwischen $\frac{1}{6}$ — $\frac{1}{8}$ schwankt.

Nicht minder auffallend muß es erscheinen, daß in Sachsen die Sterblichkeit in den ersten fünf Lebenstagen geringer ist als in Preußen. Da wir diese Erscheinung auch in früheren Zeitperioden antreffen, so ist ein Zufall, selbst in Hinblick auf die Verschiedenheit der absoluten Ziffern im vornherein auszuschließen. Es betrug nämlich:

a) die Sterblichkeit in den ersten
5 Lebenstagen
in Prozenten der Lebendgeborenen

in den Jahren	in Preußen	in Sachsen	in Preußen + = mehr
1881—85	2,26	—	
1886—90	2,25	—	
1891—95	2,24	2,15	+ 0,09
1896—00	2,31	2,14	+ 0,17
1901—05	2,35	2,18	+ 0,17

b) die Totgeburten-
quote
in Prozenten der Geborenen

in Preußen	in Sachsen	in Preußen + = mehr — = weniger
3,95	3,75	+ 0,20
3,72	3,67	+ 0,05
3,31	3,44	— 0,13
3,23	3,41	— 0,18
3,18	3,39	— 0,21

¹⁾ Mit welchen Schwierigkeiten statistische Erhebungen in jenen Ländern noch verbunden sein müssen, geht vielleicht am besten daraus hervor, daß nach Sundbärg (Statistiska Öfersiktstabeller för olika Länder) unter den Rekruten in Bulgarien 52 Proz., in Serbien 62 Proz. und in Spanien 70 Proz. Analphabeten sind (im Deutschen Reich 0,05 Proz.).

²⁾ Vielleicht dürfte die Ansicht Prinzing's („Die Ursachen der Totgeburt“,

Wie uns aber die Sterblichkeitskurven in den einzelnen Lebenstagen schon gezeigt haben, beschränkt sich die Mehrsterblichkeit in Preußen nur auf den ersten und zweiten Tag. Wenn wir zur Erklärung dieser Erscheinung auch den Verlauf der Totgeburtensquoten vergleichen, so sehen wir, daß mit dem Anstieg der Sterblichkeitskurve die Totgeburtensquote in Preußen viel rascher zu sinken begann als in Sachsen. Dieser Umschwung trat zum ersten Male ein in dem Jahrfünft 1891—95, also zu der Zeit, in welcher die neuen Bestimmungen über den Begriff der Totgeburt laut Ministerialentschließung v. J. 1893 in Preußen eingeführt worden sind. Die engere Fassung des Begriffs „Totgeburt“ mußte selbstverständlich die Sterbeziffer erhöhen, während in Sachsen die niedrigere Sterbeziffer auch weiterhin durch eine höhere Totgeburtensquote aufgewogen wurde. Auf die mehr aus religiösen Gründen verschiedene Totgeburtenauffassung ist auch der auffallende Unterschied der Sterbeziffern am ersten Tage in Württemberg und Baden zurückzuführen, die mit Zuzählung der Totgeburtens in beiden Ländern die gleiche Höhe erreichen.¹⁾

Zur Erklärung der übrigen Unterschiede zwischen den Sterbeziffern in der ersten Dekade müssen wir nach anderen tieferliegenden Gründen suchen. Wenn wir auch, wie wir vorausgeschickt haben, das Hauptgewicht für das Zustandekommen der großen Unterschiede zwischen den Sterbeziffern des ersten Lebensmonats auf die Wirkung von äußeren Einflüssen zurückführen müssen, so lassen doch die territorialen Unterschiede in der ersten Woche, bew. Dekade deutlich erkennen, daß hierbei auch der verschiedene Einfluß der Abstammung bereits eine Rolle spielen muß. Darauf

Allg. Statist. Arch. Bd. VII, 1), daß in Japan viele in den ersten Tagen nach der Geburt gestorbenen Kinder zu den Totgeborenen gerechnet werden, richtig sein, doch müßten wir in diesem Falle bezüglich der Erklärung der hohen Totgeburtensquote der Zuzählung der Fehlgeburten eine noch größere Bedeutung beilegen, als wir es bisher getan haben.

¹⁾ Zur Klärung dieser Verhältnisse wäre eine Auszählung der Sterbefälle am 1. Tage für die Zeit gleich nach der Geburt nötig, wie dies für die erste halbe Stunde einmal von der schweizerischen Statistik (Lieferung 112, 1897) und für alle Stunden von Kiaer für Norwegen veranstaltet worden ist (Kiaer, Om Dødeligheden i det første Leveaar, Christiania 1872).

Die badische Statistik gibt zwar den Prozentanteil der in der 1. Stunde Gestorbenen von der Gesamtsumme der Säuglingssterbefälle an, doch gibt eine derartige Berechnung ein unrichtiges Bild und ist überhaupt nicht vergleichbar. (Behrens, „Der Verlauf der Säuglingssterblichkeit in Baden“, Beitr. zur Statistik der inneren Verwaltung des Großh. Baden. 46. Heft, S. 14.)

weist allein schon die Tatsache hin, daß wir den lebensfähigsten Nachwuchs immer wieder bei den nordischen Völkern vorfinden, die sich vor allen anderen durch ihre kräftigere körperliche Entwicklung¹⁾ auszeichnen. Schon die Seltenheit des engen Beckens²⁾ läßt uns erkennen, daß selbst die Schädigungen bei der Geburt dort nur unbedeutend sein können. Ob freilich dem Einfluß der Abstammung eine solche Bedeutung zukommt, wie sie neuerdings v. Vogl³⁾ in seiner detailgeographischen Untersuchung annimmt, müssen wir dahingestellt sein lassen, zumal es unmöglich ist, direkte Nachweise zu erbringen.

Es liegt ferner nahe, für die hohen Ziffern der lebensschwach Geborenen in Bayern und Frankreich die keimschädigenden Wirkungen des Alkoholismus verantwortlich zu machen, der in diesen beiden Ländern, wie die Alkoholkonsumstatistik lehrt, am größten ist. Doch bedarf die Lösung dieser Frage, ebenso wie die jetzt wieder angefachte, alte Streitfrage, ob der Alkohol die Stillungsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht, noch einer eingehenden Untersuchung, denn wir finden in Belgien sehr niedrige Sterbeziffern bei fast gleich hohem Konsum wie in Bayern, desgleichen in Dänemark bei höchstem Branntweinkonsum. Andererseits können uns freilich die niedrigsten Sterbeziffern der skandinavischen Staaten als Beispiel dafür dienen, daß die Widerstandskraft der Neugeborenen bei den nüchternsten Völkern am größten ist.

In dem zweiten Drittel des ersten Monats nehmen die Unterschiede zwischen den Sterbeziffern noch weiter zu, doch sind die Nachweise darüber für einen allgemeinen Vergleich zu gering. Die Zunahme dieser Unterschiede wird dadurch bewirkt, daß in Preußen und Sachsen (desgleichen in Baden in der 3. Lebenswoche) die Sterbeziffer wieder ansteigt, während sie in den anderen Staaten weiterhin, wenn auch nur mäßig, fällt. Wie wir jedoch

¹⁾ Das durchschnittliche Längenmaß aller wehrpflichtigen (also auch der untauglichen) Männer beträgt zurzeit nach den Berichten der dänischen anthropologischen Kommission bei den

Schweden und Norwegern	171 cm
Dänen	169 „
Italienern und Sachsen	166 „ (Minimum).

Vgl. Wieth-Knudsen, Physischer Fortschritt in der dänischen Bevölkerung. Pol.-Anthrop. Revue, VI. J. Heft 11.

²⁾ Vgl. Hegar, Zur Verbreitung, Entstehung u. Verhütung des engen Beckens. Münch. med. Wochenschr. 1908, Nr. 24.

³⁾ v. Vogl, Die Sterblichkeit der Säuglinge in ihrem territorialen Verhalten in Württemberg, Bayern u. Österreich usw. München 1909.

bereits speziell von Sachsen wissen, ist die Abnahme der Sterblichkeit gerade in dieser Lebenszeit dort bisher am größten gewesen, so daß wir wohl in Zukunft eine fortschreitende Ausgleichung¹⁾ dieser Ziffern zuerst erhoffen können. In dem letzten Drittel des ersten Monats begegnen wir endlich einer allgemeinen Abnahme der Sterblichkeit, ohne daß sich jedoch die Unterschiede dadurch verringern.

Vergleichen wir schließlich die Sterbeziffern in der 1. und 2. Hälfte des ersten Monats, so ergibt sich folgendes Resultat:

Von je 100 Lebendgeborenen starben im 1. Monat in dem Jahrfünft
1901—05:

in den Ländern:	am 1.—15. Lebenstage	in den Ländern:	am 16.—30. Lebenstage	in den Ländern:	im ersten Lebensmonat
Japan	6,02	Bayern	—	Bayern	8,38
Bayern	—	Sachsen	2,46	Japan	7,51
Frankreich	3,42 (4,35) ²⁾	Preußen	1,85	Sachsen	6,39
Sachsen	3,93	Bulgarien	1,84	Frankreich	4,89 (5,80) ²⁾
Preußen	3,83	Serbien	—	Preußen	5,68
Bulgarien	3,82	Spanien	1,67	Bulgarien	5,66
Spanien	3,26	Japan	1,49	Spanien	4,93
Serbien	—	Frankreich	1,47 (1,45) ²⁾	Serbien	4,88
Finnland	2,80 ³⁾	Belgien	—	Belgien	3,89 4,62 ²⁾
Belgien	—	Finnland	1,20	Finnland	4,00
Schweden	2,27	Schweden	0,85	Schweden	3,12
Norwegen	2,11	Norwegen	0,75	Norwegen	2,86

Die Reihenfolge dieser Staaten ist, wenn wir von den exzeptionellen Verhältnissen in Japan absehen, in beiden Perioden fast dieselbe. Berechnen wir noch den prozentualen Anteil jeder Monatshälfte an der Sterblichkeitsziffer des ganzen Monats, so

¹⁾ Darauf deuten auch die preußischen Ziffern hin, deren Ablauf wir den sächsischen gegenüberstellen:

Sterblichkeit am 11.—15. Lebenstage in Prozenten der Lebendgeborenen:

in den Jahren	in Preußen	in Sachsen
1881—85	0,98	—
1886—90	0,95	—
1891—95	0,93	1,24
1896—00	0,87	1,15
1901—05	0,78	0,98

²⁾ Korrigierte Ziffern.

³⁾ 1.—14. Lebenstag.

ergibt sich aus folgender Tabelle, daß auf die erste Hälfte allein $\frac{2}{3}$ bis $\frac{4}{5}$ aller Sterbefälle fallen:

Von je 100 Sterbefällen im ersten Lebensmonat entfielen:

in den Ländern	auf die 1. Hälfte dieses Monats	in den Ländern	auf die 2. Hälfte dieses Monats
Japan	80,2	Sachsen	38,5
Frankreich	69,9 (75,0)	Spanien	33,9
Norwegen	73,8	Preußen	32,5
Schweden	73,0	Bulgarien	32,5
Finnland	70,0	Finnland	30,0
Bulgarien	67,5	Schweden	27,0
Preußen	67,5	Norwegen	26,2
Spanien	66,1	Frankreich	30,1 (25,0)
Sachsen	61,5	Japan	19,8

Daraus können wir ersehen, wie verschieden lang das Durchschnittsalter der im ersten Monat gestorbenen Kinder ist, das in Japan am kürzesten, in Sachsen — infolge der erhöhten Sterblichkeit in der 2. Dekade — am längsten sein muß. Genaue Berechnungen, die wir behufs Gewinnung eines europäischen Spannr Rahmens anstellten, haben ergeben, daß dieses Durchschnittsalter in Schweden in den Jahren 1901—05 nur 9,9, in Sachsen dagegen 12,2 Tage betrug. Der allgemeine Durchschnitt dürfte etwa 11 Tage sein, welche Zahl auch Westergaard¹⁾ für die Berliner Säuglinge gefunden hat.

Wie uns also diese Untersuchung bisher gezeigt hat, kommen die Verschiedenheiten der Sterbeziffern im ersten Monat dadurch zustande, daß der schon am 1. Lebenstage in den einzelnen Ländern sich ergebende und anfangs gleichmäßig anhaltende Unterschied von der 2. Dekade ab noch weiter zunimmt, indem sich die Ziffern in den einen Staaten von neuem erheben, um erst in der 3. Dekade wieder zu fallen, während sie in den anderen sich fast fortgesetzt nach abwärts bewegen.

III. Die Sterblichkeit nach dem Geschlecht.

Bei der Zerlegung der Säuglingssterbeziffern nach dem Geschlecht stoßen wir bekanntlich auf die allgemeine, naturgesetzliche Tatsache, daß überall mehr Knaben als Mädchen im ersten Lebensjahre sterben. Diese Mehrsterblichkeit der Knaben kann sogar so

¹⁾ Westergaard, Die Lehre von der Mortalität u. Morbidität, S. 357.

groß sein, daß der natürliche Knabenüberschuß bei der Geburt schon nach Ablauf des ersten Lebensjahres wieder ausgeglichen wird, wie dies z. B. in den letzten Jahren in Sachsen der Fall gewesen ist. Dort wurden in den 5 Jahren 1901—05 insgesamt gezählt:

	Knaben	Mädchen	Überschuß	
			der Knaben	der Mädchen
Lebendgeborene	385 842	367 531	18 311	—
Sterbefälle im 1. Jahr	102 530	82 532	20 002	—
Überlebende des 1. Jahres	283 312	284 999	—	1687

Während aber der Knabenüberschuß bei der Geburt auf seiner von Ort und Zeit unabhängigen, konstanten Höhe beharrt, indem durchschnittlich jährlich 105 bis 106 männliche Geborene auf 100 weibliche kommen, zeigt das Sexualverhältnis der Säuglingssterblichkeit keinen einheitlichen Charakter. Schon bei der Sterblichkeit im ersten Lebensmonat treten uns einige merkwürdige territoriale Verschiedenheiten entgegen, deren Ursachen freilich noch sehr problematischer Natur sind. Allerdings müssen wir bei solchen räumlich weit ausgedehnten Vergleichen immer bedenken, daß die absoluten Ziffern sehr verschieden hoch sind und daß sich schon aus diesem Grunde Abweichungen in den Verhältniszahlen ergeben können.

In folgender Tabelle haben wir zunächst den verschiedenen Anteil der Geschlechter an der Sterblichkeit im ersten Monat zusammengestellt.

(Übersicht VIII siehe nächste Seite.)

Wie die Sterblichkeit an sich, so ist auch das Geschlechtsverhältnis im ersten Monat überall am größten (115—134 : 100) und verringert sich, wie bekannt, allmählich, nur durch einzelne Schwankungen unterbrochen, gegen Ablauf des ersten Lebensjahres. Als Grund für die Mehrsterblichkeit der Knaben wird allgemein ihre geringere Widerstandsfähigkeit bezeichnet, eine Erklärung, die eigentlich nur als eine Umschreibung dieser Frage angesehen werden kann. Wir finden die niedrigste Sexualproportion (unter 125) in Europa in Serbien, Finnland, Ungarn, Bulgarien und Italien, in welchen Ländern dieses Verhältnis auch bei den übrigen Altersklassen auffallenderweise am niedrigsten ist. Etwas Licht in diese Frage bringt, wie wir noch sehen werden, die Todesursachenstatistik, die uns lehrt, daß überall da, wo die Infektionskrank-

Übersicht VIII.

Die Sterblichkeit im 1. Monat nach Geschlecht in dem
Jahrfünft 1901—05.

Auf je 100 Lebendgeborene trafen Sterbefälle im 1. Monat:

in den Ländern	Männliches Geschlecht	Weibliches Geschlecht	Verhältnis der männl. zur weibl. Sterblichkeit, wenn diese = 100 gesetzt wird ¹⁾
1. Ungarn	9,53	7,76	122,8
2. Bayern	9,49	7,21	131,6
3. Österreich	9,23	7,25	127,3
4. Württemberg	8,47	6,34	133,6
5. Sachsen	7,20	5,53	130,2
6. Baden	7,16	5,45	131,4
7. Italien	6,65	5,79	114,8
8. Preußen	6,30	5,02	125,5
9. Schweiz	6,24	4,76	131,1
10. Bulgarien (1901—03)	6,22	5,14	121,0
11. Frankreich	5,43	4,32	125,7
12. Serbien	5,38	4,35	123,7
13. Finnland	4,42	3,59	123,1
14. Dänemark	4,40	3,42	128,6
15. Niederlande	3,61	2,74	131,7
16. Schweden	3,49	2,72	128,3
17. Norwegen	3,19	2,52	126,6
Japan (1905)	7,48	6,74	111,0

heiten als Todesursachen dominieren, sich die geringsten Geschlechtsunterschiede der Sterbeziffern ergeben müssen, da diese Krankheiten sich am gleichmäßigsten auf beide Geschlechter verteilen. Die gleiche Rolle spielt im ersten Monat noch die angeborene Lebensschwäche. Welche Eigentümlichkeiten sich jedoch hier im besonderen ergeben, zeigen die Unterschiede in Bayern und Österreich, in welchen Ländern bei gleich hohen Sterbeziffern des weiblichen Geschlechts ein sehr verschiedenes Geschlechtsverhältnis besteht.

Daß die männlichen Früchte infolge ihres größeren Körpervolumens ²⁾ bei der Geburt mehr ausstehen müssen und deshalb

¹⁾ Die Berechnung des Sexualverhältnisses aus den absoluten Ziffern würde etwas höhere und ungenauere Werte liefern, da die männlichen Geborenen um 5—6 Proz. zahlreicher sind als die weiblichen; in unserem Fall wäre z. B. das Verhältnis in Sachsen 136,6, also viel größer, als es in Wirklichkeit ist.

²⁾ Das Schädelvolumen der neugeborenen Knaben ist nach Schultze um 44 ccm größer als bei den Mädchen, die Austreibungsperiode hingegen bei beiden Geschlechtern gleich lang, so daß die Wehen auf den größeren Kopf der Knaben intensiver einwirken müssen. Zit. nach A. Schmidt, Die Todesursachen während der Geburt. Diss. Freiburg, 1905.

häufiger schon vor oder während der Geburt zugrunde gehen, hat schon Süßmilch¹⁾ betont, doch ist das Geschlechtsverhältnis bei den Totgeburten, das wir hier ebenfalls betrachten müssen, im allgemeinen nicht so groß als bei der Sterblichkeit im ersten Monat, wenn sich auch Ausnahmen, wie in Frankreich und Italien, ergeben.²⁾

Übersicht IX.

Die Totgeburtenquote nach dem Geschlecht in dem
Jahrfünft 1901—05.

Auf je 100 Geborene trafen Totgeburten:

in den Ländern	Männliches Geschlecht	Weibliches Geschlecht	Verhältnis der männl. zur weibl. Totgeburten- quote, wenn diese = 100 gesetzt wird	Dieses Verhältnis ist + = größer, — = geringer als bei der Sterbl. im 1. Monat
1. Frankreich	5,07	3,94	128,7	+ 3,0
2. Italien	4,66	3,89	119,8	+ 5,0
3. Niederlande	4,43	3,71	119,4	— 12,3
4. Schweiz	3,87	3,09	125,2	— 5,9
5. Sachsen	3,72	3,04	122,4	— 7,8
6. Preußen	3,36	2,79	120,4	— 4,1
7. Württemberg	3,31	2,72	121,7	— 11,9
8. Bayern	3,16	2,59	120,6	— 11,6
9. Baden	2,92	2,27	128,6	— 2,8
10. Österreich	2,93	2,36	124,2	— 3,1
11. Schweden	2,79	2,24	124,6	— 3,7
12. Finnland	2,73	2,25	121,3	— 1,8
13. Norwegen	2,62	2,20	119,1	— 7,5
14. Dänemark	2,58	2,14	120,6	— 8,0
15. Serbien	2,36	1,90	124,2	+ 0,5
16. Ungarn	2,19	1,80	121,7	— 1,1
17. Bulgarien (1901 — 03)	0,63	0,50	126,0	+ 5,0
Japan ³⁾ (1905)	9,15	8,62	106,1	— 4,9

In den ersten Lebenstagen muß sich zwar aus natürlichen Gründen das Geschlechtsverhältnis der Gestorbenen erhöhen, da

¹⁾ Süßmilch, Die göttliche Ordnung. 3. Ausg. 1776. Besorgt von Baumann. Seite 342.

²⁾ Die weiteren Ausnahmen in Serbien und Bulgarien kommen selbstverständlich nicht in Betracht.

³⁾ Das äußerst geringe Geschlechtsverhältnis in Japan, das wir sowohl bei den Sterbeziffern als auch hier bei der Tot- und Fehlgeburtenquote finden und das sich am meisten dem Verhältnis der Geburtenziffern nähert, muß uns in der Annahme bestärken, daß dort viele Totgeborene zu den Gestorbenen in der ersten Dekade gerechnet werden.

die männlichen Früchte den größeren Anteil der pathologischen Geburten ausmachen, doch läßt sich ohne Annahme eines inneren, biologischen Faktors nicht begreifen, warum auch in den nachfolgenden Tagen diese Erhöhung anhält, ja sogar teilweise wieder zunimmt. Wir können dieses Verhalten innerhalb des ganzen ersten Monats allein in Sachsen und Schweden studieren.

Die Sterblichkeit in den einzelnen Pentaden des 1. Monats nach Geschlecht in dem Jahrfünft 1901—05.

in den Lebenstagen	Von je 100 Lebendgeborenen starben:				Verhältnis d. männl. zur weibl. Sterblichkeit, wenn diese = 100 gesetzt wird	
	in Sachsen		in Schweden		in Sachsen	in Schweden
	Männlich	Weiblich	Männlich	Weiblich		
1.—5.	2,47	1,87	1,59	1,22	132,1	130,8
6.—10.	0,87	0,66	0,51	0,37	131,8	137,8
11.—15.	1,11	0,85	0,47	0,36	130,6	130,6
16.—20.	1,17	0,93	0,39	0,32	125,6	121,9
21.—25.	0,87	0,67	0,30	0,25	129,9	120,0
26.—30.	0,71	0,55	0,23	0,20	129,1	115,0
1.—30.	7,20	5,53	3,49	2,72	130,2	128,3

Während die Sterbeziffern in diesen beiden Ländern am weitesten auseinandergehen, ergeben sich im Sexualverhältnis selbst, wenigstens in der 1. Monatshälfte, nur geringfügige Unterschiede. Bis zu diesem Zeitpunkt hält, wie wir sehen, das Höchstmaß der Mehrgefährdung der Knaben in beiden Ländern in fast gleicher Weise an. Erst von der 4. Pentade ab macht sich in dem Geschlechtsverhältnis eine Abnahme geltend, deren natürliche Tendenz in den schwedischen Ziffern zum Ausdruck kommen dürfte. Wie uns aber der Wiederanstieg in den beiden letzten Pentaden in Sachsen zeigt, haben wir hierbei mit beträchtlichen Abweichungen von dieser Regel zu rechnen.

Dem Verhältnis 100 : 131 bzw. 132 in der 1. Pentade scheint dagegen ein biologisches Prinzip zugrunde zu liegen, denn wir treffen die nämliche Ziffer sowohl in anderen Ländern als auch in früheren Vergleichsperioden, wie uns die nachfolgende Zusammenstellung zeigt:

Von je 100 Lebendgeborenen starben am 1.—5. Lebenstage:				Verhältnis der männl. zur weibl. Sterblichkeit, wenn diese = 100 ge- setzt wird
in	Beobachtungszeit	Männlich	Weiblich	
Schweden	1891—1900 ¹⁾	1,97	1,49	132,2
	1901—1905	1,59	1,22	130,8
Norwegen	1891—1900 ²⁾	1,73	1,31	132,1
	1901—1905	1,53	1,16	132,1
Preußen	1875—1900 ³⁾			
Eheliche Säug- linge				
a) in den Städten	am 0.—7. Lebenstage	2,79	2,12	132,2
b) auf dem Lande		2,98	2,27	131,3

Eine weitere bemerkenswerte Erscheinung ist das geringere Geschlechtsverhältnis bei den gestorbenen unehelichen Säuglingen, bei denen der Unterschied des Geschlechts, wie bereits von Firks ⁴⁾ hervorgehoben hat, deshalb einen weit geringeren Einfluß auf die Höhe der Sterblichkeit äußert als bei den ehelichen, weil das Leben der ersteren durch besondere, fast jedem unehelichen Säugling eigentümliche Gefahren bedroht wird, denen die Mädchen von Natur aus ebensowenig gewachsen sind als die Knaben. Überall, wo wir diese Verhältnisse feststellen konnten, trifft diese Erscheinung zu; nur in den Niederlanden, deren absolute Ziffern sehr gering und hier überhaupt nicht vergleichbar sind, haben wir das Gegenteil gefunden.

(Übersicht X siehe nächste Seite.)

Zwischen Stadt und Land besteht, wie dies wenigstens die beigegefügte preußische Statistik ⁵⁾ lehrt, kein Unterschied in dem obigen Geschlechtsverhältnis.

Wir sehen also, daß die Mehrbedrohung der Knaben in keinem bestimmten Verhältnis zu der verschiedenen Höhe der Sterbeziffer im ersten Monat steht, wie dies vielfach bei der Sterblichkeit im ersten Jahre wahrzunehmen ist, indem mit der Abnahme der Sterbeziffer das Geschlechtsverhältnis sich vergrößert. Letztere Erscheinung läßt sich räumlich und zeitlich überhaupt nur innerhalb ein und

¹⁾ Bevölkerungsstatistik 1900.

²⁾ Folkemaængdens Bevaegelse 1891—95 und 1896—1900.

³⁾ Broesike, Rückblick auf die Entwicklung der preuß. Bevölkerung 1875 bis 1900. Preuß. Statistik, Bd. 188.

⁴⁾ von Firks, Rückblick auf die Entwicklung der preuß. Bevölkerung 1816 bis 1874. Preuß. Statistik, Bd. 48 a.

⁵⁾ Preußische Statistik, Band 188.

Übersicht X.

Die Sterblichkeit im 1. Monat nach Geschlecht und Legitimität in dem Jahrfünft 1901—05.

in den Ländern	Von je 100 Lebendgeborenen starben im 1. Monat:				Verhältnis der männl. zur weibl. Sterblichk., wenn diese = 100 gesetzt wird	
	bei den Ehelichen		bei den Unehelichen		bei den Ehelichen	bei den Unehelichen
	Männlich	Weiblich	Männlich	Weiblich		
Bayern	8,99	6,77	13,00	10,25	132,8	126,8
Österreich	8,96	7,01	11,01	8,85	127,8	124,4
Württemberg	8,22	6,13	11,03	8,35	134,1	132,1
Sachsen	6,62	5,04	11,23	8,92	131,3	125,9
Frankreich	5,05	3,98	9,40	7,82	126,9	120,2
Finnland	4,26	3,44	6,61	5,70	123,8	116,0
Dänemark	4,09	3,12	7,08	6,03	131,1	117,4
Niederlande	3,54	2,69	6,55	4,85	131,6	135,1
Schweden	3,22	2,46	5,61	4,62	130,9	121,4
Norwegen	2,99	2,36	5,73	4,62	126,7	124,0
Preußen 1875—1900						
a) in den Städten	6,15	4,89	12,17	10,03	125,1	121,3
b) auf dem Lande	6,76	5,44	11,31	9,37	125,1	120,7

desselben Landes nachweisen,¹⁾ nicht aber bei Vergleichen der verschieden hohen Sterbeziffern der einzelnen Länder innerhalb

¹⁾ Einen derartigen räumlichen Nachweis hat zuerst G. v. Mayr in seiner viel zitierten Arbeit über „Die Sterblichkeit der Kinder während des ersten Lebensjahres in Süddeutschland“ (Zeitschr. d. Kgl. Bayr. Stat. Bur. 1870, s. auch dessen „Statistik u. Gesellschaftslehre“ II. Bd. S. 281) erbracht, während den zeitlichen Ablauf dieser Erscheinung die schwedische Statistik (Sundbärg, Die Bevölkerungsstatistik Schwedens 1750—1900) uns am besten vor Augen führt, woraus wir folgende Tabelle wiedergeben:

Sterblichkeit im ersten Jahre in Schweden 1750—1900.

in den Jahren	Von je 100 Lebendgeborenen starben:		Verhältnis der männl. zur weibl. Sterblichkeit, wenn diese = 100 gesetzt wird
	Männlich	Weiblich	
1751—1800	21,33	19,32	110,4
1801—1850	18,34	15,93	115,7
1851—1900	13,48	11,42	118,0

Der anhaltenden Abnahme der Säuglingssterblichkeit in den einzelnen Jahrzehnten, deren Ziffern wir hier zusammenfassen mußten, entsprach eine gleichmäßige Zunahme des Geschlechtsverhältnisses, oder mit anderen Worten: Das Geschlechtsverhältnis war um so kleiner, je größer die Lebensgefahren der Säuglinge waren.

einer gewissen Zeitperiode. Jedenfalls aber können wir konstatieren, daß schon bei der Sterblichkeit im ersten Monat die Geschlechtsunterschiede der unehelichen Kinder, deren Leben überall größeren Gefahren ausgesetzt ist, im allgemeinen kleiner sind als die der ehelichen. Diese Erscheinung ist auch in der späteren Lebenszeit noch wahrzunehmen.

IV. Die Sterblichkeit nach der Abkunft der Geborenen.

Von größerer Bedeutung als die Gliederung nach dem Geschlecht ist die Unterscheidung der Sterbeziffer des ersten Monats nach der Abkunft der Geborenen. Da die Zahl der Legitimationen¹⁾ in dieser Zeit kaum ins Gewicht fällt, so geben uns die Sterbeziffern dieses Monats ein viel genaueres Bild von der verschiedenen Intensität der Sterblichkeit der ehelich und unehelich Geborenen als die Ziffern des ersten Lebensjahres. Allerdings lassen sich diese Verhältnisse nur in einer beschränkten Anzahl von Staaten berechnen.

Übersicht XI.

Die Sterblichkeit der ehelich und unehelich Geborenen im 1. Lebensmonat in dem Jahrfünft 1901—05.

in den Ländern	Von je 100 Lebendgeborenen starben im 1. Monat:			Verhältnis der unehelichen Sterbeziffer zur ehelichen wenn diese = 100 gesetzt wird
	bei den Ehelichen	bei den Un-ehelichen	bei beiden zusammen	
Österreich	8,01	9,91	8,26	123,9
Bayern	7,92	11,65	8,38	147,1
Württemberg	7,20	9,74	7,43	135,3
Sachsen	5,85	10,10	6,39	172,6
Bulgarien(1902—03)	5,81	11,28	5,83	193,5
Preußen	5,35	10,00	5,68	189,9
Frankreich	4,53	8,63	4,89	190,4
Finnland	3,86	6,17	4,01	159,8
Dänemark	3,62	6,57	3,92	181,4
Niederlande	3,13	5,73	3,15	186,2
Schweden	2,85	4,90	3,12	178,3
Norwegen	2,69	5,19	2,86	192,9
Japan ²⁾ (1905)	6,47	13,83	7,12	213,7

¹⁾ Angaben betreffs des ersten Monats finden sich seit 1904 nur in der sächsischen Statistik (Stat. Jahrb.). In Sachsen betrug der Prozentsatz der im ersten Monat legitimierten Kinder in den Jahren 1904—07: 0,8 Proz. der unehelich Lebendgeborenen. Siehe Würzburger, Die Legitimation unehelicher Kinder in den Jahren 1904—07. Zeitschr. d. Kgl. Sächs. Stat. Landesamtes 54. J. 1908.

²⁾ Die japanische Statistik scheidet außerdem noch die unehelich geborenen, aber anerkannten Kinder aus; bei diesen betrug die Sterblichkeitsziffer im ersten Monat 9,46 Proz.

Wie die Tabelle zeigt, ist die Mehrsterblichkeit der Unehelichen im ersten Monat in den europäischen Staaten ein viertel- bis fast noch einmal so groß wie die der Ehelichen, dennoch aber ist der Einfluß jener Ziffer auf die Gesamtsterblichkeit im ersten Monat — gleichwie im ersten Jahre — überall nur unbedeutend. Am geringsten ist das Verhältnis zwischen der ehelichen und unehelichen Sterbeziffer in Württemberg, Österreich und Bayern, in welchen letzteren beiden Ländern die Unehelichkeitsquote bekanntlich am größten ist; (in Österreich¹⁾ hauptsächlich in den von dem bajuwarischen Volksstamm bewohnten Gebieten). Da schon die Gefährdung der Ehelichen in diesen Ländern am höchsten ist, so kann es uns nicht wundernehmen, daß die Sterblichkeit der Unehelichen sich nur noch wenig über jenes Höchstmaß erhebt. Andererseits treffen wir dort, wo die ehelichen Sterbeziffern niedrig sind, die größten Gegensätze im Vergleich mit den unehelichen, wie namentlich in den Niederlanden, in Preußen, Frankreich, Norwegen und Bulgarien.²⁾

Zum Beweise dafür, daß die Mehrgefährdung der unehelichen Früchte schon vor der Geburt beginnt, führen wir zur Ergänzung die Ziffern der Totgeburten in den oben genannten Ländern³⁾ an.

Übersicht XII.

Die Totgeburtenquote der ehelich und unehelich Geborenen in dem Jahrfünft 1901—05.

in den Ländern	Von je 100 Geborenen waren Totgeborene:			Verhältnis der unehelichen Totgeburtensquote zur ehelichen, wenn diese = 100 gesetzt wird	Dieses Verhältnis ist + = größer — = geringer als bei der Sterbeziffer des 1. Monats
	bei den Ehelichen	bei den Unehelichen	bei beiden zusammen		
Österreich	2,50	3,70	2,66	148,0	— 24,1
Bayern	2,80	3,43	2,88	122,5	— 24,6
Württemberg	3,00	3,30	3,02	110,0	— 25,3
Sachsen	3,27	4,20	3,39	128,4	— 44,2
Preußen	2,98	4,42	3,08	148,3	— 38,6
Frankreich	4,28	6,94	4,52	162,1	— 28,3
Finnland	2,38	4,14	2,51	173,9	+ 14,1
Dänemark	2,27	3,26	2,37	143,6	— 37,8
Niederlande	4,00	7,32	4,08	183,0	— 3,2
Schweden	2,38	3,43	2,51	144,1	— 34,2
Norwegen	2,29	3,96	2,41	172,9	— 20,0

¹⁾ Spann, Die Unehelichkeit in Österreich nach Volksstämmen. Statist. Monatsschr. N. F. XIV. 2. 1909.

²⁾ Die Unehelichkeitsquote selbst schwankt in diesen Ländern zwischen 13,0 (Österreich) und 0,4 (Bulgarien).

³⁾ Die diesbezüglichen, jedoch nicht vergleichbaren, japanischen Ziffern sind

Wie wir sehen, ist jedoch das Verhältnis der unehelichen Totgeburten zu den ehelichen überall viel geringer als das der diesbezüglichen Sterbeziffern im ersten Monat; eine Ausnahme davon treffen wir nur in Finnland, doch ist dieses wohl zufällige Ergebnis ohne Belang. Im allgemeinen steigert sich also die Mehrgefährdung der Unehelichen mit dem Eintritt ins Leben.

Diese Steigerung können wir in Bayern, Sachsen und Schweden innerhalb des ersten Lebensmonats noch weiter verfolgen.

Die Sterblichkeit nach der Abkunft in den einzelnen Dekaden des 1. Lebensmonats in dem Jahrfünft 1901—05.

Von je 100 Lebendgeborenen starben:

in den Lebenstagen	in Bayern ¹⁾		in Sachsen		in Schweden	
	Ehelich	Unehelich	Ehelich	Unehelich	Ehelich	Unehelich
1.—10.	3,99	4,95	2,75	4,28	1,71	2,96
11.—20.	2,40	3,98	1,83	3,46	0,71	1,24
21.—30.	1,52	2,71	1,27	2,36	0,43	0,88
1.—30.	7,92	11,65	5,85	10,10	2,85	5,08

Setzen wir auch hier in jeder Dekade die Sterblichkeit der Ehelichen = 100, so beträgt diejenige der Unehelichen:

in den Lebenstagen	in Bayern	in Sachsen	in Schweden
1.—10.	124	156	173
11.—20.	166	189	175
21.—30.	178	186	203
1.—30.	147	173	178

Daraus geht hervor, daß die Mehrgefährdung der Unehelichen in der 1. Dekade am geringsten ist und erst nach Ablauf dieser,

mit Einschluß der Fehlgeburten im Jahre 1905: bei den Ehelichen 7,75, bei den Unehelichen 26,46 (!), bei beiden zusammen 8,91 Proz.

¹⁾ Die bayerischen „Generalberichte“ geben noch immer nur die nichtssagenden Prozentziffern der Gestorbenen an, obwohl dadurch schon manche irrtümliche Auffassung der Sterblichkeitsunterschiede entstanden ist. Selbst Grassl zieht daraus den falschen Schluß, daß die unehelichen Kinder eine größere Lebensenergie besitzen als die ehelichen. (S. „Blut und Brot“, München, ohne Jahreszahl, Seite 104.)

durch die Wochenbettpflege und -Fürsorge begünstigten Zeit rasch ansteigt. Da wir auf Grund der Untersuchungen Selters¹⁾ wissen, daß selbst solche uneheliche Säuglinge, die in gleicher Weise wie die ehelichen ausschließlich an der Mutterbrust ernährt werden, in ihrer körperlichen Entwicklung in den ersten Lebensmonaten zurückbleiben, so gehen wir wohl nicht fehl, wenn wir als den wirksamsten, allerdings rein passiven Faktor der Mehrsterblichkeit der unehelich Geborenen, die körperliche Minderwertigkeit derselben und diese Eigenschaft selbst als einen Ausfluß der ungünstigen ökonomischen Lage der unehelichen Mütter ansehen. Letztere Anschauung läßt uns auch die höhere Sterbeziffer der Unehelichen in Schweden und Norwegen erklären, wo bekanntlich die natürliche Ernährung allgemein üblich ist.

Außer diesem eigentlich mehr sozialen Moment, das uns die Abhängigkeit biologischer Werte von äußeren Verhältnissen nur allzu deutlich beweist, kommt zur Erklärung der größeren Totgeburtenquote und der Mehrsterblichkeit der Unehelichen noch als rein biologische Ursache der Umstand in Betracht, daß die unehelich Geborenen meist Erstgeborene sind, die bekanntlich eine größere Sterbenswahrscheinlichkeit besitzen als das zweite und dritte Kind in einer Familie, und daß die unehelichen Niederkünfte viel häufiger vor dem 20. Lebensjahr stattfinden als die ehelichen.²⁾

V. Die Sterblichkeit in Stadt und Land.

Über die Gliederung der Sterbeziffer im ersten Monat in Stadt und Land gibt uns, soweit darüber vergleichbare Angaben vorliegen, die folgende Tabelle Aufschluß.

¹⁾ Selter, Ist der uneheliche Säugling körperlich minderwertiger als der eheliche? Zentralbl. f. allg. Gesundheitspfl. 26. Bd. 1907.

²⁾ Nach den Angaben in Hessen kamen i. d. J. 1901—05 von den ehelichen Müttern 1,15 Proz., von den unehelichen aber 21,8 Proz. vor dem 20. Lebensjahre nieder. (Statist. Handbuch von Hessen, II. Ausgabe, S. 21.)

Übersicht XIII.

Die Gesamtsterblichkeit im ersten Monat in Stadt und Land in dem Jahrfünft 1901—05.

In den Ländern (Reihenfolge nach der Höhe der Sterbeziffer auf dem Land e)	Von je 100 Geborenen waren totgeboren		Von je 100 Leb.- Geborenen starben im 1. Monat		Verhältnis von Stadt zu Land, wenn die Ziffern für Land = 100 gesetzt werd.	
	in Stadt	in Land	in Stadt	in Land	bei den Totgeb.	bei den Sterbefäll.
Bayern	3,07	2,78	6,87	8,71	110,4	78,9
Preußen	3,51	3,10	5,46	5,82	113,2	93,8
Bulgarien(1902—03)	1,66	0,35	6,75	5,67	474,3 ¹⁾	119,0
Serbien	2,67	2,08	6,24	4,73	128,4	131,9
Finnland	2,64	2,48	3,39	4,09	106,5	82,9
Dänemark	2,33	2,40	4,35	3,64	97,1	119,5
Niederlande	4,23	4,13	2,89	3,58	102,4	80,7
Schweden	2,64	2,48	3,44	3,03	106,5	113,5
Norwegen	2,48	2,39	3,19	2,72	103,8	117,3

Anmerkung zu dieser Tabelle:

Den Ziffern von Bayern, Preußen, Serbien, Finnland, Schweden und Norwegen liegen die Angaben für die Gesamtheit der Städte zum Unterschied vom platten Land zugrunde; in Dänemark haben wir Hauptstadt und Provinzstädte, in den Niederlanden alle Städte mit über 5000 Einwohner unter dem Begriff „Stadt“ vereint.

In Frankreich lassen sich diese Ziffern infolge der dort herrschenden Sitte, nach welcher viele Kinder gleich nach der Geburt zur Pflege auf das Land verbracht werden, nicht mit denen anderer Länder vergleichen. Die niedrige Totgeburtensquote in Bulgarien-Land dokumentiert am deutlichsten die Unvollständigkeit ihrer Erhebung.

Die Unterschiede zwischen Stadt und Land treten bereits bei den Totgeburtensziffern hervor, indem — mit Ausnahme von Dänemark — die Städte aus begreiflichen Gründen ein um 2—13 Proz.¹⁾ höhere Totgeburtensquote aufzuweisen haben als das platte Land. Schon im Laufe des ersten Monats ändert sich jedoch dieses Verhältnis in einem Teil der hier angeführten Staaten, nämlich in Bayern, Preußen, Finnland und in den Niederlanden zugunsten der Städte. Dieser Umschwung offenbart sich noch viel deutlicher, wenn wir die Sterbeziffern der Ehelichen, soweit dies möglich ist, in Stadt und Land für sich allein betrachten.

¹⁾ Die höhere Prozentziffer in Serbien beruht nur darauf, daß dort in den Städten die Totgeburtensfälle öfters zur Registrierung kommen als auf dem Lande.

Übersicht XIV.

Die Sterblichkeit der ehelichen Neugeborenen in
Stadt und Land.

Von je 100 ehelichen Lebendgeborenen starben im 1. Monat in dem
Jahrfünft 1901—05:

in den Ländern	in Stadt	in Land	Verhältnis von Stadt zu Land, wenn die Ziffern für Land = 100 gesetzt werden
Bayern	6,19	8,24	75,1
Preußen	5,00	5,58	90,0
Niederlande	2,82	3,53	79,9
Dänemark	3,98	3,49	114,0
Schweden	2,81	2,86	98,3
Norwegen	2,86	2,61	109,6

Danach ist selbst in Schweden, wo die Ernährungsverhältnisse der Säuglinge auf dem Lande die denkbar besten sind, eine Mindersterblichkeit in den Städten vorhanden, allerdings nur im ersten Monat. In dem Jahrzehnt 1891—1900 war dieser Unterschied noch größer, 2,96 Proz. in Stadt gegenüber 3,21 Proz. in Land. Als Ursache dieser Erscheinung kommt hauptsächlich der Umstand in Betracht, daß es auf dem Lande infolge des mangelhaften hygienischen Verständnisses und der geringeren Inanspruchnahme der Ärzte viel seltener gelingt, schwächliche Kinder am Leben zu erhalten als in den Städten, wo außerdem die Fürsorge für solche Kinder sich in ganz anderem Maße entwickelt hat. Abgesehen von Norwegen treffen wir nur in Dänemark, wo wir bereits ein abweichendes Verhalten in der Totgeburtensquote zwischen Stadt und Land konstatieren konnten, eine bedeutsamere Ausnahme von dieser Regel, wofür wir keine Erklärung finden können, zumal von einem Einfluß der Ziffer Kopenhagens, die kleiner ist als die der Provinzstädte, nicht die Rede sein kann.

Dagegen zeigt die Sterblichkeit der Unehelichen im ersten Monat in Stadt und Land kein einheitliches Gepräge, da hier zu verschiedenartig wirkende Faktoren, wie vor allem die Verschleppung der Neugeborenen auf das Land von Einfluß sind. Wir führen daher deren Ziffern nur zur Ergänzung der vorhergehenden Tabelle an.

Übersicht XV.

Die Sterblichkeit der unehelichen Neugeborenen in Stadt und Land.

Von je 100 unehelich Lebendgeborenen starben im 1. Monat in dem Jahrfünft 1901—05:

in den Ländern	in Stadt	in Land	Verhältnis von Stadt zu Land, wenn die Ziffern für Land = 100 gesetzt werden
Bayern	10,07	12,60	79,9
Preußen	10,16	9,83	103,4
Dänemark	6,50	6,75	96,3
Niederlande	5,45	6,73	81,0
Schweden	5,87	4,63	126,8
Norwegen	6,44	4,34	148,4

Angesichts der kulturellen Bedeutung, welche der Mindersterblichkeit der Neugeborenen in den Städten zukommt, ist es von Interesse zu erfahren, inwieweit hierbei die verschiedene Größe der Städte von Einfluß ist. Derartig detaillierte Berechnungen lassen sich freilich nur vereinzelt und zwar allein mit Hilfe der niederländischen Statistik anstellen, aus der wir folgende, hier in Betracht zu ziehende Ergebnisse ermittelt haben.

Einfluß der Größe der Städte auf die Sterblichkeit im 1. Monat in den Niederlanden 1901—05.

Städte mit	Totgeburtensquote einschl. der vor der Anmeldung gestorb. Neugeb.		Sterblichkeit im 1. Monat in Proz. der Leb.-Geborenen		Geburtenziffer einschl. der Totgeb. auf 1000 Einw.	
	Ehelich	Unehelich	Ehelich	Unehelich	Ehelich	Unehelich
über 100 000 Einw.	3,88	8,70	2,50	4,70	30,2	1,4
20—100 000 Einw.	3,69	6,47	2,88	5,56	31,4	0,8
5—20 000 Einw.	4,12	6,66	3,13	6,68	33,3	0,6
unter 5000 Einw. = Land	4,10	5,77	3,53	6,73	32,5	0,5

Die Sterblichkeit im ersten Monat nimmt, wie wir sehen, mit abnehmender Größenklasse der Städte sowohl bei den Ehelichen als auch bei den Unehelichen zu. Fast das gleiche Verhalten zeigt die Totgeburtensquote der Ehelichen, während die der Unehelichen, entsprechend der verschiedenen Größe der unehelichen Geburtenziffer, das entgegengesetzte Verhalten aufweist. Zur Erklä-

rung der auffallend gleichmäßigen Verringerung der Sterbeziffern der Ehelichen in den einzelnen Städteklassen dürfte weder der Hinweis auf die Abhängigkeit dieser Ziffern von der Geburtenhäufigkeit, die nur wenig verschieden ist, noch die Annahme eines verschieden großen Umfangs der Kinderverschleppung ausreichen, so daß uns nur übrig bleibt, in den günstigeren Resultaten der größeren Städte eine Wirkung der kulturellen Überlegenheit derselben zu erblicken.

VI. Die Sterblichkeit nach dem Beruf der Eltern.

Von den zahlreichen Untersuchungen, die sich mit dem Einfluß der sozialen Stellung der Eltern auf die Kindersterblichkeit befassen, gibt uns nur diejenige von Lommatzsch¹⁾ über die speziellen Verhältnisse im ersten Lebensmonat Aufschluß. Allerdings mußte hierbei das Hauptmoment aller diesbezüglichen Untersuchungen, nämlich die Einwirkung der mütterlichen Berufstätigkeit auf die Kindersterblichkeit, unberücksichtigt bleiben, da nach Lage der Sache nur der Beruf des Vaters bei den ehelichen Säuglingen ermittelt werden konnte; doch kommt jener Einfluß speziell auf die Sterblichkeit im ersten Monat nur wenig in Frage, da doch alle gewerblich beschäftigten Frauen sich bis zu 6 Wochen nach der Geburt der Berufsarbeit enthalten müssen.

Die segensreichen Wirkungen dieser Bestimmungen kommen, wie wir bereits gesehen haben, am deutlichsten in Sachsen zum Ausdruck, wo die Sterblichkeit im ersten Monat trotz der großen Zahl gewerblich beschäftigten Frauen verhältnismäßig gering ist. Aus den näheren Untersuchungen von Lommatzsch, die sich infolge ihrer Kompliziertheit nicht über ganz Sachsen, sondern nur über sieben Verwaltungsgebiete mit einer beruflich sehr verschieden zusammengesetzten Bevölkerung erstrecken, geht mit Sicherheit hervor, daß die soziale Stellung der Eltern nur unbedeutend die Sterblichkeit im ersten Monat zu beeinflussen vermag, wie wir aus folgender, für unsere Zwecke umgeformten Tabelle ersehen.

¹⁾ Lommatzsch, Die Säuglingssterblichkeit in den Jahren 1899—1903 mit Rücksicht auf den Beruf der Eltern. Zeitschr. d. K. Sächs. Stat. Landesamtes, Bd. 52, 1906.

Die Sterblichkeit der ehelichen Säuglinge im ersten Monat in sieben sächsischen Verwaltungsgebieten nach dem Beruf des Vaters in dem Jahrfünft 1899—1903.

Von je 100 Lebendgeborenen jeder Berufsgruppe starben im ersten Monat:

Soziale Stellung des Vaters	in den Berufsgruppen					zusammen
	A Industrie	B Handel u. Verkehr	C Land- u. Forst- wirtschaft	D Öffentl. u. freie Berufe	E Häusliche Dienste	
a) Arbeiter und Unterbeamte		6,2	7,0	6,2	6,5	7,0
1. Fabrikarbeiter	7,2	—		—	—	
2. Handwerksgehilfen, Hausindustrie	6,8	—		—	—	
3. Hand- u. Tagearbeiter	7,6	—		—	—	
b) Im Aufsichts- oder Bureau- dienst Be- schäftigte (bei D auch Unter- offiziere)	5,9	5,0		5,7	—	5,5
c) Selbständige						6,1
1. Händler und Fuhrwerksbe- sitzer	—	7,5	—	—	—	
2. Gastwirte	—	6,0	—	—	—	
3. Fabrikanten u. leitende Beamte	5,5	—	—	—	—	
4. Handwerks- meister	6,3	—	—	—	—	
5. Selbständige u. leitende Beamte (bei D auch Offiziere)	—	—	6,3	2,8	—	
Zusammen:	—	—	—	—	—	6,7

Innerhalb der nach der sozialen Stellung unterschiedenen drei Unterabteilungen (a—c) begegnen wir nur bei der großen Sammelgruppe „Selbständige Personen“ größeren Verschiedenheiten der Sterblichkeitsziffer. Die Maximalziffer entfällt auf die Gruppe der selbständigen Händler (7,5) und Handwerksmeister (6,3), also auf eine Gruppe, die mehr sozial als intellektuell höher steht als die Arbeitergruppe, die Minimalziffer dagegen bei der intellektuell am meisten ausgezeichneten Klasse der leitenden Beamten und Offiziere (2,8). Freilich müssen wir bedenken, daß in letzterer Klasse allerdings

auch die Kinderzahl am geringsten ist, deren verschiedene Höhe ebenfalls für die Differenzen der Sterbeziffern bei den einzelnen Berufsgruppen verantwortlich gemacht werden muß. Angesichts der sehr verschiedenartig zusammengesetzten Gruppe der Selbständigen kann es uns nicht wundern, daß schließlich die Gesamtsterbeziffer der Neugeborenen (6,1) bei dieser Gruppe größer ist, als bei der der mittleren Beamten (5,5 bei Gruppe b). Wie bei dieser, so sind auch innerhalb der untersten Gruppe der Arbeiter die Unterschiede der Sterbeziffern nur gering, deren Höhe außerdem nur unbedeutend die Gesamtsterbeziffer der Gruppe der Selbständigen übersteigt.

Nicht besser als durch dieses Ergebnis könnte die allgemeine Tatsache bewiesen werden, daß dem Einfluß der sozialen Faktoren auf die Sterblichkeit im ersten Monat die geringste Bedeutung zukommt.

VII. Die Sterblichkeit in den einzelnen Jahresmonaten.

Wie uns der territorial verschiedene Gang der Säuglingssterblichkeit in den einzelnen Jahresmonaten lehrt, läßt sich keine allgemein gültige Regel über den Einfluß der Jahreszeit auf die Säuglingsterblichkeit aufstellen. Dies ist natürlich bei der Sterblichkeit im ersten Monat noch weniger Fall, wie uns die darüber vorliegenden Untersuchungen bezeugen; deren Spärlichkeit uns allerdings zwingt, möglichst weit hierbei auszugreifen. Die ersten derartigen Untersuchungen sind von Quetelet¹⁾ in Belgien und von Lombard²⁾ in Frankreich angestellt worden, aus denen sich ergeben hat, daß in beiden Ländern die Sterblichkeit im ersten Monat im Frühling und Sommer am geringsten, im Herbst und Winter dagegen am höchsten ist. Ähnliche Verhältnisse führt Prinzing³⁾ auch für Italien in den Jahren 1872–80 an, doch macht sich hier bereits eine kleine Steigerung in den beiden Hochsommermonaten bemerkbar. Gerade umgekehrt hingegen ist der jahreszeitliche Verlauf der Sterblichkeit im ersten Monat in Sachsen,⁴⁾

1) Quetelet, De l'influence des saisons sur la mortalité etc. Brüssel 1838.

2) Lombard, Climatologie médicale, Vol. I, Paris 1880.

3) Prinzing, Handb. d. med. Statistik. Jena 1906. S. 296.

4) S. Geißler, Über die Sterblichkeit der Neugeborenen im 1. Lebensmonat. Zeitschr. d. K. S. Stat. Landesamtes Bd. 31, 1885; ferner Schloßmann, Studien über Säuglingssterblichkeit. Zeitschr. f. Hyg. u. Inf.-Kr. Bd. 24, 1897 und Lommatzsch, Die Säuglingssterblichkeit in Sachsen 1891–1900. Zeitschr. d. K. S. Stat. Landesamtes Bd. 47, 1901.

wo in jedem der untersuchten Zeiträume das Maximum auf den Sommer, das Minimum auf den Winter trifft. Neuere Angaben darüber finden sich nur in der sächsischen und dänischen Statistik, welche erstere jetzt sogar jene Schwankungen im ersten Monat nach Lebenswochen zergliedert, so daß wir ein vortreffliches Bild von der Entstehung des speziell in Sachsen am höchsten ansteigenden Sommermaximums erhalten.

In Anbetracht dessen, daß am 1. Lebenstage die Sterbenswahrscheinlichkeit am größten ist, sollte man erwarten, daß die geburtenreichsten Monate auch die höchsten Sterbeziffern am 1. Lebenstage, bzw. -Monat aufzuweisen haben. Dies ist jedoch weder in Sachsen noch in Dänemark der Fall:

Die Sterblichkeit am 1. Lebenstage in Beziehung zu der Häufigkeit der Geburten in den einzelnen Jahresmonaten.

Die tägliche Durchschnittsziffer für jeden auf 30 Tage reduzierten Monat = 100 gesetzt, so entfielen:

auf die Monate	Sterbefälle am 1. Lebenstage:			Geburten:			
	in Sachsen ¹⁾ 1901—05	in Dänemark ²⁾		in Sachsen ¹⁾ 1901—05	in Dänemark ²⁾		
		1880—1900	1901—05		1880—89	1890—1900	1901—05
Januar	93	102	93	99	100	100	98
Februar	95	105	102	103	106	105	103
März	97	101	104	100	108	106	107
April	102	106	102	101	106	104	107
Mai	118	113	115	101	102	101	103
Juni	115	113	107	103	98	99	100
Juli	115	103	106	103	94	97	97
August	108	93	98	100	97	100	100
September	95	88	90	103	102	102	102
Oktober	88	88	96	96	97	96	95
November	90	89	93	95	95	94	94
Dezember	92	99	94	96	95	96	94
Zusammen	1 200	1 200	1 200	1 200	1 200	1 200	1 200

Wir sehen vielmehr, daß in beiden Ländern der jahreszeitliche Verlauf der Sterblichkeit am 1. Tage trotz des verschiedenen Ver-

¹⁾ Lommatzsch, Die Bewegung der Bevölkerung usw. 1901—05. Zeitschr. d. K. S. Stat. Landesamtes Bd. 53, 1907.

²⁾ Befolkningsforholdene i Danmark i det 19. Aarhundrede. Kopenhagen 1905. Die Ziffern für 1901—05 sind von mir berechnet.

laufs der Geburtenziffer sich sehr ähnelt, indem die beiden Sterblichkeitskurven bis Mai ansteigen und bis Juli auf dieser Höhe verharren, um dann von Juli bis Oktober rasch abzufallen und mit Beginn des Winters wieder anzusteigen. Der Uranfang des sogenannten Sommergipfels tritt also bereits am 1. Lebensstage in Erscheinung, doch sagt uns das vorzeitige Maximum im Mai, daß eigentlich nicht die sommerliche Hitze hier die Ursache sein kann. Diese müssen wir deshalb in biologischen Momenten suchen, wobei wir zunächst nur auf die Vermutung angewiesen sind, daß unter den im vorhergehenden Spätsommer (also zur Zeit der Erntefeste, Manöver) erzeugten Kinder sich mehr Hinfällige befinden als sonst. Sicherlich sind darauf die monatlichen Schwankungen der Totgeburtenquote, die an und für sich nur gering sind, ohne Einfluß, denn der Prozentanteil der Totgeburten nimmt erst vom Juni an ab, um im Herbst, gleichwie die Sterblichkeit am ersten Tage, allgemein sein Minimum zu erreichen.

Nach dem 1. Lebenstage sehen wir, wie zu erwarten, den Sommergipfel in Sachsen von Woche zu Woche rasch ansteigen, bis er im dritten Lebensmonat im August sein Maximum, d. i. die doppelte Durchschnittshöhe (198 : 100), in Dänemark im 4. bis 6. Lebensmonat (mit 132 : 100) erreicht.

Der jahreszeitliche Verlauf der Sterblichkeit am 2. bis 30. Lebenstage.

Die tägliche Durchschnittsziffer für jeden Monat wieder = 100 gesetzt, so entfielen:

auf die Jahres- monate	Sterbefälle in den Lebenstagen					
	2.—7.	8.—14.	15.—21.	22.—30.	2.—30.	
	in Sachsen in den Jahren 1901—05				in Dänemark 1880—1900 1901—05	
Januar	99	85	72	83	99	96
Februar	101	85	78	88	103	104
März	98	78	73	63	100	91
April	102	83	80	80	102	106
Mai	99	85	86	80	98	99
Juni	108	104	107	104	95	100
Juli	113	127	132	129	100	99
August	105	152	171	179	111	117
September	99	145	154	141	115	117
Oktober	89	104	103	105	97	93
November	88	81	75	79	90	88
Dezember	99	71	69	69	90	90
Zusammen	1 200	1 200	1 200	1 200	1 200	1 200

Es ist klar, daß das Anwachsen des Sommergipfels durch das zunehmende Nachlassen des Stillens bedingt ist und daß Dänemark seinen viel niedrigeren Sommergipfel seinem maritimen Klima und der größeren Stillungshäufigkeit zu verdanken hat. Außerdem ist in Sachsen angesichts seiner überwiegenden Stadtbevölkerung der ungünstige Einfluß der Städte in Berücksichtigung zu ziehen, da der sommerliche Anstieg der Säuglingssterblichkeit bekanntlich fast ausschließlich eine Erscheinung der Städte ist. Wie begreiflich, lassen sich derartige detaillierte Berechnungen in bezug auf den ersten Monat nach Stadt und Land getrennt nur aus dem statistischen Urmaterial anstellen, welcher Aufgabe sich bisher nur Lombard in seinem bereits erwähnten Werke unterzogen hat. Wie seine Ergebnisse, die wir hier mitteilen, zeigen, ist der Unterschied zwischen Stadt und Land im Sommer am größten, weil zu dieser Zeit die Sterblichkeit im ersten Monat auf dem Lande ihren Tiefstand erreicht:

Von je 100 Sterbefällen im 1. Monat entfielen in Frankreich im Jahre 1854:

auf die Jahreszeit	in Stadt	in Land	Total
Winter	26,3	27,5	26,9
Frühling	23,4	24,5	24,0
Sommer	24,1	20,8	22,5
Herbst	26,2	27,2	26,6

Es ist selbstverständlich, daß wir auf Grund dieser wenigen erreichbaren Daten nicht zu entscheiden vermögen, ob die Hitze des Sommers oder die Kälte des Winters das Leben der Neugeborenen mehr gefährdet. Zur Klärung dieser alten Streitfrage wären in Berücksichtigung der in jedem Lande vorherrschenden und maßgebenden Faktoren viel ausgedehntere Untersuchungen nötig, zu denen wir hier nur die Anregung geben können.

VIII. Die Todesursachen im ersten Lebensmonat.

Angesichts der Dürftigkeit des hier vorliegenden statistischen Materials und in Anbetracht der Schwierigkeit der Diagnose muß es fast zu gewagt erscheinen, eine eigene Todesursachenstatistik der Neugeborenen aufzustellen. Da uns jedoch selbst die eingehendste Zergliederung der Sterbeziffern, wie wir bisher gesehen haben, nur in unvollständiger Weise über die ursächlichen Momente

ihrer verschiedenen Höhe in den einzelnen Ländern zu unterrichten vermag, so darf uns obiger Umstand nicht abhalten, das Wenige, das uns die Statistik darüber liefert, einer speziellen Betrachtung zu unterziehen. Selbstverständlich können wir hier nur die Angaben derjenigen Staaten verwerten, in welchen die ärztliche Beglaubigung der Todesursachen obligatorisch ist. Von diesen Staaten kommt nur die Schweiz, Italien und Dänemark in Frage, in denen allein die Todesursachen im ersten Monat besonders aufgezeichnet werden. Da jedoch die Verschiedenheit der Schemata keinen detaillierten Vergleich gestattet, so müssen wir uns hier darauf beschränken, die einzelnen Todesursachen nach einheitlichen Gesichtspunkten zu Gruppen zusammenzufassen.

Übersicht XVI.

Übersicht über die Todesursachen ¹⁾ im 1. Lebensmonat.
Von je 100 Lebendgeborenen starben im Durchschnitt der Jahre
1901—05:

an	in der Schweiz		in Italien		in Dänemark — Städte	
	Männlich	Weiblich	Männlich	Weiblich	Männlich	Weiblich
1. Angeborene Lebensschwäche	} 4,14	3,18	3,84	3,47	2,00	1,79
2. „ Bildungsfehler			0,16	0,14	0,40	0,30
3. Krankh. der Verdauungsorgane	0,96	0,69	0,83	0,71	0,89	0,67
4. Infektionskrankheiten	0,22	0,18	0,92	0,80	0,23	0,22
5. Krankheiten des Nervensystems	0,21	0,14	0,50	0,40	0,54	0,33
6. Krankheiten der Atmungsorgane	0,20	0,14	0,61	0,49	0,15	0,12
7. Kr. der Haut u. des Zellgewebes	0,05	0,04	—	—	0,03	0,03
8. Gewaltsamer Tod	0,04	0,04	0,007	0,005	0,04	0,03
9. Stoffwechselkrankheiten	0,010	0,008	—	—	0,001	0,006
10. Krankh. der Zirkulationsorgane	0,004	0,006	} 0,023	0,016	} 0,007	0,004
11. Krankheiten des Blutes	0,003	0,003				
12. Krankheiten der Harnwerkzeuge	0,004	0,002	—	—	0,001	—
13. Neubildungen	0,002	0,002	0,001	0,001	0,001	0,001
14. Krankheiten der Sinnesorgane	0,002	—	—	—	—	—
15. Krankheiten des Knochensystems	0,002	—	—	—	—	—
16. Andere innere Krankheiten	—	—	—	—	0,02	0,02
17. Unbestimmte Diagnose	0,07	0,06	—	—	0,16	0,12
18. Andere Todesursachen	0,34	0,27	0,50	0,40	0,14	0,12
Zusammen	6,24	4,76	6,65	5,79	4,82	3,74

¹⁾ Die Unterlagen für diese Berechnungen sind entnommen: Schweiz: Stat. Jahrb., Italien: Stat. della cause di morte, Dänemark: Dødsarsagerne i Kong. Danm. Byer. Da in dem letzteren Quellenwerk des Statskontoret for Sundhetsvaesenet die Lebendgeborenen nicht nach Geschlecht angegeben werden, so haben wir der Gesamtziffer das Geschlechtsverhältnis der diesbezüglichen Ziffern der

Wie schon anfangs erwähnt, entfällt der Hauptanteil der Sterbefälle auf die angeborene Lebensschwäche, auf deren verschiedene Häufigkeit namentlich die Unterschiede der Sterbeziffern in den ersten Lebensstagen zurückzuführen sind. An zweiter Stelle finden wir bereits die Krankheiten der Verdauungsorgane, deren auffallend gleichmäßige Höhe nur in Italien von den Infektionskrankheiten etwas übertroffen wird. Letzterer Anstieg läßt sich zusammen mit der größeren Sterblichkeit an Atmungskrankheiten dahin erklären, daß in Italien die Neugeborenen zu frühzeitig zur Taufe in die Kirchen geschleppt werden, wobei sie naturgemäß sowohl Erkältungen wie Ansteckungen in erhöhtem Maße ausgesetzt sind. Daß auch die Pflege der Neugeborenen in Italien noch zu wünschen übrig läßt, geht daraus hervor, daß die häufigste Infektionskrankheit derselben, wie wir speziell noch sehen werden, das Erysipel ist. Auffallend selten sind dagegen in Italien im Vergleich mit den beiden anderen Ländern die gewaltsamen Todesursachen, namentlich der kriminelle Kindsmord (durchschnittlich jährlich nur 5 Fälle), welche Erscheinung auf die dort häufig vorkommende Fruchtabtreibung zurückzuführen sein dürfte. Abgesehen von diesen Abweichungen in Italien treffen wir im allgemeinen bei den übrigen Todesursachen eine verhältnismäßig große Übereinstimmung ihrer Häufigkeit, trotzdem sehr verschieden hohe absolute Ziffern dieser Berechnung zugrunde liegen. Nehmen wir die Ziffern Dänemarks als Normalziffern an, so ergibt sich ein bedeutsamer Unterschied zwischen diesen und denen der übrigen Länder in der Hauptsache also nur bei der Sterblichkeit an angeborener Lebensschwäche, in Italien außerdem noch bei der Sterblichkeit an Infektionskrankheiten und Krankheiten der Atmungsorgane. Damit läßt sich wenigstens in diesen drei Staaten die Verschiedenheit der Sterbeziffern im ersten Lebensmonat in statistischer Hinsicht erklären. Als Ursache des auffallend häufigen Vorkommens der angeborenen Lebensschwäche in der Schweiz müssen wir nach dem Berichte des schweizerischen Gesundheitsamtes ¹⁾ den hohen Prozentsatz abnormer Geburten, die vielfachen Überanstrengungen der schwangeren Frauen auf dem Lande, die

Bevölkerungsstatistik, nach welcher das Geschlechtsverhältnis für die Städte 51,2 M auf 48,8 W beträgt, zugrunde gelegt. Die absoluten Geburts- und Sterbeziffern stimmen jedoch in beiden Quellenwerken nicht ganz überein.

¹⁾ Die Reform des Hebammenwesens in der Schweiz. Zeitschr. f. Schweiz. Statist. Heft 45, 1909.

dürftige Ernährung und vielleicht auch die große Zahl der Beckenverengerungen bezeichnen.

Was die Häufigkeit der einzelnen Krankheiten anbelangt, so können wir uns mit der Aufzählung der Infektionskrankheiten begnügen, zumal nur dem Auftreten dieser Krankheiten im ersten Monat eine größere biologische Bedeutung zukommt. Bei der Kleinheit der Ziffern müssen wir uns auf die Wiedergabe der absoluten Ziffern aus der ausführlichen italienischen Todesursachenstatistik beschränken:

Absolute Anzahl der Sterbefälle an Infektionskrankheiten im 1. Lebensmonat in Italien im Durchschnitt des Jahrfünfts 1901—05.

Zahl der Sterbefälle an:	Männlich	Weiblich	Zahl der Sterbefälle an:	Männlich	Weiblich
1. Erysipel	324	265	8. Pocken	39	28
2. Angeborene Syphilis	223	204	9. Masern	13	12
3. Tuberkulose	118	101	10. Typhus abd.	11	11
4. Influenza	103	78	11. Diphtherie	7	4
5. Keuchhusten	69	82	12. Scharlach	2	2
6. Tetanus traumaticus et rheumaticus	47	27	13. Sonstige	9	3
7. Malaria	45	35	1—13 zusammen	1010	852

Spezifisch für Italien ist das häufige und frühzeitige Auftreten von Erysipel, Tetanus, Malaria und Pocken, worauf wir die Mehrsterblichkeit an Infektionskrankheiten daselbst zurückführen können. Die eigentlichen Kinderkrankheiten, Masern, Scharlach und Diphtherie kommen dort wie anderwärts bei den Neugeborenen am seltensten vor, häufiger dagegen sind — abgesehen von der angeborenen Syphilis mit normalen Ziffern — die durch Erwachsene übertragbaren Krankheiten, wie Tuberkulose und Influenza, und ferner der Keuchhusten. Biologisch bedeutsam ist noch der Umstand, daß die allgemein zu beobachtende Mehrsterblichkeit der Mädchen an Keuchhusten schon im ersten Monat zutage tritt, also zu einer Zeit, wo die Hinfälligkeit der Knaben sonst durchweg viel größer ist. Jedenfalls beweist dieses Ergebnis, daß die Mädchen schon von Natur aus weniger widerstandsfähig gegenüber diesem Krankheitsgift sind als die Knaben.

Bei allen übrigen Krankheiten sind dagegen die Knaben mehr gefährdet als die Mädchen. Dabei ergeben sich sogar einige bemerkenswerte Übereinstimmungen wenigstens insofern, als das Sexualverhältnis bei den Infektionskrankheiten überall am

geringsten (in Italien außerdem noch bei der angeborenen Lebensschwäche), bei den Nervenkrankheiten aber am größten ist, wie aus folgender Tabelle ersichtlich ist:

Das Sexualverhältnis der Sterbeziffern bei den häufigsten Todesursachen im 1. Lebensmonat.

Die Sterbeziffern der Mädchen = 100 gesetzt, so starben Knaben:

an	in der Schweiz	in Italien	in Dänemark — Städte
1. Infektionskrankheiten	122	115	105
2. Angeborene Lebensschwäche	130	111	112
3. Krankheiten der Verdauungsorgane	139	117	133
4. Krankheiten der Atmungsorgane	143	124	125
5. Krankheiten des Nervensystems	150	125	164
An allen Krankheiten zusammen	131	115	129

In Anbetracht der verschiedenen Häufigkeit mancher Todesursachen in den einzelnen Lebensmonaten müssen wir noch den auf den ersten Monat treffenden prozentualen Anteil an der Gesamtsumme der Todesursachen des ersten Lebensjahres berechnen, wobei wir uns jedoch auf die wichtigsten Gruppen beschränken können.

Prozentualer Anteil der Todesursachen im 1. Monat an deren Gesamtsumme im 1. Lebensjahre.

Von je 100 Sterbefällen im 1. Lebensjahre an nachbezeichneten Krankheiten entfielen in dem Jahrfünft 1901—05 auf den 1. Monat:

Todesursachen	in der Schweiz		in Italien	
	Männl.	Weibl.	Männl.	Weibl.
1. Angeborene Lebensschwäche und Bildungsfehler	87,5	86,7	82,6	80,7
2. Krankheiten des Nervensystems	36,7	34,8	33,3	27,8
3. Gewaltsamer Tod	34,5	45,1	24,2	17,8
4. Krankheiten der Verdauungsorgane	21,4	19,1	15,7	14,4
5. Krankheiten der Atmungsorgane	12,9	10,9	22,4	21,2
6. Infektionskrankheiten	11,9	10,4	14,0	14,3
7. Unbescheinigte Todesursache	39,4	34,6	} 63,7	52,5
8. Unbestimmte Diagnose	29,8	27,7		
Sämtliche Todesursachen	42,3	39,4	38,0	36,4

Wir finden hier bestätigt, daß die Sterbefälle an den Krankheiten der Verdauungs- und Atmungsorgane sowie an den Infektionskrankheiten im ersten Monat nur einen verhältnismäßig geringen

Prozentsatz von deren Gesamtheit im ersten Lebensjahre ausmachen, indem nur $\frac{1}{10}$ bis höchstens $\frac{1}{5}$ dieser Sterbefälle auf den ersten Monat trifft. Dagegen können wir die Krankheiten des Nervensystems, namentlich die Krämpfe, zu den spezifischen Krankheiten des ersten Monats rechnen.

Schon aus diesen wenigen Ergebnissen können wir den Wert und die praktische Bedeutung einer zuverlässigen Todesursachenstatistik über die Sterbefälle im Säuglingsalter ersehen. Wenn diese Aufzeichnungen der Natur der Sache nach auch nur auf subjektiven Feststellungen beruhen, so gibt uns doch die ständige Wiederkehr mancher Erscheinungen den besten Fingerzeig, wo wir die ursächlichen Momente für die Verschiedenheiten der Säuglingssterbeziffern zu suchen haben. Erst mit Hilfe dieser Erkenntnis ist es uns möglich, die eigentlichen Gründe für die frühzeitige Entwicklung jener Unterschiede zu ersehen, auf deren Ausgleichung nach Möglichkeit hinzuarbeiten uns als das Endziel in dem Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit erscheinen muß.

Schlußbetrachtung.

Um die gegenwärtigen territorialen Verschiedenheiten der Sterblichkeit im ersten Lebensmonat in synoptischer Weise zur Darstellung zu bringen, haben wir die für das Jahrfünft 1901—05 gefundenen Hauptdaten, soweit sie die europäischen Staaten betreffen, in ihrem organischen Zusammenhang in folgender Tabelle nochmals einander gegenübergestellt, mit deren Hilfe wir die jedem Lande eigentümlichen Verhältnisse leicht überblicken können.

(Tabelle siehe nächste Seite.)

Von Ungarn, wo die Sterblichkeit, wie schon in der 1. Lebenswoche, so auch im 1. Monat am höchsten, dagegen in den späteren Monaten niedriger als in den deutschen Staaten ist, konnten wir nur erfahren, daß das Sexualverhältnis dieser hohen Sterbeziffern mit am geringsten ist und daher dem der Totgeburten am nächsten kommt. In Bayern, dessen ausführliche Medizinalstatistik die weitgehendste Detaillierung ermöglicht, trafen wir die höchste der von uns aufgezeichneten Sterbeziffern mit 13 Proz. bei den Unehelichen männlichen Geschlechts und — abgesehen von den fehlenden Ziffern Ungarns — die höchste Sterbeziffer in der 1. Dekade. Außerdem ist hier der Unterschied zwischen den Ziffern der Städte

Gesamtübersicht über die Sterblichkeit im ersten Lebensmonat in den europäischen Staaten in dem Jahrfünft 1901—05.

In den Staaten	Totgeburtens- quote	Gesamt- Sterbeziffer	Von je 100 Lebendgeborenen starben im Durchschnitt jährlich im 1. Lebensmonat:															
			nach Geschlecht				nach der Abkunft								in Stadt und Land			
			Männl.	Weibl.	Total	Eheliche	Eheliche		Uneheliche		Uneheliche		Stadt		Land			
			Männl.	Weibl.	Total	Männl.	Weibl.	Total	Männl.	Weibl.	Total	Ehel.	Un- ehel.	Total	Ehel.	Un- ehel.		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16			
1. Ungarn	2,00	8,67	9,53	7,76	7,92	8,99	6,77	11,65	13,00	10,25	6,87	6,19	10,07	8,71	8,24	12,60		
2. Bayern	2,88	8,38	9,49	7,21	7,92	8,96	7,01	9,91	11,01	8,85	6,87	6,19	10,07	8,71	8,24	12,60		
3. Österreich	2,66	8,26	9,23	7,25	8,01	8,96	7,01	9,91	11,01	8,85	6,87	6,19	10,07	8,71	8,24	12,60		
4. Württemberg	3,02	7,43	8,47	6,34	7,20	8,22	6,13	9,74	11,03	8,35	6,87	6,19	10,07	8,71	8,24	12,60		
5. Rußland (1901)	0,34	7,14	7,20	5,53	5,85	6,62	5,04	10,10	11,23	8,92	6,87	6,19	10,07	8,71	8,24	12,60		
6. Sachsen	3,39	6,39	7,16	5,45	5,85	6,62	5,04	10,10	11,23	8,92	6,87	6,19	10,07	8,71	8,24	12,60		
7. Baden	2,61	6,32	6,65	5,79	5,85	6,62	5,04	10,10	11,23	8,92	6,87	6,19	10,07	8,71	8,24	12,60		
8. Italien	4,29	6,23	6,65	5,79	5,85	6,62	5,04	10,10	11,23	8,92	6,87	6,19	10,07	8,71	8,24	12,60		
9. Preußen	3,08	5,68	6,30	5,02	5,35	6,30	5,14 ¹⁾	10,00	11,28 ²⁾	8,92	6,87	6,19	10,07	8,71	8,24	12,60		
10. Bulgarien(1901—04)	0,56	5,66	6,22 ¹⁾	5,14 ¹⁾	5,81 ²⁾	6,62	5,04	10,10	11,23	8,92	6,87	6,19	10,07	8,71	8,24	12,60		
11. Luxemburg	2,89	5,63	6,06	4,63	5,81 ²⁾	6,62	5,04	10,10	11,23	8,92	6,87	6,19	10,07	8,71	8,24	12,60		
12. Schweiz	3,49	5,51	6,24	4,76	5,81 ²⁾	6,62	5,04	10,10	11,23	8,92	6,87	6,19	10,07	8,71	8,24	12,60		
13. Spanien (1901—02)	2,38	4,93	5,51	4,76	5,81 ²⁾	6,62	5,04	10,10	11,23	8,92	6,87	6,19	10,07	8,71	8,24	12,60		
14. Frankreich	4,52	4,89	5,43	4,32	4,53	5,05	3,98	8,63	9,40	7,82	6,87	6,19	10,07	8,71	8,24	12,60		
15. Serbien	2,14	4,88	5,38	4,35	4,53	5,05	3,98	8,63	9,40	7,82	6,87	6,19	10,07	8,71	8,24	12,60		
16. Finnland	2,51	4,01	4,42	3,59	3,86	4,26	3,44	6,17	6,61	5,70	6,24	3,98	6,50	4,73	3,49	6,75		
17. Dänemark	2,37	3,92	4,40	3,42	3,62	4,09	3,12	6,57	7,08	6,03	6,24	3,98	6,50	4,73	3,49	6,75		
18. Belgien	4,35	3,89	4,21	3,42	3,58	3,54	2,69	7,11	6,55	4,85	4,00	2,82	5,45	3,61	3,53	6,73		
19. Hessen ³⁾	3,22	3,83	3,61	2,74	3,13	3,22	2,46	5,73	6,55	4,85	2,89	2,81	5,87	3,58	2,86	4,63		
20. Niederlande	4,08	3,15	3,49	2,72	2,85	3,22	2,46	4,90	5,61	4,62	3,44	2,81	5,87	3,58	2,86	4,63		
21. Schweden	2,51	3,12	3,49	2,72	2,85	3,22	2,46	4,90	5,61	4,62	3,44	2,81	5,87	3,58	2,86	4,63		
22. Norwegen	2,41	2,86	3,19	2,52	2,69	2,99	2,36	5,19	5,73	4,62	3,19	2,85	6,44	2,72	2,61	4,34		

¹⁾ 1901—03. ²⁾ 1902—03. ³⁾ Die erst jüngst veröffentlichten Angaben von Hessen konnten im Text leider nicht mehr berücksichtigt werden. Die kursiv gedruckten Ziffern beruhen auf abweichenden Erhebungen.

und denen des platten Landes relativ am größten, und zwar zugunsten der Städte, obgleich in den letzteren der Prozentsatz der Nichtgestillten nach Groth¹⁾ größer ist (außer in Oberbayern) als auf dem Lande. In Österreich ist der Unterschied zwischen den Sterbeziffern der ehelich und unehelich Geborenen am geringsten; die Ziffer der Ehelichen ist hier allerdings am höchsten, insbesondere die Sterblichkeit der Mädchen, während die Ziffer der Unehelichen kleiner ist als in den deutschen Staaten (Bayern, Sachsen und Preußen). In Württemberg, das mit Baden die höchste Sterblichkeit am 1. Lebenstage aufweist, ist der Geschlechtsunterschied der Sterbeziffer des ersten Monats am größten, dagegen wie in Österreich und Bayern der Unterschied zwischen der ehelichen und unehelichen Sterbeziffer mit am geringsten. In Rußland erhebt sich gleichwie in Sachsen die Sterblichkeit erst in den späteren Lebensmonaten über diejenige der übrigen europäischen Staaten, so daß wir hier den geringsten Prozentanteil der Sterbeziffer des ersten Monats an der Gesamt-Säuglingssterbeziffer antreffen. In Sachsen, wo infolge des charakteristischen Anstiegs der Sterblichkeit in der 2. Dekade das Durchschnittsalter der Gestorbenen am größten ist, konnten wir ersehen, daß der Einfluß der sozialen Faktoren auf die Sterblichkeit im ersten Monat nur gering ist und daß hier der Sommergipfel der Säuglingssterblichkeit schon im ersten Monat, ja sogar am 1. Lebenstage in Erscheinung tritt. In Baden ist die Sterblichkeit — allerdings bei sehr geringer Totgeburtenquote — nur in der 1. Woche hoch, doch macht sich auch hier noch ein Anstieg in der 3. Woche bemerkbar. Das auffallend geringe Geschlechtsverhältnis der Sterbeziffern in Italien müssen wir auf das häufigere Vorkommen von Infektionskrankheiten zurückführen, bei welchen Krankheiten — gleichwie bei der angeborenen Lebensschwäche — die Geschlechtsunterschiede am geringsten sind. In Preußen, wo die Sterblichkeit in der 1. Pentade andauernd höher ist als in Sachsen, ist der Unterschied zwischen den ehelichen und unehelichen Sterbeziffern nach Frankreich und Norwegen am größten, und zwar namentlich in den Städten, deren uneheliche Sterbeziffer, im Gegensatz zur ehelichen, die des platten Landes übersteigt. Entgegen allen übrigen Ergebnissen weist die Statistik von Bulgarien eine höhere Sterbeziffer in der zweiten Pentade auf als in der ersten, so daß wir

¹⁾ Groth, Amtsarzt und Säuglingssterblichkeit. Münch. med. Wochenschr. 1908, Nr. 2.

wohl berechtigt sind, die Vollständigkeit des statistischen Urmaterials anzuzweifeln.¹⁾ Nächst Italien sind hier die Geschlechtsunterschiede der Sterbeziffern am geringsten. In der Schweiz fanden wir eine relativ sehr hohe Sterbeziffer im ersten Monat und dementsprechend die angeborene Lebensschwäche als auffallend häufige Todesursache. In Spanien ließen sich nächst Serbien und Bulgarien viel zu geringe Unterschiede zwischen den Sterbeziffern der beiden ersten Pentaden feststellen, so daß wir auch hier auf eine unvollständige Erhebung des Urmaterials schließen müssen. Von Frankreich konnten wir, obgleich hier wie in Belgien und in den Niederlanden die Vergleichbarkeit der Sterbeziffern infolge der abweichenden Totgeburtenregistrierung sehr beeinträchtigt wird, in Erfahrung bringen, daß dort die Sterblichkeit namentlich in der 1. Pentade, bzw. Dekade mit am höchsten und die Sterblichkeit der Unehelichen trotz der hohen Totgeburtenquote fast doppelt so hoch ist als die der Ehelichen. In Serbien weichen die Ziffern für Stadt und Land am weitesten voneinander ab, indem die Städte eine fast um ein Drittel höhere Sterbeziffer aufweisen als das Land. Letztere Erscheinung dürfte damit zusammenhängen, daß die gesetzlichen Schutzmaßnahmen für gewerblich beschäftigte Frauen und Mütter in diesem Staate, in dem allein noch die Sterblichkeit des weiblichen Geschlechts höher ist als die des männlichen, noch sehr zu wünschen übrig lassen und daß infolgedessen die arbeitenden Frauen in den Städten ihren mütterlichen Pflichten weniger genügen können als die Frauen auf dem Lande.²⁾ In Finnland dagegen trafen wir wie in Bayern, Preußen und in den Niederlanden aus den schon angeführten Gründen eine geringere Sterblichkeit im ersten Monat in den Städten als auf dem Lande. Die finnische Statistik ist ferner die einzige, welche die Sterbefälle schon vom ersten Monat ab nach der Religion auszählt, doch ist für einen Vergleich die prozentuale Verteilung der Religionen zu sehr verschieden. Außerdem kommt

¹⁾ Die Unvollständigkeit scheint hier jedoch nur auf das platte Land beschränkt zu sein, denn es starben in Bulgarien (1902—03) von je 100 Lebendgeborenen:

in den Lebenstagen	in Stadt	in Land
1.— 5.	2,33	0,98(!)
6.—10.	1,61	1,47
11.—15.	1,06	1,18
16.—30.	1,76	2,03

²⁾ Wie in Bulgarien kommt natürlich hier außerdem die unvollständige Erhebung auf dem Lande in Betracht.

dem Einfluß der Religion hier nur eine sekundäre Bedeutung zu. Während in Dänemark die Sterblichkeit der ehelichen Neugeborenen in den Städten größer ist als auf dem Lande, lehrte uns die Statistik der Niederlande, daß mit abnehmender Größenklasse der Städte die Sterbeziffern im ersten Monat zunehmen. Bei der Kleinheit der dänischen absoluten Ziffern ist freilich ein Zufall nicht ausgeschlossen. In Schweden, wo wir — abgesehen von Norwegen — in jeder Kombination die niedrigsten Ziffern fanden, ergibt sich nur ein bemerkenswerter Unterschied zwischen den Ziffern für Stadt und Land, der dadurch entsteht, daß die Städte durch die höhere Sterblichkeit der unehelich Geborenen, die dort ein Fünftel aller Geborenen ausmachen, mehr belastet werden als das Land. Die Ziffern von Norwegen endlich führen uns die zurzeit günstigsten Verhältnisse vor Augen, mit denen wir die natürliche Norm des Ablaufs der Sterblichkeit im ersten Monat ansehen können. Wie uns aber die noch eingeschobenen Ziffern von Hessen, die den skandinavischen Verhältnissen, wenigstens im ersten Monat, am nächsten kommen, erkennen lassen, dürfen wir uns mit einiger Gewißheit der Hoffnung hingeben, daß es auch in manchen deutschen Gebieten möglich sein wird, diese Norm zu erreichen, je mehr wir darauf hinarbeiten, schon vor, während und nach der Geburt das Leben unserer Neugeborenen zu beschirmen und zu erhalten.

Da wir in dieser Arbeit auf eine Wiedergabe der unseren Berechnungen zugrunde liegenden absoluten Ziffern durchwegs verzichten mußten, so lassen wir zum Schlusse eine Zusammenstellung derjenigen amtlichen Quellenwerke folgen, aus denen wir unser Material entnommen haben.

„Statistique internationale du mouvement de la population“,
Paris, 1907;

Dieses umfassendste Quellenwerk bietet die Angaben für Rubrik 1 und 2 in letzter Tabelle, jedoch nicht überall vollständig für das ganze Jahrfünft.

Baden: „Die Bewegung der Bevölkerung“, alljährlich in den „Stat. Mitteilg.“

Bayern: „Generalberichte der Sanitätsverwaltung“, alljährlich.

Belgien: „Annuaire statistique“.

Bulgarien: „Mouvement de la population“, alljährlich.

Dänemark: „Aegteskaber, Fødte og Døde“ (Mariages, Naissances et décès)
1901—05 und „Dødsårsagerne“, alljährlich.

Finnland: „Befolkningsstatistik“ Nr. 36, 38, 40.

Frankreich, „Mouvem. de la population“, alljährlich, und „Annuaire statistique“.

Hessen, Statist. Handbuch, II. Ausgabe 1909.

- Italien: „Statistica delle cause di morte“, alljährlich; in dem „Movimento della popolazione“ wird die Säuglingssterblichkeit nicht mehr nach Monaten zergliedert.
- Luxemburg: „Mouvem. de la population“, 1891—1902, 1903, 1904—05.
- Niederlande: „Loop der bevolking“, alljährlich.
- Norwegen: „Folkemaengdens Bevaegelse“; nähere Angaben über die Säuglingssterblichkeit befinden sich nur in den fünfjährigen Resumeen, für die Jahre 1901—05 in den „Meddelelser fra det Stat. Centralbureau 1909, Nr. 5.
- Österreich: „Die Bewegung der Bevölkerung“, alljährlich.
- Preußen: „Geburten, Eheschließungen und Sterbefälle“, alljährlich.
- Rußland: „Mouvement de la population“, alljährlich. (Russisch.)
- Sachsen: „Die Bewegung der Bevölkerung 1901—05“ in Zeitschr. d. K. Sächs. Stat. Landesamtes, Bd. 53, 1907.
- Schweden: „Befolkningsstatistik“, alljährlich.
- Schweiz: „Die Bewegung der Bevölkerung“, alljährlich, und „Statistisches Jahrbuch“.
- Serbien: „Statistique du Royaume de Serbie“, Vol. 21, enthaltend Mouvem. de la population 1900—1905. (Serbisch.)
- Spanien: „Movimiento de la poblacion“, alljährlich.
- Ungarn: „Ung. Stat. Mitteilg.“ Bd. 7 und 21, enthaltend „Bewegung der Bevölkerung 1900—02, bzw. 1903—05“; und „Ung. Stat. Jahrb.“
- Württemberg: „Die Bewegung der Bevölkerung“, alljährlich in den Württ. Jahrb. f. Landeskunde u. Statistik.
- Japan: „Mouvement de la population“, alljährlich.
- Neu-Süd-Wales: „Vital statistics“.
- Victoria: „Statistical register“.
- Queensland: „Vital statistics“.
- West-Australen: „Statistical register“.
- Neu-Seeland: „Statistics of the colony of New-Zealand.“

Städtische Krankenanstalten im Lichte vergleichender Finanzstatistik.

Von Dr. OTTO MOST,
Direktor des Statistischen Amtes der Stadt Düsseldorf.

Inhalt:

I.—IV. Einleitung:

- I. Die Zunahme der gemeindlichen Ausgaben in Deutschland überhaupt und für Krankenhauswesen insbesondere.
 - II. Bedeutung und Schwierigkeiten vergleichender Finanzstatistik der öffentlichen Krankenanstalten.
 - III. Bisherige Versuche.
 - IV. Die Düsseldorfer Erhebung vom Jahre 1908.
- V.—VII. Ein neuer Beitrag zur vergleichenden Finanzstatistik öffentlicher Krankenanstalten.
- V. Vorbemerkungen.
 - VI. Die Ausgaben.
 - VII. Die Einnahmen.

I. Die Zunahme der gemeindlichen Ausgaben in Deutschland überhaupt und für Krankenhauswesen insbesondere.

Das Interesse an der statistischen Erfassung des Finanzwesens der Gemeinden und ihrer einzelnen Einrichtungen ist heute ein allgemeines. Es ist gewachsen mit der gemeindlichen Tätigkeit selbst, die sich in den letzten Jahrzehnten auf allen Gebieten geistiger, körperlicher und wirtschaftlicher Fürsorge in vordem ungeahnter Weise entfaltet hat. Ihren sinnfälligsten Ausdruck findet diese Entfaltung in der Zunahme, die die Summe der in der Gemeindeverwaltung nutzbar werdenden finanziellen Kräfte erfahren hat.

Die gesamten Ausgaben der preußischen Städte mit mehr als 10 000 Einwohnern z. B. betragen

1876	227 Mill. M.
1891	396 „ „
1907	1425 „ „;

die Summe der Ausgabenbudgets aller deutschen Gemeinden (Land und Stadt) mit mehr als 10 000 Seelen stellte sich 1907 nach der Erhebung des Reichsschatzamtcs auf 1971 Mill. M. Davon entfielen, um das gleich hier hervorzuheben, nicht weniger als rund 150 Millionen = 7,64 Proz. auf Zwecke der Armen- und der Krankenpflege.¹⁾ Die reine Ausgabe für den letztgenannten Zweck, also abzüglich der entsprechenden Einnahmen, belief sich auf rund 100 Millionen, d. h. auf etwa ebensoviel wie die Ausgaben für die Bauverwaltung und für die Schuldenverwaltung betragen. Dabei ist zu berücksichtigen, daß die Verzinsung der Anleihen für Krankenhausbauten wohl vorwiegend bei der Schuldenverwaltung und nicht bei der Krankenhausverwaltung als Ausgabe erscheint.

Die Zunahme der Bevölkerung, die Fortschritte und das zielbewußte Vorgehen der wissenschaftlichen Heilkunde, das zunehmende Hand in Handarbeiten von Technik und Medizin, die steigende und allmählich in alle Kreise des Volkes dringende Überzeugung von der Bedeutsamkeit der wirtschaftlichen Güter, die zu erhalten einer geordneten Krankenpflege Pflicht und Aufgabe ist, nicht zuletzt schließlich Geist und Vorschrift der Sozialversicherungsgesetzgebung haben im Haushalt der deutschen Kommune neben der ihnen gesetzlich auferlegten Armenkrankenpflege auch der Krankenpflege schlechthin mit Recht einen ständig wachsenden Raum angewiesen.

Bei dem höchst mangelhaften Material, das auf dem Gebiete der Gemeindefinanzstatistik bislang vorliegt, und das namentlich versagt, sobald ein Eindringen in die Spezialisierung der gemeindlichen Einnahmen und Ausgaben in Frage steht, hält es schwer, die Bedeutung der bezeichneten Entwicklung für die Gemeindefinanzen ziffermäßig klarzustellen. Ein Blick aber auf den Etat einer beliebigen größeren Stadt beweist sie schon zur Genüge, und zur Illustration können doch immerhin einige Zahlen aus der Statistik der größeren Städte herangezogen werden. Unter den preußischen Städten, die bei der Volkszählung 1900 mehr als

¹⁾ Eine Ausscheidung der Krankenpflege allein ist nicht möglich.

25 000 Seelen zählten, gab es ¹⁾ 1891 24 ohne Kommunalheilanstalten, 1901 waren 19, 1910 aber soweit bekannt nur noch 14, worunter 2 Universitätsstädte und 9 rheinisch-westfälische Industrieorte, die in den letzten Jahren in übergroßer Schnelle emporgewachsen sind, ohne daß mit gleicher Beschleunigung den neuen Bedürfnissen auf gesundheitlichem Gebiet entsprochen werden konnte.

Die laufenden Aufwendungen der 10 größten preußischen Städte allein für ihre kommunalen Krankenhäuser betragen ²⁾ nach den Etats von 1908 rund 20 Mill. M.; der reine Zuschuß (nach Abzug der entsprechenden Einnahmen) rund 12 Mill. M., der Zuschuß zur Krankenpflege überhaupt rund 16,5 Millionen. Dabei sind die Aufwendungen für Pflege, Genesungs-, Siechen- und ähnliche Heime, sowie für Präventivfürsorge noch nicht einmal mit einbegriffen.

Von den Anleihen, die 22 deutsche Großstädte in den 3 Jahren 1904—1906 in Höhe von insgesamt 682 000 000 M. aufgenommen haben, waren für den Bau von Heil- und Pflegeanstalten allein 78 Millionen = 11,49 Proz. der Summe bestimmt: ³⁾ diese Quote ist noch höher in den größten Städten; die 8 einwohnerreichsten preußischen Städte (unter Außerachtlassung von Hannover und Stettin, für die Material nicht vorliegt) haben in den genannten 3 Jahren von insgesamt 430 Mill. M. aufgenommener Anleihen nicht weniger als 65 Millionen = 14,18 Proz. für Heil- und Pflegeanstalten bestimmt. Die Höhe dieser Beträge kann freilich nicht wundernehmen, wenn man sich die Baukosten einiger letzt-hin errichteter großstädtischer Krankenhäuser vergegenwärtigt. Während das 1872 erbaute Krankenhaus Berlin-Moabit mit ca. 1000 Betten nur 2,5 Mill. M. gekostet hat, beliefen sich die Errichtungskosten ausschließlich Grunderwerb des neuen Charlottenburger Krankenhauses (errichtet 1904) mit nur 600 Betten auf rund 6,2 Mill. M., der Düsseldorfer allgemeinen städtischen Krankenanstalten (eröffnet 1907) auf rund 7 Mill. M., des Berliner Virchow-Krankenhauses (eröffnet gleichfalls 1907) auf rund 18 Mill. M. bei rund 2000 Betten.

¹⁾ Nach Grotjahn, Krankenhauswesen und Heilstättenbewegung im Lichte der sozialen Hygiene. Leipzig 1908, S. 24.

²⁾ Nach einer Aufstellung des Verfassers.

³⁾ Nach den Mitteilungen des Statistischen Amtes der Stadt Nürnberg in seiner Veröffentlichung „Anlehenswesen in deutschen Großstädten“ (1907).

II. Bedeutung und Schwierigkeiten vergleichender Finanzstatistik der öffentlichen Krankenanstalten.

Angesichts all dessen ist es nicht verwunderlich, daß bei dem allgemein steigenden Interesse für vergleichende Finanzstatistik auch das spezielle Interesse für eine vergleichende Statistik der gemeindlichen Ausgaben für Krankenpflege, insonderheit für Krankenhäuser, die ja meist den Kernpunkt jener bilden, gestiegen ist.

Dieses Interesse ist vielfach und geht von den verschiedensten Gesichtspunkten aus. Was für die Gemeindefinanzstatistik im allgemeinen gilt, das gilt auch und zum Teil sogar ganz besonders für die Finanzstatistik der Gemeindekrankenanstalten. Diese hat zunächst wesentliche Bedeutung für die Wissenschaft, die in ihr eine wichtige Unterlage für die Durchforschung des gemeindlichen Krankenhauswesens überhaupt findet. Das Rückgrat jeder Verwaltungstätigkeit bilden die Finanzen, und darum kann die Durchforschung irgendeines Teiles jener einer genauen Untersuchung der finanziellen Verhältnisse nicht entraten.

Nicht weniger von Bedeutung aber ist die Finanzstatistik der gemeindlichen Krankenanstalten in ihren Vergleichen und Zusammenfassungen für die Praxis und zwar nach zwei Seiten. Einerseits hat an einer klaren Erkenntnis der finanziellen Verhältnisse ein berechtigtes Interesse die Gesamtheit der Gemeindemitglieder,¹⁾ die den wesentlichsten Teil der zur Erhaltung des Krankenhauses erforderlichen Mittel durch ihre offenen oder versteckten Steuern aufbringen und als Gegenleistung eine Kontrolle über die Verwendung der öffentlichen Gelder verlangen dürfen. Ähnlichen Motiven entspringt das Interesse der den Gemeindeverwaltungen übergeordneten Behörden, am intensivsten aber ist dasjenige der Gemeindeverwaltungen selbst, die in der Finanzstatistik ein Kontrollmittel haben, mit dessen Hilfe sie erkennen:

1. Ob der Betrieb des eigenen Krankenhauses sich so ökonomisch gestaltet, wie nach Lage der örtlichen Verhältnisse zu erwarten war;

2. Mit Aufwendung welcher Mittel andere Gemeinden ähnliche Aufgaben erreichen.

Vor allem aber kann erst eine auf Spezialisierung und Ver-

¹⁾ Vgl. Grotjahn, a. a. O., S. 101.

gleichung aufgebaute statistische Durchdringung des Krankenhausbetriebes zeigen, welches die Ursachen der hohen oder niedrigen Einnahmen und Ausgaben am letzten Ende sind, und lehrt ebenso oft, wo es zu reformieren heißt, als wo es falsche Anschauungen über die angeblich zu teuren Betriebe zu revidieren gilt.

Man darf wohl unumwunden sagen, daß eine gute Verwaltungspolitik sich nur aufbauen kann auf einer guten Finanzpolitik, diese aber wiederum nur auf einer guten Finanzstatistik.

Wenn aber so die Bedeutung und der Wert einer guten Finanzstatistik groß ist, so nicht geringer die Gefahr einer schlechten. Es gibt vielleicht heute kaum ein Gebiet geistiger Tätigkeit, auf dem Leichtfertigkeit, Unwissenheit und Gewissenlosigkeit mehr sündigen, als auf dem Gebiete der Statistik. Weil dem so ist, benutze ich mit besonderer Freude die Gelegenheit, in dieser Zeitschrift, die ja nicht zuletzt dem so wünschenswerten Ausbau der Statistik in einer ganz bestimmten Richtung dient, die Schwierigkeiten der gemeindlichen Finanzstatistik im allgemeinen und im besonderen nachdrücklich zu unterstreichen.

Jede vergleichende Statistik beruht auf der Gegenüberstellung analoger, d. h. solcher Massen, die im Sinne der besonderen Aufgabe gleiche Merkmale aufweisen. Zur Statistischen Kunst gehört es zum ersten, zu erkennen, welche Massen im einzelnen als analog angesehen und verglichen werden können; zum anderen aber heißt es, auf Grund solcher Erkenntnis in jedem Falle möglichst zahlreiche analoge, d. h. also vergleichbare Zifferreihen in den Kreis der statistischen Beobachtung zu ziehen, denn je weiter dieser ist, um so zuverlässigere Ergebnisse verbürgt die sich darauf aufbauende Forschung. Der immer wiederkehrende Fehler in dem, was so oft Statistik genannt wird, tatsächlich aber nur die mechanische Zusammenstellung von Zahlen bedeutet, beruht darin, daß Zifferreihen miteinander verglichen werden, die ihrem ganzen Wesen nach doch unvergleichbar sind.

Es gibt nichts Irrigeres als wenn man nach dem Vorgange eines im übrigen hervorragenden Fachmannes (Czoernig) meint, es sei zu einer vergleichenden Finanzstatistik nur erforderlich, daß die Summen der Einnahmen und Ausgaben als „große maßgebende Faktoren“ gegenübergestellt werden. Gerade die Gegenüberstellung lediglich solcher „großen Faktoren“ ist von jeher eine nie versiegende Quelle des Mißverstehens und des Mißbrauchs gewesen; wie auf allen Gebieten der Gemeindefinanzstatistik so auch nicht

zum wenigsten in der Finanzstatistik der Krankenanstalten. Wie oft stellt der oberflächliche Beobachter aus den Etats einzelner Städte z. B. die Zuschüsse zusammen, die hier und dort von den Gemeinden für ihre Kranken geleistet werden; er zieht daraus gegebenenfalls weitgehende Schlüsse, ohne zu bedenken, daß bei der einen Stadt in der Summe der Ausgaben die Aufwendungen für den Schuldendienst mit enthalten sind, bei der anderen nicht; daß die Erstattung der Armenverwaltung in der einen Stadt nach diesem, in der anderen nach jenem Prinzip behandelt werden, hier in den Etats der Krankenanstalten als Einnahmen erscheint, dort nicht: Momente, die es mit sich bringen, daß der etatsmäßige „Zuschuß“ bei der einen Stadt etwas ganz anderes bedeutet, als bei der anderen. Der gewissenhafte Statistiker wird nur dann Vergleiche ziehen, wenn er überzeugt ist, daß das, was hier und dort eine gleiche Bezeichnung trägt, auch hier und dort gleichen Inhalt aufweist. Er wird sich aber selbst damit nicht begnügen. Es gilt bei einer vergleichenden Finanzstatistik nicht nur Ziffern gegenüberzustellen, sondern auch, sie richtig zu charakterisieren. Ist doch Statistik, wie ich an anderer Stelle¹⁾ dargetan habe, nichts anderes als die „Methode, die durch Vergleichung zahlenmäßig exakt erfaßter Tatsächlichkeiten zur Erkenntnis des quantitativen Wesentlichen (Charakteristischen) führt.“ Es besagt nur sehr wenig, wenn ich wirklich weiß, daß die eine Stadt so viel, die andere Stadt so viel für ihre Krankenanstalt aufwendet, solange ich nicht gleichzeitig erkennen kann, wodurch diese Aufwendungen entstehen und wodurch sie gedeckt werden. Können doch, um wieder nur einiges beispielsweise hervorzuheben, die in der Summe völlig gleich hohen Ausgaben zweier Krankenanstalten in ihrem Wesen völlig voneinander verschieden sein, je nachdem sie mehr oder weniger auf den ärztlichen oder auf den wirtschaftlichen Betrieb entfallen, tragen die Einnahmen ein finanz- und allgemein kommunalpolitisch völlig anderes Gepräge, je nachdem sie mehr oder weniger dem eigentlichen Betriebe, eigenem Vermögen, Stiftungen oder schließlich der Zuschußpflicht der Kämmereikasse entspringen. Neben der sorgfältigen Auswahl und Erkenntnis des Vergleichbaren ist darum zweckentsprechende Spezialisierung erste Bedingung einer brauchbaren Gemeindefinanzstatistik überhaupt wie einer Statistik der Krankenhausfinanzen insbesondere.

Beides aber verlangt die Erfüllung mehrerer Voraussetzungen:

¹⁾ Most, Die Gemeindefinanzstatistik in Deutschland. Leipzig 1910, S. 6.

1. Eingehende Kenntnis der statistischen Methoden — sie ist seltener, als man angesichts der Menge der statistischen Dilettanten annehmen sollte und erfordert ein eingehendes Studium.

2. Genaue Sachkenntnis der mit dieser Methode zu erfassenden Verhältnisse — in unserem Fall also Kenntnis des Wesens, der Bedeutung und des Betriebs der Krankenhäuser, der Aufgaben und des Wesens der allgemeinen Gemeindeverwaltung, sowie der für die Höhe der Einnahmen und Ausgaben irgendwie belangreichen örtlichen Verhältnisse.

3. Bereitwilligkeit der Krankenhausverwaltungen, das nötige Material zur Verfügung zu stellen, denn es ist ein großer und folgenreicher Irrtum, wenn man glaubt, aus den Etats oder gedruckten Rechnungsaufstellungen der Städte oder der Krankenanstalten insbesondere wirklich vergleichbare Ziffern herauslesen zu können; eine einwandfreie Vergleichung muß vielmehr durch Einsicht in die Originalrechnungen oder aber durch eine Umfrage ad hoc an die Quelle selbst gehen. Nur so ist es möglich, die einzelnen Positionen so detailliert zu erfassen, daß die Gleichwertigkeit der verglichenen Ziffern außer Zweifel steht.

4. Für den Fall, daß auch nur eine der Voraussetzungen zu 1—3 nicht eintrifft, die Fähigkeit, auf die beabsichtigte Vergleichung zu verzichten und Entsagung zu üben. Gegen diese Forderung wird nur zu oft verstoßen, weil der danach notwendige Verzicht auf die Durchführung einer vielleicht schon liebgewonnenen Idee häufig allzu schwer fällt. Die Wissenschaft aber erfordert dieses Opfer, und nur wer sich dazu bereit findet, ist ihrer wert und darf hoffen, sie dauernd zu fördern und zu bereichern.

III. Bisherige Versuche.

Vor allem der Schwierigkeit, das notwendige Vergleichsmaterial sich zu beschaffen — gerade über diese Seite der gemeindefinanzstatistischen Arbeit habe ich mich an anderer Stelle¹⁾ ausführlicher ausgelassen — ist es zuzuschreiben, daß der Stand der Krankenhausfinanzstatistik noch heute ein nur höchst bescheidener ist, trotz mancher Versuche, die nach dieser Richtung hin schon angestellt worden sind. Es dürfte von Interesse sein, einmal im Zusammenhange diese bisherigen Leistungen an sich vorüberziehen zu lassen, zumal die Reihe nicht allzu lang ist. Selbstverständlich

¹⁾ a. a. O., S. 12 ff.

können dabei nur solche Arbeiten berücksichtigt werden, die im Druck vervielfältigt und dadurch allgemein zugänglich geworden sind. —

Zunächst sind zwei Veröffentlichungen zu erwähnen, die zwar nicht vergleichende Finanzstatistik sind, d. h. nicht die Verhältnisse einer Reihe von Anstalten einander gegenüberstellen, sondern die vielmehr die Kostenentwicklung einer einzelnen Anstalt für einen größeren Zeitraum behandeln. Die ältere dieser Arbeiten stammt aus dem Jahre 1902 und ist in den Dresdener Ratsdrucksachen 1903 als Nr. 8 erschienen und stellt eine „Statistische Untersuchung über die Ursachen der ungewöhnlichen Steigerung der Ausgaben für das Dresdener Stadt-, Irren- und Siechenhaus“ dar. Verfasser ist der damalige Direktor des Statistischen Amtes der Stadt Dresden, Dr. Wiedfeldt. Die Arbeit zeichnet sich aus durch die scharfe Logik, mit der sie in methodisch unantastbarer Weise nach kurzer Skizzierung der Entwicklung des Siechenhauses und seiner Kosten an der Hand statistisch-historischer Tabellen alle möglichen Ursachen der Aufwandsteigerung betrachtet, ausscheidet oder in ihrer Bedeutung bestimmt. Das dem Bericht angehängte Obergutachten des Stadtbezirksarztes bestätigt vom Standpunkte des Praktikers das zutreffende der vom Statistiker angestellten Ermittlungen und gezogenen Schlüsse. Die Ergebnisse der Untersuchung geben einen Beweis dafür, wie eine zunächst „ungewöhnlich“ scheinende Vermehrung der Ausgaben sich an der Hand eingehender statistischer Untersuchungen auf sehr natürliche Weise erklärt:

Die Stadt Dresden hatte im Jahre 1890 für die Anstalt 253 650 M., im Jahre 1901 aber 540 268 M. Zuschuß zu leisten gehabt. Die Steigerung betrug also in einem Jahrzehnt 286 600 M. Wiedfeldt zeigt, daß diese Steigerung durch folgende drei Momente verursacht worden ist:

1. durch die Zunahme der Einwohnerschaft im Betrage von 142 900 M. = 49,8 Proz.

2. durch die darüber hinausgehende Frequenzsteigerung im Betrage von 98 900 = 34,5 Proz.

3. durch Rückgang der Anstaltseinnahmen und Steigerung der Anstaltsausgaben (vorwiegend infolge der Anstaltsvergrößerung und Besoldungs- und Lohnaufbesserung) im Betrage von 44 800 M. = 15,7 Proz.

Dies sind im wesentlichen Momente, welche der Beeinflussung durch die Anstaltsleitung kaum unterliegen, und die weitere Kon-

sequenz der Untersuchung geht infolgedessen dahin, daß auch künftig keine wesentlichen Einschränkungen der Ausgaben zu erwarten sind. Ein Ergebnis, das für die weitere Stellungnahme der städtischen Körperschaften zur Finanzierung der Anstalt natürlich von entscheidender Bedeutung sein mußte.

Ähnliche Bahnen wandelt die nach dem Dresdener Muster vom statistischen Amt der Stadt Barmen im Jahre 1907 veröffentlichte Arbeit über die Entwicklung des Etats der Barmer Krankenanstalten in dem Zeitraum 1885—1905.¹⁾ Auch hier gelingt es, durch geeignete Zahlengruppierungen den Einfluß derjenigen Momente auf die Finanzgebarung klar zu stellen, die dem Einflusse der Verwaltung völlig entrückt sind, deren Einwirkungsmöglichkeit damit zu bestimmen und den verbleibenden Rest der Kostensteigerung durch die Klarlegung seiner Bestandteile in zweckentsprechender Weise zu charakterisieren.

Beide Arbeiten aber — die Dresdener wie die Barmer —, so wertvoll sie für den einzelnen Fall und die einzelne Anstalt bzw. Gemeinde sein mögen, haben doch darüber hinaus nur Bedeutung als Muster für ähnliche Untersuchungen anderorts und als warnendes Beispiel, nicht etwa aus den Tatsachen der Kostenveränderung allein schon Schlüsse auf die Güte der Verwaltung zu ziehen. Unmittelbare allgemeine Bedeutung hat dagegen nur die interlokale, vergleichende Statistik, die freilich auch weit schwieriger ist, weil der Bearbeiter gezwungen ist, auch Verhältnisse zu behandeln, die seiner unmittelbaren Anschauung entrückt sind.

Den ersten Versuch nach dieser Richtung scheint im Jahre 1903 der um die Preußische Medizinalstatistik hochverdiente A. Guttstadt gemacht zu haben, in einer Arbeit, die allerdings nicht im Buchhandel erschienen ist, sondern lediglich für die Staatsverwaltung und die Volksvertretung Preußens gefertigt war, um damit Material zur Beurteilung der Verhältnisse in den Universitätskliniken zu gewinnen.²⁾ Die Zusammenstellung, die offenbar auf einer besonderen Umfrage beruht, umfaßt 66 deutsche Krankenanstalten, für die die Gesamtausgaben ermittelt und in Individual- und Kurkosten einer-, Verwaltungskosten andererseits geschieden worden sind. Dabei wird ein wesentliches Moment der Unvergleichbarkeit in den Ausgabesummen bereits dadurch ausgeschieden,

¹⁾ Beiträge zur Statistik der Stadt Barmen. Heft 3. Barmen 1907, S. 61 ff.

²⁾ Die Universitätsstädte und die Universitätskliniken in Preußen. Berlin 1903.

daß ausdrücklich die Zinsen für die Anlagekapitalien außer Ansatz gelassen werden. Der Hauptmangel der Arbeit aber beruht in der zu geringen Spezialisierung, infolgedessen die einzelnen Ziffern kritisch nicht durchgeprüft werden konnten und unbesehen aufgenommen worden sind. Die Differenzen der einzelnen Anstalten in den Kosten auf den Verpflegungstag sind denn auch zum guten Teil aus natürlichen Ursachen nicht zu erklären, und Grotjahn,¹⁾ der im übrigen für Guttstadt's Verdienste warme Worte findet, hat Recht, wenn er meint, daß die vorhandene Ungleichmäßigkeit eine unmittelbare Vergleichbarkeit der Zahlen nicht gestattet, geschweige denn erlaubt, auf die Wirtschaftlichkeit der einzelnen Verwaltungen Schlüsse zu ziehen. Recht anfechtbar ist insbesondere auch das Schema, das der Bearbeiter aufgestellt hat zur Errechnung der „Individual- und Kurkosten pro Verpflegungstag“, wonach zu letzteren gerechnet werden:

100	Proz.	der	Ausgaben	für	Krankenbeköstigung,
75	„	„	„	„	Arzneien und Heilmittel,
90	„	„	„	„	Bekleidung, Wäsche und Lagerung,
50	„	„	„	„	Wasserverbrauch,
55	„	„	„	„	Reinigung und Desinfektion,
50	„	„	„	„	Heizung und Feuerung.

Abgesehen davon, daß es sehr fraglich erscheint, ob gerade diese Quoten den tatsächlichen Verhältnissen nahe kommen, hat eine solche künstliche Bildung von Vergleichsziffern an und für sich vor allem darum große Bedenken, weil die Verhältnisse nach dieser Richtung in jeder Anstalt, und zwar zum Teil sehr beträchtlich, verschieden sind.

Derselbe Autor hat einige Jahre später in der Zeitschrift für Soziale Medizin, Medizinalstatistik, Arbeiterversicherung, Soziale Hygiene und die Grenzfragen der Medizin²⁾ eine weitere Zusammenstellung über die Kosten eines Verpflegungstages in städtischen Krankenhäusern Preußens veröffentlicht; aber auch hier erregen die außerordentlich großen Differenzen, für die wenigstens zum großen Teil natürliche Erklärungen nicht beizubringen sind, Bedenken gegen die Vergleichbarkeit der Ziffern. Allerdings sind sie eigens zum Zwecke der Vergleichung erhoben und nebeneinander gestellt; aber aus der Veröffentlichung geht nicht hervor, in welcher

¹⁾ a. a. O., S. 101.

²⁾ Bd. I, 1906, S. 24 ff. (Guttstadt, Die Betriebskosten der öffentlichen Heilanstalten und die Verpflegungssätze für Kranke).

Weise gefragt worden ist. Eine wirkliche Garantie für das Zutreffende der Ziffern ist nicht gegeben.

Noch viel weniger ist dies der Fall hinsichtlich der Zusammenstellungen, die Grotjahn¹⁾ an der Hand der Angaben des Guttstadt'schen Krankenhauslexikons²⁾ über die Höhe der Verpflegungskosten pro Krankenverpflegungstag gemacht hat. In dem Guttstadt'schen Lexikon wird für eine große Zahl von Anstalten der Jahresbetrag der laufenden Betriebsabgaben mitgeteilt, auf Grund einer Umfrage ad hoc. Bei letzterer aber hat in Ermangelung zwingender Vorschriften die eine Anstalt die außerordentlichen Aufwendungen einbezogen, die andere nicht; mit den Beträgen für Amortisation der Anleihekaptialien, mit den Ausgaben für bauliche Unterhaltungen ist ebenso verschiedenartig verfahren. Grotjahn selbst bemerkt darum:³⁾ „Da die Gleichartigkeit der Erhebungen für die Anstalten nicht feststeht, können die folgenden Zahlen nicht zu weitgehenden Schlußfolgerungen benutzt werden.“ Wenn es dann aber weiter heißt: „Immerhin werden sie zur Orientierung in dem so verschiedenartigen Verwaltungswesen der allgemeinen Krankenhäuser beitragen,“ so neige ich dem gegenüber der Ansicht zu, daß auch auf diesem Gebiete keine Statistik besser ist als eine solche, deren Bearbeiter ihr selbst die Beweiskraft abspricht, und die darum nur zu Irrtümern und Fehlschlüssen Anlaß geben kann.

Den hiernach auch weiter vorhandenen Mangel an vergleichenden Übersichten über den Betriebsaufwand von Krankenanstalten haben besonders lebhaft die Verwaltungsbeamten der Krankenhäuser selbst empfunden, und ihre maßgebende Organisation „Die Vereinigung von Verwaltungsbeamten der großen Krankenhäuser Deutschlands“ hat darum in ihrer Versammlung vom 5. Juli 1903 in Dresden beschlossen, die finanziellen Ergebnisse einer größeren Anzahl von Krankenhäusern laufend zu ermitteln und zusammenzustellen. Dementsprechende Erhebungen haben dann für 1902 und 1903 stattgefunden und sind vom Oberinspektor am städtischen Krankenhause St. Jacob in Leipzig, R. Helbig, verarbeitet und in ihren Ergebnissen in der „Zeitschrift für Krankenanstalten“⁴⁾

¹⁾ a. a. O., S. 80 ff.

²⁾ Krankenhauslexikon für das Deutsche Reich. Berlin 1900.

³⁾ a. a. O., S. 74.

⁴⁾ I. Jahrgang 1905, S. 2 ff. und 34 ff. (Helbig, Die Betriebsergebnisse der großen Krankenanstalten im Jahre 1902); ferner S. 502 ff. und 531 ff. (Helbig, Die Betriebsergebnisse der großen Anstalten im Jahre 1903).

veröffentlicht worden; eine entsprechende Übersicht für 1906 findet sich im „Taschenbuch für den wirtschaftlichen und verwaltungstechnischen Krankenanstaltsbetrieb“, Jahrgang 1910.¹⁾ In dieser letzten Veröffentlichung umfaßt die Statistik 42 Anstalten, davon eine ganze Reihe freilich nur mit lückenhaften Angaben. Das mitabgedruckte Frageformular, mit dessen Hilfe das Material erhoben worden ist, läßt die kundige Hand des Verwaltungspraktikers erkennen, aber doch sind die Ergebnisse noch weit entfernt, eine wirklich zutreffende Vergleichung zwischen den einzelnen Anstalten zu gestatten. So werden z. B. in einer Summe die Einnahmen auf Kurkostenbeiträge erhoben ohne weitere Spezialisierung namentlich in der Richtung, ob diese Kurkostenbeiträge etwa aus den Kassen der Stadt selbst stammen oder nicht. Wenn dann berechnet wird, wie hoch die Einnahmen aus Kurkostenbeiträgen pro Krankenverpflegungstag sind, so ergeben sich völlig unvergleichbare Daten, je nach dem Verrechnungsmodus zwischen Armen- und Krankenhausverwaltung. Die geringen Beträge, die z. B. Berlin und Breslau in der betreffenden Spalte aufweisen, sind zum guten Teil darauf zurückzuführen, daß in beiden Städten die Armenverwaltung ihre Armen unentgeltlich in den städtischen Krankenhäusern unterbringt. Bei den Ausgaben springen vor allem in die Augen die großen Differenzen der einzelnen Anstalten in der Spalte: „Mietzinsen und Tilgungsraten“. Auch sie haben ihren Grund vorwiegend nicht in tatsächlichen, sondern in formellen Verschiedenheiten. Die meisten Anstalten führen nämlich in ihren Etats Beträge weder für Miete noch für Schuldendienst auf — letztere erscheinen meist in dem Etat der Schuldenverwaltung —, bei anderen Anstalten dagegen werden sowohl fiktive Mietbeträge wie auch die Amortisationssummen bei den einzelnen Anstalten beziffert. Infolgedessen erscheint in der vorliegenden Statistik die eine Anstalt in dieser Spalte mit einer Belastung von rund 200 000 M., die andere, ebenso große und tatsächlich finanziell durchaus gleich gestellte, mit keinem Pfennig. Welchen Wert hat unter diesen Verhältnissen eine Zusammenstellung der Gesamtausgaben und ihre Berechnung pro Krankenpflegetag! Mit der baulichen Unterhaltung steht es ähnlich. Nach all diesen Richtungen müßte die Statistik noch wesentlich gründlicher vorgehen, ehe sie wirklich Anspruch auf Brauchbarkeit erheben kann.

¹⁾ Leipzig 1910. S. 8 ff.

IV. Die Düsseldorfer Erhebung vom Jahre 1908.

Eine Gemeinde- oder eine Krankenhausverwaltung, die aus irgendeinem Anlaß ihre Finanzgebarung an derjenigen anderer Anstalten messen will, läuft nach dem in III Ausgeführten bei Inanspruchnahme des vorhandenen Materials lediglich Gefahr, auf Irrwege geführt zu werden; wirklich zutreffendes Vergleichsmaterial ist in keiner der erwähnten Arbeiten gegeben.

Die Erkenntnis dieses Mangels einerseits, der entscheidenden Bedeutung eingehenden Vergleichsmaterials andererseits blieb auch der Kommission nicht verborgen, die von der Düsseldorfer Stadtverordnetenversammlung im Oktober 1908 zur Prüfung der Verhältnisse in den dortigen Allgemeinen städtischen Krankenanstalten eingesetzt worden ist. Um den Arbeiten dieser Kommission zuverlässige Unterlagen zu geben, ist darum auf ihr Ersuchen im Winter 1908/09 durch das Statistische Amt der Stadt Düsseldorf eine eingehende Erhebung über die Einnahmen und Ausgaben einer Reihe städtischer Krankenanstalten in die Wege geleitet worden. Die Erhebung erfolgte unter Zugrundelegung eines Fragebogens, bei dessen Feststellung dem Verfasser Ärzte, Laien und Verwaltungsbeamte zur Seite gestanden haben und der möglichst ins Detail ging, gleichzeitig aber von vornherein die wichtigsten Momente der Unvergleichbarkeit dadurch ausschied, daß nur die laufenden Einnahmen und Ausgaben einzusetzen, unter letzteren aber noch diejenigen für baulichen Unterhalt und für den Schuldendienst außer Ansatz zu lassen waren. Die Erhebung umfaßte nur eine mäßige Anzahl von Krankenanstalten, und zwar war nach Möglichkeit mindestens je eine Vertreterin der verschiedenen Typen gewählt worden. Die in Frage kommenden Anstalten waren folgende: Mariahilfkrankenhaus-Aachen, Elisabethkrankenhaus-Aachen, Städtisches Krankenhaus am Urban-Berlin, Städtisches Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhaus-Berlin, Städtisches Krankenhaus Westend-Charlottenburg, Städtisches Krankenhaus Kirchstraße-Charlottenburg, Augustahospital, Bürgerhospital, Lindenburg-Cöln, Oppenheim'sches Kinderhospital-Cöln, Städtisches Krankenhaus-Crefeld, Luisenhospital-Dortmund, Städtisches Krankenhaus-Frankfurt a. M., Krankenhaus Hamburg-Eppendorf, Städtische Krankenhäuser Magdeburg-Altstadt und Magdeburg-Sudenburg, Allgemeines Städtisches Krankenhaus-Nürnberg, Auguste-Viktoria-Krankenhaus-

Schöneberg; dazu treten noch die Allgemeinen Städtischen Krankenanstalten Düsseldorfs.

Die Beschränkung der Erhebung auf diese 19 Anstalten erfolgte, um dafür um so eingehender in die Verhältnisse der einzelnen Anstalt eindringen zu können. Zugrunde gelegt wurde das Rechnungsjahr 1907; lediglich für die Düsseldorfer Anstalten, in Ansehung derer noch für kein abgeschlossenes Jahr Rechnungsergebnisse vorlagen, wurden die Ziffern des Etatsjahres 1909 zugrunde gelegt; in den nachstehenden Zusammenstellungen sind diese jedoch, um nicht weiter und ohne Notwendigkeit Soll-Ziffern mit Ist-Ziffern zusammenbringen zu müssen, durch die Ergebnisse des Rechnungsjahres 1908 ersetzt worden.

Das erhobene Material ist tabellarisch und textlich eingehend bearbeitet und in den „Mitteilungen zur Statistik der Stadt Düsseldorf“¹⁾ abgedruckt worden. Welch wesentliche Bedeutung die Arbeit für den Gang der Verhandlungen in Düsseldorf gehabt hat, lehrt das stenographische Protokoll der dortigen Stadtverordnetenversammlung vom 30. November 1909 zur Genüge.

Die Arbeit ist als amtliche Drucksache nur in einer geringen Zahl von Exemplaren gedruckt worden; es darf aber wohl angenommen werden, daß ihr Inhalt auch für weitere Kreise und auch über die lokale und augenblickliche Veranlassung hinaus Interesse besitzt. Darum sollen die wichtigsten Zifferreihen und Ergebnisse der Arbeit den Lesern dieser Zeitschrift im folgenden vorgeführt werden.

V. Vorbemerkungen (zu VI und VII).

Wie bei jeder Vergleichung der finanziellen Ergebnisse von Krankenanstalten muß sich der Leser auch bei Bewertung der nachstehenden Mitteilungen stets vor Augen halten, daß die behandelten Krankenhäuser zwar insofern einheitlich sind, als sie ohne Ausnahme städtischer Verwaltung unterstehen, daß im übrigen aber keines von ihnen dem anderen völlig konform ist. Die materiellen Grundlagen ihres Verwaltungs- und Finanzbetriebes gehen weit auseinander.

Schon das Alter der Anstalten spielt für die ganze Art der

¹⁾ Mitteilungen zur Statistik der Stadt Düsseldorf, Nr. 5. Most, 19 städtische Krankenanstalten im Lichte vergleichender Finanzstatistik. Düsseldorf (Kommissionsverlag von L. Voß & Cie.) 1909. Eine geringe Zahl von Exemplaren ist noch zum Preise von 2 M. durch jede Buchhandlung zu beziehen.

Wirtschaftsführung eine nicht unerhebliche Rolle. Es ist ein wesentlicher Unterschied, ob in Instituten gearbeitet wird, die erst letztthin errichtet und den neuesten Errungenschaften der Medizin entsprechend eingerichtet sind, oder in Anstalten, die ganz oder doch in wesentlichen Gebäudeteilen bis in die erste Hälfte des 19. Jahrhunderts zurückgehen; welche Verschiedenheiten hiernach obwalten, zeigt Übersicht 1.

(Übersicht 1 siehe nächste Seiten.)

Bei einer Vergleichung der in ihr mitgeteilten Errichtungsjahre muß freilich beachtet werden, daß damit zumeist nur die ursprünglichen Errichtungsjahre, nicht aber die Jahre der Erweiterungsbauten in die Erscheinung treten. Die Angaben wurden so eingesetzt, wie sie von den Anstalten gegeben worden sind. Sie nach der einen oder anderen Richtung hin zu ergänzen, erschien unzulässig, weil sie auch ohnedem einen gewissen Anhalt geben und selbst bei Hinzufügung der Erweiterungsjahre doch nicht erkennbar wäre, welcher Teil der Anstaltsgebäude auf frühere, welcher auf neuere Zeiten zurückzuführen ist. Um dies zu erkennen, hätte die ganze Baugeschichte in kurzen Umrissen beigefügt werden müssen, was sich im Interesse der Übersichtlichkeit von selbst verbot, namentlich, da sich für die meisten der behandelten Anstalten ein baugeschichtlicher Abriß bereits im „Krankenhauslexikon für das Deutsche Reich“ findet.

Nicht minder als das Alter hat das Bau system für die Kosten der Bewirtschaftung entscheidende Bedeutung. Das moderne Pavillonsystem erfordert erfahrungsgemäß bei gleicher Belegungsfähigkeit und andauernd gleicher Durchschnittsbelegung mehr Personal und damit größere Ausgaben für Gehälter, Löhne und Wirtschaftsbetrieb, als das Korridorsystem. Typisch nach dieser Richtung sind die beiden Aachener Krankenanstalten, die gleiche Größe haben, nach denselben Grundsätzen verwaltet werden, jedoch nach verschiedenen Systemen erbaut sind. Beim Elisabethkrankenhaus mit Pavillonsystem betrug der Bruttoaufwand ausschließlich bauliche Unterhaltung und Schuldendienst 2,79 M. pro Krankenverpflegungstag, beim Marienkrankenhaus mit Korridorsystem dagegen 3,24 M.

Zu dritt spielt die Art der Anstalt eine große Rolle, d. h. Zahl und Zweckbestimmung der angeschlossenen Abteilungen. Anstalten mit zahlreichen Spezialabteilungen (Kliniken) arbeiten teurer als Anstalten, die nur wenige Abteilungen, ja vielleicht nur deren eine enthalten, und ebenso innere Abteilungen meist teurer als äußere. Namentlich schwanken die Beköstigungsausgaben hiernach

Übersicht I.

Laufende Nummer	Ort	Bezeichnung der Anstalt	Errichtungsjahr	Bausystem	Krankenabteilungen der Anstalt ²⁾	Zahl der Kranken-Betten	Zahl der Kranken-Verpflegungstage im Rechnungsjahr 1907
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Aachen	Marienhilfskrankenhaus . . .	1855	Korridor	1 Äußere, 1 Haut-Abt.	308	84 087
2	"	Elisabethkrankenhaus . . .	1905	Pavillon	1 Innere Abt.	308	78 723
3	Berlin	Städtisches Krankenhaus am Urban	1887—90	Pavillon	2 Äußere, 2 Innere Abt.	772	235 681
4	"	Städtisches Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinder-Krankenhaus . . .	1890	Pavillon	1 Äußere, 1 Innere Abt.	240	65 486
5	Charlottenburg	Städtisches Krankenhaus Westend	1904, 1907	Pavillon	1 Äußere, 1 Innere Abt.	662	180 829
6	"	Städtisches Krankenhaus Kirchstraße	1867, 1891, 1893 u. 96	Pavillon	1 Haut-, 1 Entbindungsabt.	180	47 036
7	Cöln	Augustahospital	1897	Pavillon	3 Äußere, 1 Gynäkol., 1 Hals- und Nasen-, 1 Ohren-, 1 Schwindsuchts-, 1 Haut-, 1 Geisteskranken-, 2 Innere Abt.	1615	528 459
8	"	Bürgerhospital	1847	Korridor			
9	"	Lindenburg	1872	Pavillon			

10	"	Oppenheim'sches Kinderhospital	1883	Korridor	1 Äußere, 1 Innere Abt.	82	25 736
11	Crefeld	Städtisches Krankenhaus	Hauptbau 1845 2 Pav. 1873 1 " 1898 ³⁾	Pavillon	1 Äußere, 1 Innere Ab.	350	92 376
12	Dortmund	Luisenhospital	1873—75, 1900, 1905	Korridor u. Pavillon	1 Äußere, 1 Haut-, 1 Ohren-, Nasen- und Hals-, 1 Augen-, 1 Innere Abt.	550	145 871
13	Frankfurt a. M.	Städtisches Krankenhaus	1884	Pavillon	1 Äußere, 1 Haut-, 1 Ohren-, 1 Kinder-, 1 Innere Abt. ⁴⁾	1125	260 654
14	Hamburg	Krankenhaus-Eppendorf	1884—88	Pavillon	1 Äußere, 1 Gynäkol., 1 Augen-, 1 Hals- und Ohren-, 5 Innere Abt.	2150	405 405
15	Magdeburg	Krankenhaus Altstadt . .	1817	Korridor u. Pavillon	1 Äußere, 1 Haut-, 1 Säuglings-, 1 Innere Abt.	680	162 067
16	"	Krankenhaus Sudenburg ¹⁾	1891	Pavillon	1 Äußere, 1 Gynäkol., 1 Innere Abt.	530	139 885
17	Nürnberg	Allgemeines städt. Krankenhaus	1897	Pavillon	1 Äußere, 1 Haut-, 1 Geisteskranken-, 2 Innere Abt.	990	205 998
18	Schöneberg	Auguste-Viktoria-Krankenhaus	1904—06	Pavillon	1 Äußere 1 Innere, 1 gemischte Abt.	325	81 125
19	Düsseldorf	Allgem. Krankenanstalten	1904—07	Korridor u. Pavillon	1 Äußere, 1 Gynäkol., 1 Entbindungs-, 1 Haut-, 1 Ohren-Nasen- u. Hals-, 1 Augen-, 1 Infektions-, 1 Kinder-, 1 Innere Abt., ferner Privatpavillon mit 1 Äußeren, 1 Gynäkol., 1 Inneren Abt.	929	200 180 (Rech- nungsjahr 1908)

¹⁾ Ohne Siechenhaus. ²⁾ Wissenschaftlichen und therapeutischen Zwecken dienende Sonderabteilungen wie med. mechanische, bakteriologische und anatomische Institute, Röntgenabteilungen usw. sind hier nicht mit aufgezählt. ³⁾ 2 Pavillons zur Zeit der Umfrage im Bau. ⁴⁾ Ferner zur Zeit der Umfrage im Bau 1 Gynäkolog.-, sowie 1 Nasen-, Hals-, Augen- und Zahnabteilung.

sehr erheblich; bekannt ist z. B., daß die kostspieligere Sonderkost für die Beleger der inneren Abteilungen (Magenkranke, Zuckerkrankte, Tuberkulöse usw.) weit mehr in Betracht kommt, als für die in anderen Abteilungen Untergebrachten. Eine besondere Stellung nehmen naturgemäß die beiden Kinderkrankenhäuser in Berlin und Köln ein; ihr Betrieb fußt auf wesentlich anderen Grundlagen als derjenige anderer Anstalten. In den nachstehenden Zusammenstellungen werden ihre Ziffern fortgelassen: in der Originalarbeit finden sie durchweg beiläufige Mitteilung.

