

Sozialärztliches Praktikum

Ein Leitfaden für
Verwaltungsmediziner, Kreiskommunalärzte, Schulärzte,
Säuglingsärzte, Armen- und Kassenärzte

Bearbeitet von

Erster Stadtarzt
Prof. Dr. A. Gastpar
Stuttgart

Geheimer Sanitätsrat
Dr. A. Gottstein
Charlottenburg

Beigeordneter
Prof. Dr. P. Krautwig
Cöln a. Rh.

Geheimer Sanitätsrat
Dr. O. Mugdan
Berlin

Oberinspektor
O. Schulz
Charlottenburg

Kinderarzt
Dr. G. Tugendreich
Berlin

Herausgegeben von

Dr. med. A. Gottstein
Stadtrat für Medizin und Hygiene
in Charlottenburg

und **Dr. med. G. Tugendreich**
leitender Arzt der Säuglings-
fürsorgestelle V in Berlin



Springer-Verlag Berlin Heidelberg GmbH
1918

Sozialärztliches Praktikum

Ein Leitfaden für
Verwaltungsmediziner, Kreiskommunalärzte, Schulärzte,
Säuglingsärzte, Armen- und Kassenärzte

Bearbeitet von

Erster Stadtarzt Prof. Dr. A. Gastpar Stuttgart	Geheimer Sanitätsrat Dr. A. Gottstein Charlottenburg	Beigeordneter Prof. Dr. P. Krautwig Cöln a. Rh.
Geheimer Sanitätsrat Dr. O. Mugdan Berlin	Oberinspektor O. Schulz Charlottenburg	Kinderarzt Dr. G. Tugendreich Berlin

Herausgegeben von

Dr. med. A. Gottstein und **Dr. med. G. Tugendreich**
Stadtrat für Medizin und Hygiene
in Charlottenburg leitender Arzt der Säuglings-
fürsorgestelle V in Berlin



Springer-Verlag Berlin Heidelberg GmbH

1918

Alle Rechte, auch das der Übersetzung in fremde
Sprachen, vorbehalten.

ISBN 978-3-662-42771-2 ISBN 978-3-662-43048-4 (eBook)
DOI 10.1007/978-3-662-43048-4

V o r w o r t.

In zunehmendem Umfange wird der Arzt zur praktischen Mitarbeit an den Aufgaben der sozialen Hygiene herangezogen: in der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, der schulärztlichen Tätigkeit, bei der Bekämpfung der Tuberkulose, der Trunksucht und der Geschlechtskrankheiten, in der Krüppel- und Kriegsbeschädigtenfürsorge, bei der sozialen und privaten Versicherung ist eine große Zahl von Ärzten beschäftigt. Das Ziel ist sozialhygienisch; denn es bezweckt die Erhaltung der Gesundheit und die Verhütung von Krankheiten unter bestimmten durch ihre gesellschaftliche Lage gefährdeten Bevölkerungsgruppen, deren Bedrohung auf die Gesamtheit rückwirkt; die Methoden bleiben aber medizinisch; denn die Feststellung der Gesundheitsgefährdung bedient sich der Untersuchungsverfahren der Klinik. Der Probe auf die Zweckmäßigkeit der eingeleiteten Maßnahmen dient die Massenbeobachtung nach den Regeln der Statistik. Das Schrifttum und die Unterrichtsverwaltung trennen soziale Medizin und soziale Hygiene; sie verstehen unter der ersteren die Gutachtertätigkeit auf dem Gebiete der sozialen Versicherung, unter der letzteren die Betätigung in der Gesundheitsfürsorge. Die Forderungen der Zeit haben diese Scheidung in den Hintergrund geschoben, der Unterricht in der Gutachtertätigkeit hört auf, ein Sondergebiet zu sein und wird in den einzelnen Fachkliniken erteilt; die Behörden der Sozialversicherung aber stellen ihre Einrichtungen und Mittel in immer größerem Umfange in den Dienst der Gesundheitsfürsorge. Für den medizinischen Mitarbeiter an dieser Tätigkeit hat sich die Bezeichnung des „Sozialarztes“ eingeführt.

Für die Ausbildung des Sozialarztes Lehr- und Lernstätten zu schaffen, ist eine der dringendsten Aufgaben. Gegenwärtig ist die Gelegenheit, das erforderliche Wissen und Können in geordnetem Lehrgang zu erwerben, nur recht spärlich und vielfach lückenhaft.

Das vorliegende Praktikum versucht diese Lücke auszufüllen, soweit das gesprochene Wort und die lebendige Anschauung durch ein Buch ersetzt werden können. Es gibt eine größere Anzahl guter und viel ausführlicherer Handbücher für die

einzelnen Zweige der Gesundheitsfürsorge. Aber die Entwicklung der letzten Jahre hat gezeigt, daß diese einzelnen Zweige, wenn auch getrennt entstanden und entwickelt, untereinander in engstem Zusammenhange stehen, und daß sie auch bei ihrer praktischen Durchführung einheitlich verwaltet und einheitlich betrieben werden müssen.

Die Zusammenfassung aller Zweige der praktischen Gesundheitsfürsorge unter dem Gesichtspunkt ihrer inneren Zusammengehörigkeit, die scharf auch aus den Darstellungen der Bearbeiter in den einzelnen Abschnitten dieses Buches hervortritt, ist, soweit uns bekannt, der erste Versuch dieser Art. Er ist als solcher, wie wir uns nicht verhehlen, Einwendungen besonders ausgesetzt. Wir sind für jede Anregung dankbar, wie das Buch, das zum unmittelbaren täglichen Gebrauch für die praktische Arbeit dienen soll, noch zweckmäßiger ausgestaltet werden kann.

Die Herausgeber.

Inhalt.

A. Gesundheitsfürsorge.

	Seite
I. Der Arzt in der Mutter-, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge von G. Tugendreich	1
Allgemeines (Gliederung der Jugendfürsorge, Begriff der Fürsorgebedürftigkeit, Formen der Fürsorge)	1
Entwicklung des Säuglings und Kleinkindes	4
Ernährung des Säuglings und Kleinkindes	9
Die Kuhmilch (Milchprüfung)	15
Überblick über die Mutterfürsorge (Schwangerschaft, Entbindung, Wochenbett)	21
Der Arzt der Säuglings- und Kleinkinderfürsorgestelle	24
Die ärztliche Untersuchung	34
Stillung	37
Künstliche Ernährung	43
Ausbildung von Säuglingspflegerinnen	58
Der Krippenarzt	59
Der Kindergartenarzt	65
Ausbildung der Kindergärtnerin und Jugendleiterin	72
Der Ziehkinderarzt	73
Ammenwesen	76
Geschlossene Fürsorge	79
Der Arzt als Lehrer der Kinderpflege	80
Das Jugendamt	82
Organisation	83
Geschäftsanweisung für die Säuglingspflege und Kleinkinderfürsorge	83
II. Der Schularzt und die Fürsorge für das schulpflichtige Alter von A. Gastpar	108
Allgemeine Schulgesundheitspflege	108
Das geeignetste Schularztsystem	112
Die inneren Einrichtungen und Voraussetzungen eines wirksamen Schularztdienstes	114
Spezielle Schulgesundheitspflege	116
Hygiene des Schulhauses	116
Hygiene des Unterrichts	117

	Seite
Gesundheitspflege der Schüler, Verhütung und Bekämpfung von	
Krankheiten	117
Untersuchung der Kinder	118
Die Schulschwester	123
Ausbildung von Fürsorgerinnen	125
Ärztliche Behandlung der Schuljugend	126
Krankheitsbezeichnungen, Formulare, Statistik	130
Schulturnen und Spiele	140
Schwimmen, Baden, Wandern	141
Militärische Vorbereitung der Jugend	141
Fürsorge- und Wohlfahrtseinrichtungen	142
Dienstanzweisung für den schulärztlichen Dienst	148
III. Die Fürsorge für die schulentlassene Jugend von A. Gastpar	151
Allgemeines	151
Berufsberatung	152
Die Aufklärung (sexuelle usw.)	154
B. Krankenfürsorge.	
I. Armenarzt und Armenkrankenfürsorge von A. Gottstein	155
Allgemeines	155
Armenkrankenfürsorge im besonderen	161
Aufgaben des Armenarztes	166
Geschlossene Armenkrankenfürsorge	172
II. Der Arzt in der Tuberkulosefürsorge von P. Krautwig	176
Anzeigespflicht	176
Umfang und Bedeutung der Tuberkulose als Volkskrankheit	177
Sozialhygienische Bekämpfung der Tuberkulose	180
Aufgaben der Auskunfts- und Fürsorgestellen	183
Träger und Einrichtung der Fürsorgestelle	184
Der Fürsorgearzt	185
Fürsorgebüro und Wohlfahrtsamt	188
Fürsorgeschwestern	189
Pflegerische Aufgaben	191
Halbgeschlossene Fürsorge (Walderholungsstätten, Waldschulen)	194
Geschlossene Fürsorge (Lungenheilstätten)	196
Kleinkinderkuren	202
Tuberkuloseheime	203
Beziehungen der Tuberkulosefürsorge zu sonstigen Wohlfahrts- einrichtungen	204
Untersuchungsbogen	206
Fragebogen	208
Haushaltsplan	212

Rundschreiben des Reichskanzlers über den Ausbau der Fürsorge- stellen für Lungenkranke	214
Leitsätze über Tuberkulosebekämpfung	217
Vorschriften zur Verhütung der Weiterverbreitung der Tuber- kulose	219
Rundschreiben der Landesversicherungsanstalt Rheinprov. betr. Kinderfürsorge	222
III. Fürsorge für Geschlechtskranke von A. Gottstein . . .	227
Allgemeines	227
Beratungsstellen	229
Merkblatt über Zweck und Einrichtung der Beratungsstelle . .	234
IV. Fürsorge für Alkoholkranke von A. Gottstein	238
Ursachen und Folgen der Trunksucht	238
Die einschlägige Gesetzgebung	240
Vereine zur Bekämpfung der Trunksucht	241
Beratungsstellen für Alkoholkranke.	242
Formulare der Beratungsstelle	246
V. Unfallfürsorge und Rettungswesen von A. Gottstein . .	250
Organisation	251
Grundsätze für die Ordnung des Rettungs- und Krankenbeförde- rungswesens	252
Gemeinden und Rettungswesen	258
Unfallmeldewesen	259
VI. Krüppelfürsorge von A. Gottstein	261
Allgemeines. Begriffsbestimmung. Die Krüppelzählung	261
Lehrwerkstätten	262
Ambulante Krüppelfürsorge	265
Vorbeugende Krüppelfürsorge	265
Organisation	268
VII. Fürsorge für Taubstumme und Blinde von A. Gottstein .	269
Statistisches	269
Anstalten für Taubstumme	271
Blindenschulen	272
Schule für Taubstummenblinde	272
VIII. Bürgerliche Kriegsbeschädigtenfürsorge von A. Gottstein	274
Organisation	274
Aufgaben.	276
Die wichtigsten gesetzlichen Bestimmungen	279
Geschäftsführung	284
Vorläufige bürgerliche Fürsorge	284

	Seite
Fragebogen	285
Lehr- und Lernwerkstätten	289
Berufsberatung	289
Aufstellung über die Verwendungsmöglichkeiten der Beschädigten	291
Dauernde bürgerliche Kriegsbeschädigtenfürsorge	298
Personalkarte	300
Tuberkulöse Kriegsbeschädigte	305
Nervenranke	306
Gesundheitspflegerische Aufgaben	307
Unterstützungen	310

C. Allgemeiner Teil.

I. Statistik von A. Gottstein	313
Grundlagen	313
Bevölkerungsstatistik	316
Erkrankungsstatistik	319
Sterblichkeitsstatistik	324
Säuglingssterblichkeit	328
Sterblichkeit nach Altersklassen	333
Sterblichkeit nach Stadt und Land	336
Sozialstatistik	338
II. Biometrie von A. Gottstein	341
Allgemeines	341
Körperlänge	343
Körpergewicht	345
Beurteilung des Ernährungszustandes	345
Familienforschung und Erblichkeitslehre	348
III. Private Lebensversicherung von A. Gottstein	350
Hauptaufgaben	351
Vertrauens- und Revisionsarzt	352
Vorgeschichte und Befund des Versicherten	353
IV. Reichsversicherungsordnung und Angestelltenversicherung von O. Mugdan	358
Versicherungspflicht	359
Versicherungsfreiheit	361
Versicherungsberechtigung	363
Versicherungsträger	364
Versicherungsbehörden	367
Aufbringung der Mittel	369
Leistungen der Versicherungsträger	372
Anspruch auf Leistungen und Feststellung der Leistungen	381

	Seite
V. Stellung des Arztes in der Gewerbeordnung von O. Mugdan	384
Die Approbation	384
Mitwirkung des Arztes bei Durchführung der Gewerbeordnung .	387
Arbeiterschutz	387
Genehmigungsverfahren	390
Gewerbeaufsicht	392
VI. Die Tätigkeit des Arztes in der Reichsversicherungsordnung und in der Angestelltenversicherung von O. Mugdan . .	394
Krankenversicherung	394
Unfallversicherung	397
Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung	400
Angestelltenversicherung	402
VII. Verwaltungswesen von O. Schulz.	404
Organisation der Behörden	404
Sanitätspolizei	407
Anzeigepflichtige Kranken- und Todesfälle	408
Impfwesen	410
Leichenwesen	410
Verkehr mit Giften	412
Nahrungsmittelgesetzgebung	413
Wohnungswesen	417
Medizinalpolizei	420
Ärzte und Zahnärzte	420
Apothekenwesen	423
Vorschriften über Anlage, Bau usw. von Krankenanstalten usw. .	425
VIII. Anleitung zur Geschäftsführung von O. Schulz.	433
Amtlicher Schriftverkehr	433
Registratur	434
Kartothek	435
Haushaltsplan	435
Vergebung von Lieferungen	436
Rechnungswesen	438
Literatur	440
Alphabetisches Sachverzeichnis	443

A. Gesundheitsfürsorge.

I. Der Arzt in der Mutter-, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge.

Von
Gustav Tugendreich.

I. Allgemeines.

Gliederung der Jugendfürsorge. Die Jugendfürsorge umfaßt das Alter von 0—21 Jahren. Mit 21 Jahren tritt in Deutschland die Mündigkeit ein. Der Mündige ist nicht mehr Gegenstand der Jugendfürsorge. Andererseits greifen Fürsorgemaßnahmen, die sich wesentlich auf höhere Altersklassen erstrecken, in die Fürsorge für das Jugendalter ein; z. B. erfaßt die sog. Sozialversicherung (Kranken-, Invaliditäts-, Unfallversicherung) auch die jugendlichen Arbeiter, und die Familienversicherung die Kinder der versicherten Personen.

Die Altersgruppe der Jugend von 0—21 Jahren umfaßte nach der Volkszählung des Jahres 1910 in Deutschland etwas über 28 Millionen (genau: 28 058 335) von ungefähr 65 Millionen Einwohnern (genau: 64 925 993). Die Altersgruppe der Jugend gliedert sich vom sozialen Standpunkt in drei Untergruppen:

- I. das erste Kindesalter . . . von 0— 6 Jahren,
- II. „ Schulalter „ 6—14 „
- III. „ Alter der schulentlassenen Jugend oder der Jugendlichen. „ 14—21 „

Ungefähr fällt diese Einteilung zusammen mit der auf biologischer Grundlage getroffenen. Der Biologe gliedert das Jugendalter gleichfalls in drei Abschnitte:

- I. das neutrale Kindesalter von 0— 7 Jahren,
- II. „ bisexuelle „ „ 8—15 „
- III. „ Alter der Reife. . . „ 15—21 „

Der Übergang vom neutralen zum bisexuellen Kindesalter wird durch den Beginn des Zahnwechsels gekennzeichnet, vom

bisexuellen zum Reifealter durch das Reifen der Geschlechtsorgane.

Das erste Kindesalter.

Das erste Kindesalter von 0—6 Jahren gliedert sich zwanglos in:

1. das Säuglingsalter von 0—1 Jahren,
2. „ Kleinkinderalter „ 1—6 „

und zwar:

- a) das erste Kleinkinder- oder Krippenalter bis $2\frac{1}{2}$ (3) Jahren,
- b) das zweite Kleinkinder- oder Kindergartenalter von $2\frac{1}{2}$ (3) bis 6 Jahren.

Die dem ersten Kindesalter eigentümliche soziale Not. Die Not des Säuglingsalters setzt bereits ein mit der Schwangerschaft der Mutter. In engster Verbindung mit der Säuglingsfürsorge steht die Mutterfürsorge, die Fürsorge für Schwangerschaft, Entbindung, Wochenbett.

Das Säuglingsalter wird beherrscht von den Fragen der körperlichen Aufzucht. Demgemäß tritt die soziale Not des Säuglings als unzureichende Ernährung und mangelhafte Körperpflege in Erscheinung, und die soziale Fürsorge in Bestrebungen, auch dem Säugling der sozialen Unterschicht zweckmäßige Ernährung (Stillung) und einwandfreie Pflege zu verschaffen.

Im Kleinkinderalter sind die Fragen der Ernährung und Körperpflege, wenn auch durchaus nicht nebensächlich, so doch nicht mehr die einzigen, in denen sich Not und Fürsorge offenbaren. Mit der geistigen Entwicklung des Kindes wächst von Tag zu Tag die Möglichkeit und Pflicht erzieherischer Einwirkung.

Gleichzeitig nimmt beständig die Fähigkeit des selbständigen Kriechens und Gehens zu. Der Beginn dieser Fähigkeit zu selbständiger Fortbewegung bildet einen Entwicklungseinschnitt von großer Tiefe. Dabei besteht gewissermaßen ein Mißverhältnis zwischen der körperlichen und geistigen Entwicklung. Verstand und Vernunft stehen nicht auf gleicher Höhe wie das Gehvermögen. Die Natur bedient sich ja gerade des Kriech- und Gehvermögens zur Förderung der geistigen Entwicklung.

Aus diesem Mißverhältnis entspringen besondere Gefahren für das Kleinkind und damit eine besondere soziale Not: Das Kleinkind erfordert dauernde Aufsicht, die um so zeitraubender ist, als das im Säuglingsalter große Schlafbedürfnis im Kleinkinderalter nicht unerheblich abnimmt.

Welches Kind ist fürsorgebedürftig?

Fürsorgebedürftig ist:

1. das uneheliche Kind; denn es entbehrt des natürlichen Rechtsvertreters, der für das eheliche Kind der Vater ist. Dadurch wird sein rechtlicher Zustand und in engem Zusammenhang damit sein körperlicher Zustand gefährdet. Zwischen Alimentation und körperlichem und geistigem Gedeihen besteht ein Parallelismus. Je gesicherter und genügender die Alimentation, desto günstiger gestaltet sich die Aufzucht des Kindes.

Für die Rechtsvertretung des Kindes eignet sich am besten die Berufsvormundschaft. Die gesundheitliche Überwachung überträgt die Berufsvormundschaft am besten dem Sozialarzt (Säuglingsfürsorge-stelle);

2. das eheliche Kind, falls ihm seine Eltern aus eigenen Mitteln eine den gesundheitlichen und erzieherischen Mindestforderungen genügende Aufzucht nicht bereiten können oder wollen.

(Fürsorgebedürftigkeit ist also nicht gleichbedeutend mit Armut im verwaltungstechnischen Sinne. Bis weit in den Mittelstand hinein ist eine den Mindestforderungen genügende Aufzucht des Nachwuchses in der Familie nicht mehr gewährleistet; z. B. meistens nicht bei außerhäuslicher Erwerbstätigkeit der Mutter.)

Umfang und Formen der Fürsorge.

Dem Umfang nach ist die Fürsorge vollständig, d. h. übernimmt alle zur körperlichen und geistigen Pflege erforderlichen Leistungen (z. B. in der öffentlichen Waisenpflege der armenrechtlich hilfsbedürftigen Kinder), oder die Fürsorge ist ergänzend und übernimmt nur einen Teil der erforderlichen Leistungen, den anderen Teil der Familie überlassend.

Folgende Formen der Fürsorge unterscheidet man:

1. Die offene Fürsorge beläßt den Fürsorgebedürftigen in seiner Familie und versucht, ihm dort durch ihre Maßnahmen eine den Mindestforderungen der Hygiene und Pädagogik genügende Existenz zu verschaffen.
2. Die geschlossene Fürsorge nimmt den Fürsorgebedürftigen aus seiner Familie heraus und verschafft ihm in einer Anstalt die erforderliche Fürsorge.
3. Zwischen der offenen und geschlossenen Fürsorge steht die halbgeschlossene, die nur während mehrerer Stunden

täglich (wochentäglich) das fürsorgebedürftige Kind anstattlich versorgt, während es in der übrigen Zeit in seiner Familie bleibt.

Gerade die halbgeschlossene Form ist im ersten Kindesalter als Krippe und Kindergarten verbreitet.

II. Die Entwicklung des Säuglings und Kleinkindes.

1. Körpergewicht und Körperlänge¹⁾.

Alter	Körpergewicht	Körperlänge	
Neugeborenen	3250 g ²⁾	50 cm	} Säuglings- alter
Ende des 1. Monats	4000 „	„	
„ „ 2. „	4700 „	„	
„ „ 3. „	5350 „	„	
„ „ 4. „	5950 „	„	
„ „ 5. „	6500 „	„	
„ „ 6. „	7000 „	65 „	
„ „ 7. „	7450 „	„	
„ „ 8. „	7850 „	„	
„ „ 9. „	8200 „	„	
„ „ 10. „	8500 „	„	
„ „ 11. „	8750 „	„	
„ „ 12. „	9000 „	75 „	} Kleinkinder- alter
Ende des 2. Jahres	11000 „	85 „	
„ „ 3. „	12500 „	93 „	
„ „ 4. „	14500 „	97 „	
„ „ 5. „	16000 „	103 „	
„ „ 6. „	17000 „	111 „	

Sehr brauchbar zur schnellen Bestimmung des Wachstums und Ernährungszustandes ist die „Einfache Tafel zur Bestimmung von Wachstum und Ernährungszustand bei Kindern“ von Pirquet, Berlin 1913, Julius Springer, Preis 0,30 Mk.

¹⁾ s. auch Kapitel: Biometrie.

²⁾ In den ersten Tagen findet eine „physiologische Gewichtsabnahme“ statt, die 200 g und mehr betragen kann. Am 10. Lebens-tage, spätestens am 14., ist das Geburtsgewicht wieder erreicht.

	Zeit des Durchbruchs	Formel ¹⁾
Medialer unterer Schneidezahn	6.—9. Monat	$\frac{a}{a}$
Medialer oberer Schneidezahn	} 8.—10. „	$\frac{a_1 a}{a}$
Lateral oberer Schneidezahn		$\frac{a a_1}{a}$
Erster oberer Backenzahn .	} 12.—15. „	$\frac{c a_1 a}{c a_1 a}$
Lateral unter. Schneidezahn		$\frac{a a_1 c}{a a_1 c}$
Erster unterer Backenzahn .		
Oberer Eckzahn	} 18.—24. „	$\frac{c b a_1 a}{c b a_1 a}$
Unterer Eckzahn		$\frac{a a_1 b c}{a a_1 b c}$
Zweiter oberer Backenzahn .	} 30.—36. „	$\frac{c_1 c b a_1 a}{c_1 c b a_1 a}$
Zweiter unterer Backenzahn		$\frac{a a_1 b c c_1}{a a_1 b c c_1}$

Die zweite Zahnung (Zahnwechsel) (Abb. 2) beginnt gegen Ende des Kleinkinderalters mit dem Durchbruch der ersten Molaren.

	Zeit des Durchbruches
Erste Mahlzähne	5.— 8. Jahr
Mittlere Schneidezähne	6.— 9. „
Seitliche Schneidezähne	7.—10. „
Erste Backenzähne	9.—13. „
Eckzähne	9.—14. „
Zweite Backenzähne	10.—14. „
Zweite Mahlzähne	10.—14. „
Dritte Mahlzähne	16.—40. „

Die Zähne des Unterkiefers brechen in der Regel etwas früher durch als die des Oberkiefers.

b) Kopfhoben, Sitzen, Stehen, Gehen.

Alter	in dem beginnt
3 Monate	selbständiges Kopfhoben,
6 „	„ Sitzen,
9 „	„ Stehen,
12 „	„ Gehen.

Es kommen nicht unerhebliche Abweichungen ohne krankhafte Ursache vor.

¹⁾ In der Formel bedeutet a mittlerer Schneidezahn, a₁ seitlicher Schneidezahn, b Eckzahn, c erster Milchbackzahn c₁ zweiter Milchbackzahn.

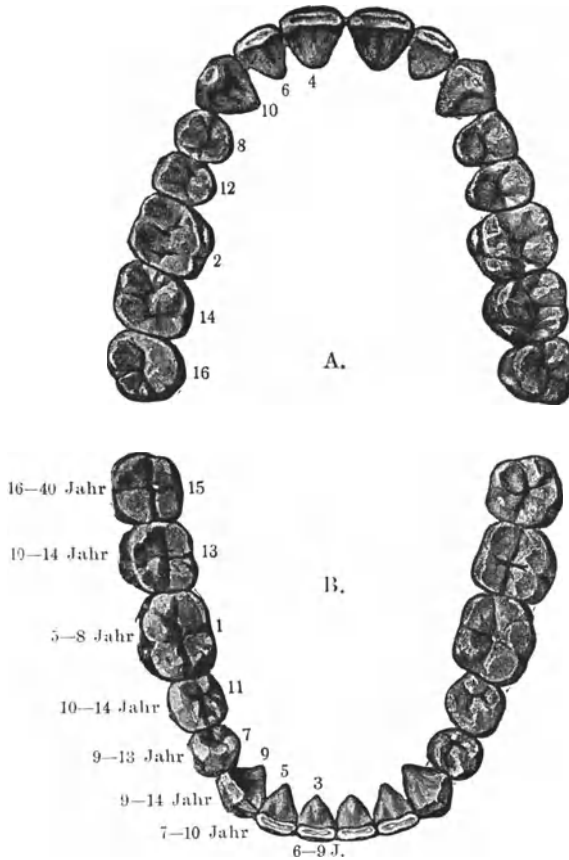


Abb. 2. Durchbruchzeiten der bleibenden Zähne. (Die an der Innenseite der Zähne befindlichen Zahlen geben die Reihenfolge des Durchbruches an.) Die Zähne des Unterkiefers brechen in der Regel etwas früher durch als die des Oberkiefers.

A. Oberkiefer. — B. Unterkiefer.

(Entnommen aus Misch, Lehrb. d. Grenzgebiete d. Mediz. u. Zahnheilkde. Stuttgart, Enke 1914.)

c) Brustkorb, Atmung, Puls.

Alter	Brustmaße (Knaben) Durch- schnittlicher Umfang ¹⁾	Atemzüge in der Minute	Puls ²⁾ in der Minute
Neugeborenen	32 cm	44	} 160—150
3 Monate	37,5 „	35	
6 „	40,3 „	35	
9 „	43 „	35	
1 Jahr	45,8 „	30	
2 Jahre	49 „	30	} 120
3 „	50,6 „	30	
4 „	52,6 „	30	} 110
5 „	54 „	26	
6 „	56 „	26	

d) Schlaf.

In den ersten Lebensmonaten schläft das gesunde Kind fast dauernd. Zu den Mahlzeiten wacht es auf, wenn durch pünktliche Darreichung das Kind an die Zeiten der Nahrungsaufnahme gewöhnt wird. Mit zunehmendem Alter verringert sich das Schlafbedürfnis. Im Kleinkinderalter beträgt es, je nach dem Lebensjahr, 15—12 Stunden, wovon 1½—2 Stunden während des Tages eingeschaltet werden sollen.

e) Zur geistigen Entwicklung.

Ende des 2. Monats: das Kind vermag zu lächeln.

3. Monat: fixiert vorgehaltene Gegenstände; reagiert auf Geräusche; lallt die ersten Laute.

2. Lebensjahr: die Sprachentwicklung macht große Fortschritte. Sätze werden gewöhnlich erst gegen Ende des 2. Lebensjahres gebildet.

Gegen Ende des 3. Lebensjahres empfindet sich das Kind als Persönlichkeit. Es spricht von sich, statt wie bisher in der dritten Person, in der ersten.

(Manche Kinder beginnen erst erheblich später, im 3. oder 4. Jahre zu sprechen, oft ohne krankhafte Ursache.)

¹⁾ Der Brustumfang der Mädchen ist durchschnittlich kleiner.

²⁾ Der Puls ist im Kindesalter häufig etwas unregelmäßig ohne krankhafte Ursache.

III. Ernährung.

Vorbemerkung: Der Brennwert (Kaloriengehalt, Zahl der Wärmeeinheiten) der Nahrungsstoffe ist:

1 g Eiweiß	rund 4,0 Kal.
1 „ Fett	„ 9,0 „
1 „ Zucker	„ 4,0 „

Weiß man, wieviel Gramm Eiweiß, Fett, Zucker in der täglichen Nahrung aufgenommen werden, so läßt sich mit Hilfe obiger Zahlen durch einfache Multiplikation und Addition der Resultate die tägliche Kalorienzufuhr berechnen. Dividiert man die Zahl der täglich zugeführten Kalorien durch das Körpergewicht, so erhält man den „Energiequotienten“, d. h. die für das Kilogramm Körpergewicht zugeführte Kalorienmenge.

Der Säugling bedarf grobdurchschnittlich:

im 1. Vierteljahr . . .	100 Kal. für das Kg Körpergewicht
„ 2. „ . . .	90 „ „ „ „ „
„ 3. „ . . .	80 „ „ „ „ „
„ 4. „ . . .	70 „ „ „ „ „

Das Kleinkind im 2. bis

6. Lebensjahr . .	65—55 „ „ „ „ „
-------------------	-----------------

in Ruhe, bei Bewegung Steigerung um ca. 30% auf durchschnittlich 80—100 Kal. Bei gesunden Kleinkindern wird man also 80—100 Kal. zugrunde legen müssen.

a) Die Ernährung im Säuglingsalter.

Die natürliche Ernährung an der Brust (die Stillung) ist das sicherste Mittel zur Erzielung einer normalen Entwicklung und zur Verhütung von Ernährungsstörungen und fördert die Heilung auch anderer Erkrankungen (Sterblichkeit der Brustkinder 7%, allgemeine Säuglingssterblichkeit 14% in Deutschland).

Durchschnittliche Zusammensetzung der Frauenmilch und Kuhmilch.

	Frauenmilch	Kuhmilch
Eiweiß	1,0%	3,5%
Fett	4,0%	4,0%
Zucker	7,0%	3,5%
Salze	0,2%	0,7%

Schema zur Ernährung des Säuglings.

Bei Frauenmilch

Bei Kuhmilch

1. Tag:

keine Nahrung

(ausnahmsweise Tee mit Sacch.).

vom 2. Tag ab:

5 mal Frauenmilch	5 mal $\frac{1}{3}$ Milch, $\frac{2}{3}$ Wasser und $\frac{1}{2}$ Teelöffel Zucker
-------------------	---

vom 2. Monat ab:

5 mal Frauenmilch	5 mal $\frac{1}{2}$ Milch, $\frac{1}{2}$ Wasser und 1 gestr. Teelöffel Zucker
-------------------	--

vom 4. Monat ab:

5 mal Frauenmilch	5 mal $\frac{2}{3}$ Milch, $\frac{1}{3}$ Wasser und 1 gestr. Teelöffel Zucker
-------------------	--

vom 6. Monat ab:

1 mal Grießsuppe und Gemüse	1 mal Grießsuppe und Gemüse
4 mal Frauenmilch	4 mal Vollmilch

vom 8. Monat ab:

1 mal Grieß und Gemüse	1 mal Grieß und Gemüse
1 mal Zwiebackbrei	1 mal Zwiebackbrei
3 mal Frauenmilch	3 mal Vollmilch

vom 9. Monat ab:

1 mal Grieß und Gemüse
1 mal Zwiebackbrei
3 mal Vollmilch

vom 15. Monat ab:

1 mal Mittagessen
1 mal Abendessen
3 mal einen Becher Milch mit Gebäck.

Nachts soll keine Nahrung gereicht werden.

Die tägliche Trinkmenge, die (besonders bei künstlicher Ernährung) möglichst gleichmäßig auf die einzelnen Mahlzeiten verteilt werden soll, richtet sich nach dem Gewicht und ist mit Hilfe der in der Vorbemerkung gemachten Angaben zu errechnen.

Im allgemeinen trinkt das Brustkind in 24 Stunden ein Sechstel seines Körpergewichts; beim künstlich genährten Kind beträgt die Menge der Milch gleich ein Zehntel des Körpergewichts, die der Gesamtnahrung ein Sechstel des Körpergewichts. (Beispiel: Gewicht 4200 g; Milch = 420 g (ein Zehntel des Körpergewichts), aufgefüllt mit Wasser oder Schleim auf 700 g (gleich ein Sechstel des Körpergewichts)).

Für ein gesundes, normal an Gewicht zunehmendes Flaschenkind würde etwa folgendes Schema gelten:

Lebens- wochen	Zahl der Mahlzeiten	Trinkmenge	Milch	Wasser				
1.	6 ¹)	× 60 g	(20 g	40 g	¼ Teel.	Zucker	pr. Fl.)	
2.—4.	6 ¹)	× 90 „	(30 „	60 „	½ „	„	„ „ „)	
4.—8.	6 ¹)	× 140 „	(60 „	80 „	½ „	„	„ „ „)	
8.—12.	6 ¹)	× 150 „	(75 „	75 „	1 „	„	„ „ „)	
12.—16.	5	× 180 „	(100 „	80 „	1 „	„	„ „ „)	
16.—20.	5	× 180 „	(120 „	60 „	1 „	„	„ „ „)	
20.—24.	5	× 180 „	(150 „	30 „	1 „	„	„ „ „)	
24.—26.	5	× 180 „	(180 „	Vollmilch	1 „	„	„ „ „)	
26.—52.	4	× 200 „	(200 „	„	und mittags	Beikost.)		

Zwimilchernahrung.

Reicht die Brustnahrung nicht vollständig aus, oder soll allmählich abgestellt werden, so werden eine oder mehrere Brustmahlzeiten durch Flaschenmahlzeiten entsprechend dem Alter des Kindes ersetzt.

Die Mahlzeiten sind, besonders beim Brustkind, gleichmäßig über den Tag zu verteilen. Nachts soll, wie schon erwähnt, Nahrung nicht gereicht werden. Die Trinkmenge soll 1 Liter täglich niemals übersteigen.

Durchschnittliche Kalorienberechnung und Herstellungsvorschriften der Milchsicherungen.

Zur bequemen Berechnung der gebräuchlichsten Milchsicherungen dienen folgende Tabellen²⁾:

1. Verdünnte Milch mit Nährzucker.

Nummer der Mischung	Zusammensetzung pro Liter	Fett	Kohle- hydrate	Eiweiß	Fett	Kohle- hydrate	Eiweiß	Summe
		pro Liter			Kalorien pro Liter			
I	350 Milch, 650 Wasser, 35 Zucker	12,25	50,75	11,55	114	208	47	396
II	400 Milch, 600 Wasser, 35 Zucker	14	53	13,20	130	217	54	401
III	500 Milch, 500 Wasser, 35 Zucker	17,50	57,5	16,50	163	236	68	467
IV	750 Milch, 250 Wasser, 40 Zucker	26,25	73,75	24,75	244	302	101	647

¹⁾ 6 ist die Höchstzahl. Man kommt gewöhnlich auch mit 5 aus unter entsprechender Verteilung der Tagesmenge.

²⁾ Entnommen aus Sommerfeld in Baginsky-Sommerfeld: Säuglingskrankenpflege u. Säuglingskrankh. Stuttgart 1906 bei Enke.

2. Haferschleim-, Milchnmischungen. Herstellung des Haferschleims: 30 g Hafermehl werden mit etwa 200 ccm heißem Wasser eingerührt, 800 ccm heißes Wasser nachgefügt und unter stetem Rühren 15 Minuten gekocht, nachdem gegen Schluß 50 g Rohrzucker hinzugefügt worden sind. Der fertige Haferschleim wird durch ein feines Sieb gegossen und eventuell mit der nötigen Menge Milch gemischt. Die Mischungen werden 10 Minuten sterilisiert.

Nummer der Mischung	1 Liter trinkfertiger Mischung enthält	Fett	Kohlehydrate	Eiweiß	Fett	Kohlehydrate	Eiweiß	Summe der Kalor.
		g	g	g	Kal.	Kal.	Kal.	
0	Reiner Haferschleim	2,4	69,2	6,1	22	284	25	331
I	4 Haferschl., 1 Milch 800 + 200 ccm	8,9	64,4	11,5	83	264	47	394
II	3 Haferschl., 1 Milch 750 + 250 ccm	10,6	63,2	12,9	98	259	53	410
III	2 Haferschl., 1 Milch 666 + 334 ccm	13,3	61,1	15,1	124	250	62	436
IV	1 Haferschl., 1 Milch 500 + 500 ccm	18,7	57,1	19,6	174	234	80	488
V	1 Haferschl., 2 Milch 334 + 666 ccm	24,1	53,1	24,0	224	218	98	540
VI	1 Haferschl., 3 Milch 250 + 750 ccm	25,4	51,0	26,3	236	209	108	553

3. Kindermehl-Milchnmischungen. 50 g Mehl werden mit 1 l Wasser unter beständigem Umrühren 15 bis 20 Minuten gekocht und die fertige Mehlsuppe je nach der gewünschten Mischung mit der nötigen Menge Milch versetzt. Die Mischungen werden 5 Minuten sterilisiert.

Nummer der Mischung	1 Liter trinkfertiger Nahrung enthält	Fett	Kohlehydrate	Eiweiß	Fett	Kohlehydrate	Eiweiß	Summe der Kalor.
		g	g	g	Kal.	Kal.	Kal.	
0	Reines Kindermehl	3,63	50,39	9,54	34	206	39	279
I	4 Kindermehl, 1 Milch 800 ccm + 200 ccm	9,91	49,31	14,23	92	202	58	353
II	3 Kindermehl, 1 Milch 750 ccm + 250 ccm	11,47	49,04	15,41	107	201	63	371
III	2 Kindermehl, 1 Milch 666 ccm + 334 ccm	14,09	48,59	17,36	113	199	71	401
IV	1 Kindermehl, 1 Milch 500 ccm + 500 ccm	19,31	47,70	21,27	179	196	87	462
V	1 Kindermehl, 2 Milch 334 ccm + 666 ccm	24,54	46,76	25,18	228	192	103	523
VI	1 Kindermehl, 3 Milch 250 ccm + 750 ccm	27,16	46,35	27,14	253	190	111	544

4. Buttermilch. In 1 l Buttermilch werden (15—)25 g feinstes Weizenmehl (oder Reismehl, Hafermehl) gut eingequirlt, 35(—50) g Rohrzucker hinzugefügt, die Mischung unter beständigem Umrühren etwa 5 Minuten aufgekocht, sodann durch ein feines Sieb gegossen und in sterile Flaschen gefüllt.

In 1 l trinkfertiger Buttermilch (mit 25 g Mehl und 35 g Zucker bereitet) sind im Durchschnitt enthalten: 5,1 g Fett, 103,5 g Kohlehydrate, 34,4 g Eiweiß, d. h. 47,43 Fettkalorien, 424,35 Kohlehydratkalorien, 141,04 Eiweißkalorien = 612,82 Kalorien.

Buttermilch kann gebrauchsfertig als Holländische Säuglingsnahrung von den Milchwerken Vilbel in Hessen und von allen Apotheken bezogen werden.

5. Malzsuppe nach Liebig-Keller. 100 g alkalisierter Malzextrakt (Löflund) werden in $\frac{2}{3}$ l Wasser von 50 bis 60° gelöst. Gleichzeitig werden 50 g feinstes Weizenmehl in $\frac{1}{3}$ l Milch verührt, durch ein enges Sieb gegossen, mit der Malzextraktlösung vermischt und die Mischung aufgekocht.

1 l trinkfertiger Malzsuppe enthält: 11,60 g Fett, 118,9 g Kohlehydrate, 21,0 g Eiweiß, 107,88 Fettkalorien, 487,49 Kohlehydratkalorien, 86,10 Eiweißkalorien = 681,47 Kalorien = rund 680 Kalorien.

6. Rahmmischungen. Hergestellt, wenn möglich, aus frischem Rahm (10—13 % Fett) oder, wenn solcher nicht zu beschaffen, aus Biederts Rahmkonserve (Ramogen) nach des Erfinders bekannten Vorschriften (Zusammensetzung des Ramogen: 16,8 % Fett, 36 % Kohlehydrat, 7,4 % Eiweiß).

7. Eiweißmilch. Die Eiweißmilch wird so dargestellt, daß 1 l ungekochter Kuhmilch auf 40° erwärmt und mit einem Eßlöffel Sinons Labessenz oder Pegin (einem pulverförmigen Labferment nach v. Dungere) versetzt und auf eine halbe Stunde an einen warmen Ort oder in ein Wasserbad gestellt wird. In dieser Zeit vollzieht sich die Labung der Milch und die Trennung der Molke von dem Kaseingerinnsel. Das Ganze wird auf ein Sehtuch geschüttet, durch das die Molke langsam abtropft. Nach etwa 1 Stunde nimmt man den Käsekumpen — die Molke bleibt unbenutzt — und schickt ihn mehrmals unter Hinzufügen von $\frac{1}{2}$ l Leitungswasser durch ein Haarsieb, bis das Gerinnsel fein verteilt ist. Schließlich füllt man die Lösung mit $\frac{1}{2}$ l Buttermilch wieder auf 1 l auf. Beim Sterilisieren muß die Eiweißmilch stark gerührt, am besten mit einem „Schneeschläger“ geschlagen werden, da sie sonst klumpig wird. Trotzdem bilden sich oft zähe Gerinnsel, die das Loch im Sauger nicht passieren. Wir pflegen deshalb, um die Mischung homogen zu halten, stets 1 % Mondamin hinzuzufügen.

Die Milch, die man nunmehr vor sich hat, enthält Eiweiß und Kalk aus $\frac{1}{2}$ l Milch, Milchzucker aber nur aus $\frac{1}{2}$ l, auch der Salzgehalt ist reduziert (abgesehen vom Kalk) und ferner ist das Fett von 3,5 auf 2,5 % herabgesetzt. 1 l Eiweißmilch enthält 450 Kalorien.

Gebrauchsfertig als Eiweißmilch von Finkelstein-Meyer zu beziehen von der Fabrik: Milchwerke Böhlen bei Rötha in Sachsen oder Vilbel in Hessen. (Einzelverkauf in allen Apotheken.)

Tee. Aus gewöhnlichem russischen Tee wird ein hellgelber Aufguß hergestellt. $\frac{1}{2}$ Tabl. Saccharin auf die Flasche.

Beikost.

Grießbrei. Auf 100 ccm Vollmilch werden 80 g Grieß genommen. Der Grieß und eine Prise Salz werden in die kochende Milch geschüttet. Man läßt $\frac{1}{2}$ Stunde unter Umrühren kochen. Konsistenz: dicke Suppe.

Bouillongrieß. Eine dünne Fleischbrühe — die Fleischsorte ist gleichgültig — wird mit 5% Grieß eine $\frac{1}{2}$ Stunde gekocht. Hat die Flüssigkeit stark durch Verdampfen abgenommen, so wird mit etwas Wasser aufgefüllt. Die Brühe muß so dünn sein, daß sie sich aus der Flasche trinken läßt.

Gemüse. Die gesäuberten Gemüse (Spinat, Mohrrüben) werden in Salzwasser weichgekocht, herausgenommen, zerkleinert und mit dem Kochwasser zu einem Brei verkocht. Dieser Brei wird durch ein feines Sieb getrieben.

Kartoffelbrei. Apfelmus. Fruchtsaft.

Die Kuhmilch.

Für den künstlich genährten Säugling ist eine einwandfreie Kindermilch nötig. Für ihre Erstellung sind von Bedeutung 1. Gewinnung der Milch, 2. ihre „Haltbarmachung“, 3. ihre Lieferung. Die Kindermilch muß von gesunden Kühen stammen, die die probatorische Tuberkulininjektion, ohne darauf zu reagieren, überstanden haben. Die Kühe müssen auch sonst frei von Krankheiten sein (Eutererkrankung: Mastitis!). Der Gesundheitszustand der eingestellten Tiere muß dauernd von geschulten Tierärzten überwacht werden.

Für die Gesunderhaltung der Kühe ist die Stallung von großem Einfluß. Die Melkung soll sich möglichst „aseptisch“ vollziehen, am besten im besonderen „Melkstall“, der frei von Mist und Staub ist. Die Melker müssen gesund, sauber gekleidet sein und vor dem Melken sich gründlich Hände und Nägel säubern. Die Melkeimer müssen peinlich sauber gehalten werden. Die durch die ersten Striche gewonnene Milch soll nicht benutzt werden, da sie die in den Ausführungsgängen der Milchdrüse sitzenden Bakterien enthält. Sofort nach der Gewinnung muß Tiefkühlung auf etwa 6–8° C erfolgen. In diesem tiefgekühlten Zustande muß sie mittelst Füllapparats in vorher ausgekochte Flaschen gefüllt und mechanisch — mittelst Pappscheibe — verschlossen werden. Der Transport und die Lieferung der Milch muß im Sommer in eisgekühlten Waggons bzw. innerhalb der Stadt in eisgekühlten Wagen — zu empfehlen sind die Kuchlerwagen — erfolgen. Bei der Ablieferung an den Verbraucher soll ihre Temperatur 10° C nicht überschreiten.

Als Fütterung für die Milchtiere eignet sich am besten die Trockenfütterung, weil sie gut geregelt werden kann und einen festen, wenig verunreinigenden Kot gibt. Es empfiehlt sich, Mischmilch, also eine Milch, die von vielen Kühen gesammelt ist, zu verwenden, weil so Schwankungen der chemischen Zusammensetzung leichter ausgeglichen werden.

Für die Brauchbarkeit der Milch ist die Stallhygiene am wichtigsten, da die Milch die Hauptverschmutzung und Hauptinfektion am Gewinnungsort erleidet.

Für die Belieferung einer Fürsorgestelle — sei es für die Milchküche, sei es für die Verteilung an die Besucher der Fürsorgestelle — wird seitens der Fürsorgestellen (durch die vorgesetzte Behörde oder den Verein) mit einer oder mehreren Molkereien ein Pachtvertrag geschlossen, der Forderungen an die Stallhygiene, die Zusammensetzung der Milch (besonders den Fettgehalt), die Frische und Sauberkeit stellt.

Folgende Anforderungen sind zu stellen¹⁾:

Bedingungen für die Lieferung von Säuglingsmilch²⁾.

1. Die Milch muß in dem von dem betreffenden Lieferanten unterhaltenen Stalle erzeugt und darf nicht anderweitig bezogen sein.

Die Haltung und Fütterung der Kühe muß nach den für den Stadtkreis Berlin für Kindermilch erlassenen polizeilichen Vorschriften (vom 15. März 1902) erfolgen. Für etwa in Betracht kommende, in diesen Vorschriften nicht erwähnte Punkte, wie z. B. Stallhygiene, Melkzeiten, Personal usw., sollen die im Auftrage „des Verbandes deutscher Milchhändlervereine“ entworfenen „Grundsätze betreffend einheitliche gesetzliche Regelung des Verkehrs mit Milch“ maßgebend sein.

Die Milch muß reines Naturprodukt sein, dem nichts hinzugefügt und nichts hinweggenommen ist.

2. Die Milch muß unmittelbar nach der Gewinnung tief gekühlt sein, und muß der Transport so erfolgen, daß die Temperatur der Milch bei Einlieferung in das Krankenhaus 10° C nicht übersteigt.

3. Die Milch darf wägbare Mengen von Schmutz in 1 Liter nicht enthalten und muß die Gärungsprobe aushalten.

4. Die Milch muß die Alkoholprobe aushalten.

5. Die Milch muß einen Fettgehalt von mindestens 3% haben. Wasser- oder Magermilchzusatz zu einer Milch, welche einen Fettgehalt von mehr als 3% hat, ist ebensowenig gestattet, wie Rahmzusatz zu einer Milch, welche aus natürlichen Gründen vorübergehend einen geringeren Fettgehalt als 3% aufweist. Letzteres ist vielmehr mitzuteilen, damit Gelegenheit genommen werden kann, sich von dem Unverschulden der Molkerei zu überzeugen.

¹⁾ Vertrag des Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhauses zu Berlin.

Für den Handel mit Milch sind Polizeivorschriften erlassen.

²⁾ Siehe Baginsky-Sommerfeld: Säuglingskrankenpflege usw. Stuttgart 1906 S. 62ff.

6. Die Milch darf keinerlei Konservierungsmittel oder sonstige Zusätze enthalten; auch darf dieselbe nicht erhitzt (pasteurisiert) und nachher wieder gekühlt werden.

7. Die Besichtigung der gesamten Molkereianlagen ist jederzeit ohne vorherige Anmeldung zu gestatten.

8. Milch, welche den in §§ 1–6 gestellten Anforderungen nicht genügt, wird zurückgewiesen und, wenn kein Ersatz geleistet werden kann, auf Kosten des Lieferanten anderweitig beschafft.

Prüfung der Milch.

Die Innehaltung des Vertrages wird durch häufige Untersuchung der Milch geprüft. Ist am Orte ein „Untersuchungsamt“, an dem ein Nahrungsmittelchemiker amtiert, so empfiehlt sich, diesem die regelmäßige Kontrolle zu übertragen. Fehlt eine solche Anstalt, so muß der Arzt die Prüfung vornehmen.

Diese erstreckt sich auf 1. Bestimmung des Fettgehaltes, 2. Bestimmung des Schmutzgehaltes, 3. des Keimgehaltes, 4. des Grades der Zersetzung mittelst der Aziditätsbestimmung.

Bestimmung der Azidität. Bis zu 20 Säuregraden ist Milch für die Ernährung von Säuglingen brauchbar. Milch mit mehr als 20 Säuregraden ist unbrauchbar.

Annähernde Bestimmung des Säuregrades mit 70% (Vol.) Alkohol. Erfordernisse: Alkohol von 70 Volumprozent (in jeder Apotheke vorrätig).

Ausführung: Annähernd läßt sich der Säuregrad bestimmen, indem man in einem Reagenzglase zu 10 ccm Milch 10 ccm 68–70%igen Alkohol hinzufügt und umschüttelt. Tritt keine Gerinnung ein, so ist der Säuregrad unter 20, die Milch also brauchbar. (Diese Probe ist auch für den Haushalt geeignet.)

Genau Bestimmung des Säuregrades durch Titration. Erfordernisse: 1. $\frac{1}{10}$ Normalkalilauge oder Natronlauge; 2. 1% alkoholische Phenolphthaleinlösung.

Ausführung: 10 ccm Milch werden in einem Becherglase oder Erlenmeyerschen Kölbchen mit etwa 90 ccm destilliertem Wasser verdünnt und mit einigen Tropfen Phenolphthaleinlösung versetzt. Unter beständigem Umrühren mit Hilfe eines Glasstabes bzw. Umschwenken des Kölbchens läßt man aus einer in $\frac{1}{10}$ ccm geteilten Bürette so lange $\frac{1}{10}$ Normalalkali in die verdünnte Milch tropfen, bis eine bleibende obere Rosafärbung entsteht. Man pflegt diejenige Menge von Alkali anzugeben, welche nötig ist, um 100 ccm Milch zu neutralisieren, und sagt, wenn hierzu z. B. 16 ccm $\frac{1}{10}$ Normalalkali nötig waren, die Milch hat den Säuregrad 16.

Die zur Verwendung kommenden Gefäße usw. sind vorher mit destilliertem Wasser auszuspülen. Das destillierte Wasser selbst muß auf Alkalifreiheit geprüft werden, darf also mit Phenolphthaleinlösung keine rötliche Färbung geben. Man mache stets zwei Bestimmungen, welche untereinander um höchstens 0,1 differieren dürfen.

Bestimmung des Fettgehaltes nach der acidbutyrometrischen Methode von Gerber. Erfordernisse: 1. Konzentrierte reine Schwefelsäure vom spezifischen Gewicht 1,84. 2. Amylalkohol (124—120° Siedepunkt).

Ausführung: In das Butyrometer werden mittelst Pipette, ohne den Rand zu befeuchten, 10 ccm konzentrierte Schwefelsäure gebracht und — ohne daß eine Mischung eintritt, mit 11 ccm Milch überschichtet, endlich 1 ccm Amylalkohol zugefügt. Es wird jetzt sofort mit einem Gummistopfen fest verschlossen und dieser so tief in das Gewinde des Butyrometerhalses hineingeschraubt, daß es beim Umkehren des Butyrometers bis nahezu an den Nullpunkt der Skala heranreicht. Nun wird einige Male kräftig geschüttelt (starke Erhitzung! Tuch unwickeln), das Butyrometer, und zwar mindestens zwei einander gegenüberliegend, in die Zentrifuge eingesetzt und 2 Minuten zentrifugiert. Nach dieser Zeit ist die Fettschicht völlig klar abgesetzt und wird der Prozentgehalt der Milch direkt abgelesen. Die Ablesung muß geschehen, solange der Inhalt des Butyrometers noch heiß ist, anderenfalls wird dasselbe erst auf kurze Zeit in ein auf 60—70° erwärmtes Wasserbad gelegt.

Das Butyrometer (Abb. 3) ist am Halse mit einer in 90 Teile geteilten Skala versehen. Zur Erleichterung der Ablesung ist jeder fünfte Teilstrich länger ausgezogen und jeder zehnte mit einer Zahl versehen. Der Raum zwischen zwei Teilstrichen beträgt 0,1%, zwischen zwei mit Zahlen versehenen Strichen 1% Fettgehalt. Zur Ablesung wird das Butyrometer mit dem schmalen Teil der Skala senkrecht nach oben gehalten, etwa in der klaren, hellen, scharf von der übrigen rotbraunen Flüssigkeit sich abtrennenden Fettschicht enthaltene Luftblasen durch sanftes Anklopfen mit dem Finger entfernt und das Volumen der Fettschicht festgestellt, d. h. die Zahlen des unteren und oberen Niveaus derselben abgelesen. Steht z. B. der untere Fettschichtmeniskus auf 32, der obere auf 62, so ist das Volumen 30, der Fettgehalt 3,0%. Mit Hilfe einer Lupe kann man auch noch die zweite Dezimalstelle sicher ablesen. Um die Ablesung bequemer zu gestalten, kann man den Gummistopfen so in das Glasgewinde des Butyrometerhalses einschrauben, daß man den oberen oder unteren Meniskus der Fettschicht gerade auf einen langen, mit Zahl versehenen Teilstrich einstellt.

Hatte sich die Fettschicht nicht klar abgesetzt, so war nicht lange genug zentrifugiert. Man legt dann das Butyrometer in heißes Wasser und zentrifugiert von neuem. Ein Mißerfolg ist ausgeschlossen.

Die Zentrifuge ist eine sogen. Tellerzentrifuge, die sich an jeden Tisch anschrauben läßt und mit Kurbel-, Schnur- bzw. Riemenantrieb in Gang gebracht wird, aber auch für elektrischen, Wasser- und Dampftrieb hergestellt wird. Für kleine Laboratorien sind



Abb. 3. Butyrometer.
(Entnommen aus
Baginsky-Sommerfeld: Säuglings-
krankenpflege usw.
Stuttgart, Enke 1906.)

diese Zentrifugen — die mit Riemenantrieb sind sehr empfehlenswert — zur Aufnahme von vier Butyrometerröhrchen eingerichtet; für Molkereien und größere Institute werden sie für 32 und mehr konstruiert, so daß man eine beliebige Anzahl von Bestimmungen zu gleicher Zeit ausführen kann. Auch ist es zweckmäßig, sich bei einer großen Anzahl von Bestimmungen geeigneter Hilfsapparate: automatischer Pipetten für Milch, Amylalkohol und Schwefelsäure, Schüttelapparate und Reinigungsapparate für die Butyrometer usw. zu bedienen.

Schmutzbestimmung.

Die Milch darf keine erkennbaren Mengen von Schmutz enthalten.

In einem nach unten trichterförmig sich verjüngenden, an seinem schmalsten Teil mit einem herausnehmbaren Sammelgefäß versehenem Glaszylinder werden 1 oder 2 Liter

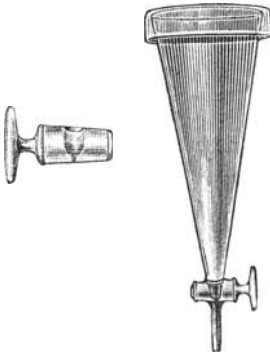


Abb. 4. Apparat zur Bestimmung d. Schmutzmenge. (Entnommen aus Baginsky-Sommerfeld: Säuglingskrankenpflege. Stuttgart, Enke 1906.)

Milch gegossen und mit einem Glasdeckel bedeckt 24 Stunden ruhig stehen gelassen. Das völlig dicht eingeschlossene Sammelgefäß, von etwa 5 ccm Inhalt, läßt sich durch einen Griff drehen, so daß es mit dem großen Gefäß kommunizieren oder aber von ihm getrennt werden kann. Bei Kommunikation beider setzt sich der spezifisch schwerere Schmutz in dem kleinen Sammler ab; nach 24 Stunden wird er durch Drehung des Hahnes von der entschmutzten Milch abgesperrt, diese weggegossen und nun das Sammelgefäß herausgezogen. Sein Inhalt wird, vorausgesetzt, daß sich überhaupt Schmutz abgesetzt hat, mit Wasser und einigen Tropfen Ammoniak in ein Becherglas gespült und dann durch ein getrocknetes, gewogenes Filter filtriert. Es folgt nacheinander Waschen mit verdünntem Ammoniak (1%), Alkohol und Äther, Trock-

nen bei 105° zum konstanten Gewicht und Wägen. Wer über eine Saugpumpe verfügt, benutzt statt des Filters zweckmäßig einen Gooch'schen Tiegel oder ein Asbestfilterröhrchen, wie sie zur gewichtsanalytischen Bestimmung des Zuckers verwandt werden.

Um ein Gerinnen der Milch während des Stehens im Apparat, namentlich während der warmen Jahreszeit, zu verhindern, versetzt man sie mit einigen Tropfen Formalin. Natürlich wird durch diese Methode nur der ungelöste Schmutz bestimmt, während der bereits gelöste, z. B. aus den Fäces der Kühe stammende, der Bestimmung entgeht. Ist gelöster Schmutz vorhanden, so sind gewöhnlich auch viele Fäulnisbakterien in der Milch enthalten.

Sehr geeignet zur Schmutzmengenbestimmung ist der Fliegel'sche Schmutzprüfer. Die Milch kommt in einen Zylinder, der einen siebartig durchlöcherten Boden enthält. Unter das Gefäß wird eine Metallsiebplatte gelegt. Zwischen dieser und dem durchlöcherten Boden des Zylinders liegt eine runde Watterscheibe. Der Schmutz der Milch, der die Watterscheibe passiert, bleibt auf ihr haften

und ist auf der weißen Unterlage deutlich sichtbar. Die Wattescheibe läßt sich auf Karton aufkleben, und der eingetrocknete Schmutz läßt sich so fixieren, um ebenfalls als Beweismaterial zu dienen.

Das Untersuchungsamt der Stadt Berlin prüft den Schmutzgehalt in der Weise, daß die meist in Halbliterflaschen eingelieferte Milch vor Beginn der weiteren Untersuchung $\frac{1}{2}$ Stunde ruhig stehen gelassen wird, ob sich auf dem Boden der Flasche deutlich erkennbare Schmutzpartikel abgeschieden haben. Je nachdem das nicht oder in geringerem oder höherem Grade der Fall ist, wird der Sauberkeitszustand als genügend oder mangelhaft bezeichnet. Von einer sorgfältig gewonnenen und behandelten Milch darf man erwarten, daß sie innerhalb einer halben Stunde keine nennenswerten Schmutzpartikel absetzt.

Diese Prüfungsart übertrifft an Einfachheit und Zuverlässigkeit alle übrigen Methoden.

Gärungsprobe zum Nachweis der Wirkung der Fäulnisbakterien.

Man füllt sterile große Reagenzgläser von etwa 25 ccm Inhalt oder kleine sterile Erlenmeyerkolben mit der auf etwa 36° erwärmten zu untersuchenden Milch, welche aber noch nicht allzulange nach dem Melken gestanden hat oder wenigstens kühl aufbewahrt wurde, und läßt 8—12 Stunden im Brutschrank stehen. Sind keine oder wenige Fäulnisbakterien vorhanden, so ist nach dieser Zeit die Milch gleichmäßig geronnen bei saurer Reaktion. Ist jedoch die Gerinnung unter fauligem Geruch eingetreten, oder beginnt das Gerinnsel sich wieder aufzulösen, oder ist überhaupt keine Gerinnung eingetreten, so enthielt die Milch viele Fäulnisbakterien.

Keimgehalt. In der frisch angelieferten Milch darf im Kubikzentimeter die Zahl der Keime 50 000—100 000 keinesfalls überschreiten. Ein Keimgehalt von 50 000 kann auch ohne besondere Maßnahmen und bei mäßiger Kühllhaltung gewährleistet werden.

Die Keime sind in der Regel nur Saprophyten. Am häufigsten finden sich Milchsäurebakterien (*Bact. lact. acidi* und — viel seltener — *Bacill. lact. acid. Hueppe*), ferner Buttersäurebakterien, Heu-, Kartoffel- und Erdbazillen, Farbstoffbakterien, schleimbildende Bakterien, Hefepilze und Schimmelpilze. In der rohen Milch haben die Milchsäurebakterien immer das Übergewicht. Die Milchsäurebakterien sind die Erreger der Milchgerinnung. Die Gerinnung tritt ein, wenn Milch längere Zeit bei höherer Temperatur steht, besonders schnell also in der warmen Jahreszeit. Die Milchsäurebakterien werden durch Erhitzung auf 65 — 70° C abgetötet.

Sind die Milchsäurebakterien abgetötet und findet kein Luftzutritt zur Milch statt — also in gut verschlossenen Gefäßen —, so tritt Buttersäuregärung ein. Die Buttersäurebakterien sind obligat anaërob.

Die Heu-, Kartoffel- und Erdbazillen kommen u. a. im Heu und im Dünger vor. Sie finden sich also in reicher Menge in Milch, die aus unsauberen Ställen stammt.

Außer den Saprophyten kommen auch pathogene Bakterien in der Milch vor, entweder handelt es sich um Krankheitserreger des Milchviehs (z. B. Rindertuberkulose, Maul- und Klauenseuche), die durch die Milch ausgeschieden und mit ihr von den Menschen

aufgenommen werden, oder um Krankheitserreger, die auf andere Weise, häufig von dem Stall- und Melkpersonal, in die Milch eingesät werden. Zu den ersteren gehört der Erreger der Rindertuberkulose z. B. bei Milchtieren, die an Eutertuberkulose leiden.

Von den pathogenen Bakterien wächst besonders der Typhusbazillus sehr gut in Milch.

Sterilisierung und Pasteurisierung der Milch. Sterilisieren und Pasteurisieren dienen dazu, die Milch durch völlige oder teilweise Vernichtung der Keime haltbarer zu machen. (Völlig haltbar wird sie dadurch nicht.) Unter Sterilisieren versteht man Erhitzen auf oder über Kochtemperatur, unter Pasteurisieren Erhitzen auf höchstens 90°. Je höhere Temperaturen man anwendet, um so kürzer kann die Zeit der Einwirkung sein. Bei der Pasteurisierung wird gewöhnlich eine halbstündige Erhitzung auf 60–70° vorgenommen.

Beide Verfahren führen nicht zur Abtötung sämtlicher Keime. Es überleben die „flüggesehen Sporen“, es verbleibt der Schmutz in der Milch.

Es ist zu fordern, daß auch sterilisierte und pasteurisierte Milch genau so sorgfältig im Großhandel, Transport, Kleinhandel, Haushalt behandelt wird wie die rohe Milch. Andernfalls wird sie frisch infiziert und kann, da man ihr die Verderbnis schwerer anmerkt als der rohen, sehr gefährlich wirken.

Besonders ist auch nach dem Sterilisieren rasche Kühlung und kühle Aufbewahrung nötig.

Aus diesem Grunde soll Kindermilch roh ins Haus gelangen.

Über die Behandlung der Milch im Haushalt siehe später.

b) Die Ernährung im Kleinkinderalter.

Das ruhende Kleinkind hat einen Kalorienbedarf für das Kilo Körpergewicht von 65–55 Kal. In der Bewegung steigert sich dieser Bedarf auf etwa 80–100. Für das gesunde, viel in Bewegung befindliche Kleinkind sind 80–100 Kal. für das Kilo Körpergewicht zugrunde zu legen. Man rechnet als Mindestmaß: 2–3 g Eiweiß auf Tag und Kilo. Der übrige Bedarf soll durch Fett und Kohlehydrate gedeckt werden, die sich in weitem Umfang gegenseitig vertreten können. Doch soll zweckmäßig ein Viertel des Bedarfs durch Fett gedeckt werden.

Die Nahrung soll gemischt sein mit vorwiegender Verwendung der Vegetabilien. Schädlich ist die sog. „kräftige Kost“, d. h. Ernährung vorwiegend mit eiweißreichen Nahrungsmitteln: Milch, Eier, Fleisch. Diese Eiweißmast wirkt nachteilig. Die Milchmenge soll $\frac{1}{2}$ Liter täglich nicht überschreiten, Eier höchstens 1–2 Stück wöchentlich gereicht werden, Fleisch nur in geringen Mengen als Beilage.

Die Zahl der Mahlzeiten kann auf drei beschränkt werden.

Beispiele von Diätvorschriften:

Für 2jähriges Kind:

- morgens: 250 g Milch mit einem Brötchen oder Zwieback,
- vormittags: 1 Scheibe Butterbrot mit 2 Äpfeln oder Bananen,
- mittags: Fleischbrühe mit Einlage von Grieß oder Sago, 30 g Gemüse, 30 g Kartoffelbrei, 25 g Fleisch,
- nachmittags: 250 g Milch, 1 Zwieback,
- abends: Brot mit weißem Käse oder Apfelreis oder Mondamin mit Fruchtsoße.

Vom 3. Lebensjahre ab:

- morgens: Milch mit Butter- oder Musbrötchen,
- vormittags: Obst mit Butterbrot mit Quark,
- mittags: Suppe, Gemüse mit Kartoffel- und Fleischbeilage, Obst,
- nachmittags: Milch mit Gebäck,
- abends: Mehlspeise oder belegte Brote oder Kartoffeln mit Butter, Obst.

Vom 3. Jahre ab soll im allgemeinen keine besondere Kost für das Kind bereitet werden. Grundsätzlich soll es an den Mahlzeiten der Eltern teilnehmen. Zu achten ist auf mäßigen Verbrauch von Trinkwasser. Je 1 Glas Wasser zur Mittags- und Abendmahlzeit genügt. Ferner sollen die Pausen zwischen den Mahlzeiten nicht durch Reichung von Näschereien usw. unterbrochen werden.

IV. Überblick über die Mutterfürsorge.

Fürsorge für Schwangerschaft, Entbindung, Wochenbett.

1. Schwangerenfürsorge. Für die gewerbliche Arbeiterin gibt § 139a der Gewerbeordnung¹⁾ die Handhabe, Schwangere von Beschäftigungen auszuschließen, die erfahrungsgemäß häufig Abort oder Frühgeburt herbeiführen (z. B. Beschäftigung mit Blei und Bleiverbindungen in Akkumulatorenfabriken).

Für die letzten Wochen der Schwangerschaft steht der versicherten Arbeiterin bereits die Wochenhilfe der Reichs-Versicherungsordnung zu. Denn nach § 195 R.V.O. können von den 8 Wochen, während derer die Wöchnerin das Wochengeld in

¹⁾ Siehe S. 389.

Höhe des Krankengeldes erhält, 2 Wochen vor der Entbindung liegen.

Eine Reihe von Gemeinden hat ergänzende Maßnahmen getroffen. Charlottenburg z. B. hat Geldmittel bereitgestellt, aus denen der Hauspflegeverein minderbemittelten Schwangeren, die sich bereit erklären, ihr Kind zu stillen, für die Dauer von 4 Wochen vor der Entbindung wöchentliche Beihilfen bis zu 6 Mk. gewähren kann. Auch kann bedürftigen Schwangeren täglich ein kräftiges Mittagessen verabfolgt werden (die sog. „Vorernährung“).

Sehr zweckmäßig ist die enge Verbindung von Vormundschaftsamt und Fürsorge für Schwangere, wie sie neuerdings in Berlin hergestellt wurde. Das Vormundschaftsamt der Stadt Berlin hat eine Fürsorgestelle für Schwangere unter Leitung eines Frauenarztes eingerichtet, welche die ärztliche, wirtschaftliche und rechtliche Beratung zu gleicher Zeit ermöglicht und die Schwangeren in dauernder fürsorglicher Beobachtung behält.

„Die ärztliche (geburtshilflich-spezialistische) Beratung — nicht Behandlung, die dem Arzt der Wahl überlassen bleibt — hat zunächst diagnostisch-prophylaktischen, sodann erzieherischen Zweck, indem den Schwangeren eine Hygiene und Diätetik der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett vermittelt und — besonders in der Frühgravidität — immer wieder die Heiligkeit der Schwangerschaft, Achtung und Ehrfurcht vor ihrer Leibesfrucht vorgeführt wird¹⁾.“

Ein verhältnismäßig kleiner Teil Schwangerer kann in den letzten 6—8 Wochen der Schwangerschaft in Entbindungsanstalten als sog. „Hausschwangere“ Aufnahme finden, ferner in „Wöchnerinnenheimen“. Für unehelich Schwangere ist schließlich Aufnahme in den „Versorgungshäusern und Zufluchtsstätten für ledige Mütter“ möglich. Gewöhnlich nehmen diese aber nur Erstgebärende auf.

2. Fürsorge für die Entbindung. Für Versicherungspflichtige oder versicherungspflichtige Ehefrauen gestattet die R.V.O. (als freiwillige Kassenleistung) die Zubilligung von Hebammendiensten und ärztlicher Geburtshilfe (§ 198 R.V.O.).

Im allgemeinen aber lehnen die Krankenkassen für normale Entbindung und normales Wochenbett diese Leistungen ab. Krankhafte Entbindungen gelten als Krankheit. So ist ein großer

¹⁾ Siehe Pryll: Schwangeren-Fürsorge. Ztschr. f. Säugl.- und Kleinkinderschutz IX. Jahrg. (1917), S. 519ff.

Teil von Kassenmitgliedern genötigt, sich an die Stadthebammen und den Stadt- oder Armenarzt zu wenden. Wird auch ein Teil dieser Frauen Anstalten überwiesen, so muß doch bei anderen die Entbindung in der Wohnung vorgenommen werden. Hierfür ist von Wichtigkeit die Herrichtung eines sauberen Entbindungsraumes und -bettes. Wenngleich die Gemeinden gewöhnlich die notwendigen Gebrauchsgegenstände zur Verfügung stellen, ist es doch verdienstlich, daß Hauspflegevereine u. ä. in Form von Wanderkörben (Wochenbettkörben, Notkästen) die erforderlichen Gegenstände zusammengestellt haben und verleihen.

3. Wöchnerinnenfürsorge. § 137 IV der Gewerbeordnung bestimmt: „Wöchnerinnen dürfen während vier Wochen nach ihrer Niederkunft überhaupt nicht und während der folgenden zwei Wochen nur beschäftigt werden, wenn das Zeugnis eines approbierten Arztes dies für zulässig erklärt.“ Und § 195 der R.V.O. bestimmt: „Wöchnerinnen, die im letzten Jahre vor der Niederkunft mindestens sechs Monate hindurch auf Grund der Reichsversicherung oder bei einer knappschaftlichen Krankenkasse gegen Krankheit versichert gewesen sind, erhalten ein Wochengeld in Höhe des Krankengeldes für acht Wochen, von denen mindestens sechs in die Zeit nach der Niederkunft fallen müssen.“

Für Mitglieder der Landkrankenkassen, die nicht der Gewerbeordnung unterstehen, bestimmt die Satzung die Dauer des Wochengeldbezugs auf mindestens vier und höchstens acht Wochen.

Die bedürftige Wöchnerin zu pflegen, ihr ein hinreichend langes Wochenlager zu ermöglichen durch Stellung von Hilfskräften für die hauswirtschaftliche Arbeit, ist die Hauptaufgabe der Hauspflegevereine. Diese Vereine sind zu dem Zweck gegründet, unbemittelten Familien Hilfe zur Aufrechterhaltung des Hausstandes während solcher Zeiträume zu gewähren, in welchen die Ehefrau, insbesondere durch Wochenbett oder Krankheit oder deren Folgen, vorübergehend außerstande ist, ihrem Hauswesen selbst vorzustehen. Der Verein entsendet auf seine Kosten Pflegerinnen.

Die anstaltliche Wochenpflege leidet allgemein unter ihrer unzureichenden Dauer. Die Entbindungsanstalten sind wegen Platzmangels genötigt, manchmal schon am fünften Tage nach der Entbindung, häufig vor dem eigentlichen Ende des Wochenlagers, die Wöchnerinnen zu entlassen. Besonders für uneheliche Mütter ist diese frühzeitige Entlassung oft gleichbedeutend mit völliger Rat- und Hilflosigkeit.

In diesem Stadium hat nun die Fürsorge mit allen Mitteln eine vorzeitige Trennung von Mutter und Säugling zu verhindern. Die vorzeitige Aufnahme der Arbeit, gewöhnlich als Dienstmädchen, ist für die Mutter ebenso gesundheitsschädlich wie für den Säugling, der damit von der Stillung ausgeschlossen wird. Hier setzt nun die Tätigkeit der Anstalten ein, die den Zweck haben, der unehelichen Mutter den ruhigen Ablauf des Wochenbettes zu gewähren und ihr gleichzeitig die Möglichkeit zu verschaffen, ihr Kind zu stillen (Wöchnerinnenheime, Mütterheime usw.). Da der unehelichen Mutter das Zusammenbleiben mit ihrem Kinde auch ein großer moralischer Halt ist, so bemüht man sich, Maßnahmen zu treffen, um dies auch über die Wochenfrist hinaus zu ermöglichen. In diesem Sinne arbeitet z. B. die Deutsche Gesellschaft für Mutter- und Kindesrecht (Sitz: Charlottenburg) und der Verein Mutter und Kind, Abt. Müttersiedlungen, in Charlottenburg. Der Zweck dieses Vereins ist:

1. die Gründung von Müttersiedlungen, d. h. kleinen (der Leitung einer Vertrauensperson unterstellten) Wohngemeinschaften erwerbstätiger Mütter, die des eigenen Heimes und Familienanschlusses entbehren, denen aber durch wirtschaftlichen Zusammenschluß ein Ersatz dafür geschaffen und vor allem das Zusammenbleiben mit dem Kinde ermöglicht werden kann;

2. die Errichtung von Mütterheimen mit Arbeitsstätten, in denen Schwangere und junge Mütter mit ihrem Kinde bei angemessener Beschäftigung Unterkunft finden können, solange ihre Arbeits- und Erwerbstätigkeit verringert ist und das Gedeihen des Kindes es erfordert.

Der Verein geht hierbei von dem Grundsatz aus, daß die natürliche Zusammengehörigkeit von Mutter und Kind eine untrennbare und ihre Aufrechterhaltung die wichtigste Voraussetzung einer körperlich und sittlich gesunden Volksentwicklung ist. (Über Stillpropaganda usw. s. S. 41; über die Kriegswochenhilfe s. S. 40 u. 374/5.)

V. Der Arzt der Säuglings- und Kleinkinderfürsorgestelle. (Die offene Fürsorge.)

Zweck der Einrichtung.

Die Säuglingsfürsorgestelle dient der offenen Fürsorge. In ihr halten Ärzte (Kinderärzte) Sprechstunde ab, um

fürsorgebedürftigen Müttern und Pflegemüttern von Säuglingen unentgeltlich Rat über Ernährung und Pflege der Kinder zu erteilen. Immer mehr wird diese Tätigkeit jetzt auch auf das Kleinkinderalter von 1—6 Jahren ausgedehnt.

Vor allen Dingen soll durch Belehrung und durch Gewährung materieller Hilfe Stillpropaganda getrieben werden. Fürsorgebedürftigen Müttern werden Stillprämien gewährt; Mütter, die nicht stillen können, erhalten zu mäßigem oder ganz erlassenen Preise eine einwandfreie „Kindermilch“. Bedingung für die Gewährung dieser Unterstützungen ist die regelmäßige Vorstellung der Kinder in der Fürsorgestelle.

Die Ausdehnung der Überwachung auf die Kleinkinder erfolgt gewöhnlich mit der Maßgabe, daß diesen Unterstützungen nicht gewährt werden. Es soll nicht verkannt werden, daß dies Verfahren nicht folgerichtig ist. Zweifellos sollten auch für hinreichende Ernährung jenseits des Säuglingsalters Fürsorge- maßnahmen bestehen. Den Ruf nach „Kindervolksküchen“ hat schon vor 10 Jahren Siegert¹⁾ erhoben. „Sie sollen angegliedert werden an die Menagen der großen Fabriken, an die Küchen der städtischen und privaten Spitäler, Krankenhäuser, gegründet werden als Kochschulen für schulentlassene Mädchen.“

An mehreren Orten, z. B. in Berlin, sind inzwischen Vereine für Kindervolksküchen gegründet worden. Der Berliner Verein hat neuerdings 34 Suppenküchen für Kleinkinder eingerichtet. Für den Liter erhebt er 25 Pf., für den halben 15 Pf. Außerdem läßt der Verein durch die Fürsorgestellen Freimarken zu kostenlosem Bezug verteilen.

Im Kriege erhalten die stillenden Mütter während der ersten 12 Wochen nach der Entbindung zumeist Stillgeld in Höhe des halben Krankengeldes von den Krankenkassen oder von der Kriegswochenhilfe. In diesen Fällen gewährt die Fürsorgestelle ihre eigenen Stillprämien erst nach Ablauf dieser Frist, übernimmt aber während dieser Frist die Überwachung der Kinder und die Bescheinigung der Stillung. Hier bedienen sich also die Krankenkassen der Säuglingsfürsorgestellen, ein Zusammenarbeiten von mancherlei Entwicklungsmöglichkeiten.

In zunehmendem Maße wird die Fürsorgestelle ärztliches Organ der Berufsvormundschaft. Sie übernimmt die Überwachung der städtischen Mündel. Ebenso werden ihr zur Überwachung gewöhnlich die städtischen Zieh-(oder Waisen-)

¹⁾ Siegert in Adele Schreibers Buch vom Kinde, II, S. 176. Leipzig-Berlin 1907.

kinder überwiesen, d. s. die Kinder, die auf städtische Kosten in Haltepflege untergebracht sind.

Die Tätigkeit der Säuglingsfürsorgestelle ist nicht mit der ärztlichen Belehrung in der Sprechstunde erschöpft. Daneben setzt eine außeranstaltliche Tätigkeit ein, die in Hausbesuchen besteht. Diese Tätigkeit liegt vornehmlich in Händen des weiblichen Hilfspersonals.

Die Anstalt.

Die örtliche Lage der Fürsorgestelle ist von Wichtigkeit. Sie muß mitten in den Wohnvierteln der fürsorgebedürftigen Bevölkerungsschicht liegen. In größeren Städten muß die Zahl der Fürsorgestellen so groß sein, daß die Mütter keinen weiten Weg von der Wohnung zur Anstalt zurückzulegen haben. Die Nähe von Straßenbahnlinien muß berücksichtigt werden. Bestehen mehrere Fürsorgestellen in der Stadt, so hat jede einen genau (nach Straßen und Häusern) abgegrenzten Fürsorgebezirk. Nur so kann verhütet werden, daß eine Mutter gleichzeitig von mehreren Fürsorgestellen unterstützt wird.

Sehr empfehlenswert ist die Unterbringung der Fürsorgestelle in städtischen Gebäuden, die womöglich verwandten Zwecken dienen. Bei Neugründungen sollte jedenfalls Fürsorgestelle und Krippe, womöglich noch Kindergarten in einem Gebäude untergebracht werden. Der Betrieb verbilligt sich dadurch, weil z. B. die Milchküche und Küche für alle Betriebe nutzbar gemacht werden kann, auch das Personal z. T. für alle Betriebe verwendet werden kann. Ebenso wird die ärztliche Aufsicht dadurch leichter und billiger. Auch bedeutet diese Zusammenfassung für die kinderreiche Mutter eine erhebliche Zeitersparnis, weil sie gegebenenfalls nur einen Weg statt mehrerer zurückzulegen hat.

Die Fürsorgestelle muß im Erdgeschoß, allenfalls im ersten Stockwerk liegen, damit der mit dem Kind belasteten Mutter das Treppensteigen möglichst erspart bleibt. In der Anstalt muß Gelegenheit vorhanden sein, die Kinderwagen vor Nässe, Kälte und Diebstahl¹⁾ geschützt einzustellen.

Die eigentlichen Anstaltsräume müssen so gelegen sein, daß eine bequeme Zirkulation der Besucher stattfinden kann. Solche

¹⁾ Am zweckmäßigsten übernimmt eine Angestellte (z. B. Aufwartefrau) die Aufsicht über die Kinderwagen, etwa indem sie den Müttern eine mit Nummer versehene Marke gibt, während eine gleichlautende am Kinderwagen befestigt wird. Oder man gibt den Müttern Eisenketten mit Schloß, mittelst deren sie selbst den Wagen an einer Eisenstange usw. anschließen. Natürlich müssen die Schlösser durchweg verschieden sein.

Anordnung der Räume ist nötig, da in wenigen Stunden eine oft sehr große Zahl fürsorgebedürftiger Kinder aufgenommen, untersucht und abgefertigt werden soll.

Alle Räume sind hell, freundlich, geräumig. Fußboden und Wände sowie die Einrichtungsgegenstände sind leicht und gründlich abwaschbar und desinfizierbar. Der Fußboden ist zweckmäßig mit Linoleum zu belegen, die Wände bis zu halber Höhe mit Ölanstrich zu versehen, den man gern mit einer auf das Kinderleben bezugnehmenden Zierleiste abschließt. Die Räume sind gut lüftbar und heizbar, besonders auch die Hausflure.

Folgende Räume sind nötig: Warte- und Wiegeraum, Untersuchungs- und Abfertigungsraum, Isolierzimmer. Bei größerem Betriebe sind Warte- und Wiegeraum sowie Untersuchungs- und Abfertigungsräume zu trennen, so daß fünf Räume vorhanden sind. Diese Einteilung liegt dem folgenden zugrunde:

1. Der Warteraum enthält große, gut abwaschbare Tische zum An- und Auskleiden der Kinder sowie Bänke für die wartenden Mütter. Eimer, über denen die Kinder abgehalten werden können, dürfen weder hier noch in anderen Räumen fehlen. Im Warteraum erhalten die Mütter numerierte Blechmarken, nach deren Folge sie ins Wiegezimmer gerufen werden. Im Warteraum wird durch das Hilfspersonal sorgsam Obacht gegeben, daß nicht Kinder mit ansteckenden Krankheiten Platz nehmen. Verdächtige werden in das Isolierzimmer gebracht und möglichst schnell ärztlich untersucht.

Der Betrieb ist so einzurichten, daß eine größere Anhäufung im Warteraum nicht stattfindet.

2. Das Wiegezimmer. Im Wiegezimmer findet die Wägung der Säuglinge, Kleinkinder und der stillenden Mütter statt. Zweckmäßig auch hier die Sammlung und Ausgabe der Personalblätter, die für jedes Kind angelegt sind. Die laufende Eintragung des festgestellten Gewichts in die Gewichtstafel des Personalblattes erfolgt gleichfalls hier. Die Wägung und Aushändigung der Personalbogen und das Eintragen in die Gewichtstafel geschieht durch weibliche Hilfskräfte. In einer Stunde fertigt eine eingearbeitete Hilfskraft etwa 25 Kinder ab.

Das Instrumentarium besteht aus mehreren Säuglingswagen (Abb. 5)¹⁾. (Mehr wie eine soll jedenfalls vorhanden sein, da Ausbesserungen häufig nötig werden.) Während der Sprechstunde muß die Wage öfters ausbalanciert werden.

Die Kinder werden nackt gewogen. Obwohl im Wiegezimmer nochmals eine Kontrolle der nackten Kinder auf ansteckende

¹⁾ Siehe S. 28.

Krankheiten hin stattfindet, muß doch aus hygienischen Gründen beim Wiegen für jedes Kind eine neue Unterlage auf die Wagschale gelegt werden.

Windeltücher würden zu viel Waschkosten verursachen, da nur einmalige Benutzung statthaft ist. Es empfiehlt sich die Benutzung des Seidenpapiers. Vor jeder Wägung wird ein neuer Bogen auf die Wagschale gelegt, der nach der Wägung fortgeworfen wird. Die Schale muß täglich gründlich mit Lysol abgewaschen werden.

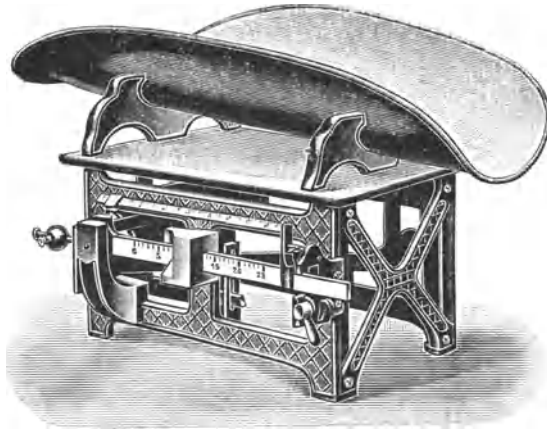


Abb. 5. Säuglingswage.

(Entnommen aus Tugendreich, Vorträge über Ernährung und Pflege des Kindes. 2. Aufl. S. 13. Stuttgart 1914, Ferdinand Enke.)

Im Wiegezimmer wird auch das Gewicht der Kleinkinder und der stillenden Mütter festgestellt. Für diese ist eine Personenwage mit Laufgewicht vorhanden.

Zweckmäßig wird das Gewicht der stillenden Mütter in einen besonderen Stab der Gewichtstafel des Kindes eingetragen.

Im Wiegezimmer wird auch, falls ärztlicherseits darauf Wert gelegt wird, die Messung des Kindes vorgenommen. Für Säuglinge bedient man sich dazu eines Meßbretts. Selbstständig stehende Kleinkinder werden mittelst einfacher Holzschieber gemessen; sollen die Messungen ins einzelne gehen, so sind besondere Meßapparate notwendig.

Für reichliche Waschelegenheit für das Personal ist unbedingt Sorge zu tragen.

3. Vom Wiegezimmer geht es in das Arztzimmer. Nach Nummernaufruf gelangt das entkleidete und gewogene Kind mit

seinem Personalbogen zur ärztlichen Untersuchung. (Über diese wird besonders gesprochen werden S. 34 ff.) Nach der Untersuchung trägt der Arzt den Befund in den Personalbogen und gibt seine Ernährungsverordnung. Über Einrichtung und Instrumentarium des Arztzimmers wird später gesprochen (siehe S. 32 u. 35 ff.). Aus dem Arztzimmer gelangt das Kind endlich in das Abfertigungszimmer.

4. Hier händigt eine Schwester, den Anordnungen des Arztes entsprechend, den Müttern gegen Quittung die Stillunterstützung aus oder für künstlich genährte Säuglinge einen Ausweis oder besser Milchkarten (etwa in Größe und Beschaffenheit der Eisenbahnfahrtscheine), die sie für eine bestimmte Zahl von Tagen zum Abholen einer bestimmten Milchmenge vom Milchlieferanten bzw. aus der Milchküche berechtigen. Hiermit ist die Frau entlassen mit dem ausdrücklichen Hinweis, sich nach einer bestimmten Frist von 8—14 Tagen wieder vorzustellen. Nur für diese Frist erhält sie Milchmarken oder Geldunterstützungen; der Frau wird eingeschärft, aber auch vorher sogleich die Fürsorgestelle aufzusuchen, falls im Befinden des Kindes irgendwelche Störungen eintreten sollten.

5. Unbedingt notwendig ist ein Isolierzimmer, im größeren Betrieb mit mehreren Boxen eingerichtet, durchaus gut desinfizierbar. Sehr empfehlenswert ist ein kleines „Operationszimmer“, in dem kleine Eingriffe (Magenausheberung, Katheterisieren usw.) vorgenommen werden.

Zweckmäßig ist der Anstalt eine Milchküche angegliedert, worüber noch eingehender gesprochen wird (S. 52).

Etatsjahr 191..... bis Monats-Nr.

Erste Beratung am 191.... Letzte Beratung am 191....

Charlottenburger Säuglings-Fürsorgestelle

(Journalblatt Nr.).

Gesundheitsschein

für

geb. am in

Eheliches Kind des (der) Stand:
Uneheliches

Wieviertes Kind? **Geschwister:** lebende verstorbene

Alter der Mutter

Für **unehelic** Kinder : Lebt bei der Mutter ? $\frac{\text{Ja}}{\text{Nein}}$
 In anderer Pflege ? $\frac{\text{Ja}}{\text{Nein}}$
Wohnung : $\frac{\text{Straße}}{\text{Platz}}$ Nr. $\left\{ \begin{array}{l} \text{Vorderhaus} \dots \text{ Trp.} \\ \text{Seitenflügel} \dots \text{ Trp.} \\ \text{Quergebäude} \dots \text{ Trp.} \end{array} \right.$

Angaben der Eltern.

Brustkind : Monate, Flaschenkind : Monate, Krämpfe ? $\frac{\text{Ja}}{\text{Nein}}$
 Erster Zahn : Monat. Beginn des Laufens :
 Beginn des Sprechens : Geimpft ? $\frac{\text{Ja}}{\text{Nein}}$ Erfolg
 Bisherige Erkrankungen :

A. Befund bei der Aufnahme.

Blutbildung :
 Lymphsystem :
 Knochensystem :
 Urin :

(Rückseite.)

Allgemeiner Gesundheitszustand :

 Erbliche Belastungen :

B. Bei der Entlassung auszufüllen.

1. Beschaffenheit der Augen (insbesondere Kurzsichtigkeit, Schielen, andere Abweichungen) :

2. Beschaffenheit der Ohren (Schwerhörigkeit, Ohrenlaufen) :

3. Sprache (Stottern) :

4. a) Knochensystem (Wirbelsäule, Rachitis) :

 b) Beschaffenheit der Zähne :

5. Lymphsystem (einschl. Rachen- und Gaumenmandeln) :

- 6. Innere Organe (insbesondere Herz und Lungen, Urin):
- 7. Darmbrüche:
- 8. Seelische und intellektuelle Entwicklung (insbesondere ob Epilepsie, Nervenkrankheiten):
- 9. Welche Infektionskrankheiten überstanden und wann?
- 10. Andere wichtige Erkrankungen und deren Folgen:
- 11. Besondere Bemerkungen (Mißbildungen):

C. Während der Beobachtung auszufüllen.

Nach Beendigung des 1. Lebensjahres				Körpergewicht	Körpergröße
				kg	cm
„	„	„ 2.	„	.....	.....
„	„	„ 3.	„	.....	.....
„	„	„ 4.	„	.....	.....
„	„	„ 5.	„	.....	.....
„	„	„ 6.	„	.....	.....

Datum	Gewicht kg	Befund	Bemerkungen

Personalbogen und Ausweiskarte für die Mutter.
(Vorderseite.)

**Säuglingsfürsorgestelle
der Schmidt-Gallisch-Stiftung No. V.**

Name des Kindes:

Erster Besuch:

Diese Karte ist bei jedem Besuch der Fürsorgestelle mitzubringen.

(Rückseite.)

Datum	Woche	Gewicht	Diät	Datum	Woche	Gewicht	Diät
	1.				27.		
	2.				28.		
	3.				29.		
	4.				30.		
	5.				31.		