Viertens liegt auf der Hand, daß unter sonst gleichen Verhältnissen im allgemeinen ein großes Krankenhaus billiger arbeitet als ein kleines, wobei freilich, entgegen oberflächlicher Nichtachtung dessen, berücksichtigt werden muß, daß die kleineren Krankenhäuser dafür meist den verbilligenden Vorzug geringer Spezialisierung genießen; ausnahmslos dagegen muß der Betrieb eines Krankenhauses, dessen Belegungsfähigkeit im Durchschnitt fast voll ausgenutzt wird, sich billiger stellen als derjenige eines anderen, dessen tatsächliche Belegung unter sonst gleichen Verhältnissen sehr schwankt und zu einem erheblichen Teil des Jahres den vorhandenen Apparat nur weniger ausnützt. Welche erhebliche Unterschiede nach dieser Richtung vorwalten, ergibt sich daraus, daß die durchschnittliche Belegung der Betten in den behandelten Krankenhäusern mit mehr als 1000 Betten schwankt zwischen 89,7 Proz. (Kölner Anstalten) und 51,7 Proz. (Hamburg-Eppendorf), in den Krankenhäusern mit 500 bis 1000 Betten zwischen 83,7 Proz. (Berlin-Urban) und 57,0 Proz. (Nürnberg); in den Krankenhäusern mit weniger als 500 Betten zwischen 74,7 Proz. (Aachen-Mariahilf) und 68,3 Proz. (Schöneberg).

Von der besonderen Rolle, welche die Art des Personals schließlich spielt, wird im folgenden noch mannigfach die Rede sein.

VI. Die Ausgaben.

1. Zahl und Art des Personals ist von einschneidender Bedeutung für die finanziellen Betriebsergebnisse, denn nicht nur absorbieren die persönlichen Ausgaben durchweg einen erheblichen Teil (im allgemeinen ein Drittel bis zu zwei Fünftel) der Gesamtaufwendungen, sondern Quantität und Qualität der Beamten und Angestellten beeinflussen auch die Kosten des Wirtschaftsbetriebs nicht unerheblich; in verschiedener Weise freilich, je nachdem es

sich um Ärzte, Schwestern, andere Krankenpfleger, Verwaltungspersonal oder anderes Anstaltspersonal handelt.

Schon die Besetzung mit, Ärzten ist in den einzelnen Krankenanstalten eine außerordentlich verschiedene, auch wenn man die Praktikanten und Volontärärzte als nicht vollwertige Hilfskräfte außer Ansatz läßt. Das zeigt sich deutlich in der folgenden Übersicht 2.

Übersicht 2.

Laufende Nr.	Anstalt	Ärzte ohne Volontäre und Praktikanten	
		absolut	auf je 100 000 Krankenverpflegungstage
1	Düsseldorf (1908)	30	16
2	Dortmund	17	12
3	Frankfurt a. M.	32	12
4	Charlottenburg-Westend	19	11
5	Charlottenburg-Kirchstraße	5	11
6	Schöneberg	9	11
7	Magdeburg-Sudenburg	14	10
8	Berlin-Urban	21	9
9	Hamburg-Eppendorf	38	9
10	Cöln (3 Anstalten)	40	8
11	Nürnberg	17	8
12	Crefeld	6	6
13	Magdeburg-Altstadt	9	6
14	Aachen-Mariahilf	4	5
15	Aachen-Elisabeth	4	5

Bei Einbeziehung der Volontärärzte verschiebt sich das Bild nur unwesentlich; eine erhebliche Steigerung der Quote zeigt dann nur das Schöneberger Krankenhaus (auf 16). An der Spitze im Ärzteverbrauch stehen die Anstalten in Düsseldorf, Dortmund, Frankfurt a. M., Charlottenburg und Schöneberg, an letzter Stelle diejenigen in Aachen, Magdeburg-Altstadt, Crefeld, Nürnberg und Cöln.

Sämtliche behandelten Krankenanstalten hatten im Rechnungsjahre 1907 bei zusammen 2 971 193 Krankenverpflegungstagen zusammen 284 Ärzte (ohne Volontäre und Praktikanten). Im Generaldurchschnitt entfallen also auf je 100 000 Krankenverpflegungstage 9,6 Ärzte. 7 Anstalten stehen über, 10 unter dieser Quote.

Mit der Zahl des ärztlichen Personals hängen aufs engste die **Ausgaben für den ärztlichen Betrieb** zusammen. Im einzelnen freilich ist der Parallelismus beider Positionen nur sehr unvollkommen; dies zeigt sich schon hinsichtlich der persönlichen Ausgaben. Je nachdem die Ärzte, namentlich diejenigen in

leitender Stellung, vorwiegend hauptamtlich oder nur nebenberuflich in den Krankenanstalten tätig sind, ferner je nach dem Ausmaß der ihnen gestatteten Privatpraxis, der Höhe etwaiger Nebenbezüge (Wohnungsentschädigung, Dienstwohnung) und den Anstellungsbedingungen (mit oder ohne Pensionsberechtigung) müssen, von lokalen Verhältnissen ganz abgesehen, die Bezüge der Ärzte erheblich schwanken.

Nach einer Zusammenstellung in den Mitteilungen der Zentralstelle des Deutschen Städtetages (Band II, Nr. 1 vom 9./3. 1909) schwanken z. B. in 24 deutschen (meist großstädtischen) Kommunal-krankenanstalten die Gehälter der ärztlichen Direktoren zwischen 2500 und 12000 M.; in 12 Fällen sind sie pensionsberechtigt, in 12 Fällen erhalten sie Wohnungsentschädigung oder Dienstwohnung. Bei den übrigen dirigierenden Ärzten schwanken die Bargehälter zwischen 3000 und 11000 M., beim Prosektor zwischen 1800 und 12000 M., bei den Sekundärärzten zwischen 1200 und 3900 M., bei freier Station. Für einzelne Krankenanstalten kommen die Ärzte noch wegen besonderer örtlicher Verhältnisse — so in Frankfurt a. M. wegen ihrer Verbindung mit dem Senckenberg-Institut — besonders billig zu stehen. All dies ist bei Würdigung der bedeutenden Verschiedenheiten zwischen den einzelnen Ziffern der Übersicht 3 zu beachten.

Übersicht 3.

Laufende Nr.	Bezeichnung der Anstalt	Auf den Kopf des Arztes (ohne Volontäre und Praktikanten) entfallen im Durchschnitt persönliche Ausgaben	
		M	¢
1	Schöneberg	6 156	10
2	Aachen-Mariahilf	3 967	04
3	Aachen-Elisabeth	3 950	80
4	Hamburg-Eppendorf	3 348	17
5	Magdeburg-Altstadt	3 310	47
6	Crefeld	3 158	33
7	Nürnberg	3 154	88
8	Berlin-Urban	3 096	19
9	Dortmund	3 043	08
10	Düsseldorf (1908)	3 225	63
11	Magdeburg-Sudenburg	2 768	47
12	Cöln (3 Anstalten)	2 609	73
13	Charlottenburg-Kirchstraße	2 509	84
14	Charlottenburg-Westend	2 486	82
15	Frankfurt a. M.	2 291	32

Entscheidend freilich für die Kosten des ärztlichen Betriebes sind mehr als die persönlichen die sächlichen Ausgaben. Nur in drei Anstalten bewegen sie sich ungefähr auf gleichem Niveau mit den persönlichen Aufwendungen, während sie in den übrigen, meist ganz bedeutend, höher sind. Die absolut höchsten sächlichen Ausgaben des ärztlichen Betriebes haben die Krankenanstalten in Hamburg (254 110 M.), Cöln [3 Anstalten] (174 601 M.) und Frankfurt a. M. (152 250 M.). Ihre relative Höhe, auf den Durchschnitt des Krankenverpflegungstages berechnet, schwankt zwischen 63 bzw. 58 Pf. (Hamburg-Eppendorf, Frankfurt a. M.) und 26 bzw. 22 Pf. (Nürnberg, Crefeld). Die entscheidende Rolle spielen dabei die Ausgaben für Medikamente und Instrumente, die ihrerseits wiederum durch die Intensität des wissenschaftlichen Betriebs maßgebend beeinflußt werden. In Frankfurt a. M. werden 57 Pf. pro Krankenverpflegungstag für Medikamente und Instrumente ausgegeben, in Nürnberg dagegen nur 11 Pf. Bei Düsseldorf ist der Einfluß der den Krankenanstalten angeschlossenen Akademie auf die ärztlichen Kosten nicht zu verkennen.

Die Gesamtaufwendungen für den ärztlichen Betrieb machen bei den einzelnen Krankenanstalten 12,8 (Charlottenburg-Westend) bis 21,7 (Dortmund) Proz. aller Ausgaben des Anstaltsbetriebs (ohne bauliche Unterhaltung und Schuldendienst) aus. Nach den Ausgaben für den ärztlichen Betrieb, auf den Durchschnitt des Krankenverpflegungstages berechnet, rangieren die Anstalten wie folgt (die absoluten Ziffern sind in der ersten Zahlenspalte beigefügt):

(Übersicht 4 siehe nächste Seite.)

2. Die **Ausgaben für die Verwaltung** dürfen in ihrer Bedeutung für das finanzielle Gesamtbild der Krankenhäuser nicht überschätzt werden; in keiner der behandelten Anstalten machen sie mehr als ein Zehntel der gesamten laufenden Ausgaben (ohne bauliche Unterhaltung und Schuldendienst) aus, in Düsseldorf z. B. nur 3 Proz., in Crefeld 2 Proz., in den 3 Cölner Anstalten knapp 4 Proz. Immerhin sind die absoluten Ziffern nicht unbedeutend und erreichen in Hamburg-Eppendorf das Maximum mit 171 522 M. Die sachlichen Aufwendungen spielen dabei fast durchweg eine nur sehr geringe Rolle, für Charlottenburg verzeichnet die Statistik deren sogar keine; es ist anzunehmen, daß hier ihre Verrechnung auf anderen Etattiteln erfolgt. Absolut am höchsten sind sie (Frankfurt a. M., wo sie von den persönlichen Ausgaben

Übersicht 4.

Laufende Nr.	Anstalt	Gesamtbetrag der (sächlichen und persönlichen) Kosten des ärztlichen Betriebs ¹⁾	Auf den Krankenver- pflegungstag entfallen durchschnitt- lich (sächliche und persö- nliche) Kosten des ärztlichen Betriebs
		<i>M</i>	<i>δ</i>
1	Schöneberg	86 263	106
2	Düsseldorf (1908)	207 261	104
3	Hamburg-Eppendorf	381 341	94
4	Dortmund	129 441	89
5	Frankfurt a. M.	225 572	87
6	Magdeburg-Sudenburg	100 488	72
7	Charlottenburg-Kirchstraße	29 754	63
8	Magdeburg-Altstadt	102 230	63
9	Berlin-Urban	140 074	59
10	Aachen-Mariahilf	49 135	58
11	Charlottenburg-Westend	105 555	58
12	Aachen-Elisabeth	44 637	57
13	Cöln (3 Anstalten)	278 990	53
14	Nürnberg	107 685	52
15	Crefeld	39 524	43

nicht getrennt sind, von der Vergleichung ausgeschlossen) in Cöln mit 18893 M. und in Hamburg mit 13510 M. Auffallend niedrig sind sie angesichts der Größe der beiden dortigen Anstalten in Magdeburg (Altstadt: 1821 M., Sudenburg 2933 M).

Bei einer Vergleichung der einzelnen Angaben wird man sich vor zu weitgehenden Schlüssen hüten müssen. In den Etats der Anstalten zumeist und in der Statistik durchweg erscheint nur dasjenige Verwaltungspersonal mit Kopfzahl und Bezügen, das in der Anstalt selbst tätig ist. Schon hiernach ergeben sich Verschiedenheiten unter sachlich gleichen Verhältnissen, je nachdem die Verwaltungsgeschäfte im Krankenhause selbst oder in größerem Maße von einer anderen Stelle aus gehandhabt werden. Nun sind allerdings unter den Ausgaben der Verwaltung ausdrücklich auch diejenigen Beträge einbezogen, die etwa an die allgemeine Verwaltung als Beitrag zu den Verwaltungskosten abgeführt werden. Diese Beträge einzubeziehen war im Interesse der Vollständigkeit notwendig; die Vergleichbarkeit aber wird dadurch wiederum in

¹⁾ Jedoch ohne Beköstigung.

etwas gefährdet, weil diese Beitragsleistungen in den einzelnen Städten sehr verschieden geregelt sind.

Sehr wesentlich schließlich ist noch, daß die sogenannten Verwaltungsschwestern, d. h. diejenigen Schwestern, welche in der Verwaltung der Anstalt mit tätig sind, in der Statistik durchweg mit zu den Schwestern der Krankenpflege gezählt, unter Personal wie Kosten der Verwaltung also außer Ansatz gelassen worden sind, da sich bei der Bearbeitung zeigte, daß sich die Unterschiede zwischen beiden Schwesterkategorien verwischen, daß insbesondere diejenigen Schwestern, welche die Verwaltungsgeschäfte besorgen, oft auch in der Krankenpflege zugleich tätig sind, daher bei ihrer völligen Zurechnung zum Verwaltungspersonal noch größere Unrichtigkeiten als bei dem gewählten Verfahren zu erwarten standen. Natürlich liegt auf der Hand, daß dort, wo Schwestern in größerem oder geringerem Maße in der Verwaltung selbst tätig sind,¹⁾ das übrige Personal beschränkt werden kann.

Mit diesen Vorbehalten ist die Tatsache aufzunehmen, daß unter den behandelten Anstalten die absolut höchsten Zahlen an Verwaltungspersonal Hamburg (54), Frankfurt a. M. (32), Cöln (23), die geringsten die beiden Aachener Anstalten (je 2) und Crefeld (1) aufweisen, während die Quote auf je 100 000 Krankenverpflegungstage im Generaldurchschnitt aller behandelten Krankenanstalten 7,47 beträgt. Im einzelnen stehen mit der Relativziffer am günstigsten die Krankenanstalten in Crefeld (1 auf 100 000 Krankenverpflegungstage), Aachen (3 bzw. 2) und Cöln (4) da, also diejenigen, wo die geistlichen bzw. bayerischen Schwestern vom Roten Kreuz weitgehendst zur Verwaltungsarbeit mit herangezogen werden; verhältnismäßig am meisten Verwaltungspersonal findet sich dagegen in Charlottenburg-Kirchstraße (15), Hamburg-Eppendorf (13) und Frankfurt a. M. (12), ohne daß freilich wie schon bemerkt hieraus weitergehende Schlüsse zu ziehen wären. Über die absoluten und relativen Kosten der Verwaltung orientiert Übersicht 5.

¹⁾ Die Zahl der mit Verwaltungsgeschäften ausschließlich oder nur nebenher betrauten Schwestern wird z. B. angegeben in Crefeld auf 3, in Dortmund auf 2, in Magdeburg-Sudenburg auf 4, in Nürnberg und Düsseldorf auf je 6. Beträchtlich größer sind die Ziffern bei den Anstalten mit geistlicher Schwesternschaft.

Übersicht 5.

Laufende Nr.	Anstalt	Ausgaben für Verwaltung absolut	Auf je einen Krankenver- pflegungstag entfallen an Ausgaben für die Ver- waltung
		<i>M</i>	<i>8</i>
1	Frankfurt a. M.	117 341	45
2	Hamburg-Eppendorf	171 522	43
3	Schöneberg	32 475	41
4	Berlin-Urban	87 771	37
5	Charlottenburg-Kirchstraße	14 650	31
6	Charlottenburg-Westend	45 517	25
7	Dortmund	27 414	19
8	Magdeburg-Sudenburg	24 107	17
9	Nürnberg	33 413	16
10	Düsseldorf (1908)	44 108	16
11	Magdeburg-Altstadt	24 260	15
12	Aachen-Mariahilf	9 816	12
13	Cöln (3 Anstalten)	58 729	11
14	Aachen-Elisabeth	8 244	10
15	Crefeld	4 864	5

(Schluß folgt.)

Über Medizinalstatistik.¹⁾

Von Prof. Dr. H. SILBERGLEIT,
Direktor des Statistischen Amtes der Stadt Berlin.

Insoweit sich die Medizinalstatistik mit der leidenden und mit der sterbenden Bevölkerung befaßt, bildet sie einen Teil der Bevölkerungsstatistik überhaupt und zwar einen solchen, der mit allen anderen Zweigen dieser den Inbegriff aller Erscheinungen der Gesellschaft umspannenden Wissenschaft in zahlreichen und engen Beziehungen steht. Die demographischen Merkmale, wie Geschlecht, Alter, Familienstand, Beruf usw. sind auch ohne weiteres Kategorien der Medizinalstatistik, die darüber noch hinausgreift auf die Nachbargebiete der Wirtschafts-, Wohnungs-, Grundstücksstatistik usw. Gilt hier überall das Gebot vorsichtiger Behandlung, so ganz besonders in der Medizinalstatistik, wo schon die Tatsachenfeststellung mit besonderen Schwierigkeiten verknüpft ist, wo an die Stelle des konkreten Objekts und des ohne weiteres gegebenen Merkmals die häufig nur in ihren Umrissen erkennbare Erscheinung tritt. Schwierigkeiten bestehen unter Umständen schon bei der Prüfung, ob es sich überhaupt um Objekte der Medizinalstatistik handelt. Die Unterscheidung zwischen Krankheit und Gesundheit besonders der Psyche liegt nur zu häufig auf des Messers Schneide. Erscheinung und Wesen trennt oft eine allzuweite Kluft. Man denke nur an die Kranken, die sich noch gesund fühlen. Man denke ferner an die ärztliche Hilfe noch nicht in Anspruch nehmenden Kranken und an das große Heer der diagnostische Rätsel Darbietenden. Man denke an das ganze, einen weiten Raum in

¹⁾ Vortrag, gehalten im Fortbildungskursus über Soziale Medizin im Kaiserin Friedrich-Hause zu Berlin, Ostern 1909.

der Medizinalstatistik einnehmende Gebiet der Krankheits- und Todesursachen. Über die hier bestehenden Schwierigkeiten braucht vor einem Auditorium von Ärzten kein Wort erst verloren zu werden. Auch der Weg zu medizinalstatistischen Irrtümern ist mit guten Vorsätzen gepflastert.

Die zahlreichen Möglichkeiten einer abwegigen Behandlung können in dem Rahmen eines einstündigen Vortrages auch nicht einmal andeutungsweise bezeichnet werden. Ich beschränke mich darauf, den allgemeinen Gang gewisser medizinalstatistischer Untersuchungen von der Beschaffung des Urmaterials an bis zur wissenschaftlichen Ausmünzung mit methodisch-kritischem Blick zu verfolgen.

Wir wählen zunächst die Statistik der Todesursachen. Auch in den Fällen, wo die Diagnose gesichert erscheint, haben gewisse Unterscheidungen Platz zu greifen. So wird auf dem Berliner Totenschein neben der Grundkrankheit auch ihre Dauer, ferner die nächste Todesursache u. a. m. erfragt. Zur Bestimmung des Einflusses der aus diskretionären Gründen vielleicht nicht selten erfolgenden Verschleierungen der Todesursache wird in Berlin, wie vereinzelt auch anderweit, seit einigen Jahren außer dem Totenschein noch ein ihm angefügter, leicht abtrennbarer anonymer Anhang von den Ärzten ausgefüllt, in welchem von den demographischen Merkmalen des Verstorbenen nur Alter und Geschlecht erfragt werden, während eine Reihe anderer für die Beurteilung des Todesfalls in ätiologischer Hinsicht bezeichnende Momente, wie etwaiges Vorliegen von Alkoholismus, Lues, Geisteskrankheit, Abort usw. oder eines bezüglichen Verdachts mitberücksichtigt werden, endlich erfolgt — hier aber unter dem Schutz der Anonymität — die nachmalige Angabe der genauen wissenschaftlichen Diagnose für die Grundkrankheit, wie für die nächste Todesursache. Hervorgehoben sei, daß diese Anhänge, deren Muster mit dem des Totenscheins selbst umstehend abgedruckt ist, infolge ihrer Armut an weitergehenden Merkmalen des Nationalen sowie des wirtschaftlichen und sozialen Milieus lediglich für die summarische Beurteilung des Umfanges von Verschleierungen und des etwaigen Vorliegens erworbener oder ererbter Belastungen der angegebenen Art benutzt werden können.

Welch komplizierten Apparats es zur Herstellung einer soweit möglich zuverlässigen und dabei eingehenden Mortalitätsstatistik überhaupt bedarf, dafür dürfte das nach Anlage und Durchführung wohl einzig dastehende, schon seit langen Jahren geübte Ver-

Berliner Totenschein.

Berlin.

.....tes Polizei-Revier.

I. Personalien des Verstorbenen.

(Die Spalten links von der Mittellinie sind durch einen Strich — anzufüllen, wenn nichts einzuschreiben ist.)

Der den Todesfall Anmeldende bedarf einer Legitimation.

Genauere Anfüllung des Formulars ist dringend erforderlich.

1. Vornamen, möglichst alle:	
2. Zuname:	
3. Geschlecht: (Zutreffendes unterstreichen) männlich — weiblich.	
4. Stand oder Gewerbe sowie Stellung im Beruf:	
5. Geburtsjahr Geburtstag	(Das Alter ist auch im Anhang (Frage 24) einzutragen.)
6. Tag und Stunde des Ablebens:	
7. Staatsangehörigkeit: Geburtsort (Kreis):	
8. Religion: zuständige Kirche:	
9. Familienstand: (Zutreffendes unterstreichen.)	ledig, verheiratet, verwitwet, geschieden, eheverlassen.
10. Bei Kindern bis einschl. z. 14. Jahre: Stand oder Gewerbe der Eltern, bei unehelichen der Mutter.	ehelich — unehelich — Pflegekind? (Zutreffendes unterstreichen.)
11. Bei verheiratet Gestorbenen Geburtsjahr des überlebenden Ehegatten:	
12. Bei verstorbenen Ehefrauen: auch Witwen und Geschiedenen: a) Jahr der (ersten) Eheschließung: b) Gesamtzahl der geborenen Kinder: c) Zahl der noch lebenden Kinder: d) Vor- und Zuname, Stand und Gewerbe des (letzten) Ehemannes. Ehemann lebt — gestorben. (Zutreffendes unterstreichen.)	

II. Wohnungsverhältnisse des Verstorbenen.

13. Der Verstorbene wohnte in Berlin, seit Jahren, Monaten, Tagen. (Monate bzw. Tage nur bei kürzerer Dauer anzugeben.)	
14. Straße Platz,	Hausnummer:
15. Vorderhaus, Hinterhaus, Stockwerk? (Zutreffendes unterstreichen.)	

16. Aus wie vielen Zimmern besteht die Wohnung?
-
17. Wie viele Personen wohnten einschl. des Verstorbenen in der Wohnung?
-
18. Falls der Tod außerhalb der Wohnung erfolgte, Angabe der Örtlichkeit, des etwaigen Krankenhauses und der letzten Wohnung.
-

III. Vom Arzt zu beantwortende Fragen.

19. Welcher approbierte Arzt hat die Leiche besichtigt?
 Eigenhändige Unterschrift des Arztes.
 Wohnungsangabe?
 War dieser der behandelnde Arzt?
 Falls nicht, wer hat die Leiche rekognosziert?
 Hat überhaupt ärztliche Behandlung stattgefunden?
-

20. Todesursache: (Es sind nur solche Krankheiten anzugeben, die mittelbar oder unmittelbar zum Tode führten): Wissenschaftl. Diagnose
- a) Grundkrankheit: Deutsche Bezeichnung
- b) Dauer derselben:
- c) Nächste Todesursache (Komplikationen usw.):
- d) Handelte es sich um eine ansteckende Krankheit?
- e) Bei Lebensschwäche: Handelt es sich um vorzeitige Geburt? In welchem Monat?
-

21. Fanden sich Verletzungen an der Leiche vor:
-

22. Bei Kindern im ersten Lebensmonat Beschaffenheit

Zutreffendes unterstreichen. { a) der Nabelschnur: abgefallen, nicht abgefallen, frisch, eingetrocknet, faulig.
 b) des Nabels: verheilt, nicht verheilt, entzündet, eitrig.

Eine Erweiterung der Frage um die nach der Stilldauer ist in Aussicht genommen.

Bei Kindern im ersten Lebensjahr Ernährung vor der Erkrankung: Muttermilch, Ammenmilch, Tiermilch, Milchsurrogate. (Zutreffendes unterstreichen.)

23. Bemerkungen.

Anhang zu dem Berliner Totenschein. Von letzterem durch den behandelnden Arzt abgetrennt, gelangt er auf dem Wege über die Sanitätskommission des Polizeipräsidiums, also nicht zugleich mit dem Totenschein, an das städtische Statistische Amt.

A. Fragen, welche vom Revier oder vom Arzt auszufüllen sind, je nachdem das Revier oder der Arzt zuerst den betreffenden Totenschein in Händen hat.

24. Alter des Verstorbenen (gemäß Frage 5 anzugeben).
 25. Männlich — weiblich (Zutreffendes unterstreichen).

B. Nur für den Arzt.

Die Herren Ärzte werden sehr gebeten, diesen nur für das statistische Amt der Stadt Berlin bestimmten Abschnitt noch am Tage der Ausstellung des Totenscheines ausgefüllt im beiliegenden Briefumschlag zur Post zu geben.

Das Blatt, dessen Inhalt geheim gehalten wird, gelangt nach erfolgter Auszählung zur Vernichtung.

26. Nochmalige Angabe der genauen wissenschaftlichen Diagnose:
 a) Grundkrankheit:
 b) Nächste Todesursache:
 c) Lag Selbstmord, Unfall oder Verbrechen vor:
 (Zutreffendes unterstreichen.)
 d) Lag Alkoholismus, Lues, Geisteskrankheit, Abortus vor oder besteht ein darauf bezüglicher Verdacht?
 (Zutreffendes unterstreichen.)
 e) Lag erbliche Belastung vor und mit welchen Leiden?
 27. Hat während der letzten Wochen vor dem Tode eine Operation stattgefunden?
 Welche?

fahren des Berliner städtischen Statistischen Amtes am besten bezeichnend sein. In seinen Grundzügen sei es hier kurz angegeben.

Zunächst werden diejenigen Todesursachenangaben der Totenscheine, welche von den in langjähriger Übung stehenden Arbeitskräften des Statistischen Amtes beanstandet worden sind, einem medizinischen Sachverständigen (gegenwärtig Prof. R. Lennhoff) zur Begutachtung vorgelegt, welcher, soweit es ihm erforderlich erscheint, entsprechende Rückfragen bei dem behandelnden Arzt bzw. bei der Krankenanstalt veranlaßt, deren Ergebnis zur Berichtigung oder Ergänzung der ursprünglichen Angabe führt. Das damit hinsichtlich der Todesursache nach aller Möglichkeit geprüfte Material wird dann weiter zur Richtigstellung der bezüglichen Angaben auf den von den Standesämtern für die Zwecke der Landesstatistik ausgefüllten, für Berlin übrigens eine Reihe besonderer Zusatzfragen enthaltenden Zählkarten benutzt. Diese letzteren bilden das Urmaterial für die eigentlichen Auszählungen zur Sterblichkeit, auch dies jedoch erst nach vorgängiger Übertragung gewisser An-

Standesamtliche Zählkarte für Sterbefälle.

C. 190 (Vierteljahr).

S t e r b e f a l l

(einschließlich der Totgeborenen).

Standesamts-Bezirk.....

Gemeinde } **Berlin.**
Kreis }

Zutreffendes ist zu unterstreichen!

1. Nummer im Sterberegister:
2. Vor- und Zuname des Verstorbenen:
oder ob totgeboren oder unbenannt verstorben?
3. Geschlecht: männlich oder weiblich?
4. Zeit des Sterbefalls? Monat: Tag:
Stunde: Vormittags, Nachmittags.
5. Geburtsjahr und Tag des Verstorbenen:
6. Familienstand der Verstorbenen:
 - a) bei Totgeb. u. Kindern unter 5 Jahr: ehelich oder unehelich geboren?*)
 - b) bei allen übrigen Personen: ledig, verheiratet, verwitwet, geschieden?
bei Verheirateten: Dauer der durch diesen Todesfall gelösten Ehe: Jahre.
7. Religionsbekenntnis:
bei Totgeborenen des Vaters:, der Mutter:
8. a) Stand, Hauptberuf, Gewerbe:
bei Personen über 15 Jahre alt des Verstorbenen selbst?
Berufsstellung (ob selbständig, Angestellter, Gehilfe, Arbeiter, genau anzugeben):
b) Stand, Hauptberuf, Gewerbe:
bei Totgeborenen und nicht erwerbstätigen Kindern unter 15 Jahren:
des Vaters:
wenn vaterlos: der Mutter?
Berufsstellung des Vaters bzw. der Mutter:
9. Todesursache (bei Verunglückung Art derselben):
.....
10. Bemerkungen, z. B.: ob aufgefundene unbekannte Leiche, ob auf deutschen Schiffen auf See, oder ob in einer öffentlichen oder privaten Anstalt verstorben?
in welcher Anstalt?
11. Haus des Sterbefalls, bei in Anstalten Gestorbenen bisherige Wohnung des Gestorbenen:
Straße } Nr.

*) Die Erhebung der Unehelichen über 1 Jahr ist eine Sonderfrage der Stadt Berlin.

12. Bei Totgeborenen:

- a) ob Mehrgeburt (Zwilling, Drilling)
- b) Geburts-Tag, $\left\{ \begin{array}{l} \text{bei ehelichen Kindern des Vaters} \dots\dots\dots 18 \dots\dots \\ \text{-Monat, -Jahr} \left\{ \begin{array}{l} \text{„ allen „ der Mutter} \dots\dots\dots 18 \dots\dots \end{array} \right. \end{array} \right.$
- c) das wievielte Kind dieser Ehe ist das geborene?

13. Bei in den ersten 15 Tagen gestorbenen Kindern:

- Stunde der Geburt $\left\{ \begin{array}{l} \text{Vormittags} \dots\dots\dots \\ \text{Nachmittags} \dots\dots\dots \end{array} \right.$

14. Geburtsort des Verstorbenen:

Überträge aus dem Totenschein:

- Nr. 11.
 „ 13.
 „ 15 bis 17.
 „ 20 e.
 „ 21 soweit Operation in Betracht kommt.
 „ 22.

gaben und zwar von Nr. 11—13, 15—17, 20 e, 21 (soweit Operationen in Frage kommen) und 22 des Totenscheins (Wohnungsverhältnisse des Verstorbenen, Geburtsjahr des überlebenden Ehegatten usw.). Erst die so vorbereitete, um eine ganze Reihe für die Beurteilung der Verhältnisse wesentlicher Merkmale bereicherte, umstehend gleichfalls abgedruckte Zählkarte bildet die Grundlage der Berliner Sterblichkeitsstatistik. Und doch, gelänge es selbst je, die falschen Diagnosen aus dem Reich der Wirklichkeit völlig zu verbannen, wäre nicht zu sicherer Urteilsbildung auch das klinische Bild, der ganze Komplex von Symptomen nach Art und Grad in Betracht zu ziehen, wofür der zahlenmäßige Ausdruck noch erst gefunden werden soll?

Indessen, das Zählkartenmaterial liegt vor, wie es ist und es hat die Auszählung nach eingehender, möglichst zweckmäßiger Gliederung zu erfolgen: das zweite Stadium. Neue Schwierigkeiten treten auf zunächst bei der Feststellung der Nomenklatur. Vor einigen Jahren wurden dafür bekanntlich neue Grundlagen für das Reich, wie für Preußen geschaffen. Für die Richtigkeit der Einreihung aber besteht da, wo sie weder vom Arzte noch unter seiner Mitwirkung vorgenommen wird, keine genügende Bürgschaft.

Drittes Stadium: die Tabellen liegen fertig vor. Das statistische Fabrikat geht vom Produzenten in die Hände des Konsumenten über. Alle Höllen, die es bis dahin passiert hatte, bedeuten nicht

selten wenig gegen diejenigen, denen es nun entgegengeht. Hat schon der Produzent gesündigt — vielleicht nur fahrlässig und weil er es nicht besser verstand —, der Konsument ist oft der schlimmere Sünder, der schlimmste bisweilen, wenn er zugleich der Produzent war. Die gute Absicht aber kann und soll ihm nicht abgesprochen werden. Wie oft wird nicht mit besserer Absicht als Methode zur Herbeiführung hygienischer Maßnahmen grau in grau statistisch gemalt, nachher aber welch lachendes Bild mit leuchtenden Farben! Die Politik verdirbt die Statistik.

Einige Umstände, die bei Benutzung statistischer Aufstellungen besonders zu beachten sind, seien angeführt.

Sind die beobachteten Fälle zahlreich genug, um ihre Verwendung zu endgültigen Urteilen zuzulassen? Eine Frage, die freilich nicht allgemein beantwortet werden kann. Maßgebend muß sein: der Ausschluß des Zufälligen. Man soll aus kleinen Zahlen nicht große Schlüsse ziehen. Das ist im wesentlichen dasjenige, was man das Gesetz der großen Zahl nennt. Wenn einmal in der Berliner Kriminalstatistik unter vier im Jahre wegen Mordes verurteilten Personen sich eine in jugendlichem Alter befindet, so soll man nicht sagen: 25 Proz. der Berliner Mörder sind Jugendliche. Wehe, dreimal wehe über die moralische Verkommenheit der Berliner Jugend! Nun würde die Entrüstung in diesem Falle vielleicht keinen großen Schaden anrichten können, aber es brauchte nur einer jener Verurteilten einem befreundeten oder verbündeten Lande anzugehören — die gleiche Schlußfolgerung könnte gar diplomatische Erörterungen hervorrufen.

Verführerisch und reiche Ernte verheißend lockt weiter die Berechnung von Durchschnitten. Ihr kann Berechtigung an sich gar nicht abgesprochen werden. Wieder aber ist ein vorsichtiges Vorgehen erforderlich d. i. ein solches, bei welchem man sich der wirklichen Bedeutung des zu errechnenden Durchschnitts bewußt ist. Die Vorbedingung dafür ist Klarheit und Eindeutigkeit der Fragestellung. Ein Beispiel! Wie groß ist das durchschnittliche Dienst Einkommen eines Volksschullehrers in den größeren deutschen Städten mit über 25 000 Einwohnern? Ich behaupte, die Frage ist nicht präzise genug, nicht eindeutig gefaßt, denn es gibt nicht eine, sondern zwei Antworten. Ich kann nämlich in der Weise vorgehen, daß ich die Summe aller Lehrer dieser Städte bilde und ihr die Summe ihres Dienst Einkommens gegenüberstelle, so daß ich durch Division auf das durchschnittliche Gehalt komme. Oder ich verfare derart, daß ich diese Rechnung für jede Stadt besonders

ausführe, für jede also den Durchschnitt berechne und die Summe dieser Durchschnitte durch die Zahl der Städte dividiere, wobei ich dann zu einem unter Umständen vielleicht wesentlich anderen Ergebnis kommen kann. Welches aber ist das Richtige? An sich ist jedes richtig berechnet, welches aber das verwertbare ist, das läßt sich erst bestimmen, wenn die Frage eine Ergänzung erhält in Richtung der Zweckbestimmung der Untersuchung. Handelt es sich um das durchschnittliche Diensteinkommen eines Lehrers in diesen Städten schlechtweg, soll der Empfänger mehr als der Geber in den Vordergrund treten, so ist die erstere Berechnung die gebotene, sollen aber gerade die Verschiedenheiten in den Besoldungsverhältnissen der einzelnen Städte — bei Annahme gleicher Verteilung nach dem Dienstalder — mehr zur Geltung gebracht werden, so muß jede mit ihrem eigenen Durchschnitt berücksichtigt und diesem das gleiche Gewicht beigelegt werden, was bei dem zweiten Verfahren der Fall ist. Bei dem ersten würde beispielsweise Berlin allein denselben Einfluß ausüben, wie 60 oder mehr der anderen Städte zusammen; bei der zweiten Berechnung aber nur den gleichen, wie jede andere Stadt. Ähnliches taucht bei zahlreichen Untersuchungen auf und besitzt Bedeutung in dem Maße, in welchem die Beobachtungsmassen, für welche der Durchschnitt zu bestimmen ist, quantitativ voneinander abweichen. In der Regel wird das erstere Verfahren in Betracht kommen, das andere meist nur da, wo die Individualität der Beobachtungsobjekte möglichst gewahrt werden soll.

Gehen wir zur Methodik einiger konkreter Aufgaben der Medizinalstatistik über. Auf deren Berührungspunkte mit der allgemeinen Bevölkerungsstatistik habe ich schon im Eingange hingewiesen. So ist der feste Grund denn auch hier der Stand der Bevölkerung, wie er bei den im Deutschen Reiche alle 5 Jahre wiederkehrenden Volkszählungen ermittelt wird in seiner Gliederung nach Alter, Geschlecht, Familienstand, Gebürtigkeit usw. Zur Feststellung der Bevölkerungszahl innerhalb dieser 5 Jahre erfolgt namentlich in den größeren Städten die sogenannte Fortschreibung, bei welcher einerseits die Zugänge durch Geburt und Zuzug, andererseits die Abgänge durch Tod und Fortzug in den einzelnen Zeitabschnitten zur Anrechnung auf die jeweils letzte Bestandszahl kommen. Zur Beseitigung der durch die Unvollständigkeit der Wanderungsmeldungen insbesondere bei den Fortzügen entstehenden Lücken dienen dabei vornehmlich die bezüglichen Erfahrungen aus der nächst vorhergehenden Volkszählungsperiode, worauf

näher hier nicht eingegangen werden kann. Nur sei hervorgehoben, daß diese Fortschreibung meist nur in der Unterscheidung nach dem Geschlecht erfolgte. In Berlin aber werden auch die einzelnen Altersklassen berücksichtigt.

In dem ermittelten Bevölkerungsstande hat man dann die Grundlagen zur Beurteilung der Bewegungserscheinungen, zu denen die auch in der Medizinalstatistik besonders hervortretenden Sterblichkeitsvorgänge gehören. Diese aber sind bei der großen Gefährdung des ersten Lebensjahres wieder im besonderen Umfange abhängig von der Geburtenfrequenz, so daß auch deren Verhältnisse in Betracht zu kommen haben.

Auch die Geburten sind Gegenstand eingehender statistischer Bearbeitung. Sie erfolgt, wie bei den Sterbefällen und Eheschließungen auf Grund von Zählkarten, welche von den Standesämtern ausgestellt werden. Für Berlin sind auch auf diesem Formular einige Zusatzfragen vorgesehen. Die vorliegend wichtigste Feststellung auf dem Gebiet der Geburtenstatistik ist die der Geburtenziffer, welche nichts anderes ist, als die auf Tausend der mittleren Bevölkerung berechnete Geburtenzahl eines Kalenderjahrs. Sie wird demnach gewonnen durch Multiplikation der Geburtenzahl mit 1000 und Division durch die mittlere Bevölkerung. Mit der Berechnung für den Zeitraum eines Jahres ist es aber häufig nicht getan. Man wünscht die Ziffer für die einzelnen Kalendermonate zu wissen. Da gilt es denn, die ja bis zu 10 Proz. sich erstreckenden Abweichungen der verschiedenen Monatslängen zu berücksichtigen, was durch Projektion auf den ganzen Jahreszeitraum nach Maßgabe des verschiedenen Zeitinhalts der einzelnen Monate geschieht — mit anderen Worten: der Tagesdurchschnitt der Geburten wird mit der Anzahl der Tage des Jahres, d. i. 365 bzw. 366, ferner mit 1000 multipliziert und durch die mittlere Monatsbevölkerung dividiert. Diese Rechnung mag denn für Lebend- und für Totgeburten besonders angestellt werden. Daß das Verfahren der Beziehung auf die Gesamtbevölkerung, von der doch lediglich ein Teil gebären kann, nur eine untere Stufe darstellt, braucht kaum erst hervorgehoben zu werden. Genauer, nur eben mangels der Grundlagen seltener ausführbar ist die Beziehung der Geborenen auf die Gebärfähigen d. i. auf die Frauen im Alter von 15 bis 50 Jahr, oder bei Beschränkung auf die eheliche Fruchtbarkeit, die Zurückführung auf die Ehefrauen. Der letztere Vergleich wird stets im Statistischen Jahrbuch der Stadt Berlin angestellt. Für den 30jährigen Zeitraum von 1877 bis 1906 zeigt

er, wie nebenbei bemerkt sei, einen Rückgang der ehelichen Fruchtbarkeit um die Hälfte. Aber auch mit dieser Methode ist noch nicht das letzte Wort gesprochen. Es ist noch die Eigenart der Altersverhältnisse zu berücksichtigen, sowohl wegen der Abhängigkeit der Fruchtbarkeit vom Alter der Frau als auch wegen der durch die Wanderungen bedingten Willkür des Altersaufbaues. So bedarf es denn der Zurückführung auf die sogenannte normale Bevölkerung, worüber einiges noch bei der Behandlung der Sterblichkeitsverhältnisse bemerkt werden wird, zu welcher ich jetzt übergehe.

Auf der Grundlage der Zahl der Sterbefälle eines Jahres kommt zunächst die Berechnung der allgemeinen Sterblichkeitsziffer in ähnlicher Weise zustande, wie bei den Geburten: Multiplikation der Sterbefälle mit 1000 und Division durch die mittlere Bevölkerung. Dieselbe Berechnung kann für die einzelnen Altersjahre oder für Gruppen derselben vorgenommen werden, wodurch die sogenannten Mortalitätskoeffizienten erhalten werden. Die Frage aber, wie man aus diesen Ziffern ohne Herstellung einer eigentlichen Abgangsordnung eine der Eigenart der Alterszusammensetzung entsprechende Gesamtziffer gewinnen kann, ist im Grunde genommen ohne gewisse Einschränkungen nicht zu beantworten. Körösy, der verdienstvolle einstige Leiter der Budapester Kommunalstatistik, machte den Vorschlag, der tatsächlich vielfach Nachachtung gefunden, die Alterszusammensetzung einer bestimmten Bevölkerung als standard der Rechnung zugrunde zu legen. Er wählte diejenige Schwedens in den 4 Altersgruppen 0—1, 1—20, 20—50 und über 50 Jahre mit den Anteilen von 26,5, 398,1, 386,2 und 189,2 pro Mille. Für die Bevölkerung des zur Untersuchung vorliegenden Gebiets werden also die Mortalitätskoeffizienten — das sind die auf 1000 Lebende der betreffenden Altersgruppe entfallenden Sterbefälle des gleichen Alters — berechnet. Sie seien für die 4 Gruppen nacheinander n_1, n_2, n_3, n_4 . Diese Sätze, auf die schwedische Bevölkerung angewandt, ergeben die Gesamtziffer $\frac{n_1 \cdot 26,5 + n_2 \cdot 398,1 + n_3 \cdot 386,2 + n_4 \cdot 189,2}{1000}$, die

durch N bezeichnet werde. Sind für ein anderes Beobachtungsgebiet die bezüglichen Mortalitätskoeffizienten m_1, m_2, m_3, m_4 und bildet man aus ihnen in gleicher Weise den Ausdruck

$$\frac{m_1 \cdot 26,5 + m_2 \cdot 398,1 + m_3 \cdot 386,2 + m_4 \cdot 189,2}{1000} = M,$$

so wäre das Verhältnis der Größen N und M für den bei Berück-

sichtigung des Altersaufbaues noch bestehenden Unterschied der Sterblichkeit vermeintlich bezeichnend. Aber nur eben vermeintlich. Tatsächlich ist die Einzwängung in den Rahmen einer bestimmten Bevölkerungsgliederung unzulässig.

Ähnliche Bedenken bestehen gegenüber dem umgekehrten Verfahren, bei welchem nicht ein Standard der Bevölkerung, sondern ein solcher der Mortalitätsziffern angenommen und auf die jeweils vorhandenen Altersgruppen angewandt wird.

Begrifflich richtig ist unzweifelhaft die bloße Summierung der Mortalitätskoeffizienten, die aber wiederum praktisch nicht haltbar ist mit Rücksicht auf die Beeinflussung durch die eine besonders hohe Sterblichkeit aufweisenden Altersklassen. Für das Alter von 5 bis 50 Jahren ist indessen diese so einfache Berechnung meines Erachtens ohne Bedenken zulässig.

Was insbesondere die Sterblichkeit des 1. Lebensjahres, also der Säuglinge angeht, so verbindet das übliche Verfahren ihrer Berechnung auf der Grundlage des Vergleichs der Sterbefälle (ohne Totgeburten) auf dieser Altersstufe mit den Lebendgeborenen des gleichen Jahres Einfachheit mit meist durchaus genügender Genauigkeit, obwohl es sich bei den Säuglingssterbefällen eines Jahres zu etwa 3 Zehnteln um im vorhergehenden Kalenderjahr Geborene handelt. Dieser Betrag aber wird — falls nicht besonders weitgehende Schwankungen der Geburtenzahl in 2 benachbarten Jahren auftreten — nahezu gleich sein dem $\frac{3}{10}$ -Anteil der Säuglingssterbefälle des Beobachtungsjahres selbst. Kann dieses Verfahren unter gewöhnlichen Umständen, wie bereits bemerkt, als zulässig angesehen werden, so doch nicht für solche Beobachtungsgebiete, in denen zahlreiche Kinder früher oder später nach der Geburt in ländliche Pflege ausgetan werden, wie das in den Städten Frankreichs, Italiens, Ungarns zu beobachten ist. Diese Kinder entlasten die städtische und belasten die ländliche Sterblichkeit. Bei der Berechnung der Säuglingssterblichkeit als Prozentanteil der Lebendgeborenen ist also in städtischen Bezirken der Zähler — die Zahl der Gestorbenen — zu klein und damit auch das Ergebnis zu klein. So kann ein Teil des Weniger der Säuglingssterblichkeit in französischen gegenüber den deutschen Großstädten lediglich auf Verhältnisse dieser Art zurückgeführt werden. Die richtige Ermittlung der Säuglingssterblichkeit war denn im verflossenen Jahrzehnt in Frankreich zu einer die Öffentlichkeit auf das lebhafteste beschäftigenden Angelegenheit geworden, galt es doch, die Wirksamkeit des durch das Gesetz Théophil Russel 1874 einge-

fürten Schutzes der nourrissons einmal zahlenmäßig einwandfrei festzustellen, was nach dem allgemein üblichen Verfahren nicht möglich ist. Bertillon, der Direktor der Pariser Statistik, übrigens selbst Arzt, war es, der die Aufgabe löste. Sein Verfahren, welches mit der Gliederung der nourrissons nach mehreren Altersgruppen die Berücksichtigung des Eintritts in nourrice nach entsprechenden Dauergruppen verbindet, ist rein theoretisch vielleicht auch nicht ganz einwandfrei, im praktischen Erfolg aber ist es dies durchaus und bei einem von mir angewandten, die theoretischen Bedenken beseitigenden Verfahren ergaben sich doch fast nahezu die gleichen Ziffern wie Bertillon sie mit seiner einfacheren Berechnung gewonnen hatte.

Angesichts der sehr differentiellen Höhe der Säuglingssterblichkeit in den einzelnen Kalendermonaten ist ihre Berechnung für diese von besonderer Wichtigkeit. Ein höchst einfaches, aber brauchbares Verfahren, welches ich schon vor einigen Jahren angegeben habe, besteht darin, daß man die Säuglingssterbefälle des betreffenden Monats in der schon bei der Betrachtung der Geburtenziffer angegebenen Art pro rata temporis auf das Jahr erhöht und der so erhaltenen Zahl von Sterbefällen die Summe der Geburten des betreffenden und der ihm vorhergehenden 11 Kalendermonate gegenüberstellt. Wenn die Aufhöhung der Sterbefälle auf Vielfache des Beobachtungszeitraums auch anderweit, wie beispielsweise bei der Berechnung der allgemeinen Sterblichkeitsziffer für die einzelnen Kalendermonate üblich ist, so ist doch ein solches Verfahren nicht in jedem Falle zulässig. Dies ist es in dem Maße, als die aufzuhöhenen Beträge wesentlich zufallsfreie sind.

Kehren wir zur Frage der Sterblichkeitsmessung überhaupt zurück, so muß hier wieder auf die häufigen Fälle einer abwegigen Behandlung hingewiesen werden. Da glaubt man die durchschnittliche Lebensdauer beispielsweise in den verschiedenen Berufen damit feststellen zu können, daß man das durchschnittliche Lebensalter der in diesen Berufen an einem bestimmten Tage Lebenden berechnet. Man vergißt dabei, daß die Zahl dieser Lebenden nicht bloß durch die Sterblichkeit, sondern auch durch die Wanderungen bedingt ist. Wo zahlreiche Zuzüge in vergleichsweise höheren Altersklassen stattgefunden haben, muß auch der Altersdurchschnitt ein höherer sein. Man vergißt aber ferner, daß an dem Erhebungstage die Lebensstrecke eben noch nicht zurückgelegt ist. So wäre denn die Ermittlung der durchschnittlichen Lebensstrecke, also des durchschnittlichen Alters der Gestorbenen

das Richtige? Wieder Nein! Da infolge der Wanderungen der natürliche Altersaufbau die mannigfachsten Verschiebungen erfährt. So ist denn die erste und vornehmste Bedingung einer derartigen Berechnung: die Ausscheidung des Einflusses der örtlichen Bewegung der Bevölkerung. Von einem Anfangsbestande der letzteren ist auszugehen, der von Altersstufe zu Altersstufe in seiner allmählichen Verminderung lediglich durch die Sterblichkeit zu verfolgen ist, mit anderen Worten: herzustellen ist die Abgangsordnung der Lebenden, die Sterbetafel. Sie wird also in ihrer vollen Ausdehnung dadurch gewonnen, daß von der Geburtenzahl ausgegangen wird und die von dieser Überlebenden nach dem Verhältnis der Gestorbenen zu den Gleichaltrigen der Bevölkerung berechnet werden. Dann gibt die Summe der von allen Gestorbenen der Tafel seit der Geburt durchlebten Jahre, geteilt durch die Zahl der Geborenen, die mittlere Lebensdauer. Indem man aber die Überlebenden der Tafel als die gleichzeitig Lebenden der sogenannten stationären Bevölkerung auffaßt, d. i. einer solchen, welche in ihrem räumlichen Nebeneinander beständig dieselbe Altersgliederung aufweist, wie eine im Anfang vorhandene Generation in der zeitlichen Folge, in den einzelnen aufeinanderfolgenden Jahren bis zu ihrem Aussterben, gelangt man zum Ersatz der von den Gestorbenen seit der Geburt durch die von den gleichzeitig Lebenden in einem Jahre durchlebten Jahre, womit denn die übliche Berechnungsweise der mittleren Lebensdauer bezeichnet ist. Je größer diese ist, um so geringer die Sterblichkeit und umgekehrt. Der reziproke Wert hat sonach die Eigenschaft eines direkten Maßstabes der Sterblichkeit, er ist die wissenschaftlich genauere, gewissermaßen gehaltvollere Sterblichkeitsziffer. Welch erhebliche Abweichungen sie gegenüber der in üblicher Weise durch Gegenüberstellung der summarischen Zahlen der Gestorbenen und der Bevölkerung gewonnenen Ziffer zeigt, geht aus umstehender, dem Statistischen Jahrbuch der Stadt Berlin entnommenen Übersicht hervor.

Jahr	Aus der Sterbetafel berechnete Sterblichkeitsziffern in Prom.			Gewöhnliche Sterblichkeitsziffern in Prom.			Die aus der Sterblichkeitstafel berechnete Ziffer ist höher als die gewöhnliche um Proz.		
	männl.	weibl.	überhaupt	männl.	weibl.	überhaupt	männl.	weibl.	überhaupt
1896	26,15	22,71	24,36	21,19	17,06	19,03	23,4	33,1	28,0
1897	25,83	22,18	23,92	21,07	16,53	18,69	22,6	34,2	28,0
1898	25,45	21,89	23,59	20,51	16,19	18,24	24,1	35,2	29,3
1899	26,97	23,19	25,00	21,95	17,58	19,66	22,9	31,9	27,2
1900	27,33	23,55	25,35	22,15	17,99	19,98	23,4	30,9	26,9

Die aus der Sterbetafel berechnete Ziffer ist sonach beträchtlich höher als die gewöhnliche. Insbesondere steigt beim weiblichen Geschlecht der Unterschied bis zu einem Drittel des Betrages der gewöhnlichen Sterblichkeitsziffer und mehr.

Von besonderer, aber nur zu wenig bekannter Bedeutung wird die Sterblichkeitstafel — soweit sie aus den Sterbefällen eines Kalenderjahres (Böckh'sche Methode) berechnet ist — für die Beurteilung der Ergebnisse der Todesursachenstatistik. Werden die auf den verschiedenen Altersstufen Gestorbenen der Sterblichkeitstafel nach dem Verhältnis der einzelnen Todesursachen oder Gruppen von solchen geteilt und die auf diese entfallenden Ziffern addiert, so erhält man Ergebnisse, die deshalb sehr beachtenswert sind, weil in ihnen die Verschiedenheiten in der Besetzung der einzelnen Altersgruppen der Lebenden zum Ausdruck gelangt sind. Nur in diesen aus der Sterbetafel abgeleiteten Ziffern werden die Anteile der Todesursachen in ihrem eigentlichen Umfange erfaßt. Die gegenüber der bloßen Prozentverteilung der Gestorbenen sich ergebenden Unterschiede sind für das Jahr 1900 und 10 Gruppen von Todesursachen der folgenden Tabelle zu entnehmen.

Sterblichkeit der Berliner Bevölkerung nach Todesursachen 1900.

Todesursachen	Männliches Geschlecht			Weibliches Geschlecht		
	Sterbefälle ohne Totgeb.	Gewöhnliche Rechnung	Genaue Rechnung nach der Sterbetafel	Sterbefälle ohne Totgeb.	Gewöhnliche Rechnung	Genaue Rechnung nach der Sterbetafel
	überh.	Proz.	Proz.	überh.	Proz.	Proz.
1. Masern, Scharlach, Diphth. usw.	1 171	6,3	4,7	1 112	6,7	4,7
2. Lebensschwäche, Zahnen usw.	1 900	10,2	7,6	1 517	9,2	6,4
3. Altersschwäche	425	2,3	5,7	916	5,5	11,7
4. Krebs	890	4,8	6,5	1 224	7,4	9,1
5. Krankh. des Gefäßsystems	1 424	7,7	10,3	1 363	8,2	10,3
6. Krämpfe	536	2,9	2,2	391	2,4	1,8
7. Lungenentzündung	1 337	7,2	7,2	1 221	7,4	7,0
8. Lungenschwindsucht	2 739	14,8	12,4	1 832	11,0	8,4
9. Durchfall	2 846	15,3	11,6	2 333	14,1	10,2
10. Krankh. d. Harn- u. Geschl.-org.	587	3,2	4,1	561	3,4	3,5
11. Sonstige Todesursachen	4 855	25,3	27,7	4 230	24,7	26,9
Zusammen	18 710	100,0	100,0	16 700	100,0	100,0

Gerechnet sind zu:

1: Masern, Scharlach, Scharlach-Diphtherie, Rachenbr. (Diphth.), Croup, Keuchhusten.

- 2: Lebensschwäche, Bildungsfehler, Zahnen, Rachitis, Drüsenabzehr., Atrophie der Kinder, Abzehr. der Kinder, Erschöpfung.
- 3: Altersschwäche.
- 4: Krebs, Geschwülste, Neubildungen an der Gebärmutter.
- 5: Herzbeutelentzündung, Herzbeutelwassersucht, Herzvergrößerung, Herzfehler, Zerreißung des Herzens, Herzlähmung, Arterienkrankheiten, Venenkrankheiten.
- 6: Starrkrampf, Wundstarrkrampf.
- 8: Lungenschwindsucht, Lungenleiden, Abzehrung.
- 9: Durchfall, Brechdurchfall, Magen-Darm-Entzündung, Magen-Darm-Katarrh.
- 10: Entzündung der Harnwege, sonstige Blasenleiden, Harnvergiftung, Steinkrankheit, Nierenentzündung, Nierenvereiterung, Bauchschwangerschaft, Zufälle der Schwangerschaft, Fehlgeburt, Gebärmutterri, Folgen der Entbindung, Gebärmutterblutung, sonstige Gebärmutterleiden, Eierstockentzündung.

Auch hier werden erhebliche Unterschiede bemerkbar, die im allgemeinen dadurch charakterisiert sind, daß die nach wissenschaftlichen Grundsätzen berechneten Anteile der mehr das höhere Alter bedrohenden Krankheiten größer, der Kinderkrankheiten kleiner sind, als die Ziffern der bloßen Prozentverteilung der Gestorbenen. So stellt sich beispielsweise der wirkliche Anteil für die wesentlich das Kindesalter treffenden Infektionen der Gruppe 1 beim männlichen, sowie beim weiblichen Geschlecht auf je 4,7 Proz. gegen 6,3 bzw. 6,7 Proz. bei der gewöhnlichen Prozentverteilung, ähnlich Lebensschwäche: 7,6 bzw. 6,4 gegen 10,2 bzw. 9,2, dagegen Altersschwäche 5,7 bzw. 11,7 gegen 2,3 bzw. 5,5 — hier also ein Unterschied der korrekten gegenüber den anderen Ziffern um mehr als den gesamten Betrag der letzteren.

Mit diesen Proben für die Notwendigkeit einer vorsichtigen Behandlung der Statistik muß es an dieser Stelle bewenden. So wenige es nur sein konnten, so werden sie doch gezeigt haben, daß aller statistischen Betätigung vorausgehen muß das Durchdringen zu methodologischer Klarheit auf allen Stufen, bei der Erhebung, bei der Bearbeitung, wie bei der Verwertung. In diesem Bedingtsein der statistischen Forschung durch das Methodologische ist ihr wissenschaftlicher Charakter vielleicht vornehmlich begründet.

Über die Aufgaben und Berufspflichten der Kreiswohnungsinspektion in Worms.

Von Dr. ELSE CONRAD.

Vortrag gehalten am 21. April 1909.

Verehrte Anwesende!

Wie Ihnen bekannt sein mag, ist die Wohnungsinspektion in Deutschland noch im Anfangsstadium ihrer Entwicklung, und zumal als weiblicher Beruf ist sie noch in den allerersten Anfängen.

Bis jetzt ist der Gedanke der Anstellung eines weiblichen Wohnungsinspektors nur einmal realisiert; das ist für die Landgemeinden des Kreises Worms, wo man mich mit dem Posten betraut hat. Jedoch seit kurzer Zeit tritt an immer mehr Orten, allerdings, soweit ich unterrichtet bin, fast nur in den Städten, der Wunsch hervor, einen solchen Posten zu schaffen, also eine Wohnungsinspektorin anzustellen.

In Nürnberg und Fürth ist der Gedanke in Erwägung gezogen worden, dann allerdings bald wieder verworfen. In Leipzig, Dresden, Charlottenburg, Bremen und im Landkreis Solingen wird er gegenwärtig ernsthaft ventiliert und scheint mehr Aussicht auf Erfolg zu haben. Weil wir somit auf diesem Gebiet allem Anschein nach eine baldige Weiterentwicklung vor uns sehen, so liegt mir viel daran, Ihnen hier zu berichten, welche Aufgaben man der Wohnungsinspektorin bei jenem ersten Versuch zugewiesen hat und wie der Beruf da überhaupt gedacht ist und allmählich ausgebaut werden soll. Daß ich dabei etwas viel von mir sprechen werde, liegt in den Verhältnissen und müssen Sie gütigst entschuldigen. Ich füge hinzu, daß mein Amt erst seit einem halben Jahr besteht, daß also von Erfolgen noch kaum die Rede sein kann und auch die Erfahrungen nur erst geringe sind.

Die Grundlage für die Wohnungsinspektion in Hessen geben die beiden Gesetze von 1893 und 1902; Gesetze, wie sie noch in keinem anderen deutschen Staate existieren. Diese verlangen, daß für jeden Ort ein Ortswohnungsinspektor bestellt wird, der regelmäßig Besichtigungen der Mietwohnungen, vorwiegend der in Hessen anzeigepflichtigen Mietwohnungen Minderbemittelter, Schlafstellen usw. vorzunehmen und darüber Listen zu führen hat. In kleinen Orten wird ein Ortseingesessener ehrenamtlich mit diesen Funktionen betraut. In größeren Orten sollen diese im Nebenamt oder auch von einem besonderen Beamten durchgeführt werden. Diese ganze eben skizzierte Wohnungsinspektion läuft mit all ihren Fäden bei dem Landeswohnungsinspektor in Darmstadt zusammen.

Das Naheliegende wäre nun, die Wohnungsinspektorin auch in diesen Apparat einzufügen. Das ist aber aus wohlerwogenen Gründen nicht geschehen. Denn damit würde von vornherein das Aufgabengebiet derselben auch auf die Wohnungsinspektion allein beschränkt worden sein und damit wäre nichts gewonnen; im Gegenteil, denn für diese Aufgabe ist der bautechnisch gebildete Mann die viel geeignetere Persönlichkeit. Jedoch der Grund, weshalb man gerade eine weibliche Kraft einstellen wollte, war ja die Erkenntnis, daß die Wohnungsinspektion isoliert keinen großen Nutzen bringen könne, daß sie vielmehr aufs engste verknüpft werden müsse mit der gesamten Wohlfahrtspflege; ja daß die Wohnungsinspektorin zugleich Wohlfahrtspflegerin sein müsse, und das ergab, daß die hessische Wohnungsinspektorin dem Großherzoglichen Kreisamt eingegliedert wurde. Mein Vorgesetzter ist der Kreisrat, dem ich fortdauernd über meine Tätigkeit mündlich, zuweilen auch schriftlich Bericht erstatte, und von dem ich Weisungen und Aufträge, Rat und Hilfe erhalte.

In der Stadt Worms, obschon diese an den Kosten der Einrichtung beteiligt ist, habe ich zunächst ausdrücklich nichts zu tun, meine Tätigkeit erstreckt sich nur auf die 39 Landorte des Kreises, mit teils rein landwirtschaftlicher, teils auch industrieller Bevölkerung.

Daß die akademische Bildung für dieses Amt unbedingt erforderlich ist, ist nicht meine Ansicht; ein vollständiger Kursus in der sozialen Frauenschule zu Berlin z. B. mag auch eine ausreichende Vorbildung geben. Aber schon der Dokortitel gibt, wie ich schon mehrfach beobachten konnte, einer mit der Wohnungsinspektion betrauten Frau gegenüber der Bevölkerung eine Überlegenheit und ein Ansehen, das sich eine andere mühsamer erringen

wird, was aber für ihren Einfluß von großer Bedeutung ist. Wesentlich wichtiger noch ist, daß das abgeschlossene Universitätsstudium doch einen Überblick über die volkswirtschaftlichen Vorgänge gewährt und die Fähigkeit ausbildet, Einzelbeobachtungen in die gesamten Erscheinungen einzuordnen; andererseits deduktiv vorzugehen und allgemeine Gesichtspunkte, ja ich möchte sagen eine sozialpolitische Weltanschauung in die Kleinarbeit des Berufes hineinzuwoben, wie sie eine andere Ausbildung wohl kaum geben kann. Deshalb möchte ich die Bevorzugung akademisch, und zwar volkswirtschaftlich gebildeter Frauen doch befürworten.

Daß eine gewisse Reife und Lebenserfahrung zur Bekleidung des Postens unbedingt erforderlich ist, ist klar, denn es handelt sich um eine nicht immer leichte Vertrauensstellung. Die Wohnungsinspektorin muß mit Gebildeten, mit Halb- und mit Ungebildeten fertig werden und in allererster Linie nicht mit Zwangsmitteln, sondern durch Überredung und durch ihren Einfluß im allgemeinen wirken. Sie muß ferner nach allen Seiten Anregungen zu geben suchen, ohne die eigene Person in den Vordergrund zu schieben.

Die Wohnungsinspektion im engeren Sinne soll nur die Grundlage geben, auf der sich die ganze Tätigkeit der Inspektorin aufbaut. Durch die Besichtigungen gelangt sie in die Häuslichkeiten der minderbemittelten Bevölkerung und dadurch ist ihr Gelegenheit gegeben, dieser nahe zu kommen.

Bisher habe ich noch meist, zu meiner Information, die Inspektionen gemeinsam mit dem Ortswohnungsinspektor und einem Kreisbautechniker vorgenommen, doch werde ich später in der Regel diese Wege allein machen und dann natürlich unangemeldet kommen. Ich werde Wohnungsmißstände feststellen und wo eine Beseitigung derselben möglich erscheint, den Kreisbauinspektor um eine Begutachtung angehen, da ich nicht bautechnisch gebildet bin. Dieser wird dann feststellen lassen, ob den Mängeln tatsächlich abgeholfen werden kann, und mit welchen Kosten diese Abhilfe verknüpft sein wird. Darauf werde ich versuchen, den Hausbesitzer zur Vornahme der Reparatur zu veranlassen. Ist er pekuniär dazu nicht in der Lage, so wird, auf meinen Antrag, vom Kreisamt eventuell ein Zuschuß geleistet werden, zumal wenn ein Eindringen der Tuberkulose in die Familie durch diese schlechte Wohnung zu befürchten ist.

Die Beseitigung mancher Mißstände kann ja bei Androhung des Vermietverbots erzwungen werden und liegen die Verhältnisse so, so wird dem Hausbesitzer eine dahingehende schriftliche Ver-

fügung zugestellt oder er wird aufs Kreisamt geladen und ihm dort von seiten des betreffenden Dezenten Vorstellungen gemacht. Auch auf einen Mieter, den ich nicht zu einem unbedingt nötig erscheinenden Umzug bewegen konnte, kann in dieser Weise von seiten des Kreisamts ein Druck ausgeübt werden.

Diese Möglichkeit stärkt natürlich meinen Einfluß in hohem Maße. Die Leute wissen, ich stehe nicht allein, sondern alles, was ich tue und anordne, wird vom Kreisamt gestützt und die Nichtbefolgung meiner Vorschläge kann eventuell strengere Maßregeln im Gefolge haben.

Häufig werden aber bei der Besichtigung nur Tatsachen festgestellt und diese dann in dafür vorgedruckte Formulare eingetragen und daran, wo nötig, von mir ein Verfügungsantrag geknüpft; daraufhin wird ev. vom Kreisamt eine Verfügung erlassen, die hinaus an die betreffende Bürgermeisterei geht, welche dann die Durchführung der erforderlichen Maßnahmen anordnet und vielfach auch nachprüft.

Wie erwähnt, können nicht allzu viele Mißstände durch Zwangsmaßnahmen beseitigt werden. Sehr häufig sind wir auf gutes Zureden angewiesen. Auch würde sich die Wohnungsinspektorin wenig Sympathie erwerben, wenn sie oft die Veranlasserin von Zwangsmaßnahmen würde; ihr Einfluß könnte darunter leiden. Vor allem aber würden viele Zwangsverfügungen an der Unmöglichkeit der Durchführbarkeit scheitern. Z. B. haben wir Orte, in denen fast die Hälfte aller Wohnungen feucht ist. Durch Einfügung einer Isolierschicht läßt sich diese in vielen Fällen mit nicht allzu hohen Kosten beseitigen; dennoch wäre es unmöglich, solche Maßnahmen auf einmal für den halben Ort anzuordnen, man wird sich da zunächst auf die schlimmsten Fälle zu beschränken haben.

Ferner gibt es einige Gemeinden, in denen ein großer Mangel an Wohnungen besteht und wo es sich dadurch von selbst verbietet, da eine gesundheitsschädliche Wohnung zu schließen, selbst wenn das Gesetz es verlangt.

Natürlich ist es auch Aufgabe der Wohnungsinspektorin, auf eine Mehrung geeigneter Wohnungen hinzuarbeiten, und das hessische Gesetz von 1902 gibt dafür eine besondere Handhabe, doch fällt die direkte Anregung zur Gründung von Baugenossenschaften und die Inszenierung derselben dem Landeswohnungsinspektor, eventuell auch dem Kreisamt als solchem zu.

Fast eine noch wichtigere Aufgabe als die Wohnungsinspektion ist die Wohnungspflege, d. h. die Aufgabe, die Leute zu

lehren, aus der Wohnung, die sie nun einmal innehaben, das Bestmögliche zu machen. Das ist eine Arbeit, die nur sehr langsam Erfolg haben kann und die auf die verschiedenste Weise gefördert werden muß. Durch Hausbesuche und gemütliche Gespräche mit den Frauen, die man ja meist allein zu Hause antrifft, wird wohl manches, doch nicht alles auszurichten sein, zumal ich in jedes der 39 Dörfer nicht allzu oft im Jahre kommen kann.

Allerdings sind eine Reihe kleinerer, rein landwirtschaftlicher Dörfer auszuschalten, in denen es gar keine zu beanstandenden Wohnungen gibt, ja in denen der allgemeine Wohlstand so groß ist, daß sie mit dem vorhandenen Armenfonds nichts anzufangen wissen. Immerhin ist der Bezirk recht groß. Deshalb habe ich gelegentlich den bei uns fast überall vorhandenen Frauenvereinen Vorträge gehalten, z. B. über Jugendfürsorge, in die die Wohnungspflege ja auch mit hineinspielt; und ich werde im Winter Vorträge über die „Kunst des Wohnens“ halten. Jedesmal für die Frauen verschiedener Gemeinden zusammen, so daß jeder Frau im Kreise Gelegenheit geboten wird, zum mindesten einmal daran teilzunehmen.

Auch über die Aufgaben der ländlichen Frauenvereine habe ich vorgetragen und bei der Gelegenheit die Anregung gegeben, die Hauspflege einzuführen, um Wöchnerinnen und Kranken während ihrer Krankheits- und Genesungszeit die Sorge für den Haushalt und die Kinder abzunehmen, damit das Hauswesen in dieser Zeit nicht verwahrlost.

Wo immer sich Gelegenheit dazu bietet, weise ich die Frauen und schulentlassenen Mädchen auf den Besuch der Haushaltungskurse in Worms hin, die für Arme unentgeltlich sind, ja denen die Hin- und Rückfahrt aus der Kreiskasse vergütet wird. Die Propaganda für die Einrichtung besonderer Haushaltungskurse für das Land habe ich mir zur Aufgabe gemacht und es ist ja zu hoffen, daß in absehbarer Zeit der unbedingt notwendige Fortbildungsschulzwang, der sich speziell auf die wirtschaftliche Ausbildung der Mädchen richtet, obligatorisch wird.

Da, wie erwähnt, das Kreisamt einige Mittel zur Verfügung hat, so denke ich gelegentlich auch Frauen helfen zu können, die von Hause aus ordentlich, durch widrige Verhältnisse, etwa Not oder Krankheit, heruntergekommen sind. Solchen eine Scheuerfrau zur Hilfe zu bestellen, ihren spärlichen Hausrat etwas instand zu setzen und ihnen zu zeigen, daß auch damit eine leidlich behagliche Häuslichkeit zu erzielen ist, das denke ich mir eine sehr dankbare Aufgabe.

Da die Wohnungsinspektorin nicht allzu häufig in die einzelnen Orte kommen kann, so ist es außerordentlich wichtig, daß sie Hand in Hand arbeitet mit den Pastoren und mit den Krankenschwestern. In 28 Orten im Kreise finden sich Krankenpflegestationen, von denen aus alle Gemeinden versorgt werden, und wenn die Schwestern ihren Beruf richtig erfassen, so können sie neben ihrer Krankenpflege in der Weise auf die Bevölkerung einwirken, daß sie sie eine richtige Wohn- und Lebensweise lehren.

Um nun mit den Krankenschwestern enge Fühlung zu bekommen, und vor allem, weil diese doch auch einen Teil der weiblichen Bevölkerung des Kreises darstellen, so bin ich auch damit betraut, mich in gewissen Grenzen um deren Wohl zu kümmern. Finden sie bei ihren Vorgesetzten für ihre berechtigten Wünsche nicht das richtige Verständnis, so sollen sie sich mit ihren Anliegen an die Wohnungsinspektorin wenden; als Frau und zugleich als Beamte des Kreisamts kann ich ihnen öfters in besonderer Weise zur Seite stehen. Auch die Korrespondenz zur Besetzung der Pflegestationen habe ich zum Teil zu führen. Ich habe zu sorgen, daß die Schwester eine angemessene und angemessen ausgestattete Wohnung bekommt, daß sie mit allen Utensilien versehen wird, deren sie zur Ausübung ihres Berufes bedarf, und eben bin ich auch damit beauftragt worden, einen Kontrakt und Dienstanweisung für die Schwestern auszuarbeiten; kurz ihre Verhältnisse nach jeder Richtung und möglichst einheitlich zu regeln. Später wollen wir auch regelmäßige Schwesternkonferenzen für den Kreis einrichten, damit die Schwestern sich untereinander kennen lernen und berufliche Anregung bekommen. Diese Konferenzen werden im wesentlichen in meiner Hand liegen, wenn auch meist ein Arzt oder ein Jurist einen Vortrag übernehmen wird.

Ebenso sollen mit der Zeit die Vorstände der Frauenvereine hin und wieder zu einer Besprechung vereinigt werden, und auch diese Zusammenkünfte zu arrangieren, wie überhaupt die Frauenvereinsarbeit etwas zu beleben, wird auch meine Aufgabe sein. Denn die ländlichen Frauenvereine, wenigstens die der etwas größeren Orte, haben auch eine wichtige Mission. Sie haben sich meist zunächst zur Einrichtung einer Krankenpflegestation gebildet, sich aber dann auch mit der Versorgung von armen Wöchnerinnen und Kranken mit Nahrungsmitteln befaßt. Sie helfen Kleinkinderschulen begründen und haben an mehreren Orten auch Nähabende eingerichtet. Auch die Hauspflege wollen jetzt einige in ihr Programm aufnehmen. Ich denke daß allmählich durch solches Ver-

einsleben der Gemeinsinn der Frauen etwas geweckt wird und sie lernen etwas mit zu sorgen für das Wohl der Gemeinden und nicht weiterhin ohne Interesse alles den Männern zu bedenken überlassen.

Außerordentlich wichtig kann die Mithilfe der Wohnungsinspektorin bei der Bekämpfung der leider auch auf dem Lande so sehr verbreiteten Tuberkulose werden. Wir haben in unserem Landkreise allmonatlich in fünf Orten unentgeltliche Tuberkulosesprechstunden, die der Kreisarzt abhält. Vermutet dieser ungünstige Wohnungsverhältnisse bei den Kranken, so ersucht er die Wohnungsinspektorin, diese zu untersuchen. Da sich hierbei mehrfach herausgestellt hat, daß z. B. kranke Frauen mit gesunden Kindern in einem Bett schliefen, so ist von mir der Ankauf von einer Anzahl Feldbetten eingeleitet worden, die unentgeltlich (vorwiegend leihweise) an solche Familien abgegeben werden sollen, damit die Trennung der Kranken von den Gesunden durchgeführt werden kann. Diese Betten können bei beschränktem Raum für den Tag zusammengeklappt beiseite gestellt, eventuell auch als Ruhebetten im Freien benutzt werden. Aus dem gleichen zur Verfügung stehenden Fonds konnte ich einigen Krankenschwestern Mittel überweisen zur regelmäßigen Versorgung tuberkulöser Kinder mit Milch. All diese Kinder habe ich persönlich aufgesucht und deren Eltern um ihre Einwilligung befragt. Nach Weihnachten hatten wir ein Tuberkulosewandermuseum im Kreise, das in sieben verschiedenen Orten vorübergehend Aufstellung fand. Überall hatte die Wohnungsinspektorin die Führung der Frauen der umliegenden Ortschaften durch dasselbe mit vorangehender längerer Ansprache zu übernehmen.

Mit all diesen Aufgaben noch nicht genug, soll die Wohnungsinspektorin auch noch die Oberkontrolle über die weiblichen Zwangszöglinge und Waisen und die Pflegekinder unter 6 Jahren führen, eine Aufgabe, die sich mit gelegentlichen Besuchen eines Ortes leicht verbinden läßt.

Sie sehen, der Beruf einer Wohnungsinspektorin ist ein außerordentlich vielseitiger; er umfaßt die gesamte Wohlfahrtspflege im Kreise, soweit sich diese vorwiegend an das weibliche Geschlecht wendet. Ich möchte wünschen, daß dieser Grundsatz, den Beruf des weiblichen Wohnungsinspektors soweit zu fassen, überall dahin übernommen wird, wo der Posten geschaffen wird, und ich bitte Sie dringend, nach dieser Richtung zu wirken.

Gewiß wird sich notwendigerweise in einer Stadt der Beruf wesentlich anders gestalten. Schon durch das Vorhandensein der

verschiedensten Vereine und Anstalten mit ihren speziellen Wohlfahrtszwecken werden dort die Aufgaben etwas anders gestellt werden müssen als in einem Landkreise. Dennoch wird sich der Grundgedanke auch dahin verflanzten lassen und deshalb sollte auch dort die Wohnungsinspektorin nicht einer etwa vorhandenen Wohnungsbehörde, sondern etwa dem städtischen Ressort für Armen- und Wohlfahrtspflege eingegliedert werden.

Die gesetzlichen Grundlagen werden sich zunächst in Form von Polizeiverordnungen, wie sie schon vielerorts bestehen, erzielen lassen, denn ein preußisches Wohnungsgesetz wird wohl noch lange auf sich warten lassen, wenn auch ein Entwurf dafür seit 1903 im Kasten liegt.

Zum Schluß wiederhole ich folgendes: Die reine Wohnungsinspektion ist Sache des Bautechnikers; aber die Wohnungsinspektion so gefaßt, wie mein Chef, der Kreisrat Geh. Rat Dr. Kayser, sie auffaßt, dessen weiter Blick und dessen feines Verständnis für die Bedürfnisse des weiblichen Geschlechts den Gedanken der Errichtung eines solchen Postens schuf, das ist eine Aufgabe für eine Frau, wie sie schöner kaum gedacht werden kann.

Die Frau, welche diesen Beruf ergreift, hat ein abgerundetes Arbeitsfeld, auf dem sie mit der Zeit mit großer Selbständigkeit wirken kann; und doch hat sie einen starken Rückhalt am Kreisamt (resp. an der Stadtverwaltung), das sie einerseits mit Autorität ausstattet und andererseits ihr mit Rat, Hilfe und Macht zur Seite steht.

Es ist mein aufrichtiger Wunsch, daß der Beruf in dieser Ausgestaltung immer mehr Verbreitung findet und wir Frauen auf diese Weise viel Segen stiften lernen, in einer Bahn, in der wir nicht als Konkurrenten des Mannes auftreten.

Säuglingssterblichkeit und Säuglingsfürsorge in Mecklenburg-Schwerin.

Von Prov. Dr. med. H. BRÜNING, Rostock i. M.

(Nach einem Vortrage zu Schwerin.)

Seit dem Beginn des 20. Jahrhunderts, welches Ellen Key als „das Jahrhundert des Kindes“ bezeichnet hat, steht auch bei uns in Deutschland kaum eine andere Frage so sehr im Brennpunkt sozialhygienischer Bestrebungen als die Bekämpfung der hohen Säuglingssterblichkeit. Betrachtete man letztere bis dahin vielfach als ein naturnotwendiges Ventil gegen Übervölkerung und Überproduktion, so griff nunmehr allmählich die Erkenntnis Platz, daß die junge Kinderwelt ein volkswirtschaftliches Kapital repräsentiert, mit welchem der Staat wohl oder übel rechnen muß, soll er nicht alljährlich eine Einbuße von vielen Millionen durch ihren Massentod erleiden und sich im Gegensatz zu früher dem sorgenvollen Ausblick in die Zukunft das Gespenst der Depopulation entrollen. So hat sich denn die angedeutete Bewegung, wie mein hochverehrter Lehrer Herr Geh. Rat Soltmann noch vor kurzem zutreffend ausführen konnte, lawinenartig fortbewegt in Stadt und Land, bei Arm und Reich, Hoch und Niedrig und alle Schichten der Bevölkerung, Ärzte, Laien, Private, Korporationen, kommunale und staatliche Behörden haben mit örtlich und je nach den eingeschlagenen Wegen wechselndem Erfolg Abhilfe zu schaffen angefangen gegenüber einem Krebschaden, der, kompromittierend für unser heutiges Kulturleben, am Mark unseres Volkes nagte. In Anbetracht dieser erfreulichen Tatsache erschien es mir nun ein zeitgemäßes Thema zu sein, heute Abend einmal in diesem Kreise einige einschlägige Mitteilungen über unsere mecklenburgische Säuglingswelt zu machen, zumal deshalb, weil in der Literatur

kaum etwas Zusammenfassendes darüber für Interessenten zu finden sein dürfte. Entsprechend der Zweiteilung des gewählten Vortragsthemas wird es zunächst unsere Aufgabe sein müssen, an der Hand eines, wenigstens teilweise durch bildliche Darstellungen anschaulicher gemachten Zahlenmaterials einen Überblick über die Sterblichkeit der im 1. Lebensjahre stehenden Kinder im Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin zu gewinnen. Hierbei konnte es aber weniger darauf ankommen für ein oder zwei Jahre die Säuglingsmortalität im Lande zu verfolgen, sondern es war naturgemäß dringend erwünscht, für einen längeren Zeitraum den einschlägigen Verhältnissen nachzugehen. Durch die Bereitwilligkeit des hiesigen Großherzoglichen Statistischen Amtes, welches mir in dankenswerter Weise ein umfangreiches Zahlenmaterial zum Studium zur Verfügung stellte, wurde es mir möglich, gemeinsam mit meinen Schülern Saul, Paulsen, Thiele und Kablitz die Kindersterblichkeit in den verschiedenen Landesteilen für die Jahre 1876 bis 1905 eingehend zu verfolgen. Die Resultate habe ich in einer demnächst erscheinenden größeren Monographie zusammengestellt, aus der ich heute einiges hervorheben möchte.

Was die Säuglingssterblichkeit in Mecklenburg im Vergleich zu einigen deutschen und außerdeutschen Staaten im allgemeinen anlangt, so war dieselbe in dem 5jährigen Zeitraum von 1891—95 mit rund 16,5 Proz. der Lebendgeborenen eine mittlere; sie blieb zurück hinter den Werten für die Königreiche Preußen, Bayern und Sachsen mit 20—28 Proz., übertraf diejenige der meisten außerdeutschen Staaten, wie namentlich Schweden-Norwegen, Irland-Schottland, Dänemark und Finnland und war ungefähr gleich mit Belgien, Holland und Frankreich.

Eine mittlere Säuglingssterblichkeit bestand in Mecklenburg aber nicht nur in dem Quinquennium 1891—95, sondern auch für den Zeitraum von 1876—1900. Wir sehen auf dieser Tafel eingezeichnet dicke und dünne Linien; die dickeren repräsentieren die unter 5 Jahre alten, die dünneren die im 1. Lebensjahre verstorbenen Kinder, und zwar je nach der Ausführung der Kurven für das ganze Großherzogtum, sowie innerhalb desselben getrennt für die „Stadt-“ und „Landgemeinden“. Die punktierte Kurve veranschaulicht die Säuglingsmortalität im gesamten Großherzogtum; sie bewegt sich etwa zwischen 14 und 18 Proz., läßt aber, wenn auch nicht ganz gleichmäßig, ein Ansteigen erkennen. Wir stehen also vor der bedauernwerten Tatsache, daß im Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin die allgemeine Säuglingsmortalität in den

Jahren 1876—1905 zugenommen hat, und zwar bei Berechnung auf Lebendgeburten von rund 16 auf 17 Proz.

Welche Landesteile sind nun an der Steigerung der Säuglingssterblichkeit im Großherzogtum Mecklenburg in erster Linie schuld? Wie aus der Tabelle hier hervorgeht, war in den Städten die Mortalität der im 1. Lebensjahre stehenden Kinder bis zum Jahre 1896 höher als bei den auf dem Lande lebenden Säuglingen. Hieraus geht hervor, da die Mortalität der Stadtsäuglinge für den ganzen Zeitraum von 1876—1905 leicht sinkende Tendenz erkennen läßt, daß die Landsäuglinge, wenn ich die auf dem flachen Lande geborenen Kinder unter 1 Jahr kurz so nennen darf, die Zunahme der Säuglingsmortalität in Mecklenburg bedingen. Und dies ist in der Tat auch der Fall, wie aus dem Verlauf der beiden Kurven in der Tabelle hervorgeht.

Wir können also die Behauptung aufstellen: die Steigerung der Säuglingsmortalität im Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin ist durch Zunahme der Sterblichkeit der Säuglinge auf dem Lande zu erklären. Der bekannte Ulmer Statistiker Dr. Prinzing hat auf diese Erscheinung erst kürzlich in einer lesenswerten, sorgfältig bearbeiteten Studie aufmerksam gemacht, in welcher er hervorhebt, daß in Sachsen, Süddeutschland und Österreich schon seit den 80er Jahren des vorigen Jahrhunderts die Säuglingsmortalität auf dem Lande höher gewesen ist als in den Städten, und in welcher er mit Recht fordert, daß man, um den Unterschied zwischen Stadt und Land deutlich zu erkennen, die Darstellung auf die ehelichen Kinder beschränken müsse. Tut man dies, bzw. vergleicht man die Säuglingssterblichkeit in Mecklenburg bei ehelichen und unehelichen Kindern, so springen die Unterschiede grell in die Augen. Die Sterblichkeit der unehelichen Säuglinge war nicht nur in den einzelnen Jahren der 30jährigen Periode von 1876—1905 erheblich größer als diejenige der legitimen Kinder, sondern ihre Schwankungen waren auch ungleich beträchtlicher. Namentlich in den Städten kamen Differenzen von 10—12 Proz. zur Beobachtung. Für die ehelichen Säuglinge ist, von unvermeidlichen aber geringfügigen Unterschieden in den Einzeljahren abgesehen, die Mortalität innerhalb des Großherzogtums ein wenig angestiegen. Bringt man für je 5jährige Fristen für Stadt und Land, für eheliche und uneheliche Säuglinge, die zugehörigen Durchschnittswerte in Form von Kurven, so erkennt man, worauf ich schon an anderer Stelle hingewiesen habe, folgende bedeutsame Einzelheiten:

1. Die Sterblichkeit der ehelichen Säuglinge in den Städten und auf dem flachen Lande war stets geringer als die Mortalität der zugehörigen unehelichen Säuglinge.

2. In den Städten ist ein Absinken der Mortalität illegitimer Säuglinge von 31 Proz. auf 29 Proz. zu konstatieren, dem auf dem Lande ein Ansteigen von 20 Proz. auf 22,5 Proz. gegenübersteht.

3. Die Sterblichkeit der ehelichen Säuglinge in den Städten ist mit 15—16 Proz. ziemlich gleich geblieben, diejenige der ehelichen Säuglinge auf dem Lande von 12,5 auf 16 Proz. gestiegen.

4. Die Sterblichkeit ehelicher Säuglinge in den Jahren 1896 bis 1900 war auf dem Lande größer als in den Städten, ein Verhalten, welches bei den unehelichen Kindern zu vermissen ist.

Vergleicht man unter Außerachtlassung der illegitimen Kinder nur die für die ehelichen Säuglinge berechneten 5jährigen Mittelwerte für Mecklenburg-Schwerin mit denjenigen, welche Prinzinger für denselben Zeitraum für das Königreich Preußen mitgeteilt hat, so erhält man nebenstehende Tabelle, aus welcher folgendes hervorgeht:

Sterblichkeit der ehelichen Säuglinge in Stadt und Land.

Jahre	Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin			Königreich Preußen		
	Stadt	Land	Verhältnis Land = 100	Stadt	Land	Verhältnis Land = 100
1876/80	16,0	12,4	129	21,1	18,3	115
1881/85	15,6	13,3	117	21,1	18,6	113
1886/90	16,0	13,9	115	20,0	18,7	112
1891/95	15,8	14,5	109	20,3	18,7	110
1896/1900	14,1	16,0	88	19,5	18,5	105
1901/05	16,4	15,7	104	18,1	17,8	102

Im Königreich Preußen war zwar die Mortalität ehelicher Säuglinge in den Jahren 1876—1905 größer als im Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin, aber sie hat doch in den Städten um rund 3 Proz. abgenommen, während sie in den mecklenburgischen Städten ziemlich gleich geblieben ist. Dagegen ist in Preußen seit dem Jahre 1886 auf dem flachen Lande die eheliche Säuglingsmortalität zurückgegangen, und zwar um fast 1 Proz. bei Berechnung auf Lebendgeburten. Während fast derselben Zeit ist in Mecklenburg-Schwerin in den Landgemeinden die Sterblichkeit der im 1. Lebens-

jahre stehenden ehelichen Kinder von 13,9 Proz. auf 16 bzw. 15,7 Proz., also um rund 2mal soviel angestiegen, und wenn wir das Verhältnis zwischen Stadt und Land berechnen und das Land mit 100 bezeichnen, so wird erst recht klar, daß die Unterschiede zwischen Stadt und Land sich in Preußen und Mecklenburg immer mehr ausgleichen, oder besser gesagt, daß die Sterblichkeit auch der ehelichen Säuglinge in Stadt und Land nach Ablauf der augenblicklichen kritischen Periode gleich wird, bzw. sogar, wie wir es in Mecklenburg in den Jahren 1896—1900 vorübergehend bereits gehabt haben, auf dem Lande größer wird als in den Städten. Diese Erscheinung wird sich aber außer in Preußen auch in Mecklenburg-Schwerin zu einem Dauerzustand entwickeln, und zwar mit fast doppelt so großer Schnelligkeit, denn in Preußen hat sich in dem gleichen 30jährigen Zeitraum das Verhältnis nur von 115 auf 102 (also um — 13), in Mecklenburg-Schwerin aber von 129 auf 104 (um — 25) verschoben.

Die Tatsache, daß nicht nur die unehelichen, sondern vor allem auch die ehelichen Säuglinge auf dem Lande hier das Ansteigen der Gesamtsäuglingssterblichkeit bedingen und daß die Mortalität der in den Landgemeinden lebenden Säuglinge, falls keine Abhilfe geschaffen wird, vermutlich für die Folgezeit diejenige der Stadtsäuglinge übertreffen wird, erfordert meines Erachtens die weitgehendste Beachtung und sollte Veranlassung geben, den ursächlichen Bedingungen nachzuforschen. Wie ich durch detaillierte Studien für die einzelnen Gegenden des Großherzogtumes und zwar für die 12 Aushebungsbezirke desselben eruieren konnte, ist die Säuglingsmortalität innerhalb derselben eine verschieden große gewesen. Da ich auf Einzelheiten dieser Untersuchungen heute nicht eingehen kann, will ich hier nur betonen, daß in dem gesamten 30jährigen Zeitraum von 1876—1905 der A.B. Schwerin mit weniger als 16 Proz. mit am günstigsten, die A.B. Waren und Ludwigslust dagegen mit rund 18 Proz. am ungünstigsten abgeschnitten haben. An den ungünstigen Werten für den A.B. Waren ist die Stadt Waren nicht zuletzt selbst beteiligt, insofern als hier in den Jahren 1876—1905 22 Proz. der Lebendgeborenen noch vor Ablauf des 1. Lebensjahres wieder dahinstarben.

Was die Zu- oder Abnahme der Säuglingsmortalität innerhalb der einzelnen Aushebungsbezirke in dem mehrfach genannten Zeitraum anlangt, so darf sich auch hier einzig und allein der A.B. Schwerin einer Abnahme der Gesamtsäuglingsmortalität rühmen, in 4 anderen ist sie ziemlich gleich geblieben und in den

7 restierenden sogar angestiegen, so daß für das ganze Großherzogtum natürlich eine Zunahme zu verzeichnen ist.

Damit will ich die Besprechung der Säuglingssterblichkeit im Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin, sowie innerhalb desselben nach Stadt und Land ehelich und unehelich abschließen und mich der Beantwortung der Frage zuwenden, wie sich denn die Verhältnisse gestalten je nach den politischen Landesteilen, d. h. also, wenn ich die vom Großh. Statistischen Amte gewählte Gruppierung beibehalte, wie sich die Säuglingsmortalität in den Städten nebst ihren Gütern im Gegensatz zum Domanium und zu der Ritterschaft einschließlich der Klöster und endlich in den Städten des Landes je nach ihrer Größe verhalten hat. Für diese Untersuchungen stand mir allerdings nur ein 5 Jahre umfassendes Zahlenmaterial und zwar für die Jahre 1901—1905 zur Verfügung, dessen Überlassung ich gleichfalls dem hiesigen Statistischen Amt zu verdanken habe. Die Resultate in Prozenten der Lebensgeburten sind folgende: im Domanium und in der Ritterschaft starben 16,7 Proz., in den Städten 17,7 Proz. der Lebendgeborenen im 1. Lebensjahre bereits wieder dahin.

(Schluß folgt.)

Ärztlicher Bericht über die Tätigkeit der von den Vereinen „Säuglingsmilchverteilung“ und „Caritas“ im XII. Bezirke in Wien errichteten Säuglingsfürsorgestelle.¹⁾

Von Dr. B. MAUTNER, Wien.

Gestützt auf durchwegs befriedigende Resultate, die der Verein „Säuglingsmilchverteilung“ nach dreijährigem Bestande im X. Bezirke erzielt hatte, ging derselbe daran, im September 1907 eine zweite nach demselben Prinzip geleitete Stelle im XII. Bezirke zu errichten. Dieselbe befand sich während des Herbstes bis zum Monate November 1907 in der Königswarter'schen Wärmestube, Schallergasse 24, dann während der Wintermonate in einem gemieteten Raume des Hauses Schallergasse 28. Bald nach der Eröffnung der Stelle hielt Dr. Siegfried Weiß, der Gründer derselben im ärztlichen Vereine des V. Bezirkes einen Vortrag, der Zweck und Ziele der Fürsorgestelle behandelte.

Die Aufgaben der Säuglingsfürsorgestelle bestehen zunächst in der Propagierung der Stillung, dann in der Abgabe sterilisierter Milch in trinkfertigen Portionen, um die durch alimentäre Schäden hervorgerufene Morbidität der Säuglinge in dem dortigen Arbeiterbezirke herabzusetzen, ferner darin, die Mütter an den Wägetagen zu versammeln und an praktischen Beispielen Belehrung und Aufklärung durch den Arzt zu erteilen. Außerdem wurden an 2 Sonntagen in der Fürsorgestelle im vorigen Winter zusammenhängende Vorträge über Säuglingspflege abgehalten.

¹⁾ Der Bericht wurde im September 1908 eingesandt. Ausführlicherer und erweiterter folgt.

Aber auch die Fürsorgeärzte haben dort durch den häufigen Umgang mit den Müttern Gelegenheit, Erfahrungen zu sammeln. Die wichtigste Aufgabe jedoch, die sich der Verein gestellt hat, ist die Propagierung der Stillung, die durch die Tätigkeit der Stillkasse erfüllt wird.

Der Betrieb der Stelle erfolgte in derselben Weise wie im X. Bezirke. Ein gutes System muß überall, wo dieselben äußeren Bedingungen bestehen, anwendbar sein.

Der praktische Arzt besorgt die Zuweisung der Säuglinge. Nachdem nur die armen Kinder der Wohltat teilhaftig werden sollen, so kommen hauptsächlich die städtischen Amtsärzte und Kassenärzte hier in Betracht.

Es sandten im ganzen 5 der genannten Ärzte 155 Säuglinge und 24 nicht beamtete Ärzte 217 Säuglinge.

Mit einer vom Arzte ausgefüllten Anweisung, auf welcher die Zahl der Flaschen, die Milchmischung und die Menge der Einzelportion angegeben ist, begibt sich die Frau in die Stelle.

Die Milchmischungen lauten:

Nr. I	à	90,0 g	d. i.	30 g	Milch	+	60 g	Wasser	+	6	Proz. Zucker
Nr. I	à	120,0 g	d. i.	40 g	„	+	80 g	„	+	6	„
Nr. II	à	120,0 g	d. i.	60 g	„	+	60 g	„	+	6	„
Nr. II	à	150,0 g	d. i.	75 g	„	+	75 g	„	+	6	„
Nr. III	à	150,0 g	d. i.	100 g	„	+	50 g	„	+	6	„
Nr. III	à	200,0 g	d. i.	140 g	„	+	60 g	„	+	6	„

Vollmilch wird nicht verabreicht.

Nachdem Ärzte die Kinder schicken, so sind es fast ausschließlich kranke und zwar meistens magendarmkranke Säuglinge, die selbstverständlich auch nach der Genesung solange beteiligt werden, bis sie das Ende des 1. Lebensjahres erreicht haben, es sei denn, daß die Frau aus eigenem Antriebe oder auf ärztlichen Rat zu einer anderen Nahrung übergehend bereits früher austritt.

In der Stelle wird über jeden Fall von der Pflegerin eine statistische Erhebung laut Muster aufgenommen. Die Mutter erhält eine hektographierte Anweisung, die in kurzen Schlagworten die wichtigsten Regeln der häuslichen Milchhygiene und der Trinktechnik enthält. Dieselbe schreibt sie zu Hause ab und bringt das Original wieder zurück. Es geschieht dies, um sie zur Durchsicht desselben zu veranlassen und der Stelle Exemplare zu sparen. Die Mutter bezahlt einen Regiebeitrag von 50 Heller wöchentlich. Diese kleine Summe gibt der Frau das Bewußtsein eines berechtigten Anspruches. Sie weiß, sie erhält kein Almosen und freut

Pr. Nr.

Verein „Säuglingsmilchverteilung“ Fürsorgestelle Wien.....

Eintritt Austritt

Säugling		Mutter	Vater	Wohnung			Arzt	Verordnung		
Name				Zins	Zim- mer	G. H.				
Alter				Ka- binet		G. H.	Zustand des Säuglings			
Kostkind		Stand		Küche						
Kostpartei		Beruf		Per- sonen :						
		Verdienst								
		Tages- aufenthalt								
		Zahl der Geburten								
		Ort der Geburten	Bemerkungen :							
Kostgeld	Zahl der Kinder	Alter						Brust	Brust u. Fl.	Flasche
	a) lebend									
	b) gestorben									
Zahl der Kostkinder		c) Letztes Kind								

Datum	Gewicht	Datum	Gewicht	Datum	Gewicht	Datum	Gewicht

sich für ihr Kind eine so billige, gute Nahrung zu bekommen. Es ist daher jede Frau bereit zu zahlen.

Zweimal wöchentlich, am Mittwoch abends zwischen 6 und 8 Uhr und Sonntag morgens zwischen 7 und 9 Uhr muß — es ist dies eine Forderung, die in beiderseitigem Interesse gelegen ist, — je eine Gruppe von Kindern zur Wägung gebracht werden, so daß jedes Kind einmal wöchentlich gewogen wird. Die Wägungen finden unter Mithilfe des Fräulein L. Scholz und unter Aufsicht zweier Kinderärzte, des Autors und Dr. Karl Grünfeld statt. Die Wägestunden sind zugleich Beratungs- und Belehrungsstunden. Hier sieht der Arzt die Schützlinge, hier lernt er die Mutter kennen und sammelt praktische Erfahrungen über Fragen der sozialen Fürsorge. Einer besonderen Besprechung bedarf die Stillkassa:

Es ist eine berechtigte Klage, die von verschiedenen Stellen ausgesprochen wurde, daß der Fürsorgearzt in der Regel die Kinder zu spät sieht, daß es ihm selten möglich ist, bereits in den ersten Wochen nach der Geburt, Fürsorge ausüben zu können.

Die Stillpropaganda, das Endprogramm der Fürsorgestellen, kann nur betrieben werden, wenn der Arzt bereits der werdenden Mutter Rat erteilen kann. Mit anderen Worten: Der Säuglingsschutz beginnt mit dem Mutterschutz. Das praktische Ergebnis aller Bestrebungen des Mutterschutzes ist heute die Mutterschaftsversicherung in Form des Schwangeren- und Wöchnerinnenschutzes und die Stillprämien. Unsere Stillkasse verteilt an stillende Frauen wöchentlich Stillprämien im Betrage von 1—2 Kronen, solange als die Frau stillt, und gibt dann unentgeltlich Milch nach der Entwöhnung. Auch hier herrscht das Prinzip, daß die Frau kein Almosen erhält, sondern während der Schwangerschaft bereits für das Zukünftige durch wöchentliche kleine Einzahlungen die am Schlusse der Schwangerschaft 15 Kronen betragen, sorgt. Die Auszahlungen betragen natürlicherweise in ihrer Summe mehr, gewöhnlich bis das 3fache der Einzahlung. Die Frau kann nichts verlieren, da sie im Falle des vorzeitigen Todes des Kindes, oder falls sie nicht stillen kann, das Geld wieder zurückerhält.

Indem wir die Ergebnisse der Milchverteilung zunächst besprechen, so können wir die für einen Bezirk relativ große Zahl von 373 aufgenommenen Säuglinge konstatieren.

Der Gesamtnachweis ist aus beiliegender Tabelle zu ersehen:

(Tabelle siehe nächste Seite.)

Wir sehen, daß die größte Beteiligungszahl im April 1908, die kleinste im Oktober 1907 zu verzeichnen ist. Im großen und ganzen hält sie sich auf einer durchschnittlichen Höhe von 102 Kindern monatlich, und 66 die täglich beteiligt wurden. Ein rasches Absinken erfolgte im August, teils weil dieser Monat der Übersiedlungsmonat ist und wir deshalb viele Kinder ausrangieren mußten. Von den aufgenommenen Säuglingen waren 4 Zwillingspaare, 2 Frühgeburten und 30 Kostkinder.

Betrachten wir gleich das Schicksal der Zwillinge.

1. Karl und Franz Adré waren die Kinder einer 36jährigen Kutschersfrau, die 8 Geburten durchgemacht hatte; 2 Kinder starben. Die Zwillinge wurden im Alter von 11 Monate aufgenommen. Franz, der schwächere, erhielt zur Zeit der Aufnahme nebst der Brust die Flasche, Karl die Brust ausschließlich. Beide

Gesamt-
der Fürsorgestelle XII

Monat		September 1907	Oktober 1907	November 1907	Dezember 1907					
Fortlauf. Zahl der Zu- wächse ad 1 Nr.	} Zum 1. Male eingetragen	Nr. 1—39	39	Nr. 40—69	32 29	Nr. 70—86	46 17	Nr. 87—111	50 25	
			1		—		—		1	
Zahl der Zuwächse ad 2 Nr.	} Zum 2. Male eingetragen									
Zusammen			40		61		63		76	
Zahl der Abgänge ex 1	} Von der Stelle ausgemustert vom Arzte ausgemustert aus- geblieben ver- zichtet strafweise entzogen v. Arzte zeit- weilig ausges.		2		1		—		5	
" " " " 2			1		—		1		—	
" " " " 3			—			2		2		2
" " " " 4			5			13		10		5
" " " " 5			—			—		—		—
" " " " 6			—			—		—		2
	†		—		1		—		3	
verbleiben			32		44		50		59	
Gesamtzahl der Säuglinge; übernommen und neu aufgenommen		(1ZwillingNr.7)	40		61		63		76	
Zahl der Säuglinge pro Tag			22,2		31,2		39,2		44,07	
" " Verpflegstage			334		968		1176		1366	
" " Zwiemilchkinder %			—		23%		28,1%		29%	
" " Flaschenkinder %			—		77%		71,9%		71%	
" " Liter Milch			196,05		640,420		868,250		1050,290	
" " Flaschen			2417		7537		9499		10557	
" " Liter pro Säugling und Tag			0,58		0,66		0,74		0,77	
" " Flaschen pro Säugling u. Tag			7,2		7,7		8,0		7,7	
" " ehelichen Kinder			31		38		40		53	
" " unehelich. Kinder (Kostkinder)			6 (2)		8 (2)		9 (1)		6 (1)	

bekamen wegen Milchmangels Milch als Beinahrung. Karl hatte ein Anfangsgewicht von 5500 g, also um 3732 g weniger als er haben sollte, Franz von 4000 g, also um 5232 g weniger als normal, wobei noch ein Teil des Gewichtes auf Rechnung eines ziemlich bedeutenden Hydrocephalus kam. Karl hat in 263 Tagen um 600 g zugenommen d. i. 18 g pro Woche. Er wurde gesund entlassen. Franz nahm um 200 g ab und starb an einer chronischen Dyspepsie.

Fritz und Gustav G., das Zwillingpaar einer 40jährigen Stockdrechslersfrau als 10. Geburt. Die Kinder wurden im Alter von 4 Monaten aufgenommen mit einem Gewichte von 4550 bzw. 3440 g,

Nachweis

Schallergasse Nr. 24.

Januar 1908	Februar 1908	März 1908	April 1908	Mai 1908	Juni 1908	Juli 1908	August 1908
Nr. 112: 59 —140: 29 —	Nr. 141: 78 —170: 30 3	Nr. 171: 96 —218: 51 4	Nr. 219: 114 —270: 52 2	Nr. 271: 110 —307: 38 2	Nr. 308: 113 —333: 26 2	Nr. 334: 86 —349: 16 Stillk. 2 2	Nr. 350: 60 —373: 24 3
88	111	151	168	150	141	106	87
2	1	11	22	6	11	13	10
—	—	—	—	—	—	—	—
—	3	6	12	14	25	11	7
6	8	14	14	13	14	17	12
—	—	—	—	—	—	—	—
2	1	—	3	3	2	3	2
—	2	6	7	1	3	2	—
78	96	114	110	113	86	60	56
88 56,7 1756 34% 66% 1343,738 13 026 0,71 7,5 66 12 (2)	111 67,6 2029 31% 69% 1498,890 14 935 0,74 7,4 80 16 (3)	151 89 2674 26,5% 73,5% 1984,670 20 837 0,74 7,8 104 10 (2)	168 110,5 3317 34% 66% 1899,270 19 912 0,58 6,0 96 14 (4)	150 109,3 3281 25% 75% 2010,870 22 243 0,61 6,8 89 24 (3)	141 94 2821 25% 75% 1679,710 18 469 0,59 6,5 73 13 (4)	107 72 2164 17% 83% 1408,110 14 566 0,65 6,7 49 11 (3)	87 62,7 1880 25% 75% 1248,330 12 576 0,67 6,7 46 10 (3)

Gustav hat etwas zugenommen, Fritz abgenommen nach einer 26tägigen Beteiligungsdauer. Beide starben an Lungenentzündung nach Masern.

3. Anna und Maria H., die 1 Monat alten Zweitgeborenen Kinder einer 26jährigen Frau. Sie wurden 26 Tage lang beteuert und starben beide so ziemlich zur selben Zeit unter Fraisen. Die Mutter kam niemals zum Wägen.

4. Erna und Elfrida M. waren die 5 Wochen alten Kinder einer 35jährigen sehr armen und schwachen Perlmutterdrechslersfrau, die 9mal entbunden, und 2mal abortiert hatte. 2 Kinder starben.

Die Zwillinge wurden bloß 8 Tage lang beteiligt; die Mutter verzichtete aus unbekanntem Gründen auf die weitere Beteiligung. Die Kinder hatten ein Anfangsgewicht von 2200 und 2400 g.

Wir ersehen, daß das Resultat bei diesen 4 Zwillingspaaren nur bei einem Kinde ein günstiges war.

Günstig war das Resultat bei den zwei Frühgeburten.

1. Marie H. war eine 7 monatliche Frühgeburt einer 21 jährigen ledigen Büglerin, wurde mit 3 Monaten aufgenommen, nachdem die Mutter bloß 2 Monate gestillt hatte. Das Anfangsgewicht betrug 3600 g statt normalerweise 5600 g, es hat in 30 Tagen um 400 g d. i. 91 g pro Woche zugenommen. Es wurde krankheitshalber ausrangiert. Erhielt während der Beteiligungszeit 10 560 g Milch.

2. Anna Sch. war die 7 monatliche Frühgeburt einer 32 jährigen Handarbeiterin. Die Mutter litt an Basedow. Wurde mit 14 Tagen aufgenommen, erhielt durch 48 Tage 9350 g Milch und nahm 50 g pro Woche zu. Die Mutter hatte es nur 8 Tage lang gestillt, dann erhielt es nebst der Brust einer Nachbarin die Flasche. Die Frau trat freiwillig aus unbekannter Ursache aus.

Sehr zahlreich waren die Kostkinder. Es wurden beinahe jeden Monat 2—3, manchmal auch 4, im ganzen 30, aufgenommen.

Wir hatten auch Gelegenheit, 2 Kostfrauen zu empfehlen.

Das Eintrittsalter der Kinder ist durch folgende Zahlen gegeben:

Im Alter von	0—1 Monat	standen beim Eintritt	12	Proz. der Kinder
„ „ „	1—2	„ „ „	13	„ „ „
„ „ „	2—3	„ „ „	18	„ „ „
„ „ „	3—4	„ „ „	10	„ „ „
„ „ „	4—5	„ „ „	8	„ „ „
„ „ „	5—6	„ „ „	5,3	„ „ „
„ „ „	6—7	„ „ „	11,3	„ „ „
„ „ „	7—8	„ „ „	7,3	„ „ „
„ „ „	8—9	„ „ „	4	„ „ „
„ „ „	9—10	„ „ „	4	„ „ „
„ „ „	10—11	„ „ „	0,6	„ „ „
„ „ „	11—12	„ „ „	2,6	„ „ „
„ „ „	12—13	„ „ „	0,6	„ „ „
„ „ „	13—14	„ „ „	0,6	„ „ „
„ „ „	14—15	„ „ „	0,6	„ „ „

Es traten die meisten Kinder erst im Alter von 2—3 Monaten, also viel zu spät ein. Deutlich zeigt sich dieser Fehler an dem Eintrittskörpergewichte. Nur 21 Proz. der Kinder hatten verglichen mit der Tabelle von Camerer ein normales Ge-

wicht beim Eintritte. Die übrigen zeigten Gewichtsdefizite von 3000 g und darüber. Untergewichte von 1000 oder 2000 g sind etwas ganz gewöhnliches. Im Durchschnitte beträgt das Minus 1411 g. Es ist in anbetracht der schlechten Ernährungsverhältnisse in Arbeiterkreisen begreiflich, daß die Unterernährung um so mehr zur Geltung kommt, je älter das Kind beim Eintritte ist; doch zeigten auch ganz junge Kinder, Kinder unter 1 Monat, große Differenzen gegenüber der Norm. Es ist nicht anzunehmen, daß bloß durch äußere Schädlichkeiten so schwere Störungen in so kurzer Zeit im kindlichen Organismus hervorgerufen wurden, namentlich in den Fällen, in denen gar keine besonderen Schädlichkeiten nachzuweisen sind. Wir müssen daher annehmen, daß dann das Kind bereits mit einem Untergewichte zur Welt kam. Die Ursache hierfür liegt in dem Umstande, daß die Arbeiterfrau bei ungenügender Schonung während der Schwangerschaft oft bis zur letzten Stunde ihre schwere Arbeit verrichten muß, daß ihr Wochenbett gewöhnlich nicht länger als 14 Tage dauern kann und daß sie das Kind früh absetzen muß, um die Arbeit wieder aufnehmen zu können.

So zeigen denn bereits diese oben angegebenen Zahlen, wie wichtig es ferner wäre, daß der Säugling möglichst frühzeitig der ärztlichen Fürsorge zugeführt wird. Es wird in Zukunft die Stillkasse der Weg sein, auf dem das angegebene Ziel erreicht werden kann.

Es ist bekannt, daß auch noch späterhin Schädlichkeiten, die zu einem frühzeitigen Zurückbleiben im Wachstume des Kindes geführt haben, sich geltend machen, so daß es auch der besten Pflege und Ernährung nicht mehr gelingt, das Versäumte nachzuholen. Die Gewichtskurve wird mit der Normalgewichtskurve parallel oder konvergierend verlaufen, sie aber nicht mehr decken. Wir beobachteten dies in unserer Stelle an den Wägungen.

Es fanden durchschnittlich an den Wägetagen bei einem Stande von 86 Säuglingen 25 Wägungen statt, wobei 18 Zunahmen, 3 Abnahmen, 2,5 Erstwägungen und 1,3mal Stationärbleiben konstatiert wurden.

Die durchschnittliche wöchentliche Gewichtszunahme betrug 80—90 g, wobei zu bemerken ist, daß die meisten Kinder über 100 g zunahmen, und die Durchschnittszahl nur durch einzelne schlecht gediehene Kinder herabgedrückt wurde. Trotz der guten Resultate unsererseits blieb doch der Endeffekt hinter der Norm

zurück. Dies zeigt sich am Gewichtszunahmekoeffizienten. Darunter versteht man das Produkt von

$\frac{\text{Normalanfangsgewicht} \times \text{Gewichtszunahme des betreffenden Kindes}}{\text{Normalgewichtszunahme} \times \text{Anfangsgewicht des betreffenden Kindes}}$.
Derselbe beträgt beim normalen Kinde 1, bei unseren im Durchschnitt 0,7. Der hemmende Faktor ist das kleine Anfangsgewicht.

Die Beteiligungsdauer betrug im Durchschnitt 116 Tage, eine genügend lange Zeit, um einerseits Resultate zu erzielen, andererseits Beobachtungen zu machen.

Die Gründe des Austrittes waren bei

- 90: Vollendung des 1. Lebensjahres,
- 69: freiwilliger Verzicht,
- 94: zeitweilige Ausschaltung der Milchnahrung,
- 25: Tod,
- 28: Übersiedlung aufs Land,
- 19: Nichtvertragen der Milch oder angeblicher Widerwillen des Säuglings,
- 15: Übersiedlung,
- 14: zu weiter Weg,
- 8: weil das Kind in fremde Pflege kam,
- 7: weil die Milch sauer wurde,
- 2: weil das Kind andere Nahrung erhielt,
- 1: wegen Abgabe in ein Spital,
- 1: weil es zu einer Amme kam.

Es erkrankten in der Beteiligungszeit ohne Austritt:

- 24 Kinder an Magen-Darmkrankheiten,
- 17 „ „ Respirationserkrankungen,
- 8 „ „ Fraisen,
- 8 „ „ unbestimmter Krankheit,
- 5 „ „ Masern,
- 1 Kind „ Keuchhusten,
- 1 „ „ Varicellen,
- 1 „ „ Geschwüren,
- 1 „ „ Gelbsucht,
- 2 Kinder „ Soor.

Beim Eintritte waren 95 Kinder krank, davon litten

- 46 an Magen-Darmkrankheiten,
- 15 „ Erkrankungen der Respirationsorgane,
- 13 „ unbekannter Krankheit,
- 1 „ Keuchhusten,

- 6 an Hautausschlägen,
- 2 „ Fraisen,
- 4 „ schwerer Rachitis,
- 1 „ Deformitäten der Knochen (angeborener Hochstand des Schulterblattes),
- 1 „ einem Herzfehler,
- 2 „ Hernien,
- 1 „ Bauchtuberkulose,
- 1 „ Stimmritzenkrampf,
- 1 „ Blutarmut,
- 1 „ Hydrocephalus.

Es starben 25 Kinder, d. i. 7 Proz., davon

- 11 an Erkrankungen der Respirationsorgane,
- 8 „ Fraisen,
- 5 „ Magen-Darmkrankheiten,
- 1 „ Hydrocephalus.

Die größte Mortalität war in den Monaten März und April zu verzeichnen und ist auf die große Influenzaepidemie zu beziehen. Im gefürchteten Monat August war kein einziger Todesfall. Die Sommermonate waren heuer ausnahmsweise auffallend kühl und es fehlte das Moment, das wir als die Ursache der Sommerdiarrhöen ansehen. Dazu kommt gewiß die bessere Aufklärung der Frauen, die unsere Stelle aufsuchen und hier die wichtigsten Regeln der Milchhygiene im Haushalte lernen. Die strenge Disziplin, die durch Hausrecherchen von Seite der Pflegerin unterstützt wird, hat sicherlich bereits da und dort fruchtbaren Boden gefunden. Die Mutter eines Kindes z. B., das bei uns gut gedieh, trat der Stillkasse bei und hat bereits das zweite Kind unserer Obsoorge anvertraut.

Von den Müttern unserer Kinder standen

im 18. Lebensjahre	3,6 Proz.	Von den Vätern
„ 19. „	2,6 „	0,6 Proz.
„ 20. „	3 „	0,6 „
„ 21. „	4 „	1,2 „
„ 22. „	2,3 „	1,9 „
„ 23. „	4,3 „	3,2 „
„ 24. „	7,3 „	4,1 „
„ 25. „	4,6 „	2,2 „
„ 26. „	3,6 „	6,7 „
„ 27. „	5 „	4,8 „

im 28. Lebensjahre	6,6	Proz.	4,8	Proz.
„ 29.	5,3	„	5,7	„
„ 30.	4,6	„	6,7	„
„ 31.	4	„	3,2	„
„ 32.	4,6	„	4,5	„
„ 33.	3,3	„	2,5	„
„ 34.	4,6	„	6,4	„
„ 35.	6	„	3,2	„
„ 36.	4	„	3,5	„
„ 37.	4	„	3,5	„
„ 38.	2,6	„	5,7	„
„ 39.	2,3	„	3,2	„
„ 40.	3	„	2,9	„
„ 41.	1	„	1,2	„
„ 42.	1,3	„	3,5	„
„ 43.	2	„	3,2	„
„ 44.	0,3	„	1,9	„
„ 45.			0,6	„
„ 46.			1,2	„
„ 47.			0,2	„
„ 48.			0,9	„
„ 49.			0,6	„

2 Väter waren	51	Jahre alt		
1 Vater war	52	„	„	
2 Väter waren	53	„	„	
1 Vater war	54	„	„	
1 „	55	„	„	
1 „	58	„	„	
1 „	64	„	„	
1 „	65	„	„	

Die meisten Mütter standen also im Alter von 24 Jahren, es folgt dann der Frequenz nach das 28., dann das 35. Lebensjahr. Ein relativ großes Kontingent liefert das 18. Lebensjahr. Von den Kindern waren 83 Proz. ehelich, die übrigen unehelich.

Was den Kinderreichtum der Mütter anlangt, so hatten im Durchschnitt Mütter im Alter von

18 Jahren	1 Kind
19 „	1 „
20 „	1—2 Kinder
21 „	1—2 „

22 Jahren	1—2 Kinder
23 „	2 „
24 „	2 „
25 „	2—3 „
26 „	2—3 „
27 „	2—3 „
28 „	3 „
29 „	3—4 „
30 „	4—5 „
31 „	5 „
32 „	4—5 „
33 „	5—6 „
34 „	4—5 „
35 „	6—7 „
36 „	6—7 „
37 „	7—8 „
38 „	8—9 „
39 „	9 „
40 „	8—9 „
41 „	6 „
42 „	12—13 „
43 „	8 „
44 „	16 „ (1 Fall).

Wenn wir den Kinderreichtum mit dem der besser situierten Stände vergleichen, so müssen wir annehmen, daß die Differenz nicht so außerordentlich groß ist und sich wahrscheinlich nicht viel von dem des Mittelstandes unterscheiden dürfte. Betäubend dagegen ist die große Mortalität in den Arbeiterkreisen.

Nach unserem Materiale berechnet, beträgt im Durchschnitt die Mortalität in der Familie bei einem Kinderreichtum von

2 Kindern	0,4 Kinder
3 „	0,8 „
4 „	0,7 „
5 „	1,3 „
6 „	1,5 „
7 „	2,5 „
8 „	3 „
9 „	3 „
10 „	4 „
11 „	4,6 „

12 Kindern	5,5 Kinder
13 „	6 „
14 „	2 „
15 „	6 „
16 „	9 „
17 „	8 „

Dabei wurde das beteilte Kind als lebendes mitgerechnet.

Die Mortalität ist, wie aus diesen Zahlen entnommen werden kann, eine große.

Abortus und Frühgeburt sind unter die Todesfälle mitgerechnet und entschieden die häufigste Todesursache. Es gibt kaum eine Frau, die drei Kinder hat und nicht bereits einen Abortus anzugeben hätte. Es folgen dann der Häufigkeit nach als Todesursachen: Darmkatarrhe, Tuberkulose der Lungen und anderer Organe, Lebensschwäche; Todesfälle nach operativer Geburt liefern eine auffallend große Zahl. Weniger oft wurden Infektionskrankheiten, Fraisen und andere Erkrankungen wie Herzfehler, Blutvergiftung, Halsgeschwüre usw. angegeben.

Von den Frauen waren die meisten zu Hause beschäftigt, von den übrigen 306 waren:

Agentinnen	1
Büglerinnen	2
Bedienerinnen	2
Dienstmädchen	5
Fabrikarbeiterinnen	2
Garderobierinnen	1
Hilfsarbeiterinnen	25
Hausbesorgerinnen	1
Handarbeiterinnen	6
Koloristinnen	1
Kontoristinnen	1
Laborantinnen	1
Lackiererinnen	1
Näherinnen	9
Schneiderinnen	1
Stepperinnen	1
Spulerinnen	1
Tagelöhnerinnen	1
Wäscherinnen	4

Weberinnen	1
Zuckerbäckerinnen	1

Nachtrag. Von den Vätern waren dem Berufe nach

Anstreicher	3
Beamte	2
Bildhauer	2
Bauleiter	1
Bäcker	7
Buchbinder	3
Kommis	2
Chauffeur	2
Diener	17
Drechsler	16
Dachdecker	2
Drucker	1
Eisengießer	1
Eisendreher	1
Etuismacher	1
Färber	5
Fleischhauer	1
Gießer	3
Goldschmied	2
Gerber	1
Graveur	1
Gürtler	1
Hutmacher	3
Hilfsarbeiter	48
Hausbesorger	1
Hausknecht	3
Hausierer	1
Kondukteure	5
Kammacher	1
Kutscher	15
Kontorist	1
Lederarbeiter	2
Metallschleifer	3
Metalldreher	1
Mechaniker	3
Motorführer	1
Marmorschleifer	1

Maurer	5
Magazineur	3
Monteur	2
Maler	4
Musiker	1
Optiker	1
Perlmutterdrechsler	9
Pfeifenschneider	1
Pflasterer	1
Rauchfangkehrer	1
Reisender	1
Silberschneider	1
Selcher	2
Spengler	6
Schneider	6
Schuster	8
Schlosser	8
Schriftgießer	1
Steinsetzer	2
Steindrucker	1
Steinmetz	1
Schmied	2
Schweizer	1
Schreiber	1
Stukateure	2
Tapezierer	2
Techniker	1
Türsteher	1
Tischler	42
Tagelöhner	5
Telephonarbeiter	1
Unbekannt	62
Vergolder	1
In Versorgung	1
Wachmann	1
Wächter	1
Werkelmann	2
Weber	4
Zuckerbäcker	2

Es sind somit außer Hilfsarbeiter die Tischler am stärksten

vertreten. Wegen der zahlreichen Holzlager, die sich im Bezirke befinden.

Zur Illustrierung der Stillverhältnisse in der Familie mögen folgende Zahlen gelten:

Es wurden an der Brust von 806 Kindern

bis	1. Monat	ernährt:	86	Kinder
„	2. „	„	97	„
„	3. „	„	86	„
„	4. „	„	56	„
„	5. „	„	40	„
„	6. „	„	64	„
„	7. „	„	28	„
„	8. „	„	24	„
„	9. „	„	77	„
„	10. „	„	28	„
„	11. „	„	17	„
„	12. „	„	85	„
„	13. „	„	17	„
„	14. „	„	21	„
„	15. „	„	10	„
„	16. „	„	19	„
„	17. „	„	3	„
„	18. „	„	25	„
„	19. „	„	2	„
„	20. „	„	1	„
„	21. „	„	1	„
„	2 Jahre	„	15	„

Es wurden sofort mit der Flasche: 434 ernährt.

Es zeigt sich also, daß etwas mehr als die Hälfte (53 Proz.) der älteren Kinder in den Familien, die mit dem letzten unsere Stelle frequentierten, nicht an der Brust ernährt wurden, die meisten bloß 2 Monate lang. Es seien daher einige Fälle von längerer Brusternährung besonders hervorgehoben:

Eine 39jährige Frau hatte 8 Kinder, davon wurden 5 durch 18 Monate, 1 durch 16, 1 durch 14 und 1 durch 5 Monate gestillt.

Eine 36jährige Frau hatte von einem tuberkulösen Manne 10 Kinder, die alle 9 Monate lang von ihr gestillt wurden.

Eine andere hat von 7 Kinder 5 16 Monate lang, 1 15 und 1 7 Monate lang bei der Brust ernährt.

Eine weitere 5 Kinder 1 Jahr lang, 1 17 Monate und 1 2 Jahre lang.

Derartige Fälle könnten noch weitere genannt werden. Ihre Zahl ist nicht so gering, wird aber durch andere, in denen gar nicht gestillt wurde, wieder gedeckt.

Der Übergang zur Flasche wurde in der Regel nach Angabe der Mütter sehr rasch vollzogen, dürfte aber der allgemeinen Erfahrung nach ein viel langsamerer gewesen sein, denn wir wissen, daß die Mütter bei längerer Stillung immer etwas beifüttern, ohne die Zwiemilchernährung einzugestehen. Die gewöhnliche Stildauer unserer Frauen beträgt 2—3 Monate.

Die Stillungsverhältnisse bei den letzten Kindern waren folgende:

		Flasche ohne Brust	Zwiemilch
Oktober	1907:	77 Proz.	23 Proz.
November	„	71,9 „	28,1 „
Dezember	„	71 „	29 „
Januar	1908:	66 „	34 „
Februar	„	69 „	31 „
März	„	73,5 „	26,5 „
April	„	66 „	34 „
Mai	„	75 „	25 „
Juni	„	75 „	25 „
Juli	„	83 „	17 „
August	„	75 „	25 „

Im Durchschnitt alle 93,8 Proz. Flaschenkinder, 16,2 Proz. Zwiemilchkinder.

In manchen Fällen, z. B. wenn eine Frau längere Zeit ohne Meldung ausbleibt, oder die Einzahlungen lässig erlegt, namentlich aber, wenn sie lange Zeit nicht zur Wägung erscheint, werden unsererseits durch die Pflegerin häusliche Recherchen erhoben, wobei sie folgende Fragen schriftlich zu beantworten hat:

1. Wo befindet sich die Milch?
2. Wo liegt der Sauger?
3. Wird die Milch umgeleert?
4. Wird der Säugling rein gehalten oder nicht?
5. Wer betreut das Kind?
6. Gesamteindruck der Wohnung. Anzahl der Räume.
7. Wieviel Personen bewohnen dieselbe?
8. Warum nicht zur Wägung erschienen?
9. Art des Empfanges.

Es wurden 20 Recherchen erhoben. Es seien 2 als Beispiele wiedergegeben.

I. 1. Die leeren Flaschen wurden erst vom Boden heruntergeholt und waren sehr schmutzig.

2. Der Sauger lag auf der Erde.

3. Ob die Milch umgeleert wird, konnte nicht eruiert werden.

4. Den Säugling hatte ein 7jähriges Kind auf dem Arme. Dasselbe war sehr unrein.

5. Die größeren Kinder, da die Mutter selbst in die Arbeit geht.

6. Hofwohnung: 1 Zimmer, 1 Küche; licht, schlecht eingerichtet, sehr unrein gehalten.

7. 7 Personen!

8. Da die Frau auf die Milch verzichtet.

9. Wurde nicht besonders freundlich empfangen.

Oder:

1. Die leeren Flaschen standen auf dem Kasten und waren rein.

2. Wo der Sauger war, konnte ich nicht erfahren.

3. Konnte ich nicht eruieren.

4. Der Säugling lag im Bette und war rein gehalten.

5. Die Mutter selbst.

6. Hofwohnung: 1 Kabinett; licht, gut eingerichtet, ziemlich rein gehalten.

7. 3 Personen.

8. Da die Milch nicht mehr abgeholt wurde.

9. Wurde freundlich empfangen.

Traurig sind die Wohnungsverhältnisse im Bezirke. Die Zahl der Räume beträgt im Durchschnitte 2 (1 Gassenzimmer, 1 Küche), die Bewohnerzahl 5.

Es wohnen also durchschnittlich 2—3 Personen in einem Zimmer. Nachdem aber die Küche in der Regel ein zu kleiner Raum ist, um als Schlafräum benutzt zu werden, so dürfte wohl eine noch etwas größere Zahl als Wohnungsdichte anzunehmen sein.

Der monatliche Zins beträgt gewöhnlich 20—21 Kronen monatlich; das wöchentliche Einkommen des Mannes 20 Kr.

Diese Zahlen zeigen, welche Armut im Bezirke herrscht. Um so lobenswerter ist der Opfermut der Mütter, die fast ausnahmslos pünktlich und gewissenhaft den Verpflichtungen unserer Stelle gegenüber nachkommen.

Zum Schlusse seien dem Berichte besondere Fälle beigefügt.

1. Ein Säugling mit einem angeborenen Hochstande des Schulterblattes. Nachdem diese Skelettanomalie an und für sich eine Seltenheit ist und bisher fast nur an Erwachsenen erkannt und beschrieben wurde, und nachdem wir in der Lage waren, aus dem Röntgeninstitute des Doz. Kienböck ein gelungenes Röntgenogramm zu erhalten, wurde der Fall demonstriert und publiziert.¹⁾

2. Bemerkenswert ist ein von Dr. Sch. übersandter Fall, der ein 7 Monate altes Kind mit einer ausgesprochenen Peritonitis tuberc. betrifft. Es ist das zweite Kind einer 25jährigen Mutter, deren erstes, eine Frühgeburt, an einem Darmkatarrh starb. Das Kind war 7 Monate lang, also bis zur Aufnahme, an der Brust. Es ist logisch, in diesem Falle trotz Brusternährung bei einer tuberkuloseverdächtigen Frau an eine intestinale Infektion zu denken. Ist Bauchtuberkulose in diesem frühen Alter an und für sich selten, so ist noch bemerkenswert, daß die Krankheit unter unseren Augen zur Ausheilung kam.

Das Kind hatte beim Eintritte ein Gewicht von 4431 g (statt des Normalgewichtes von 7774 g), es erhielt in 72 Tagen 60480 g Milch und nahm 202 g pro Woche zu. Nach der Ausmusterung kam das Kind aufs Land in Pflege.

3. Bei einem 14 Tage alten Säugling konnten wir bei der Aufnahme eine Lähmung des linken Armes konstatieren. Nach dem Röntgenbilde, das Herr Doz. Kienböck anfertigte, war die Ursache eine Osteochondritis an der Epiphysie zwischen Humeruskopf und -halse, aber nichtluetischer, sondern nach Ansicht des Dozenten wahrscheinlich tuberkulöser Natur.

4. Als Kuriosum sei ein höchstgradiger Exophthalmus bei einem Neugeborenen nach Zangengeburt zu erwähnen, der nach einiger Zeit spontan vollständig zurückging.

¹⁾ Allgemeine Wiener medizinische Zeitung Nr. 8, 1908.

Aus der Säuglingsfürsorgebewegung.

IV. Maßnahmen der Vereine und Körperschaften.

c) Säuglingsheime, Versorgungshäuser, Wöchnerinnenasyle, Säuglingsfürsorgestellen u. dgl.

Benrath (Landkreis Düsseldorf). Im Dezember 1909 fand die Gründung einer Kommission für Säuglingsfürsorge statt, die sich als erste Aufgabe die Einrichtung einer Mutterberatungsstelle gesetzt hat.

Berlin. Bund für Mutterschutz. Im Gartenhaus, Trautenastr. 20 wurde ein Schwangeren- und Mutterhaus eröffnet, das als Durchgangsstation für obdachlose Schwangere und für Mütter mit ihren Säuglingen dienen soll.

Berlin, Berliner Krippenverein. Im November 1908 wurde das neue, in der Kyffhäuserstraße 22 gebaute Krippenhaus eingeweiht. Die Tageskrippe umfaßt Platz für 40 Kinder. Ihr ist eine kleine Nachtkrippe angegliedert, in welcher Kinder vorübergehend auch Tag und Nacht Aufenthalt finden können.

Berlin, Verein zur Errichtung eines Fürsorgeheimes für erblich kranke Kinder. Der Verein plant die baldige Errichtung eines Fürsorgeheimes.

Berlin, Verein Säuglingskrankenhaus. Der Verein, der bisher eine Säuglingsklinik in der Invalidenstraße und eine zweite in Weißensee unterhält, plant Vergrößerungen oder Neubauten an beiden Stellen.

Berlin, Verein Säuglingskrankenhaus in Groß-Berlin. Für den Bau eines großen, den modernen Anforderungen entsprechenden Säuglingskrankenhauses in Weißensee sind 35000 Mark zur Verfügung gestellt worden.

Bern, Verein für Säuglingsfürsorge. Der Verein hat zunächst eine Mutterberatungsstelle gegründet.

Bremen, Verein Mütter- und Säuglingsheim. Der Verein geht an den Neubau eines eigenen größeren Hauses, welches für 20 Mütter und 50 Kinder Platz bieten soll. In Tenever sind einige Morgen Landes zu diesem Zweck erworben worden.

Bremen, Komitee zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit. Im Sommer 1908 wurde ein Komitee zur Errichtung einer Fürsorgestelle gegründet. Die Fürsorgestelle ist inzwischen ins Leben getreten.

Breslau, Krippengruppe des Breslauer Armenpflegevereines. Im September 1908 wurde eine Mutterberatungsstelle unter ärztlicher Leitung errichtet. Sie wurde der seit 1906 bestehenden Stillkrippe am Wäldchen angegliedert.

Bromberg, Vaterländischer Frauenverein. Auf Grund einer Stiftung wurde der Bau eines Säuglingsheims — Auguste-Viktoriahaus — in Angriff genommen. Das Heim wurde im März 1909 eingeweiht.

Charlottenburg, Komitee zur Errichtung eines Säuglingskrankenhauses. Die Säuglingskrippe in der Christstraße 9 hat durch Hinzunietung des zweiten Stockwerkes des Hauses vergrößert werden müssen, so daß jetzt 29 Säuglinge aufgenommen werden können.

Charlottenburg, Verein Säuglingsheim. Das neue Säuglingsheim, bisher Schöneberg, Akazienstraße 7, wurde in den neuen großen Bau Westend, Rüstern-Allee verlegt. Es bietet in seinen verschiedenen Abteilungen Platz für 80 Mütter und eine etwas größere Anzahl von Kindern. In der ersten Abteilung werden 40 Mütter mit ihren Kindern unentgeltlich drei Monate aufgenommen, in der zweiten Abteilung finden gleichfalls 40 Mütter mit ihren Kindern Platz. Die Mütter gehen von hier aus zur Arbeit und bezahlen für das Kind ein Pflegegeld von 20 Mark, für sich selbst für Schlafstelle den Betrag von 5 Mark monatlich. In dieser zweiten Abteilung können Mütter und Kinder drei Jahre lang verbleiben. In dem Heim ist ferner die Einrichtung getroffen, daß eine kleine Anzahl von Säuglingen als Pensionäre aufgenommen werden können, falls die Eltern vorübergehend oder dauernd nicht in der Lage sind, das Kind selbst anzuziehen.

Charlottenburg. Dem Kaiserin-Auguste-Viktoriahaus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reich ist für seine Unterhaltung seitens des Provinzialausschusses der Provinz Brandenburg ein Betrag von 2000 Mark für das laufende Jahr bewilligt worden. Auch seitens der Provinz Westpreußen sowie mehrerer anderer Städte und Gemeinden sind Beiträge für die Unterhaltung gezeichnet worden.

Chemnitz, Verein für Gesundheitspflege. Die Mütterberatungsstelle in Chemnitz ist im Laufe des Jahres 1907 von 569 Müttern besucht worden. Davon stillten 464 ihre Kinder selbst. 105 Säuglinge wurden künstlich ernährt.

Crefeld. Der Crefelder Frauenverein und der Verein für Säuglingsfürsorge in Crefeld haben im Herbst 1908 eine Mutterberatungsstelle eröffnet, der im ersten Jahre ihres Bestehens 189 Kinder zugeführt wurden.

Frankfurt a. M., Verein Wöchnerinnen- und Säuglingsheim. Am 1. Juni 1908 wurde ein Wöchnerinnenheim errichtet, das ehelichen und ledigen Müttern mit ihren Säuglingen nach der Entbindung so lange zum Aufenthalt dient, als die Mütter die Kinder selbst nähren.

Fürth. Im Sommer 1909 wurde das auf einer Schenkung beruhende neue Säuglingsheim „Nathan-Stift“ eröffnet.

M.-Gladbach, Säuglingsheim. Das mit Unterstützung der Stadt vom Verein vom roten Kreuz errichtete Säuglingsheim hat in dem mit dem 30. September 1909 abschließenden Jahre 83 Kinder verpflegt. Die mit dem Heim verbundene Mütterberatungsstelle wurde von 317 Müttern besucht. Die Kontrolle der Pfleglinge wird durch eine städtische Wohlfahrtspflegerin ausgeübt.

Glogau. Im April 1908 wurde ein neues Heim, das als Kinderkrippe und Säuglingsheim dienen soll, errichtet.

Gronau. Unter Mitwirkung Privater und unter Zuschuss städtischer Mittel wurde im August 1908 eine Säuglings- und Ziehkinderfürsorgestelle errichtet.

Hannover, Vaterländischer Frauenverein. Die vom Verein unterhaltenen Säuglingsfürsorgestellen sind so besucht, daß er im Laufe des Frühling 1909 eine dritte Fürsorgestelle in der Ostermannstraße 3 errichtet hat.

Heidelberg. Auf Anregung des Evangelischen Frauenbundes wurde die Gründung eines bisher in Baden noch fehlenden Heimes für uneheliche Kinder und Mütter beschlossen.

Hilden (Landkreis Düsseldorf). Im Januar 1910 wurde eine Ortsgruppe für Säuglingsfürsorge gegründet, die die Einrichtung ärztlicher Mütterberatung in die Hand nimmt.

Kaiserswerth (Landkreis Düsseldorf). Im Januar 1910 wurde ein Ortsgruppe für Säuglingsfürsorge gegründet. In dem zu Kaiserswerth gehörigen Orte Lohausen ist Mutterberatung eingeführt.

Köln-Merheim, Marienheim. Die Anstalt Marienheim hat, veranlaßt durch eine Stiftung der Frau Kommerzienrat Karl Guillaume ein neues Säuglings- und Kinderheim errichtet. Die gesamten Kosten des Baues belaufen sich auf 200 000 Mark. Es bietet Platz für 57 Säuglinge, 10 Kinder im 1. bis 2. Jahre und 44 Kinder im 2. bis 6. Jahre.

Königsberg, Verein Säuglingsschutz e. V. Im Juli 1908 wurden Stillunterstützungen eingeführt. Von dieser Zeit ab bis zum 1. November d. J. erhielten 45 Mütter zusammen 662 Mark. Der Verein hat ferner im Sommer Eis zur Kühlung der Milch im eigenen Hause unentgeltlich abgegeben.

Kreuznach, Vaterländischer Frauenverein. Der Verein, der den ganzen Kreis überspannt, hat in der Stadt Kreuznach und in dem Orte Kirn für den oberen Teil des Kreises Mütterberatungsstellen eingerichtet. Pflegerinnen überwachen die Ausführung der in der Mütterberatungsstelle erteilten Vorschriften. Für die Landgemeinden sind 10 Kinderwaagen zur Verfügung gestellt, um auch dort durch das periodisch wiederholte Wiegen der Kinder das Interesse der Mütter an dem Gedeihen der Kinder zu wecken.¹⁾

Landsberg, Frauenverein vom roten Kreuz. Am 16. Juni 1908 wurde eine Säuglingsfürsorgestelle mit Abhaltung unentgeltlicher ärztlicher Beratungsstunden und Abgabe von Stillprämien eröffnet. Im August 1908 wurde diese Einrichtung durch eine Milchküche erweitert; die ihre Milch aus einem tierärztlich überwachten Stalle zu 16 Pfg. pro Liter bezieht.

Liegnitz, Vaterländischer Frauenverein. In der im Jahre 1907 eröffneten Säuglingsfürsorgestelle kamen im Jahre 1908 192 Mütter mit ihren Säuglingen zur Beratung.

Magdeburg, Verein Säuglingsheim. Am 30. November 1908 wurde das neue Säuglingsheim, das für 50 Kinder und 15 bis 18 Mütter Platz faßt, eingeweiht.

Mainz, Verein für Säuglingsschutz. Die Mütterberatungsstelle wurde im Jahre 1908 insgesamt von 597 Frauen, zum Teil auch aus umliegenden Ortschaften, besucht. Milch an stillende Mütter wurden 24 001 Liter, Säuglingsmilch 9642,5 Liter abgegeben.

Münster i. W., Katholischer Fürsorgeverein für Mädchen, Frauen und Kinder. Der Verein hat im Laufe des Jahres 1909 ein neues Säuglingsheim eröffnet und eine Beratungsstelle für junge Mütter und Pflegemütter unter ärztlicher Leitung errichtet. Die Stadt bewilligte für die erste Einrichtung der Beratungsstelle 400 Mark, ferner einen jährlichen Zuschuß von 1200 Mark unter der Bedingung,

¹⁾ Es ist dieses unseres Wissens der erste Versuch, praktische Säuglingsfürsorge auf das Land hinauszutragen. Innerhalb des Regierungsbezirkes Düsseldorf wird nach der gleichen Richtung vorgegangen (vgl. Solingen in diesem Abschnitt und Abschnitt „Kommunale Maßnahmen“ im nächsten Bericht).

daß das Unternehmen allen Waisen der Stadt zugute kommt, und daß alle armen Mütter ohne Unterschied der Konfession unterwiesen werden. Ferner muß der Verein einen Kinderarzt anstellen, der durch mehrjährige Assistententätigkeit an großen Krankenhäusern ausgebildet ist und mindestens zweimal wöchentlich Sprechstunden in der Beratungsstelle hält.

Osnabrück, Vaterländischer Frauenverein. Am 5. Mai 1908 ist eine Säuglingsfürsorgestelle errichtet worden. Neben dem unentgeltlichen ärztlichen Rat wird hier Vorzugsmilch aus einem unter tierärztlicher Kontrolle stehenden Stalle abgegeben. Vom Tage der Eröffnung bis Ende des Jahres erstreckte sich die Fürsorge auf 200 Kinder. Über 10000 Liter Milch wurden ausgegeben. Die Unkosten betragen 2982,52 Mark.

Pankow bei Berlin, Vaterländischer Frauenverein. Die Waldkrippe des Vereins wurde wiederum am 1. Mai 1909 eröffnet. Sie bietet Platz für 30 Säuglinge.

Remscheid. Die Bergische Stahlindustrie hat für die Angehörigen ihrer Arbeiterschaft unentgeltliche ärztliche Mutterberatung eingeführt.

Schöneberg, Verein Mütter- und Kinderheim. Nach Übersiedlung des Säuglingsheims aus Schöneberg Akazienstraße nach Westend Rüstern-Allee wurde der Raum in der Akazienstraße zur Errichtung eines Mütter- und Kinderheims benutzt, in welchem Mütter mit ihren Kindern bis zu deren vollendetem dritten Lebensjahr verbleiben können.

Solingen-Landkreis. Der Kreisverband Vaterländischer Frauenvereine hat mit dem 1. Februar 1910 eine Kreispflegerin angestellt, die im engsten Anschluß an die Kreisverwaltung ihre Tätigkeit ausüben wird.

Stettin, Vaterländischer Frauenverein. Eine Säuglingsfürsorgestelle mit ärztlicher Beratung wurde errichtet.

Stralsund, Verein zur Unterstützung bedürftiger Wöchnerinnen. Der Verein hat eine Säuglingsfürsorgestelle unter ärztlicher Leitung errichtet. Stillunterstützungen sollen verabfolgt werden.

Stuttgart, Verein von Kinderfreunden. Das Kinderheim in Waiblingen wurde durch einen speziell für Säuglinge bestimmten Anbau erweitert, der für 30 Säuglinge und 19 Mütter Platz bietet. Herstellungskosten etwa 60000 Mark.

Tübingen, Verein von Kinderfreunden. Es wurde ein Säuglingshort für 10 Säuglinge und 5 bis 6 Mütter eingerichtet, in welchem die aus der Universitäts-Frauenklinik entlassenen Mütter bis zu 50 Tagen bleiben können. Einrichtungskosten 5000 Mark.

Wien. Ende des Jahres 1908 wurde eine Walderholungsstätte für Säuglinge errichtet.

Wiesdorf-Leverkusen. Die Firma Farbenfabriken vorm. Fr. Bayer & Co. hat ihre bisherigen Maßnahmen auf dem Gebiete des praktischen Mutter- und Säuglingsschutzes durch Einführung unentgeltlicher Mutterberatung erweitert.

Würzburg, Katholischer Frauenbund. Am Mönchberg wurde ein Säuglingsheim errichtet, das nach seinen Leistungen jedoch eher den Namen Krippe verdient. Es werden Kinder bis zum zweiten Jahre aufgenommen.

d) Hauspflege.

Düsseldorf. Im Dezember 1909 wurde der „Verein für Hauspflege für Düsseldorf und Vororte“ ins Leben gerufen, der seine Tätigkeit vorwiegend Hand

in Hand mit großen Betriebsunternehmungen, Vereinen und Verbänden ausüben wird.

Frankfurt a. M., Frankfurter Hauspflegeverein. Der Verein hat im Oktober 1908 eine Konferenz abgehalten, als deren Folge der Zusammenschluß einer größeren Anzahl von Hauspflegevereinen zu einem Hauspflegeverband zu betrachten ist. Vorsitzende: Frau Professor Flesch, Frankfurt a. M.

e) Milchküchen und Milchversorgung.

Biebrich, Vaterländischer Frauenverein. Im Oktober 1908 wurde im Volksheim eine Milchküche errichtet.

Eberswalde, Vaterländischer Frauenverein. Der Verein gründete im Oktober 1908 eine Milchküche. Die Apparatur zur Pasteurisierung der Milch war von Herrn Nathan Strauß-New York geschenkt worden.

Gunzenhausen. Im Februar 1909 wurde eine Milchküche in Verbindung mit der Säuglingsfürsorgestelle und Abgabe von Stillprämien errichtet.

Halle a. S. Die Vereinigung zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit hat im Juli 1908 eine Milchküche errichtet. Die Milch wird aus einem tierärztlich überwachten Stalle bezogen und tief gekühlt. Ärztliche Überwachung: Stadtarzt Dr. von Drigalski.

Karlsruhe i. B., Badischer Frauenverein, Abteilung VI, Säuglingsfürsorge. Anfang Mai 1908 ist in dem Neubau des ehemaligen Krankenhauses eine Milchküche für Säuglingsmilch errichtet worden.

Königsberg, Verein Säuglingsschutz. Der Verein gibt unbemittelten Frauen unentgeltlich Eis zur Kühlung der Säuglingsmilch ab.

Mannheim-Neckarau. Die Rheinische Gummi- und Celluloidfabrik Neckarau hat eine Milchküche errichtet, aus welcher sie trinkfertige Säuglingsnahrung an ihre Arbeiterschaft sowie an die Bevölkerung mehrerer ländlicher Nachbargemeinden abgibt.

Monpellier. Ein neu gegründeter Verein sendet alljährlich während der heißen Zeit eine Anzahl armer Mütter mit ihren Säuglingen eventuell auch noch mit größeren Kindern auf zwei bis drei Monate in die Sommerfrische ins Gebirge.

Remscheid. Die Bergische Stahlindustrie hat für die Angehörigen ihrer Arbeiterschaft eine Milchküche und Milchabgabestelle errichtet.

Rheydt. Die Milchküche des Vereins Caritas ist Anfang des Jahres 1909 von der Stadtverwaltung Rheydt übernommen worden.

Schwabach. Die im Jahre 1908 gegründete und mit einer Säuglingsfürsorgestelle verbundene Milchküche hat im Laufe von 9 Monaten 44 997 Portionen Säuglingsmilch abgegeben.

Schwarzenbach a. S. Der Schwarzenbacher Frauenverein gründete im Oktober eine Säuglingsmilchküche.

Striegau. Der Vaterländische Frauenverein eröffnete im Volksheim Striegau eine Säuglingsmilchstation.

Wiesdorf-Leverkusen. Die Firma Farbenfabriken vormals Friedrich Bayer & Co. gibt an stillende Mütter Milch und an Säuglinge trinkfertige Säuglingsmilch ab.

f) Verschiedenes.

Berlin, Deutsche Vereinigung für Säuglingsschutz. Am 18. Februar 1909 fand im Kultusministerium unter Vorsitz des Herrn Kabinettsrates Dr. von Behr-Pinnow eine Vorbesprechung über die Gründung eines deutschen nationalen Komitees für Säuglingsfürsorge statt, dessen Konstituierung alsdann am 14. März erfolgte. Die erste Hauptversammlung der Vereinigung fand am 19. Juni d. J. in Dresden statt.

Tagesordnung:

Hauptversammlung in der Aula der Technischen Hochschule (Bismarckplatz).

Beginn vormittags 9 Uhr.

1. Begrüßungsansprachen.
2. Bericht des Geschäftsführers Professor Dr. Keller über den Stand der Säuglingsfürsorge.
3. Bericht: Entbindungsanstalten, Wöchnerinnen- und Säuglingsheime als Mittel zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit.

Berichterstatter:

Herr Geheimer Ober-Medizinalrat Dr. Dietrich-Berlin.

Herr Professor Dr. Salge-Göttingen.

Herr Professor Dr. v. Franqué-Gießen.

4. Bericht: Maßnahmen zur Förderung des Stillens.

Berichterstatter:

Herr Hofrat Dr. Meier-München.

Herr Stadtrat Hofmann-Leipzig.

Als Vorsitzende wurden gewählt:

Herr Kabinettsrat Dr. von Behr-Pinnow.

Herr Geheimer Ober-Medizinalrat Dr. Dietrich.

Herr Geheimer Kommerzienrat Lingner.

Als Geschäftsführer: Professor Dr. Keller, Direktor des Kaiserin-Auguste-Viktoriahauses zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche.

Als Schatzmeister: Verlagsbuchhändler Stilke.

Berlin. Im Januar 1910 wurde der Preußische Landesverband für Säuglingsschutz gegründet. Geschäftsführer: Prof. Dr. Keller-Charlottenburg.

Darmstadt. Die Großherzogliche Zentrale für Säuglings- und Mutterschutz hielt am 15. Mai 1909 ihre erste Mitgliederversammlung ab, in welcher die Satzungen genehmigt wurden, worauf alsdann die Zentrale ihre Tätigkeit aufnehmen konnte.

München. Die bisher auf die Stadt München beschränkte Zentrale für Säuglingsfürsorge ist am 19. Dezember 1908 in eine sich über das ganze Königreich Bayern erstreckende Zentrale (e. V.) umgewandelt worden. 1. Vorsitzender: Reichstagsabgeordneter Rechtsrat G. Wälze, 2. Vorsitzender: Bezirksarzt Dr. Henkel, Schriftführer: Dr. Groth und Dr. Dörnberger, Schatzmeister: Rechtsrat Hörburger, Vorsitzender des Arbeitsausschusses: Professor Dr. K. Seitz.

V. Mutterschaftsversicherung.

Berlin. Der Bund für Mutterschutz hat in einer dem Reichstag vorgelegten Petition den Wunsch ausgesprochen, bei der bevorstehenden Umwandlung der

Versicherungsgesetzgebung eine umfassendere Mutterschaftsversicherung der Krankenversicherung anzugliedern. Der gesamte Bedarf dieser Mutterschaftsversicherung wird auf 280,7 Millionen Mark jährlich berechnet. Die Petitionskommission des Reichstages hat beschlossen, den Antrag dem Reichskanzler als Material zu überweisen.

Berlin. Die Deutsche Zentrale für Jugendfürsorge veranstaltete am 16. Dezember 1909 im Herrenhaus eine Konferenz mit dem Thema „Reichsversicherungsordnung und Jugendschutz“, bei welcher dem einen der Referate der Ausbau der staatlichen Wöchnerinnenversicherung zugrunde gelegt war.

Karlsruhe. Die erste Mutterschaftskasse auf privater Grundlage ist gegründet worden. Die Regierung hat die Genehmigung erteilt. Die Badische Landesversicherungsanstalt und die Karlsruher Stadtverwaltung haben finanzielle Unterstützung zugesichert. Der Zweck der Kasse ist die Gesunderhaltung der Wöchnerinnen und ihrer Kinder. Andere Beweggründe, wie etwa die sogenannten neuethischen, liegen der Gesellschaft gänzlich fern. Mitglieder der Kasse können solche werden, deren eigenes oder Familieneinkommen den Betrag von 3000 Mark im Jahr nicht übersteigt; Rücksichten auf Beruf, Konfession oder politische Anschauungen dürfen bei der Aufnahme keine Rolle spielen. Die versicherte Mutter soll einen Monatsbeitrag von 50 Pfg. zahlen und erhält im Falle ihrer Entbindung nach einjähriger Kassenzugehörigkeit 20 Mark, nach zweijähriger 30 Mark, nach dreijähriger 40 Mark, nach vierjähriger 50 Mark; also erst, wenn eine Wöchnerin ein Jahr Mitglied der Kasse war, hat sie Anspruch auf eine Prämie. Der Vorstand der Kasse ist berechtigt, je nach Lage der Kassenverhältnisse die Zahl der aufzunehmenden Mitglieder zu beschränken. Da die Kasse den Charakter einer auf Selbsthilfe gestellten Wohlfahrtseinrichtung erhält, soll die private Wohltätigkeit nicht in Anspruch genommen werden; dagegen wird auf die Unterstützung solcher öffentlicher Kassen gerechnet, die an einem Wöchnerinnenschutz interessiert sind. Dem Vorstand der Propagandagesellschaft für Mutterschaftsversicherung gehören Vertreter der verschiedensten Berufe und politischen Parteien, Geistliche aller Konfessionen, Gewerkschaftsführer und andere an. Vorsitzender ist der praktische Arzt Dr. Fischer in Karlsruhe.

Rom. Der italienische Minister für Ackerbau, Industrie und Handel hat der Kammer einen Gesetzentwurf für obligatorische Mutterschaftsversicherung vorgelegt, wonach jede gesetzlich von der Arbeit ausgeschlossene Wöchnerin die Summe von 30 Lire erhalten soll:

VI. Stiftungen.

Bromberg. Zur Errichtung eines Säuglingsfürsorgeheimes, verbunden mit Volksküche hat Herr Julius Berger dem Bromberger Vaterländischen Frauenverein die Summe von 60000 Mark überwiesen.

Crefeld. Frau Lohmann geb. Stinnes hat dem Crefelder Frauenverein für Wöchnerinnen 50000 Mark überwiesen.

Darmstadt. Die neu gegründete Zentrale für Säuglings- und Mutterschutz hat ihre finanzielle Grundlage in der Ernst-Ludwig- und Eleonorenstiftung, die mit einem Grundstock von 50000 Mark begann.

Halle. Kaufmann Simon Lewin überwies dem Verein zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit 3000 Mark.

Lüdenscheid. Fabrikant Julius Turck hat für die neu zu erbauende Säuglingsmilchanstalt die Summe von 20 000 Mark gestiftet.

München. Der Prinzregent hat dem Staatsministerium des Innern 10 000 Mark zum Zwecke der Säuglingsfürsorge überwiesen.

Neugersdorf. Die Hinterbliebenen des kürzlich verstorbenen Fabrikbesitzers Johann Gottfried Klippel haben eine Stiftung von 10 000 Mark errichtet, deren Zinsen für die Säuglingsfürsorge Verwendung finden sollen.

Stuttgart. Herzogin Wera von Württemberg, Großfürstin von Rußland, hat unter dem Namen „Zufluchtsstätte in Württemberg“ eine Stiftung mit einem Vermögen von 166 000 Mark errichtet, die den Zweck hat, Unterkunftshäuser für uneheliche Mütter zu errichten.

VII. Ausstellungswesen.

Düsseldorf. Die Landesversicherungsanstalt der Rheinprovinz hat ein Tuberkulose-Wandermuseum, das auch eine Abteilung für Säuglingssterblichkeit und Säuglingsfürsorge enthält, geschaffen. Diese Ausstellung ist bis jetzt in Neuß, M.-Gladbach, Crefeld, Düsseldorf, Ratingen, Mettmann, Barmen, Lennepe, Ronsdorf, Wermelskirchen vorgeführt worden.

Duisburg. Im Anschluß an die im Sommer 1908 in Duisburg veranstaltete Gartenbauausstellung fand eine sozial-hygienische Ausstellung der Landesversicherungsanstalt der Rheinprovinz statt, bei welcher die Abteilung „Säuglingsfürsorge“ durch den Verein für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf eingerichtet war. In gleicher Weise wurde die Säuglingsfürsorge bei einer im Sommer 1909 in Duisburg, vom Verein für Volkshygiene geschaffenen Ausstellung vertreten.

Solingen. In der Zeit vom 12. bis 23. September 1908 fand in Solingen eine Ausstellung für Säuglings- und Kinderpflege statt. Von den bei dieser Ausstellung verteilten Auszeichnungen seien erwähnt: Zwei Porträtmedaillen der Kaiserin, deren eine dem Bergischen Verein für Gemeinwohl, Ortsgruppe Elberfeld, die andere dem Verein für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf zuerkannt wurde; die goldene Staatsmedaille, die der Barmer Verein für Ferienkolonien, die silberne Staatsmedaille, die dem Barmer Säuglingsverein „Krippe und Kinderheim“ und der Blödenanstalt Wittekindshof i. W. verliehen wurden.

Wien. Die Ausstellung des Strauß'schen Milchpasteurisierungsverfahrens wurde im Laufe der Jahre 1908 und 1909 in einer großen Reihe von Städten, u. a. auch in Berlin im Kaiserhof und in Wien geführt.

Sanatogen

Intensivstes Kräftigungsmittel.

Hervorragend tonische Wirkung.

Absolut reizlos.

Den Herren Ärzten Proben und Literatur gratis und franko

Bauer & Cie., Sanatogen-Werke, Berlin SW. 48.

Prof. Dr.
Soxhlet's

Nährmittel

f. Säuglinge als Dauernahrung sowie f. ältere Kinder
u. Erwachsene während u. nach zehrenden Krankheiten.

Nährzucker und verbesserte **Liebigsuppe** in Pulverform in
Dosen von $\frac{1}{2}$ kg Inhalt zu M. 1.50.
Nährzucker-Kakao in Dosen von $\frac{1}{2}$ kg Inhalt zu M. 1.80.

Eisen-Nährzucker mit 0,7% ferrum glycerin-phosphoric. die Dose von
 $\frac{1}{2}$ kg Inhalt M. 1.80.

Eisen-Nährzucker-Kakao mit 10% ferrum oxydat. saccharat. sol. Ph. IV.
die Dose von $\frac{1}{2}$ kg Inhalt M. 2.—.

Leicht verdauliche Eisenpräparate klinisch bewährt bei Atrophie und Anämie.

Den H.H. Aerzten Literatur und Proben kosten- und spesenfrei.

Nährmittelfabrik München G. m. b. H., in Pasing b. München.



Dr. Lahmann's

vegetabile Milch



der Kuhmilch zugesetzt, bildet das
der Muttermilch gleichkommendste
Nahrungsmittel für Säuglinge.

Man verlange ausführliche Abhandlung von

Hewel & Veithen, Kaiserl. Königl. Hoflieferanten, **Köln u. Wien.**

Dr. Walther Koch's 'PRÄVALIDIN'

Salbenkombination zur perkutanen Einverleibung
:: von Kampher und Balsam peruvian. ::

Größte Erfolge im I. u. II. St. der **Lungentuberkulose**, Linderung u. lebensverlängernde Wirkung im III. Specificum bei **Emphysem**, **Bronchitis chronic.** **Influenza**, **Anaemie** und **Herzschwächezuständen** durch seine **expektorierende** und **herzrobrierende** Wirkung. Tuben à M. 1.20 für Erwachsene und M. —.80 für Kinder, nur auf **ärztliche Verordnung** in den Apotheken erhältlich. Genaue Gebrauchsanweisung liegt jeder Tube bei.

Literatur und Proben durch die
Woll-Wäscherei und Kämmerei, Abt. chemische Fabrik
in Döhren bei Hannover.

Phosphachit Dr. Hugo Korte

Phosphorlebertranöl von garantiertem konstantem Phosphorgehalt unzersetzbar, zu jeder Jahreszeit anwendbar. — Preis für 100,0 g M. 1.—.

S. Deutsche mediz. Wochenschrift Nr. 41 S. 1771, 1909.

Dr. KORTE & Co., HAMBURG 15.

Blutbildendes Kräftigungs- u. Nahrungsmittel! Ältestes Malzpräparat
Nettelbeck's **MUMME** alkoholfreier
Braunschweiger flüssiger Malzextrakt.

Ein hervorragendes diätisches **Nähr- und Stärkungsmittel** für alle Leidenden, besonders für **blutarme** schwächliche Personen und **Kinder vom Säuglingsalter an**. **Wöchnerinnen** gibt die Mumme reiche Nahrung. 49,02% Maltose, 3,69% Eiweißstoff, 0,50% Phosphorsäure.

Wird wegen des angenehmen würzigen Malzgeschmackes sehr gern genommen und ist sehr bekömmlich. Unentbehrlich in der Kinderpraxis in allen Fällen, in denen keine natürliche Ernährung stattfindet.

Den Herren Ärzten Prospekte und Proben gratis und franko.

Man verlange stets Marke
H. C. F.

Braunschweiger Mumme-Brauerei
H. C. F. Nettelbeck, Ges. m. b. H.
Braunschweig, Beckenwerker Str. 26.

Lactagol

Spezifisches Lactagogum

Erprobt in zahlreichen Säuglingsheimen, Beratungsstellen für Mütter, Entbindungsanstalten usw. usw.

Pearson & Co. G. m. b. H., Hamburg.

Überraschend prompte Vermehrung sowohl der Milchmenge wie des Fett- u. Eiweißgehalts; meist schon in ein bis zwei Tagen deutlich nachweisbar.

Verlag von F. C. W. VOGEL in Leipzig.

K r a n k e n h a u s w e s e n
und
H e i l s t ä t t e n b e w e g u n g
im Lichte der Sozialen Hygiene

von
Dr. med. **Alfred Grotjahn**
Berlin.

gr. 8. 1908. 10 M., geb. 11.25 M.

Atlas der Klinischen Mikroskopie des Blutes.

Zweite Auflage.

Bearbeitet von
Privatdozent Dr. **E. Meyer** und Prof. Dr. **H. Rieder**
in München.

(Unter Mitwirkung von Dr. **G. Maurer** in München.)

4. 1907. Preis 15 M.

Kurzer Leitfaden

für die

klinische Krankenuntersuchung

Für die Praktikanten der Klinik zusammengestellt

von

Prof. Dr. **Adolf Strümpell**
Direktor der III. Medizinischen Klinik in Wien.

6. verbesserte und vermehrte Auflage. 1908.

Preis kart. 1.25 M.

Die ärztliche Begutachtung
in Invaliden- und
Krankenversicherungssachen.

Zum praktischen Gebrauch für Ärzte,
Krankenkassen und Verwaltungsbehörden

von

Assessor Seelmann

gr. 8. 1908. Preis 2 M. 50 Pf.

Verlag von F. C. W. VOGEL in Leipzig.

Herbst 1909 erschien:

Lehrbuch
der
**Speziellen Pathologie u. Therapie
der inneren Krankheiten.**

Für Studierende und Ärzte

von

Dr. Adolf Strümpell,

ö. Professor und Vorstand der III. medizinischen Klinik an der Universität Wien.

Zwei Bände.

Mit 223 Abbildungen im Text und 6 Tafeln.

———— **Siebzehnte neu bearbeitete Auflage.** ————

gr. 8. Preis 20 M., geb. 24 M.

**Die Krankenpflege
in der Chirurgie**

von

Dr. H. A. Laan

in Utrecht.

Einzig autorisierte Übersetzung aus dem Holländischen ins Deutsche

von

Dr. med. Albert Caan

aus Maastricht (Holland), z. Zt. in Düsseldorf.

Mit einem Vorwort von

Prof. Dr. Arthur Schlossmann

Direktor der akademischen Klinik für Kinderheilkunde in Düsseldorf

Mit 327 Abbildungen.

Lex.-8. 1909. Preis 10 M., geb. 11.25 M.

Totgeburten, Kindersterblichkeit und Geschlechtsverhältnis der Geborenen in England und Japan.

Von Sanitätsrat Dr. FRIEDRICH PRINZING, Ulm.

Ohne gleichzeitige Erhebung der Totgeburten ist ein sicheres Urteil über die Zuverlässigkeit der ermittelten Höhe der Geburtsziffer und der Kindersterblichkeit nicht möglich. Die Kenntnis der Totgeburtssziffer für die Beurteilung der letzteren ist so wichtig, daß z. B. J. Neumann in seiner bedeutenden Arbeit „Pauperismus und Kindersterblichkeit“¹⁾ die Totgeborenen durchgehends in seine Berechnungen miteingeschlossen hat. Besonders notwendig ist sie, wenn verschiedene europäische Staaten miteinander verglichen werden, da die Abgrenzung der Totgeburten in den einzelnen Staaten nicht nach den gleichen Grundsätzen erfolgt. So ist es eine bekannte Tatsache, daß in Frankreich, Belgien und den Niederlanden Kinder, welche vor der Anzeige der Geburt beim Standesamt, die innerhalb der ersten drei Tage erfolgen muß, absterben, als totgeboren eingetragen werden. In Belgien hat dies 1881 zu der merkwürdigen Einrichtung geführt, daß zweierlei Arten von Totgeborenen registriert werden, diejenigen, die tatsächlich totgeboren sind, und diejenigen, die nach dem Code Napoléon als solche gelten. Die Ziffern dieser beiden Arten der Erhebung sind für 1881—1900 folgende:

Belgien	1881—90		1891—1900	
	überhaupt	% der Geborenen	überhaupt	% der Geborenen
lebendgeboren	175 828	—	186 544	—
desgl., als totgeboren eingetragen	1 194	0,65	1 448	0,74
tatsächlich totgeboren	7 242	3,93	7 318	3,75
totgeboren nach Zivilstandsregister	8 436	4,58	8 766	4,49

¹⁾ Jahrb. f. Nat. u. Stat. 3. F. Bd. 5. S. 617.

Im Osten und Südosten Europas werden die Totgeburten nur unvollständig erhoben, man ist dabei im Unklaren, wie viel davon gar nicht, wieviel als lebendgeboren eingetragen werden. In Großbritannien und Irland werden die Totgeborenen überhaupt nicht registriert. Dies hat für die internationale Statistik viel Unzuträglichkeiten zur Folge, da man sich auch bei anderen Ländern, um Großbritannien und Irland in den Kreis der internationalen Vergleiche einbeziehen zu können, bei der Geburtsstatistik auf die Lebendgeborenen beschränken mußte. Eine ungewöhnlich hohe Totgeburtsquote hat Japan.

Der Zweck dieser kleinen Untersuchung ist es nun nachzuforschen, welche Anhaltspunkte sich ergeben, die Zuverlässigkeit der Statistik der Kindersterblichkeit in England und Japan zu prüfen, und was es mit der hohen Totgeburtssziffer in Japan für eine Bewandnis hat.

1. Mangel der Erhebung der Totgeborenen und Ungenauigkeit der Statistik der Säuglingssterblichkeit in England.

In England selbst haben sich schon häufig Stimmen über die Rückständigkeit der englischen Geburtsstatistik erhoben. Nach dem englischen Zivilstandsgesetz muß die Anzeige eines Neugeborenen innerhalb der ersten sechs Wochen nach der Geburt stattfinden, sie kann also noch am 42. Tage nach derselben erfolgen. Kinder, die vor der Anmeldung beim Standesamt gestorben sind, werden überhaupt nicht registriert und gehen der Statistik vollständig verloren. Da erhebt sich von selbst die Frage: ist die Zahl der lebendgeborenen, aber nicht angemeldeten Kinder sehr groß? Der Prozentsatz der Totgeburten wird nur in Gebärhäusern ermittelt, Angaben von 4—6 Proz. aus solchen sind mir bekannt geworden; nach der Erfahrung in anderen Ländern sind die Prozentsätze der Gebärhäuser größer als die der allgemeinen Geburtenstatistik.

Nun gibt es eine Erscheinung in England, die auf ein Unterlassen der Anzeige einer größeren Anzahl lebendgeborener und in den ersten Wochen verstorbener Kinder hinweist und die auch anderwärts schon erwähnt wurde, der verhältnismäßig geringe Knabenüberschuß unter den Lebendgeborenen daselbst.

Ein Vergleich des Knabenüberschusses unter den Geborenen ist nur dann angängig, wenn die Zahl der Geborenen nach den

gleichen Grundsätzen erhoben wird; es muß auch die Abgrenzung der Totgeburten gegen die Fehlgeburten in gleicher Weise stattfinden. Meist werden zu den Totgeborenen nur die Kinder gerechnet, die nach Ablauf des 6. Monats der Schwangerschaft (nach dem 180. Tage) geboren werden. Die Zahlen des Geschlechtsverhältnisses der Lebendgeborenen sind ebenso nur dann vergleichbar, wenn die Abgrenzung der Totgeborenen von den Lebendgeborenen in gleicher Weise erfolgt, da unter den Totgeborenen viel mehr Knaben sind als unter den Lebendgeborenen. Auf 1000 Mädchen kamen 1891—1900 Knaben bei den

	Geborenen überhaupt	Lebendgeborenen	Totgeborenen
Deutschland	1060	1054	1281
Österreich	1066	1060	1319
Schweiz	1054	1045	1324
Frankreich	1056	1042	1374
Belgien	1058	1048	1322
Niederlande	1061	1052	1278
Dänemark	1058	1053	1259
Schweden	1063	1057	1304
Norwegen	1068	1063	1296
Finnland	1059	1055	1260
England	—	1036	—
Schottland	—	1050	—
Irland	—	1055	—

Das hohe Sexualverhältnis Norwegens und das kleine der Schweiz hat keine besondere Bedeutung, da hierbei kleine Grundzahlen vorliegen; 1871—80 war es in Norwegen bei den Geborenen überhaupt 1061, in der Schweiz 1063. Auch die Sexualproportionen der Totgeborenen dürfen aus dem gleichen Grunde nicht als absolut sichere Ziffern angesehen werden; doch geht aus ihnen das bedeutende Überwiegen der Knaben unter den Totgeborenen mit Gewißheit hervor. Man muß ferner daran denken, daß bei den Fehlgeburten das männliche Geschlecht noch viel stärker vertreten ist als bei den Totgeburten. Nach meinen Berechnungen (Handbuch der med. Statistik S. 41) kommen auf 100 weibliche Fehlgeburten etwa 160 männliche. In Ländern, in denen mehr Fehlgeburten vorkommen als in anderen, muß daher der Knabenüberschuß unter den Geborenen kleiner sein. Leider besitzen wir über die Häufigkeit der Fehlgeburten fast nirgends auch nur annähernd vollständige Zahlen.

Aus der obigen Tabelle geht hervor, daß in England unter den Lebendgeborenen die Knaben viel spärlicher vertreten sind

als in den anderen europäischen Ländern. Die Größe der Grundzahlen und die gleichmäßige Wiederkehr dieser Erscheinung bürgt dafür, daß es sich nicht um ein Zufallsergebnis handelt. Da andererseits nicht angenommen werden kann, daß das tatsächliche Geschlechtsverhältnis der Neugeborenen in England ein erheblich anderes ist als in den übrigen Ländern mit stammverwandter Bevölkerung, so kann die Ursache nur in der Art der Erhebung liegen. Man muß den geringen Knabenüberschuß in England darauf zurückführen, daß eine größere Zahl von in den ersten Wochen gestorbenen Kindern nicht angemeldet wird, und kann daran denken, zu berechnen, um wieviel die Ziffern der männlichen und weiblichen Lebendgeborenen erhöht werden müssen, damit sich ein den übrigen Staaten ähnlicher Knabenüberschuß ergibt.

Wie unter den Totgeborenen der Knabenüberschuß beträchtlich höher ist als unter den Lebendgeborenen, so sind auch unter den Sterbefällen der ersten Lebensstage die Knaben mit größeren Zahlen vertreten als die Mädchen, nicht nur, weil mehr Knaben geboren werden, sondern auch, weil das Leben der Knaben mehr gefährdet ist, als das der Mädchen. Diese höhere Sterblichkeit der Knaben verringert sich in den ersten Lebensstagen gleichmäßig bis zum Ende des 1. Lebensjahres. Für Preußen habe ich früher aus den Jahren 1900—1902 die folgenden Ziffern berechnet:

Alter	Auf 1000 gestorbene Mädchen kommen	Auf 100 Lebendgeborene gestorben im 1. Jahre		Verhältnis der männlichen Sterblichkeit zur weiblichen (diese = 100)
	Knaben	männlich	weiblich	
0— 5 Tage	1377	2,64	2,02	131
5—10 "	1310	0,84	0,65	129
10—15 "	1285	0,89	0,73	122
15—30 "	1256	2,11	1,77	119
0— 1 Monat	1321	6,48	5,17	125
1— 2 Monate	1259	2,49	2,08	120
2— 3 "	1245	2,12	1,80	118
3— 6 "	1236	4,62	3,94	117
6—12 "	1147	5,29	4,86	105
im 1. Lebensjahr	1240	21,00	17,85	118

Wie man sieht, ist der Knabenüberschuß bei den Gestorbenen des 1. Lebensmonats noch höher als bei den Totgeborenen, der bei letzteren in Preußen 1280 beträgt. In England wurde eine mehrfache Teilung der Gestorbenen des 1. Lebensjahres nach Alter und

Geschlecht 1905 vorgenommen.¹⁾ Dabei ergibt sich ganz Ähnliches wie in Preußen; nur sind die Reihen weniger regelmäßig, da sich die Ziffern nur auf ein Jahr beziehen:

Alter	Auf 1000 gestorbene Mädchen kommen	Auf 100 Lebendgeborene gestorben im 1. Jahre		Verhältnis der männlichen Sterblichkeit zur weiblichen (diese = 100)
	Knaben	männlich	weiblich	
1— 7 Tage	1342	2,81	2,17	130
7—14 „	1298	0,67	0,53	126
14—21 „	1296	0,65	0,52	125
21—30 „	1328	0,51	0,40	127
0— 1 Monat	1327	4,64	3,62	128
1— 2 Monate	1365	1,56	1,19	131
2— 3 „	1324	1,21	0,95	127
3— 6 „	1229	2,66	2,24	119
6—12 „	1205	3,92	3,37	116
im 1. Lebensjahr	1275	13,99	11,37	123

Gegen die Annahme, daß bei den in den ersten Lebenswochen verstorbenen Kindern in England, die beim Standesamt nicht angemeldet wurden, dasselbe Geschlechtsverhältnis besteht, wie bei den Gestorbenen, die angemeldet worden waren, läßt sich wohl nichts einwenden. Legt man daher das in Preußen ermittelte Geschlechtsverhältnis der im 1. Lebensmonat Gestorbenen und Totgeborenen zugrunde, das daselbst 1900—02 1305 betrug, so kann man daraus annähernd berechnen, bei wieviel Gestorbenen der ersten sechs Lebenswochen die Anmeldung unterblieb. Bezeichnet man die Zahl der nicht angemeldeten teils tot-, teils lebendgeborenen Knaben mit x, die der Mädchen mit y, so hat man für England in den Jahren 1901—1905, in denen durchschnittlich im Jahr 477 905 Knaben und 460 749 Mädchen als lebendgeboren beim Standesamt angemeldet wurden, die beiden Gleichungen:

$$\begin{aligned} \text{I. } & (477\,905 + x) : (460\,749 + y) = 1060 : 1000 \\ \text{II. } & x : y = 1305 : 1000. \end{aligned}$$

Danach berechnet sich als Zahl der Totgeborenen und nicht angemeldeten Gestorbenen der ersten sechs Lebenswochen

männlichen Geschlechts	55 870
weiblichen „	42 812
zusammen	98 682

¹⁾ Supplement to the 65. ann. Rep. ect. Part. I. London 1907, S. CVII.

Die Zahl der Geborenen in England wäre dann 1901—05 im Durchschnitt 533 775 Knaben und 503 561 Mädchen (Geschlechtsverhältnis 1060 : 1000). Legt man den Prozentsatz der Totgeborenen von Deutschland zugrunde, der 1901—05 bei den Knaben 3,35 und bei den Mädchen 2,77 Proz. betrug, so würde dies für England 17 881 männliche und 13 949 weibliche Totgeborene ergeben und es wären 37 989 Knaben und 28 863 Mädchen, zusammen 66 852 Neugeborene, die in den ersten 6 Wochen nach der Geburt starben, nicht registriert worden! Man hätte dann in England 1901—05 eine Kindersterblichkeit von 19,0, statt der aus den amtlichen Zahlen berechneten 13,8. Diese Zahlenunterschiede sind so groß, daß man sich fragen muß, ob die obige Berechnung gerechtfertigt ist. Stellt man eine ähnliche Berechnung an mit Außerachtlassung der Totgeborenen, so kommt man zu demselben Ergebnis. Vergleichende Berechnungen für andere Staaten, in der Weise vorgenommen, daß man aus dem Geschlechtsverhältnis der Lebendgeborenen die Zahl der Totgeborenen berechnet, geben den tatsächlich erhobenen Zahlen der Totgeborenen ganz ähnliche Werte.

Wir haben die Einzelheiten der Berechnung wiedergegeben, da sie auf eine so überaus große Zahl von nicht angemeldeten Geburten führte. Wir legen jedoch nicht auf die von uns berechnete Ziffer besonderen Wert, als vielmehr auf die daraus mit Sicherheit hervorgehende Tatsache, daß die Zahl der nicht-angemeldeten Geburten in England eine ganz ungewöhnliche Größe erreicht, und daß daher die Geburtsziffer und insbesondere die Kindersterblichkeit erheblich größer sein müssen als sie in den amtlichen Listen erscheinen.

Diese Unterlassung der Anmeldung frühverstorbenen Kinder ist in den letzten Jahrzehnten häufiger geworden, während sie früher nur selten vorkam, denn der aus den Lebendgeborenen berechnete Knabenüberschuß wird in England von Jahrfünft zu Jahrfünft kleiner, während derselbe in größeren Ländern, wo alle Geburten zur Anzeige gelangen, sich stets fast ganz gleich bleibt. In Deutschland z. B. schwankt das Geschlechtsverhältnis der Lebendgeborenen in den einzelnen Jahrfünftern von 1871—1905 nur zwischen 1050 und 1055. In England kamen unter den Lebendgeborenen auf 1000 Mädchen Knaben

1841—45	1052	1856—60	1046
1846—50	1045	1861—65	1043
1851—55	1046	1866—70	1041

1871—75	1039	1891—95	1036
1876—80	1038	1896—1900	1035
1881—85	1039	1901—05	1037
1886—90	1036		

Merkwürdigerweise sind anscheinend die Fehlanzeigen bei den unehelichen Kindern seltener als bei den ehelichen; denn das Geschlechtsverhältnis der ehelichen Lebendgeborenen war in England 1896—1905 1036, das der unehelichen 1042.

Wahrscheinlich finden auch in Schottland zahlreiche Auslassungen statt, da das Geschlechtsverhältnis dort ebenfalls klein ist (1901—05 bei den Lebendgeborenen 1042); in dem vorwiegend katholischen Irland, wo dasselbe 1054 war, ist dies wahrscheinlich gar nicht oder nur in ganz geringem Maße der Fall.

Es ist anzunehmen, daß wir bald über diese Verhältnisse in England Aufklärung erhalten werden, da 1908 durch den „Notification of births Act“ eine Anzeige jedes Geburtsfalles bei dem Gesundheitsamt vorgeschrieben wird; das Gesetz ist bis jetzt allerdings nicht überall in Kraft, da seine Einführung für die Distrikts- und Gemeinderäte nur fakultativ ist.

2. Die hohe Totgeburtssziffer, die Kindersterblichkeit und der kleine Knabenüberschuß bei den Totgeborenen in Japan.

Die hohe Totgeburtssziffer Japans hat schon häufig die Aufmerksamkeit auf sich gezogen. So weist Westergard¹⁾ darauf hin, und fügt bei, daß die Quote der Knabengeburt dort ungemein niedrig sei. G. v. Mayr²⁾ erklärt sie für ein „demographisches Rätsel“ und wünscht Aufklärung durch das Statistische Amt in Tokio.

Wir werden zunächst diese hohe Totgeburtssziffer Japans ins Auge fassen und uns dann der Statistik der japanischen Kindersterblichkeit und der Höhe des Knabenüberschusses zuwenden.

In Japan (ohne Formosa) kamen auf 100 Geborene Totgeburten:

1892—95	8,19
1896—1900	8,82
1901—05	9,27
1906	10,74.

Diese hohe Zahl der Totgeburten in Japan setzt sich aus drei Komponenten zusammen, aus den zur Anzeige gelangten Fehl-

¹⁾ Die Lehre von der Mortalität u. Morbidität. 2. Aufl., S. 329.

²⁾ Sozialstatistik (Statistik u. Gesellschaftslehre Bd. 3) 1909, S. 103.

geburten, aus den eigentlichen Totgeborenen und aus den zur Zeit der Anmeldung schon gestorbenen, aber lebendgeborenen Kindern. So viel uns bekannt ist, hat Japan eine ebenso lange Frist für die Anmeldung der Geburten beim Standesamt wie England, also sechs Wochen.

In der alljährlich erscheinenden Veröffentlichung des japanischen Statistischen Bureaus, *Mouvement de la Population de l'Empire du Japon*, werden die Totgeborenen nach der Schwangerschaftsdauer ausgezählt. Die Fehlgeburten lassen sich also ohne weiteres abtrennen. Es liegen mir die Jahrgänge 1905 und 1906 vor (erschienen Tokio 1908 und 1909). Danach waren in den beiden Jahren totgeboren:

	männlich	weiblich	zusammen
geboren vor Ende des 6. Monats	19 563	17 158	36 721
totgeboren im 7. Monat	18 075	17 764	35 839
„ „ 8. „	25 952	24 930	50 882
„ „ 9. „	34 112	31 474	65 586
„ „ 10. „	54 179	47 047	101 226
„ nach dem 10. Monat	404	370	774
zusammen	152 285	138 743	291 028
davon ab Fehlgeburten	19 563	17 158	36 721
bleiben Totgeburten	132 722	121 585	254 307
dazu Lebendgeborene	1 462 103	1 384 962	2 847 065
geboren überhaupt	1 594 825	1 506 547	3 101 372

Danach bleiben nach Abzug der Fehlgeburten Totgeborene auf 100 Geborene überhaupt:

Bei den Geburten männlichen Geschlechts	8,3 Proz.
„ „ „ weiblichen „	8,1 „
zusammen	8,2 Proz.

Da in Japan uneheliche Geburten sehr häufig sind (etwa 10 Proz. aller Geburten) und der Prozentsatz der als totgeboren bei ihnen Eingetragenen viel höher ist als bei den ehelichen, empfiehlt es sich für die Berechnung der tatsächlich Totgeborenen eine Trennung in eheliche und uneheliche Geburten vorzunehmen. Für die Jahre 1905 und 1906 sind die Zahlen in der folgenden Zusammenstellung gegeben; dabei sind die anerkannten unehelichen Kinder (etwa 10 Proz. derselben) zu den unehelichen gerechnet, da unter den Totgeborenen selbstverständlich nur wenig anerkannte sich befinden.

	ehelich	unehelich	unbekannt
Fehlgeburten	28 022	9 327	20
Totgeboren im 7. Monat	26 508	9 346	5
„ „ 8. „	38 688	12 207	1
„ „ 9. „	51 779	13 814	1
„ „ 10. „	81 046	20 181	8
„ nach dem 10. Monat	642	172	—
Totgeboren vom 7. Monat an	198 663	55 720	15
Lebendgeborenen	2 587 699	259 366	—
Geborene überhaupt (ohne Fehlgeburten)	2 786 362	315 086	15

Der Prozentsatz der Totgeborenen ohne Fehlgeburten beträgt demnach bei den ehelichen Kindern 7,13, bei den unehelichen 17,68 Proz. Nimmt man nun an, daß von den Ehelichen 4 Proz., von den Unehelichen 6 Proz. tatsächlich totgeboren wurden, — Ziffern, die gegenüber den europäischen als hoch bezeichnet werden müssen, — so wäre in Japan die Zahl der tatsächlich Totgeborenen 130 359 (111 454 eheliche und 18 905 uneheliche) = 4,2 Proz. aller Geborenen und es wären 124 024 Neugeborene (87 209 eheliche und 36 815 uneheliche), die lebendgeboren wurden, aber in den ersten Wochen wieder starben und als totgeboren eingetragen worden sind. Wahrscheinlich ist die Ziffer noch etwas größer, da der Berechnung eine hohe Totgeburtquote zugrunde gelegt ist.

Die Vermutung, daß unter den Totgeborenen viele lebendgeborene, vor der Anmeldung beim Standesamt gestorbene Kinder sich befinden, wird dadurch unterstützt, daß in den einzelnen Regierungsbezirken die Höhe der Totgeburtziffer ganz bedeutenden Schwankungen unterliegt; am höchsten ist sie (immer nach Abzug der vor Ablauf des 6. Schwangerschaftsmonats Geborenen) im Bezirke Ibaraki (17,2 Proz. der Geborenen), sehr groß ferner in den Bezirken Saitama (13,8), Tochigi (12,0), Tottori (11,8), Chiba (11,3), Fukushima (11,0) u. a., während sie in anderen wieder sehr klein ist, wie in den Bezirken Nagasaki (4,9), Toyama (4,3), Oita (4,3) Yamaguchi (3,6), Kagoshima (1,7) und Kumanoto (1,5).

Die Ziffer der japanischen Kindersterblichkeit bedarf demnach einer Korrektur. Schon oft wurde auf die geringe Größe derselben hingewiesen¹⁾ und diese damit begründet, daß die Kinder

¹⁾ Auch von mir im Handbuch der med. Statistik S. 313. Vgl. B. Heymann, Statistische u. ethnographische Beiträge zur Frage über die Beziehungen zwischen Säuglingsernährung u. Lungenschwindsucht. Ztschr. f. Hyg. u. Inf. 1904, Bd. 48, S. 48 u. C. Fränkel, Medizinische Reiseerinnerungen aus Japan u. China. Münch. med. Woch. 1909, S. 400.

meist ein oder zwei Jahre fast ausschließlich gestillt werden. Die Kindersterblichkeit muß aber nach obigem bedeutend höher sein, als sich nach der gewöhnlichen Berechnung aus den amtlichen Ziffern ergibt. Wir haben in Japan 1905—06:

	Lebendgeborene	gestorben im 1. Lebensjahre
nach der amtlichen Statistik	2 847 065	434 421
vor der Anmeldung gestorben	124 024	124 024
zusammen	2 971 089	558 445

Die Kindersterblichkeit wäre danach 18,8, während sie aus den Ziffern der amtlichen Statistik berechnet nur 15,3 Proz. der Lebendgeborenen beträgt.

Diese Erhöhung der Kindersterblichkeit muß fast allein den ersten Lebensmonat belasten. Ein näheres Eingehen zeigt nun, daß dieser in Japan schon ohne die Korrektur eine ganz ungewöhnlich hohe Kindersterblichkeit zeigt. Die japanische Statistik gibt die Sterbefälle des ersten Lebensjahres nach 8 Altersklassen und zwar für 1.—5., 6.—10., 11.—15., 16.—30. Tag, 1—2, 2—3, 3—6 und 6—12 Monate. Nach den obigen Ausführungen ist die Teilung der Sterbefälle des ersten Lebensmonats für unsere Zwecke wertlos, da wir ja nicht wissen, wie viele von den lebendgeborenen aber als totgeboren angemeldeten Kindern in diesen verschiedenen Zeitabschnitten gestorben sind. Daher sind die Sterbefälle des ersten Lebensmonats zusammengefaßt. Wir vergleichen wieder die japanischen Zahlen 1905—06 mit den preußischen von 1900—02. Auf 100 Lebendgeborene kamen Sterbefälle:

Alter	Japan (1905—06)		Preußen (1900—02)	
	Eheliche	Uneheliche	Eheliche	Uneheliche
0— 1 Monat	6,68	13,85	5,47	10,53
1— 2 Monate	1,87	2,00	2,06	5,25
2— 3 „	1,15	1,27	1,79	4,20
3— 6 „	1,97	2,24	4,02	7,82
6—12 „	2,92	2,56	4,96	6,66
im 1. Lebensjahr	14,59	21,92	18,30	34,46

Schon aus diesen Zahlen ergibt sich der Unterschied, der sich hinsichtlich der Kindersterblichkeit nach Lebensmonaten zwischen Japan und den europäischen Staaten zeigt. Während die Sterblichkeit des ersten Lebensmonats in Japan höher ist als in Preußen, ist sie in den folgenden Lebensmonaten niedriger. Bei den unehelichen Kindern fällt das besonders auf. Das Verhältnis verschiebt

sich aber noch mehr, wenn man die lebendgeborenen, aber, weil vor der Anmeldung beim Standesamt gestorben, als totgeboren eingetragenen Kinder mit in Rechnung nimmt. Wir nehmen dabei für diese letzteren allgemein an, daß sie im ersten Lebensmonat gestorben seien. Wir haben in Japan 1905—06 Lebendgeborene:

	Eheliche	Uneheliche
nach dem amtlichen Bericht	2 587 699	259 366
unter den als „totgeboren“ Eingetragenen	87 209	36 815
zusammen	2 674 908	296 181

Von diesen starben im 1. Lebensjahre:

im Alter von	überhaupt		Auf 100 Lebendgeb.		
	Eheliche	Un-eheliche	Eheliche	Un-eheliche	zu-sammen
0—1 Monat nach amtlichem Bericht	172 683	35 927	—	—	—
0—1 „ außerdem wahrscheinlich	87 209	36 815	—	—	—
zusammen von 0—1 Monat	259 892	72 742	9,7	24,6	11,2
1— 2 Monaten	48 441	5 183	1,8	1,7	1,8
2— 3 „	29 749	3 296	1,1	1,1	1,1
3— 6 „	51 039	5 811	1,9	2,0	1,9
6—12 „	75 640	6 652	2,8	2,2	2,8
im 1. Lebensjahr	464 761	93 684	17,3	31,6	18,8

In Japan sind demnach 60 Proz. der im 1. Lebensjahr gestorbenen Kinder im 1. Lebensmonat gestorben, während dieser Prozentsatz in den europäischen Staaten, soweit hierüber Angaben vorliegen, viel geringer ist. Er schwankte 1896—1900 zwischen 30 und 35 Proz. in Schweden, Dänemark, Finnland, Preußen, Frankreich und Serbien, geringer war er in Rußland, den Niederlanden, Belgien und Spanien, höher in Österreich, Italien und Bulgarien, die höchsten Ziffern haben die Schweiz (40 Proz.), Ungarn (42 Proz.) und Rumänien (1890—92 44 Proz.). Demnach ist die Zahl der in den europäischen Staaten vom 2. bis 12. Lebensmonat gestorbenen Kinder überall größer als die Zahl der Kinder, die im 1. Lebensmonat starben, während in Japan das umgekehrte Verhältnis herrscht. Die geringe Kindersterblichkeit nach dem ersten Lebensmonat in Japan hat ihre Ursache in dem allgemein üblichen und lange fortgesetzten Stillen. Für die große Sterblichkeit im 1. Lebensmonat wird man eine, vielleicht zuweilen absichtliche, grobe Vernachlässigung in Wart und Pflege verantwortlich machen müssen,

die an den früher in China und Japan gestatteten Kindesmord erinnert. Ihre Hauptstütze findet diese Annahme in der überaus großen Sterblichkeit der unehelichen Kinder im 1. Lebensmonat, während sich diese in den späteren Monaten nur wenig von der Sterblichkeit der ehelichen Kinder unterscheidet. Eine weitere Bestätigung ist der Umstand, daß in Japan viel mehr Kinder durch Unfall oder auf gewaltsame Weise aus dem Leben scheiden als z. B. in Preußen. Sehr groß ist ferner die Sterblichkeit der japanischen Säuglinge an Krankheiten der Atmungsorgane und des Nervensystems (Krämpfe). Für 1905 und 1906 habe ich die folgenden Ziffern zusammengestellt. Die Zahl der gestorbenen Kinder des 1. Lebensjahres war 1905 – 06

	überhaupt		auf 100 gestorb. Säuglinge	
	Japan	Deutschland	Japan	Deutschland
Angeborene Lebensschwäche	83 646	150 428	19,2	19,4
Magen- u. Darmkatarrh, Brechruhr	41 349	240 976	9,5	31,1
Bauchfellentzündung	10 029	—	2,3	—
Krämpfe	23 149	} 60 916	} 20,2	7,9
Einfache Hirnhautentzündung	54 802			
Andere Nervenkrankheiten	9 943			
Krankheiten der Atmungsorgane	88 765	77 819	20,4	10,1
Tuberkulose	4 389	11 226	1,0	1,4
Infektionskrankheiten	20 733	45 101	4,8	5,8
Beriberi	3 795	—	0,9	—
Gewalt, Unfall	3 690	1 649	0,9	0,2
Andere Krankheiten	85 677	160 126	19,7	20,7
Unbekannte Ursachen	4 628	25 986	1,1	3,4
zusammen	434 595	774 227	100,0	100,0

Die Fälle der japanischen Gruppe Bauchfellentzündung werden in Deutschland in die Gruppe Magen- und Darmkatarrh aufgenommen sein. Einfache Hirnhautentzündung ist in Japan sehr oft als Todesursache angegeben; sie wird anderwärts häufig als „Krämpfe“ bezeichnet. In Deutschland werden letztere bekanntlich seit 1904 nicht mehr getrennt aufgeführt, sondern bei den Nervenkrankheiten im allgemeinen untergebracht, nach Aussonderung der im Gefolge von Darmkatarrh aufgetretenen Krämpfe. Ungemein häufig sind Krankheiten der Atmungsorgane Todesursache bei Neugeborenen in Japan. Es wiegen demnach hier unter den Sterbefällen des 1. Lebensjahres die Todesursachen vor, denen speziell die Kinder des 1. Lebensmonats zum Opfer fallen.¹⁾

¹⁾ Ähnliches wurde früher in Italien beobachtet, wo bis 1880 die Sterblichkeit im 1. Lebensmonat sehr groß war (1872—75 waren 42 Proz. der gestorbenen

Auffallend ist der geringe Unterschied zwischen der Sterblichkeit der neugeborenen Knaben und Mädchen in Japan. In den europäischen Staaten ist derselbe überall recht beträchtlich und wird allgemein mit der geringeren Widerstandskraft der Knaben erklärt. Wir geben wieder die japanischen Ziffern für 1905—1906 und die preußischen für 1900—02. Von 100 Lebendgeborenen starben:

Alter	Japan		Preußen		Verh. der männl. zur weibl. Sterblichkeit (diese = 100)	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	Japan	Preußen
0—5 Tage	2,72	2,57	2,64	2,02	106	131
5—10 „	2,36	2,37	0,84	0,65	100	129
10—15 „	0,91	0,79	0,89	0,73	115	122
15—30 „	1,61	1,35	2,11	1,77	119	119
0—1 Monat	7,60	7,08	6,48	5,17	107	125
1—2 Monate	2,02	1,74	2,49	2,08	116	120
2—3 „	1,25	1,07	2,12	1,80	117	118
3—6 „	2,10	1,90	4,62	3,94	111	117
6—12 „	2,96	2,82	5,29	4,86	105	105
im 1. Lebensjahr	15,93	14,61	21,00	17,85	109	118

Die kleine Übersterblichkeit der Knaben in den ersten 10 Tagen läßt darauf schließen, daß von den Knaben etwas mehr als totgeboren eingetragen wurden als von den Mädchen; ob dies auf Zufälligkeit beruht oder einen tieferen Grund hat, könnte nur ein in die Gebräuche und die rechtlichen Verhältnisse der Japaner genau Eingeweihter entscheiden. Für das letztere scheint die Tatsache zu sprechen, daß bei den rechtzeitig Geborenen unter den als totgeboren eingetragenen Kindern der Knabenüberschuß höher ist als bei den frühzeitig Geborenen; denn es waren von den als totgeboren Eingetragenen

	männlich	weiblich	Geschlechtsverhältnis
im 7. Schwangerschaftsmonat	18 075	17 764	1018
„ 8. „	25 952	24 930	1041
„ 9. „	34 112	31 474	1084
„ 10. „	54 179	47 047	1151

Je größer also der Prozentsatz der sicher als totgeboren zu Betrachtenden ist (wie bei den frühzeitig Geborenen des 7. Schwangerschaftsmonats), desto kleiner ist der Knabenüberschuß, je größer

Kinder des 1. Lebensjahres unter 1 Monat alt) (F. Prinzing, Die monatlichen Schwankungen der Kindersterblichkeit unter verschiedenen klimatischen Verhältnissen. Hyg. Rundschau 1899, S. 1).

der Prozentsatz der wahrscheinlich Lebendgeborenen unter den als totgeboren Eingetragenen ist, desto größer ist der Knabenüberschuß.

Es ist daher anzunehmen, daß die geringere Widerstandsfähigkeit der lebendgeborenen Knaben in Japan in gleichem Maße vorhanden ist wie in Europa, und daß die Kleinheit der Unterschiede zwischen Knaben- und Mädchensterblichkeit in den ersten 14 Tagen nur Folge von Gewohnheiten bei der Anmeldung der Geburten ist. Die Annahme, daß bei der höheren Wertschätzung der Knaben in Japan diese nach der Geburt mehr Pflege und Sorgfalt genossen als die Mädchen, hat nicht viel für sich; es wäre auch sonderbar, daß dies nur in den ersten 14 Tagen, später nicht mehr der Fall sein sollte.

Dagegen geht aus den letzteren Zahlen hervor, daß unter den Totgeborenen der Knabenüberschuß in Japan kleiner ist als in den europäischen Staaten. Nach den oben mitgeteilten Ziffern kommen in diesen auf 1000 Mädchen unter den Totgeborenen zwischen 1259 und 1374 Knaben, in Japan dagegen bei den als totgeboren Eingetragenen (nach Abzug der Fehlgeburten) nur 1091, trotzdem nach den vorigen Ausführungen bei ihnen mehr männliche Lebendgeborene einbezogen sind als weibliche. Der Knabenüberschuß ist bei den Geborenen überhaupt etwa von gleicher Größe wie in Europa, er beträgt 1058, während er in den europäischen Staaten 1891—1900 sich zwischen 1054 und 1068 bewegte. Ebenso auffallend ist der kleine Knabenüberschuß bei den Fehlgeburten; von den im 4. bis 6. Monat Geborenen sind 19563 männlichen und 17158 weiblichen Geschlechts, das Geschlechtsverhältnis beträgt demnach 1140, während es in Europa viel höher ist (etwa 1600). Daraus wäre zu schließen, daß in Japan während und am Ende der Schwangerschaft die männlichen Früchte nicht in demselben Maße hinfälliger als die weiblichen sind, wie dies in Europa beobachtet wird. Hier sind noch manche Fragen ungelöst und es wäre zu wünschen, daß diese von sachkundigen Personen an Ort und Stelle näher untersucht würden.

Zur Statistik der Tuberkulose beider Ehegatten.

Von Dr. med. WILHELM WEINBERG, Stuttgart.

In einer 1906 erschienenen Arbeit (Beiträge zur Klinik der Tuberkulose V S. 365) habe ich das Schicksal der Ehegatten Lungenschwindsüchtiger ermittelt. Während die bisherigen Statistiken fast durchweg retrospektiver Natur waren, d. h. auf Anamnesen Tuberkulöser über ihre Ehegatten beruhten, stellte ich auf Grund von 3934 Ehen fest, wie viele Jahre die überlebenden Ehegatten seit dem Tod der Lungenschwindsüchtigen bis zum Ende der Untersuchungsperiode in Stuttgart, dem Ort der Erhebung, verbracht hatten und wie sich die so beobachteten Lebensjahre auf die einzelnen Altersklassen verteilten. Indem ich dann die in jeder Altersklasse verbrachten Lebensjahre für jedes Geschlecht mit der Sterbeziffer der gleichaltrigen Gesamtbevölkerung gleichen Geschlechts multiplizierte, erhielt ich die Zahl der nach der Wahrscheinlichkeitsrechnung zu erwartenden Todesfälle an Schwindsucht für die überlebenden Ehegatten der Schwindsüchtigen und konnte diese Zahl mit derjenigen der tatsächlich bei diesen vorgekommenen Fälle vergleichen. Das Ergebnis war folgendes:

Todesfälle an Schwindsucht bei den überlebenden

	überhaupt			in den ersten fünf Jahren		
	erwartet	beob.	Beobachtung in Proz. der Erwartung	erwartet	beob.	Beobachtung in Proz. der Erwartung
Ehemännern Schwindsücht.	67,27	118	175	29,35	61	208
Ehefrauen „	44,30	112	253	20,99	59	281

Das Ergebnis war ein erheblicher Überschub der Beobachtung über die Erwartung. Es lag mir dabei nicht daran, wie Martius¹⁾ meint, zu beweisen, daß die Tuberkulose ansteckend ist, sondern Anhaltspunkte dafür zu gewinnen, welche Rolle die direkte Infektion zwischen Ehegatten spielt.

Ich habe nun ausdrücklich darauf hingewiesen, daß die so gewonnenen Zahlen keinen endgültigen Maßstab dieser Gefahr darstellen, sondern daß daran erhebliche Abzüge und Berichtigungen zu machen sind. Diese beruhen einmal auf der Tatsache, daß die Ehegatten Schwindsüchtiger sich in ihrem sozialen Durchschnittsmilieu von dem der Gesamtbevölkerung ungünstig unterscheiden und daß deshalb schon die angegebenen erwartungsmäßigen Ziffern für die Todesfälle zu niedrig sind, weshalb ich einen Zuschlag von 20 Proz. machte, und ich wies ferner darauf hin, daß wenigstens die Ehefrauen der Lungenschwindsüchtigen meist nicht zur Wieder-
verheiratung gelangen und daß ihre Sterblichkeit an Schwindsucht daher zutreffender mit derjenigen der Witwen zu vergleichen wäre. Allerdings habe ich diese Berechnung nicht ausgeführt und hole sie daher im folgenden nach.

Alter (Jahre)	beobachtete Lebens- jahre der über- lebenden Ehefrauen Schwindsüchtiger 1873—1902	Sterblichkeit aller Witwen in Stuttgart an Lungenschwind- sucht 1873—1902	erwartungsmäßige Todesfälle an Schwindsucht
	a	b	c = a b
20—30	974,5	0,0052	5,07
30—40	4849,0	0,0045	21,82
40—50	8042,5	0,0021	16,89
50—60	7134,0	0,0015	10,69
60—70	3132,0	0,0015	4,70
70—x	773,0	0,0009	0,69
Summe	24905,0		59,86

Man erhält also auf diese Weise statt der oben angegebenen 44,30 59,86 erwartungsmäßige Todesfälle, und zwar als Maximum, da nicht alle überlebenden Ehefrauen Schwindsüchtiger Witwen blieben, oder ein Verhältnis der Beobachtung zur Erwartung wie $112 : 59,86 = 187 : 100$ und unter Berücksichtigung des sozialen Milieus wie $187 : 120$ oder $156 : 100$ als Minimum.

¹⁾ Pathogenese innerer Krankheiten IV, S. 459, 1909.

Eine gleiche Berechnung für die überlebenden Ehemänner war nicht möglich, da von diesen die meisten bald wieder heiraten und daher nur für einen kleinen Teil derselben die Tuberkuloseziffern der Witwer, die allerdings sehr hoch sind, in Betracht kommen. Die Berechnung eines Minimums des Verhältnisses zwischen Beobachtung und Erwartung auf Grund der Zahlen für die Witwer würde sich daher allzuweit von dem tatsächlichen Verhältnis entfernen und ein schiefes Bild geben. Mein damals gemachter Vorschlag, hier die Ziffern der Schwindsuchtssterblichkeit der Verheirateten zugrunde zu legen, trifft allerdings auch nicht völlig zu.

Wenn nun Pope und Pearson¹⁾ mir daraus einen schweren Vorwurf machen, daß ich die Schwindsuchtssterblichkeit der überlebenden Ehegatten Schwindsüchtiger nicht mit derjenigen der überlebenden Ehegatten der an anderen Krankheiten Verstorbenen verglichen habe, so haben sie insofern nicht recht, als ich ja selbst auf die Folgen dieser Unterlassung hinwies und sie bei der Diskussion meiner Resultate berücksichtigte. Ich hatte aber auch guten Grund, auf eine solche Untersuchung nicht allzu viel Gewicht zu legen, und zwar deshalb, weil es bis jetzt nicht möglich war, sie mit derselben Exaktheit durchzuführen, wie meine Arbeit sie im übrigen aufweist. Denn bis jetzt liegen irgendwelche Untersuchungen über die Sterblichkeit der überlebenden Ehegatten überhaupt oder der Nichtschwindsüchtigen nach Altersklassen für eine Gesamtbevölkerung nicht vor, und die Kosten der Beschaffung eines solchen Materials wären über die mir zur Verfügung stehenden Mittel weit hinausgegangen. Dazu wäre die Verfolgung des Schicksals von ca. 16 000 weiteren Ehen mit Hilfe von Familienregistern, Adreßbuch und polizeilichen Aufschrieben nötig gewesen.

Die folgende Untersuchung soll aber zeigen, was sich ergibt, wenn man den Einfluß des Alters vernachlässigt.

In Stuttgart wurden 1873—1902 durch den Tod eines Ehegatten 19 806 Ehen gelöst, davon durch den Tod des Mannes 12 042 und durch den Tod der Frau 7 764, und speziell durch Lungenschwindsucht des Ehemannes 2 762, durch Lungenschwindsucht der Ehefrau 1 523. Bei den Lungenschwindsüchtigen handelte es sich in 256 Fällen des Todes des Ehemannes = 9,269 Proz. und in 97 Fällen des Todes der Ehefrau = 6,369 Proz. entweder um Ortsfremde oder um solche Fälle, bei denen ein Zusammenleben der

¹⁾ A second study of the statistics of pulmonary tuberculosis: Marital infection. Drapers Company Research memoirs. Dulau and Co., London 1908.

Ehegatten nicht stattfand. Diese Fälle sind bei meiner früheren Untersuchung ausgeschieden worden, und wenn man dieselben Prozentsätze auch für die Gesamtheit der Todesfälle Verheirateter annimmt, so kommen als in Beobachtung getreten in Betracht

7 270 überlebende Ehemänner überhaupt
10 933 „ Ehefrauen

und hiervon betreffen also

1426 Ehemänner Lungenschwindsüchtiger,
5844 „ Nichtlungenschwindsüchtiger,
2506 Ehefrauen Lungenschwindsüchtiger,
8427 „ Nichtlungenschwindsüchtiger.

Es war nun auf Grund des mir zur Verfügung stehenden Materials möglich festzustellen, wie viele der an Lungenschwindsucht Gestorbenen einen oder mehrere Ehegatten während des Beobachtungszeitraums 1873—1902 in Stuttgart durch den Tod verloren hatten, wobei diejenigen mit mehrfachem Verlust eines Ehegatten entsprechend oft gezählt wurden.

Auf diese Weise ergaben sich als an Schwindsucht gestorbene

überlebende Ehemänner 392, wovon 158
„ Ehefrauen 196, „ 113

in den ersten fünf Jahren nach der Ehelösung starben (unter diesen Zahlen sind also auch die Wiederverheirateten einbegriffen).

Davon treffen auf

Ehemänner Lungenschwindsüchtiger	118, in d. ersten 5 Jahren 61,
„ Nichtlungenschwindsüchtiger	274, „ „ „ 5 „ 97,
Ehefrauen Lungenschwindsüchtiger	112, „ „ „ 5 „ 59,
„ Nichtlungenschwindsüchtiger	84, „ „ „ 5 „ 54.

Es beträgt also die Schwindsuchtsterblichkeit der überlebenden

Ehemänner überhaupt	(N + T) 5,92 Proz., in den ersten 5 Jahren 2,173 Proz.
„ Schwindsüchtiger (T)	8,275 „ „ „ „ 5 „ 4,469 „
„ Nichtschwindsücht. (N)	4,689 „ „ „ „ 5 „ 1,660 „
Ehefrauen überhaupt	(N + T) 1,793 „ „ „ „ 5 „ 1,034 „
„ Schwindsüchtiger (T)	4,278 „ „ „ „ 5 „ 2,354 „
„ Nichtschwindsücht. (N)	0,996 „ „ „ „ 5 „ 0,641 „

Um einen Vergleich mit den Ergebnissen meiner früheren Untersuchung zu ermöglichen, sei zunächst im folgenden die Sterblichkeit an Schwindsucht bei den überlebenden Ehegatten Schwindsüchtiger (T) in Prozenten der Sterblichkeit aller Ehegatten (N + T) angegeben.

Man erhält dann bei den überlebenden

$$\begin{aligned} & \text{Ehemännern} \\ T : N + T &= 8,275 : 5,392 \\ &= 153 : 100 \\ & \text{gegen } 175 : 100 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} & \text{Ehefrauen} \\ T : N + T &= 4,278 : 1,793 \\ &= 237 : 100 \\ & \text{gegen } 253 : 100 \end{aligned}$$

nach meiner früheren Untersuchung und für die ersten fünf Beobachtungsjahre

$$\begin{aligned} T : N + T &= 4,469 : 2,173 \\ &= 206 : 100 \\ & \text{gegen } 208 : 100 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} T : N + T &= 2,354 : 1,034 \\ &= 228 : 100 \\ & \text{gegen } 281 : 100 \end{aligned}$$

nach meiner früheren Untersuchung.

Diese Berechnungsmethode ergibt also überall einen geringeren Unterschied zwischen Beobachtung und Erwartung, wie dies meinen früheren Ausführungen entspricht. Dabei tritt aber hier im Gegensatz zu meiner früheren Untersuchung eine besondere Übersterblichkeit der Ehegatten Schwindsüchtiger in den ersten fünf Jahren nur bei den Männern zutage.

Diese Art des Vergleichs ist aber keine absolut exakte. Bei den überlebenden Ehegatten der Schwindsüchtigen war ich in der Lage, die durchschnittliche Dauer der Beobachtungszeit zu berechnen, während dies bei der Gesamtheit bzw. bei den überlebenden Ehegatten der Nichtschwindsüchtigen nicht der Fall war. Es sprechen zwei Gründe dafür, daß die Beobachtungsdauer der Ehegatten Schwindsüchtiger und Nichtschwindsüchtiger nicht die gleiche war. Einmal hat die Sterblichkeit an Lungenschwindsucht stärker abgenommen als die an allen Todesursachen, es ist daher anzunehmen, daß der Beginn der Beobachtung bei den überlebenden Ehegatten aller Verheirateten, die 1873—1902 starben, durchschnittlich auf einen späteren Termin fällt als bei den Ehegatten der Schwindsüchtigen. Ferner ist der Altersaufbau der verheirateten Schwindsüchtigen und sämtlicher Verstorbenen erheblich verschieden, letztere sind, wie man sich leicht überzeugen kann (s. die med. stat. Jahresberichte über die Stadt Stuttgart), erheblich älter, und es ist das gleiche auch von ihren überlebenden Ehegatten im Vergleich mit denen der Schwindsüchtigen allein anzunehmen. Mit dem Alter muß aber die Häufigkeit der Abkürzung der Beobachtungsdauer durch den Tod zunehmen. Einigermaßen wird nun die Wirkung dieser beiden Faktoren wieder aufgehoben dadurch, daß die Gesamtheit der Verstorbenen sozial günstiger zusammengesetzt ist als die Schwindsüchtigen, und dasselbe gilt auch bezüglich der überlebenden Ehegatten, dieser Faktor ist geeignet, die Beobachtungs-

dauer der Ersteren wieder zu verlängern. Aber wie weit der Ausgleich geht, wissen wir nicht. Auch bei Beschränkung auf die ersten fünf Lebensjahre ist die Wirkung dieser Faktoren nicht völlig beseitigt, wenn auch eingeschränkt. Das durchschnittlich höhere Alter der überlebenden Ehegatten der Gesamtheit der Verheirateten bzw. der Nichtschwindsüchtigen hat aber außerdem schon an und für sich einen Einfluß auf die erwartungsmäßige Ziffer der Todesfälle, ohne daß man genau angeben kann, wie stark er ist und in welcher Richtung er sich bewegt. Das allein wird man allerdings als sicher annehmen dürfen, daß diese Faktoren alle miteinander nicht ausreichen, um den großen gefundenen Unterschied zwischen Erwartung und Beobachtung auszugleichen, und auch von einer Berücksichtigung des sozialen Durchschnittsniveaus der Gesamtheit bzw. der Nichtschwindsüchtigen einerseits und der Schwindsüchtigen andererseits wird man dies nicht zu erwarten geneigt sein. Man wird dabei auch überlegen müssen, daß der Vergleich der Ehegatten Schwindsüchtiger mit denen aller Gestorbenen den Einfluß des ehelichen Zusammenlebens zu gering erscheinen läßt, weil die Schwindsüchtigen einen ziemlich großen Anteil unter sämtlichen Todesfällen haben und ihre Mitzählung daher die erwartungsmäßige Ziffer erheblich in die Höhe treibt. Aus diesem Grunde ist im folgenden auch ein Vergleich zwischen der Sterblichkeit der Ehegatten Schwindsüchtiger und Nichtschwindsüchtiger gezogen. Es betrug nach den oben angeführten Prozentsätzen das Verhältnis der Sterbeziffern an Schwindsucht bei den Ehegatten der Schwindsüchtigen und Nichtschwindsüchtigen überhaupt

$$\begin{aligned} & \text{für die Ehemänner} \\ T : N &= 8,275 : 4,689 \\ &= 176 : 100 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} & \text{für die Ehefrauen} \\ T : N &= 4,278 : 0,996 \\ &= 430 : 100 \end{aligned}$$

und in den ersten fünf Beobachtungsjahren

$$\begin{aligned} T : N &= 4,469 : 1,660 \\ &= 269 : 100 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} T : N &= 2,354 : 0,641 \\ &= 367 : 100 \end{aligned}$$

Diese bedeutenden Unterschiede lassen sich durch Unterschiede der Beobachtungsdauer und des Altersaufbaues der beobachteten Lebensjahre noch weniger erklären wie bei der Untersuchung des Verhältnisses $T : N \div T$. Aber wiederum muß gesagt werden, daß ein endgültiger Vergleich nur auf Grund der Kenntnis dieser beiden Faktoren und gleichzeitig des Unterschieds in der sozialen Zusammensetzung der verglichenen Gruppen möglich ist.

Auch wenn wir in der Lage sein werden, die nötigen Korrekturen an dem Verhältnis zwischen Beobachtung und Erwartung anzubringen, wird es immer noch fraglich bleiben, ob der ganze Überschuß der Erwartung über die Beobachtung auf Rechnung der direkten Infektion zwischen den Ehegatten kommt. Nicht mit Unrecht haben Pope und Pearson darauf hingewiesen, daß hierfür auch die Möglichkeit einer Neigung der zur Tuberkulose Disponierten zum Zusammenheiraten als Erklärungsmoment in Betracht kommt. Sie haben — allerdings ohne jede Berücksichtigung des Einflusses des Alters, die sie übrigens als in Zukunft notwendig anerkennen — sich die Mühe gegeben, die Korrelationskoeffizienten¹⁾ für das Auftreten von Tuberkulose bei Ehegatten zu berechnen und mit dem Auftreten einer Anzahl anderer normaler und pathologischer Erscheinungen zu vergleichen, wobei sie ziemlich die gleichen Ziffern erhielten. Sie argumentieren nun in der Weise, daß, wenn z. B. das rechnerisch auffallend häufige Vorkommen von Geisteskrankheit beider Ehegatten nicht durch Infektion zu erklären sei, dieselbe Erscheinung bei Tuberkulose auch nicht notwendig und völlig auf Infektion zurückgeführt werden müsse, und sie betrachten nur den dritten Teil der gefundenen Korrelation als auf Infektion beruhend. Indessen darf aus der Identität verschiedener Korrelationsziffern kein zu weitgehender Schluß gezogen werden. Auch die Wirkung des sozialen Milieus

¹⁾ Über den Begriff der Korrelation, mit dem die biometrische Schule operiert, sei hier nur so viel gesagt, daß er der Ausdruck eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen zwei Erscheinungen ist. Wo wir also einen Unterschied zwischen Erwartung und Erfahrung finden, besteht auch eine Korrelation. Ein tieferer Einblick in den Zusammenhang der Erscheinungen wird also durch diesen Begriff nicht gewonnen, wohl aber mit der Berechnung von Korrelationen viel Aufwand an Zeit und unnötigen mathematischen Berechnungen verloren. Die von mir angegebenen Zahlen über die Häufigkeit der Schwindsucht bei den überlebenden Ehegatten Schwindsüchtiger und Nichtschwindsüchtiger ermöglichen für diejenigen, welche darauf Wert legen, die Berechnung des Korrelationskoeffizienten, ich selbst habe mir diese Mühe geschenkt. Im übrigen kann ich die Bemerkung nicht unterdrücken, daß der von Pearson eingeführte Begriff der Kontingenz auf der Voraussetzung einer normalen Verteilung des Materials, entsprechend der Gauss'schen Fehlerkurve beruht, deren Zutreffen immerhin recht problematisch ist, und die eine recht unnötige weitere Komplikation des mathematischen Verfahrens mit sich bringt, während die Berechnung des Assoziationskoeffizienten nach der Bravais'schen Formel noch verhältnismäßig einfach war. Dieses künstliche Hinaufschrauben der mathematischen Anforderungen an den Leser ist leicht geeignet, den wertvollen Kern der biometrischen Arbeiten Pearson's und seiner Schüler zu verdecken.

auf die Tuberkulosesterblichkeit führt zu einer Korrelation und es läßt sich nicht absehen, ob nach Berücksichtigung dieses Faktors noch eine auf gegenseitiger Anziehung der Tuberkulösen bei der Gattenwahl beruhende erhebliche Korrelation übrig bleibt. Auch der immerhin bis jetzt auf sehr dürftigem Material beruhende Nachweis von Elderson in einem Anhang zu der Arbeit von Pope und Pearson, wonach zwischen Personen, welche tuberkulöse Familienmitglieder aufweisen, eine gegenseitige Anziehung bei der Gattenwahl stattfindet, scheint mir keine genügende Beweiskraft zu besitzen; denn auch hier kann der gefundene Korrelationswert auf reiner Wirkung des Milieus beruhen. Nur Untersuchungen an sozial gleichwertigem Material können hierüber endgültigen Aufschluß geben, und auf die Beschaffung desselben müssen künftige Arbeiten in dieser Richtung hinstreben, wenn ein weiterer Fortschritt erzielt werden soll.

Über die Bedeutung der Medizinalstatistik für die Soziale Hygiene und die Soziale Medizin.¹⁾

Von Dr. med. A. GROTJAHN, Berlin.

M. H.! Wenn Sie am letzten Tage eines zweiwöchentlichen Kursus über die bunte Fülle der Probleme, die die Soziale Medizin und die Soziale Hygiene schon gegenwärtig darbieten, an dieser Stelle zum Schluß noch einmal Gelegenheit nehmen, über ein theoretisches Gebiet etwas zu hören, so findet das wohl seine Berechtigung darin, daß die Medizinalstatistik die Basis ist, von der aus man alle sozialmedizinischen und sozialhygienischen Fragen, mögen sie noch so weit auseinander laufen, in Angriff nehmen kann. Leider ist die Medizinalstatistik ihrem ganzen Wesen nach wenig geeignet, vortragsmäßig behandelt zu werden. Ich werde Sie daher nicht mit einem Haufen von Zahlen ermüden, sondern mich darauf beschränken, einige allgemeine Grundsätze über Zweck und Ziel der Medizinalstatistik und ihre Anwendung auf die Soziale Medizin und die Soziale Hygiene zur Besprechung zu bringen.

Die Definition dessen, was man im wissenschaftlichen Sprachgebrauch unter allgemeiner Statistik versteht, und den viel diskutierten Streit, ob die Statistik eine eigene Geisteswissenschaft oder nur eine Methode, also eine Hilfswissenschaft sekundärer Natur sei, können wir Mediziner mit um so größerem Recht den Statistikern von Fach überlassen, als wir uns über das, was wir mit dem Namen „Medizinalstatistik“ zu bezeichnen uns gewöhnt haben, wohl ohne Schwierigkeit verständigen können. Die Medizinalstatistik ist eben die zahlenmäßige Erfassung der krankhaften Erscheinungen der Menschen, und zwar sowohl nach deren biologischer Differenzierung, also nach Alter, Geschlecht usw., als auch besonders nach ihrer sozialen Differenzierung, was im Zusammenhange der Gegenstände, die in diesem Kursus verhandelt worden sind,

¹⁾ Vortrag, gehalten im Osterzyklus 1909 über „Soziale Medizin und Hygiene“ im Kaiserin-Friedrich-Haus zu Berlin.

hervorzuheben gewiß nicht überflüssig ist. Aus dieser Definition geht schon hervor, daß es sich bei der Medizinalstatistik nicht um eine naturwissenschaftliche, sondern um eine geisteswissenschaftliche Betätigung handelt und das Naturwissenschaftlich-Medizinische nur darin zum Ausdruck kommt, daß die zu zählenden Objekte so eigenartig sind, daß nur medizinisch und naturwissenschaftlich Vorbildete sich auf diesem Gebiete zurechtfinden können. Auf dem Gebiete der Medizinalstatistik werden sich also nur solche Forscher ersprißlich betätigen können, die entweder Statistiker von Fach sind und dabei aber die Fähigkeit haben, sich in das medizinische und hygienische Detail einzuarbeiten, oder solche Ärzte, die sich in die mathematische Disziplin und die geisteswissenschaftliche Logik zu schicken wissen. Es ist ein Irrtum, zu glauben, daß das gerade diejenigen sind, die vor dem Mikroskop oder im chemischen Laboratorium die beste Zeit ihres Lebens verbracht haben.

Der Siegeslauf, den die Bakteriologie in den letzten Jahrzehnten nahm, hat die Medizinalstatistik, die vor dieser Ära besser entwickelt war als gegenwärtig, etwas in den Hintergrund gedrängt. Glaubte man doch eine Zeitlang in den Kreisen der Hygieniker, daß man auf rein bakteriologischem Wege das Wesen der großen Volksseuchen zu ergründen vermöchte. Man braucht der Bakteriologie kein Blatt aus ihrem Ruhmeskranze zu rauben, wenn man betont, daß diese Auffassung falsch ist. Zahlenmäßige Erfassung ist gerade auf dem Gebiete der Epidemiologie nach wie vor unerläßlich. Es ist erfreulich, daß diese Ansicht wieder zum Durchbruch gekommen ist und sich damit für die Medizinalstatistik die Hoffnung auf ein allgemeineres Interesse als bisher eröffnet.

Das zeitweise Zurücktreten der Medizinalstatistik gilt aber nur für ihre Stellung als Wissenschaft. In der praktischen Verwaltungstätigkeit sowohl wie auch als Zugabe zur klinischen Beschreibung pathologischer Zustände hat man immer fleißig Statistik getrieben, aber mit Recht machen die Statistiker von Fach dieser Art von Medizinalstatistik den Vorwurf, daß sie nicht selten dilettantenhaft und unter Vernachlässigung der elementaren Methodik gehandhabt wird. In der Tat kann man gar nicht genug jedem Mediziner, den der Stoff zwingt, mit Zahlen zu operieren, zu bedenken geben, daß die Statistik eine wohlfundierte Wissenschaft ist, deren Methoden man genau kennen muß, wenn man nicht zu Fehlschlüssen geführt werden will. Über die Methoden der Statistik ist nicht meine Aufgabe zu sprechen, da sie in diesem Kurse von einem Fachmann besonders behandelt wird. Aber auch ich kann

es an dieser Stelle nicht unterlassen, Sie wenigstens auf die drei elementarsten Fehler, denen man immer und immer wieder begegnet, aufmerksam zu machen.

Die erste Warnung geht dahin, doch nicht Zahlen eher miteinander zu vergleichen, bis man sich genau darüber unterrichtet hat, wie diese Zahlen erhoben sind und ob das Material, aus dem sie gewonnen wurden, überhaupt vergleichbar ist. Wenn Sie z. B. die Häufigkeit der Geschlechtskrankheiten der englischen Soldaten mit der des deutschen Heeres vergleichen, so dürfen Sie nicht vergessen, daß die englischen Soldaten Söldner sind, die meist im höheren Lebensalter als die in jungen Jahren Ausgehobenen unseres Volkes zum Militärdienst kommen und 6 oder mehr Jahre dienen. Es ist also kein Wunder, wenn die Häufigkeit der Geschlechtskrankheiten im englischen Heere an und für sich beträchtlich höher ist, zumal wenn man bei den Angaben über die deutschen Soldaten nur die Mannschaften mit Ausschluß der Unteroffiziere einbezieht.

Die zweite Warnung geht dahin, aus der Parallelität von Zahlenreihen ohne weiteres auch auf eine Kausalität zu schließen. So ist es z. B. nicht richtig, in der Abnahme der Tuberkulosesterblichkeit in den letzten Jahrzehnten eine Wirkung der Lungenheilstätten zu sehen, wie vielfach behauptet worden ist, da diese Abnahme auch in anderen Industrieländern (z. B. in England schon früher und im höheren Grade) auch ohne Lungenheilstätten beobachtet worden ist und auf ganz andere Ursachen zurückgeführt werden muß.

Die dritte Warnung geht dahin, die gegenwärtig leider so beliebte Statistik der Besserungen chronischer Krankheiten doch nicht in die Erörterung der ernsthaften Medizinalstatistik einzu beziehen. Statistisch behandeln kann man nur konkrete Dinge oder allenfalls noch Zustände, die sich in eindeutiger Weise bestimmen lassen. Man kann Todesfälle zählen, Beinbrüche, Typhuserkrankungen, auch Heilungen, aber die Besserungen etwa der Lungenspitzenkatarthe oder der neurasthenischen Zustände als ein der Statistik zugängliches Objekt zu behandeln und womöglich in prozentualer Berechnung in die Diskussion als starkes Beweismittel einzuführen, ist völlig unzulässig.

So viel über die Verwertung statistischer Resultate.

Bezüglich der Erhebung des Urmaterials begnüge ich mich hier mit der Empfehlung, daß der Mediziner bei der Vorbereitung einer derartigen Erhebung doch möglichst sich die Unterstützung

oder wenigstens die Beratung eines Fachstatistikers sichern möge. Dadurch daß die größeren Städte in steigendem Maße statistische Bureaus einrichten, ist die Gelegenheit hierzu häufiger als früher gegeben.

Die Fragen der Medizinalstatistik sind so außerordentlich zahlreich, daß es unnötig ist, ihre Grenzen zu überschreiten. Diese Grenzen zu kennen, ist nicht unwichtig. Sie liegen ungefähr dort, wo das Gebiet der reinen Bevölkerungsstatistik anfängt. Zwischen Geburt und Tod liegt das Gebiet der Medizinalstatistik. Die Statistik der Geburten aber und die der Todesfälle bleiben besser dem mathematisch geschulten Statistiker von Fach überlassen, denn gerade die Bevölkerungsstatistik birgt Klippen, auf die sich schon mancher Medizinalstatistiker ahnungslos festgefahren hat.

Es erübrigt noch, die Beziehungen der Medizinalstatistik zur Sozialen Hygiene und Sozialen Medizin mit einigen Bemerkungen zu streifen. Es ist eine charakteristische und zugleich erfreuliche Erscheinung, daß in Deutschland im Laufe der letzten Jahrzehnte förmliche „Bewegungen“ zur Erreichung von speziellen, auf die physische Wohlfahrt der Bevölkerung gerichteten Ziele entstanden sind. Es sei nur an die Bestrebungen zur Bekämpfung des Alkoholismus, der Geschlechtskrankheiten, der Säuglingssterblichkeit, zur Errichtung der Lungenheilstätten, zur Reform der Frauenkleidung, zur Einführung der Jugendspiele usw. erinnert. In allen diesen „Bewegungen“ treiben gemäßigte und radikale Elemente eine mehr oder weniger temperamentvolle Agitation, stellen Forderungen an Staats- und Kommunalbehörden und versuchen Sitten, Lebensgewohnheiten und Gesetzgebung in ihrem Sinne zu beeinflussen. Wenn diese „Bewegungen“ zu dauernden und erfreulichen Resultaten kommen sollen, so bedarf es ordnender Prinzipien, die allein eine Theorie der Sozialen Hygiene liefern kann. Unter Sozialer Hygiene ist die Verallgemeinerung der hygienischen Kultur zu verstehen. Wollen wir eine genauere Definition geben, so müssen wir der Sozialen Hygiene sowohl eine deskriptive wie eine normative Seite zubilligen und können sie dann nach der ersten Richtung hin definieren als die Lehre von den Bedingungen, denen die Verallgemeinerung hygienischer Kultur unter einer Gesamtheit von örtlich, zeitlich und gesellschaftlich zusammengehörigen Individuen und deren Nachkommen unterliegt, während wir sie in normativer Hinsicht als die Lehre von den Maßnahmen bezeichnen müssen, die die Verallgemeinerung hygienischer Kultur unter einer Gruppe von ört-

lich, zeitlich und gesellschaftlich zusammengehörigen Individuen und deren Nachkommen bezwecken. Schon aus dieser Definition geht hervor, daß nach beiden Richtungen hin die Medizinalstatistik die Unterlagen schafft, von denen aus man die einzelnen Probleme in Angriff nehmen und andererseits die Wirkungen der getroffenen Maßnahmen kontrollieren kann.

Einen weiteren Anreiz, sich mit Medizinalstatistik zu beschäftigen, hat dann die Ausdehnung des sozialen Versicherungswesens geboten. Die Beschäftigung der meisten Ärzte und zahlreicher Verwaltungsbeamten mit der Kranken-, Unfall- und Invaliditätsversicherung hat eine Literatur geschaffen, für die sich die Bezeichnung „Soziale Medizin“ eingebürgert hat.

Die verbindende Rolle, die die Medizinalstatistik zwischen der allgemeinen Sozialen Hygiene und der speziellen Sozialen Medizin spielt, ist eine von den Gründen, die erklären, weshalb die Soziale Hygiene und die Soziale Medizin bei ihren literarischen Vertretern in der Regel eine Personalunion eingegangen sind, die besonders in Zeitschriften und Vereinswesen zutage tritt. Zurzeit vertreten in Deutschland drei wissenschaftliche Zeitschriften diese Richtung.

In diesen Zeitschriften finden Sie die Medizinalstatistik reichlich vertreten. Die zahlreichen, in der gesamten medizinischen und volkswirtschaftlichen Literatur zerstreuten Abhandlungen über medizinalstatistische Probleme finden Sie in dem bibliographischen Handbuche verzeichnet, das unter der Bezeichnung „Jahresbericht über Soziale Hygiene, Demographie und Medizinalstatistik sowie alle Zweige des sozialen Versicherungswesens“ seit neun Jahren von F. Kriegel und mir alljährlich bei Gustav Fischer in Jena herausgegeben wird. Wenn ich nun der Vollständigkeit wegen noch hinzufüge, daß die Vertreter der jungen Disziplinen sich in der „Gesellschaft für Soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik“ zu Berlin zusammengeschlossen haben, so werden Sie gewiß aus diesen Daten die Überzeugung gewinnen, daß die vielangefochtene Selbständigkeit der Sozialen Hygiene und der Sozialen Medizin zur unabwendbaren Tatsache geworden ist und daß mit diesen beiden Disziplinen verbunden die Medizinalstatistik eine größere Bedeutung und eine lebhaftere Förderung erfahren wird, als ihr das in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, in der Medizin und Hygiene allzu einseitig an das chemische und bakteriologische Laboratorium gefesselt waren, beschieden gewesen ist.

Säuglingssterblichkeit und Säuglingsfürsorge in Mecklenburg-Schwerin.

Von Prof. Dr. H. BRÜNING, Rostock i. M.

(Nach einem Vortrage zu Schwerin.)

(Schluß.)

Die Säuglingsmortalität war also in den Städten um 1 Proz. höher als in den beiden übrigen Landesteilen. Berechnet man für denselben Zeitraum die Sterblichkeit der Säuglinge für die Städte des Landes, so ergibt sich, daß Schwerin mit 14,2 Proz. besonders günstig dasteht und daß im übrigen mit Ausnahme der kleinsten Städte unter 5000 Einwohner die Mortalitätsziffer mit dem Kleinerwerden der Städte ansteigt und die Städte mit 5—20 000 Einwohner mit 19,8 Proz. am ungünstigsten abschneiden. Für die Stadt Schwerin, deren Verhältnisse ja hier besonders interessieren dürften, ergab sich aber für den 5jährigen Zeitraum von 1901 bis 1905 eine auffällige Erscheinung insofern, als hier zwar die Säuglingsmortalität eine geringere, die Mortalität der 2—5jährigen Kinder jedoch eine höhere war als in Rostock und Wismar, so daß die Gesamtsterblichkeit 1—5jähriger Kinder hier fast dieselbe Höhe erreichte als in den beiden Seestädten Rostock und Wismar. Woran dies liegt, habe ich bis jetzt noch nicht festzustellen vermocht; auch ist es mir leider nicht möglich gewesen zu verfolgen, ob diese immerhin beachtenswerte Erscheinung nur in den Jahren 1901—05 zur Beachtung gelangt ist, oder ob sie allgemeine Gültigkeit hat. Sollte letzteres der Fall sein und nicht eine beispielsweise durch das Auftreten epidemischer Krankheiten (Masern, Keuchhusten), von denen erfahrungsgemäß gerade die Kinder der in Rede stehenden Altersperiode sehr häufig betroffen werden, bedingte Zufälligkeit vorliegen, so müßte es bei dem Vorhandensein

aller der Kinderpflege dienenden Anstalten (Krippe, Bethanien, Anna-Hospital) unter allen Umständen zu Nachforschungen anregen. Nun aber noch eins! Auf die ungleich höhere Mortalität unehelicher Säuglinge im Großherzogtum, sowie auf das Verhalten der zugehörigen Mortalitätskurven in Stadt und Land habe ich schon in meinen Auseinandersetzungen mehrfach hingewiesen. Betrachtet man die Sterbeziffern ehelicher und unehelicher Säuglinge in den einzelnen Städten des Großherzogtums, so erkennt man unschwer, daß unter den 3 großen Städten Rostock, Schwerin und Wismar, die Haupt- und Residenzstadt Schwerin trotz relativ geringer unehelicher Geburtenziffer und trotz geringster Gesamtsäuglingsmortalität in dem 5jährigen Zeitraum von 1901—1905 in bezug auf die Todesfälle illegitimer Säuglinge die zugehörigen Werte der beiden See- und Handelsstädte übertrifft, daß aber auch hier die Kleinstädte und vor allem wiederum die Mittelstädte von 5—20 000 Einwohnern mit einer Gesamtsterblichkeit von ca. 20 Proz. der zugehörigen Lebendgeburten die ungünstigsten Zahlen aufzuweisen haben, Zahlen, die um so größere Beachtung verdienen, als sie dokumentieren, daß in den Mittel- und Kleinstädten die Mortalität der unehelichen Säuglinge rund doppelt so hoch ist, als bei den ehelichen und daß auch in der sonst in jeder Beziehung günstig abschneidenden Landeshauptstadt Schwerin bestimmte, gerade für die unehelichen Säuglinge ungünstige Existenzbedingungen vorhanden sein müssen.

Wir haben bis jetzt lediglich die Sterblichkeit unserer mecklenburgischen Säuglinge in ihrer Beziehung zu den Lebendgeburten kennen gelernt. Fragen wir uns nunmehr noch einmal, wie sich die Verhältnisse gestalten, wenn wir sie auf die Gesamttodesfälle berechnen.

Ich muß mich hier auf einige kurze Hinweise beschränken. Innerhalb der politischen Landesteile und der Städte je nach ihrer Größe repräsentieren die hier braun gezeichneten Säulen die Sterblichkeit der im 1. Lebensjahre stehenden Kinder im Verhältnis zur Sterblichkeit überhaupt und zwar wiederum in Prozenten. Wir sehen aus dieser Säulengruppe ohne weiteres, daß die Städte am günstigsten und die Ritterschaft am ungünstigsten dasteht, während das Domonialgebiet einen Mittelwert aufzuweisen hat und daß im Gegensatz zu den größeren Stadtgemeinden die Landbevölkerung die überhaupt größte Sterbeziffer für Kinder unter 5 Jahre erlangt. Mit anderen Worten werden wir also sagen können: in den größeren Städten des Großherzogtums Mecklenburg-

Schwerin sind unter 100 Gestorbenen 30, auf dem flachen Lande aber 37, in dem Gebiete der Ritterschaft und Klöster sogar 40 Kinder unter 5 Jahren, d. h. im gesamten Großherzogtum nehmen die Todesfälle bei Säuglingen mehr als $\frac{1}{4}$, die Todesfälle der unter 5 Jahre alten Kinder fast genau $\frac{1}{3}$ der Gesamttodesfälle ein. Die hier angeführten Unterschiede sind nicht zuletzt durch die verschiedenartige Zusammensetzung der Bevölkerung zu erklären, da in den Städten die Säuglingsmortalität in bezug auf Gesamtsterblichkeit günstig, auf dem Lande in entgegengesetztem Sinne beeinflußt werden muß.

Über das von den gestorbenen Säuglingen erreichte Alter, sowie über die Verteilung der Säuglinge auf die verschiedenen Schichten der Bevölkerung dürften noch einige Angaben von Interesse sein. Auf dieser Tafel hier sind die einschlägigen Verhältnisse dargestellt, und zwar für eheliche und uneheliche Säuglinge für den Gesamtzeitraum von 1876—1905. Wir sehen hieraus, daß die Mortalität der illegitimen Säuglinge stets eine höhere gewesen ist als diejenige der ehelichen, und wir sehen, wie die Differenz zwischen beiden immer größer wird und daß bei 2—6 Monate alt gewordenen unehelichen Säuglingen die Mortalität mit 12 Proz. der Lebendgeburten fast doppelt so hoch ist als diejenige der ehelich Geborenen mit nur 6,3 Proz., während im 2. Lebenshalbjahre beide Ziffern absinken, und zwar die der unehelichen um mehr als die Hälfte (von 12 auf 5,7), die der ehelichen aber nur um $\frac{1}{3}$ (von 6,3 auf 4,2). Durch diese Zahlen kommt also zum Ausdruck, daß die Sterblichkeit der unehelichen Kinder im 1. Lebensjahre zu einer Zeit besonders groß ist, wo die Kinder aus sozialen Gründen bei Verwandten oder fremden Leuten als sog. Kostkinder in Kost und Pflege gegeben worden sind. Innerhalb der ersten Lebenswochen sind die unehelichen Mütter, die sich ja meist aus den in Stellung befindlichen Personen rekrutieren (Dienstmädchen, Verkäuferinnen, Wirtschaftserinnen, Schnitterinnen usw.), vielfach in der Lage, ihr Kind bei sich zu behalten und es selbst zu nähren; sobald die Kinder aber von der Mutter verlassen worden sind, beginnt für viele von ihnen, denen schon von Geburt an der Makel der Illegitimität anhaftet, der mehr oder weniger lange und dornenvolle Weg des „Ziehkindes“, und so kann es denn nur als eine natürliche Folgeerscheinung bezeichnet werden, daß diese armen, unglücklichen Geschöpfe gerade in dem hier genannten Zeitraum durch unzweckmäßige Ernährung, Pflege und ungenügende Beauf-

sichtigung meist infolge chronisch gewordener Ernährungsstörungen zugrunde gehen müssen.

Wer Gelegenheit hat, die einschlägigen Verhältnisse genauer zu beobachten, der wird gerade hier so trostlose Bilder menschlichen Elendes zu sehen bekommen, daß er, falls er nicht eben das frühzeitige Wiederabsterben dieser an ihrem Dasein unschuldigen Kinder für ein naturnotwendiges Übel hält, zu der Überzeugung kommen muß, daß hier Hilfe dringend not tut.

Was die Säuglingsmortalität bei den verschiedenen Schichten der Bevölkerung angeht, so war dieselbe natürlich beträchtlichen Schwankungen unterworfen, eine Erscheinung, die übrigens wohl allgemein gemacht und auch ohne weiteres verständlich wird. So schwankte z. B. innerhalb der Jahre 1901—1905 die durchschnittliche Sterblichkeit der im 1. Lebensjahre stehenden Kinder bei den Beamten zwischen rund 6,10 und 17 Proz. der Lebendgeborenen, je nachdem man es mit höheren, mittleren oder Unterbeamten zu tun hatte, um bei den Arbeitern in der Stadt mit 19 Proz. den höchsten Wert überhaupt zu erreichen.

Habe ich in dem bisher Gesagten vielleicht etwas reichlich mit Zahlen operieren müssen, so werde ich mich nunmehr bemühen, nach Möglichkeit auf dieselben zu verzichten, wo es gilt, die Frage nach den Ursachen der örtlich so verschiedenen Säuglingsmortalität, sowie nach den Gründen ihres Ansteigens im allgemeinen und auf dem flachen Lande im besonderen im Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin zu forschen. Über die hierhergehörigen Punkte kann ich aber zu meinem lebhaften Bedauern nur einige wenige Bemerkungen machen, da einwandfreies Unterlagenmaterial für derartige Untersuchungen so gut wie ganz fehlt. Ganz allgemein läßt sich aber wohl soviel mit Sicherheit sagen, daß die Fortschritte, welche wir den modernen sozialhygienischen Bestrebungen, wie sie in der Wohnungsfrage, der Wasserversorgung, der Möglichkeit rechtzeitig ärztliche Hilfe zu beschaffen, der Kranken- und Invaliditätsversicherung zum Ausdruck kommen, zu verdanken haben, zwar der Allgemeinheit und besonders den Erwachsenen, nicht aber den in den ersten Lebensjahren stehenden Kindern zugute gekommen sind. Dies dokumentiert sich zur Genüge durch das trotz der Bevölkerungszunahme allmähliche Herabsinken der allgemeinen Sterblichkeitskurve auch in Mecklenburg, während die Säuglingsmortalität steigende Tendenz erkennen läßt. Dies tritt ganz eklatant hervor in den Mittel- und Kleinstädten des Großherzogtumes Mecklenburg-Schwerin, welche, man mag rechnen

wie man will, bezüglich der uns hier beschäftigenden Frage der Säuglingssterblichkeit bei den mangelnden hygienischen Verbesserungen, wie sie von den größeren Städten geschaffen worden sind, ungünstig abschneiden, und dies ist wohl nicht zuletzt der Grund, weshalb gerade auf dem flachen Lande ein Ansteigen der Mortalität unehelicher und ehelicher Säuglinge in den Jahren 1876 bis 1905 zur Beobachtung gelangt ist. Daß für das Anwachsen der Mortalität der Landsäuglinge ein allgemeines Nachlassen der natürlichen Ernährung an der Mutterbrust nicht verantwortlich zu machen ist, wie es nach Prinzing anderswo der Fall sein mag, ist wohl sicher anzunehmen, solange es sich um die ehelichen Nachkommen der eingewanderten, meist in der Landwirtschaft ihr Brot suchenden Arbeiter- und Tagelöhnerfamilien handelt. Wie weit auch bei den aus Polen und Rußland zuziehenden Schmirrenanaloge Bedingungen vorliegen, entzieht sich meiner Kenntnis, doch glaube ich, daß auch hier ein größerer Prozentsatz der Säuglinge der natürlichen Ernährung als des wirksamsten Bollwerkes gegen Krankheiten jeglicher Art und damit auch des sichersten Mittels gegen frühzeitiges Wiederabsterben teilhaftig wird.¹⁾ Gleichwohl soll nicht verkannt werden, daß gerade in den genannten Schichten der Bevölkerung vielfach Sauberkeit, gewissenhafte Versorgung und zweckmäßige künstliche Ernährung des Kindes im Bedarfsfalle fromme Wünsche darstellen, und daß gerade auch diese Kreise, wie Prinzing mit Recht betont, „nur mit größtem Widerstreben von alten törichten Gewohnheiten lassen, während die Frau in der Stadt viel eher zu einer vernünftigen Ernährung ihrer Kinder überredet werden kann“. Ungenügende Erfahrung in der Säuglingsernährung und Säuglingspflege findet man aber gerade auch in den bestsituierten Kreisen der mecklenburgischen Bevölkerung. Nicht so ganz selten habe ich die bittere Erfahrung machen müssen, daß alten Kinderfrauen die alleinige Versorgung des Babys anvertraut wird, daß bei Erkundigungen nach Art und Zusammensetzung der Nahrung, nach der Menge der Einzelmahlzeit und den innegehaltenen Nahrungspausen die Mutter selbst hierüber absolut nichts zu sagen wußte, während sie doch gerade über diese mit dem Gedeihen ihres Kindes so innig verknüpften Fragen hätte Auskunft geben sollen.

¹⁾ Die Verhältnisse gestalten sich vermutlich nach neueren, inzwischen angestellten Erhebungen etwas anders. Vgl. Zeitschr. für Säuglingsfürsorge 1909, III. Bd.

Die höhere Mortalität der unehelichen Säuglinge in Mecklenburg gegenüber den ehelichen stimmt ja mit der allgemeinen Erfahrung überein, dürfte aber nach bereits veröffentlichten eigenen Untersuchungen nicht zuletzt auf die vielfach unzweckmäßige Unterbringung und allgemein völlig ungenügende Beaufsichtigung der Kost- und Ziehkinder, deren Hauptkontingent die illegitimen Säuglinge ausmachen, zurückzuführen sein. Überhaupt kann nicht verkannt werden, daß gerade die unglücklichen unehelichen Säuglinge vielfach von Wohltätigkeitsbestrebungen und Vergünstigungen mancherlei Art, wie sie für eheliche Kinder fast überall bestehen, ausgeschlossen bleiben, während man doch gerade diesen Kindern eine erhöhte Aufmerksamkeit schenken sollte, um sie nicht die Schuld anderer durch den frühen Tod unverdientermaßen büßen zu lassen. Mit den Rostocker einschlägigen Verhältnissen habe ich mich ziemlich eingehend befaßt und ich kann nur sagen — die Situation dürfte nach eingezogenen Erkundigungen in den übrigen mecklenburgischen Städten nicht anders sein — daß ich hierbei neben guten auch recht trübe Erfahrungen habe sammeln können, daß Kostkinder nach kurzem Aufenthalt von einer Ziehmutter zur anderen wanderten, daß sie zum Teil völlig unzweckmäßig ernährt wurden und endlich nur noch in desolatem Zustande pro forma dem Krankenhause überwiesen wurden, damit es heißen konnte, das Kind sei in ärztlicher Behandlung verstorben. — Die relativ hohe Säuglingsmortalität unehelicher Kinder in Mecklenburg wird schon zu Anfang des vorigen Jahrhunderts von einzelnen Schriftstellern erwähnt, und von verschiedenen in der Praxis stehenden Ärzten aus den verschiedensten Teilen des Landes ist mir, wenn ich die Frage der Säuglingsmortalität unter ihrer Klientel anschnitt, immer wieder versichert worden, daß die künstlich genährten Kinder und vor allem die vielfach unter günstigen hygienischen Bedingungen lebenden Kostkinder die relativ hohe Säuglingsmortalität bedingen, und daß es, wie auch in anderen Gegenden vorwiegend die Ernährungsstörungen sind, welche die Kinder schon in diesem zarten Alter zugrunde richten.

Derartige Störungen gelangen namentlich in den heißen Sommermonaten zur Beobachtung und Sie alle wissen, daß gerade um diese Zeit infolge der Darreichung verdorbener Nahrung der Brechdurchfall die häufigste Todesursache bei Säuglingen abgibt, wenn allgemeine, ungünstige hygienische Lebensbedingungen, (Unsauberkeit, überhitzte und schlecht ventilierter Wohnungen, Überfütterung u. dgl.) ihm die Wege geebnet haben.

Damit kommen wir zu der so außerordentlich wichtigen Frage der Säuglingsernährung. Ich habe schon angedeutet, daß das Kind an der Mutterbrust gegen Erkrankungen aller Art gefeit ist, da es stets eine reine, unverfälschte und seinem Ernährungs- und Entwicklungszustande angepaßte Nahrung erhält, daß aber das Flaschenkind, der künstlich zu ernährende Säugling am meisten durch die Störungen der Verdauungsorgane bedroht ist. Und dies ist leicht erklärlich, wenn man einmal beobachtet, wie und was in den ärmeren Volksschichten, die ja das Hauptkontingent zur Säuglingsmortalität stellen, vielfach den Kindern als Nahrung angeboten wird.

Wir dürfen es ruhig aussprechen, daß die Milch, welche diese Kinder zumeist erhalten, in ihrer Qualität nicht den Ansprüchen genügt, die man billigerweise an eine zur Säuglingsernährung zu verwendende Milch stellen muß. Eine Milch aber pro Liter mit 30 oder 40 Pfg. und noch teurer zu bezahlen, dazu sind die Arbeiterfamilien außerstande, ja es kommt vor, daß sie überhaupt nicht in der Lage sind, Milch anzuschaffen, und daß Kinder schon in einem Alter fast ausschließlich mit Mehlbreien, Kartoffeln u. dgl. gefüttert werden, wo ihre Verdauungsorgane der hierdurch an sie gestellten Arbeit noch nicht gewachsen sind. Eine Zeitlang kann dies gut gehen, aber früher oder später versagt der Organismus, so daß die hohe Sommersterblichkeit der Säuglinge gerade durch das Absterben dieser Kinder bedingt wird. Wir können uns also, wenn wir die ursächlichen Bedingungen der relativ hohen Säuglingsmortalität im Großherzogtum Mecklenburg auch nicht im einzelnen für die verschiedenen Distrikte mit Bestimmtheit zu eruieren vermögen, doch immerhin ein Bild machen, mit welchen Mitteln moderner Säuglingsfürsorge und auf welchen Wegen in erster Linie ihre Bekämpfung anzustreben ist. Es wird darauf ankommen, bei jeder Gelegenheit belehrend und aufklärend auf alle Klassen der Bevölkerung einzuwirken. Jede Mutter muß sich der Unersetzlichkeit der Muttermilch für ihr Kind bewußt sein und es als ihre heiligste Pflicht betrachten, falls nicht vom Arzte aus triftigen Gründen das Selbststillen verboten wird, ihr Kind selbst zu nähren. Es unterliegt für mich nach meinen bisherigen Erfahrungen keinem Zweifel, daß auf diese Weise gerade in den besser situierten Kreisen der Bevölkerung noch eine ganze Anzahl von Damen mehr ihre Mutterpflichten zu erfüllen in der Lage sind, wenn man ihnen zuredet und ihnen mit sachverständigem Rat zur Seite steht.

Jeder Tag, jede Woche natürlicher Ernährung ist für den Säugling von größter Bedeutung und schafft ihm Widerstandskraft gegen Affektionen und Infektionen, die keine Art der künstlichen Ernährung, und sei die Nahrung noch so kompliziert zusammengesetzt und noch so schön präpariert und konserviert, auch nur annähernd zu leisten imstande ist. Die von autoritativer Seite ausgegebene Parole der zunehmenden Stillunfähigkeit unserer heutigen Frauenwelt wird auch in Mecklenburg durch die praktische Erfahrung Lügen gestraft und wir dürfen annehmen, daß der größte Prozentsatz der Mütter bei gutem Willen wenigstens eine Zeitlang, eventuell unter Beigabe der Flasche ihrem Kinde Mütter im wahren Sinne des Wortes sein können.

Wo das Selbststillen der Mütter aus sozialen Gründen auf Schwierigkeiten stößt, da wird man namentlich in den größeren Städten des Landes durch Gewährung von Stillunterstützungen in Form von Lebensmitteln oder Bargeld, Einrichtung von „Krippen“ für Kinder arbeitender Mütter oder „Mütter- und Säuglingsheime“, in denen Frauen schon vor der Geburt des Kindes Aufnahme finden und eine Zeitlang zusammenbleiben, wenigstens während des Anstaltsaufenthaltes auf natürliche Ernährung dringen. Auch wird man auf diese Weise dem reformbedürftigen Ammenwesen oder besser gesagt Ammenunwesen auf die Finger sehen können, damit nicht schon in den ersten Tagen nach der in öffentlichen oder privaten Anstalten erfolgten Entbindung die meist ledigen Mütter ihrem eigenen Kinde die Brust entziehen, um es den Stürmen des Lebens in fremder Obhut zu überlassen und einem andern Kinde die Mutterstelle zu ersetzen. Es gibt wohl kaum etwas Unmoralischeres als gerade diese Erscheinung. Der wiederholt betonten hohen Sterblichkeit der unehelichen Säuglinge, welche sicherlich nicht zuletzt in dem viel zu frühzeitigen durch die Not des Lebens bedingten Imstichlassen des Kindes durch die Mutter ihren Grund hat, wird kaum Beachtung geschenkt. Man betrachtet diese Kinder vielfach als Kinder zweiten Grades, versagt ihnen manche Vergünstigungen und die zum Schutze dieser Unglücklichen getroffenen Einrichtungen lassen allenthalben zu wünschen. Und doch trägt kaum eine Mutter Bedenken, aus stichhaltigen oder nicht stichhaltigen Gründen ihr Kind einer unehelichen Mutter anzuvertrauen, ohne zu fragen, was aus dem Ammenkinde wird oder geworden ist.

Gleichwohl wird aber ein beträchtlicher Prozentsatz auch unserer Mecklenburgischen Säuglinge auf die künstliche Ernährung angewiesen bleiben. Für diese Kinder suche man die

Gefahren, welche die Flaschenfütterung mit sich bringt, nach Möglichkeit zu beseitigen, indem man ihnen eine von gesunden Tieren stammende, frische, sauber gemolkene Milch verschafft, aus welcher man für die einzelnen Lebensalter die entsprechenden Verdünnungen bzw. Einmischungen herstellen läßt. Ob man hierzu Kuhmilch oder Ziegenmilch nehmen will, hängt von den örtlichen Verhältnissen und von der Lage des einzelnen Falles ab. Jedes schablonenhafte Verfahren ist zu vermeiden, sondern es muß für jeden Säugling streng individualisierend die für ihn geeignete Nahrung auf Grund der praktischen Erfahrung und der fortgesetzten Beobachtung festgestellt werden. Die Versagung der künstlich zu ernährenden Kinder mit einwandfreier frischer Milch stößt aber in den Städten auf besondere Schwierigkeiten, falls nicht eben die Konsumenten den besseren Kreisen angehören und sich aus einer Milchkuranstalt mit geregelter und behördlich kontrollierter Betriebe, wie wir sie z. B. in Rostock besitzen, die Milch für teures Geld kaufen können. Hier sollte für die ärmeren Schichten der Bevölkerung die Bewegung einsetzen, die an anderen Orten mit Erfolg durchgeführt worden ist. Als Kindermilch ist die beste Milch gerade gut genug, die von rationell gefütterten und gepflegten Tieren mit peinlichster Sauberkeit gewonnen, durch zweckmäßige Transporteinrichtungen vor Verunreinigungen und durch starke Abkühlung vor Zersetzung geschützt ist und, was besonders in die Wagschale fällt, bei schneller und prompter Lieferung frei ins Haus nicht wesentlich teurer als die gewöhnliche Marktmilch sein darf. Die Durchführung dieser Forderung ist nicht so einfach; immerhin dürfte für die mecklenburgischen Städte, für welche gerade diese Frage von der allergrößten Bedeutung ist, sie sich in der Weise realisieren lassen, daß durch die Bereitstellung kommunaler Mittel benachbarte Gutsbetriebe zweckentsprechend umgestaltet bzw., falls dies nicht durchgesetzt werden kann, neue nach modernen Prinzipien eingerichtete geschaffen werden. Aus derartigen Musterbetrieben oder Musterstallungen müßte die Milch möglichst schnell direkt oder indirekt je nach der Vermögenslage der Konsumenten an die Bewohner abgegeben werden. Für die ärmeren Schichten der Bevölkerung, bei welcher die weitere saubere Behandlung der Milch im Hause und vor allem ihre Aufbewahrung wegen schlechter Wohnungsverhältnisse zur Unmöglichkeit wird, hat man in zahlreichen deutschen Städten (Kassel, Dresden usw.) „Säuglingsmilchküchen“ errichtet, in denen die Milch in trinkfertigen Einzelportionen verabfolgt wird. Auch für die größeren mecklenburgischen Städte

wäre die Schaffung derartiger Institute ins Auge zu fassen, welche unter bestimmten Voraussetzungen Gutes zu leisten vermögen. Ein Nachteil ist der, daß sie eine wirklich individualisierende Ernährungsmethode kaum gestatten, und daß sie eventuell erst recht der künstlichen Ernährung Vorschub leisten können.

Diese Mängel lassen sich jedoch vermeiden, wenn die Säuglingsnahrung nur auf ärztliche Verordnung ausgehändigt wird, und wenn man, was besonders für die Kinder der armen Bevölkerung und für die in fremder Pflege untergebrachten Säuglinge von Wichtigkeit ist, die weitere Verwendung der Säuglingsnahrung in den Familien überwacht und durch unermüdliche Belehrung in diesen Dingen die vielfach recht unvernünftigen Frauen dieser Kreise aufzuklären sucht.

Damit kommen wir aber zu einem weiteren bedeutsamen Punkte moderner Säuglingsfürsorge im Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin, den ich bereits zum Gegenstande einer größeren Abhandlung gemacht habe: der reformbedürftigen Versorgung unserer Zieh- und Kostkinder. Die vorhandenen Institutionen, auf die ich im einzelnen nicht eingehen will, genügen nicht. Wir müssen eine planmäßige, möglichst zeitig einsetzende Überwachung durch besoldete Waisenflegerinnen an Stelle der ehrenamtlich tätigen Damen und eine ärztliche Kontrolle mit regelmäßiger Vorstellung anstreben bei allen gefährdeten Säuglingen im Sinne Pütter's, d. h. also außer bei allen unehelichen und verwaisten auch bei Kindern armenunterstützter Eltern, die eben für das Wohl und Wehe derselben nicht zu sorgen in der Lage sind. Als notwendige Ergänzung dieser Organisation des Kostkinderwesens, die meines Erachtens, um die Verschleppung der Säuglinge nach auswärts zu vermeiden, nicht nur in einzelnen Städten, sondern, wenn sie wirklich Erfolg versprechen soll, für das ganze Land einheitlich geregelt werden muß, ist in Anlehnung an das Vormundschaftsgericht und den Gemeindewaisenrat die Schaffung einer Sammel- oder Berufsvormundschaft anzustreben, um frühzeitig das Recht des Kindes wahrnehmen und den Vater zur Erfüllung der Alimentationspflicht anhalten zu können. Durch diese anscheinend komplizierte, aber durch planmäßiges Zusammenwirken doch prompt funktionierende Organisation sind in Leipzig, Halle, Danzig und anderen deutschen Städten bereits erfreuliche Erfolge zu verzeichnen gewesen und es ist meines Erachtens mit Bestimmtheit zu erwarten, daß dies auch in Mecklenburg zu erreichen sein wird. Vor wenigen Wochen haben übrigens Rat und Bürgerversammlung der Stadt Rostock einen

derartigen Ausbau des Kostkinderwesens beschlossen, und es wäre sehr zu wünschen, daß die übrigen größeren Städte des Landes bald nachfolgen.

Die bisher angedeuteten direkt wirkenden Maßnahmen auf dem Gebiete moderner Säuglingsfürsorge können wirksam unterstützt werden durch mehr indirekte und allgemein hygienische Bestrebungen, welche das soziale Elend zu lindern bzw. der Mutter zu helfen geeignet sind. Hierher gehören: die Beschaffung billiger und guter Wohnungen, die Sanierung der Städte durch Wasserleitung, Kanalisation u. dgl., die Verbesserung der Lohnverhältnisse, die gesetzliche Regelung der Frauenarbeit, die von dem Bunde für Mutterschutz inaugurierten, aber wohl zu weit gehenden Bestrebungen der „Mutterschaftsversicherung“, die in Österreich stellenweise durchgeführte „Still- und Milchkassenversicherung“ und mancherlei andere Dinge, die ich leider wegen der vorgerückten Zeit nicht mehr in den Rahmen meiner Erörterungen hineinziehen kann. Was im Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin so gut wie gänzlich fehlt, sind modernen Ansprüchen genügende Anstalten zur Pflege kranker Säuglinge. Nur hier in Schwerin besteht das Anna-Kinderhospital, in allen anderen Krankenhäusern und auch im Universitätskrankenhause in Rostock fehlen solche Einrichtungen, welche eine individualisierende Behandlung z. B. ernährungsgestörter Säuglinge gestatten, gänzlich, und doch wäre es gerade in dem letzteren dringend erwünscht, beim klinischen Unterricht der Studierenden und bei den ärztlichen Ferienkursen mit gutem Beispiel vorangehen zu können. Es kann nicht geleugnet werden, daß auch bei uns in Mecklenburg außerordentlich viel für Arme, Kranke und Notleidende getan wird, aber ich habe immer den Eindruck gehabt, daß die ganzen Bestrebungen sich zu sehr zersplittern und daß darum der Erfolg ein weniger erfreulicher ist, als er wohl sein könnte. Auch sind unsere unmündigen Säuglinge, von Ausnahmen abgesehen, bei derartigen Bestrebungen bis vor kurzem leer ausgegangen oder die geschaffenen Institutionen können satzungsgemäß nur einem kleinen Prozentsatz von ihnen zugute kommen, wie es z. B. in dem in Rostock neugebauten Haus „Elim“ der Fall ist. Es gibt aber wohl kaum ein Gebiet, wo planmäßiges Zusammenwirken aller in Betracht kommenden Faktoren so sehr not tut als in der Säuglingsfürsorge und der durch sie zu erstrebenden Herabminderung der Säuglingssterblichkeit. Wie man hier vorgehen soll, dafür haben wir treffliche Beispiele in dem Verhalten der Stadt Magdeburg, sowie in Ungarn;

in beiden ist die ganze Frage der Säuglingsfürsorge so organisiert und zentralisiert, daß Erfolge nicht ausbleiben können.

Ich glaube, es wird auf Grund der hier mitgeteilten Zahlen für einen Zeitraum von 30 Jahren kein Zweifel daran bestehen können, daß auch für das Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin die bei den im allgemeinen doch sicherlich nicht ungünstigen Lebensbedingungen relativ hohe Säuglingssterblichkeit dringend der Besserung bedarf, falls es nicht hinter den übrigen Kulturstaaten zurückbleiben soll. Die Arbeit ist groß, langwierig und vielseitig, aber sie ist erfolgversprechend. Wenn meine heutigen Ausführungen dazu dienen sollten, auch für Mecklenburg die Frage der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit in dem Sinne anzuregen, wie es von dem unter dem Protektorate Ihrer Majestät der deutschen Kaiserin stehenden Komitee im Januar 1906 für das ganze Deutsche Reich beabsichtigt ist, dann wird die relativ große und ansteigende Mortalität unserer hilflosen und unmündigen mecklenburgischen Säuglinge allmählich einem Absinken Platz machen müssen und wir vermutlich zu den für Dänemark und das mit den mecklenburgischen Verhältnissen viele Ähnlichkeit aufweisende Großherzogtum Oldenburg mit 10—12 Proz. Säuglingsmortalität gelangen.

Städtische Krankenanstalten im Lichte vergleichender Finanzstatistik.

Von Dr. OTTO MOST,
Direktor des Statistischen Amtes der Stadt Düsseldorf.

(Schluß.)

3. Die **Ausgaben für Seelsorge und Unterricht**, für letzteren naturgemäß vor allem, spielen für den Haushalt der Krankenanstalten erst recht eine untergeordnete Rolle. Im Höchstfall absorbieren sie 1,4 (Crefeld), im Durchschnitt aber nur $\frac{1}{5}$ bis $\frac{1}{2}$ Proz. der gesamten Ausgaben; sie setzen sich fast ausschließlich aus Remunerationen für die Seelsorge und verschieden geringen sächlichen Aufwendungen zusammen. Zur Orientierung genügt folgende Übersicht, der grundsätzliche Unterschiede zwischen einzelnen Anstalten, etwa je nach der an Ort und Stelle vorherrschenden Konfession, nicht zu entnehmen sind.

(Übersicht 6 siehe nächste Seite.)

4. Die Art der **Schwestern** ist für die finanzielle Gestaltung des Krankenhausbetriebes von großer Bedeutung. Ihr Einfluß ist mittelbar und unmittelbar fast in jeder der Ausgabegruppen zu verspüren.

Die Schwestern gliedern sich im wesentlichen in 3 Gruppen: 1. die Ordensschwwestern; 2. die diesen auf evangelischer Seite entsprechenden Diakonissen; 3. die weltlichen Schwestern. Ordensschwwestern finden sich in Aachen (Elisabetherinnen) und in Cöln (Augustinerinnen), Diakonissen in Nürnberg, in den übrigen Anstalten sind weltliche Schwestern tätig, unter denen die Bayerischen Rotekreuzschwwestern nach ihrer ganzen Organisation eine Stellung einnehmen, die sie den Diakonissen nahebringt.

Übersicht 6.

Laufende Nr.	Anstalt	Ausgaben für Seelsorge und Unterricht absolut	Auf je einen Krankenver- pflegungstag entfallen an Ausgaben für Seelsorge und Unterricht
		<i>M</i>	<i>ø</i>
1	Crefeld	3450	4
2	Düsseldorf (1908)	6313	3
3	Hamburg-Eppendorf	7500	2
4	Nürnberg	2519	2
5	Schöneberg	1324	2
6	Aachen-Mariahilf	455	1
7	Aachen-Elisabeth	502	1
8	Berlin-Urban	2593	1
9	Charlottenburg-Westend	1200	1
10	Cöln (3 Anstalten)	4530	1
11	Dortmund	2100	1
12	Magdeburg-Altstadt	1625	1
13	Magdeburg-Sudenburg	1629	1
14	Frankfurt a. M.	2000	weniger als 0,5
15	Charlottenburg-Kirchstraße	—	0

Die geistlichen Schwestern selbst erhalten seitens der Krankenanstalten keinerlei Barentschädigung, sondern im wesentlichen nur Wohnung und Beköstigung sowie freie ärztliche Behandlung; auch ihre Mutterorganisationen erhalten eine nur verhältnismäßig geringe Barzahlung (in Aachen und Köln 150 M. pro Schwester, ausschließlich geringer Nebenleistungen zur Altersversorgungskasse oder zum Noviziat).