Die Kosten der Einrichtung.

Die Kosten der ersten Einrichtung schwanken sehr erheblich je nach der Größe des Betriebes und der Zahl der Räume.

Die Stadt Berlin wirft für die erste Einrichtung 2000 Mk. aus. Für kleine ländliche Verhältnisse gibt Marie Baum¹⁾ folgenden Kostenanschlag:

Erstmalige Anschaffungskosten ca. 50 Mk.

Kinderwage	32.—	1000 Seidenpapiere	2.—
Klein. Kissen m. Mosettig- bezug	1.—	Zwei Eimer	2.40
Häcksel- oder Spreukissen	2.—	Eine Waschschüssel	— .70
Gummistoff	5.—	Sublimatpastillen	— .50
Meßglas	1.20	Handtücher und Lappen	1.50
Saugflasche	— .10	Block für Arzt. Seife und Schreibutensilien	1.—
Saughut	— .20	Spielzeug (zur Beruhigung)	— .50

Hierbei setzt sie freie Benutzung eines bereits eingerichteten Warte- und Sprechzimmers voraus (im Rathaus, Gemeindehaus usw.). Die laufenden Betriebskosten sind in größerem Betrieb nicht unerheblich: Gehälter für ärztliches und Hilfspersonal und Bedienung; falls die Fürsorgestelle im Privathaus untergebracht ist, Miete, Licht, Heizung. Nicht gering sind die Kosten für laufende Beschaffung der mit Vordruck versehenen Formulare, Wasch- und Erneuerungskosten für Arzt- und Schwestermäntel.

Im allgemeinen stellen sich die Ärzte nicht ohne Entgelt in den Dienst der Säuglingspflege. Das durchschnittliche Entgelt in größeren Städten wäre etwa mit 10 Mk. für die Sprechstunde für den leitenden Arzt, 5 Mk. für den assistierenden Arzt zu

¹⁾ Engel-Baum, Grundriß der Säuglingskunde. 1. Aufl. Wiesbaden 1912. S. 186. Es sind Friedenspreise angegeben.

veranschlagen. (Charlottenburg entgelt den Arzt der Fürsorge-
stelle mit einem Gehalt, das diesen Sätzen ungefähr entspricht,
nämlich 600 Mk. jährlich für jede Wochensprechstunde.)

Im Etatsjahr 1914/15 betrug der Haushaltsplan der neun
Säuglingsfürsorgestellen der Stadt Berlin zusammen 463318 Mk.
Diese Summe verteilte sich wie folgt:

Stillprämien.	197 586 Mk.
Milch- und Nährpräparate	136 158 „
Gehälter und Mieten	96 190 „
Betriebskosten.	<u>33 384 „</u>

Summe 463 318 Mk.

Gehälter, Mieten und Betriebskosten betragen also zusammen
129574 Mk., d. h. etwa 28% der überhaupt zur Verfügung
stehenden Mittel. Es standen in Fürsorge 30304 Kinder, so daß
jedes Kind 15,28 Mk. durchschnittlich Kosten (Unterstützungen
und Betriebskosten) verursachte.

Zahl der Sprechstunden.

Am zweckmäßigsten findet, besonders in Mittel- und Groß-
städten, wochentäglich Sprechstunde statt. Nur so kann bei
dem oft raschen Eintritt von Ernährungsstörungen rechtzeitig
eingegriffen werden. In Berlin ist danach verfahren. Andere
Städte begnügen sich mit weniger Sprechstunden.

Die Tagesstunde, in der die Sprechstunde angesetzt wird,
ist so zu wählen, daß die Mütter keine häusliche Abhaltung
haben. Mit Rücksicht darauf, daß der Morgen der Versorgung
der schulpflichtigen Kinder gehört, der Vormittag dem Ein-
kauf und der Zubereitung der Mittagsmahlzeit, ein Teil der
Frauen ferner das Mittagsessen zur Arbeitsstelle des Mannes
trägt — die Mittagspause des Arbeiters beginnt um 12 Uhr,
ist spätestens 1 Uhr beendet —, mit Rücksicht auf diese Zeit-
verteilung der mütterlichen Pflichten empfiehlt es sich, die
Sprechstunde etwa um $\frac{1}{2}$ 2 Uhr anzusetzen.

Der gesunde Säugling soll in Abständen von 10–14 Tagen
vorgestellt werden, das zweijährige Kind 4–5 wöchentlich, das
drei- und vierjährige 8–12 wöchentlich, das fünf- und sechs-
jährige Kind halbjährlich.

Bei schwächlichen oder kranken Kindern muß nach ärztlichem
Bedarf Vorstellung stattfinden.

Die ärztliche Untersuchung.

Die ärztliche Untersuchung hat nach allen Regeln sorgfältig zu geschehen. Besonders der Aufnahmestatus ist mit größter Gründlichkeit vorzunehmen und sorgfältig an Hand des Vordruckes niederzuschreiben. Der Arzt muß sich bewußt sein, daß seine Aufzeichnung von größtem Wert für die ärztliche, besonders die sozialärztliche Beurteilung in den späteren Lebensjahren des Kindes (bei der Einschulung, bei der Militärmusterung) sein wird. Denn diese Personalbogen begleiten das Kind zum mindesten bis zur Schulentlassung.

Aber auch der wissenschaftlichen Erforschung besonders chronischer und konstitutioneller Krankheiten (Rachitis, Tuberkulose und Skrofulose, exsudative und spasmophile Diathese, Neuropathie, Erbsyphilis) kann das wichtige Material nur dann dienen, wenn die Untersuchungen sorgfältig vorgenommen und trotz der gebotenen Kürze genau niedergeschrieben werden. —

Bei dem Säugling ist regelmäßige Besichtigung der Entleerungen notwendig. Wenngleich der Stuhl keineswegs der einzige Anhalt für den Verlauf einer Ernährungsstörung ist, hierbei vielmehr auch Gesichtsausdruck, Turgor der Haut, Temperatur, auch Urinbefund volle Beachtung beanspruchen, so ist doch neben der Gewichtskurve die Beschaffenheit des Stuhlgangs von besonderer Bedeutung. Der Stuhl der Brustkinder ist normalerweise goldgelb, von salbenartiger Konsistenz, gleichmäßig (homogen). Der Geruch ist säuerlich, nicht stinkend; er reagiert auf Lackmus sauer. Indes sieht man Brustkinder nicht selten vortrefflich gedeihen, deren Entleerungen grün, zerfahren, mit weißen Bröckeln durchsetzt sind, also einen dyspeptischen Eindruck machen. Das ist wohl ein Beweis für die durchaus nicht ausschlaggebende Bedeutung des Stuhlbildes; doch kommt dies Zusammentreffen von tadellosem Gedeihen und zerfahrenen Stühlen fast ausschließlich bei Brustkindern vor. Bei dem Flaschenkind ist regelmäßige Besichtigung des Stuhls in der Fürsorgesprechstunde durchaus geboten. Auch deshalb, weil man unter Umständen damit beweisen kann, daß die ärztlich verordnete Diät von der Mutter nicht befolgt worden ist, z. B. kann die braune Färbung des Stuhls verraten, daß mehlhaltige Nahrung gegeben worden ist. Bei einfachen Milchwassermischungen und Zuckerzusatz sind die Stühle hellgelb, homogen, breiig, schwach sauer oder alkalisch. Störungen werden im Stuhlbilde hauptsächlich in zwei Formen offenbar. Entweder zeigen sie

die Zeichen verstärkter Gärung, nämlich stark saure Reaktion auf Lackmus, häufigere Entleerung, ungleiches Aussehen, wie gehackt, durchsetzt mit weißen und schleimigen Partikeln. Oder es besteht vielmehr Neigung zu Obstipation, der Zusammenhang des Stuhls ist fest, geformt, trocken, das Kind setzt ihn oft nur mit großer Kraftanstrengung ab. Ihrer Trockenheit wegen haften sie nicht an den Windeln. Ihre Farbe ist hellgrau. Diese Stühle werden wegen ihres Gehaltes an Seifen „Seifenstühle“ genannt.

Der Gärungsstuhl kommt zustande durch mangelhafte Verarbeitung der zugeführten Kohlehydrate, die Seifenstühle entstehen gewöhnlich, wenn zu wenig Kohlehydrate in der Mischung enthalten sind. (Daher wird man im ersten Fall die Kohlehydratmenge verringern und die Eiweißmenge steigern etwa in Form der Eiweißmilch, im zweiten Fall die Kohlehydratmenge steigern, unter Verringerung des Fettgehalts.)

Die Untersuchung des Säuglings geht am zweckmäßigsten so vor sich, daß die sitzende Mutter das Kind auf ihrem Schoß hält. Dies Verfahren ist jedenfalls hygienisch einwandfrei, während die Untersuchung der Kinder hintereinander auf demselben Tisch hygienisch nicht unbedenklich ist. Der Arzt sitzt am Schreibtisch, das Personalblatt vor sich. Außer Hörrohr, Hammer und Plessimeter stehen zwei Schalen auf dem Schreibtisch. Die eine ist mit einer hinreichenden Zahl von ausgekochten Mundspateln gefüllt, die andere, mit Lysollösung gefüllt, nimmt die benutzten Spatel auf. Die Spatel sind aus Metall oder Glas. Die Besichtigung des Rachens ist niemals zu versäumen.

Ferner steht auf dem Tisch eine leere, nach Grammen eingeteilte Milchflasche sowie vorschriftsmäßige und verbotene Saughütchen, ferner Milchpumpen und sonstige für die Pflege und Ernährung wichtige Anschauungsgegenstände.

Der handliche kleine Apparat zur Vornahme der Pirquetschen probatorischen Tuberkulinimpfung darf nicht fehlen.

Zeitraubendere Eingriffe und Untersuchungen, wie Katheterisieren und Urinuntersuchung (bei der im frühen Kindesalter nicht seltenen Cystitis und Pyelonephritis), Magenausheberung und Magenspülung, Kochsalzinfusionen werden zweckmäßig in einem besonderen Zimmer (dem „Operationszimmer“) vorgenommen.

Der Arzt erhebt von der Mutter eine eingehende Anamnese: Zahl der Fehl- und Frühgeburten, Geburten, Zahl der gestorbenen und lebenden Geschwister sowie deren Ernährungs-

weise als Säuglinge, Todesursache der etwa gestorbenen Geschwister, hereditäre Belastung bei vorliegenden Verdachtsmomenten (Tuberkulose, Syphilis, Alkoholismus, Geisteskrankheiten) werden erörtert. Stets muß der Arzt daran denken, daß er im Dienste der Volksgesundheit steht und nicht nur das Wohl des Kindes zu bedenken hat. Er hat auch der Mutter die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung klarzulegen, wenn der Befund beim Kinde Rückschlüsse auf eine Erkrankung der Eltern zuläßt (Tuberkulose, Syphilis). Es liegt in der Eigenart der sozialen Fürsorgeeinrichtungen, daß hier häufig Krankheiten festgestellt werden in einem frühen Stadium, das noch keine Veranlassung zum Aufsuchen privater ärztlicher Hilfe gegeben hat. Je sorgfältiger die Anamnese aufgenommen, je schärfer alle aus derselben sich ergebenden Möglichkeiten durchdacht werden, um so größer wird im allgemeinen die Möglichkeit ärztlicher vorbeugender und heilender Einwirkung.

Der gesundheitlichen Anamnese folgt die Erörterung der sozialen Lage des Kindes bzw. seiner Familie. Das Einkommen der Familie wird festgestellt. Die Benutzung der Fürsorgestelle gilt nicht als Armenunterstützung, hat also nicht den Verlust des Wahlrechts für den Vater zur Folge. Das Familieneinkommen besteht nicht nur aus dem Einkommen des Familienhauptes, sondern auch aus den Zuschüssen anderer erwerbstätiger Familienmitglieder, sofern sie noch im Haushalte des Familienhauptes wohnen. Es ist also nicht die Frage zu vergessen, ob die Ehefrau und ob die Kinder erwerbstätig sind. (Die uneheliche Mutter ist selbst Familienhaupt.) Das Einkommen aus Ruhegehalt, Unfall- und Invaliditätsrenten ist festzustellen.

Die Ausgaben der Familie hängen in der sozialen Unterschicht wesentlich von der Kinderzahl ab. (Die Angaben der Mütter werden durch die Aufsichtsschwestern nachgeprüft, siehe S. 55 ff. u. 89.)

Aus Einnahme und Ausgabe ergibt sich ungefähr das Bild der wirtschaftlichen Lage. Sie zu kennen ist wichtig nicht nur, um die Frage der Fürsorgebedürftigkeit zu entscheiden, sondern auch um die Höhe der Unterstützung festzusetzen.

Eine allgemeingültige Festlegung der oberen Grenze der Fürsorgebedürftigkeit ist nicht möglich. Sie ist abhängig von den ortsüblichen Löhnen und den ortsüblichen Haushaltskosten. Daher kann nur die Ortsbehörde die Fürsorgebedürftigkeit begrenzen.

In einigen Städten, z. B. in Charlottenburg, wird die Aufnahme in die Fürsorgestelle überhaupt nicht von der Fürsorge-

bedürftigkeit abhängig gemacht. Es heißt in der übrigens muster-gültigen Charlottenburger Geschäftsanweisung für die Säuglingspflege¹⁾: „Eine Einkommensgrenze, über die hinaus eine Aufnahme nicht stattfinden darf, ist nicht gesetzt. Die Art des Betriebes der Fürsorgestellen bringt es ohnehin mit sich, daß sie von solchen Personen nicht benutzt werden, die ihrer Hilfe nicht bedürfen.“

Nach Erhebung dieser Punkte wird nunmehr die Frage der Ernährung erörtert.

Gewöhnlich wird das Kind ja erst der Fürsorgestelle zugeführt, nachdem die Wahl der Ernährung bereits entschieden ist. Denn nur ausnahmsweise kommen die Kinder vor dem 8.—10. Lebenstage zur Aufnahme.

Die Frage wird ja gewöhnlich gleich oder doch in den ersten Tagen nach der Entbindung entschieden. Die Fürsorgestelle könnte also gar nicht zur Stillung ermuntern. Die Stillpropaganda der Hebamme allein zu überlassen, empfiehlt sich nicht. Vielmehr sollen die Standesämter, denen die Geburt gemeldet werden muß, die zuständigen Fürsorgestellen benachrichtigen, und diese müssen umgehend eine Aufsichtsdame oder Bezirksschwester zu der Wöchnerin senden, um dieser die ersten Ratschläge über Ernährung und Pflege zu geben, falls Fürsorgebedürftigkeit besteht. Gleichzeitig wird ihr geraten, mit ihrem Kinde nach Beendigung des Wochenbettes die Fürsorgestelle aufzusuchen.

Der Arzt der Fürsorgestelle hat aber die Aufgabe, auf hinreichend lange Stillung hinzuwirken und vorzeitige Abstillung zu verhüten.

Die folgenden Gesichtspunkte sind hierbei von Bedeutung:

Die Stillung.

Qualität der Brustmilch: Die Qualität der Frauenmilch ist im allgemeinen stets einwandfrei. (Nur ganz ausnahmsweise ist der durchschnittliche Fettgehalt so gesteigert, daß Ernährungsstörungen des Säuglings eintreten.)

Quantität der Brustmilch: Im allgemeinen wird die hinreichende Menge der Milchabsonderung durch die regelmäßige Gewichtszunahme beim gesunden Säugling festgestellt. Form und Größe der Brüste geben keinen Maßstab für die Beurteilung ab.

Zu beachten ist: Nach der Entbindung sondert die Brust zunächst Colostrum ab. Die Milch schießt erst am 1.—6. Tage ein.

¹⁾ Siehe S. 84.

Die Milchabsonderung wird angeregt, unterhalten und gesteigert durch den Saugreiz der kindlichen Lippen. Daher ist regelmäßiges, häufiges Anlegen gerade da geboten, wo die Milchabsonderung zunächst spärlich ist. In den meisten Fällen vermag das gesunde, kräftig ziehende Kind auch eine anfänglich spärlich spendende Brust zu genügender Absonderung anzuregen. (Auch wenn die Stillung längere Zeit unterbrochen war, z. B. durch Krankheit der Mutter, und die Brust schon einige Zeit versiegt ist, vermag der Saugreiz des Kindes die Absonderung wieder in Gang zu bringen.) Es ist wesentlich für die Erhaltung der Milchabsonderung, daß bei jeder Mahlzeit die Brust ganz geleert wird. Daher empfiehlt sich im allgemeinen, bei jeder Mahlzeit nur an einer Seite das Kind trinken zu lassen. Bildet die Brust erheblich mehr Milch, als das Kind trinkt, wird also die Brust nicht jedesmal gut geleert, so muß die Mutter entweder noch ein Kind anlegen oder den Rest durch Abspritzen mit der Hand oder mit der Saugpumpe entleeren.

Die Ernährung der Stillenden hat keinen erheblichen Einfluß auf die Milchbildung. Nur hochgradig unterernährte Frauen sondern spärlich Milch ab. (Auch in der fürsorgebedürftigen Bevölkerung sind hohe Grade von Unterernährung in normalen Zeiten ganz selten.) Man ändert die Diät, an welche die Frau gewöhnt ist, nicht; nur die Flüssigkeitszufuhr steigert man entsprechend dem durch die Absonderung bedingten Bedürfnis. 1—1½ Liter Flüssigkeit, die nicht nur aus Milch, sondern auch aus Suppen, Limonaden, Wasser bestehen können, genügen. Keinesfalls darf die Flüssigkeitszufuhr so erheblich sein, daß sie den Appetit auf feste Kost verlegt.

Auch sonst soll die Stillende ihre Lebensweise nicht ändern; häusliche Arbeit ist anzuraten, zu widerraten nur körperlich sehr anstrengende Arbeit.

Die Stillung verzögert gewöhnlich den Wiedereintritt der Menses; ein erheblicher Prozentsatz Stillender menstruiert überhaupt nicht. Während der Menses wird die Milch dünner, ändert, dem Säugling oft wahrnehmbar, Geruch und Geschmack. Daher verweigern nicht selten die Kinder während der Menstruation die Nahrung oder trinken mit Unlust. Da die Menstruation nur wenige Tage dauert und zumeist schon gegen ihr Ende der Säugling wieder die Brust gern annimmt, so ist der Wiedereintritt der Menses gewöhnlich kein Grund zur Abstillung.

Bei erneuter Schwangerschaft soll zur Abstillung geschritten werden; doch ist diese keineswegs überstürzt und plötz-

lich vorzunehmen, sondern, falls nicht pathologische Zustände eintreten (Hyperemesis gravidarum u. a.), im Verlaufe von 2—3 Wochen.

Bei hereditärer Lues des Kindes ist die Mutter immun, weil sie auch ohne sichtbare Zeichen als infiziert gelten muß. Bei hereditärer Lues des Säuglings ist Stillung durch die Mutter dringend zu empfehlen.

Erschwerungen des Stillgeschäfts.

Körperliche seitens der Mütter.

Mißbildete Warzen. Die *Papilla circumvallata obtecta* eine kraterförmige Hohlwarze, bei der die Areola eine an sich wohlgebildete Warze überragt, ist durch mechanischen Druck, z. B. Druck des Korsetts, in die Tiefe des umgebenden Gewebes gedrückt.

Die *Papilla invertita*, die echte Hohlwarze, ist eine Entwicklungshemmung.

Bei einem Teil der Frauen gelingt es, zumal wenn nicht die echte Form vorliegt, durch kräftiges Saugen des Kindes oder durch Anwendung von Saughütchen die Warze hervorzuziehen. Das Kind saugt nicht unmittelbar an der Warze, sondern am Warzenhof.

Körperliche seitens des Kindes.

Wolfsrachen und Hasenscharte hindern gewöhnlich — nicht immer — das Saugen.

Erschwert wird dem Kinde das Saugen, so daß es gewöhnlich nach den ersten Zügen ermüdet und nicht weiter „zieht“, durch anormale oder krankhafte Zustände der Mundhöhle und der Nase (Soor, Aphthen, Coryza, Adenoide).

Milchmangel.

Vollständiger Milchmangel ist außerordentlich selten, teilweise häufiger, in letzterem Fall wird Zwiemilchnahrung gegeben (siehe dies).

Gegenanzeigen.

Das Stillen ist zu verbieten bei offener Tuberkulose mit Rücksicht auf Mutter und Kind, bei Geisteskrankheit der Mutter, bei allen zehrenden Krankheiten (Carcinom usw.) sowie bei akuten übertragbaren Krankheiten. (Über Stillen bei neuer Schwangerschaft siehe oben.)

Rhagaden, meist sehr schmerzhaft, gestatten fast immer das Weiterstillen mit oder ohne Saughütchen. Wird die Brust

nicht genügend leergetrunken, kann es zur Bildung von Milchknoten kommen, die oft sehr schmerzhaft sind. Regelmäßige Entleerung der Brust, die hochgebunden wird, beseitigt den Zustand. Bei Mastitis ist gerade die Entleerung der Brust ein vortreffliches Heilmittel. Bringt die Mutter genügend Willensstärke auf, so ist das Weiterstillen möglich.

Soziale Ursachen des Nichtstillens.

Außerhäusliche Erwerbsarbeit der Mutter. Die Mütter sind darüber zu belehren, daß sie nicht vor Ablauf von 6 Wochen nach der Entbindung vom Arbeitgeber zur Arbeit zugelassen werden dürfen (§ 137 Gew.Ordn.).

Während dieser 6 Wochen erhalten sie das volle Krankengeld. (Außerdem während des Krieges die Stillunterstützung in Höhe des halben Krankengeldes. Die Stillunterstützung wird bis zum Ablauf von 12 Wochen gewährt. Wahrscheinlich bleiben diese fakultativen Kassenleistungen auch nach Kriegsende bestehen, siehe S. 374/5.)

Die Mütter sind zu belehren, daß auch eine kurze Stillung großen Wert hat, und daß gerade in den ersten Lebenswochen die natürliche Ernährung von größter Bedeutung ist, da gerade in den ersten Lebenswochen die Widerstandsfähigkeit gegen künstliche Ernährung am geringsten ist (wie denn auch die Sterblichkeit in den ersten Lebenswochen am größten ist). Keinesfalls ist die Absicht, nach Ende der sechswöchigen Schutzfrist die Arbeit wieder aufzunehmen, ein Grund, mit der Stillung überhaupt nicht zu beginnen.

Nimmt die Mutter nach 6 Wochen die außerhäusliche Arbeit auf, so ist in eingehender Unterredung zu erörtern, ob und wie die Möglichkeit weiterer Stillung, wenigstens der Zwiemilchernährung, herbeigeführt werden kann. Die Stillung läßt sich ganz durchführen, wenn sich in der Arbeitsstätte eine Krippe (Fabrikkrippe) befindet und den Müttern ohne Lohnabzug die Stillung dortselbst erlaubt wird. Ist das nicht der Fall, so läßt sich gewöhnlich folgende Einteilung durchführen. Morgens vor dem Weggang zur Arbeit: Brust, vormittags 1mal Flasche durch die Vertreterin der Mutter, mittags (falls die Arbeitsstätte in der Nähe der mütterlichen Wohnung liegt) Stillung, nachmittags 1mal Flasche durch die Stellvertreterin der Mutter, abends nach Rückkehr von der Arbeit 1—2mal Brust. Bei gutem Willen und bei körperlich nicht zu anstrengender Arbeit läßt sich diese Zwiemilchernährung erfahrungsgemäß gut durchführen. Zu betonen ist seitens des Arztes, daß die Stellvertreterin der Mutter

(Verwandte, Nachbarin) nicht häufiger die Flasche reiche als ärztlich vorgeschrieben, damit das Kind nicht überfüttert wird oder gesättigt die Brust verweigere.

Gewöhnlich überträgt die außerhäuslich erwerbstätige Mutter die Versorgung des Kindes während ihrer Arbeit einer Nachbarin oder Verwandten, seltener übergibt sie das Kind einer Krippe. In letzterem Falle ist die Krippe zu benachrichtigen, wie die Ernährung des Kindes von der Fürsorgestelle aus geregelt ist.

Die Angliederung einer Krippe an die Säuglingsfürsorgestelle ermöglicht am besten die einheitliche Durchführung der Ernährung, wenn die Mütter nur vorübergehend außer dem Hause arbeiten. Die Kenntnis dieser Verhältnisse setzt den Fürsorgearzt in den Stand, auch in schwierig liegenden Fällen die Stillung oder doch wenigstens die Zwiemilchernährung durchzusetzen. (Über Zahl der Mahlzeiten, Stillpause usw. siehe S. 10.)

Der Mutter wird wiederholt eingeschärft, unter keinen Umständen eigenmächtig abzusetzen, ohne den Arzt befragt zu haben.

Stillprämien.

Zur Beförderung des Stillens sind Stillunterstützungen (Stillprämien) eingeführt, die in der Familienversicherung als Stillgeld bezeichnet werden. Ihre Wirkung ist wesentlich als Lockmittel gedacht. Denn die gezahlten Unterstützungen, in Berlin durchschnittlich 20—30 Pf. täglich — die Höchstgrenze beträgt 80 Pf. — sind nicht so erheblich, daß sie wesentlich zur besseren Ernährung beitragen oder gar zum Verzicht auf Erwerbstätigkeit beitragen könnten. Gewährt man die Unterstützung in Nahrungsmitteln, etwa in Milch, so ist durchaus unsicher, ob die stillende Mutter diese für sich selbst benutzt. Gewöhnlich wird sie die erhaltenen Nahrungsmittel ihrer ganzen Familie zugute kommen lassen.

Hingegen hat die Stillprämie zweifellos die Wirkung, die Mutter zum regelmäßigen Besuch der Fürsorgestelle zu veranlassen.

Am zweckmäßigsten wird ihr die Unterstützung bei jedemmaligem Besuch eingehändigt.

Zur Abrechnung mit der Stadt dient ein Formular, das Name und Adresse sowie Journalnummer der unterstützten Frau enthält, Höhe der ausgezahlten Unterstützung und die eigenhändige Namensunterschrift der Frau. Diese Formulare, etwa für je 50 Personen eingerichtet, werden nach Abschluß von dem Leiter der Anstalt geprüft, unterzeichnet und der Stadtverwaltung als Beleg zugestellt.

Die Abstillung.

Der natürliche Zeitpunkt des Abstillens ist der 9.—10. Monat. Gegen ein längeres Stillen ist natürlich nichts einzuwenden, falls hinreichend Beikost gegeben wird.

Wenn irgend angängig, muß die Abstillung langsam vor sich gehen. So kann sich das Kind langsam an die neue Nahrung gewöhnen, man ist auch in der Lage, falls bei der Überführung zur künstlichen Ernährung Störungen oder Schwierigkeiten auftreten, wieder für einige Zeit zur natürlichen Ernährung zurückzukehren. Für die Mutter hat die langsame Abstillung den Vorzug, daß sich die Brust allmählich zurückbildet, so daß Milchstauung möglichst vermieden wird. Der Arzt ordiniert also zunächst statt einer Brustmahlzeit 1 Mahlzeit $\frac{2}{3}$ Milch (200 g) ungezuckert. Nach 4—5 Tagen statt zweier Brustmahlzeiten 2×200 g $\frac{2}{3}$ Milch. Nach 4—5 Tagen 2×200 g Vollmilch ohne Zucker. Nach 4—5 Tagen 4×200 g Vollmilch. Die Beikost bleibt bestehen. Steht das Kind bei der Abstillung schon im 2. Lebenshalbjahr, so empfiehlt sich, nicht erst mit der Flaschen-darreichung zu beginnen, sondern die Milch aus einer Schnabel-tasse reichen zu lassen.

Ernährung der in Fürsorge befindlichen Säuglinge durch Stillfrauen.

Der Arzt der Fürsorgestelle wird nicht selten von privater Seite um die Vermittlung einer Amme gebeten. Im allgemeinen läßt sich in dem ambulanten Betrieb der Fürsorgestelle die Eignung zur Amme nicht so gründlich feststellen wie im Säuglingsheim, das daher auch die gegebene Stelle für Ammenvermittlung ist (siehe S. 76 ff.).

Für die fürsorgebedürftige Klientel kommt die Erstellung einer Amme des hohen Lohns wegen nicht in Betracht. Öfters besteht aber die Notwendigkeit, für ein in Fürsorge befindliches krankes Flaschenkind auf einige Zeit Frauenmilch zu beschaffen. Ein Säuglingsheim ist nicht überall vorhanden, nicht immer sind Betten frei. In solchen Fällen kann der Arzt eine stillende Frau, die über leichtgehende, reichlich produzierende Brustdrüsen verfügt, veranlassen, gegen Entgelt für das kranke Kind Milch abzuspritzen und in einer sauber ausgekochten und kühl aufbewahrten Flasche zu sammeln.

Selbstverständlich muß die Stillfrau und das anzulegende Kind sorgfältig auf ihren Gesundheitszustand untersucht werden (Tuberkulose, Syphilis). Jedenfalls empfiehlt es sich nicht, die

Stillfrau das fremde Kind anlegen zu lassen, falls dauernde Überwachung der Stillfrau nicht möglich ist.

Von der Vornahme der Wassermannschen Reaktion kann man nur dann absehen, wenn der Arzt, was in kleinen Städten wohl möglich ist, durch genaue Kenntnis und lange Beobachtung der Familie Syphilis ausschließen kann.

Die künstliche Ernährung.

Die Hauptursache der großen Säuglingssterblichkeit ist die künstliche Ernährung. Man kann sich die Unkenntnis, in der sich die Mütter über Zubereitung und Dosierung der Milchmischungen befinden, nicht groß genug vorstellen.

Daher muß die künstliche Ernährung außerordentlich eingehend vom Fürsorgearzt mit der Mutter besprochen werden. Man darf, wie gesagt, keinerlei Kenntnisse voraussetzen. (Über die Diätvorschriften, Pflege siehe S. 12.)

Der Arzt beginnt am besten mit der Frage nach der Bezugsquelle und der Behandlung der Milch im Haushalt, die beide gleich wichtig sind. Wird die Milch nicht von der Fürsorgestelle bzw. der Milchküche geliefert, so empfiehlt man den Bezug aus einer großen Molkerei: sie liefert Mischmilch (siehe S. 15) und bietet gewöhnlich noch über die gesetzlichen Vorschriften hinausgehende Sicherheiten für hygienische Gewinnung.

In Großstädten bieten allerdings kleine, über die Arbeiterviertel verteilte Molkereien den Vorteil, daß die Frauen die Milch unmittelbar nach dem Melken selbst holen können, also mehrmals täglich, was besonders im Hochsommer zweckmäßig ist.

Behandlung der Milch im Haushalte.

Der Mutter wird folgende Anweisung gegeben: Die rohe Milch ist sofort nach ihrem Eintreffen im Haushalt in einem sauberen Emailtopf, der zu nichts anderem verwendet werden darf, abzukochen. Die Kochdauer soll nicht mehr als 3 bis 5 Minuten betragen.

Nach dem Abkochen muß die Milch rasch und tief unter ständigem Rühren gekühlt werden. Ist die Milch abgekühlt, so muß der Topf kühl und gut bedeckt an einem sauberen Ort aufbewahrt werden. Am besten eignet sich dafür der Eisschrank; falls dieser fehlt, die Kühlkiste¹⁾, deren Beschaffung bzw. Her-

¹⁾ Die Kühlkiste kann in folgender einfachen Weise hergestellt werden: Eine Kiste, etwa von der Größe der bekannten Stärkemehl-

richtung auch meist dem Fürsorgebedürftigen möglich ist. Ist auch die Kühlkiste nicht zu beschaffen, so wird der Milchtopf in ein anderes mit kaltem Wasser gefülltes Gefäß gestellt. Das Wasser ist je nach Bedarf zu erneuern bzw. im Sommer durch Eisstückchen kühl zu halten.

Es darf nicht übersehen werden, daß manche Molkereien bereits pasteurisierte Milch an das Publikum abgeben. Pasteurisierte Milch darf nicht mehr im Haushalte gekocht werden. Es würde damit eine zu große Hitzeeinwirkung stattfinden, die schädliche Veränderungen der Milch hervorruft (Barlowsche Krankheit!).

Die bereits in pasteurisiertem Zustande ins Haus gelieferte Milch ist nur kühl aufzubewahren, wie es im einzelnen oben geschildert ist.

Ist eine Milchmischung verordnet, so wird der Zusatz, z. B. die Mehlsuppe, besonders nach Vorschrift zugerichtet und besonders aufbewahrt. Zur Mahlzeit füllt man die kalte Milch, genau nach vorgeschriebener Menge, in die Trinkflasche, fügt genau nach Vorschrift das Zusatzmittel und die vorgeschriebene Menge Zucker zu, zieht den Sauger über und stellt die Flasche in warmes Wasser, bis die Milch Trinkwärme hat: diese ist gleich der Körperwärme. Die Wärme prüft die Mutter am besten, indem sie einige Tropfen auf den Handrücken oder Teelöffel spritzt und kostet. Keinesfalls darf sie aus der schon mit dem Säughütchen versehenen Flasche trinken. Beim Trinken liegt das Kind im Bett, allenfalls auf dem mütterlichen Schoße. Die Flasche ist während der ganzen Mahlzeit zu halten.

Für die fürsorgebedürftige Bevölkerung kommt der Soxhlet'sche Sterilisierapparat gewöhnlich seines Preises wegen nicht in Frage. Das Prinzip des Apparates ist die Erhitzung der Milch im Wasserbade. Ein großer Kochtopf dient zur Aufnahme des Wassers. In den Topf wird ein Gestell, zur Aufnahme von acht Flaschen eingerichtet, hineingestellt. Die Mischung wird trinkfertig in die Flaschen nach Vorschrift gegossen, die Flasche dann mit einer flachen Gummischeibe geschlossen, die sich beim Erhitzen fest an die Öffnung saugt. Es werden so viel Flaschen gefüllt, wie Mahlzeiten verordnet sind, und zweckmäßig noch eine Reserveflasche. Nunmehr kommt der Topf aufs Feuer, das

kisten, wird am Boden und an den Seiten gut mit Sägespänen gepolstert. Dann wird eine kleinere Kiste hineingestellt. Die Zwischenräume zwischen beiden Kisten müssen gut mit Sägespänen gefüllt sein. In die kleine Kiste kommt die abgekühlte Milch hinein. Die große Kiste wird geschlossen.

Wasser wird zum Kochen gebracht und 8—10 Minuten kochen gelassen. Dann läßt man unter Zufluß kalten Wassers das heiße Wasser abfließen, füllt so den Topf mit kaltem Wasser und kann also im Apparat selbst gleich die Kühlung der Milch anschließen. Der Hauptvorteil des Soxhletschen Apparates besteht darin, daß die trinkfertige Mischung gekocht wird, so daß die sterilisierte Milch nicht wieder in ein anderes Gefäß gegossen zu werden braucht.

Die Milchflasche.

An die Besprechung der Behandlung der Milch im Haushalte schließt sich zweckmäßig die Belehrung über die Milchflasche an. Es wird der Mutter statt der leider noch verbreiteten Strichflasche die Grammflasche mitgegeben, die den Vorzug hat, eine genaue und einfache Anordnung der Trink- und Mischmengen zu ermöglichen.

In der Strichflasche enthält der Abstand zwischen zwei Strichen 17—19 ccm. Jede Verordnung nötigt also erst zu einer Umrechnung. Die Grammflasche ist in zwei Arten vorrätig, nämlich die Baginsky-Flasche (siehe Abbildung 6)¹⁾ und die vom Kaiserin-Augusta-Viktoria-Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit konstruierte und empfohlene sog. Normalflasche.²⁾

Als Sauger ist nur die bekannte Zuckerhutform zu empfehlen. Streng zu verbieten sind die noch immer hier und da auftauchenden mit langem Gummi- oder Glasrohr versehenen. Diese Rohre sind gar nicht gründlich zu reinigen und sind Brutstätten für allerlei Keime. Der Sauger wird von den Fabriken ohne Öffnung hergestellt; vor dem Gebrauche wird eine Öffnung mittelst erhitzter Nadel gebohrt. Je kleiner die Öffnung, desto größere Anstrengung erfordert das Saugen und umgekehrt; man kann also durch die Größe der Öffnung auf die Schnelligkeit des Trinkens Einfluß gewinnen.

Belehrt muß die Mutter dann eingehend über die Reinigung und Reinhaltung von Sauger und Flasche werden.

¹⁾ Lieferant Paul Altmann, Berlin, Luisenstr. 47.

²⁾ Hergestellt in der Aktiengesellschaft für Glasindustrie vorm. Friedrich Siemens, Dresden-A.



Abb. 6.
Die Grammflasche.
(Entnommen aus
Tugendreich, Vor-
träge über Ernährung
und Pflege des Kindes.
2. Aufl. Stuttgart,
Enke 1914.)

Die Flasche soll sogleich nach beendeter Mahlzeit gründlichst mit Wasser ausgespült, sodann mit Schrotkörnern oder Sandwasser mittelst einer Flaschenbürste sauber ausgebürstet werden, wobei besondere Aufmerksamkeit dem aus Bauch und Boden der Flasche gebildeten Winkel gewidmet werden muß. Dann wird ausgiebig mit klarem Wasser nachgespült. Jetzt wird die Flasche gegen das Licht gehalten, um etwa zäh an der Wand haftende Milchhäutchen erkennen und entfernen zu können. Schließlich hängt man die so gesäuberte Flasche umgestülpt auf einen Zapfen zum Abtrocknen. Den Sauger reinigt man am besten so, daß man ihn, nachdem er gründlich abgespült ist, täglich auskocht. Freilich leidet darunter der Gummi, doch konnte — im Frieden — auch die arme Frau sich etwa alle 2—3 Wochen einen neuen Sauger erstehen¹⁾. Nach dem Auskochen hebt man ihn am besten in einer bedeckten Schale trocken auf.

An dieser Stelle kann gleich eine Belehrung über den Schnuller (Zulp) angeschlossen werden. Zweifellos ist er entbehrlich. Andererseits vermag er bei nervösen Kindern wohl beruhigend zu wirken. Die Frauen müssen aber darüber belehrt werden, daß der Schnuller eine große Infektionsgefahr bedeutet, wenn er nicht peinlich sauber gehalten wird. Streng zu verbieten sind daher abgelegte Saugpfropfen, die mit Papier oder Zucker oder Brot gefüllt werden. Am ungefährlichsten ist noch ein geschlossenes Saughütchen, das das Kind an einem Halsband trägt, so daß es nicht auf die Erde fallen kann. Der Schnuller muß mehrmals täglich ausgekocht werden.

Die Zahl der Mahlzeiten, ihr Zeitpunkt, Dauer der Trinkpausen, daß nachts gar keine Milch gereicht werden darf, alles muß besprochen werden. Wie nun beim gesunden Flaschenkind die Ernährung zu gestalten ist, ist S. 12 geschildert. Der Fürsorgearzt hat aber, ehe er seine Verordnung trifft, festzustellen, ob das Kind wirklich nicht ernährungsgestört ist. Die Aussagen der Mutter sind durchaus nicht maßgebend. Zur Feststellung gehört die Besichtigung des Säuglingsstuhles (s. S. 34). Ist bei der ersten Vorführung keine stuhlhaltige Windel mitgebracht, so wird die Mutter zum nächsten Tag wieder bestellt mit dem Hinweis, die Entleerung des Säuglings mitzubringen und bis dahin in der bisherigen Ernährung fortzufahren. So ist die Verordnung, falls keine sonstigen Zeichen von Ernährungsstörung oder Krankheit

¹⁾ Im Kriege werden Sauger aus Gummiersatz und auch aus Glas hergestellt. Ein hinreichend brauchbarer Ersatz ist noch nicht gefunden.

vorliegen. Der überwiegende Teil der zum ersten Male dem Fürsorgearzt vorgeführten künstlich ernährten Kinder ist aber ernährungsgestört.

Ist das Krankheitsbild so, daß auch ohne Besichtigung des Stuhls die Ernährungsstörung unverkennbar ist (Brechdurchfall oder Atrophie [Dekomposition] z. B.), so werden natürlich die entsprechenden Verordnungen ungesäumt gegeben. Ist andererseits guter Gesundheitszustand bei der ersten Untersuchung festgestellt, so wird der Arzt zweckmäßig die bisher von der Mutter gegebene Diät möglichst wenig ändern, auch wenn sie nicht genau der Lehre entspricht. Zum Schlusse der ärztlichen Belehrung wird der Mutter eingeschärft, unter keinen Umständen größere Mengen oder häufigere Mahlzeiten zu gewähren, vielmehr sofort in die Sprechstunde zu kommen, falls das Kind die verordnete Diät nicht zu vertragen scheine. Bis dahin soll die verordnete Diät ausgesetzt und dem Kinde nur sacharingesüßter Tee gegeben werden (hellgelber Aufguß aus russischem Tee, auf die Mahlzeit $\frac{1}{2}$ Sacharinplätzchen).

Die mündliche eingehende Belehrung wird unterstützt durch schriftliche Verordnung, auf der die wichtigsten Regeln über die Behandlung der Milch im Haushalt abgedruckt sind.

Säuglingsfürsorgestelle der Schmidt-Gallisch-Stiftung

Sprechstunde wochentäglich 2—3 Uhr.

Beim ersten Durchfall muß das Kind gleich vorgestellt werden. Mund nicht auswaschen, da das dem Kinde schadet.

Ihr Kind bekommtmal täglich, d. h. alle Stunden
nachtsmal aussetzen,

..... Strich, und zwar

..... Strich Milch,

..... Strich Zusatz.

Der Zusatz wird bereitet

Milch schnell abkühlen und immer **kühl** aufbewahren!

Flasche und Sauger gut reinigen!

Wenden!

(Rückseite.)

Die Milch muß sofort, nachdem sie ins Haus gebracht ist, in einem sauberen Kochtopf gekocht und 3—5 Minuten im Kochen erhalten werden. Nach dem Kochen muß die Milch **schnell** abgekühlt und gut zugedeckt an einem kühlen Ort, im Sommer am besten in einem Eisspind oder in einer Schüssel mit kaltem Wasser, das öfter erneuert wird, aufbewahrt werden.

Die Milch erhält die Mutter entweder als rohe Vollmilch ins Haus zur eigenen Zubereitung oder trinkfertig aus der Milchküche (siehe später).

Die Körperpflege.

Eingehend wird die Mutter über die Körperpflege belehrt. Wir beschränken uns hier auf die wichtigsten Vorschriften. Tägliches Bad von 35° C 3—5 Minuten, Pudern mit Zinkpuder (den sich die Mutter selbst mischt aus gleichen Teilen Talkum und Zinkoxyd). Der Mund darf nicht gereinigt werden.

Das Kind darf nicht gewickelt werden. Die Kleidung muß lose sitzen. Das Kind darf nicht zu warm gehalten werden. Es liegt am besten auf fester Matratze und wird nicht mit einem Federbett, sondern mit einer bezogenen Woldecke oder Kamelhaardecke zugedeckt.

Es ist nicht angebracht, der Entwicklung der statischen Funktionen (Aufrichten, Sitzen, Stehen, Gehen) künstlich nachzuhelfen.

Belehrung über die Gefahren der Sommerhitze.

Die Bekämpfung der Sommersterblichkeit muß von der Fürsorgestelle unermüdlich und energisch geführt werden. In Großstädten bringen gewöhnlich auch die ersten warmen Frühlingstage, wie sie häufig Ende April oder im Mai vorkommen, eine Vermehrung der akuten Brechdurchfälle mit sich. Die Hauptsteigerung findet August bis September statt.

Eingehend ist jede Besucherin der Fürsorgestelle auf die schädliche Wirkung der Sommerhitze hinzuweisen. Sie ist über leichte Bekleidung des Kindes, Durchlüftung und Kühlhaltung der Wohnung, Vermeiden unmittelbarer Sonnenstrahlung zu belehren. Auch hier kann die Belehrung durch ein Hitzemerkblatt unterstützt werden. (Ein Hitzemerkblatt ist durch das Kaiserin-Auguste-Viktoria-Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit in Charlottenburg zu beziehen.)

Flugblatt zum Schutze der Säuglinge.

Ratschläge für die heißen Monate.

Bearbeitet im Kaiserin-Auguste-Viktoria-Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche.

Mütter! Der größte Feind Eurer Kleinen ist der Sommer mit seiner großen Hitze!

Unter den Lebensmitteln verdirbt am leichtesten die **Tiermilch**.

Darum **ernährt Eure Kinder an der Brust und setzt nie im Sommer ab.** — **Brustmilch verdirbt nicht.**

Gebt Euren Kindern alle 4 Stunden, d. h. 5mal des Tages, abwechselnd die rechte und linke Brust und **laßt ihnen nachts die Ruhe.**

Künstlich ernähren dürft Ihr **nur auf Anordnung** und unter Aufsicht des Arztes, **Ihr müßt dann besonders genau und sauber** dabei sein.

Ihr müßt **jede Flasche nach jeder Mahlzeit** sofort mit Wasser füllen und sie mit einer Flaschenbürste und mit Soda, Borax oder Seifenwasser reinigen, mit gekochtem Wasser nachspülen und sie umgekehrt an einen reinen Ort, möglichst in einen reinen Topf stellen.

Gebraucht **nur Flaschen**, auf denen der Inhalt in Zahlen 5, 10, 20 . . . bis 200 g (Kubikzentimeter) abgemessen werden kann (Grammflaschen), denn nur mit ihnen könnt Ihr die Nahrungsmenge genau bestimmen.

Ihr müßt den Sauger nach jedem Gebrauch mit heißem Soda-, Salz- oder Boraxwasser gründlich reinigen und in sauberem, zugedecktem Gefäß aufbewahren. Am besten ist es, ebensoviel Sauger wie Flaschen zu haben.

Verboten ist Euch, die **Flaschensauger als Schnuller** zu benutzen!

Verboten sind Euch **Glasröhren oder Gummischläuche als Flaschensauger**, ebenso der **Zuckerschnuller!**

Kauft Eure **Milch nur** in einem **Kuhstall**, von dessen **Sauberkeit** Ihr Euch überzeugt habt, am besten fragt Ihr den Arzt oder die Fürsorgestelle, wo Ihr die Milch zu nehmen habt.