Grundsätzlich ebenso steht es um die Bayerischen Schwestern vom roten Kreuz, die ebenfalls vom Krankenhaus unmittelbar in bar nichts erhalten; die Mutterorganisation empfängt auch hier einen Jahresbetrag, der sich nach der Zahl der Schwestern richtet, aber mit durchschnittlich rund 500 M. erheblich höher als derjenige an die Orden ist. Nur zwei Fünftel dieses Betrags (200 M.) zahlt das Städtische Krankenhaus Nürnberg für jede der dort beschäftigten Diakonissen, die ebenfalls selbst kein unmittelbares Gehalt haben, an deren Mutterhaus in Neuen-Dettelsau. Die Mitglieder des evangelischen Diakonievereins dagegen beziehen in Magdeburg, abgesehen von den Pauschalleistungen an die Vereinsleitung, auch persönliche Gehälter, die zwischen 300 und 600 M. schwanken.

Was die übrigen weltlichen Schwestern anlangt, so leisten 4 der behandelten Krankenanstalten (Berlin-Urban, Frankfurt a. M., Ham-

burg-Eppendorf und Schöneberg) Zahlungen nur an die Mutterorganisation, während den Schwestern lediglich freie Station gewährt wird; in 3 Krankenanstalten (Charlottenburg-Westend, Charlottenburg-Kirchstraße und Dortmund) erhalten die Schwestern unmittelbar Gehalt, während die Mutterorganisation, abgesehen von der seitens Dortmund gewährten Eintrittsgebühr, Ansprüche an die Krankenhausverwaltung nicht hat. Der in Magdeburg arbeitende Evangelische Diakonieverein dagegen verlangt Zahlungen sowohl an die Schwestern selbst als auch an die Vereinsleitung. Die Schwestern der Allgemeinen Krankenanstalten in Düsseldorf schließlich gehören überhaupt keiner Mutterorganisation an; die Stadt unterhält eine eigene Schwesternschule und entlohnt die Schwestern infolgedessen nach bestimmter Skala lediglich unmittelbar.

Freie Station wird den Schwestern selbstverständlich in jedem Falle gewährt; meist auch freie ärztliche Behandlung und Wäschereinigung, während es hinsichtlich der Dienstkleidung, der Versicherungsbeiträge usw. die einzelnen Anstalten verschieden handhaben.

Diese Naturalleistungen sind hier und dort, die Barleistungen meist nach den Kenntnissen und Leistungen der Schwestern abgestuft, so daß die Oberschwestern meist mehr, die Probe (Lehr-)schwestern meist entsprechend weniger Aufwendungen erfordern als die Vollschwestern ohne gehobene Stellung. Weitere Einzelheiten hinsichtlich der finanziellen Verhältnisse der Schwestern gibt eine besondere Tabelle der Originalstatistik, auf die hier näher einzugehen der beschränkte Raum verbietet. Hervorgehoben aber muß doch folgende Reihe werden, die sich aus den in der Originalstatistik gemachten Angaben, insbesondere aus dem zahlenmäßigen Verhältnis zwischen Lehrschwestern und voll ausgebildeten Schwestern ergibt.

Die persönlichen Ausgaben für den Schwesternbetrieb ausschließlich Aufwendungen für Beköstigung und Bekleidung, mit anderen Worten also die Barzahlungen an die Schwestern selbst und an ihre Organisationen betragen 1907 auf den Kopf der Schwester in der Anstalt zu

Hamburg-Eppendorf	644,86 M.	Charlottenburg-Westend	316,15 M.
Crefeld	526,03 „	Magdeburg-Sudenburg	269,05 „
Berlin-Urban	482,60 „	Nürnberg	176,23 „
Schöneberg	464,28 „	Charlottenburg-Kirchstraße	176,— „
Düsseldorf (1908)	416,49 „	Aachen-Elisabeth	165,— „
Frankfurt a. M.	408,49 „	Aachen-Mariahilf	156,52 „
Magdeburg-Altstadt	382,79 „	Cöln (3 Anstalten)	142,96 „
Dortmund	381,65 „		

Die Differenzen sind ganz außerordentlich groß. An letzter Stelle stehen die Krankenanstalten mit Ordensschwwestern, am höchsten solche mit weltlichem Pflegepersonal; ziemlich weit oben steht auch Crefeld mit den bayerischen Schwestern vom roten Kreuz.

Mehr noch aber als durch die Verschiedenheiten der Barzahlungen wird die Höhe der Aufwendungen für die Schwestern bedingt durch die Verschiedenheit in den Leistungen der Schwestern einerseits und ihren Ansprüchen, sei es an Beköstigung, sei es an Hilfe durch untergeordnetes Personal andererseits. Nach diesen Richtungen walten die größten Verschiedenheiten ob; sie finden in der Originalstatistik besonders eingehende Berücksichtigung. Was die Beköstigung anlangt, so werden die hier vorhandenen Verschiedenheiten dadurch wenigstens angedeutet, daß der durchschnittliche Aufwand für Schwesternbeköstigung pro Kopf und Tag nach den vorhandenen Aufzeichnungen beträgt in Cöln-Lindenburg 1,11 M., in Aachen 1,12 M., in Cöln-Bürgerhospital 1,19 M., in Cöln-Augustahospital 1,20 M., in Magdeburg 1,25 M., in Düsseldorf 1,88 M., in Berlin-Urban 2,01 M.

Der Tagesdienst umfaßt einschließlich der Pausen ($1\frac{1}{2}$ bis $2\frac{1}{2}$ Stunden):

16 Stunden in Aachen-Elisabeth, Cöln (3 Anstalten).

15 „ „ Aachen-Mariahilf, Hamburg-Eppendorf, Nürnberg.

$14\frac{1}{2}$ „ „ Magdeburg-Sudenburg.

14 „ „ Berlin-Urban, Charlottenburg-Westend, Charlottenburg-Kirchstraße, Crefeld, Dortmund, Frankfurt a. M., Magdeburg-Altstadt, Schöneberg, Düsseldorf.

Der gängige Arbeitstag umfaßt also 14 Stunden; länger ausgedehnt ist er für die Ordensschwwestern durchweg, ferner für die Diakonissen in Nürnberg, für die weltlichen Schwestern dagegen nur in einem Falle (Hamburg), der ihnen dafür aber besonders hohe Bezüge sichert.

Die Bestimmungen hinsichtlich des Nachtdienstes sind schwer vergleichbar. Doch können zwei Gruppen unterschieden werden: In einer Reihe von Anstalten hat jede Schwester in größeren Zwischenräumen (ein Vierteljahr bis 2 Jahre) eine längere Zeit hindurch ständig Nachtdienstperioden unter gleichzeitiger Befreiung vom Tagesdienst; diese Perioden dauern meist 4 bis 8 Wochen. Die andere Gruppe von Anstalten fordert in kurzen Pausen (von 3 Tagen ab) Nachtwachen von kürzerer Dauer, meist freilich ohne dafür besondere Entschädigung durch Diensterleichterung bei Tage zu bieten. In Dortmund und Düsseldorf sind die beiden letztgenannten

Methoden kombiniert. Am weitesten scheinen die Anforderungen nach dieser Richtung in Aachen und Cöln (Ordensschwwestern!) sowie in Nürnberg (Diakonissen!) und Schöneberg zu gehen, wo fast regelmäßig jeden dritten Tag Nachtdienst zu leisten ist. In Crefeld ist der Nachtdienst so geregelt, daß er durch 3 Schwestern ständig, von den übrigen je nach Bedarf wahrgenommen wird.

Hinsichtlich des Urlaubs entbehren völlig bestimmter Festsetzungen die Anstalten mit geistlichen Schwestern; er wird hier „nach Bedarf“ gewährt. Im übrigen steht den Schwestern, abgesehen von dem wohl durchweg üblichen freien Nachmittag jeder Woche, überall ein jährlicher Urlaub von 3—4 Wochen zu.

Inwieweit die verschiedene Begrenzung des Arbeitsgebiets der Schwestern den Stand an übrigem Personal beeinflußt, ist aus dem folgenden zu ersehen.

5. Das **übrige Personal** scheidet sich in: 1. Krankenpfleger, 2. Personal für niedere Dienstleistungen in der Krankenpflege und 3. übriges Anstaltspersonal.

Die Zahl der neben den Schwestern tätigen Krankenpfleger (Wärter und Wärterinnen) hängt wesentlich von der Zahl und Art der Schwestern, von der Art der Anstalten, ferner von der Art des Bausystems und der Ausnutzung der vorhandenen Räume durch die Belegung (vgl. Übersicht 1 sowie das darüber oben in V. Gesagte) ab; so ist z. B. besonders viel Pflegepersonal nötig für Irre, Kinder und Infektionskranke. Im einzelnen ergibt sich für die behandelten Krankenanstalten folgende Reihenfolge hinsichtlich des Gesamtverbrauchs an Krankenpflegepersonal:

(Übersicht 7 siehe nächste Seite.)

Die sonst an der Spitze marschierenden Anstalten halten sie auch hier. Etwas hinaufgerückt ist das Aachener Elisabethkrankenhaus, etwas hinunter in der Reihe Düsseldorf. Besonders zu beachten ist wiederum die so günstige Position Crefelds und Nürnbergs, die verhältnismäßig nicht einmal halb so viel Krankenpflegepersonal brauchen wie etwa Hamburg, Charlottenburg, Frankfurt a. M., Düsseldorf und auch hinter Schöneberg um 40 bis 50 Proz. zurückstehen. Der Generaldurchschnitt sämtlicher Krankenanstalten ergibt für je 100 000 Krankenverpflegungstage 63,2 Köpfe Krankenpflegepersonal einschließlich Schwestern. Freilich ist, wie eben gesagt, gerade bei dieser Gegenüberstellung Art und Organisation der einzelnen Anstalt besonders zu beachten.

Faßt man das übrige Anstaltspersonal ins Auge, so ist vor allem zu beachten, daß hier manche Anstalten Personen nach-

Übersicht 7.

Laufende Nr.	Anstalt	Auf je 100 000 Kranken- verpflegungstage entfallen:	
		Krankenpflege- personal (ohne Personal für niedere Dienste in der Krankenpflege) überhaupt Köpfe	Schwester- insbesondere
1	Hamburg-Eppendorf	86	57
2	Charlottenburg-Westend	84	70
3	Frankfurt a. M.	82	66
4	Düsseldorf (1908)	79	71
5	Charlottenburg-Kirchstraße	74	30
6	Schöneberg	73	62
7	Aachen-Elisabeth	69	61
8	Magdeburg-Sudenburg	59	56
9	Aachen-Mariahilf	58	55
10	Cöln (3 Anstalten)	56	41
11	Berlin-Urban	52	31
12	Dortmund	48	37
13	Magdeburg-Altstadt	42	38
14	Crefeld	39	34
15	Nürnberg	35	23

zuweisen haben, die in anderen fehlen müssen, weil die Einrichtung, in deren Diensten sie stehen, anderswo nicht vorhanden ist, wie Telephonzentralen, die die Anstellung besonderer Bediensteter erfordern, gärtnerische Anlagen, die hier vom Krankenhaus, dort aber vom Gartenamt unterhalten werden, Maschinenanlagen, die hier mehr, dort weniger oder gar kein Bedienungspersonal erfordern, besondere Wirtschaftsbetriebe, die nur vereinzelt vorkommen (z. B. Bäckerei und Metzgerei in Düsseldorf). Es ist schlechterdings ausgeschlossen, diese Besonderheiten überall auszuschneiden und dadurch eine verfeinerte Vergleichbarkeit herbeizuführen; diese Unstimmigkeit gehört eben zu den natürlichen Mängeln, die bei einer solchen Statistik mit in Kauf genommen werden müssen. Sie beeinflusst auch kaum die Schlüssigkeit der Ergebnisse, wenn man an der Hand der Übersicht 8 (S. 341) das gesamte Anstaltspersonal ins Auge faßt. Die großen Differenzen sind dabei zum Teil, wie schon erwähnt, aus Besonderheiten einzelner Krankenanstalten zu erklären. Nicht minder aber spielen eine Rolle die größere oder geringere Zentralisation des Betriebes, die größeren oder geringeren Ansprüche an Verpflegung und Aufenthalt (abhängig von Zusammensetzung und Art der Kranken wie

des Personals); auch die Art der Krankenverteilung (ob mehr in Sälen oder einzelnen Zimmern) und die Verschiedenheit der baulichen Anlage und Ausstattung; all dies ist für die Höhe des erforderlichen Personals von nicht zu unterschätzender Bedeutung. Weiter ist immer wieder auf die Verschiedenheiten in der Belegungsintensität und an dieser Stelle auch auf die Verschiedenheiten in der räumlichen Ausdehnung der Anstalten hinzuweisen; wenn Berlin-Urban z. B. verhältnismäßig wenig Personal gebraucht, so muß dies zum Teil auf den geringen Flächeninhalt des Anstaltsgeländes bei nicht ungünstiger Ausnutzung der Belegungsfähigkeit zurückgeführt werden. Schließlich kommt für eine Reihe von Anstalten noch in Betracht, in welchem Maße Kranke — z. B. Irre oder weibliche Kranke der allgemeinen Abteilung (Nürnberg und anderorts) — zu Dienstleistungen herangezogen werden und damit das sonstige Personal entlasten. Der Einfluß dieser vielfachen Gesichtspunkte ist nicht zu übersehen, nach seinem Grade im einzelnen aber nur bei eingehendstem Studium der einzelnen Anstalten selbst zu erkennen.

Aber auch unter Berücksichtigung all dessen rückt doch ein Moment vor allen anderen in den Vordergrund: Der Einfluß, den die Verschiedenheit der Schwesternschaft auf das Maß des erforderlichen Personals ausübt.

Die Ordensschwestern werden bekanntlich zu allen im Krankenhausbetriebe vorkommenden Dienstleistungen soweit irgend nötig herangezogen. Dagegen ist das Arbeitsgebiet der Diakonissen schon mehr, der weltlichen Schwestern aber durchweg sehr erheblich beschränkt.

Im allgemeinen weisen darum die geringsten Personalziffern die Anstalten mit Ordensschwestern und Diakonissen auf, die allergünstigsten freilich Crefeld mit seinen bayrischen Schwestern vom roten Kreuz. In Aachen Mariahilfkrankenhaus entfallen auf je 10 Köpfe des Krankenpflegepersonals, unter dem ja die Schwestern ziffernmäßig durchaus entscheiden, 5,7 Köpfe an übrigem Personal aussch. Ärzte und Verwaltung, in Krefeld 8,9, in den 3 Kölner Anstalten sogar nur 4,7. Gleich niedrige Ziffern dieser Relation hat bei ähnlich niedrigem Stande des Krankenpflegepersonals von den anderen Anstalten mit weltlichen Schwestern nur das Berliner Krankenhaus am Urban, während weitere Anstalten, die bereits ein verhältnismäßig sehr großes Krankenpflegepersonal besitzen, auch noch eine im Verhältnis hierzu sehr stattliche Schar anderer Personen unterhalten, so Schöneberg, wo auf je 10 Krankenpfleger

einschl. Schwestern 15,6 Köpfe an sonstigem Personal ausschl. Ärzte und Verwaltung entfallen, ferner Düsseldorf und Hamburg-Eppendorf.

Welch große finanzielle Bedeutung den vorstehend berührten Verschiedenheiten in Art und Zahl des Personals zukommt, zeigt sich in den letzten Spalten der Übersicht 8. Die Anstalten folgen einander nach der Höhe der Aufwendungen pro Krankenverpflegungstag (vorletzte Spalte).

Übersicht 8.

Laufende Nr.	Anstalt	Auf je einen Krankenverpflegungstag entfallen an persönlichen Ausgaben (ohne Bekleidung und Beköstigung) auf das Krankenpflege- und sonstige Anstaltspersonal ausschl. Ärzte und Verwaltung. δ	Art der Schwestern (O = Ordensschwestern, D = Diakonissen, W = Weltliche Schwestern)	Gesamtes Anstaltspersonal Köpfe absolut	Auf je 100 000 Krankenverpflegungstage entfallen am gesamten Anstaltspersonal Köpfe
1	Schöneberg	125	W	173	213
2	Düsseldorf (1908)	104	W	416	208
3	Charlottenburg-Westend	77	W	345	191
4	Frankfurt a. M.	72	W	482	185
5	Hamburg-Eppendorf	67	W	907	224
6	Charlottenburg-Kirchstraße	63	W	89	189
7	Berlin-Urban	61	W		
8	Magdeburg-Altstadt	59	W	192	118
9	Magdeburg-Sudenburg	47	W	200	143
10	Nürnberg	44	D	217	105
11	Crefeld	37	W (Bayr. Schwestern vom roten Kreuz)	75	81
12	Aachen-Elisabeth	37	O	112	142
13	Dortmund	34	W	153	105
14	Cöln (3 Anstalten)	29	O	499	94
15	Aachen-Mariahilf	21	O	83	99

Die in Übersicht 8 dargestellten persönlichen Ausgaben machen von den Gesamtaufwendungen des ganzen Anstaltsbetriebs (ohne bauliche Unterhaltung und Schuldendienst) verhältnismäßig am wenigsten im Aachener Mariahilfkrankenhaus (7,7 Proz.) und in Dortmund (8,3 Proz.), am meisten in Schöneberg (19,4 Proz.) aus. Absolut

den höchsten Stand erreichen sie in Hamburg (272 689 M.), Düsseldorf (207 264 M.) und Frankfurt a. M. (187 573 M.); am niedrigsten dagegen halten sie sich in den beiden Aachener Krankenanstalten (18 034 bzw. 29 346 M.).

6. Der **Wirtschaftsbetrieb** tritt als zweiter Hauptfaktor neben die persönlichen Ausgaben; seine Bedeutung für das Gesamtgefüge der Finanzgebarung ist in den einzelnen Krankenanstalten verschieden, zeigt aber doch verhältnismäßig geringere Schwankungen als die bisher behandelten Positionen. Fast überall werden fünf bis sechs Zehntel sämtlicher Ausgaben (ohne bauliche Unterhaltung und Schuldendienst) vom Wirtschaftsbetrieb in Anspruch genommen, das Maximum mit 64,6 Proz. in Dortmund, das Minimum in Schöneberg mit 51,3 Proz. Für die größere oder geringere Wirtschaftlichkeit des Betriebs sagen diese Ziffern natürlich nichts, denn sie werden durch die Höhe der übrigen Ausgaben entscheidend beeinflußt. Zu beachten ist aber, daß hierin, wie in allen Angaben betr. Kosten des Wirtschaftsbetriebs einerseits keinerlei Barzahlungen an die im Wirtschaftsbetriebe tätigen Kräfte, andererseits aber alle Ausgaben für Beköstigung, Bekleidung und andere Naturallieferungen an das Anstaltspersonal enthalten sind.

Um die so wichtigen Wirtschaftsausgaben ausreichend zu charakterisieren, ist in der Statistik der Versuch gemacht worden, sie nach einzelnen Hauptpositionen zu trennen, und zwar in Ausgaben für 1. Beköstigung, 2. Bekleidung, 3. Reinigung und Unterhaltung von Wäsche und Leinen, 4. Unterhaltung und Ersatz des Mobiliars, 5. Heizung und Beleuchtung, 6. Reinigung der Räume. Am wenigsten Erfolg hat bei der Erhebung die Frage nach den Kosten für die Reinigung der Räume gehabt; nur wenige Anstalten konnten gesonderte Angaben hierfür machen. Die betreffenden Ausgaben sind vielfach in der Position „Wäsche- und Leinenreinigung, Unterhaltung und Ersatz“ enthalten, und diese Wäschekosten wiederum waren für eine Reihe von Anstalten nicht von den Bekleidungskosten zu trennen, so daß für Zwecke einer durchgängigen Vergleichung im folgenden diese Positionen zusammengefaßt und damit nur noch vier Hauptgruppen gebildet werden. Hinsichtlich Dortmunds freilich muß noch eine weitere Beschränkung eintreten, da hier auch die Kosten für Mobiliar und Betten sich nicht gesondert feststellen ließen. Die Hauptsache bleibt ja doch, daß die ziffernmäßigen Angaben gerade für den weitaus bedeutsamsten Teil des Wirtschaftsbetriebs vollkommen vergleichbar sind.

Dieser bedeutsamste Teil ist die **Beköstigung**, welche durch-

weg rund zwei Drittel der Gesamtausgaben für den Wirtschaftsbetrieb absorbiert. Mag die eine oder andere Anstalt über diesen Prozentsatz hinausgehen oder darunterbleiben, bemerkenswert ist doch, daß dieser Relativanteil der Beköstigungsausgaben am Wirtschaftsbetrieb im wesentlichen fast durchweg der gleiche ist. Ihre Höhe absolut sowie im Verhältnis zu den Krankenverpflegungstagen gibt Übersicht 9 wieder.

Absolut am meisten geben für Beköstigung Hamburg-Eppendorf (1 027 381 M.), die drei Cölner Anstalten (658 341 M.), Frankfurt a. M. (574 715 M.), Düsseldorf (505 975 M.) aus; am wenigsten, abgesehen von den Kinderkrankenanstalten, das Aachener Mariahilfkrankenhaus (103 965 M.), Crefeld (102 100 M.) und das Aachener Elisabethkrankenhaus (93 125 M.).

Übersicht 9.

Laufende Nr.	Anstalt	Aufwendungen für Beköstigung (Kranke und Sonstige)		
		absolut		auf je einen Kranken- verpflegungstag
		M	δ	
1	Hamburg	1 027 381	44	2,53
2	Düsseldorf (1908)	505 975	—	2,53
3	Frankfurt a. M.	574 715	20	2,20
4	Schöneberg	176 222	—	2,17
5	Charlottenburg-Westend	332 131	08	1,84
6	Dortmund	251 794	60	1,73
7	Charlottenburg-Kirchstraße	73 533	07	1,56
8	Berlin-Urban	351 025	59	1,49
9	Magdeburg-Sudenburg	200 408	23	1,43
10	Cöln (3 Anstalten)	658 341	—	1,25
11	Aachen-Mariahilf	103 964	94	1,24
12	Magdeburg-Altstadt	196 862	—	1,21
13	Nürnberg	248 691	05	1,21
14	Aachen-Elisabeth	93 124	82	1,18
15	Crefeld	102 100	46	1,15

Diese Zahlen für einzelne Anstalten drastisch gegenüberzustellen, wäre für den einen oder anderen ihrer Leser verlockend; sie sind aber mit großer Vorsicht zu verwerten. Gerade bei einem Vergleich dieser Kopfquoten hat man sich die wesentlichen Unterschiede der lokalen Verhältnisse besonders vor Augen zu halten und zu bedenken, daß eine Komparabilität dadurch außerordentlich erschwert ist und nur noch in ganz allgemeinen Umrissen gewahrt bleibt. Als die wesentlichsten Momente, welche derart vergleichstörend wirken, sind, unter teilweiser Wiederholung von bereits Gesagtem, zu nennen:

- a) Zahl und Art des Personals,
- b) Erkrankungsart und soziale Schichtung der Kranken,
- c) Qualität der Kostleistung,
- d) Preise der Lebensmittel.

Jeder dieser vier Faktoren ist in jeder der behandelten Krankenanstalten verschieden geartet; sie alle greifen ineinander über. Die Wirkungen des einen ergänzen oder auch gleichen aus die Wirkungen des anderen, und es ist schlechterdings unmöglich, durch Abgleichung dieser Verschiedenheiten eine auch nur annähernd einheitliche Basis herzustellen. Immerhin ist es zur Klärung der Sachlage erwünscht, durch Hervorhebung einiger charakteristischer Tatsachen oder Ziffern die Bedeutsamkeit der genannten Momente im einzelnen hervorzuheben.

Was die Zahl des mitverpflegten Personals anlangt, so ist dies für den Aufwand der Beköstigung natürlich besonders wesentlich. Dabei sind die Personalzahlen der Übersicht 8 nicht ohne weiteres maßgebend, da wohl durchweg nur ein Teil von den dort aufgeführten Personen in der Anstalt selbst Verpflegung erhält. Ein richtigeres Bild bietet Übersicht 10; in ihr werden für diejenigen Anstalten, deren Material dazu ausreichte, die Zahlen derjenigen Verpflegungstage errechnet und einander gegenübergestellt, die im Jahre 1907 für Kranke einerseits, für sonstige Personen andererseits geleistet worden sind.

Übersicht 10.

Laufende Nr.	Anstalt	Zahl der im Jahre 1907 geleisteten Verpflegungstage			Spalte 5 in Proz. der Spalte 3
		überhaupt	für Kranke	für Sonstige	
1	2	3	4	5	6
1	Düsseldorf (1908)	318 115	200 180	117 935	37,07
2	Schöneberg	126 020	81 125	44 895	35,63
3	Charlottenburg-Westend	278 837	180 829	98 008	35,15
4	Frankfurt a. M.	395 300	260 654	134 646	34,06
5	Charlottenburg-Kirchstraße	70 031	47 036	22 995	32,84
6	Hamburg	573 920	405 405	168 515	29,36
7	Aachen-Elisabeth	111 293	78 723	32 570	29,27
8	Magdeburg-Sudenburg	193 587	139 885	53 702	27,74
9	Magdeburg-Altstadt	220 783	162 067	58 716	26,59
10	Berlin-Urban	319 548	235 681	83 867	26,25
11	Dortmund	196 505	145 871	50 634	25,77
12	Cöln-Bürgerhospital	246 208	184 005	62 203	25,26
13	Aachen-Mariahilf	112 475	84 087	28 388	25,24
14	Cöln-Lindenburg	218 539	168 020	50 519	23,12
15	Nürnberg	262 918	205 998	56 920	21,65
16	Cöln-Augustahospital	225 923	176 434	49 489	21,91

In dieser Übersicht zeigen sich die erheblichen Unterschiede zwischen den einzelnen Anstalten in dem Anteil der „sonstigen“ Verpflegungstage an der Gesamtzahl der Rationen aufs deutlichste. In Düsseldorf, das in der Übersicht an erster Stelle steht, in Schöneberg, Charlottenburg und Frankfurt a. M. entfällt z. B. auf Nichtkranke von sämtlichen geleisteten Verpflegungstagen mehr als ein Drittel; im Aachener Mariahilfkrankenhaus, in Berlin, Cöln-Bürgerhospital, Dortmund und Magdeburg-Altstadt fällt diese Quote dagegen auf etwa ein Viertel, in Cöln-Augustahospital und Nürnberg sogar auf fast ein Fünftel herab.

Diese Unterschiede sind um so maßgebender, als der einzelne Verpflegungstag für einen Gesunden schon infolge der weit größeren Quantitäten unter sonst gleichen Verhältnissen meist mehr kostet, als der einzelne Verpflegungstag für einen Kranken. Wäre es möglich, die Aufwendungen für die Beköstigung der Kranken einerseits und des Personals andererseits zueinander ins Verhältnis zu setzen, würden die Spannungen zwischen den einzelnen Anstalten daher noch weit größer sein.¹⁾

In welchem Maße ferner die Art des Personals und das Maß ihrer Ansprüche an die Beköstigung in Betracht kommen, wurde hinsichtlich der Schwestern schon hervorgehoben. Wesentliche Unterschiede bestehen aber ebenfalls hinsichtlich der Beköstigung des übrigen Personals, auch der Ärzte. Hierauf braucht an dieser Stelle nicht näher eingegangen zu werden.

Auch der Einfluß der in den Anstalten vorhandenen Krankheitsarten wurde in der Einleitung schon gestreift; insbesondere bewirken innere Kranke oft verhältnismäßig höhere Beköstigungsausgaben als etwa Kranke der chirurgischen Abteilung. So hat z. B. das Charlottenburger Krankenhaus Kirchstraße innere Abteilungen nicht und infolgedessen relativ geringere Kosten für Mundverpflegung und Wirtschaftsbetrieb als die Schwesternanstalt am gleichen Ort. Wichtiger aber noch ist die soziale Gliederung und Beschaffenheit der Kranken. Um die hier obwaltenden Unterschiede zu erkennen, könnte man daran denken, festzustellen, welche Prozentteile der Kranken auf die einzelnen Klassen entfallen, doch würde eine solche Rechnung gar leicht zu Fehlschlüssen führen, da die Klassennummern in den verschiedenen Anstalten keines-

¹⁾ In welchem Maße, ergibt die Tatsache, daß im Düsseldorfer Etat für 1909 die Zahl der Personalverpflegungstage zu derjenigen der Krankenverpflegungstage sich verhält wie 55 : 100, die veranschlagte Summe der Aufwendungen für Personalbeköstigung zu derjenigen für Krankenbeköstigung dagegen wie 75 : 100.

wegs stets Klassen gleicher Qualität bezeichnen; so dürften z. B. die Klassenkranken in Frankfurt a. M. und Düsseldorf, die wie in Hamburg in besonderen Bauten untergebracht sind, im allgemeinen höheren Gesellschaftsschichten angehören und darum auch wesentlich höhere Ansprüche haben, als diejenigen in einigen anderen Anstalten. Immerhin werden die vorhandenen großen Unterschiede einigermaßen durch die Tatsache charakterisiert, daß im Rechnungsjahre 1907 für Kranke I. Klasse an Verpflegungstagen zu leisten waren in Aachen-Mariahilfkrankenhaus 1000, Aachen-Elisabethkrankenhaus 277, Cöln-Bürgerhospital 234, Cöln-Augustahospital 696, Cöln-Lindenburg 823, Hamburg-Eppendorf 1444, Frankfurt a. M. 1033,¹⁾ während der Düsseldorfer Etat für 1909 die Verpflegungstage der I. Klasse mit 12 775 (!) veranschlagt. Der Anteil der Selbstzahler an der Gesamtheit der Krankenverpflegungstage ferner schwankte in den verschiedenen Anstalten zwischen 2,31 Proz. und 24,03 Proz., derjenige der Armenkranken zwischen 8,31 Proz. und 66,77 Proz.

Aber selbst, wenn die Kranken zweier Anstalten in genau gleicher Qualität und Krankheitsart vorhanden wären, so würde doch ein Moment der Verschiedenheit für sie verbleiben: Die verschiedene Qualität der Beköstigung. Hierfür bieten folgende Angaben einigen Anhalt; leider ist auch hier das Material nur höchst unvollständig und dürftig:

Übersicht 11.

Anstalt und Zeitraum der Berechnung	Die täglichen Mundverpflegungskosten betragen durchschnittlich für einen Kranken der Klasse		
	I ϕ	II ϕ	III ϕ
Aachen-Elisabethkrankenhaus: Febr. 1908	— ²⁾	Erw.: 267 Kinder von 5 bis 9 Jahren: 178 Kinder von 1½ bis 4 Jahren: 134	114 76 57
Berlin-Urban: Jahr 1907	—	—	95
Cöln-Bürgerhospital: Jahr 1907	260	182	62
Cöln-Augustahospital: Jahr 1907	265	186	86
Cöln-Lindenburg: Jahr 1907	263	185	78
Düsseldorf: August 1908	306 ³⁾	188 ³⁾	108 ³⁾

¹⁾ In Berlin-Urban und Nürnberg gibt es überhaupt keine der Düsseldorfer I. Klasse entsprechende Klasse; für Magdeburg liegen Angaben nicht vor. Der

Allerdings sind die Unterschiede, die sich hieraus ergeben und bei einer umfaßenden Vergleichung noch mehr ergeben würden, nicht allein auf die verschiedene Qualität der Leistungen zurückzuführen, sondern es spielen auch und, ja vielleicht sogar in noch höherem Grade, die Verschiedenheiten der Lebensmittelpreise eine Rolle. Wie groß diese ist, könnte auf Grund detaillierter Wirtschaftsrechnungen beziffert werden, aber die unendliche Mühe, die daraus erwüchse, stände in keinem Verhältnisse zu dem erreichbaren Erfolge. Es muß daher Übersicht 12 genügen, welche für die in Betracht kommenden Städte (außer für Magdeburg, wofür vergleichbare Angaben fehlen), die Kleinhandelspreise der wichtigsten Nahrungsmittel zusammenstellt.¹⁾

Übersicht 12.

Stadt	Es kosteten im Kleinhandel im Durchschnitt des Jahres 1907									
	Rindfleisch		Schweinefleisch		Kalbfleisch		Hammelfleisch		Eßbutter	Eier 60 Stück
	Keule 1 kg	Bauch 1 kg	Schlegel, Rücken 1 kg	Bauch 1 kg	Keule, Rücken 1 kg	Anderes 1 kg	Keule, Rücken 1 kg	Anderes 1 kg		
Aachen . . .	174	137	183		173		169		276	603
Berlin . . .	178	140	180	140	188	172	176	154	250	420
Charlottenburg	186	143	165		174		170		253	357
Cöln . . .	171	151	184	184	183	183	173	173	254	612
Crefeld . . .	139	127	150	—	147	—	151	—	241	480
Dortmund . .	155	139	145	135	165	155	158	150	247	525
Frankfurt a. M.	181	141	182	163	181	160	189	123	224	413
Hamburg . . .	192	154	157		203		176		259	462
Nürnberg . .	170	170	150	150	156	156	163	163	206	359
Schöneberg .	172	136	150		168		161		265	483
Düsseldorf . .	160	148	179		171		155		259	574

Schöneberger Etat für 1909 rechnet mit 730 Verpflegungstagen I. Klasse im Jahre.

²⁾ Kranke I. Klasse waren im Februar 1907 nicht zu verpflegen.

³⁾ Der Durchschnitt gilt für Kranke und das gleichbeköstigte Personal, jedoch ohne Berücksichtigung der Sonderkost.

¹⁾ Eine allgemeine deutsche Statistik der Kleinhandelspreise gibt es nicht; die Preisstatistik des Königlich Preußischen Statistischen Landesamtes war bis zu Beginn des Jahres 1909 nicht durchaus zuverlässig. Lediglich im Statistischen Jahrbuch deutscher Städte, dem auch die Ziffern der Übersicht 12 entstammen, finden sich wirklich vergleichbare Angaben, die über die Grenzen eines Bundesstaates hinausgehen.

Bemerkenswert sind für den Zweck unserer Statistik besonders die erheblichen Differenzen, die z. B. zwischen den Städten Düsseldorf, Frankfurt a. M. und Hamburg (die sich ja nach Übersicht 9 durch besonders hohe Mundverpflegungskosten auszeichnen) einerseits und anderen Plätzen, namentlich Crefeld und Nürnberg andererseits, hinsichtlich der Fleischpreise bestehen. Erheblich kommen auch die in der Übersicht nicht berücksichtigten Unterschiede in den Preisen für Milch wegen deren starken Konsums in Betracht; so zahlt z. B. Düsseldorf für Kindermilch 60 Pf. pro Liter (aus dem Musterstalle des Düsseldorfer Säuglingsfürsorgevereins) und für andere Vollmilch 19 bzw. 17 Pf., während Halbmilch überhaupt nicht verwandt wird. Berlin-Urban dagegen zahlt für Vollmilch 15 bzw. 16 Pf. und verwendet obendrein auch noch Halbmilch für nur 8 Pf.; auch in Nürnberg stellt sich das Liter Vollmilch auf nur rund 17 $\frac{1}{2}$ Pf. Was hier auch nur eine Pfennigdifferenz ausmacht, erhellt leicht, wenn man bedenkt, daß z. B. die Düsseldorfer Anstalten jährlich rund 60 000 Liter Kindermilch und 320 000 Liter sonstige Vollmilch verbrauchen. Würde Düsseldorf diese 380 000 Liter zum selben Durchschnittspreis kaufen bzw. kaufen können wie z. B. Nürnberg, so würde sich allein daraus eine Ersparnis von mehr als 25 000 M. jährlich ergeben.¹⁾

In Übersicht 13 werden die übrigen Ausgaben des Wirtschaftsbetriebs absolut sowie im Verhältnis zu den Krankenverpflegungstagen dargestellt und für die einzelnen Krankenanstalten verglichen.

(Übersicht 13 siehe nächste Seite.)

Angesichts der erheblichen Unterschiede in der Spalte „Heizung und Beleuchtung“ sind die großen Differenzen in der Qualität der Beleuchtung und in der baulichen Anlage der einzelnen Anstalten zu berücksichtigen. In der Spalte „Bekleidung, Wäsche, Leinen und Reinigung“ spielen die Kosten für Wäsche und unter diesen wieder die Ausgaben für Wäschereinigung eine besondere Rolle. Die Höhe der letzteren hängt aber 1. von der Art der Wäsche, 2. von der Intensivität des Wäscheverbrauchs und 3. von der Wirtschaftlichkeit des Wäschebetriebs selbst ab. Welche Unterschiede in Richtung 2 und 3 obwalten (die Unterschiede zu 1 sind statistisch natürlich nicht erfaßbar), zeigt die Originalstatistik

¹⁾ Die Düsseldorfer Stadtverordnetenversammlung hat in ihrer Sitzung vom 30. November 1909 beschlossen, den betr. Vertrag mit dem Verein für Säuglingsfürsorge zum Januar 1911 zu kündigen.

an der Hand von Angaben, die den Verwaltungsberichten verschiedener Krankenanstalten entnommen sind.

7. Aus den Ausgaben für Personal, ärztlichen Betrieb und Verwaltung einerseits, für Wirtschaftsbetrieb andererseits ergeben sich unter Hinzurechnung noch geringer Beträge, die als „allgemeine Unkosten“ des Krankenanstaltsbetriebes (Abgaben für Wasser, Kanalisation, Abfuhr, Schneebeseitigung, Schornsteinreinigung, Berdigungskosten usw.) noch hinzutreten, die **Summen der laufenden Ausgaben in den einzelnen Krankenanstalten** (ohne den Aufwand für bauliche Unterhaltung und Schuldendienst).

Übersicht 14 gibt eine Zusammenfassung in absoluten Ziffern sowie in Beziehung auf den einzelnen Krankenverpflegungstag. Weitere Bemerkungen erübrigen sich nach dem bereits Ausgeführten; hingewiesen sei lediglich noch auf die beiden letzten Spalten, die in Relation zu den Gesamtkosten pro Verpflegungstag den Einfluß der Schwesternart nach der einen, der Größe und Mannigfaltigkeit des Betriebes nach der anderen Richtung hin nochmals mit aller Entschiedenheit zum Ausdruck bringen.

(Übersicht 14 siehe nächste Seite.)

VII. Die Einnahmen.

1. Die **Einnahmen** der städtischen Krankenanstalten setzen sich aus 3 Faktoren zusammen:

- a) aus Vermögens- und Stiftungserträgen,
- b) aus Betriebseinnahmen,
- c) aus Zuschüssen der Stadtkasse in Höhe der nach Heranziehung von a und b noch ungedeckt bleibenden Ausgaben.

Die Bedeutung, welche diese drei Faktoren im Einzelfalle haben, ist in den einzelnen Anstalten sehr verschieden.

2. Wesentlich wird die Finanzgebarung natürlich dort beeinflußt und die Inanspruchnahme der zu b) und c) genannten Finanzquellen entlastet, wo beträchtliches **Grund- oder Kapitalvermögen** vorhanden ist, oder wo **Stiftungen** alljährlich ihre Erträge den Krankenanstalten zukommen lassen. Die Cölner Anstalten z. B. beziehen aus dieser Quelle jährlich rund 150 000 M.; weitere nennenswerte Einnahmen dieser Art sind noch in Aachen, Charlottenburg, Crefeld und Nürnberg zu verzeichnen; in Berlin, Frankfurt a. M. und Magdeburg sind sie minimal; in den übrigen Krankenhäusern fehlen sie ganz. Von den Gesamtausgaben (ohne bau-

Übersicht 14.

Laufende Nr.	Anstalt	Ausgaben				Auf je einen Krankenverpflegungstag entfallenden Ausgaben				Art der Schwestern (O = Ordensschwestern, D = Diakonissen, W = Weltliche Schwestern)	Zahl der in der Anstalt vor- handenen Krankenabteilungen			
		für Personal, Ärztlichen und Verwaltungs- betrieb	für Wirtschafts- betrieb	für sonstiges	Insgesamt (ohne bau- liche Unter- haltung und Schulden- dienst)	für Personal, Ärztlichen und Verwaltungsbetrieb	für Wirtschafts- betrieb	für sonstiges	Insgesamt (ohne bauliche Unterhaltung und Schulden dienst)					
		Ab	Ab	Ab	Ab	Ab	Ab	Ab	Ab					
1	Schöneberg	222 050	—	—	—	33 669	—	525 141	2,74	3,32	0,42	6,47	W	3
2	Hamburg-Eppendorf	833 051	17	37	37	249 101	02	2 578 696	2,05	3,69	0,62	6,36	W	9
3	Düsseldorf (1908)	464 946	—	—	—	89 649	60	1 269 549	2,32	3,57	0,45	6,34	W	12 ¹⁾
4	Frankfurt a. M.	532 485	83	03	03	—	—	1 407 151	2,04	3,36	0,00	5,40	W	5
5	Charlottenb.-Westend	290 177	85	49	49	27 244	53	822 169	1,60	2,79	0,15	4,55	W	2
6	Dortmund	208 220	10	97	97	2 791	24	595 771	1,43	2,64	0,02	4,08	W	5
7	Charlottenb.-Kirchstr.	73 695	51	—	—	11 279	11	191 261	1,57	2,26	0,24	4,07	W	2
8	Berlin-Urbau	373 758	62	78	78	3 643	50	897 423	1,58	2,21	0,02	3,81	W	4
9	Magdeburg-Sudenburg	191 945	27	19	19	5 272	73	494 156	1,37	2,12	0,04	3,53	W	3
10	Aachen-Elisabeth	82 729	32	64	64	22 087	78	255 348	1,05	1,91	0,28	3,24	O	1
11	Magdeburg-Altstadt	208 781	61	71	71	10 848	54	507 915	1,29	1,78	0,07	3,13	W	4
12	Nürnberg	234 114	08	56	56	10 344	31	636 863	1,14	1,90	0,05	3,09	D	5
13	Cöln (3 Anstalten)	497 287	—	—	—	74 923	—	1 485 853	0,94	1,73	0,14	2,81	O	$1\frac{1}{3} = 3\frac{2}{3}$
14	Aachen-Mariahilf.	77 440	45	89	89	16 412	44	234 224	0,92	1,67	0,20	2,79	O	2
15	Crefeld	82 657	13	71	71	3 696	82	239 505	0,89	1,66	0,04	2,59	W	2

¹⁾ Einschließlich der 3 Sonderabteilungen des Privatpavillons.

(Bayer.
Schwest. v.
rot. Kreuz)

liche Unterhaltung und Schuldendienst), decken diese Einkünfte aus Stiftungen und Vermögen mehr als 10 Proz. in Aachen und Cöln, mehr als 5 Proz. außerdem in Krefeld und Nürnberg.

3. Das Rückgrat der Krankenhausfinanzen bilden die **Betriebs-einnahmen**. Auch ihre absolute und relative Bedeutung ist in den einzelnen Anstalten sehr verschieden; Übersicht 15 zeigt dies zur Genüge.

Übersicht 15.

Lau- fende Nr.	Anstalt	Betriebs-Einnahmen			
		absolut		auf je 1000 M. der Gesamtausgaben (ohne bauliche Unterhaltung und Schuldendienst)	
		<i>M</i>	<i>δ</i>	<i>M</i>	<i>δ</i>
1	Nürnberg	630 413	12	989	87
2	Aachen-Mariahilf	198 536	69	847	63
3	Magdeburg-Sudenburg	403 186	29	815	91
4	Magdeburg-Altstadt	413 069	71	813	26
5	Dortmund	399 780	89	671	03
6	Crefeld	155 151	43	647	80
7	Aachen-Elisabeth	144 171	55	564	61
8	Hamburg-Eppendorf	1 382 244	78	536	02
9	Düsseldorf	663 493	32	522	60
10	Berlin-Urban	414 600	28	462	—
11	Frankfurt a. M.	615 022	87	437	07
12	Schöneberg	243 039	—	462	81
13	Cöln (3 Anstalten)	584 833	—	393	60
14	(Charlottenburg-Westend)	348 534	02	343	91
	(Charlottenburg-Kirchstraße)				

Mehr als drei Viertel der Ausgaben werden durch Betriebs-einnahmen gedeckt in Nürnberg, Magdeburg und Aachen-Mariahilf-krankenhaus, mehr als sechs Zehntel außerdem in Dortmund und Crefeld, während die Quote unter 50 Proz. zurückbleibt in Berlin-Urban, Charlottenburg, Cöln, Frankfurt a. M. und Schöneberg. Eine ganz besondere Stellung nimmt Nürnberg ein, wo die Betriebseinnahmen allein fast 99 Proz. der Betriebsausgaben decken.

Dieses so erheblich differierende Verhältnis der Betriebseinnahmen zu den Betriebsausgaben regelt sich für die einzelnen Anstalten darnach,

a) in welchem Maße neben den Einnahmen aus der Krankenpflege noch sonstige Betriebseinnahmen entstehen und

b) in welchem Maße die von den Kranken selbst oder von den für sie eintretenden Verbänden bezahlten Kur- und Verpflegungs-

kosten ein Äquivalent bieten für das ihnen Gebotene oder richtiger, für das in ihrem Interesse Verausgabte.

Der zweite Gesichtspunkt ist natürlich der durchaus maßgebende, doch haben einige Anstalten immerhin nicht ganz außer acht zu lassende Betriebseinnahmen, die nicht der Krankenpflege entstammen. Im Aachener Mariahilfkrankenhaus decken sie z. B. 14 Proz., in Magdeburg-Sudenburg 7 Proz., in Düsseldorf 6 Proz., im Aachener Elisabethkrankenhaus, in Dortmund und Frankfurt a. M. je 5 Proz. der laufenden Ausgaben. Allerdings sind diese „Sonstigen Einnahmen“ keineswegs durchweg einander konform; offenbar hat die eine oder andere Anstaltsverwaltung Einnahmen, die (wie gewisse Erstattungen) eigentlich nicht an dieser Stelle, sondern in der Position „Aus der Krankenpflege“ hätten nachgewiesen werden müssen, hier untergebracht und umgekehrt. Auch in dieser Beziehung wird man sich bescheiden müssen, weil eine Spezialisierung dieser „sonstigen Einnahmen“ bis ins kleinste Detail, auf Grund eines vergleichbaren Schemas, wenn überhaupt möglich, so doch einen Aufwand an Mühe für die einzelnen Anstalten, wie für die bearbeitende Stelle mit sich gebracht hätte, die in keinem Verhältnisse zum Erfolge steht. Diese Ungenauigkeiten trüben auch das Gesamtbild — namentlich angesichts der doch nur geringen Beträge, hinsichtlich deren Zweifel über ihre Zurechnung obgewaltet haben — für die folgenden Berechnungen betr. die Einnahmen aus der Krankenpflege kaum.

Was den zweiten und wichtigsten Punkt anlangt, die Einnahmen für die Krankenpflege, so läßt sich aus dem vorhandenen Material natürlich nicht feststellen, bis zu welchem Grade sie dem dafür Geleisteten entsprechen oder nicht, denn die Qualität der Leistung kann von der Statistik nicht gemessen werden, wohl aber die Höhe der jenen Einnahmen entsprechenden Ausgaben.

In Übersicht 16 werden demnach für jede der behandelten Anstalten gegenüber gestellt: 1. der Anteil, den die Einnahmen aus der Krankenpflege an der Deckung der laufenden Ausgaben haben; 2. die Höhe dieser Einnahmen aus der Krankenpflege im Durchschnitte je eines Krankenverpflegungstages und 3. demgegenüber die Höhe der auf einen Krankenverpflegungstag entfallenden Kosten (ohne bauliche Unterhaltung und Schuldendienst).

Übersicht 16.

Laufende Nr.	Anstalt	Von je 1000 M. der Gesamtausgaben 1907 (ohne bauliche Unterhaltung und Schuldendienst) wurden durch Einnahmen aus der Krankenpflege einschl. Erstattungen der Armenverwaltung gedeckt	Die Einnahmen aus der Krankenpflege	Die Gesamtausgaben (ohne bauliche Unterhaltung und Schuldendienst)
		<i>M</i>	<i>δ</i>	<i>δ</i>
1	Hamburg-Eppendorf	526,0	335	636
2	Düsseldorf (1908)	486,8	309	634
3	Nürnberg	983,6	304	309
4	Schöneberg	455,6	295	647
5	Magdeburg-Sudenburg	750,9	265	353
6	Dortmund	620,3	253	408
7	Magdeburg-Altstadt	786,2	246	313
8	Frankfurt a. M.	389,8	210	540
9	Aachen-Mariahilf	707,9	197	279
10	Berlin-Urban	447,4	170	381
11	Crefeld	646,8	168	259
12	Aachen-Elisabeth	511,8	166	324
13	{ Charlottenburg-Westend } { Charlottenburg-Kirchstraße }	341,9	152	445
14	Cöln (3 Anstalten)	374,7	105	281

In ihrer ersten Zahlenspalte zeigt die Übersicht ähnliche Unterschiede wie Übersicht 15, nur wenige Anstalten zeigen wegen der Höhe ihrer „sonstigen Einnahmen“ ein etwas anderes Gesicht. Beachtenswert vor allem aber ist die vorletzte Spalte für sich und im Verhältnisse zur letzten Spalte.

Um das letztere vorweg zu nehmen, so zeigt sich, daß das Maß, in welchem die Durchschnittseinnahmen für Kur und Verpflegung die durchschnittlichen Ausgaben für die gleichen Zwecke decken, außerordentlich verschieden ist. Erstere decken von letzteren in

Nürnberg	98 Proz.	Aachen-Elisabeth	51 Proz.
Magdeburg-Altstadt	79 „	Düsseldorf	49 „
Magdeburg-Sudenburg	75 „	Schöneberg	46 „
Aachen-Mariahilf	71 „	Berlin-Urban	45 „
Crefeld	65 „	Frankfurt a. M.	39 „
Dortmund	62 „	Cöln (3 Anstalten)	37 „
Hamburg	53 „	Charlottenburg (2 Anstalten)	34 „

Diese Ziffern zeigen gleichzeitig, bis zu welchem Grade die einzelnen Städte bei der Festsetzung ihrer Verpflegungssätze die

Selbstkosten zugrunde gelegen haben. In bemerkenswerter Weise ist dies in Nürnberg, erheblich auch in Magdeburg der Fall. Besonders gering ist dagegen die Rücksichtnahme auf die Selbstkosten in Frankfurt a. M., während die niedrigen Ziffern für Berlin, Charlottenburg und Cöln mit denen der übrigen Anstalten unvergleichbar sind und Schlüsse in gleicher Richtung verbieten, weil hier von der eigenen Armenverwaltung keinerlei Ersatz für die Verpflegung Ortsarmer gefordert wird.¹⁾

Diese Rechnungsweise beeinflußt die Durchschnittsziffern in der vorletzten Spalte der Übersicht 16 natürlich außerordentlich und mahnt zur Vorsicht bei ihrer Benutzung. Um aber wenigstens die Höhe der Kur- und Verpflegungssätze absolut, nicht im Verhältnis zu dem dafür Geleisteten (wie es mit gewissen Einschränkungen, die sich aus dem soeben und unter VI. Dargelegten ergeben, in den Durchschnittskosten pro Verpflegungstag zum Ausdruck kommt), hinsichtlich aller behandelten Anstalten vergleichen zu können, sind in Übersicht 17 für die in der Statistik behandelten Anstalten die Verpflegungssätze für die Selbstzahler der verschiedenen Klassen, sowie für die Kassen- und Armenkranken zusammengestellt worden. Dabei werden der größeren Übersichtlichkeit halber nur die Hauptpositionen der einzelnen Pflegekostenordnungen mitgeteilt, ohne auf Sonderfestsetzungen und weitere Details näher einzugehen. Bei einem Vergleich der Anstalten untereinander wird aber auch hier zu beachten sein, daß gleiche Klassenbezeichnungen nicht stets gleiche Qualitäten in den Leistungen der Krankenhäuser bedeuten; namentlich gilt dies für die Kranken I. und II. Klasse. Interessant ist nach dieser Richtung ferner eine Prüfung des Verhältnisses, in dem die einzelnen Sätze der Kassen- und Armenkranken zu den Sätzen der selbstzahlenden Personen in der letzten Verpflegungskasse stehen.

(Übersicht 17 siehe nächste Seite.)

4. Derjenige Teil der laufenden Ausgaben, der nicht aus Vermögen oder Betriebseinnahmen gedeckt wird, fällt naturgemäß der Stadtkasse als durch **Zuschuß** zu decken zur Last. Angesichts der Wichtigkeit dieser Beträge, die das Fazit alles Vorausgegangenen ziehen, stellt Übersicht 18 sie in ihrer absoluten Höhe

¹⁾ Für Charlottenburg und Cöln trifft dies freilich für 1909 nicht mehr zu, da deren neueste Etats diese Rechnungsweise verlassen haben und heute ihren Armenverwaltungen ebenfalls entsprechende Sätze berechnen; ob in Berlin gleichfalls Änderungen nach dieser Richtung vorgenommen werden sollen oder schon sind, ist dem Verfasser nicht bekannt geworden.

Übersicht 17.

Tägliche Verpflegungssätze für erwachsene Selbstzahler
(nach Materialien für das Jahr 1908)

Anstalt	I. Klasse		II. Klasse		III. Klasse		Kranke der einheimisch. Krankenkassen	Kranke des Ortsarmenverbandes
	Einheimische	Auswärtige	Einheimische	Auswärtige	Einheimische	Auswärtige		
Aachen (2 Anstalten) .	a) 7,— b) 5,—	a) 10,— b) 8,—	3,50	6,—	1,50	2,—	2,—	1,50
Berlin-Urban .	10,—	12,—	5,—	6,—	2,50	—	2,50	—
Charlottenb. (2 Anstalt.)	8,—	10,—	5,—	7,50	3,—	3,—	2,50	— ²⁾
Cöln (3 Anstalten) .	7,—	9,—	4,—	6,—	1,50	4,—	2,—	— ³⁾
Orefeld ¹⁾	7,—	8,—	4,—	5,—	2,50	2,50	1,50	1,50
Dortmund	10,—	12,—	5,—	6,—	3,—	3,—	2,—	3,—
Frankfurt a. M.	a) 10,— b) 7,—	a) 12,— b) 8,—	7,—	10,—	III. 4,— IV. 2,50	III. 6,— IV. 3,50	2,50	1,50
Hamburg	6,—	8,—	4,50	6,—	2,50	3,—	2,20	2,20
Magdeburg (2 Anstalten)	a) 8,— b) 6,—	a) 8,— b) 6,—	5,—	5,—	3,—	3,—	3,—	3,—
Nürnberg	15,—	24,—	7,50	12,—	2,50	3,—	2,50	3,—
Schöneberg	10,—	10,—	bzw. 5,—	a) 7,— bzw. 6,—	2,50	3,50	2,50	2,50
Düsseldorf	bis 22,—	bis 23,—	b) 4,—	b) 5,—	2,50	3,50	2,50	2,50

¹⁾ Die Sätze haben 1908 eine allgemeine Erhöhung gefunden.

²⁾ Seit 1909 zahlt die Ortsarmenverwaltung einen Pflegesatz von 2,50 M.

³⁾ Seit 1909 zahlt die Ortsarmenverwaltung einen Pflegesatz von 3,— M.

wie in ihrem Verhältnisse zu den Krankenverpflegungstagen zusammen, sowohl ausschließlich als auch einschließlich der Leistungen aus der Armenkasse — letzteres, um wenigstens in gewissem Grade eine Vergleichbarkeit auch mit jenen Städten herbeizuführen, die, wie erwähnt, von der eigenen Armenverwaltung Erstattungen für Krankenpflege nicht erheben und infolgedessen mit Kämmereizuschüssen erscheinen, die der Wirklichkeit gegenüber zu ungünstig sind.

Übersicht 18.

Laufende Nummer	Anstalt	Aus städtischen Mitteln waren zu den laufenden Ausgaben der vorbezeichneten Anstalt (ohne bauliche Unterhaltung u. Schuldendienst) 1907 Zuschüsse zu leisten von					
		absolut				auf je einen Krankenverpflegungstag	
		ausschließlich der Erstattungen der Armenverwaltung		zuzüglich der Erstattungen der Armenverwaltung		ausschließlich der Erstattungen der Armenverwaltung	zuzüglich der Erstattungen der Armenverwaltung
		M	8	M	8	8	8
		1	2	3	4		
1	Düsseldorf (1908) . . .	606 106	28	894 736	51	303	447
2	Schöneberg	282 102	—	344 667	—	348	425
3	Frankfurt a. M.	785 631	91	1 010 421	98	301	388
4	Hamburg-Eppendorf	1 196 451	78	1 531 445	06	295	378
5	Charlottenb.-Westend	638 258	90	658 034	86	280	289
	Charlottenb.-Kirchstr.						
6	Berlin-Urban	479 623	62	479 623	62	204	204
7	Dortmund	208 214	71	259 522	12	143	178
8	Cöln (3 Anstalten) . . .	751 774	—	815 995	—	142	154
9	Aachen-Elisabeth . . .	76 684	11	119 563	11	97	142
10	Crefeld	65 581	63	113 899	18	71	123
11	Magdeburg-Sudenbg.	90 969	90	279 948	44	65	200
12	Magdeburg-Altstadt . .	94 767	40	314 987	19	58	194
13	Aachen-Mariahilf . . .	1 195	01	47 322	01	01	56
14	Nürnberg	—	—	92 740	45	—	45

Besondere Bemerkungen erfordert diese Übersicht nicht; sie spricht für sich selbst und hängt in Einzelheiten vielfältig zusammen mit dem, was in den vorausgegangenen Abschnitten hinsichtlich der Ausgaben und vom Verhältnis der Betriebseinnahmen zu den laufenden Ausgaben ausgeführt worden ist. Nur hinsichtlich Nürnbergs muß hervorgehoben werden, daß hier aus den Einnahmen des laufenden Betriebes nicht nur die Ausgaben völlig gedeckt werden, sondern sogar ein Betriebsüberschuß erzielt wird, der 1907 noch ausreichte, um mit 35 132 M. die bauliche Unter-

haltung und einen Teil der Schuldentilgung zu bestreiten. Im übrigen sind, wie bereits mehrfach bemerkt, die Ausgaben für diese beiden letztgenannten Zwecke durchweg außer Ansatz geblieben, und damit natürlich auch derjenige Teil des Kämmereizuschusses, der diesen Ausgabetiteln entspricht. Wollte man also den totalen Nettoaufwand der einzelnen Städte für ihre Krankenhäuser kennen lernen, so müßten zu den hier mitgeteilten Kämmereizuschüssen noch durchweg (nur in Nürnberg mit Einschränkung) diejenigen Beträge hinzugezählt werden, welche für bauliche Unterhaltung und Schuldendienst verausgabt worden sind. Da diese Beträge aber je nach Charakter und Alter der baulichen Anlage weit auseinander gehen, so unterbleibt eine Mitteilung dieser erhöhten Ziffern hier absichtlich.

Reichsversicherungsordnung und Säuglingsfürsorge.

Referat

erstattet im Ausschuß der Deutschen Vereinigung für Säuglingschutz in der Sitzung vom 9. Januar 1910.

Von Professor Dr. ARTHUR SCHLOSSMANN, Düsseldorf.

Meine Herren!

Die Reichsversicherungsordnung, welche bereits einmal im ersten Entwurf der öffentlichen Besprechung zugänglich gemacht worden ist und die demnächst in etwas ungeänderter Form dem Reichstag zugehen wird, ist für die Bestrebungen, denen unsere Vereinigung zu dienen hat, von der allergrößten Bedeutung. Ich habe schon an anderer Stelle der Meinung Ausdruck gegeben, daß das Mehr oder Weniger, das wir zugunsten von Mutter und Kind bei der weiteren Behandlung dieses Gesetzentwurfes werden erreichen können, ausschlaggebend sein wird für die Erfolge der Säuglingsfürsorge in den nächsten Jahrzehnten. Denn nur auf Grund geordneten Versicherungswesens können wir die Geldmittel aufbringen, die für einen wirklichen genügenden Mutter- und Säuglingsschutz vonnöten sind. Darum wird Mutterschaftsversicherung in der Zukunft zweifellos das Bollwerk der Säuglingsfürsorge sein. Wir können aber auch weiter nicht hoffen, das, was wir jetzt etwa versäumen und verabsäumen, später nachholen zu können; denn, wenn der Entwurf einer Reichsversicherungsordnung einmal Gesetz geworden ist, dann wird es für lange Zeit nicht möglich sein, mit Abänderungsanträgen oder Verbesserungswünschen nachträglich zu kommen, darum heißt es jetzt, die Gelegenheit wahrnehmen und mit allen Mitteln dahin zu streben, daß die neue Reichsversicherungsverordnung möglichst viel an Bestimmungen enthält, die

wir der Säuglingsfürsorge dienstbar machen können. Wenn also darüber wohl in unserem Kreise Einstimmigkeit herrscht, daß wir unsererseits die Initiative zu Verbesserungsanträgen in der angedeuteten Richtung ergreifen müssen, denn schon die Einberufung dieser Sitzung und die Bestellung von Referenten seitens des Vorstandes weist ja darauf hin, daß unsere Vereinigung in dieser Hinsicht vorgehen will, so müssen wir doch, bevor wir in die Materie selber eintreten, eine grundlegende Frage erörtern, nämlich die, wie weit wir mit unseren Forderungen gehen dürfen und sollen. Nach meiner Ansicht müssen wir dabei im Auge behalten, daß wir gewissermaßen Interessenvertreter sind, denn unsere Organisation hat ja doch die Aufgabe, die Vertretung der speziellen Säuglingsinteressen wahrzunehmen. Wir dürfen uns daher nicht auf den Standpunkt stellen, ängstlich zu erwägen, ob diese oder jene Richtung unserer Forderungen als zu weitgehend, oder nicht weitgehend genug bezeichnet wird, sondern wir müssen alles das zu erreichen suchen, was wir als einen genügenden Schutz für Mutter und Kind erachten. Dabei ist selbstverständlich, daß wir nicht mit phantastischen Forderungen kommen können, daß wir nicht mit unseren Vorschlägen über den Rahmen dessen hinausgehen dürfen, was eine Reichsversicherungsordnung leisten kann und daß wir uns auf das in unseren Wünschen werden beschränken können, was eben möglich ist, aber innerhalb des Möglichen werden wir auch nicht die äußersten Grenzen zu gehen haben. Nun brauchen wir uns glücklicherweise gar nicht den Kopf darüber zu zerbrechen, wo die Grenze liegt, was man dem Lohnarbeiter und dem Arbeitgeber als Höchstleistung für eine auskömmliche Versicherung abnehmen kann. Denn bei den Verhandlungen über das Krankenkassengesetz, wie es jetzt in Gültigkeit ist, sind diese Dinge genügend erörtert worden und bei den Verhandlungen *de lege ferenda* hat man sich damals genügend über diese Frage geäußert. Das heute geltende Gesetz betrachtet 6 Proz. des durchschnittlichen Arbeitslohnes als die zulässige Obergrenze der Beiträge (§ 31).

Der Entwurf der neuen Reichsversicherungsordnung in der heute vorliegenden Form bestimmt in § 467, daß die Höhe des Beitrages bei der Errichtung der Kasse über $4\frac{1}{2}$ Proz. des Grundbetrages nur dann festgesetzt werden darf, wenn es zur Deckung der Regelleistung erforderlich ist. Nach § 464 ist Krankenkassen, die Familienunterstützung gewähren, gestattet, durch die Satzung festzulegen, daß hierfür ein Zusatzbeitrag erhoben wird. Der Ge-

setzgeber sieht also hier ohne weiteres vor, daß bei Ausdehnung der Versicherung auf die Familienangehörigen dem Arbeitnehmer erhöhte Lasten zugemutet werden können. Aber auch eine Erhöhung der Beiträge über $4\frac{1}{2}$ Proz. ist vorgesehen, wenn sie zur Deckung der Regelleistung erforderlich wird und erst wenn die Beiträge auf 6 Proz. des Grundbetrages steigen, ist die weitere Erhöhung von der Genehmigung durch die Vertretung sowohl der Arbeiter als der Versicherten notwendig. Einen Beitrag von $4\frac{1}{2}$ Proz. der Arbeitslöhne sieht also auch die neue Reichsversicherungsordnung als einen normalen an und erst bei dem Steigen über 6 Proz. hinaus treten besondere Bestimmungen des Gesetzes in Kraft. Ich glaube also, daß, wenn wir mit Vorschlägen kommen, die unter allen Umständen mit weniger als 6 Proz. Kassenbeiträgen zu leisten sind, niemand uns wird vorwerfen können, daß unsere Forderungen ins Uferlose gehen. Aber zweckmäßigerweise werden wir auch innerhalb dieser Grenze möglichst viel zu erreichen suchen müssen. Nun kann man den Einwand ohne weiteres erheben, daß das nicht alles zu erreichen ist. Ich gebe das zu, daß nicht alles von dem, was ich Ihnen im folgenden vorschlage, sich wird erreichen lassen. Ich sage, ich gebe das zu, daß möglicherweise nicht alles zu erreichen sein wird, aber niemand kann heute bestimmen, wieviel von unseren Wünschen unberücksichtigt unter den Tisch fallen wird. Gewiß handelt es sich bei den Dingen, die wir vorschlagen, um kolossale Summen, um Millionen und Millionen. Aber diese absolut großen Ziffern verschwinden vollkommen gegenüber den Kosten, die die Krankenversicherung überhaupt macht. Wenn beispielsweise es dahin käme, daß die Arbeitnehmer nicht mehr wie bisher $\frac{2}{3}$, sondern $\frac{1}{3}$ der Kosten tragen und die Arbeitgeber statt $\frac{1}{3}$ die Hälfte zahlen müssen, so wie es das Gesetz vorsieht, so könnte man die Familienversicherung unter allen Umständen ganz auf die Schultern der Arbeitnehmer legen, ohne daß deren Gesamtleistungen auch dann noch die Summe der bisherigen erreichen würde. Ich bin übrigens weit entfernt, diesen Ausweg als einen zweckmäßigen vorzuschlagen, sondern meine, das was wir vorschlagen, als obligatorische Regelleistung in den Entwurf aufzunehmen und von Arbeitnehmer und Arbeitgeber gemeinsam zu tragen ist. Beide haben das größte Interesse daran, daß das neu heranwachsende Geschlecht ein möglichst leistungsfähiges ist und für beide bedeutet Kräftigung in der frühesten Jugend und zweckmäßige Versorgung der Frauen vor, bei und nach der Entbindung eine Stärkung der Versiche-

rungskassen überhaupt. Gewiß ist es sehr schön, wenn eine Versicherung große Kapitalien als Reserve in 3 proz. oder 4 proz. Hypotheken anlegen kann, aber die beste Reserve für jede Kasse ist ein gewisser Überschuß an Gesundheit und Lebenskraft, den die Versicherten schon bei ihrem Eintritt in das versicherungspflichtige Alter aufweisen. Darum müssen unsere Vorschläge auch wirklich all das enthalten, was man vernünftigerweise in das Gesetz hereinbringen kann und ich für meine Person stehe auf dem Standpunkte, daß all das, was ich Ihnen vorschlage, von jeder vernünftig verwalteten Kasse geleistet werden kann, mit Beiträgen von etwa 4 $\frac{1}{2}$ Proz. Hierauf komme ich am Schluß noch zu sprechen. Nur auf eins möchte ich noch aufmerksam machen. Wenn wir uns jetzt in unseren Forderungen zu sehr bescheiden würden und dieselben werden restlos angenommen und gehen in das Gesetz über, so haben wir dann das Recht verloren, etwa in späteren Zeiten mehr zu verlangen. Man würde uns dann vorhalten, als es Zeit war zu sprechen, da habt ihr geschwiegen und euch mit wenigem begnügt. Ich habe die Überzeugung und diese Überzeugung stütze ich auf das, was ich hier und da in dieser Frage gehört habe, daß im Reichstag an verschiedenen Stellen Sympathien für unsere Bestrebungen zu finden sind, daß zweifellos eine ganze Reihe von denjenigen Forderungen, die wir hier vertreten, in Gestalt von Anträgen kommen werden. Aus all dem Gesagten heraus hat sich die Richtschnur ergeben, die Abänderungsvorschläge in einem Ausmaße Ihnen vorzulegen, die wirkliche Erfolge für den Schutz von Mutter und Kind gewährleisten. Ich gehe jetzt in die Materie selber ein und zwar stellen wir immer nebeneinander links die Bestimmungen des Entwurfes, rechts die Abänderungsvorschläge, die ich Ihnen unterbreite:

Bestimmungen des Entwurfes.

Abänderungsvorschläge.

I. Buch.

§ 1.

Die Reichsversicherung umfaßt:
die Krankenversicherung,
die Unfallversicherung,
die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

§ 1.

Die Reichsversicherung umfaßt:
die Krankenversicherung einschl.
der Schwangeren-, Wöchnerinnen- und Säuglingsunterstützung,
die Unfallversicherung,
die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Die Bedeutung, die wir der Schwangeren-, Wöchnerin- und Säuglingsunterstützung beimessen, würde die Einschlebung der Worte einschließlich der Schwangeren-, Wöchnerin- und Säuglingsunterstützung zweckmäßig sein.

II. Buch. Krankenversicherung.

Erster Abschnitt.

Umfang der Versicherung.

I.

Versicherungspflicht.

§ 197 Abs. 1 Ziff. 1.

Für den Fall der Krankheit werden versichert:

1. Personen, die als Arbeiter, Gehilfen, Gesellen, Lehrlinge oder als Dienstboten beschäftigt werden.

§ 197 Abs. 1 Ziff. 1.

Für den Fall der Krankheit werden versichert:

1. Personen, die als Arbeiter, Gehilfen, Lehrlinge, Dienstboten beschäftigt werden.

1a) Personen, die ohne ständig beschäftigt zu sein, zu Dienstleistungen tages- oder stundenweise in bestimmten Zeitabschnitten (täglich, wöchentlich, vierzehntägig, monatlich usw.) herangezogen werden.

Der § 197 des Entwurfes zählt diejenigen Personen auf, die versicherungspflichtig sind. Diese Aufzählung deckt sich mit derjenigen in § 1284, nach der bisherigen Handhabung der Invaliditätsversicherungspflicht sind diejenigen Personen, die ich in § 197 1a gesondert aufführe, bisher als versicherungspflichtig betrachtet worden. Es ist anzunehmen, daß dieselben Personen jetzt auch als krankenversicherungspflichtig erachtet werden würden. Aus § 530 und folgende geht zwar hervor, daß diejenigen Personen, die wir näher angeführt haben, versicherungspflichtig sind, trotzdem wäre eine genaue Aufführung wie vorgeschlagen hier von unserem Standpunkte aus wünschenswert, denn unter den Personen, die ohne ständig beschäftigt zu sein, zu Dienstleistungen, tag- oder stundenweise, eine bestimmte Zeit überschreiten, herangezogen werden, befindet sich eine enorm große Zahl von Frauen, welche Mutter sind oder Mutter werden. Es darf von vornherein keinem Zweifel unterliegen, daß alle diese Aufwartefrauen, Scheuerfrauen, Putzfrauen, Näherinnen und Wäscherinnen, welche regelmäßig in bestimmte Häuser zur Arbeit gehen, versichert werden müssen.

Zweiter Abschnitt.

II.

Krankenunterstützung.

§ 219.

Die ärztliche Behandlung erfolgt durch approbierte Ärzte, bei Zahnkrankheiten auch durch approbierte Zahnärzte (§ 29 GO.). Sie umfaßt Hilfsleistungen anderer Personen, wie Bader, Hebammen, Heildiener, Heilgehilfen, Krankenwärter, Masseur u. dgl.

§ 219.

Die ärztliche Behandlung erfolgt durch approbierte Ärzte, bei Zahnkrankheiten auch durch approbierte Zahnärzte (§ 29 GO.). Die Hebammendiensteleistungen erfolgen durch appr. Hebammen. Sie umfassen die Leistungen, welche in diesem Gesetz vorgesehen sind oder welche hierüber hinaus im einzelnen Fall vom Arzte angeordnet werden.

Hilfsleistungen anderer Personen, wie Bader, Heildiener, Heilgehilfen, Masseur u. dgl.

Der Entwurf wirft in diesen Paragraphen die Hebammen zusammen mit Masseuren, Badern usw. Die Hebamme hat aber ebenso wie der Arzt und der Zahnarzt den Anspruch darauf, herausgehoben zu werden aus einer Gemeinschaft mit Personen, welche ihren Beruf auch ohne staatliche Approbation ausüben können. Da wir in späteren Bestimmungen Hebammendiensteleistungen, § 231 a und 239, obligatorisch oder fakultativ gewähren wollen, so muß bereits hier dies erwähnt werden. Es muß aber weiter die Möglichkeit gegeben werden, wie es auch der Entwurf vorsieht, daß der Arzt der Hebamme weitere Dienste überträgt, Ausspülung, Klistiere usw.

§ 222.

Die Satzung (§ 383) kann bestimmen, daß in Fällen, in denen die Überführung dieser Kranken in ein Krankenhaus angezeigt, aber nicht ausführbar ist, mit seiner Zustimmung von der Kasse Hilfe und Wartung durch Krankenpflege, Krankenschwestern od. dgl. gewährt werden darf.

Sie kann die Kasse ermächtigen, die Kosten hierfür am Krankengeld zu kürzen, jedoch höchstens bis zu seiner Hälfte.

§ 222.

Die Satzung (§ 383) kann bestimmen, daß in Fällen, in denen die Überführung in ein Krankenhaus angezeigt, aber nicht ausführbar ist, mit seiner Zustimmung von der Kasse Hilfe und Wartung durch Krankenpflege, Krankenschwestern, Hauspflegerinnen (§ 232 a) od. dgl. gewährt werden darf.

Sie kann die Kasse ermächtigen, die Kosten hierfür am Krankengeld oder Wöchnerinnengeld zu kürzen, jedoch höchstens bis zu seiner Hälfte.

In diesen Paragraphen ist das Wort Hauspflegerinnen eingefügt, weil wir in § 232 a die Gewährung von Hauspflegerinnen als fakultative Leistung einführen.

III.

Wöchnerinnenunterstützung.

Schwangeren-, Wöchnerinnen-
und Säuglingsunterstützung.

§ 231a neu.

Vgl. hierzu die fakultativen Bestim-
mungen § 234.Einer Schwangeren oder Wöch-
nerin, die Mitglied der Kasse
ist, sind die erforderlichen
Hebammendienste frei zu ge-
währen.

§ 231b neu.

Vgl. hierzu die fakultativen Bestim-
mungen § 234.Schwangerschaftsbeschwerden,
sowie durch Schwangerschaft
verursachte Arbeitsunfähig-
keit sind der Krankheit im
Sinne des § 217 gleichzustellen.
Anspruch auf Gewährung des
Krankengeldes bei einer durch
Schwangerschaft verursachten
Arbeitsunfähigkeit steht je-
doch nur den weiblichen Ver-
sicherten zu, die innerhalb der
letzten 12 Monate vom Tage der
Unterstützungsbedürftigkeit
an rückwärts gerechnet, minde-
stens sechs Monate auf Grund
der Reichsversicherung gegen
Krankheit versichert gewesen
sind.

Abschnitt 3 des 2. Buches überschreiben wir im Gegensatz zu dem Entwurf (Wöchnerinnenunterstützung) mit der erweiterten Überschrift: „Schwangeren-, Wöchnerinnen- und Säuglingsunterstützung“. Als § 231a verlangen wir, daß jeder Schwangeren oder Wöchnerin, die Mitglied der Kasse ist, obligatorisch die erforderlichen Hebammendienste frei zu gewähren sind, ebenso, daß Schwangerschaftsbeschwerden und die dadurch bedingte Arbeitsunfähigkeit der Krankheit im Sinne des § 217 gleichzustellen sind, also von Beginn ab freie Krankenpflege. Schwangerschaftsbeschwerden sind meistens als Krankheitserscheinungen zu deuten, denn eine normale Schwangerschaft macht eben keine Beschwerden. Ich weise beispielsweise auf eine extrauterine Schwangerschaft hin, um ein krasses Beispiel anzuführen. Nach dem jetzigen Entwurf würde Operation und Behandlung in die obligatorischen Leistungen der Kasse fallen. Um jedoch die Kassen vor mißbräuchlicher Benutzung ihrer Einrichtungen zu schützen, ist eine

weitgehende Sicherung in unserem Vorschlage zu finden, daß von den 12 vorhergehenden Monaten die betreffenden Personen mindestens 6 Monate gegen Krankheit versichert waren. Auch darf man nicht einfach ad hoc der Kasse beitreten.

§ 232.

Der Betrag des Krankengeldes ist als Wöchnerinnenunterstützung auf die Dauer von im ganzen acht Wochen vor und nach der Niederkunft an Wöchnerinnen zu gewähren, die innerhalb des letzten Jahres, vom Tage der Entbindung ab gerechnet, mindestens sechs Monate hindurch auf Grund der Reichsversicherung gegen Krankheit versichert gewesen sind. Von diesen acht Wochen müssen mindestens sechs Wochen auf die Zeit nach der Niederkunft fallen.

§ 232.

Als Schwangeren- und Wöchnerinnenunterstützung ist für die Wöchnerin, die innerhalb des letzten Jahres vom Tage der Entbindung ab gerechnet mindestens sechs Monate auf Grund der Reichsversicherung gegen Krankheit versichert gewesen ist, auf die Dauer von acht Wochen vor und nach der Entbindung der volle Grundbetrag, für welchen die Versicherungsbeiträge entrichtet worden sind, zu gewähren. Von diesen acht Wochen müssen mindestens sechs Wochen nach der Entbindung liegen. Für die darauffolgenden vier Wochen ist jeder Wöchnerin, sofern ihr Kind lebt, die Wöchnerinnenunterstützung in Höhe der Hälfte des Grundbetrages weiter zu gewähren; stillenden Müttern darüber hinaus der gleiche Betrag als Stillgeld.

Unser Vorschlag schließt sich zunächst dem des Entwurfes an, nur daß wir

1. statt des Krankengeldes, also den halben Lohn, den vollen Grundbetrag, also den vollen Durchschnittslohn gewähren wollen. Diese Frage ist prinzipiell wichtig, im allgemeinen wird nur der halbe Lohn als Krankengeld nach dem ganzen Gesetz gewährt. Aber die Löhne der weiblichen Arbeiterin sind an und für sich so gering, daß mit dem halben Lohn überhaupt nicht, ganz sicher aber nicht während der Zeit des Wochenbettes auszukommen ist. Dieser Grund alleine würde aber nach meiner Ansicht nicht den Vorschlag berechtigt erscheinen lassen, hier eine Ausnahme gegenüber den männlichen Arbeitern zu stipulieren. Das Recht hierfür leitet sich vielmehr aus einer anderen Tatsache ab. Es ist nämlich der Arbeiterin gesetzlich verboten, während dieser Zeit zu arbeiten. Wir haben hier den einzigen Fall, daß eine Versicherungspflichtige Person durch ein gesetzliches Arbeitsverbot in ihrem Erwerbsleben beschränkt ist und dieses ausnahmsweise

Arbeitsverbot ist es, das nach unserer Ansicht auch die Ausnahme rechtfertigt, nach der wir nicht den halben, sondern den ganzen Lohn gewähren wollen.

2. Der Gesetzentwurf beschränkt die Unterstützung auf 8 Wochen, wir verlangen noch weitere 4 Wochen, in denen die Wöchnerinnen nur noch die Hälfte des Grundbetrages, also halben Lohn, als Wöchnerinunterstützung erhalten soll.

3. Neben diesem halben Lohn schlagen wir für die stillenden Mütter für die gleiche Zeit nochmals einen halben Lohn als Stillgeld vor. Den besten Fall angenommen, nämlich, daß die Frau 14 Tage vor der Entbindung mit der Arbeit aufgehört hat und daß sie ihr Kind bis 10 Wochen nach der Entbindung noch stillt, würde sie für 12 Wochen den vollen Lohn als Wöchnerinnenunterstützung inkl. Stillgeld erhalten. Stirbt das Kind schon bevor die ersten 8 Wochen, wie sie der Entwurf vorsieht, um sind, so fällt natürlich die Berechtigung einer weiteren Wöchnerinnenunterstützung fort.

§ 232a neu.

Für die gesamte Dauer der Schwangeren- und Wöchnerinnenunterstützung oder eines Teiles derselben kann an Stelle des Geldbetrages freie Kur und Verpflegung der Versicherten nach der Entbindung zusammen mit ihrem Kinde in einer unter ärztlicher Leitung stehenden Anstalt (Schwangerenheim, Entbindungsanstalt, Wöchnerinnenheim) gewährt werden.

Hinsichtlich der Zustimmung der Schwangeren oder Wöchnerin gelten die im § 221 für Kranke festgelegten Bestimmungen. Ebenso sind die Bestimmungen der §§ 222, 223 anzuwenden.

Der Paragraph ist vollständig neu, er entspricht dem § 221 des Entwurfes, wonach an Stelle der Behandlung und des Krankengeldes Krankenhausbehandlung treten kann. Ebenso kann an Stelle der Wöchnerinnenunterstützung Verpflegung in einer entsprechenden Anstalt gewährt werden, selbstverständlich muß die Schwangere oder Wöchnerin hiermit einverstanden sein.

§ 233.

Die Krankenkassen, bei denen eine Wöchnerin während des letzten Jahres vor der Niederkunft versichert gewesen ist, haben der Krankenkasse, welche die Wöchnerinnenunterstützung gezahlt hat, auf Verlangen diese Auslage nach Verhältnis der Mitgliedszeit der Wöchnerin bei ihnen zu erstatten.

Dieser Paragraph enthält nur die Einschlebung Wöchnerinnenunterstützung, ist also rein redaktionell.

§ 233.

Die Krankenkassen, bei denen eine Wöchnerin oder Schwangere während des letzten Jahres vor der Niederkunft versichert gewesen ist, haben der Krankenkasse, welche die Schwangeren- oder Wöchnerinnenunterstützung gezahlt hat, auf deren Verlangen diese Auslage im Verhältnis der Mitgliedszeit der Versicherten bei ihnen zu erstatten.

§ 233a neu.

Die Satzung kann gewähren: die freie oder leihweise Lieferung von bei der Entbindung erforderlichen Wäsche- und Bettstücken, Unterlagen, Binden u. dgl. in sterilisiertem Zustand.

Hier handelt es sich um eine fakultative Leistung der Kasse. Sie kann im Interesse der Kasse wünschenswert sein, denn beim Fehlen der nötigen Dinge bei der Geburt steht die Gefahr, daß längere Leiden aus derselben resultieren. Durch die Gewährung des Notwendigsten schützt sich also die Kasse vor Mehrausgaben.

§ 234.

Die Satzung kann weiblichen Mitgliedern, die mindestens sechs Monate der Kasse angehören, wegen einer durch Schwangerschaft verursachten Arbeitsunfähigkeit als Unterstützung den Betrag des Krankengeldes bis zur Gesamtdauer von sechs Wochen zubilligen. Sie kann auch bestimmen, daß die Dauer der Schwangerschaftsunterstützung um die Zeit verkürzt wird, während welcher Wöchnerinnenunterstützung vor der Niederkunft gewährt wird.

Die Satzung kann ferner bestimmen, daß die erforderlichen Hebammendienste und ärztliche Behandlung der Schwangerschaftsbeschwerden frei zu gewähren sind.

§ 234.

Die Satzung kann Wöchnerinnen (§ 232), die einen Haushalt führen, im Bedarfsfalle Hauspflege nach Ermessen des Kassenvorstandes bis zur Dauer von 21 Tagen gewähren. Unter Hauspflege ist zu verstehen: die Stellung einer zur Vertretung der Wöchnerin in der Besorgung des Haushalts bestimmten Person.

Im Falle der Hauspflege ist die Kasse berechtigt, die nach § 232 zu zahlende Barunterstützung zu kürzen. Die Kürzung muß im angemessenen Verhältnis zu der Leistung der Hauspflege stehen, und darf nicht mehr als ein Sechstel der nach § 232 zu zahlenden Barunterstützung betragen.

Die Fassung des Entwurfes fällt weg, weil das, was hier als fakultative Leistung gedacht ist, bereits obligatorisch in § 231 a und b von uns festgelegt ist. Dahingegen wird hier fakultativ die Hauspflege erstattet. Wir haben bereits eine Reihe von Kassen in Deutschland, welche diese Hauspflege üben, dieselbe bedeutet also durchaus kein Novum.

§ 234a neu.

Die Satzung kann Säuglingsunterstützung gewähren:

1. durch freie ärztliche Beratung der Mütter,
2. durch Gewährung von Stillgeldern über die im § 232 bestimmte Zeit hinaus in Höhe bis zur Hälfte des Grundlohnes, und zwar auf Antrag an versicherte stillende Mütter, die vom Tage der Entbindung an gerechnet, mindestens sechs Monate der Kasse angehört haben,
3. durch Gewährung von Stillunterstützungen an stillende Mütter in Form von Milch oder Lebensmitteln,
4. durch Abgabe von Säuglingsmilch auf ärztliche Verordnung,
5. durch pflegerische Überwachung der Säuglinge.

Hierdurch haben wir diejenigen Punkte aufgezählt, welche die Kasse fakultativ gewähren kann. Hier soll den Kassen die Möglichkeit eröffnet werden, wenn sie es selbst für zweckentsprechend halten, sich in den Dienst einer verständigen Säuglingsfürsorge zu stellen.

V.

Familienunterstützung.

§ 239.

Die Satzung kann gewähren:

1. nichtversicherungspflichtigen Familienangehörigen der Kassenmitglieder im Erkrankungsfalle freie Krankenpflege,
2. nichtversicherungspflichtigen Ehefrauen der Kassenmitglieder die Wöchnerinnenunterstützung und die Schwangerschaftsunterstützung,

§ 239.

Die Satzung muß gewähren:

1. nichtversicherungspflichtigen Familienangehörigen der Kassenmitglieder im Erkrankungsfalle freie Krankenpflege,
2. den nicht der Kasse selbst unmittelbar als Mitglieder zu-

3. beim Tode des Ehegatten oder eines Kindes eines Kassenmitgliedes ein Sterbegeld . . .

gehörigen Ehefrauen der männlichen Kassenmitglieder ärztliche Behandlung der Schwangerschaftsbeschwerden und die erforderlichen Hebammendienste, sowie auf Antrag in dem nach Ermessen des Kassenvorstandes vorliegendem Bedarfsfall Hauspflege auf die vom Kassenvorstand bestimmte Zeit bis zur Dauer von höchstens 21 Tagen.

§ 239 a.

Die Kasse ist berechtigt, an Stelle der nach § 239 zu gewährenden freien Hebammendienste unter Zustimmung der Wöchnerin die Verpflegung in einer unter ärztlicher Aufsicht stehenden Anstalt, — Entbindungsanstalt, Wöchnerinnenheim, — auf die Dauer von mindestens 10 Tagen zu verfügen. Sie ist ferner berechtigt, an Stelle der in § 239 vorgeschriebenen Gewährung von Hauspflege eine Barunterstützung in Höhe des halben, ortsüblichen Lohnes erwachsener weiblicher Personen für die Dauer von höchstens 21 Tagen zu gewähren.

§ 239 b.

Die Satzung kann gewähren:

1. den nicht der Kasse unmittelbar zugehörigen Ehefrauen der Kassenmitglieder die ganze oder teilweise Säuglingsunterstützung nach § 234 a;
2. beim Tode des Ehegatten oder eines Kindes eines Kassenmitgliedes ein Sterbegeld.

Gegenüber dem Entwurf verlangen wir obligatorische Familienbehandlung, also ärztliche Versorgung der Kinder, ärztliche Versorgung der Ehefrauen als Schwangere und Wöchnerinnen, die Gewährung von Hebammendiensten fakultativ, die Gewährung von Hauspflege, eventuell auch Aufnahme in eine Entbindungsanstalt,

sowie ebenfalls fakultativ die ganze oder teilweise Säuglingsunterstützung. Wir lehnen ausdrücklich die im Entwurf vorgesehene fakultative Gewährung von Krankengeld an die Ehefrauen ab. Diese Ehefrauen verdienen in den normalen Zeiten kein Geld. Es ist also ganz widersinnig, ein Krankengeld während des Wochenbettes zu geben, dagegen sollen sie nach unserem Vorschlage den Arzt und die Hebamme usw. frei haben.

Meine Herren! Wir kommen nun zum Schluß zu zwei wichtigen Fragen. 1. Können die Kassen dies tragen, bei Ausgaben, wie wir ihnen hier zumuten und 2. können wir annehmen, daß die Säuglingsfürsorge wirklich energisch gefördert würde, wenn all das, was wir verlangen, Gesetz wird. Was die Leistungen, die den Kassen durch unsere Vorschläge aufgebürdet, anbetrifft, so haben wir ganz gute Unterlagen für die Entscheidung der Frage durch eine Zusammenstellung gewonnen, welche Fräulein Dr. Baum auf Grund einer Umfrage bei 15 Ortskrankenkassen in den Kreisen M.-Gladbach Stadt, M.-Gladbach Land und Rheydt angestellt hat. Diese Kassen haben 26 536 Mitglieder, darunter 7149 = 26,6 Proz. weibliche. Es handelt sich um eine Gegend mit hohem Grundlohn und sehr hoher Geburtenzahl. Es wird kaum irgendwelche Kassen im Deutschen Reich geben, die wesentlich ungünstigere Statistik geben würden. In den meisten Teilen des Deutschen Reiches würden vielmehr infolge des geringeren Grundlohnes und der wesentlich geringeren Geburtenzahl die zu beanspruchenden Leistungen geringer sein. Hierbei hat sich nun ergeben, daß alles das, was wir für die versicherten Wöchnerinnen verlangen, zu leisten ist mit einem Zuschlag von 3,09 M. auf den Kopf der gesamten Versicherten. Will man weiter die ganzen Leistungen, welche man für die selbst nicht versicherten Ehefrauen der versicherten Arbeiter vorgeschlagen haben, mit einbeziehen, so ergibt sich hieraus eine weitere Belastung von 2,36 M. Das würde insgesamt 5,45 M. ausmachen, wenn all das, was wir in unseren Vorschlägen verlangen, durchgeführt wird. Es würde also jeder Versicherte in Deutschland 10 Pf. pro Woche zu zahlen haben und der Durchführung unserer Vorschläge erwachsen keine weiteren Schwierigkeiten, sie wären vielmehr pekuniär gesichert. Auf Grund von eingehenden Berechnungen hat Mayet kürzlich gezeigt und zwar an der Hand der Ortskrankenkasse Leipzig und Lübeck, welche großartige Leistungen die Kasse auch heute schon bei relativ niedrigen Beiträgen auszukommen vermögen. Für Leipzig berechnet

Mayet die Durchführung dessen, was wir vorgeschlagen haben, für gut durchführbar, bei einem Beitrag von 4 Proz. Diese Ausführung Mayet's stießen auf Zweifel und besonders nahm man an, daß es sich um Ausnahmefälle oder um ausnahmsweise günstig gestellte Kassen in Lübeck und Leipzig handeln müsse. Ich habe mir nun ganz willkürlich von 12 Kassen verschiedener Größe die Leistungen zusammenstellen lassen und lege dieselben in der beifolgenden Tabelle nieder. Die Auswahl ist vollkommen durch den Zufall bedingt gewesen. Es wurden Kassen gewählt, deren Jahresbericht und Statut sofort zugänglich war. Es zeigte sich dabei, daß die Ortskrankenkasse Lübeck und Leipzig gerade diejenigen Kassen sind, welche unter den angeführten die höchsten Ärztehonorare pro Kopf zahlen und daß beide Kassen weit über das Gesetz hinausgehende Leistungen haben. Setzt man die von Fräulein Dr. Baum ermittelte Zahl von 5,45 M. in die Rechnung ein, so sieht man, daß mit $4\frac{1}{2}$ Proz. in Lübeck und mit 4 Proz. in Leipzig alles, was wir verlangen, und all die weit über die notwendigen Regelleistungen herausgehenden Maßnahmen der Kasse weiter durchführbar sind. Noch günstiger stellt sich die Sache für die Ortskrankenkasse Düsseldorf. Hier wird mit beträchtlich unter 4 Proz. alles was wir verlangen zu leisten sein, trotzdem das hohe Ärztehonorar von 7,68 M., trotz eines Krankengeldes bis zu 2,50 M., reichlicher Sterbegelder, Dauer der Krankenunterstützung bis 52 Wochen, freie ärztliche Behandlung aller Familienangehörigen auf die Dauer von 13 Wochen, Sterbegelder für Ehefrauen und Kinder usw. usw. Für Beiträge zur Familienversicherung wurde bisher in Düsseldorf $3\frac{1}{2}$ Proz. des durchschnittlichen Lohnes erhoben. Da 1 Proz. des durchschnittlichen Lohnes 11,78 M. beträgt, so würde mit reichlich $3\frac{3}{4}$ Proz., also beträchtlich unter 4 Proz. das Höchste zu leisten sein, was man überhaupt von einer Kasse verlangen kann und gleichzeitig all das durchgeführt werden, was in unseren Vorschlägen enthalten ist. Ein hervorragender Kenner der Kassenverhältnisse hat mir einmal gesagt, als ich ihn frug, kann denn die Kasse das leisten: „eine Kasse kann alles leisten, was sie will“. Er dachte natürlich nur dabei an die großen Kassen, aber gerade dadurch, daß das neue Gesetz wenigstens in etwas mit den kleinen Kassen aufräumt, ermöglicht es und erleichtert es, die Entstehung großer Kassengebilde. Wenn man dazu kommen würde, die Leistungen zu den Kassen anders als bisher zu verteilen, nämlich so, wie es der Gesetzentwurf vorsieht, daß Arbeitgeber und Arbeitnehmer die gleichen Lasten tragen, so

könnte man, wie ich das schon einmal erwähnt habe, daran denken, dem Arbeitnehmer die gesamten Kosten für die erweiterte Familienversicherung aufzuladen. Nach all dem Gesagten unterliegt es keinem Zweifel, daß unsere Vorschläge sich vollständig im Rahmen dessen halten, was jederzeit durchführbar ist, und endlich welche Erfolge können wir uns davon versprechen. Ich glaube, daß wir heute noch gar nicht in der Lage sind, uns vorzustellen, wie sich die gesamten Verhältnisse bessern werden, wenn wir eine derartige Versicherung bekommen. Zunächst würde über die Hälfte aller Geburten im Deutschen Reich von Hebammen geleitet werden, welche von der Versicherung zu zahlen sind. Die Hälfte aller Kinder brauchten wenigstens aus materiellen Gründen nicht vor Ablauf von 3 Monaten entwöhnt werden. Gerade diejenigen Frauen und Mädchen, welche heute unter dem Zwange der Notwendigkeit schon kurz nach der Geburt die Arbeit wieder aufsuchen und ihr Kind von sich geben müssen, würden dasselbe 3 Monate bei sich behalten können. Das Wochenbett würde für unzählige Frauen nicht mehr Ausbruch und Verschlimmerung der Tuberkulose bedeuten, sie würden in dieser Zeit sich ordentlich nähren und pflegen können. Die Säuglingsfürsorge in Deutschland würde mit einem Male das Dilettantische, was ihr anhaftet, verlieren, würde gestellt auf festen Grund und festen Boden und in wenigen Jahren würde unser Wöchnerinnen- und Säuglingsschutz auf versicherungsrechtlicher Basis ebenso die Bewunderung und den Neid aller anderen Völker erwecken, wie das in bezug auf die übrige soziale Gesetzgebung heute schon der Fall ist.

Die sozialen Ursachen der Kindersterblichkeit in Bayern, insbesondere der Einfluß der agrarischen Verhältnisse auf die Kindersterblichkeit Bayerns und anderer Staaten.

Von Bezirksarzt Dr. GRASSL, Lindau im Bodensee.

Der Zusammenhang von Kindersterblichkeit und Wohlhabenheit ist schon oft Gegenstand eingehender Studien gewesen. Von den Autoren mögen nur einige genannt sein: Wolf¹⁾, Conrad²⁾, Neefe³⁾, Prinzing⁴⁾, Schloßmann⁵⁾, Prausnitz⁶⁾, Liefmann⁷⁾, Temme.⁸⁾ In neuester Zeit ist nun das Interesse für die Bekämpfung der Säuglingsmortalität bedeutend gestiegen, namentlich haben sich die Behörden und politische Kreise dafür erwärmt, nachdem längere Zeit hindurch lediglich in Fachblättern auf die Wichtigkeit dieser Frage hingewiesen worden war. Speziell

¹⁾ Wolf, Untersuchungen über die Kindersterblichkeit. Erfurt 1874.

²⁾ Conrad, Beitrag zur Untersuchung des Einflusses der Lebensstellung auf die Mortalitätsverhältnisse. Jena 1877.

³⁾ Neefe, Über den Einfluß der Wohlhabenheit auf die Sterblichkeit in Breslau. Zeitschr. f. Hygiene u. Inf. Bd. XXIV, 1897.

⁴⁾ Prinzing, Die Entwicklung der Kindersterblichkeit in den europäischen Staaten. Jahrb. f. Nat. u. Stat. 1899.

⁵⁾ Schloßmann, Zeitschr. f. Hygiene u. Inf. 1897.

⁶⁾ Prausnitz, Die Ursache und Bekämpfung der hohen Säuglingssterblichkeit. Deutsche Vierteljahrsschr. f. öffentl. Ges. Bd. XXXIII, 1901.

⁷⁾ H. Liefmann, Die Bedeutung sozialer Momente für die Säuglingssterblichkeit, nebst kritischen Bemerkungen zur Milchsterilisationsfrage. Zeitschr. f. Hygiene u. Inf. 1909, Bd. 62.

⁸⁾ Gustav Temme, Die sozialen Ursachen der Säuglingssterblichkeit. Berlin-Schöneberg, Buchverlag der Hilfe.

in Bayern verwendet die Staatsregierung öffentliche Gelder zur Bekämpfung der Kindersterblichkeit und hat einen Zentralverein für diesen Zweck ins Leben gerufen. Daneben bestehen noch lokale und distriktive Verbände, und Kreis und Distrikte, ja selbst kleinere Gemeinden wetteifern in der Verhütung der Kindersterblichkeit.

Über die Höhe des Eifers, diese, wie wir sehen werden, gerade für Bayern so einschneidende Frage glücklich zu lösen, darf man sicher nicht klagen.

Sieht man aber näher zu, so scheint es, daß manchmal die Empirie in der Prophylaxe den Vorrang vor der systematischen Ergründung und Bekämpfung hat. Diese Wertschätzung des tastenden Versuches vor der logischen Bewertung ist aber keineswegs Bayern allein eigentümlich. Zu mindestens in gleichem Grade finden wir sie in Preußen, aber auch sehr stark in Frankreich und England und auch in den drei nordischen Reichen.

Wenn wir Prinz ing mit seinem Handbuch für Medizinalstatistik ausnehmen, so ist es uns nicht geglückt, eine vollständige, allseitige Beleuchtung der Kindersterblichkeit in den europäischen Staaten zu finden, noch viel weniger aber vermögen wir die prophylaktischen Maßregeln, die man bisher allseitig getroffen hat, als grundlegende anzuerkennen. Es macht entschieden den Eindruck, als ob diese Maßregeln lediglich symptomatische Bekämpfung bedeuten würden und daß man jeder kausalen Behandlung vorsichtig aus dem Wege gehe. Während unsere Freunde von der Wohnungsreform die ebenso schwierigen prinzipiellen Umänderungen, welche die Wohnungsnotbekämpfung fordern, mutig wenigstens in thesi verlangen, verlegt man sich in der Frage der Säuglingssterblichkeit auf die sog. kleinen Mittel. Der Grund hierfür ist ja leicht einzusehen: die causa der Säuglingsmortalität sind wirtschaftliche, klimatische, kulturelle und religiöse Einflüsse. Die Schwierigkeit, diese zu bekämpfen, scheint überschätzt zu werden.

Die hauptsächlichsten Ursachen für Bayern sind die wirtschaftlichen. Sie einmal systematisch durchzuarbeiten, soweit dies einem im praktischen Leben stehenden Arzte möglich ist, reizte um so mehr, als Bayern groß genug ist, um das Gesetz der Einflüsse erkennen zu lassen, andererseits aber doch nicht so groß, um nicht die Einflüsse anderweitiger Natur bei der Bewertung der wirtschaftlichen Verhältnisse auszuschalten. Zudem liegt für Bayern eine gute, oft genügende Detaillierung der statistischen Verhält-

nisse vor, und dann hat der Verfasser schon einmal bayerische wirtschaftliche Verhältnisse bearbeitet.¹⁾

Begriffsbestimmung und Entwicklung.

Die Medizinalstatistik versteht unter „Säugling“ ein Kind unter 1 Jahr. Diese Bestimmung ist international geworden und alle Statistiken sind auf diesen Begriff zugeschnitten. Im allgemeinen genügt diese Umschreibung auch. Wenn man aber ätiologische Momente in Betracht zieht, namentlich wenn man den Einfluß der einzelnen äußeren und inneren Schädigungen statistisch fassen will, so ist der Begriff zu umfassend.

Es wird in Zukunft nötig sein, den „Neugeborenen“ vom „Säugling“ abzutrennen, denn die nächsten und entferntesten Todesursachen des „Neugeborenen“ sind vollständig andere als die des „Säuglings“.

Camerer²⁾ weist auf den gänzlich verschiedenen Lebensprozeß des Neugeborenen hin, der sich vom Säugling mehr unterscheidet, als letzterer vom Kinde mit 2 Jahren. In den ersten Lebenstagen ist das Charakteristikum des Stoffumsatzes die Eintrocknung. 200 g, davon $\frac{2}{3}$ am 1. Lebenstag, $\frac{1}{3}$ am 2. Lebenstag, verliert der Neugeborene. Die Bedeutung der Wärmeökonomie ist viel größer als die der Nahrungsaufnahme. Die durchschnittliche Zufuhr in den ersten 24 Stunden schwankt zwischen 10—20 g. Die Erfahrung lehrt, daß der Neugeborene eine Hungerperiode von 3 Tagen ohne jeden Nachteil verträgt. Von da an nimmt die Ernährung immer mehr an Bedeutung zu. Daß also noch lange der Unterschied zwischen Natur- und Kunstnahrung nicht die ausschlaggebende Entscheidung im Leben des Neugeborenen abgibt, lehrt die Überlegung, daß Kunstnahrung zwar ein Gift für den Säugling ist, aber das Gift ist nicht so wirksam, um alsbaldigen Tod zu verursachen. Camerer rechnet die Zeit der ersten Lebenswoche als die Zeit des „Neugeborenen“. Nach der Statistik scheint diese Zeit etwas zu eng zu sein.

¹⁾ Dr. Grassl, Blut und Brot oder der Zusammenhang der wirtschaftlichen Verhältnisse mit der Biologie Bayerns im vorigen Jahrhundert. München 1905 bei „Ärztlicher Rundschau“.

²⁾ Camerer, Stoffwechsel und Ernährung in dem ersten Lebensjahr. Handbuch f. Kinderheilk. von Pfandler u. Schloßmann, Leipzig 1906, 1. Bd., 1. Hälfte, S. 335 ff.

Nach Schloßmann¹⁾ starben in Sachsen in der Periode 1891—1894 im 1. Lebensjahr 161 253 Säuglinge, davon im 1. Lebensmonat 46 789. Ausgeschieden auf die Lebenstage starben in Prozent der Lebendgeborenen:

1. Lebenstag	0,920	16. Lebenstag	0,249
2. „	0,437	17. „	0,261
3. „	0,376	18. „	0,260
4. „	0,247	19. „	0,248
5. „	0,209	20. „	0,200
6. „	0,190	21. „	0,187
7. „	0,189	22. „	0,191
8. „	0,182	23. „	0,161
9. „	0,169	24. „	0,152
10. „	0,186	25. „	0,152
11. „	0,208	26. „	0,143
12. „	0,230	27. „	0,142
13. „	0,254	28. „	0,124
14. „	0,245	29. „	0,119
15. „	0,264	30. „	0,133

Prinzing²⁾ erwähnt die preußische Statistik, welche eine Ausscheidung auf die ersten 15 Tage gibt. Von je 1000 Kindern starben vor Erreichung des nächsten Lebenstages:

	eheliche	uneheliche	männliche	weibliche	
0 Tag	10,8	13,9	12,4	9,5	11,0
1. „	5,1	8,0	6,1	4,5	5,3
2. „	3,3	5,3	3,9	2,9	3,4
3. „	2,7	3,3	2,4	1,9	2,2
4. „	1,5	2,8	1,8	1,4	1,6
5. „	1,5	2,7	1,9	1,3	1,6
6. „	1,6	2,7	1,9	1,4	1,7
7. „	1,6	2,8	1,7	1,4	1,6
8. „	1,4	2,5	1,5	1,3	1,5
9. „	1,2	2,6	1,5	1,2	1,3
10. „	1,4	3,1	1,7	1,3	1,5
11. „	1,4	2,9	1,7	1,3	1,5
12. „	1,5	3,2	1,8	1,5	1,7
13. „	1,6	3,7	1,9	1,6	1,7
14. „	1,9	4,3	2,2	1,8	2,0

Wir sehen also sowohl in Sachsen als in Preußen mit dem 10. Lebenstag einen beträchtlichen Anstieg in der Kindermortalität. Trotz der mangelhaften Statistik für Bayern werden wir später auch für Bayern eine ähnliche Beobachtung machen. Dieser An-

¹⁾ Schloßmann, Zeitschr. f. Hygiene u. Inf. 1897.

²⁾ Prinzing, Handb. f. Medizinalstatistik 1906.

stieg ist durch die Änderung der Todesursache bedingt. Während in den ersten 9 Lebenstagen der Tod der Kinder durch die angeborene Lebensschwäche bedingt wird, also ein endogener ist, beginnt mit dem 10. Lebenstag die Wirkung der äußeren, ektogenen Ursachen. In der Bekämpfung der Kindermortalität muß daher die erste Lebensperiode von der späteren auch statistisch getrennt werden. Es ist möglich, wie auch Prinzing als tatsächlich vorhanden annimmt, daß mit dem 6. Lebenstag zu der angeborenen Lebensschwäche noch eine zweite Todesursache hinzutritt, die dann am 10. Tage von einer dritten Todesursache abgelöst oder verschärft wird. Prinzing nimmt an, daß mit dem 6. Tag die Pflege des Kindes durch das Aufstehen der Mutter geringer wird und durch die Entlassung der Wöchnerinnen aus den Gebäranstalten. Diese Begründung klingt nicht unwahrscheinlich. Möglich wäre es aber auch, daß der 6. mit 9. Tag die Periode des Verhungerns bedeute, in welcher Zeit also die zugeführte Nahrung — hauptsächlich die Kunstnahrung — nicht zur Ernährung genügt, während mit dem 10. Tag die Giftwirkung der Nahrung anfängt.

Soviel ist also wohl sicher, daß in Zukunft die wissenschaftliche Statistik die Abtrennung der Periode des Neugeborenen von der Periode des Säuglings vornehmen muß.

Übrigens darf man nie vergessen, daß in Altbayern Kinder zu den Lebendgeborenen gezählt werden, die in anderen Ländern zu den Totgeborenen gezählt werden. Dadurch steigt rechnerisch die bayerische Kindersterblichkeitsquote, allerdings nicht viel.

Der allgemeine Verlauf der Kindersterblichkeit Bayerns weicht von dem Gange der Säuglingssterblichkeit der anderen zentraleuropäischen Staaten nicht ab.

Auf 100 Geborene starben in Bayern:

1825—30	28,4	1891—1900	26,4
1831—40	29,6	1901	23,9
1841—50	29,7	1902	23,3
1851—60	31,0	1903	25,0
1861—70	32,6	1904	23,9
1871—80	30,9	1905	24,5
1881—90	28,4	1906	22,6

Wir haben also einen deutlichen Anstieg der Kindersterblichkeit bis zum Jahr 1875, wie die Jahresstatistik aufweist, und von da einen ununterbrochenen, beträchtlichen Abfall. Diese Kurven-

bewegung setzt auch eine bewegliche Ursache voraus. Die von den meisten Ärzten als Endursache aller Kindersterblichkeit angesprochene Zahl der gestillten Kinder vermag diese Bewegung nicht zu erklären, denn die Zahl der gestillten Kinder hat zwischen der Periode 1825/75 sicher nicht so abgenommen, daß eine Zunahme der Sterbefälle der Fall gewesen wäre und die Stillhäufigkeit 1875/1906 hat nicht so zugenommen, daß ein Abfall der Kindersterblichkeit eingetreten wäre. Im Gegenteil klagen alle amtsärztlichen Berichte, soweit sie in den Generalsanitätsberichten niedergelegt sind, fast einstimmig über die Abnahme der Stillhäufigkeit. Auch die, hauptsächlich nach dem Vorgange Elbens, durch v. Vogl¹⁾ betonte Abhängigkeit der Kindersterblichkeit von den tellurischen und klimatischen Verhältnissen des Landes vermag diese Bewegung nicht zu begründen, denn die tellurischen und klimatischen Verhältnisse können als eine Konstante betrachtet werden, die unmöglich eine inkonstante Wirkung haben kann.

Auch Veränderungen der Erbkeime durch Vergiftung mittels Substanzen, welche auf den Körper der Eltern einwirken und so die Keimfähigkeit des Samens und der Eier herabsetzen, als Hauptursache sind unwahrscheinlich, da doch anzunehmen ist, daß diese Vergiftung (durch Alkohol, Tabak, Syphilis, Gonorrhöe usw.) keiner derartigen Schwankung in einem Volke unterliegt, daß sie die Säuglingssterblichkeitskurve im 19. Jahrhundert erklären könnte. Mitgewirkt mag die Vergiftung des Keimplasmas haben, aber die Hauptursache muß beweglicher sein. Auch die religiösen Einflüsse vermögen die Kurve nicht zu erklären, da die Religion und die bei uns daraus resultierende Sittlichkeitsanschauung im großen ganzen wenig veränderlich zu sein pflegt. Stammesangehörigkeit ist ebenfalls etwas Konstantes und kann keine inkonstante Wirkung haben.

So bleiben als Ursachen, welche die Veränderung der Kindersterblichkeit in Bayern bewirkt haben, die kulturellen Verhältnisse und die finanziellen, wirtschaftlichen übrig. Auch die Schwankung der kulturellen Einflüsse ist nicht groß genug, um die gebrochene Linie der Säuglingssterblichkeit zu erklären. Es schmeichelt unserem Ehrgeiz und unserer Eigenliebe sicher, wenn wir den Rückgang in der Kindersterblichkeit seit 1875 als Wirkung der Erhöhung der Kultur und noch mehr der Zivilisation

¹⁾ v. Vogl, Die Sterblichkeit der Säuglinge in ihren territorialen Verhalten in Württemberg, Bayern und Österreich. München, Lehmann 1909.

betrachten; aber bei aller Selbsteingenommenheit müssen wir uns doch noch die Fähigkeit wahren, zu beurteilen, daß unsere Kultur und Zivilisationsverhältnisse seit 1875 sich nicht um 30—35 Proz. gebessert haben, wie es die Kindersterblichkeit getan hat. Und bedeutet die Periode 1825/75 denn einen Rückgang in der Kultur Bayerns?

Die wirtschaftlichen Verhältnisse allein und die aus den wirtschaftlichen Verhältnissen sich ergebenden Gewohnheiten und Aufzuchtssitten vermögen die Bewegung der Kindersterblichkeit in Bayern zu erklären.

Die Verschärfung der wirtschaftlichen Spannung in Bayern bis Mitte der 70er Jahre und von da das allmähliche Abklingen der vielfach geradezu überspannten Bewegung der biologischen Verhältnisse des Volkes durch die Erwerbsänderung ist allgemein bekannt und soll im Laufe dieser Abhandlung noch wiederholt zur Sprache kommen.

Teilt man — sowohl den Hermann'schen Tafeln als auch den Angaben der bayerischen Generalsanitätsberichte folgend — die Kindersterblichkeit nach den Kreisen ein, so ergibt sich folgende Tabelle:

Von 100 Lebendgeborenen starben

	1835—41	1842—48	1862—68	1879—88	1889—95	1902—06
OB.	38,9	39,4	42,0	35,8	33,0	26,4
NB.	33,8	34,3	36,1	34,1	33,6	30,5
Pf.	18,8	18,3	19,6	17,6	17,7	17,4
OPf.	30,8	31,0	35,6	32,6	31,5	29,1
OFr.	20,8	21,4	22,3	18,9	17,8	16,9
MFr.	29,9	30,0	33,5	28,2	26,9	24,4
UFr.	23,9	22,9	25,4	19,7	19,2	16,9
Schw.	39,5	40,2	41,2	35,4	31,5	25,4

Diese Tabelle ergibt zwei Tatsachen:

Die Kindersterblichkeit in den einzelnen Kreisen Bayerns war im Anfang des 19. Jahrhunderts noch mehr different wie im Anfang des 20. Jahrhunderts und die Abnahme der Kindersterblichkeit der einzelnen Kreise geschah nicht in gleicher Weise. Am meisten besserte sich die Kindersterblichkeit in Schwaben und Oberbayern, am geringsten und spätesten in Niederbayern und in der Oberpfalz.

Die Erklärung für die große Differenz in der Kindersterblich-

keit der einzelnen Kreise wird — mit Recht — von den bayerischen Verwaltungsärzten und den übrigen mit sozialen Aufgaben sich beschäftigenden Ärzten in dem großen Unterschied gesucht und gefunden, mit welchem die Mütter in den einzelnen Kreisen ihren Kindern die Brust darreichen.

Es ist das Verdienst des Zentralimpfarztes Dr. Stumpf, hierfür brauchbare statistische Zahlen angeregt zu haben. Die bayerischen Impfarzte haben durch Befragung der Angehörigen jedes einzelnen zur öffentlichen Impfung gebrachten Kindes ein brauchbares Urmaterial geliefert, das dann Dr. Groth in mühsamer Arbeit zusammengestellt hat. Allerdings haften dieser Methode manche Mängel an. Die vor der Impfung gestorbenen Kinder, die ja hauptsächlich nicht gestillt worden sein werden, weshalb sie starben, sind nicht mitgezählt, die vornehmeren Klassen, welche ihre Kinder nicht öffentlich impfen lassen und welche erfahrungsgemäß weniger stillen, erscheinen nicht, manche Mutter, welche der Intention des Bezirksarztes entgegenkommen will, gibt an, daß sie das Kind gestillt habe, obwohl dies nicht der Fall war, worüber ich mich oft überzeugte.

Also die Groth'schen Zahlen sind sicher zu hoch. Aber zum Vergleiche der Stillhäufigkeit der Kreise unter sich sind sie brauchbar.

Wie der Vergleich der Tabellen ergibt, stillen Pfalz, Ober- und Unterfranken und Teile von Mittelfranken am häufigsten und dieser Stillhäufigkeit entspricht geringe Kindersterblichkeit. Vergleicht man aber die Kindersterblichkeit der Periode 1902/06 mit der Periode 1825/65 in den einzelnen Kreisen, so findet man, daß Schwaben jetzt die gleiche Kindersterblichkeit hat wie Oberfranken in dem ersten Zeitabschnitt; die Sterblichkeit der Oberpfalz in der Gegenwart nähert sich sehr der Sterblichkeit Unterfrankens in der Vergangenheit, und die jetzige Kindermortalität Oberbayerns ist die gleiche wie die vergangene Unterfrankens usw.

Nun stillt aber gegenwärtig in Schwaben, Oberbayern, Oberpfalz, Niederbayern sicher nur ein geringer Bruchteil der Mütter ihre Kinder gegenüber der Stillhäufigkeit in der Pfalz, Ober- und Unterfranken und trotzdem haben sie die gleiche oder doch wesentlich nicht verschiedene Kindersterblichkeit wie meiststillende Kreise im aufsteigenden Ast der Kindersterblichkeit. Daraus folgt: Es muß noch ein anderer Faktor zur Herabsetzung der Kindersterblichkeit wirksam gewesen sein als die Stillhäufigkeit, und dieser Faktor ist es, der die

Verschiedenartigkeit des Abfallens der Häufigkeit der Kindersterblichkeit der Jetztzeit gegenüber der Sterblichkeit der Vergangenheit in den einzelnen Kreisen bedingte. Und dieser Faktor sind die wirtschaftlichen Verhältnisse.

Um nun diesen wirtschaftlichen Verhältnissen näher treten zu können, müssen wir sie soweit zurück verfolgen, als dies möglich ist.

Als die verlässlichste Quelle der wirtschaftlichen Verhältnisse erschien mir die Volkszählung 1852 — die Hermann'schen Tafeln —, nach denen ich folgende Beschäftigungszahlen berechnete.

Auf 100 000 Einwohner kamen Erwerbstätige 1852:

	Arbeitende Landwirte	deren arbeitendes Gesinde	Proz. der 2 in 1	Gewerbe- treibende	deren arbeitendes Gesinde	Rentier, Beamte	Arme
	1	2	3	4	5	6	7
OB.	6180	1637	26	2411	660	899	125
NB.	7676	2040	26,5	1713	446	379	89
Pf.	6669	336	5	2220	234	451	247
OPf.	7216	1052	14,5	2008	410	468	131
OFr.	6493	655	10	2725	489	444	149
MFr.	5803	854	15	3165	678	661	129
UFr.	7453	418	5,6	1836	346	447	134
Schw.	6945	902	13	2120	515	521	175
Bayern	6784	1000	15	2267	476	549	190

Die Tabelle zeigt, daß zu Mitte des vorigen Jahrhunderts die Bewohner Bayerns sich überwiegend der Landwirtschaft widmeten. Nun war aber damals ebenso schon die Differenzierung der Kindersterblichkeit nach den Kreisen vorhanden, wie jetzt: folglich muß, wenn die wirtschaftlichen Verhältnisse die Hauptursachen sind, die Landwirtschaft den Haupterscheinungsgrund geben. Dazu kommt die weitere Erwägung, daß diese Differenz bereits 1826 ebenso scharf vorhanden war, wie 1865; 1826 aber war Bayern sicher noch landwirtschaftlicher als 1852; endlich muß von dem Einsetzen der Ursache bis zum Eintritt des Erfolges eine gewisse Zeit vergehen. Die Ursache hat sicher schon im 18. Jahrhundert eingewirkt. Damals aber war Bayern zweifellos ein ausschließlich agrarischer Staat.

Bei der weiteren Kritik der Verhältnisse der Mitte des vorigen Jahrhunderts fällt sofort in die Augen, daß Ober- und Niederbayern

eine große Anzahl in der Landwirtschaft mitarbeitenden Gesinde hat; Pfalz, Oberfranken und Unterfranken haben wenig landwirtschaftliche Dienstboten. Man hält nimmer Dienstboten zum Vergnügen. In den Kreisen mit hoher Dienstbotenzahl werden also die größeren landwirtschaftlichen Betriebe gewesen sein.

Dies geht auch hervor, wenn wir die Zahl der landwirtschaftlich Selbständigen mit der Bodenfläche vergleichen.

	bayrische Tagwerke	selbst. Landwirte auf 100 000 Einw.	Einwohner
OB.	4 946 656	6180	714 745
NB.	3 117 120	7676	549 440
Pf.	1 731 376	6669	611 595
OPf.	2 802 944	7216	468 480
OFr.	2 005 568	6493	499 874
MFr.	2 200 016	5803	533 595
UFr.	2 597 072	7453	595 155
Schw.	2 779 200	6945	565 774
Bay.	22 199 952	6784	4 558 658

Die, wie wir sehen werden, jetzige Bodenverteilung in Bayern ist also schon um Mitte des vorigen Jahrhunderts vorhanden gewesen und reicht sicher in das 18. Jahrhundert wenigstens zurück. Zu diesem Schlusse kommt man, wenn man erwägt, daß das Volk zähe an den heimischen Sitten der Wirtschaftsform festhält und daß keinerlei Zwangsmaßregeln zur Änderung der Wirtschaftsform im 19. Jahrhundert erlassen wurden.

Die Bodenverteilung aber, sagt das statistische Landesamt,¹⁾ ist die Folge der natürlichen Verhältnisse des Bodens und die Nachwirkung der grundherrlichen Rechte, welche eine Teilung des Bodens verhinderten. Beide, die natürlichen Verhältnisse und die grundherrlichen Rechte, waren schon vor Jahrhunderten vorhanden und zweifellos auch wirksam.

Ein Zusammenhang zwischen Bodenverteilung und Kindersterblichkeit ist a priori recht plausibel. Die mittelgroßen Bauerngüter, wie sie in Altbayern so häufig sind, erfordern insbesondere sehr intensive Tätigkeit der Bäuerin in der Landwirtschaft. Und da ihr auch noch die Besorgung der Hauswirtschaft zufällt, so bleibt ihr nur mehr geringe Zeit zur Pflege und Ernährung des Kindes. Das Verhältnis und die Beziehungen zwischen Mutter

¹⁾ Mitteilungen über die Landwirtschaft in Bayern nach den Erhebungen 1894—1902. Statist. Zeitschr. München 1903.

und Kind werden gelähmt. Anfangs mag es bloß mangelhafte oder zu wenigstens nicht genügende Pflege des Kindes durch die Mutter gewesen sein, die dann auch zur Lösung des animalischen Verbindungsmittels der Mutter mit dem Kinde führte. Übrigens werden wir auf Einzelheiten noch zurückkommen.

Alle eingangs erwähnten Autoren stimmen darüber überein, daß die Möglichkeit für die Frau, Mutter zu sein, die Höhe des Lebens des Säuglings bedeutet. Es ist weit in unserem Erkenntnis-mangel infolge ausschließlich theoretischer Kleinarbeit gekommen, daß wir diese Binsenwahrheit wieder neu entdecken mußten.

Die gegenwärtige Landwirtschaft in Bayern in ihren Beziehungen zur Kindersterblichkeit.

a) Die Bodenverteilung.

Um einen Überblick über die Bodenverteilung in Bayern zu bekommen, habe ich den „Beiträge zur Statistik des Königreichs Bayerns“, Heft LVI, München, ferner „Statistische Mitteilungen über die Landwirtschaft in Bayern nach Erhebungen 1894—1902“, herausgegeben vom k. statist. Bureau, München 1903, dann „die eheliche und uneheliche Fruchtbarkeit mit besonderer Berücksichtigung Bayerns,“ München, Lindauer 1909, Heft 71 der Beiträge zur Statistik des Königreichs Bayern, die Zahlen, der Kolumne 11 direkt entnommen, in welcher der Prozentsatz gegeben ist, mit welcher sich der Bodenbesitz bis zu 2 ha verhält zu dem Gesamtbodenbesitz und zwar beidemal in Beschränkung auf die landwirtschaftlichen Betriebe. In Ziffer 8 der Tabelle habe ich den Anteil berechnet, welche der landwirtschaftliche Betrieb bis zu 5 ha zu den gesamten landwirtschaftlichen Betrieben stellt. Eine weitere von mir berechnete Tabelle mit Ausscheidung der landwirtschaftlichen Betriebe bis zu 20 ha und 20—100 ha und darüber ist hier weggelassen worden (vgl. Tabelle).

Ein Vergleich der Größe des Bodenbesitzes mit der Größe der Kindersterblichkeit ergibt folgendes Resultat:

Am meisten durchgearbeitet in medizinischer Detailstatistik ist die Periode 1879—88 durch den damaligen Reg.-Ass. Krieg. Indem ich dessen Zahlen oftmals benutzte, war ich gezwungen, wiederholt nicht die neueste Bodenverteilung, sondern die vom Jahre 1882 zum Vergleich heranzuziehen. Ein prinzipieller Nachteil erwächst der Lösung der Frage dadurch nicht, da eine wesent-

liche Änderung der Bodenverteilung, wie bereits erwähnt, in Bayern seit Jahrhunderten nicht stattfand.

	Durchschnittliche Größe der landwirt- schaftl. Betriebe 1882 ha	Proz. der landwirt- schaftl. Bevölkerung in der Gesamt- bevölkerung (1882) Hauptberuf	Auf 100 Lebend- geborene starben im 1. Jahr 1879—88
OB.	9,5	44,63	36,3
NB.	8,2	62,38	34,1
Pf.	2,9	46,63	17,6
OP.	7,9	57,73	32,7
OFr.	5,9	47,45	18,7
MFr.	6,2	43,03	28,7
UFr.	4,7	56,17	19,6
Schw.	6,7	53,48	35,4
Bay.	6,3		28,5

Trotzdem also nur mehr ca. die Hälfte der Einwohnerschaft 1882 sich der Landwirtschaft widmete, ist doch das Gesetz deutlich ausgeprägt: die Sterblichkeit der Kinder Bayerns nimmt mit der Größe des Bodenbesitzes der Landwirte zu.

Von der Erfahrung ausgehend, daß in Bayern — und auch anderswo — die Kindersterblichkeit in den einzelnen Bezirken stark schwankt, habe ich die Bezirksämter je nach dem Anteil, welchen die Betriebe unter 5 ha haben, in Klassen gebracht und sie mit der klassifizierten Kindersterblichkeit 1886—94 und 1906 verglichen.

(Tabelle siehe nächste Seite.)

Man sieht, daß eine merkwürdige Übereinstimmung von Bodenbesitz und Kindersterblichkeit im allgemeinen besteht.

Von der allgemeinen Regel, daß große Betriebe hohe Sterblichkeit haben, weichen hauptsächlich 2 Gebiete ab, die Alpenbezirke und nordoberpfälzischen Bezirksämter und teilweise auch der bayerische Wald.

In diesen Ämtern macht sich nämlich die Wirkung des veränderten Betriebes geltend.

b) Die Betriebsform.

Um vor allem den Einfluß des Körnerbaues zu studieren, habe ich eine Tabelle des Getreidebaues in Bayern angelegt und dann das Verhältnis der Wiesen zu den Feldern berechnet. Ich gebe in Kolumne 9 lediglich letztere Zahlen. Aus diesen Zahlen geht, wie mir scheint unwiderleglich, hervor, daß die Kindersterblich-

bis 5 ha	OB.	NB.	Pf.	OPf.
				Boden-
bis 40 Proz.	20.			
40—60 Proz.	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 21. 22. 23. 24. 25.	1. 2. 3. 4. 6. 9. 10. 11. 12. 13. 15. 16. 18. 19. 20. 21.		1. 2. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 15. 16. 17.
60—80 Proz.	3.	5. 7. 8. 14. 17.	6. 7. 13.	3. 14. 18.
über 80 Proz.			1. 2. 3. 4. 5. 8. 9. 10. 11. 12.	Kinder-
bis 15 Proz.			4. 5. 7. 13.	
15—25 Proz.	3. 10. 22. 25.	20.	1. 2. 3. 6. 8. 9. 10. 11. 12.	5. 6. 15. 16. 17.
25—35 Proz.	2. 6. 7. 12. 13. 14. 15. 17. 19. 20. 23. 24.	2. 3. 4. 5. 6. 8. 9. 12. 13. 14. 16. 17. 18. 19. 20.		1. 3. 4. 7. 16. 18.
35—45 Proz.	1. 4. 5. 8. 9. 11. 16. 18. 21.	1. 7. 10. 11. 15.		2. 8. 9. 12. 13. 14.
über 45 Proz.				11. Kinder-
bis 15 Proz.			7. 11 a. 8. 4. 5. 13.	6. 10.
15—25 Proz.	3. 10. 13. 14. 15. 19. 20. 22. 23. 24. (25). (1 a).		1. 2. 3. 4a. 6. 9. 10. 11. 12.	1. 4. 5. 7. 10a. 13. 15. 16. 17. 18.
25—35 Proz.	1. 2. 4. 5. 6. 7. 8. 12. 18.	1. 2. 3. 4. 5. 6. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22.		3. 8. 9. 12. 14.
35—45 Proz.	9. 11. 16. 21.	7.		2. 11.

OFr.	MFr.	UFr.	Schw.
verteilung.			
			7. 11. 14.
1. 3. 5. 10. 14. 17.	1. 3. 5. 6. 7. 9. 12. 13. 15. 16.	3. 8. 11. 14. 16. 19.	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 12. 13. 15. 16. 17. 18.
2. 4. 6. 8. 9. 11. 12. 13. 15. 16. 18. 19.	2. 4. 8. 10. 11. 14.	1. 2. 4. 5. 6. 7. 9. 10. 12. 13. 18. 20.	9. 10.
		15. 17.	
sterblichkeit 1886—94.			
8. 10. 12. 15. 19.		14.	
1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 9. 11. 13. 14. 16. 17. 18.	1. 4. 8. 10. 12. 13. 15.	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 15. 16. 17. 18. 19.	16. 17.
	2. 5. 6. 7. 9. 11. 14. 16.	20.	2. 3. 4. 6. 7. 8. 9. 11. 12. 14. 15. 16. 18. 19.
	3.		1. 5. 13.
sterblichkeit 1906.			
3. 4. 5. 8. 10. 12. 13. 14. 19.	11. 14.	1. 3. 5. 16. 17.	
1. 2. 6. 7. 9. 11. 15. 16. 17. 18.	1. 2. 4. 5. 6. 7. 9. 10. 12. 15.	2. 4. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 18. 19. 20.	4. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 15. 16. 17. 18. 19. 20.
	8. 13.		1. 2. 3. 5. 14.
	3.		13.

Reihenfolge der Bezirksämter Bayerns:

OB.	NB.	Pf.
1. Aichach	1. Bogen	1. Bergzabern
2. Altötting	2. Deggendorf	2. Frankenthal
3. Berchtesgaden	3. Dingolfing	3. Gemersheim
4. Bruck	4. Eggenfelden	4. Homburg
5. Dachau	5. Grafenau	5. Kaiserslautern
6. Ebersberg	6. Griesbach	6. Kirchheimbolanden
7. Erding	7. Kelheim	7. Kusel
8. Freising	8. Kötzing	8. Landau
9. Friedberg	9. Landau a. I.	9. Ludwigshafen
10. Garmisch	10. Landshut	10. Neustadt a. H.
11. Ingolstadt	11. Mallersdorf	11. Pirmasens
12. Landsberg	12. Passau	12. Speyer
13. Laufen	13. Pfarrkirchen	13. Zweibrücken
14. Miesbach	14. Regen	
15. Mühldorf	15. Rothenburg	
16. München I.	16. Straubing	
17. München II.	17. Viechtach	
18. Pfaffenhofen	18. Vilsbiburg	
19. Rosenheim	19. Vilshofen	
20. Schongau	20. Wegscheid	
21. Schrobenhausen	21. Wolfstein	
22. Tölz		
23. Traunstein		
24. Wasserburg		
25. Weilheim		
OPf.	OFr.	MFr.
1. Amberg	1. Bamberg I.	1. Ansbach
2. Beilngries	2. Bamberg II.	2. Dinkelsbühl
3. Burglengenfeld	3. Bayreuth	3. Eichstätt
4. Cham	4. Berneck	4. Erlangen
5. Eschenbach	5. Ebermannstadt	5. Feuchtwangen
6. Kemnath	6. Forheim	6. Fürth
7. Nabburg	7. Höchst a. A.	7. Gunzenhausen
8. Neumarkt	8. Hof	8. Hersbruck
9. Neunburg v. W.	9. Kronach	9. Hippoltstein
10. Neustadt a. W.-N.	10. Kulmbach	10. Neustadt a. A.
11. Parsberg	11. Lichtenfels	11. Nürnberg
12. Regensburg	12. Münchberg	12. Rottenburg o. T.
13. Roding	13. Naila	13. Scheinfeld
14. Stadtamhof	14. Pegnitz	14. Schwabach
15. Sulzbach	15. Rehau	15. Uffenheim
16. Tirschenreuth	16. Stadtsteinach	16. Weißenburg
17. Vohenstrauß	17. Staffelstein	
18. Waldmünchen	18. Teuschnitz	
	19. Wunsiedel	

UFr.	Schw.
1. Alzenau	1. Augsburg
2. Aschaffenburg	2. Dillingen
3. Brückenau	3. Donauwörth
4. Ebern	4. Füssen
5. Gerolzhofen	5. Günzburg
6. Hammelburg	6. Illartissen
7. Haßfurt	7. Kaufbeuren
8. Karlstadt	8. Kempten
9. Kissingen	9. Krumbach
10. Kitzingen	10. Lindau
11. Königshofen	11. Memmingen
12. Lohr	12. Mindelheim
13. Marktheidenfeld	13. Neuburg a. D.
14. Mellrichstadt	14. Neuulm
15. Miltenberg	15. Nördlingen
16. Neustadt a. S.	16. Oberdorf
17. Obernburg	17. Sonthofen
18. Ochsenfurt	18. Wertingen
19. Schweinfurt	19. Zusmarshausen
20. Würzburg	

keit um so geringer ist, je mehr Wiesen der Einzelhof hat. In der Parsberger Gegend mit 17fachem an Feldern gegenüber der Wiesen erreicht die Kindersterblichkeit die maximale Höhe in Bayern. Die nordoberpfälzischen Bezirksämter: Tirschenreuth, Vohenstrauß, Kemnat usw., selbst Eschenbach haben geringe Differenz zwischen Feld und Wiesen und geringe Kindersterblichkeit.

Am prägnantesten ist aber der Einfluß der Wiesenkultur in den Alpenämtern ausgedrückt. Die Ämter Bergtesgaden, Garmisch, Miesbach, Tölz, Traunstein, Weilheim, Füssen, Kempten, Lindau, Memmingen, Oberdorf, Sonthofen liegen durchwegs in dem Alpengebiete, haben durchwegs ausgeprägte Wiesenkultur derart, daß die Größe der Wiesenfläche um Vielfaches die Größe der Felder übertrifft, und zeigen durchwegs geringere Kindersterblichkeit als die benachbarten Ämter.

Auch im bayerischen Wald ist der Einfluß der Wiesen noch erkennbar. Es trägt wesentlich zur Klärung bei, wenn wir die Entwicklung der Kindersterblichkeit der Alpenbezirke besonders hervorheben.

(Tabelle siehe nächste Seite.)

In der Periode 1862—68 war die Sterblichkeit dieser Alpenämter noch groß; im Vergleich der zu der übrigen bayerischen Sterblichkeit, namentlich der Sterblichkeit der benachbarten körnerbautreibenden Ämtern aber immerhin noch gering. Bereits 1879—88

Auf 100 Lebendgeborene starben

	1862—68	1869—78	1879—88	1902—06
Berchtesgaden	29,9	27,8	23,4	19,5
Garmisch	31,6	31,4	26,3	19,1
Miesbach	33,7	28,7	25,8	20,7
Tölz	31,3	31,9	23,8	19,5
Traunstein	33,8	33,3	27,4	20,5
Weilheim	37,1	33,5	25,9	20,5
Füssen	31,9	31,3	25,3	19,9
Kempten	30,6	31,4	27,9	24,8
Lindau	24,8	25,8	20,2	16,9
Memmingen	37,4	36,7	28,9	21,9
Oberdorf	36,3	34,3	30,0	23,5
Sonthofen	25,8	25,6	21,5	17,9

finden wir einen nicht unbeträchtlichen Abfall und dieser Abfall ist gegenwärtig ein ganz bedeutender, so daß die Säuglingsmortalität der Alpenämter trotz der geringen Stillung der Kinder oft die Tiefe starkstillender Ämter in der Pfalz erreichen. Hier muß also ein sehr wirksamer kindererhaltender Faktor eingesetzt haben und dieser Faktor ist der Übergang dieser Ämter zur Milchwirtschaft. Zu Anfang des vorigen Jahrhunderts hatte das Allgäu, wie mir allgemein versichert wird, noch ziemlich großen Getreidebau; größere Geburten und große Kindersterblichkeit. Erst seitdem die schwäbischen Alpenämter zur Milchwirtschaft übergangen und ihre Säuglingssterblichkeit verringerten, seitdem fällt die allgemeine Sterblichkeit in Schwaben.

Dieser Zusammenhang erscheint auf den ersten Blick als paradox; klagen doch alle Bezirksärzte einstimmig darüber, daß die Verbreitung der Milchwirtschaft die Abfuhr der zur Hauswirtschaft nötigen Milch bringe.¹⁾ Wir werden aber sehen, daß trotzdem die Verbreitung der Milchwirtschaft kausal zur Verringerung der Kindersterblichkeit ist.

Um nun den Einfluß der Fruchtgattung näher zu studieren, legte ich mir Tabellen an, welche die einzelne Fruchtgattung in Zusammenhang mit der Kindersterblichkeit brachte. Es zeigte sich, daß die Ämter mit starkem Kartoffelbau geringe Kindersterblichkeit haben; die höchste Säuglingsmortalität hatte die Hopfenbaugegend.

¹⁾ Selbst Prinzing, Die Entwicklung der Kindersterblichkeit in den europäischen Staaten, Jahrb. f. Nat. u. Stat. 1899, S. 578, meint: „Wo auf dem Lande große Molkereien bestehen, ist die Beschaffung guter Milch der ärmeren Bevölkerung oft sehr erschwert“ und schließt wohl auf große Kindersterblichkeit dort.

Keine Rübenbau treibende Gegend hat geringe Kindersterblichkeit. — Die Tabelle ist weggeblieben. Ferner erwies sich die Beobachtung, daß die getreidebauenden Bezirke sehr spät, fast durchwegs erst in den 90er Jahren in der Kindersterblichkeit zurückgingen. Es mag dies mit dem Getreidezoll zusammenhängen, der 1865—90 aufgehoben war. Überhaupt fällt der Gipfel der Säuglingssterblichkeit in Bayern mit der Handelsfreiheit zusammen, was sicher nicht für die große Bedeutung der Ernährung der breiten Volksmassen durch freihändlerischen Bezug der Lebensmittel spricht, wie man gewöhnlich anzunehmen geneigt ist.

Weggeblieben ist auch die Tabelle, welche die Anzahl der Kühe überhaupt zur Kindersterblichkeit brachten, da ein Zusammenfallen nicht erkenntlich ist.

Dagegen scheint die Art und Weise der Verteilung der Kühe und der Anteil der Ziegen einen nicht unwesentlichen Einfluß auf die Kindersterblichkeit zu haben. Es sei hier erwähnt, daß die Milch (l) 1908 in München kostete 20 Pf., Landshut 17, Ludwigs- hafen 22, Regensburg 18, Bamberg 20, Nürnberg 20, Würzburg 20, Augsburg 19 Pf.

Nach der offiziellen Statistik ¹⁾ treffen auf 100 Haushaltungen mit Rinderhaltungen:

	Kühe				Auf 1 Milch- kuh treffen 1 Milch im Jahre	Zahl der Ziegen
	1—2	3—9	10—19	20 u. mehr		
OB.	15,7	47,1	25,1	12,1	2300	11 800
NB.	22,2	47,2	21,0	9,6	1900	14 519
Pf.	35,9	57,5	5,9	0,7	2200	52 500
OPf.	21,3	52,6	21,9	4,2	1900	19 202
OFr.	19,3	59,8	19,2	1,7	1900	44 259
MFr.	17,5	56,5	22,8	3,2	1900	34 161
UFr.	20,8	68,7	9,6	0,9	1900	52 539
Schw.	7,3	55,5	28,5	2,1	2400	7 325
Bay.	19,8	55,1	19,5	5,6		236 304

Wenn wir die Verteilung der Kühe auf die Größe der Tierhaltungen bewerten, so finden wir in der Pfalz, Oberfranken und Unterfranken, also die Kreise mit kleiner Kindersterblichkeit, wenige Großtierhaltungen. Auch auf das Verhältnis der Ziegen soll besonders hingewiesen sein.

Bei dem weiteren Studium des Einflusses der Rinderwirtschaft

¹⁾ Die Milchwirtschaft in Bayern. München 1905, Gotteswinter; ferner Sonderabdr. aus der Zeitschr. f. stat. C., Jahrg. 1900, H. 4 u. Jahrg. 1909, H. 2.

auf die Kindersterblichkeit stieß ich auf eine andere Erscheinung, die mich geradezu frappierte. Die Verbreitungssämter des schlechtesten Rindviehschlages in Bayern, des sog. Kelheimer Landschlages oder der Kelheimer Blessen, deckt sich mathematisch genau mit der Verbreitung der höchsten Kindersterblichkeit: Kelheim, Neuburg a. D., Ingolstadt, Stadtamhof, besonders im westlichen Teil, Parsberg, Beilngries, der südliche Teil von Amberg, — teilweise Eichstädt, Pfaffenhofen, Rottenburg i. N. —. Und sonderbarerweise der Verbreitung des zweitmindesten Rindviehschlages, des sog. bayerischen Landschlages oder, wie der Altbayer sagt, der Rickeln, entspricht das Gebiet der zweitbelasteten Kindersterblichkeit: Altbayern mit Ausnahme der Alpenämter und der genannten Gegend des Kelheimer Schlages. Das fränkische und Alpenvieh geht mit geringer Sterblichkeit einher.

Verschärfend auf den Einfluß der Bodenparzellierung wirkt die *Verpachtung*.

Im Jahre 1882 übten die Landwirtschaft als Nebenberuf Personen

		Pachtland 1905 in Proz.
OB.	33 000	2,3
NB.	27 000	1,9
Pf.	60 000	11,3
OPf.	24 000	2,5
OFr.	35 000	4,6
MFr.	29 000	3,7
UFr.	39 000	6,3
Schw.	31 000	3,7
Bayern	278 000	3,8

Die meisten der in der Landwirtschaft im Nebenbetrieb Beschäftigten sind Industriearbeiter, welche teils eigenes, teils gepachtetes Land bebauen. Die Pachtform ist in der Pfalz, Ober- und Unterfranken derartig, daß kleine Parzellen gepachtet werden, in dem übrigen Bayern werden die Höfe als Ganzes in Pacht gegeben.

c) Erklärung des Zusammenhanges zwischen Landwirtschaft und Kindersterblichkeit.

Zu Ende des 18. und Anfang des 19. Jahrhunderts war der altbayerische Bauernstand hoch verschuldet (Brentano). Die Verschuldung war herbeigeführt worden durch die große Belastung des bäuerlichen Standes — war doch der Bauer damals der Träger des Staatsbudgets. Unter dem Drucke der kriegerischen Ereignisse

(Kriege mit Österreich) und den Ausgaben der Fürsten, welche dem französischen Hofe nachahmten, ohne dessen Einkünfte zu haben, war diese Verschuldung zustande gekommen. Die Zehnten lasteten schwer auf dem Bauernstand. Dazu kam, daß besonders der altbayerische Bauer teilweise über seine Verhältnisse lebte und den Hof ungeteilt auf einen Erben übergab, ihn dabei oft überschätzend.

Zwar war der Preis des Getreides bis 1865 hoch, aber von einer Verwertung der Nebenprodukte war keine Rede. Durch den hohen Übernahmepreis fing fast jede junge bäuerliche Ehe mit großen Schulden an. Es hieß also die Sache zusammenhalten und fleißig sein und sparsam leben, sollte der Hof, dessen Erhaltung traditionell als Ehrensache galt, nicht abgegeben werden müssen. Gerade am Anfang der Ehe kamen die Kinder, deren Arbeitshände so sehr ersehnt wurden, die aber jahrelang nur Mühe und Arbeit brachten und zwar fast ausschließlich der Bäuerin. War der Hof derartig, daß Dienstboten gehalten werden mußten und konnten, so nahm der Bauer zwar die Beaufsichtigung des männlichen Personales vor, aber das Frauenvolk stand unter der Botmäßigkeit der Bäuerin, für die jeder Zugang von Dienstboten eine Mehrbelastung bedeutete, denn sie mußte für den Dienstboten nicht bloß kochen und backen, sondern auch waschen, spinnen und nähen.

Bei der geringen Ausbildung der Gewerbe mußte die Bäuerin selbst die häuslichen Gebrauchsgegenstände erzeugen. Sie spann und nähte, sie goß Kerzen und fabrizierte Seifen usw. Sie besorgte die Kühe, die Schweine, die Hühner.

In dem Bauern fand sie keine Hilfe oder Entlastung. Ihm galt das landwirtschaftliche Nebengeschäft, namentlich die Besorgung der Kühe als entwürdigend. Die Pferde und in der Gegend, wo Ochsen die Hauptbespannung bilden, diese waren seine Domäne. Er hatte aber tatsächlich auch nicht Zeit, sich um andere Sachen, die nicht zur großen Landwirtschaft gehörten, zu kümmern. Der Großbauer hatte die Aufsicht, der Mittel- und Kleinbauer mußte fleißig mitarbeiten. Da, wo Stroh gefüttert wurde, also in den Ämtern mit Körnerbau, war die Bereitung des Häcksels zeitraubend und mühsam. Das Handdreschen langwierig. Im Winter „pestelte“ der Bauer, er fabrizierte sich seine Pflüge, Leitern usw. Die Arbeitslast des Bauern wuchs mit jedem Quadratmeter und die der Bäuerin wuchs im Quadrate.

Kam Krankheit der Kinder, die immer in großer Anzahl als zukünftige Arbeitshände erzeugt wurden, so überstieg die Last

weit die Möglichkeit, die auch eine Mutter leisten kann. Irgendwo mußte sie versagen und so versagte sie da, wo auch die moderne Fabrikarbeiterin und wo die Dame der oberen Gesellschaftsschichte oft versagt, in ihrer Muttereigenschaft. Durch die hohe Arbeitslast, welche sie während der Schwangerschaft zu bewältigen hatte, kam das Kind schwächlich zur Welt und wir werden später noch sehen, daß die Kindersterblichkeit im 1. Lebensmonate auf dem Land jetzt noch größer ist als in der Stadt und da am größten ist, wo die Mutter während der Schwangerschaft am wenigsten geschont wird, offenbar weil die Entwicklung des werdenden Kindes die Ruhe der Mutter zumindestens am Ende der Schwangerschaft fordert. Oft mangelhaft genährt, Nächte hindurch schlaflos, übermüdet, versickerten ihre Milchquellen lange bevor das Kind zur Aufnahme der Kunstnahrung genügend alt und entwickelt war. So lernte sie künstliche Aufzucht kennen und da sie darin eine Möglichkeit, ihre überreiche Last zu vermindern, erblickte, so machte sie davon auch dann Gebrauch, wenn ihre Brüste noch genügend milchten. Die Kindersterblichkeit stieg dadurch um so mehr, als mit den Aufhören der animalischen Verbindung zwischen Mutter und Kind, der Säugung, auch die sensuelle und die psychische sich lockerte, die Pflege des Kindes zurückging.

Der Körnerbau brachte mehr Arbeitslast als die Viehzucht.

Darum sehen wir in den Getreidegegenden größere Kindersterblichkeit als in den Gegenden mit Viehzucht.

Anders in den Gegenden mit Kleinteilung. Hier war wegen der Gutsteilung die Überschuldung weniger ausgebildet, der Hof brachte weniger Arbeit; der Bauer übernahm einen Teil der Stallarbeit, so die Bäuerin entlastend. Die Kinderzahl war von jeher geringer, weil die Kinder als Hilfskräfte weniger notwendig waren: die Kindersterblichkeit blieb gering, weil die Bäuerin stets Gelegenheit hatte sich mit dem Kinde zu verbinden, es zu nähren und zu pflegen. Dann kam die große Umwälzung im landwirtschaftlichen Betrieb.

Der Gebrauch des Petroleums ermöglichte die Nachtarbeit, die Handdruckmaschine der Gsottverfertigung wurde durch ein Schwungrad ersetzt, später durch Göpelbetrieb und selbst durch Wasserbetrieb. Dreschmaschinen kamen auf; die Kultur des Flachses mit seiner großen Arbeitslast wurde eingestellt, die Eigenfabrikation der Hausgegenstände ging auf die Gewerbe über, die Arbeitslast fiel; die Bäuerin, auch in der Körnergegend, wurde entlastet und die Kindersterblichkeit fiel proportional auch, rein automatisch,

ohne jedes Zutun der Behörden oder der Vereine. Die landwirtschaftlichen Schulen, der Verkehr brachte neue landwirtschaftliche Kenntnisse und das Bedürfnis nach modernerem Wohnen, nach größerer Reinlichkeit. Es darf wohl ohne Überhebung gesagt werden, daß hier die Amtsärzte mit ihren zwar nie gerne gesehenen Anstrengungen die allgemeine Salubrität zu heben, einen Gutteil des Erfolges für sich in Anspruch nehmen können. Je geschlossener die Bauern wohnten, desto höher das Bedürfnis sich den modernen Anforderungen anzupassen; daher finden wir in den Einzelhöfen noch immer größere Kindersterblichkeit als in Dörfern.¹⁾ Die Entfernung der Mitbewohner des allgemeinen Wohnzimmers, der Ziegen, Schweine, Hühner usw., hat in ihrer Folge automatisch die Kindersterblichkeit erniedrigt. Noch vor wenigen Jahren mußte ich in einem abgelegenen Bezirksamte den schweren Kampf durchfechten, daß die letzten Hühner aus dem Wohnzimmer verschwanden.

Die Möglichkeit, reinlich zu sein, ist bei der stark belasteten Bäuerin der Gegend des Getreidebaues viel geringer als bei der Milchbäuerin.

Nur durch das Übermaß der Arbeitszuteilung ist es zu erklären, daß die altbayerische und schwäbische Bäuerin ihrem Kinde die Brust versagt. Die altbayerische Bäuerin ist ebenso sparsam, fleißig, nüchtern, keusch, sie hat die gleichen hohen sittlichen Qualitäten, auch in der Beziehung zu ihrem Kinde, wie die Pfälzerin oder die Fränkin. Alle Statistiken der Amtskollegen, welche sittliche Defekte als Ursache der Verweigerung der Brust festsetzen wollen, gehen fehl; es ermangelt vielfach den Amtskollegen die intime Verbindung mit ihren Amtsbewohnern, speziell mit der Bäuerin. Die altbayerische und nord-schwäbische Bäuerin ist eine Heldin, welche ihr Leben auf dem Kampfplatze läßt.

Ich habe mittels der Krieg'schen Zahlen und dem Endergebnis der Volkszählung die Sterblichkeit der Gebärperiode der bayerischen Frauen zu ergründen versucht. Der starke Umweg, den ich nehmen mußte — Ergebnis der Volkszählung als Indikatur — läßt allerdings die Zahlen als nicht sicher erscheinen. Ich werde mich bemühen, in Bälde die Sterblichkeitsverhältnisse der verheirateten Frauen nach den Bezirken ausgeschieden zu erhalten und sie in einen Zusammenhang mit der Kindersterblichkeit zu

¹⁾ Hier wirkt auch die größere Dienstbotennot in Einzelhöfen mit.

bringen. Vielleicht, daß bis zur Korrektur dies in einem Anhang geschehen kann.

Vorerst muß ich mich begnügen, die Zahlen der Sterblichkeit der Frauen überhaupt für die Periode 1879—88 zu erwähnen. In den Bezirken mit hoher Kindersterblichkeit, z. B. Dachau, Friedberg, Ingolstadt, Pfaffenhofen, Parsberg, Kelheim, Stadtamhof, Regensburg, Eichstädt, Weißenburg usw., insbesondere in Neuburg a. D., bestand in der genannten Periode sehr hohe Frauensterblichkeit für die Lebensabschnitte 30—40 Jahre und 40 bis 50 Jahre. Alle die genannten Ämter hatten eine Sterblichkeit von über 10, Neuburg a. D. sogar 15 Prom. für die Lebensperiode 30—40 Jahre, während die übrigen Ämter für diese Altersperiode durchwegs und oft beträchtlich unter 10 Prom. hatten. Die Belastung der Periode 40—50 Jahre schwankt bei den Ämtern mit starker Kindersterblichkeit zwischen 13—22 Prom., in den übrigen zwischen 8—12 Prom.

Es wird kaum zu bezweifeln sein, daß diese hohe Sterblichkeit der Frauen mit der Kinderaufzucht in Beziehung steht. Das Gebären allein würde diese hohe Differenz nicht erklären, denn, wie ich¹⁾ gezeigt habe, haben gerade die in Betracht kommenden Gebiete gebärtaugliche Frauen. Wenn man nach der Todesursache dieser Kornbäuerinnen forscht, so ist es größtenteils die Lungentuberkulose,²⁾ welche das Leben zerstört, offenbar herbeigeführt durch die Überlastung. Und es ist nicht unmöglich, daß hier eine *circulus vitiosus* besteht: die hohe Belastung der Frau führt zur Lungentuberkulose; die Lungentuberkulose der Mutter bringt Tuberkulose der Kinder. Nebenbei bemerkt, glaube ich, daß die gebräuchliche Entlastung der Bäuerin in jenen meist belasteten Ämtern in vielen Fällen eine zweifelhafte ist. Infolge des Arbeitszwanges greifen die Großeltern auch noch zu und besonders die Großmutter übernimmt die Kinderpflege am Tage. Ich habe nun gefunden, daß diese Großmütter infolge der Häufigkeit ihrer Alters-tuberkulose, welche bei ihnen sehr chronisch verläuft, und wegen ihres Konservatismus in der Kinderernährung und Kinderpflege, die ungeeignetsten Kinderwärterinnen sind.

Alle die Beziehungen, welche wir zwischen Landwirtschaft und Kindersterblichkeit kennen gelernt haben: die Bodenverteilung,

¹⁾ Dr. Grassl, Die Gebärfähigkeit bei den bayerischen Frauen. Archiv f. allg. Stat., v. Mayr 1902.

²⁾ Dr. Grassl, Die gegenwärtige Tuberkulosemortalität in Bayern. Deutsche Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspflege 1906.

der Körnerbau, die Pachtung, die Kleinviehhaltung in der Masse der Kühe und in dem Ersatz der Kühe durch die Ziegen, alle sind nur Indices für die Arbeitslast der Bäuerin. Nicht daß sie selbst die Kindersterblichkeit herabsetzen, sondern weil sie durch die Frau auf die Kinder wirken, darin beruht ihre Bedeutung.

Darin beruht auch die Bedeutung der Milchwirtschaft. Wo der Bauer sich dieser landwirtschaftlichen Erwerbsform widmete, da ist er frei von den Arbeiten des Körnerbaues und übernimmt freiwillig die Arbeiten des Stalles. Überall im Allgäu, in Oberbayern, wo Milch als Hauptprodukt erscheint, melkt der Bauer, oft ausschließlich, immer aber mit der Bäuerin und entlastet sie. Dazu kommt, daß die Milchwirtschaft zur Reinlichkeit zwingt, die in der Pflege des Kindes wirksam wird. Auch die Qualität der Milch mag sich bessern. Mit dem Übergang der Milchwirtschaft aus der Hofverarbeitung zur zentralen Fabrikation, also mit der Zunahme der Zentralmolkereien, mit der Zunahme des Verkaufes an den Konsumenten, fällt die Arbeitslast der Bäuerin und steigt das Leben des Kindes. Zugleich auch fällt die Zahl der Kinder, deren Fäuste nicht mehr so begehrt sind. Wir sehen daher, daß dort, wo die größte Umänderung der landwirtschaftlichen Betriebsform stattfand, im Allgäu, in den oberbayerischen Alpenämtern, auch der größte Abfall in der Kindererzeugung und Kindersterblichkeit ist. Und da, wo sich die Bäuerin noch weiter plagen muß, bleibt die Mortalität hoch, aber auch die Geburtsziffer. Trotz der Umänderung der Betriebsart macht sich nämlich in vielen Gegenden, namentlich in Altbayern, eine Gegenströmung geltend: die Landflucht, der Dienstbotenmangel. Er hindert die Einstellung der Kindersterblichkeit auf die normale Höhe und er zwingt die Bauern, ihre Arbeitskräfte selbst zu erzeugen: die Kindererzeugung steigt dort überall.

Bevor wir dieses Kapitel verlassen, müssen wir noch zwei Gegenden Bayerns einige Worte widmen. Es ist dies das Zentrum der maximalen Kindersterblichkeit: die Ämter Kelheim, Parsberg, Stadtamhof, Beilngries, Neuburg a. D., Pfaffenhofen, Eichstädt, Rottenburg. Diesen Ämtern, die alle aneinander grenzen, ist die Kindersterblichkeit erhöhende Ackerwirtschaft gemeinsam, dann der ausgebreitete Mittelbesitz, aber auch die geringe Fruchtbarkeit. Wer je diese Ämter durchwanderte oder auch bloß mit dem Zug durchfuhr, kennt ihre geringe Fruchtbarkeit. Möglich, daß hier noch ein anderer Faktor hineinspielt, auf den mich aufmerksam zu machen, das kgl. Kreisarchiv Amberg die Güte hatte. Es

sind das religiös-moralische Motive. Diese Gegend bildet ein geschlossenes Gebiet streng katholischer Untertanen. Der Katholik erblickt in dem gestorbenen Kind vielfach einen Engel, der für die Mutter betet. In der Tat tröstet man die Mutter, welche ein Kind verloren hat, mit zwei Gründen: mit dem wirtschaftlichen, daß es das Kind gut habe, mit dem religiösen, daß es ein Engel sei.

Entgegengesetzt zeigt das ehemalige Herzogtum Sulzbach, das auch noch jetzt Simultaneum und hat geringere Kindersterblichkeit. Das Kreisarchiv vermutet, daß das innige Zusammenwohnen verschiedener Konfessionen zur Anstrengung, den Besitzstand zu wahren, führte.¹⁾ Für die nördlichen Ämter der Oberpfalz: Eschenbach, Kemnat, Tirschenreuth, Vohenstrauß wird wohl auch der innige kommerzielle Kontakt mit den fränkischen Ämtern, welche geringe Kindersterblichkeit haben, in Betracht kommen. Überhaupt müssen wir der „geistigen Infektion“, welche wir per continuitatem zustande gekommen uns vorstellen müssen, eine große Bedeutung einräumen. Für Tirschenreuth gibt dann das Archiv in Amberg eine andere, wirtschaftliche Erklärung. Das Amt Tirschenreuth ist wesentlich der Besitz des Klosters Waldsassen. Im Klostergebiet Waldsassen empörten sich 1525 die Bauern gegen ihre Äbte mit Erfolg und in der Folge haben die Klosteräbte aus freiem Antrieb das Los ihrer Bauern erleichtert, so daß die Tirschenreuther Bauern sich größerer wirtschaftlicher Freiheit erfreuten, als die benachbarten kurbayerischen. Dazu möchte ich noch anfügen: Wenn man durch die genannten vier Ämter wandert, so findet man noch größtenteils Weidenbetrieb, in den südlicheren Ämtern der Oberpfalz durchwegs Stallfütterung.

Der Übergang zur Städtebildung und zur Industrie.

Man hört oft klagen, daß die Städtebildung und die Industrie die Kindersterblichkeit vermehre. Das ist nur bis zu einer gewissen Einschränkung für Bayern wenigstens wahr. Die bayerischen Frauen behalten die Aufzuchtssitten, die sie sich als Bäuerinnen im Laufe der Jahrhunderte an-erzogen haben, in der Hauptsache bei, wenn sie zur Industrie übergehen oder in die Städte wandern.

Zum Nachweis hierfür wurden die Städte und Ämter gleichen Namens miteinander verglichen, und es zeigte sich überall eine große Übereinstimmung.

¹⁾ Vgl. auch G. Hansen, Die drei Bevölkerungsstufen. München, Lindauer 1899, S. 193 ff.

Es starben auf 100 Geborene:

	Stadt				Amt			
	1878 —85	1886 —95	1900	1906	1878 —85	1886 —98	1900	1906
OB.								
Freising	46,8	39,9	39,6	31,3	39,4	37,6	33,0	30,6
Ingolstadt	40,9	37,9	41,6	25,1	46,4	44,3	48,5	41,3
Landsberg	35,8	28,2	38,5	24,9	37,8	32,5	33,4	25,4
München	34,8	30,5	30,3	19,9	44,6	37,2	47,4	27,6
Rosenheim	28,2	26,3	22,3	25,5	28,2	26,3	25,0	20,2
Traunstein	28,2	26,3	22,3	14,5	29,0	25,7	24,1	19,4
NB.								
Deggendorf	35,4	34,5	32,7	33,7	31,1	31,0	35,2	29,9
Landshut	33,1	29,7	34,0	24,1	39,4	36,4	36,8	31,6
Passau	33,9	28,2	21,2	21,6	27,2	29,1	38,7	25,3
Straubing	37,2	35,2	39,5	28,0	36,0	33,6	42,4	34,9
OPf.								
Amberg	27,5	28,7	40,1	25,8	28,6	32,9	42,7	23,1
Regensburg	32,7	32,9	42,7	24,8	41,7	39,6	44,2	35,0
OFr.								
Bamberg	21,1	21,2	23,2	17,9	24,9	21,9	25,2	23,3
Bayreuth	16,3	15,5	19,4	14,1	14,5	15,8	14,6	14,3
Hof	20,1	19,5	19,2	14,3	14,3	14,2	14,3	11,9
Kulmbach	—	9,0	17,1	12,0	14,7	14,3	14,8	14,1
MFr.								
Ansbach	23,6	24,1	27,4	19,4	23,1	23,0	22,8	18,3
Dinkelsbühl	34,6	23,3	27,9	17,6	29,5	27,1	33,0	22,8
Eichstädt	40,0	38,9	36,4	32,4	46,7	42,1	42,1	36,8
Erlangen	19,9	16,9	19,2	13,5	23,0	22,6	26,1	20,2
Fürth	25,4	26,9	30,8	26,7	27,2	27,5	28,6	24,1
Nürnberg	26,8	25,9	28,0	22,8	32,0	31,0	28,9	24,1
Rothenburg o. T.	31,2	27,8	26,6	19,4	21,1	19,1	16,5	14,3
Schwabach	31,5	27,1	28,7	25,8	29,6	29,3	34,2	25,6
Weißenburg	29,7	26,2	33,8	20,2	36,6	31,9	29,9	29,3
UFr.								
Aschaffenburg	15,8	14,5	16,5	14,2	18,5	17,1	17,0	15,3
Kitzingen	26,4	20,8	18,2	18,0	19,0	18,7	20,9	17,2
Schweinfurth	26,0	23,3	18,2	15,0	20,9	19,2	19,4	16,2
Würzburg	16,6	16,7	13,9	18,4	24,5	25,3	26,8	24,7
Schw.								
Augsburg	37,3	32,8	33,7	24,0	43,3	37,2	41,9	32,7
Dillingen	33,2	33,0	33,3	27,1	38,5	34,5	32,5	26,8
Donauwörth	35,3	25,0	33,1	19,8	37,9	33,8	38,2	14,3
Günzburg	44,7	35,1	29,1	19,9	42,6	36,2	36,1	28,6
Kaufbeuren	37,2	31,2	24,5	21,0	36,9	31,2	32,2	20,8
Lindau	18,1	15,6	13,9	8,9	25,0	20,6	20,5	16,4
Memmingen	33,2	28,2	21,7	26,2	33,5	27,1	24,9	22,2
Neuburg a. D.	38,6	32,9	30,6	25,0	39,2	37,1	39,0	35,6
Neuulm	—	25,2	27,5	17,4	38,7	31,5	27,5	25,1
Nördlingen	33,4	29,2	25,0	20,9	32,6	29,2	29,6	18,7
Kempten	34,0	26,8	34,6	25,4	29,8	27,2	28,2	23,0

Soweit also ein Konsens in Zahlen zu erwarten ist, besteht er. Im allgemeinen ist die Abnahme in der Stadt größer als auf dem Lande, entsprechend der größeren wirtschaftlichen Hebung und entsprechend der durch die Krankenkassen durchgeführten größeren Fürsorge für die Mütter in den Städten.

Je größer die Stadt ist, desto mehr emanzipiert sie sich von dem Zuströmen der Bewohner der nächsten Umgebung und desto mehr differiert sie auch von der Säuglingsmortalität der Umgebung.

Um den Einfluß der Hausindustrie, soweit sie sich mit Kleinteilung des Bodens paart, zu zeigen, wurde der arme Bezirk Münchberg als Muster gewählt.

Münchberg wird von Webern bewohnt, die durchaus Hausindustrie treiben und einen kleinen Grundbesitz haben oder denselben sich pachten. Der Verdienst ist minimal. Sie mögen nicht mehr mit der Großindustrie gleichen Schritt zu halten. Wiederholt hat das bayerische Staatsministerium des Innern Behörden und Private zur Unterstützung der Bewohner durch Abnahme ihrer Produkte auffordern müssen.

Die Bodenverteilung in Münchberg:

Auf 100 Betriebe fallen solche von			
unter 5 ha	5—20 ha	über 20 ha	auf 1 ha Feld treffen ha Wiesen
70,2 Proz.	25,1 Proz.	4,5 Proz.	1,5
Eheliche Fruchtbarkeit 1891—1900 = 246.			

Kindersterblichkeit in Münchberg

1862—68	18,8
1869—78	17,1
1879—88	14,6
1885—89	14,0
1902—06	11,1
1906	9,7!

Trotz seiner Armut ist Münchberg neben Kusel in der Pfalz der beste Bezirk in Bayern in bezug auf die Säuglingsmortalität.

Ähnlich verhält sich Naila und andere Bezirksämter. Als Paradigma für die hochbelasteten altbayerischen Bezirke wurde Wegscheid gewählt, dessen wirtschaftliche Verhältnisse mir aus der Praxis wohl bekannt sind.

In dem nördlichen und östlichen Teile des Bezirksamtes Wegscheid standen noch in den 70er Jahren in jeder Bauern- und noch mehr in der Häuslerwohnung 1—3 Handwebstühle. Anfangs der

80er Jahre ging die Weberei ein; trotzdem haben die Bewohner die Aufzuchtssitten, welche sie sich im Laufe mehrerer Jahrhunderte angeeignet haben, beibehalten.

Das Kinderstillen ist im Bezirk Wegscheid noch heute stark im Gebrauch und das Resultat ist äußerst befriedigend. Die Sterblichkeit der Säuglinge ist die geringste in Niederbayern. Aber auch die Qualität der Erwachsenen ist hoch. Schon Adalbert Stifter erwähnt die Schönheit der Frauen dieses Bezirks und Roder hält die Frauen in der „Neuwelt“ — ein Teil des Bezirkes Wegscheid — für die schönsten und gesündesten im ganzen bayerischen Wald. Mit Hilfe des kgl. Bezirkskommandos habe ich vor Jahren das Aushebungsergebnis der einzelnen Bezirksämter berechnet. Wegscheid liefert seit mindestens 25 Jahren das schönste und meiste Soldatenmaterial. Unter 62 Proz. Tauglichkeit der Endgültig-Abgefertigten ist kein Jahrgang vorhanden; manchmal steigt die Tauglichkeit bis zu 80 Proz. und wird nur von dem ebenso armen Bezirke Kemnath in der Oberpfalz erreicht und teilweise übertroffen.

Dabei ist Wegscheid äußerst kinderreich.

Bodenverteilung.

Auf 100 Betriebe treffen Betriebe

bis zu 5 ha	5—20 ha	über 20 ha	auf 1 ha Feld treffen ha Wiesen
55,0 Proz.	35,1 Proz.	8,9 Proz.	1:1

Auf 1000 gebärfähige verheiratete Frauen

treffen Geburten

327 !!

Kindersterblichkeit

1862—68 21,8 Proz.

1902—06 25,2 Proz.

Immerhin zeigt sich schon der Einfluß der veränderten wirtschaftlichen Verhältnisse durch den Anstieg der Kindersterblichkeit.

Nicht das Einkommen an sich, sondern die Art und Weise wie die Mittel zur Lebenssucht erworben werden, ist für das Leben der Säuglinge entscheidend.

Zweifelloos war es die Industrie, welche in Bayern den Anstieg der Sterblichkeit der Säuglinge bewirkte und indirekt bewirkte sie auch den Abstieg derselben, wenn auch die mißlichen ländlichen Verhältnisse 1865—1890 verschärfend eingewirkt haben. Die bayerische Landwirtschaft vermochte das Volk nicht mehr zu ernähren oder um korrekter zu sein, sie vermochte die Bevölkerung nicht mehr zu beschäftigen. Eine außergewöhnlich starke Aus-

wanderung, namentlich in der Pfalz, charakterisiert die Mitte des vorigen Jahrhunderts. Mit dem Aufblühen der Industrie, Mitte der 60er Jahre, trat das ein, was man auch anderswo beobachtete. Ein guter Kenner der russischen Verhältnisse sagt: Das erste, was der Bauer nach Aufhebung der Leibeigenschaft tat, war, daß er sich einen Rausch trank, das zweite, daß er sich ein Weib nahm. Nachdem die gesetzlichen Schranken gegen die Verehelichung der Proletarier gefallen waren, noch mehr aber als die wirtschaftlichen Verhältnisse die Gründung eines Hausstandes zu erlauben schienen, mehrten sich die Ehen und das Heiratsalter fiel. Das Verhältnis der Proletarierkinder zu den Kindern der Besitzenden verschob sich und damit stieg die allgemeine Sterblichkeit der Kinder. Das Manchestertum in der Vermehrungspolitik erwies sich aber alsbald als zweischneidiges Schwert. Der Staat mußte daran gehen, die Zukunft auf Kosten der Gegenwart zu schonen; die Erlasse zur Schonung der Kinder und Frauen und namentlich der Mütter wirkten. Zugleich sah der Arbeiter ein, daß es mit dem Heiraten und Kindererzeugen allein nicht gedient ist. Die Geburtsziffer in den Städten fällt und nicht bloß bei den Besitzenden, sondern auch bei der besitzlosen Klasse. Damit wurde wieder ein Faktor in Wirksamkeit gesetzt, welcher die Kindersterblichkeit verminderte und die Pflege des Säuglings bessert sich.

(Schluß folgt.)

Aus der Gesellschaft für Soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik in Berlin.¹⁾

Sitzung vom 11. März 1909.

Vorsitzender: Herr Mayet. Schriftführer: Herr A. Grotjahn.

Herr R. Lennhoff trägt vor über „eine Methode zur Beurteilung des Erfolges der Walderholungsstättenkur bei Kindern“. Es sind jetzt gerade zehn Jahre her, als mein verstorbener Freund Wolf Becher und ich unsere gemeinsamen Untersuchungen von Wohnungen tuberkulöser Arbeiter in Berlin zum Abschluß gebracht hatten, und seit mir in den anschließenden Beratungen Becher zum ersten Male den Plan der Walderholungsstätten entwickelt hat. Zweck der Erholungsstätten sollte sein, den großstädtischen Arbeitern, denen der Arzt den Rat gibt, den Wald aufzusuchen, die Gelegenheit hierzu zu bieten. Es sollte dem Kranken, der sich möglichst lange in frischer Luft aufhalten muß, die Möglichkeit gegeben werden, trotz der weiten Entfernungen in der Großstadt den Wald aufzusuchen, sich im Walde aufhalten zu können, bei Regen ein schützendes Dach, bei Ermüdung einen Platz zum Ruhen zu haben und wenn er Hunger hat, sich satt zu essen. Mehr sollte im wesentlichen die Walderholungsstätte nicht sein. Dann wurde auf Initiative von Prof. Dr. Pannwitz vor neun Jahren die erste Walderholungsstätte in der Jungfernheide eröffnet. Es bildete sich unter dem Vorsitz von Frau Minister v. Studt im Volksheilstättenverein vom Roten Kreuz eine besondere Abteilung für Erholungsstätten, die bisher um Berlin sechs Erholungsstätten errichtet hat, je zwei für Männer, Frauen und Kinder, und die in kurzem eine dritte Kinderanstalt errichten will. Während ursprünglich die Erholungsstätten nur für den Sommer eingerichtet waren, ist seit einigen Jahren je eine der Männer- und Frauenanstalten auch im Winter geöffnet. Die Anstalten sind auf das Allereinfachste ausgestattet. Ein leichter Bau mit den notwendigsten Räumen für Küche, Bureau usw., dann eine nach einer Seite offene Schutzhalle für Regenwetter, Gelegenheit zum Liegen, Tische im Gelände u. dgl. Keine andere Anstalt läßt sich infolgedessen mit so wenig Mitteln errichten und hat einen so billigen Betrieb. Die Erfolge lassen sich bei den Erwachsenen im allgemeinen leicht und sicher feststellen. Bei den Erwachsenen kommt es im wesentlichen auf den Nachweis an, daß die Arbeitsfähigkeit wieder hergestellt ist,

¹⁾ Nach den Verhandlungen der Gesellschaft. abgedruckt in Nr. 19, 20, 21 27 u. 28 der „Medizinischen Reform“, 1909, herausg. von R. Lennhoff.

oder daß im Verhältnis zu der Zeit vor der Erholungsstättenbehandlung die Arbeitsfähigkeit länger als sonst erhalten bleibt. Dies kann man z. B. durch die Bücher der Krankenkassen leicht nachweisen. Man kann auch bei Erwachsenen leicht nachweisen, wenn objektive Veränderungen des Untersuchungsbefundes eingetreten sind, bestimmte Krankheitserscheinungen zurückgehen u. dgl. Wie sich im Laufe der Jahre gezeigt hat, übertreffen die Erfolge der Erholungsstätten für Erwachsene die ursprünglichen Erwartungen. Dies ist um so höher anzuschlagen, als die Erholungsstätten, so wie sie bei uns eingerichtet sind, die in Einrichtung und Betrieb billigste aller Anstaltsformen darstellen. Gleiche Erfolge lassen sich für die großstädtischen Arbeiter ohne Anstaltsfürsorge nicht erzielen, nur diese Anstaltsform aber bietet — selbstverständlich für die geeigneten Kranken — die Möglichkeit, dem Bedürfnis in vollem Umfang gerecht zu werden. Die Extraaufwendungen, die hauptsächlich die Krankenkassen zu machen haben, sind auch so geringe, daß sie geleistet werden können und vom Standpunkt der sozialen Hygiene sich rechtfertigen lassen. Viel schwieriger als bei Erwachsenen ist es bei Kindern, einen einigermaßen bestimmten Nachweis zu erbringen, inwieweit ihnen die Walderholungsstättenkur Nutzen bringt. Daß sie ihnen im allgemeinen Vorteile bietet, konnten wir frühzeitig erkennen. Wir bekamen die ersten Kinder dadurch in die Erholungsstätte, daß die Väter sie mitbrachten. Als in der Folge auch Frauenanstalten errichtet wurden, kamen ganz von selbst noch mehr Kinder mit. Einfach deshalb, weil viele Mütter gar nicht in der Lage sind, die Erholungsstätte anzufsuchen, wenn sie ihre Kinder unbeaufsichtigt zu Hause lassen müssen. Die Beobachtungen an diesen von den Eltern in die Erholungsstätten für Erwachsene mitgebrachten Kindern gaben den Anlaß, daß im Jahre 1902 die erste Kindererholungsstätte unter Wolf Becher eröffnet wurde, die jetzt vom Kollegen Badrian geleitet wird. Dann wurde 1903 die Anstalt in Sadowa aufgemacht, die unter meiner Leitung steht. Die vorläufigen Erfolge sind ja leicht festzustellen. Man sieht, daß die Kinder frischer werden, sie bekommen Eßlust, erhalten ein besseres Aussehen, nehmen an Gewicht zu, Drüsenschwellungen gehen zurück, skrofulöse Ekzeme verschwinden, die Aufmerksamkeit in der Schule nimmt zu usw. Ob aber die Erfolge von Bestand sind, ob wirklich der Nutzen der Kindererholungsstätten im Verhältnis zu der aufgewendeten Arbeit und Mühe und zu den Geldleistungen steht, dieser Nachweis ist verhältnismäßig schwer zu erbringen. Die Leistungen für die Erholungsstätten sind nicht gering, besonders bei den Kinderanstalten. Es ist eine ziemlich große Anzahl von Personen für diese Anstalten tätig; von den vielen Arbeitenden im Vorstande herab bis zu dem Personal, das in den Anstalten selbst auf das angestrengteste arbeiten muß. Die Tätigkeit des Arztes allein nimmt für die Kindererholungsstätte den ganzen Sommer über täglich zwei bis vier Stunden in Anspruch, so daß die Frage wohl berechtigt ist, ob der Nutzen groß genug ist, all diese Arbeit zu rechtfertigen. Die Kinder werden uns meist von den Rektoren, Lehrern und Lehrerinnen, in den letzten Jahren dazu von den Schulärzten, Armenärzten, vielfach auch von Wohlfahrtsvereinen überwiesen. Zunächst findet Untersuchung durch den Erholungsstättenarzt auf Aufnahmefähigkeit statt, dann legt er über jedes Kind eine Krankengeschichte an. In vielen Fällen stellt er Anträge an die Armendirektion aus zur Übernahme der Pflegekosten. In der Anstalt spielt sich das Leben folgendermaßen ab: Die Kinder kommen je nach der Jahreszeit morgens zwischen 7 bis 8 oder 8 bis 9 Uhr zur Erholungsstätte und fahren zwischen 6 und 7 abends wieder nach Hause. Die Nacht über bleiben sie in den Wohnungen der Eltern.

Sobald sie morgens ankommen, ruhen sie zunächst eine Weile aus. Dann erhalten sie die erste Mahlzeit, einen Becher Milchmehlsuppe und Weißbrot. Um 10 Uhr gibt es $\frac{1}{4}$ Liter Milch und Brot, zwischen 12 und 1 Uhr ein warmes Mittagessen, bestehend aus einem Gang, Gemüse mit nicht gar zu viel Fleisch; im allgemeinen kommt auf 6 Kinder 1 Pfund Fleisch. In der Zeit zwischen den einzelnen Mahlzeiten werden die Kinder in der mannigfachsten Art beschäftigt. Es sind je nach der Zahl der Kinder 1 bis 2 Kindergärtnerinnen tätig; eine leitende Schwester hat die Oberaufsicht. Es werden Reigenspiele geübt, die Knaben spielen Soldaten, buddeln; zu bestimmten Zeiten, in bestimmter Auswahl werden geeignete Atmungs- und Turnübungen vorgenommen. Je zwei Kinder erhalten ein kleines Stückchen Land, ungefähr 4 qm, zur selbständigen Gartenbewirtschaftung zugewiesen, was ihnen sehr viel Freude macht und auch mancherlei Bildendes besitzt. Nach dem Mittagessen müssen die Kinder zwei Stunden schlafen. Um 3 Uhr bekommen sie wiederum $\frac{1}{4}$ Liter Milch und mit Mus bestrichene Schrippen. Dann wird wieder gespielt. Gegen 6 Uhr gibt es Abendbrot, einen Becher Suppe und dicke Brotschnitten mit reichlich Butter. Soweit es der Arzt im Einzelfalle erlaubt, wird Schulunterricht erteilt. Als Schullokal dient in einem von dem übrigen Gelände etwas entfernt gelegenen Teile eine nach allen Seiten offene, lediglich überdachte Halle. Von der Stadt Berlin wird eine Lehrerin kostenlos zur Verfügung gestellt, auch Bänke und Lehrmittel leiht die Stadt. Jedes Kind bekommt in der Woche etwa 4 Stunden Unterricht. Es hat sich gezeigt, daß dieser Unterricht soweit genügt, daß die Kinder das Lernen nicht verlernen und in ihren Kenntnissen ausreichend erhalten werden, um in der Schule nicht wesentlich zurückzubleiben. Die Ernährung soll nur gerade ausreichend sein, es soll also keine Überfütterung herbeigeführt werden. Im Jahre 1907 haben z. B. die Selbstkosten der Nahrungsmittel pro Kind und Tag $37\frac{1}{2}$ Pfg. betragen. Man wird zugeben, daß hierfür keine Überernährung gewährt werden kann. Aber daß die Ernährung vollkommen ausreichend ist, um die Kinder nicht nur genügend frisch zu erhalten, sondern auch sie tatsächlich vorwärts zu bringen, geht daraus hervor, daß von 464 Kindern im Jahre 1907 nur 9 Knaben und 21 Mädchen keine Gewichtszunahme zeigten und nur 6 Knaben und 4 Mädchen Gewichtsabnahmen zu verzeichnen hatten; alle anderen Kinder hatten Zunahmen und zwar darunter zum Teil ganz außerordentliche bis 9, 10 Pfund und noch mehr. Bei den Kindern, die nicht zugenommen hatten oder eine Abnahme zeigten, konnte man in den meisten Fällen ausreichende klinische Gründe hierfür finden. Nun liegt es sehr nahe, ohne weiteres die Gewichtszunahme als ein Zeichen des Erfolges der Behandlung anzusehen. Ich habe aber immer Wert darauf gelegt, zu betonen, daß man die Gewichtszunahme nicht überschätzen soll. Es darf nicht vergessen werden, daß eine große Anzahl von Kindern unterernährt zu uns kommen, und daß die Gewichtszunahme nicht anderes bedeutet, als eine Steigerung auf den Stand, den das Kind eigentlich sowieso haben sollte. Erst dann bedeutet die Gewichtszunahme einen Erfolg, wenn dieser Stand für längere Zeit oder dauernd aufrecht erhalten wird. In diesem Falle ist freilich der Erfolg ein sehr erheblicher. Es finden sich auch bei einigen Kindern, die keine Gewichtszunahme aufweisen, mancherlei andere Zeichen dafür, daß die Erholungsstättenkur ihnen erhebliche Vorteile bringt. Im allgemeinen also waren wir bei der Frage, ob die Behandlung den Kindern genützt hat, lediglich auf unser eigenes Urteil und das der Eltern angewiesen. Ich will das nicht unterschätzen; denn es darf nicht vergessen werden, daß durch große Übung und Sachverständigkeit der Arzt ein Recht hat, sich eine

Urteilsfähigkeit beizumessen und zu sagen, ob ihm in dem einzelnen Fall das Kind gebessert erscheint oder nicht. Es kommen noch andere Faktoren der Prüfung hinzu, so, wenn die Eltern oder die Lehrer berichten, daß die Kinder, die früher schlecht gelernt haben und leicht ermatteten, nunmehr in der Schule verhältnismäßig leicht fortkommen, nicht mehr über Kopfschmerzen u. dgl. zu klagen haben. Indessen, das sind keine scharf faßbaren und jedermann beweisbaren Ergebnisse. Wir brauchen aber für diese Anstalten unbedingt irgendwelche Methode, um jedermann klar und deutlich und einwandfrei den Beweis erbringen zu können, wie die Anstalten wirken. Nicht nur aus den Gründen, die ich vorhin auseinandergesetzt habe, daß ein reiches Maß von Arbeit und Geld geleistet wird, das viel zu groß ist, um lediglich des Vergnügens der Kinder wegen geleistet zu werden, sondern vor allem auch, weil aus öffentlichen Mitteln recht erhebliche Beträge dafür ausgegeben werden. So hat die Stadt Berlin im Jahre 1907 ungefähr 22 000 M. für Verpflegungskosten an unsere beiden Kindererholungsstätten bezahlt. Die Behörden, Vereine und Private, die das Geld für unsere Behandlung ausgegeben und die noch mehr aufzuwenden geneigt sind, haben ein Recht, den Nachweis darüber zu verlangen, was von der Anstalt geleistet wird. Es ist nicht so leicht, einen solchen Nachweis zu führen. Bei dem niedrigen Verpflegungssatz von 50 Pf. pro Tag, den wir erheben, ist es ganz selbstverständlich, daß alle Arbeit, die auf die Anstalt aufgewendet wird, auf das unbedingt notwendigste Maß beschränkt wird. Wenn bei einer durchschnittlichen Belegungsziffer von 200 Kindern ein Arzt ehrenamtlich tätig ist, so kann natürlich keine so ins einzelne gehende Beobachtung stattfinden wie in einer Klinik, wo auf 30 bis 40 Patienten ein Assistenzarzt kommt und so und so viel Unterpersonal dazu. Das Krankenmaterial sammelte sich überdies in verhältnismäßig kurzer Zeit so massenhaft, daß man Buchungen und Schreibereien auf das denkbar einfachste Maß beschränken muß.

Ich benutze in Sadowa ein Journalblatt in Quartgröße mit folgendem Vor-
druck:

№.....	190	Alter.....	J.	Armendirektion
				Selbstzahler
				Ganze, halbe, Freistelle.
Name.....	Wohnung.....			
Aufnahme am	Gewicht.....	Brust.....	Länge.....	distantia jugulopubica.....
				distantia nasopubica.....
Entlassung „	„	„	„	circumferentia abdominis.....
Vater leidet an:			Mutter leidet an:	
gestorben an:			gestorben an:	
Beruf:			Beruf:	
Soziale Lage der Eltern				
Geschwister Anzahl..... Alter.....				
Krankheiten:				
Angaben über Patient: Früher in Heilstätte				
Ferienkolonie.....		Seehospiz		Erholungsstätte.....
Frühere Krankheiten:				

Mutterbrust Monate
 Mit wieviel Jahren sprechen?..... gehen?..... Schulklasse
 Wie in der Schule?
 Alkoholgenuß
 Gewerbliche Beschäftigung
 Gegenwärtige Beschwerden

Auf die Rückseite schreibe ich den Untersuchungsbefund.

Vor fünf Jahren habe ich diese Formulare zuerst drucken lassen. Ich habe mir damals gesagt, wir wollen abwarten, was vielleicht dabei herauskommt. Es war mir ungewiß, ob z. B. alle die Messungen einen Zweck haben würden. Inzwischen sind einige 1500 Krankengeschichten angesammelt, und nunmehr ging ich an die Prüfung, ob durch Vergleichung der einzelnen Aufzeichnungen etwas Bestimmtes herauszufinden sein würde. Bei der Auswahl des Materials für die Untersuchungen, deren Ergebnis ich hier vorführe, mußte ich mit Vorsicht vorgehen. Ich beschränkte mich zunächst auf den Vergleich des Körpergewichts. Dabei schaltete ich alle Kinder aus, die nur verhältnismäßig kurze Zeit in der Erholungsstätte gewesen waren, sodann beschränkte ich mich auf die Kinder, die sie mindestens in drei verschiedenen Jahren besucht hatten, weil eine einmalige oder zweimalige Kur nicht genügende Unterlagen gibt. Denn der beste Einzelerfolg kann bei dem Kinde nur ganz vorübergehend sein. Viel mehr noch als bei dem Erwachsenen ist sein Befinden von zahlreichen Einflüssen abhängig. Der beste Erfolg wird oft hinterher durch eine Krankheit, Masern, Scharlach usw., vernichtet. Dazu kommen die Einflüsse des Wachstums, der schnell oder langsam einsetzenden Pubertät. Überdies ist der Körperzustand des Kindes von überaus vielen äußeren Einflüssen abhängig, besonders von dem Wechsel der sozialen Lage der Eltern: Der Vater verliert die Arbeit, erleidet einen Unfall, Vater oder Mutter sind längere Zeit krank, sofort verschlechtern sich Wohnungs- und Ernährungsverhältnisse. Oder die Zahl der Geschwister wächst an, die Mutter wird von dem Gatten verlassen, Vater oder Mutter oder beide sterben — von allen diesen Einflüssen habe ich bei meinen Kindern vielfältige Beispiele gesehen. Dazu kommen die Einwirkungen der Schule, Versetzung in eine höhere Klasse, mit Anforderungen, denen das Kind nicht mehr genügend gewachsen ist, ein neuer Lehrer, der seine Individualität nicht erfaßt und vieles mehr. Es schien mir also nötig, mindestens den Zustand dreier Jahre in Vergleich zu setzen. Während einer großen Zahl unserer Pfleglinge eine wiederholte Fürsorge verschiedener Art zuteil geworden ist, abwechselnd Ferienkolonie, Seehospiz, Lungenheilstätte, Erholungsstätte usw., sind bis jetzt in unserer Erholungsstätte Sadowa im ganzen 39 Kinder in drei und mehr verschiedenen Jahren behandelt worden. Auch unter diesen war wieder eine Sichtung nötig. Die Kinder werden einzeln bei der Aufnahme und der Entlassung gemessen und gewogen, in der Zwischenzeit finden alle 14 Tage gemeinsame Wiegetage statt. Da wir nur mit wenig Personal arbeiten können, so muß notwendigerweise jede überflüssige Arbeit gespart werden. Kommt nun eine Gruppe von Kindern wenige Tage nach dem letzten Wiegetermin zur Entlassung, so wird, ja auch ganz mit Recht, auf nochmaliges Wiegen verzichtet. Hinterher stellt sich dann gelegentlich heraus, daß ein Kind den Wiegetermin versäumt hat; es fehlte an dem Tage, oder kam zu spät, weil die Schwester eingesegnet wurde, die Mutter einen Gang zu machen hatte und ein Kind in der Wiege zu beaufsichtigen war, genug aus Gründen, die mit der Armut der Eltern an Zahl zunehmen. Aus ebensolchen Gründen bleibt

auch gelegentlich ein Kind ganz fort oder es kommt an dem einen Tage nicht wieder, an dem es entlassen werden sollte. Für das Befinden des Kindes selbst wollen diese kleinen Unregelmäßigkeiten meist nicht viel besagen, sie dürfen auch die große Befriedigung, die die ärztliche Tätigkeit in der Erholungsstätte bietet, nicht beeinträchtigen; für den bestimmten Zweck ist aber die Krankengeschichte wissenschaftlich nicht verwertbar. Infolgedessen hielt ich mich nur für berechtigt, von 29 der 39 Kinder, die mehr als dreimal bei uns waren, die Krankengeschichten den vorliegenden Untersuchungen zugrunde zu legen. Den Schlußfolgerungen dürfte darum nicht mindere Beweiskraft innewohnen, da es sich bei den Kindern in den einzelnen Gruppen um ziemlich gleichartige Erscheinungen handelt.

Der Bericht aus Sadowa über 1907 sagt hierzu:

Unter den zur Beobachtung gelangten Krankheiten steht wie immer obenan unser typisches Bild:

Anämie, alte Rachitis, Drüenschwellungen am Halse, manchmal mit Skoliose und Kyphoskoliose, häufig mit Dämpfung über den Lungenspitzen, besonders links, ohne verändertes Atmungsgeräusch, zuweilen auch mit Rasseln, gelegentlich dabei kleiner Kropf. Anämie bei 95 Knaben und 143 Mädchen, 16 mal mit anämischem Herzgeräusch, rachitische Zeichen bei 36 Knaben, 48 Mädchen, Dämpfung der Lungenspitzen 65 Knaben, 83 Mädchen, Kropf 6 Knaben, 23 Mädchen.

Von Kindern mit Dämpfung der Lungenspitzen, die in den Vorjahren behandelt worden waren, hatte sich bei weiteren zwei typische Tuberkulose ausgebildet. Recht umfangreich war die Zahl unserer alten Patienten, bei denen Dämpfung und Drüenschwellung ganz oder teilweise zurückgegangen waren. Fast durchweg handelte es sich hierbei um Kinder, die mehrere Sommer hindurch jedesmal mehrere Monate die Erholungsstätte besucht hatten.

An Bronchitis litten 32 Knaben, 28 Mädchen.

Überaus zahlreich waren die adenoiden Wucherungen, z. T. gleichzeitig mit Ekzemen an Mund, Nase, Ohren oder entzündeten Augenlidern.

Die zweitgrößte Gruppe bildeten wie immer die nervenkranken Kinder, von denen der größte Teil erblich belastet war. Bei einzelnen ist immer zu wiederholen: dasselbe traurige Bild, schlechte z. T. entsetzliche häusliche Verhältnisse, Alkoholismus, Unverträglichkeit der Eltern, Mangel an jeglicher erzieherischer Einwirkung.

An ausgesprochener Hysterie litten 2 Knaben, 3 Mädchen, an Veitstanz 1 Knabe, 2 Mädchen, an Epilepsie leichter Art 1 Knabe, an Basedowscher Krankheit 5 Knaben, 3 Mädchen, an Gesichtsneuralgien 2 Knaben, 3 Mädchen.

Nervöse Herzerscheinungen hatten 5 Knaben und 8 Mädchen, z. T. in Verbindung mit anderen nervösen Symptomen.

Herzklappenfehler bestanden bei 8 Knaben und 3 Mädchen.

Verdauungsstörungen erheblicher Art bestanden nur bei 4 Knaben und 2 Mädchen. Bei dieser geringen Anzahl machte die Darreichung einer geeigneten Kost keine Schwierigkeiten.

Chronische Mittelohrentzündung 5 Knaben, 2 Mädchen, Blasenkatarrh 1 Mädchen, beginnender Lupus des Gesichts 1 Mädchen, Lues hereditaria 3 Mädchen, 2 Knaben.

Eine größere Zahl von Kindern kam zu uns zur Rekonvaleszenz nach größerer Operation, wie Rippenresektion nach eitriger Brustfellentzündung, Blinddarm-entzündung, Osteoplastiken.

Über die 29 Kinder gibt folgende Tabelle näheren Aufschluß:

Nr.	Alter	In Sadowa		Größe cm		Gewicht kg	
				Eintr.	Entl.	Eintr.	Entl.
1. Otto A.	10	1906	12./5.—11./8.	136		30,7	32,5
		07	13./6.— 2./8.	140	141	33,5	35,1
		08	4./7.—10./8.	147		37,5	38,2
2. Willy B.	8	1904	26./8.—26./9.			26,5	26,5
		05	18./6.—17./9.	134		29	29,2
		06	12./5.—27./9.	139	140	32,8	33,7
		07	11./5.—29./9.	145	145	35,5	37,2
		08	12./5.—30./9.	149	151	44,2	45
3. Kurt L.	10	1906	12./5.—19./9.	133	136	29	31,8
		07	9./5.—14./9.	141	142	32,5	33,2
		08	2./7.—30./9.	147	150	35,9	38,7
4. Erich R.	9	1905	8./6.— 7./9.	125		24,6	27
		07	4./6.— 8./9.	138,5	139	31	33,2
		08	4./8.—18./9.	140	142	32,2	38,8
5. Erich W.	10	1905	22./8.—21./9.	128		25,1	26,2
		06	12./5.—10./8.	132	133	26	27,9
		07	21./5.—25./8.	136,5		27,6	29,5
		08	8./7.—30./9.	143	144	31,9	34
6. Georg W.	7	1906	12./5.—10./8.	111,5	112	18,6	20,2
		07	21./5.—25./8.	117		21,7	22,1
		08	8./7.—30./9.	123,5	124	23,6	25,1
7. Karl B.	6	1904	3./9.—31./9.	120,5		24,7	24,5
		05	3./8.—29./9.	125		25	26,2
		07	4./6.— 3./8.	135	136	30,6	31,2
8. Franz C.	9	1904	23./8.—22./9.	124		25	25,7
		05	14./5.—13./8.			26,5	27,2
		07	17./5.—29./8.	135	135	31,5	32,5
9. Paul G.	11	1905	21./8.—20./9.	132		27,5	29,5
		06	25./8.—24./9.	137	138	30,2	32,1
		07	27./6.—26./9.	140	141	32	34,7
10. Max G.	11	1904	2./8.—30./9.	132		26	27,7
		05	16./5.—17./8.			27	27,6
		06	13./5.—20./8.	138		30	31
		07	17./5.—16./8.	146		33,7	36
11. Hermann H.	8	1905	5./6.—29./9.	116		19,7	22
		06	12./8.—11./9.	121,5		23	23,5
		07	2./7.— 1./8.	126		25,5	26
12. Walter H.	13	1904	12./6.—30./9.	147		32,6	36,5
		05	23./7.—29./9.	156		41	45,5
		06	12./5.—27./9.	159	162	44,5	51,2
		07	14./7.—29./9.	164		48,2	52,8
		08	25./6.—28./9.		167	53,2	54,5
13. Erich P.	11	1905	29./7.—28./9.	128		26,7	29,1
		06	19./6.—13./8.	133		29,1	30,6
		07	9./7.—21./8.	140		32,5	34,6
14. Walter R.	11	1905	4./6.—29./9.	131		27,2	28,6
		06	12./6.—27./9.	135		30,7	31,8
		07	26./6.—25./9.	138,5	139	32,1	33,5
15. Hans W.	8	1904	21./6.—20./8.			28	29,5
		05	16./6.—15./9.	140		30,5	32
		06	1./6.— 3./8.	143	144	33,5	35
		07	5./6.— 4./8.	149		37,5	39,5
		08	7./6.— 6./8.	153	156	41	44,5

Nr.	Alter	In Sadowa		Größe cm		Gewicht kg	
				Eintr.	Entl.	Eintr.	Entl.
16. Else G. . . .	12	1904	2./7.—30./9.	143		30,5	34,7
		05	16./5.—17./8.			34,5	36,2
		06	13./5.—23./8.	155	156	39,2	41,7
		07	14./5.—14./7.	159,5	160	43,3	45,5
17. Valeska G. . .	10	1904	2./7.—4./9.			23	25
		05	29./5.—27./8.			25	25,3
		06	13./5.—11./8.	137	139	26,4	29
		07	17./5.—8./8.	146	147	30,2	32,7
18. Gertrud G. . .	7	1904	31./8.—30./9.	120,5		26,1	26,8
		05	30./5.—30./8.			28	30
		06	4./8.—27./9.	130,5	131	34,7	37,2
		07	11./6.—8./7.	135	135	40,8	40,8
19. Helene H. . . .	11	1905	6./8.—29./9.	132		29,6	31,6
		06	15./5.—18./8.	136	136	32,6	34,1
		07	11./7.—9./8.	146	147	37,6	40
20. Helene T. . . .	12	1905	18./8.—17./9.	155		37,6	39,1
		06	26./5.—25./7.	159		40,3	41,4
		07	6./6.—16./7.	162	164	44	45
21. Elsbeth W. . .	11	1905	6./8.—29./9.	131		26,7	28,2
		06	12./5.—10./8.	136		29	30,6
		07	9./5.—8./7.	142,5		33,1	33,2
22. Marie W. . . .	9	1904	17./6.—16./9.	119		20,2	22,4
		06	23./5.—28./8.	128		24,2	25,1
		07	4./6.—3./8.	132		26	28
23. Clara C. . . .	9	1904	9./8.—30./9.	122,5		28,6	29,7
		05	31./5.—30./8.			25,2	27
		06	13./5.—12./8.	129,5	131	27,5	29
		07	18./5.—31./8.	136	137	30,5	32,6
24. Gertrud C. . .	8	1904	9./8.—30./9.	111		18,6	19,8
		05	31./5.—30./8.			20	21,4
		06	13./5.—10./8.	117,5	118,5	22	22,7
		07	18./5.—31./8.	122	124	24,3	25,2
25. Berta H. . . .	9	1905	6./8.—29./9.	125		24,3	27,8
		06	15./5.—10./8.	128		27,2	28,5
		07	3./6.—29./9.	133	135	29,8	33,5
		08	24./6.—23./9.	141	144	34,5	38,5
26. Margarete J. .	7	1906	17./5.—10./8.	123,5		22,2	24
		07	13./5.—19./7.	129,5	130	25,2	26
		08	11./6.—10./8.	133,5	133,5	27,7	28,5
27. Martha B. . . .	13	1904	17./8.—16./9.	151,5		41,5	43,9
		05	3./7.—29./9.	157		45,5	48,7
		06	13./5.—12./6.			49,2	
		07	21./5.—17./8.	160		52,2	55,7
28. Hedwig C. . . .	8	1905	29./5.—13./9.	116		21,5	24,5
		06	21./6.—20./9.	120	122	23,5	26
		07	17./5.—28./8.	124	125	25,8	26,7
29. Charlotte G. .	9	1905	19./6.—30./9.			27,6	29,5
		06	6./5.—16./8.	139		29,5	31,2
		07	22./6.—21./9.	146	148	34,5	35

Bei den meisten steigt das Gewicht für die Zeit der Erholungsstättenbehandlung erheblich an. In der Zeit zwischen zwei Behandlungsperioden findet sich teils ein gleichmäßiger Verlauf, teils Ansteigen, teils Abfall. Selbst eine Gewichtszunahme beweist nicht ohne weiteres eine bessere Ernährung des Kindes. Denn das Kind wächst und alle Nahrungszufuhr kann auf Kosten des übrigen Körpers von dem Wachstum in Anspruch genommen worden sein. Das Kind wächst im allgemeinen nicht das ganze Jahr hindurch gleichmäßig, auf längere Perioden von geringem Wachstum oder Wachstumsstillstand folgen oft ganz kurze Perioden von beträchtlichem sprunghaftem Wachstum. Es ist also darauf zu achten, ob nicht zufällig der Zunahme an Gewicht während der Erholungsstättenbehandlung eine ausgleichende Zunahme an Körpergröße entspricht. Will man zu einem weiteren Überblick über die Bedeutung der Gewichtsbewegung kommen, so muß man den Einfluß des Wachstums ganz ausschalten. Das kann man durch Berechnung des Zentimetergewichts. Wenn z. B. ein Kind von 100 cm Körperlänge 25 kg wiegt, so wiegt jeder Zentimeter $\frac{25}{100}$ kg, gleich 250 g. Wiegt das Kind zu einem späteren Zeitpunkt 27,5 kg, ist aber um 10 cm auf 110 cm gewachsen, so beträgt das Zentimetergewicht wiederum 250 g. Das Körpergewicht hat also genau entsprechend dem Wachstum zugenommen, die Gewichtszunahme drückt durchaus keinen besseren Ernährungsstand aus.

Diese Berechnungsarten sind keineswegs neu, sie sind z. B. schon von Quetelet angewendet worden. Es lag auch nahe, bei jedem einzelnen Kinde zu prüfen, ob die Körpergröße dem Alter entspricht und ob Größe und Gewicht in normalem Verhältnis zueinander stehen. Über diese Fragen gibt es in der Literatur auf Grund von Beobachtungen in großen Zahlenreihen und sehr eingehenden Berechnungen mancherlei Material. Es sei z. B. verwiesen auf Quetelet: *Sur l'Homme et le Développement de ses Facultés*, Brüssel 1836, Louis Haumann; Marina: *Anthropologische Untersuchungen an jugendlichen Personen*, 1905, Politisch-Anthropologische Revue; R. Anthony: *Traité d'Hygiène*, Paris 1906, Bailliére & Fils.

Die bei solchen Berechnungen gefundenen Durchschnittswerte haben aber meist nur allgemeine Bedeutung; will man sie auf ein bestimmtes Individuum anwenden, so kommt man leicht in Bedrängnis. Denn was im allgemeinen als normal anzusehen ist, braucht noch lange nicht für ein bestimmtes Individuum das gerade für dieses Normale zu sein. Bei manchen ganz gesunden Kindern fällt das stärkere Wachstum in die früheren, bei manchen in die späteren Kindheitsjahre, manche wachsen frühzeitig in die Länge und gehen erst später in die Breite usw. Forscht man nach, so erfährt man, daß bei Vater oder Mutter die Entwicklung ähnlich war, daß also Erblichkeitsmomente mit ausschlaggebend sind.

Sitzung vom 21. April 1909.

Vorsitzender: Herr Mayet. Schriftführer: Herr R. Lennhoff.

Herr Sommer-Gießen trägt vor über „**die Beziehungen zwischen Psychologie, Psychopathologie und Kriminalpsychologie vom Standpunkt der Vererbungslehre**“. Die Lebensgestaltung des einzelnen Menschen hängt im Grunde von zwei Faktoren ab, die man prinzipiell trennen muß; erstens von seiner angeborenen Anlage und zweitens von der Summe von äußeren

Reizen, die von der Außenwelt auf ihn einwirken. Es handelt sich im wesentlichen um ein Zusammenwirken von endogenen und exogenen Momenten. Ist es nun überhaupt möglich, die verschiedenen Momente, die beim Menschen in Betracht kommen, einerseits die angeborenen Anlagen, andererseits die vielen äußeren Einwirkungen derartig zu bestimmen und zu trennen, daß aus dem allgemeinen Prinzip eine Wissenschaft wird? Kann man die angeborenen Momente in solcher Weise klarstellen, daß man von einem äußeren Ausdruck der inneren Anlage reden kann? Nur wenn dies der Fall ist, hat es einen Sinn, von jenem allgemeinen Satz auszugehen. Die Hauptfrage ist, ob man überhaupt in diese inneren Momente einen klaren Einblick gewinnen kann. Gehen wir auf die drei großen Gebiete der beobachtenden Seelenlehre ein, Normalpsychologie, Psychopathologie und Kriminalpsychologie, so stellt sich heraus, daß in allen drei Gebieten sich eine ganz gesetzmäßige Entwicklung vollzieht, die darauf hinausläuft, daß man die Momente der Anlage schärfer differenziert, sie klarer erkennt, und gewissermaßen die natürlichen Gruppen allmählich herausschält. Im Gebiet der Psychologie hat sich seit vielleicht 100 Jahren mit einer vollständigen Gesetzmäßigkeit dieser Prozeß vollzogen und zwar waren es zum Teil ganz elementare Erfahrungen, die zuerst die Aufmerksamkeit auf diese Erscheinungen der persönlichen Beschaffenheit hingelenkt haben. Bei der Beobachtung der Sterndurchgänge hat sich gezeigt, daß vielfach die Zahlen der Beobachter gar nicht zu stimmen schienen, und man hat den Grund für diese Unstimmigkeiten zu finden geglaubt in einem Irrtum oder besser in einer individuellen Besonderheit derjenigen, die beobachtet haben. Sie sehen, daß die ersten methodischen Beobachtungen dieser Art durch die Entwicklung der experimentellen Psychologie entstanden sind, die sich besonders an die Namen von Fechner und Wundt knüpft. Es hat sich dabei allmählich ein Bild herausgestellt von den verschiedenen Arten der Reaktion und von den typischen Fehlern. Dabei zeigt sich gerade in der Untersuchung der Fehler ein allmählicher Fortschritt. Ursprünglich hat man einfach fortlaufend Reaktionszeiten geschrieben, und hat daraus das arithmetische Mittel genommen. Aber von meinem Standpunkt aus liegt nicht bloß in der Tatsache der Fehler und Streuungen das wesentliche, sondern in der Art, wie der Mensch auf die Reize reagiert, d. h. nicht etwa nur in dem zahlenmäßigen Abweichen von einer bestimmten Norm liegt das Interessante, sondern in der persönlichen Besonderheit, die sich geltend macht bei der Art der Reaktion auf die verschiedenen Reize. Die Methodik ist so beschaffen, daß man entsprechend dem Grundprinzip aller physiologischen Beobachtungen mit bestimmten Reizen an das einzelne Individuum herangeht und prüft, in welcher Weise es darauf reagiert. Ich kann hier nicht eine genaue Beschreibung der Technik geben, das gehört in die besondere Lehre von den Einrichtungen der Laboratorien und Apparate. Begnügen Sie sich bitte der Kürze wegen mit den Resultaten. Sie werden sehen, daß in diesen eine merkwürdige Gesetzmäßigkeit zutage tritt. Wir haben viele Untersuchungen in verschiedenen Semestern gemacht, und ich gebe hier nur einen ganz kleinen Ausschnitt.

Die Aufgabe bestand z. B. darin, daß die betreffende Person eine Reihe von Reizworten an einem optischen Reizapparat ablesen soll. Es handelt sich um ein- und mehrsilbige Worte, und das Experiment besteht darin, daß zu den verschiedenen Worten der betreffende Name gesagt werden soll. In dem Moment, in dem das Reizwort erscheint, muß man einen Strom schließen und den Zeiger

der Uhr (Hippisches Chronoskop) einziehen lassen, darauf im Moment der Reaktion den Uhrstrom wieder unterbrechen.¹⁾ Betrachten Sie nun diese Versuchsreihen, die an Normalen, größtenteils Studenten, Ärzten, Lehrern, ungefähr im Alter von achtzehn bis fünfundvierzig Jahren, gewonnen wurden. Wenn Sie die Resultate nach der Länge der Reaktion ziehen (σ = Sigma heißt eintausendstel Sekunde), so stellt sich heraus, daß die Mehrzahl ihre maximale Häufung bei 400 bis 500, ein kleiner Teil bei 500 bis 600 σ hat. Verfolgen Sie die Zahlen, so haben Sie z. B. eine Person, die in ihrer Reaktionsart ganz identisch mit einer anderen Person ist; die eine ist ein Lehrer, die andere ein Arzt. Von zehn Versuchen haben Sie sechs, die in die Kolonne von 400 bis 500 σ treffen. Es ist sehr interessant, zu sehen, wie bei manchen Versuchspersonen die Resultate in verschiedene Kolonnen streuen. Die Erscheinung, daß bei Menschen, die einen deutlichen Typus in der Mehrzahl der Reaktionen haben, die betreffenden Prozesse manchmal länger dauern, nennt man Streuung nach oben; wenn die Reaktionen manchmal nicht so lange dauern, so heißt das Streuung nach unten. Dies bedeutet also den Unterschied zwischen verkürzter und verlängerter Reaktionszeit. Hierbei erkennt man, wo die Konstanten und wo die Inkonstanten sind. Eine Fundamentalerscheinung besteht darin, daß man eine gewisse Konstanz einhält. Es kommt nicht nur auf die Geschwindigkeit an, sondern wesentlich auf die Konstanz der Leistung. Die Sicherheit, Gleichmäßigkeit und Kürze sind selbstverständlich, wenn diese Momente zusammentreffen, außerordentlich günstige Bedingungen für normale und übernormale Funktionen. Bei einer normalen Versuchsperson liegen die Zahlen zwischen 600 und 700 σ . Es handelt sich dabei um Ablesungen; der Betreffende ist ein Japaner. Es dauert hier also etwas länger bei deutschen Worten, während bei der Exposition von japanischen Schriftzeichen sich diese Differenz wieder ausgleicht. Eine andere Versuchsperson hat folgende besondere Eigenart. Es zeigt sich eine Verschiebung der ganzen Werte nach unten. X. hat seine Hauptwerte bei 300 bis 400 σ . Hier macht sich geltend, daß bei der Berechnung der maximalen Häufung diese Versuchsperson sofort in eine niedrigere Kolonne hineinkommt. Sie sehen, daß X. die maximale Häufung hat bei 300 bis 400 Tausendstel Sekunden. X. ist in diesem Punkt überwertig, da er eine abnorm rasche Reaktion hat. Es gibt eine kleine Gruppe von Leuten, die überhaupt aus der typischen Regelmäßigkeit herausfällt, sie haben rasche Reaktionen, und das sind die in diesem Punkte besonders Begabten. Ich habe das Resultat zuerst nicht geglaubt und habe gedacht, möglicherweise hat der Betreffende Vorreaktionen. Ich habe ihn daher mit den größten Vorsichtsmaßregeln untersucht und muß sagen, er ist in dieser Beziehung, die eine optische motorische ist, überwertig. Die gleichen Erscheinungen finden Sie immer wieder einmal bei Untersuchung einer großen Zahl von Menschen. Es gibt eine kleine Gruppe von Menschen, die mit höheren Leistungen reagieren. Nur durch Vererbung von übermäßigen Leistungen ist überhaupt eine Weiterentwicklung der Menschheit in bestimmten Richtungen möglich, und nur dadurch, daß sich bei einzelnen solche Reaktionen im Sinne der übermäßigen Leistungsfähigkeit entwickeln, und daß diese später durch Vererbung besonders bei dem Zusammentreffen von ähnlichen Anlagen festgehalten werden, kommt dieser Fortschritt zustande. In einem anderen Falle zeigt sich eine beträchtliche Streuung nach unten; aber wir sehen, daß hier das Vorhandensein von Fehlern

¹⁾ Vgl. Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden S. 156 u. f.

möglich ist. Das Ablesen der Worte in einer Zeit von nur 200 Tausendstel Sekunden bedeutet mit Wahrscheinlichkeit, daß hier Fehler drin stecken, daß die Person vorreagiert. Solche Vorreaktionen sind in ihrer Art ganz inkonstant und erscheinen als eine persönliche Fehlerquelle, die sich auf diesem Wege nachweisen läßt. Es handelt sich bei den untersuchten Normalen um lauter Personen, die ich sehr gut kenne und bei denen ich die sonstigen Erscheinungen aus ihren Leistungen gut beurteilen kann. Wir haben bei einer großen Menge von Personen Tausende von Untersuchungen gemacht. Sie müssen, um die Normalwerte zu gewinnen, die Leute nicht untersuchen, wenn sie unter Ausnahmebedingungen sich befinden, also z. B. übermüdet oder erregt sind usw. Andererseits kann man mit diesen Methoden Ermüdung, Vergiftung, Schreckwirkung usw. klar herausstellen. Sehen Sie sich die Normalserie an, und vergleichen Sie damit die pathologischen Fälle. Sie erkennen, wie bei dieser einfachen Aufgabe die pathologischen Zustände sich sehr deutlich von den normalen scheiden.

(Referent demonstriert mehrere umfangreiche Tabellen aus seinem Lehrbuche.)

Ein solcher Fall betrifft einen epileptisch Belasteten.¹⁾ Er hatte ein homosexuelles Delikt begangen und wurde angeklagt, aber auf mein Gutachten freigelassen und trat, nachdem der Fall gerichtlich erledigt und die Anklage aufgehoben war, freiwillig in meine Klinik zur Behandlung ein. Es traten bei ihm ganz eigentümliche Erscheinungen in diesem Gebiet der psychophysischen Reaktionen auf. Es zeigte sich eine allgemeine Verlängerung der Reaktionszeit ungefähr bis zum Dreifachen des Normalen.

Ganz merkwürdig ist ein anderer Fall, eine begutachtete Frau. Beinahe eine Sekunde ist die geringste Reaktionszeit. Sie zeigt große Streuung nach oben. Hier finden Sie Werte von 2000 und 3000 σ , also ganz enorm lange Reaktionszeiten. Die Frau war angeklagt wegen Diebstals und zur Beobachtung bei mir in der Klinik. Wenn man sie fragte, beantwortete sie alles richtig, aber mit vollständig verlängerten Reaktionszeiten. Schließlich kam ich immer mehr zu der Meinung, daß trotz der richtigen Antworten eine vollständig gehemmte Person vor mir stand, die man als katatonisch bezeichnen mußte. Nachdem sie infolge meines Gutachtens freigesprochen war, mußte sie einige Zeit darauf wegen schwerer Störungen in die Irrenanstalt gebracht werden. Die Umgebung hatte zunächst aus der Art ihrer Antworten gar nichts gemerkt, nur ihre merkwürdigen Grimassen waren aufgefallen, und schließlich stellte sich heraus, daß sie in der Reaktionszeit vollkommen pathologisch war.

Eine gewisse Regelmäßigkeit finden Sie bei solchen Leuten, die infolge von Verletzungen einen Zustand von Psychoneurose haben. Diese zeigen häufig verlängerte Reaktionszeiten, aber mit einer relativ großen Konstanz und, was interessant ist, mit Streuungen in der Richtung des Normalen. Sie sehen diese Streuung von der Kolonne der maximalen Häufung nach unten bis 300—400 Tausendstel. Es überwiegt eine vollkommene Entschlußlosigkeit und Willenlosigkeit; kommt jedoch einmal ein Impuls, so sieht man, daß die Funktion sich in normalen Grenzen bewegt.

Wichtig ist es, dabei eine Unterscheidung zu machen zwischen gelähmten Funktionen und gehemmten oder ausgeschalteten.

Bei der nächsten Tabelle handelt es sich um eine ähnliche noch einfachere Aufgabe. Diese bestand darin, auf ein einfaches akustisches Signal (Schall beim

¹⁾ Vgl. Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden S. 102 u. f.

Druck auf den Morsetaster) durch Druck auf den Morsetaster zu reagieren. Die Reaktionszeit liegt bei Normalen überwiegend in der Kolonne von 150—200 σ . Dabei handelt es sich wiederum nicht nur um die Zeitdauer sondern auch um Konstanz der Leitung. Bei einer Versuchsperson, einem Arzt, liegen von 10 Versuchen 9 zwischen 150 und 200, einer zwischen 100 bis 150.

Bei einer anderen Versuchsperson zeigt sich eine größere Streuung. Eine andere Person hat ihre Maximalzahl in der Kolonne von 100 bis 150, also eine rasche Reaktion. Bei einigen finden Sie ganz ähnliche Verhältnisse der Häufung in 2 Kolonnen, nämlich 18 und 11, 20 und 12. Eine andere Person hat eine Neigung zur Streuung, sie zeigt sich ablenkbar. Das gehört zu ihrem bestimmten normalen Typus.

Eine Person besitzt eine sehr große Konstanz. Alle Werte liegen in der Kolonne von 100 bis 150 σ . Ihre Leistung ist also rasch und gleichmäßig,

Die gleiche Person, die in der ersten Tabelle die Maximalleistung hatte, steht auch hier in der Kolonne der Zahlen unten, hat also auch hier kurze Reaktionszeiten.

Vergleichen Sie die Tabellen, so erkennen Sie sofort, daß die Maximalzahl der normalen Werte in den Kolonnen 150—200 und 200—250 liegt. Das drückt sich aus in der Zahl der maximalen Häufung. Die Normalwerte sind hierin deutlich zu erkennen.

Aus diesen Kolonnen fallen die untersuchten Idioten durch längere Zeiten und größere Streuungen völlig heraus.

Ferner sind eine ganze Reihe von Fällen mit Unfallneurosen untersucht worden. Bei mehreren liegen die Werte bei 300 bis 350. Es kommen jedoch auch Werte vor von 700 bis 800 σ . Hier ist eine ganz wesentliche Erhöhung der Zeiten wie bei dem ersten Versuch vorhanden. Bei den Psychisch-Nervösen ist die Funktion im allgemeinen etwas verschoben, während gelegentlich Normalwerte vorkommen.

Das Ganze soll darstellen, wie man allmählich Normalwerte gewinnen kann für bestimmte Funktionen.

Die dritte Tabelle bezieht sich auf eine kompliziertere Aufgabe. Diese besteht darin, zu Substantiven passende Adjektive zu finden. Bei dieser Aufgabe, die soviel persönlichen Spielraum läßt, kann man scheinbar von Gesetzmäßigkeit eigentlich überhaupt nicht reden. Und doch stellt sich heraus, daß die sämtlichen Versuchspersonen zu dieser Funktion im Durchschnitt und auch bei der Feststellung der maximalen Häufung eine Zeit brauchen, die zwischen einer Sekunde und anderthalb Sekunden liegt. Also auch bei einer so verwickelten und scheinbar individuellen Aufgabe stellt sich etwas Gesetzmäßiges heraus.

Wenn man in dieser Weise untersucht, so kommt man allmählich auf den Begriff, daß jede einzelne Funktion einen bestimmten Normaltypus hat, von dem aus der Einzelne Abweichungen, Variationen und Streuungen aufweist. Das, was wir individuell nennen, ist nichts anderes als ein allerdings manchmal etwas selteneres Exemplar einer typischen Gruppe. Es ist mir oft eine Erscheinung vorgekommen, die rein persönlich erschien, die ich zunächst gar nicht in Verbindung mit anderen bringen konnte, und doch stellte sich heraus, daß die Vergleichung einer großen Reihe von Leuten bei einzelnen Individuen genau dasselbe zeigte. Das Individuelle ist in vielen Fällen nichts anderes als eine besondere Art von Streuung, die sich in bestimmten Grenzen hält. Auf diesem Wege kann man allmählich auf dem Gebiet der Normalpsycho-

logie die Anlagen auf bestimmte Maße und Formeln bringen, und es fragt sich, wie man verfahren soll, um in den Nachbargebieten weiter zu kommen. Im Psychopathologischen habe ich es in der Weise versucht, daß ich die gleiche Reihe von Reizen auf die einzelnen Personen angewendet und daß ich alle konstant in derselben Weise untersucht habe, um für die einzelnen Funktionen Werte zu bekommen. Das können Sie aus den graphischen Darstellungen, von denen ich einige herumreiche, deutlich ersehen.

Bei der ersten Übersicht handelt es sich um Rechenresultate nach der gleichen Reihe von Aufgaben.¹⁾ Es handelt sich um vier Zeiten, zu denen die Untersuchungen vorgenommen sind; die erste am 24. Januar, da wurden z. B. von zehn Additionsaufgaben sechs gelöst, ganz analog den Leistungen bei den anderen Aufgaben, außer der Division, die dauernd gleich Null war. Sodann untersuchte ich mit der gleichen Methode am 25. Februar. Da stellte sich heraus, daß die gesamte Funktion gleich Null ist. Die dritte Untersuchung erfolgte am 13. März. Es zeigte sich, daß die Funktion wesentlich gestiegen war und zwar etwas über den Standpunkt bei der Ausgangsuntersuchung. Dann kommt eine vierte Untersuchung. Da ist die betreffende Person wieder ganz unten in den Leistungen, und bei der fünften Untersuchung ist die Leistung wieder gestiegen. Sie können auf diesem Wege genau feststellen, wie sich eine bestimmte Person in bezug auf die einzelnen Funktionen zu verschiedenen Zeiten verhält. Im speziellen Falle ist die periodische Schwankung eines epileptischen Zustandes ersichtlich.

Eine zweite Darstellung bezieht sich ebenfalls auf die Untersuchung von Rechenaufgaben. Da stellt sich etwas ganz anderes heraus. Wenn Sie nämlich die verschiedenen Zeiten und die Kurven vergleichen, so sehen Sie, daß die Zahl der richtigen Lösungen fortschreitend sinkt, es sind nur wenige vorübergehende Steigerungen (Remissionen) vorhanden. Anstelle von richtigen Lösungen treten sogenannte Iterativ-Erscheinungen auf, indem das Reizwort einfach in der Aufgabe wiederkehrt. Es ist also eine ganz sinnlose Wiederholung von Fragen vorhanden. Hier ist ein vollkommener Widerspruch zu der ersten Kurve zu bemerken. Es liegt ein Fall vor, bei dem es sich nicht um periodische Schwankungen handelte, sondern um fortschreitende Zersetzung (Progressive Paralyse).

Eine andere Symptomkurve bezieht sich auf folgenden Fall. Es lag ein akuter Erregungszustand von maniakalischer Art vor, also lebhaftes Reden, viele Gesten, Toben, Schreien, das bekannte Krankheitsbild. Ich habe den Fall ebenfalls untersucht, indem ich mit der gleichen Reihe von Reizen zu verschiedenen Zeiten die Funktionen geprüft habe. Da stellte sich heraus, daß eine zahlenmäßig auszudrückende elementare Störung da ist, nämlich das Eintreten von sogenannten Klangassoziationen. Wenn man dem Kranken ein Wort zuruft, reagiert er nicht auf den Inhalt, sondern auf den Klang, so sagt er z. B. auf Kopf: Topf usw. Diese Störung ist durch eine schwarze Linie bezeichnet, welche den Verlauf dieses Symptomes zu verschiedenen Zeiten während mehrerer Monate darstellt. Fortschreitend richtet sich die normale Funktion allmählich wieder ein, der Betreffende verliert diese Klangassoziationen wieder. Die Kurve der Reaktion mit Wortreihen auf bestimmte Reizworte hat zuerst entgegengesetzten Verlauf. Es zeigt sich, daß ein Erregungszustand vorhanden ist, der seinen Höhe-

¹⁾ Vgl. Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden S. 293 u. f.

punkt erreicht und dann allmählich abklingt. Der Prozeß hat von Juli bis Oktober gedauert; der Betreffende ist vollkommen wieder genesen und hat bis jetzt einen Rückfall nicht bekommen.

Wenn man in dieser Weise die normale Funktion mit der pathologischen vergleicht, so kann man die Verlaufskurven studieren. Durch Untersuchung mit der gleichen Reihe von Reizen kann man somit die normalen Anlagen und die Art ihrer Störung sowie den Ablauf der Veränderung bei Geisteskrankheiten erkennen.

Außerdem hat die Psychiatrie allmählich immer mehr eine Wendung auf die Ursachenforschung genommen. Nicht bloß die experimentalpsychologische Untersuchung stellte heraus, daß es sich dabei um angeborene Fähigkeiten handelt, welche durch bestimmte Krankheitsformen verändert werden, sondern auch die ganze Untersuchung der Ursachen führt immer mehr zur Erkenntnis der Bedeutung der angeborenen Anlagen. — Man hat früher unter dem Begriff des angeborenen Schwachsinnns oft Symptomenkomplexe dargestellt, die in meinem Sinne nicht angeboren sind sondern erworben, z. B. die Hirnhöhlenwassersucht usw. Diese Krankheiten sind eigentlich nicht angeboren im Sinne der von vornherein gegebenen Keimbesechaffenheit, sondern sie sind erworben im embryonalen Leben oder in den ersten Lebensjahren. Es gibt eine ganze Menge von Fällen, die wir als angeboren schwachsinnig bezeichnen, während sie dies nicht sind, sondern bei denen Krankheiten die normale Funktion beeinträchtigt und die Keimanlagen während der Entwicklung gestört haben. Dagegen gibt es tatsächlich in dem Gebiet des angeborenen Schwachsinnns auch solche Fälle, die im strengsten Sinne auf der Keimbesechaffenheit beruhen, das sind die eigentümlichen Erscheinungen, die man als Ausläufer am Stammbaum bezeichnen kann. Man findet bei der Untersuchung dieser Fälle meist gar nichts von organischen Krankheiten, die etwa im embryonalen Leben entstanden wären, sondern die betreffenden Individuen sind von Anfang an in vielen Beziehungen funktionslos. Es werden eine Menge von angeborenen Geistesstörungen in Familien schon durch die Komponenten der Generation bedingt. Diese Erscheinung des angeborenen Schwachsinnns in diesem Sinne ist von größter Bedeutung und muß von den Krankheiten, die eine an sich gesunde Keimanlage hinterher befallen, getrennt werden. Der Hydrocephalus vererbt sich nicht als solcher, sondern ist eine Krankheit, welche das Gehirn befällt; dagegen sind die echten hereditären Fälle angeboren. Nun hat die Psychopathologie gerade in den letzten zwei Jahrzehnten eine weitere Wendung zur Anerkennung endogener Ursachen gemacht in Hinsicht auf solche Schwachsinnnsformen, die später ausbrechen, ohne daß man äußere Ursachen finden kann. Wenn man früher beobachtet hat, daß z. B. in den 20er Lebensjahren eine Geistesstörung ausbrach, so hat man versucht, diese Störung aus äußeren Ursachen z. B. Erschöpfung usw. abzuleiten, während man neuerdings zu der Ansicht kommt, daß aus endogener Ursache nach einer Reihe von Jahren, sogar Jahrzehnten Schwachsinnnsprozesse ausbrechen können. Das ist die sprachlich unrichtig bezeichnete *Dementia praecox* (wörtlich: frühreife Demenz). Andere nennen die Störung primären Schwachsinn, um auszudrücken, daß der Schwachsinn sich primär bei der Störung entwickelt. Früher hat man von sekundärem Schwachsinn gesprochen, der nach Affektpsychosen als sekundäres Symptom auftreten sollte, während man ihn jetzt als primären betrachtet und gleichzeitig immer mehr zur Anerkennung des endogenen Moments kommt. Wie man früher alles von äußeren Momenten herleitete, so z. B.

bei dem angeborenen Schwachsinn u. a. aus der Annahme, daß ein Dienstmädchen das Kind habe fallen lassen, während man jetzt den hereditären Tatsachen Rechnung trägt, so hat sich wissenschaftlich der gleiche Prozeß in bezug auf die später ausbrechende Geistesstörung vollzogen. Wir kommen zu der Überzeugung, daß es trotz einer normalen Entwicklung möglich ist, daß ein Mensch aus endogenen Ursachen in einen solchen Schwachsinnprozeß verfällt. Viele meinen, daß bei solchen Krankheiten die äußeren Verhältnisse, gute Ernährung usw., den Ausbruch hemmen könnten. Ich war bemüht, durch Untersuchungen festzustellen, ob bei diesen Krankheitsformen in äußeren Momenten die Ursachen liegen. Das ist m. E. nicht der Fall, sondern sie liegen in dem Zusammentreffen von Keimelementen. Der Hauptgrund liegt also von vornherein in der Gattenwahl. Es heiratet eine sehr große Reihe von Menschen im Hinblick auf Geld, Rang, Titel oder etwas Ähnliches, und die Leute glauben dann, durch die äußere Verbesserung der Lebensverhältnisse würde die Keimanlage am besten geschützt. Aber gegen den Ausbruch des primären Schwachsinn hilft die beste Ernährung nichts.

Daraus folgt, daß, wenn wir den Ausbruch dieses primären Schwachsinn verhindern wollen, wir die eigentliche Quelle nur verstopfen können durch die Forderung einer richtigen Gattenwahl in weitesten Volkskreisen. Dieser primäre Schwachsinn hat dabei gar nichts mit der Lebensprognose zu tun. Die Kranken werden in den Anstalten oft sehr alt, sie führen eigentlich ein sehr gesundes Leben, bleiben vor allem frei von Aufregungen. Es ist ganz klar, wenn Sie sich den Bestand der Irrenanstalten ansehen, daß eine enorme Menge von Kranken dieser Art das Gros bilden. Es ist nicht richtig, aus der großen Zahl von Irren den Schluß zu ziehen, daß die Degeneration unaufhaltsam fortschreitet, sondern wir müssen darauf hinweisen, daß der Hauptgrund der Überfüllung in der Verbreitung dieser Krankheitsform des primären Schwachsinn liegt. Erst wenn wir an das Fundament herangehen und fordern, daß die Menschen immer mehr vom Gesichtspunkt körperlicher und geistiger Tüchtigkeit und nicht nach äußeren Vorteilen wählen, können wir die Quelle des primären Schwachsinn zu verstopfen suchen.

Jedenfalls ist klar, daß die Psychopathologie in vollkommenem Zusammenhang mit dem Studium der Experimentalpsychologie immer mehr zu einer Schätzung der angeborenen Anlagen kommt. Auf die besonderen Erscheinungen der Heredität im psychiatrischen Gebiet will ich hier nicht eingehen, da Sie alle die Erscheinungen der erblichen Belastung kennen. Ich möchte mich nur noch zu dem Thema wenden, wie die normalen Anlagen der Menschen sich in Beziehung setzen lassen zu den Erscheinungen bei bestimmten Arten von Geisteskrankheiten. Da stellt sich heraus, daß das Pathologische gar nichts anderes ist als eine Art von Karikatur der normalen Funktion. Stellt man die Fehlerquellen bei den Normalen heraus, so sehen Sie fortwährend, wie im Pathologischen dasjenige verstärkt auftaucht, was schon im Gebiet des Normalen in gewissen Grenzen vorhanden gewesen ist. Wenn Sie sich z. B. die Erscheinung der Streuung noch weiter ausgebildet denken, so haben Sie einen pathologischen Zustand vor sich. Der betreffende Mensch kann dann wegen seiner großen Inkonstanz eine ganze Reihe von Leistungen nicht richtig machen. Oder denken Sie sich die einfache zeitliche Verlängerung einer an sich richtigen Reaktion in vielen Fällen beruht das normale Verhalten wesentlich darauf, daß wir einen Denkprozeß mit der richtigen Geschwindigkeit vollziehen. Wenn nun

eine Elementarfunktion derartig verlängert ist, so ist das auch schon eine ganz grobe Störung. Man kann also sagen, daß das Pathologische nichts anderes darstellt als eine gewisse Veränderung oder Ausbildung von bestimmten Momenten, die schon im normalen Gebiet angedeutet sind. Abgesehen von dieser allgemeinen Art, wie man die normale Anlage zur pathologischen in Beziehung setzen kann, stellt sich heraus, daß besonders in drei psychopathologischen Gebieten die Beziehung der ausgeprägten Krankheit zur normalen Anlage, oft sogar zum Familiencharakter eine ganz deutliche ist. Zunächst kommt dabei diejenige Gruppe des angeborenen Schwachsinn in Betracht, die nicht aus exogenen Ursachen entstanden ist, sondern als Abart am Stamme der Familie. Es stellt sich heraus, daß diese Schwachsinnform öfter wie ein Zerrbild des Familiencharakters auftaucht. Tatsächlich treten in manchen Familien neben ausgeprägten pathologischen Fällen bei einer Reihe von Mitgliedern die Züge des angeborenen Schwachsinn sozusagen verfeinert und verschleiert wieder auf. Den gleichen Gedanken habe ich bei den vielen Störungen, die auf nervöser Grundlage entstehen, durchgeführt. Der einzelne Anfall ist bei manchen nichts als eine vorübergehende Steigerung auf der gleichen Grundlage, die ihr ganzes Leben aufweist, z. B. bei hysterischer, epileptischer, neurasthenischer Anlage. Als Beispiel führe ich noch die konstitutionelle Depression an. Als Kinder sind die betreffenden Menschen verlegen, gehen nicht recht aus sich heraus, sind ängstlich; — dann kommen irgendwelche besonderen ungünstigen Momente: Tod in der Familie oder Überanstrengung bei Nachtwachen, Pflege eines Verwandten usw., und der Depressionszustand ist da. Er steigert sich dann zur pathologischen Größe und bildet den Kern für eine solche Episode. Eine ganze Menge von periodischen Zuständen sind gar nichts anderes als eine derartige Steigerung von bestimmten Zügen, die schon vorher vorhanden gewesen sind. Das gleiche gilt für andere Arten von Anlagen. Ferner kann man auch auf dem Gebiet des primären Schwachsinn solche Wahrnehmungen machen. Ich habe eine ganze Reihe von Fällen beobachtet, bei denen sich herausstellte, daß sie schon in der Jugend solche Zeichen gehabt haben. Waren sie z. B. widerspenstig bei guter intellektueller Begabung, und werden sie dann schwachsinnig, so entwickelt sich eine katatonische Form. Zuerst steigern sich die Züge, die schon da sind, und beherrschen den Menschen immer mehr, bis sie dann in weiterer Entwicklung der Erkrankung eine entscheidende Rolle bekommen.

Darüber ist kein Zweifel, daß einerseits bei einer ganzen Gruppe von Geistesstörungen Beziehungen vorhanden sind zu denjenigen Zuständen, die der Betreffende vorher schon gehabt hat, zweitens zu der Art von Fehlerquellen, die bei der Untersuchung Normaler sich zeigen, und drittens zu einer Reihe von Familienzügen, die in normalen Grenzen bei anderen Mitgliedern deutlich hervortraten. Wenn man im Gebiet der Normalpsychologie und Psychopathologie solche übereinstimmende Züge findet, weshalb soll man sich prinzipiell dagegen sträuben, das Moment der angeborenen Anlage im Kriminalpsychologischen anzuerkennen? Wenn Sie die Entstehung von Straftaten sowie die ganze Persönlichkeit der Täter und die Stammbäume studieren, und dabei die Beziehungen zum Normaltypus der Familie herauskehren, so finden Sie in einer überraschenden Anzahl von Fällen eine Übereinstimmung.

Ich will hier zunächst eine Reihe von Fällen besprechen, aus denen die Beziehungen der kriminellen Eigenschaften zu den pathologischen sehr deutlich hervorgehen. In einem Falle haben wir folgendes: Es handelt sich um

einen Zwangserziehungszögling. Drei Geschwister sind unter Krämpfen gestorben, der Vater war Alkoholist, der Bruder des Vaters kriminell, der Großvater ist höchstwahrscheinlich auch Trinker gewesen. Nun die mütterliche Seite. Die Mutter selbst ist frei sowohl von Psychopathologie als von Kriminalität; aber neben ihr steht eine kriminelle Gruppe, nämlich ein Bruder von ihr ist in Zwangserziehung, einer ist ausgewandert, der auch ein sehr leichtsinniger Mensch gewesen zu sein scheint, ein dritter ist kriminell, ein vierter ist ebenfalls mehrfach bestraft. Also der Vater, ein Alkoholist, heiratet eine gesunde Mutter, bei deren Geschwisten sich mehrfach Kriminalität zeigt. Von den Kindern sind drei an Krämpfen gestorben, das vierte, Zwangserziehungszögling, hat derartig in jungen Jahren gestohlen, daß man an einem angeborenen Zustand nicht zweifeln konnte. Der Junge zeigte von Anfang an eine Neigung dazu. Er gehört zu den epileptisch Belasteten und diese Anlage hängt zusammen mit der ganzen Beschaffenheit der Familie. Er ist in Zwangserziehung genommen worden, und wir haben die Erklärung abgegeben, daß wir ihn eigentlich zu den Geisteschwachen rechnen. Das ist wichtig, weil man eventuell dann, wenn er aus der Zwangserziehung herauskommt, eine Möglichkeit hat, ihn wegen Geistesschwäche zu entmündigen. Solche Zwangserziehungszöglinge nach einer bestimmten Zeit auf die Menschheit loszulassen, ist außerordentlich gefährlich, da es sich häufig um dauernde Anlagen handelt. Wenn man sie nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch (§ 6,1) unter den Begriff der Geistesschwäche nehmen kann, ist es gut, weil man dann die Gelegenheit hat, sie später zu entmündigen und die Menschheit zu schützen.

Eine andere Tafel zeigt folgendes Bild, ganz ähnlich dem vorigen. Vater Alkoholist, dessen Bruder kriminell, eine Schwester der Mutter erhängte sich, eine andere Schwester starb an einem Gehirnleiden und an Krämpfen. Die Mutter, Schwester der vorgenannten, litt an Diabetes. In der Deszendens ist ein Brandstifter und eine schwer Hysterische. Dem Stammbaum nach müssen diese Dinge einen Zusammenhang haben. Allerdings sind das Fälle, bei denen man noch zweifelhaft sein könnte. Aber es gibt andere, bei denen kein Zweifel besteht.

In einem andern Beispiel liegt das Verhältnis so: Der Vater der betreffenden beiden Söhne, die beide in Zwangserziehung sind, war als Knabe seiner Familie fortgelaufen, war auch in der Zwangserziehungsanstalt. Ein Bruder von ihm ist kriminell geworden, und eine Schwester ist eine öffentliche Dirne. Die Mutter des Vaters ist wegen Ehebruch und Schlägerei bestraft. Die Mutter der beiden Söhne ist lungenkrank. Es handelt sich bei diesen um epileptoide Fälle. Ich habe den einen in der Anstalt gehabt und den anderen aus den Akten kennen gelernt. Sie waren belastet einerseits mit Epilepsie, andererseits mit Skrofulose. Merkwürdigerweise hat sich herausgestellt, daß der eine Bruder in der Klinik sich gut entwickelt hat, und zwar haben wir ihn dabei in bezug auf die skrofulöse Grundlage behandelt und zur regelmäßigen Arbeit angehalten. Als zum erstenmal ein kleiner Diebstahl passierte, haben wir versucht, ihm klarzumachen, daß er das nicht darf. Es war merkwürdig zu sehen, was durch pädagogischen Einfluß zu erreichen gewesen ist. Es ist seitdem kein Fall von Diebstahl mehr bei ihm in der Klinik beobachtet worden. Also man darf durchaus nicht die Behandlung und Pädagogik ausschließen, sondern es ist dadurch in vielen Fällen möglich, die angeborenen Anlagen nach bestimmten Richtungen einzuschränken.

Ich stehe also nicht auf dem Standpunkt, daß die angeborenen Anlagen gar nicht zu hemmen sind; durch richtige Behandlung kann man sie oft ganz gut in

bestimmten Grenzen halten. Man darf durchaus nicht die Pädagogik und die Strafjustiz ausschließen. Ich möchte dies bemerken, weil man bei der Betonung der angeborenen Anlage leicht in den Verdacht kommen kann, auf dem Standpunkt zu stehen, daß jeder medizinische oder erzieherische Einfluß von vornherein ausgeschlossen ist. So ist der Sachverhalt nicht, sondern wir können eine Einwirkung in dieser Hinsicht ausüben.

Eine weitere Tafel bezieht sich auf eine Familie, aus der eine große Zahl von abnormen und zum Teil übermäßig begabten Menschen hervorgegangen ist. Der Stammvater ist ein Potator gewesen, seine Frau war nervös reizbar. Die Deszendenz ist eine ganz merkwürdige. Eine Tochter ist mehrfach wegen Depression in einer Irrenanstalt gewesen, sie war dabei Morphinistin, ein Sohn hatte Größenideen, ein weiterer ist ein ausgeprägter Nichtsnutz gewesen, der immerfort an der Grenze der Kriminalität gestanden hat, ein anderer war Morphinist. Daneben finden sich drei Fälle von Krämpfen. Eine andere Tochter zeigt wieder etwas Ähnliches wie die erste (Depression) und ein weiterer Sohn war leichtsinnig.

Die Deszendenz ist also einerseits nach der Richtung der Depression belastet, andererseits zeigt sich Morphinismus. Es sind das die Fälle, bei denen der Morphinismus wie ein Zwang auftritt. Ein anderer Teil der Deszendenz neigt nach der leichtsinnigen und nichtsnutzigen Seite, wobei die Kinder schon in der Schule Dummheiten machen, in sexuelle Dinge hineingeraten, den Eltern Geld wegnehmen usw., während bei ihnen oft pathologische Züge zu konstatieren sind.

In der weiteren Deszendenz taucht ein Morbus Basedowii auf mit Depression, ein Nachkomme ist an Paralyse gestorben, allerdings nach Lues; aber Sie wissen, daß man auch bei der Paralyse fragen muß, wer von den syphylitisch gewordenen daran erkrankt. Diese erkranken durchaus nicht alle an Paralyse. Höchstwahrscheinlich spielt dabei ebenfalls ein hereditär-psychopathisches Moment als prädisponierende Bedingung mit. Im speziellen Falle handelt es sich um einen ausgeprägt Belasteten, bei dem nicht allein durch die Lues die Paralyse ausgelöst wird, sondern Lues und hereditäre Psychopathie gibt in diesem Fall die Paralyse.

Darüber ist jedenfalls kein Zweifel, daß in einer ganzen Reihe von solchen Fällen die Beziehung von kriminellen Naturen zu psychopathischen Fällen klar liegt. Es fragt sich nun, ob man Kriminalität nicht bloß in Beziehung bringen kann zu psychopathischen Charakteren in der gleichen Familie, sondern auch zu bestimmten normal-psychologischen Zügen, die in der Familie vorhanden sind. In einer ganzen Reihe von Fällen zeigt sich, daß gewissermaßen in der Handlungsweise eines Menschen, der im Gegensatz zu aller Erwartung kriminell wird, irgendein Zug der Familie steckt. Dies ist sehr häufig bei genauer Vergleichung der einzelnen Mitglieder einer Familie deutlich zu erkennen. Oft verbirgt sich in einer strafbaren Handlung ein bestimmter Charakterzug (Eigennutz, Eitelkeit, Großsprecherei, Härte, Beeinflußbarkeit, Erreglichkeit), der auch sonst in engeren Grenzen bei anderen Mitgliedern der Familie sich findet. Als Beispiel führe ich Fälle an, bei denen eine gewisse Unbesonnenheit vorliegt, die öfters zur Selbstbeschädigung führen kann; viele gehen daran zugrunde, daß sich dieser Zug sofort gegen die Betreffenden selbst wendet.

Wenn sich der gleiche Zug in seinen Folgen gegen andere richtet, so ist die Kriminalität fertig. In Wirklichkeit ist es ein Familientypus, der bei

den meisten Mitgliedern der Familie eine gewisse Grenze einhält und der dann plötzlich bei einem eine kriminelle Wendung nimmt.

Wenn man die normalen Anlagen und kriminellen Züge studiert, kommt man dahinter, daß zu einer scheinbar normalen Familienanlage eine ganze Menge von diesen kriminellen Momenten eine deutliche Beziehung hat.

Es fragt sich nun, wie man sich bei einer solchen Auffassung zu der ganzen Frage der Bestrafung stellen soll. Das ist nicht Gegenstand meines Vortrages. Ich habe mich in den letzten Tagen bei dem internationalen Kurs der gerichtlichen Psychologie und Psychiatrie in Gießen vor einer großen Reihe von Juristen und Medizinern darüber ausgesprochen. Wenn Sie die Tatsachen festhalten, daß angeborene Anlagen 1. bei dem einzelnen Individuum und 2. im gesamten sozialen Körper nicht ohne natürliche Wirkung bleiben können, so sehen Sie, daß es selbstverständlich eine soziale Reaktion geben muß, und die Strafe ist nichts anderes als eine Reaktion auf den durch die sozial schädliche Handlung gegebenen Reiz. Besonders wenn Sie in Betracht ziehen, daß die angeborenen Anlagen oft nicht unbeeinflussbar sind, so ist mit meiner Auffassung eine Aufhebung der Strafbestimmungen nicht gegeben. —

Wenn man nun einen Vergleich anstellt, so ergibt sich, daß die drei Gebiete der normalen Psychologie, der Psychopathologie und der Kriminalpsychologie, die gewöhnlich ganz gesondert behandelt werden, in dem Moment der angeborenen Anlage eine gemeinschaftliche Wurzel haben. Und je klarer wir sie herauskehren, je deutlicher wir sie wissenschaftlich begründen, desto besser wird es sein, desto weniger Fehler können bei der Beurteilung vorkommen, und die ganze Persönlichkeit der Recht-brechenden Menschen wird am richtigsten behandelt werden, wenn wir ihren angeborenen Charakter und die Momente, die auf den einzelnen eingewirkt haben, noch mehr differenzieren.

Die ganze Betrachtung führt zu der Aufgabe, die angeborene Anlage unter dem Gesichtswinkel der experimentellen Psychologie und der Familienforschung zu beurteilen und zu studieren. Selbstverständlich kann das nicht rasch vor sich gehen, es müssen viele verschiedene Einzelfunktionen genauer untersucht werden. Wir müssen bei Gutachten immer mehr Normalwerte zur Verfügung haben, so daß man sich dann mit den Juristen leichter vor Gericht über das Pathologische einigen kann, indem man ihnen die psychologischen Tatsachen objektiv darlegt. Gerade mit den Praktikern unter den Juristen verstehe ich mich auf Grund methodischer Darstellung der Befunde sehr gut. Wenn ich sagen kann: In bestimmten Funktionen ist die betreffende Person normal, in den anderen Funktionen nicht, dann kann man sich weit besser verständigen, als wenn man im alten Spiel der allgemeinen Redensarten bleibt. Mein Bestreben ist eine radikale Antithese zur Wortwissenschaft, indem ich versuche, die Momente der angeborenen Anlage und die äußeren Umstände, welche an das betreffende Individuum herankommen, immer mehr auf wissenschaftliche Begriffe zu bringen. Die Hauptsache ist, sich über die Individualität des einzelnen gründlich zu informieren durch eine ordentliche Untersuchung der angeborenen Anlagen. Die Verbindung von Psychopathologie, normaler Psychologie und Kriminalpsychologie auf dem Boden einer genauen Familienforschung wird eine der Aufgaben der kommenden Zeit sein.

Sitzung vom 29. April 1909.

Vorsitzender: Herr Mayet. Schriftführer: Herr R. Lennhoff.

Herr W. Abelsdorff trägt vor über „**die Mitwirkung von Ärzten im Dienste der englischen Gewerbeaufsicht**“. Die Frage der Mitwirkung der Ärzte bei Erfüllung der der Gewerbeinspektion zustehenden Aufgaben ist in zahlreichen Kulturstaaten seit einer Reihe von Jahren Gegenstand eingehender Beratungen. Besonders Staaten mit stark industrieller Bevölkerung, wie England, Deutschland, Belgien, auch Österreich, Italien und Frankreich schenken dieser Frage längst große Aufmerksamkeit. Und dies in der Erkenntnis, daß die Prophylaxe der Berufsgefahren, die systematische Verhütung und Bekämpfung der Gewerbekrankheiten — neben allen anderen hygienischen und sanitären Maßnahmen zum Wohle der arbeitenden Klassen — zu den vornehmsten Aufgaben von Staat und Gesellschaft gehören, in der Erkenntnis, daß das Gedeihen einer Nation nicht zuletzt von seiner physischen Beschaffenheit abhängt; in der Erkenntnis endlich, daß jeder Militärstaat über ein an Leib und Seele gesundes Menschenmaterial verfügen muß. — Bevor ich auf die Mitwirkung der Ärzte im Dienste der Gewerbeinspektion Englands eingehe, wo Mediziner schon seit langer Zeit in der einen oder anderen Weise zu dieser Behörde in Beziehung stehen, lassen Sie mich Ihnen einen kurzen Überblick über den Stand der ärztlichen Mitwirkung im deutschen Gewerbeaufsichtsdienst sowie in dem einiger anderer Kulturstaaten geben. Wie der Gewerbeaufsichtsdienst in Deutschland noch nicht Sache des Reiches ist, sondern die Ernennung der Beamten, Festsetzung der Zahl derselben, ihre Gehaltsverhältnisse usw. den Einzelstaaten überlassen bleibt, so finden wir auch die ärztliche Mitarbeit innerhalb der Gewerbeinspektion nicht einheitlich für alle Bundesstaaten geregelt. —

Für Preußen kommt die Dienstanweisung für Kreisärzte vom 23. März 1901 in Betracht.¹⁾ — Nach § 18 derselben hat sich der Kreisarzt mit den technischen Beamten des Kreises, wozu auch der Gewerbeinspektor gehört, über die Fragen des Gesundheitswesens ins Benehmen zu setzen. Seine Mitwirkung bei Besichtigungen hat er erforderlichenfalls beim Regierungspräsidenten zu beantragen. Dem Ersuchen des Gewerbeinspektors um gutachtliche Äußerung gewerbehygienischer Fragen hat der Kreisarzt, sofern keine Bedenken entgegenstehen, zu entsprechen. Nach § 92 muß der Kreisarzt auch den bestehenden Gewerbebetrieben seines Bezirkes, welche die öffentliche Gesundheit oder die der beschäftigten Arbeiter zu schädigen geeignet sind, oder welche durch ihre festen und flüssigen Abgänge eine Verunreinigung der öffentlichen Wasserläufe und des Untergrundes befürchten lassen, seine Aufmerksamkeit zuwenden und auf die Beseitigung vorhandener gesundheitlicher Schädlichkeiten und Belästigungen hinwirken. Er hat sich mit den zuständigen Behörden und Beamten, namentlich den Gewerbeinspektoren, in Verbindung zu setzen (vgl. § 18 d. Anw.), mit diesen gemeinschaftlich nach Bedürfnis die Anlagen, insbesondere solche, deren Betrieb vorzugsweise Gesundheitsschädigungen im Gefolge hat (z. B. Phosphor-Zündwaren-, Spiegel-, Bleifarben-, Akkumulatoren-, Glühlampen- und chemische Fabriken), zu besichtigen und darauf zu achten, daß den hygienischen Anforderungen überall gebührende Rechnung getragen wird. Auch die mit einzelnen Zweigen der

¹⁾ Dienstanweisung für die Kreisärzte vom 23. März 1901; abgedruckt im Ministerialblatt für Medizinalangelegenheiten, Berlin 1901, Heft 1.

Hausindustrie verbundenen gesundheitlichen Schädlichkeiten soll der Kreisarzt beachten und entsprechende Abhilfemaßnahmen anregen.

§ 93 handelt von der gesundheitlichen Beaufsichtigung staatlicher Betriebe. Der Kreisarzt hat die in seinem Bezirke gelegenen, unter die Vorschriften der Reichsgewerbeordnung oder des allgemeinen Berggesetzes fallenden Staatsbetriebe in gleicher Weise wie die privaten Betriebe gesundheitlich zu beaufsichtigen (vgl. § 21 d. Anw.). Auf die hierbei etwa vorgefundenen Mängel hat er den Leiter des Betriebes aufmerksam zu machen und mit ihm die zu deren Abstellung geeigneten Maßnahmen zu besprechen. Wird auf diesem Wege eine Abstellung der vorgefundenen Mängel nicht erzielt, so hat der Kreisarzt eine Anzeige über die Sachlage an die dem Betriebe vorgesetzte Dienstbehörde zu erstatten und Abschrift davon dem Regierungspräsidenten oder, sofern es sich um Betriebe handelt, welche der Aufsicht der Oberbergämter unterstellt sind, dem zuständigen Oberbergamte einzureichen.

Besondere Gewerbeärzte innerhalb der Fabrikinspektion finden wir in Deutschland, soweit mir bekannt, bisher nur in Württemberg, Baden und neuerdings auch in Bayern. In den beiden erstgenannten Ländern sind direkt Ärzte zu Gewerbeinspektoren ernannt worden, während in Bayern seit dem 1. Januar dieses Jahres ein Landesgewerbearzt als hygienischer Berater der Gewerbeaufsichtsbeamten und der Berginspektoren mit dem Range eines Gewerberates angestellt worden ist. Nach amtlicher Verfügung ist ihm als selbständige Tätigkeit die Vornahme von Betriebsbesichtigungen in gesundheitsgefährlichen Gewerbebezügen, einschließlich der Hausindustrie, dann die Untersuchung gewerblicher Erkrankungen, namentlich Vergiftungen, und die Begutachtung von Maßnahmen zur Verhütung solcher Erscheinungen übertragen. Die Wirksamkeit seiner Tätigkeit hängt wesentlich davon ab, daß er förderliche Unterstützung bei den beamteten Ärzten und bei den mit der Arbeiterversicherung, namentlich der Krankenversicherung, befaßten Stellen findet. An diese Behörden und Stellen ist die amtliche Aufforderung zur Mitwirkung ergangen. In einzelnen kleineren Bundesstaaten, z. B. in Hamburg und Bremen, stehen die Gewerbeaufsichtsbeamten mit den Medizinalbeamten des Polizeipräsidiums in Verbindung, ersuchen diese um gutachtliche Äußerungen und besichtigen zuweilen mit diesen gemeinsam gewerbliche Anlagen.

In Österreich obliegt — ähnlich wie in Preußen — die ärztliche Überwachung der Gewerbebetriebe den landesfürstlichen Bezirksärzten, jedoch wird im Laufe dieses Jahres, nach Mitteilung des k. k. Handelsministeriums zum ersten Mal ein Hygieniker als Sanitätskonsulent des Zentralgewerbeinspektorats Anstellung finden.

In Frankreich ist die Mitwirkung der Ärzte bei der Gewerbeinspektion schon wiederholt durch die Kommission für Gewerbehygiene gefordert worden, jedoch ist bisher die Frage nicht über den Zustand der Beratungen hinausgekommen.¹⁾

Ebenso ist man sich in Italien, wo erst im Jahre 1904 das Gewerbeinspektorat eingeführt wurde, noch nicht über die Art der ärztlichen Mitwirkung auf dem Gebiete des Arbeiterschutzes einig. 1906 wurde das Problem wiederum im Parlament aufgenommen, ohne jedoch Resultate zu zeitigen. Die einen

¹⁾ Vgl. L. de Pulligny et Boulin: Hygiène industrielle, Paris 1908, Bd. VII S. 277.

schlagen einen besonderen medizinischen Beamtenkörper vor, andere möchten für die Gewerbeinspektion, ähnlich wie es zurzeit in der Schweiz ist, nur eine medizinische Beratungsstelle einrichten, wieder andere möchten beamteten Kommunalärzten gewerbehygienische Arbeiten übertragen.¹⁾ Nach dem Gesetz vom 7. Juli 1907, die Arbeit der Frauen und Kinder betreffend, müssen diese schon heute eine ärztliche Bestätigung beibringen, daß sie geimpft, gesund und für die ihnen zugewiesene Arbeit tauglich befunden worden sind. Nach gutachtlicher Äußerung des oberen Sanitätsrates, des Industrie- und Handelsrates und des oberen Arbeitsrates hat ein kgl. Erlaß die gefährlichen, übermäßig anstrengenden oder gesundheitsschädlichen Arbeiten bezeichnet, deren Verrichtung Kindern bis zum vollendeten 15. Lebensjahre und minderjährigen Frauen untersagt ist.²⁾

In Belgien sind bereits seit 1897 Ärzte als Fabrikinspektoren tätig. — Zurzeit ist ein Beamter bei der Zentralverwaltung und vier weitere in den Provinzen besonders damit beauftragt, in gefährlichen und gesundheitsschädlichen Betrieben Revisionen vorzunehmen und ferner darauf zu achten, daß Frauen vier Wochen nach ihrer Entbindung nicht in Fabriken beschäftigt werden. Außerdem haben sie Spezialuntersuchungen vorzunehmen, welche ihnen von Zeit zu Zeit besonders aufgegeben werden.³⁾ Im Jahre 1907 haben diese Gewerbeärzte unabhängig von den vorgeschriebenen Erhebungen in den Streichholzfabriken, Bleiweißbetrieben und Lumpensortierereien 848 Mißstände hygienischer Art in gewerblichen Betrieben festgestellt. Von Sondererhebungen, die diese Gewerbeärzte durchgeführt haben, seien die über den Gesundheitszustand der Arbeiter in Spinnereien, Lumpensortierereien und Fellverarbeitungsbetrieben genannt.

Verehrte Anwesende, um Ihnen zu zeigen, welch bedeutender Teil der Bevölkerung der Gewerbeaufsicht untersteht, habe ich mir gestattet, ihnen in Tabelle I die Zahl der gewerblichen Betriebe und der darin beschäftigten Arbeiter für das Jahr 1907 zusammenzustellen. Die Staaten sind nach ihrer Bevölkerungszahl gegliedert; die Zahl der Gewerbeaufsichtsbeamten habe ich mit besonderer Berücksichtigung der weiblichen Beamten, denen vorwiegend die Aufsicht über die in Spalte 5 aufgeführten weiblichen Arbeiter zufallen dürfte, ebenfalls angegeben. Die Tabelle gewinnt an Bedeutung, wenn man — wie dies in Spalte 8 geschehen — die Zahl der Arbeiter berechnet, welche durchschnittlich auf einen Gewerbeinspektor entfallen. — Sie sehen, daß Deutschland dabei außerordentlich günstig abschneidet; dann folgt Belgien. In dem benachbarten Österreich entfallen auf einen Beamten mehr als doppelt soviel Arbeiter, freilich stehen dort alle Gewerbebetriebe unter der Aufsicht der Gewerbeinspektion. Noch ungünstiger stellt sich das Verhältnis in dem ältesten Industriestaate, in Großbritannien, wo im Durchschnitt auf einen Beamten mehr als 29 400 Arbeiter entfallen und in Frankreich, wo allerdings 523 000 Arbeiter auf Handel und Transport kommen, die ebenfalls der Gewerbeaufsicht dort unterstehen. In der für uns wichtigsten Spalte 9 habe ich die zurzeit angestellten Gewerbeärzte bzw. ärztlichen Gewerbeaufsichtsbeamten aufgenommen. In Belgien, dem seiner Bevölke-

¹⁾ Vgl. Luigi Carozzi: L'ispettorato medico del lavoro in Europa; Valardi Milano S. 57, 58.

²⁾ Vgl. ebenda sowie Bulletin des Internationalen Arbeitsamts. Bd. VI, Nr. 1—7 S. 293.

³⁾ Vgl. L. de Pulligny et Boulin: Hygiène industrielle, Paris 1908. Bd. VII, S. 276.

Tabelle I.

Für das Jahr 1907 Land:	Zahl der Bevölkerung	Zahl der unter Ge- werbeaufsicht stehenden gewerblichen Betriebe	Zahl der da- selbst be- schäftigten Arbeiter	davon weib- liche Arbeiter	Zahl der Gewerbe- inspektoren	davon weib- liche Beamte	Auf einen Beamten entfallen etwa . . . Arbeiter	Ärzte in der Gewerbe- inspektion
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Deutschland	(1907) 61 720 529	250 724	6 128 319	1 302 141	448	25	13 679	Bayern, Würt- temberg u. Baden je 1
Großbritannien	(1907) 44 098 719	257 197	(1904) 4 854 547	(1904) 1 737 821	165 ¹⁾	14	29 421	
Frankreich	(1906) 39 252 245	552 130 ²⁾	3 999 402	1 121 399	133	17	30 071 ²⁾	noch keine
Österreichische Kron- länder ohne Ungarn	(1905) 27 202 295	1 051 856 ³⁾	2 351 446 ⁴⁾	575 339 ⁵⁾	84	1 ⁵⁾	27 993	noch keine*)
Belgien	(1907) 7 317 561	71 290 ⁶⁾	558 574 ⁷⁾	103 154 ⁶⁾	32**)	2	16 428	5

¹⁾ Von den 165 Beamten arbeiten 8 im Ministerium in London; ebenfalls haben fast alle weiblichen Inspektoren ihren Wohnsitz daselbst.

²⁾ Davon entfallen allein über 147 000 Betriebe mit 523 300 Arbeitern (davon 119 138 weibliche) auf Handel und Transport. Berücksichtigte man diese in Spalte 8 nicht, so entfielen etwa 26 130 Arbeiter auf einen Gewerbeaufsichtsbeamten.

³⁾ In Österreich stehen alle Gewerbebetriebe unter der Aufsicht der Gewerbeinspektion.

⁴⁾ Nur fremde, d. h. nicht der Familie des Arbeitgebers angehörige, gewerbliche Arbeiter bzw. Arbeiterinnen.

⁵⁾ Es kommen im laufenden Jahre noch 4 weitere Assistentinnen hinzu.

⁶⁾ Nicht einbegriffen: Handel und Transport.

⁷⁾ Nicht einbegriffen: Angestellte der Eisenbahnen, Post, Marine (etwa 66 000); die Arbeiter der Bergwerke, Steinbrüche usw. (222 252); Familienmitglieder der Arbeitgeber, die mit diesen zusammen tätig sind (32 656).

*) Jedoch wird 1 Hygieniker in diesem Jahre als Sanitätstaktikant angestellt.

***) Die 5 Ärzte sind nicht mit einbegriffen.

rungszahl nach bei weitem kleinsten der fünf Industriestaaten, finden wir die größte Zahl ärztlicher Mitarbeiter beim Gewerbeaufsichtsdienst, doch nur scheinbar — und damit komme ich zu meinem eigentlichen Thema: „Die Mitwirkung der Ärzte im englischen Gewerbeaufsichtsdienste.“

Betritt man in London die Parlamentstraße von der Westminster Abtei aus, so fallen gleich linker Hand zwei große Gebäude auf. Das erste derselben ist das englische Local Government Board, welches wir mit „Ministerium der Lokalverwaltungen“ übersetzen können. Das andere ist das Home Office, welches etwa unserem „Ministerium des Innern“ entsprechen dürfte. Es gibt drei Local Government Boards — drei Ministerien für die Lokalverwaltungen —, nämlich je eines für England, Schottland und Irland, jedoch nur ein Home Office, ein Ministerium des Innern, für das vereinigte Königreich. An der Spitze der Local Government Boards steht ein Präsident, in England ist dies zurzeit der aus dem Arbeiterstande hervorgegangene John Burns. Die Leitung des Home Office ist einem Staatssekretär übertragen, zurzeit Mr. Gladstone. Beide Behörden sind völlig unabhängig voneinander. Dem Home Office untersteht u. a. das Factory Department, d. h. die Gewerbeinspektion. An ihrer Spitze steht ein Obergewerbeinspektor, der selbst Arzt war, ein stellvertretender Obergewerbeinspektor, fünf Oberinspektoren, eine Oberinspektorin usw. Die Gesamtzahl der Beamten ersehen Sie aus der Tabelle I, Spalte 6 und 7. In dieser Abteilung finden wir ferner zwei Medizinalinspektoren, einen ersten Beamten sowie seinen Vertreter, welche wie die übrigen Gewerbeaufsichtsbeamten dem Obergewerbeinspektor unterstellt sind, in London wohnen und ihre Tätigkeit, soweit sie mit ärztlichen Fragen in Zusammenhang steht, auf das ganze Königreich erstrecken. Demselben Ministerium unterstellt sind die „Certifying Surgeons“ oder, wie wir sie bezeichnen wollen, „Amtsärzte“, zurzeit 2003 an der Zahl, welchen bestimmte, später auszuführende Funktionen in bezug auf die Gewerbeaufsicht zustehen. Von den drei Local Government Boards betrachten wir das in London befindliche für England und Wales, welches zwei Hauptressorts: die Abteilung für das öffentliche Gesundheitswesen (Public Health Department) und die für das Armenwesen (Poor Law Department) umfaßt. Beide haben zahlreiche Unterabteilungen. In der Abteilung für das öffentliche Gesundheitswesen gibt es eine besondere Medizinalabteilung, an deren Spitze ein Obermedizinalrat mit 2 Assistenten und 13 Medizinalinspektoren steht; vielleicht interessiert es Sie auch, zu erfahren, daß zu dieser Abteilung noch eine Unterabteilung für Nahrungsmittel gehört, in welcher wieder vier Medizinalinspektoren und zwei Assistenten arbeiten. Alle diese Ärzte unterstehen dem Obermedizinalrat (Chief Medical Officer of Health) des Amtes, welchem auch die Oberaufsicht über die Tätigkeit aller Medical Officer of Health, welche wir „Medizinalbeamte“ nennen wollen, für England und Wales zusteht. Auch diesen Medizinalbeamten, zurzeit 1405 in England und Wales, 2442 im gesamten Königreiche fallen auf Grund des Gesetzes die öffentliche Gesundheit betreffend (Public Health Act) bestimmte Obliegenheiten in bezug auf die Besichtigung gewerblicher Anlagen aller Art einschließlich der Heimarbeit zu. Um ihre Tätigkeit, die auf die verschiedensten sanitären Gebiete übergreift, ersprießlich ausüben zu können, ist ihnen eine Zahl männlicher und weiblicher Sanitätsbeamten beigegeben, welche zumeist direkt unter ihrer Oberleitung zu arbeiten haben. Wir haben also — um das nochmals zu wiederholen — zwei völlig getrennte Ministerien, zu jedem derselben gehört eine Medizinalabteilung, denen halbamtliche bzw. amtliche Ärzte unterstehen. Beide Kategorien von Ärzten sind in der einen oder anderen Art

neben den zwei im Home Office selbst tätigen Medizinalinspektoren mit Aufgaben betraut, welche in das Gebiet der Gewerbeinspektion fallen. Die zwei im Ministerium des Innern, Abteilung Gewerbeinspektion, seit 1898 bzw. 1908 angestellten Ärzte haben vor allem Untersuchungen vorzunehmen, welche sich auf die Gesundheit und den sanitären Schutz der Industriebevölkerung beziehen. Diesen Medizinalinspektoren werden alle anzeigepflichtigen Vergiftungsfälle mitgeteilt und eine weitere Verfolgung steht in ihrem Ermessen. Die bei den Revisionen gefundenen Mißstände und Gesetzesverletzungen werden die Beamten den Gewerbeinspektoren des Bezirks mitteilen, unter gleichzeitiger Angabe der eventuellen Vorschriften, welche sie den Fabrikbesitzern aufgegeben haben. Die Medizinalinspektoren müssen wöchentlich einen Bericht über ihre Tätigkeit im Laufe der vorhergehenden Woche erstatten und dem Obergewerbeinspektor von allen wichtigen Vorkommnissen Mitteilung machen. Sie sind ferner verpflichtet, mit den im Ministerium befindlichen Gewerbeaufsichtsbeamten, mit den Amtsärzten, Ortsbehörden, Fabrikbesitzern usw. die hygienischen und sanitären Fragen auf Wunsch gemeinsam zu beraten und ferner die Hospitäler an solchen Orten zu besuchen, wo Gewerbekrankheiten häufig vorkommen. — Wie schon erwähnt, hat der erste Medizinalinspektor auch die Oberaufsicht über die zurzeit etwa 2000 Amtsärzte, und alle Gutachten über Anstellung oder Absetzung dieser halbamtlichen Mitarbeiter bei der Gewerbeinspektion werden von ihm im Auftrage des Obergewerbeinspektors abgegeben.¹⁾

Im Anschluß an den Jahresbericht des Obergewerbeinspektors verfaßt der 1. Medizinalinspektor seinen besonderen Bericht, welcher wertvolle Beiträge über Arsenik-, Blei-, Phosphor- usw. Vergiftungen in gewerblichen Betrieben enthält. Es liegt in der Natur des Arbeitsgebietes dieser Beamten, daß sie viele Dienstreisen zu unternehmen haben. Besonders jetzt, wo dank des neuen englischen Patentgesetzes zahlreiche ausländische Betriebe einen Teil ihrer Fabrikation nach England verlegen müssen, dürfte die Arbeit dieser zwei Ärzte nicht unwesentlich gewachsen sein.