Ihr dürft die **Milch nicht** zu Hause **herumstehen lassen**, müßt sie **sofort 3 Minuten** in einem reinen Topf **kochen, schnell abkühlen**, indem Ihr den Topf, mit einem Deckel versehen, in kaltes Wasser setzt und dieses **häufig** erneuert.

Ihr dürft die **Milch nach dem Kochen nicht in andere Töpfe gießen**, sondern **müßt sie so lange** in dem **kühl aufbewahrten Topf lassen**, bis Ihr sie **unmittelbar vor dem Gebrauch** in vorgeschriebener Menge in die Flasche füllt.

Stehen Euch 5 Flaschen zur Verfügung, was natürlich am besten ist, so **müßt Ihr die Milch sofort nach dem Kochen** in vorgeschriebener **Menge in Flaschen füllen** und sie **verschlossen an einem kühlen Platz**, am besten in einem Eisschrank, **aufbewahren.**

Am besten Ihr benutzt einen Eisschrank oder eine Kühlkiste, die Ihr Euch selbst mit ganz geringen Kosten herstellen könnt. Ihr holt Euch vom Kaufmann eine Holzkiste, bestreut den Boden mit Sägespänen, setzt zwei Eimer von verschiedener Größe ineinander hinein und füllt sie bis zum oberen Rande des größeren Eimers mit Sägespänen nach. In den kleineren Eimer werden die Flaschen mit Nahrung, umgeben von einigen Eisstückchen, gesetzt und mit dem Deckel des Eimers zugedeckt. Der Deckel der Kiste wird mit einigen Lagen Zeitungspapier beklebt.

Ihr müßt **beim Flaschenkinde** besonders die **Vorschriften des Arztes befolgen**, **niemals öfter** als verordnet die **Flasche geben**. **Lieber weniger Nahrung** in der **heißen Zeit** geben **als zuviel.**

Tritt **Durchfall** ein, so **laßt die Milch fort, gebt Tee** (Fenchel-, Lindenblüten-, Pfefferminz-, einfachen Tee) ohne Milch, **bis ein Arzt zu erreichen ist**, aber nicht länger als 12 Stunden.

In der heißen Jahreszeit hat der Säugling wie der Erwachsene Durst. **Gebt ihm dann — er zeigt seinen Durst durch große Unruhe — abgekochtes Wasser oder dünnen Tee**, möglichst ohne Zucker.

Auch zu warmes Einpacken oder ein überhitzter Raum machen den Säugling krank, daher weg mit allen Federbetten und dicken Wickeltüchern, weg mit der Gummiunterlage!

Ihr könnt im Sommer Euer Kleines fast nackt im Bettchen oder Korb strampeln lassen, eine leichte dünne Decke genügt zum Zudecken!

Ihr müßt Eure Kinder vor den sie quälenden Fliegen schützen, indem Ihr einen leichten Schleier über Bettchen oder Korb legt.

Das beste und kühlfte, häufig gelüftete Zimmer Eurer Wohnung ist für Euer Kind das geeignetste. Dieses Zimmer könnt Ihr noch kühler machen, wenn Ihr die Fensterscheiben häufig mit möglichst kühlem Wasser besprengt!

Ihr dürft das Kind nicht in der heißen, feuchten Küche stehen haben!

Hat Eure Wohnung kein kühles, schattiges Plätzchen, so versucht im Hause ein solches ausfindig zu machen (Keller), dort stellt Euer Kind hin.

Könnt Ihr auch im Hause kein solches Plätzchen finden, so bringt das Kind möglichst viel an einen schattigen, nicht schwülen Ort im Freien; auch da darf es bloßliegen.

Geringe Zugluft schadet Eurem Kinde im Sommer nichts!

Ihr müßt Euer Kind im Sommer mindestens einmal täglich baden, oder öfters mit kühlem Wasser waschen!

Geeignete Nahrung, Sauberkeit und frische Luft sind zum Gedeihen des Kindes unbedingt erforderlich!

Preis 5 Pf., 100 Expl. Mk. 2,—; 1000 Expl. Mk. 16,—; 5000 Expl. Mk. 13,—; 10000 Expl. Mk. 12,— pro Tausend.

Verlag von Georg Stilke, Berlin NW. 7, Dorotheenstr. 66/67.

Wie verfährt der Fürsorgearzt bei Erkrankung des Kindes?

Meist ist die Behandlung kranker Kinder durch die Fürsorgestelle verboten. Eine Ausnahme machen gewöhnlich die Ernährungsstörungen. Es kommen natürlich überhaupt nur solche Krankheiten in Frage, die für ambulante Behandlung zugänglich sind. In der fürsorgebedürftigen Bevölkerungsschicht kommen für die Überweisung ins Krankenhaus nicht nur ärztliche, sondern in bedeutendem Maße auch soziale Gründe in Betracht. Die Pflege eines kranken Säuglings erfordert so viel Übung, Kenntnis, Komfort, daß sehr häufig die Behandlung in einer gut geleiteten und gut eingerichteten Anstalt den Vorzug vor der häuslichen verdient. Zu beachten ist dabei allerdings der gewaltige Heilfaktor, der in der Stillung liegt. Ein erkranktes Brustkind wird man nur aus zwingenden Gründen in ein Krankenhaus überweisen (größere Operationen usw.), falls nicht die Möglichkeit besteht, dort die natürliche Ernährung fortzusetzen, sei es durch Ammen, sei es durch die Mutter selbst.

Gewöhnlich ist die Klientel der Fürsorgestelle nicht in der Lage, das Kind privatärztlich versorgen zu lassen. Der Besuch der Fürsorgestelle ist nicht an die Bewilligung eines Armen Scheins gebunden. Soll nun also das Kind entweder zur ambulanten oder häuslichen Behandlung dem Stadt- oder Armenarzt oder auf Rechnung des Armenamtes einem Krankenhause überwiesen werden, so muß zunächst ein Armentschein besorgt werden. Das erfordert Zeit, die für den kranken Säugling oft sehr kostbar ist. Daher muß der Fürsorgearzt berechtigt sein, das Kind unmittelbar — ohne Vermittlung des Armenamtes — zu überweisen.

Die Feststellung der Unterstützungsbedürftigkeit im armenrechtlichen Sinne kann dann nachträglich erfolgen.

Bei der Überweisung an eine andere ärztliche Stelle (Privat-, Armenarzt oder Krankenhaus) sind die zuletzt gegebene Diät sowie wichtige ärztliche Befunde mitzuteilen. Ein enges Zusammenarbeiten zwischen allen Stellen der offenen und geschlossenen Fürsorge ist außerordentlich wichtig. So haben Armenarzt und Krankenhaus der Fürsorgestelle Mitteilung über die Entlassung des Kindes, über die Diät bei der Entlassung bzw. über den erfolgten Tod zu machen. Nichts ist wichtiger für den Erfolg der Fürsorge als die möglichst ununterbrochene Fortdauer der Beobachtung.

Diese ist desto besser sichergestellt, je weniger Ärzte an der Beobachtung und Behandlung eines Kindes beteiligt sind. Daher wäre es vom sozialhygienischen Standpunkt zweifellos am besten, wenn die Fürsorgestelle auch die ambulante Behandlung kranker Kinder übernehmen würde. Es sind nur wirtschaftliche Rücksichten auf die frei praktizierenden Ärzte, die hiergegen sprechen. Indes beginnt man, den Fürsorgestellen wenigstens die Behandlung solcher Krankheiten zuzuweisen, die von besonderer Bedeutung für die Volksgesundheit sind. Die Stadt Berlin hat neuerdings die Säuglingsfürsorgestellen angewiesen, die ambulante Behandlung hereditär-syphilitischer Kinder zu übernehmen und dafür Geldmittel bereit gestellt, da die Behandlung umsonst erfolgen soll. Begründet wird diese Maßnahme damit, daß nur ein kleiner Teil der Mütter früher dem Rat des Fürsorgearztes, das Kind ärztlicher Behandlung zuzuführen, gefolgt ist.

So liegt überhaupt eine sehr bedeutsame, der Fürsorgestelle ganz besonders zugehörige Aufgabe darin, die chronischen Krankheitszustände der Behandlung zuzuführen. Erbsyphilis, Tuberkulose und Skrofulose, Rachitis,

exsudative Diathese, das sind Zustände, die, wenn sie nicht floride Erscheinungen machen, die Mutter selten zum Aufsuchen des Arztes veranlassen. Bei der regelmäßigen Vorstellung in der Fürsorgestelle werden sie in ihren ersten Anfängen entdeckt und sind bei der großen Bedeutung, die sie nicht nur für das Individuum, sondern für die Bevölkerung überhaupt haben, zur Behandlung zu bringen. Die Maßnahmen sind dabei zum erheblichen Teil mehr hygienischer als medikamentöser Art.

Licht und Luft sind für Skrofulose, Tuberkulose, Rachitis gewaltige Heilmittel, und ebenso ist die Regelung der Diät dabei von Bedeutung.

Die Fürsorgestelle muß in möglichst enger Verbindung mit den geeigneten Einrichtungen für Heilbehandlung (Waldheime, Seehospize, Soolbäder, Heime für erblich kranke [erbsyphilitische] Kinder u. a.) stehen und für Auswahl der geeignetsten Fälle und für rechtzeitige Anmeldung Sorge tragen. Der Entlassungsbefund dieser Anstalten muß zur Kenntnis des Fürsorgearztes gelangen.

Nicht minder sind beginnende Verkrümmungen des Skeletts geeigneter Behandlung zu überweisen (rachitische Verkrümmungen, Plattfüße, um nur die häufigsten Leiden zu nennen). Auch hierbei ist der rechtzeitige Beginn der Behandlung meist von entscheidender Bedeutung für die Frage der Heilbarkeit.

Viel zu wenig Beachtung findet die Pflege des Milchgebisses sowohl bei den Eltern als auch bei den Fürsorgern. Etwa 90% der Kleinkinder, die die Fürsorgestellen aufsuchen, und etwa ebensoviel Schulrekruten haben ein mehr oder minder defektes Gebiß. Besonders die zirkuläre Halskaries, oft beginnend mit einem grünlich-schmierigen Belag, ist häufig und führt zu vorzeitigem Verlust der Milchzähne und zu Erkrankungen des Zahnfleisches.

Den Müttern von Kleinkindern ist aufs dringlichste eine sorgfältige Zahn- und Mundpflege einzuschärfen (weiche Zahnbürste, Schlämme, Gurgeln). Kariöse Milchzähne müssen zahnärztlicher Behandlung zugänglich gemacht werden. In Charlottenburg sind die Schulzahnkliniken für die Behandlung in Fürsorge stehender Kleinkinder nutzbar gemacht.

Die Belieferung der Klientel mit Milch. Die Milchküche.

Um den künstlich genährten Kindern eine einwandfreie, ärztlich überwachte Kuhmilch zu liefern, sind verschiedene Wege eingeschlagen worden.

Anfänglich versprach man sich von selbständigen großen städtischen Milchküchen Vorteil, die für die ganze fürsorgebedürftige Bevölkerung einwandfreie Milch liefern sollten. Es wurden gewöhnlich 3—4 für die verschiedenen Altersstufen berechnete Mischungen hergestellt und an die Klientel abgegeben. Der große Nachteil dieser Einrichtung bestand in ihrem notwendigen Schematismus. Es konnte, was bei der Säuglingsernährung unbedingt nötig ist, nicht individualisiert werden, es konnte kaum vermieden werden, daß ernährungsgestörte Kinder diese auf gesunde normale berechnete Nahrung erhielten.

So ist man allmählich zu der heute allein als richtig geltenden Lösung der Frage gelangt, Milchküchen nur in enger Verbindung mit den Beratungsstellen einzurichten.

In Berlin und in vielen Orten ist jeder Fürsorgestelle eine Milchküche angegliedert.

Sie stellt — und auch das halten wir für sehr zweckmäßig — aber keineswegs die Nahrung für alle Flaschenkinder dieser Anstalt dar, sondern beschränkt sich darauf, solche Mischungen herzustellen, deren Zubereitung besondere Sorgfalt erfordert (Malzsuppen, Buttermilch, Eiweißmilch, Molken usw., falls diese Diätetika nicht aus Fabriken trinkfertig¹⁾ bezogen werden können oder sollen) oder deren, wenn auch einfache, Zubereitung, man unsauberen oder begriffstutzigen Müttern nicht anvertrauen will. Die große Mehrzahl der Kinder erhält eine einwandfreie Kuhmilch (siehe Kuhmilch S. 14) zu eigener Zubereitung nach genauer ärztlicher Vorschrift.

Am besten wird diesen Müttern die Milch ins Haus geliefert, oder es sind über die Stadt zahlreiche Niederlagen verteilt, aus denen die Mütter sich gegen Vorzeigen eines auf die verordnete Milchmenge ausgestellten Beleges die Milch abholen können. Dieser Beleg wird nur auf die Frist bis zur nächsten Vorstellung des Kindes in der Säuglingsfürsorgestelle ausgestellt. Selbstverständlich müssen Maßnahmen getroffen sein, daß dem Lieferanten die täglich zu liefernde, täglich durch Zu- und Abgang der Klientel wechselnde Milchmenge rechtzeitig aufgegeben wird.

¹⁾ Trinkfertig in Flaschen werden u. a. hergestellt konservierte Buttermilch unter der Bezeichnung: Holländische Säuglingsnahrung (nach Koeppe) und die sog. Anfangsnahrung (ohne Zucker und Mehl nach Rietschel) und Eiweißmilch, alle zu beziehen von den Milchwerken Vilbel in Hessen. Außerdem sind im Handel noch trockene Dauerpräparate der Buttermilch: Bucco und Lactoserve, und der Eiweißmilch (Larosan).

Die zu liefernde Menge kann nicht auf Gramm genau geliefert werden. Gewöhnlich werden vom Lieferanten nur $\frac{1}{4}$ - und $\frac{1}{2}$ -Literflaschen abgegeben, so daß, falls $\frac{3}{4}$ oder 1 Liter Milch erforderlich ist, zwei Flaschen geliefert werden müssen.

Die Abrechnung findet gewöhnlich monatlich statt, indem der Lieferant die von den Müttern abgegebenen Belege einsendet. Alles Nähere über die Anforderungen an Kindermilch, über Lieferantenverträge S. 14.

Die der Säuglingsfürsorgestelle angegliederte Milchküche ist zweckmäßig folgendermaßen eingerichtet: In einem genügend großen Raum, der gut ventilierbar sein muß, werden ein Sterilisator, Flaschenreinigungs- und -spülapparate sowie Kühlapparate aufgestellt. Nachdem die Flaschen vorschriftsmäßig gefüllt sind, werden sie mit einem Verschuß versehen, dessen Prinzip dasselbe ist wie bei dem bekannten Bierflaschenverschuß; jedoch mit wichtigen Unterschieden: Der Bügel ist so eingerichtet, daß er weder den Flaschenhals noch den Porzellanknopf durchbohrt (Durchlochungen lassen sich schlecht reinigen). Der Verschuß besteht also aus zwei völlig getrennten Teilen, dem Knopf und dem Bügel. Der flache Porzellanknopf ist an seiner Unterseite mit einer schmalen Gummidichtung, an seiner Oberseite mit einer Rinne versehen; er wird auf die Öffnung der Flasche gelegt und mit dem Bügel, der über die Rinne läuft, durch einen einfachen leichten Druck befestigt. Nunmehr werden die Flaschen gekennzeichnet und in große viereckige Drahtkörbe gestellt. Jeder Drahtkorb ist durch Zwischenwände in 6 Abteilungen geteilt, deren jede 6 Flaschen faßt; jeder Korb kann also 36 Flaschen aufnehmen. Im Sterilisator haben gleichzeitig 4 Körbe, also 144 Flaschen Platz. Die Erhitzung geschieht nach dem Prinzip des Wasserbades.

Der Sterilisator trägt auf hölzernem Gestell und bei hölzerner Wandbekleidung einen Blechkasten, der 110 cm lang, 55 cm breit und 22 cm hoch ist. Dieser Kasten wird, nachdem die Drahtkörbe mit den gefüllten Flaschen hineingestellt sind, mit Wasser gefüllt und mittelst Gas erhitzt. (Der Apparat ist an die Wasserleitung angeschlossen.) An einem in den Apparat eingelassenen Thermometer wird die Temperatur abgelesen. Nachdem 98—99° C etwa 10 Minuten eingewirkt haben, wird der Gashahn abgestellt und darauf kaltes Wasser in den Apparat vom Boden her eingeleitet. Der Kasten enthält in seiner Mitte einen Überlauf, und indem kaltes Wasser von unten her zuströmt, fließt das heiße durch den Überlauf ab, und so kühlt sich in etwa 10—12 Minuten die Temperatur des Wasserbades bis auf etwa 10° ab.

Die für größere Milchküchen empfehlenswerte Dampfsterilisation ist für enge Räume nicht zu verwenden, weil der Dampf den Aufenthalt in ihnen unerträglich macht und das Inventar zu sehr angreift.

Die so im Sterilisator selbst vorgekühlten Flaschen gelangen darauf in den Kühlkasten. Dies ist ein rechteckiger Blechkasten von 150×50 Inhalt. Durch eine perforierte Wand ist ein Eisbehälter abgetrennt, der etwa ein Viertel des Gesamtinhalts einnimmt. Nachdem dieser mit Eis beschickt ist, wird der Kühlkasten bis reichlich zu halber Höhe mit Wasser gefüllt, das durch die perforierte Wand auch in den Eisbehälter strömt. Der Effekt ist, daß das Wasser eine für unsere Zwecke genügend konstante und niedrige Temperatur erhält und die Flaschen bis zur Ausgabe kalt bleiben. Die Ausgabe erfolgt 2 Stunden nach der Sterilisation um 8 Uhr früh in der Fürsorgestelle. Die Frauen erhalten die vorgeschriebene Zahl der Flaschen in einem handlichen Drahtgestell mit Tragbügel.

Am nächsten Morgen werden die leeren, bereits vorgereinigten Flaschen von den Müttern gegen die neue Portion eingetauscht. Die zurückkommenden Flaschen werden sogleich in gründliche Reinigung genommen. Hierzu dient ein geräumiges Spülbecken und ein besonderer Flaschenspülapparat. Die Flaschen werden zunächst mittelst Bürste in warmer Sodalösung gründlich gereinigt. Nach dieser Prozedur gelangen sie auf den Spülapparat. Die Flasche wird über einen hohlen, oben offenen Zapfen gestülpt, und durch leichten Druck auf den Flaschenboden wird ein kräftiger Wasserstrahl aus dem Hohlzapfen hervorgerufen, der beim Emporheben der Flasche versiegt. Jetzt gelangt die Flasche auf einen zweiten Zapfen, aus dem bei gleichem Verfahren ein mit Sand gemischter Wasserstrahl emporsteigt; darauf wird nochmals mit Wasser nachgespült, und nun erst kommt die Flasche zum Abtropfen mit der Öffnung nach abwärts in ein Gestell. Dort verbleibt sie bis zur Füllung.

Die Tätigkeit der Aufsichtsschwestern. Die Hausbesuche.

Die außeranstaltliche Tätigkeit liegt vornehmlich in den Händen der Aufsichtsschwestern. Diese sind zweckmäßig nicht ehrenamtlich tätig, sondern angestellt und besoldet.

Durchaus empfiehlt sich für die verantwortungsvolle Aufgabe die Anstellung von Säuglingsschwestern oder Fürsorgerinnen, die in geordnetem Lehrgang ausgebildet sind und die staatlich vorgeschriebenen Prüfungen bestanden haben.

Die Schwestern suchen regelmäßig die Neuaufgenommenen in der Wohnung auf und erfüllen dabei mehrfache Aufgaben. Erstens stellen sie die Bedürftigkeit der Leute fest; es wird Einblick genommen in die Lohnbücher des Mannes, mit Hilfe der Quittungskarte der Arbeiter-Krankenversicherung wird die Dauer der Arbeitslosigkeit festgestellt, Anfragen beim Hauswirt oder Verwalter können über die Verschuldung der Familie aufklären, kurz, es gelingt den Schwestern bei einigem Verständnis und einiger Übung zumeist, ein treffendes Bild der sozialen Lage zu entwerfen, in der sich die Familie des Säuglings und Kleinkindes befindet. Der Befund wird in einen mit Vordruck versehenen Bogen eingetragen. Die zweite Aufgabe der Schwestern besteht darin, zu prüfen, ob die Anordnungen des Arztes auch recht befolgt werden. Es fehlt den Müttern öfters an gutem Willen hierzu, noch öfters an der Fähigkeit. In diesem Fall soll die Schwester die Mutter in der Ausführung der ärztlichen Vorschriften praktisch anleiten. Diese Hausbesuche werden öfters wiederholt, teils um etwaige wichtige Veränderungen in der sozialen Lage festzustellen (Wiederaufnahme der Arbeit durch den bisher kranken oder arbeitslosen Familienvater usw.), teils um sich abermals von der Durchführung der ärztlichen Vorschriften zu überzeugen. Mütter, die andauernd die ärztlichen Vorschriften unbeachtet lassen, werden nicht weiterbehandelt. Schließlich hat die Schwester auch ihr Augenmerk auf Krankheiten unter den Familienmitgliedern zu richten. Ihre Beobachtungen tragen sie in einen Fragebogen (s. S. 57) ein, der auch für Wohnungsausmessungen eingerichtet ist. Für diesen Dienst verwenden die Schwestern der Fürsorgestelle die Vormittagsstunden. Sie finden sich so rechtzeitig in der Anstalt ein, daß sie nach einer Frühstückspause in der Sprechstunde tätig sein können.

Jede Schwester stattet täglich etwa 10—12 Besuche ab. Diese müssen ohne Hast erledigt werden; die Schwester soll mit Muße alle in Betracht kommenden Fragen mit der Mutter durchsprechen und ihr, wo nötig, praktische Anleitung geben. Der Arzt der Fürsorgestelle muß natürlich die Oberaufsicht über diesen wichtigen Zweig der Anstaltstätigkeit haben. Die Beobachtungen des Arztes und der Schwestern müssen sich gegenseitig ergänzen.

Aus beider Beobachtungen soll sich ein klares Bild von den Lebensbedingungen ergeben, unter denen das fürsorgebedürftige Kind aufwächst.

Datum: **Säuglingsfürsorgestelle Nr. V.** Nr.
 Name des Kindes: geb. am:
 Ehel.: Wohnung der Eltern:
 Unehel.: In Pflege bei:

Name des Vaters bzw. d. Mutter:
 Ledig, verh., eheverl., verwitw.:
 Tag u. Ort d. Geburt des Vaters:
 Tag u. Ort d. Geburt der Mutter:
 Seit wann in Berlin:
 Beruf (möglichst speziell):
 Wochenverdienst: Regelm.: Schulden:
 Verdienst der Frau: Abverm.: für Mk.
 Monatliche Miete:
 Wieviel Kinder: wie alt:
 Grund der Bedürftigkeit:

(Rückseite.)

Lage der Wohnung: (Himmelsrichtung):
 Wieviel Räume:
Größe der Räume

Raum	Fenster	—	Fläche	.....	Länge	.....	Breite	.....	Höhe	.....
"	"	—	"	"	"	"
				a		b		c		d	
Bodenfläche	
Kubikinhalt	
% Fensterfläche der Bodenfläche	

Wieviel Personen teilen den Raum mit dem Säugling bei Tage:
 bei Nacht:

Beschaffenheit der Wohnung: durchlüftbar, teilw. durchlüftbar,
 undurchlüftbar, hell, dunkel, feucht, sauber, heiß, kalt.

Wieviel Betten: Wo schläft der Säugling:

Wird im Zimmer gekocht: Wo ist die Wasserleitung:

Haltung des Kindes:

Nahrung:

Auskunft von:

Die Ausbildung von Säuglingspflegerinnen.

Wie die soziale Fürsorge überhaupt allmählich aufhört, ein Feld der Tätigkeit für Laien zu sein, wie überall das ernste Bestreben hervortritt, die soziale Fürsorge als Beruf auszugestalten und zu betreiben und Lehr- und Lernstätten zur Ausbildung in diesem Beruf zu errichten, so haben sich auch die Anforderungen der Ausbildung erheblich gesteigert, die an die weiblichen Hilfskräfte gestellt werden. Verzichtet man auch vielerorts noch nicht auf die ehrenamtliche Mitarbeit, so ist doch der wichtigste Teil der Hilfsarbeit in beruflich vorgebildete Hände gelegt worden. Zweifellos geht diese Entwicklung dahin, immer ausschließlicher berufsmäßige Helferinnen anzustellen.

Die berufliche Ausbildung dieser Helferinnen war allerdings sehr verschiedenartig. Die Ausbildung, die zur Erlangung der staatlichen Anerkennung als „Krankenpflegeperson“ erforderlich ist, genügt nicht für die besonderen Aufgaben der Säuglingspflege. Die besondere Ausbildung in Säuglingspflege war aber bisher ganz ungeordnet, und so legten sich Personen die Bezeichnung als Säuglingspflegerin bei, deren Ausbildung und Kenntnis nicht selten völlig ungenügend waren. Dem soll nun ein Riegel vorgeschoben werden.

Ein Erlaß des Kgl. preußischen Ministers des Innern vom 31. März 1917 (Min.-Bl. f. Mediz.-Angel. S. 160) ordnet eine staatliche Prüfung für Säuglingspflegerinnen an.

Die Zulassungsgesuche zur Prüfung müssen unter anderem enthalten:

Den Nachweis einer erfolgreich zum Abschluß gebrachten Volksschulbildung oder einer gleichwertigen Bildung, ferner den Nachweis der erfolgreichen und einwandfreien Teilnahme an einem halbjährigen zusammenhängenden Lehrgange in einer staatlichen oder staatlich anerkannten Krankenpflegeschule und an einem im Anschluß hieran abgelegten, zusammenhängenden halbjährigen Lehrgange in einer staatlichen oder staatlich anerkannten Säuglingspflegeschule.

Besondere Bestimmungen regeln die Zulassung von bereits geprüften Krankenpflegerinnen und Hebammen. Nach bestandener Prüfung erhalten die Schwestern einen Ausweis als staatlich geprüfte bzw. auf Grund früherer Prüfungen staatlich anerkannte Säuglingspflegerin.

Für kleinere Orte, besonders auch auf dem Lande, wo die Säuglingsfürsorge gewöhnlich nicht allein, sondern in Verbindung mit anderen Wohlfahrtszweigen (Tuberkulose-, Alkoholfürsorge

usw.) betrieben wird, sind Helferinnen nötig, die entsprechend vielseitiger ausgebildet sind unter Betonung der sozialen Seite der Fürsorge. Für diese Helferinnen bürgert sich der Name „Fürsorgerinnen“ ein, und besonders in den Landkreisen werden sie als „Kreisfürsorgerinnen“ ihr Arbeitsfeld finden.

Eine staatliche Regelung der Ausbildung und der Prüfung dieser Fürsorgerinnen steht bevor. Gegenwärtig erfolgt ihre Ausbildung in anderthalb- bis zweijährigen Lehrgängen in sog. Wohlfahrtsschulen (Charlottenburg, Cöln a. Rh.) oder auch in Frauenschulen (Düsseldorf u. a.).

Als Vorbildung wird Lyzealbildung gefordert¹⁾.

Der Krippenarzt.

Die Krippe dient dazu, Kinder außerhäuslich erwerbstätiger Mütter während der mütterlichen Arbeitszeit aufzunehmen. Die Mütter liefern die Kinder vor Antritt der Arbeit in der Krippe ab und holen sie nach Feierabend wieder ab.

Die Krippe nimmt entweder nur Säuglinge, gewöhnlich erst von der 6. Lebenswoche an auf oder dehnt das Aufnahmealter aus bis etwa zum 3. Lebensjahre, d. h. bis zu der Altersstufe, wo das Kind für die bereits geordnetere Erziehung des Kindergartens reif wird.

Krippe und Kindergarten sind sog. halbgeschlossene Fürsorgeformen, stehen also zwischen offener und geschlossener Fürsorge. Das darf aber nicht dazu verleiten, an die Hygiene der Anstalten unzureichende Anforderungen zu stellen. Die Gefahr der Krankheitsübertragung, die bei jeder Anhäufung von Kindern groß ist, wird gerade durch die nicht völlige Geschlossenheit der Anstalten erheblich gesteigert. Denn in der geschlossenen Anstalt (Krankenhaus, Hospiz, Säuglingsheim usw.) kann das einmal aufgenommene Kind viel leichter und wirksamer gegen Ansteckung geschützt werden als in der halbgeschlossenen Fürsorge, wo täglich sein Aufenthalt zwischen Anstalt und Wohnung wechselt, wo also täglich die Möglichkeit der Ansteckung außerhalb der Anstalt gegeben ist. Nicht die geschlossenen Anstalten sind Infektionsherde, sondern Krippen, Kindergärten, Schulen. Gerade für das Kleinkind sind die Epidemien besonders gefährlich, weil die Letalität, die Lebensbedrohung durch die Krankheit, je jünger das Kind, desto größer ist.

Es würde so eine erhebliche Ersparnis an Menschenleben bedeuten, wenn es z. B. gelänge, die Durchmaserung der Kinder vom Kleinkinderalter möglichst auf das Schulalter zu verschieben.

¹⁾ Siehe a. S. 125.

So erfordert schon die Verhütung von Anstaltsepidemien eine dauernde ärztliche Überwachung der Krippe. Dann aber verlangen Ernährung und Pflege ebenfalls ständige ärztliche Überwachung. Nicht nur handelt sich es in diesen wie in allen sozialen Einrichtungen darum, bei den anvertrauten Kindern Krankheiten zu verhüten, sondern mit allen Mitteln ihren Körperzustand zu fördern, zu „ertüchtigen“.

In der Krippe steht die Körperpflege so sehr im Vordergrund, daß der Arzt die Leitung der Krippe übernehmen muß. Der leitende Arzt muß durchaus mit der Säuglings- und Kleinkinderpflege vertraut sein. Er muß angestellt und dem Umfange seiner Tätigkeit entsprechenden Entgelt erhalten. Keineswegs aber ist es angängig (wie es leider noch oft geschieht), daß der Arzt nur von Fall zu Fall nach Gutdünken der Schwester herbeigerufen wird.

Der Arzt ist verantwortlich dafür, daß Einrichtung und Betrieb der Anstalt hygienischen Anforderungen entsprechen.

Folgende Mindestforderungen sind an Einrichtung und Betrieb der Krippe zu stellen:

Die Krippe soll für höchstens 30—40 Kinder eingerichtet sein.

An Räumen sind nötig: 1. ein geschützter und heizbarer Raum zum Unterstellen von Kinderwagen. 2. Aufnahmeraum: über diesen hinaus dürfen die Mütter die Anstaltsräume nicht betreten. 3. Geräumige Kleiderablage. — Die Kleider jedes Kindes hängen luftig, am besten jedes in einem weiten Leinenbeutel. 4. Baderaum, hygienisch am unbedenklichsten zum Brausen eingerichtet. Dieser Raum muß gleichfalls hell sein, weil hier am besten die Besichtigung des Körpers auf ansteckende Krankheiten erfolgt. Für jedes Kind ist besonderer Seifenlappen und besonderes Handtuch erforderlich; für Kleinkinder Zahnbürste und Gurgelglas. Nach dem Bade wird das Kind mit waschbarer Anstaltskleidung versehen, die es abends bei der Rückgabe an die Mutter wieder gegen seine eigene Kleidung eintauscht. 5. Der Aufenthaltsraum für die Säuglinge; pro Bett sind mindestens 12 cbm Luftraum erforderlich. 6. Davon getrennt Aufenthaltsraum für die Kriech- und Gehlinge. 7. Schlafräum für die Kriech- und Gehlinge; der Schlafräum enthält Pritschen aus eisernem Rahmen, mit Segelleinwand bespannt. 8. Hinreichendes Absonderungszimmer für krankheitsverdächtige Kinder. Dies muß so eingerichtet sein, daß es leicht und gründlich jederzeit desinfiziert werden kann. 9. Koch- und Milchküche. 10. Waschküche. 11. Wäschetrockenraum. 12. Wirtschaftskeller. 13. Bureau.

14. Wohn- und Schlafräume und Bad für das Personal. 15. Aborte für Erwachsene und Kinder, letztere mit selbsttätiger Spülung, Spülraum für Windeln.

Die Räume, in denen die Säuglingsbetten stehen, sind zweckmäßig mit einer geräumigen Veranda verbunden. Sehr empfehlenswert ist ein Garten, in den im Sommer die Säuglinge verbracht werden können und in dem die älteren Kinder spielen können. Für diese ist das beste Spielzeug der Sand, der zweckmäßig in großen hölzernen Rahmen zusammengehalten wird.

Die innere Einrichtung soll einfach und gesundheitlich einwandfrei, also gut zu reinigen und desinfizierbar sein. Die Anforderungen dürfen, wie schon erwähnt, nicht niedriger gestellt werden als für eine Vollanstalt (Säuglingsheim). Folgende Zusammenstellung (nach Rott)¹⁾ gibt einen Anhalt.

Für die Einrichtung eines Säuglingsbettes sind erforderlich:

- | | |
|--|------------------------------|
| 1. Bett mit Matratze (am besten eiserne Bettstelle auf Rädern, empfehlenswert Modell Baginsky ²⁾ mit verstellbarem Tragrost und verschiebbaren Seitenwänden), | 2. 24 Windeln, |
| 1 Kopfkissen aus Roßhaar, | 4 Wickeltücher, |
| 4 Laken, | 2 kleine Gummiunterlagen, |
| 3 Kopfkissenbezüge, | 9 Moltonunterlagen, |
| 2 Wolldecken. | 6 Hemdchen, |
| | 6 Windelhosen, |
| | 6 Höschen. |
| 3. 2 Badetücher, | 4. 2 Leibchen, |
| 2 Handtücher, | 6 Jäckchen, |
| 4 Seiflappen, | 4 Paar Strümpfe, |
| 3 Deckbettbezüge, | 1 Paar gestrickte Schuhchen, |
| 1 Gummiunterlage, | 2 Überziehjäckchen, |
| 1 Fliegenschleier. | 1 Mützchen, |
| | 1 Paar Lederschuhe. |
| | 5. 1 Puderbüchse, |
| | 1 Thermometer, |
| | 1 Windeleimer. |

(Durch Benutzung desselben Thermometers für mehrere Kinder können leicht Übertragungen stattfinden!)

¹⁾ Siehe Mediz. Reform **25**, 154 (1917).

²⁾ Hergestellt bei Ernst Lentz, Berlin NW.

Im Säuglingsraum sind ferner aufgestellt:

Mehrere Waschbecken, Wäscheschrank, Schrank für Medikamente und ärztliche Gebrauchsgegenstände, Tisch und Stuhl, Säuglingswage und Schemel, Uhr.

Für die Ausstattung der älteren Kinder sind erforderlich:

6 Hemdchen,	3 Unterröckchen,
6 Höschen,	2 Kittel,
6 Jäckchen,	6 Paar Strümpfe,
4 Leibchen,	1 Paar Schuhe.
1 Hosenhalter,	

Für den Tagesraum der Kleinkinder sind notwendig: Tische, Stühle, Bänke, Laufkrippen;

für den Schlafraum: Schlafpritschen, auch einige Betten;

für die Milchküche: 1 Gasherd, 2 Tische, 2 Bottiche zum Weichen der Flaschen, 1 Spülapparat mit Zubehör, 1 Brett zum Trocknen der Flaschen, 1 Schrank für Vorräte, 1 Milchsterilisator, 1 Wage, Eisschrank oder andere Kühlvorrichtung.

Betrieb. Am zweckmäßigsten ist die Anwesenheit des Arztes bei der Aufnahme der Kinder. Da die Krippe aber gewöhnlich um 6 Uhr morgens geöffnet wird, wird dieser Forderung selten genügt werden können. Jedenfalls soll der ärztliche Besuch täglich und so früh wie möglich erfolgen.

Die Körpertemperatur aller Kinder muß täglich, am besten vor dem Baden, gemessen werden.

Vor der Aufnahme muß jedes Kind gründlich vom Krippenarzt untersucht werden. Der Befund ist in einen „Aufnahmebogen“ einzutragen.

Bei der Untersuchung ist sorgfältig Anamnese zu erheben, ob in der Familie oder im Hause in den letzten 8 Wochen ansteckende Krankheiten vorgekommen sind. Ist ein Kind 4 bis 5 Tage der Krippe fern geblieben, so hat vor der Wiederaufnahme wieder eine gründliche ärztliche Untersuchung stattzufinden. (Übertragbare Krankheiten, auch Vulvovaginitis!)

Die Regelung der Diät ist nur Sache des Arztes. Sie erfordert völlige Beherrschung der Lehre von der Säuglings- und Kinderernährung. Doch soll bei gesunden, gut entwickelten Kindern die bisherige Diät möglichst nicht geändert werden. Sind Kinder der Krippe von einem Krankenhaus oder einer Fürsorgestelle überwiesen, so soll die dort verordnete Diät zunächst fortgesetzt werden. Der größte Wert ist darauf zu legen,

daß die Mutter wenigstens 2—3mal täglich stillt. Dies läßt sich in Fabrikrippen leicht durchführen. Aber auch sonst kann die Mutter einmal morgens (vor dem Abbringen des Kindes) und ein- oder zweimal abends (nach dem Abholen des Kindes) stillen.

Die Zubereitung der künstlichen Nahrung muß nach strengen hygienischen Vorschriften nicht anders wie etwa in einem Säuglingsheim erfolgen. — Die Überwachung des Personals ist nicht zu vergessen. Besonders sind Personen, die an Tuberkulose oder Nasen- und Racheninfektionen leiden, auszuschließen.

Der Arzt soll auf seinem Rundgang alle Kinder sehen, die wegen Krankheitsverdachts Abgesonderten zuletzt.

An der Spitze des weiblichen Hilfspersonals steht eine in Säuglings- und Kinderpflege gut ausgebildete und erfahrene Oberschwester, die für die genaue Durchführung der ärztlichen Anordnungen verantwortlich ist.

Im übrigen rechnet man auf 4—6 Säuglinge und 8—10 Kleinkinder 1 Pflegerin.

Dazu kommen noch Arbeitskräfte für die hauswirtschaftlichen Aufgaben.

Der Dienst in der Milchküche ist am besten von einer Pflegerin unter ständiger Aufsicht der Oberschwester zu versehen.

Der Krippe erwachsen für Kind und Tag Unkosten von 1—1,50 Mk., zu denen die Eltern des Kindes etwa ein Drittel beitragen.

Die Krippe soll für die in Betracht kommenden Mütter bequem und schnell zu erreichen sein. Zweckmäßig ist die Errichtung der Krippe im Fabrikbezirk (Fabrikrippe, Fabrikstillstube) oder inmitten der Arbeiterwohnblocks. Empfehlenswert ist die Angliederung der Krippe an die Säuglingsfürsorgestelle, weil viele Mütter nur vorübergehend außer dem Hause erwerbstätig sind und so die ärztliche Aufsicht stetig bleibt. Bei hygienisch einwandfreiem Bau ist auch die Vereinigung von Krippe und Kindergarten anzuraten. Doch muß räumlich, völlige Trennung der Säuglinge, jüngeren und älteren Kleinkinder durchgeführt werden.

Solche Zusammenlegung erleichtert den Müttern das Hin- und Zurückbringen ihrer verschiedenen Altersstufen angehörigen Kinder und verbilligt den Betrieb (Gemeinsame Küche usw.).

(Über die Maßnahmen zur Verhütung von Anstaltsepidemien siehe. S. 69.)

Hausordnung für alle Angestellten der Auguste-Viktoria-Krippe.

Morgens: 6 Uhr Aufstehen, Ankleiden.

I. Oberschwester, Schwestern und Schülerinnen vom Kursus A.

6 $\frac{1}{2}$ bis 6 $\frac{3}{4}$	gemeinsames Frühstück,	2 bis 3 $\frac{1}{2}$	Ruhe,
		3 $\frac{1}{2}$ „ 4 $\frac{1}{2}$	Dienst,
6 $\frac{3}{4}$ „ 10	Dienst,	4 $\frac{1}{2}$ „ 4 $\frac{3}{4}$	Kaffee,
	zweites Frühstück,	4 $\frac{3}{4}$ „ 7 $\frac{1}{2}$	Dienst,
10 $\frac{1}{4}$ „ 11 $\frac{1}{2}$	Dienst,	7 $\frac{1}{2}$ „ 8	gemeinsames
11 $\frac{1}{2}$ „ 2	gemeinsames Mittagessen,	8 „ 10	Abendessen,
		10	frei,
			10 Uhr Schlafengehen.

Während der Zeit der 14tägigen Dauerwache hat die Nachtwachenschülerin von abends um 8 Uhr bis morgens 7 Uhr Dienst.

Alle Mahlzeiten werden gemeinsam im Speisesaal eingenommen.

Auf den Zimmern dürfen Mahlzeiten nur in Krankheitsfällen verabreicht werden. Freizeit wird gewährt an jedem Sonntag abwechselnd vormittags von 9 bis 1 Uhr zum Kirchengang und nachmittags von 2 bis 11 Uhr: in jeder Woche an einem Nachmittags von 4 bis 11 Uhr.

II. Dienstmädchen und Wärterinnen vom Kursus B.

6 $\frac{1}{2}$ bis 6 $\frac{3}{4}$	Frühstück,	2 bis 3 $\frac{1}{4}$	Dienst,
6 $\frac{3}{4}$ „ 10	Dienst,	3 $\frac{1}{4}$ „ 3 $\frac{1}{2}$	Kaffee,
	zweites Frühstück,	3 $\frac{1}{2}$ „ 7 $\frac{1}{2}$	Dienst,
10 $\frac{1}{4}$ „ 11 $\frac{1}{2}$	Dienst,	7 $\frac{1}{2}$ „ 8	Abendessen.
11 $\frac{1}{2}$ „ 2	Mittagessen,		

Nach 8 Uhr Arbeit nach Bedarf (Aufräumen, Reinigen usw.).
10 Uhr Schlafengehen.

Den Mädchen der Tag- und Nachtkrippe wird Freizeit gewährt an jedem Sonntag abwechselnd vormittags von 9 bis 12 Uhr zum Kirchengang und nachmittags von 2 bis 11 Uhr; in jeder Woche an einem Nachmittags von 5 bis 11 Uhr. Die Mädchen der Tagkrippe haben einen Sonntag Dienst, den anderen Sonntag frei bis 11 Uhr abends.

III. Allgemeines.

Alle Angestellten, welche ausgehen, haben sich bei der Oberschwester abzumelden und abends pünktlich wieder zu Hause zu sein. Hausschlüssel werden nur in Ausnahmefällen gegeben.

Wenn die Arbeit es notwendig macht, müssen sich alle Angestellten eine Einschränkung der Freizeit gefallen lassen.

Wer Unfrieden in der Anstalt stiftet oder andere Mitangestellte zum Ungehorsam verleitet, überhaupt das Zusammenleben der Hausbewohner stört oder sich unliebsame Kritiken über Anordnungen erlaubt, kann durch Verfügung der Vorsitzenden der Auguste-Viktoria-Krippe sofort entlassen werden.

Schülerinnen und Hospitantinnen haben größere Geldbeträge und Schmucksachen im Sekretariat zur Aufbewahrung in dem Geldschrank abzugeben, anderenfalls wird für Verluste Schadenersatz von der Verwaltung nicht geleistet.

Der Kindergartenarzt.

Der Kindergarten dient denselben sozialen Indikationen wie die Krippe mit dem Unterschied, daß er für ältere Kleinkinder, etwa vom 3. Lebensjahre ab, bestimmt ist. Ungefähr mit dem 3. Lebensjahr, je nach dem Stande der geistigen Entwicklung, wird das Kind reif für den Kindergarten; es ist der Grad der Entwicklung erreicht, wo das Kind sich seiner Persönlichkeit im Gegensatz zur Außenwelt deutlich bewußt wird und von sich selbst nicht mehr in der dritten Person spricht, sondern „Ich“ sagt.

So besteht denn für den Kindergarten die Möglichkeit und Pflicht erzieherischer Einwirkung. Hierbei hat sich der Fröbelsche Gedanke siegreich durchgesetzt und beherrscht gegenwärtig die im Kindergarten zur Anwendung kommenden Erziehungsmethoden, auch wenn dies nicht im Namen der Anstalt zum Ausdruck gelangt.

Fröbel lehrte: Das Kleinkind lernt spielend. Und: Der Mensch erkennt nur das völlig, was er darzustellen imstande ist. So schuf er ein durchgebildetes System von Beschäftigungen und Spielen, wobei er sich mathematischer Grundformen (Würfel, Kugel, Walze) bediente. Das Darstellen und Anschauen wird aber erst recht lebendig durch das Wort. Deshalb muß Rede und Gesang der Betätigung zu Hilfe kommen. Zuletzt wird das Kind selbst für das Spiel und seine Gefährten der geeignetste Spielgegenstand.

Nicht der Gegenstand bildet die Hauptsache in der Fröbel-erziehung, sondern Wesen und Entwicklung des Kindes.

Die geschichtliche Entwicklung hat es, ähnlich wie es bei der Schule bis vor wenigen Jahrzehnten war, mit sich gebracht, daß die Kindergarten-erziehung ohne ärztliche Mitwirkung blieb. Zweifellos ist aber der Kindergartenarzt noch nötiger als der Schularzt. Denn je jünger das Kind, desto größer die Möglichkeit erfolgreicher ärztlich-hygienischer Einwirkung besonders auf chronische Zustände, desto wichtiger die Verhütung von Anstaltsepidemien, weil die ansteckenden Krankheiten das Leben um so mehr bedrohen, je jünger das Kind ist; je jünger das Kind ist, desto eher kann es auch durch unzumutbare Einrichtungen dauernden Schaden erleiden. Durchaus ist zu fordern daß, wie es den Schularzt gibt, so auch jeder Kindergarten seinen angestellten besoldeten Arzt hat.

Die Aufgaben des Kindergartenarztes gehen, ähnlich

denen des Schularztes, nach zweierlei Richtung. Ärztliche Beratung und Überwachung von Einrichtung und Betrieb der Anstalt und gesundheitliche Überwachung der Kinder.