Die vom Staatssekretär für die Certifying Surgeons oder Amtsärzte Dezember 1907 für den Amtsgebrauch neu erlassenen Vorschriften²⁾ betonen eingangs, daß diese Ärzte unmittelbar unter dem Obergewerbeinspektor stehen, von diesem ernannt und abgesetzt werden, ihren Aufsichtsbezirk zugeteilt bekommen und allen Anordnungen und neuen Vorschriften dieses ersten Beamten der Gewerbeinspektion Folge zu leisten haben.

Das Arbeitsgebiet dieser halbamtlichen Ärzte ist nun folgendes:

1. Prüfung jugendlicher Personen unter 16 Jahren und Kinder zwecks Ausstellung eines Tauglichkeitszeugnisses zur Beschäftigung in Fabriken und Werkstätten, und zwar auf Antrag des Arbeitgebers und in geeigneten Fällen: Ausstellung besonderer Zertifikate.

2. Gewisse Unfälle und Vergiftungsfälle zu untersuchen und darüber zu berichten.

3. In gewissen gefährlichen Betrieben die Arbeiter auf Antrag zu untersuchen und eventuell zu bescheinigen, daß ihrer Tätigkeit gemäß dem Gesetz nichts im Wege steht.

¹⁾ Vgl. Prof. Dr. Th. Sommerfeld, Der Gewerbearzt, S. 151 ff. Jena 1905.

²⁾ Instructions issued by the Secretary of State to Certifying Surgeons. London 1907.

4. Auf Anordnung des Staatssekretärs besondere Erhebungen und Berichte zu machen.

5. Auf Wunsch eines Gewerbeinspektors diesen zwecks Aussagen zum Gericht zu begleiten.

6. Jahresberichte und Jahresabrechnungen zu liefern und endlich

7. die von den Amtsärzten verlangten Arbeiten zu erledigen, welche sich aus dem Unfallversicherungsgesetz ergeben und auf gewisse gewerbliche Unfälle beziehen.

Die Untersuchung jugendlicher Arbeiter unter 16 Jahren und der Kinder war die erste Arbeit, die besonderen Ärzten bereits durch das Fabrikgesetz vom Jahre 1844 zwecks Ausstellung von Tauglichkeitsattesten anvertraut wurde.¹⁾ Diese Tätigkeit hat ihnen ihren eigenen Namen „Certifying Surgeons“ geprägt; wörtlich übersetzt: „Zeugnisse ausstellende Ärzte“. Handelt es sich um weniger als fünf Personen, die auf ihre Tauglichkeit für bestimmte gewerbliche Verrichtungen zu untersuchen sind, so geschieht dies zu festgesetzter Zeit gewöhnlich bei dem Amtsarzt selbst, falls mehr als fünf Personen zur Untersuchung stehen, muß der Arzt die in seinem Distrikt befindlichen Betriebe aufsuchen. Soweit sein Arbeitsgebiet reicht, hat der Amtsarzt die Machtbefugnisse eines Gewerbeinspektors, d. h. er kann zu jeder Tages- und Nachtzeit die Betriebe besuchen, in denen er glaubt, daß Gesetzesübertretungen vorkommen, ja er kann, falls ihm Widerstand geleistet wird, einen Polizisten mitnehmen, um den Eintritt in die Fabrik zu erzwingen. Strafanträge kann er jedoch nicht direkt stellen, muß sich vielmehr an den Gewerbeinspektor des Distrikts wenden, welcher das weitere veranlaßt. Kein Kind noch jugendlicher Arbeiter unter 16 Jahren darf in einem gewerblichen Betriebe, in dem Tauglichkeitsatteste obligatorisch sind, länger als 7 Tage oder falls der Amtsarzt mehr als drei Meilen vom Betriebe entfernt wohnt, 13 Tage ohne Einholung eines Zeugnisses arbeiten.

Durch Erlaß des Staatssekretärs vom 31. August 1906 sind für folgende Betriebe Tauglichkeitsatteste vorgeschrieben:

Für Feilenschärfereien, Wagenbauanstalten, Seil- und Zwirnfabriken, Back- und Dachsteinziegeleien, Kabel-, Ketten-, Anker- und Geschirrfabriken, für Betriebe, in denen Nägel, Schrauben und Nieten hergestellt werden, für Bäckereien, Biskuit- und Konfekt- sowie Fruchtkonservenfabriken, endlich für Betriebe, in denen Kleidungsstücke durch vom Fuß aus bewegte Nähmaschinen hergestellt, ausgeputzt oder repariert werden. Tauglichkeitsatteste werden nun ausgestellt entweder für Halbzeitarbeiter, d. h. im Falle Kinder zwischen 12—14 Jahren stehen, oder aber für Vollarbeiter, d. h. für jugendliche Personen zwischen 13 und 16 Jahren.

Für jugendliche Arbeiter beträgt die Arbeitszeit — das mag hier zur Ergänzung eingeschaltet sein — an gewöhnlichen Tagen — soll heißen Montag bis Freitag — 12 Stunden einschließlich einer wenigstens 1½stündigen Mittagspause, die in der Textilindustrie, in Buchdruckereien, Bleichereien und Färbereien auf zwei Stunden auszudehnen ist. An Sonnabenden beträgt die Arbeitszeit acht Stunden mit einer halbstündigen Unterbrechung.

Für Kinder beträgt die Arbeitszeit entweder

¹⁾ Vgl. Helene Simon: Ärzte im Gewerbeaufsichtsdienst „Neue Zeit“ XIX. Jahrg., Nr. 35. Stuttgart 1901.

- a) ebenfalls 12 Stunden mit den genannten Pausen, aber nur jeden zweiten Tag, oder
 b) nur morgens oder nur nachmittags in jeder Woche abwechselnd, daher „half time“, Halbzeitarbeiter.

In der Zwischenzeit — also an jedem zweiten Tag oder abwechselnd vor- oder nachmittags haben die Kinder zur Schule zu gehen. In Schottland dürfen auch für eine oder zwei Stunden und zwar dreimal pro Woche Abendkurse für unter 14 Jahre alte Kinder abgehalten werden. Auf den Wert dieses Schulunterrichts brauche ich — des bin ich froh — hier nicht zu sprechen zu kommen. Über die Verteilung der Pausen ist zu bemerken, daß weder ein Kind noch ein jugendlicher Arbeiter länger als fünf Stunden (in der Textilindustrie $4\frac{1}{2}$ Stunden) ununterbrochen beschäftigt werden darf, ohne daß nicht mindestens eine halbstündige Pause gewährt wird. Beschäftigung am Sonntag oder des Nachts ist verboten. Die Arbeitszeit ist an sichtbarer Stelle in den Fabriken anzuschlagen. Außer am Sonnabend soll die Arbeitszeit für jugendliche Arbeiter zwischen 6 Uhr morgens und 6 Uhr abends oder von 7 bis 7 Uhr oder — mit Ausnahme der Textilfabriken, Buchdruckereien, Bleichereien und Färbereien — zwischen 8 Uhr morgens und 8 Uhr abends liegen. In Buchbindereien, die Drucksachen innerhalb des Londoner Bezirks binden, sowie in Wäschereien innerhalb Groß-London darf aber auch von 9 Uhr morgens bis 9 Uhr abends mit jugendlichen Personen gearbeitet werden. Absichtlich habe ich hier einmal ein Gesetz etwas ausführlicher behandelt, um zu zeigen, wie mannigfache Ausnahmen es gibt, die natürlich eine Kontrolle ungemein erschweren, wenn nicht ganz illusorisch machen. So darf z. B. — um nur dies noch anzuführen — in Fisch- und Fracht-konservenfabriken die gewöhnliche Arbeitszeit für jugendliche Arbeiter bei dringend nötigen Arbeiten überschritten werden. Was sind dringende Arbeiten im Sinne dieser Vorschrift?

Für Schlagrahnbetriebe sind wieder komplizierte Ausnahmen während der Sommermonate Mai bis Oktober gestattet. So geht es fast bei jedem Gesetz. Mit der Beschäftigung der Kinder in gewerblichen Anlagen Englands werde ich mich a. a. Stelle eingehender beschäftigen. Hier sei nur erwähnt, daß etwa 500000 Kinder zurzeit als Lohnarbeiter in England tätig sind, von denen über 82000 sog. Halbzeitarbeiter sind.¹⁾

Kehren wir zu unserem eigentlichen Thema zurück.

Bevor die Amtsärzte ein Tauglichkeitsattest ausstellen, sollen sie sich vergewissern, daß das durch Gesetz vorgeschriebene Mindestalter erreicht ist,

nämlich 12 Jahre im Falle von Halbzeitbeschäftigung,
 und 13 „ „ „ „ Vollbeschäftigung,

sowie daß in körperlicher Hinsicht Einwendungen nicht zu erheben sind. Besonderer Wert soll auf Feststellung der Größe, des Gewichts und auf die allgemeine körperliche Entfaltung gelegt werden. Glaubt der Arzt, daß ein Geburtsschein oder ein von der örtlichen Schulbehörde vorgezeigtes Attest gefälscht ist, so hat er es dem Distriktsinspektor mit entsprechendem Begleitschreiben einzusenden. Gewisse Verrichtungen sind ein für allemal für Kinder und weibliche jugendliche Personen unter 16 Jahren untersagt. Dazu gehört z. B. die Herstellung von Backsteinziegeln, Flachziegeln, von Salz, Versilbern von Spiegeln

¹⁾ Report on the Employment of Children in the United Kingdom by Constance Smith, London W. C. 1909.

durch Quecksilber, und für Kinder ist auch das Eintauchen von Streichhölzern und das trockene Zermahlen und Zerreiben von Metallen verboten. Für andere Arbeiten gibt es Sondervorschriften, z. B. für Bleiweißfabriken, Porzellanwarenfabrikation, für Bichromatfabriken, Messinggießereien, Akkumulatorenwerke, Farbenfabriken usw. Für diese Betriebe kann der Amtsarzt niemals Tauglichkeitsatteste für jugendliche Personen oder Kinder ausstellen. In den bereits erwähnten Vorschriften für die Amtsärzte wird noch auf einzelne Punkte besonders aufmerksam gemacht, die bei Ausstellung von Attesten zu berücksichtigen sind. — So sollen Mädchen in Maschinenfabriken kein offenes herabhängendes Haar, keine losen Ärmel an Blusen tragen, weil dadurch schon zahlreiche Unfälle herbeigeführt wurden. Bei Prozessen, in denen giftige Materialien verwandt werden, soll auf reine Kleidung geachtet werden und Kinder, die die Gewohnheit haben, die Fingernägel abzubeißen, sollen eventuell von der Arbeit ganz ausgeschlossen werden. Das Tragen von zu schweren Gewichten in Ziegeleien, Zinnplattenwerken, Konservenfabriken usw. ist verboten und es wird besonders auf eine französische Vorschrift verwiesen, wonach

Knaben unter 14	Jahren	höchstens	10 kg
„ von 14—18	„	„	15 „

tragen oder heben sollen, während Mädchen unter 16 Jahren höchstens 5 kg und zwischen 16—18 Jahren höchstens 10 kg bewegen dürfen. Auch auf Arbeiten in staubigen, mit Dampf oder giftigen Gasen angefüllten Räumen ist besondere Aufmerksamkeit zu richten, ebenso auf solche, die bei besonders hoher oder niedriger Temperatur ausgeführt werden. Etikette sollen nie mit der Zunge befeuchtet werden und was der Sonderbeachtungen noch mehr sind. Bemerkt der Arzt, daß Übertretungen der Gesetze vorliegen, so soll er nur den Arbeitgeber verwarnen und dem Distriktgewerbeinspektor entsprechende Mitteilung geben. In Fällen, in denen Gefahren für Leben und Gesundheit bei einer bestimmten Beschäftigung vorliegen, soll der Arzt unter Angabe von Gründen ein Tauglichkeitsattest verweigern. Das Ergebnis der Untersuchung bzw. die Bescheinigung der Tauglichkeit ist in ein Generalregister einzutragen. Ist ein jugendlicher Arbeiter bei demselben Arbeitgeber in verschiedenen in demselben Bezirk liegenden gewerblichen Betrieben beschäftigt, so ist ein besonderes Formular vorgeschrieben, ebenso für „Tenement factories“, d. h. für Fabriken, in denen mechanische Kraft in verschiedenen Teilen der Werke verwandt wird, so daß auch hier dieselbe Person eventuell in ganz verschiedenen Abteilungen zu den heterogensten Arbeiten herangezogen werden kann.

Soviel über die Ausstellung von Tauglichkeitsattesten.

Wir kommen zur Tätigkeit der Amtsärzte in bezug auf Unfälle und Vergiftungen in gewerblichen Betrieben.

Der Arbeitgeber hat bestimmte Unfälle im Betriebe dem Amtsarzt auf vorgeschriebenem Formular mitzuteilen, ebenso Fälle von Anthrax sowie Vergiftungen durch Blei, Arsenik, Phosphor oder Quecksilber. Welches sind nun die anzeigepflichtigen Unfälle? Zunächst solche, welche den Verlust des Lebens nach sich ziehen; zweitens Unfälle an Maschinen, welche durch mechanische Kraft bewegt werden, ferner die durch geschmolzenes Metall oder durch heiße Flüssigkeit, Explosion, Entweichen von Gas oder Dampf, endlich Unfälle, die durch elektrischen Strom hervorgerufen wurden. Alle diese Unfälle sind jedoch nur dann anzeigepflichtig, wenn die in Frage stehende Person mindestens einen ganzen Tag über ihre gewöhnlich zu verrichtende Arbeit (ordinary work) nicht ausführen kann.

Die gewerblichen Betriebe, für welche diese Vorschriften gelten, sind unter anderem: Fabriken, Werkstätten, Docks, Werften und Quaianlagen einschließlich das Ein- und Ausladen von Kohlen auf Schiffen im Hafen usw., ferner Warenhäuser, im Entstehen befindliche Bauwerke, bei denen Maschinen durch mechanische Kraft bewegt, zur Anwendung kommen; über 30 Fuß hohe Gebäude, welche im Entstehen begriffen oder ausgebessert werden oder in denen mehr als 20 Personen (außer den Dienstboten) gegen Lohn beschäftigt werden.¹⁾ Zweifelsohne wollte der Gesetzgeber mit den letztgenannten Vorschriften auch alle Unfälle in größeren Heimwerkstätten anzeigepflichtig machen. Zwei Beispiele, verehrte Anwesende, mögen zeigen, daß es m. E. nicht ratsam ist, die Anzeigepflicht nur auf bestimmte Unfälle zu beschränken.

Verbrüht sich z. B. ein Arbeiter, sagen wir zwei Finger, an kochendem Wasser, so daß er vielleicht zwei Tage seine Arbeit nicht ausführen kann, so ist der Unfall anzeigepflichtig, und der Arzt muß möglichst schnell in den fraglichen Betrieb eilen. Gleitet aber im Fabrikraume ein Arbeiter aus und zieht sich, indem er beim Fall gegen eine Maschine schlägt, einen Schädelbruch zu, so ist dieser gewiß schwere Unfall nicht anzeigepflichtig. — Der Amtsarzt ist der Pflicht enthoben, sich um den Verletzten zu kümmern, da das Ausgleiten und die sich daraus eventuell ergebenden Verletzungen sich nicht unter den soeben aufgezählten anzeigepflichtigen Unfällen befinden.

Besonders wird in den wiederholt angeführten Vorschriften der Amtsärzte noch betont, daß jeder praktische Arzt, welcher einen Kranken besucht und glaubt, daß der Patient an Karbunkel leidet oder sich bei der Arbeit eine Blei-, Arsenik-, Phosphor- oder Quecksilbervergiftung zugezogen hat, verpflichtet ist, dem Obergewerbeinspektor davon Anzeige zu machen. Diese Fälle werden dann dem Amtsarzt sofort zur weiteren Untersuchung überwiesen. Die Anzeigepflicht hängt bei Unfällen wie bei gewerblichen Vergiftungen vom Ort und von der Beschäftigung ab. So sind z. B. Unfälle in Räumen, welche nicht zur gewerblichen Tätigkeit benutzt werden, so in Schlafräumen oder nur zur geistlichen Andacht benutzten, nicht anzeigepflichtig; auch nur Unfälle von beschäftigten Personen, einschließlich Werkmeister usw. sowie gewerbliche Vergiftungen von Personen, die in Fabrik- oder Werkstätten tätig sind, unterliegen der Anzeigepflicht. Daher ist eine Bleivergiftung, welche einen Hausanstreicher oder Bleiarbeiter betrifft, nur dem Amtsarzt zu melden, wenn der Betreffende dem Blei während der Beschäftigung in einer Fabrik oder Werkstätte ausgesetzt war.

Was wird nun mit den Fällen gewerblicher Vergiftungen außerhalb der Fabriken, z. B. in den Häusern, in der Heimarbeit? Hier geraten wir schon in das Arbeitsgebiet des Medical Officer of Health, des kommunalen Medizinalbeamten. Die Wohnungen und die Aufsicht über die Wohlfahrt in denselben gehört zu seinen Obliegenheiten. Ob es nun immer möglich sein wird, festzustellen, wo sich die Vergiftungen zugetragen haben, erscheint mir zum mindesten zweifelhaft. Außer den Anthraxfällen sowie den Blei-, Arsenik-, Phosphor- und Quecksilbervergiftungen sind auch gewisse andere Vergiftungen als sogenannte „schwere Unfälle“ anzumelden, wenn sie erheblich sind und sich bei besonderen Anlässen ereignet haben, z. B. Ausströmen von salpetrigen oder

¹⁾ Nicht hierher gehören Unfälle in über 20 Fuß tiefen Steinbrüchen oder Minen.

anderen giftigen Dämpfen. Das Maß und die Dauer der Arbeitsunfähigkeit spielen bei der Anzeige hier keine Rolle. Nach Anzeige des Unfalles oder der Vergiftung hat sich der Amtsarzt baldmöglichst zur Untersuchung an Ort und Stelle zu begeben. Falls zugänglich, hat derselbe auch die verletzte Person selbst zu befragen, doch kann dies unterbleiben, wenn von der Fabrik selbst genügende Aufklärung gegeben werden kann. Wenn nötig, sind auch noch Augenzeugen, die in demselben Raum gearbeitet haben, zu vernehmen. Zwecks dieser Erhebungen hat der Amtsarzt das Recht, jeden Raum des fraglichen Betriebes zu betreten. Bei eventuellem Widerstand hat er sofort den Fabrikinspektor seines Bezirkes zu verständigen. Die dem Amtsarzt auferlegten Pflichten werden keinesfalls von der Behandlung des Patienten durch einen Arzt berührt. Der Arbeitgeber hat umgehend den Gewerbeinspektor und den Amtsarzt in vorgedrucktem Schreiben von jedem Unfall und jeder Vergiftung zu verständigen. Der Arzt hat sofort nach der Untersuchung des Unfalles bzw. der Vergiftung ebenfalls einen eingehenden Bericht auf vorgeschriebenem Formular an den Gewerbeinspektor einzusenden.

Einige Bemerkungen seien noch an diese streng vertraulichen Berichte geknüpft, die nur zur Information des Ministeriums, nicht etwa für Schadenersatzansprüche zu verwerten sind.

In diesen auf Formular 501 bzw. 190 zu gebenden vertraulichen Berichten ist kurz anzugeben:

1. Ob Übertretungen der Vorschriften oder Sonderbestimmungen, welche für gefahrvolle Verrichtungen erlassen wurden, vorliegen.

2. Genaue Angabe, wie der Unfall sich zutrug, und

3. Wie sich ähnliche Betriebsunfälle eventuell durch neue Vorschriften verhindern lassen, sei es

a) durch den Arbeitgeber, z. B. durch Veränderung der Herstellungsmethoden der Produkte oder durch feuchte Prozesse, wodurch Staub vermieden wird, sei es

b) durch den Arbeiter selbst, durch größere Sauberkeit oder genauere Befolgung der Arbeiterschutzzvorschriften.

4. Des weiteren sind die Schwere der Verletzungen und deren Folgen anzugeben einschließlich eventuelle Amputationen und eingetretener Komplikationen, z. B. Starrkrampf sowie die Dauer der Arbeitsunfähigkeit.

5. Die Bestätigung einer Diagnose — heißt es in den Vorschriften — kann kaum bei wundärztlichen Unfällen verlangt werden, auch sollte es gar nicht erst versucht werden.

Was aber die Vergiftungen betrifft, so wird der Amtsarzt oft mehr Erfahrungen haben als der behandelnde praktische Arzt, und wenn er hier Zweifel an der Richtigkeit der Diagnose hat, so soll er ausführlichen Bericht an die Behörde senden, aber dritten gegenüber jede Äußerung vermeiden, welche eine Einmischung anderer verursachen würde, auch soll er keiner Partei raten, Schadenersatzansprüche geltend zu machen.

6. In bezug auf die Vergiftungsfälle hat der Amtsarzt ferner festzustellen, ob berechtigte Annahme vorliegt, daß der Arbeiter sich in der Fabrik oder Werkstatt die Vergiftung zugezogen hat, oder ob etwa anderweitige Quellen in Betracht kommen, z. B. Bleivergiftungen durch Trinkwasser, durch Nahrungsmittel oder Drogenwaren.

7. Die Behandlung des Falles endlich ist nicht Sache einer amtlichen Untersuchung.

Handelt es sich jedoch um Anthrax, Phosphornekrose und Gasvergiftungen, wobei die Wiedergenesung oft von der genauen Befolgung besonderer Vorschriften abhängt, so soll der Amtsarzt sich nach dem Patienten erkundigen und über die Art der angewandten Behandlung gleichfalls Bericht erstatten.

Einige Daten über die Zahl der Tauglichkeitsatteste, welche im Jahre 1907 ausgestellt wurden, sowie über die berichteten Vergiftungen und Unfälle habe ich Ihnen in Tabelle II zusammengestellt.

Tabelle II.
Zahl der Tauglichkeitsatteste ausstellenden Ärzte
(Amtsärzte Certifying Surgeons) im Jahre 1907: 2003.

	Unter- sucht Anzahl	Angenommen			Zurückgewiesen		
		männl.	weibl.	zus.	männl.	weibl.	zus.
Kinder unter 14 Jahren . .	45 555	21 948	22 864	44 812	275	468	743
Junge Leute zwi- schen 13 bis 14, welche beab- sichtigen, be- schäftigt zu werden . . .	85 359	42 679	40 859	83 538	776	1045	1821
Junge Leute zwi- schen 14—16 .	296 161	146 600	144 472	291 072	1990	3099	5089
Alle Alterskl.	427 075	211 227	208 195	419 422	3041	4612	7653

Berichtete Fälle von Vergiftungen.

Art	Erwachsene		Junge Leute		Kin- der	Zusammen	
	männl.	weibl.	männl.	weibl.		1907	1906
Blutvergiftung .	²³ 1) 475	³ 77	8	18	—	²⁶ 578	³³ 632
Quecksilberver- giftung . . .	4	3	—	—	—	0 7	0 4
Phosphorvergif- tung . . .	¹ 1	—	—	—	—	1 1	—
Arsenikvergif- tung . . .	² 7	1	1	—	—	2 9	0 5
Verschiedenes .	⁸ 40	² 11	—	1 7	—	11 58	²³ 67
Zusammen	³⁴ 527	⁵ 92	9	1 25	—	40 653	⁵⁶ 708

¹⁾ Die kleinen Zahlen links oben angeführt, bedeuten die Zahl der Todesfälle. So waren im Jahre 1906: 56, im Jahre 1907: 40 Todesfälle zu verzeichnen; davon 26 bzw. 33 durch Bleivergiftungen.

An die Certifying Surgeons berichtete Unfälle.¹⁾

	Erwachsene		Junge Leute		Kinder		Alle Altersklassen			
	über 18		13—18		12—14		Zusammen			
	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	1907	1906
Gesamt- zahl	31 021	3198	7127	1943	138	51	38 286	5192	43 478	35 696
									bedeutende Zunahme	

Übertretungen von Gesetzen im Jahre 1907.

Zahl der ver- folgten Personen	Zahl der Fälle	davon überführt	zurück- gezogen	abgewiesen
1699	4474	4211	155	108

Das dritte Arbeitsgebiet der Amtsärzte ist die Beaufsichtigung der Arbeiterschaft in den sogenannten gefährlichen Betrieben. Für gewisse gefährliche Prozesse sind — abgesehen vom allgemeinen Fabrik- und Werkstättengesetz — noch Vorschriften und Sonderbestimmungen erlassen worden, in denen u. a. gefordert wird, daß eine periodische ärztliche Prüfung der Angestellten stattfindet, und zwar entweder durch den Amtsarzt oder durch einen besonders dazu ernannten praktischen Arzt. Die Prüfung der in Frage stehenden Angestellten soll zu einer vorher vereinbarten Zeit und tunlichst in einem für diese Zwecke vorgesehenem Raume stattfinden. Die Resultate der Untersuchung sind in ein vorgeschriebenes Gesundheitsregister, welches vom Arbeitgeber in der Fabrik zu halten ist, einzutragen und eventuell die Suspendierung der Arbeiter von dieser oder jener Beschäftigung. Dieses Register — Formular 605 — welches ich herumgeben möchte, enthält eine Liste, welche es dem Arbeitgeber, Gewerbeinspektor sowie dem Amtsarzt ermöglichen, zu ersehen, ob die Tauglichkeit der einzelnen Arbeiter in ungesunden Manipulationen feststeht.

Der Amtsarzt hat ferner besondere Prüfungen einzelner Angestellter auf deren Gesuch vorzunehmen und darüber ein Zeugnis auszustellen. Ferner kann er dem Arbeitgeber mit Rat zur Seite stehen, wenn es sich um Einrichtungen den Arbeiterschutz betreffend handelt, z. B. in Bichromatfabriken um die Anschaffung von Überkleidern, Respiratoren, Mittel zur Behandlung leichter Wunden usw. Begegnet der Arzt im Laufe der Untersuchung einem Fall, der auf Vergiftung schließen läßt, so hat er sofort Bericht zu erstatten, wie bereits geschildert; bemerkt er Gesetzesübertretungen, so hat er dem Gewerbeinspektor Meldung zu machen. Am Jahresende hat der Amtsarzt auf einem vorgeschriebenen Formular, 520, in Tabelle IV seine Eintragungen zu machen und dem Ober-gewerbeinspektor nach London einzusenden.

Es ist ganz unmöglich, meine Damen und Herren, daß ich Ihnen im Rahmen

¹⁾ Die Zahl aller Unfälle im Jahre 1907 betrug 124 325, davon 1719 mit tödlichem Ausgang.

eines orientierenden Vortrages alle Einzelvorschriften, die im Laufe der Jahre erlassen worden sind, aufzählen kann.

In Ihren Händen befindet sich aber eine Liste der Sondervorschriften für die verschiedensten Fabrikationsarten — ich habe sie mit Tabelle III bezeichnet

Tabelle III.

Gefährliche und ungesunde Fabrikationen.

(Vorschriften und Sonderbestimmungen, seit dem 1. Januar 1908 in Kraft.)

Teil I. Vorschriften:

Fabrikation von Filzhüten,
 Feilenhauen von Hand aus,
 Fabrikation von elektrischen Akkumulatoren,
 Auf- und Abladen von Gütern in Docks, auf Werften und Quais,
 Spinnen von selbsttätigen Mulemaschinen,
 Wollsortieren usw.,
 Spinnen und Weben von Flachs und Werg (Hede),
 Gebrauch von Lokomotiven auf Eisenbahnlinien und Weichstellen (Rangierplätzen),
 Herstellung von Farben, Deck-Anstrichfarben usw.,
 Aufspulen von Garn, welches durch Bleiverbindungen gefärbt ist,
 Spinnen und Weben von Hanf, Jute usw.,
 Verarbeitung von Nitro- und Amidoderivaten von Benzin,
 Anwendung von Pferdehaaren.

Teil II. Sonderbestimmungen:

Aufdruckarbeiten an irdenem Geschirr und Porzellan,
 Herstellung und Anmalen von irdenem Geschirr und Porzellan,
 Bleiweiß,
 Rotes und orangefarbiges Blei,
 Gelbes Blei,
 Bleigießen,
 Emaillieren von Eisenplatten mit Hilfe von Blei, Arsenik oder Antimon,
 Verzinnen und Emaillieren von Metallhohlwaren und Kochutensilien mit Hilfe
 von Blei oder Arsenik,
 Verzinnen und Emaillieren von Eisenhohlwaren mit Hilfe von Blei oder Arsenik,
 Mischen und Gießen von Messing,
 Streichhölzerfabrikation, in welcher weißer und gelber Phosphor verwendet werden,
 Bearbeitung trockener und trocken gesalzener Felle und Häute von China und
 Westindien,
 Herstellung von Bichromaten oder Chromaten aus Kalium oder Soda,
 Vulkanisieren von Kautschuk durch zweifach Schwefelkohlenstoff,
 Chemische Fabriken,
 Auf Flaschenziehen von kohlensauren Wassern.
 — und ich greife zur Erläuterung nur zwei Beispiele heraus, nämlich:

Die Vorschriften bei Herstellung von Bleigelb und
 die Bestimmungen für Bleischmelzen.

Zumeist — und auch hier — zerfallen die Bestimmungen in zwei Teile, in die für die Arbeitgeber und die für die Arbeitnehmer.

Der Arbeitgeber hat bei der Fabrikation von Bleigelb dafür Sorge zu tragen, daß zunächst eine genügende Zahl von Waschbecken vorhanden ist mit kaltem und heißem Wasser, Seife, Nagelbürste und Handtüchern. Für alle bei den trockenen Prozessen beschäftigten Personen sind Respiratoren und Überkleider zu halten, ferner geeignete Absaugvorrichtungen anzubringen, sofern bei der Herstellung Staub erzeugt wird. Ein genügender Vorrat von Bittersalz muß vorhanden sein sowie ein in gesundheitlicher Beziehung erprobtes Getränk. Als solches wird angeraten: 2 Unzen Magnesiumsulphat, 1 Gallone (4,54 l) Wasser und zum wohlschmeckend machen genügenden Zusatz von Zitronenessenz. Den Arbeitern wird in Teil 2 der Vorschriften zur Pflicht gemacht, sich genau an die Vorschriften zu halten und besonders daran erinnert, daß nach Abschnitt 9 des Fabrik- und Werkstättengesetzes jede Übertretung einer Vorschrift bzw. die Nichtbefolgung einer solchen mit einer Geldstrafe bis zu 40 Mk. (2 £) geahndet werden kann. Beim Bleischmelzen hat der Arbeitgeber ebenfalls Respiratoren und Überkleider für alle die Personen zu beschaffen, die beim Reinigen der Abzugsrohre beschäftigt sind, auch hat er darauf zu achten, daß diese auch tatsächlich gebraucht werden. Niemand soll länger als zwei Stunden hintereinander beim Abzugskanal bzw. am Herde beschäftigt werden, alsdann soll für die Arbeiter eine halbe Stunde Pause eintreten. Alle bei diesen Arbeiten beschäftigten Personen sollen, ehe sie die Fabrik verlassen, ein Bad nehmen. Ausreichende Badeeinrichtungen müssen vorhanden sein. Auch für Waschgelegenheit mit heißem und kaltem Wasser, Seife, Nagelbürste und Handtücher ist zu sorgen. Die Pflichten der Arbeiter sind, wie oben angedeutet, dahin zusammengefaßt, daß alle Vorschriften bei Androhung von Geldstrafen pünktlichst zu befolgen sind. Mit Beaufsichtigung all der angeführten Personen ist aber das Arbeitsgebiet der Amtsärzte noch nicht erschöpft.

Auf Wunsch des Staatssekretärs hat er auch besondere Erhebungen und Untersuchungen von Industriearbeitern vorzunehmen. Er hat ferner auf Wunsch des Gewerbeinspektors bei Gericht als Zeuge aufzutreten und, wie bereits erwähnt, auf vorgeschriebenem Formular (520) dem Obergewerbeinspektor bis zum 17. Januar eines jeden Jahres seinen Jahresbericht einzusenden sowie auch den seines eventuellen Vertreters während seines Urlaubs. Desgleichen ist bis zu diesem Tage die Kostenrechnung, auch auf vorgeschriebenem Formular (529) dem Home Office einzureichen.

Damit komme ich zum letzten hier zu erörternden Gegenstand, nämlich der Bezahlung der Amtsärzte. Sie werden bemerkt haben, daß ich des öfteren von den „halbamtlichen Ärzten“ gesprochen habe und dies mit Absicht, denn der Certifying Surgeon ist ein Arzt mit meist umfangreicher Privatpraxis, der zwar vom Staate ernannt wird, jedoch für seine Dienstleistungen kein festes Gehalt, sondern nur von Fall zu Fall Gebühren bezieht. Die Bezahlung geschieht teils durch den Staat, soweit es sich um Unfallberichte, Berichte über Vergiftungsfälle, Zeugengebühren bei Gericht sowie vom Staatssekretär geforderte Sonderberichte handelt, teils durch den Arbeitgeber, wenn Tauglichkeitsatteste in Frage kommen. Endlich sind auch einige Gebühren vom Arbeiter selbst zu entrichten, wenn die Untersuchung und Ausstellung eines Attestes auf besonderes Gesuch eines Arbeiters hin erfolgt. Die Höhe der Gebühr hängt u. a. von der Entfernung ab, welche von dem Wohnort des Arztes bis zum Betriebe zurückzulegen ist. Die Kosten der Ausstellung von Tauglichkeitsattesten betragen z. B. falls innerhalb einer Meile vom Wohnsitz des Arztes: 2,50 Mk. für jeden Besuch, und je 50 Pfg. mehr von

der sechsten zu prüfenden Person an. Liegt die Fabrik mehr als eine Meile vom Wohnsitz des Arztes entfernt, so tritt für jede halbe Meile ein Zuschlag von 50 Pfg. ein. Für die Prüfung und Attestausstellung in der Wohnung des Arztes sind 50 Pfg. für jede Person zu zahlen. Für die Feststellung und Berichterstattung über einen Unfall oder eine Vergiftung sind — je nach der Entfernung — 3, 4, 5, höchstens 10 Mark zu entrichten. Im Gegensatz zu den Amtsärzten (Certifying Surgeons) ist der Medical Officer of Health, der Medizinalbeamte, ein von den Sanitätsbehörden angestellter Vollbeamter. Ganz England und Wales mit Ausnahme von London besteht aus städtischen und ländlichen Sanitätsdistrikten unter der Verwaltung von städtischen und ländlichen Sanitätsbehörden, welche seit 1894 die Bezeichnung Distriktsräte führen. Jede Sanitätsbehörde (Sanitary Authority) muß einen oder mehrere Medizinalbeamte (Medical Officers of Health) und einen öffentlichen Gesundheitsbeamten (Sanitary Inspector) ernennen. Zwei oder noch mehr Sanitätsbehörden können denselben Medizinalbeamten anstellen; außerdem ist die Regierung, d. h. das „Ministerium für Lokalverwaltungen“, ermächtigt, zwangsweise Distrikte zu vereinigen, zwecks Ernennung eines solchen Beamten. Grafschaftsräte haben ebenfalls das Recht, Medizinalbeamte zu ernennen. Ohne schriftliche Genehmigung ist diesen Beamten jedoch nicht gestattet, private Praxis neben ihren amtlichen Funktionen zu übernehmen. Jeder Medizinalbeamte muß praktischer Arzt, Chirurg und Geburtshelfer sein. Im allgemeinen hat die Regierung keine Kontrolle über die Besetzung dieses Amtes, wenn nicht die Hälfte des Gehaltes von den Sanitätsbehörden zurückgefordert wird, was allerdings häufig geschieht. In der Regel werden die Medizinalbeamten von den Sanitätsbehörden bezahlt. Die Tätigkeit der Medizinalbeamten ist durch die Regierung vorgeschrieben, mag dieselbe einen Zuschuß zum Gehalt geben oder nicht.

(Schluß folgt.)

Der Aufschwung des öffentlichen Gesundheitswesens in den Vereinigten Staaten.

Von Dr. ERNST SCHULTZE-Großborstel.

In Nordamerika ist eine lebhafte Bewegung zur Hebung des Gesundheitswesens entstanden. Bis vor kurzem glaubte man dort, körperlich eine so kräftige Rasse zu bilden, daß gesundheitliche Schädigungen ihr kaum etwas anhaben könnten. Nun hat aber die Einwanderung im letzten Menschenalter doch auch eine große Zahl von Elementen hinübergebracht, die sich körperlich keiner besonderen Widerstandskraft erfreuten, wenn auch die immer schärfer werdenden Einwanderungsbestimmungen der Union es unmöglich machten, daß geradezu schwächliche oder mit schweren Krankheiten behaftete Menschen ins Land kamen. Noch stärker hat die von Jahr zu Jahr fortschreitende Zusammenballung der Bevölkerung in den großen Städten auf die Volksgesundheit eingewirkt. Namentlich dort, wo die natürlichen Gesundheitsschädigungen, die in allen Großstädten zu finden sind, gewissermaßen noch dadurch verstärkt worden sind, daß für gesundes Trinkwasser ebensowenig gesorgt wurde wie für reine Milch zur Ernährung der Kinder, mußte die Sterblichkeit verhältnismäßig hohe Ziffern annehmen. Dennoch ist man in den Vereinigten Staaten erst zu Anfang des 20. Jahrhunderts darauf aufmerksam geworden, daß die Gesundheit des Volkes besonderer Fürsorgemaßregeln bedarf.

Seitdem diese Erkenntnis durchgedrungen ist, hat man sich mit aller Energie an die Arbeit gemacht, um die gesundheitlichen Verhältnisse weiterer Volkskreise zu verbessern. Zahlreiche Städte, namentlich des Ostens, haben für die Versorgung mit reiner Milch umfassende und scharfe Maßregeln getroffen. Eine umfangreiche Literatur über das private wie über das öffentliche Gesundheitswesen

ist entstanden. Ganz besonders haben die Gesellschaften zur Bekämpfung der Tuberkulose dem großen Publikum die Augen geöffnet und die allgemeine Aufmerksamkeit auf das Gesundheitswesen gelenkt. Gesundheitsgesellschaften, Sportvereine, Volksbildungsmaßnahmen aller Art haben dafür gesorgt, daß sich die öffentliche Meinung in den Vereinigten Staaten jetzt regelmäßig mit solchen Fragen beschäftigt. In Kirchen und Sekten ist eine Neubelebung des sozialen Interesses zu beobachten, das ebenfalls gerade der Förderung des Gesundheitswesens besonders zugute kommt. Die Tagespresse und die Zeitschriften haben auch ihrerseits die Bewegung lebhaft unterstützt, und wenn auch manche der genannten Einflüsse (namentlich der Unfug der sog. „christlichen Wissenschaft“) mehr Schaden als Nutzen gebracht haben, so ist doch durch den Gesundheitskult aller Art, z. B. durch den Fletcherismus, durch die Emmanuel-Bewegung und ähnliche Merkwürdigkeiten auch das allgemeine Interesse für das Gesundheitswesen wesentlich gesteigert worden.

Vor allem haben die Staatsbehörden sich darauf besonnen, daß sie auch in gesundheitlicher Beziehung große Aufgaben zu erfüllen haben. Sowohl die Union als auch die Einzelstaaten und Territorien haben dem öffentlichen Gesundheitswesen in den letzten Jahren viel größeres Interesse zugewendet als je zuvor. Vielleicht ist man sogar ein klein wenig zu weit gegangen, indem man glaubte, durch Gesetze alle möglichen Erfolge erzielen zu können, die sich im Grunde doch nur durch Einführung besserer Gewohnheiten und durch größere Selbstzucht erzielen lassen. Es sei etwa an die Gesetze gegen das Spucken erinnert, die sich natürlich gar nicht genau durchführen lassen, weil man nicht neben jeden Staatsbürger einen besonderen Polizisten stellen kann, um aufzupassen, daß er nicht spuckt; namentlich wenn die Polizisten, trotz solcher Gesetze, diese süße Gewohnheit selbst nicht lassen mögen.

Immerhin ist es mit Anerkennung zu begrüßen, daß jetzt fast in sämtlichen 46 Einzelstaaten und in den 6 Territorien der Union dem Gesundheitswesen auch von staatlicher Seite aus große Aufmerksamkeit entgegengebracht wird. Schon in den beiden letzten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts hatte sich das vorbereitet. Man begann damals damit, hier und da statistische Aufnahmen über Geburten und Todesfälle, über schwere Erkrankungen usw. aufzunehmen. Dann wurde von einzelnen Staaten bestimmt, daß ansteckende Krankheiten gemeldet und daß die damit behafteten Kranken isoliert werden müßten. Auch die Fabrikgesetzgebung

begann damals in einzelne Teile des Gesundheitswesens einzugreifen, ebenso die Gesetzgebung über die Kinderarbeit. Später traten gesetzgeberische Maßnahmen gegen die Nahrungsmittelverfälschung hinzu, die einstweilen in dem Bundesgesetz gegen die Nahrungsmittelverfälschung (Pure Food Law vom 30. Juni 1906) gipfeln. Wieder ein weiterer Schritt bestand in den Bestrebungen, zu verhindern, daß das Wasser der Binnenseen oder der stark besiedelten Teile der Meeresküste durch Abwässer verdorben würde. Auch den Tierarten, die Krankheiten auf den Menschen zu übertragen pflegen, wurde nun ein aufmerksames Auge zugewandt: sowohl auf Mücken und Moskitos, die in einzelnen Staaten eine wahre Plage bildeten und viele Krankheiten übertrugen, wie auch z. B. auf Ratten, gegen die etwa die Stadt San Francisco seit Jahren einen erbitterten Krieg führt, um nicht immer wieder Pestfälle melden zu müssen. Kurzum — hygienische Fragen sind an der Tagesordnung. Was man vor einem Jahrzehnt noch als rein akademische Frage anzusehen geneigt war, das wird heute von allen in Betracht kommenden Stellen als Lebensfrage der ganzen Nation betrachtet.

Wie sehr die Aufwendungen für das öffentliche Gesundheitswesen gestiegen sind, ergibt sich aus der Tatsache, daß die 148 Städte der Union, die mehr als je 30 000 Einwohner haben, während der 5 Jahre 1902—1906 eine Summe von fast 560 Mill. M. für Gesundheitszwecke (Health Conservation and Sanitation) ausgaben. Dabei sind nicht mitgerechnet 380 Mill. M., die in derselben Zeit für wohltätige Zwecke und Armenwesen verausgabt worden sind, obwohl von dieser Summe ein erheblicher Teil für Behandlung und Heilung von Kranken in Krankenhäusern oder Heilstätten verwendet wurde. Lehrreich ist auch, daß jene 560 Mill. M. etwa 9,7 Proz. der Gesamtausgaben ausmachen, während die 380 Mill. M. für Wohltätigkeitswesen und Armenunterstützung noch 6,3 Proz. der Gesamtausgabensumme bilden. Da dies Durchschnittszahlen sind, so gibt es viele Städte, deren Ausgaben für das Gesundheitswesen einen weit größeren Teil ihrer Gesamtausgaben ausmachen. Andere Städte tun dagegen einstweilen noch sehr wenig dafür.

Überhaupt sei gleich hier ausdrücklich darauf hingewiesen, daß in dem öffentlichen Gesundheitswesen der Vereinigten Staaten noch zahlreiche Mängel bestehen. Die sträfliche Nachlässigkeit, die einer der Hauptcharakterzüge des nordamerikanischen Lebens ist, gilt eben auch für das Gesundheitswesen. Wenn es möglich

ist, daß in den Vereinigten Staaten jährlich die ungeheure Zahl von 7000 Menschen verbrennt, wenn ferner Jahr für Jahr bei Eisenbahnunfällen dort 9—10 000 Menschen zugrunde gehen und weitere 70—80 000 verwundet werden, so läßt sich denken, daß Nachlässigkeit und Gleichgültigkeit auch aus dem Gesundheitswesen noch nicht allenthalben verbannt sind. Als im Jahre 1900 in San Francisco die Beulenpest ausbrach, fand eine Zusammenkunft der Chefredakteure sämtlicher dort erscheinenden Zeitungen statt, die noch heute als die „Mitternachtskonferenz“ bekannt ist. Sie beschlossen, über den Ausbruch der Pest keine Nachrichten erscheinen zu lassen. In den fingerlangen Buchstaben, mit denen amerikanische Zeitungen wichtige Nachrichten zu bringen pflegen, berichtete daher der „Chronicle“ sofort: „Es gibt keine Beulenpest in San Francisco“, und die anderen Zeitungen folgten.

Von den Mängeln der Trinkwasserversorgung war schon oben die Rede. Selbst in der Bundeshauptstadt Washington kann man das dortige Leitungswasser sogar zum Zähneputzen nur mit Abscheu verwenden. Die amerikanische Nachlässigkeit ist so groß, daß selbst an Stellen, wo gutes Trinkwasser ohne erhebliche Kosten zu erhalten ist, wie z. B. in Charleston, die Stadtverwaltung nicht immer dafür sorgt, daß es allseitig benutzt werden kann. So wird dort z. B. die Bevölkerung nicht mit reinem Leitungswasser versehen, sondern mit Wasser aus schmutzigen Zisternen.

Andererseits gibt es aber auch wieder Städte, die gewaltige Summen für ihr Gesundheitswesen ausgeben. Insbesondere gilt dies von manchen Großstädten, die das schon im eigensten Interesse tun müssen. Pittsburgh hat mehr als 20 Mill. M. für den Bau einer Trinkwasser-Filtrieranlage ausgegeben. New York baut gegenwärtig eine neue Wasserleitung von riesenhaftem Umfang. San Francisco hat im Yosemite-Park, im Hetch-Hetchy-Tale, ein großes Stück Landes von der Bundesregierung erworben, um ein gewaltiges Wasser-Reservoir anzulegen; die südcalifornische Stadt Los Angeles baut ebenfalls eine riesige Trinkwasserleitung. Die Stadt Seattle, die aufstrebende Metropole des Nordwestens, hat schon vor Jahren eine ausgezeichnete Wasserleitung fertiggestellt. Chicago beabsichtigt, etwa 24 Mill. M. zu bewilligen, um die Abwässer, die sich aus dem Calumetfluß in den Michigansee ergießen, abzuleiten.

Prozentweise stellen sich die Ausgaben der wichtigsten Städte für ihr Gesundheitswesen im Verhältnis zu den Gesamtausgaben folgendermaßen dar:

Philadelphia	8	Proz.
Chicago	9	„
Boston	11	„
New York	11	„
Saint Louis	12,5	„
Milwaukee	15	„

Ja es gibt Städte, die noch weit mehr ausgeben. So betragen die Prozentzahlen für die Stadt Savannah in Georgia mehr als 20 Proz., für Jacksonville (Florida) sogar etwa 25 Proz., während die Städte des Südens in der Regel selten mehr als 12 Proz. dafür ausgeben.

Noch bezeichnender ist die gewaltige Durchschnittssteigerung der städtischen Ausgaben für das öffentliche Gesundheitswesen. Diese Steigerung betrug für die 148 Städte mit mehr als je 30 000 Einwohnern für den kurzen Zeitraum von 1902—1906 40 Proz., während die Durchschnittszunahme der Gesamtausgaben etwas weniger als 21 Proz. betrug. Indessen ist man mit den bewilligten Summen vielfach noch nicht zufrieden. So hat z. B. Mr. Porter, der Gesundheitskommissar von New York, sich darüber beklagt, daß die gesetzgebenden Körperschaften des Staates zwar 70 000 Dollars für das Studium und die Verhinderung von Krankheiten bewilligt, aber 10 000 Dollars zum Zwecke von Volksbildungsmaßnahmen zur Bekämpfung der Tuberkulose abgelehnt hätten. Der Sekretär des staatlichen Gesundheitsamtes von Indiana, Mr. Hurty, führt seinerseits bittere Klage darüber, daß sein Staat zwar bereit sei, 20 000 Dollars für das Studium von Venusmuscheln auszugeben, während er die Bewilligung von 3000 Dollars für die Anstellung eines Fachmannes in der Kinderhygiene abgelehnt habe. Der Gesundheitskommissar des Staates Minnesota, Mr. Bracken, hat in einer der letzten Sitzungen der amerikanischen Ärztesgesellschaft sogar die Bundesregierung angegriffen, weil sie bisher nicht einen Dollar ausgegeben habe, um das reisende Publikum gegen Krankheiten zu schützen.

Und doch tut die Bundesregierung außerordentlich viel zur Hebung des öffentlichen Gesundheitswesens: im letzten Jahre hat sie dafür die stattliche Summe von 6 334 000 Dollars bewilligt. Vergleicht man diese Ziffer mit der vor 60 Jahren, so wird man der Unionsregierung Verständnis für die Bedeutung der öffentlichen Hygiene nicht absprechen können. Denn die überhaupt erste staatliche Bewilligung in Nordamerika für öffentliche Gesundheits-

zwecke fand im Jahre 1850 statt, als 259 000 Dollars zur Errichtung des Marinekrankenhauses hergegeben wurden. Seitdem sind die Staatsausgaben für das öffentliche Gesundheitswesen gerade für die Union als solche außerordentlich gewachsen.

Ein Beispiel für die weitverzweigte und tatkräftige Wirksamkeit der Gesundheitsbehörde der Bundesregierung. Sie hat mehrere Zeitungsausschnitt-Bureaus damit beauftragt, ihr umgehend jede Zeitung zu übersenden, die den Ausbruch von Pocken mitteilt. In solchen Fällen wird sofort an die Gesundheitsbehörden oder an die Ärzte des betreffenden Ortes und der umliegenden Ortschaften eine genaue Anweisung, wie die Verbreitung der Krankheit am besten zu verhindern ist, gesandt. Im letzten Jahr wurde entsprechende Literatur an 46 Gesundheitsämter in 25 verschiedenen Staaten der Union geschickt. In ähnlicher Richtung ist z. B. auch die Gesundheitsbehörde des Staates New York tätig, die einige Tage vor dem 4. Juli, dem Festtage der Unabhängigkeitserklärung der Vereinigten Staaten, Antitoxin gegen den Tetanusbazillus verschickt und genaue Anweisungen beilegt, wie es anzuwenden ist. Denn an diesem größten Festtage Nordamerikas ist die Zahl der Unglücksfälle und Erkrankungen infolge des wahnsinnigen Lärmes, der unvernünftigen Schießerei, des Abbrennens von Raketen und allem möglichen Feuerwerk, des Abgebens von Böllerschüssen usw. usw. gewaltig groß. Man hat berechnet, daß in den letzten 10 Jahren mehr Menschenleben dadurch verloren gegangen sind, als den Vereinigten Staaten der ganze Unabhängigkeitskrieg gegen England gekostet hat

Vor allem schulden die Amerikaner der Bundesbehörde den wärmsten Dank für die Untersuchung der gesundheitlichen Verhältnisse und die fortdauernde Aufklärung der öffentlichen Meinung darüber. Statistische Aufnahmen können von den Einzelstaaten nur auf ihrem eigenen Gebiete durchgeführt werden, erregen daher jenseits ihrer Grenzen keine allgemeine Aufmerksamkeit. Die Bundesregierung dagegen hat eine ganze Anzahl zusammenfassender gesundheitspolitischer Arbeiten veranlaßt. Es ist ein großes Verdienst Roosevelts, auch in dieser Beziehung bahnbrechend gewirkt zu haben. So erstattete z. B. auf Veranlassung der Bundesregierung Professor Irving Fisher der Kommission zur Erhaltung der natürlichen Reichtümer des Landes 1908 einen Bericht über die Lebensdauer in den Vereinigten Staaten. Dr. Cressy L. Wilbur verfaßte eine zusammenfassende Arbeit über die Tuberkulose in den Vereinigten Staaten. Andere Arbeiten

bezogen sich auf die Milchversorgung und ihre Beziehungen zum öffentlichen Gesundheitswesen, ferner auf den Ursprung und die Verbreitung des Typhus im Distrikt Columbia (in welchem die Bundeshauptstadt Washington liegt).¹⁾

Auch viele Einzelstaaten sind nicht zurückgeblieben. 1871 erfolgte die erste Begründung eines staatlichen Gesundheitsamtes. Damals schuf Massachusetts seinen State Board of Health; es bewilligte dafür nicht ganz 4000 Dollars. 10 Jahre später war die Summe auf mehr als 18 000 Dollars gestiegen. Im letzten Jahre betrug sie 138 000 Dollars. — Der Staat New York begründete sein Gesundheitsamt 1880. Damals gab er 15 000 Dollars dafür aus, 1908 betrug die Summe 150 000 Dollars. Auch hier sind die Ausgaben für Wohltätigkeit nicht mitgerechnet, also auch die Ausgaben für Krankenhäuser und Asyle nicht. — Der Staat Pennsylvania gab in den Jahren 1885—1904 niemals mehr als 6500 Dollars jährlich für das Gesundheitswesen aus. Als aber in den ersten Jahren des 20. Jahrhunderts die öffentliche Meinung auf die Bedeutung der Hygiene aufmerksam geworden war, wurde die betreffende Summe mit einem Sprunge auf 368 000 Dollars für die Jahre 1904, 1905 und 1906 erhöht. 1907 und 1908 wurden sogar 2 100 000 Dollars dafür ausgegeben. Eine Erhöhung dieser stattlichen Summe auf 3 Mill. Dollars wurde noch vor Ablauf dieses Zeitraumes in Erwägung gezogen. — Im Staate Ohio betrugen die Staatsausgaben für das öffentliche Gesundheitswesen 1886 5000 Dollars, 1909 40 000 Dollars. — Der Staat Illinois hat, um auch ein Beispiel für die Liberalität zu geben, mit der Staatsausgaben für besondere hygienische Zwecke bewilligt werden, 1909 beschlossen, 46 000 Dollars nur für die unentgeltliche Verteilung von Diphtherieserum auszugeben.

Diese Beispiele mögen für die nicht unerheblichen Aufwendungen vieler Einzelstaaten für hygienische Zwecke genügen. Allerdings wird man auch hierfür im Auge behalten müssen, daß die Verhältnisse nicht in allen Teilen des Landes gleich liegen. Zwar haben wohl sämtliche Einzelstaaten der Union Gesundheitsämter geschaffen, aber man nimmt an (wie z. B. Samuel Hopkins Adams in McClures Magazine, Juli 1908), daß nur der vierte Teil dieser Ämter wirklich ihren Aufgaben gerecht wird, während Dreiviertel nur ornamental wirken! Der Grund für ihre

¹⁾ Ich entnehme diese Tatsachen einem Aufsätze von Edwin Björkman in der amerikanischen Zeitschrift „The World's Work“.

mangelnde Wirksamkeit liegt entweder darin, daß ihnen keine genügenden Mittel zur Verfügung stehen, oder darin, daß sie sich in den Händen gewissenloser Parteipolitiker befinden, denen ihre Beamtenaufgaben ganz gleichgültig sind und die nur ihre eigenen Interessen wahrzunehmen suchen. Wie arg die Zustände in staatlichen Gesundheitsämtern sein können, ergibt sich schon daraus, daß in den Vereinigten Staaten „the medical Politician“ (der ärztliche Politiker) ein wohlbekanntes Schlagwort ist. Damit ist nicht etwa ein Mann gemeint, der durch Mittel der Politik das Gesundheitswesen zu fördern suchte — im Gegenteil jemand, der ein Amt im öffentlichen Gesundheitswesen aus politischen Gründen erhalten hat und nun für sich ausnutzt. Als Beispiel sei erzählt, daß ein solcher ärztlicher Politiker im Staate Südkarolina einer Abordnung von Ärzten, die zu ihm kam, um gewisse hygienische Reformen auf dem Wege der Gesetzgebung zu befürworten, ganz offen erwiderte: „Wozu wollen Sie denn Gesetze schaffen, um die Leute zu verhindern, krank zu werden? Dann können Sie doch kein Geld verdienen!“

Halten wir uns aber lieber an die Staaten, die dem Gesundheitswesen lebhaftes Interesse entgegenbringen. Da ist z. B. der Staat New York, der kürzlich vor den Bundesgerichten eine Klage gegen den Nachbarstaat New Jersey anhängig gemacht hat, weil dieser ruhig gestattet, daß seine Städte ihre Abwässer in die Bucht entleeren, an deren anderer Seite die Stadt New York liegt. Klagen über den Staat New Jersey sind in dieser Beziehung nicht neu. Lange Zeit hindurch waren Prozesse gegen einzelne seiner Küstendörfer an der Tagesordnung, weil diese ihren Unrat ruhig in das Meer entleerten, obwohl die ganze Küste hier mit Badeorten besetzt ist. Man hat erst gerichtliche Entscheidungen herbeiführen müssen, um diese kleinen Gemeinden zu zwingen, das Wasser am Badestrand wenigstens während der Sommermonate nicht zu verunreinigen.

Die Gesundheitsbehörde der Stadt New York, die besonders eifrig ist und z. B. durch ihre vortrefflichen Maßnahmen zur Überwachung der Milch die Kindersterblichkeit in New York wesentlich heruntersetzt hat, versuchte kürzlich, eine Terraingesellschaft in Long Island gerichtlich zu zwingen, die Moskitoplage zu beseitigen, die durch größere Flächen stehenden Wassers auf ihren Grundstücken entstand. Die Klage ist zurückgewiesen worden. Man glaubt dies jedoch mehr auf juristisch-technische

Ungeschicklichkeiten zurückführen zu müssen, die Klage also wiederholen zu können.

Auch andere Städte sind in ihrem Gesundheitswesen sehr eifrig. Die Stadt Rochester in New York, die kürzlich durch ein großes Brandunglück verheert wurde, läßt den Verkehr mit Milch scharf überwachen. Sie hat das Glück, an der Spitze ihres Gesundheitsamtes einen sehr tüchtigen und tatkräftigen Mann, Mr. D. Goler, zu haben, der die Einwendungen gegen ein Eingreifen der Stadt auf diesem Gebiet mit den schlagenden Worten zurückgewiesen hat: „Wenn es nicht zu den Aufgaben einer Stadt gehört, das Leben ihrer Einwohner zu schützen, so hat sie überhaupt keine Aufgaben“. — Mont Clair (New Jersey) hat ebenso wie Chicago vor den Gerichten und parlamentarischen Körperschaften einen großen Kampf begonnen, um sich das Recht zu wahren, alle Milch, die nicht untersucht und nicht pasteurisiert ist, ohne weiteres zurückzuweisen.

Dieser Enthusiasmus für das Gesundheitswesen ist in den Städten Nordamerikas erst verhältnismäßig spät entstanden: noch zu Anfang des 19. Jahrhunderts gaben sie sämtlich nicht einen Cent dafür aus, wie übrigens auch die Bundesregierung nicht und ebensowenig die Regierungen der Einzelstaaten. Die ersten bescheidenen Anfänge des städtischen Gesundheitswesens mußten sich in Nordamerika an das Straßenreinigungswesen angliedern. Merkwürdigerweise ist diese Angliederung in Pittsburgh bis heute beibehalten worden. — Ein Beispiel dafür, wie die Ausgaben für das Gesundheitswesen sich in einer Anzahl von Städten entwickelten, mag Boston bieten. Von 1822 bis 1879 gab diese Stadt nur etwa 5 Proz. ihrer Gesamtausgaben für hygienische Zwecke aus. Seither haben sich die übrigen Ausgaben um 172 Proz., die für das Gesundheitswesen um 347 Proz. gesteigert. 1879 gab Boston dafür 323 000 Dollars aus, 1907 fast 1½ Mill. Dollars.

Zuweilen nimmt dieser Gesundheitsenthusiasmus fast komische Formen an. Die Stadt Lafayette (Indiana) hat z. B. den stolzen Beschluß gefaßt, der Welt bis zum Jahre 1911 „die größte Abnahme der Todesziffer infolge von Tuberkulose in irgendeiner amerikanischen Stadt“ zu zeigen, damit diese Tatsache auf dem nächsten Internationalen Kongreß in Rom berichtet werden kann. Aber abgesehen von solchen kleinen Entgleisungen stiftet die Bewegung doch unendlichen Nutzen. Man mag ihr daher gönnen, daß sie zu ihrer Förderung alle möglichen Mittel benutzt. So hat die Milchkommission der medizinischen Fakultät in Cin-

cinnati vor einigen Monaten 2 Silberpokale für die beste Milch ausgesetzt. 25 Milchproduzenten aus verschiedenen Teilen der Union und aus Canada bewarben sich darum. Die beiden Gewinner der Pokale dürfen diese nur bis zur Preisverteilung des nächsten Jahres behalten, wo abermals eine Milchprüfung stattfindet.

Auch der Kampf gegen das Spucken hat sich in mancherlei groteske Gewandung gekleidet. Präsident Roosevelt erließ vor einigen Jahren eine scharfe Verfügung gegen diese Unsitte in allen Regierungsgebäuden und drohte namentlich den mit Tuberkulose behafteten Beamten, wenn sie dort spuckten, sofort ihre Entlassung an. Der Tuberkuloseausschuß der Stadt Paterson (New Jersey) hat die Anstellung eines besonderen „Spuckwarts“ (Spit Warden) vorgeschlagen, der keine andere Aufgabe haben soll, als darauf zu achten, daß nicht ausgespuckt wird. Schon hat sich auch ein „Verein Spuckenicht“ (Don't Spit League) gebildet. Die meisten Mitglieder hat er zunächst unter den Soldaten im Fort Barancas und auf der Kriegsschiffswerft in Pensacola. In den Tabakfabriken der Vereinigten Staaten und Kubas soll übrigens das Spucken durch besonders strenge Regeln fast ausgerottet sein. Daß es jedoch in der Öffentlichkeit noch allenthalben zu finden ist, bemerkt der Fremde mit Bedauern und mit Ekel. Man braucht viele Wochen, um sich in dieser Beziehung einigermaßen zu akklimatisieren. Die waschbeckengroßen Spucknäpfe, die allenthalben, auch in luxuriösen Versammlungsräumen, auch in den Pullmanwagen, und zwar dort neben jedem einzelnen Sessel, zu finden sind, scheinen den Amerikaner lediglich herauszufordern, möglichst oft — und zwar daneben zu spucken. Die Unsitte des Gummikauens, die noch dazu dem Gesicht des oder der Kauenden einen unsäglich stumpfsinnigen Ausdruck verleiht, scheint zur Speichelabsonderung noch ganz besonders beizutragen. Ich habe weder in Italien noch in Spanien noch in anderen Ländern so viel widerliches Spucken angetroffen wie in den Vereinigten Staaten, obwohl man gerade auch in Spanien zuerst aus dem Ekel über diese Unsitte nicht herauskommt.

Doch zurück zu dem Kern unserer Betrachtungen. Der Enthusiasmus für die Hebung des Gesundheitswesens, der in den letzten Jahren in Nordamerika entstanden ist, hat noch eine weitere sehr erwünschte Folge gehabt: reiche Männer interessieren sich lebhaft dafür und haben zum Teil bereits stattliche Summen dafür hergegeben. Kürzlich erst ist von der ganzen deutschen Presse berichtet worden, daß Rockefeller 4 Mill. M. für die

Bekämpfung der Hakenwurmkrankheit in den Südstaaten der Union gespendet habe. Vor einigen Jahren hat Rockefeller bereits das „Rockefeller Institute for Medical Research“ begründet. Ein anderer Millionär, Henry Phipps, hat das Henry Phipps-Institut für das Studium, die Behandlung und die Bekämpfung der Tuberkulose begründet. Letzteres hat sich auch an der Aufnahme der Statistik und an der Beobachtung und Sammlung der Tatsachen in hervorragender Weise beteiligt, ohne die eine erfolgreiche Bekämpfung der Krankheit nicht möglich ist. Phipps hat ferner an der Johns Hopkins University eine psychiatrische Klinik geschaffen. McCormick hat ein Institut für Infektionskrankheiten ins Leben gerufen. Ganz allgemein läßt sich sagen, daß die reichen Männer in Nordamerika heutzutage viel eher bereit sind, für die Hebung des öffentlichen Gesundheitswesens Geld herzugeben als für die Begründung von Universitäten oder Museen oder nur von Krankenhäusern oder gar Kirchen, wie dies früher der Fall war.

Erwähnenswert ist ferner ein Beschluß der Vereinigung der Präsidenten der Lebensversicherungsgesellschaften, gemeinschaftlich für systematische Volksbildungsmaßnahmen für den Schutz und die Verlängerung des menschlichen Lebens zu sorgen. Großzügige hygienische Pläne aller Art liegen heute in den Vereinigten Staaten in der Luft. So hat z. B. Dr. William H. Tolman, der sich die in den Vereinigten Staaten letzthin erfundene Bezeichnung eines „sozialen Ingenieurs“ beilegt, vorgeschlagen, ein großes hygienisches Museum in New York zu begründen.

Solange allerdings der Bundesregierung die Möglichkeit fehlt, auf dem Wege einheitlicher Gesetzgebung die Verhältnisse des ganzen Landes durchgreifend zu bessern, solange werden in den einzelnen Teilen der Vereinigten Staaten große Unterschiede auch in gesundheitlicher Beziehung obwalten, wie sie in so manchen anderen Dingen (ich erinnere nur an das Wechselrecht, an die Ehescheidungsfrage usw.) bestehen. Immerhin wird der allgemeine Enthusiasmus, der heute in Nordamerika für die Hebung des öffentlichen Gesundheitswesens entstanden ist, dazu führen, daß nicht nur in den kulturell am meisten hervorragenden Einzelstaaten, wie etwa in New York, Massachusetts, Illinois umfassende Maßnahmen zur Bekämpfung aller Volkskrankheiten getroffen werden, sondern daß auch die Staaten, die in dieser Beziehung gern nachhinken, von der Wucht der öffentlichen Meinung fortgerissen werden.

Luftdruckschwankungen (rasches und starkes Sinken des Luftdrucks) als Ursache der plötzlichen Todesfälle an Altersschwäche, auch an Herz- oder Gehirnschlag.

Von Dr. med. RADESTOCK, Dresden.

Wissenschaftlichem Hilfsarbeiter im Königl. Sächsischen Statistischen Landesamt.

1. Einleitung.

Die plötzlichen Todesfälle, unter ihnen die nicht seltenen Fälle von plötzlichem Tod auf der Straße oder mitten im Berufe, häufen sich zu gewissen Zeiten des Jahres in einer dem Arzt wie dem Laien auffälligen Weise. Da die Bearbeitung der Todesursachenstatistik seitens der Statistischen Landesämter der Deutschen Bundesstaaten nicht nur nach Altersklassen sondern auch nach Kalendermonaten vorgenommen wird, so dürfen wir von der Todesursachenstatistik eine Aufklärung über die Zeit und wohl auch über die Ursache dieser plötzlichen Todesfälle erwarten. Die Todesursachenstatistik des Königreichs Sachsen zeichnet sich durch einen hohen Prozentsatz ärztlich beglaubigter Todesursachen aus, was eine für die Soziale Medizin beachtenswerte Tatsache ist, waren doch im Jahre 1892 bereits 52,2, 1902 60,0, 1904 62,3, 1905 63,5, 1906 65,7, 1907 67,0 Proz. aller Todesursachen ärztlich beglaubigt; dabei ist z. B. die Prozentziffer der beglaubigten Todesursachen bei Personen im Alter von 60—70 Jahren von 73,5 im Jahre 1892 allmählich auf 86,9 im Jahre 1907 angestiegen, bei Personen im Alter von 70—80 Jahren von 58,4 auf 74,2. Deshalb seien den folgenden Untersuchungen, die sich u. a. auch mit den Todesfällen an Altersschwäche beschäftigen, die Ergebnisse der

sächsischen Todesursachenstatistik als annehmbar zuverlässige zugrunde gelegt.

In pathologisch-anatomischer Beziehung treten die plötzlichen Todesfälle (mit Ausnahme der Fälle von Selbstmord, Verunglückung und Tötung durch fremde Hand) entweder ein infolge von Herzschlag oder Gehirnschlag oder bei Altersschwäche (auch letzterenfalls ist wohl immer „Herzschlag“ die sekundäre Todesursache).

Das im Kaiserlichen Gesundheitsamte aufgestellte „Kurze Verzeichnis der Todesursachen“, nach welchem die Statistik der Todesursachen seit dem Jahre 1904 bearbeitet wird, gestattet uns a) die Todesfälle an Altersschwäche, b) die Todesfälle an Erkrankungen des Herzens und der Blutgefäße (unter ihnen den sehr häufigen Herzschlag), c) die Todesfälle an Gehirnschlag getrennt zu zählen, a) als Nr. 2, b) als Nr. 16, c) als Nr. 17a des vorgeannten Verzeichnisses. Dagegen war in dem bis zum Jahre 1903 im Königreich Sachsen verwendeten Schema der Todesursachen nur für die Altersschwäche eine besondere Nummer neben 17 anderen Todesursachen vorhanden, während die Erkrankungen des Herzens oder der Gefäße und der Gehirnschlag nicht für sich erhoben wurden. Bis 1903 (einschließlich) wurden zur Todesursache „Altersschwäche“ auch die Fälle von plötzlichem Tod an Herz- oder Gehirnschlag gerechnet, soweit diese sekundären Todesursachen bei Personen von über 60 Jahren auftraten. Gerade letzterer Umstand läßt eine statistische Untersuchung der Todesfälle an Altersschwäche in Sachsen bis zum Jahre 1903 brauchbar für vorliegende Untersuchung der plötzlichen Todesfälle erscheinen.

(Übersicht I siehe nächste Seite.)

2. Die Todesfälle an Altersschwäche im Königreich Sachsen in den Jahren 1892—1907 nach Kalendermonaten und ihr Zusammenhang mit besonderen Witterungsvorgängen.

Wie aus der Übersicht I ersichtlich ist, starben 1892—1907 im Königreich Sachsen insgesamt 111 684 über 60 Jahre alte Personen an Altersschwäche. Bei Durchsicht der Spalte 14 muß nun auffallen, daß die Zahl der Todesfälle an Altersschwäche im Jahre 1903 8709 betragen hat, 1904 dagegen nur 7053. Dieser erhebliche Minderbetrag hat seinen Grund darin, daß laut der vom Kaiserlichen Gesundheitsamt erlassenen Erläuterungen zum „Kurzen Verzeichnis der Todesursachen“ etwaige zur Altersschwäche hinzugezogene sekundäre Leiden, wie Altersemphysem, senile Herzschwäche

Übersicht I.

Die Todesfälle an Altersschwäche¹⁾ im Königreich Sachsen 1892—1907 nach Monaten.

Jahre	Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dezember	Zu- sammen	Jahre
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1892	970	708	677	586	560	447	416	462	375	444	538	574	6 787	1892
1893	734	535	505	570	670	630	606	527	475	460	556	750	7 038	1893
1894	792	587	504	551	549	481	438	422	419	485	461	628	6 317	1894
1895	583	616	759	677	568	452	474	435	398	504	485	593	6 544	1895
1896	587	567	644	537	556	489	452	498	462	491	552	665	6 500	1896
1897	687	511	708	756	615	509	566	504	468	470	575	614	6 983	1897
1898	638	588	640	611	517	544	536	499	446	510	480	620	6 629	1898
1899	599	611	875	713	560	518	491	498	461	572	550	744	7 192	1899
1900	673	604	865	863	641	546	558	477	504	504	496	580	7 311	1900
1901	800	719	765	656	587	527	524	483	424	447	558	655	7 145	1901
1902	544	569	639	517	626	528	524	537	484	600	578	794	6 940	1902
1903	883	844	754	791	782	603	633	628	624	698	674	795	8 709	1903
1904	665	631	639	553	586	527	587	544	499	518	592	712	7 053	1904
1905	867	686	695	579	560	534	523	508	492	574	519	585	7 122	1905
1906	532	563	635	577	551	502	505	489	515	529	524	634	6 556	1906
1907	676	700	759	625	624	491	487	432	431	468	543	622	6 858	1907
1892—1907	11 230	10 039	11 033	10 162	9552	8348	8350	7943	7477	8274	8681	10 565	111 684	1892—1907

¹⁾ Bei über 60 Jahre alten Personen.

u. dgl., vom Jahre 1904 ab nicht mehr mit zur Altersschwäche gerechnet werden durften, sondern unter Nr. 15 (Erkrankungen der Atmungsorgane) bzw. Nr. 16 (Herzleiden usw.) einzureihen waren.

Ferner fällt uns an der Übersicht I ganz besonders ins Auge, daß die Todesfälle an Altersschwäche Jahr für Jahr ein Maximum und ein Minimum zeigen. So fällt im Jahre 1892 das Maximum auf den Januar, das Minimum auf den September, ebenso in den meisten übrigen Jahren, 1906 indes das Maximum auf den März, das Minimum auf den August. Faßt man aber üblicherweise die Jahre 1892—1907 zusammen, so fällt von insgesamt 111 684 Todesfällen an Altersschwäche das Maximum mit 11 230 auf den Januar, das Minimum mit 7477 auf den September. Es ist somit bezüglich der jahreszeitlichen Verteilung der Todesfälle an Altersschwäche eine gewisse Gesetzmäßigkeit vorhanden, welche wohl eine Zufälligkeit der Erscheinung ausschließen läßt. Auch unterscheidet sich die Altersschwäche hierin ganz wesentlich vom Karzinom (vgl. Zeitschr. des Kgl. Sächs. Statist. Landesamtes 1905, S. 264), bei dem die Todesfälle ziemlich gleichmäßig über die einzelnen Monate verteilt erscheinen, auch von den Infektionskrankheiten, bei denen die monatlichen Schwankungen der Sterbefälle einerseits von der Vorliebe des Auftretens der betreffenden Krankheit in gewissen Jahreszeiten (Influenza!), andererseits von dem Umfang und der Schwere der Epidemien abhängen.

Schon frühere Untersuchungen von B. Goldberg (Zentralbl. f. allg. Ges. 1889, Erg.-Bd. II, S. 316), F. Jessen (Zeitschr. f. Hyg. u. Inf. 1896, Bd. XXI, S. 287), F. Prinzing (Handb. d. mediz. Statistik, 1906) und anderen wiesen auf den Zusammenhang von Witterung und Krankheit hin. Hierbei sei bemerkt, daß durch die monatlichen Schwankungen der Sterblichkeit an den verschiedenen Todesursachen nicht nur monatliche Schwankungen der Sterblichkeit der einzelnen Altersklassen, sondern auch der Gesamtsterblichkeit der Bevölkerung bedingt werden. So fällt durch die Todesfälle an Brechdurchfall die größte monatliche Sterblichkeit der unter 1 Jahr alten Personen nach dem Durchschnitt der Jahre 1896 bis 1900 auf den August (Kgl. Sächs. Statist. Zeitschr. 1902, S. 1), die der über 60 Jahre alten Personen durch den Einfluß der Todesfälle an Altersschwäche — s. a. Übersicht I, Spalte 4, Jahre 1896—1900 — auf den März, nach dem Durchschnitt der Jahre 1892—1907 aber auf den Januar.

Übrigens hat man mit einer gewissen Voreingenommenheit versucht, die zeitweilige (monatliche) Häufung der Todesfälle an Herz-

schlag, Gehirnschlag usw. auf Trunksucht zurückzuführen, indes fehlen sichere statistische Unterlagen über den monatlichen Konsum des Alkohols und es ist, wie Prinzing (Handb. der mediz. Statistik 1906, S. 216) betont, ganz unmöglich, bei den Krankheiten wie Aderverkalkung, Gehirnschlag, Herzschlag usw., die indirekt durch Trunksucht verursacht werden können, ziffermäßig anzugeben, welcher Anteil hieran wirklich dem Alkohol zuzuschreiben ist.

Um nun auch an den Ergebnissen der sächsischen Todesursachenstatistik zu untersuchen, ob zwischen den (plötzlichen) Todesfällen an Altersschwäche und Witterungsvorgängen ein ursächlicher Zusammenhang bestehe, sah ich auf den Zeitraum 1892 bis 1907, Jahr für Jahr, Monat für Monat und Tag für Tag, die sorgfältigen Aufzeichnungen über die meteorologischen Vorgänge im Königreich Sachsen durch, welche in den von Regierungsrat Prof. Schreiber, dem Direktor der Kgl. Sächs. Landes-Wetter-Warte in Dresden, herausgegebenen Meteorologischen Jahresberichten für das Königreich Sachsen auf die gleichen Jahre vorhanden sind.

Hierbei unterstützte Prof. Schreiber mich in der liebenswürdigsten Weise durch fachmännischen Rat und sonstige Auskunft, wofür ihm auch an dieser Stelle ehrerbietigst zu danken ist.

Aus der genauen Vergleichung der meteorologischen Verhältnisse Sachsens mit den monatlichen Schwankungen der Todesfälle an Altersschwäche ersah ich, daß die monatliche Verteilung der Todesfälle an Altersschwäche 1892—1907 weder von den Temperaturschwankungen, noch von den Schwankungen der Luftfeuchtigkeit, noch von elektrischen atmosphärischen Vorgängen, noch von der Menge der Niederschläge oder der Windrichtung abhängig erscheint und daß übrigens auch die gesteigerte Sterblichkeit an Altersschwäche nicht auf den Mangel an Gelegenheit zur Bewegung an frischer Luft, d. i. auf Mangel an heiteren milden Wintertagen, zurückzuführen ist. Dagegen zeigte sich Jahr für Jahr, sogar in den einzelnen Monaten, ein bestimmter Zusammenhang der Sterblichkeit an Altersschwäche mit gewissen Schwankungen des Luftdruckes, die ich nun eingehender besprechen will.

Zur näheren Untersuchung der Luftdruckverhältnisse für meine Zwecke bediente ich mich auf Prof. Schreiber's Rat nicht des für das Königreich Sachsen berechneten mittleren Luftdruckes, sondern der von der meteorologischen Station Leipzig ermittelten Barometerstände, welche vom 1. Juli 1901 ab früh 7 Uhr, bis dahin früh 8 Uhr abgelesen worden sind und gerade

bei dieser Station sich durch besondere Zuverlässigkeit auszeichnen. Zunächst wurde untersucht, ob die Schwankungen der Zahl der Todesfälle an Altersschwäche vielleicht von der Höhe des mittleren Luftdruckes des betreffenden Monats abhängig seien, dergestalt, daß etwa bei hohem mittleren Luftdruck wenig, bei niedrigerem mittleren Luftdruck des betreffenden Monats auffallend viel Todesfälle nachweisbar seien. Indes war dies nicht unbedingt der Fall. Beispielsweise war im Januar der Jahre 1892, 1893, 1894, 1896, 1898, 1901, 1902, 1903, 1904, 1905, 1906, 1907 einerseits der mittlere Luftdruck ein hoher, vielfach der höchste des ganzen Jahres, während andererseits gerade die Sterbeziffer an Altersschwäche in den gleichen Jahren eine sehr hohe war. Das gleiche gilt vom März der Jahre 1892, 1893, 1894, 1895, 1899, 1904, 1905, 1906, 1907. Auch war im Monat September, welchem durchgängig eine geringe Sterblichkeit an Altersschwäche eigen ist, der mittlere Luftdruck in der Regel keineswegs ein hoher, insbesondere in den Jahren 1892, 1893, 1894, 1896, 1897, 1898, 1900, 1904, 1905. Auch war aus den barometrischen Übersichten des meteorologischen Jahrbuchs nicht ersichtlich, daß die gesteigerte Sterblichkeit an Altersschwäche etwa davon abhängig sei, daß der Barometerstand durch fortgesetztes langsames Fallen einen sehr tiefen Punkt erreichte. Beispielsweise betrug der niedrigste Stand des Leipziger Barometers im Monat Januar 1897 737,5 mm, im Februar desselben Jahres 734,2 mm, im Januar 1900 736,3 mm, im Februar 728,0 mm, während umgekehrt die Sterblichkeit an Altersschwäche im Januar eine höhere als im Februar war, ebenso in den Jahren 1892, 1893, 1894, 1898, 1900, 1902, 1903, 1904, 1907.

Dagegen zeigte sich ein bestimmter Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der Todesfälle an Altersschwäche und den Schwankungen des Barometers insofern, als die meisten Sterbefälle an Marasmus senilis regelmäßig auf diejenigen Monate fielen, in denen am häufigsten der morgens abgelesene Barometerstand gegen den Vortag einen Fall um 5 oder mehr mm, also rasche und starke Schwankungen des Luftdrucks, aufwies. Die positiven Barometerstände der meteorologischen Station Leipzig auf sämtliche Tage der Jahre 1892—1907 kann der Leser aus den meteorologischen Jahrbüchern für das Königreich Sachsen ansehen. Deren unverkürzte Wiedergabe würde hier zuviel Raum beanspruchen. Indes ist aus der hier folgenden Übersicht II ersichtlich, wieviel derartige rasche Barometerfälle um 5 oder mehr mm innerhalb eines jeden Monats der Jahre 1892—1907 von der Station Leipzig beobachtet worden

sind. Stand das Barometer nur an einem einzigen Tage des Monats um 5 bis unter 10 mm niedriger als am Vortage, so wurde dies in der Übersicht II bei dem betreffenden Monat mit der Ziffer 1 vermerkt, war dies aber an 2 bzw. 4 Tagen der Fall, mit der Ziffer 2 bzw. 4 gekennzeichnet. War das Barometer binnen 24 Stunden um 10 bis unter 15 mm bzw. 15 bis unter 20 mm gesunken, so wurde die Intensität der Luftdruckschwankung mit der Ziffer 2 bzw. 3 bewertet, Fälle um 20 und mehr mm binnen 24 Stunden mit der Ziffer 4. Eine höhere Ziffer als 5 wurde indes nicht eingetragen, um die Skala nicht zu weitläufig zu machen. Insofern mußte für den Januar 1892, in welchem der Barometerstand binnen 24 Stunden einmal um 13,9 (= 2), einmal um 5,6 (= 1), einmal um 7,1 (= 1), einmal um 6,5 (= 1), einmal um 7,1 (= 1) mm gesunken war, als Wert für die Intensität der Luftdruckschwankungen die Ziffer 5 (statt 6) eingesetzt werden, für den September 1892, in welchem das Barometer binnen 24 Stunden einmal um 5,0, einmal um 5,1 und einmal um 5,2 mm gesunken war, die Ziffer 3. Setzte sich aber das binnen 24 Stunden beobachtete Sinken des Barometers um 5 bis unter 10 mm gleich am nächsten Tage wiederum um „5—10“ bzw. „10 und mehr“ mm fort, so war in diesen Fällen die Intensität der Luftdruckschwankungen um 1 bzw. 2 Grad höher, also mit 3 bzw. 4 zu bewerten. Trat aber an drei aufeinanderfolgenden Tagen ein Sinken des Barometers um je 5 und mehr mm ein, so wurde die auf die einzelnen Tage ermittelte Ziffer (3) der Luftdruckschwankungen um die Ziffer 2 erhöht. So z. B. fiel das Barometer im Januar 1901 einmal um 5,7 (= 1), einmal um 8,1 (= 1) binnen 24 Stunden, dann an 3 aufeinanderfolgenden Tagen um 8,8 (= 1), 12,2 (= 2), 5,9 mm (= 1), das ergibt 5 (eigentlich 8) als Wert der Luftdruckschwankungen. Im Februar 1899 fiel das Barometer einmal binnen 24 Stunden um 6,0, dann an 2 aufeinanderfolgenden Tagen um 6,1 und 6,4 mm, das ergibt die Intensitätsziffer $1 + 1 + 1 + 1 = 4$. Im Juni 1905 wurde an keinem Tage ein Sinken des Barometerstandes um 5 oder mehr mm beobachtet, das ergibt den Intensitätswert 0. Dies zur Erläuterung des etwas umständlichen aber genauen Verfahrens, welches zur Gewinnung eines Maßstabes für die Intensität der monatlichen Luftdruckschwankungen in der Übersicht II benutzt wurde.

(Übersicht II siehe nächste Seite.)

Aus der Übersicht II ist zu ersehen, daß die meisten Luftdruckschwankungen (d. h. Fallen des Luftdruckes um 5 und mehr mm binnen 24 Stunden) der Reihe nach auf die Monate Januar

Übersicht II.

Die Barometerschwankungen (Fälle um 5 und mehr mm) in den einzelnen Monaten der Jahre 1892—1907 nach 6 Intensitätsgraden bzw. Häufigkeitswerten (0—5).

Jahre	Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	Sept.	Oktober	Nov.	Dez.	Jahre
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1892	5	4	4	1	0	1	0	2	3	4	2	5	1892
1893	5	5	5	4	2	3	2	0	3	3	5	5	1893
1894	5	5	3	2	5	2	3	2	1	5	5	5	1894
1895	5	4	5	1	4	1	2	0	0	3	5	5	1895
1896	5	3	4	4	1	1	1	1	1	5	5	5	1896
1897	4	5	5	5	5	3	1	1	2	1	5	5	1897
1898	5	5	5	5	4	2	2	1	1	3	5	5	1898
1899	5	3	4	5	2	2	0	0	1	4	3	5	1899
1900	5	5	5	5	3	1	1	2	2	2	4	5	1900
1901	5	2	5	2	2	2	1	1	1	4	5	5	1901
1902	5	4	5	2	1	1	2	4	3	5	2	5	1902
1903	5	5	5	5	2	1	1	1	1	3	5	2	1903
1904	5	4	5	3	2	3	1	4	0	3	5	5	1904
1905	5	5	5	5	1	0	3	2	1	4	5	2	1905
1906	5	5	5	5	3	0	2	1	1	4	5	5	1906
1907	5	5	5	5	3	3	2	2	1	5	4	5	1907
1892—1907	79	69	75	59	40	26	24	24	22	58	70	74	1892—1907
Durchschnittlich monatlich	5	4	5	3—4	2—3	1—2	1—2	1—2	1	3—4	4	5	

März, Dezember, die wenigsten auf den September fallen. Ferner nähern sich die Monate August, Juli, Juni in ihrem Verhalten betreffs der Luftdruckschwankungen dem September; die übrigen Monate stehen hierin in der Mitte zwischen dem September und den 3 zuerst genannten Monaten. Übersicht I ergibt nun, daß die meisten Sterbefälle an Altersschwäche bzw. Herzschlag auf die Monate Januar, März, Dezember, die wenigsten auf den September fallen. Insofern decken sich die Ergebnisse der Übersichten I und II und es dürfte kaum zweifelhaft sein, daß die Häufigkeit der vorgenannten Todesfälle von den oben besprochenen Barometerschwankungen abhängig ist. Nur wird die Kongruenz der Übersichten I und II scheinbar dadurch beeinträchtigt, daß der November betreffs der Häufigkeit der vorgenannten Todesfälle erst an siebenter Stelle steht, während er hinsichtlich der Intensität der Barometerfälle schon an vierter Stelle steht. Daß trotz der letzteren Tatsache der schädliche Einfluß der Barometerfälle im November auf die menschliche Gesundheit kein größerer ist, ist m. E. darauf zurückzuführen, daß der mittlere monatliche Luftdruck im November an und für sich ein hoher ist, denn in den Jahren 1892—1907 zeigte das Barometer der Station Leipzig im November nur 2 mal (1892 und 1900) einen mittleren monatlichen Barometerstand von weniger als 750 mm. Umgekehrt war für die Monate März und April der Jahre 1892—1907 nachweisbar, daß der mittlere monatliche Barometerstand häufiger als im November weniger als 750 mm betrug. Es ist sogar nachweisbar, daß die Häufigkeit der vorgenannten Todesfälle eine auffallend große in denjenigen Monaten war, wo außer einer erheblichen Anzahl von Barometerfällen ein Barometerstand von weniger als 750 mm vorlag, so z. B. im Januar der Jahre 1892, 1895, 1897, 1899 und 1900.

Es erübrigt noch zu untersuchen, ob außer den einzelnen Kalendermonaten eigenen Luftdruckverhältnissen etwa der Witterungscharakter der einzelnen Jahre einen erheblichen und nachweisbaren Einfluß auf die Todesfälle an Altersschwäche bzw. Herzschlag habe. Hierüber soll die Übersicht III Auskunft geben.

(Übersicht III siehe nächste Seite.)

Wir sehen aus nachstehender Übersicht, daß im Jahrfünft 1892 bis 1896 auf 100 „Todesfälle überhaupt“ 7,3 an Altersschwäche, im Jahrfünft 1897—1901 7,7, im Jahrfünft 1902—1906 8,2, im Jahre 1907 8,6 kamen und daß im Jahre 1895 auf 10 000 Einwohner des Königreichs Sachsen 17,43, im Jahre 1900 17,55, im Jahre 1905 15,89 Todesfälle an Altersschwäche fielen. An der scheinbaren Ab-

Übersicht III.

Die Todesfälle an Altersschwäche auf 100 „Todesfälle überhaupt“ und auf 10000 Einwohner des Königreichs Sachsen in den Jahren 1892—1907.

Jahr	Todesfälle		Auf 100 Todesfälle überhaupt kommen Todesfälle an Altersschwäche	Auf 10000 Einwohner Sachsens ¹⁾ kommen Todesfälle an Altersschwäche
	überhaupt	an Altersschwäche		
1892	94 760	6787	7,2	18,89
1893	97 883	7038	7,2	19,28
1894	87 079	6317	7,3	17,04
1895	90 656	6544	7,2	17,43
1896	85 677	6500	7,6	16,95
1897	92 303	6983	7,6	17,84
1898	87 192	6629	7,6	16,59
1899	94 024	7192	7,6	17,63
1900	94 684	7311	7,7	17,55
1901	89 986	7145	7,9	16,82
1902	83 494	6940	8,3	16,04
1903	86 928	8709	10,0	19,81
1904	87 570	7053	8,1	15,75
1905	88 432	7122	8,1	15,89
1906	79 631	6556	8,2	14,42
1907	79 916	6858	8,6	14,84

nahme der auf 10000 Einwohner bezogenen Todesfälle an Altersschwäche ist, wie schon oben angedeutet, der Wechsel des Todesursachenschemas schuld; auch ist im Laufe der Jahre die Diagnose „Altersschwäche“ eine sorgfältigere geworden, z. B. werden im Gegensatz zu früher weniger Karzinomfälle u. dgl. mit „reiner Altersschwäche“ vermengt. Keinesfalls sind aber diese an sich unbedeutenden Zahlenunterschiede etwa auf den unterschiedlichen Witterungscharakter der einzelnen Jahre oder Jahrfünfte betreffs der Barometerstände zurückzuführen, denn um so ausgesprochener die Unterschiede zwischen den Barometerschwankungen in den einzelnen Monaten sind, um so unerheblicher und hygienisch belangloser sind — infolge allmählichen Ausgleichs — die Unterschiede zwischen dem mittleren Luftdruck der einzelnen Jahre.

¹⁾ Die hierbei verwendeten Bevölkerungsziffern s. Statistisches Jahrbuch f. das Königreich Sachsen 1909, S. 11.

3. Die (plötzlichen) Todesfälle an Erkrankungen des Herzens und der Gefäße, Herzschlag und Gehirnschlag (1904—1907).

Ebenso wie selbst bei langsamer Entkräftung infolge von Altersschwäche der Tod plötzlich durch Herzschlag eintritt, erliegen die Kranken mit Herzfehler oder Gefäßveränderungen einem plötzlichen Herzschlag.

(Übersicht IV siehe nächste Seite.)

In der die Jahre 1904—1907 umfassenden Übersicht IV sind außer den Todesfällen an Nr. 16 und Nr. 17a auch die Todesfälle an Altersschwäche (Nr. 2) wegen ihrer nahen Beziehungen zu den sonstigen plötzlichen Todesfällen mit aufgeführt. Unter Hinzurechnung der in Übersicht I enthaltenen 111684 Todesfälle an Nr. 2 wächst somit die Zahl der unseren Betrachtungen zugrunde gelegten Todesfälle auf **150576** an. Betrachtet man an der Hand der Übersicht IV die Todesfälle an Nr. 2, Nr. 16 und Nr. 17a zusammen (Spalte 17), so fällt das Maximum derselben auf den Januar, das Minimum auf den September. Betrachtet man indes Nr. 16 und Nr. 17 jede für sich, so fällt ihr Minimum nicht auf den September, sondern auf den Juli bzw. Juni. Dies dürfte jedoch kaum von Belang sein, da der ziffernmäßige Unterschied der betreffenden Sterbefälle vom Juli bzw. Juni und vom September kein großer ist. Juni, Juli und September haben aber das gemeinsam, daß sie von allen Monaten die wenigsten Barometerfälle (Druckschwankungen) besitzen.

Es geht demnach auch aus letzterer Übersicht hervor, daß in den Monaten Januar, März und Dezember die meisten, in den Monaten September, Juli und Juni die wenigsten plötzlichen Todesfälle vorkommen, was wohl zweifellos auf die barometrischen Verhältnisse der einzelnen Monate zurückzuführen ist. Der atmosphärische Druck belastet bei einem Barometerstand von 760 mm je einen qcm der menschlichen Körperoberfläche und der darunter liegenden Gewebe und Gefäße mit 1033 g. Weil dieser Luftdruck nach allen Seiten hin mit gleicher Stärke fortgepflanzt wird, wie bei den tropfbaren Flüssigkeiten, erleidet z. B. ein Würfel von 1 cm Seite einen Gesamtdruck von 6 kg. Das Herz, ein etwa kegelförmiger Körper von der Größe der zusammengeballten Hand seines Trägers, steht demnach bei einem Barometerstand von 760 mm unter einem sehr beträchtlichen Druck, dessen plötzlicher Nachlaß verhängnisvolle Störungen zur Folge haben muß. Übrigens findet

sich beim Tod durch Herzparalyse (Herzschlag) bei der Autopsie eine Überfüllung der linken Herzkammer, ein Zustand höchster Diastole. Es ist wahrscheinlich, daß eine solche plötzliche Erschlaffung des Herzens oder der Gefäße bei schon vorhandenen krankhaften oder senilen Veränderungen durch wiederholtes rasches und starkes Sinken des Luftdruckes hervorgerufen werden kann.

4. Ergebnisse.

Die plötzlichen Todesfälle — abgesehen von Selbstmord, Verunglückung und Tötung durch fremde Hand — beruhen entweder auf Herzschlag oder Gehirnschlag oder auf Altersschwäche. Auch bei langsamer Entkräftung durch reine Altersschwäche tritt — infolge der Altersveränderungen am Herzen — der Tod plötzlich unter den Erscheinungen eines „Schlages“ ein. Diese plötzlichen Todesfälle, unter ihnen die nicht seltenen Fälle von Tod auf der Straße oder mitten in Ausübung des Berufes, mehren sich zu gewissen Zeiten des Jahres. Früher glaubte man, daß dies ganz besonders zur Zeit der Äquinoktialstürme, d. i. im letzten Drittel der Monate März und September geschehe (s. die älteren Lehrbücher der Pathologie und Therapie). Die Todesursachenstatistik zeigt indes, daß die meisten derartigen Sterbefälle (der Reihe nach) in die Monate Januar, März, Dezember, die wenigsten in die Monate September, August, Oktober, Juni und Juli fallen. Die übrigen Monate nehmen Mittelstellungen ein. Hand in Hand mit vorerwähnten Schwankungen der Häufigkeit der plötzlichen Todesfälle gehen gewisse Luftdruckschwankungen vor sich, die wohl zweifellos als Ursache der plötzlichen Todesfälle an Herzschlag, Gehirnschlag oder Altersschwäche anzusehen sind: Die Monate Januar, März, Dezember haben (in derselben Reihenfolge) die meisten Tage mit raschen und starken Luftdruckschwankungen (Fallen des Barometers binnen 24 Stunden um 5 und mehr mm), die Monate September, August, Oktober (in derselben Reihenfolge) die wenigsten Tage mit solchen Barometerfällen. Auch betreffs der übrigen Monate deckt sich die Häufigkeit vorerwählter Todesfälle mit der Häufigkeit der Barometerfälle von 5 und mehr mm binnen 24 Stunden. Scheinbar wird die Kongruenz beider Erscheinungen durch das Verhalten des Monats November gestört, der trotz häufiger Barometerfälle eine verhältnismäßig niedrige Sterbeziffer an Altersschwäche, Herz- oder Gehirnschlag zeigt. Dieses abweichende Verhalten des November erklärt sich daraus, daß der mittlere Barometer-

stand dieses Monats ein verhältnismäßig hoher ist und aus diesem Grunde etwaige Fälle um 5 und mehr mm weniger gesundheitsschädlich sein dürften.

5. Praktische Folgerungen.

Die ärztliche Therapie hat bisher gegenüber altersschwachen Personen und Kranken mit Aderverkalkung, Herzfehlern oder Neigung zu Gehirnschlag meist mit einer allgemeinen Warnung vor Exzessen sich begnügt, den Witterungsverhältnissen aber wenig Beachtung geschenkt. Auch die Kurpfuscher und Naturheilvereiner, welche sich gewöhnlich damit brüsten, daß sie die physikalischen Heilfaktoren besser wie die Ärzte beherrschen, haben aus den barometrischen Vorgängen bisher keine nennenswerten prophylaktischen Maßnahmen entnommen. Übrigens wird von Ärzten und Nichtärzten häufig darin gesündigt, daß Kranke mit Altersschwäche oder Erkrankungen der Gefäße bzw. des Herzens in zu hoch gelegene Kurorte oder Sommerfrischen geschickt werden, wo ihnen durch den erheblich verminderten Druck der dünnen Luft Gefahr droht. Schon eine Höhe von mehr als 500 m dürfte bedenklich, eine solche von 900 m unbedingt gefährlich sein. Es wäre daher freudig zu begrüßen, wenn die Ärzte künftig derartige Kranke nachdrücklich darauf aufmerksam machen wollten, welche Gefahren solche Luftdruckschwankungen (Barometerfälle von 5 und mehr mm) für sie bringen. Eine mit den obengenannten Gefäßerkrankungen oder mit Altersschwäche behaftete Person sollte bei einem raschen Barometerfall von 5 bis unter 10 mm sich großer Vorsicht befleißigen, körperlicher Anstrengungen, auch des Ausgehens sich enthalten, bei noch stärkerem Barometerfall durch fortgesetztes rasches Sinken aber das Ruhelager aufsuchen und liegen bleiben, bis das Barometer den Fall wieder ausgeglichen hat. Es wäre selbstverständlich nicht möglich, übrigens auch überflüssig, jeden derartigen Kranken während der Monate Dezember bis mit April an das Bett zu fesseln. Immerhin wird es bei einem großen Teil derartiger Kranker durchführbar sein, ihnen beim Eintritt solcher Barometerfälle körperliche Anstrengungen und das Ausgehen zu untersagen. Dann würden vielleicht weniger Todesfälle auf der Straße oder mitten in Ausübung des Berufs vorkommen, es würde vielleicht sogar möglich sein, das Leben mancher Kranken um Tage, eventuell Wochen und Monate zu verlängern.

Es dürfte genügen, wenn Kranke, die nicht beständig unter

ärztlicher Aufsicht sind, im Laufe des Tages 2—3mal den Barometergang verfolgen. Die Hypochonder und stark nervösen Kranken freilich werden in übertriebener Furcht wohl alle Viertelstunden den Barometerstand ablesen.

Übrigens sei betont, daß derartige prophylaktische Vorschriften nicht bei jedem Kranken mit Herz- oder Gefäßerkrankung bzw. Altersschwäche den durch die Schwere der bestehenden Veränderungen drohenden letalen Ausgang verhüten oder weiter hinauschieben können. Immerhin ist auch die kleinste Bereicherung des ärztlichen Heilschatzes als ein Faktor zur Bekämpfung des Kurpfuschertums anzusehen.

Schließlich dürften die vorhergehenden statistischen Untersuchungen über die zeitliche Verteilung der Todesfälle an einigen Krankheiten geeignet sein, das bisher nur äußerst geringe Interesse der praktischen Ärzte für Medizinalstatistik zu mehren. Dies wäre um so mehr wünschenswert, als jeder praktische Arzt, der eine Todesursache auf dem Leichenbestattungsscheine usw. beurkundet, dadurch zum Mitarbeiter an der äußerst wichtigen Todesursachenstatistik wird. Die vorstehend mitgeteilten Zahlen aus der Todesursachenstatistik sind entnommen den Statistischen Jahrbüchern für das Königreich Sachsen, deren Jahrgang 1909 dem Kapitel „Medizinalstatistik“ nicht weniger als 35 Seiten widmet. Auch die Statistischen Jahrbücher der übrigen Bundesstaaten enthalten wertvolle Beiträge zur Medizinalstatistik, aus denen die ärztliche Praxis und Therapie manche Anregung, manchen neuen Gesichtspunkt gewinnen könnte.

Das vorgeschlagene Säuglingsheim zu Malmö, Schweden.

Von Dr. JOHAN CRONQUIST,
Arzt des Kinderkrankenhauses.

(Mit 4 Tafeln.)

Es scheint mir zweckmäßig eine Übersicht der Einrichtungen für Säuglingsfürsorge in Schweden in möglichst kurzer Zusammenfassung vorzuschicken.

Das große allgemeine Waisenhaus in Stockholm, wo die Säuglinge seit Jahrzehnten mit Frauenmilch ernährt werden, überwacht auch seit mehreren Dezennien seine im Alter von 9—10 Monaten in Außenpflege auf dem Lande abgelieferten Pfleglinge ungefähr nach dem Taube'schen System in Leipzig.

Nebst diesem existieren einige private derartige Anstalten.

Stockholm, Gothenburg, Malmö, Lund und noch einige andere Städte haben besondere Kinderkrankenhäuser, von denen einige auch Säuglinge aufnehmen. Sie sind doch im allgemeinen nicht mit besonderen Säuglingsabteilungen ausgestattet. Eine kleine private Anstalt in Stockholm nimmt nur Säuglinge mit ihren Müttern auf, die da bis ein Jahr und noch länger verweilen.

Ansteckende Krankheiten werden bei uns in besonderen sog. Epidemiekrankenhäusern verpflegt, die auch ältere Kinder und Erwachsene aufnehmen und noch nicht für eine moderne Säuglingspflege ausgerüstet sind.

In den letzten Jahren sind in verschiedenen Städten Milchküchen eingerichtet, die allmählich in Beratungsstellen verwandelt werden.

Am 1. Januar 1903 trat das Gesetz für Kost- und Pflegekinder in Kraft. Freilich trifft es nur die Kinder unter 7 Jahren, die gegen Entgelt von anderen als ihren Eltern, Großeltern oder Stiefeltern gepflegt werden. Unter dieser offiziellen Überwachung steht z. B. in Malmö nur $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ aller unehelichen Säuglinge.

Es ist auch gesetzlich festgesetzt, daß eine Frau nicht mit industrieller Arbeit während 4 Wochen nach ihrer Entbindung beschäftigt werden darf, falls es nicht durch einen Arzt bescheinigt wird, daß sie es ohne Schaden tun könne.

Es ist ja bekannt, daß wir Schweden uns einer sehr niedrigen Säuglingssterblichkeit erfreuen können, und daß wir nur von Norwegen noch ein wenig übertroffen sind. Dieses günstige Verhältnis verdanken wir nicht nur der bei uns sehr gewöhnlichen Brustnahrung und der während den letzten Jahrzehnten sehr verbesserten Volkshygiene, Milchversorgung und Wohnungsverhältnissen, sondern vielleicht in nicht minderem Maße dem hohen kulturellen Standpunkt unseres Volkes — seit mehreren Generationen können alle schwedischen Kinder, die 12 Jahre erreicht haben, lesen, schreiben, quatuor species rechnen und kennen den Grundriß der Geschichte und Geographie unseres Landes.

Die Säuglingssterblichkeit Schwedens, die im Jahrzehnt 1751 bis 1760 (den ersten unserer offiziellen Statistik) 20,41 Proz. erreichte, ist seitdem stetig gefallen bis 10,87 Proz. 1891—1900, ja sogar 8,43 Proz. im Jahre 1904. Der niedrigste Wert für ein ganzes Jahr und größeren Bezirk ist, von der Provinz Wärrmland mit 250 000 Einwohnern auf 19 000 qkm verteilt, im Jahre 1898 mit nur 5,27 Proz. erreicht. Die Sterblichkeit der ehelich Geborenen ist in den letzten 100 Jahren von 18,3 Proz. (1801—1810) auf 9,38 Proz. (1891—1900), ja auf 7,73 Proz. im Jahre 1904 gefallen; die der unehelichen von 43,86 Proz. auf 16,62 Proz. (13,56 Proz. im Jahre 1904).

Man könnte ja annehmen, daß es bei solchen Verhältnissen nicht nötig sei, die Säuglingsverhältnisse bei uns nach modernen Grundsätzen weiter zu entwickeln. Wer die Sache näher kennt, kann doch dieser Ansicht nicht beistimmen. Das Studium unserer Statistik zeigt, daß auch bei uns der Zustand besser sein könnte, als er jetzt ist, geschweige denn, daß die immer abnehmende Geburtszahl — von 36 000 auf 1 Mill. Einwohner vor 150 Jahren bis kaum 26 000 im Jahre 1904 — uns zwingt energische Maß-

nahmen gegen drohende Entvölkerung zu setzen. — Ich halte es für notwendig, diese Sache mit einigen Daten näher zu beleuchten und wähle hierfür meine Heimat, die Stadt Malmö, deren Verhältnisse ich am besten kenne.

Trotzdem die Bevölkerung Malmö, die eine ausgeprägte See-, Handels- und Industriestadt ist, seit 1884 von 41 648 auf 75 511 (1907) gewachsen ist, trotzdem die Zahl der unehelich geborenen Kinder von 11,38 Proz. auf 18,03 Proz. der lebend geborenen gestiegen ist, trotzdem die Ausbreitung der Brustnahrung in denselben Jahren, ohne statistisch nachweisbar zu sein, sicher bedeutend eingeschränkt ist, ist die Säuglingssterblichkeit, die während den 20 nächst vorher gegangenen Jahren (1864—1883) 15,76 Proz. war, auf 9,8 Proz. (1907) gesunken.

Auf 100 000 Einwohnern ¹⁾ berechnet, ist die gesamte Säuglingssterblichkeit während den letzten 27 Jahren um beinahe $\frac{1}{4}$, die der ehelichen um $\frac{1}{3}$ erniedrigt, während die der unehelichen um $\frac{1}{4}$ gestiegen ist. — Die Anzahl der an Krankheiten der Atmungsorgane verstorbenen Säuglinge ist um mehr als $\frac{1}{3}$, dieselbe der unehelichen um die Hälfte vermindert, während auch hier die der unehelichen gestiegen ist, und zwar um beinahe 50 Proz. — Die Zahl der durch Ernährungsstörungen Hinweggerafften ist um $\frac{1}{9}$ vermindert, davon die der ehelichen mit beinahe $\frac{1}{4}$; die der unehelichen um nicht minder als $\frac{2}{3}$ gewachsen.

Leider gestattet die Statistik uns nicht, die Brustkinder von den künstlich ernährten zu trennen, ja wir kennen sogar nicht die Ausbreitung der beiden Ernährungsarten. Wahrscheinlich kann man behaupten, daß auch bei uns die unehelichen Kinder auch der Hauptmasse der künstlich ernährten entsprechen.

Die Statistik zeigt uns dagegen noch eine erwähnenswerte Tatsache. Die Mortalität der Säuglinge in Malmö sinkt während den Jahren 1884—1897, steigt aber wieder während den letzten 10 Jahren, und diese Steigerung ist bedingt nicht nur von den unehelichen, sondern während den letzten 5 Jahren in nicht unerheblichem Grad von den ehelichen Kindern, die Ernährungsstörungen zufolge zugrunde gegangen sind. — Wir irren uns sicherlich nicht, wenn wir diese beunruhigende Verschlechterung, die unsere ganze Aufmerksamkeit in Anspruch nehmen muß, der stetig sich ver-

¹⁾ Malmö hat binnen wenigen Jahren diese Zahl, weil einige Vororte dann inkorporiert sind.

mindernden Ausbreitung der Brustnahrung auch bei den ehelich geborenen Kindern verschulden. Dies ist, wenigstens meines Erachtens, ein Beweis, daß es nicht nur nützlich, sondern absolut notwendig ist, auch in Malmö die Säuglingsfürsorge nach modernen Grundsätzen zu ordnen, wenn wir nicht recht bald unsere jetzige geringe Säuglingssterblichkeit weit in die Höhe steigen sehen mögen.

Die Mortalität betreffend, sind die Erkrankungsfälle der Säuglinge in Malmö seit 1884 um die Hälfte vermindert, ebenfalls der Atmungsorgane um $\frac{2}{3}$, während die Zahl der Ernährungsstörungen nicht wesentlich geändert ist. Leider ist unsere Statistik nicht so aufgestellt, daß wir hier die Brustkinder von den artifiziell genährten trennen können.

In vollem Bewußtsein dieser Verhältnisse und mit Kenntnis der großen Arbeit, die Deutschland in den letzten Jahren auf diese Aufgabe niedergelegt hat, und deren Früchte schon reif sind, richtete am Ende des Jahres 1907 der Vorstand der hiesigen Milchküche eine Aufforderung an die Stadtverwaltung in Malmö, die Säuglingsfürsorge nach moderner Anschauung auch hier zu ordnen. Ein Komitee war ausgewählt, um dies klar zu legen, und ein Grundstück von 5000 qm in nächster Nähe der Arbeiterviertel, des städtischen allgemeinen Krankenhauses mit ihrer Entbindungsabteilung und des städtischen Epidemiekrankenhauses ist für ein Säuglingsheim reserviert.

Wir hofften, unsere Arbeit schon vor Ende des Jahres 1908 an die Stadtverordneten abliefern zu können, und schlugen denselben vor, in unserer Stadt ein Säuglingsheim in bald klassischem Sinn des Wortes zu errichten. Es wird die Zentrale für die Fürsorge allen bedürftigen Kindern, nicht nur der unehelichen, sondern, wenn möglich, allen künstlich ernährten in der Stadt und derer Umgebung, von wo aus der Kampf um die Brustnahrung zu fördern und der künstlichen Ernährung entgegenzuwirken mit allen Mitteln geführt werden soll.

In unmittelbarer Nähe des für das Säuglingsheim reservierten Grundstücks liegt ein kleines Landgut, wo seit mehreren Jahren 60 gesunde reaktionsfreie Kühe aufgestellt sind, und ein Musterstall eingerichtet werden kann, deren Überwachung das Säuglingsheim selbstverständlich übernimmt. Die Milchversorgung unserer Stadt ist seit einigen Jahren, wenn noch nicht völlig einwandfrei,

so doch ziemlich gut, und der Preis für eine völlig einwandfreie Milch 27—28 Pf.

Es hat uns erhebliche Schwierigkeiten bereitet, die Größe des Säuglingsheims, um das Bedürfnis zu stillen, zu bestimmen. Wir haben ja noch keine Erfahrung in dieser Hinsicht aus anderen Orten, da das für Malmö vorgeschlagene Säuglingsheim wahrscheinlich das erste in Schweden — ja im Norden überhaupt — wird.¹⁾ Unsere Morbiditätsstatistik läßt uns auch im Stich, weil sie nicht die ehelichen von den unehelichen, nicht Brustkinder von den künstlich ernährten trennt. Wir haben versucht, die Sterbeziffern zum Grund unserer Berechnungen zu legen, davon ausgehend, daß Anstaltspflege für alle verstorbenen nötig gewesen war. Natürlich ist es uns völlig bewußt, daß noch mehrere nicht mit Erfolg in ihren Heimaten gepflegt werden können. Wir behaupten, daß diese ausgeglichen werden können durch die von chirurgischen und ansteckenden Krankheiten befallenen, die in dem nebenan liegenden allgemeinen städtischen Krankenhaus und städtischen Epidemiekrankenhaus behandelt werden.

Mit einer durchschnittlichen Säuglingssterblichkeit von rund 350 auf 100 000 Einwohnern und einer Pflegedauer von 50—55 Tagen haben wir die Größe des Säuglingsheims auf 50 Krankbetten vorgeschlagen.

Außer einer Abteilung von 8—12 Schwangeren, die nur vorläufig, bis wir das Bedürfnis beurteilen können und ein eigenes Haus für diesen Zweck auf dem Gebiet des Säuglingsheims bauen können, haben wir ein Asyl für hereditär-syphilitische Kinder dem Säuglingsheim angereiht nach dem Muster Professor Dr. Edw. Welanders in Stockholm. Ausgehend von der Tatsache, daß diese unglückliche Kindern, die für ihre Umgebung sehr gefährlich sind, meistens aus der Behandlung entweichen, ehe sie gesund sind, hat Welanders seit einigen Jahren — 1900 — ein solches kleines Heim in Stockholm errichtet. Die Kleinen bleiben dort in der Anstalt kontinuierlich, bis sie nach 3—4 Jahren völlig geheilt entlassen werden können. Nach unserer Statistik, die zeigt, daß wir während den letzten 15 Jahren jährlich 9 hereditär-syphilitische Säuglinge auf 100 000 Einwohnern gehabt haben, ist

¹⁾ Anmerkung bei Korrektur (April 1910). Seit dies geschrieben war ist ein Säuglingsheim in Stockholm in Ausführung und noch ein anderes projektiert und wird wahrscheinlich schon dieses Jahr provisorisch eingerichtet; modern ausgestattete Säuglingsabteilungen sind in den neuen Kinderspitälern Gothenburgs und Kopenhagens eingerichtet.

die Größe auf 10 Säuglingsbetten bestimmt. Da die Kinder hier bis 3 Jahre bleiben sollen, sind also noch 20 Betten nötig; die ganze Abteilung muß 30 Betten besitzen.

Die Pläne des vorgeschlagenen Säuglingsheims, vom Stadtbauinspektor S. Sørensen entworfen, stellen ein Gebäude dar, die aus einem die Krankensäle enthaltenden, mit der Vorderansicht nach SW. gerichteten Mittelstück und 2 nach NO. gekehrten Seitenflügeln besteht. Sie wird in 2, teilweise 3 Stockwerke und ein Dachgeschoß aufgebaut, Keller wird nur unter der Speiseküche und Heiz- und Lüftungsabteilungen angebracht.

Erdgeschoß.

Neben den Pfortnerpavillon (1)¹⁾ ist eine aufgewärmte Halle für Kinderwagen (2) verlegt.

Im westlichen Flügel: Entree (4) mit 2 Zimmern für augenblickliche Isolierung der Verdächtigen (3), Wartehalle (5), Untersuchungszimmer (8) mit Dunkelkammer (7), Bureau (6) und Zimmer für die hier dienstuende Schwester (9). Sektionslokal (4) mit Stall für Versuchstiere (10), die in direkter Verbindung mit den im 1. Stockwerk gelegenen Laboratorien (54) stehen. Speiseküche (13) mit Speiseaufzug und Kühlkammer (16), Speisesaal der Dienstboten und Ammen (14), Anrichte (12 und 15).

Im Mittelbau:

Abteilung für Zubereitung der artifiziellen Nahrung mit Milchaufzug (17 und 22) und zwar: Waschzimmer für Milchpersonal (22), Flaschenreinigung (21), Mischungsraum mit dem Vorrat von reinen Flaschen (20), Sterilisierraum (19), Zimmer für sofortige Kühlung durch Brause (18) und Kühlraum für Aufbewahrung der Nahrung (17).

Die leeren Flaschen werden von den Pflagemüttern bei der Türe (in) abgeliefert, die gefüllten an der Türe (ut) abgeholt, ohne daß die Pflagemütter das Innere des Säuglingsheims betreten.

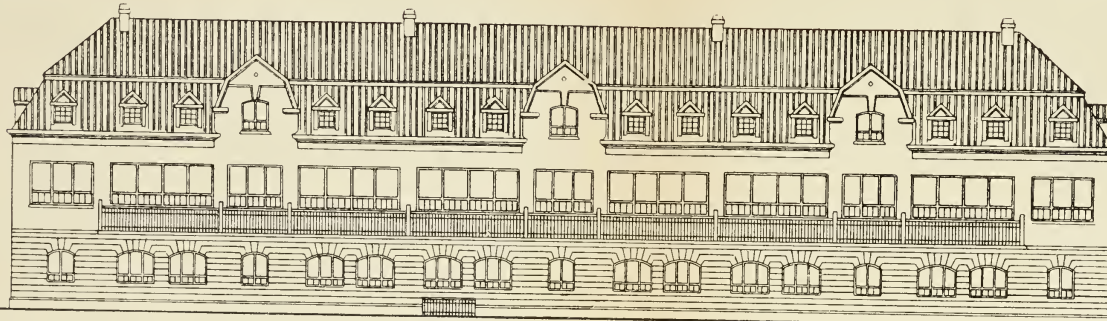
Für jedes der im 1. Stockwerk liegende Krankenzimmern (44) je eine Wärmekammer (23) für die frische durch Luftschächte direkt von außen gezogene Ventilationsluft.

Desinfektions- und Bäderabteilung (30, 31) nördlich vom Korridor. Wasch-, Roll- und Plättzimmer mit Wäscheaufzug (33—36).

Im östlichen Flügel:

¹⁾ Die Ziffern und Buchstaben beziehen sich auf dieselben in den Plänen.

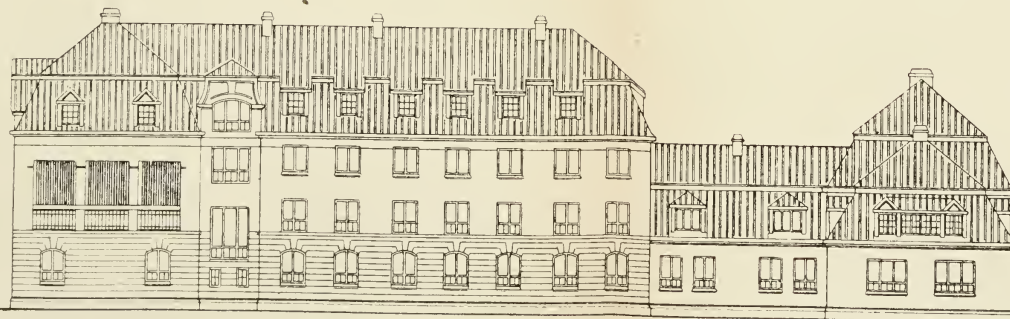


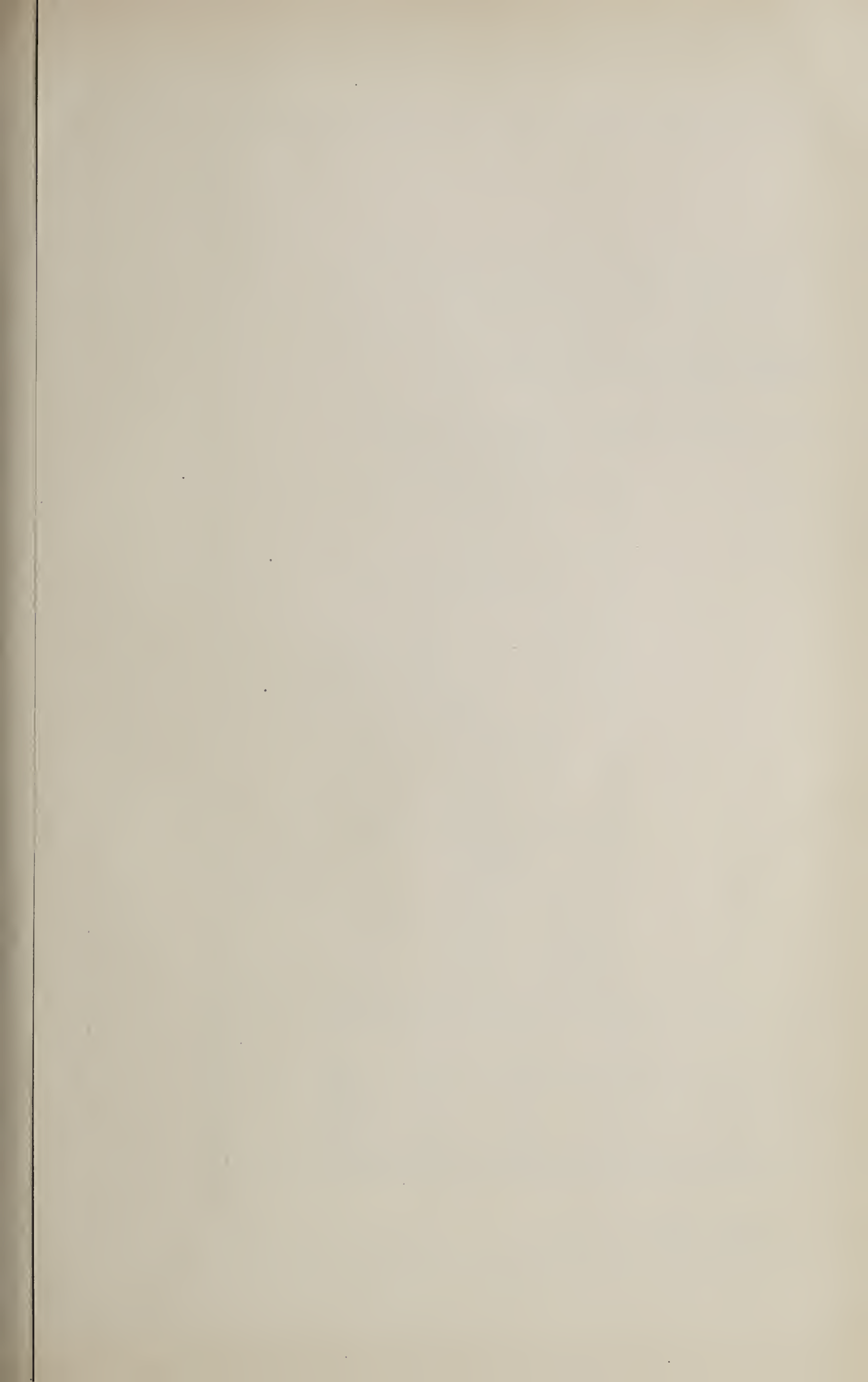


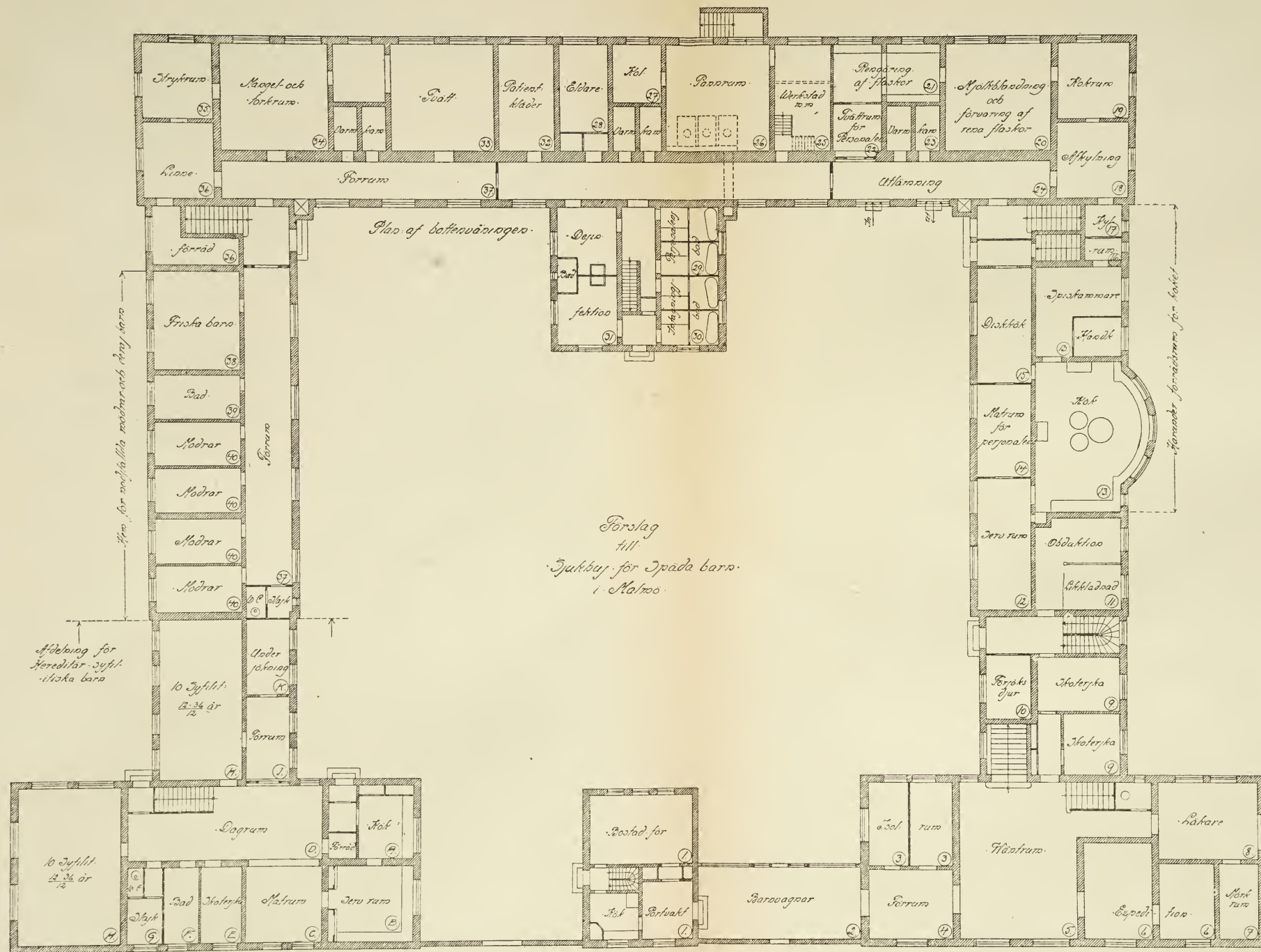
Malmö: Sept. 07
Adolfson & Larsson

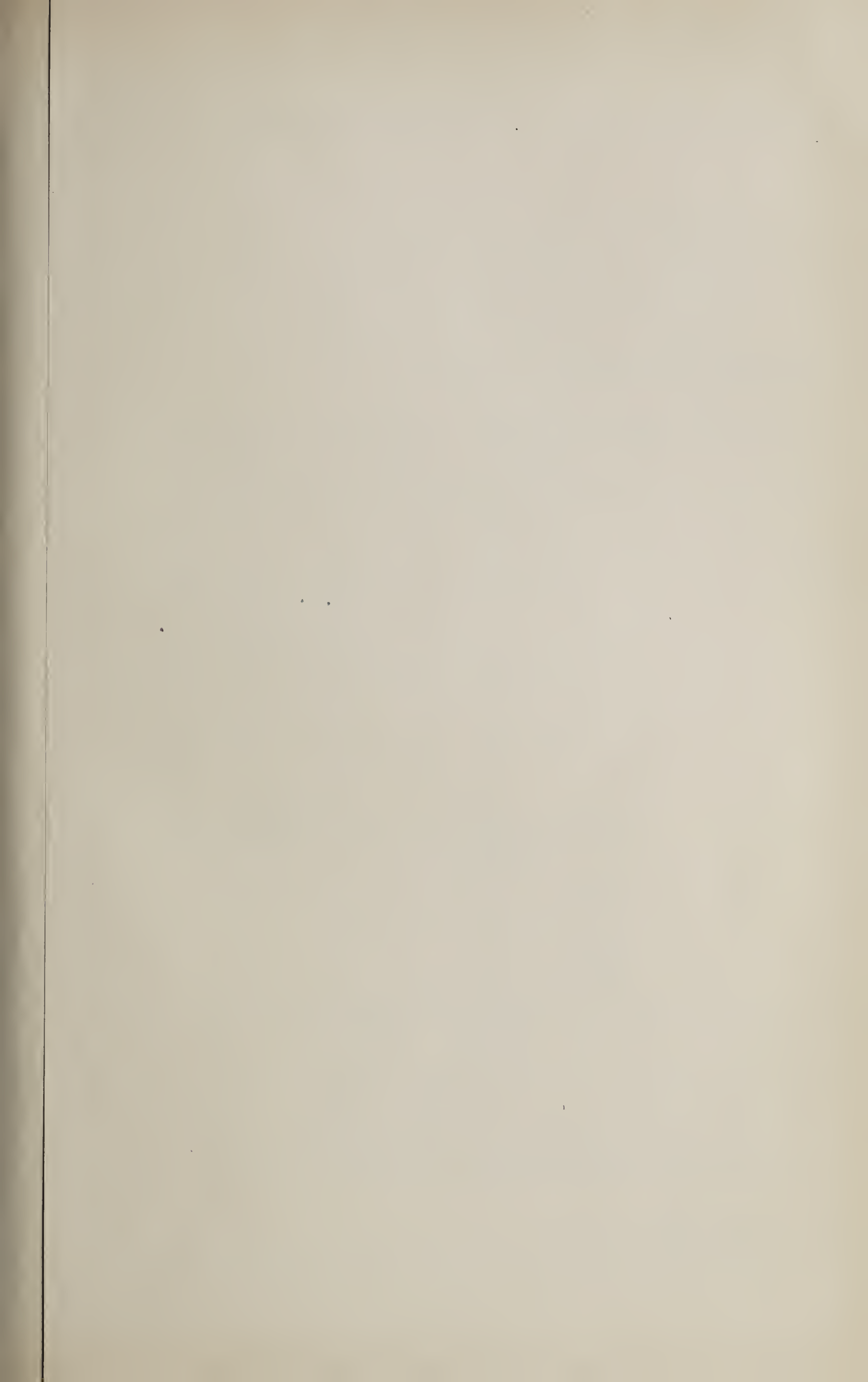
Förslag till Sjukhus
 för Spada barn
 i Malmö

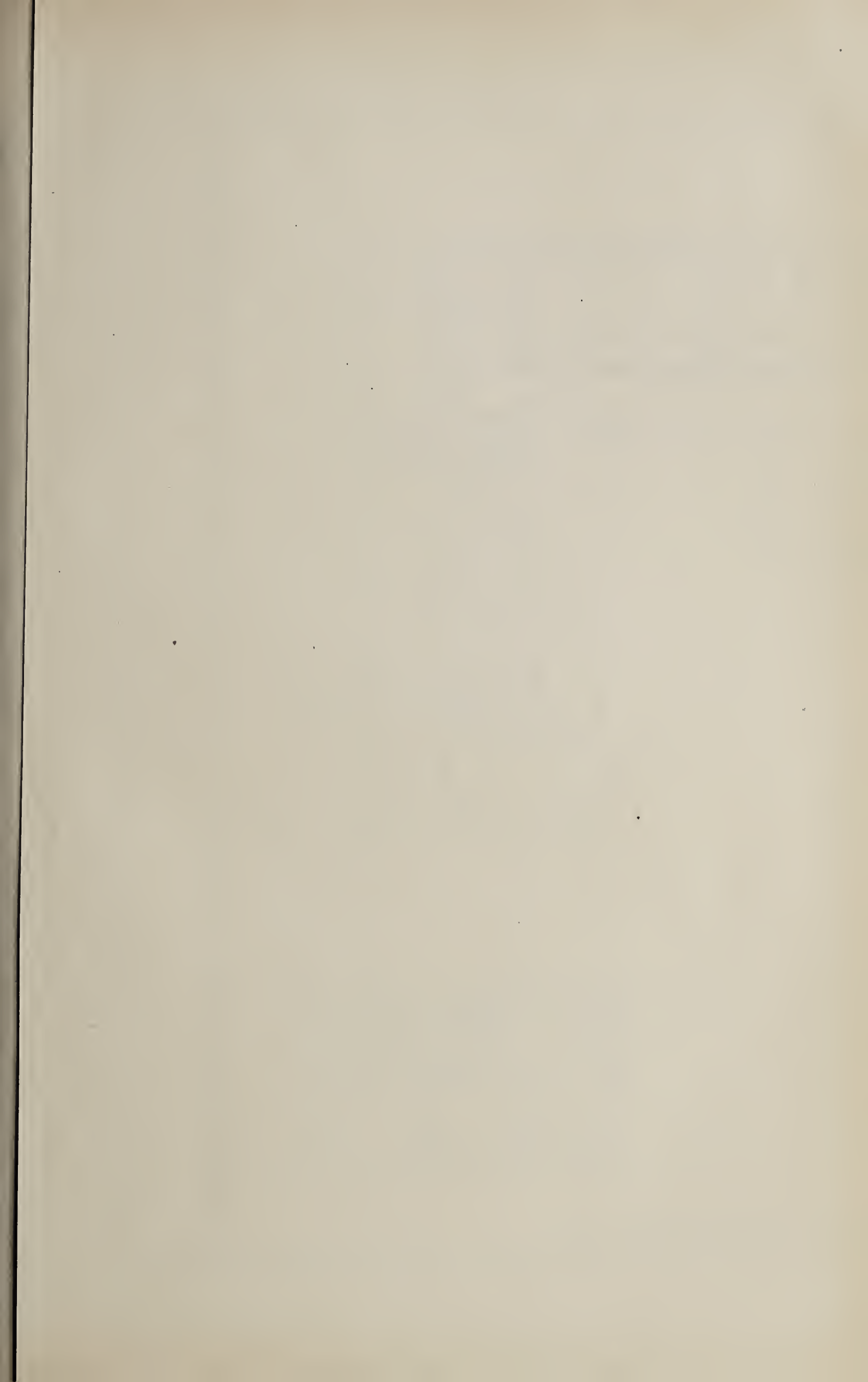
Fasad mot sydost











Eine Abteilung für 8 Ammen. Wir wagen nicht sogleich die Ammenkinder in die Krankensäle zu legen, nicht aus Furcht für Infektionsgefahr, sondern weil wir wahrscheinlich sonst im Anfang keine Ammen bekommen könnten. Wir haben deshalb ein besonderes Zimmer (38), das nach SO. kehrt, für die Ammenkinder eingerichtet. Sobald wir allmählich die Ammen überzeugt haben, daß sie ihre Kinder ohne jede Gefahr zwischen den kranken Säuglingen liegen lassen können, beabsichtigen wir die Ammenkinderzimmer (38) zu benutzen, um die Säuglingssäle (44) jeden 2—3 Monate während einer Woche für Durchlüftungszwecke leer stehen lassen können.