An Räumen sind nötig: 1. Warteraum, 2. Kleiderablage, 3. Bad (Brause), 4. Aufenthaltsräume (für jedes Kind wird 4—6 cbm Luftkubus und 1 qm Bodenfläche berechnet), 5. Eßraum, 6. Spielsaal oder gedeckte Halle, 7. Schlafraum, 8. Absonderungszimmer, 9. Aborte, 10. Wirtschaftsräume, 11. Wohnräume für das Personal. Dazu unbedingt ein geräumiger Garten, der auf das Kind etwa 3 qm Bodenfläche enthalten soll. Der Garten enthält einen Sandhaufen oder besser mehrere transportable Sandkästen.

Über Warteraum, Kleiderablage, Bad vgl. S. 60.

Die Einrichtung der Aufenthaltsräume muß sich durchaus der Eigenart der Fröbelschen Erziehung anpassen. Keinesfalls darf diese einen schulmäßigen Charakter annehmen, wie es leider noch immer vorkommt. Der Kindergartenarzt darf nicht dulden, daß diese licht- und lufthungrigen Kleinkinder mit ihrem dem Alter entsprechenden, für ihre Körperentwicklung ersprißlichen Bewegungsdrang stundenlang an Bank und Tisch sitzen müssen wie das Schulkind. Durchaus soll die Erziehung im Kindergarten familienhaften Charakter haben. Nicht mehr als 8—12 Kinder sind zu einer Gruppe vereinigt; jede hat ein Zimmer, das mit Blumen, Vogelbauer, Bildern usw. einem wohnlichen Familienzimmer ähnelt. Im Pestalozzi-Fröbelhaus in Berlin hat jedes Zimmer eine Bodenfläche von $3,5 \times 6$ qm und eine Höhe von 4,5 m, somit einen Luftraum von 94,5 cbm. In jedem Zimmer sind Tische und kleine Bänke oder Stühle, ein Schrank zum Einordnen der Spielsachen. Findet Mittagsbeköstigung in der Anstalt statt, so ist ein hinreichender Raum dafür zweckmäßig. Der Spielsaal oder die Halle muß hell, gut lüftbar und groß genug sein, um bei schlechtem Wetter etwa 100 Kinder zu Reihen- und Liederspielen aufnehmen zu können.

Durchaus muß der Arzt darauf dringen, daß ein Schlafraum mit Pritschen (siehe Krippe) vorhanden ist, wo die Kinder nach der Mahlzeit 1—2 Stunden schlafen können. (Es ist nicht scharf genug zu tadeln, daß es noch Kindergärten gibt, wo die ermüdeten Kinder mangels Liegestätten sitzend am Tisch schlafen müssen.) Die Abortanlagen sollen streng hygienisch sein, zweckmäßig mit selbsttätiger Spülung. Man rechnet auf je 100 Kinder 4 Sitze.

Für Beheizung, Lüftung, Beleuchtung gelten die für Schulen aufgestellten Grundsätze.

Die Tätigkeit des Kindergartenarztes hat zunächst dafür Sorge zu tragen, daß der Bau der Anstalt hygienischen Anforderungen entspricht, aber auch daß der Betrieb hygienisch einwandfrei ist. Hierzu gehört auch die Beurteilung der Erziehungsmethoden vom ärztlichen Standpunkt. Für hinreichenden Wechsel von Ruhe und Bewegung ist Sorge zu tragen. Jede geistige und körperliche Überanstrengung ist zu verhindern. Für genügenden Aufenthalt im Garten ist Sorge zu tragen. Hierbei ist zu beachten, daß Spaziergehen im Sinne der Erwachsenen Kleinkindern nicht behagt und nicht dienlich ist. Für die Bewegung des Kleinkindes kommt nur das Spiel in Frage. Wird Beköstigung im Kindergarten gewährt, so muß der Arzt den Speisezettel prüfen. Die Grundzüge der Ernährung des Kleinkindes sind S. 20 kurz geschildert¹⁾.

Folgenden Wochenspeisezettel teilt Johanna Mecke²⁾ mit:

Küchenzettel für 100 Kinder in 1 Woche.

Gesamtkosten 28.84 Mk.

Montag :	Graupensuppe		
	5 Pfd. Graupen à —.23 Mk.	1.15	Mk.
	1¼ „ Eigelb-Pflanzen-Margarine		
	à —.69 Mk.	— .86	„
	Salz	— .04	„
		<u>2.05</u>	<u>Mk.</u>
		Gesamtkosten	2.05 Mk.
Dienstag :	Fleischsuppe (das Fleisch wird gemahlen)		
	8 Pfd. Fleisch à —.90 Mk.	7.20	Mk.
	5 „ Bruchreis à —.14 Mk.	— .70	„
	Suppengrün à —.20 Mk.	— .40	„
	1 Eimer Kartoffeln	— .54	„
	Salz	— .04	„
		<u>8.88</u>	<u>Mk.</u>
		Gesamtkosten	8.88 Mk.
Mittwoch :	Hülsenfrüchte		
	5 Pfd. Erbsen oder Bohnen à —.19 Mk.	— .95	Mk.
	1¼ „ Pflanzenbutter à —.69 Mk.	— .86	„
	2 „ Mehl à —.14 Mk.	— .28	„
	2 Eimer Kartoffeln (36 Pfd.)	1.08	„
	Salz	— .04	„
		<u>4.04</u>	<u>Mk.</u>
		Gesamtkosten	4.04 Mk.

¹⁾ Speisezettel siehe Einrichtung von Kindergärten, Schriften des deutschen Fröbelverbandes Heft 2, Frankfurt 1913, S. 44.

²⁾ Mecke, Leitfaden der Berufskunde, Bamberg 1913, S. 61.

Donnerstag : Knochensuppe

5 Pfd.	Knochen	— .75	Mk.
	Grünes	— .25	„
36 „	Kartoffeln	1.08	„
1 „	Mehl	— .14	„
	Salz	— .04	„

Gesamtkosten 2.26 Mk.

Freitag : Linsensuppe

6 Pfd.	Linsen à —.22 Mk.	1.32	Mk.
1 $\frac{1}{2}$ „	Pflanzenbutter	1.04	„
2 „	Mehl à —.14 Mk.	— .28	„
	Kartoffeln	1.08	„
	Salz	— .04	„

Gesamtkosten 3.86 Mk.

Sonntag : Milchsuppe

10 l	Milch à —.22 Mk.	2.20	Mk.
4 Pfd.	Grieff	— .56	„
	Zucker	— .22	„

Gesamtkosten 2.98 Mk.

An 4 Nachmittagen

1 Pfd.	Kakao	— .85	Mk.
8 l	Milch	1.76	„
$\frac{3}{4}$ Pfd.	Zucker	— .15	„
100	Brötchen	2.—	„

Gesamtkosten 4.77 Mk.

Schließlich hat der Arzt auch die Reinhaltung der Anstalt zu überwachen.

Der zweite Aufgabenkreis ist die Überwachung des Gesundheitszustandes der Kinder selbst. Wie der Schularzt hat er nicht nur auf die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten zu beschränken, sondern hat im Sinne der Ertüchtigung alle Maßnahmen zu treffen, die Gesundheit der Kinder zu heben.

Deutlicher als im Krippen- und Säuglingsalter werden sich im Kindergarten schon sog. Charakterfehler, wird sich die psychopathische und neurasthenische Veranlagung offenbaren sowie Mängel der geistigen Entwicklung und Sinnesfehler. Hier kann der Arzt durch rechtzeitige Diagnose und rechtzeitige Herbeiführung zweckmäßiger Behandlung außerordentlich segensreich wirken.

Die chronischen Krankheitszustände und Konstitutionsanomalien (außer der Psychopathie die Tuberkulose, Rachitis, Erbsyphilis, Exsudative Diathese) werden, wie schon im Säuglingsalter und in der Krippe, seine besondere Aufmerksamkeit erfordern.

Der Arzt muß alle in Betracht kommenden Heileinrichtungen kennen und sie für seine Pfleglinge nutzbar machen. Auch im Kindergarten soll der Arzt darauf achten, daß sich unter dem Anstaltspersonal keine an Tuberkulose oder chronischem Rachenkatarrh leidende Personen befinden.

Die Verhütung von Anstaltsepidemien.

Eine besonders bedeutsame Aufgabe fällt dem Krippen- und Kindergartenarzt mit der Verhütung und Bekämpfung von Anstaltsepidemien zu. Die hygienische Einrichtung, der hygienische Betrieb sind die ersten Voraussetzungen zur Verhütung solcher Epidemien. Die Beschränkung auf eine nicht zu große Zahl von Aufnahmen (30—40 in jeder Krippe), die Trennung der Kindergartenpfleglinge in kleine Gruppen von 8—12 Kindern ist schon ein wertvolles Vorbeugungsmittel.

Die gründliche ärztliche Untersuchung vor der Aufnahme und vor jeder Neuaufnahme trägt des weiteren bei zur Verhütung von Infektionen (bei Mädchen ist an die nicht ganz seltene gonorrhöische Vulvovaginitis zu denken). Von der Schwester ist so viel Kenntnis und Blick zu fordern, daß sie ein Kind als „krank“ erkennt, (worauf es abesondert wird). Unerläßlich ist die tägliche sorgfältige Messung der Körperwärme bei jedem Kinde.

Wir fügen hier die Vorschriften an, die in der Auguste-Viktoria-Krippe in Berlin erlassen sind und die nicht minder für Kindergärten gelten.

Vorschriften für das Verhalten beim Ausbruch von Infektionskrankheiten.

I. Allgemeine Vorschriften.

1. Die Aufnahme eines Kindes in eine Krippe darf nur erfolgen, wenn der Krippenarzt auf Grund einer eingehenden Untersuchung die Zustimmung erteilt. Der Befund der ärztlichen Untersuchung ist in die für alle Krippen vorgeschriebenen Aufnahmebogen einzutragen und der Krippenleitung zu übermitteln.

2. Die Krippenleitung macht dem zuständigen Polizeirevier Mitteilung von der erfolgten Neuaufnahme eines Kindes bzw. Entlassung. Das Polizeirevier muß dauernd im Besitze von Namen und Wohnung der Krippenkinder sein, um bei Meldung über das Auftreten einer Infektionskrankheit im Hause oder der Wohnung eines Krippenkindes der Krippe Mitteilung machen zu können.

3. Die Angehörigen des neuauftzunehmenden Kindes sind über die Bedeutung der Infektionskrankheiten und über das Verhalten beim Ausbruch einer Infektionskrankheit durch Arzt und Schwester bei der Aufnahme des Kindes aufzuklären. Ein Mahnzettel¹⁾ mit einer gemeinverständlichen Belehrung ist bei der ersten Aufnahme des Kindes dem Bringer auszuhändigen.

4. Die Krippenkinder sind jeden Morgen, sofort, wenn sie gebracht werden, von der Pflegerin auszukleiden, zu baden und mit Anstaltskleidung zu versehen. Dabei ist genau die Haut auf Ausschläge zu betrachten sowie auf sonstige Merkmale einer Infektionskrankheit, wie Halsentzündung, Fieber, trockenen Husten, zu achten. Werden bei einem Kinde verdächtige Krankheitszeichen festgestellt, so ist es der Mutter mit einer entsprechenden Weisung sofort zurückzugeben. Ein verdächtiges Kind ist bis zur erfolgten Entscheidung des Arztes von den übrigen Kindern abzuschließen (Isolierung); der Arzt ist zu benachrichtigen.

II. Spezielle Vorschriften.

Masern. Das erkrankte Kind ist sofort aus der Krippe zu entfernen. Die Krippe wird auf 2 Tage geschlossen und eine Desinfektion der Räume durch eine öffentliche Desinfektionsanstalt vorgenommen. Am dritten Tage kann die Wiederaufnahme der bereits durchmaserten Kinder erfolgen. Die nicht durchmaserten und nicht erkrankten Kinder können nach 14 Tagen wieder aufgenommen werden, die erkrankten nach 4 Wochen, sofern sie nicht mehr husten.

Scharlach. Das erkrankte Kind ist unverzüglich einem Krankenhause zu überweisen; der Polizei ist Mitteilung zu machen. Der Krippenraum, in dem sich das Kind aufgehalten hat, ist einschließlich des Bettes und der Gebrauchsgegenstände des Kindes zu desinfizieren, und zwar durch die öffentliche Desinfektionsanstalt. Eine Schließung der Krippe ist zunächst nicht notwendig, jedoch müssen die übrigen Kinder, welche sich in der nächsten Nähe des erkrankten aufgehalten haben, genau daraufhin beobachtet werden, ob sich bei ihnen Scharlacherscheinungen zeigen. Folgen weitere Erkrankungsfälle, so ist die Krippe, mindestens aber dann, wenn 10 % der Kinder erkrankt sind, nach erfolgter Meldung im Polizeirevier zu schließen und zu desinfizieren. Nach 2 Tagen können die Kinder, die bereits früher Scharlach überstanden haben, wieder aufgenommen

¹⁾ Siehe S. 71 ff.

werden, nach 1 Woche die nicht erkrankten; die erkrankten dürfen erst nach 8 Wochen die Krippe wieder besuchen.

Diphtherie. Das erkrankte Kind ist dem Krankenhause zu überweisen, und der Polizei ist Mitteilung zu machen. Die Krippe ist zu schließen und zu desinfizieren. Die nicht erkrankten Kinder, einschließlich derjenigen, die schon früher an Diphtherie erkrankt waren, dürfen erst wieder aufgenommen werden, wenn die Untersuchung eines Mandelabstriches dreimal ein negatives Resultat ergeben hat. Die drei Abstriche sind in etwa zweitägigen Zwischenräumen vorzunehmen. Auch das Krippenpersonal ist durch wiederholte Halsmandelabstriche auf Diphtheriebazillen zu untersuchen. Erkrankte Personen werden dem Krankenhause überwiesen. Bazillenträger sind auf die Dauer ihrer Ansteckungsfähigkeit von der Arbeit auszuschließen. Die erkrankten Kinder und Pflegepersonen sowie Bazillenträger sind nach dreimaligem negativen Resultate der Untersuchung des Mandelabstriches zum Krippenbesuche wieder zuzulassen, auch wenn mehrere Wochen und Monate darüber vergehen.

Keuchhusten. Das erkrankte Kind ist sofort aus der Krippe zu entlassen; auf Keuchhusten verdächtige Kinder sind abzusondern. Die Krippe wird geschlossen und desinfiziert. Nach 2 Tagen werden diejenigen Kinder, die bereits früher Keuchhusten gehabt haben, wieder aufgenommen, nach 14 Tagen die nicht erkrankten Kinder, sofern in einer ärztlichen Untersuchung festgestellt ist, dass sie nicht husten.

Windpocken. Das erkrankte Kind wird vom Besuche der Krippe ausgeschlossen. Die Krippe braucht nicht geschlossen zu werden. Sollten noch mehrere Windpockenfälle nachfolgen, so ist zu empfehlen, auch die erkrankten Kinder zum Besuche der Krippe zuzulassen, um so eine schnelle Durchseuchung der Kinder mit den an und für sich harmlosen Windpocken herbeizuführen. Anders lautende Maßnahmen sind der Entscheidung des Arztes vorbehalten.

Ziegenpeter (Mumps). Das erkrankte Kind ist vom Besuche der Krippe auszuschließen. Die Krippe braucht nicht geschlossen zu werden. Folgen weitere Fälle, so entscheidet der Arzt über die zu ergreifenden Maßnahmen.

Mahnung an die Krippenmütter.

1. Um die Einschleppung von ansteckenden Krankheiten zu vermeiden, darf ein Krippenkind, das an einer ansteckenden Krankheit, wie Masern, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten,

Windpocken, Ziegenpeter, erkrankt ist, oder in dessen Familie oder Haus eine dieser Krankheiten herrscht, die Krippe nicht besuchen.

2. Die Angehörigen des Kindes sind gehalten, in diesem Falle an die Krippe eine kurze schriftliche, telephonische oder mündliche Mitteilung gelangen zu lassen; die Krippenräume dürfen sie nicht betreten.

3. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, daß die Nichtbefolgung dieser Vorschriften nicht nur das eigene, sondern auch zahlreiche fremde Kinder in schwere Lebensgefahr bringt und unter Umständen strafgerichtliche Folgen nach sich ziehen kann.

Die Ausbildung der Kindergärtnerin und Jugendleiterin.

Für Preußen sind Prüfungsordnungen erlassen für die Abschlußprüfung an den an Frauenschulen angegliederten Kursen zur Ausbildung von Kindergärtnerinnen und Jugendleiterinnen (Ministerialerlaß vom 16. August 1911 — Zentralblatt für die gesamte Unterrichtsverwaltung 1911, S. 330ff. und Erlaß vom 6. Februar 1911 — Zentralblatt S. 258ff.).

Als Vorbildung wird das Lyzeum (10klassige höhere Mädchenschule oder die 9klassige Mittelschule) gefordert.

Die Ausbildung erfolgt in Preußen:

In einem staatlich anerkannten Fachseminar oder in einer Frauenschule mit angegliederten anerkannten Kursen und staatlichen Abschlußprüfungen.

Die Ausbildung dauert im Fachseminar $1\frac{1}{2}$ Jahre, in der Frauenschule 2 Jahre.

Die bestandene staatliche Prüfung berechtigt zur Tätigkeit in der Familie und in einem kleinen Kindergarten und als Gehilfin in mehrgliederigen Kindergärten.

Zur Leitung von mehrgliederigen Kindergärten berechtigt die erfolgreiche Prüfung als Jugendleiterin.

Als Vorbildung für die Ausbildung als Jugendleiterin wird gefordert:

1. Vollendung des 19. Lebensjahres;
2. das Abgangszeugnis eines Gymnasiums oder des der 10klassigen höheren Mädchenschule;
3. das Zeugnis der Abschlußprüfung an einer staatlich anerkannten, zur Ausbildung von Kindergärtnerinnen berechtigten Frauenschule oder eines Fachseminars;
4. eine Bescheinigung über einjährige praktische Arbeit in einem Kindergarten oder Kinderhort nach Absolvierung der

staatlichen Kindergärtnerinnenprüfung. Die Ausbildung im Jugendleiterinnen-Seminar dauert 1 Jahr.

Der Ziehkinderarzt.

Das Zieh- oder Haltekind ist ein Kind, das von seiner Mutter getrennt bei fremden Leuten gegen Entgelt untergebracht und aufgezogen wird.

Die soziale Fürsorge zählt diese Kinder zu den „besonders gefährdeten“. Großenteils sind es uneheliche Kinder.

Die Sterblichkeit der Ziehkinder war und ist z. T. noch, besonders im Säuglingsalter, erheblich höher als die allgemeine Sterblichkeit der betreffenden Altersklasse.

Der Grad ihrer Gefährdung ist wesentlich abhängig von der Güte der Pflegestelle, diese wieder von der Höhe und regelmäßigen Zahlung des Kostgeldes, insbesondere aber von der mehr oder minder zuverlässigen und straffen Haltekinderaufsicht. Die Erkenntnis dieser Zusammenhänge hat den Wunsch nach Neuregelung des Haltekinderwesens erweckt, die, wenigstens für Preußen, durch Gesetz bald zu erwarten ist.

Für Preußen ist die gegenwärtige Grundlage des Haltekinderwesens der Runderlaß des Ministers der Medizinalangelegenheiten und des Innern, betreffend das Haltekinderwesen, vom 25. August 1880. Er empfiehlt folgende Gesichtspunkte:

1. Personen, welche gegen Entgelt fremde, noch nicht 6 Jahre alte Kinder in Kost und Pflege nehmen wollen, bedürfen dazu der Erlaubnis der Polizeibehörde.

2. Die Erlaubnis wird nur auf Widerruf und nur solchen Personen weiblichen Geschlechts erteilt, welche nach ihren persönlichen Verhältnissen und nach der Beschaffenheit ihrer Wohnungen geeignet erscheinen, eine solche Pflege zu übernehmen.

3. Die Erlaubnis muß vor einem etwaigen Wohnungswechsel aufs neue nachgesucht werden.

4. Im Falle einer üblen Behandlung der Kinder oder einer denselben nachteiligen Veränderung der häuslichen Verhältnisse der Kostgeberin wird die Erlaubnis zurückgenommen.

5. Den Beamten der Polizeibehörde oder den von der letzteren beauftragten Personen ist von den Kostgeberinnen der Zutritt zu ihren Wohnungen zu gestatten, auf alle die Pflegekinder betreffenden Fragen Auskunft zu erteilen; auch sind die Kinder auf Erfordern vorzuzeigen.

6. Die einzelnen in Pflege zu nehmenden Kinder sind bei der Polizeibehörde anzumelden und, sobald das Verhältnis aufgehört, wieder abzumelden.

7. Bei den Meldungen sind der Name des Kindes, Ort und Tag seiner Geburt, Name und Wohnung seiner Eltern, bei unehelichen Kindern Name und Wohnung der Mutter und des Vormundes anzuzeigen.

8. Die Übertretung der gegebenen Vorschriften ist mit 30 Mk. Geldstrafe oder verhältnismäßiger Haft zu bedrohen.

§ 5 dieses Erlasses gibt den Polizeibehörden die Möglichkeit der Überwachung der Haltekinder an die Hand. Es war so die Gelegenheit geschaffen, durch den beamteten Arzt (Kreisarzt) die Pflege kontrollieren zu lassen. In der Praxis aber hat sich erwiesen, daß diese Aufsicht bei der Überlastung der Kreisärzte nur mangelhaft geschah. Deshalb empfiehlt ein Erlaß des Kultusministers vom 11. Februar 1905 den Polizeibehörden, Aufsichtsdamen mit der regelmäßigen Aufsicht der Haltekinder zu betrauen. Dies ist auch geschehen, und in Berlin, Cöln und anderen Städten sind solche polizeiliche Aufsichtsdamen, die entsprechend vorgebildet sein sollen, angestellt. Das Polizeipräsidium Berlin hat vor wenigen Jahren auch noch einen Arzt durch Privatdienstvertrag mit der Oberaufsicht betraut.

Inzwischen sind nun die Säuglingsfürsorgestellen ins Leben getreten und in Mittel- und Großstädten mit wenigen Ausnahmen vorhanden. Da lag es nahe, diese mit der Aufsicht über die Haltekinder zu betrauen. Ein Erlaß des Kultusministers sowie des Ministers des Innern vom 16. Juni 1908 weist darauf hin.

Hierzu kommt die Verbreitung, die die Einrichtung der Berufsvormundschaft gefunden hat. Durch die Einrichtung einer Berufsvormundschaft werden die Vormundschaften über die unehelichen Kinder einer rechtskundigen, in großen Städten nur mit dieser Aufgabe betrauten Persönlichkeit übertragen, die nun in viel wirksamerer Weise, als es vordem der zum Einzelvormund bestimmte Laie vermochte, die Rechtsansprüche der Mündel verfolgt, also auf regelmäßige und möglichst hohe Alimentierung hinarbeitet. Da ein großer Teil der Haltekinder unehelich ist, also Mündel des Berufsvormundes sind, so ist ein enges Zusammenarbeiten der Haltekinderaufsicht mit dem Vormundschaftsamt erwünscht (siehe S. 3).

Diese wünschenswerte Zentralisierung der Haltekinderpflege läßt sich da leicht durchführen, wo die Polizei das Recht der Haltekinderaufsicht an die Gemeinde abgegeben hat, oder wo die Polizeibehörde nicht, wie in Berlin, Cöln und einigen anderen Städten königlich, sondern gemeindlich ist.

Die Stadt Berlin hat nur über die Haltekinder eigenes Aufsichtsrecht, die sie auf eigene Kosten im Wege der Armen-

und Waisenpflege oder der Fürsorgerziehung in Pflege gibt. Für diese Kinder besteht nun eine sehr gut arbeitende zentralisierte Fürsorge, die als vorbildlich für die Regelung des Haltekinderwesens überhaupt gelten kann.

Bevor das „Waisenkind“ — wie diese Kinder genannt werden, auch ohne Waisen zu sein — in Einzelpflege von der Stadt gegeben wird, wird es zuvörderst im Kinderasyl aufgenommen. Ist es gesund, so steht seiner Überweisung in Einzelpflege nichts im Wege; ist es krank, so wird es zur Behandlung einem Krankenhaus überwiesen. Das Kinderasyl arbeitet nach Art einer Quarantäne und Beobachtungsstation; es verhütet, daß kranke Kinder in Einzelpflege kommen (wobei auch an geistige Erkrankung zu denken ist).

Bedenkt man nun, daß diese Kinder zu den Ärmsten von den Armen gehören, daher größtenteils an irgendwelchen krankhaften Zuständen leiden, so begreift man, wie segensreich dies Filter wirken muß.

Ist das Kind in Einzelpflege in Berlin untergebracht — ein Teil zumal der älteren Kinder wird aufs Land gegeben —, so findet die Überwachung dieser Kinder durch die Säuglingsfürsorgestellen statt, und zwar hauptsächlich durch Hausbesuche sowohl des Arztes wie der Schwestern. Von Wichtigkeit ist, daß die Pflegestelle vom Arzt gründlich nach hygienischen Gesichtspunkten geprüft wird. Hierzu gehört nicht nur die Prüfung der Größe und Durchlüftbarkeit des Zimmers, der Beschaffenheit des Bettes, der Reinlichkeit, sondern auch die Begutachtung des Gesundheitszustandes der Pflegefamilie. Keinesfalls genügt es, sich nur über den Gesundheitszustand der Pflegefrau selbst Gewißheit zu verschaffen, sondern auch über den der übrigen Familienmitglieder. Tuberkulose eines Mitgliedes macht die Familie zur Haltepflege ungeeignet. Auch die Neigung zu infektiösen Nasopharynxerkrankungen ist ein Hinderungsgrund, da sie auf Kinder sehr leicht übertragbar sind und bei ihnen oft schwere Krankheitszustände auslösen.

Die ärztlichen Hausbesuche finden bei Kindern bis zu $\frac{1}{2}$ Jahr einmal monatlich, von $\frac{1}{2}$ bis zum 1. Jahr zweimal vierteljährlich, vom 1. bis 3. Jahr vierteljährlich und vom 4. bis 5. Jahr halbjährlich statt.

Außerdem kann der Arzt nach Bedarf Vorstellung des Kindes in der Fürsorgestelle anordnen.

Die Besuche der Schwestern finden häufiger, mindestens in monatlichen Abständen statt.

Erkrankt das Kind, so ist, da die Fürsorgestelle die Behandlung kranker Kinder nicht übernimmt, der Armenarzt zuständig, bzw. es kommt Überweisung in das Krankenhaus in Frage.

Auf diese Weise findet eine sorgfältige und, was wichtig ist, einheitliche Beaufsichtigung statt. Gleichzeitig hat der städtische Berufsvormund leicht Gelegenheit, sich durch die städtischen Fürsorgestellen über den Gesundheitszustand seiner Mündel regelmäßig Bericht erstatten zu lassen.

Die Haltekinderaufsicht dauert in den meisten Staaten nur bis zum Ende des 6. Lebensjahres. Dann ist durch den Schulbesuch ohnehin die Möglichkeit weitgehender Beaufsichtigung seitens des Lehrers gegeben.

Ammenwesen.

Die moderne Säuglingsfürsorge hat auch dem Ammenwesen ihre Aufmerksamkeit zugewandt. Sie ging dabei von der Tatsache aus, daß die Ammenkinder zu den besonders gefährdeten Säuglingen gehören. Die gute alte Sitte, daß die Amme ihr Kind in die Familie der Herrschaft mitbringt und es dem Herrschaftskind zum Milchgeschwister gibt, ist ja längst so gut wie ganz verschwunden. Vielmehr ist die Amme genötigt, ihr Kind in fremde Pflege zu geben und es damit der großen Sterblichkeit der Haltekinder auszuliefern. Dies Schicksal ist um so trauriger, als in diesem Falle die Mutter des Haltekindes augenscheinlich besonders gut zum Stillgeschäft geeignet ist und nur aus wirtschaftlichen Gründen ihrem eigenen Kinde die Brustnahrung verweigert. Die Gefährdung der Ammenkinder ist nicht die einzige Ursache, weswegen die Säuglingsfürsorge eine Regelung des Ammenwesens fordert. Auch die hygienischen Beziehungen zwischen Amme und Herrschaftskind verdienen ernste Beachtung. Schon lange hat man sich davor zu schützen gesucht, daß die Amme Krankheiten auf das Herrschaftskind übertrage.

Der einzige deutsche Bundesstaat, in dem eine staatliche Ammenordnung besteht und ein Ammenarzt staatlich angestellt, die Stadt Hamburg, hat in der Regelung des Ammenwesens nur diese Beziehung berücksichtigt. Man wird aber mit dem gleichen Recht auch die Amme vor Ansteckung durch das Herrschaftskind schützen müssen. Vornehmlich ist es die Syphilis, die bei der engen Berührung von Herrschaftskind und Amme übertragen werden kann. Doch dürfen auch andere Krankheiten, z. B. die Tuberkulose, keineswegs als gleichgültig angesehen werden. Diese Gefahren zu vermeiden oder

möglichst zu mindern, gelingt, wenn die Ammenvermittlung der privaten Stellenvermittlung ganz entzogen wird, zumal das Stellenvermittlergesetz der Amme nirgends besonders gedacht hat, sie also nicht anders behandelt als die Dienstboten. Daß sie aber eine Ausnahmestellung einnimmt, ist schon oben dargelegt. Die Hauptforderung lautet, daß eine Mutter nur dann Ammendienste annehmen darf, wenn sie mindestens 6 Wochen lang nach der Entbindung in einem öffentlichen Säuglingsheim mit ihrem Kinde gewohnt hat. Während dieser Zeit, die besser noch länger auszudehnen wäre, gelingt es erstens, den Milchreichtum der Frau, ihre Eignung zur Amme festzustellen. Ihr Gesundheitszustand ferner kann sorgfältig festgestellt werden. Die Wassermannsche Reaktion ermöglicht mit fast völliger Gewißheit die Frage zu entscheiden, ob Mutter und Kind frei von Syphilis sind. Schließlich wird durch die Forderung eines mindestens sechswöchigen Aufenthalts im Säuglingsheim erreicht, daß wenigstens in dieser Zeit das Ammenkind die Mutterbrust erhält und erst in einem nicht mehr ganz so gefährdeten Lebensalter, wie die ersten Wochen es sind, in Haltepflege kommt.

Ein öffentliches, kommunales Säuglingsheim hat auch genügend Autorität, um die Rechte der Amme und ihres Kindes der Herrschaft gegenüber zu wahren. Das Säuglingsheim bestimmt als Vermittlerin den Lohn, es verpflichtet die Herrschaft, einen bestimmten Bruchteil des Lohnes monatlich unmittelbar an das Säuglingsheim abzuführen, das damit die Haltepflege des Kindes bezahlt. Diese wird von der Anstalt ausgewählt, das in Haltepflege befindliche Ammenkind dauernd durch Angestellte des Heims überwacht.

Es würde sich empfehlen, daß die Vermittlungsanstalt auch von den Herrschaften, Eltern und Säugling, Gesundheitsatteste verlangt.

Die so durchgeführte Ammenvermittlung, die eine hohe Gewähr für die Qualität der Amme, für den Schutz der Amme und das Gedeihen des Ammenkindes bietet, ist nicht billig. Es werden von den Anstalten etwa 60 bis 80 bis 100 Mk. für jede Vermittlung von der Herrschaft gefordert. Wem die Höhe dieser Gebühr unsozial dünkt, der möge bedenken, daß der allergrößte Teil der Mütter körperlich imstande ist, selbst zu stillen, also Ammen nicht selten nur aus äußerlichen Beweggründen, Bequemlichkeit usw., genommen werden. In den seltenen Fällen, wo die eigene Mutter wirklich außerstande ist, selbst zu stillen, oder im Wochenbett gestorben ist, und gleichzeitig die künstliche Ernährung versagt, kann der Säugling in den

mit Ammen versehenen Säuglingsheimen untergebracht werden. Wenn also die hohe Vermittlungsgebühr, der hohe Ammenlohn dahin führen sollte, die Nachfrage nach Ammen zu verringern, so wäre das vom sozialen Standpunkt aus keineswegs ein Nachteil. Die beste Gewähr nun für die Durchführung dieser Forderungen bieten die Säuglingsheime. Mustergültig sind in dieser Hinsicht die städtischen Säuglingsheime in Magdeburg, Dresden und Weißensee (bei Berlin) und die von der privaten Fürsorge erhaltenen Anstalten in München und Posen. Auch das Kaiserin-Auguste-Viktoriahaus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit in Charlottenburg befaßt sich mit Ammenvermittlung.

Die Einrichtungen haben sich derart bewährt, daß wiederholt gefordert wurde, auf gesetzlichem Wege die Ammenvermittlung ausschließlich den öffentlichen oder unter öffentlicher Aufsicht stehenden Säuglings- und Mütterheimen zu überlassen.¹⁾ Wir fügen einen Auszug aus den „Bestimmungen über das Ammenwesen beim städtischen Säuglingsheim zu Dresden“ an.

Junge, auf Erwerb angewiesene Mütter, welche gesonnen sind, eine Ammenstellung anzunehmen, finden mit ihrem Kinde im städtischen Säuglingsheim zur Beobachtung, Feststellung ihrer Tauglichkeit und Zuweisung in eine Ammenstellung Aufnahme. Das Säuglingsheim gewährt für die Mutter und das Kind freie Verpflegung, Anstaltskleidung und Wohnung.

Durch den Eintritt in das städtische Säuglingsheim übernehmen die Mütter die Verpflichtung, die ihnen zugewiesene Stellung als Amme anzunehmen und alsbald anzutreten. Sie haben in dieser Stellung so lange als nötig zu verbleiben, Wäsche, Kleidungs- und Ausstattungsstücke für ihren eigenen Bedarf und für das Kind zu beschaffen sowie sich eines tadellosen Verhaltens zu befleißigen und sich auf Erfordern leichten häuslichen Arbeiten zu unterziehen (Waschen der Kinderwäsche und dergleichen).

Für die Zuweisung einer Amme ist an die Kasse des Säuglingsheims eine Gebühr von 60 Mk. vor Abgabe der Amme zu entrichten. Werden besondere Bedingungen an die Amme gestellt (zweitstillende, verheiratete Frau usw.), oder wird die Amme außerhalb Dresdens abgegeben, so ist die Gebühr angemessen zu erhöhen und kann bis auf 100 Mk. festgesetzt werden. Die Zuweisungsgebühr gilt als Entgelt für die Verpflegung der Amme im Säuglingsheim, für ärztliche Untersuchung (insbesondere Blutuntersuchung nach Wassermann), ärztliche Überwachung und Feststellung des Milchgehalts.

Der einer Amme zu gewährende Lohn unterliegt freier Vereinbarung.

Hat die Amme ihr Kind selbst in fremder Pflege untergebracht, so soll der Monatslohn bei einem Kinde nicht unter 42 Mk., bei Zwillingen nicht unter 52 Mk. betragen.

¹⁾ Ein dahinzielendes Reichsgesetz ist geplant.

Wird das Kind der Amme nicht von ihr selbst in geeigneter Weise untergebracht, so übernimmt es die Anstalt, das Kind im Auftrage der Mutter einer geeigneten Ziehmutter in Pflege zu geben. Die Anstalt vertritt in diesem Falle, und zwar auf so lange, als die Mutter in der ihr von der Anstalt zugewiesenen Ammenstelle verbleibt, die Mutter sowohl der Ziehmutter als auch der das Ziehkinderwesen beaufsichtigenden Behörde gegenüber.

Die Dienstherrschaft hat sich zu verpflichten, für Vermittelung der Ziehpflege und zur Deckung des Ziehgeldes beziehentlich für Aufnahme des Kindes in die Anstalt an die Kasse des Säuglingsheims monatlich 22 Mk. und bei Berechnung des Ziehgeldes nach Tagen 75 Pf. täglich kostenfrei abzuführen. Dafern die Amme ungeachtet einer an sie zu richtenden Aufforderung die zur Unterbringung des Kindes bei einer Ziehmutter erforderlichen Ausstattungsgegenstände nicht beschafft, hat die Dienstherrschaft der Anstalt gegenüber auch diese Kosten zu übernehmen.

Der in diesem Falle der Amme von der Dienstherrschaft zu gewährende Lohn soll nicht unter 20 Mk. und bei Zwillingen nicht unter 30 Mk. betragen.

Die Zahlungsverpflichtung der Amme gegenüber dem Säuglingsheim bleibt durch die Vereinbarungen mit der Dienstherrschaft unberührt.

Neben dem Lohne hat die Dienstherrschaft der Amme in jedem Falle freie Wohnung und Beköstigung zu gewähren.

Die geschlossene Fürsorge.

Die geschlossene oder anstaltliche Fürsorgeform soll grundsätzlich nicht für gesunde Kinder in Anwendung kommen. Grundsätzlich sind diese der offenen Fürsorge zuzuführen.

Hingegen ist für akut und chronisch kranke Kinder gerade der fürsorgebedürftigen Bevölkerungsschicht die Anstaltspflege der häuslichen vorzuziehen. Das gilt zunächst von allen übertragbaren Krankheiten, weil sich in der Wohnung der Armen kaum die Möglichkeit wirksamer Absonderung bietet. Aber auch bei länger dauernden nicht übertragbaren Krankheiten empfiehlt sich der besseren Pflege und Wartung wegen Anstaltsbehandlung. Eine Ausnahme machen nur Brustkinder, die man nur dann einer Anstalt überweisen wird, wenn entweder die stillende Mutter mit aufgenommen werden kann und will oder sonst die Möglichkeit besteht, das Kind weiter mit Frauenmilch zu ernähren. Jedenfalls ist es durchaus zu widerraten, ein Brustkind, gerade wenn es erkrankt ist, abzusetzen.

Bei dem großen Mangel an Anstalten für das erste Kindesalter, besonders an solchen, die der Behandlung chronischer Krankheitszustände dienen, ist es bedeutsam, daß die Landesversicherungsanstalten in zunehmendem Maße die Errichtung und Unterhaltung solcher Anstalten in ihren Aufgabenkreis einbeziehen.

Vorbildlich geworden ist das Vorgehen der Landesversicherungsanstalt der Hansestädte¹⁾. Auf Grund §§ 1259 ff. R.V.O. erhalten Waisenrente nach dem Tode des versicherten Vaters und unter Umständen auch der versicherten Mutter oder Großeltern eheliche und uneheliche Kinder sowie elternlose Enkelkinder unter 15 Jahren. Gemäß § 1277 R.V.O. kann der Vorstand einer Landesversicherungsanstalt durch seine Satzung ermächtigt werden, den Waisenrentenempfänger auf Antrag in einem Waisenhaus oder einer ähnlichen Anstalt unterzubringen und dazu die Rente ganz oder teilweise zu verwenden. Dieser Paragraph bot die Handhabe, um insbesondere die hinterbliebenen erblich belasteten Kinder Tuberkulöser in zweckmäßige Pflegeverhältnisse zu bringen, die für eine gesunde Lebensentwicklung möglichst große Gewähr bieten. Diese Kinder wurden teils in ländlichen Kolonien untergebracht, wo sie auch Unterricht erhalten, teils in einem Erholungsheim, das für 100 Kinder eingerichtet ist. Seit 1914 ist aber bedeutsamerweise der Landesversicherungsanstalt auf Grund des § 1274 R.V.O. vom Reichsversicherungsamt die Genehmigung erteilt worden, eine ähnliche Fürsorge für kranke und pflegebedürftige Kinder von lebenden Versicherten zu treffen. Diese Entscheidung des Reichsversicherungsamtes ist von weittragender grundsätzlicher Bedeutung. Sie gibt den Versicherungsanstalten das Recht, sich mit ihren großen Mitteln auch in den Dienst der Kinderfürsorge zu stellen. Das liegt zweifellos auch im eigensten Interesse der Versicherungsanstalten selbst. Denn ein großer Teil der in erwerbsfähigem Alter zur Behandlung gelangenden, die Krankenkassen belastenden Krankheiten ist auf Ansteckungen oder Schäden im frühen Kindesalter zurückzuführen; es sei nur an die Tuberkulose erinnert.

Mit erheblich geringeren Mitteln, dabei mit erheblich größerem Erfolge können in der Kindheit gerade die chronischen Krankheitszustände bekämpft werden. Die von den Landesversicherungsanstalten für solche Zwecke aufgewandten Mittel müssen allmählich zu einer erheblichen Verminderung der Ausgaben für die Versicherten selbst führen.

Der Arzt als Lehrer der Säuglings- und Kinderpflege.

Zu den sozialhygienischen Aufgaben des Säuglingsfürsorgearztes wird auch die Belehrung der Bevölkerung durch Vorträge gerechnet.

¹⁾ Siehe auch S. 222 über die L. V. Anstalt Rheinprovinz.

Bei diesen volkstümlichen Vorträgen ist alles zu vermeiden, was der Kurpfuscherei Vorschub leisten kann. Dieser Aufgabe wird man am besten gerecht, wenn man von der Besprechung der Krankheiten und ihrer Behandlung ganz absieht und sich auf das beschränkt, was der gesunden Aufzucht des Kindes dient.

Ein Beispiel für die Verteilung und Anordnung des Lehrstoffes in einem sechsständigen Lehrgang¹⁾ sei hier angeführt:

1. Stunde: Die Säuglingssterblichkeit. — Über ihre falschen und wahren Ursachen. — Die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit. — Der Körperbau des Säuglings. — Gelbsucht der Neugeborenen. — Abschuppung der Haut. — Hautfalten. — Brustdrüenschwellung des Kindes. — Schädel. — Zungenbändchen. — Puls und Atmung. — Messung der Körperwärme. — Urin, Stuhl (Durchfall, Verstopfung). — Klistier, Darmspülung. — Entwicklung des Säuglings. — Gewichtszunahme. — Körperlänge. — Zahnen. — Gehör. — Sitzen, Gesicht und Stehen, Gehen. — Schlaf.

2. Stunde: Reinlichkeit. — Händewaschen. — Das Zimmer des Säuglings. — Zimmertemperatur. — Warnung vor zu andauernder Beschäftigung mit dem Säugling. — Aufenthalt im Freien. — Lager. — Bettstellen. — Bettung. — Wärmflaschen. — Kleidung. — Wickeln ist verboten.

3. Stunde: Bad (Badethermometer). — Watte, Jute. — Gesichtereinigung. — Mundreinigung ist verboten. — Reinigung des Afters. — Pudern. — Zinksalbe. — Nägelreinigung. — Nabelpflege.

4. und 5. Stunde: Sterblichkeit der Brust- und Flaschenkinder. — Vorzüge der Frauenmilch (Arteigenheit, Keimfreiheit, Anpassungsvermögen, leichte Verdaulichkeit). — Angebliche Ursachen des Nichtstillens (fehlerhafte Warzen, Milchmangel). — Eitelkeit und Bequemlichkeit als Gründe des Nichtstillens. — Die Gesetze, nach denen die Brustdrüse arbeitet. — Erstmilch (Colostrum). — Einschießen der Milch. — Wann soll zum ersten Male angelegt werden? — Vorbereitung zum Stillen. — Zahl der Mahlzeiten. — Trinkpausen. — Nachtpause. — Lebensweise der Stillenden. — Ammenwesen. — Vorzeitige Entwöhnung. — Wiedereintritt der Regel. — Schwangerschaft. — Stilldauer. — Entwöhnung. — Zwiemilchernährung. — Beikost.

6. Stunde: Schicksale der Tiermilch vom Euter der Kuh bis zum Munde des Säuglings. — Molkereien. — Fütterung. — Mischmilch. — Lieferung erhitzter Milch. — Kindermilch. —

¹⁾ Tugendreich, Vorträge über Ernährung und Pflege des Kindes, gehalten in der städt. Säuglingsfürsorgestelle V in Berlin. 2. Auflage. Stuttgart 1914, Enke.

Prüfung der Milch im Haushalte. — Milchkonserven. — Abkochung. — Soxhletapparat. — Kochdauer. — Rasche und tiefe Kühlung. — Reinigung von Flasche und Sauger. — Der Schnuller. — Trinkwärme. — Milchverdünnung. — Zuckerzusatz. — Trinkmenge. — Zahl der Mahlzeiten. — Schlußwort.

Neuerdings bemüht man sich, schon für die Schülerinnen der oberen Klassen oder die Fortbildungsschülerinnen Unterricht in der Säuglings- und Kinderpflege einzuführen. Gewöhnlich wird dieser Unterricht nicht vom Arzt erteilt. Dieser bildet vielmehr nur die Lehrerinnen aus. Diese Ausbildung der Lehrerinnen ist gegenwärtig noch nicht geregelt und ist von sehr verschiedener Gründlichkeit. Wer da weiß, wie gerade volkstümliche Belehrung eine völlige Beherrschung des Gegenstandes voraussetzt, wird für einen möglichst gründlichen Unterricht an die Lehrerinnen eintreten.

Das Jugendamt.

Die innige Verflechtung aller Zweige sozialer Fürsorge ist mehrfach auch in dieser Darstellung hervorgehoben. Ganz besonders aber stellt die Jugendfürsorge ein Einheitliches dar. In Wirklichkeit aber ist die Ausgestaltung der Jugendfürsorge im Staate und in der Gemeinde nichts weniger als einheitlich und organisch zusammengefaßt.

Das erklärt sich mühelos aus der geschichtlichen Entwicklung, aus dem ja noch keineswegs abgeschlossenen Zeitabschnitt, wo soziale Fürsorge planlos betrieben wurde.

Es bedarf keines Beweises, wie unwirtschaftlich und unzweckmäßig diese Zerrissenheit ist. Der Wunsch nach enger Zusammenfassung des Zusammengehörigen wurde immer reger.