Eine Halbwohnung höher 4 Einzelzimmern für Mutter und Kind (44) mit Bad (39) und Milchküche (42) und in demselben Flügel im

1. Stockwerk eine Ammenabteilung gleich der vorigen.

Im Mittelbau:

Die Krankensäle: Die Forderung, die wir unserem Architekten stellten, war, daß die Krankensäle für höchstens 6 Säuglinge eingerichtet werden möchten, mit 6 qm Bodenfläche und 24 cbm, $2\frac{1}{2}$ in der Stunde zu erneuernde Luftkubus ausgestattet werden sollte, und daß Luft und Licht von, wenn möglich, 3 Seiten Zutritt haben sollte. Er hat diese Aufgabe in folgender Art gelöst. Zwischen 2 Loggien (43) liegen 6 nach SW. gerichtete Säle (44), die mit möglichst großen Fenstern versehen sind, und deren Zwischenwände auch die gegen den Loggien, wahrscheinlich von einer Höhe von $1\frac{1}{2}$ m aus Glas sind. Es ist uns völlig klar, daß es teuer wird, diese Krankensäle zu erwärmen, aber wir können während den dunklen Wintermonaten nicht zu viel Licht erhalten.

Von dem zwischen je 2 Sälen liegenden Badezimmer treten wir durch einen kleinen Vorraum, um Zugluft zu vermeiden, auf den großen 2 m breiten, vor die ganze Vorderseite laufenden, nicht überdeckten Balkon hinaus. — Nach dem Korridor kommt man auch durch einen Vorraum (46), in welchem die Dienstkleider und Waschbecken des Pflegepersonals, Eisschrank und Wärmetisch für die Nahrung plaziert werden sollen. Die Aussaugungskanäle und die teilweise aufzuwärmenden Wäschevorräte werden in der Wand der Korridore angebracht.

Nördlich vom Korridor befinden sich Spülraum (50), Teeküche (47), Dienstzimmer für die Schwestern (48) und ein Milch- und Stillzimmer für die Ammen (49).

Im westlichen Flügel in nächster Nähe der Krankenabteilung, Schmutzraum (52), Untersuchungszimmer (53), das verdunkelt werden

kann, Laboratorium (54),¹⁾ 6 Zimmer für 8—12 Schwangere (55), Zimmer für Assistenzarzt (57) und Oberin (58).

Im Dachgeschoß:

4 Isolierzimmer (61) mit Bad (63), Speisesaal (66) mit Erholungszimmern (64 und 67) für die Schwestern und Elevinnen; Wohnungszimmern für dieselben (68, 69, 74, 75, 76), nebst einer abgeschlossenen Abteilung von Schlafzimmern für die Nachtwärterinnen (77).

Völlig von dem Säuglingsheim getrennt liegt in dem nordöstlichen Flügel das Syphilisasyll mit

im Erdgeschoß 2 Zimmern für je 10 Kinder zwischen $\frac{12-36}{12}$

Jahren (H) mit besonderem Ausgang nach einem abgeschlossenen Teil des Gartens, mit Spiel- und Tagesraum (D), Speisesaal (G) usw.;

im 1. Stockwerk 2 nach SO. gerichteten Zimmern für je 5 Säuglinge (M).

Das Syphilisasyll ist völlig selbständig mit eigenen Geräten versehen und hat nichts außer Speisen und Wäsche mit dem Säuglingsheim gemeinsam. Es hat sein eigenes Pflegepersonal, das doch nicht so zahlreich sein muß, da die Patienten hier ja nicht eigentlich krank sind; im akuten Stadium und bei interkurrenten Krankheiten werden sie im Säuglingsheim verpflegt.

Das Schicksal des vorgeschlagenen Säuglingsheims ruht in dem Schoß unserer Behörden. Glücklicherweise stehen die Geldmittel für sein Errichten zur Verfügung in 2 Dotationen von zusammen 400 000 M. Wir hoffen, daß unsere Stadtverordneten, die Notwendigkeit eines Säuglingsheims in Malmö einsehend, auch die hohen jährlichen Kosten für die Verwaltung auf ihre Schultern nehmen mögen, und daß das Säuglingsheim in Malmö binnen wenigen Jahren fertig stehe, unseren armen Säuglingen zum Nutzen und imstande, die außerordentliche Freundlichkeit, die seine älteren Schwestern in Deutschland ihm während seiner Entstehung in so hohem Grad gezeigt haben, wenigstens einigermaßen erstatten zu können.

¹⁾ Operationszimmer fehlt, weil die aseptischen Operationen im Städt. allg. Krankenhaus ausgeführt werden sollen.

Die sozialen Ursachen der Kindersterblichkeit in Bayern, insbesondere der Einfluß der agrarischen Verhältnisse auf die Kindersterblichkeit Bayerns und anderer Staaten.

Von Bezirksarzt Dr. GRASSL, Lindau am Bodensee.

(Schluß.)

Der Einfluß agrarischer Verhältnisse auf die Kindersterblichkeit in einigen anderen mitteleuropäischen Staaten.

Es lag nahe, die für Bayern gefundenen Gesetze in ihrer Wirksamkeit auch in anderen Kulturstaaten nachzuprüfen. Am nächsten lag die Nachprüfung für Sachsen, das ebenso wie Bayern zu den meistbelasteten Staaten Deutschlands gehört.

Der außerordentlichen Liebenswürdigkeit der G e h e - Bibliothek in Dresden verdanke ich das einschlägige Material.¹⁾

In Sachsen herrschten früher in der Landwirtschaft die gleichen Verhältnisse wie in Bayern. Die grundherrlichen Rechte hatten die Ritter, Klöster, Städte, Genossenschaften. Den Bauern ging es meistens nicht gut.

¹⁾ Schloßmann, a. a. O.

Geißler, Kalender des statist. Jahrbuches für das Königreich Sachsen 1893.

Geißler, Über den Einfluß der Säuglingssterblichkeit auf die eheliche Fruchtbarkeit mit besonderer Berücksichtigung der Ehe im Bergmannsstande. Zeitschr. f. sächs. stat. Bureau 1895.

Ferner dieselbe Zeitschrift 1879, 1880, 1896, 1906, für die Landwirtschaft. Die Sanitätsberichte.

Handschriftliche Auskünfte einiger Bezirksärzte.

Die Bodenverteilung war aber weiter gediehen als in Bayern. Zwar suchte das Dismembrationsgesetz eine weitere Verteilung zu verhindern, aber das Bestreben der Parzellierung trat mitunter derartig stark auf, daß die Staatsregierung dem allgemeinen Wunsche nachgab und die Erteilung der Dispens von dem Gesetze von dem Ministerium auf die Kreisvertretung übertrug.

Bodenverteilung Sachsens 1855		Bayern 1895	
54,41	Proz. weniger als 2,77 ha	35,64	Proz. unter 2 ha
21,40	„ zwischen 2,77—11,07 „	24,92	„ 2— 5 „
17,58	„ „ 11,07—27,67 „	32,69	„ 5— 20 „
5,32	„ „ 27,67—55,34 „	6,66	„ 20—100 „
		6,09	über 100 „

Im Jahre 1861 war die Zahl der Landwirte gleich groß, wie der der Industriellen.

Gegenwärtig ist die Verteilung nach dem Berufe:

20,0	Proz. im Hauptberufe	Landwirtschaft
56,2	„ „ „	Industrie
13,0	„ „ „	Handel und Verkehr.

In einzelnen Amtshauptmannschaften sinkt der Anteil der Landwirtschaft auf 5 Proz. der Bevölkerung herab und steigt in anderen auf 37 Proz.

Bei einer so geringen Anteilnahme der Landwirtschaft an der Gesamtbevölkerung sollte man den Einfluß der früheren agrarischen Verhältnisse nicht mehr erkennen; wenn es nun trotzdem, wie gezeigt werden wird, deutlich erkennbar ist, in welcher Weise die Voreltern sich nährten, so spricht das für die Stärke des Faktors.

Sachsen hat drei zusammenhängende Bezirke mit geringer Kindersterblichkeit: Oberlausitz, die sog. „Lommatscher Pflege“ und ihre Umgebung, und den Süden. In der Lausitz sind es die Amtshauptmannschaften Bautzen, Kamenz, Löbau; die Lommatscher Pflege, der Hebebezirk Lommatsch, die Amtshauptmannschaften Oschatz, Großenhain, Meißen, dann stehen ihm nahe Radeberg und Grimma. Der südliche zusammenhängende Bezirk umfaßt Ölnitz und Auerbach (Vogtland).

Die kleinste Kindersterblichkeit hat Ölnitz und Auerbach, durchwegs unter 20 Proz. der Geborenen, dann kommt die Lausitz mit etwas mehr Prozent als 20 und die Lommatscher Pflege zwischen 20—24 Proz.

Ölnitz und Auerbach sind die Viehzucht treibenden Ämter Sachsens. Während sonst überall das Verhältnis der Felder zu Wiesen ist wie 3 auch 9:1, sinkt das Verhältnis in Ölnitz und Auerbach auf 1,7:1 herab. Auch tritt hier die Hausindustrie auf, welche im allgemeinen günstig auf die Kindersterblichkeit wirkt.

Die 3 Ämter Bautzen, Kamenz, Löbau sind die Heimat der Ziegen und damit der Kleinwirtschaft. Die „Kuh der Armen“ ist dort äußerst häufig. Auf 8 Einwohner, also nahezu auf jede Familie, trifft eine Ziege. Im übrigen Sachsen trifft auf 20—100 Einwohner eine Ziege. Auch die Klein- und Rindviehtierhaltungen sind in der Lausitz außerordentlich zahlreich. Erinuert also die Gegend in Ölnitz und Auerbach an die bayerischen Alpenländer, so gleicht die Lausitz dem bayerischen Spessart.

Die „Lommatscher Pflege“ ist das Dorado der sächsischen Landwirtschaft. Selbst ein Auge, das an die Fruchtbarkeit der bayerischen Rott- und Vilstäler gewohnt ist, staunt über die Menge und Güte der dort gezogenen Früchte. Die Tragfähigkeit dieser Gegenden ist sogar in dem bayerischen, weit abgelegenen Ökonomiebetriebe bekannt.

Vergleicht man die 3 Bezirke mit niedriger Sterblichkeit unter sich, so kommt zuerst die Gegend der Wiesenkultur, dann die der Kleinteilung und endlich der fruchtbare Weizenboden.

Ordnet man die Amtshauptmannschaften nach Kindersterblichkeit, dann nach der Verteilung der Tierhaltungen auf die Einwohnerschaft, ebenso die Verteilung der Ziegen auf die Einwohnerschaft, so erhält man folgende Tabellen:

Auf 100 Lebendgeborene starben

—20 Proz.	21—25 Proz.	26—30 Proz.	31—35 Proz.	über 35 Proz.
16. 23. 24.	1. 2. 3. 13. 14. 15. 19. 21.	4. 6. 7. 9. 11. 12. 17. 18. 20. 25. 26.	5. 22. 23. 27.	8.

Auf 100 Einwohner treffen Tierhaltungen

—10 Proz.	11—20 Proz.	21—30 Proz.	31—40 Proz.
2. 21.	1. 3. 9. 10. 13. 14. 16. 17. 18. 19. 22. 24.	4. 5. 7. 8. 12. 15. 20. 23. 26.	6. 11. 25. 27.

Auf 100 Einwohner treffen Ziegen

—10 Proz.	11—20 Proz.	21—30 Proz.	31—50 Proz.	über 50 Proz.
1. 2. 3.	9. 10. 14. 16. 17. 24.	4. 9. 12. 13. 15. 18. 19. 21. 22.	5. 7. 23. 26.	6. 8. 11. 20. 25. 27.

Amtshauptmannschaften.

1. Bautzen; 2. Kamenz; 3. Löbau; 4. Zittau; 5. Annaberg; 6. Chemnitz; 7. Flöha; 8. Glauchau; 9. Marienberg; 10. Dippoldiswalde; 11. Dresden A.; 12. Dresden N.; 13. Freiberg; 14. Großenhain; 15. Meißen; 16. Pirna; 17. Borna; 18. Döbeln; 19. Grimma; 20. Leipzig; 21. Oschatz; 22. Rochlitz; 23. Auerbach; 24. Ölnitz; 25. Plauen; 26. Schwarzenberg; 27. Zwickau.

Trotzdem also die Kindersterblichkeit in Sachsen von der Industrie bestimmt wird, so ist doch noch die Nachwirkung der landwirtschaftlichen Zeit unverkennbar.

Das Musterland für alle modernen Ökonomien ist Holland. Die nordischen Reiche haben ihren landwirtschaftlichen Betrieb durchwegs den ökonomischen Verhältnissen der Niederlande nachgebildet. Das Deutsche Reich hält einen eigenen Gesandtschaftsattaché für Landwirtschaft im Haag. Im Auftrag der deutschen landwirtschaftlichen Gesellschaft hat der jetzige Gesandtschaftsattaché im Haag, Dr. J. Frost, ein äußerst instruktives Buch: Agrarverfassung und Landwirtschaft in den Niederlanden, Berlin SW 11, 1906 herausgegeben. Außerdem verdanke ich dem Herrn Baron v. Lochner, der am Niederrhein begütert ist, vielfache wertvolle Aufschlüsse über die niederländischen landwirtschaftlichen Verhältnisse. Auch die Arbeit von Kohlbrugge, Professors in Utrecht: Stadt und Land als biologische Umwelt (Archiv f. Rassen- und Gesellschaftsbiologie 1909, 4. u. 5. Heft) enthält viel Einschlägiges.

Die Verteilung der Kindersterblichkeit nach Provinzen verdanke ich der persönlichen Liebenswürdigkeit Prinzing's.

Die Bodenverteilung.

Proz. der Betriebe		Proz. der Betriebe	
1—2 ha	19,9	40—50 ha	1,9
2—3 „	14,5	50—60 „	0,9
3—5 „	16,2	60—75 „	0,5
6—10 „	19,2	75—100 „	0,2
10—15 „	9,8	100—125 „	0,05
15—20 „	6,6	125—150 „	0,02
20—30 „	6,6	150—200 „	0,02
30—40 „	3,6	über 200 „	0,09

Fast die Hälfte des Kulturbodens ist verpachtet und 45 Proz. der Bauern sind Pächter. Die Pachtung bezieht sich auf ganze Höfe, noch mehr aber auf „lose Parzellen“.

Das Pachtgeld ist durchwegs gering. Der Besitzer ist entweder ein reich gewordener Bauer oder, besonders in der Nähe von Städten, städtischer Bürger, der sich Grund und Boden als sicherste Kapitalanlage gekauft hat. Der Ertrag für den Besitzer steigt nicht über 3 Proz.

Roggen wird in manchen Gegenden, z. B. Groningen, gebaut, aber ein Verkauf findet nicht statt. Aller Roggen, der nicht in der Haushaltung verbraucht wird, wird verfüttert. Das Charakteristische in der holländischen Landwirtschaft ist, daß alle Bodenprodukte, soweit sie nicht der sehr ausgeprägten Gartenwirtschaft entstammen, in animalische Produkte umgewandelt werden. Die Milchwirtschaft ist eine höchst ausgedehnte, eigentlich die einzige Einnahmequelle des größten Teiles der Landwirte, die Bearbeitung der Milch findet nur mehr teilweise im Haushalte statt; größtenteils wird sie in Zentralmolkereien gebracht. Alle Milch wird verkauft und nur der ganz unentbehrliche Teil der Milch zurückbehalten. Milch bekommt man selten zum Trinken in Bauernhäusern.

In bezug auf die Wiesen unterscheidet man natürliche und Kunstwiesen. Die ersteren liegen hauptsächlich am Meere. Sie werden jährlich nur einmal gemäht, im übrigen abgeweidet. Das milde Klima erlaubt, daß das Vieh sehr lange, vom Mai bis November, oft noch länger, ununterbrochen Tag und Nacht auf der Weide sich befindet, wo es auch gemolken wird.

Die Reinlichkeit der Holländer, soweit sie Weidewirtschaft treiben, ist sprichwörtlich. Es sei nur daran erinnert, daß der Stall im Sommer allgemein als Wohnung für den Bauer verwendet wird und daß in Friesland die Schwänze der Kühe mit Bindfäden hochgebunden werden, damit nicht die Reinlichkeit darunter leide.

In den beiden Provinzen Nordbrabant und Limburg und auch sonst auf dem Sandboden findet Stallwirtschaft statt. Ausdrücklich erwähnt der Verfasser die geringe Reinlichkeit in Nordbrabant und Limburg.

In Holland melkt der Bauer selbst oder hilft doch regelmäßig mit. Namentlich die erwachsenen Jungen sind im Melken sehr bewandert. In Holland rührt die Bäuerin grundsätzlich keinen Finger in der Landwirtschaft oder Gartenwirtschaft. Überall, wo Mägde gehalten werden,

geschieht dies lediglich zur Entlastung der Bäuerin in ihrer Eigenschaft als Hausfrau. Die Benutzung der Mägde in der Landwirtschaft nimmt immer mehr ab.

Da, wo Stallfütterung ist, ist die Haupttätigkeit des Bauers die Düngerbereitung, der er besondere Aufmerksamkeit widmet. Hier wächst naturgemäß die Arbeitslast der Bäuerin.

Die Bodenverteilung ist derartig, daß da, wo Stallwirtschaft ist, die weitere Parzellierung stattfindet. Dort wird auch die Wiese dreimal und öfters gemäht und die Arbeitslast wächst dadurch. Am Meere dagegen verhindert die Weidewirtschaft eine allzuweitgehende Zwergwirtschaft.

Die Genügsamkeit des holländischen „Köterbauers“ übertrifft alle Vorstellung.

In Seeland, Holland, Utrecht, Friesland, Groningen ist ein sehr guter Arbeiterstand vorhanden, welcher von den Bauern ein Deputat erhält, wie wir es in einzelnen Gegenden Deutschlands (bayer. Wald z. B.) auch noch treffen.

Sehr entlastend für die Bäuerin sind die holländischen Familiensitten. Die verheirateten Söhne und auch die verheirateten Töchter mitsamt ihren Familien bleiben in der Wohnungs-, Eß- und Arbeitsgemeinschaft der Eltern, so daß man oft drei Familien an einem Tische findet. Erst wenn der Vater stirbt, findet eine exakte Teilung des Besitzes statt.

Bei derartigen Verhältnissen ist nach unseren bisherigen Erfahrungen eine minimale Kindersterblichkeit zu erwarten.

Kindersterblichkeit 1900—02 (nach Prinzing).

Nordbrabant	18,8 Proz.
Gelderland	13,1 „
Südholland	13,2 „
Seeland	15,8 „
Utrecht	15,7 „
Friesland	10,3 „
Oberissal	14,0 „
Groningen	11,5 „
Drenthe	11,5 „
Limburg	17,6 „
<hr/>	
Ganz Holland	14,5 Proz.

Es ist bezeichnend für die Richtigkeit des von mir aufgefundenen Gesetzes, daß nicht nur die Gesamtkindersterblichkeit Hollands seinen gesamten landwirtschaftlichen Verhältnissen entspricht, sondern daß auch da, wo geringere landwirtschaftliche Verhältnisse

herrschen, also in Nordbrabant und Limburg die Kindersterblichkeit steigt und daß die Provinzen, wo die Bäuerin die geringste Arbeitslast hat und demgemäß die größte Reinlichkeit, also insbesondere in Friesland und in Groningen, Drenthe und Südholland ist, auch die geringste Kindersterblichkeit herrscht.

Auch die zeitliche Schwankung der Kindersterblichkeit Hollands ist durch agrarische Verhältnisse bedingt. Holland hatte bis 1880 einen starken Schutzzoll und infolgedessen verhältnismäßig viel Getreidebau. Mit dem Aufheben des Schutzzolles kamen die getreidebauenden Provinzen stark in die Enge. Erst allmählich gingen sie zur Milchwirtschaft über. Diesen Wirtschaftsverhältnissen entspricht die Bewegungslinie der Kindersterblichkeit Hollands.

1851—60	19,6 Proz.
1861—70	18,4 „
1871—80	20,3 „
1881—90	17,8 „
1890—1900	15,8 „
1900—02	14,5 „

Die niederländischen landwirtschaftlichen Verhältnisse sind auf die drei nordischen Königreiche, Dänemark, Schweden, Norwegen übergegangen und auf die am Meere gelegenen deutschen Staaten.

Die Literatur über diese landwirtschaftlichen Verhältnisse verdanke ich der Freundlichkeit des Professors an der Molkereischule Weißenstefan, Herrn Dr. Henkel, der selbst die Gegenden studienhalber bereist hat.¹⁾

Der dänische Bauer erfreut sich von jeher großer Selbständigkeit. Das Parlament ist durchwegs auf die Förderung des Bauernstandes zugeschnitten.

Bis zum Jahre 1870 wurde noch reichlich Getreide gebaut.

¹⁾ Gesellschaftsreise durch Dänemark und Schweden von Fries, Metzger, Leufoin, Nanchtat. Berlin 1905.

Die landwirtschaftliche Gesellschaftsreise durch Dänemark und Schweden. v. Tolkiehn. Berlin SW. 1906.

Vierteljahresschrift des bayerischen Landwirtschaftsrates. Heft X, 1900 (Dr. Henkel).

L'Industrie Laitaire an Danemark. Henric de Rothschild, Paris 1904.

Weide- und Milchwirtschaft in Schweden, Dänemark, Holland v. Schatzmann, Aarau 1870.

Der Wettbewerb der Dänen und der schwedischen Landwirte mit Deutschland. Dr. A. Stutzer und Dr. Giserius, Stuttgart 1904.

Jetzt ist der Getreidebau fast gänzlich verschwunden und die Milchwirtschaft ist durchgeführt. Die Einfuhr des Getreides übersteigt gegenwärtig weit die Ausfuhr. Die landwirtschaftlichen Produkte gehen fast durchwegs nach England. Milch und Milchprodukte, Schweine und Eier sind die überwiegendsten Produkte. Die Butterausfuhr allein übersteigt die Buttereinfuhr um $115\frac{1}{2}$ Mill. M.

Der Grundbesitz ist sehr stark geteilt; Fideikommißgüter gibt es nicht. Außerdem gibt es viele „Häusler“ mit ganz kleinem Grundbesitz.

52,2 Proz. alles landwirtschaftlich benutzten Areals ist Grasboden (Wiesen, Weiden, Brache). Die Weidewirtschaft ist durchwegs vorherrschend. Die Reinlichkeit im Stall ist überall sehr groß. Bereits 1898 zählte man auf $2\frac{1}{2}$ Millionen Einwohner 1 743 000 Rinder, also auf 1,3 Einwohner 1 Rind.

Also auch hier ist nach unseren bisherigen Erfahrungen geringe Kindersterblichkeit zu erwarten.

Nach Prinzing (Handbuch) starben in Dänemark

1841—50	14,4 Proz.
1851—60	13,5 „
1861—70	13,4 „
1871—80	13,8 „
1881—90	13,5 „
1891—1900	13,5 „

Durchwegs gleiche landwirtschaftliche Verhältnisse finden wir in Schweden.

Der schwedische Bauer verdankt seine gegenwärtige Macht der großen Revolution vom Jahre 1654. Dem Adel wurde nach Fahlbeck¹⁾ die Hälfte des Landbesitzes einfach abgenommen und derselbe an die Bauern verteilt. Übrigens war der schwedische Bauer nie so abhängig, als z. B. der süddeutsche. Noch im Anfang des 14. Jahrhunderts bildeten die freien Bauern eine große Volksmacht und auch später, als der Adel, welcher aus dem Bauerntum hervorgegangen war, zur Blüte kam, waren die Bauern wiederholt politisch die Stütze der Regierungen. Die Bauernschaft Schwedens war in sozialer und politischer Beziehung von allen Bauern Europas die freieste.

Die jetzige Wirtschaftsform deckt sich oft wörtlich mit der dänischen.

¹⁾ Pontius E. Fahlbeck, Der Adel Schwedens (u. Finnlands). Fischer, Jena 1903, S. 14 u. 15 ff.

Die Milchgewinnung ist die Hauptsache. Kein Land wohl konsumiert verhältnismäßig mehr Milch als Schweden und nicht viele produzieren mehr.

Die Reinlichkeit der Ställe wird durchwegs rühmend erwähnt. Wasserleitungen findet man häufig in den Ställen.

Das Vieh bringt die größte Zeit auf der Weide zu, wo es auch gefüttert und gemolken wird. In Orlasse bringt das Jungvieh auch den Winter auf der Weide zu.

Man unterscheidet drei Arten von Weiden

1. die freie Weide des Kleinbauers,
2. die völlige Abweidung ganzer Bezirke,
3. das Tüdern, Weiden mit Festbinden mittels Seil.

Man treibt das Feld in 10 Jahren um, 3 Jahre dient es als Weide.

Die Frauen melken nicht, da sie mit oft kranken Kindern zutun haben und so die Ansteckungsstoffe verschleppen könnten. Dagegen melken die Mädchen. In manchen Gegenden muß die Melkperson periodisch vom Bezirksarzt auf ihre Gesundheit untersucht werden.

Die Reinlichkeit der Milchgewinnung ist über jedes Lob erhaben. Das Getreide wird, wie in Holland, verfüttert.

Die Schweden sind überzeugt, daß durch den Weidegang die Milchproduktion der Kuh zunimmt.

Gustav Kjerrulf¹⁾ beschreibt geradezu ideale Milchverhältnisse in Schweden.

Auch hier wird also in der Gesamtheit geringe Kindersterblichkeit zu erwarten sein. Nach Prinzing (Handbuch) hatte Schweden 1891—1900 Kindersterblichkeit männlich 11,1, weiblich 9,2; ehe-lich 9,5.

Über die norwegische Landwirtschaft standen mir bisher exakte, literarische Nachweise nicht zur Verfügung. Doch versichern mir Freunde, welche Norwegen bereisten, daß der Betrieb dem Schwedens gleicht. Seine Kindersterblichkeit auch.

Von Holstein schreiben meine Quellen: Es ist mit Ausnahme des ziemlichen Höhenzuges ein reiches Land. Der großlandwirtschaftliche Betrieb ist bedeutend; die Erbpacht ist eine häufige Erscheinung. Dem Pächter geht es gut.

Vorherrschend ist Milchwirtschaft und die holsteinschen Kühe

¹⁾ Milchhygienische Verhältnisse in Schweden v. Gustav Kjerrulf, Stockholm 1903.

erfreuen sich großer Anerkennung. Die Äcker werden auch als Weiden benutzt. Die Weidewirtschaft ist ausschließlich. Der Weidebetrieb beginnt im Mai und endigt im November. Die Butter dieses Landes ist weit berühmt.

Kindersterblichkeit nach Prinzing (Handbuch) 16,1 Proz., im Süden höher als im Norden.¹⁾

Es stimmt vollständig, daß da, wo der Höhenzug die Entwicklung der Landwirtschaft und namentlich der Milchwirtschaft hinderte, die Kindersterblichkeit steigt.

Von Mecklenburg wird übereinstimmend die große Menge und die zentrale Verarbeitung der Milch erwähnt.

Kindersterblichkeit nach Prinzing (Handbuch) 17,1 Proz.

Von der preußischen Provinz Rheinland berichtet mir Herr Baron v. Lochner, der dort regelmäßig den Sommer auf seinen Besitzungen zubringt, daß es wirtschaftlich ganz und gar der holländischen Provinz Geldern gleiche, von der es politisch auch ein Teil war.

Kindersterblichkeit nach Prinzing (Handbuch) 18,2 Proz.

Die Marschen haben durchwegs Milchwirtschaft und kleine Kindersterblichkeit.

Selbst England mit seinen Weiden erinnert noch an das Gesetz. Kindersterblichkeit 15,4 Proz.

Haben wir gesehen, daß Vieh- und namentlich Milchwirtschaft die Kindersterblichkeit herabsetzt, so können wir namentlich in den preußischen Provinzen deutlich erkennen, daß Ackerbau die Säuglingsmortalität erhöht. Eine Detaillierung in dieser Beziehung wird vielleicht noch folgen. Summarisch ist aber zu konstatieren, daß überall da in Preußen, wo Zuckerindustrie ist, die Kindersterblichkeit hoch, selbst sehr hoch ist, nicht nur wegen der Zuckerindustrie allein, sondern wegen des Rübenbaues.

Dierke, Schulatlas für höhere Lehranstalten, Braunschweig 1906, S. 136 enthält ein Kartogramm der Bodenbenutzung. Nordwestlich von Leipzig bis zur Stadt Hannover zieht sich die Hauptmasse der Zuckerindustrie und des Rübenbaues hin, hauptsächlich also die preußische Provinz Sachsen umfassend.

Die Provinz Sachsen, namentlich die im Rübengebiet liegenden Umgebungen von Magdeburg und Merseburg haben nach Prinzing²⁾ eine Kindersterblichkeit von 22—23 Proz. Im Jahre 1891—95;

¹⁾ Prinzing, Jahrb. f. Nat. u. Stat. 1899, S. 592.

²⁾ Prinzing, Jahrb. S. 592.

dagegen hat das außerhalb des Zuckergebietes liegende Erfurt eine Säuglingsmortalität von 17,61 Proz.

In dem südlich der Oder liegenden Teile von Schlesien verzeichnet die Karte einen ausgedehnten Rübenbau, starke Zuckerfabrikation, die Strecken zwischen Ratibor und Glogau einnehmend. Hier steigt die Kindersterblichkeit in den Kreisen Neiße und Grottau auf 25—26 Proz.; erreicht in Breslau und Liegnitz 28—33 Proz., und erhebt sich in den Kreisen Schweidnitz, Striegau und Neumarkt ebenfalls über 30 Proz.; alle Bezirke mit starker Rübenindustrie.

In der Provinz Brandenburg, östlich von der Oder und nördlich von Frankfurt a. O. bildet die erwähnte Tafel Rübenbau ab, sofort steigt die Kindersterblichkeit in den Kreisen Lebus (30 Proz.) und Westernberg (28 Proz.).

Ferner findet man Rübenbau östlich und westlich der Weichsel, zwischen Marienwerder und Danzig und zugleich mit ihm hohe Kindersterblichkeit (22—24 Proz.).

Das ohnehin mit hoher Kindersterblichkeit ausgestattete Posen hat südlich der Warta, wo wir wieder Rübenbau finden, erhöhte Säuglingsmortalität.

Auch in Pommern gibt die Karte zwischen Stralsund und Stettin Zuckerfabriken an und Prinzing erwähnt die hohe Belastung dieser Gegend (22—25 Proz.), im Gegensatz zu Köslin, (16,71 Proz.), der rübenbaufrei ist.

Am Rhein ist die Gegend zwischen Aachen und Köln mit Zuckerfabriken bestanden und gerade diese Gegend hat die höchste Kindersterblichkeit in der Rheinprovinz (21—22 Proz.), während die übrigen Bezirke bedeutend niedriger sind.

Nahezu alle genannten Bezirke mit Zuckerfabriken haben eine zunehmende Tendenz der Kindersterblichkeit, namentlich Pommern, aber auch Sachsen und die beiden Provinzen Preußen. Kein Teil zeigt analog den übrigen Bezirken Deutschlands eine Besserung.

Offenbar konsumiert der Rübenbau die Arbeitskräfte der Frau, insbesondere auch der Mutter und schädigt so das Kind.

In ähnlicher Weise, nur nicht so ausgeprägt, wirkt der Kartoffelbau deletär auf die Lebenswahrscheinlichkeit des Kindes, wenn die Kartoffeln in die Branntweinbrennerei wandern.

Die Kindersterblichkeit Württembergs ist ein verschärftes Abbild der Säuglingsmortalität Bayerns.

Von 100 Lebendgeborenen starben innerhalb des 1. Lebensjahres:

1812—22	32,06	1891—95	25,40
1846/47—1855/56	34,78	1890—1900	24,3
1858/59—1861/62	35,30	1901	22,1
1862—67	36,00	1902	20,8
1871—75	33,20	1903	22,2
1876—80	30,70	1904	22,1
1881—85	28,01	1905	21,4
1886—90	25,66	1906	20,0

Die Angaben betr. Kindersterblichkeit sind teils Prinzing entnommen (Handbuch für Nat. u. Ök. 1899), teils den statistischen Handbüchern für das Königreich Württemberg 1902—1908. Die Verhältnisse über Bodenbebauung und Viehzucht und Milchwirtschaften sind entnommen aus dem Ergänzungsband II zu dem Württ. Jahrbuch 1898; dann den Jahrbüchern 1907 u. 1909.

Die Literatur verdanke ich dem freundlichen Entgegenkommen des württembergischen statistischen Landesamtes.

Um einen besseren Einblick in die Sterblichkeitsverhältnisse Württembergs zu bekommen, war es nötig die Mortalität in den Kreisen zu betrachten.

	1812 bis 1822	1846 bis 1856	1858 bis 1862	1862 bis 1868	1875 bis 1881	1886 bis 1890	1891 bis 1895	1895 bis 1900	1900 bis 1904	1905	1906
Neckarkreis	29,16	30,25	31,4	32,9	27,48	23,86	23,71	22,8	22,7	20,7	19,1
Schwarzwaldkr.	27,65	33,10	33,9	34,2	28,74	24,75	25,11	23,9	22,7	22,0	20,5
Jagstkreis	31,32	31,51	33,7	34,7	28,74	24,12	24,00	23,0	21,1	19,4	19,6
Donaukreis	40,44	44,05	42,8	42,8	37,07	30,17	29,13	27,8	24,6	23,2	21,2

Im ganzen vorigen Jahrhundert war Württemberg stark agrarisch. Noch 1882 hatte das Land unter 1 978 000 Einw. bloß 288 106 Gewerbetreibende und im Jahr 1895 unter 2 075 900 Einw. erst 392 532 Gewerbetreibende.

Die Hausindustrie konzentrierte sich auf den Neckar- und insbesondere auf den Schwarzwaldkreis.

Der Parallelismus zwischen Bodenverteilung und Kindersterblichkeit, wie er in Bayern so scharf hervortritt, ist auch in Württemberg stark ausgedrückt.

Von 100 landwirtschaftlichen Betrieben 1895 waren groß

	bis zu 2 ha Proz.	2—5 ha Proz.
Württemberg	52,8	24,2
Neckarkreis	61,2	28,3
Schwarzwaldkreis	55,8	31,5
Jagstkreis	45,0	24,4
Donaukreis	39,1	24,8

Wie in Bayern und auch in Sachsen, müssen wir auch in Württemberg (und Baden) zur Erforschung des Einflusses der Bodenparzellierung auf die Säuglingsmortalität eine Zeit wählen, in welcher dieser Einfluß durch andere Verhältnisse noch nicht verdeckt waren und das ist die Zeit bis anfangs der achtziger Jahre.

Prinzing, von dem wohl anzunehmen ist, daß er die württembergischen Verhältnisse am besten beherrscht, erklärt den Unterschied in der Säuglingsmortalität der einzelnen Ämter damit, daß er dort, wo hohe Kindersterblichkeit ist, geringe Stillhäufigkeit annimmt und er behauptet, daß in einzelnen Ämtern bereits eine deutliche Atrophie der Brustdrüsen zu erkennen ist infolge Inaktivität. Die neueren Forscher stehen allerdings der Inaktivitätsatrophie skeptisch gegenüber; aber abgesehen davon, gibt die Prinzing'sche Erklärung keinen Anhaltspunkt dafür, warum im Donaukreis die Kinder seltener gestillt wurden in der ersten Hälfte des vorigen Jahrhunderts als in den anderen Kreisen. Eine sittliche Minderwertigkeit der Schwäbinnen des Donaukreises wird doch wohl nicht angenommen werden können! Wie in Bayern haben sich auch in Württemberg die Aufzuchtssitte, deren wesentlichster Teil die Brustdarreichung ist, aus den wirtschaftlichen Verhältnissen herausgebildet. Der Donaukreis hatte von jeher ähnliche Verhältnisse wie die nördlichen bayerisch-schwäbischen Ämter: Mittelbesitz und Körnerbau und Viehzucht; also Verhältnisse, durch welche die Frau ad maximum in der Landwirtschaft und Hauswirtschaft beschäftigt war.

Die Kleinteilung des Bodens findet — vgl. wieder Bayern — ihren Ausdruck in der Verteilung des Rindviehes und der Ziegen.

Prinzing hat die höchst und geringst belasteten Oberämter Württembergs zusammengestellt (für die Jahre 1858—66) und ich füge die von mir berechneten Prozentsätze in bezug auf die Bodenverteilung und die Kuhhaltungen hinzu, allerdings für die Gegenwart.

Aber ich habe schon bei Bayern erwähnt, daß die Bodenverhältnisse sich in hundert Jahren wenig zu ändern pflegen, wenn nicht Städtebildung oder Industrie dazwischen tritt und wir können auch die gegenwärtige Viehverteilung als Index der vergangenen Zeit auf 50 Jahre im allgemeinen gelten lassen.

Oberämter	Kindersterblichkeit	Von 100 landwirtsch. Betrieben waren unter 5 ha	Von 100 Viehhaltungen hatten unter 4 Kühe	Oberämter	Kindersterblichkeit	Von 100 landwirtsch. Betrieben waren unter 5 ha	Von 100 Viehhaltungen hatten unter 4 Kühe
	1858/66	1895	1895		1858/66	1895	1895
Ulm	48,9	57,9	35	Tettnang	36,0	56,4	42
Blaubeuren	47,0	58,8	47	Hall	35,1	58,9	51
Laupheim	46,2	74,0	41	Weinsberg	34,0	86,4	64
Saulgau	46,1	61,9	47	Schondorf	33,9	89,1	71
Ehingen	45,7	57,5	46	Geildorf	33,6	70,9	61
Bibrach	45,9	56,2	36	Nürtingen	33,1	90,6	66
Münsingen	43,6	59,7	66	Welzheim	33,4	80,0	52
Geißlingen	42,4	72,3	48	Vaihingen	32,5	85,6	61
Heidenheim	40,9	80,1	44	Waiblingen	31,2	85,6	66
Neresheim	40,5	63,4	54	Marbach	31,9	86,8	72
Ravensburg	39,2	58,9	37	Künzelsau	28,7	67,7	63
Leutkirch	38,9	50,5	27	Besigheim	28,4	88,9	76
Waldsee	38,5	55,7	38	Tübingen	28,0	93,7	63
Kirchheim	38,1	89,7	49	Gerabronn	27,7	55	54

Es nimmt mit der Zunahme der Zerstückelung des Bodens auch in Württemberg die Sterbehäufigkeit der Kinder ab. Natürlich machen sich neben dieser grundlegenden Ursache auch lokale Einflüsse geltend. So z. B. in Tettnang, das bereits 1860 eine sehr ausgedehnte Milchwirtschaft hatte und demgemäß auch eine geringe Sterblichkeit trotz des Mittelbesitzes; ähnlich Wangen.

Faßt man die Viehhaltungen Württembergs nach Kreisen zusammen, so hat man ‰

Haushaltungen	Württemberg		1907			
	1897	1907	Nekar-kreis	Schwarz-waldkreis	Jagst-kreis	Donau-kreis
mit 1—2 Kühen	54,9	49,0	56,3	65,2	37,5	25,8
„ 3—4 „	28,8	32,8	30,4	27,6	39,4	35,8
„ 5—6 „	8,5	9,8	5,5	5,4	12,1	12,3
„ 7—10 „	5,3	5,6	5,6	1,5	8,3	7,4

Also auch nach Kreisen zusammengestellt ist der Zusammenhang evident.

Auch die Zahl der Ziegen erinnert an die bayerischen und sächsischen Verhältnisse.

Ziegen 1907				
Württemberg	Neckarkreis	Schwarzwaldkreis	Jagstkreis	Donaukreis
88 201	31 890	25 367	15 913	15 031

Im Jahre 1831 hatte Württemberg 21 216 Stück Ziegen. Der Neckarkreis hat seine Ziegenzahl in dieser Zeit nahezu verzehnfacht, der Donaukreis verfünffacht.

Neckarkreis auf 100 Einw. 3,9 Ziegen; Schwarzwaldkreis 4,7; Jagstkreis 3,9; Donaukreis 2,8; — Württemberg 3,8.

Hier darf ich wohl eine kleine Tabelle des Zusammenhanges der Ziege mit der Kindersterblichkeit geben:

	Ziegen (1904) auf 100 Einw.	Kinder- sterblichkeit 1901—03
Württemberg	3,8	21,7
Preußen	5,8	18,8
Bayern	4,4	24,3
Sachsen	2,9	21,7
Baden	5,7	20,3
Hessen	10,6	15,3
Oldenburg	9,0	14,0

In der ersten Hälfte des vorigen Jahrhunderts war also für Württemberg die Größe des Betriebes der ausschlaggebende wirtschaftliche Faktor, der sich in der Säuglingsmortalität äußert. Und es sei hier noch darauf hingewiesen, daß einzelne Oberämter in Württemberg selbst den höchst belasteten Bezirksämtern Bayerns in der damaligen Zeit gleichkommen. Seit den 80er Jahren aber sehen wir einen rapiden Abfall in der Säuglingsmortalität, und zwar fallen am meisten ab, die vorher mit größter Kindersterblichkeit behafteten Kreise und Oberämter, von denen ihr landsmannschaftlicher Medizinalstatistiker noch vor 10 Jahren schreibt, daß sie ihre Kinder nicht stillen und daß ihre Frauen Mammaatrophien haben. Es ist nach Prinzing vom Platz weg anzunehmen, daß tatsächlich sich die Stillsitte nicht geändert hat, und doch muß der Abfall der Säuglingssterblichkeit begründet sein.

Nun haben einige Forscher, so Mombert und in neuester Zeit Hahn und Groth für Bayern behauptet, daß die Häufigkeit

der Kindersterblichkeit bei nicht stillenden Volksteilen der Ausdruck der kulturellen Minderwertigkeit ist und ich habe dies für Bayern schon zurückgewiesen. Ich muß aber auch die früheren württembergischen Mütter dagegen verteidigen, daß sie kulturell noch einmal so stark rückständig waren, wie die jetzige Generation und ich kann mir nicht vorstellen, durch welche kulturelle Maßregel Württemberg es erreichte, daß sie in der Kultur nunmehr Bayern vorausgekommen ist.

Dagegen trat in Württemberg ein vollständiger Umsturz in der Wirtschaftsform ein.

Vom Jahre 1854 an — weiter zurückgehende Statistik war mir nicht erhältlich und soll auch nicht existieren — nimmt die Ackerfläche stets zu und zwar stieg sie bis zum Jahre 1894 um 20584 ha angeblühten Landes; von da ab fällt die Anblühtung und zwar bis zum Jahre 1907 um 19713 ha; dagegen stieg die Wiesenfläche in Württemberg um 35122 ha von dem Jahre 1894 bis 1907.

Das württembergische statistische Landesamt bemerkt ausdrücklich, daß das minderwertige Rindvieh ausgemerzt wurde.

Es fand also eine Umwandlung zur Milchwirtschaft statt.

Aber die Umwandlung der Betriebsform in den einzelnen Kreisen war nicht gleichmäßig.

So betrug die Vermehrung des Rindviehstandes im

	Proz.	Abnahme der Kindersterblichkeit in Proz. der ein- zelnen Kreise (1875/81—1900,04)
Neckarkreis v. 1883—1907	6,8	14
Schwarzwaldkr. "	15,5	21
Jagstkreis "	18,6	27
Donaukreis "	27,8	34
Württemberg "	18,7	26,5

Die Verbesserung der Säuglingsmortalität und die Änderung der wirtschaftlichen Betriebsform waren also sehr verschieden je nach dem Kreise; am meisten änderte seinen Betrieb der Donaukreis. Dazu hatte er die natürlichen Vorbedingungen; nach ihm der Jagstkreis. Wie in Bayern und in Sachsen und in den übrigen Staaten, die wir bereits behandelt haben, ist das Verhältnis der Wiesen zum Ackerland maßgebend für die Möglichkeit seinen Be-

trieb zu ändern. Im Jahre 1907 betrug der Wiesenanteil an der landwirtschaftlich betriebenen Fläche im Neckarkreis 18,5 Proz., Schwarzwaldkreis 23,1 Proz., Jagstkreis 27,4 Proz., Donaukreis 25,7 Proz. Der Donaukreis baut außerdem sehr viele Ackerfutterpflanzen, die auch im Schwarzwald zahlreich sind.

Württemberg geht seit 25—30 Jahren zur Milchwirtschaft über. Einige Zahlen mögen dies belegen. Die erste Milchproduktionsgenossenschaft wurde 1880 gegründet. In Stuttgart stieg der jährliche Kopfverbrauch der Milch von 130,0 Liter des Jahres 1896 auf 151,6 Liter des Jahres 1906; in Heilbronn ist der Tageskopfverbrauch im Jahre 1906 — 158,4 Liter, in Böckingen 151,8 Liter. Das statistische Landesamt nimmt eine durchschnittliche Jahreskopfberechnung von 170 Liter an im Königreich. Der Milchversand stieg vom Jahre 1899 von 32188 Tonnen auf 65854 Tonnen im Jahre 1906. Die Molkereiindustrie hat eine sehr hohe Entwicklung genommen. Die Zahl der Molkereigenossenschaften stieg vom Jahre 1893 bis zum Jahre 1906 von 172 auf 493; die Zahl der Mitglieder von 9985 auf 32709 und die verarbeitete Jahresmilchmenge von 397591 Liter auf 1172015 Liter.

Die Zunahme der Konzentration der Milchbearbeitung entlastet, wie überall, die Bäuerin mit der auch überall hervortretenden Folge für die allgemeine Reinlichkeit und die spezielle Fürsorge für die Kinder.

Die Art der Milchindustrie schwankt naturgemäß. Da, wo große Städte eine regelmäßige Abnahme der Milch garantieren, ist der Milchversand allgemein üblich, im Donaukreis sind Molkereigenossenschaften und die Käsereien zahlreich.

	Zahl der Molkereigenossenschaften 1906	gewerbliche Privatmolkereien
Neckarkreis	30	23
Schwarzwaldkreis	48	59
Jagstkreis	163	92
Donaukreis	252	93
Württemberg	493	266

Württemberg produziert 9 Millionen Hektoliter Milch, hiervon verbraucht die städtische Bevölkerung 2,3 Millionen Hektoliter. Der Gesamtkaufpreis der abgegebenen Milch betrug 31,1 Millionen Mark.

Da, wo in Württemberg die Milchindustrie schon seit längerem

besteht, z. B. im württembergischen Allgäu, also in den Oberämtern Wangen und Tettnang, ist die Kindersterblichkeit auch schon lange geringer.

Ich glaube also, daß die Besserung der Kindersterblichkeit Württembergs unabhängig von der Frage der Selbststillung der Kinder vonstatten ging, ferner daß die Differenz der Sterblichkeit der Säuglinge im vorigen Jahrhundert durch die Bodenparzellierung zu erklären ist und daß der starke Abfall der Kindersterblichkeit in Württemberg seit ca. 25—30 Jahren durch die Änderung der landwirtschaftlichen Betriebsform veranlaßt wurde.

Die Bestätigung meiner These, daß die Kindersterblichkeit von den Aufzuchtssitten abhängig ist und daß die Aufzuchtssitten sich aus den wirtschaftlichen Verhältnissen herausbildeten und daß namentlich zur Zeit, als die Landwirtschaft die Hauptbeschäftigung der Bevölkerung bildete, anfangs die Kleinteilung des Bodens, in der Gegenwart aber die Wirtschaftsform maßgebend ist, finden wir prägnant ausgeprägt in Baden.

Die Literatur über Baden verdanke ich der Liebenswürdigkeit des großherzoglichen statistischen Landesamtes: Statist. Jahrbuch f. Baden 1887; 1897—98; 1908—09; Übersicht des Viehstandes im Großherzogtum Baden nach der Zählung am 1. Dez. 1908, zusammengestellt am Landesamt; ferner statist. Mitteilungen Bd. III, Nr. 17 u. 18, Jahrg. 1883; ebendort Neue Folge Bd. II, Jahrg. 1909; endlich R. Behrens, Der Verlauf der Säuglingssterblichkeit im Großherzogtum Baden 1882—95; Beiträge z. Stat. des Großh. Badens 1903, H. 64 — und wie stets die Arbeiten Prinzing's. —

Die badische Statistik geht sehr ins Detail und erlaubt manche Nachprüfung. So z. B. weist die badische Statistik die Zunahme der Erstgeburten um 25 Proz. seit 1878—87 auf 1899—1908 nach und die starke Abnahme der hohen Geburtsreihenziffer. Bereits mit der Geburtsreihe 5.—7., noch mehr in der Reihe 8.—10. Kind finden wir eine sehr beträchtliche Abnahme: Also die Tendenz zur Einstellung des Volkswachstums auf das französische System.

Auf 100 Lebendgeborene starben

1839—52	26,6	1902	19,6
1853—62	30,2	1903	20,7
1863—72	26,5	1904	20,6
1873—82	26,3	1905	19,7
1880—89	23,1	1906	19,3
1890—99	21,5	1907	17,5
1900	22,9	1908	16,8
1901	20,5		

Die in Bayern und Württemberg gefundene Bewegungslinie: Anstieg und Abfall, ist auch in Baden stark ausgedrückt. Nur tritt der Abstieg eher ein als in den beiden anderen süddeutschen Staaten und die jetzige Kindersterblichkeit erreicht einen Tiefstand, an dem die anderen zwei süddeutschen Königreiche noch nicht heran können.

Die Bodenverteilung und die tatsächlichen Verhältnisse der Bodenbearbeitung, also der Einfluß der Pachtung, gleicht, namentlich in den nördlichen Teilen, der benachbarten Pfalz.

Im Jahre 1895 gab es landwirtschaftliche Betriebe

	ausschließlich eigenes Land	ausschließlich gepachtet. Land	mehr als die Hälfte gepachtet	weniger als die Hälfte gepachtet
unter 2 a	1 079	1264	18	61
2— 5 a	2 752	1110	90	169
5—20 a	7 923	4023	1708	1 414
20—50 a	9 520	2607	4442	5 236
50 a — 1 ha	9 652	1144	4856	10 112
1— 2 ha	11 072	785	5839	20 652
2— 5 ha	15 823	960	6337	37 407
5— 10 ha	9 232	269	1347	12 118
10— 20 ha	4 719	131	261	2 832
20—100 ha	1 847	166	104	519
100—200 ha	843	34	9	4
200—500 ha	17	4	2	1
500 ha u. mehr	4	1	—	—

Entsprechend der Parzellierung des Bodens, die oft zur Zwergwirtschaft herunter sinkt, sehen wir eine hohe Darreichung der Brust und als Sekundärfolge eine kleine Kindersterblichkeit.

Nach den Angaben des statistischen Amtes für Baden ist der Prozentsatz der Gestillten für ganz Baden 77; sie hat sich, wie untenstehende Tabelle ergibt, in den letzten Jahren nicht verändert und sie erreicht überall da, wo Kleinwirtschaften sind, eine besonders große Höhe, z. B. Mannheim, Karlsruhe; — und da, wo größerer Grundbesitz ist, z. B. Konstanz, Villingen, Waldshut ist die Stillhäufigkeit geringer. Allerdings sind die Angaben über die Stillhäufigkeit den Hebammentabellen entnommen und werden der Statistik all jene Mängel anhaften, die auch anderswo zutage treten. Aber als ein Indikator mögen die Angaben immerhin gelten, wie sie ja auch in der Pfalz und in Ober- und Unterfranken gelten.

Kreise	Kindersterblichkeit		Abnahme der Sterb- lichkeit in Proz.	Proz.		Durchschnitt- liche Größe d. landwirtsch. Betrieb. 1882
	1882	1908		Gestillte 1882	Gestillte 1908	
Konstanz	25,6	13,8	50	55	60	6,1
Villingen	26,0	14,7	45	62	55	5,4
Waldshut	19,1	10,8	43	70	70	5,6
Freiburg	19,7	14,2	25	75	79	3,5
Lörrach	15,1	11,3	25	80	78	3,8
Offenburg	22,9	16,6	24	85	82	3,1
Baden	20,8	16,0	24	78	84	2,4
Karlsruhe	24,6	20,2	18	80	79	2,5
Mannheim	24,8	19,3	22	84	91	2,5
Heidelberg	25,1	17,7	29	80	86	3,0
Mosbach	20,8	15,1	23	80	89	4,6

Die in der SW-Ecke Badens befindlichen Kreise hatten 1882 die größte Kindersterblichkeit. Dies entsprach der geringeren Kindersäugung dieser Kreise und wurde natürlich von den Ausschließlich-Brusternährungs-Theoretikern als ein Beweis der Richtigkeit des Zusammenhanges der Kinderstillung mit der Kindersterblichkeit angesehen und erklärt. Allerdings war aber diese SW-Ecke auch die Gegend, wo mittelbäuerlicher Besitz herrschte und damit nach unserer Theorie primäre Einflüsse vorhanden waren.

Das Merkwürdige aber ist das, daß diese Kreise, obwohl sie geringere Stillhäufigkeit hatten und haben, um das Doppelte in der Säuglingsmortalität fielen gegenüber den Kreisen, welche häufig stillen. Prinzing, dem diese Tatsache nicht entging, geht resigniert über die Erklärung hinweg und gibt an, daß in Baden die Dauer des Stillens nicht angegeben ist und daher auch der Einfluß des Stillens auf diese paradoxe Erscheinung auch nicht zu verwerthen ist. Aber in anderen Kreisen, wo das Zusammenfallen von Stillhäufigkeit und Kinderleben stimmt, nimmt man es als Beweis!

Ich habe die Überzeugung, daß eben auch in Baden der Übergang zur Milchwirtschaft diese Erscheinung bewirkte, wie sie im württembergischen Donaukreis und in Alpenämtern Bayerns zutage tritt, wo auch nicht gestillt wird.

Sehen wir uns die Änderung in der Betriebsform der badischen Landwirtschaft näher an:

	ha		
	1871	1890	1907
Körner und Hülsenfrüchte	321 440	312 330	295 640
Futterkräuter	290 670	309 870	340 520

Also im Jahre 1890 war ein nicht zu verkennender Rückgang im Körnerbau und eine beträchtliche Zunahme des Futterbaues gegenüber des Jahres 1871 vorhanden, die in der Gegenwart noch deutlicher hervortreten.

Auch aus der Zahl der Milchwirtschaftsform ergibt sich ein Anhaltcpunkt.

	1893	1907
Molkereiverbände	17	88
Mitglieder	705	4 191
Lediglich Milchlieferanten	190	1 045
Jahresmilch in hl	19 849	158 091
Geld für Butter in M. . . .	167 219	1 623 101

Eine ganz gewaltige Zunahme! — vgl. Württemberg und die bayerischen Alpenämter!

Die Voraussetzung der Milchwirtschaft ist das Futter. In Württemberg und Bayern haben wir das Verhältnis von Wiese zum Feld als Index gegeben, für Baden können wir dank der Detailstatistik die direkte Menge Heu angeben, welche auf 1 faselbares Rind fällt.

Auf 1 faselbares Rind fallen 1907—08 100 kg Heu

Konstanz	30
Villingen	34
Waldshut	32
Freiburg	33
Lörrach	30
Offenburg	32
Baden	28
Karlsruhe	21
Mannheim	29
Heidelberg	12
Mosbach	21

Nun wird der anscheinend paradoxe Abfall der Kindersterblichkeit Badens verständlich. Die Mittelbesitz-Bauern der SW-Ecke Badens haben infolge ihres Heureichtums den Übergang zur Milchwirtschaft mehr betätigen können, als die Zwergwirtschaften um die Städte herum und diesem erhöhten Einfluß der größeren Wirtschaftsänderung entspricht auch der gesteigerte Abfall der Kindersterblichkeit und der Einfluß der Wirtschaftsänderung war größer als der Einfluß der Kinderstillung!

Dies wird auch durch direkten Vergleich der Kühe (= weibliches sprungfähiges Rindvieh) mit der Einwohnerzahl bestätigt.

Bezirke des Landeskommissärs	Auf 1 ha Wiesen treffen ha Acker	Einwohner 1905	Faselbares weibliches Rindvieh 1907	Kindersterblichkeit 1908
Konstanz	2,2	311 318	107 996	13,3
Freiburg	1,6	543 305	141 210	14,5
Heidelberg	2,8	567 397	84 974	19,1
Mosbach	6,0	588 708	92 930	17,9

Während also die SW-Ecke Badens in ihrer Wirtschaftsform sich besserte, hat sich die Gegend um Mannheim direkt verschlechtert, indem sie zur Rübenkultur überging.

Die Anbaustatistik 1906 zeigt

Bezirke der Landeskommissäre	Runkelrüben ha	Kartoffel ha	Wiesen ha
Konstanz	2 770	19 120	68 570
Freiburg	4 630	21 460	78 120
Karlsruhe	7 620	19 770	35 340
Mannheim	15 420	27 880	29 550

Wie überall, ist auch in Baden die Rübenkultur ein behinderndes Moment. Der Zusammenhang mag vielfach sein: Entweder wird durch die Rübe die Qualität der Milch verschlechtert oder die Frau wird durch den Rübenbau mehr von dem Kinde abgedrängt oder aber durch den Rübenbau wird das Brot der Kleinen, die Kartoffeln, zurückgedrängt. Bei Rübenkultur genießt der Bodenbebauer nicht mehr die Früchte seiner Arbeit, sondern diese wandern in die Ferne. Der Landmann wird zum Fabrikarbeiter des Feldes.

Mir scheint also auch für Baden der Zusammenhang erwiesen.

Von den schweizerischen Kantonen sei der dem Lindauer Bezirke gegenüberliegende Kanton Appenzell und St. Gallen erwähnt. Die schweizerischen Ärzte und Amtsärzte berichten mir mündlich, daß die Kindersterblichkeit stark im Abfallen begriffen ist. Sie schreiben dies einstimmig der Zunahme der Stillhäufigkeit zu. Gleichzeitig mit der Stillhäufigkeitszunahme finden wir in Appenzell und St. Gallen eine Umwandlung der wirtschaftlichen Verhältnisse. Die ohnehin geringe Ackerwirtschaft wird noch

mehr zurückgedrängt, die Viehzucht geht in Milchwirtschaft über, anfangs mit Verarbeitung im Hofe, dann in Zentralmolkeereien. Den gleichen wirtschaftlichen Vorgang beobachtet man in Vorarlberg, das sich ganz den Allgäuverhältnissen anpaßt. Die Zentralverarbeitung der Milch ist in Vorarlberg häufiger als in Tyrol; die Kindersterblichkeit in Vorarlberg 1891—95 19,37 Proz., in Tyrol 21,90 Proz.

Gegenüber der Donauebene haben sämtliche Alpenländer erhöhte Viehzucht. Ihre Kindersterblichkeit ist durchwegs niedriger als in den Donauländern.

Von Oberösterreich kenne ich das Innviertel, welches sich wirtschaftlich an die Inngegend Bayerns anschließt, und auch in der Kindersterblichkeit. Das Mühlviertel dagegen erinnert an den Bayerischen Wald in seinen Ostausläufen und die Kindersterblichkeit ebenso.

Die in Böhmen so stark belastete Budweiser Gegend macht bei dem Durchfahren mittels der Bahn den Eindruck eines Getreidelandes und die bayerischen Landwirte bezogen jahrzehntelang ihr Samenkorn davon. Gerade sie ist aber neben den hochindustriellen Gegenden im Nordosten Böhmens die meistbelastete in Böhmen. Der Norden Böhmens mit seinem Rübenbau und Hopfenbau ist hoch belastet mit Kindersterblichkeit.

Wenn die Forschungen der eingangs erwähnten Autoren richtig sind, die sich hauptsächlich mit dem Einflusse der Industrie auf die gegenwärtige Säuglingssterblichkeit befaßten, so muß auch die jahrhundertlang getriebene, oft vollständig verschiedene Beschäftigung mit der Landwirtschaft verschiedene Aufzuchtssitten produziert haben und das nunmehr auf dem Wege der Statistik der Vergleiche gewonnene Gesetz von dem Einflusse der landwirtschaftlichen Verhältnisse auf die Sterblichkeit der Kinder erscheint nachträglich eigentlich als selbstverständlich. Und doch ist es anscheinend bisher noch nicht betont worden. Ein Beispiel, wie uns oft die nächstliegenden Dinge entgehen.

Die Münchener Verhältnisse.¹⁾

Auf 1000 Einwohner Münchens treffen

	Todesfälle unter 1 Jahr	Geburten		Todesfälle unter 1 Jahr	Geburten
1851—55	14,9	35,8	1886—90	10,1	36,0
1856—60	18,0	38,2	1891—95	10,8	36,7
1861—65	17,9	42,1	1896—1900	20,0	36,7
1866—70	16,3	43,4	1901—05	7,9	34,7
1871—75	16,3	42,0	1906	5,7	30,1
1876—80	15,9	43,5	1907	5,6	28,2
1881—85	12,1	37,7	1908	5,2	27,8

Von 100 Lebendgeborenen starben im 1. Lebensjahr in München.

1871—75	40,1 Proz.	1896—1900	28,0 Proz.
1876—80	37,5 „	1901—05	23,6 „
1881—85	33,1 „	1906	19,6 „
1886—90	31,9 „	1907	20,4 „
1891—95	30,3 „		

Dieser rapide, seit einem Menschenalter anhaltende Abfall der Kindersterblichkeit Münchens ist sicher nicht der Zunahme der großen Stillhäufigkeit zuzuschreiben. Das Stillgeschäft in München hat, wie mit einer an Gewißheit grenzenden Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, in den letzten 30 Jahren ununterbrochen abgenommen. Auch die öffentliche Fürsorge für die Säuglinge ist in München noch viel zu wenig umfangreich, um statistisch merkbar zu sein; überdies ist sie auch zu kurz und reicht nicht über 2—3 Jahre zurück.

Die Abnahme der Säuglingsmortalität Münchens muß also rein mechanisch erfolgt sein, wie dies auch auf dem Lande der Fall ist. Und die Einflüsse, welche diese Wirkung automatisch auslösten, können nur die wirtschaftlichen und allgemein hygienischen Verhältnisse sein. In der Abnahme der Kindersterblichkeit der bayerischen Hauptstadt spiegelt sich die Zunahme des Wohlstandes und der Hygiene ab und zwar in seiner Beziehung zur Frau, zur Mutter.

Um nun einen besseren Einblick in die Absterbeordnung der Säuglinge Münchens zu bekommen, habe ich nach amtlichen Quellen den Anteil der nach dem Reichsschema nach Ständen ausgeschiedenen Bevölkerung berechnet.

¹⁾ Sonderabdrücke der tabellarischen Übersichten der Bevölkerungsbewegung in München. Herausgegeben vom statist. Amt der Stadt München 1900—1907.

Es stehen mir leider bloß 6 Jahrgänge zur Verfügung und auch bloß bis zum 5. Lebensjahr ausgeschieden. Immerhin läßt sich das Gesetz deutlich erkennen.

1902—1907

	ABm	Cm	Summe	Bg	Cg	D	Summe
Eheliche Geburten	8505	5618	14 123	29 725	9709	10 478	49 912
Todesfälle bis zum 5. Jahr	1702	1270	2 972	9 025	2364	3 878	15 267
Proz. der Todesfälle in die Geburten	20,0	22,8	21,0	30,3	24,3	37	30,6
	Bürger			Arbeiter			

	Ea	Ee	F	Summe
Eheliche Geburten	759	10 993	601	12 353
Todesfälle bis zum 5. Jahr	107	1 995	105	2 207
Proz. der Todesfälle in die Geburten	14,1	18,0	16	17,8

A = landwirtschaftl. Selbständige.

Bm = selbständiges Gewerbe.

Cm = selbständiger Handel und Verkehr nebst Gastwirtschaften.

Bg = Gewerbegehilfen.

Cg = Gehilfen im Handel und Verkehr.

D = ungelernete Lohnarbeiter.

Ea = Militär.

Ee = öffentlicher Dienst und freier Beruf.

F = beruflos.

Die Mithilfe der Frau im Handel, namentlich im Schankgewerbe, drückt sich durch Erhöhung der Mortalität aus. Die Arbeiterfrauen mit ihrem Zwang zur Arbeit, namentlich die Frauen der ungelerten Arbeiter, haben hohe Kindersterblichkeit. Die Beamtenfrauen, obwohl sie bekanntermaßen ihre Kinder nicht säugen, haben die geringste Kindersterblichkeit.

Ich habe gesagt, die Möglichkeit, Mutter zu sein, ist entscheidend für das Kind. Natürlich wirkt hier auch der Anteil der Mutterfürsorge, welche auf das Kind trifft, bestimmend mit. In München nimmt die Zahl der Geburten nahezu rapid ab.

Geburten

	1902	1903	1904	1905	1906	1907
A	156	130	130	117	117	130
Bm	1 445	1411	1331	1152	1055	1 331
Bg	5 477	5069	4822	4792	4773	4 822
Cm	1 007	942	977	894	821	977
Cg	1 680	1643	1546	1585	1709	1 596
D	1 981	1901	1706	1537	1547	1 706
Ea	1 982	1863	1774	1774	1863	1 774
Ee	122	122	126	145	118	126
F	113	116	97	75	101	97
	13 799					12 369

Obwohl die Stadt in 7 Jahren um 52 000 Einwohner gewachsen ist, nahm die Geburtenzahl um 1500 ab. Der Ausdruck dieser Abnahme der Geburten der Einzelnehe ist der Rückgang der Kindersterblichkeit. Die Zahl der Ehen nimmt nicht ab.

Eines der häufigsten Vergleichungsobjekte zu der Kindersterblichkeit bildet die Wohnung. Die Wohnung wirkt teils direkt auf die Bevölkerung durch ihre hygienischen Verhältnisse ein, teils aber, und dies möchte ich auch hier besonders betonen, ist sie ein Index für die finanziellen Verhältnisse der Familie. Insbesondere ist mit schlechten Wohnungsverhältnissen auch gewöhnlich der Zwang der Frau zum Miterwerb verbunden und dieser Miterwerb muß nicht selten auswärts der Familie geschehen.

Die Wohnung kann also ein Gradmesser der Möglichkeit, die Mutterpflichten in der Stadt zu erfüllen, sein.

In München gilt eine Wohnung für überfüllt, wenn 1 Raum von mehr als 4 Personen, 2 Räume von mehr als 7 Personen, 3 Räume von mehr als 11 Personen bewohnt werden. Also sehr bescheidene Ansprüche!

Nachstehend gebe ich eine diesbezügliche Zusammenstellung.

(Tabelle siehe nächste Seite.)

Bringt man die Sterbefrequenz in Klassen, so hat man

Säuglingsmortalität	Bezirke
I. Klasse bis 15 Proz.	1. 2. 3. 4. 5. 6. 9. 12.
II. „ 15—20 „	7. 11. 13.
III. „ 20—25 „	8. 10. 14. 19. 21. 23. 24.
IV. „ 25—30 „	15. 16. 17. 18. 22.
V. „ über 30 „	20.

Stadtbezirk	Auf 100 Ehen treffen eheliche Geburten bei (16—50 Jahren der Ehefrau)	Von 100 Ehen wohnen in überfüllten Wohnungen	Von 100 Wohnungen kosteten unter 500 M.	Von 100 Geborenen sterben im 1. Jahre
1	63,7	1,9	52,2	14,5
2	69,8	1,7	54,4	14,5
3	90,7	1,4	49,6	10,8
4	36,8	0,2	35,0	14,7
5	52,0	1,0	44,9	13,6
6	71,6	2,1	52,1	14,8
7	122,5	3,5	61,4	20,0
8	112,0	4,8	74,3	20,5
9	59,7	1,3	39,7	13,7
10	138,5	4,7	73,3	21,5
11	134,0	4,6	67,5	16,5
12	83,6	1,8	56,9	14,1
13	61,6	2,0	42,1	17,9
14	155,0	8,3	83,0	24,3
15	178,4	7,5	87,3	25,5
16	132,4	5,8	86,4	25,7
17	140,6	5,6	90,7	27,4
18	186,4	9,0	94,7	29,4
19	187,8	7,0	9,1	23,3
20	220,8	12,0	95,5	31,3
21	196,1	6,0	86,3	22,2
22	143,7	5,5	85,7	25,9
23	121,1	6,5	92,3	24,8
24	200,9	10,7	98,3	23,9

Teilt man die Bezirke nach Überfüllung der Wohnung:

Säuglingsmortalität	Bezirke
I. Klasse bis 2 Proz.	1. 2. 3. 4. 5. 9. 12.
II. „ 2,1—4 „	6. 7. 13.
III. „ 4,1—6,0 „	8. 10. 11: 16. 17. 21. 22.
IV. „ 6,1—8,0 „	15. 18. 19. 23.
V. „ über 8 „	14. 18. 20. 24.

Eine derartige Kongruenz beweist den Zusammenhang von Wohnung und Kindersterblichkeit. Einzelne Bezirke, z. B. 6. 11. 15. 16. 23. fallen nur mit einem kleinen Bruchteile aus der ihnen zugehörigen Klasse heraus.

In München ist in der Kindersterblichkeit eine neue Ära eingeleitet. Die Einwohner bilden sich in den oberen Schichten, die immer mehr herabreichen, zu Herren aus: Kleine Kinderzahl, kleine Sterblichkeit, das heißersehnte Ziel mancher moderner Sozialpolitiker.

Die Absterbeordnung.

Geht man weiter noch in die Absterbeordnung der Säuglinge Bayerns ein, und teilt die Säuglingstodesfälle nach Stadt und Land und ehelich und unehelich, so erhält man folgende Zahlen:

	Stadt		Land	
	ehelich	unehelich	ehelich	unehelich
1878—83	29,5	35,2	29,6	38,0
1889	27,9	32,6	28,1	36,8
1900	26,0	34,4	26,6	38,5
1901	17,8	28,2	24,9	35,1
1902	21,2	28,7	22,4	32,5
1903	27,2	30,7	23,0	34,5
1904	22,5	28,5	22,8	34,0
1905	21,8	28,5	23,4	33,7
1906	19,8	26,1	22,3	32,9

An der Besserung nehmen also alle 4 Sparten teil; die Stadt aber doch mehr als das Land; auch die finanziellen und allgemeinen hygienischen Verhältnisse der Städte haben sich insbesondere durch das Kassenwesen mehr gebessert als die der Landbewohner. Am wenigsten läßt die außereheliche Mutter auf dem Lande eine Besserung erkennen und wer die Verhältnisse des Landes kennt, findet dies wohl begreiflich.

Mit Zuhilfenahme der vorhandenen statistischen Veröffentlichungen habe ich ferner versucht, die zeitliche Absterbeordnung der bayerischen Säuglinge näher zu studieren. Hier läßt nun die Statistik bald aus und namentlich fehlt eine Ausscheidung nach Tagen. Gerade die ersten 10—14 Tage haben aber ganz andere Todesursachen und müssen ganz anders prophylaktisch bekämpft werden, wie die spätere Säuglingszeit, wie wir noch sehen werden. Das bayerische statistische Landesamt wird nicht umhin können, eine weitgehende, bis zu Lebenstagen herabgehende Statistik, ausgeschieden nach den Verwaltungsämtern, nach dem Beispiel der anderen größeren Bundesstaaten, so insbesondere Preußens und Sachsens, in Zukunft zu geben. Die von der bayerischen Statistik gegebenen Zahlen, in welchen das Verhältnis der in den drei Dekaden vom Lebenstag Gestorbenen zu der Gesamtheit der Gestorbenen erwähnt ist, ist nicht mit der übrigen deutschen und europäischen Statistik vergleichbar. Für die Jahre 1879—88 existiert eine

Ausscheidung nach Monaten. Um nicht zu weitläufig zu werden, beschränke ich mich auf die Zahlen des ersten Lebensmonats.

Es starben in Bayern 1879—88:

	im 1. Lebensmonat		im 1. Lebensjahr	
	Stadt	Land	Stadt	Land
OB.	12,2	14,9	34,4	36,3
NB.	13,3	15,1	34,3	34,1
OPf.	9,5	14,9	31,6	32,7
OFr.	5,2	7,2	19,7	18,7
MFr.	7,1	9,1	27,1	28,7
UFr.	5,9	7,4	20,5	19,6
Schw.	13,0	14,0	34,7	35,6
diesseitiges Bayern	9,9	11,4	30,3	28,5

Diese Ausscheidung ergibt nun die merkwürdige Tatsache, daß die Sterblichkeit auf dem Lande bedeutend größer im ersten Lebensmonat ist, als die gleiche Sterblichkeit in der Stadt, auch wenn die Jahressterblichkeit von Stadt und Land gleich ist und diese Mehrbelastung des Landes tritt sowohl in den Kreisen ein, wo die Stillhäufigkeit groß ist, wie in Franken, als auch da, wo die „Kunst“-Nahrung gebräuchlich. Am größten ist die Differenz in der Oberpfalz.

Es macht sich, wie auch anderswo, das Gesetz geltend, daß mit der Größe der Jahressterblichkeit auch die Erstmonatsterblichkeit wächst.

Ich gebe einige meistbelastete Ämter (1879—88):

	1. Lebensmonat	1. Lebensjahr
Bruck	16,3	40,1
Dachau	16,7	40,2
Ingolstadt	18,4	45,5
München I	16,2	44,6
Pfaffenhofen	18,0	44,3
Schrobenhausen	18,4	43,5
Rottenburg	18,5	42,7
Beilngries	20,7	45,6
Neumarkt i. O.	17,0	40,5
Parsberg	18,9	41,5
Stadtamhof	19,1	43,3
Eichstädt	19,1	45,5
Günzburg	15,9	41,6

Diese Ziffern mit der gleich zu liefernden Tabelle der wenigstens belasteten verglichen, ergibt die Bestätigung obigen Satzes. Es ist ferner ersichtlich, daß in den meistbelasteten Ämtern die Monatssterblichkeit durchschnittlich so hoch ist, wie die Jahressterblichkeit der mindestbelasteten.

Vergleicht man jedoch die mindestbelasteten Ämter unter sich, so findet man die Regel, daß in der Pfalz die Erstmonatssterblichkeit bedeutend kleiner ist, als diese in dem diesseitigen Bayern bei gleicher Jahressterblichkeit.

	1. Monat	1. Jahr
Pfalz		
Bergzabern	4,6	17,1
Frankenthal	4,4	20,1
Germersheim	5,3	19,8
Homburg	3,9	13,3
Kaiserslautern	3,8	14,8
Kirchheimbolanden	4,0	15,6
Kusel	3,9	12,4
Landau	4,7	19,7
Neustadt a. H.	4,4	17,4
Pirmasens	4,4	17,0
Speyer	5,4	24,7
Zweibrücken	4,1	14,6
Oberpfalz		
Eschenbach	7,6	18,8
Kemnath	6,9	16,8
Tirschenreuth	6,7	17,0
Vohenstrauß	9,4	21,1
Oberfranken		
Bayreuth	6,1	14,7
Bruck	6,1	15,5
Ebermannsstadt	7,5	17,7
Forheim	7,7	19,7
Höchstädt	7,3	21,4
Hof	5,2	14,6
Kronach	7,5	21,6
Kulmbach	5,7	15,4
Lichtenfels	9,6	23,7
Münchberg	6,5	14,6
Naila	6,7	16,6
Pegnitz	8,5	18,7
Rehau	5,3	14,8
Stadtsteinach	7,0	17,9
Staffelstein	9,2	22,7
Wunsiedel	7,8	14,0

Die gleichen Zahlen, wie Oberpfalz (4 Ämter), Mittelfranken (1 Amt) und Oberfranken (16 Ämter), zeigt auch Unterfranken (20 Ämter), deren Zahlen hier weggelassen sind.

Da also die Ämter in der Pfalz bei gleicher Absterbezahl des Jahres konstant geringere Belastung des ersten Lebensmonats haben als die fränkischen und vier oberpfälzischen Ämter, so muß die Ursache, welche zum Tode der Säuglinge führt, in der Pfalz teilweise eine andere sein, als die in Franken und somit auch die Bekämpfung anders.

Teilweise allerdings dürfte die Zählungsart schuld an der Erscheinung haben. Pfalz nämlich mit seiner geringen Monatssterblichkeit hat eine große Anzahl an Totgeburten. Es ist wohl anzunehmen, daß in der Pfalz Kinder, welche im diesseitigen Bayern als lebend gezählt werden und die Statistik dann belasten, in der Pfalz als totgeborene figurieren. Aber auch unter Beachtung dieses wahrscheinlichen Zählungsfehlers ist die Absterbeordnung in der Pfalz noch anders, denn die Totgeburten dieses Kreises sind durchschnittlich bloß um 0,5 Proz. der Geborenen höher, während die Monatsdifferenz fast durchwegs 2 Proz. ist.

Welche Ursachen hier zusammenwirken, kann nicht mit Bestimmtheit gesagt werden. Daß auch wirtschaftliche mitwirken, ist zweifellos. Es scheint, daß hier die Kongruenz der Todesursachen durchbricht.

Unter Zuhilfenahme der Krieg'schen Zahlen habe ich für 1879—88 die Anfangssterblichkeit für 5 Tage berechnet.

Von 100 Lebendgeborenen starben 1879—88:

	ehelich	unehelich
am 1. Lebenstag	1,79	1,88
„ 2. „	0,44	0,51
„ 3. „	0,36	0,43
„ 4. „	0,27	0,36
„ 5. „	0,23	0,30

Die bayerische Anfangssterblichkeit für den ersten Lebenstag nähert sich also der sächsischen Anfangssterblichkeit (2,15 Proz.) und unterscheidet sich ungünstig von der Sterblichkeit Preußens im ersten Lebenstag (1,08 Proz. bei den ehelichen und 1,3 Proz. bei den unehelichen).

In den Generalsanitätsberichten 1886—88 finde ich ferner die Anfangssterblichkeit andeutungsweise erwähnt. Es gibt (1886—88) in Bayern Ämter, welche mit 2,5 Proz. der Geborenen bei den ehelichen beginnen und solche, welche 0,9 Proz. zeigen; und bei den unehelichen 2,1 Proz. und 0,9 Proz. Die mit 2,5 Proz. Sterblichkeit am ersten Lebenstag beginnenden Bezirke sind durchwegs

solche, welche 42 und mehr Proz. Jahressterblichkeit haben und die mit 0,9 Proz. beginnenden sind ausnahmslos solche, welche 15 Proz. und weniger Jahressterblichkeit haben. Daraus geht hervor, daß die Jahressterblichkeit nicht bloß von den Aufzuchtssitten allein bedingt wird, sondern daß auch die angeborene Lebensenergie hierbei wirkt.

An die ausschlaggebende Mitwirkung von Zählungsfehlern dürfte nicht zu denken sein, denn beide Kategorien unterscheiden sich um 150 Proz. voneinander.

Ob diese angeborene Lebensschwäche direktes Produkt des Bodens ist, wie v. Vogl annimmt oder indirekt durch zu hohe und zu lange Arbeitsbelastung der hochgraviden Frau, kann vorerst nicht mit Bestimmtheit behauptet werden. Die Tatsache aber, daß hohe Belastung der Frau und hohe Anfangssterblichkeit der Säuglinge zusammen zu fallen pflegen, spricht für die Mitwirkung sozialer Verhältnisse.

Mangels der weiteren bayerischen Zahlen ist man gezwungen, auf die Münchener Zahlen zurückzugreifen. Hier erscheint nun die merkwürdige Tatsache, daß in den Jahren 1902 bis 1906 im 1. Monat an Lebensschwäche starben:

Arbeiterstand	6,8	Proz. bei	30 472	Geburten
Bürgerstand	5,0	„	11 319	„
Beamtenstand	3,0	„	10 137	„

Der Einfluß der sozialen Verhältnisse also ist ein nicht zu übersehender.

Für die Bekämpfung der Kindersterblichkeit ist es von wesentlichem Nutzen, zu wissen, in welchem Monate bisher, da für die Erniedrigung der Sterblichkeit nichts Besonderes geschah, die Säuglingsmortalität automatisch zurückging.

Es starben in Bayern von 100 Gestorbenen.

	im Lebensmonat												im Jahr
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	
1888—90	10,0	3,4	2,7	2,3	1,8	1,4	1,3	1,1	0,9	1,0	0,8	0,7	
1891—1900	10,0	3,2	2,6	2,1	1,7	1,3	1,2	0,9	0,9	0,9	0,7	0,7	
1901	8,5	3,1	2,5	2,1	1,6	1,3	1,2	0,9	0,8	0,8	0,6	0,5	23,9
1902	8,3	3,0	2,9	2,0	1,8	1,2	1,1	0,9	0,8	0,8	0,6	0,6	23,3
1903	9,7	3,6	2,9	2,5	2,0	1,5	1,5	1,2	1,1	1,1	0,9	0,8	25,0
1904	8,3	3,1	2,5	2,1	1,6	1,3	1,2	0,9	0,9	0,8	0,6	0,6	23,9
1905	8,3	3,1	2,5	2,1	1,7	1,3	1,2	1,0	0,9	0,8	0,7	0,6	24,1
1906	7,7	2,8	2,4	2,0	1,6	1,3	1,2	0,9	0,8	0,8	0,7	0,6	22,6

Die Besserung der Sterblichkeitsverhältnisse beschränkt sich also auf das erste Lebensquartal, insbesondere auf den ersten Lebensmonat. Der Kampf um die Säuglingsmortalität wird sich also secundum naturam auf die Bekämpfung der Schädlichkeiten des ersten Lebensquartals und insbesondere des ersten Lebensmonates beschränken dürfen.

Dies geht namentlich auch hervor, wenn man nach dem Vorgehens der offiziellen Statistik die Städte und Ämter (für die Jahre 1885—89) nach Klassen ordnet. Sehr niedere Sterblichkeit unter 20 Proz.; niedere Sterblichkeit zwischen 20—30 Proz.; hohe Sterblichkeit zwischen 30—40 Proz.; höchste Sterblichkeit über 40 Proz.

	Säuglingssterblichkeit nach Lebensmonaten der Gestorbenen												Jahres- sterblich- keit
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	
Städte													
I.	5,1	2,0	1,8	1,6	1,4	1,3	1,1	0,9	0,8	0,8	0,7	0,6	18,1
II.	6,7	3,3	2,8	2,5	2,1	1,8	1,5	1,5	1,2	1,1	1,0	1,0	26,3
III.	11,4	4,6	3,4	2,7	2,2	1,8	1,6	1,2	1,2	1,0	0,9	0,8	32,8
IV.	15,7	5,7	4,7	4,1	3,0	2,3	1,8	1,3	1,2	1,2	1,0	1,0	43
Ämter													
I.	5,6	1,6	1,4	1,4	1,1	1,0	1,0	0,8	0,8	0,8	0,6	0,6	16,7
II.	9,5	2,7	2,2	2,0	1,6	1,3	1,3	1,1	0,9	1,0	0,7	0,7	25,0
III.	14,5	4,3	3,3	2,9	2,1	1,6	1,5	1,1	0,9	1,1	0,8	0,7	34,8
IV.	18,5	5,5	4,4	3,6	2,5	1,9	1,8	1,3	1,1	1,2	0,9	0,9	43,6
Bezirke überhaupt													
I.	5,6	1,7	1,4	1,4	1,1	1,0	0,8	0,8	0,6	0,6	0,6	0,6	16,6
II.	9,1	2,8	2,3	2,1	1,3	1,3	1,1	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8	25,2
III.	13,7	4,4	3,3	2,9	1,6	1,6	1,1	1,0	0,8	0,8	0,7	0,7	34,3
IV.	18,4	5,5	4,4	3,6	1,9	1,8	1,3	1,1	0,9	0,9	0,9	0,9	43,6

Die Differenz der Jahressterblichkeit der bayerischen Säuglinge wird also hauptsächlich durch die Sterblichkeit in den ersten 3 Lebensmonaten bedingt.

Für den, welcher sich für die Geschlechtsproportion eines Volkes interessiert, möge noch angemerkt sein, daß die Knaben um so mehr absterben, je größer die Sterblichkeit überhaupt ist. Der Grund hierfür liegt in der von mir wiederholt nachgewiesenen geringeren Lebensfähigkeit der Knaben. Sie erliegen den mangelhaften äußeren Umständen mehr als die Mädchen. Und es ist also das männliche Geschlecht, welches seine eigenen Fehler

büßen muß, denn die Sorge dafür, daß die Frau Mutter sein kann, ist die ureigendste Lebensaufgabe der Männer.

Sehr instruktiv ist die von den bayerischen Generalsanitätsberichten gegebenen Ausscheidungen der im 1. Lebensjahr Gestorbenen nach Lebenstagdekaden.

Von 100 im 1. Lebensjahr Gestorbenen starben innerhalb des

	1.—10.			11.—20.			21.—30.		
	Lebenstages								
	von den ehelichen			von den unehelichen					
1885—90	17,0	13,8	7,4	14,5	15,8	9,2			
1891—96	17,1	13,0	7,0	14,8	14,7	8,5			
1897	16,0	12,0	6,9	14,4	14,5	8,7			
1898	16,0	12,4	6,8	14,6	15,1	8,8			
1899	17,0	11,8	6,8	15,4	13,4	8,5			
1900	15,0	11,2	6,7	13,7	12,3	8,5			
1901	17,7	11,1	6,7	15,0	12,6	8,3			
1902	18,0	10,7	6,8	15,7	12,6	8,5			
1903	16,6	10,3	6,5	15,4	12,8	8,5			
1904	17,5	10,3	6,7	15,4	12,9	8,6			
1905	17,4	10,1	6,5	15,7	11,6	8,6			
1906	18,1	9,5	6,6	16,5	11,3	8,0			

Eine Abnahme der Säuglingssterblichkeit zeigt also lediglich die zweite Lebensdekade, die hauptsächlichste Zeitperiode der Wirkung der Nahrung und Pflege; die Ziffern der anderen Dekaden verschieben sich nur rechnerisch. Daß die unehelichen Kinder nicht weniger lebensenergisch sind als die ehelichen, zeigt die geringe Sterblichkeit derselben in der ersten Lebenstagsdekade, in welcher die angeborene Lebensstärke den Ausschlag gibt. Die geringeren Ziffern der unehelichen Kinder in dieser Periode gegenüber den ehelichen Kindern ist wieder rechnerischer Effekt. Auch hier wäre eine detaillierte Statistik am Platze.

Schlußsätze.

Versucht man aus dem Gesagten Schlußsätze zu ziehen, so kann man dieselben also formulieren:

1. Die Kindersterblichkeit in Bayern hängt weder von den geologischen, noch tellurischen, noch ethnologischen Verhältnissen ab, sondern von den Aufzuchtssitten.

2. Der mächtigste Teil der Aufzuchtssitten ist die Kinder-

stillung. Die künstliche Ernährung und die Kinderpflege können aber einen eben so hohen Einfluß gewinnen, wie die Kinderstillung.

3. Die Aufzuchtssitten werden durch die wirtschaftlichen Verhältnisse, namentlich die der Mütter bedingt.

4. Die durch die Jahrhunderte hindurch maßgebenden wirtschaftlichen Verhältnisse waren die agrarischen, deren Einfluß heute noch in Bayern ausschlaggebend ist.

5. Erst in allerjüngster Zeit bildeten sich in größeren Wohnzentren Aufzuchtssitten aus, welche von der Landwirtschaft unabhängig sind.

6. Die Schwankungen und namentlich die Besserung der Kindersterblichkeit ist lediglich durch die Änderung der Umwelt der Kinder (Kunstnahrung und Pflege) veranlaßt.

7. Diese Änderung der Umwelt der Kinder ist eine Folge der Änderung der Erwerbsart der Mütter.

8. Der Einfluß der agrarischen Erwerbsverhältnisse ist auch in einer großen Anzahl von Ländern Europas der maßgebende und selbst in Industriebezirken ist er noch deutlich erkennbar.

9. Übermäßige Arbeit der Mutter vor der Entbindung wirkt auf die Lebensfähigkeit des Kindes verschlechternd.

10. Die statistische Abtrennung der Neugeborenen von den Säuglingen ist aus prophylaktischen Gründen durchzuführen.

11. Die rationelle Bekämpfung der Kindersterblichkeit muß sich auf diesen Voraussetzungen aufbauen.

Die Bekämpfung der Kindersterblichkeit.

Da es beabsichtigt ist, hierüber einen längeren Artikel folgen zu lassen, so mag hier nur eine Skizze gegeben werden und auch hier beschränkt man sich auf bayerische Verhältnisse.

Die bisher in Bayern angewandten Mittel zur Bekämpfung der Kindersterblichkeit wirkten

a) durch die Mutter: Belehrung durch Vorträge und Flugblätter an Frauen, welche Mütter sind oder es bald werden wollen, Säuglingsberatungsstellen und Säuglingsschwestern, Stillprämien, Gebärhäuser,

b) direkt auf das Kind: Milchküchen, Säuglingshospitale, Kinderkrippen, Kinderfräulein, Pflegekindfürsorge. Die Methode der Bekämpfung ist aus der charitativen Fürsorge für das Einzelindividuum in eine kollektivistisch-individuelle umgewandelt worden. Das Ziel ist rein individualistisch geblieben. Man will das einzelne

Kind vor Krankheit bewahren und vor dem Tode retten; Rücksichten auf die Allgemeinheit oder die Nation nimmt man dabei nicht.

Die biologische Bedeutung der einzelnen getroffenen Maßregeln prüft man nicht. Man befindet sich also in der Bekämpfung der Kindersterblichkeit als Volksercheinung in dem Zustande der Empyrie, die vielfach noch tastende Versuche macht, obwohl doch die aufstrebende Biologie den Weg einer systematischen, wissenschaftlichen, kausalen Behandlung längst gezeigt hat.

In bezug auf die Methode vermissen ich bei der „Belehrung“ die zwei wichtigsten Faktoren: die Mithilfe der Gewohnheit und der Wirksamkeit der Nachahmung. Die Belehrung wendet sich in Bayern und — so weit ich aus der einschlägigen Literatur ersehe — auch in den anderen Ländern nicht an die Jugend. Jede Belehrungsmethode, welche sich hauptsächlich an den Intellekt der Erwachsenen richtet, ist als Massenwirkung stets mangelhaft und vor allem macht sie keine „Schule“: man muß immer wieder belehren. Dagegen werden die der Jugend mit Hilfe des Gefühles eingepflanzten Gewohnheiten zu sich-selbst-forterbenden Volkssitten. Die hygienisch tätigen Ärzte haben in der letzten Zeit in der Frage: „Spucke nicht auf den Boden“ eine sehr herbe Erfahrung gemacht.

Je zivilisierter wir werden, desto mehr tritt der „Herdentrieb“, die Nachahmung, in Wirksamkeit, da ja ausgesprochene Charaktere nicht mehr in den sozialen Bau hineinpassen. Um so mehr ist zu verwundern, daß die Ärzte und die mit ihnen verbündeten Damen der oberen Gesellschaftsschichte von den bloßen Worten, etwa noch unterstützt durch eine kleine Geldgabe, einen Dauererfolg ihrer Tätigkeit erwarten. Ich vermissen das Beispiel der Lehrenden und damit einen Hauptteil der pädagogischen Wirkung.

Die Kindersterblichkeit und die Zahl der Geburten stehen im engsten Zusammenhang. Große Kinderzahl pflegt eine hohe Kindersterblichkeit zur Folge zu haben. Der Rat, die hohe Kindersterblichkeit durch systematische Einschränkung der Kinderproduktion zu bekämpfen, ist daher naheliegend und von Ärzten und Soziologen wiederholt gemacht worden, auch in Bayern (Goldstein); in das offizielle Programm ist aber dieser Passus nicht aufgenommen worden.

Unbeabsichtigt allerdings schlägt man Bekämpfungsmaßregeln vor, welche in gleicher Weise wirken. Es mögen aber Juristen, Moralprediger, Pädagogen die Motive schätzen und pflegen, wir Ärzte sollten wissen, daß Naturerscheinungen lediglich durch Tatsachen und nicht durch Motive bewirkt und geändert werden, daß

es also vollständig gleichgültig ist für die Biologie, ob wir bewußte oder unbewußte kindereinigende Maßregeln vorschlagen.

Wir biologisch tätigen Ärzte wissen, daß auch die Umkehrung des oben erwähnten Satzes von Kindersterblichkeit und Kinderzahl gilt, daß nämlich jede Beschränkung der Kindersterblichkeit mit einer Beschränkung der Kindererzeugung begleitet ist. Solange die Einengung des Fruchttodes und die Vermehrung des „weißen Todes“, wie man den präventiven Geschlechtsverkehr nennt, die Verhinderung der Befruchtung, in zahlenmäßiger Übereinstimmung stehen, solange also jedem am Absterben verhinderten Kinde die Einsparung auch nur eines Kindes entspricht, solange ist gegen diese Einsparung nichts oder nur wenig einzuwenden, denn die Folge dieser Umänderung der Produktions- und Aufzuchtssitten sind vorerst bloß finanzielle und qualitative Umänderungen und zwar führen sie anfangs sogar zur Besserung der finanziellen Verhältnisse und zur Besserung der Qualität der Staatsbürger, und erst später bedrohen sie doch die Finanzen und die Qualität der Allgemeinheit.

Sobald aber die Ursachen, welche den Fruchttod verhindern, bewirken, daß der weiße Tod über die Herabsetzung der Sterblichkeit hinaus sich geltend macht, so tritt die ernste Frage an die führenden Männer der Nation heran, ob man nicht von der weiteren Einengung des Fruchttodes Abstand nehmen soll, um dadurch die Zunahme des weißen Todes zu verhindern, ja ob man nicht sogar so „inhuman“ sein soll, den Tod des Einzelindividuums bis zu einem gewissen Grade zuzulassen. Die schwierige, stets verdammte und doch unerläßliche Frage, die den Feldherrn bewegt, tritt auch an die Ärzte heran: Wie weit dürfen wir das Blut sparen?

Von allen Ursachen, welche zur Einsparung der Befruchtung führen, scheinen mir zwei in den Vordergrund zu treten: die wirtschaftlichen und die anthropologischen.

Jedes Volk und jeder Volksteil opfert einen gewissen Prozentsatz seines Einkommens für die Aufzucht der Nachkommenschaft, also der Zukunft. Wird dieser Anteil für die Aufzucht der Nachkommenschaft durch Verteuerung der Aufzuchtssitten schnell aufgebracht, so pflegt das Volk durch Einsparung in der Kindererzeugung das alte Verhältnis des Gesamteinkommens zum Kinderaufzuchtsanteil wieder herzustellen. Jede Verteuerung der Aufzuchtssitten führt daher zum weißen Tod. Die Wohnung, die Säuglingsernährung und die Säuglingspflege, die Verfeinerung des vorschulzeitlichen Lebens, die Verlängerung der Volksschule, die

Verlängerung und Verteuerung der Mittelschulzeit und der Fachausbildung und die damit zusammenhängende Einengung der Kinderarbeit. Je mehr der Volksteil gewohnt ist, von der Hand in den Mund zu leben, desto mehr tritt der Einfluß der frühesten Jugend hervor. Gerade bei unserem Proletariat, dem ja die moderne Fürsorge der Säuglinge hauptsächlich gilt, ist die Verteuerung der Säuglingszeit ein sehr beachtenswerter Faktor in der Kinderzahl. Die Verteuerung der Milch durch Einführung der Kindermilch um täglich bloß 20 Pf. bedeutet, daß der Arbeiter ein Kapital von ungefähr 2000 M. während der Zeit der Fruchtbarkeit seiner Frau verzinsen muß, mehr verzinsen als der gleiche Arbeiter, welcher gewöhnliche Milch nimmt. Die weiteren Vorteile einer Spezialkinderkuhmilch liegen dem Arbeiter viel zu fern, als daß sie bestimmend auf ihn einwirken können. Der Arbeiter macht daher von der Spezialkindermilchküche in der Regel nur so lange Gebrauch, als er zu mindest die Differenz geschenkt bekommt; oder aber — und auch das trat bereits statistisch hervor — er schränkt seine Kinderzahl ein. Eine Frau, welche ihre Kinder zwölfmal des Jahres der Beratungsstelle vorführen muß, verliert 12 halbe Arbeitstage oder, falls sie nicht dauernd beschäftigt ist, mindestens 8 halbe Arbeitstage. Sobald daher die wirtschaftlichen und zwar die sofort fühlbaren wirtschaftlichen Vorteile geringer sind als die wirtschaftlichen Nachteile, welche durch die Beratungsstelle ihr erwachsen, pflegt sie auszubleiben. Darüber klagen alle Stellen übereinstimmend. Übrigens benutzen die Beratungsstellen gerade die untersten Stufen aus wirtschaftlichen Gründen am wenigsten, weshalb das statistische Resultat dieser Anstalten nie mit der Säuglingsmortalität des Gesamtproletariats verglichen werden darf.

Wirkt die wirtschaftliche Teuerung schwächend auf die Auslösung der Fortpflanzungsbetätigung, so wirkt der Tod des ersten Kindes oder auch der ersten Kinder fördernd. Die wirtschaftlichen Werte werden wieder frei; aber auch bei unserem teils angeborenen, teils anerlernten Familiensinn wollen die Eltern Ersatz für das oder die verlorenen Kinder. Ja wenn der Verlust der Kinder im Anfang der Fortpflanzungsbetätigung eintritt, so ist das Bestreben der Eltern das altfranzösische „pour la casse“-Kind zu erzeugen ein erhöhtes.

Jedes Kind, das kommt, ist ein Auslösereiz, namentlich für die Mutter, wenn sie sich auch noch nach der Geburt mit der Aufzucht des Kindes abgibt. Die animalische Verbindung mit der säugenden Mutter und die sensuelle Verbindung mittels des Hörens,

Sehens, Riechens, Fühlens, Schmeckens führen zur Ausbildung der psychischen Muttereigenschaften: des Mitleides, der Sorge, der Liebe, und damit zur Vollmutterchaft. Mütter, welche sich mit Aufzucht ihrer Kinder beschäftigen, pflegen kinderreich zu sein. Es ist nicht zufällig, daß in Frankreich die Trennung des Kindes von der Mutter einhergeht mit geringer Kinderzahl. Der 20. Teil aller geborenen Kinder, so erzählt Prinzing, wird in Frankreich alsbald nach der Geburt aufs Land zu Zieheltern gebracht und bedenkt man, daß dazu eine gewisse Wohlhabenheit gehört, so ist zu vermuten, daß in Frankreich gewisse Gesellschaftsklassen ihre Kinder gewohnheitsmäßig alsbald weggeben. Die niedrigen Volksklassen in Frankreich geben ihre Kinder zeitweilig ab. Frankreich ist das klassische Land der Krippenanstalten.

Auch wir in Deutschland schreiten den Weg der Aufzuchtsitten unserer Lehrmeisterin Frankreich.

In den oberen Schichten ist die Selbstaufzucht der Kinder längst unmodern. Alsbald nach der Geburt erscheint eine dazu gemietete Person der unteren Volksschichten in den vornehmen Familien und übernimmt die Kinderaufzucht. Bisher lebten die vornehmen Kinder in Deutschland noch in der Wohnungsgemeinschaft mit der Mutter und dieses Nebeneinanderwohnen unterschied sich graduell, nicht aber wesentlich von der französischen Sitte. Nunmehr aber tauchen Anstalten auf, welche auch bei Reichen die völlige Trennung der Mutter vom Kinde anstreben. Allerdings erst zur Zeit der Krankheit. Aber die Zeit der Krankheit war bisher die hauptsächlichste Zeit der Annäherung zwischen der vornehmen Mutter und ihrem Kinde. Man bildet Spezialkinderfräulein aus zu dem Zwecke, die Sorge der Mutter um ihr Kind zu verkleinern. Die Kinderfräulein wirken dann zugleich deletär auf die Fortpflanzungssitten, weil nur wenige Leute sich dieselben ohne finanzielle Beengung halten können und unter dem Druck der gesellschaftlichen Sitten sich doch halten müssen.

Aus diesen und anderen Gründen müssen wir also die Fürsorgemaßregeln wohl prüfen in ihrer Wirkung auf das Gesamtvolk.

Die positiven Vorschläge zur Hebung der Kindersterblichkeit sind daher folgende:

a) Oberschicht.

Heranziehung von Müttern! Wirklichen Müttern! Unsere Mädchenmittelschulen müssen Kinderpflege, theoretische und praktische, in ihr Lehrziel aufnehmen.

In dem nämlichen Augenblick, in welchem alle Parteien mit der Staatsregierung darüber einig sind, daß wir ein zu zahlreiches Gelehrtenproletariat haben, schickt sich die Staatsregierung an, durch Errichtung und Ausbau der Mädchenmittelschulen das Gelehrtenproletariat zu vergrößern. Davon, daß weitaus der größere Teil derer, welche durch die Mittelschulen der Mädchen gehen, Mütter werden, ist mit keinem Worte die Rede. Die Vorbedingung der echten Mutter ist aber körperliche Tauglichkeit, die nur durch körperliche Arbeit in gewinnbringender Weise erzielt werden kann. Ebenso muß auch bei den Männern die weit überschätzte formalistische Bildung durch Arbeitsbildung ersetzt werden. Der Revolution der Arbeiter müssen wir eine Revolution der Arbeit entgegensetzen: Wir, die oberen Schichten der Gesellschaft, müssen wieder selbst körperlich arbeiten in der Jugend. Dann wird auch die starke Mutter wieder in der Oberschicht an Ausdehnung gewinnen durch Zuchtwahl.

Wir brauchen Mutterbekennerinnen, wie wir auch in der Alkoholbekämpfung erst durch das Bekenntum vorwärts kamen. Wenn jetzt eine vornehme Dame, welche ihre ein oder zwei Kinder durch Dienstboten aufziehen läßt, der proletarischen Mutter Verhaltensmaßregeln gibt, so ist das entweder geheuchelt oder maßlos überhebend. Vormachen, Selbstaufziehen! Dann folgt die Mutter der Unterschichten spontan nach.

Ein Arzt, dessen Frau nicht selbst ihre Kinder säugt und pflegt, kann doch unmöglich mit Überzeugung Lehren über die Aufzucht der Kinder geben und ein Arzt, dessen Frau ihre Mutterliebe kapitalisiert und dessen Frau ihre Hauptaufgabe vernachlässigt, kann wohl Therapeut, aber nicht Arzt sein, d. h. Führer der menschlichen Gesellschaft in der Entwicklung.

b) Die Mittelschicht.

In der Mittelschicht ist im allgemeinen eine starke Mutter daheim. Die enge Berührung mit den Damen der oberen Gesellschaftskreise läßt aber eine Ableitung der dort üblichen Gebräuche nicht verkennen. Wir Ärzte müssen mit Wort und Tat die Vollmutter der Mittelschicht stützen.

In den städtischen und industriellen Kreisen ist eine Konsolidierung der Mutter der Mittelschicht notwendig. Die Mutterschaftskassen auf Gegenseitigkeit sind ein taugliches Mittel zum Schutze der Mutter. Die Ausbaung dieser Genossenschaft kann

nur in der Richtung hin geschehen, daß an Stelle der Geldbeihilfe Naturalunterstützung gewährt wird. Die Genossenschaft hat daher Köchinnen, Gewerbegehilfinnen, Hausmägde bereitzustellen, die befähigt und gewillt sind, die Stelle der Mutter im Erwerbe des Unterhalts einzunehmen. Deshalb müssen die Mutterschaftskassen unter sich in Kartell stehen. Bei der Mittelschicht müssen wir bereits mit dem grundlegenden Gedanken beginnen: Die Fortpflanzung ist von der Familienernährung grundsätzlich zu trennen.

Das, was bei dem Sozialstaat der Bienen und Ameisen durch die Natur vollbracht wird, müssen wir Menschen infolge unseres Intellekts in bewußter Weise vollziehen. Es ist der ernstesten Erwägung wert, ob wir das neuzeitliche Manchestertum in der Geburtspolitik beibehalten können oder ob wir nicht die bestehenden temporären Zwangsarbeiter vermehren sollen, indem wir die ehelose Zeit verlängern. Den einen Weg, den der Manchestergeburtspolitik, geht Frankreich: viel Ehen, wenig Kinder der Einzelnehe, den andern, der verlängerten Ehelosigkeit, Schweden und Norwegen: späte Ehen und wenig Ehen. Gerade der Mittelstand, der ja naturgemäß von der Allgemeinheit geringe finanzielle Beihilfe zu erwarten hat, wird doch wohl am besten tun, wenn er eine längere Zeit, als bisher üblich ist, ehelos bleibt und sich so die finanzielle Unterlage für die zukünftige Familie sichert, selbst auf die Gefahr hin, länger im Geschäft tätig sein zu müssen. Es ist ohnehin französische und nicht deutsche Sitte, in einem Alter, das noch die Schaffung von Werten gestattet, sich zur Ruhe zu setzen. Dadurch bannen wir die Scheidung der Fortpflanzung und der Ernährung an.

Die Hilfe für die bäuerlichen Säuglinge gipfelt noch mehr als die Hilfe der städtischen Mittelschicht, ja selbst mehr als die der Unterschicht, in der Befreiung der Frau als Mutter. Keine Hilfe dem Säugling, die nicht durch die Mutter gegangen ist!

Die Hebung der Landwirtschaft: Erhöhte Maschinenbenutzung und zu diesem Zwecke Produktion- und Betriebsmittelgemeinschaft, Beschränkung des Landhungers sind die Begleitmomente der Übernahme vieler Arbeiten durch den Mann. Die ganze Stallarbeit muß der Mann übernehmen, auch in Altbayern. Der Bauer ist auch dann noch nicht so belastet als die entlastete Frau. Besonders in der kalten Jahreszeit.

Zu diesem Zwecke sind die bisherigen, hauptsächlich auf kauf-

männlicher Ausbildung bedachten Spezialschulen auszubauen in der Richtung der selbsttätigen Technik. Immer mehr naht die Zeit, wo der Bauer, welcher selbst seine Arbeit verrichtet, finanziell am besten daran ist. Praktische Melk- und Stallwirtschaftsschulen tun uns in Altbayern not. Und diese Technik ist auch auf die Knechte auszudehnen, die zum Schaden der Bauernschaft viel zu sehr lediglich als Handlanger benutzt werden. Dadurch wird die Arbeiternot in ihrem empfindlichsten Teile, in der Mägdefrage, gemildert.

Die Ziegenzucht ist zu begünstigen. Ganze Gegenden, z. B. der Bayerische Wald, bedürfen hier starker Nachhilfe.

Die allgemeine Hygiene des bäuerlichen Lebens ist noch an manchen Orten verbesserungsfähig, ohne daß die wirtschaftlichen Interessen darunter leiden.

Gegenwärtig herrscht in Bayern auf dem Lande eine äußerst große Bauliebe. Die vielen Neubauten, die ich in den verschiedensten Gegenden Altbayerns angesehen habe, leiden alle unter dem einen großen Fehler: Sie sind nach städtischen Mustern, nach den Bedürfnissen der Städter gebaut. Viele und kleine Zimmer, noch dazu in den verschiedenen Stockwerken liegend, sind ein Hauptcharakteristikum. Die alte, große Bauernstube mit ihrer Anpassung an die kinderreiche Familie, verschwindet immer mehr. In die jetzigen Bauernstübchen passen nur mehr zwei Kinder hinein. Es scheint mir, daß es mehr die innere Gestaltung ist, welche nach einheimischer Weise gepflegt werden soll, als die Fassade. Bei der Kinderpflege sind solche Umwandlungen der Wohnungssitten nicht ohne Wirkung.

c) Die Unterschicht.

Ein starkes, breites, arbeitsfähiges und arbeitswilliges Proletariat ist die Stütze der Kultur und der Staaten, besonders wenn sie auf industrieller Basis aufgebaut sind. Das Proletariat muß aus gleichem Blute sein, wie die herrschende Klasse, damit es ohne Zerstörung der Gesamtkonstruktion seine tüchtigsten Kräfte nach oben abgeben kann, während es selbst durch Verbindung mit dem Boden immer neue Kräfte gewinnt.

Der Schutz der arbeitsunfähigen Proletarier in unseren sozialen Gesetzgebungen ist gerecht und billig; die Heranziehung junger Arbeitskräfte ist weise und staatsmännisch. Der Fortpflanzung gerade des Proletariats ist die allergrößte Aufmerksamkeit zu

widmen und die befruchtete Frau ist ein Gegenstand der öffentlichen Fürsorge. Der weiße Tod darf nicht Einzug halten in unsere Arbeiterkreise.

Die Mindestschutzforderung, die die Allgemeinheit der Proletariermutter angedeihen lassen muß, ist: 4 Wochen Schonzeit vor der Entbindung mit voller Tagelohnentschädigung. 6 Wochen Wochenbett mit vollem Tagelohn für die säugende Mutter, oder das gewöhnliche Krankengeld für die nichtsäugende Mutter. Zu diesem Zwecke müssen die ohnehin untauglichen Zwergkrankenkassen verschwinden.

Die Alimentation der unehelichen Kinder bedarf eines erhöhten Schutzes. Jeder Vater, welcher, obwohl gesund, sein Kind nicht ernährt, begeht ein soziales Verbrechen und ist mit sozialen Strafen zu belegen: Entzug gewisser bürgerlicher Ehrenrechte, des passiven und aktiven Wahlrechtes, der Erlaubnis, sich zu verheiraten. Warum behandelt man den außerehelichen Vater milder als den ehelichen?

Alle die Mittel, welche in ihrer Endwirkung der Nation schaden, dürfen nur als Übergangs- und lokal bedingte Einrichtungen aufrecht erhalten bleiben. Dazu gehören unter anderem auch die Milchküchen und die Säuglingsberatungsstellen und die Säuglingskrippen. Kinderfräulein, erhöhte Anzahl von Gebärhäusern sind als ausschlaggebende Mittel zur Bekämpfung der Säuglingsmortalität nicht zu betrachten.

Die Hausindustrie ist zu pflegen.

Gewiß erfordert die Durchführung mancher der vorgeschlagenen Maßregeln kräftiger Mannesarbeit. Aber haben je die Götter großen Erfolg ohne Schweiß gewährt?

Ein weiser Mann sprach es einmal aus, daß die Ärzte die Führer der Nation werden würden. Durch die exakteste Kurierkunst werden wir der Entwicklungsrichtung unseres Volkes keinen Zielpunkt geben können. Das vermag nur die biologische Staatsmedizin. Nur durch diese werden wir Ärzte Führer des Volkes mit der Aufgabe und der Pflicht, stets aufs Ganze unser Auge zu richten. Tun wir das nicht, bleiben wir stets — Unteroffiziere.

(Tabellen siehe umstehend!)

Unmittelbare Städte oder Bezirksämter	Von 100 Geborenen starben im 1. Lebensjahr 1862—68	1885—89	1902—06	Im 1. Lebensmonat 1879—88	Auf 1000 gebärfähige ver- heiratete Frauen kamen ehel. Geburten 1862—69	1900—05	Uneheliche Fruchtbarkeit 1891—1900	Von 100 landwirtschaftl. Betrieben hatten Flächen unter 5 ha	Auf 1 ha Wiesen kommen ha Felder	Von 100 öffentlich Erst- geimpften hatten die Mutterbrust nicht	Unter 100 landwirtschaftl. Betrieben entfallen 1895 auf Betriebe unter 2 ha
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Oberbayern											
Städte											
Freising	49,3	46,8	33,3	19,6	272	280	35	—	—	—	—
Ingolstadt	47,9	40,9	28,9	14,1	299	325	52	—	—	—	—
Landsberg	—	31,3	26,9	11,7	—	242	37	—	—	—	—
München	40,3	32,4	22,9	11,8	228	191	54	—	—	—	—
Rosenheim	—	25,0	22,3	10,7	—	216	65	—	—	—	—
Traunstein	—	26,6	18,2	13,6	—	191	62	—	—	—	—
Bezirksämter											
Aichach	45,0	38,4	30,8	16,1	333	347	35	50	3,4	63,7	24,79
Altötting	35,9	33,6	24,2	13,6	280	298	38	47,7	3,3	85	29,10
Berchtesgaden	29,9	23,3	19,5	11,3	246	254	41	60,1	0,5	83	27,03
Bruck	49,0	37,7	34,6	16,3	319	334	64	46,6	1,8	—	21,70
Dachau	43,6	40,5	33,3	16,7	325	342	56	48,4	2,0	71	22,45
Ebersberg	50,3	35,5	32,5	15,4	285	298	67	41,0	1,8	—	18,92
Erding	43,9	36,3	32,2	16,2	314	322	50	44,4	1,7	—	22,45
Freising	44,6	38,8	31,8	17,0	332	349	47	43,4	2,0	71	19,72
Friedberg	46,4	43,0	38,3	17,9	304	316	66	52,7	2,0	68	23,79
Garmisch	31,6	26,3	19,1	11,6	289	271	52	58,3	0,1	—	31,56
Ingolstadt	54,1	45,3	38,5	18,4	360	358	62	56,3	4,0	—	31,95
Landsberg	45,1	33,4	25,9	14,9	294	317	54	38,9	1,1	—	13,45
Laufen	31,4	27,8	20,5	12,1	266	317	38	36,0	1,5	45	20,09
Miesbach	33,7	25,8	20,7	11,8	236	254	74	35,4	0,15	84	14,93
München I.	49,9	44,4	37,1	16,2	287	287	71	37,6	2,2	75	20,74
München II.	45,4	31,7	—	13,2	251	(272)	55	39,6	0,9	(90)	17,15
Pfaffenhofen	49,4	43,8	37,7	18,0	340	371	54	57,2	3,0	71	32,43
Rosenheim	34,6	26,9	20,4	11,6	270	290	50	44,7	1,1	55	21,43
Schrobenhausen	45,9	43,1	34,1	18,4	335	311	42	23,1	3,0	—	19,38
Schongau	38,3	30,0	22,9	12,1	305	311	33	44,6	0,3	—	13,36
Tölz	31,3	23,8	19,5	11,4	244	248	40	45,5	0,3	77	22,61
Traunstein	33,3	27,4	20,5	11,9	253	288	48	44,0	2,0	69	24,89
Wasserburg	40,2	31,1	24,9	14,1	277	293	48	32,3	1,8	56	19,01
Weilheim	37,1	25,9	20,5	10,3	268	286	41	33,3	0,25	—	15,04
Aibling	—	—	21,7	—	—	—	—	—	—	—	—
Starnberg	—	—	23,6	—	—	—	—	—	—	—	—
Wolfratshausen	—	—	25,3	—	—	—	—	—	—	—	—
Niederbayern											
Städte											
Deggendorf	—	33,4	34,1	13,3	—	250	20	—	—	—	—
Landshut	44,3	30,9	26,3	13,2	246	242	38	—	—	—	—
Passau	35,3	31,6	23,8	12,0	241	199	30	—	—	—	—
Straubing	38,8	36,1	34,6	14,5	287	269	44	—	—	—	—

Unmittelbare Städte oder Bezirksämter	Von 100 Geborenen starben im 1. Lebensjahr 1862—68	1885—89	1902—06	Im 1. Lebensmonat 1879—88	Auf 100 gebärfähige ver- heiratete Frauen kamen ehel. Geburten 1862—69	1900—05	Uneheliche Fruchtbarkeit 1891—1900	Von 100 landwirtschaftl. Betrieben hatten Flächen unter 5 ha	Auf 1 ha Wiesen kommen ha Felder	Von 100 öffentlich Erst- geimpften hatten die Mutterbrust nicht	Unter 100 landwirtschaftl. Betrieben entfallen 1895 auf Betriebe unter 2 ha
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Oberpfalz											
Städte											
Amberg	32,1	29,0	31,1	9,3	271	304	33	—	—	—	—
Regensburg	37,8	33,2	30,1	9,3	261	225	32	—	—	—	—
Neumarkt	—	—	32,2	—	—	—	37	—	—	—	—
Bezirksämter											
Amberg	31,4	29,5	28,1	11,4	302	364	27	50,0	3,3	—	22,85
Beilngries	—	44,0	37,7	20,7	353	357	30	51,1	7,0	—	28,71
Cham	35,7	39,9	25,9	18,6	317	363	36	55,2	1,7	25	29,12
Eschenbach	23,4	19,4	18,8	7,6	255	291	30	53,2	2,3	—	23,75
Kemnath	19,9	17,6	16,1	6,9	264	324	37	52,8	1,4	—	28,16
Nabburg	31,8	26,5	27,3	11,7	303	334	34	53,4	3,7	23	23,58
Neumarkt	45,5	38,6	34,3	17,0	338	347	29	52,2	4,8	25	23,41
Neuburg v. W.	29,5	27,6	29,3	12,2	304	324	44	57,6	2,5	—	27,13
Neustadt a. W.	22,0	18,6	19,5	7,4	273	320	36	55,4	1,7	—	28,83
Parsberg	—	46,4	40,0	23,3	327	335	36	50,1	16,0	—	28,89
Regensburg	44,8	40,6	36,7	18,9	349	361	47	48,1	3,0	80	24,40
Roding	33,5	32,3	27,6	17,4	339	351	34	54,6	2,5	54	26,68
Stadtamhof	48,6	42,7	39,8	19,1	341	373	49	63,9	7,1	57	33,22
Sulzbach	32,0	26,3	21,5	10,2	234	265	41	52,9	5,9	—	27,12
Tirschenreuth	21,6	17,2	17,9	6,7	272	312	30	47,8	1,6	—	23,58
Vohenstrauß	26,0	21,6	21,1	9,4	276	318	49	50,2	1,9	—	22,22
Waldmünchen	30,4	28,9	23,4	14,4	295	329	39	61,5	1,3	20	35,37
Hernau	53,3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Velburg	43,9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Burglengenfeld	37,4	34,3	34,2	15,4	305	371	37	61,5	4,5	—	35,43
Oberfranken											
Städte											
Bamberg	25,8	21,9	18,5	6,2	245	221	40	—	—	—	—
Bayreuth	19,3	16,1	14,7	4,2	238	205	28	—	—	—	—
Forheim	—	—	20,5	—	—	290	30	—	—	—	—
Hof	20,5	21,0	14,9	5,0	261	235	37	—	—	—	—
Kulmbach	—	—	12,9	—	—	230	25	—	—	—	—
Bezirksämter											
Bamberg I.	28,3	24,4	20,9	9,5	275	283	21	56,1	4,6	25	30,57
Bamberg II.	29,5	22,0	22,4	8,6	283	302	26	60,6	4,2	10	32,37
Bayreuth	20,6	15,4	15,9	6,1	250	266	43	48,7	1,8	31	25,87
Berneck	19,4	16,6	13,1	6,1	237	239	44	63,4	1,6	8	40,64
Ebermannsstadt	21,6	19,0	15,1	7,5	246	250	25	50,9	10,9	5	25,40

Unmittelbare Städte oder Bezirksämter	Von 100 Geborenen starben im 1. Lebensjahr 1862—68	1885—89	1902—06	Im 1. Lebensmonat 1879—88	Auf 1000 gebärfähige verheiratete Frauen kamen ehel. Geburten 1862—69	1900—05	Uneheliche Fruchtbarkeit 1891—1900	Von 100 landwirtschaftl. Betrieben hatten Flächen unter 5 ha	Auf 1 ha Wiesen kommen ha Felder	Von 100 öffentlich geimpften hatten die Mutterbrust nicht	Unter 100 landwirtschaftl. Betrieben entfallen 1895 auf Betriebe unter 2 ha
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Forheim	23,3	18,3	16,8	7,7	252	261	27	61,3	3,3	—	30,51
Höchstädt	27,2	22,6	21,5	7,3	269	280	32	61,0	4,1	—	34,47
Hof	18,6	14,4	12,7	5,2	249	249	41	65,8	2,0	9	51,26
Kronach	26,2	21,4	20,0	7,5	249	290	42	72,8	1,9	—	54,20
Kulmbach	19,6	15,6	13,1	5,7	231	218	40	50,5	2,4	8	29,37
Lichtenfels	27,1	24,0	22,1	9,6	286	275	29	65,6	3,0	—	43,95
Münchberg	18,8	14,0	11,1	6,5	250	220	33	70,2	1,5	5	53,82
Naila	18,2	16,1	12,7	6,7	269	274	32	72,0	1,9	10	54,74
Pegnitz	20,0	18,9	12,6	8,5	255	241	35	51,0	4,2	3	24,78
Rehau	16,7	15,0	16,1	5,0	226	234	43	66,6	1,1	—	46,06
Stadtsteinach	23,0	16,8	15,9	7,0	235	234	46	64,7	2,9	5	45,88
Staffelstein	24,0	23,2	16,5	9,2	277	255	21	50,9	3,9	22	28,53
Teuschnitz	—	—	19,9	—	266	281	44	64,7	1,8	5	55,20
Wunsiedel	17,2	14,7	13,8	9,8	230	258	40	61,1	1,4	11	42,79
Mittelfranken											
Städte											
Ansbach	25,8	24,0	22,1	7,3	217	158	43	—	—	—	—
Dinkelsbühl	34,3	25,2	23,2	9,5	225	167	43	—	—	—	—
Eichstädt	45,2	43,0	28,1	16,0	250	153	41	—	—	—	—
Erlangen	23,6	17,0	14,3	5,3	226	141	(157)	—	—	—	—
Fürth	32,9	27,5	29,3	6,2	254	173	96	—	—	—	—
Nürnberg	35,1	27,6	24,3	6,7	236	231	52	—	—	—	—
Rothenburg o. T.	32,5	30,4	21,8	9,4	219	223	38	—	—	—	—
Schwabach	37,8	29,5	26,5	8,4	277	162	74	—	—	—	—
Weißenburg	31,8	29,0	24,2	8,1	216	158	61	—	—	—	—
Bezirksämter											
Ansbach	24,4	23,3	20,1	8,9	238	216	48	54,9	3,4	18	26,96
Dinkelsbühl	35,9	28,1	26,5	12,2	266	230	35	61,5	2,2	—	33,71
Eichstädt	53,4	45,2	36,5	19,1	360	370	46	58,4	5,6	84	35,41
Erlangen	27,9	25,0	20,7	6,6	274	238	53	66,6	2,6	—	39,65
Feuchtwangen	33,5	29,8	24,1	11,7	286	265	35	52,3	2,1	20	26,34
Fürth	32,5	27,4	25,7	8,3	263	252	63	59,6	5,0	50	31,98
Gunzenhausen	36,3	27,7	23,1	11,0	262	243	38	57,5	2,6	40	26,34
Hersbruck	25,9	22,8	20,7	8,3	271	240	46	70,9	4,8	—	47,02
Hippoltstein	—	37,2	29,7	16,9	—	310	34	49,5	4,5	—	25,55
Neustadt a. A.	25,7	22,3	18,2	6,1	264	211	44	62,2	4,5	23	35,45
Nürnberg	36,2	32,2	26,5	9,2	273	278	75	75,0	2,6	45	48,67
Rothenburg o. T.	27,2	21,5	16,6	8,8	253	202	42	43,1	2,5	20	20,81
Scheinfeld	22,3	18,5	17,4	6,5	254	219	33	55,3	4,1	—	34,46
Schwabach	33,8	30,6	29,3	10,0	269	265	57	63,3	4,5	36	33,33
Uffenheim	26,1	19,0	15,9	8,2	245	192	38	56,4	6,4	36	36,53
Weißenburg	41,7	35,2	29,0	15,5	283	251	44	54,5	3,6	54	34,44

Unmittelbare Städte oder Bezirksämter	Von 100 Geborenen starben im 1. Lebensjahr 1862—68	1885—89	1902—06	Im 1. Lebensmonat 1879—88	Auf 100 gebärfähige ver- heiratete Frauen kamen ehel. Geburten 1862—69	1900—05	Uneheliche Fruchtbarkeit 1891—1900	Von 100 landwirtschaftl. Betrieben hatten Flächen unter 5 ha	Auf 1 ha Wiesen kommen ha Felder	Von 100 öffentlich Erst- geimpften hatten die Mutterbrust nicht	Unter 100 landwirtschaftl. Betrieben entfallen 1895 auf Betriebe unter 2 ha
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Unterfranken											
Städte											
Aschaffenburg	24,5	15,8	13,8	4,5	230	335	12	—	—	—	—
Kitzingen	—	19,4	19,3	5,0	—	212	21	—	—	—	—
Schweinfurt	29,0	23,6	18,2	6,5	246	239	25	—	—	—	—
Würzburg	25,4	19,4	13,3	6,2	212	235	41	—	—	—	—
Bezirksämter											
Alzenau	22,3	17,1	13,3	7,0	292	309	9	77,9	3,8	—	37,50
Aschaffenburg	22,8	18,9	15,5	7,1	290	290	17	85,2	4,4	7,4	54,08
Brückenau	21,2	16,8	14,5	6,7	254	268	24	58,3	1,1	21,1	36,32
Ebern	23,6	21,7	18,1	8,3	262	256	32	61,8	4,4	—	38,05
Gmünden	25,1	—	18,1	—	—	—	—	—	—	—	—
Gerolzhofen	24,9	21,2	17,3	8,6	279	263	16	63,4	5,2	16,6	35,65
Hammelburg	25,5	17,2	15,1	6,8	277	264	21	66,8	5,1	8,2	37,04
Haßfurt	27,4	22,3	21,8	8,1	284	305	21	62,4	3,8	29,5	38,25
Hofheim	—	—	19,7	—	—	—	—	—	—	—	—
Karlstadt	27,8	22,1	20,1	8,5	300	219	11	57,9	1,4	—	32,98
Kissingen	21,7	17,1	16,3	6,1	265	275	17	62,1	4,2	16,8	33,23
Kitzingen	25,9	19,1	18,1	6,9	254	243	22	69,2	1,1	17,7	42,27
Königshofen	22,1	17,5	18,5	7,1	246	232	20	51,9	6,3	—	30,26
Lohr	29,6	19,0	19,5	7,1	292	298	24	78,9	3,8	15,1	50,43
Marktheidenfeld	26,7	16,0	16,5	7,2	256	259	14	73,9	6,8	—	44,88
Mellrichstadt	20,2	15,2	11,1	5,2	232	222	20	53,8	4,9	—	32,45
Miltenberg	22,4	16,6	16,1	7,3	306	314	13	85,5	2,5	—	61,52
Neustadt a. S.	22,1	18,7	15,1	8,4	247	244	16	55,6	1,8	—	29,63
Obernburg	20,7	15,8	13,8	6,8	296	301	10	81,2	6,5	—	45,72
Ochsenfurt	28,9	19,4	21,1	7,6	276	269	15	61,8	1,4	—	38,24
Schweinfurt	26,6	18,8	19,3	7,6	273	275	10	51,9	6,3	20,9	32,48
Würzburg	30,9	24,3	25,2	8,3	305	282	15	71,1	30,0	23,2	48,11
Schwaben											
Städte											
Augsburg	45,5	34,8	25,7	13,4	248	200	38	—	—	—	—
Dillingen	—	33,6	26,8	13,9	—	222	21	—	—	—	—
Donauwörth	44,5	38,6	22,8	10,8	258	259	22	—	—	—	—
Günzburg	—	37,9	25,3	16,8	—	241	32	—	—	—	—
Kaufbeuren	46,3	34,9	22,9	13,1	267	198	34	—	—	—	—
Kempten	40,8	30,5	23,1	13,0	268	198	39	—	—	—	—
Lindau	21,1	15,8	10,7	7,3	237	186	17	—	—	—	—
Memmingen	39,5	32,2	21,7	11,9	264	240	29	—	—	—	—
Neuburg a. D.	38,6	34,7	27,4	13,8	276	214	32	—	—	—	—
Neuulm	—	—	20,8	—	—	224	42	—	—	—	—
Nördlingen	36,9	33,3	20,3	11,5	287	294	18	—	—	—	—

Unmittelbare Städte oder Bezirksämter	Von 100 Geborenen starben im 1. Lebensjahr 1862—68	1885—89	1902—06	Im 1. Lebensmonat 1879—88	Auf 1000 gebärfähige verheiratete Frauen kamen ehel. Geburten 1862—69	1900—05	Uneheliche Fruchtbarkeit 1891—1900	Von 100 landwirtschaftl. Betrieben hatten Flächen unter 5 ha	Auf 1 ha Wiesen kommen ha Felder	Von 100 öffentlich geimpften hatten die Mutterbrust nicht	Unter 100 landwirtschaftl. Betrieben entfallen 1895 auf Betriebe unter 2 ha
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Bezirksämter											
Augsburg	46,4	39,5	32,3	16,9	326	302	49	58,8	2,2	68	30,66
Dillingen	40,6	37,4	29,5	16,4	323	312	38	53,4	2,5	82	25,67
Donauwörth	44,9	36,7	31,9	17,3	336	329	39	51,0	2,8	—	26,30
Füssen	31,9	25,3	19,9	10,4	308	298	27	42,9	0,15	—	19,65
Günzburg	45,7	37,6	29,2	15,4	344	317	43	57,0	1,8	58	23,68
Illartissen	46,3	36,2	24,8	13,9	352	319	32	51,6	1,6	—	23,91
Kaufbeuren	43,8	33,9	23,5	12,5	312	303	38	30,5	1,0	67	10,36
Kempten	30,6	27,9	24,8	13,1	290	290	27	46,7	0,5	—	23,17
Krumbach	48,2	35,9	23,0	12,3	343	314	27	60,3	1,5	—	27,43
Lindau	24,8	20,2	16,9	10,7	300	279	16	61,5	0,4	55	29,39
Memmingen	37,4	28,9	21,9	11,8	303	323	30	39,1	1,5	71	18,61
Mindelheim	44,3	34,4	22,2	13,9	332	315	28	45,1	1,1	60	16,39
Neuburg a. D.	44,1	37,0	32,6	16,9	344	332	50	51,0	2,7	60	21,89
Neuulm	44,0	34,1	24,8	15,5	344	298	92	54,7	2,5	46	25,19
Nördlingen	39,2	31,3	23,8	14,2	313	274	38	39,0	3,2	—	21,91
Oberdorf	36,3	31,0	23,5	12,0	307	303	22	49	0,5	67	17,23
Schwabmünchen	—	—	24,6	—	—	—	—	—	—	—	—
Sonthofen	25,8	21,5	17,9	10,9	331	290	12	54,6	0,09	57	22,11
Wertingen	39,2	35,1	26,1	14,9	338	340	34	53,1	1,9	73	24,48
Zusmarshausen	42,7	33,5	24,7	13,3	333	341	36	58,1	1,1	65	22,01

	A. 100 Geborene treffen Säuglingssterblichk. 1835—65	Auf 1 getrautes Paar treffen eheliche Geburten					Auf 1 getrautes Paar treffen eheliche Geburten			
		1862—68	1869—78	1879—88	1885—89	1902—06	1885	1890	1900	1906
OB.	42,01	42,0	40,5	35,8	35,5	26,4	4,66	3,80	3,38	3,69
NB.	35,79	36,1	35,6	34,1	34,4	30,5	5,72	5,28	5,28	5,12
Pf.	22,44	19,6	19,5	17,6	17,4	16,6	4,85	4,49	3,89	4,20
OPf.	34,37	35,6	34,0	32,6	32,9	29,0	5,77	5,425	5,42	5,43
OFr.	24,59	22,3	20,5	18,9	17,8	16,9	4,41	3,93	3,82	3,83
MFr.	34,13	33,5	31,2	28,2	26,4	24,4	4,16	3,70	3,42	3,33
UFr.	26,05	25,4	23,4	19,7	19,6	16,9	4,62	4,13	4,05	4,21
Schw.	41,86	41,2	40,4	35,4	35,6	25,4	5,18	4,73	4,51	4,18

Bayern: Kindersterblichkeit in Proz. der Lebendgeborenen.

1821—30	28,4	1891—1900	26,4
1831—40	29,6	1901	23,9
1841—50	29,7	1902	23,3
1851—60	31,0	1903	25,0
1861—70	32,6	1904	23,9
1871—80	30,9	1905	24,1
1881—90	28,4	1906	22,6

Aus der Gesellschaft für Soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik in Berlin.¹⁾

Sitzung vom 29. April 1909.

Herr W. Abelsdorff trägt vor über „die Mitwirkung von Ärzten im Dienste der englischen Gewerbeaufsicht“.

(Schluß, vgl. S. 438.)

Der Medizinalbeamte — heißt es im Gesetz von 1891 — soll sich über den Gesundheitszustand innerhalb seines Distrikts auf dem laufenden halten, über Ursachen und Ursprung von Krankheiten innerhalb seines Bezirks Erhebungen anstellen und eventuell Maßnahmen zur Einschränkung von Krankheiten treffen. Er soll ferner die Sanitätsbehörden in allen die Gesundheit der Bevölkerung betreffenden Punkten beraten und dieselben bei Abfassung von Spezialgesetzen und Vorschriften, welche sie in bezug auf die öffentliche Gesundheit erlassen dürfen, unterstützen.²⁾ Bei Ausbruch von ansteckenden Krankheiten und Epidemien soll er unverzüglich den Ort besuchen, Ursache und Umstände der Epidemie erforschen, und, falls nicht alle Vorsichtsmaßregeln getroffen sind, um eine Ausdehnung derselben zu verhindern, sofort das weitere veranlassen: des weiteren hat er, falls es angezeigt erscheint, jedes Tier, auch Fleisch, Geflügel, Wildbret, Fisch, Früchte, Gemüse, Korn, Brot, Milch usw. zu besichtigen und auf ihre Brauchbarkeit zu prüfen, sobald diese Nahrungsmittel zum Verkauf angeboten werden, dem Beamten aber für diesen Zweck ungeeignet erscheinen. Der Medizinalbeamte hat ferner darauf zu achten, daß die durch die Sanitätsbehörden vorgeschriebenen Sonderbestimmungen, welche sich auf die öffentliche Gesundheit beziehen, befolgt werden, auch soll er selbst Vorschläge machen, welche darauf abzielen, den Gesundheitszustand des Bezirkes zu verbessern. Er hat des weiteren über die Krankheiten und Sterbefälle in seinem Bezirk zu berichten und in ein durch die Sanitätsbehörden vorgesehenes Register Eintragungen über seine Revisionen und eventuell erlassenen Vorschriften zu machen. Besondere Vorschriften bestehen über die Gestaltungsart des Jahresberichtes, welchen er den Sanitätsbehörden zu liefern hat und welcher das gesamte Ergebnis seiner Tätigkeit enthält. Bei Ausbruch von Epidemien ist der Regierung sofort Nachricht zu geben und Sonderbericht einzusenden, falls er den Sanitätsbehörden geraten hat, eine oder mehrere Schulen, Epidemien wegen zu schließen. Die gleichen

¹⁾ Nach den Verhandlungen der Gesellschaft, abgedruckt in Nr. 27, 28, 29, 45, 46 u. 48 der „Medizinischen Reform“, 1909, herausg. von R. Lennhoff.

²⁾ Vgl. B. Arthur Whitelegge and George Newmann: Hygiene and Public Health, S. 473 ff. Cassel & Comp. Ltd., London.

Berichte und Informationen hat er nicht nur der Regierung, sondern auch dem Grafschaftsrat derjenigen Grafschaft, in dem sein Bezirk liegt, zu übermitteln. Ähnlich sind die Vorschriften für die Medizinalbeamten einer Hafensanitätsbehörde, über die ich mich aber hier nicht näher auslassen kann. Wie soeben betont, hat jeder Medizinalbeamte einen Jahresbericht zu liefern und zwar für jeden Sanitätsbezirk, welcher unter seiner Aufsicht steht. Der Bericht soll kurz über die sanitären Verhältnisse des Bezirks sowie über die Maßnahmen zur Verbesserung der hygienischen Lage Aufschluß geben, auch über die Hauptbeschäftigung seiner Einwohner und über den Einfluß der Beschäftigung auf die allgemeine Volksgesundheit. Der Medizinalbeamte hat ferner über die Wohnungsverhältnisse zu berichten, besonders der arbeitenden Klassen, über ungesunde Stadtviertel, Überfüllung der Räume und dergleichen. Über Entwässerung und Abzugskanäle und Güte des Trinkwassers hat er sich in seinem Bericht ebenso auszulassen wie über die Bedingungen, unter denen Schlachthäuser, Milchwirtschaften, Kuhställe, Bäckereien, Fabriken und Werkstätten betrieben werden. Er hat über die öffentlichen Elementarschulen und die gesundheitlichen Verhältnisse der Schulkinder sowie über Maßnahmen zur Vorbeugung von ansteckenden Krankheiten in denselben zu berichten. § 132 des Fabrik- und Werkstättengesetzes von 1901 schreibt besonders vor, daß die Medizinalbeamten in ihrem Jahresbericht über die Werkstätten und Arbeitsplätze ihres Bezirks Bericht erstatten und einen Abdruck dieses Berichtes an den Staatssekretär einzusenden haben. Besonderer Wert wird von der Regierung darauf gelegt, daß systematische Inspektionen vorgenommen werden, d. h. solche Revisionen, die unabhängig sind von den durch den Beamten zu machenden Untersuchungen auf Grund von Sonderberichten, Unfallanzeigen, Beschwerden und Mißständen aller Art.

Lassen Sie mich, verehrte Anwesende, noch mit einem Wort auf das Tabellenwerk in diesen Jahresberichten der Medizinalbeamten eingehen. Es gibt, wie Ihnen vielleicht bekannt, in England mit Ausnahme von London, bis heute keine städtestatistischen Ämter. Soweit es sich um Medizinalstatistik handelt, werden diese Arbeiten im Bureau des Medizinalbeamten angefertigt und bilden einen nicht unwesentlichen Teil seines Jahresberichtes. Einige solcher Berichte kann ich Ihnen zum Anblättern überreichen, so von Birmingham, Norwich, Nottingham, Durham und Berkshire. Sie enthalten zahlreiche Tabellen und graphische Darstellungen von hohem Interesse. Durch die Regierung sind fünf Tabellen direkt vorgeschrieben. Die erste gibt die Geburten und Todesfälle für eine Reihe von Jahren an, wobei bei den Todesfällen diejenigen unter einem Jahr besonders angeführt werden, ebenfalls diejenigen, welche in Anstalten gestorben sind, während Tabelle 2 Geburten und Todesfälle nach Örtlichkeiten trennt. Tabelle 3 zeigt die Zahl der ansteckenden Krankheiten, getrennt nach Art der Krankheit und Altersklassen, sowie ferner die Gesamtzahl der Krankheiten in den Örtlichkeiten. Tabelle 4 gibt die Todesfälle nach Altersklassen und Todesursachen geschieden, wieder. Tabelle 5 endlich beschäftigt sich mit der Kindersterblichkeit, d. h. der Todesfälle unter einem Jahr alter Kinder, getrennt nach Todesursachen, Wochen und Monaten.

Sie werden ohne weiteres verstehen, daß es einem einzelnen Beamten unmöglich ist, ein so großes Arbeitsgebiet, wie das soeben geschilderte, allein zu meistern, zumal wenn es sich um einen ausgedehnten städtischen oder ländlichen Distrikt handelt. Sie brauchen auch nur die Liste der unter Kontrolle stehenden Heimindustrien zu studieren — sie befindet sich ja in Ihren Händen (Tab. IV) —

Form. 44.

Tabelle IV.

Vorgeschriebenes Formular der Liste der Heimarbeiter.

Eine vollständige Liste der Heimarbeiter, beschäftigt in folgenden Berufsarten, und in solchen anderen Berufsarten, welche eventuell von Zeit zu Zeit durch einen Erlaß des Statssekretärs angegeben werden, und die in der hier angegebenen Art in der Fabrik oder Werkstatt, wo die Arbeit ausgegeben wird, zu halten ist. Die Liste muß den Gewerbeinspektoren und den Beamten der Lokalbehörden zugänglich sein. Ferner muß eine Abschrift dieser unterschriebenen, datierten und auf dem laufenden erhaltenen Liste den zuständigen Stellen des Distriktes eingesandt werden und zwar bis zum 1. Februar und dem 1. August jeden Jahres. Um die Liste dem jeweiligen Stande der Zahl der Hausarbeiter anzupassen, muß der Name jeder Person, welche neu beschäftigt wird, sofort eingetragen werden, auch der Name jeder aus der Arbeit ausgeschiedenen Person muß sofort aus der Liste gestrichen werden.

- | | |
|---|--|
| a) Anfertigen, Reinigen, Waschen, Ändern, Ausbessern und Fertigstellen von Kleidungsstücken; | l) Anfertigen von künstlichen Blumen; |
| b) Anfertigen, Zusammensetzen, Ausbessern und Fertigstellen von Spitzen, Spitzenvorhängen und Netzen; | m) Anfertigen von Netzen mit Ausnahme von Drahtnetzen; |
| c) Anfertigen von Schränken, Möbeln und Tapeziererarbeiten; | n) Anfertigen von Zelten; |
| d) Vernickeln; | o) Anfertigen oder Ausbessern von Säcken; |
| e) Anfertigen von Feilen; | p) Überziehen von Tennisbällen; |
| f) Pelz- und Rauchwarenverarbeitung; | q) Anfertigen von Papiertüten; |
| g) Herstellung von Stahl- und Eisenketten; | r) Anfertigen von Schachteln oder anderen Behältern oder Teilen davon; ganz oder teilweise aus Papier, Pappe, Span oder ähnlichen Stoffen; |
| h) Herstellen von Stahl- und Eisenankern, sowie Enterhaken; | s) Anfertigen von Bürsten; |
| i) Anfertigen von Pferdegeschirr, Drehringe eingeschlossen, Ringen, Schnüren, Haken, Schnallen und Befestigungen aller Art; | t) Erbsen auslesen; |
| j) Anfertigung von Schlössern, Schlüsseln und Griffen; | u) Sortieren von Federn; |
| k) Anfertigen oder Ausbessern von Regenschirmen, Sonnenschirmen und Teilen davon; | v) Kartonieren, Einschachteln und Verpacken von Knöpfen, Haken und Ösen, Stecknadeln und Haarnadeln; |
| | w) Anfertigen von Stoffspielzeug; |
| | x) Anfertigen von Körben; |
| | y) Ähnliche nicht oben aufgeführte Verarbeitungen. |

Fabrik, Werkstatt oder Arbeitsstätte, von wo die Arbeit ausgegeben wird:
 Genaue Postadresse:
 Betrieb:
 Name des Arbeitgebers:

Liste der Personen ¹⁾ unmittelbar beschäftigt durch (a)
 (b) für das Geschäft,
 jedoch außerhalb oben genannter Fabrik, Werkstatt oder Arbeitsstätte und zwar in den oben angegebenen Berufsarten.

Vollständiger Name	Ob als Arbeiter a) oder Unternehmer (u) beschäftigt	Art der Beschäftigung (angeben durch oben angeführte Buchstaben)	Ort der Beschäftigung: d. h. Ort, wo die Arbeit tatsächlich ausgeführt wird	Adresse: Vermerk in dieser Spalte ist nicht nötig, wenn der Eintrag in Spalte 4 eine genügende Adresse aufweist
1	2	3	4	5

Unterschrift:

Datum:

¹⁾ (a) Name des Arbeitgebers;

(b) Anzugeben ob der Besitzer oder ein vom Besitzer beschäftigter Zwischenmeister in Frage kommt.

um zu erkennen, daß die Arbeitskraft eines Menschen bei weitem nicht ausreichen würde, allen den an ihn gestellten Ansprüchen allein gerecht zu werden. Die Medizinalbeamten werden daher bei den regelmäßigen Revisionen durch einen der Zahl nach verschieden großen Stab von Sanitätsinspektoren unterstützt, deren Tätigkeit in enger Beziehung mit derjenigen der Medizinalbeamten steht.

Das Gesetz schreibt vor, daß der Sanitätsinspektor unter Leitung der Sanitätsbehörden oder der Medizinalbeamten arbeiten soll. Die Gesundheitsakte von 1875 stellt in 15 Paragraphen alle Obliegenheiten dieser Beamten zusammen. So hat er — um nur einiges Wichtige herauszugreifen — den Sanitätsbehörden über alle anstößigen und gesundheitsschädlichen gewerblichen Betriebe seines Bezirks, sowie über alle Gesetzesübertretungen Bericht zu erstatten; er hat Läden und Plätze zu revidieren und alle zum Verkauf angebotenen Nahrungsmittel, falls es ihm angebracht erscheint, zu prüfen und in zweifelhaften Fällen den Medizinalbeamten um Rat zu fragen. Er hat letzteren bei Ausbruch von Epidemien sofort zu benachrichtigen und ihm von Zeit zu Zeit sein zur Eintragung von Revisionen zu haltendes Buch vorzulegen.

Zu diesen Vorschriften allgemeiner Natur gesellen sich die Sonderbestimmungen (bey-laws) der einzelnen Sanitätsbehörden. Neben diesen Sanitätsinspektoren, deren Zahl sich nach der Größe des Bezirks richten dürfte, sind in den letzten Jahrzehnten auch weibliche Sanitätsbeamte von den Lokalbehörden angestellt worden. Die Kindersterblichkeit in den industriellen Gebieten ist in England recht hoch — etwa insgesamt 120000 pro Jahr — und man hat erkannt, daß die Ursache nicht zum wenigsten an der Unerfahrenheit der Mütter, ungenügender Pflege der Kinder und schlechten Wohnungsverhältnissen lag. Ein wesentlicher Teil der öffentlichen Gesundheitspflege wird daher nicht selten weiblichen Beamten anvertraut, die auf manchen Gebieten ersprißlicher wie ihre

männlichen Kollegen arbeiten können. Wie die männlichen Sanitätsbeamten stehen auch die weiblichen unmittelbar unter dem Medizinalbeamten. Ihr Arbeitsgebiet ist in den verschiedenen städtischen und ländlichen Bezirken verschiedenartig gestaltet.¹⁾ Zumeist haben sie den hygienischen Schutz der Säuglinge in Arbeiterfamilien zu überwachen, d. h. den jungen mehr oder weniger unerfahrenen Müttern mit Rat zur Seite zu stehen, ferner die Revision der Wäschereien und Werkstätten einschließlich der Heimarbeit, falls dort weibliche Arbeiter beschäftigt werden, die Wohnungsinspektion und das Schlafgängerwesen gehört oft zu ihren Obliegenheiten sowie der Besuch der Elementarschulen und der Schulkinder insbesondere. In manchen Städten haben diese Beamtinnen auch die Küchen der Hotels, die Milchwirtschaften und den Verkauf von Nahrungsmitteln zu überwachen, desgleichen die Arbeitszeit und Sitzgelegenheiten der Verkäuferinnen in Läden. Seit im Jahre 1892 in Nottingham, dem Hauptsitz der englischen Spitzenindustrie, eine Sanitätsinspektorin ernannt wurde, sind andere größere Provinzstädte und Stadtbezirke Londons diesem Beispiel gefolgt. So hat heute Manchester 6, Nottingham 4, Sheffield 10, Hammersmith, Hampstead, Holborn — Vorstädte von London — je 1, die City von London 2 Sanitätsbeamtinnen angestellt.

Meine Ausführungen, verehrte Anwesende, waren vielleicht für einen Einzelvortrag zu weitgehend. Mir kam es aber darauf an, mit Ihnen alle Arbeitsgebiete der verschiedenen englischen Sanitätsbeamten, welchen Namen sie auch immer tragen mögen, zu durchwandern. Ich glaube auch durch meine Darlegungen des weiteren Beweises enthoben zu sein, daß die Gestaltungsart der ärztlichen Mitarbeit, wie sie heute in England besteht, nicht ohne weiteres nachahmungswert erscheint. Fraglos wird jetzt viel zur Verbesserung der Volksgesundheit sowohl vom Staat wie von den Lokalbehörden im britischen Reiche getan.

Die Tätigkeit der Gewerbeärzte darf aber m. E. nicht gehälftet werden: Hier der Certifying Surgeon, der Amtsarzt, der nur Tauglichkeitsatteste auszustellen, gewisse Unfälle und Gewerbekrankheiten zu untersuchen hat, im übrigen aber seiner Privatpraxis nachgeht, die ihm mehr einbringt als die Gebühren für seine amtliche Tätigkeit, — dort der von den Sanitätsbehörden des Distriktes, der Grafschaft oder Großstadt angestellte Medical Officer of Health, der Medizinalbeamte, dem die hygienische Wohlfahrt eines ganzen Bezirkes anvertraut ist, der neben der Revision der Fabriken, Werkstätten, der Heimindustrie auch die Wohnungsinspektion, Schulhygiene und zahlreiche andere Arbeiten zu seinen Obliegenheiten rechnet, dem nicht selten ein ganzer Stab von männlichen und weiblichen Sanitätsbeamten für die heterogensten Tätigkeiten beigegeben wird, die er alle zu überwachen hat. Ob ihm genügend Zeit zur Besichtigung aller gewerblichen Anlagen, der Heimindustrie, der Bäckereien usw. verbleiben mag?

Sie haben aus Tabelle IV ersehen, daß zurzeit 25 verschiedene hausindustrielle Berufsarten unter Aufsicht der Gewerbeinspektion und der Lokalbehörden, d. h. der Medizinalbeamten, stehen. Wieviel ärztlicher Rat mag hier nötig sein? In bezug auf die Räume der Heimarbeiter, auf die Licht- und Luftverhältnisse der Wohnungen, in bezug auf die Menschen selbst, die zum nicht geringen Teil unterernährten Volksschichten angehören mögen.

¹⁾ Vgl. How to become a Lady Sanitary Inspector? The scientific Press Ltd. London W. C.

Als Bindeglied zwischen beiden Kategorien von Ärzten steht der vielbeschäftigte Gewerbeaufsichtsbeamte.

Er wird durch die ärztliche Mitarbeit nicht entlastet, sondern belastet, da sowohl die Amtsärzte wie die Medizinalbeamten über Unfälle, Gewerbekrankheiten bzw. Mißstände, welche nur auf Grund des Fabrik- und Werkstättengesetzes abzustellen sind, Berichte an den Gewerbeinspektor abzuschicken haben, während dieser andererseits wieder sanitäre Mängel, die sich nur auf Grund der Gesundheitsakte beseitigen lassen, dem Medizinalbeamten zur weiteren Veranlassung mitteilen muß.¹⁾

Mir scheint die Mitwirkung der Ärzte, wie sie in der Belgischen Gewerbeinspektion eingeführt ist, eine glücklichere Lösung des Problems. Dort hat man bereits seit 12 Jahren, wie ich eingangs betont habe, neben den 32 Gewerbeinspektoren noch Gewerbeärzte angestellt. Dies bedeutet vorerst eine wünschenswerte Entlastung der übrigen Beamtenschaft, läßt aber gleichzeitig ein inniges Zusammenarbeiten mit dieser zu, ein Zusammenarbeiten, aus dem Ärzte wie Techniker nur Nutzen ziehen können. Ähnlich scheint man in Baden vorgegangen zu sein, wo das jüngst angestellte, ärztlich vorgebildete Mitglied der Fabrikinspektion genau so beschäftigt wird wie die anders vorgebildeten Beamten. Besondere gewerbehygienische Fragen werden ihm natürlich außerdem zugeschrieben. Jedenfalls ist auch hier ein organisches Zusammenwirken mit dem übrigen Beamtenkörper gesichert und das scheint mir ein sehr wertvolles Moment zu sein.

Oder sollte sich, wie eingewandt werden könnte, die ärztliche Mitwirkung trotz des stets wachsenden Arbeitsfeldes der Gewerbeinspektion als unnötig erweisen?²⁾

Lassen Sie mich diese Frage, verehrte Anwesende, in meinem Schlußwort beantworten. Die Säuglingsfürsorge hat in den deutschen Landen schnell festen Boden gefaßt und die Kindersterblichkeit günstig beeinflußt; die Einrichtung der Schulärzte zeitigte bereits bemerkenswerte Erfolge und sicherte ihr eine schnelle Verbreitung — 1908 waren bereits an 266 Orten mit 3427 Schulen Schulärzte angestellt!³⁾ Ein großer Teil der heranwachsenden Jugend wendet sich, nachdem sie die Schule verlassen, gewerblichen Berufsarten zu. Sie haben aus Tabelle I ersehen, daß über $\frac{1}{10}$ der deutschen Bevölkerung dem Schutze der Gewerbeaufsicht zurzeit anvertraut ist, darunter befinden sich mehr als 1 300 000 weibliche Arbeiter, die Mütter der folgenden Generation. Auch die Berufszählung vom Jahre 1907, deren erste Ergebnisse⁴⁾ das Kaiserlich Statistische Amt vor wenig Wochen veröffentlicht hat, lehrt uns aufs neue, daß ein stets größer werdender Teil der deutschen Nation zur Industriebevölkerung zu zählen ist. Sie ersahen aus Tabelle V, daß von 100 Erwerbstätigen im Hauptberuf auf die Industrie, Bergbau und Bauwesen mit Einschluß der Berufszugehörigen

1882	1895	1907
35,51	39,12	42,75 Personen

¹⁾ Vgl. Factory and Workshop Act 1901 Duties of Local Authorities, B 37268 Home Office, 3. Ausgabe, Dezember 1904, S. 10.

²⁾ Vgl. auch E. Roth, Die ärztliche Mitwirkung auf dem Gebiete des Arbeiterschutzes. Concordia XIV. Jahrgang Nr. 18 v. 15. Sept. 1907, S. 294.

³⁾ Vgl. Medizinische Reform, 17. Jahrgang, Nr. 9, vom 4. März 1909.

⁴⁾ Vgl. Reichs-Arbeitsblatt, Jahrgang VII, Febr. 1909, S. 100.

entfielen; umgekehrt verläuft die Kurve, wenn wir die in der Land- und Forstwirtschaft im Hauptberuf Tätigen mit Einschluß der Berufsangehörigen betrachten:

1882	1895	1907
42,51	35,74	nur noch: 28,65.

Das alte Lied tönt uns aus den Zahlen von neuem entgegen: die Flucht vom Lande in die Stadt, aus den landwirtschaftlichen Berufen zur gewerblichen Tätigkeit. 42,75 Proz., d. h. über $\frac{2}{5}$ der Gesamtbevölkerung, steht heute mit dem Gewerbe in der einen oder anderen Weise in Verbindung! Stetig wächst die Zahl der Familien, deren Wohl und Wehe mit Industrie und Bergbau, deren Berufsgefahren uns allen bekannt sind, eng verknüpft ist!

Bedarf es angesichts dieser Tatsachen eines Beweises, daß Ärzte als Wächter der Volksgesundheit, des kostbarsten Gutes jeder Nation, zur Mitarbeit im Gewerbeaufsichtsdienst herangezogen werden müssen?

Aber noch eines sollte uns mahnen, die Mitwirkung weiterer Gewerbeärzte an den Aufgaben der deutschen Gewerbeinspektionen zu befürworten: Es ist die Kriegstüchtigkeit, die eine Funktion der Lebenstüchtigkeit einer Nation darstellt. Die Tauglichkeitsverhältnisse der letzten Jahre — ich habe sie ebenfalls in Tabelle V aufgeführt — scheinen mir ein Beweis dafür zu sein, daß mit zunehmender städtischer Agglomeration und steigender Industrialisierung die Kriegstüchtigkeit Deutschlands sich nicht eben günstiger gestaltet.¹⁾

Tabelle V.

Einige Zahlen aus den Berufs- und Betriebszählungen.²⁾

Von 100 Erwerbstätigen im Hauptberuf entfielen auf die Industrie einschließlich Bergbau und Bauwesen

1882	1895	1907
33,69	36,14	37,23

und mit Einschluß der Berufszugehörigen (zum Haushalt gehörige Dienende und Angehörige)

35,51	39,12	42,75.
-------	-------	--------

Von 100 Erwerbstätigen im Hauptberuf entfielen auf die Landwirtschaft einschließlich Forstwirtschaft und Fischerei

1882	1895	1907
42,51	35,74	28,65

und mit Einschluß der Berufszugehörigen

43,38	36,19	32,69
-------	-------	-------

¹⁾ Im März 1905 hat u. a. bereits der Staatssekretär des Innern, Graf von Posadowsky-Wehner, im Reichstag darauf hingewiesen, daß gegenwärtig die Aushebungen zeigen, daß die industrielle Bevölkerung geschwächt ist.

²⁾ Vgl. Reichs-Arbeitsblatt, Jahrgang VII, Februar 1909, S. 100.

Die Kriegstüchtigkeit im Deutschen Reich in Stadt und Land von 1902 bis 1907.¹⁾

Von allen Rekruten sind, und zwar von allen	end- gültig abge- fertigt	zum Dienst in der Linie tauglich	Tauglich in Proz. der end- gültig Abgefertigten					
			1902	1903	1904	1905	1906	1907
I. Auf dem Lande ge- borenen:								
a) in der Landwirt- schaft tätigen . . .	129 571	76 100	61,0	60,0	59,1	60,2	60,2	58,7
b) im Gewerbe usw. tätigen	185 772	106 783	60,2	59,2	58,2	58,5	58,3	57,5
II. In der Stadt geborenen:								
a) in der Landwirt- schaft tätigen . . .	15 624	8 874	60,1	57,9	58,0	57,8	58,6	56,8
b) im Gewerbe usw. tätigen	199 367	99 420	54,7	53,0	52,6	51,3	50,5	49,9
Summa: Deutsches Reich	530 334	291 197	58,5	57,1	56,4	56,3	55,9	54,9
Differenz zwischen Ia und IIb	—	—	6,3	7,0	6,5	8,9	9,7	8,8

Diese wenigen Zahlenreihen dürften genügen, um den Beweis zu erbringen, daß der Arzt die arbeitenden Klassen nicht nur während der Schulzeit, sondern auch auf dem ferneren Lebenswege, der so häufig zu den Toren der Fabriken führt, geleiten muß, dann wird die Lebenstüchtigkeit des deutschen Volkes erhalten bleiben, dann wird sich der Wunsch jedes Patrioten erfüllen, der Wunsch, dem Georg Evert²⁾ erst kürzlich wieder in seiner Arbeit über die Herkunft der deutschen Soldaten Ausdruck verliehen hat: daß unserem Volke seine überlieferte Wehrkraft gewahrt bleiben wird bis in die fernsten Zeiten!

Sitzung vom 24. Juni 1909.

Vorsitzender: Herr Mayet. Schriftführer: Herr R. Lennhoff.

Herr A. Gottstein trägt vor über „Unfallstatistik“. Es gibt wenige Gebiete der medizinischen Statistik, denen man eine so eingehende Durcharbeitung nachrühmen darf, wie die Unfallstatistik; und zwar gilt dies sowohl für die Sammlung und Teilung des Materials, wie für dessen monographische Behandlung. Es erklärt sich dies einfach aus den praktischen Gesichtspunkten; denn staatliche und private Unfallversicherungen bedürfen der eingehendsten Bearbeitung des Stoffes nach Alter und Geschlecht, nach der Art der Unfälle und vor allem nach der Verteilung auf die verschiedenen Berufsarten. Namentlich die amtliche preußische Statistik gibt für die einzelnen Jahre eine außerordentlich eingehende

¹⁾ Vgl. Dr. Walter Claaßen im Archiv für Rassen- und Gesellschafts-Biologie, 6. Jahrgang, 1909, Heft 1, S. 73.

²⁾ Georg Evert: „Die Herkunft der deutschen Unteroffiziere und Soldaten am 1. Dezember 1906“. Zeitschrift des Kgl. Preuß. Statist. Landesamts. Ergänzungsheft XXVIII, Berlin 1908.

Durcharbeitung des Materials. Es ist nicht meine Absicht, hier das ganze Gebiet der Unfallstatistik systematisch zu behandeln; ich will vielmehr Ihnen aus einigen ausgewählten Zahlenreihen diejenigen bemerkenswerten Schlußfolgerungen vorführen, welche Schlußfolgerung einige Streiflichter auf den Zusammenhang zwischen den Unfällen und den Fortschritten der Kultur und Medizin zulassen. Was zunächst die tödlichen Unfälle betrifft, so bietet die folgende Tabelle Anhaltspunkte für deren Verteilung nach einzelnen Ländern:

In den Jahren 1896—1900 erlagen tödlichen Unfällen auf 1 Million Einwohner ¹⁾

in England	568
„ Schottland	720
„ Irland	419
„ Norwegen	415
„ Österreich	335
„ Schweiz	623
„ Belgien	344
„ Italien	362
„ Deutschland	384
„ Frankreich	388

Es bestehen also nicht unerhebliche Schwankungen nach den einzelnen Ländern. Dasselbe findet man, wenn man z. B. (das Gesundheitswesen des preußischen Staates im Jahre 1907) in Tabelle 12 die Verteilung der tödlichen Verunglückungen auf die einzelnen Provinzen einsieht. Hier stehen

Ostproußen mit	7,36
Westfalen „	8,02
Rheinland „	7,26

tödlichen Verunglückungen auf 10000 lebende Männer an der Spitze, während z. B. der Landespolizeibezirk Berlin nur 3,93, Hohenzollern und Hessen-Nassau wenig über 4 aufweisen. Der Grund dieser Verschiedenheit wird sofort klarer, wenn man die einzelnen Ursachen der tödlichen Verunglückungen einsieht. Es starben z. B. nach Prinzing von 100 Verunglückten durch Ertrinken in Preußen 28 Männer, in Norwegen 69,5, durch Sturz in Preußen 19,7, in der Schweiz 33,3, durch Überfahren in Frankreich 21,2, in Norwegen 2,6 Männer. Die spezifische Lebensgefahr der einzelnen Länder im Kampf gegen Naturgewalten geht aus diesen Zahlen deutlich hervor. Wenn man zur Aufklärung der Frage, wie Naturgewalten und Gefahren der Kultur sich zueinander verhalten, die einzelnen Ursachen der tödlichen Unfälle planmäßig erforscht, so ergibt sich durchweg für alle Länder, daß die ersteren das Übergewicht haben, namentlich soweit der Tod durch Ertrinken in Betracht kommt. Er veranlaßt fast überall mehr als ein Viertel aller Todesfälle. Daneben spielen nur eine untergeordnete Rolle Erfrieren, Blitzschlag, Verschüttung usw. Unmittelbar nach dem Ertrinkungstode kommen die Todesfälle durch Überfahren, Maschinengefahr an zweiter Stelle. Das Überwiegen der Lebensgefahr durch Einwirkung von Naturgewalten ist als eine interessante Erscheinung von allgemeiner Geltung anzusehen.

¹⁾ Statistique internationale du mouvement de la population, Paris 1907.

Eine weitere Frage ist die, wie sich bei geschichtlicher Betrachtung die Gefahr der tödlichen Unfälle in längeren Zeiträumen verhält, ob sie im Steigen oder Abnehmen begriffen sind. Wie ich schon früher an dieser Stelle einmal ausführte, besitzen wir statistische Nachweisungen über die Todesursachen, die bis zum 17. Jahrhundert zurückreichen. Die Tabelle von Graunt aus dem 17., diejenigen von Kundtmann und Süßmilch aus dem 18. Jahrhundert geben uns Aufschlüsse über die Todesursachen der damaligen Zeit. In London betrug nach Graunt der Prozentsatz der tödlichen Unfälle einschließlich Selbstmord und Mord 1,4 auf 100 Todesfälle; hundert Jahre später nach Süßmilch 1,6 Proz. In Berlin beträgt er heute 4,2, wovon allerdings ein erheblich größerer Bruchteil als früher auf Selbstmorde durch Erhängen, Ertränken, Erschießen und Vergiften kommt. In jener Zeit spielten eine Reihe gewaltsamer Todesursachen eine gewisse Rolle, die heute wesentlich zurückgetreten oder fast ganz verschwunden sind, wie Hinrichtung, Erfrieren, Verhungern. Tod durch Ertrinken machte bei Graunt 30 Proz., bei Süßmilch 100 Jahre später in London 29,5 Proz. aller tödlichen Unfälle aus. In Berlin betrug der Prozentsatz der Ertrunkenen 1906 trotz der großen Zahl der Selbstmorde nur 8 Proz., nach deren Abrechnung sogar nur 4 Proz. aller unfreiwillig tödlichen Unfälle. Natürlich sind aus dieser Zahl keine Schlüsse zu ziehen, da die meisten Todesfälle an Ertrinken nicht in Berlin selbst, sondern in dessen Umgebung eintreten. Im übrigen kamen auf Selbstmord in Berlin 47 Proz., in London in jenen alten Tabellen nur 8 bzw. 12,7 Proz. auf 100 tödliche Unfälle. Nach den Aufzeichnungen von Kundtmann für Berlin und Breslau kamen auf 6—7000 Todesfälle nur 52 durch tödliche Verunglückung, tödliche Unfälle durch Überfahrenwerden, Maschinen usw. fielen eben ganz oder fast ganz aus. Die zuverlässigeren Zahlen des 19. Jahrhunderts lehren die Tatsache, daß in diesem Zeitraum im ganzen die Zahl der tödlichen Verunglückungen nicht zugenommen hat, ja vielleicht sogar, sofern man trotz der verschiedenen Art der Aufnahmen Schlüsse ziehen darf, in Preußen von 1816 bis 1900 bei Männern von 65 auf 62, bei Weibern von 22 auf 15 für 100000 Lebende zurückgegangen ist.¹⁾ Dieselbe Erscheinung ergibt sich für England, Norwegen und Schweden. Zuverlässigere Vergleichsobjekte sind die Zusammenstellungen von Freiherrn von Fircks aus der preußischen Statistik 1879 und die neuesten Zahlen für Preußen, für die eine gleichartige Aufnahme stattfand. Es starben infolge von tödlichen Unfällen auf 10000 lebende Männer:

	1869	1907
in der Provinz Preußen	9,1	7,36
„ Brandenburg	6,1	6,38
„ Pommern	7,7	5,9
„ Schlesien	8,4	7,9
„ Sachsen	6,5	5,8
„ Westfalen	6,6	8,02
im Rheinland	6,3	7,2 usw.

Diese Zahlen sind im hohen Grade auffallend. In jenem Zeitraum hat die Industrie einen außerordentlich bedeutenden Aufschwung genommen und mit dieser haben die Gefahren für das Leben eine ungewöhnliche Steigerung erfahren. Alle Verkehrsmittel haben sich in einem Maße vermehrt, für die eine Zahlenangabe

¹⁾ Prinzing l. c.

mir erlassen werden kann. Jeder von uns weiß, welche Lebensgefahr mit dem Passieren der Straße in der Großstadt verbunden ist und welche Verlustliste durch Überfahren jeden Tag der Polizeibericht meldet, und trotz alledem keine Zunahme, sondern sogar eine, wenn meist kleine Abnahme der tödlichen Unfälle. Wir dürfen aus dieser Tatsache einen stolzen Schluß ziehen. Wir müssen annehmen, daß die Gelegenheit zum Verunglücken durch Überfahren und durch industrielle Schäden ganz außerordentlich gesteigert ist; was dagegen ganz erheblich abgenommen hat, ist deren Lebensgefährlichkeit, und das kann nur die Folge unserer Fortschritte im Rettungswesen und in der Wundversorgung sein. Dieser Schluß läßt sich auch zahlenmäßig an zwei Beispielen beweisen: Oesterlen gibt in seinem Handbuch der Statistik eine Tabelle über die Zahl der tödlichen Unglücksfälle in London und Genf im Jahre 1858. In diese Tabelle sind genau wie in der preußischen Statistik die tödlichen Folgen von Knochenverletzungen und Kontusionen mit eingerechnet. Von 1000 tödlichen Unfällen kamen auf Knochenbrüche und Kontusionen in England 416, in London 410. Wieviel Verletzungen diesen Todesfällen entsprachen, ist unmöglich zu sagen. Wir kennen aber aus der medizinischen Geschichte die Lebensgefahr der komplizierten Knochenbrüche in der damaligen Zeit. Es ist anzunehmen, daß heute die Zahl der Knochenbrüche in der Großstadt beträchtlich höher sein wird, aber es führten in Berlin im Jahre 1905 von 1658 den Krankenhäusern zugeführten, also wohl schwereren Knochenbrüchen der unteren Gliedmaßen in unmittelbarem Zusammenhang mit der Verletzung nur 9 zum Tode; ebenso hatten im Krankenhause von rund 1200 Hieb-, Stich- und Schußwunden nur 41 einen tödlichen Ausgang. Das zweite Beispiel ist die Rolle des Überfahrens als Todesursache in der früheren Zeit und jetzt. Bei den alten Autoren spielt das Überfahren kaum eine Rolle. Immerhin waren in London im 18. Jahrhundert mehr als 1 Proz. tödlicher Unfälle dadurch bedingt. Im Jahre 1869 starben an Überfahren durch Fuhrwerk und die Eisenbahn im Staate Preußen 15 Proz., und zwar männliche Erwachsene 15,9, männliche Kinder 10,8, weibliche Erwachsene 7,2, weibliche Kinder 10,8 Proz. Im Jahre 1894—97 wurden in Preußen männliche Kinder 10 Proz., männliche Erwachsene 15,6, weibliche Kinder 11 Proz., weibliche Erwachsene 8 Proz. durch Überfahren getötet. Wenn trotz der enorm gesteigerten Gefährdung die Zahl der Todesfälle kaum eine Veränderung erfahren hat, so kann dies nur die Folge des außerordentlich verbesserten Rettungswesens und der erfolgreicheren Wundbehandlung sein. — So viel über die tödlichen Unfälle. —

Für uns sind von ebenso großem Interesse die nicht tödlich endenden Unglücksfälle. Ich will hier nicht über deren Dauer, über die Wiederherstellung der Gesundheit und Erwerbsfähigkeit sprechen, weil gerade dieses Kapitel mehr die soziale Versicherung interessiert; ich selbst aber habe an der Zahl der Unfälle nur insoweit ein Interesse genommen, als ihre Bergung, Versorgung und Unterbringung für den Kommunal-Hygieniker von besonderer Bedeutung ist. Mir liegt daran, vor Ihnen eine Tatsache zu betonen, die mir lange nicht genügend gewürdigt zu sein scheint, nämlich die Rolle, welche die Unglücksfälle für die Inanspruchnahme der städtischen Krankenhäuser spielen. In der Neuzeit hat das Hauptinteresse der Kampf gegen die Infektionskrankheiten, insbesondere gegen die Tuberkulose erweckt und man hat vielfach hierbei die Tatsache nicht genügend eingeschätzt, daß Unglücksfälle einschließlich Selbstmordversuchen anscheinend den größten relativen Anteil an den Krankenhausfällen haben. Mir war diese Tatsache aus den Berichten des Charlottenburger städtischen Krankenhauses genau

bekannt. Da dessen Zahlen aber durch die verhältnismäßig geringe Höhe nicht so beweiskräftig sein können, so habe ich das neueste statistische Jahrbuch der Stadt Berlin mit seinem außerordentlich viel größeren Material herangezogen. Von etwas mehr als 100 000 1906 im Krankenhause Behandelten kamen nahezu $\frac{1}{4}$ auf Infektionskrankheiten, darunter 5900 auf Tuberkulose der Lungen; ferner 2800 auf Krebs, 5700 auf Nervenkrankheiten, 8000 auf Krankheiten der Atmungsorgane. Ebensoviele nun wie auf die letztere Sammelabteilung kommen auf Verletzungen, nämlich rund 8000 Fälle, darunter Quetschungen und Zerreißungen 2800, Knochenbrüche 1600, Wunden nahezu 1200. Die Krankenhäuser beherbergen also ganz erheblich mehr Insassen, die ihnen wegen Verletzungen zugeführt werden, als solche, bei denen Tuberkulose oder eine der akuten Infektionskrankheiten der Grund der Überführung ist. Es handelt sich aber hier nur um die unmittelbaren Folgen der Verletzung. Die mittelbaren Folgen drücken sich dadurch aus, daß den Krankenhäusern nahezu 3000 Fälle von Zellgewebsentzündungen zuzugingen. Es handelte sich hier um schwerere, meist operative Fälle, von denen ohne weiteres angenommen werden darf, daß ein ganz erheblicher Bruchteil die Folge vernachlässigter kleinerer Verletzungen war. Rechnet man hierzu noch 800 Fälle von Verbrennung und Erfrieren, 1350 Fälle von Vergiftungen, so ergibt sich, daß Unfälle und ihre Folgen den Krankenhäusern mehr Material zuführen, als z. B. die Magen-Darmkrankheiten und daß von allen Krankheitsgruppen nur diejenigen der sämtlichen infektiösen und parasitären Krankheiten (einschließlich Syphilis usw.) mit 24 Proz. des Gesamtbestandes die Gruppe von Unfällen übertrifft.

Der Zweck dieser letzten Ausführungen ist der, darauf hinzuweisen, daß die Vertreter der Wohlfahrtseinrichtungen, der Kommunalbehörden und Versicherungskörper allen Grund haben, über dem unerläßlichen Kampf gegen die Infektionskrankheiten die Sorge für die schleunige zweckmäßige Versorgung und Unterbringung der Unfallverletzten nicht aus dem Auge zu lassen.

Sitzung vom 21. Oktober 1909.

Vorsitzender: Herr Mayet. Schriftführer: Herr R. Lennhoff.

Herr J. Kaup-Berlin trägt vor über „**Sozialhygienische Reisestudien aus Schweden und Norwegen**“. Seit Jahren hat die Zentralstelle für Volkswohlfahrt die Gepflogenheit, Informationsreisen zum Studium der Wohlfahrtseinrichtungen in verschiedenen Teilen des Reiches und des Auslandes zu unternehmen. Die Auswahl der Teilnehmer an diesen Reisen (hauptsächlich beteiligen sich daran Delegierte der einzelnen Regierungen, Verwaltungsbeamte, Gewerbeinspektoren, Medizinalbeamte, Fabrikbesitzer und andere auf dem Gebiete der Volkswohlfahrt tätige Personen) bringt es mit sich, daß sich während des Zusammenseins Gelegenheit zum Austausch von Erfahrungen auf den verschiedensten Wohlfahrtsgebieten bietet, und namentlich bei der Besichtigung der einzelnen Einrichtungen Anlaß zu kritischen Bemerkungen und Vergleichen an Ort und Stelle gegeben ist. Schon vor acht Jahren berührten die Teilnehmer einer derartigen Informationsreise Göteborg in Schweden und waren über die Fülle der vorhandenen Wohlfahrtseinrichtungen in hohem Grade erstaunt. Schon damals dachte man daran, bei geeigneter Gelegenheit dieses interessante nordische Land genauer zu studieren. Diese Gelegenheit ergab sich im vergangenen Sommer. Die Reise erstreckte sich, von Trelleborg ausgehend, fast auf Südschweden, einen Teil Mittelschwedens, besonders auch auf das schöne Darlekarlien

und endete in der Hauptstadt des Landes, in Stockholm. Von mir allein wurde im Anschlusse daran noch ein kurzer Abstecher nach Norwegen gemacht.

Der sozialhygienische Kulturzustand Schwedens und auch Norwegens kann ohne einen Rückblick auf eine Periode hygienischen Tiefstandes nicht richtig beurteilt werden. Diese Periode lag um die Wende des achtzehnten Jahrhunderts und erstreckte sich bis zur Mitte des vergangenen Jahrhunderts. Es war die Zeit tiefen moralischen und körperlichen Verfalls des schwedischen Volkes, der durch eine ausgebreitete Trunksucht bewirkt worden war. Der Grund für diesen Alkoholmißbrauch lag in der Verbreitung der Hausbrennereien über das ganze Land. Besonders seit dem Jahre 1810, als die Königliche Regierung die Herstellung von Branntwein als zum Hausbedarfe gehörig nicht bloß Bauern sondern auch Hausbesitzern und Mietern in den Städten freigab, war die Zahl der Brennereien eine überaus große. Man zählte damals für das Land etwa 173000 Hausbrennereien. Der Branntweinkonsum stieg von Jahr zu Jahr und erreichte wahrscheinlich im Jahre 1830 mit 46 Litern pro Kopf und Jahr der Bevölkerung sein Maximum. Namentlich in adeligen Kreisen, aber auch unter den Männern der breiten Volksschichten äußerte die Branntweinpest die verheerendsten Wirkungen. Fahlbeck's Werk über den Adel Schwedens bringt erschütternde Beweise für den verderblichen Einfluß dieses Mißbrauches auf das Familienleben. Von 2500 Familien einfacher Edelleute waren binnen 200 Jahren, also etwa nach sechs bis sieben Generationen, 2000 ausgestorben, und von 560 Familien von Grafen und Baronen 360. Die Lust zu einer Familiengründung war in diesen Kreisen bedeutend gesunken. Für die einzelnen Generationen wurde von Fahlbeck der Nachweis geführt, daß in der zweiten Generation von 100 heiratsfähigen Männern noch 68, in der sechsten Generation jedoch nur noch 35 heirateten. Trotz dieser geringen Zahl von Eheschließungen blieben die Ehen in zunehmendem Maße steril, in der ersten Generation wurden 10 Proz., in den späteren Generationen 20 Proz. und in der sechsten Generation 70 Proz. der Ehen steril. Gleichzeitig ging auch die Kinderzahl in den einzelnen fruchtbaren Ehen zurück. In den ersten Generationen entfielen auf eine Ehe fast fünf Kinder, in der sechsten Generation nurmehr ein Kind. Aber die wenigen Kinder waren deswegen nicht kräftiger, sondern zeigten im Gegenteil eine sehr geringe Lebenskraft. Während in den ersten Generationen die Sterbequote von 100 Gestorbenen männlichen Geschlechts bis zum Alter von 19 Jahren 24 Proz. betrug, stieg diese in den späteren Generationen bis 38 Proz. an. Aber nicht nur in den adeligen Kreisen des Volkes äußerten sich die Folgen des Alkoholmißbrauches in dieser verheerenden Weise, auch die hauptsächlich mit Landwirtschaft beschäftigte übrige Bevölkerung des Landes war nicht minder in Mitleidenschaft gezogen. Die Männersterblichkeit war um das Jahrzehnt 1821—1830 herum doppelt so hoch als jetzt, und in den einzelnen Altersklassen von etwa 20 bis zu 60 Jahren um 25 bis 53 Proz. höher als die der Frauen, auch ein Beweis, daß hauptsächlich die Männer sich dem Trunke hingaben. In keiner Periode der letzten Jahrhunderte war die Gesamtsterblichkeit in Schweden so groß als in der ersten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts. In dieser Periode des tiefen Verfalls rafften sich in verschiedenen Teilen des Landes um das Volkswohl und die Zukunft des Landes besorgte Männer auf und verlangten ein energisches Einschreiten der Regierung. Den ersten Anstoß hierzu gab die Kupferbergwerksgesellschaft in Falun, jenes Unternehmen, das zur Zeit der Schwedenkriege mit dem Reichtum aus den Kupfererzen die Hauptlasten der Kriegskosten zu be-

streiten hatte. Von dieser Seite wurde zuerst der Vorschlag gemacht, die Branntweinproduktion durch gesetzliche Maßnahmen einzuschränken oder wenigstens die Produktion in bestimmter Weise zu regeln. Die einzelnen Vorschläge und Versuche führten zu einer bestimmten Alkoholgesetzgebung, die sich mit Verordnung vom Jahre 1854 auf folgende Punkte erstreckte: „Die Hausbedarfsbrennereien sind aufzuheben und durch einen besteuerten Fabrikationsbetrieb zu ersetzen. Nur der Großhandel ist freizugeben, der übrige Branntweinhandel in Kleinverkauf und Ausschank zu teilen und den Kommunen das Selbstbestimmungsrecht zu lassen, ob innerhalb der Stadtgrenzen ein derartiger Handel betrieben werden dürfe oder nicht. Der Betrieb soll in Form einer Konzession gemeinnützigen Gesellschaften übertragen werden. „Eine solche Gesellschaft“, heißt es in dem Gesetze, „soll stets darauf ausgehen, im Interesse der Sittlichkeit den Detailhandel in Branntwein und ähnlichen Getränken zu ordnen und zu handhaben; sie ist jedoch nicht berechtigt, aus dem Handel einen weiteren Gewinn zu ziehen als die üblichen Zinsen des eingeschossenen Kapitals“. Die Schankwirte der Aktiengesellschaften sollten lediglich für Speise und alkoholfreie Getränke eine Provision erhalten, nicht aber für den Branntweinverkauf. Jedoch ist die Gesellschaft berechtigt, einen Teil ihrer Privilegien an Hotels, Restaurants und Klubs zu überlassen. Von Göteborg aus bürgerte sich dieses System allmählich ein. Jetzt finden wir in 83 von 92 Städten des Landes und in 11 Marktflecken das System eingebürgert. Der Erfolg war im allgemeinen nicht unbefriedigend. Für das ganze Land ging der Branntweinkonsum von 46 Litern pro Kopf und Jahr im Jahre 1830 auf 11 Liter im Jahrzehnte 1871—1880 und weiter bis auf 7 Liter zurück. In den letzten Jahren jedoch scheint der Branntweinkonsum wieder etwas anzusteigen. In Göteborg selbst wurde im Jahre 1874—1875 noch ein Branntweinkonsum pro Kopf von 27 1/2 Litern festgestellt. Damals kam ein Ausschank auf 2500 Einwohner: im Jahre 1906/7 war der Branntweinkonsum auf 13,7 Liter pro Person zurückgegangen und ein Ausschank kam auf 9200 Einwohner. Mag man nun über das Göteborger System und seine Anwendbarkeit für Deutschland denken wie man will, der tatsächliche Erfolg für Schweden darf nicht unterschätzt werden, und namentlich ist auch hervorzuheben, daß wenigstens die ländliche Bevölkerung durch die Beseitigung der Hausbrennereien dem Branntweingenuß immer mehr entfremdet wurde. In den Städten bürgert sich jetzt allerdings in steigendem Umfange der Biergenuß ein. Man trinkt in Schweden ein ziemlich schweres Bier mit 4—5 Proz. Alkohol. Der Konsum ist von 11,1 Litern im Jahrzehnt 1861—1870 auf 17 Liter im nächsten Jahrzehnt und auf 27,6 Liter im Jahresfünft 1891—1895 angestiegen. Ganz ähnliche Verhältnisse zeigten sich in Norwegen. Auch hier verbreiteten sich zu Anfang des vorigen Jahrhunderts Hausbrennereien im ganzen Lande. So wurden im Jahre 1845 11000 Branntweinkessel gezählt, und wie in Schweden wurde seit 1871 das Aktiengesellschaftssystem nach Göteborger Muster versucht. Mit Gesetz vom Jahre 1894 jedoch ist dem norwegischen Volke, bzw. der Bevölkerung der einzelnen Städte das Recht eingeräumt, durch allgemeine Abstimmung, also ein Referendum aller männlichen und weiblichen Personen über 25 Jahre, über das Bestehen oder Nichtbestehen der Branntweinaktiengesellschaften in den Gemeinden entscheiden zu lassen. Zum Unterschiede von der schwedischen Einrichtung, nach der die Aktiengesellschaften nur ganz allgemein verhalten sind, den Überschuß für gemeinnützige Zwecke zu verwenden, und gerade dadurch viele Mißbräuche zustande kommen, ist für Norwegen bestimmt, daß der Reingewinn dieser Samlags über 5 Proz. Dividende zu

65 Proz. an den Staat, 15 Proz. an die Kommunen und 15 Proz. für andere gemeinnützige Unternehmungen abzuführen ist. Alle sechs Jahre erfolgt ein neues Referendum der Gemeindeinsassen über das weitere Bestehen der Aktiengesellschaften. Auf dieser Studienreise war Gelegenheit geboten, das Göteborger System in Göteborg selbst, in Gefle und Stockholm zu studieren. Die Schanklokale gleichen nicht unseren Gasthäusern, sondern mehr unseren Destillen, besonders die stattliche Reihe großer Branntweinfässer und anderer Branntweinbehälter in den Verkaufsräumen macht einen ungünstigen Eindruck. Zu bestimmten Tageszeiten, wie namentlich zwischen 12 und 2 Uhr mittags, wird Schnaps nie allein, sondern nur im Zusammenhang mit einer Speiseaufnahme abgegeben; aber einige Aktiengesellschaften lassen diese Vorsicht z. B. von 10 bis 12 Uhr vormittags außer acht. An diesen Schankstellen wird auch Branntwein in größeren Gebinden — Eineinhalb- oder Zweiliterflaschen — verkauft. Gerade dieser Verkauf in großen Mengen gewährt einen traurigen Einblick in die Alkoholdurchseuchung vieler Arbeiterfamilien. Immerhin hat Schweden und Norwegen, international betrachtet, einen recht geringen Alkoholkonsum in Form von Branntwein, Bier und Wein — Schweden etwa von 4,5 Liter, auf 100proz. Alkohol berechnet, Norwegen von 2,7, und nur Finnland mit 1,8 Liter hat die Bekämpfung des Alkoholmißbrauchs durch ein ähnliches System noch wirksamer durchgeführt. Bekanntlich ist der Alkoholkonsum nach dieser Berechnung für das Deutsche Reich etwa 10 Liter pro Kopf, für Frankreich 16 Liter. Die moralische Kraft, die sich in dieser immerhin wirksamen Art der Trunksuchtbekämpfung äußerte, führte jedoch zu noch erfreulicheren Erscheinungen. Männer, wie Wieselgren und Magnus Hus hoben in beredten Worten den sittlichen Wert absoluter Nüchternheit für die einzelne Person hervor, und gerade in den geistig hochstehenden Kreisen Schwedens fanden diese Gedanken fruchtbaren Boden. Namentlich — und dies ist für die Abstinenzbewegung Schwedens charakteristisch — begeisterte sich die studentische Jugend für die vollkommene Abstinenz. Der Enthaltensamkeitsverein der schwedischen studentischen Jugend zählt jetzt über 10 000 Mitglieder. In den beiden alten Universitätsstädten Lund und Upsala ist jeder vierte Student Abstinent. In den Lehrerseminaren zählt man 60 bis 70 Proz. Abstinenten, und in Stockholm allein befinden sich 120 Enthaltensamkeitsvereine. Die Gesamtzahl der Abstinenten Schwedens wird mit dreimalhunderttausend nur annähernd richtig bezeichnet.

Die ethische Kraft dieser Selbstbesinnung und Selbstzucht mußte sich natürlich auf allen Gebieten geistigen und auch wirtschaftlichen Schaffens günstig äußern. Es ist doch höchst wahrscheinlich, daß eine Reihe von Einrichtungen und Institutionen Ende der 60er und in den 70er Jahren auf diese völkische Wiedergeburt zurückzuführen ist. Namentlich auf dem Gebiete erzieherischer und hygienischer Jugendfürsorge sind eine Reihe mustergültiger Einrichtungen vorhanden, die wir nun besprechen wollen. Jedem Kenner der Bevölkerungsstatistik fällt für Schweden und Norwegen vor allem auf, daß die Säuglingssterblichkeit in den letzten Jahrzehnten so überaus niedrig ist; sie war zu Beginn des vergangenen Jahrhunderts ungefähr 20 Proz. und ist jetzt für das Land auf 9,2 Proz., in Norwegen sogar noch etwas niedriger herabgesunken. Zum Unterschiede von den deutschen Verhältnissen ist die Säuglingssterblichkeit in den Städten Schwedens mit 11,2 Proz. höher als auf dem Lande mit 8,6 Proz. Nachforschungen über die Ursachen dieser so überaus niedrigen Säuglingssterblichkeit ergaben, daß in Schweden die Frauen im ganzen Lande und auch zum großen

Teile noch in den besser situierten Kreisen die Lust und auch die Fähigkeit besitzen, ihre Kinder an der Brust zu nähren. In manchen Landesteilen herrscht die Gepflogenheit, die Kinder zwei, ja sogar bis zu drei Jahren ganz ähnlich wie in Japan zu stillen. Man sieht oft Kinder auf der Straße herumlaufen, die, etwa schon zwei Jahre alt, im nächsten Moment die Lust verspüren, an der mütterlichen Brust den Hunger in höchst einfacher Weise zu stillen. Den Rassenhygieniker regt diese gesunde Stillfähigkeit der Frauen zum Nachdenken an. Nach der Bunge'schen Theorie müßten die Töchter dieser alkoholdurchseuchten Väter dauernd stillunfähig sein. Von dieser Degeneration der schwedischen Frauen ist jedoch keine Spur zu finden. Die Fähigkeit des Stillens ist allerdings auch durch besondere Schonung und durch gute Ernährung der Frauen sichergestellt. Die niedrigen Zahlen der Totgeburten mit 2,5 Proz. in Schweden und 2,6 Proz. in Norwegen gegenüber 3,3 Proz. in Deutschland und 4,6 Proz. in Belgien und Frankreich weisen auf diese Schonung und zugleich auf die kräftige Konstitution der schwedischen Frauen hin. Bekanntlich ist auch die Wochenbett-hygiene durch vorzüglich ausgebildete Hebammen auf einer Stufe, wie kaum in einem anderen Lande. Eine Behinderung der Frauen am Selbststillen durch Berufsbeschäftigung außer Hause kommt für Schweden nur in wesentlich geringerem Umfang in Betracht als etwa für Deutschland. In den Hauptindustrien des Landes, Eisen- und Holzindustrie, finden kaum Frauen in ausgedehntem Maße Beschäftigung.

Ist für die Gesunderhaltung der Kinder im zartesten Lebensalter in Schweden schon so ausgezeichnet gesorgt, so kann man diese Fürsorge in gleichem Umfang auch im schulpflichtigen Alter finden. Die Einrichtung einer neueren Volksschule, z. B. in Gefle, deutet bereits bestimmte Unterschiede gegenüber unseren Schulen an. Einsitzige Bänke sind in den einzelnen hellen und luftigen Schulklassen vorhanden, außer großen Turnhallen, in denen an Leitern und anderen Apparaten schwedische Gymnastik getrieben wird, sind besondere Räume für Näh- und Zeichenunterricht vorgesehen, biologische Belehrung wird in einem besonderen Saale geboten, in dem auch ein Projektionsapparat aufgestellt ist. In den Kellerräumen der Schule befinden sich außer den Brausebädern auch ein finnische Heißluftbad und ein besonderes Bassin, die von den Kindern monatlich zweimal in großer Zahl benutzt werden (etwa 76 Proz. Beteiligung in dieser Schule). Hier unten ist auch noch eine Schulküche eingerichtet, und zwei Räume sind für den für Schweden charakteristischen Slöjdunterricht vorgesehen.

Dieser letztere Unterricht verdankt seine Entstehung der Initiative eines edlen Menschenfreundes, des Kaufmanns August Abrahamson, der im Vereine mit seinem Neffen Otto Salomon die ersten Slöjdschulen in Nääs bei Göteborg im Jahre 1872 mit 16 Schülern errichtete. Diesem Unterrichte lag die Absicht zugrunde, die Arbeitsfreude und Schaffenskraft in der Jugend durch die Ausbildung einer besonderen Handfertigkeit zu heben und dadurch neue Anregungen für die schwedische Heimarbeit, den sogenannten Hausfleiß zu geben. Im Jahre 1874 wurde eine gleiche Schule für Mädchen eröffnet, und bald entstanden in allen Teilen Schwedens derartige Schulen, die später direkt in den Lehrplan der Volksschulen aufgenommen wurden. Jetzt besteht in Nääs ein Seminar zur Ausbildung von Lehrern und Lehrerinnen im Handfertigungsunterricht, in dem jedoch auch Haushaltungs- und Kochunterricht, Gartenarbeit, Volksspiele und Volkstänze gepflegt werden. Den Teilnehmern der Informationsreise machte dieses Seminar tiefen Eindruck. Ueber 200 Lehrer und Lehrerinnen, darunter viele Ausländer,

namentlich aus Schottland, begrüßten die Reiseteilnehmer und ließen ihre Schüler unter Gesang ihre Arbeiten, hauptsächlich Tischlerarbeiten, vorführen. Graziöse Ballspiele, Tänze und Singspiele in reizender Umrahmung gewährten einen tiefen Einblick in die gesunde und freie Kultur schwedischen Lebens.

In einer anderen Gegend Schwedens entstand von anderen Voraussetzungen aus ein überaus wertvolles Bildungsinstrument für die ländliche Bevölkerung. Der schwedische Bauernstand besaß von Alters her eine Reihe von Vorrechten, die durch die Reichstagsordnung im Jahre 1866 neuerdings bestätigt wurden und auch weiterhin die Bauern zu einflußreichen Personen in der zweiten Kammer des Reichstages machten. Diese politische Bedeutung des Bauernstandes regte bei einigen Persönlichkeiten den Gedanken an, die geistige Bildung der Bauern auf ein höheres Niveau zu heben. Ola Andersson versuchte dies zuerst in der Nähe von Malmö durch die Gründung einer einfachen Bauernhochschule, fand aber lange nicht die richtige Form. Erst die zu gleicher Zeit entstandene Volkshochschulbewegung in Dänemark gab einen neuen Anstoß. In einem jungen Privatdozenten der Geologie in Lund, Dr. Holström, wurde eine überaus geeignete Persönlichkeit zur weiteren Ausgestaltung gefunden. Jetzt sind im ganzen Lande etwa 40 Volksschulen errichtet. Überall wird den jungen Bauern im Alter von 18 bis 20 Jahren und darüber ein sechsmonatlicher Kursus im Winter gehalten, in dem auch Gesundheitslehre und körperliche Ausbildung nicht vergessen werden; die Bauernmädchen erhalten im Sommer drei Monate hindurch in einer Art Mutterschule Haushaltungs- bzw. Kochunterricht mit Unterweisung in Kinderpflege und Gesundheitslehre. Durch diese Einrichtungen werden gesunde Kenntnisse auf dem Lande verbreitet, die Volkskultur auf ein hohes Niveau gebracht und für weitere Aufgaben befähigt.

Auch in den Städten Schwedens sind Haushaltungsschulen vielfach eingerichtet. Fast in allen besichtigten Fabriken, z. B. in Gröngesberg, Domnarfretna, werden Mädchen nach der Ausschulung tagsüber unterwiesen und die Räumlichkeiten in den Nachmittagsstunden von den erwachsenen Töchtern der Werksangehörigen für weitere Ausbildung benutzt. Gerade die hauswirtschaftliche Unterweisung erfreut sich in Schweden einer weitaus größeren Verbreitung und Vertiefung als in allen anderen Staaten und namentlich auch in Deutschland. Sogar im schwedischen Heere sind in den sogenannten Soldatenheimen Einrichtungen vorgesehen, die wohl kaum in einem andern Lande ihresgleichen finden. In den Kantinen wird kein Alkohol verabfolgt, das Heim wird durch besondere Schreib- und Lesezimmer, Bibliothek und Vortragssäle einem Familienheime möglichst ähnlich gemacht. Sogar im Anschluß an die Räumlichkeit jeder einzelnen Kompagnie sind zwei Räume für Belehrungs- und Erholungszwecke vorgesehen. Für die kurze Dienstzeit der jungen Männer wird auf die körperliche Ausbildung der schwedischen Gymnastik ein Hauptgewicht gelegt; für die Reiseteilnehmer war es ein Genuß, die jungen Männer hier an der Arbeit zu sehen.

Ganz eigenartig hat sich das Studentenleben Schwedens entwickelt. Die alten Universitätsstädte Upsala und Lund sind im Besitze großer Stiftungen. So besitzt z. B. Lund eine Stiftung von 20 Millionen Kronen, deren Zinsen als Stipendien an zahlreiche Studenten zur Verteilung kommen. Die Studenten sind je nach dem Landesteil, aus dem sie stammen, in Nationen geteilt, und jede Nation besitzt ihr eigenes Heim. In gemeinsamen Gebäuden sind Säle für Gymnastik, Versammlungs-, Klub- und Lesezimmer untergebracht. Kulturhistorische Museen und eine große Zahl von Denkmälern und sonstigen Erinnerungen an die Ge-

schichte Schwedens regen zum Studium der vaterländischen Geschichte unausgesetzt an, flößen ohne Absicht patriotische Gefühle ein und bringen den Studenten mit dem völkischen Leben in innigste Berührung. Nur so ist es verständlich, daß das schwermütige Volkslied in den schwedischen Studenten begeisterte Anhänger findet. Ein Student aus Upsala, Gustav Sundström, war es, der sogar den Tanz auf eine neue ethische und vaterländische Grundlage zu stellen suchte und im Jahre 1883 zu einer sogenannten Volksleben-Expedition den Anlaß gab. Eine Studentengruppe durchzog das ganze Land, trug alte Lieder vor, erzählte bedeutungsvolle Episoden aus der vaterländischen Geschichte und brachte weiten Volkskreisen die alten Volkstänze wieder in Erinnerung. Es ist schon früher hervorgehoben, daß die schwedischen Studenten auch die eigentlichen Träger der bedeutungsvollen Nüchternheitsbewegung sind. Alle diese Einrichtungen sind geeignet, die individuelle Hygiene der Einzelperson auf eine hohe Stufe zu bringen, auf eine Stufe, die andere Völker in diesem Maße noch nicht erreicht haben.

Die großzügige Art der Volkswohlfahrt bekundet sich jedoch in Schweden noch auf anderen Gebieten. Die Bevölkerung befaßt sich noch hauptsächlich mit Landwirtschaft, aber in den letzten Jahrzehnten ist eine starke industrielle Entwicklung im Zuge. In welcher Weise der Staat diese Entwicklung vorbereitet und vorausschauend in gesunde Bahnen lenken will, das konnten die Reiseteilnehmer bei der Besichtigung der Trollhättanfälle kennen lernen. Nach langem Streit war festgestellt worden, daß der Staat Eigentümer der Wasserkräfte ist, und die Regierung säumte nicht, in großem Umkreise Ländereien aufzukaufen, um sie für spätere industrielle Ansiedelungen nutzbar zu machen. Von Trollhättan bis Göteborg werden in den nächsten Jahrzehnten Fabriken wie Pilze aus dem Boden schießen, um die vollkommenen ausgebeuteten Kräfte der Fälle zu verwerten. Ein bestimmter Bebauungsplan ist vorgesehen und dadurch verhindert, daß die heranströmenden Arbeiter in ungesunde Wohnungsverhältnisse kommen; eine Reihe von schmucken, einfachen Arbeiterhäusern ist bereits errichtet, zu deren Erstellung nach dem Erbbaurechte, das im vergangenen Jahre in Schweden Gesetz wurde, Grund und Boden zu günstigen Bedingungen hergegeben werden. Auch in Stockholm hat die Stadt, veranlaßt durch die hohen Mietzinse und die dichte Bewohnung einzelner Stadtteile für 8 Millionen Kronen ein großes Areal angekauft und zum Teil schon mehrere Häuser für Arbeiterfamilien selbst errichtet, zum Teil den Grund an gemeinnützige Baugesellschaften abgegeben. Ueberall sind große Volksparks und Sportplätze vorgesehen. Auch in privaten Werken, wie z. B. im Eisenwerke Gröngeberg, waren schöne Arbeiterhauskolonien zu finden. Auch Schrebergärten in unserem Sinne fehlen in Schweden nicht. In Malmö z. B. waren mehr als 400 Gärten auf städtischem Gelände mit schönen Sommerhäuschen zu sehen. Hier werden nicht nur einige freie Stunden verbracht, sondern die Familie oder einzelne Glieder derselben verbringen fast den ganzen Sommer dort. Die überaus geschmackvoll ausgestatteten Häuschen und gut gehaltenen Gärten machen den Eindruck, als wenn ein Kurpark vorhanden wäre. Für die Erholung der städtischen Bevölkerung ist überhaupt in Schweden viel geboten. In Göteborg sind nicht weniger als acht Sportplätze zur Verfügung, und in Furovik bei Gefle ist ein Volkspark errichtet, der wohl nirgends seinesgleichen findet. Am Meeresstrande gelegen, etwa zehn Kilometer von Gefle entfernt, hat die Eisenbahngesellschaft hier ein großes Areal für Erholungs- und Belustigungs-, aber auch für Belehrungszwecke hergerichtet; biologische Museen, Aquarien, Tiersammlungen, ein Seehundteich und ein Schwanenteich dienen haupt-

sächlich der Belehrung der heranwachsenden Jugend. Gegen einen mäßigen Betrag für Hin- und Rückfahrt ist die Benutzung aller Einrichtungen und namentlich auch eines Seebades geboten. Es würde zu weit führen, andere städtische Einrichtungen zur Hebung der Volksgesundheit namentlich anzuführen. Die schwedischen Städte können jeden Vergleich mit den Städten irgendeines anderen Kulturstaates aufnehmen. Auch die einzelnen Arbeitgeber haben für die Wohlfahrt ihrer Arbeiter ganz ausgezeichnete und überaus mannigfaltige Einrichtungen geschaffen. In Ermangelung einer Kranken- und Invalidenversicherung sind vielfach Unterstützungs- und Pensionskassen eingerichtet, für Belehrungszwecke Volkshäuser mit Lesezimmern, Bibliotheken erbaut, und namentlich ist eine Fülle von Einrichtungen zum Wohle der Jugend getroffen.

Die eigentliche Fabrikhygiene erfreut sich allerdings in Schweden nicht dieser Ausgestaltung wie in den deutschen Fabriken. Eine eigentliche Gewerbeinspektion existiert nicht; allgemeine Vorschriften dienen zum Gesundheitsschutze der Arbeitspersonen. Das hohe kulturelle Niveau des schwedischen Arbeiters jedoch hat aus eigener Kraft, unterstützt von sozial gesinnten Arbeitgebern zu einer gesunden Lebensführung des Arbeiterstandes geführt. Beim Betreten irgendeiner Arbeiterwohnung zeigt sich dies deutlich: große Reinlichkeit im Hause, anheimelnde Ausstattung der Wohnung; selten sind Geschmacklosigkeiten zu finden. Die Fürsorge für die Kinder seitens der Frau steht auf einer sehr hohen Stufe, das Familienleben ist überhaupt gesund. Die Selbstzucht des schwedischen Arbeiterstandes hat sich ja vor wenigen Monaten höchst wirkungsvoll anlässlich des schwedischen Generalstreiks gezeigt, als für die Dauer des Streiks die Arbeiter von ihren Organisationen zur Abstinenz verpflichtet wurden und diese sie auch tatsächlich hielten.

Charakteristisch für die beiden nordischen Länder ist die überaus hohe Wertschätzung der Frau. Der alte Satz, daß der Grad dieser Wertschätzung die Höhe des Kulturzustandes eines Volkes ausdrücke, ist in Schweden neuerdings bestätigt. Bekanntlich hat die Frauenbewegung von Schweden her viele Impulse erhalten. Frederika Bremer hat im Jahre 1856 in dem Romane „Herta“ die ersten Frauenforderungen präzisiert, und fast in jedem Jahre erlangten die Frauen Schwedens neue Rechte, 1860 das Stimmrecht in den Gemeinden, von 1889 an konnten sie Mitglieder der Armen- und Schulkommission werden, und zurzeit hat der schwedische Reichstag die Frage des politischen Wahlrechts der Frauen der Regierung zum Studium überwiesen. In einer Reihe von Beamtenberufen finden wir in Schweden Frauen, so namentlich im Post- und Eisenbahndienst. Als Kranken- und Gemeindepflegerinnen und in anderen sozialen Diensten sind überall Frauen zu finden, die durch ihren Takt und durch ihre großen Kenntnisse jeden Fremden überraschen.

Vielleicht hat jedoch diese umfangreiche berufliche Betätigung der Frauenwelt Schwedens eine Schattenseite aufzuweisen. In Schweden und Norwegen ist die Zahl der Eheschließungen auffallend zurückgegangen, sie beträgt auf 1000 Personen jetzt nur mehr 5,9, bzw. 6,2 gegen etwa 7,6 und 8 in England und Deutschland. Die Ursache dieses Rückganges scheint doch in der starken Berufstätigkeit der Frauen aus bürgerlichen Kreisen zu liegen. Es ist auch nicht zu verwundern, daß die allgemeine Geburtsziffer für die schwedischen Städte mit 24, für das Land mit 29 geringer ist als in allen anderen Staaten mit Ausnahme Frankreichs. Nur der sehr niedrigen Sterbeziffer, etwa 15, — ein Beweis der hohen hygienischen Kultur der beiden Länder — ist es zu verdanken, daß der

Geburtenüberschuß für Schweden noch 11 und für Norwegen noch 14 pro Mille beträgt. Darin liegt eine Gefahr für die beiden Länder, die eine zahlreichere Bevölkerung ernähren könnten und hoffentlich stets berufen sind Kulturträger ersten Ranges zu bleiben. Das Problem, das auch in den anderen Kulturstaaten noch ungelöst ist — in welcher Weise sich am besten Mutterschaft und Berufsarbeit der Frau vereinigen lassen — harret eben für die mittleren und höheren Stände Schwedens ebenfalls noch der Lösung. Auf dem Lande und auch zum Teile in den Städten Schwedens ist nach einer bestimmten Richtung eine Gesundung dieser Beziehungen angedeutet: Die stets auf einer hohen Blüte befindliche Heimarbeit, der sogenannte schwedische Hausfleiß, ist im letzten Jahrzehnte durch weitsichtige Maßnahmen der Regierung und noch mehr privater Initiative neu belebt worden und hat zu einer wirtschaftlichen Gesundung und starken Verbreitung dieser Arbeitsmethode geführt. Der große Umfang der Heimarbeit deutet eine gesunde Lösung dieser Beziehungen zwischen Mutterschaft und Beruf an. Es wäre nun an der Zeit, wenn andere Staaten, namentlich auch Deutschland, diesem Beispiele folgten.

Überblicken wir den ganzen hygienischen Kulturzustand des schwedischen Volkes, die große Fülle sozialhygienischer Einrichtungen, so müssen wir von Bewunderung für alle Beweise gesunden Volkslebens und aufstrebender hygienischer Volkskultur erfüllt sein. Ein Studium dieser Einrichtungen kann für Reisende aus Deutschland nur die kritische Kraft für die richtige Beurteilung unserer Einrichtungen schärfen, Anregungen verschiedenster Art geben und so fruchtbringend wirken. Die von Herzen kommende Gastfreundschaft, das Betonen der Stammesangehörigkeit, die verschiedenen deutlichen Anzeichen, daß warme Freundschaft beide Kulturländer verbindet, verschafften gerade dieser Informationsreise der Zentralstelle für Volkswohlfahrt bleibende Eindrücke, die allen Teilnehmern stets in schönster Erinnerung bleiben werden.

Sitzung vom 21. Oktober 1909.

Vorsitzender: Herr Mayet. Schriftführer: Herr R. Lenhoff.

Herr Georg Levy-Berlin trägt vor über: „**Statistische Erhebungen bei öffentlichen Impfungen**“. Es liegt sehr nahe, an den öffentlichen Impfterminen, an denen gleichsam kaleidoskopisch ein größeres Kindermaterial, gewöhnlich in Begleitung der Mütter oder Großmütter, an dem Auge des Arztes vorüberzieht, statistische Erhebungen zu machen. Dies ist wiederholt auch geschehen und geschieht noch regelmäßig meiner Kenntnis nach in Breslau, Lübeck und in ganz Bayern. Teils mit Recht, teils mit Unrecht sind gegen diese Art von Impfstatistik verschiedentlich von wissenschaftlicher Seite Einwände und Bedenken erhoben worden. Es wurde das Fehlen der Kinder aus den ersten Lebensmonaten bemängelt und die dadurch hervorgerufene Unvollständigkeit, ferner wurde auf das Bedenkliche hingewiesen, aus der Anamnese heraus statistische Daten herzuleiten, auch die mangelhafte Homogenität des Materials wurde hervorgehoben. Meiner Ansicht nach besteht nur ein Einwand zu Recht, das ist der von Prinzing gemachte (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 5, 1907), nämlich, daß die bereits gestorbenen Kinder des betreffenden Geburtsjahrganges nicht in Rechnung gestellt sind. Wir sind in Berlin in der glücklichen Lage, diesem statistischen Fehler abhelfen zu können, seitdem nach dem Vorgang von Rich. Böckh alle im ersten Lebensjahre gestorbenen Säuglinge ihrer Ernährungsart nach im statistischen Amt der Stadt Berlin nach den einzelnen Stadtbezirken geordnet regelmäßig registriert werden.

Nur wäre zu wünschen, daß beim Ausstellen der Totenscheine gerade von Säuglingen mit der größten Sorgfalt verfahren würde, damit nicht wie bisher 25 Proz. der diesbezüglichen Scheine ohne Angabe der Ernährungsart statistisch nicht verwendet werden können.

Es ist unstreitig das Verdienst von Alfred Groth, in seinen ausgezeichneten Arbeiten aufs neue auf die Möglichkeit einer einwandfreien Statistik an den öffentlichen Impfterminen hingewiesen und für ganz Bayern durchgesetzt zu haben.

Einer Anregung unseres hochverehrten Herrn Vorsitzenden folgend, habe ich es mir zur Aufgabe gemacht, während der vorjährigen und diesjährigen Impfperiode statistische Erhebungen anzustellen, deren Resultate ich bereits zum Teil auf der 81. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte zu Salzburg mitgeteilt habe. Im vorigen Jahre wurde die Ernährungsart und die Geburtenhäufigkeit zum Gegenstande statistischer Untersuchungen gemacht, in diesem Jahre eine Enquete über den Alkoholgenuß bei den Impfungen angestellt. Ich bin mir sehr wohl bewußt, daß die gewonnenen Zahlen kein rechtes Spiegelbild von den einschlägigen Verhältnissen in Groß-Berlin geben und gebe daher die Zahlen mit Vorbehalt. Die Erhebungen wurden in der Weise vorgenommen, daß der die Impfliste führende Polizeibeamte beim Aufruf der Kinder an die Mütter, Großmütter resp. Pflegemütter eine Reihe von Fragen richtete, wie sie in einem vorher aufgestellten Fragebogen eingezeichnet waren. Dann wurden die Kinder mir zur Untersuchung vorgeführt, erhielten von mir eine Konstitutionsnote und gleichzeitig wurden die Angaben der Mütter von mir nachgeprüft. Bei der Erteilung der Konstitutionsnote verfuhr ich, einem Rate von Groth folgend so, daß ich die Ernährungsart erst nach Erteilung der Note eruierte. Dann erfolgte die Eintragung in ein bereit gehaltenes Protokoll durch einen gleichfalls anwesenden dritten Beamten. Das so gewesene Urmaterial wurde in Zählkarten eingetragen und nach den verschiedenen Gesichtspunkten hin geordnet. Um Sie mit den Zahlen nicht unnütz zu langweilen, habe ich mir erlaubt, beifolgende Tabellen heruzureichen und nur die Endresultate bekannt zu geben. Von 962 ehelichen Kindern waren 229 — 23,8 Proz. nicht gestillt, 733 — 76,2 Proz. gestillt. Von 119 unehelichen resp. Pflegekindern waren 85 — 71,4 Proz. nicht gestillt, 34 — 28,6 Proz. gestillt. Nicht alle gestillten Kinder können als Brustkinder gelten, sondern nur diejenigen, welche mindestens 12 Wochen gestillt sind. Bei einer diesbezüglichen Umrechnung ergibt sich, daß von 1081 Erstimpflingen 459 — 42,4 Proz. als Brustkinder anzusehen sind. Wenn man die bei der Volkszählung im Jahre 1905 gewonnenen Zahlen über die Ernährungsart der lebenden Säuglinge im ersten Lebensjahr vergleicht, so resultiert eine nicht unerhebliche Vermehrung der Stilltätigkeit vom Jahre 1905—1908. Dies ist so zu erklären, daß zu den öffentlichen Impfterminen naturgemäß in einem höheren Prozentsatz die in ihrer Konstitution gefestigteren Säuglinge gebracht werden, die schwächeren aber zurückgehalten werden. Die letzteren rekrutieren sich aber hauptsächlich aus künstlich ernährten Kindern. Indessen haben die an den öffentlichen Impfterminen gewonnenen Zahlen vor den bei der Volkszählung festgestellten den Vorzug, daß die Eintragungen von dem Arzt selbst gemacht und nicht von dem Haushaltungsvorstand und eine eventuelle Richtigstellung an dem Nachschautermin zulassen, ferner die Ernährung von Geburt an durch anamnestiche Rückfrage statistisch erfassen lassen, während bei der Volkszählung nur die augenblickliche Ernährungsart für den Tag der Zählung von dem Haushaltungsvorstand einge-

tragen wird. Die Zahlen in Tabelle IV gebe ich als solche, ohne irgendwelche Folgerungen daran zu knüpfen, möchte aber glauben, daß sich ein umfangreiches und wertvolles statistisches Material zusammentragen ließe, wenn diese Daten jahrein jahraus an den öffentlichen Impfterminen in ganz Preußen gewonnen würden, denn gerade in der Statistik gilt das Gesetz der großen Zahlen. Ich möchte nun noch ganz kurz die Resultate bezüglich der Konstitution der Erstimpflinge bekannt geben. Wie zu erwarten war, hatten die reinen Brustkinder die beste Konstitution aufzuweisen, d. h. diejenigen Kinder, welche bis zum Impftermin ausschließlich mit Brust ernährt waren. Je weniger Stillwochen, desto schlechter die Konstitution. Indessen gibt es natürlich auch da Ausnahmen, die natürliche Ernährung ist nur einer der Hauptfaktoren für die günstige Entwicklung des Kindes, die Gesundheit der Eltern, die Wohnungshygiene, Sauberkeit, wie das Kind gehalten wird usw. spielen auch eine Rolle.

Zwei Zählkarten, welche ich mir herumzureichen erlauben möchte, beweisen das augenscheinlich. Ein Kind, das nach Angabe der Mutter $1\frac{1}{2}$ Jahr natürlich ernährt wurde, hatte noch im Alter von $5\frac{1}{2}$ Jahren, wo es zur Erstimpfung vorgestellt wurde, Überreste von Rhachitis und eine schlechte Konstitution aufzuweisen, während ein anderes Kind, das künstlich aufgefüttert wurde, mit $1\frac{1}{2}$ Jahren eine vorzügliche Entwicklung zeigte, sehr viele Fehler in bezug auf die Ernährung werden von den Müttern auch nach dem Abstillen gemacht. Während der diesjährigen Impfperiode wurde gelegentlich der Verteilung der Merkblätter über die Schädlichkeit des Alkoholgenusses für das Kindesalter eine Rückfrage bei den Müttern bezüglich des regelmäßigen Genusses von Alkohol bei ihren Kindern gehalten. Dabei ergab sich, daß bei den Müttern der unteren Bevölkerungsschichten eine hochgradige Unkenntnis der Schädigungen des Alkohols auf das kindliche Gehirn vorhanden war. Ein Säugling erhielt täglich einen Kinderlöffel guten Kognak zur Belebung und Kräftigung, zur Begründung wurde angeführt, daß in den ersten Lebenswochen Thee mit Kognak bei einem akuten Darmkatarrh des Kindes lebensrettend gewirkt hatte und deshalb beibehalten wurde. Ein anderes Kind erhielt regelmäßig Santa Lucia-Wein wegen seines blassen Aussehens zur Blutbildung. Medizinal-Ungarwein wurde Kindern nicht nur in Krankheitsfällen, sondern auch sonst häufiger zur Stärkung gegeben, von Bier gar nicht zu reden. Ein großer Teil der Kinder, namentlich unter den Wiederimpfungen erhielt regelmäßig das unschädliche Malz- oder Hausbier, aber auch Bayerisch Bier gelegentlich von Ausflügen angeblich in geringen Mengen.

Ich glaube mit meinen Ausführungen dargetan zu haben, daß sehr wohl die Möglichkeit besteht, an den öffentlichen Impfterminen eine einwandfreie, von gröberen statistischen Mängeln freie Erhebung zu machen, und möchte ich mit der gleichen Wärme, wie es Groth für Bayern getan hat, für die allgemeine Einführung der Impfstatistik an öffentlichen Impfterminen eintreten.

Tabelle I. Art der Ernährung bei 1081 im Jahre 1908 geimpften Erstimpflingen.

A. 962 eheliche Kinder.

Alter z. Z. der Impfung	Stilldauer in Wochen							gestillt insges.
	0	0—4	5—12	13—24	25—36	37—48	49—78	
im IV. Jahre	3	0	0	0	0	0	2	2
„ III. „	20	3	6	5	1	5	2	22
„ II. „	123	46	86	70	64	60	22	348
„ I. „	83	42	111	103	78	23	4	361
Total	229	91	203	178	143	88	30	733
	23,8 %							76,2 %

B. 119 uneheliche oder Pflegekinder.

Alter z. Z. der Impfung	Stilldauer in Wochen						gestillt insges.
	0	0—4	5—12	13—24	25—36	37—48	
im IV. Jahre	0	0	0	0	0	0	0
„ III. „	2	0	0	1	0	0	1
„ II. „	48	0	3	3	0	3	9
„ I. „	35	9	2	6	5	2	24
Total	85	9	5	10	5	5	34
	71,4 %			42 %			28,6 %

Tabelle II. Stilldauer in Wochen bei 733 ehe-

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Gruppe I ehelich nur Brust 190 = 25,9 Proz.												23	1	1		7				16
Gruppe II ehelich Brust, später Brust und Kuhmilch 195 = 26,6 Proz.		1	1	1		4	6	7		2		17	1				9			6
Gruppe III ehelich Brust, später Kuhmilch 348 = 47,5 Proz.	13	30	22	23	13	28	9	39	4	7	2	46	4	1		38				17
Gruppe IV unehelich Brust, später Kuhmilch 34	2	3	3	1		2		1				2				2				4

Tabelle IIIA.

Alter der künstlich ernährten Erstimpflinge.

229 eheliche.

Alter in Monaten	0—12	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	24	25	27	28	30	31	36	41	42
Zahl der Kinder	83	18	7	9	23	10	14	20	5	4	2	2	9	1	6	1	6	1	5	1	2

von den ehelichen waren unter 1 Jahr 83, über 1 Jahr 146.

85 uneheliche.

Alter in Monaten	0—12	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	24	27	30
Zahl der Kinder	35	6	4	9	7	4	5	6	1	1	1	1	3	1	1

von den unehelichen waren unter 1 Jahr 35, über 1 Jahr 50.

lichen und 34 unehelichen Erstimpflingen.

21	22	23	24	28	30	32	34	35	36	39	40	44	46	48	52	53	56	60	64	72	78	Stillwochen	
—	1	—	25	22	—	13	—	—	26	1	10	6	2	18	5	—	5	4	2	—	2	{ Konstitutionsnote 2,3 Durchschnittlich 31,8 Stillwochen	
—	—	—	28	16	—	20	—	—	23	—	10	10	—	28	4	1	3	—	1	1	—		{ Konstitutionsnote 3,1 Durchschnittlich 30,7 Stillwochen
2	1	—	21	14	1	2	1	1	4	—	3	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—		
—	—	—	4	—	—	3	—	—	2	—	—	—	3	—	2	—	—	—	—	—	—	{ Konstitutionsnote 3,2	

Tabelle IIIB.

Konstitutionsnote der künstlich ernährten Erstimpflinge.

Note		Zahl der Kinder	
		ehelich	unehelich
I	Sehr gut entwickelt	3	1
II	Gut entwickelt	8	5
III	Befriedigend	44	13
	Leichte Rachitis	26	10
	Anämie	11	2
	Skrofulose	5	4
	Ekzem und Furunkel	4	—
		90	29
IV	Schlecht entwickelt	20	12
	Anämie	9	6
	Schwere Rachitis	61	12
	Skrof.-tuberk.	7	2
	Ekzem-Eurunkel	3	1
		100	33
V	Sehr schlecht entwickelt	7	12
	Schwere Rachitis	9	4
	Atrophie	10	—
	Anämie	1	1
	Skrofulose	1	—
		28	17
		229	85

(Tabelle IV siehe nächste Seite.)

Sitzung vom 25. November 1909.

Vorsitzender: Herr Mayet. Schriftführer: Herr R. Lennhoff.

Herr Eisenstadt-Berlin trägt vor über „Die Ursachen des Selbstmords (unter Berücksichtigung der Sterbekarten des Verbandes mittlerer Reichs-Post- und Telegraphenbeamten)“. In den Jahren 1903—08 verlor der Verband mittlerer Reichs-Post- und Telegraphenbeamten durch Tod 573 Mitglieder. Davon endigten 25 durch Selbstmord und zwar 7 in der Altersklasse bis 30 Jahren, 13 bis 40 Jahren, 41 Jahre und darüber alt waren 5. Die Gesamtzahl der in der Altersklasse

von 20—30 Jahren Verstorbenen betrug 157,
 „ 31—40 „ „ „ 248.

Die relative Selbstmordfrequenz, d. h. der prozentuale Anteil der Selbstmordfälle an der Gesamtsterblichkeit ist gering, wenn man Vergleichsmaterial gegenüberstellt. Von 1902—07 starben beim Verbands Deutsche Handlungsgehilfen Leipzig 1013 Mitglieder, davon 69 an Selbstmord. Von 1903—08 starben beim Preußischen Beamten-Verein Hannover in der Altersklasse bis 30 Jahren 51 Versicherte, davon 5 an Selbstmord. Bei der Leipziger Lebensversicherungsgesellschaft starben in derselben Altersklasse von 1903—08 158 Personen, davon 21 an

Selbstmord. Auch bei den Postbeamten aller Kategorien ist die relative Selbstmordfrequenz gering, wie aus der Statistik der Deutschen Reichs-Post- und Telegraphenverwaltung hervorgeht. Es starben männliche Beamte:

	insgesamt	davon an Selbstmord			
1903	1694	44			
1904	1711	31	aktive,	6	im Ruhestand
1905	1806	56	„	15	„
1906	1673	46	„	8	„

Eine möglichst genaue Erforschung der Ursache dieser Krankheit ist nicht allein von wissenschaftlichem Interesse, sondern geht auch diejenigen Körperschaften an, welche sich offiziell mit der Krankheitsverhütung zu befassen haben. An den Fällen des Verbandes sind berufliche und außerberufliche Umstände in Betracht zu ziehen. Der Dienstzweig, von welchem man besonders eine ständige Erregung des Zentralnervensystems annimmt, die Telegraphie, welche auch nach der amtlichen Statistik durch eine hohe Zahl von Krankheitstagen ausgezeichnet ist, findet sich nur 4mal angegeben. Ein dienstlicher Einfluß wird bei den 25 Fällen nur 2mal bemerkt. und zwar einmal eine besondere Aufregung und einmal die jahrelange Beschäftigung am Klopferapparat. Was die nicht beruflichen Ursachen betrifft, so ist zu erwähnen, daß in 9 Fällen der Wohnort eine Großstadt ist. Die Statistik lehrt uns, wie aus Tabelle I hervorgeht, ein besonders häufiges Vorkommen des Selbstmords in der Großstadt.

Tabelle I.

Größere Zahl der männlichen und weiblichen Selbstmörder in der Großstadt.

	Auf 100 000 Lebende kamen Selbstmörder					
	1903		1904		1905	
	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.
in Preußen	33,33	8,82	31,77	8,95	32,28	9,43
in Berlin	46,72	17,38	46,—	16,67	52,13	19,57

Aus A. Weber:

Die Großstadt und ihre sozialen Probleme.

Eine länger dauernde Krankheit bestand 3mal (230, 264, 506), 1mal Tuberkulose, 2mal Nervenleiden. Eine nervöse Veranlagung bzw. Nervenerkrankung war 11mal, rheumatische Erkrankung 3mal vorhanden. Zwei verübten Selbstmord, nachdem sie eine kriminelle Handlung begangen hatten. Nur bei 4 Fällen sind keine Erkrankungen in den letzten Jahren vorgekommen. Ein Gehalt unter 2000 M. hatten 4, davon 2 Verheiratete, 2 Ledige. Im ganzen waren 11 ledig, 1 verwitwet, die Mehrzahl hingegen, 13, wurde nicht durch Rücksicht auf Frau und Familie von der Ausführung ihres Entschlusses zurückgehalten. Diese Erscheinungen, insbesondere die letztgenannte, sind so auffällig, daß sie uns anregen, den Selbstmord als Krankheitsvorgang im Leben des Volksganzen zu studieren, um zu einer vergleichenden Beurteilung zu gelangen.

Es sind in der medizinischen Literatur Mitteilungen gemacht worden, daß sich bei der Obduktion von Selbstmördern Befunde ergaben, welche auf eine Beeinträchtigung der Zurechnungsfähigkeit schließen lassen. Solche Befunde beobachtet K. Ollendorf (Krankheit und Selbstmord, Greifswald 1905) bei 362 Sektionen von männlichen und weiblichen Selbstmördern 159mal, darin waren

Selbstmordfälle des Verbandes mittlerer Reichs-Post- und Telegraphenbeamten von 1903—1908.

Nr.	Alter	Postdienstzeit Jahre	Todesursache	Krankheiten der letzten Jahre
3	36	18	Selbstmord in geistiger Umnachtung	Keine
38	29	13½	Selbstmord infolge hochgrad. Nervosität	Gelenkrheumatismus, Nervosität
85	30	8¼	Selbstmord durch Erschießen	War gesund und kräftig, neigte zu Schwermut
158	39½	6	Im Irrsinn erschossen	Herzverkalkung seit Januar 1905
168	37	18	Selbstmord (Vergiftung)	—
213	32	14	Selbstmord nach erfolgter Verhaftung wegen sittlicher Verfehlung	2 mal Augenleiden 1 mal Hexenschuß
230	40½	24²/₁₂	Selbstmord	Jahrelang hochgradig nervös, deshalb sechs Wochen dienstunfähig
233	38	18½	durch Erhängen inf. geistiger Störung	Vor 3 Jahren Lungenspitzenkatarrh, vor 1 Jahr Nervenschlag
260	41	23	Selbstmord infolge Wahnsinn	Nervenerkrankung
264	29	11	Aus Verzweiflung über seinen Zustand erschossen	Kehlkopf-Kiefertuberkulose
96	28	12	Selbstmord in geistiger Umnachtung	Trat April aus; in Bad Harzburg urteilt der behandelnde Arzt: Blutarmut, Verdauungsschwäche, hochgradige Nervenschwäche mit melancholischer Beimischung
266	32	13	Selbstmord, 1. 1. 07 verschwunden, erschossen in der Dresdener Heide	Keine
274	31	14	Selbstmord, vom Eisenbahnzuge in Oeynhausens überfahren	Nervosität
296	30	12	Selbstmord aus unbekannter Ursache	Januar 1904 Schlaganfall
336	27	10¾	Selbstmord infolge Gemütsleiden	1906 Halsleiden, war im SanatoriumMittelhufen-Königsberg
358	43	26	Selbstmord	Nervosität
376	49	22	Selbstmord infolge Gehirnkrankheit	Nicht nennenswert
381	20	3	Selbstmord aus gekränktem Ehrgefühl	—
455	45	12	Selbstmord infolge Nervosität	1906 Rheumatismus
468	39	18	Selbstmord	Keine
506	37	19	Selbstmord durch Erhängen infolge Nervosität	1907 12 Wochen Urlaub, 1908 4, 3 und zuletzt 8 Wochen krank
508	31	14	Selbstmord (Unterschlagung von 7000 M.)	Keine
519	36	21	Nervenleiden, Selbstmord	Nervenleiden
522	38	7½	Selbstmord durch Erhängen	Rheumatismus 1908 und Blasenleiden
549	78	29	Erhängen, Umnachtung seines Geistes	Altersschwäche

43 mal Greisenalter, 5 mal kleines Gehirn, 17 mal Menstruation eingerechnet. Auch Heller (Münch. med. Wochenschrift 1900, Nr. 48) fand bei 300 Sektionen in 43 Proz. solche Zustände. R. Gaupp stellte bei 124 in der Münchener Klinik wegen Selbstmordversuchen eingelieferten Personen 44 mal notorische Geisteskrankheit fest (Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin, 3. Folge Bd. 32). Es liegt also ein Material vor, welches eine Grundlage dafür abgibt, von einer angeborenen krankhaften Veranlagung beim Selbstmord der Jugendlichen zu reden. Bekanntlich hat diese traurige Erscheinung in den letzten Jahren sich häufiger gezeigt. Namentlich die preußische Statistik begründet die Tatsache, daß der Selbstmord in der Altersklasse von 15—20 Jahren erheblich zugenommen hat. Wir dürfen von einer angeborenen Sozialpsychopathie sprechen, welche dem Selbstmorde der Jugendlichen vorausgeht. Viel verbreitet ist die Anschauung, daß es sich beim Schülerselbstmord gewissermaßen um eine Berufskrankheit handelt, daß Lehrermißgunst, Überbürdung, deutsche und lateinische Aufsätze eine ursächliche Rolle spielen. Demgegenüber ist auf die Akademiker hinzuweisen, die in früheren Schülergenerationen beim Abgange vom Gymnasium fertig lateinisch sprechen konnten und dennoch keine Seelenstörung davon trugen. Auch das außerberufliche Verhalten der Schüler darf man nicht als Ursache betrachten, wengleich hier durch übertriebene Pflege der körperlichen und geistigen Eitelkeit viel gesündigt wird. „Die wissenschaftliche Erfahrung hat bisher nicht ergeben, daß in bezug auf die Kinderselbstmorde die äußeren Anlässe das eigentlich maßgebende Moment zu sein pflegen, sondern daß die inneren Ursachen eine viel größere Rolle zu spielen pflegen. Als solche inneren Ursachen kommen in erster Linie in Frage körperliche Krankheitszustände, besonders beginnende Infektionskrankheiten — deshalb würde zur Aufklärung eines dunklen Selbsttötungsfalles vor allem eine sorgfältige Obduktion gehören! — ferner seelische Schwachzustände auf angeborener oder früh erworbener Grundlage und endlich die normalerweise mit der Mannbarkeitsentwicklung einhergehenden heftigen Schwankungen in der Stimmungslage“ (F. Leppmann, Ärztliche Sachverständigen-Zeitung 1909, Nr. 18, S. 383). Meines Erachtens können die Selbstmordfälle an höheren Lehranstalten nicht eher verschwinden, als bis dort Schulärzte und psychiatrisch durchgebildete Nervenärzte tätig sein werden. Gerade die erwähnten Zahlen aus den Berichten der Leipziger Lebensversicherungsgesellschaft und des Preußischen Beamtenvereins zeigen, wie stark die Selbstmordgefahr im jugendlichen Alter bis zu 30 Jahren ist, so daß nicht der Gedanke an die offenbare Benachteiligung der Versicherungsgesellschaft die Ausführung der Tat verhüten konnte. Wenn wir im jugendlichen Alter eine angeborene Sozialpsychopathie annehmen, so fragt es sich, welcher Art sind die im späteren Alter wirkenden Triebkräfte, welchen Quellen entspringt die zum Selbstmord führende erworbene Sozialpsychopathie?

Lehrreich ist zunächst die französische Statistik, die in Tabelle II wiedergegeben ist. Von 1826 an steigt die jährliche Durchschnittszahl der Selbstmorde von Jahrfünft zu Jahrfünft. Dabei ist die Bevölkerungszahl Frankreichs

von 30,5 Millionen im Jahre 1821 nur	
auf 38,5	„ „ „ 1896 gestiegen.

Die wachsende Selbstmordziffer geht der Geburtenabnahme parallel.

Tabelle II

Steigende Selbstmordziffer in Frankreich.

Dieselbe betrug im Durchschnitt der Jahre

1826/30	1739	1851/55	3639	1876/80	6259
1831/35	2119	1856/60	4002	1881/85	7439
1836/40	2574	1861/65	4661	1886/90	8286
1841/45	2951	1866/70	4990	1891/95	9218
1846/50	3446	1871/75	5276	1896/1900	9186

Dabei betrug die Bevölkerungszahl Frankreichs

30,5 Millionen im Jahre 1821

38,5 „ „ „ 1896

Aus „Wörterbuch der Volkswirtschaft“
von Prof. Elster. II. Bd., Titel Selbstmord.

Wenn man verschiedene Länder vergleicht, wieviel Selbstmorde dieselben in einer und derselben Zeit auf 1 Million Einwohner stellen, so stehen wirtschaftlich relativ arme Staaten mit ihrem starken Proletariat keineswegs an erster Stelle. So zeigen in der Tabelle III Italien, Rumänien, Rußland, Spanien, Irland eine merkwürdig geringe Selbstmordziffer. Indessen fällt ein derartiger Vergleich nicht ganz zuverlässig aus, weil die Registrierung in den verschiedenen Ländern verschieden ist: teils dienen Standesregister und ärztliche Totenscheine, teils Anschreibungen der Polizeiorgane und der Staatsanwaltschaft als Grundlage der Selbstmordstatistik.

Tabelle III.

Auf 1 Million Einwohner kamen 1881/90 Selbstmörder

in Monako	301	in Schottland	55
„ Dänemark	255	„ Niederlande	55
„ Schweiz	227	„ Kroatien, Slavonien. . .	55
„ Deutsches Reich	209	„ Italien	49
„ Frankreich	207	„ Rumänien 1886/90 . . .	41
„ Oesterreich	161	„ Finnland	39
„ Japan 1882/90	158	„ Rußland.	32
„ Belgien	114	„ Spanien	24
„ Schweden	107	„ Irland	23
„ Ungarn 1881/88	96	„ Bosnien, Herzegowina	
„ England	77	1888/90	6
„ Norwegen	68		

Ibidem.

Bemerkenswert ist die Arbeit von Gollmer und Karup (Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik 1890, N. F. Bd. XX). Es kamen in den Jahren 1829—78 in der Gothaer Lebensversicherung Selbstmordfälle bei den

unter 3000 Mk. Versicherten	3000—6000 Mk.	über 6000 Mk.
erwartet	eingetroffen	erwartet eingetr.
119	111	188 170 84 110

Also nur bei der höchsten Versicherungsklasse übertraf die Erfahrung der Erwartung.

Hier ist auch anzuführen, daß in den einzelnen Teilen des Deutschen Reiches die Selbstmordziffer verschieden hoch ist (aus Tabelle IV zu ersehen).

Tabelle IV.

Im Deutschen Reich betrug die Selbstmordziffer

für Sachsen-Altenburg	461	für Baden	194
„ Sachsen	353	„ Bayern	134
„ Hessen	236	„ Elsaß-Lothringen	116
„ Preußen	200		

Ibidem.

Auch in den einzelnen Provinzen Preußens herrscht Verschiedenheit. Die nach den jährlichen Berichten „Das Gesundheitswesen des Preußischen Staates“, Verlag R. Schoetz-Berlin, zusammengestellte Tabelle V weist uns darauf hin, daß der Alkoholismus beim Selbstmord eine wichtige Rolle spielt, weil die Zahlen der Frauen erheblich kleiner als die der Männer sind. Allein dort, wo für das männliche Geschlecht die Frequenz besonders hoch ist, steigen auch die Zahlen der Frauen. Und ganz regelmäßig finden wir die niedrigsten Zahlen für beide Geschlechter in Posen, Westfalen, Rheinland.

Tabelle V.

Aus den Berichten „Das Gesundheitswesen des Preußischen Staates“.

Auf je 100 000 Lebende kamen Selbstmorde

	1907		1906		1905	
	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.
Ostpreußen	22,50	5,21	22,39	5,72	25,56	4,87
Westpreußen	21,45	6,28	17,57	5,50	22,55	5,06
Berlin, Stadtkreis	49,41	17,10	46,88	18,94	52,13	19,57
Landespolizeibezirk						
Berlin	47,45	17,62	45,42	18,72	49,72	19,44
Brandenburg	52,58	14,82	49,29	13,42	46,36	14,97
Pommern	27,83	7,16	28,72	9,75	29,41	7,60
Posen	16,76	4,12	12,14	3,87	13,88	4,36
Schlesien	35,45	8,85	37,55	9,49	38,76	9,87
Sachsen	43,96	16,88	44,58	15,74	46,04	14,26
Schleswig-Holstein	44,90	15,52	44,11	14,65	43,97	15,02
Hannover	33,56	9,62	30,01	10,17	33,99	9,75
Westfalen	18,96	5,20	16,22	4,37	21,79	4,87
Hessen-Nassau	32,25	10,61	34,30	8,41	34,96	10,15
Rheinland	19,45	4,93	19,34	4,06	21,08	5,60
Hohenzollern	15,22	2,79	18,34	—	21,49	2,83
	1904		1903		1902	
Ostpreußen	23,45	7,46	22,49	7,06	24,97	5,22
Westpreußen	23,46	5,74	20,46	3,70	22,18	5,84
Berlin, Stadtkreis	46,—	16,67	46,72	17,38	48,76	15,18
Landespolizeibezirk						
Berlin	43,88	15,74	45,03	16,80	52,15	12,49
Brandenburg	50,80	13,06	52,23	13,72	30,—	8,07

	1904		1903		1902	
Pommern	27,—	8,19	29,53	8,13	15,65	3,92
Posen	14,85	5,65	17,55	3,79	39,24	9,23
Schlesien	37,97	9,76	41,46	9,82	48,84	16,77
Sachsen	49,25	15,71	53,71	15,93	47,97	15,21
Schleswig-Holstein .	45,76	13,96	47,26	13,58	36,72	7,69
Hannover	33,30	9,35	36,57	8,20	20,74	3,59
Westfalen	17,75	3,93	19,71	5,02	24,73	8,99
Hessen-Nassau . . .	32,38	8,74	36,52	8,37	19,84	3,42
Rheinland	21,08	4,39	20,67	4,08	24,91	—
Hohenzollern . . .	18,53	2,85	24,81	0,43	33,19	8,37

Diese Regelmäßigkeit fordert zu einer Prüfung der Frage nach der Beziehung zwischen Konfession und Selbstmord geradezu heraus, weil in diesen drei Provinzen die katholische Bevölkerung stark vertreten ist. Sie sehen aus der Tabelle VIa, daß in den vierziger und fünfziger Jahren des vorigen Jahrhunderts in Preußen, Bayern und Württemberg die Selbstmordziffer der Protestanten bedeutend höher als die der Katholiken war, und in den Ländern Österreichs, mit einer starken orthodoxen jüdischen Bevölkerung, deren Selbstmordziffer den niedrigsten Stand erreichte.

Tabelle VIa.

Geringe Zahl der Selbstmorde bei Katholiken und orthodoxen Juden.

Auf 100000 Bewohner des betreffenden Bekenntnisses kommen Selbstmorde

	Katholiken	Protestanten	Juden
Bayern 1844—56	49,1	135,4	105,9
Preußen 1849—55	49,6	159,9	46,4
Württemberg 1846—60	77,9	113,5	65,6
Österreich 1852—54, 58—59 .	51,3	79,5	20,7
Ungarn 1851—54, 58—59 . . .	32,8	54,4	17,6
Siebenbürgen 1851—54, 58—59	113,2	73,6	35,5
Mähren 1858—59	67,0	67,0	12,0
Galizien 1858—59	45,0	16,0	10,0

In der Tabelle VI b, welche Bayern, Baden und Preußen in den neunziger Jahren vergleicht, ist die Selbstmordziffer der Katholiken bedeutend höher als in VIa, jedoch immer noch erheblich niedriger als die der Protestanten und Juden.

Tabelle VIb.

Hohe Selbstmordziffer bei Protestanten und Juden in der neuesten Zeit.

Auf 100000 des betreffenden Bekenntnisses kommen Selbstmörder

	Katholiken	Protestanten	Juden
Bayern 1890—99	92,7	210,2	212,4
Baden 1891—1900	159,0	250,0	229,0
Preußen 1891—1900	93,0	247,0	241,0

In der Tabelle VIc ersieht man das Ansteigen der Selbstmordziffer der Katholiken Bayerns in den einzelnen Bezirken von 1870—99, noch höher steigt sie in diesen Bezirken zu gleicher Zeit für Protestanten und Juden.

Tabelle VIc.

Steigende Selbstmordziffer aller Konfessionen
in den bayerischen Bezirken

Im Durchschnitt der Jahre 1844—56 (A.) und 1870—99 (B.) kamen auf 100 000 Angehörige des betreffenden Bekenntnisses

	A.			B.		
	Kath.	Protest.	Juden	Kath.	Protest.	Juden
Oberbayern . .	56	237	123	105	341	209
Niederbayern .	28	148	?	47	283	259
Oberfranken .	75	146	114	94	217	233
Mittelfranken .	59	134	86	157	203	163
Unterfranken .	49	164	141	83	208	135
Schwaben . . .	58	150	108,9	97	208	167
Oberpfalz . . .	30	90	?	41	139	119
Palz	52	62	35	102	173	167

Mit dem Wohnen in der Großstadt scheint dieser Vorzug den Katholiken verloren zu gehen. Das zeigt die aus dem statistischen Werk „Die Juden in Österreich“ und aus einer Arbeit Siegfried Rosenfelds, welche die Sterblichkeit der drei Konfessionen vergleicht (Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie, 4. Jahrg. 2. Heft 1907) entstammende Tabelle VII. Nach dieser hatten die Katholiken in Wien gegenüber Krakau und Lemberg, die höchste Selbstmordziffer. An zweiter Stelle standen in Wien die Juden und die niedrigsten Zahlen zeigte die dortige evangelische Bevölkerung, welche in Wien gewissermaßen eine Volksenklave bildet.

Tabelle VII.

(Aus „Die Juden in Österreich“ und S. Rosenfelds Arbeit über die Mindersterblichkeit der Juden usw., Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie, 4. Jahrg. 2. Heft, 1907.)

An Selbstmord starben

in Krakau	Christen	Juden	in Lemberg	Christen	Juden
1887—90 . .	41	3	1897—99 . .	100	20
1891—95 . .	123	15	1900—02 . .	128	16
1896—1900 .	93	9			

Dagegen

in Wien	Römisch-kathol.		Evangelisch		Mosaisch	
	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.
1901—1903 . . .	833	350	41	18	100	40

In der Vergleichszeit kamen in Wien Sterbefälle an Leberzirrhose in absoluten Zahlen:

römisch-katholisch		evangelisch		jüdisch	
männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.
516	126	19	2	18	6

Um eine Erklärung dieser statistischen Resultate zu versuchen, ist eine gesellschaftsbiologische Definition der Religion unerlässlich. Religion ist die freiwillige oder zwangsmäßige (wirtschaftlicher, moralischer oder konventioneller Zwang) Unterwerfung des Individuums unter das von seiner Gemeinschaft aner-

kannte Sexualgesetz. Andere Sexuelsitten befolgte die ländliche Bevölkerung Bayerns, andere die großstädtische katholische Einwohnerschaft Wiens. Erfolgt in politischer oder konfessioneller Beziehung die Isolierung eines Volksstammes oder einer Konfession, so wandelt sich ihr Bekenntnis leicht zu einem sozialhygienischen Gesetz. Man sieht das auch an einem Teil der Polen in Deutschland und der Slaven in Böhmen, welche sich von den Trinksitten der Deutschen fernhalten und es vorziehen, im vorehelichen Leben die Prostitution zu meiden. Die Isolierung ist durch mehrere sozialhygienische Vorzüge, z. B. durch geringe Selbstmordfrequenz gezeichnet. Dagegen vermag die religiöse, wirtschaftliche oder politische Assimilation sozialpathologische Erscheinungen hervorzurufen. Einen deutlichen Beweis geben die deutschen Juden, welche aus ihrer Religion zuerst die Frühehe preisgaben, die ihrem wirtschaftlichen Aufschwung hinderlich war. Es stimmt ihre steigende Selbstmordziffer, veranschaulicht durch Tabelle VI d, mit derjenigen Frankreichs überein, sie geht ihrer Geburtenabnahme parallel.

Tabelle VI d.

Selbstmordfrequenz jeder Konfession in historischer Darstellung für Deutschland.

Staat	1850—59			1870—79		
	Kath.	Protest.	Juden	Kath.	Protest.	Juden
Preußen	49,6	159,9	46,4	69,0	187,0	96,0
Bayern	49,1	135,4	150,9	73,5	194,6	115,3
Baden	87,0	117,0	139,0	155,0	213,0	151,0
Württemberg	77,9	113,5	65,6	120,0	190,0	60,0
	1880—89			1890—99		
Preußen	100,0	240,0	180,0	93,0	247,0	241,0
Bayern	95,3	221,7	185,8	92,7	210,0	212,4
Baden	160,0	237,0	222,0	159,0	250,0	222,0
Württemberg	119,0	170,0	142,0	—	—	—

Die Tabellen VI a—d stammen aus der Arbeit Hirschberg's: „Der Selbstmord bei den Juden mit besonderer Berücksichtigung Bayerns“. (Zeitschrift für Statistik u. Demographie d. Juden 1906, H. 7.)

Im Jahre 1907 ist die Selbstmordziffer der preußischen Juden 35 auf 100 000, die der preußischen Christen 19,3 auf 100 000.

Mit der wirtschaftlichen Hebung eines Landes verbessert sich das Verkehrswesen, und auch umgekehrt mit der Verbesserung des Verkehrswesens hebt sich ein Land auf wirtschaftlichem Gebiete; dann treten auch die Nebenwirkungen, Ausbreitung der Prostitution und Trinksitten, eine steigende Selbstmordziffer ein. Wo die konfessionelle Gemeinschaft noch nicht erschüttert ist, herrscht das Sexualgesetz; und wo das Sexualgesetz nicht mehr befolgt wird, löst sich die Gemeinschaft auf oder besteht nur formell und äußerlich. Die modernen wirtschaftlichen Verbände und Gewerkschaften haben es noch zu keinem Sexualgesetz gebracht.

Hiermit erklärt sich zu einem erheblichen Teil die höhere Selbstmordfrequenz der Großstädte. Ich führe noch in Tabelle VIII die Zahlen für einige Städte der Vereinigten Staaten an. Stellt man ferner einen Vergleich hinsichtlich der Berufsverteilung an, eine derartige Tabelle IX a, b, c bietet uns das Statistische

Handbuch des Preußischen Staates 1903 IV. Band, so steht die landwirtschaftliche Tätigkeit keineswegs günstig da.

Tabelle VIII.

Selbstmordziffer einiger amerikanischer Großstädte
auf 100000 Einwohner.

	New York	Chicago	Philadelphia	San Francisco
1871—1875	14,1	12,6	7,3	30,0
1876—1880	12,2	11,4	6,9	41,4
1881—1885	14,9	13,7	8,9	31,8
1880—1890	16,4	16,3	9,1	27,3
1891—1895	19,4	23,7	10,0	34,7
1896—1900	23,5	23,0	11,8	47,2

(Dr. F. S. Crum. Nach Virch. Hirsch, Jahresber. 1901.)

Tabelle IXa.

Auf nachstehende Berufe kamen Selbstmörder

	1896		1897		1898		1899		1900	
	überhaupt	männlich	überhaupt	männlich	überhaupt	männlich	überhaupt	männlich	überhaupt	männlich
1. a) Landwirtschaft	617	501	554	430	588	458	532	422	560	426
ohne b) und c)										
b) ländliches Gesinde			279	188	261	194	200	124	242	170
(Knechte, Mägde)										
c) ländliche Tagelöhner	1023	791	653	521	545	436	683	568	616	495
2. Handelsgewerbe	469	405	531	454	464	385	490	412	536	473
Versicherungsgewerbe			13	13	12	12	7	7	9	8
3. Baugewerbe	394	365	382	352	354	332	393	371	437	404
4. Bekleidung u. Reinigung	384	289	381	284	349	283	335	244	344	253
5. Nahrungs- u. Genußmittel, Destillation	211	194	192	175	195	181	213	184	192	172
6. Metallverarbeitung	208	186	220	200	185	171	203	185	223	204
7. Verkehrsgewerbe, einschl. Eisenbahn, Post, Tele- graphie, Straßenfahrwesen, Leichenbestattung	184	165	192	166	212	187	181	156	211	175
8. Häusliche Dienste	200	46	206	55	220	54	175	34	204	48
9. Textilindustrie	122	102	118	105	122	101	92	75	102	81
10. Reichs-,Staats-,Gemeinde-, öffentliche Verwaltung	97	80	113	97	124	110	113	100	107	97
11. Bergbau-,Hütten-, Salinen- wesen	92	86	112	103	180	97	110	102	133	123
12. Literatur, Presse, Schau- stellung, Musik	30	24	42	38	45	36	58	46	45	30
13. Bildung, Erziehung, Unter- richt	37	26	31	19	39	29	38	26	42	28
14. Gesundheitspflege, Kran- kendienst, Tierheilkunde	26	14	30	17	22	12	27	17	32	19
15. Chemische Industrie, Ab- fuhrwesen	23	21	33	32	31	28	28	25	27	27
16. Forstwirtschaft, Jagd, Fischerei	9	8	26	25	29	27	26	25	33	29

Tabelle IX b.

Soziale Stellung der Selbstmörder und Familienstand.

	1896		1897		1898		1899		1900	
	überhaupt	männlich	überhaupt	männlich	überhaupt	männlich	überhaupt	männlich	überhaupt	männlich
1. Selbständige in Besitz, Beruf und Erwerb	1281	1182	1318	1202	1224	1126	1158	1044	1233	1131
2. Öffentliche Beamte	177	175	180	175	222	217	180	177	198	192
3. Private Beamte	176	171	201	196	195	189	207	198	200	195

Familienstand.

1. Personen unter 15 Jahren	65	50	63	48	70	56	66	52	81	61
2. Über 15 Jahre, Ledige	2078	1556	2033	1550	2013	1533	1984	1489	2057	1562
3. a) Verheiratete	3148	2587	3248	2689	3109	2581	3123	2589	3295	2696
b) davon hatten unversorgte Kinder	1673	1404	1754	1485	1680	1420	1721	1466	1797	1528
4. Verwitwete	971	673	925	650	963	699	948	676	1023	753
5. a) Geschiedene	69	60	50	35	50	40	67	50	43	30
b) davon hatten unversorgte Kinder	16	15	8	4	16	14	25	17	7	5

(Aus dem Statistischen Handbuch für den Preußischen Staat, 1903, Bd. IV.)

Nachtrag zur Tabelle IX (IX c).

Es wurden 1895 gezählt:

	Erwerbstätige im Hauptberufe	Gesamtbevölkerung des Berufs
I. Landwirtschaft (Gärtnerei und Tierzucht	4 703 068	11 113 794
II. Forstwirtschaft, Fischerei	79 187	261 302
III. Bergbau-, Hütten- und Salinenwesen, Torfgräberei	487 024	1 591 227
IV. Abfallverarbeitung	523 497	1 360 693
V. Chemische Industrie	58 526	171 009
IX. Textilindustrie	415 721	897 687
X. Nahrungs- und Genußmittel	482 525	1 204 827
XI. Bekleidung und Reinigung	893 690	1 794 588
XII. Baugewerbe	787 924	2 230 473
XIII. Handelsgewerbe	699 855	1 757 190
XIV. Versicherungsgewerbe	14 058	39 410
XV. Militär-, Hof- usw. dienstfreie Berufe	822 675	1 671 827
a) Erziehung, Unterricht	127 722	378 863
b) Gesundheitsdienst und Krankenpflege	29 883	132 769

Stat. Handbuch für den Preuß. Staat von 1898 Bd. III S. 143 u. 160.

Bei den ländlichen Tagelöhnern ist die Selbstmordfrequenz größer als im Baugewerbe. Ferner sind für das Handelsgewerbe und für Selbständige in Besitz, Beruf und Erwerb die Zahlen eigentümlich hoch. Nach dem Familienstande waren die meisten verheiratet, hier kann also die Familie nicht mehr als Organismus des sozialen Zusammenhaltens, als sozialer Elementarorganismus angesehen werden.

Sitzung vom 20. Januar 1910.

Vorsitzender: Herr Mayet. Schriftführer: Herr R. Lennhoff.

Herr A. Blaschko-Berlin trägt vor über „**Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in Deutschland**“. Der Frage der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten nachzuspüren, ist eine Aufgabe, welche den Hygieniker und Soziologen in gleichem Maße reizen muß. Denn die trockenen Zahlen, die wir beim Durchackern dieses anscheinend öden und unfruchtbaren Gebietes als Ergebnis unserer Bemühungen aufstapeln, erweisen sich bei näherer Betrachtung als ebensoviele Antworten auf grundlegende Fragen der Sozialen Hygiene. Zu welchem Zweck beschäftigen wir uns mit der Frage nach der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten? Zunächst müssen wir über so außerordentlich wichtige und folgenschwere Volksseuchen wenigstens ein ungefähres Bild haben, wir müssen den Umfang des Übels erkennen, um aus den gewonnenen Daten die Berechtigung zu den Maßnahmen herzuleiten, welche zur Bekämpfung dieser Krankheiten dienen sollen. Aber die Zwecke, zu denen wir uns mit dieser Frage beschäftigen, sind noch andere: Wir wollen vergleichen, wie unser Land im Vergleich zu anderen Ländern in dieser Beziehung steht; wir wollen sehen, wie in den einzelnen Landesteilen, wie in der Stadt und auf dem Lande, wie in den einzelnen Volksschichten und in den einzelnen Altersklassen die Verbreitung dieser Krankheiten sich zeigt, weil wir durch diese Daten eine Vorstellung über die Ursachen dieser Krankheiten und einen überraschenden Einblick in manche soziale Verhältnisse bekommen. Oder wir wollen an der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten die größere oder geringere Wirksamkeit von Maßnahmen, die zur Bekämpfung dieser Krankheiten getroffen worden sind, messen, indem wir örtliche und zeitliche Differenzen gegeneinander halten. Nun ist die ganze Statistik der Geschlechtskrankheiten eine sehr unvollkommene, schon deswegen, weil man bei dieser ganzen Statistik keine Tatsachen rubriziert, sondern nur Urteile, Diagnosen, und diese Urteile sind nicht nur dem Irrtum des einzelnen unterworfen, sie wechseln auch, wie Sie wissen, über das, was Syphilis und Nicht-Syphilis ist, ganz außerordentlich, so daß wir erst seit zwei bis drei Dezennien eine wirklich einheitliche Statistik nach dieser Richtung haben. Aber auch heute noch spielt bei den einzelnen Statistiken Willkür und Irrtum eine große Rolle, und dies trägt dazu bei, die Einheitlichkeit und damit den Wert dieser Statistiken herabzudrücken. Und noch eins ist zu bemerken. Die Daten, aus denen man eine Verbreitung der Geschlechtskrankheiten ersehen könnte, können nur gegeben werden, wenn regelmäßig andauernde Zählungen aller Geschlechtskranken vorgenommen werden. Solche Zählungen aber haben wir in Deutschland nicht und gibt es auch in den meisten anderen Staaten nicht. Solche dauernden Zählungen haben nur die nordischen Staaten, Norwegen und Dänemark, wo bekanntlich eine (anonyme) Meldung dieser Kranken vorgeschrieben ist. Gewiß können auch da nicht absolut sichere Zahlen gegeben werden, weil nicht nur falsche Diagnosen gestellt, sondern auch sehr häufig die Fälle doppelt gezählt werden, indem die Kranken von einem

Arzt zum anderen, von diesem in ein Krankenhaus und von dort wieder zum Privatarzt laufen, andere wieder, die zum Kurpfuscher gehen, gar nicht zur Meldung gelangen, es handelt sich doch immerhin um große Zahlen und lange Zeitläufte, in denen diese Daten gesammelt werden und wo alle diese kleinen Fehler gewissermaßen aufgewogen werden. Alles das haben wir bei uns nicht; wir müssen das Material aus allen Ecken zusammensuchen und dann die Steinchen zusammentragen und aus diesem Mosaik dann erst direkt oder indirekt unsere Schlüsse ziehen. Ich selbst habe anfangs der neunziger Jahre versucht, aus statistischen Erhebungen bei einzelnen Bevölkerungsgruppen und Krankenkassen solche Daten zu bekommen. Längere Zeit vorher schon existierten Angaben über Verbreitung der Geschlechtskrankheiten im Heere. Das sind die ältesten Statistiken, die schon deshalb großen Wert haben, weil sie in den verschiedenen Ländern gleichzeitig, meist schon seit Anfang der siebziger Jahre mit ziemlicher Vollkommenheit aufgenommen worden sind. Dann haben wir noch die Statistiken von Heilanstalten, die aber besonders durch die verschiedene Rubrizierung der einzelnen Krankheiten etwas minderwertig sind. Man hat dann ferner durch Befragen einer größeren Anzahl von Kranken nach ihren früheren Erkrankungen die Häufigkeit der Geschlechtskrankheiten festzustellen gesucht; aber wenn auch das Wort „omnis syphiliticus mendax“ gewiß übertrieben ist, so kann man doch auf solche retrospektive Statistiken keine zuverlässigen Angaben gründen. Nun hat ferner, wie Sie wissen, am 30. April 1900 auf Veranlassung des Preußischen Kultusministeriums eine einmalige umfangreiche Zählung aller Geschlechtskranken in Preußen stattgefunden, die aber natürlich auch nur ein Augenblicksbild geben konnte. Schließlich kann man noch einen anderen Weg einschlagen, um ein einigermaßen zuverlässiges Bild über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten zu gewinnen, nämlich den, daß man die Folgekrankheiten der Geschlechtskrankheiten in ihrem zahlenmäßigen Umfange zu eruieren sucht, also daß man z. B. die Häufigkeit der progressiven Paralyse, einer Krankheit, von der wir alle annehmen, daß sie auf Syphilis zurückzuführen ist, zu erforschen sucht; es liegt nahe anzunehmen, daß man aus der Häufigkeit der progressiven Paralyse Rückschlüsse auf die Häufigkeit der Syphilis ziehen kann. (Fortsetzung im 1. Heft „Archiv für Soziale Hygiene.)

Druckschriften-Einlauf.

F. Perutz, Eine soziale Studienfahrt nach England. München 1910, Buchhdlg. Nationalverein — W. Abelsdorff, Die Mitwirkung von Ärzten im Dienste der englischen Gewerbeaufsicht. Berlin 1910, Allg. Medizinische Verlagsanstalt (1,00 M.). — Zweiter Rechenschaftsbericht über die Berlin-Brandenburgische Krüppel-, Heil- und Erziehungsanstalt für die Zeit von November 1907 bis Ende 1908. — F. Kirstein, Die Durchführung der Desinfektion bei Tuberkulose mit besonderer Berücksichtigung der Wohnungsdesinfektion. Abdr. aus klin. Jahrb., Bd. XXII, Jena, G. Fischer (1,50 M.). — A. Taussig, Tuberkulose-Kataster. Sonderabdr. aus Prag. med. Wochenschr. XXXIV, 47. — O. Bloch, Vom Tode. Eine gemeinverständliche Darstellung. 2 Bde. Stuttgart, A. Juncker (15,00 M.). — S. Orelli, Wirtshausreform und Frauenarbeit. Basel, Schriftstelle des Alkoholgegnerbundes (0,10 M.). — H. Hoppe, Die Gefahren des Biergenusses, 3. Aufl. Basel, Schriftstelle des Alkoholgegnerbundes (0,10 M.). — Fock, Alkohol und

Rassenhygiene. Schriftstelle des Alkoholgegnerbundes (0,10 M.). — E. Neumann, Kultur und Alkohol. Schriftstelle des Alkoholgegnerbundes (0,10 M.). — H. Stadelmann, Ärztlich-pädagogische Vorschule auf Grundlage einer biologischen Psychologie. Hamburg u. Leipzig, L. Voß (5,00 M.). — D. v. Hansemann, Deszendenz und Pathologie. Berlin 1909, A. Hirschwald (11,00 M.). — O. Leers, Die forensische Blutuntersuchung. Berlin 1910, J. Springer (6,00 M.). — A. Kraft, Ferienheime. Bericht über eine Studienreise an den Vorstand des Schulwesens der Stadt Zürich. Zürich, Orell Füssli (2,00 M.). — Toni Harten-Hoencke, Zur großen Frage: „Mann und Weib“. Heilbronn, E. Salzer (2,40 M.). — Ph. Silberstern, Gesetzlicher Arbeiterschutz bei Caissonarbeiten in Frankreich. Sonderabdr. aus „Der Amtsarzt“ 1910, Nr. 1. — R. Ledermann, Kasuistische Mitteilungen über extragenitale und familiäre Syphilis. Sonderabdr. aus Arch. f. Dermatologie u. Syphilis, Bd. C, H. 1—3. — P. C. Franze, Höherzüchtung des Menschen auf biologischer Grundlage. Leipzig, E. Demme (1,80 M.). — R. Ledermann, Gonorrhoe und Sachverständigentätigkeit. Sonderabdr. aus Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1910, Nr. 1. — H. Neumann, Aus der Berliner Säuglingsfürsorge. Nebst einem Anhang: Thiersch, Die ärztliche Schweigepflicht bei Syphilis. Leipzig u. Wien, F. Deuticke (3,50 M.). — Dove und Frankenhäuser, Deutsche Klimatik. Berlin 1910, D. Reimer (8,00 M.). — Stiefkinder der Sozialpolitik. Bilder aus dem Berufsleben der Krankenpflegerinnen, München 1910, E. Reinhardt (0,50 M.). — A. Fränkel, Seelenheil und Krankenheil. Sonderabdr. aus der Österr. Rundschau, Bd. XXII, H. 1. — P. Dubois, Die Psychoneurosen und ihre seelische Behandlung. 2. Aufl., Bern, A. Francke (10,00 M.). — J. Kaup, Betrachtungen über die Bekämpfung der Tuberkulose in einigen Ländern, namentlich in England, Frankreich, den Vereinigten Staaten, Norwegen, Schweden und Dänemark und ihre Nutzenanwendung für Deutschland. Berlin 1910, C. Heymann (1,00 M.). — K. Süpfle, Leitfaden der Vaccinationslehre. Wiesbaden, J. F. Bergmann (5,60 M.). — Langstein-Meyer, Säuglingsernährung und Säuglingsstoffwechsel. Wiesbaden, J. F. Bergmann (6,60 M.). — E. Peiper u. R. Pauli, Die Säuglingssterblichkeit in Pommern, ihre Ursachen und ihre Bekämpfung. Abdr. aus klin. Jahrb., Jena, G. Fischer (4,00 M.). — Ascher, Das Fürsorgeamt für den Stadt- und Landkreis Hamm i. W. Sonderabdr. aus Concordia 1910, Nr. 10. — A. Eisenstadt, Beitrag zur Sexualgesetzgebung der Juden in der Ghettozeit: die Sexualhygiene in dem hebräischen Gesetzbuche Eben Haeser. Mit Bemerkungen von H. L. Eisenstadt. Sonderabdr. aus Sexual-Probleme 1910, H. 5. — G. Oeder, Die Fettpolsterdicke als Index des Ernährungszustandes bei Erwachsenen. Sonderabdr. aus Mediz. Klinik 1910, Nr. 17. — M. Mosse, Zur Kenntnis der Urlaubszeiten der kaufmännischen Angestellten. Sonderabdr. aus Mediz. Reform 1910, Nr. 18. — H. Reicher, Bibliographie der Jugendfürsorge. 3. Teil, 2. Band. Wien 1910, Manz'sche Hofbuchh. (6,00 Kr.). — H. Simon, Der Anteil der Frau an der deutschen Industrie. Jena, G. Fischer (1,60 M.). — Nietner, Der Stand der Tuberkulosebekämpfung im Frühjahr 1910. Berlin, Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose. — Soweit die eingesandten Publikationen aus Platzmangel in der „Zeitschrift für Soziale Medizin“ nicht besprochen werden können, werden sie im „Jahresbericht über Soziale Hygiene“, hrsg. von A. Grotjahn und F. Kriegel, der alljährlich im Juni erscheint, eine Besprechung finden. Dasselbst vgl. auch Chronik, Kongresse, Gesetzestafel und vollständige Bibliographie der Sozialen Hygiene und der Sozialen Medizin.

Namenverzeichnis.

A.

Abrahamson 537.
Abelsdorff, W. 423 f. 522.
Adams, S. H. 445.
Andersson 538.
Anthony, R. 411.

B.

Baum, M. 65 f. 371.
Behrens 180.
Behrens, R. 490.
Bertillon 249.
Björkman, E. 445.
Bluhm 169.
Boulin 424. 425.
Bosányi, A. 53.
Böckh, R. 251. 541.
Bracken 443.
Brentano 392.
Broesike 188.
Brüning, H. 261 f. 322 f.
Burns, J. 427.

C.

Camerer 274. 376.
Carozzi, L. 425.
Conrad, E. 254 f.
Conrad, J. 374.
Chyzer, C. 53.
Claassen, W. 529.
Cronquist, J. 465.
Czoernig 217.

D.

Dierke 482.

E.

Elben 379.
Elderson 316.

Eisenstadt 546.
Evert, G. 529.

F.

Fahlbeck, P. J. 480. 534.
Fechner 412.
Fetzer 127.
Fisher, J. 444.
v. Firks 188. 531.
v. Franqué 122.
Fränkel, C. 303.
Fries 479.
Frost, J. 476.

G.

Gaupp, R. 550.
Geissler, S. 199. 472.
Georgi, E. 68.
Gerster, N. 38. 53.
Giserius 479.
Goler 447.
Goldberg, B. 453.
Gottstein 529.
Grassl 192. 374 f. 473.
Graunt 531.
Groth 165. 168. 209. 381.
487. 542.
Grotjahn, A. 215. 216. 223.
317 f.
Guttstadt 221. 222. 223.
Grünfeld, K. 270.

H.

Hahn 487.
Hamburger 55.
Hansen, G. 398.
Hegar 127. 181.
Heller 550.
Helbig 223.

Henkel 479.
Heymann, B. 303.
Holström 538.
Hüls, P. 132 f.
Hurty 443.
Hus, M. 536.

J.

Jessen, F. 453.

K.

Kablitz 262.
Kaup, J. 533.
Key, E. 261 f.
Kirchner, M. 55. 145.
Kiaer 180.
Kienböck 286.
Kjerrulf, G. 481.
Kohlbrugge 476.
Körösy 247.
Kriegel, F. 321.
Kundtmann 531.

L.

Lennhoff 241. 403 f. 522.
Leppmann, F. 550.
Leubuscher 132. 143.
Leufoin 479.
Levy, G. 541.
Liefmann, H. 374.
Lochner, v. 476. 482.
Lombard 199.
Lommatzsch 175. 197. 199.
200.

M.

Mayet, P. 371. 372.
Matlekovits, A. v. 54.
Marina 411.

Mc Cormick 449.
 Martius 310.
 Mautner, B. 267.
 v. Mayr 189. 301.
 Metzger 479.
 Mombert 487.
 Monti 55.
 Most, O. 213f. 218. 226. 334f.

N.

Nanchtat 479.
 Neefe, M. 374.
 Neumann, E. 55f.
 Neumann, J. 295.

O.

Ollendorf, K. 1905.

P.

Pach, H. 1f.
 Pannwitz, G. 403.
 Paulsen 262.
 Pearson 311. 315. 316.
 Pirquet 55.
 v. Posadowsky-Wehner 528.
 Pope 311. 315. 316.
 Porter 443.
 Praußnitz, W. 152. 374.
 Prinzing, F. 179. 199. 263.
 295f. 326. 374. 375. 377.

378. 390. 476. 482f. 530.
 541. 553f.
 Pulligny, L. de 424. 425.
 Pütter 331.

Q.

Quetelet 152. 199. 411.

R.

Radestock 170. 451.
 Rockefeller 448.
 Roesle, E. 151f.
 Roth, E. 527.
 Roosevelt 448.
 Rothschild, H. de 479.
 Russel, Th. 249.

S.

Salomon, O. 537.
 Saul 262.
 Schatzmann 479.
 Schloßmann, A. 55. 175.
 199. 359f. 374. 377. 472.
 Scholz, L. 270.
 Schmidt, A. 185.
 Schreiber 454.
 Schultze 185.
 Selter 193.
 Sellheim, H. 127f.
 Silbergleit, H. 237f.
 Simon, H. 429.

Soltmann 261.
 Sommerfeld, Th. 428.
 Sommer, R. 411f.
 Spann 191.
 Stumpf 381.
 Stutzer, A. 479.
 Süßmilch 186. 531.
 Sundbärg 179. 189.
 Sundström, G. 539.

T.

Temme, G. 374.
 Tolkiehn 479.
 Thiele 262.
 Tjaden 55.

V.

v. Vogl 181. 379. 504.

W.

Weinberg, W. 309f.
 Weiß, S. 267.
 Whitelegge, B. A. 522.
 Wiedfeldt 220.
 Wieth-Knudsen 181.
 Wieselgren 536.
 Wilbur, C. L. 444.
 Wolf 374.
 Westergaard 174. 183.
 Würzburger 190.
 Wundt, W. 412.

UNIVERSITY OF ILLINOIS-URBANA



3 0112 113119991