Und so wurde der Gedanke des Jugendamtes geboren. Petersen empfahl die Bildung von städtischen Jugendämtern, die die amtliche Jugendfürsorge zentralisieren sollten, also alle Aufgaben, die der Gemeinde von Gesetzes wegen zufallen. Zu diesen Aufgaben gehören: Die öffentliche Waisenpflege der armenrechtlich hilfsbedürftigen Kinder, die Zwangserziehung Verwahrloster und Gefährdeter, die vormundschaftliche Fürsorge (als Berufsvormundschaft und Gemeindegewaisenrat), die Kontrolle des Ziehkinder- (Kostkinder-) Wesens, die Unterstützung des Jugendgerichts bzw. der Staatsanwaltschaft bei der Strafverfolgung Jugendlicher.

Alle anderen, „nicht amtlichen“ Zweige der Jugendfürsorge (Krippenwesen, Kindergarten, Lehrstellenvermittlung, Jugendvereine, Seehospize, Ferienkolonien, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, Schülerfürsorge) empfahl Petersen in einer „Zentrale

für private Fürsorge“ zu vereinigen, die natürlich in enger Fühlung mit dem Jugendamt stehen müßte.

Einige Städte (Barmen, Bremen, Breslau, Dresden, Hamburg, Lübeck, Mainz, Straßburg i. E.) sind diesen Vorschlägen gefolgt.

Zweifellos aber ist es zweckmäßiger, in diesem Jugendamt die gesamte, der Aufzucht der Jugend dienende Fürsorge zu zentralisieren. Einige Städte (Frankfurt a. M., Halle a. S., Magdeburg) haben ein derartiges Jugendamt geschaffen. Vom sozialhygienischen und kinderärztlichen Standpunkte ist aber zu fordern, daß in maßgebender Stellung der Sozialarzt, der Kinderarzt das Jugendamt berät, wenn nicht leitet. Gewiß hat das Jugendamt außer der Fürsorge für die Gesundheit der Jugend noch Aufgaben sozialpädagogischer und sozialrechtlicher Art zu erfüllen. Aber eben für die Gesundheitsfürsorge, die einen großen, wenn nicht den größten Teil der Aufgaben des Jugendamtes umfaßt, ist die ständige Mitarbeit des Arztes unbedingt nötig.

Mehrere Städte (Dortmund, Barmen, Magdeburg) haben städtische Kinderärzte im Hauptamt angestellt, die die gegebenen Berater der Stadt in allen der Jugendfürsorge dienenden Angelegenheiten und da, wo Jugendämter bestehen, die gegebenen Vertreter seiner ärztlichen Aufgaben sind.

In Preußen wird ein Gesetzentwurf über die Einführung von Pflichtjugendämtern vorbereitet¹⁾.

Organisationen. Auskunftsstellen.

Über alle Fragen der Säuglingsfürsorge gibt das Organisationsamt des Kaiserin Auguste-Viktoria-Hauses Berlin-Charlottenburg Auskunft.

Über alle Fragen der Kleinkinderfürsorge gibt die Auskunftsstelle des deutschen Ausschusses für Kleinkinderfürsorge Berlin W., Potsdamer Straße 120 Auskunft.

A n h a n g.

Geschäftsanweisung für die Säuglingspflege und Kleinkinderfürsorge der Stadt Charlottenburg.

I. Allgemeine Bestimmungen.

1. Zweck der Einrichtungen.

Die von der Stadt Charlottenburg getroffenen Fürsorgemaßnahmen haben folgenden Zweck:

¹⁾ Tugendreich, Zur Frage der Jugendämter; und Überblick über die deutschen Jugendämter. Deutsche mediz. Woch. 1917 Nr. 44 und 51. — Siehe auch S. 109.

1. Beratung der Mütter durch Wort und Schrift vor und nach der Entbindung über Säuglingspflege und -Ernährung, insbesondere über die naturgemäße Nahrung, die Mutterbrust, sowie Beratung nichtstillender Mütter und Pflegemütter über die zweckmäßigste Säuglingsernährung.
2. Fürsorge für die Säuglinge.
3. Gewährung von Beihilfen an Schwangere und stillende Mütter.
4. Ausgabe von Säuglingsnahrung zu ermäßigten Preisen, an Unbemittelte auf Empfehlung der Armenkommissionsvorsteher oder Waisenträte unentgeltlich.
5. Gesundheitliche Überwachung der Kinder vom vollendeten ersten bis zum vollendeten sechsten Lebensjahre.
6. Beaufsichtigung und hygienische Überwachung der städtischen Pflegekinder, Haltekinder und unter General- (Berufs-) Vormundschaft stehenden Mündel bis zum vollendeten zweiten Lebensjahre durch die Fürsorgestellen.

Eine ärztliche Behandlung der Kinder findet, soweit sie sich nicht auf rein diätetische Maßnahmen beschränkt, abgesehen von dem Falle einer Lebensgefahr, in den Fürsorgestellen nicht statt.

2. Inanspruchnahme der Einrichtungen.

Die auf städtische Kosten betriebenen Fürsorgeeinrichtungen dürfen nur Charlottenburger Einwohnern einschließlich der aktiven Militärpersonen zugute kommen.

Eine Einkommensgrenze, über die hinaus eine Aufnahme in die Säuglingsfürsorge nicht stattfinden darf, ist nicht gesetzt. Die Art des Betriebes der Fürsorgestellen bringt es ohnehin mit sich, daß sie von solchen Personen nicht benutzt werden, die ihrer Hilfe nicht bedürfen.

Die Inanspruchnahme der Fürsorgeeinrichtungen und anderer für die Zwecke der Säuglingspflege vorhandener Anstalten muß den Hilfesuchenden so leicht gemacht werden, wie nur irgend möglich. Insbesondere ist, wenn ein kranker Säugling der Anstaltspflege bedarf, oder wenn eine Schwangere obdachlos ihrer Entbindung entgegensteht, die Aufnahme in eine Anstalt nicht erst von der Beschaffung eines Überweisungsscheines der zuständigen Stelle abhängig zu machen. Alle in Betracht kommenden hiesigen Anstalten sind daher ermächtigt, in solchen Fällen jeden in Charlottenburg wohnhaften Aufnahmebedürftigen ohne vorherige Anfrage und ohne Vorschußzahlung, nötigenfalls für Rechnung der Armenverwaltung, aufzunehmen. Die Armenverwaltung prüft dann ihrerseits nach, ob ein wirklicher Armenpflegefall vorliegt, und ob eine Wiedereinziehung der Kosten möglich ist. Es kann weiter zur Entbindung nicht nur auf Grund des vom Armenkommissionsvorsteher ausgestellten Scheines die Hilfe jeder beliebigen hiesigen Hebamme in Anspruch genommen werden, sondern der Schein kann auch nachträglich innerhalb 14 Tagen nach der Entbindung nachgesucht werden, damit keine hilfsbedürftige Frau ohne die Hilfe einer Hebamme bei der Entbindung bleibt. Ferner sind die städtischen Waiseninspektoren ermächtigt, wenn augenblickliche Hilfe geboten ist, aus einer ihnen zur Verfügung gestellten Handkasse sofort kleine Unterstützungen für Rechnung der Armenverwaltung zu zahlen, bis die Organe der Armenpflege eintreten; sie sind weiter ermächtigt, jedes ihrer Vor-

mundschaft unterstehende Kind ohne weiteres für Rechnung der Stadt in eine städtische Pflegestelle unterzubringen, wenn und solange von anderer Seite Mittel zur Zahlung nicht zu erlangen sind.

Die Inanspruchnahme der Fürsorgeeinrichtungen und der Bezug von Säuglingsnahrung durch die Fürsorgestellen gilt auch dann, wenn er ganz unentgeltlich erfolgt, nicht als Armenunterstützung. Eine Beeinträchtigung der politischen Rechte tritt also dadurch nicht ein.

Jede Mutter und Pflegemutter, die ihr Kind in den Sprechstunden der Fürsorgestelle vorstellt, erhält eine Ausweiskarte und ein Merkblatt. (Ein Merkblatt für Kleinkinder ist in Vorbereitung.)

II. Schutz der Mutter und des Kindes.

A. Vor der Geburt.

1. Überblick.

Dem Schutz des Kindes vor der Geburt dient die Vorernährung der Mutter durch den Hauspflegeverein für Rechnung der Stadt, die die Mutter in den Stand setzen soll, das Kind später selbst zu nähren. Die Hebammen sind aufgefordert, die Schwangeren auf die Vorernährung durch den Hauspflegeverein aufmerksam zu machen.

Dem Schutz der Mutter und des Kindes dient ferner die Aufnahme Schwangerer schon längere Zeit vor der Entbindung in das Krankenhaus Sophie-Charlotten-Straße. Daneben finden Mütter vor der Entbindung kostenlose Aufnahme im Säuglingsheim Westend und im Kaiserin-Auguste-Viktoria-Haus. Die General- (Berufs-) Vormundschaft setzt mit ihren Maßnahmen für Mutter und Kind unter Umständen gleichfalls schon vor der Geburt des Kindes ein.

2. Beihilfen für Schwangere.

Der Hauspflegeverein ist ermächtigt, minderbemittelten Schwangeren, von denen angenommen werden kann, daß sie ihr Kind selbst werden stillen können und sich hierzu bereit erklären, für die Dauer von etwa 4 Wochen vor der Entbindung und für die Zeit des Wochenbettes Beihilfen bis zur Höhe von 6 Mk. wöchentlich zu gewähren.

Die regelmäßige Form für die Gewährung von Vorernährung ist die Verabfolgung eines kräftigen Mittagessens täglich (als Stärkungsmittel für die Schwangeren). Diese Unterstützung wird nur gewährt, wenn sie erforderlich und die Bedürftigkeit der Schwangeren festgestellt ist.

Zur Aufnahme der Schwangeren in die Vorernährung ist es nicht durchaus erforderlich, die Frauen auf die Fähigkeit des späteren Stillens ärztlich untersuchen zu lassen. Es wird dem Hauspflegeverein anheimgestellt, in Zweifelsfällen — z. B. wenn die Frau zum ersten Male entbindet — die Untersuchung auf Stillfähigkeit durch den zuständigen Fürsorgearzt vornehmen zu lassen.

Tuberkuloseverdächtige Frauen sind sofort dem Fürsorgeamt für Lungenkranke zu überweisen.

Zur Verabreichung der Vorernährung, soweit sie in Form einer Mittagsmahlzeit geschieht, sind Speisungsstellen eingerichtet. Die Speisen werden in der Zentralküche des Hauspflegevereins, zu deren Betrieb die Stadt die anteiligen Kosten trägt, hergestellt.

Die Speisen sind im allgemeinen in den Speisungsstellen von den Frauen zu verzehren.

Über die gewährten Unterstützungen ist vierteljährlich Rechnung zu legen.

Die Beihilfe kann ausnahmsweise über 4 Wochen hinaus gewährt werden, sofern die Vorernährung länger als 4 Wochen vor der Entbindung begonnen hatte, weil die Zeit der Entbindung nicht mit Sicherheit festzustellen war oder besondere ärztliche oder wirtschaftliche Gründe eine längere Bewilligung rechtfertigten.

Der Hauspflegeverein hat die von ihm gepflegten oder unterstützten Mütter stets rechtzeitig vor dem Aufhören der Pflege oder der Vorernährung schriftlich an die nächste Säuglingsfürsorgestelle zu überweisen, damit diese in unmittelbarem Anschluß hieran die weitere Fürsorge übernehmen kann.

B. Wöchnerinnenfürsorge.

Für Entbindungen stehen das Krankenhaus Sophie-Charlotten-Straße und das Kaiserin-Auguste-Viktoria-Haus zur Verfügung. Beide Anstalten nehmen nicht nur ledige, sondern auch verheiratete Schwangere und Mütter auf. Abgesehen von solchen verheirateten Frauen, deren Wohnungs-, häusliche oder sonstige Verhältnisse die Entbindung in einer Anstalt und vielleicht einen anschließenden längeren Aufenthalt in ihr wünschenswert erscheinen lassen, finden insbesondere eheverlassene Schwangere und Mütter, namentlich solche, bei denen es sich um die erste Geburt handelt, in diesen Anstalten eine geeignete Zufluchtsstätte.

Patientinnen III. Klasse, die sich bei der Aufnahmemeldung verpflichten, 4 Wochen vor der Entbindung in die Anstalt einzutreten und ihr Kind und eventuell noch ein weiteres auf der Mütterabteilung zu stillen, und zwar mindestens 6 Wochen lang nach der Entbindung, gewährt das Kaiserin-Auguste-Viktoria-Haus eine Ermäßigung der Kurkosten auf 30 Mk. für den gesamten Aufenthalt.

Für unbemittelte, in Charlottenburg wohnende Ledige und Verheiratete werden die Kosten von der Armenverwaltung übernommen. Für Entbindungen von Ehefrauen in der Wohnung können durch Vermittlung des Hauspflegevereins auf 10—14 Tage gegen Zahlung mäßiger Sätze Pflegerinnen gestellt werden, um der Hausfrau die zu ihrer Wiederherstellung erforderliche Ruhe zu ermöglichen. Bei ganz mittellosen Familien kann der Verein Pflegerinnen auf Kosten der Armendirektion stellen. Der Elisabeth-Frauenverein gewährt Wochensuppen und erforderlichenfalls in sogenannten Wanderkörben auch Kinderwäsche.

C. Nach der Geburt.

Für das uneheliche Kind setzt unmittelbar nach der Geburt die General- (Berufs-) Vormundschaft ein. Diese hat insbesondere die Aufgabe, unter Benutzung aller einer Behörde zur Verfügung stehenden Hilfsmittel möglichst sofort nach der Geburt mit einer Fürsorge für die Person und für die Rechtsansprüche der Kinder einzusetzen, weiter aber sie dauernd zu überwachen und zu fördern.

Um das Band zwischen Mutter und Kind fester zu knüpfen, können diese sowohl im Mütterheim des Krankenhauses Sophie-

Charlotten-Straße als auch im Säuglingsheim Westend bis zu drei Monaten — im Kaiserin-Auguste-Viktoria-Haus auch für längere Zeit — kostenlos zusammenbleiben. Im Säuglingsheim Westend darf der Aufenthalt von Mutter und Kind unter Umständen bis zum 6. Lebensjahre des Kindes gegen eine geringe Bezahlung ausgedehnt werden.

Während des Aufenthaltes der Mütter in den Entbindungsanstalten soll grundsätzlich eine Entwöhnung des Kindes von der Brust nicht stattfinden; diese Anstalten haben auch darauf hinzuwirken, daß die zu entlassenden Mütter, soweit das irgend möglich ist, die Kinder wenigstens noch einige Zeit nach der Entlassung weiter stillen.

Die Säuglinge sind vor der Entlassung der zuständigen Säuglingsfürsorgestelle zu überweisen.

Die Fürsorgestellen haben sofort nach Eingang der Überweisung das Kind in der Wohnung besuchen zu lassen. Sie haben auch darauf hinzuwirken, daß die in städtische Pflege oder Haltepflege gekommenen Kinder von den Müttern, soweit es sich ermöglichen läßt, noch weiter gestillt werden, wenigstens morgens und abends.

Erachtet der Arzt der Fürsorgestelle bei einem aus einer Entbindungsanstalt entlassenen Säugling zunächst noch eine Anstaltspflege für geboten, so hat er sich telefonisch wegen erneuter Aufnahme mit einer der im Abschnitt V, Ziffer 2 bezeichneten Anstalten in Verbindung zu setzen. Diese Anstalten sind ermächtigt, Säuglinge auf solches Ersuchen der Fürsorgeärzte ohne weiteres aufzunehmen.

Die Hebammen sind aufgefordert, die entbundenen Frauen für das Selbststillen ihrer Kinder zu gewinnen und die Mütter auf die Fürsorgestellen aufmerksam zu machen.

III. Säuglingsfürsorge.

A. Betrieb der Säuglingsfürsorge- und Milchausgabestellen.

1. Lage der Fürsorgestellen.

Jeder Fürsorgestelle ist ein bestimmter Bezirk zugewiesen; die Stellen sind das ganze Jahr hindurch geöffnet.

Die Fürsorgestellen sind, da es sich nicht um eine rein städtische Einrichtung handelt, nicht als städtische Fürsorgestellen bezeichnet; sie führen vielmehr die Benennung:

Charlottenburger Säuglingsfürsorgestelle usw.
(Name des Vereins).

Neue Fürsorgestellen dürfen nicht ohne Genehmigung der städtischen Körperschaften eröffnet werden, die Verlegung der bisherigen Stellen ist an die Zustimmung des Magistrats geknüpft.

2. Besondere Milchausgabestellen.

Um den Frauen die täglichen, häufig weiten Wege nach den Fürsorgestellen zu ersparen, sind zurzeit neben diesen Milchausgabestellen eingerichtet.

3. Leitung.

Die Ärzte sind die Leiter der Fürsorgestellen. Ihre Anstellung, Besoldung und Entlassung erfolgt durch die Vereine, die die Fürsorgestellen betreiben, unter Zustimmung des Magistrats. Sie sind in ärztlichen Fragen völlig selbständig und an die Anweisungen der Vereine nicht gebunden, jedoch verpflichtet, sich mit ihren Verordnungen in den Grenzen der zur Verfügung gestellten Mittel zu halten.

Den leitenden Ärzten sind auch die Schwestern und Angestellten in ärztlichen Angelegenheiten unterstellt.

Es wird vorausgesetzt, daß die Ärzte mit den Vereinen Hand in Hand arbeiten. Bei Meinungsverschiedenheiten, die nicht beseitigt werden können, ist die Entscheidung des Magistrats herbeizuführen.

Die leitenden Ärzte erhalten für jede Wochensprechstunde eine Entschädigung von jährlich 600 Mk., die vierteljährlich nachher zu zahlen ist.

4. Verwaltung.

Die Fürsorgestellen werden von Wohlfahrtsvereinen verwaltet.

Diese Vereine usw. sind der Stadtgemeinde gegenüber für die ordnungsmäßige Verwaltung und den gesamten Wirtschaftsbetrieb der Fürsorgestellen verantwortlich. Sie sollen mit den leitenden Ärzten Hand in Hand arbeiten, entscheiden aber in allen Verwaltungsfragen selbständig. Sämtliche Mietverträge sind von den Vereinen abzuschließen, vor dem Abschluß aber dem Magistrat zur Zustimmung vorzulegen. Das zum Betriebe der Fürsorgestellen erforderliche Wirtschaftspersonal ist von den Vereinen in Grenzen der zur Verfügung gestellten Mittel anzunehmen, zu besolden, zu beaufsichtigen und zu entlassen.

Die Mitglieder der Vereine arbeiten ehrenamtlich; sie leisten in den Sprechstunden Hilfe und suchen, wo es geboten erscheint, mit der Schwester Mütter und Säuglinge in den Wohnungen auf.

5. Schwestern.

a) Allgemeines. Die Anzahl der auf städtische Kosten zu beschäftigenden Schwestern richtet sich nach den jeweilig zur Verfügung gestellten Mitteln. Eine Vermehrung der Schwesternstellen ist nur mit Zustimmung der städtischen Körperschaften zulässig.

Für diejenigen Schwestern, die in den zu den Fürsorgestellen gehörigen Räumen wohnen, und für die vom Kaiserin-Auguste-Viktoria-Haus zu stellenden Schwestern der Fürsorgestelle VI zahlt die Stadtgemeinde den Vereinen jährlich 1320 Mk. für jede Schwester, während für die übrigen Schwestern je 1600 Mk. für das Jahr gezahlt werden.

Für jede Schwester, die in den zu den Fürsorgestellen gehörigen Räumen wohnt, gewährt die Stadt außerdem die zur Bestreitung der Miete, der Beheizung und Beleuchtung der Räume entstehenden Kosten bis zu 280 Mk. jährlich.

Ferner trägt die Stadtgemeinde die gesetzlichen Anteile der Beiträge zur Kranken-, Invaliden- und Angestelltenversicherung sowie die Vertretungskosten bis zu 100 Mk. jährlich für die einmalige Beurlaubung jeder Schwester.

Die Leibwäsche der Schwestern darf nicht auf städtische Kosten gereinigt werden.

b) Dienstverhältnis. Die Anstellung, Besoldung, Beaufsichtigung und Entlassung der Schwestern erfolgt durch die Vereine, die

die Fürsorgestellen betreiben. Den leitenden Ärzten ist Gelegenheit zu geben, die anzustellenden Schwestern zu prüfen und sich über ihre Geeignetheit zur Anstellung zu äußern. Jede neue Schwester ist zunächst auf $\frac{1}{4}$ Jahr zur Probe anzustellen. Hält der Arzt eine Schwester für nicht geeignet, so ist von ihrer Anstellung auch auf Probe Abstand zu nehmen. Außerdem müssen diejenigen Schwestern entlassen werden, welche nach dem Urteil des Arztes sich als untauglich erwiesen haben; sonst ist aber die Entschließungsfreiheit der Vereine über die Belassung der Schwestern in ihrem Dienst nicht beeinträchtigt.

Jede Schwester ist mit einer Ausweiskarte zu versehen.

c) Beschäftigung. Die Schwestern sind die Gehilfinnen der leitenden Ärzte. Sie sind, soweit sie nicht andere besondere Aufgaben zu erfüllen haben, in erster Linie mit Hausbesuchen zu beschäftigen.

Trifft die Schwester bei ihren Besuchen ein Kind nicht an, so hat sie von Fall zu Fall den geeigneten Weg zu suchen, um eine Besichtigung zu ermöglichen; empfohlen wird, durch den Briefkasten oder bei der Nachbarin eine Benachrichtigung zu hinterlassen.

Die Schwestern haben an den Sprechstunden regelmäßig teilzunehmen und den leitenden Ärzten ihre bei den Besuchen gemachten Beobachtungen und etwaige besondere Vorkommnisse sofort mitzuteilen.

Falls Mütter oder Pflegemütter ohne Grund aus der Fürsorge fortbleiben, haben die Schwestern die Ursache festzustellen und zu versuchen, die Mütter zur Rückkehr in die Fürsorge zu bestimmen.

Die Schwestern sind ständig anzuweisen, sich jedes ärztlichen Ratschlages zu enthalten¹⁾.

Auf Ersuchen des Statistischen Amtes sind die Schwestern verpflichtet, in den Fällen, in denen beim Tode eines Säuglings die Frage nach der Ernährungsweise auf dem Totenschein nicht beantwortet ist, diese festzustellen.

Über die sonstige Beschäftigung der Schwestern entscheiden die Vereine, wobei die Wünsche der leitenden Ärzte nach Möglichkeit zu berücksichtigen sind.

Zur Erledigung der schriftlichen Arbeiten stehen sämtlichen Schwestern die Räume der Fürsorgestellen nach näherer Anordnung der Vereine zur Verfügung.

Auf möglichste Sparsamkeit bei den Fahrgeldern haben die Schwestern dauernd Bedacht zu nehmen.

6. Schreibhilfen.

Zur Erledigung der Schreibarbeiten, wie Buch- und Listenführung, Aufstellung der Abrechnungen für die Stadt und zur Vertretung ehrenamtlicher Kräfte in den Sommermonaten sind die Vereine ermächtigt, Schreibhilfen gegen Entschädigung in den Grenzen der zur Verfügung gestellten Mittel zu beschäftigen.

¹⁾ Das Verbot der Verabreichung von Milch bei plötzlicher Darm-erkrankung ist als ärztlicher Ratschlag nicht zu betrachten; jedoch soll in jedem derartigen Falle auf Zuziehung eines Arztes gedrungen werden.

Diese Schreibhilfen sind nach näherer Anordnung der Vereine dafür verantwortlich, daß sämtliche Schriftstücke (z. B. Sitzungsberichte, Verfügungen von allgemeinem Wert usw.) allen in Frage kommenden Personen vorgelegt und ordnungsmäßig geheftet und aufbewahrt werden.

Die Höhe der den Vereinen zur Besoldung der Schreibhilfen bewilligten Mittel richtet sich nach der Zahl der in Fürsorge befindlichen Kinder.

B. Vorstellung der Säuglinge.

1. Geburtsmeldungen.

Über jede Geburt wird den Fürsorgestellen durch Vermittlung des Statistischen Amtes sofort Mitteilung gemacht; die Wohnungen der Eltern sind hierbei genau nach Vorder- und Hinterhaus, Seitenflügel usw. sowie Stockwerklage zu bezeichnen.

Die Fürsorgestellen haben auf Grund des in der Geburtsmeldung angegebenen Standes der Eltern des Kindes zu entscheiden, ob sich das Kind zur Aufnahme in die Fürsorge eignet.

In allen Fällen, die für die Fürsorge in Frage kommen, ist regelmäßig binnen 24 Stunden nach Eingang der Geburtsmeldung ein Besuch in der Wohnung zu machen, wobei zu versuchen ist, die Mütter für den Besuch der Fürsorgestellen zu gewinnen.

Jede Geburtsmeldung muß durch die zuständige Schwester mit einem kurzen Vermerk darüber versehen werden, ob und wann der Besuch durch die Schwester stattgefunden hat, gegebenenfalls aus welchem Grunde von einem Besuch abgesehen wurde. Bei den besuchten Kindern ist ferner anzugeben, ob Brust, Zwiemilch oder Flasche gegeben und ob das Kind in Fürsorge gebracht werden wird. Die Fürsorgeschwester hat endlich auf der Meldung zu vermerken, ob das Kind in Fürsorge gekommen ist oder nicht. Die Vermerke (durch Stempelaufdruck) haben wie folgt zu lauten:

Nicht besucht, weil für die Fürsorge' nicht geeignet.

Unterschrift der Schwester.

Besucht am

Brust. Kommt in Fürsorge.

Will nicht kommen.

Unterschrift der Schwester.

In Fürsorge gekommen am

Nicht in Fürsorge gekommen.

Unterschrift der Schwester.

Die Geburtsmeldungen sind vierteljährlich der zuständigen Geschäftsstelle des Magistrats vorzulegen, und zwar aus den Monaten März, April, Mai zum 1. Juli, aus den Monaten Juni, Juli, August zum 1. Oktober, aus den Monaten September, Oktober, November zum 2. Januar, aus den Monaten Dezember, Januar, Februar zum 1. April.

Bis zur Einreichung an den Magistrat sind die Meldungen in den dazu bestimmten Kästen alphabetisch geordnet aufzubewahren.

2. Allgemeine Vorschriften.

Die Säuglinge sind im allgemeinen wöchentlich einmal in den ärztlichen Sprechstunden vorzustellen; im Winter ist ausnahmsweise vierzehntägige Vorstellung gestattet.

Die im Winter geborenen Säuglinge, welche aus Rücksicht auf die Witterung den Fürsorgestellen nicht zugeführt werden, können unter Oberaufsicht und nach Anweisung des leitenden Arztes von der Schwester in der Wohnung besucht und beraten werden.

Bei der Aufnahme von Kindern, die die ersten Lebenswochen bereits überschritten haben, ist die Mutter oder Pflegemutter stets zu befragen, ob und in welcher Stelle das Kind bereits in Fürsorge gewesen ist.

Die Mütter sind berechtigt, ihre Kinder in einer beliebigen Fürsorgestelle vorzustellen. Die Fürsorgestellen sind aber verpflichtet, diejenigen Mütter, die nicht wissen, an welche Fürsorgestelle sie sich zu wenden haben, an die örtlich zuständige zu verweisen.

3. Sprechstunden.

Die Sprechstunden für Säuglinge finden wie folgt statt:

- Fürsorgestelle I Dienstag, Freitag und Sonnabend 2—3 Uhr;
- „ II Montag, Mittwoch und Donnerstag 2—3 Uhr;
- „ III Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 2—3 Uhr;
- „ IV Montag, Mittwoch und Freitag 2½—3½ Uhr;
- „ V Montag, Mittwoch und Freitag 2—3 Uhr;
- „ VI Dienstag und Freitag 2—3 Uhr;
- „ VII Montag, Mittwoch und Freitag 2—3 Uhr.

4. Journalblätter.

Über jedes in Fürsorge genommene Kind ist ein Journalblatt anzulegen. Diese Blätter sind mit peinlichster Genauigkeit zu führen.

Für jeden über das laufende Rechnungsjahr hinaus in Fürsorge befindlichen Säugling ist bei Beginn des neuen Jahres ein zweites Journalblatt auszufertigen. Die Journalblätter über die aus dem Vorjahre übernommenen Kinder sind auf der Titelseite oben mit einem roten Kreuz deutlich zu bezeichnen. In diesen Journalblättern ist nur der Kopf und das Datum der ersten Konsultation und Datum und Inhalt der letzten Raterteilung im alten Jahre auszufüllen.

Bei der Überweisung von Säuglingen von einer Fürsorgestelle zur anderen hat das über das Kind geführte Journalblatt bei der Fürsorgestelle zu verbleiben, bei der das Kind zuerst in Fürsorge war. Erforderlichenfalls hat sich die neue Fürsorgestelle eine Abschrift des Journals zu erbitten. Bei einem solchen Wechsel hat die erste Fürsorgestelle auf dem Journalblatt zu vermerken, wohin das Kind überwiesen ist; die neue Fürsorgestelle hat anzugeben, wo das Kind bereits in Fürsorge war.

Zur Aufstellung der den Verwaltungsberichten beizufügenden Übersichten findet alljährlich eine Aufarbeitung der Journalblätter durch das Statistische Amt statt. Zu diesem Zwecke haben die Fürsorgestellen zum 1. Mai jeden Jahres dem Statistischen Amt sämtliche Journalblätter aus dem vergangenen Rechnungsjahr einschließlich derjenigen über die aus dem Vorjahre übernommenen Kinder einzureichen.

Die leitenden Ärzte sind dafür verantwortlich, daß die Journalblätter vollständig ausgefüllt sind.

Die Journale sind nach der Auszählung durch das Statistische Amt den einzelnen Fürsorgestellen wieder zuzustellen, wo sie, jahrgangsweise geordnet, aufzubewahren sind.

C. Ernährung der Säuglinge.

1. Natürliche Ernährung.

Beihilfen für stillende Mütter. Stillbeihilfen sollen in der Hauptsache an solche Mütter gewährt werden, denen wegen ihrer wirtschaftlichen Verhältnisse ohne die Beihilfe das weitere Stillen ihres Kindes nicht oder nur schwer möglich wäre.

Die Vereine, die die Fürsorgestellen betreiben, sind daher ermächtigt, diesen stillenden Müttern bis zur Dauer von etwa 13 Wochen Beihilfen bis zur Höhe von 6 Mk. wöchentlich zu gewähren. Die regelmäßige Form für die Gewährung von Stillbeihilfen ist die Verabfolgung von 1 Liter Milch täglich (als Stärkungsmittel für die Mütter). Bedingung für die Bewilligung dieser Unterstützung ist, daß die Mütter ihre Kinder selbst stillen und sich mit dem Kinde einmal wöchentlich in der Fürsorgestelle vorstellen.

Die Auswahl der stillenden Mütter, die die Beihilfe erhalten sollen, ist in das Ermessen der Vereine gestellt. Es ist aber der Grundsatz zu befolgen, daß die Beihilfe nur zu bewilligen ist, um den Müttern das Selbststillen zu ermöglichen, oder wenn die Bereitwilligkeit der Mütter zum Selbstnähren von der Gewährung der Beihilfe abhängt. Die wirtschaftlichen Verhältnisse der in Betracht kommenden Familien sind stets sorgfältig zu prüfen.

Falls nicht vom Hauspflegeverein oder vom Elisabeth-Frauen-Verein Wochensuppen gewährt werden, ist es zulässig, die Stillbeihilfe schon für die Zeit des Wochenbettes zu geben; Voraussetzung hierfür ist, daß die Bedürftigkeit durch die Schwester persönlich geprüft und festgestellt ist.

Für die Gewährung von Beihilfen bleibt die Dauer von 13 Wochen die Regel. Über 13 Wochen hinaus soll die Beihilfe nur gewährt werden, wenn bestimmt feststeht, daß die Mutter wirklich weiternährt, und wenn eine weitere Beihilfe nach Lage der wirtschaftlichen Verhältnisse angebracht erscheint, um das weitere Selbststillen zu erreichen, oder wenn der leitende Arzt die Weitergewährung aus besonderen Gründen für dringend erforderlich erachtet. Die Gründe für eine Ausdehnung der Beihilfe über 13 Wochen hinaus sind in Spalte 12 der Beihilfenliste zu vermerken.

In den Monaten Juli und August können die Mütter, die zu dieser Zeit unterstützt werden, neben der allgemeinen Beihilfe 1 Mk. in bar für die Woche erhalten.

Die den stillenden Müttern als Beihilfe gewährte Vollmilch wird von den Mitgliedern des Vereins Charlottenburger Molkereibesitzer unter den aus dem Vertrage mit ihnen ersichtlichen Bedingungen geliefert. Die Mütter empfangen die Milch gegen Gutscheine entweder unmittelbar in den Kuhställen oder in den Milchausgabestellen. Die etwa in anderer Form gewährte Beihilfe ist in den Fürsorgestellen zu verausgaben.

Die unterstützten Mütter sind in die den vierteljährlichen Abrechnungen beizufügenden Beihilfenlisten einzutragen. Diese Listen sind mit größter Genauigkeit auszufüllen.

Tuberkuloseverdächtige Frauen sind sofort dem Fürsorgeamt für Lungenkranke zu überweisen.

2. Künstliche Säuglingsnahrung.

a) Allgemeine Vorschriften. Künstliche Nahrung wird durch die Fürsorgestellen nur für Säuglinge verabfolgt.

Voraussetzung für den Bezug dieser Nahrung ist die regelmäßige Vorstellung des Säuglings, der sie erhalten soll, in der Sprechstunde.

Die Art und Menge der für jeden Säugling zu verabfolgenden Nahrung ist von den leitenden Ärzten zu bestimmen; sie sind ermächtigt, Diätvorschriften nach ihrem Ermessen auszugeben.

Die regelmäßige Ausgabe der Nahrung findet täglich morgens zwischen 7 und 9 Uhr in den Fürsorge- oder Milchausgabestellen durch die Schwestern gegen Gutscheine, die bei der wöchentlichen Vorstellung des Säuglings immer auf eine Woche erneuert werden, statt.

Es ist darauf zu halten, daß die Nahrung in möglichst kurzer Zeit verausgabt und bis dahin nicht in einem der Sonne ausgesetzten Raume aufbewahrt wird.

Bei der Milchausgabe haben die Schwestern die Mütter über die Kühllhaltung der Nahrung im Hause zu belehren; Kühlkisten werden nicht verliehen.

Der Preis für eine ganze gegen Bezahlung abzugebende Tagesportion (1 Liter Milch oder 1 trinkfertige Portion oder 1 Portion Eiweißmilch usw.) beträgt 20 Pf., für eine halbe Tagesportion 10 Pf., für eine viertel Tagesportion 5 Pf.

Zwar sind weder die Mütter noch insbesondere die Pflegemütter städtischer Pflegekinder zum Bezuge der Milch durch die Fürsorgestellen verpflichtet, zur Überwachung der Ernährung der Säuglinge ist es indes dringend notwendig, auf den Bezug der Milch durch die Fürsorgestellen nachdrücklichst zu halten.

Die Empfänger künstlicher Säuglingsnahrung sind in die zu führenden Listen alphabetisch geordnet einzutragen. Die Listen sind getrennt nach der Art der Nahrung und der Art der Abgabe („gegen Bezahlung“ oder „unentgeltlich“) zu führen; die Listen über die unentgeltlich abgegebene Nahrung sind den Abrechnungen beizufügen.

b) Milchlieferung. Die Kindermilch für die Fürsorgestellen I—V und VII wird in rohem Zustande von Mitgliedern des Vereins „Charlottenburger Molkereibesitzer“ zum Preise von 50 Pf. für das Liter unter den aus den Verträgen ersichtlichen Bedingungen geliefert; die Kindermilch für die Fürsorgestelle VI liefert das Kaiserin-Auguste-Viktoria-Haus. Die Lieferung erfolgt in Halb- und Viertel-literflaschen. Die Milch darf nicht auf offenen Wagen befördert werden.

Die Fürsorgestellen haben mit den Molkereibesitzern die Lieferzeit so zu vereinbaren, daß zwischen Lieferung und Verausgabung nur eine kurze Frist besteht.

Über die Flaschen ist eine dauernde Kontrolle auszuüben. Neue Flaschen sind nur gegen Rückgabe der alten zu verabfolgen; die Abnehmer haben die nicht zurückgelieferten Flaschen zu bezahlen.

Jede nach Ablieferung an die Fürsorgestellen zerschlagene Flasche ist den Molkereibesitzern mit 15 Pf. zu vergüten.

c) Milchabgabe. α) Gegen Bezahlung. Wegen Inanspruchnahme der Fürsorgeeinrichtungen vgl. Abschnitt I, Ziffer 2.

Für jedes gegen Bezahlung abgegebene Liter zahlt die Stadtgemeinde einen Zuschuß von gegenwärtig 11 Pf.

Daher sollen auch gegen Bezahlung nur solche Personen Milch erhalten, die nach ihrer wirtschaftlichen Lage nicht imstande sind, sich die in den Fürsorgestellen zur Verausgabung gelangende oder gleichwertige Säuglingsmilch anderweit zu beschaffen. Die Entscheidung über die Zulassung nach diesem Gesichtspunkte muß dem sorgfältigen Ermessen der Vereine überlassen werden. Andererseits ist aber auch die Erhöhung der vorstehend unter a) festgesetzten Preise zum Zwecke der Zulassung bemittelter Besucher unstatthaft.

β) Unentgeltlich. Eine unentgeltliche Milchabgabe darf nur auf Grund einer Bescheinigung der Armenkommissionsvorsteher oder Waisenräte erfolgen. Der Waisenrat ist nur zuständig bei Haltekindern, d. h. solchen Kindern, die sich auf Kosten anderer, nicht der Stadtgemeinde, in Pflege befinden.

Ist eine Mutter zur Bezahlung der Milch außerstande, so hat sie bei der Fürsorgestelle die Ausfertigung eines Armenscheines zu beantragen. Der Schein ist vom leitenden Arzt oder im Falle seiner Behinderung von einer Vereinsdame zu unterzeichnen und der Antragstellerin zu übergeben.

Die Armenkommissionsvorsteher und Waisenräte sind angewiesen, die Verabfolgung von Freimilch nur an wirklich bedürftige Personen nach sorgfältiger Prüfung der wirtschaftlichen Verhältnisse zu befürworten.

Die unentgeltliche Abgabe von Milch wird immer nur auf vier Wochen bewilligt; nach deren Ablauf ist nötigenfalls Verlängerung zu beantragen.

Die Armenscheine müssen unterschrieben und unterstempelt sein.

Für städtische Pflegekinder dürfen Armenscheine überhaupt nicht ausgefertigt werden, weil das Pflegegeld so bemessen ist, daß die Nahrung der Säuglinge daraus bestritten werden kann (vgl. auch Ziffer VIII S. 102 ff.).

Freimilch darf grundsätzlich erst gewährt werden, wenn die Bescheinigung des Armenkommissionsvorstehers oder Waisenrats vorliegt, und zwar nur für die Zeit, auf die sich die Befürwortung erstreckt.

Falls für Säuglinge, die das erste Lebensjahr bereits überschritten haben, Freimilch verabfolgt werden soll, ist die Notwendigkeit hierzu vom leitenden Arzt auf dem Armenschein kurz zu begründen.

Die Vereine sind berechtigt, die unentgeltliche Milchabgabe schon vor Ablauf der vierwöchigen Frist einzustellen, wenn durch die Ermittlungen der Schwester oder anderweit festgestellt wird, daß die Mittellosigkeit nicht mehr oder nicht mehr im früheren Umfange fortbesteht. Im übrigen ist darauf zu achten, daß von der gesamten, zur Verausgabung gelangenden Milch höchstens 25 % unentgeltlich abgegeben werden.

Für die unentgeltlich verabfolgte Milch trägt die Stadt die vollen Kosten.

Die Armenscheine sind alphabetisch zu ordnen, mit der Nummer der Milchliste zu versehen und den Abrechnungen beizufügen.

d) Milchuntersuchungen und Stallbesichtigungen. Die in der Säuglingspflege verwendete Milch wird durch das städtische Untersuchungsamt für ansteckende Krankheiten im Krankenhause Westend regelmäßig untersucht. Die Untersuchungen haben sich auf die gesamten für die hygienische Beurteilung in Betracht kommenden Eigenschaften zu erstrecken. Die biologischen Prüfungen sind von dem Leiter des Untersuchungsamts auszuführen; zur Durchführung der chemischen Untersuchungen bedient sich der Leiter des Untersuchungsamts der Hilfe des Oberapothekers des Krankenhauses Westend.

Das Untersuchungsamt hat die Proben wöchentlich einmal unvermutet durch einen Boten aus jeder Fürsorgestelle, Milchausgabestelle und Milchküche abholen zu lassen. Diese Stellen haben täglich eine Halbliterflasche mehr als erforderlich zu bestellen und zur Abholung bereitzuhalten. Von denjenigen Lieferanten, die an zwei Stellen liefern, ist Milch nur an einer Stelle zu entnehmen, und zwar in jeder Woche abwechselnd. Beanstandungen sind dem betreffenden Milchlieferanten sofort durch den Leiter des Untersuchungsamtes unmittelbar anzuzeigen und bei dreimaliger Wiederholung außerdem dem zuständigen Magistratsdezernenten mitzuteilen.

Die zusammengestellten Untersuchungsergebnisse sind monatlich dem Kreistierarzt und zum 10. Januar, 10. April, 10. Juli und 10. Oktober mit einer Begutachtung des Untersuchungsamtes dem Magistrat zu übersenden; sie werden von hier aus den leitenden Ärzten zur Kenntnisnahme mitgeteilt.

Die Ställe der die Milch liefernden Molkereibesitzer sind der ständigen Überwachung durch den Kreistierarzt oder durch den von ihm beauftragten Tierarzt und außerdem durch die Ärzte der Säuglingsfürsorgestellen unterworfen, denen jederzeit der Zutritt gestattet werden muß.

e) Trinkfertige Portionen. Trinkfertige Portionen sind nur auf Anordnung und nach Vorschrift der leitenden Ärzte für besonders schwächliche Säuglinge oder dann zu verabfolgen, wenn es die häuslichen Verhältnisse der Eltern oder Pflegeeltern der betreffenden Kinder erfordern.

Zur Herstellung solcher Portionen sind den Fürsorgestellen I und IV Milchküchen angegliedert. Die Milchküche der Fürsorgestelle I versorgt die Stellen I, II und V, die der Fürsorgestelle IV die Stellen III, IV und VII; die für die Fürsorgestelle VI erforderlichen trinkfertigen Portionen werden aus der Milchküche des Kaiserin-Auguste-Viktoria-Hauses bezogen, das auch die zur Herstellung dieser Portionen erforderliche Milch liefert.

Für die Abgabe und Verrechnung der trinkfertigen Portionen gelten die im Abschnitt c für die Milchausgabe usw. gegebenen Vorschriften. Der Selbstkostenpreis einer Portion beträgt gegenwärtig 46 Pf. Die Stadt vergütet den Vereinen die trinkfertigen Portionen zurzeit folgendermaßen:

- a) Für eine unentgeltlich abzugebende Portion:
 - für die Bestandteile 31 Pf.
 - Herstellungskosten 15 Pf.
- b) für eine gegen Bezahlung abzugebende Portion:
 - für die Bestandteile Zuschuß 11 Pf.
 - Herstellungskosten 15 Pf.

Für jede gegen Bezahlung abgegebene Portion sind hiernach von den Abnehmern 20 Pf. zu erheben; vgl. Abschnitt a.

Die Löhne usw. für die in den Milchküchen beschäftigten Personen sind aus den Herstellungskosten zu bestreiten.

Als Ersatz für den durch Bruch im Sterilisator eintretenden Verlust können täglich zwei Portionen in jeder Milchküche in Rechnung gestellt werden.

f) Eiweißmilch. Die leitenden Ärzte sind ermächtigt, für darmkranke Säuglinge Eiweißmilch zu verordnen. Diese Milch ist von den Vereinen freihändig zu beschaffen und in den Milchküchen trinkfertig herzustellen.

Der Selbstkostenpreis einer Portion beträgt 53 Pf.

Die Stadt vergütet den Vereinen jede unentgeltlich abgegebene Portion mit 53 Pf., jede gegen Bezahlung abgegebene Portion mit 33 Pf. Mithin sind, soweit Eiweißportionen gegen Bezahlung abgegeben werden, dafür von den Abnehmern nicht mehr als 20 Pf. für die Portion zu erheben; vgl. Abschnitt a. Im übrigen gelten auch hier die unter Abschnitt c gegebenen Vorschriften.

g) Andere Nährpräparate. In besonderen Ausnahmefällen und nur mit jedesmaliger ausdrücklicher Zustimmung des Fürsorgearztes sind die Vereine ermächtigt, an durchaus zuverlässige Frauen, die auf Grund eines Armenscheines Milch unentgeltlich erhalten, Nährpräparate zur selbständigen Herstellung einer Säuglingsnahrung kostenfrei abzugeben. Die hiermit bedachten Frauen sind unter Bezeichnung der Kosten der abgegebenen Präparate in die Milchlisten aufzunehmen.

Neue Nährpräparate sind grundsätzlich in den Fürsorgestellen erst dann zu verordnen, wenn sie die klinische Prüfung bestanden haben.

h) Normaltrinkflaschen. Die Fürsorgestellen sind verpflichtet, die mit städtischer Zustimmung eingeführten Normaltrinkflaschen an die Mütter zum Betrage von 10 Pf. für das Stück zu verkaufen. Es ist darauf zu halten, daß die Flaschen nach Möglichkeit allgemein eingeführt und auch für die Milchküchen beschafft werden, sobald dort Bedarf vorhanden ist.

Die Flaschen sind mit der Aufschrift „Charlottenburger Säuglingsfürsorge“ versehen.

Der Vertrieb der Flaschen erfolgt lediglich durch die Vereine ohne Inanspruchnahme städtischer Mittel.

IV. Ärztliche Behandlung und Anstaltspflege.

1. Überweisung kranker Säuglinge an die Stadtärzte.

Die leitenden Ärzte der Fürsorgestellen sind ermächtigt, kranke Säuglinge unmittelbar, also ohne Vermittelung der Armenkommissionsvorsteher, den Stadtärzten zu überweisen, und zwar:

- a) solche Kinder, die bereits unentgeltlich künstliche Nahrung auf Grund eines Armenscheines oder deren Mütter Stillunterstützung erhalten,
- b) alle übrigen, soweit Mittellosigkeit der Eltern anzunehmen ist, unter dem Vorbehalt, daß der vorgeschriebene Armenschein nachgebracht wird.

Der Stadtarzt ist berechtigt und verpflichtet, hinterher bei der Armendirektion den Antrag zu stellen, daß die freie Behandlung abgelehnt wird, wenn er feststellt, daß die Voraussetzungen für die armenärztliche Behandlung nicht vorhanden sind.

Personalveränderungen bei den Stadtärzten werden den Fürsorgestellten sofort mitgeteilt.

Die leitenden Ärzte sind ferner ermächtigt, die Entnahme von Blut bei Säuglingen und die Untersuchung des entnommenen Blutes auf Syphilis nach eingeholter Zustimmung der Eltern oder gesetzlichen Vertreter durch das Krankenhaus Kirchstraße ausführen zu lassen.

2. Aufnahme gesunder sowie schwächerer und kranker Säuglinge in Anstalten.

Gesunde Säuglinge finden, sofern es zu ihrer Unterbringung an geeigneten Pflegeanstalten mangelt, im Krankenhaus Sophie-Charlotten-Straße, im Säuglingsheim Westend und im Kaiserin-Auguste-Viktoria-Haus Aufnahme.

Für schwächliche und kranke Säuglinge dienen die städtischen Krankenhäuser Westend und Kirchstraße, die Säuglingsklinik Christstraße 9, das Säuglingsheim Westend und das Kaiserin-Auguste-Viktoria-Haus.

Falls es erforderlich ist, Mutter und Kind im Falle der Erkrankung eines von beiden zusammen zu lassen, weil die Mutter das Kind nährt, stehen für solche Fälle die städtischen Krankenhäuser Kirchstraße und Sophie-Charlotten-Straße sowie das Säuglingsheim Westend zur Verfügung.

Bei der Entlassung von Säuglingen aus den Krankenhäusern, den Säuglingsheimen usw. haben die Anstalten den Fürsorgestellten die Art der Ernährung der Kinder mitzuteilen.

3. Aufnahme von Säuglingen in die Kindererholungsstätte Eichkamp.

In Verbindung mit den Fürsorgestellten steht eine Säuglingsabteilung in der vom Vaterländischen Frauenverein betriebenen Kindererholungsstätte zu Eichkamp. Sie dient zur Aufnahme besonders schwächerer chronisch kranker Säuglinge, die zu Hause nicht gedeihen; diese finden in der Erholungsstätte für Tag und Nacht Aufnahme. Die Erholungsstätte ist nur während des Sommerhalbjahres — in der Regel vom Mai bis September — geöffnet und für 10 Säuglinge eingerichtet.

Die Überweisung der Säuglinge in die Erholungsstätte erfolgt ausschließlich durch die leitenden Ärzte der Fürsorgestellten.

In der Erholungsstätte ist ständig für Ammenmilch gesorgt. Soweit zur Ernährung der Kinder trinkfertige Portionen aus der Milchküche erforderlich sind, werden sie von der Fürsorgestelle I gegen Zahlung der Selbstkosten geliefert.

Für das Kind und den Tag werden 1,60 Mk. gezahlt. Die Kosten werden am Schlusse jeden Monats von der Erholungsstätte bei der Stadt angefordert.

V. Poliklinische Behandlung.

Das Kaiserin-Auguste-Viktoria-Haus hat ärztliche poliklinische Sprechstunden für Kinder mit besonderer Berücksichtigung von Säuglingen und Kleinkindern eingerichtet. Die Sprechstunden finden täglich von 11 $\frac{1}{2}$ bis 1 Uhr vormittags, Sonntags nur in dringenden Fällen, statt. Zu dieser poliklinischen Behandlung werden im allgemeinen nur solche Kinder zugelassen, die von Charlottenburger Ärzten, insbesondere von den städtischen Fürsorgeärzten, überwiesen werden.

Das Kaiserin-Auguste-Viktoria-Haus ist von der Armendirektion ermächtigt, nach den mit dieser vereinbarten Grundsätzen für die ihm von den städtischen Fürsorgeärzten überwiesenen Kinder nötigenfalls Arzneien, Verbandstoffe usw. für Rechnung der Armenverwaltung zu verordnen.

VI. Krippen.

1. Säuglingskrippen.

a) Allgemeines. Die Säuglingskrippen sollen als Ersatz von Stillstuben dienen. Es sind daher möglichst nur Säuglinge von solchen ledigen Müttern in diese Krippen aufzunehmen, die tagsüber auf Arbeit gehen und ihre Kinder selbst stillen. Brustkinder von verheirateten Müttern dürfen nur in zweiter, künstlich ernährte Säuglinge erst in letzter Linie aufgenommen werden.

Die Kinder sind den Krippen früh zuzuführen und abends wieder abzuholen.

Der von den Müttern zu zahlende Verpflegungsbeitrag beträgt 25 Pf. für den Tag und Säugling. Für diesen Beitrag erhalten die Kinder Wartung und Verpflegung. Sofern eine Mutter ausnahmsweise nicht in der Lage ist, diesen Beitrag zu leisten, haben die Krippen einen Antrag auf Zahlung an die Armendirektion zu richten.

Falls die Krippen nicht voll belegt sind, dürfen Kinder solcher weniger bemittelter Einwohner, deren Frauen mitverdienen müssen, und die Kinder nicht verpflegen können, aufgenommen werden. Für diese Fälle sind angemessene Verpflegungsbeiträge, die dem Magistrat durch die vierteljährlichen Abrechnungen nachzuweisen sind, mit den betr. Eltern zu vereinbaren.

b) Die Säuglingskrippe der Fürsorgestellen IV und V. Gegenwärtig sind nur den Fürsorgestellen IV und V je eine Säuglingskrippe angegliedert, die auf Kosten der Stadt vom Elisabeth-Frauenverein und Vaterländischen Frauenverein ehrenamtlich verwaltet und von den leitenden Ärzten dieser Fürsorgestellen gegen eine vierteljährlich nachher zu zahlende Jahresentschädigung von 300 Mk. geleitet werden. Die Betriebskosten haben sich nach den jeweilig zur Verfügung gestellten Mitteln zu richten.

Die Krippen sind mit höchstens je 15 Säuglingen zu belegen. Soweit die Plätze nicht durch Kinder aus dem Bezirke der Fürsorgestellen IV und V in Anspruch genommen werden, können auch andere Fürsorgestellen den Krippen Säuglinge überweisen.

Die für die Säuglinge der Krippen erforderliche künstliche Nahrung ist von den Fürsorgestellen IV und V zu liefern. Die Krippen haben den Fürsorgestellen für jede volle Tagesportion 20 Pf. zu erstatten.

Die Kinder sind von den Fürsorgestellen in den Listen über die „bezahlte Säuglingsnahrung“ zu führen.

2. Andere Krippen.

Im Stadtgebiet Charlottenburg befinden sich neben den „Säuglingskrippen“ der Fürsorgestellen IV und V zurzeit noch 5 andere Krippen.

Diese Krippen werden nicht auf städtische Kosten, sondern auf Kosten der beteiligten Vereine betrieben. Da die Stadtgemeinde jedoch laufende Jahresbeiträge zum Betriebe dieser Krippen zahlt, hat sie sich ein Kontrollrecht vorbehalten und folgende Grundsätze für den Betrieb der Krippen mit den beteiligten Vereinen vereinbart:

1. Bezeichnung der Einrichtungen. Jede von den beteiligten Vereinen ins Leben gerufene Einrichtung zur Aufnahme von Kindern bis zum schulpflichtigen Alter wird als Kleinkinderfürsorge („Krippe“) bezeichnet.

2. Unterhaltung der Krippen. Die Krippen sind zu unterhalten:

- a) aus den von den Vereinen aufzubringenden Beiträgen,
- b) aus den Verpflegungsbeiträgen der Eltern,
- c) aus dem städtischen Zuschuß.

Zu b. Für jedes Kind sind ohne Rücksicht auf das Lebensalter zu erheben:

für den ganzen Tag	25 Pf.
für den halben Tag	20 Pf.
für kürzere Zeit	15 Pf.

Befinden sich aus einer Familie mehrere Kinder in der Krippe, so sind von den Eltern für das erste Kind die vorstehenden Sätze, für das zweite Kind 1 Mk. und für jedes weitere Kind 50 Pf. wöchentlich zu zahlen. Diese Sätze verstehen sich einschließlich voller Verpflegung und ermäßigen sich entsprechend, wenn nur halbtägige oder kürzere Versorgung der Kinder erfolgt.

Sind die Verpflichteten zur Zahlung der vorstehenden Verpflegungsbeiträge nicht in der Lage, so sind Anträge auf Zahlung an die Armendirektion zu richten.

Zu c. Die städtischen Zuschüsse werden alljährlich durch den Etat teils aus Kämmerei-, teils aus Stiftungsmitteln (Raußendorff-Stiftung) bereitgestellt.

3. Gleichmäßigkeit des Betriebes. Die Krippen sind werktäglich von $\frac{1}{2}$ 7 Uhr vormittags bis mindestens 7 Uhr nachmittags offen zu halten. Die Vereine sind jedoch nach freiem Ermessen berechtigt, die Betriebszeiten dem jeweiligen Bedürfnis entsprechend zu verlängern; sie sind ferner befugt, Kinder auf Stunden und auch über Nacht aufzunehmen. Für die Nachtverpflegung ist den Vereinen die Festsetzung der zu erhebenden Beiträge überlassen.

Für den Betrieb der Krippen sind Hausordnungen aufzustellen und in der Krippe auszuhängen.

4. Auswahl der Kinder. Die Auswahl der in die Krippen aufzunehmenden Kinder hat unter besonders eingehender und sorgfältiger Prüfung der häuslichen Verhältnisse zu geschehen. Das Pflichtbewußtsein der Mütter darf durch diese Einrichtungen auf

keinen Fall geschwächt werden. Grundsätzlich sind in erster Linie die Kinder erkrankter oder außerhalb ihrer Wohnung arbeitender Mütter aufzunehmen.

In den Krippen ist über alle Kinder ein Buch zu führen, aus dem insbesondere auch die Gründe der Aufnahme ersichtlich sein müssen.

5. Ärztliche Überwachung der Kinder. Für jede Krippe ist ein Arzt zu bestellen, der dem Magistrat namhaft zu machen ist. Der Magistrat hat sich das Recht des Einspruchs gegen die Wahl des Arztes vorbehalten.

Der Arzt hat jedes Kind bei der Aufnahme zu untersuchen und die Kinder unter 1 Jahr im allgemeinen täglich, die älteren Kinder mindestens zweimal wöchentlich in der Krippe zu besuchen. Eine ärztliche Behandlung der Kinder in der Krippe findet nicht statt. Von jeder ansteckenden Krankheit in der Krippe ist dem Magistrat sofort Anzeige zu erstatten.

6. Einheitliche Gestaltung der Leitung der Krippen. Das zum Betriebe der Krippen erforderliche Personal ist von den Vereinen nach eigenem Ermessen anzunehmen und zu entlassen. Die Leiterin der Krippe muß eine Schwester oder eine geprüfte Kindergärtnerin sein.

7. Kontrollrecht des Magistrats. Die Vereine haben sich damit einverstanden erklärt, daß der Magistrat durch seine Organe Prüfungen des Wirtschaftsbetriebes der Krippen vornehmen läßt. Das Kassenbuch muß stets ein klares Bild über die Einnahmen und Ausgaben des Krippenbetriebes geben.

VII. Die gesundheitliche Überwachung der Kleinkinder.

1. Allgemeines.

Die gesundheitliche Überwachung der Kleinkinder bezweckt die Fürsorge über die zwischen dem Säuglings- und dem schulpflichtigen Alter stehenden Kinder. Zugelassen zu dieser Einrichtung werden alle Kinder im Alter von 1—6 Jahren, auch wenn sie die Säuglingsfürsorgestellen vorher nicht besucht haben.

Es wird lediglich eine Fürsorgetätigkeit ausgeübt, eine ärztliche Behandlung der Kinder erfolgt daher nicht.

Für die in dieser Fürsorge befindlichen Kinder darf künstliche Nahrung durch die Fürsorgestellen nur in besonderen Fällen an stärkungsbedürftige Kleinkinder verabfolgt werden. Milch oder andere Stärkungsmittel für unbemittelte Kinder sind durch die Stadtärzte zu verordnen.

2. Sprechstunden.

Zur Vorstellung der Kinder sind zurzeit folgende Sprechzeiten eingerichtet:

Fürsorgestelle I	Mittwoch	2—3 Uhr;
„	II Dienstag	2—3 Uhr;
„	III Freitag	1—2 Uhr;
„	IV Dienstag	2 $\frac{1}{2}$ —3 $\frac{1}{2}$ Uhr;
„	V Dienstag	2—3 Uhr;
„	VI Mittwoch	2—3 Uhr;
„	VII Donnerstag	2—3 Uhr.

Wie oft die Kinder zur Sprechstunde zu erscheinen haben, ist in das Ermessen der leitenden Ärzte gestellt.

Den Damen der Vereine steht es frei, auch an diesen Sprechstunden teilzunehmen.

3. Gesundheitsscheine.

Über jedes vorgestellte Kind ist ein Gesundheitsschein anzulegen.

Auf den Gesundheitsscheinen ist anzugeben, ob die Kinder als Säuglinge vorgestellt waren oder nicht. Die Gesundheitsscheine über städtische Pflegekinder sind besonders zu kennzeichnen.

Die Abkürzungen in den Gesundheitsscheinen sind so zu fassen, daß sie auch für Dritte verständlich sind.

Die Gesundheitsscheine bleiben so lange bei den Säuglingsfürsorgestellen, bis die Kinder schulpflichtig werden, alsdann sind sie durch den Magistrat an den zuständigen Schularzt weiterzugeben. Zu diesem Zweck sind die Scheine der eingeschulten Kinder pünktlich zum 1. Mai und 1. November jeden Jahres der zuständigen Geschäftsstelle des Magistrats ohne besondere Aufforderung einzureichen. Das Statistische Amt hat vorher die für die statistische Bearbeitung erforderlichen Auszüge zu fertigen. Da diese Arbeiten zweckmäßigerweise in den Räumen der Fürsorgestellen ausgeführt werden, haben die Vereine dafür zu sorgen, daß den städtischen Arbeitskräften ein geeigneter Platz in den Fürsorgestellen von 8 Uhr vormittags bis 3 Uhr nachmittags zur Verfügung gestellt wird.

4. Maßnahmen zur Verhütung ansteckender Krankheiten.

Eine ständige Desinfektion nach jeder Sprechstunde hat nicht stattzufinden; es genügen vielmehr folgende Maßregeln.

- a) Eine Schwester hat jedes hinkommende Kind zu beobachten, jedes einer ansteckenden Krankheit verdächtig erscheinende sofort dem Arzt zu melden und in ein besonderes Zimmer zu bringen, wo es vom Arzt sofort zu untersuchen ist. Die Ärzte sind ermächtigt, krank befundene Kinder direkt den Stadtärzten unter dem Vorbehalt der nachträglichen Beibringung des Armenscheins zur Behandlung zu überweisen. Die für die Entnahme und Untersuchung von Blut auf S. 97 für Säuglinge gegebenen Vorschriften finden auf die Kleinkinder sinngemäße Anwendung.
- b) Wird eine ansteckende Krankheit festgestellt, so haben die Fürsorgeärzte sofort telephonisch bei der städtischen Desinfektionsanstalt die Desinfektion der in Betracht kommenden Räume zu beantragen.

5. Hausbesuche.

Die der Gesundheitsüberwachung unterstehenden Kinder, insbesondere diejenigen bis zur Vollendung des zweiten Lebensjahres, sind nach näherer Anordnung der leitenden Ärzte regelmäßig durch die Schwestern in den Wohnungen zu besuchen.

6. Überweisung an die Schulzahnklinik, Heil- und Erholungsstätten und Horte.

Die leitenden Ärzte sind ermächtigt, die in den Sprechstunden zahnkrank befundenen Kinder der städtischen Schulzahnklinik zur

Behandlung zu überweisen. Die Behandlung findet unentgeltlich wochentäglich von 11 bis 1 Uhr statt. Für die Behandlung der Kinder in der Schulzahnklinik sind dieselben Grundsätze maßgebend wie für die Überweisung an andere städtische Einrichtungen.

Die leitenden Ärzte sind ferner ermächtigt, auch die Überweisung von Kindern in Heil- und Erholungsstätten, Krüppelheime usw. zu vermitteln. Die Vorschläge sind zu richten:

- a) für die Überweisung von Kindern in die Heil- und Erholungsstätten an das städtische Fürsorgeamt für Lungenkranke, Berliner Straße 137;
- b) für die Überweisung von Kindern in Krüppelheime an die Armendirektion;
- c) für die Überweisung von Kindern in das Jugendheim an den Verein Jugendheim, Goethestraße 22.

Kinder mit Sprachstörungen sind dem Stadtarzt zuzuführen behufs Überweisung an einen Spezialarzt.

VIII. Beaufsichtigung und hygienische Überwachung der städtischen Pflegekinder, Haltekinder und unter Generalvormundschaft stehenden Mündel¹⁾.

1. Beobachtung der Kinder vor der Überweisung in Pflegestellen.

Jeder in städtische Pflege zu nehmende Säugling — ohne Ausnahme — ist, bevor er von der Stadt in Privatpflege gegeben wird, zur Feststellung des Fehlens oder Vorhandenseins konstitutioneller übertragbarer Erkrankungen für die Zeit von mindestens 5 Tagen einer Anstalt zu überweisen. Der Säugling ist erst dann in Pflege zu geben, wenn der leitende Arzt der betreffenden Anstalt die Familienpflege als unbedenklich bezeichnet.

2. Maßnahmen bei dem Verdacht oder dem Vorhandensein der Erbsyphilis.

- a) Im Falle der Feststellung von Erbsyphilis ist der Säugling sofort dem Krankenhaus Kirchstraße zur Behandlung zu überweisen mit der Maßgabe, ihn so lange dort zu behalten und zu behandeln, bis jede Gefahr einer Übertragung auf andere beseitigt ist.
- b) Die nach der Behandlung aus dem Krankenhaus Kirchstraße entlassenen Kinder und die der Erbsyphilis verdächtigen Kinder sind nur in solche Familien in Pflege zu geben, in denen keine eigenen Kinder oder andere Pflege- und Haltekinder vorhanden sind.
- c) Die Pflegemütter sind auf das Bestehen des Verdachts oder auf die Gefahr eines Rückfalles ausdrücklich hinzuweisen,

¹⁾ Alle Pflegestellen, in denen Säuglinge gegen Entgelt untergebracht werden sollen, werden im Einvernehmen mit dem Königlichen Polizei-Präsidium durch besoldete weibliche Angestellte der Stadt und durch eine ständige Kommission von ehrenamtlichen Waisenpflegerinnen geprüft. Vor Genehmigung einer Pflegestelle wird bei dem städtischen Fürsorgeamt für Lungenkranke festgestellt, ob in der Familie etwa ein Lungenkranker vorhanden ist, um, soweit irgend möglich, eine Infektionsgefahr auszuschließen.

und es ist ihnen mitzuteilen, daß sie bei jeder verdächtigen Veränderung, besonders einer Hauterkrankung, sofort die Kinder dem Leiter der Säuglingsfürsorgestelle vorzustellen haben.

- d) Von der Unterbringung des Kindes und dem bestehenden Verdacht oder der Gefahr eines Rückfalles bei den genesenen entlassenen Kindern ist sofort schriftlich der zuständigen Säuglingsfürsorgestelle Mitteilung zu machen. Die Waisenschwester der Fürsorgestelle hat über den Gesundheitszustand alle 3 Monate an die Waisenverwaltung zu berichten.

Gesund.

Erkrankt am

Dem Krankenhause überwiesen am

- e) Die Geschäftsstelle der Waisenverwaltung führt über die der Erbsyphilis verdächtigen und über die an Erbsyphilis erkrankten, aus der Anstalt geheilt entlassenen Kinder eine Liste.
- f) Die Erkrankung oder Wiedererkrankung eines dieser Kinder ist der Waisenverwaltung sofort durch den Arzt der Fürsorgestelle zu melden und die Überführung des Kindes in das Krankenhaus Kirchstraße sofort nach der Feststellung durch den Arzt zu veranlassen.
- g) Die Leiter der Säuglingsfürsorgestellen haben der Waisenverwaltung sofort Anzeige zu machen, wenn bei einem städtischen Pflegekind, Haltekind oder Mündel der General- (Berufs-) Vormundschaft Erbsyphilis festgestellt wird.
- h) Die leitenden Ärzte der Säuglingsfürsorgestellen haben die Schwestern in halbjährlichen Zeiträumen über die Erscheinungen der Erbsyphilis zu unterrichten, auf die Wichtigkeit der Sache hinzuweisen und sich von ihrer Kenntnis der wichtigsten Fragen zu überzeugen. Sie haben ferner den ihnen als genesen oder verdächtig gemeldeten Kindern eine besondere Aufmerksamkeit zu schenken, auf ständige Vorstellung zu achten und sich regelmäßig Berichte der besuchenden Schwestern abstaten zu lassen.

3. Beaufsichtigung der Kinder durch die Fürsorgestellen.

a) Allgemeines. Alle städtischen Pflegekinder, Haltekinder und unter General- (Berufs-) Vormundschaft stehenden Mündel sind bis zum Ablauf des zweiten Lebensjahres in erster Reihe durch die Säuglingsfürsorgestellen zu beaufsichtigen.

Die hygienische Überwachung dieser Kinder erfolgt demgemäß nicht durch die Stadtärzte, sondern durch die leitenden Ärzte der Säuglingsfürsorgestellen. Hausbesuche durch die Ärzte sind nur bei den Kindern erforderlich, die nicht die Fürsorgestellen besuchen, sich der Schwesternaufsicht entziehen, oder bei denen die Schwesternberichte Mängel aufweisen. Eine Behandlung der Kinder durch die Fürsorgeärzte hat nicht stattzufinden.

Mit Beginn des dritten Lebensjahres hört die Aufsicht durch die Fürsorgestellen und durch deren Ärzte auf und wird nunmehr allein durch die Waisenträte, Waisenpflegerinnen und Stadtärzte ausgeübt, jedoch ist von den Fürsorgestellen darauf hinzuwirken, daß die Kinder dort bis zu ihrer Einschulung regelmäßig vorgestellt werden.

b) Überweisung an die Fürsorgestellen. Jede Fürsorgestelle besitzt ein Verzeichnis der in ihrem Bezirk vorhandenen Pflegekinder, Haltekinder und unter General- (Berufs-) Vormundschaft stehenden Mündel. Zugänge werden den Fürsorgestellen sofort von der Deputation für die Waisenpflege mitgeteilt.

Regelmäßig wird jedes Pflegekind, Haltekind und Mündel der nach der örtlichen Einteilung zuständigen Fürsorgestelle überwiesen. Besteht jedoch der Wunsch, aus besonderen Gründen eine andere Fürsorgestelle aufzusuchen, so soll das zulässig sein. Die Schwestern sollen dann die Karten austauschen und der Deputation für die Waisenpflege von der Änderung schriftlich Mitteilung machen.

Den Fürsorgestellen werden auch diejenigen Pflegekinder, Haltekinder und Mündel im Alter von 1—6 Jahren überwiesen, die als Säuglinge nicht vorgestellt sind.

c) Pflicht der Pflegemütter, Haltefrauen und Mündelmütter zur Vorstellung der Kinder. Jede Pflegemutter, Haltefrau und Mündelmutter erhält einen Hinweis auf die Fürsorgestelle mit der Aufforderung, das Kind regelmäßig in den Sprechstunden vorzustellen. Die Pflegemütter sind zu dieser Vorstellung verpflichtet; die Haltefrauen und Mündelmütter werden von den zuständigen Stellen hierzu nach Möglichkeit angehalten.

Werden solche Kinder, deren regelmäßige Vorstellung vom leitenden Arzt für erforderlich erachtet wird, nicht wunschgemäß vorgestellt, so ist unter Namhaftmachung der Kinder der Deputation für die Waisenpflege Anzeige zu erstatten.

d) Pflichten der Waisenschwestern. Die die Aufsicht über die zu a bezeichneten Kinder führenden Schwestern (Waisenschwestern) haben sich zur gegenseitigen Besprechung und Verständigung sowie zur Empfangnahme aller Verständigungsmittelungen und zur Zurückgabe von Kontrollkarten usw. — Absatz e — mindestens zweimal wöchentlich zwischen 12 und 2 Uhr nachmittags in der Geschäftsstelle der Generalvormundschaft einzufinden. Dieser Geschäftsstelle werden von den einzelnen Expeditionen der Waisenverwaltung alle für die Fürsorgestellen bestimmten Schriftstücke kurzerhand übersandt.

Die Waisenschwester hat unverzüglich nach Empfang der Mitteilung von dem Vorhandensein eines der Fürsorge unterworfenen Kindes schon vor der nächsten Sprechstunde das Kind in der Wohnung aufzusuchen, sich über die Wohnungs- und häuslichen Verhältnisse usw. genau zu unterrichten und die Pflegemutter zu veranlassen, das Kind vorzustellen.

Die Waisenschwestern haben die Kinder, namentlich in der heißen Jahreszeit, unter allen Umständen so oft aufzusuchen, wie es im Interesse des Gedeihens des Kindes erforderlich ist, nötigenfalls, wenn es der Zustand des Kindes erfordert, mehrmals wöchentlich. Zu welchen Zeiträumen sie im einzelnen Falle ihren Besuch zu wiederholen für notwendig erachten, muß ihrem pflichtmäßigen Ermessen nach Prüfung der gesamten Verhältnisse überlassen werden¹⁾. Die

¹⁾ Es kann unter Umständen notwendig sein, ein Kind alle 2 Tage aufzusuchen; es kann in anderen Fällen genügen, wenn es, auch in den ersten Lebensmonaten, nur alle 14 Tage, unter Umständen sogar nur alle 4 Wochen aufgesucht wird.

Waisenschwestern können auch dann nicht von diesen Besuchen befreit werden, wenn die Kinder regelmäßig einmal wöchentlich in der Fürsorgestelle vorgestellt werden; denn die Schwester soll bei den Besuchen nicht nur den Zustand des Kindes, sondern die ganzen Verhältnisse, in denen es aufwächst, prüfen und feststellen, ob die Anordnungen der Fürsorgestelle in bezug auf Körperpflege und Ernährung, Lagerstätten usw. genau beachtet werden. Von jedem besonderen Vorkommnis hat die Schwester unverzüglich dem leitenden Arzte Mitteilung zu machen und nötigenfalls seine ärztliche Entscheidung einzuholen.

Werden Kinder von den Waisenschwestern wiederholt nicht angetroffen, und besteht der Verdacht, daß das Kind von der Pflegemutter nicht ordentlich gehalten und die Wohnung der besuchenden Schwester absichtlich nicht geöffnet wird, so ist der Deputation für die Waisenpflege Anzeige zu erstatten.

e) Kontrollblätter. Die Fürsorgestellen haben über jedes ihrer Beaufsichtigung überwiesene Kind ein Kontrollblatt zu führen. Von der Waisenschwester ist jeder Besuch und der Befund sofort nach dem Besuch einzutragen. Die Kontrollblätter sind mindestens einmal monatlich dem leitenden Arzte der Fürsorgestelle vorzulegen, der auf jedem Kontrollblatt die Kenntnisaufnahme zu vermerken hat.

Scheidet ein Kind durch Änderung der Wohnung aus der Aufsicht einer Fürsorgestelle aus, so sind das Kontrollblatt und der Pflegebogen sofort der Deputation für die Waisenpflege mit einem kurzen Vermerk zurückzureichen.

f) Künstliche Nahrung für Pflegekinder. Es ist darauf zu halten, daß die Pflegemütter die für die Säuglinge erforderliche künstliche Nahrung durch die Fürsorgestellen beziehen, wenn auch eine Verpflichtung der Pflegemütter hierzu nicht besteht; vgl. S. 93 Abschnitt 2a.

Unentgeltlich darf künstliche Nahrung für diese Kinder durch die Fürsorgestellen überhaupt nicht verausgabt werden (vgl. III C Abschnitt 2c β), von den Pflegemüttern ist vielmehr der „für bezahlte Nahrung“ festgesetzte Satz zu erheben.

g) Bekleidung der Kinder. Den in städtischer Pflege befindlichen Kindern liefert die Stadt fortlaufend auch die erforderliche Kleidung. Die gewährten Kleidungsstücke sind auf den Pflegebogen, die für jedes einzelne städtische Pflegekind den Fürsorgestellen ausgefertigt zugehen, zu vermerken.

Für Haltekinder und unter General- (Berufs-) Vormundschaft stehende Mündel, die nicht in städtischer Kostpflege sind, wird Kleidung von der Deputation für die Waisenpflege nicht gewährt. Wird für sie eine Beihilfe notwendig, so ist ein Antrag an die Armen-direktion zu richten.

h) Behandlung kranker Kinder. Im Falle der Erkrankung eines Kindes übernimmt bei den städtischen Pflegekindern der Stadtarzt ohne weiteres die kostenlose ärztliche Behandlung. Bei den übrigen Kindern haben die Pflegemütter, Mütter oder sonstigen Angehörigen selbst für die nötige ärztliche Behandlung auf eigene Kosten Sorge zu tragen. Sind sie dazu außerstande, so übernimmt der Stadtarzt gleichfalls die kostenlose ärztliche Behandlung, wenn der Waisenrat einen dahin lautenden Schein ausstellt. Für die

unter General- (Berufs-) Vormundschaft stehenden Kinder kann dieser Schein auch von dem zuständigen Waiseninspektor erteilt werden.

Die Säuglingsfürsorgestellen haben dafür zu sorgen, daß kein ihrer Aufsicht unterstelltes Kind ohne die etwa erforderliche ärztliche Behandlung bleibt und sich nötigenfalls kurzerhand mit den Stadtärzten und Waisenräten in Verbindung zu setzen.

i) Regelmäßige Berichte an die Deputation für die Waisepflege.

a) Die Fürsorgestellen haben halbmonatlich der Deputation für die Waisepflege die Namen derjenigen Pflegekinder mitzuteilen, die nicht in die Fürsorge gebracht worden sind.

b) Halbjährlich einmal haben die Fürsorgestellen über jedes einzelne ihnen überwiesene Kind nach Vordruck zu berichten. Vorbehalten bleibt die Einforderung weitere Berichte in kürzeren Zwischenräumen. Diese Berichte sind über die Deputation für Gesundheitspflege einzureichen.

4. Mitwirkung der Waisenräte und Stadtfürzte.

Alle Pflegekinder, Haltekinder und Mündel werden auch dem Waisenrat, die Pflegekinder außerdem dem Stadtarzte des Bezirks namhaft gemacht. Diese Organe haben jedoch ihre Aufsichtstätigkeit tunlichst einzuschränken, damit eine mehrfache Überwachung nach Möglichkeit vermieden wird.

5. Vorstellung hier untergebrachter Berliner Pflegekinder.

Der Magistrat Berlin hat seine Organe angewiesen, die auf Kosten der Stadt Berlin in Charlottenburg untergebrachten Pflegekinder regelmäßig in den hiesigen Fürsorgestellen vorzustellen; der Vorstellung nicht unterworfen sind die erkrankt gewesenen Pflegekinder, solange sie noch unter ständiger ärztlicher Aufsicht der Berliner Verwaltung stehen.

IX. Sonstige Maßnahmen.

1. Besprechungen.

Um eine möglichst gleichmäßige Behandlung aller Säuglingsfürsorgeangelegenheiten zu sichern, findet unter dem Vorsitz des zuständigen Magistratsdezernenten in der Regel vierteljährlich eine gemeinsame Besprechung mit den Vereinen im Rathause statt.

Jeder Säuglingsfürsorgestelle ist eine Abschrift des Protokolls über die gepflogenen Verhandlungen zu übersenden.

Von den Beschlüssen in den Sitzungen; die der Dezernent nur mit den leitenden Ärzten abhält, ist den Vereinen Mitteilung zu machen.

2. Mütterabende.

Die leitenden Ärzte sind ermächtigt, zur Belehrung der Mütter in den Räumen der Fürsorgestellen Mütterabende nach ihrem Ermessen abzuhalten. Kosten dürfen der Stadtgemeinde hierdurch, außer für Heizung und Beleuchtung, nicht entstehen.

X. Die Kosten.

Die zur Ausübung der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge erforderlichen Kosten trägt die Stadtgemeinde nach Maßgabe der in dieser Geschäftsanweisung gegebenen Vorschriften. Über die zur Verfügung gestellten Mittel geht den in Betracht kommenden Vereinen zu Beginn jedes Rechnungsjahres ein Verteilungsplan zu. Die Mittel werden den Vereinen vorschußweise gezahlt. Die zuständige Verwaltungsstelle des Magistrats hat darauf zu achten, daß die Etatpositionen nicht überschritten, die Vorschüsse im Verhältnis zu den verfügbaren Mitteln nicht zu schnell und zu hoch erhoben werden, und daß dauernd möglichste Sparsamkeit geübt wird.

Die Vereine haben über die Verwendung der Vorschüsse Rechnung zu legen. Die zu diesem Zwecke aufzustellenden Abrechnungen sind dem Magistrat nach vorgeschriebenem Muster vierteljährlich bis zum 15. Juli, 15. Oktober, 15. Januar und 15. April unter Beifügung sämtlicher Unterbelege, deren Richtigkeit zu bescheinigen ist, einzureichen.

Kleine Ausgaben, die im einzelnen 1 Mk. nicht überschreiten, brauchen nicht belegt zu werden. Diese Ausgaben sind in Nachweisungen, nach den Etatpositionen geordnet, einzutragen. Die Nachweisungen sind mit Richtigkeitsbescheinigung zu versehen.

Die Krankenkassenbeiträge und die Beiträge zur Angestellten- und Invalidenversicherung für das Personal werden von der Stadt nur in den gesetzlichen Grenzen getragen (ein Drittel der Krankenkassenbeiträge und die Hälfte der Beiträge der Angestellten- und Invalidenversicherung).

Trinkgelder und Botenlöhne an Lieferanten trägt die Stadt nicht. Bei Bezahlung von Rechnungen sind Skontoabzüge zu beachten. Vertretungskosten für Aufwärterinnen dürfen der Stadt nicht in Rechnung gestellt werden.

Das zum Betriebe der Fürsorgestellen und der Vorernährungsabteilung erforderliche Gas und der zu diesem Zwecke entnommene elektrische Strom werden von den Werken zu den für städtische Gebäude festgesetzten Preisen geliefert.

Die zur Aufstellung des Etats vorzubringenden Wünsche sind zum 15. September jeden Jahres der zuständigen Geschäftsstelle des Magistrats einzureichen.

Charlottenburg, den 8. Januar 1914.

Der Magistrat.

Dr. Scholz.

II. Der Schularzt und die Fürsorge für das schulpflichtige Alter.

Von

A. Gastpar.

I. Allgemeine Schulgesundheitspflege.

1. Begriffsbestimmung und Stellung innerhalb der Jugendfürsorge. Unter Schulgesundheitspflege versteht man die Durchführung der Grundsätze der allgemeinen und speziellen Gesundheitspflege im Rahmen der Schule. Die Objekte, mit denen sie sich zu befassen hat, sind die Gebäude und Einrichtungen der Schule, der Unterricht und endlich die Personen in der Schule, die Lehrer und Schüler. Der Vermittler der Grundsätze der Gesundheitspflege ist der Arzt. Die Grundsätze selbst sind wie alle Grundsätze und besonders die auf dem Gebiet der Gesundheitspflege nicht absolut feststehend, ein für allemal gegeben, sondern sie sind ständig in der Entwicklung begriffen. Auch die Art und Weise ihrer Vermittlung durch den Arzt ist trotz der mannigfach schon geübten Festlegung durch Gesetz und Verordnung noch nicht abgeschlossen und endgültig.

Ist deshalb auf dem Gebiet der Schulgesundheitspflege ein überraschender Reichtum aller Formen der Organisation und der praktischen Anwendung festzustellen, so wird das Bild noch abwechslungsreicher, wenn die Schulgesundheitspflege, der Entwicklung der letzten Jahre folgend, nicht etwa mit der Übermittlung gesundheitlicher Grundsätze und der Überwachung ihrer Durchführung sich zufrieden gibt, sondern wenn sie sich, in Anlehnung an die Fürsorgegesetzgebung, allmählich zu einer Tätigkeit der praktischen Fürsorge für die ihr anvertrauten Personen entwickelt.

Sobald einmal diese Fürsorgetätigkeit aus einem gelegentlichen Kapitel der Schulgesundheitspflege zu deren Hauptinhalt geworden war, mußten eine Reihe neuer Ziele und neuer Formen der Betätigung auftauchen. Das war ungefähr zu der Zeit, als die Schulschwester ihre Tätigkeit zum ersten Male aufnahm.

Die Schulgesundheitspflege verläßt damit ihre ursprüngliche Arbeitsstätte, die Schule. Sie legt ein Gewand,

das sie in ihrer vollen Wirksamkeit beenzt, ab und wird zur Gesundheitspflege und -Fürsorge für das Kind im Schulalter.

Sie tritt damit in Berührung mit dem Elternhaus und über diesen Weg in Berührung mit allen andern Einrichtungen der öffentlichen Gesundheits- und Wohlfahrtspflege. Sie, die bisher gewohnt war, das Schulkind als etwas Gegebenes, als ein „Ding an sich“ anzusehen, wird, ob sie will oder nicht, zwangsweise auf die Lebensbedingungen hingewiesen, unter denen das Kind zum Schulkind heranwächst, und sie muß im Interesse der Schule und der Volksgesundheit versuchen, diese Lebensbedingungen günstig zu beeinflussen. — Und wenn später das Kind die Schule verläßt, so kann sie es wiederum nicht ziehen lassen, sondern wie eine treue Mutter wird sie sich des Kindes annehmen, bis dessen körperliche Entwicklung zu einem gewissen Abschluß gekommen ist.

So führt die Entwicklung der Dinge ganz von selbst dazu, daß die Schulgesundheitspflege, für sich allein genommen, etwas Unvollständiges ist. Erst im Zusammenhang mit der Säuglingsfürsorge, der Kleinkinderfürsorge und der Fürsorge für das schulentlassene Jugendalter ist ein organisches, logisch aufgebautes Gebilde entstanden.

Es ist deshalb kein Wunder, wenn in den großen Städten, in denen alle diese Verhältnisse mehr als auf dem Lande eine schützende und sorgende Hand verlangen, in neuester Zeit die Schulgesundheitspflege auch in der Praxis in engste Berührung mit den genannten Einrichtungen gebracht wird und wenn diese alle zusammen zu einheitlicher zielbewußter Arbeit, zu einem Jugendamt¹⁾ zusammengefaßt werden. Damit ist dann, weit über den ursprünglichen Rahmen der Schulgesundheitspflege hinaus, endlich diejenige Organisation für die Praxis geschaffen, die allein imstande ist, wirklich Wertvolles unter möglichster Ausnutzung der vorhandenen Mittel zu leisten.

Für unsere Abhandlung ergibt sich daraus, daß eine große Reihe von Einrichtungen und Bestrebungen der öffentlichen Gesundheits- und Wohlfahrtspflege nicht nur vom Standpunkt der Schulgesundheitspflege allein zu betrachten sind, sondern daß sie Anspruch darauf haben, in den organischen Zusammenhang gebracht zu werden, in dem sie allein lebensfähig und lebenspendend sind, in den Zusammenhang mit allen Fragen des gesamten Jugendschutzes vom Tag der

¹⁾ Siehe S. 82.

Geburt an bis zum Abschluß der körperlichen Entwicklung.

2. Die Stellung der Schulgesundheitspflege zur Schule und zu den Organen der Gesundheits- und Wohlfahrtspflege. Die Schulgesundheitspflege ist ein Teil der öffentlichen Gesundheitspflege. Damit ist ihr zugleich ihre Stellung zu deren einzelnen Organen angewiesen. Die öffentliche Gesundheitspflege hat sich etwa seit der Mitte des vorigen Jahrhunderts eingehender mit den Einrichtungen der Schule und ihres Betriebes befaßt. In den Dienstvorschriften der beamteten Ärzte finden sich Bestimmungen, die sich auf die Durchführung der Grundsätze der Gesundheitspflege zunächst in Fragen der Gebäudehygiene beziehen. Als durch die Arbeiten von Cohn in Breslau im Jahre 1864—66 die allgemeine Aufmerksamkeit sich außerdem dem Gesundheitszustand der Kinder und der Hygiene des Unterrichts zuwandte, begann auch innerhalb der Dienst-anweisungen der beamteten Ärzte da und dort ein Niederschlag dieser Anschauungen in der Form von Anweisungen und Verordnungen sich einzustellen. Über den Rahmen medizinisch-polizeilicher Verordnungen gingen aber alle diese Vorschläge nicht oder nicht wesentlich hinaus.

Die Schulverfassung der einzelnen Staaten ist keine einheitliche. Immerhin läßt sich so viel feststellen, daß überall die Schule eine Staatsangelegenheit und nicht etwa nur Sache der Gemeinden ist, wenn auch die einzelnen Einrichtungen vielfach im Besitz und Betrieb der Gemeinden sich befinden. Beide, die öffentliche Gesundheitspflege wie die Schule, sind Sache des Staates. Es ist so ohne weiteres klar, daß auch die Schulgesundheitspflege eine Sache des Staates ist. Dieser kann die Durchführung entweder selbst in die Hand nehmen, er kann sie aber auch den einzelnen Gemeinden und Kreisen übertragen. In jedem Fall ist sein Aufsichtsrecht unbestreitbar. In der Praxis ist dies nicht unschwer durchzuführen, da der Staat in seinen Kreis- resp. Oberamtsärzten geeignete Gesundheitsbeamte schon besitzt, denen er sowohl die Arbeit des Schularztes, jedenfalls aber die Dienstaufsicht über die Schulgesundheitspflege nicht nur übertragen kann, sondern m. E. einfach übertragen muß, wenn er nicht auf seine Rechte und die damit zusammenhängenden Pflichten verzichten will. Dabei bleibt es ihm natürlich unbenommen, in der Praxis dieses Recht, wenigstens bei den unteren Instanzen, auf andere zu übertragen, wie er dies schon bei der Schule selbst gemacht hat. Er wird davon Gebrauch machen namentlich in größeren

Städten, die ihre eigenen Gesundheitsbeamten in der Form von Stadtärzten angestellt haben.

Das Verhältnis der Schulgesundheitspflege zur Schule und ihren Behörden ergibt sich daraus von selbst. Sie kann nicht Sache der Schule sein, sondern sie ist Sache des Staates oder der Gemeinde, genau wie die Schule auch. Für den Schularzt und seine Stellung zur Schule ergibt sich daraus, daß er nicht Angestellter der Schule oder der Schulverwaltung sein kann. Damit wäre seine Unabhängigkeit der Schule gegenüber verloren und damit seine Wirksamkeit eingeengt. Er kann aber auch in keinem Vorgesetztenverhältnis zur Schule stehen, da er damit seine Kompetenz wesentlich überschreiten würde. Er ist als Schularzt der gegebene technische Berater der Schulbehörden in allen Fragen der Gesundheitspflege und wird als solcher sowohl in den unteren, wie in den Mittel- und Oberinstanzen vertreten sein müssen. Demnach ist er im Lehrerkonvent, im Ortsschulrat, in den Kreis- und Provinzialschulbehörden und in den Ministerien als Berater anzustellen und zu hören.

Verwickelter werden die Verhältnisse mit dem Augenblick, in dem die Schulgesundheitspflege über den einfachen Charakter der sachverständigen Beratung hinaus sich entwickelt und die Wege der individuellen Schülerfürsorge geht. Es ist kein Zweifel, daß diese Aufgabe nicht Sache der Schule sein kann. Stets ist es Aufgabe des Elternhauses, für das körperliche Wohl der Kinder zu sorgen. Das wird ihm vielfach erleichtert durch die Zugehörigkeit zu einer Kasse. Wenn beides miteinander versagt, ist es zunächst Aufgabe der Armenverwaltung, sich der Kinder anzunehmen. Nie aber gehört es zu den Aufgaben der Schule, diese Tätigkeit auf sich zu übernehmen. Die Schule kann wohl mit herangezogen werden und wird ihre Mitarbeit gern zur Verfügung stellen. Es ist aber zweckmäßiger, den Schularzt mit all diesen Arbeiten zu betrauen, aus dem einfachen Grunde, weil sich die Fürsorgetätigkeit organisch anschließt an die Untersuchungsarbeit des Schularztes. Die Einrichtungen auf dem Gebiet der Jugendfürsorge, Ferienkolonien, Erholungsheime, Solbäder, Schulfrühstück und Mittagsspeisung, sind die Heilfaktoren für gewisse Schwächezustände, und der Schularzt muß über sie verfügen können, wie über andere Heilfaktoren auch. Zum mindesten muß die Aufnahme durch die Hände des Schularztes gehen. Inwieweit er sich an der Verwaltungsarbeit dieser Einrichtungen beteiligen kann, hängt von anderen Umständen ab. Jedenfalls muß sein Einfluß auch hier ausschlaggebend sein.

Vielfach sind die genannten Wohlfahrtseinrichtungen Schöpfungen kommunalen oder privaten Opfersinns. Die Tätigkeit des Schularztes führt ihn deshalb von selbst in das Vereinsleben auf diesem Gebiet. Seine Aufgabe wird es sein, im Interesse der Jugend eine möglichst einheitliche Zusammenarbeit all dieser verschiedenen, in Aufbau und Zusammensetzung oft auseinanderstrebenden Vereinigungen zu schaffen. Ist ihm dies gelungen, so ist von da aus nur noch ein kleiner Schritt auch zu einer organisatorischen Zusammenfassung aller dieser Bestrebungen in dem Jugendamt, in welchem dem Schularzt von selbst die wichtigste Tätigkeit zufallen wird, nämlich die des direkten Vermittlers der einzelnen Heilfaktoren an die einzelnen Schüler.

3. Das geeignetste Schularztsystem. Der Träger der Anschauungen der Gesundheits- und Wohlfahrtspflege im Gebiet der Schule ist der Schularzt. Die Wirksamkeit seiner Arbeit ist unter anderem auch von der Art und Weise seiner Anstellung abhängig, ebenso wie von der Summe von Einzelaufgaben, die ihm von seiner Behörde zugewiesen ist. Diese Fragen, welche die Anstellung und Dienstführung des Schularztes betreffen, haben in den letzten 20 Jahren einen breiten Raum in der Literatur und auf Kongressen eingenommen. Das Schularztsystem wurde so eifrig erörtert, daß es oft den Anschein hatte, als ob von seiner mehr oder weniger praktischen Lösung alles abhinge. Und doch gilt auch hier wie sonst der Satz, daß es nicht auf das Gewand ankommt, sondern auf den Mann, der drin steckt.

Der Schularzt im Hauptamt und der Schularzt im Nebenamt sind zwei besonders ausgiebig behandelte Fragen, die oft mit sehr viel Temperament behandelt wurden. Das Wiesbadener Schularztsystem sieht zahlreiche Schulärzte im Nebenamt vor, ähnliche Einrichtungen wurden in Berlin und in Breslau getroffen. Anderswo ging man zur Anstellung von einem oder einigen wenigen Schulärzten im Hauptamt (Mannheim, Dortmund). Die notwendige Zusammenfassung der Schulärzte im Nebenamt wurde erreicht entweder durch Wahl eines Schularztes zum Vorstand aller Schulärzte (Berlin) oder durch Betrauung des hauptamtlich tätigen Stadtarztes mit der Dienstaufsicht über die Schulärzte im Nebenamt (Breslau). In Stuttgart wurde der hauptamtliche Stadtarzt zugleich zum hauptamtlichen Schularzt, und es wurden ihm hauptamtliche Assistenzärzte beigegeben. Jetzt im Krieg sind sie durch nebenamtliche ersetzt, ohne daß der Betrieb irgendwie Not gelitten hätte.

Die Einrichtungen entstanden zu einer Zeit, in der die Hauptaufgabe des Schularztes innerhalb der Schule sich abspielte und

auf das Elternhaus nur wenig beeinflussend zurückgriff. So erschöpfte sich z. B. die Tätigkeit der Wiesbadener Schulärzte zunächst in der Untersuchung der Kinder und der schriftlichen Benachrichtigung der Eltern von dem Befund.

Es ist ein Verdienst von Stuttgart und Charlottenburg, das Unzulängliche dieser Einrichtung fast gleichzeitig erkannt zu haben. Schon 1904 habe ich in meinem Bericht auf dem Schularztkongreß in Stuttgart darauf hingewiesen, daß die Sorge um die Behandlung der festgestellten Schäden mit die Hauptaufgabe des Schularztes sein muß, und daß dies nicht mit einer einfachen Benachrichtigung der Eltern getan ist.

Die Fragestellung: Schularzt im Hauptamt oder Schularzt im Nebenamt ist überholt insofern, als es weniger darauf ankommt, ob einer oder mehrere Schulärzte die Kinder in der Schule und in der Sprechstunde untersuchen, sondern vielmehr darauf, daß von einer Zentrale aus das Nötige zur Beseitigung oder Linderung der Gebrechen geschieht. Je vollkommener diese Organisation ist, je reichhaltiger die Zahl der zur Verfügung stehenden Heilfaktoren ist, desto wirksamer das Schularztsystem. In großen Städten oder Kommunalverbänden wird ganz von selbst diese Tätigkeit in eine Hand gelegt werden, auf dem Lande werden sich die einzelnen Schularztbezirke mit der Zeit ebenfalls in diesem Gedanken zusammenfinden müssen zu leistungsfähigen Verbänden, die in der Lage sind, die Fürsorgeeinrichtungen zu treffen.

Es wäre nun unwirtschaftlich, diese Fürsorgeeinrichtungen lediglich im Hinblick auf die Schuljugend vom 6. bis 14. Lebensjahr zu treffen. Gerade die Skrofulose z. B. spielt im Kriech- und Spielalter der Kinder eine fast noch größere Rolle als im Schulalter, und die Maßnahmen zur körperlichen Ertüchtigung, die im Schulalter in der Form von Turnen, Spielen, Wandern geschaffen wurden, müssen doch auch auf die Zeit der schulentlassenen Jugendlichen hinübergreifen. Schon aus diesen beiden Beispielen ergibt sich, daß die Jugendfürsorge als Ganzes zu betrachten ist und — auf das Schularztsystem angewandt — den Schularzt zwingt, auch organisatorisch den Anschluß nach oben und unten zu suchen.

Auch vom Standpunkt der Leistungsfähigkeit eines Schularztsystems ist daher in Zukunft noch mehr als seither die Betonung darauf zu legen, daß ein leistungsfähiges System nur im Zusammenhang mit der gesamten Jugendfürsorge gefunden werden kann. Die Leistungsfähigkeit hängt in der Hauptsache davon ab, daß dem Schularztdienst die nötigen

Heilfaktoren zur Verfügung stehen. Dagegen ist die Frage, ob der Schularztdienst im Hauptamt oder Nebenamt zu versehen ist, dann von untergeordneter Bedeutung, wenn die örtlichen Verhältnisse einer Zentralisierung aller Fürsorgebestrebungen günstig sind, oder wenn eine solche schon bestehen sollte.

4. Die inneren Einrichtungen und Voraussetzungen eines wirksamen Schularztdienstes. Aus dem Gesagten geht hervor, daß der Schularzt einer Reihe von Hilfseinrichtungen bedarf, teils persönlicher, teils sachlicher Natur. Alles dies bedeutet eine Betonung des Geldaufwands, der immerhin ins Gewicht fällt.

Die persönliche Eignung eines Arztes zum Schularzt ist nicht ohne weiteres gegeben. So wünschenswert die Vorbildung als Kinderarzt ist, so ist doch davon allein die Eignung nicht abhängig. Vor allem ist ein warmes Empfinden für die heranwachsende Jugend nötig. Sozialhygienische Vorbildung, womöglich in der Praxis des Arztes gewonnen, Vertrautsein mit den örtlichen Bedürfnissen der einzelnen Bevölkerungsschichten, eine gründliche Kenntnis der Hygiene in Theorie und Praxis, Bekanntschaft mit den einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen, Übersicht über die örtlichen Einrichtungen ist Voraussetzung zur Eignung als Schularzt. Es wird Aufgabe des Staates sein, im Hinblick auf die Jugendfürsorge schon auf den Universitäten Gelegenheit zum Besuch der einschlägigen Vorlesungen zu schaffen und später durch Kurse, am besten im Zusammenhang mit akademischen Einrichtungen der Großstädte, Gelegenheit zur Vertiefung dieser Kenntnisse zu geben. Die Ablegung der Prüfung als Kreisarzt kommt jedenfalls dann in Frage, wenn es sich um Verbindung der Schularztstätigkeit mit der Oberamtsarztstätigkeit handelt. Am weitesten ist in dieser Beziehung bis jetzt Württemberg gegangen.

Der Schularzt im Hauptamt, ebenso der Vorstand der Schulärzte im Nebenamt, unter Umständen auch die letzteren selbst, benötigen zur Erledigung der mancherlei Schreib- und Bureauarbeiten eines Hilfspersonals, am besten Schreibhilfen. Auf dem Lande wird es ohne die Mitwirkung des Lehrers hierbei nicht abgehen. Diesem ist dafür eine besondere Entschädigung zu gewähren. Dazu kommt das Institut der Schulschwestern, welche die Fürsorgearbeiten im einzelnen durchzuführen haben. Endlich wird er, je nach der Schülerzahl, eines oder mehrerer Hilfsärzte benötigen, die entweder haupt- oder nebenamtlich tätig sein können.

An Instrumenten und Apparaten benötigt er außer den üblichen Hilfsinstrumenten des praktischen Arztes zum mindesten

einer oder mehrerer Personenwagen. Federwagen sind unzuverlässig. Bandmaße, Tasterzirkel, Meßlatten, Augenuntersuchungsapparate, Sehprobenstäfelchen, Stimmgabeln gehören ebenfalls dazu. Wünschenswert ist die Möglichkeit zur Benutzung eines Laboratoriums zur Untersuchung von Rachenabstrichen, Sputum und Urin. In großen Städten stehen ihm ferner zur Verfügung Röntgenapparate sowie die Hilfe von Spezialärzten.

An Diensträumen kommen für den Schularzt vor allem in Betracht ein Untersuchungszimmer im Schulgebäude, oft in behelfsmäßiger Form. Der Schularzt im Hauptamt bedarf neben eines Untersuchungszimmers eines Warteraums, der zugleich als Registratur dienen kann, eines Schreibzimmers für die Schreibhilfen und eines Zimmers für die Schulschwester, nebst den nötigen Nebenräumen (Bad, Aborte). — In Stuttgart und Halle a. S. sind diese Räume im Dienstgebäude des Stadtarztes vorhanden; in Mannheim ist die ganze Einrichtung in einer Reihe von Zimmern in einem Schulhaus untergebracht.

An Heilmitteln im gewöhnlichen Sinn stehen dem Schularzt keine zur Verfügung, es sei denn, daß er als Schularzt im Nebenamt zugleich auch als praktischer Arzt seine Tätigkeit ausübt. Die ärztliche Behandlung der Schulkinder ist nicht Sache des Schularztes. Dagegen wird ihm die Vermittlung ärztlicher Behandlung und geeigneter anderweitiger Fürsorge zufallen. Hier stehen zunächst zur Verfügung Milchfrühstück, Mittagspeisung, Ferienkolonien, Erholungsheime, Solbäder, Walderholungsstätten, Waldschulen u. a. Jetzt, in der Kriegszeit, wird bei der knappen Ernährung auch der Kinder häufig auf das Gutachten des Schularztes zur Gewährung von Zulagen zurückgegriffen werden müssen.

Dort, wo es sich um die Vermittlung ärztlicher Behandlung handelt, wird zunächst durch den Schularzt die Kostenfrage im Benehmen mit den zuständigen Kassen (Ortskrankenkasse, Armenkasse, Gemeindegasse) unter Beiziehung der Eltern zu regeln sein (vgl. ärztliche Behandlung). Dann aber liegt dem Schularzt besonders auch die Kontrolle ob, daß auch tatsächlich seitens der Eltern das Nötige gegen die gefundenen Krankheitszustände erfolgt. Hierin wird er unterstützt von der Schulschwester.

Wie weit nun im einzelnen diese Einrichtungen nötig und möglich sind, richtet sich ganz nach den lokalen Verhältnissen. Jedenfalls hat der Schularzt die Pflicht, sich zu vergewissern, daß bei keinem Schulkind die not-

wendige Behandlung und Fürsorge unterbleiben muß, weil es an dem guten Willen der Eltern oder an den nötigen Einrichtungen fehlt. Hier hat dann die schriftstellerische Arbeit des Schularztes, die Beeinflussung der Öffentlichkeit einzusetzen.

II. Spezielle Schulgesundheitspflege.

1. Die Hygiene des Schulhauses. Meist ist dem zuständigen Kreis- oder Bezirksarzt als Vertreter der öffentlichen Gesundheitspflege durch Dienstvorschrift eine Anweisung gegeben, die sich auf die Schulgebäude und ihre Benutzung bezieht. Schon bei der Neuanlage von Schulen, bei der Wahl des Platzes, der Orientierung des Gebäudes auf dem Platz, der Raumverteilung innerhalb des Gebäudes, bei der Wahl des Heizungs- und Lüftungssystems wird der ärztliche Rat eingeholt werden müssen. Das württembergische Oberamtsarztgesetz schreibt ausdrücklich vor, daß dem Oberamtsarzt als Schularzt Einsicht in die Pläne zu geben ist, und daß er sich über das Bauvorhaben gutachtlich zu äußern habe. Vom Standpunkt der Schulgesundheitspflege und der Schülerfürsorge sei dabei noch besonders auf die Prüfung folgender Punkte hingewiesen: Aborteinrichtung, Wasch- und Badegelegenheit, besondere Räume für Schulküchen, Kinderpeisung und Kinderhorte.

Häufiger als in Bauplansachen wird der Schularzt Gelegenheit haben, sich von der Benutzung der Schule und ihrer Nebenräume zu überzeugen und Anregungen in dieser Richtung zu geben. Bei Gelegenheit der Klassenbesuche und der für die Etatsaufstellung notwendigen Bauumgänge wird ihm in dieser Beziehung manches auffallen. Die Reinlichkeit in Gängen und Zimmern, in den Aborten und Wascheinrichtungen, die Benutzung der einzelnen Schulzimmer, ihre Belegung, die Stellung der Bänke, ihre Eignung für die anwesenden Schüler werden eingehend zu prüfen sein. Seine Wahrnehmungen wird er der zuständigen Schulbehörde schriftlich zugleich mit den nötigen Anträgen auf Abstellung vorgefundener Mißstände übergeben. Dringend zu verlangen ist, daß ihm von dem Schicksal seiner Anträge Mitteilung gemacht wird, und daß er so in den Stand gesetzt ist, die Durchführung wirksam zu kontrollieren.

Seine Besuche in der Schule wird er nicht nur in der guten Jahreszeit ausführen, sondern namentlich auch in den Übergangszeiten sich vom Zustand der Schule und ihrer Einrichtungen überzeugen.

2. Die Hygiene des Unterrichts. Sie ist ein noch umstrittenes Gebiet, auf dem der Schularzt sich noch weit mehr Klarheit verschaffen muß. Es fehlt ihm vielfach an den pädagogischen und psychologischen Vorkenntnissen. Das Einarbeiten in diese Gebiete erfordert Zeit, und nur schwer wird es dem Schularzt gelingen, sich den wünschenswerten Einfluß zu verschaffen. Zunächst, insbesondere im Anfang seiner Tätigkeit, wird er sich am besten einer gewissen Zurückhaltung befleißigen. Das hindert nicht, daß er in enger Fühlungnahme mit der Lehrerschaft, z. B. auf den Lehrerkonventen, sich zu orientieren sucht und die medizinischen Gesichtspunkte für den Unterricht zur Besprechung bringt. Ferienordnung, ungeteilter Unterricht, Schulanfang im Sommer und Winter, Zahl und Länge der Pausen, Hausaufgaben werden ihm hierzu Gelegenheit bieten, desgleichen die Verteilung der Stunden innerhalb der Tageszeit, die Aufstellung der Lehrziele für die einzelnen Klassen.

3. Die Gesundheitspflege der Schüler, die Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten und Gebrechen ist die eigentliche Domäne des Schularztes. Hier wird es ihm möglich sein, die ganze Fülle des Rüstzeugs der modernen Gesundheits- und Wohlfahrtspflege zur Anwendung zu bringen. Vor allem interessiert hier die Frage, auf welche Kreise der Jugend sich die schulärztliche Tätigkeit zu erstrecken hat.

Zunächst wird auf den Unterschied zwischen Stadt und Land hinzuweisen sein. Der Einwand, die Landkinder seien so gesund, leben unter so günstigen Bedingungen, daß eine schulärztliche Tätigkeit dort nichts zu leisten finde, ist ein irriger. Nach den ausgedehnten Erfahrungen in Württemberg ist zwar der Gesundheitszustand auf dem Land etwas besser als der der Stadtkinder, aber doch findet der Schularzt ein reiches Feld der Betätigung auf dem Gebiet der Tuberkulosebekämpfung, im Kampf gegen den Alkoholmißbrauch, im Kampf gegen frühzeitige körperliche Überbürdung.

Auch ein Unterschied zwischen den einzelnen Schulkategorien: Volksschule und höhere Schule ist nicht statthaft. Die Anforderungen an die geistige Leistungsfähigkeit unserer höheren Schüler sind keine kleinen. Gerade in den höheren Schulen ist deshalb die Zuziehung des Arztes notwendig. Die Kreise, deren Kinder die höheren Schulen besuchen, sind wirtschaftlich nicht immer besser gestellt als die der Volksschüler. Die Inanspruchnahme des Arztes vollends ist gerade dem Mittelstand, der keine Kassenärzte besitzt, viel schwerer als den Arbeitern. Der Gesundheitszustand der höheren Schüler ist ein anderer, aber nicht

besserer als der der Volksschüler, insbesondere sind die Störungen der Herztätigkeit, der Nierentätigkeit, des Nervensystems weit zahlreicher bei den höheren Schülern als bei den Volksschülern. Ganz besonders aber sind die Augen der höheren Schüler gefährdet.

Einen Unterschied zwischen den beiden Geschlechtern zu machen, ist ebenfalls nicht zulässig, auch nicht in den höheren Schulen.

Das württembergische Schularztgesetz dehnt die Tätigkeit des Schularztes aus einmal auf die Fortbildungsschüler, dann aber auch auf das Kriech- und Spielalter des Kindes. Bei den Fortbildungsschülern haben wir neben der geringen Widerstandsfähigkeit dieses Entwicklungsalters schon mit den verschiedenen spezifischen Schädigungen zu rechnen, die der Beruf des einzelnen mit sich bringt. Dazu kommt die mitunter mangelhafte Unterbringung und Versorgung der Lehrlinge bei ihren Lehrherren. Es kommen dazu die Verlockungen der Großstädte, jetzt in Kriegszeiten begünstigt durch die abnorme Höhe der Löhne der Jugendlichen. Endlich setzen in dieser Zeit die Vereinsbestrebungen ein, die als Turnvereine, als Sport- und Wandervereine, als Jungdeutschland, Pfadfinder u. a. oft recht erhebliche, zum Teil den Körperkräften nicht entsprechende Anforderungen an den wachsenden Körper stellen, wenn nicht seitens des Arztes ein Einwand erhoben wird.

Beim Rutsch- und Spielalter des Kindes ist die schulärztliche Überwachung nötig einmal mit Rücksicht auf die oft in keiner Weise den gesundheitlichen Anforderungen entsprechende Unterbringung in Krippen und Kleinkinderschulen, dann aber auch, weil in diesem Alter so häufig der Grund gelegt wird zu späteren Krankheiten¹⁾. Ich verweise nur auf Tuberkulose und Skrofulose. Zahlreiche Kinder sind als Schulkrekruten mit Rücksicht auf ihren Gesundheitszustand nicht brauchbar. Es hat keinen Sinn, sie nur vom Schulbesuch zurückzuweisen. Es müssen vielmehr auch die Maßnahmen zur Besserung der Verhältnisse getroffen werden.

4. Die Untersuchung der Kinder gibt dem Schularzt einen Überblick über den Gesundheitszustand des einzelnen Kindes sowie ganzer Klassen und Schulen. Auf ihr bauen sich alle weiteren Maßnahmen der Schulgesundheitspflege auf. Die Untersuchung der Kinder ist vorwiegend als Reihenuntersuchung ganzer Klassen, als Einzeluntersuchung in der Sprechstunde

¹⁾ Siehe S. 51f. u. 65.

des Schularztes und bei Gelegenheit der Klassenbesuche üblich.

a) Die Reihenuntersuchung ganzer Klassen und Jahrgänge. Ihre Notwendigkeit bei der Einschulung der Schulrekruten ist unbestritten. Auch das wird noch allgemein zugegeben, daß ihre Wiederholung in einer mittleren Klasse und in der Schlußklasse zweckmäßig und erwünscht ist. Bestritten wird die Notwendigkeit der jährlichen Reihenuntersuchung aller Schulklassen und betont, daß hier die Tätigkeit des Schularztes in Sprechstunde und bei den Klassenbesuchen einen vollwertigen Ersatz gewähren. Dem kann ich auf Grund meiner 14 jährigen Erfahrung als Schularzt einer Großstadt durchaus nicht beipflichten. Wir nehmen alle Schulkinder jährlich einmal in Reihenuntersuchungen durch, und die nicht zu bestreitende Mühe und Selbstüberwindung hat sich dadurch gelohnt, daß wir zahlreiche Gebrechen aufgefunden haben, die dem Auge des Lehrers und des Schularztes bei den Klassenbesuchen entgangen sind. Für diese Kinder wäre ohne die Reihenuntersuchung nichts geschehen. Im Lauf dieser 14 Jahre haben wir außerdem für jedes Schulkind durch wiederholte Untersuchungen und Aufschrieb des Befundes eine Unterlage geschaffen, deren Zusammenstellung und Verarbeitung uns in ausgezeichneter Weise bei der Bereitstellung der nötigen Fürsorgeeinrichtungen unterstützt hat. Statistik kann nicht Selbstzweck der schulärztlichen Tätigkeit sein, aber wo sie uns hilft, etwas für die Jugend zu erreichen, ist sie uns hochwillkommen. Die Veränderungen, die der Krieg bei der Jugend im Gefolge hatte, sind durch solche Untersuchungen sämtlicher Kinder klar festgelegt, und man hat nicht nötig, sich auf unzuverlässige Stichproben zu verlassen.

Die Einwände, die sich gegen die Reihenuntersuchungen richten, heben hauptsächlich die Beeinträchtigung von Gründlichkeit und Genauigkeit durch den Massenbetrieb hervor. Zeit und Mühe lohne das Ergebnis nicht.

Allerdings ist der Zeitaufwand kein kleiner, und der Arzt läuft Gefahr, im Einerlei der Massenuntersuchung früher zu erlahmen als in der abwechslungsreicheren Sprechstunde. Aber das Ergebnis lohnt sich doch, wie schon erwähnt.

Vorausbedingung ist das Vorhandensein geeigneter Räume, genügenden Hilfspersonals, das dem Arzt die einfacheren Feststellungen (Gewicht, Länge, funktionelle Prüfung von Auge und Ohr) abnimmt.

In der Praxis gestaltet sich in Stuttgart die Vornahme der Reihenuntersuchungen wie folgt:

1. Räume. Vorhanden sind (in doppelter Ausführung) 3 Untersuchungszimmer für Messen und Wägen, Prüfung von Gesicht und Gehör, ärztliche Untersuchung, nebst Warte- und Ankleideraum und den notwendigen Aborten.
2. Personal für eine Untersuchungsabteilung: 1 Arzt, 1 Schulschwester, 2 Schreibhilfen, 1 Putzfrau. Derartige Untersuchungsabteilungen sind 4 vorhanden.
3. Vorbereitung der Kinder. Die Kinder kleiden sich alle zu gleicher Zeit im Auskleideraum unter Beihilfe des weiblichen Personals aus. Sie behalten das Hemd und die Strümpfe an. Hierfür wird ein besonderer Gewichtsabzug nicht gemacht.
4. Gang der Untersuchung. Aus den Kindern einer Klasse werden 4 Unterabteilungen gebildet. Während die eine vom Arzt untersucht wird, wird die zweite gemessen und gewogen, die dritte wird auf Gesicht und Gehör geprüft, und die vierte befindet sich auf dem Abort zur Urinentnahme. Der Arzt untersucht und diktiert den Befund einer Schreibhilfe, die zweite Schreibhilfe mißt und wägt, die Schulschwester prüft die Sehschärfe mit Hilfe des Cohnschen Sehprobentäfelchens für jedes Auge getrennt und bestimmt mit Hilfe der Flüstersprache die Hörweite. Auf dem Abort wird mit Hilfe der Wartefrau der Urin in nummerierten Gläsern aufgefangen und der Kochprobe unterzogen. — Bei dieser Einteilung werden die einzelnen Unterabteilungen annähernd zur gleichen Zeit fertig, und nun erfolgt ein Austausch in den einzelnen Zimmern, bis alle 4 Abteilungen in jedem Zimmer fertig sind.
5. Zeitaufwand. Die Reihenuntersuchung einer Klasse von durchschnittlich 50 Kindern ist in längstens $1\frac{1}{2}$ Stunden, wovon $\frac{1}{2}$ Stunde auf Aus- und Ankleiden gerechnet wird, fertig. Für jedes Kind beträgt der Zeitaufwand demnach 4—5 Minuten, was immerhin genügen dürfte.
6. Fachärzte. Ihre Zuziehung zur Untersuchung erübrigt sich. Es handelt sich bei der Untersuchung nicht um Stellung von Diagnosen, sondern lediglich um eine gründliche Auswahl aller schwächlichen, gebrechlichen, schonungsbedürftigen Kinder. Die Stellung der Diagnose ist der genauen Untersuchung im Sprechzimmer vorbehalten, während die fachärztliche Mitarbeit erst bei der Behandlung der Kinder einsetzt.

7. Die Ergebnisse der Reihenuntersuchung finden Verwendung für die Auswahl der Überwachungsschüler, für die einwandfreie Feststellung von Gewicht und Länge und endlich für die schulärztliche Statistik.
8. Die Zahl der Schulkinder, die der Schularzt bei seinen Reihenuntersuchungen bewältigen kann, ergibt sich durch folgende Rechnung. Die Sommerzeit scheidet für die Untersuchung aus, da hier der Schularzt besonders auf dem Gebiet der Schülerfürsorge tätig ist (Solbäder, Ferienkolonien, Erholungsheime usw.). Im Herbst und Winter stehen für Zwecke der Untersuchung seitens der Schule rund 120 Tage zur Verfügung. Bei einer täglichen Leistung von 2 Klassen werden demnach 240 Klassen zu je 50 Schülern = 12000 Schüler untersucht werden können, eine Zahl, die auch sonst als oberste Grenze für einen Schularzt im Hauptamt anzusehen ist.

b) Die Einzeluntersuchung in der schulärztlichen Sprechstunde. Die Absicht bei der Einzeluntersuchung ist eine verschiedene. Dort, wo Reihenuntersuchungen fehlen, dient sie als ein gewisser Ersatz derselben bei der Auswahl und Überwachung der sog. Überwachungsschüler und der vom Schulbesuch ausgeschlossenen Schulinvaliden. In Verbindung mit Klassenbesuchen und Reihenuntersuchungen dient sie vor allem der Sicherung der Diagnose der dort beanstandeten Kinder.

In beiden Fällen ist sie unentbehrlich.

Weiterhin werden in der schulärztlichen Sprechstunde diejenigen Kinder untersucht, die von der Schule aus irgendeinem Anlaß zur Begutachtung auf ihren Gesundheitszustand geschickt werden, also meist Fälle zweifelhaften Charakters, wo entweder das hausärztliche Zeugnis versagt oder überhaupt nicht beigebracht wird. Dem Lehrer und dem Schulvorstand ist die schulärztliche Sprechstunde von größtem Wert, weil er hier ohne viel Zeitverlust Gelegenheit findet, ein auf eingehender Untersuchung beruhendes Gutachten über den Gesundheitszustand eines Kindes zu bekommen.

Die Häufigkeit der Sprechstunde richtet sich nach der Größe des Bezirks. Der Lehrer und der Schulvorstand sollten jedenfalls jederzeit in der Lage sein, Kinder in die Sprechstunde zum Schularzt schicken zu können. Es ist nicht nötig, daß diese Sprechstunde im Schulhaus selbst stattfindet. Der Schularzt im Nebenamt wird die Schulkindersprechstunde ohne weiteres in Verbindung mit seiner allgemeinen Sprechstunde bringen können. Der Schul-

arzt im Hauptamt wird täglich 1—2 Stunden für seine Sprechstunde auf seinem Amtszimmer aufzuwenden haben. Auf dem Lande ergeben sich hier Schwierigkeiten, die eben mit der Entfernung des Arztes überhaupt zusammenhängen. Hier wird die Sprechstunde häufig ebenfalls in Zusammenhang mit der ortsüblichen Sprechstunde des Arztes gebracht.

c) Die Klassenbesuche geben dem Schularzt Gelegenheit, die Kinder in ihrer nächsten Umgebung in der Schule, bei ihrer Arbeit zu sehen. Neben der Besichtigung der einzelnen Kinder ist deshalb hier ein Auge auf die Einrichtung und Betrieb der Klasse zu richten.

In manchen Städten dient der Klassenbesuch hauptsächlich zur Ermittlung kränklicher Kinder. Daß er hierzu nicht das unter allen Umständen geeignete Mittel ist, habe ich schon ausgeführt. Zugleich dient er der Überwachung der Überwachungsschüler.

In erster Linie wird der Klassenbesuch Aufschluß über die äußere Haltung der Klasse, die Reinlichkeit der Kinder, die Sitzordnung geben. Dann wird der Schularzt im Benehmen mit dem Klassenlehrer die Versäumnisse der Kinder in der Versäumnisliste durchgehen und auf diese Weise manchen Schüler finden, dessen nähere Untersuchung in der Sprechstunde erwünscht ist. Auf das Auftreten ansteckender Krankheiten wird dabei ein Augenmerk gerichtet werden können.

Endlich wird sich der Schularzt an der Hand der Gesundheitsbogen überzeugen, ob für alle die wegen Seh- und Hörstörungen notierten Kinder das Erforderliche geschehen ist, ob sie in ärztlicher Behandlung stehen, ob sie die vorgeschriebenen Brillen tragen, ob der ihnen angewiesene Platz der richtige ist. Ebenso wird er nach den wegen anderer Schwächezustände vermerkten Kindern sehen und feststellen, was für sie geschehen ist und was noch etwa geschehen kann.

Zweckmäßig ist es, wenn die Schulschwester bei diesen Klassenbesuchen des Schularztes mit anwesend ist. Eine ganze Anzahl kleinerer und größerer Anstände kann auf diese Weise rasch erledigt werden.

Bei den Klassenbesuchen findet der Schularzt noch Gelegenheit, sich mit den Lehrern bekannt zu machen und in zwangloser Form Anregung zu geben und zu nehmen.

Die Kontrolle des Gebäudes, der Schulzimmer und Nebengelasse, sowie ihrer Einrichtung schließt sich ohne weiteres an die bereits angeführten Maßnahmen an.

Die Häufigkeit der einzelnen Klassenbesuche schwankt in weiten Grenzen, je nachdem, ob sich in ihnen die Haupttätigkeit des Schularztes abspielt, oder ob sie nur als Kontrollbesuch gedacht ist. Im letzteren Fall genügt ein zweimaliger Besuch im Jahr, einmal im Sommer und im Winter, eventuell in den Übergangszeiten.

Die für die Kontrollbesuche benötigte Zeit beläuft sich nach meinen Erfahrungen, wenn alles gründlich vorbereitet ist, bei der einzelnen Klasse auf 15—20 Minuten. In der Stunde erledigt der Schularzt ohne Mühe 3—4 Klassen. Selbstverständlich wird man mehr Zeit brauchen, wenn man bei den Klassenbesuchen unter Umständen Arbeiten vornimmt, die eigentlich in die Sprechstunde gehören, z. B. eingehendere Untersuchung von Schülern, weitläufige Besprechungen mit Lehrern und Rektoren.

5. Die Schulschwester. Die Notwendigkeit, die beratende Arbeit des Schularztes in direkte Arbeit zum Nutzen des Schulkindes umzusetzen, hat zur Einführung der Schulschwester geführt. Ohne ihre Kleinarbeit ist die beste schulärztliche Einrichtung zu einer gewissen Wirkungslosigkeit verdammt.

Die verschiedenen Dienstanweisungen unterscheiden meist zwischen der Hilfstätigkeit der Schulschwester bei den schulärztlichen Untersuchungen und der Fürsorgetätigkeit für die beanstandeten Kinder. Dazu kommt noch als Drittes eine gewisse selbständige Tätigkeit in Sachen der Ungezieferbekämpfung. Die Dienstvorschriften sind in manchen Städten peinlich genau ausgearbeitet, in anderen wieder nur in wenigen Sätzen umschrieben.

Im allgemeinen ist die Schulschwester unmittelbar dem Schularzt unterstellt, nach dessen Anweisungen sie im einzelnen ihren Dienst auszuüben hat. Anderswo, z. B. in Essen, ist sie unmittelbar dem Oberbürgermeister unterstellt. Zweckmäßig ist es, sie dort, wo ein Schularzt im Hauptamt tätig ist, diesem zu unterstellen und nicht etwa der Schulleitung.

Die Zahl der Kinder, die einer Schulschwester anvertraut werden können, schwankt je nach den sozialen und wirtschaftlichen Verhältnissen ihres Bezirks. Im allgemeinen werden ihr nicht mehr als 5—6000 Kinder anvertraut werden können. Wenn wir uns erinnern, daß ein Schularzt im Hauptamt etwa 10—12000 Kinder versorgen kann, so wird er hierzu mindestens 2 Schulschwester nötig haben.

Die Vorbildung der Schulschwester. Erforderlich ist neben guter Allgemeinbildung und guten Kenntnissen in Haushaltung unbedingt die Ausbildung als Krankenschwester.

Nicht weil sie ihre hierbei erworbenen Kenntnisse zur Pflege der Kinder direkt verwenden kann — das ist nicht ihre Aufgabe —, sondern weil sie nur auf diese Weise die nötigen gründlichen Kenntnisse besitzt, die ihr den Eltern der Kinder gegenüber die nötige Geltung verschaffen. Der Posten einer Schulschwester ist im übrigen kein Ruheposten für ältere, im Krankendienst nicht mehr verwendbare Schwestern, er erfordert vielmehr eine volle ungebrochene körperliche und geistige Kraft. Insbesondere darf es den Schwestern nicht an Tatkraft fehlen.

Das Gehalt einer Schulschwester schwankt zwischen 1500 bis 2500 Mk. pro Jahr.

Die Kreise, in denen die Schulschwester ihre Hauptarbeit zu verrichten hat, sind dieselben, die auch sonst eine Reihe öffentlicher Einrichtungen in Anspruch nehmen müssen. Die Tuberkulosefürsorge, die Wohnungsaufsicht, die offene Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, die Berufsvormundschaft, das Armenamt lassen durch ähnlich vorgebildete Persönlichkeiten die Fürsorge im einzelnen ausüben. Da kann es in der Praxis nicht ausbleiben, daß ein und dieselbe Familie am gleichen Tag oder doch kurz nacheinander die Besuche der Schulschwester, der Tuberkuloseschwester, der Wohnungspflegerin, der Waisenspflegerin oder Säuglingsschwester erhält. — Dieses Vorgehen ist unwirtschaftlich und gefährdet den Erfolg häufig durch nicht ganz übereinstimmende Anordnungen.

Es liegt nun nahe, eine Organisation zu schaffen, welche unter Schaffung kleiner Bezirke alle die erwähnten Funktionen einer einzigen Persönlichkeit überträgt, die damit natürlich über den Rahmen der eigentlichen Schulschwester hinauswächst und als „Fürsorgerin“ eine wesentlich umfassendere und wirkungsvollere Tätigkeit ausüben wird als die Schulschwester.

Vorbedingung ist hierbei, daß die Gesundheits- und Wohlfahrtspflege in dem betreffenden Bezirk so zentralisiert ist, daß der gleiche ärztliche Leiter in allen einzelnen Zweigen tätig ist, daß also ein ärztlich geleitetes oder wenigstens einheitlich beratenes Jugendamt besteht¹⁾.

In Württemberg ist in jüngster Zeit diese ganze Fürsorgefragenfrage durch Ministerialverordnung erledigt worden, deren Anordnungen als vorbildlich zu bezeichnen sind und deshalb hier Platz finden sollen²⁾:

¹⁾ Siehe S. 82.

²⁾ Siehe auch S. 59.

Bekanntmachung des Württemb. Ministeriums des Innern, betr. die Ausbildung von Fürsorgerinnen, vom 6. Okt. 1917.

Damit den Trägern der allgemeinen Wohlfahrtspflege und des öffentlichen Gesundheitswesens zur Erfüllung ihrer Aufgaben zweckentsprechend vorgebildete Hilfskräfte zur Verfügung stehen, werden nachstehend bezeichnete Einrichtungen getroffen.

§ 1. Für weibliche Personen, welche die in § 4 beschriebene Vorbildung nachweisen, wird an staatlichen oder vom Staate anerkannten Fürsorgerinnenschulen ein etwa 6 Monate dauernder Lehrgang eingerichtet. Sitz und Namen der Fürsorgerinnenschulen werden im Staatsanzeiger und im Amtsblatt des Ministeriums des Innern bekanntgegeben.

§ 2. In dem Lehrgang sollen die Schülerinnen die zur Vernehmung der Stelle einer Fürsorgerin¹⁾ und dergleichen erforderlichen Rechtskenntnisse sich aneignen und über den neuesten Stand der Wohlfahrts- und Fürsorgebestrebungen auf den für sie wichtigen Gebieten unterrichtet werden. Es wird ihnen ferner ein Überblick über die in Württemberg vorhandenen wichtigsten Wohlfahrtseinrichtungen und Wohltätigkeitsanstalten gegeben, auch sollen sie in die Geschäftsführung einer Reihe dieser Einrichtungen und Anstalten praktisch eingeführt werden. Zugleich wird ihnen die Gelegenheit geboten, die Fertigung von Eingaben an Behörden und Anstalten sowie die Kassen- und Rechnungsführung zu erlernen.

§ 3. Die Lehrgänge werden nach Bedarf abgehalten. Sie erstrecken sich insbesondere auf die württembergische Behördenorganisation, die Grundzüge der Arbeiter- und Angestelltenversicherung, des Armenrechts, des Vormundschaftswesens, der Fürsorgeerziehung, auf die Kriegsfürsorge, auf das Gesetz über die Kost- und Pflegekinder, die württembergische Schularzt-einrichtung, die Vorschriften über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, auf die Wohnungspflege, die Tuberkulosefürsorge und die Trinkerfürsorge.

¹⁾ Die Fürsorgerin soll im wesentlichen belehrend und unterstützend wirken, nicht aber selbst Kranke, Säuglinge usw. pflegen. Sie soll die Lehren und Grundsätze einer richtigen Menschenpflege in die Familien hineinbringen; da, wo man der Hilfe des Arztes bedarf, soll sie seine Berufung betreiben; wo anstaltsbedürftige Familienangehörige sind, soll sie mit Rat und Tat an die Hand gehen. Die Familien, die auf sie angewiesen sind, soll sie durch Hausbesuche und durch Anwohnen bei den Tagfahrten des öffentlichen Impf- und Schularztes herausfinden. Es liegt auf der Hand, daß sich zur Fürsorgerin nur begabte, geistig regsame und gewandte Frauen eignen.

§ 4. Die Voraussetzungen für die Zulassung zu einem Lehrgang sind:

1. guter Leumund (nachzuweisen durch ein Leumundszeugnis);
2. ein Alter von in der Regel mindestens 25 bis höchstens 40 Jahren;
3. gute Schulbildung. Bloße Volksschulbildung genügt nur ausnahmsweise und wenn eine entsprechende Fortbildung stattgefunden hat;
4. praktische Ausbildung und Erfahrung in der Haushaltung (Flicken, Nähen, Kochen, Behandlung der Wäsche usw. durch Zeugnisse nachzuweisen);
5. der Besitz des Ausweises als staatlich geprüfte Krankenpflegerin mit mindestens dem Zeugnis „gut“;
6. der Besitz des Ausweises als staatlich geprüfte oder anerkannte Säuglingspflegerin;
7. der Nachweis der Ausbildung in der Wochenpflege.

§ 5 und § 6 handelt von der Prüfung der Zulassungsgesuche und von den praktischen Übungen.

§ 7. Nach Abschluß eines Lehrgangs findet in Gegenwart eines Regierungsvertreters eine Abgangsprüfung statt. — Wer die Prüfung mit Erfolg abgelegt hat, gilt als staatlich anerkannte Fürsorgerin und erhält hierüber einen vom Ministerium des Innern ausgefertigten Ausweis.

§ 8. Sportelansätze.

Wenn so in einigen Jahren in jedem Stadt- und Landbezirk eine oder mehrere derartiger Fürsorgerinnen tätig sein werden, ist damit zu rechnen, daß die Jugendfürsorge und damit auch die fürsorgende Seite der Schulgesundheitspflege erfolgreiche praktische Arbeit leisten wird. Es wird ein Verdienst der Schulschwester gewesen sein, gezeigt zu haben, wie hoch die Mithilfe sachverständiger Frauen gerade auf diesem Gebiet anzuschlagen ist, so daß die bei ihrer Tätigkeit gemachten günstigen Erfahrungen dazu geführt haben, Ähnliches auch bei den übrigen Zweigen der Jugendfürsorge zu erwarten.

6. Die ärztliche Behandlung der Schuljugend ist nicht Aufgabe des Schularztes. Er hat lediglich die Aufgabe, diese Behandlung zu vermitteln. Dem steht auf der anderen Seite nichts im Wege, daß Schularzt und behandelnder Arzt, namentlich beim Schularzt im Nebenamt oder in ländlichen Distrikten oft eine und dieselbe Person sein können. Aber, und das ist das

Ausschlaggebende — es ist nicht Aufgabe der Schule, die Leistung des Arztes zu bezahlen. Dies ist stets Sache der Eltern bzw. der von diesen in Anspruch zu nehmenden Kassen.

Ehe daher eine Gemeinde an die Regelung der ärztlichen Versorgung ihrer Kinder geht, ist es zunächst notwendig, festzustellen, in welchem Umfang Kinder vorhanden sind, deren ärztliche Versorgung weder durch Kassen noch durch die Armenverwaltung sichergestellt ist. Die Verhältnisse weichen hier in den einzelnen Gemeinden erheblich voneinander ab, da namentlich die Leistungen der Ortskrankenkassen hierbei nicht überall die gleichen sind, insofern die freie ärztliche Versorgung ebenso wie die Versorgung mit freier Apotheke zu den freiwilligen Kassenleistungen gehört. Jetzt im Krieg haben zudem manche Kassen ihre freiwilligen Leistungen erheblich einschränken müssen.

Darüber, daß eine solche Regelung notwendig ist, kann ein Zweifel nicht bestehen. Ein gewisser Prozentsatz der Eltern, nicht nur solcher, die ihre Kinder in die Volksschule schicken, sondern auch solcher, deren Kinder höhere Schulen besuchen, ist wirtschaftlich in einer Lage, daß die Inanspruchnahme eines Arztes mit Rücksicht auf die dadurch entstehenden Kosten so lange als irgend möglich hinausgeschoben wird, abgesehen von manchen gleichgültigen Eltern, die sich um das Wohl ihrer Kinder nicht in dem nötigen Maße kümmern. Die Verweisung dieser Eltern an das Armenamt hat die Folge, daß ärztliche Hilfe überhaupt nicht in Anspruch genommen wird.

Erhebungen in der oben angedeuteten Richtung wurden in großem Umfang zuerst in Stuttgart im Jahr 1904 angestellt. Es stellte sich dabei heraus, daß 72 % der Kinder Arzt und Apotheke durch die Kassenmitgliedschaft ihrer Eltern frei hatten. Weitere 4 % stehen in Armenfürsorge, sind demnach auch versorgt, der Rest von 24 % = 400 Kinder war unversorgt. Inzwischen haben sich die Verhältnisse noch wesentlich zugunsten der schon versorgten verschoben. Nach den Aufschrieben der Ortskrankenkasse betrug in den Jahren 1899—1902 der Aufwand für Arzt, Apotheke und Kurmittel (Bäder usw.) die Summe von rund 12 Mk. pro Kopf und Jahr. Dies würde für die in Betracht kommenden Kinder einen Aufwand von $400 \times 12 = 4800$ Mk. ergeben. Tatsächlich ist diese Summe auch heute noch genügend.

War so die ärztliche Behandlung geldlich sichergestellt, so erhebt sich die zweite Frage, wie die Behandlung durchzuführen ist, ob durch die Gesamtheit der Ärzte auf Grund der freien Arztwahl oder durch die Errichtung besonderer Polikliniken.

Dort, wo klinische und poliklinische Institute schon bestehen, also namentlich in den Universitätsstädten, ist es das Gegebene, sie auch für die ärztliche Versorgung der Schulkinder heranzuziehen. Anderswo kann es zweckmäßiger sein, die Lösung auf dem Gebiet der freien Arztwahl zu suchen. Es ist keine Frage, daß diese Lösung die glücklichere ist, insofern sie den berechtigten Interessen des Ärztestandes weitgehend Rechnung trägt und namentlich dort, wo die Tätigkeit eines Schularztes im Hauptamt vielleicht diese Interessen zu verletzen scheint, mit dazu beiträgt, die Stellung der Ärzteschaft gegenüber der Schularzteinrichtung auch auf dem Weg über das Erwerbsleben günstig zu beeinflussen.

Im nachstehenden möge das Muster eines Vertrags zwischen Stadtverwaltung und Ärzten über Behandlung bedürftiger Kinder Platz finden:

Vertrag mit dem Verein für freie Arztwahl über die spezialärztliche Behandlung für Schulkinder.

Die bürgerlichen Kollegien haben am 12. März 1908 beschlossen, von seiten der Stadtverwaltung mit dem Verein für freie Arztwahl einen Vertrag abzuschließen dahingehend, daß durch Spezialisten für Augen- und Ohrenkrankheiten sowie Orthopädie für die Behandlung bedürftiger Schulkinder, die nach Anweisung des Stadtschultheißenamts auf Kosten der Stadt erfolgen kann, ein möglichst niedriger Satz berechnet werden soll. Der von dem genannten Verein auf Grund der stattgehabten Verhandlungen entworfene und hierher übergebene Vertrag hat nach Vornahme einiger von der gemeinderätlichen Abteilung für innere und ökonomische Verwaltung vorgenommenen unwesentlichen Abänderungen folgenden Wortlaut:

§ 1. Die Mitglieder des Vereins übernehmen, soweit sie sich dazu bereit erklärt haben, die ärztliche Beratung und Behandlung derjenigen Schulkinder, die ihnen vom Stadtarzt zugewiesen werden und sich über diese Zuweisung durch eine Bescheinigung ausgewiesen haben. Eine Beeinflussung durch den ersten Stadtarzt bezüglich der Wahl des zuzuziehenden Arztes ist in allen in Betracht kommenden Fällen (auch bei den auf Kosten der Eltern oder einer Kasse zu handelnden Kindern) ausgeschlossen.

§ 2. Die Zuweisung von Schulkindern durch den Stadtarzt erfolgt nur insoweit, als die Eltern nicht zahlungsfähig sind und für die ärztliche Behandlung ihrer Kinder keinen Anspruch an eine Krankenkasse haben.

Den Kindern wird von der Stadtarztstelle ein Überweisungsschein ausgestellt. Die Stadtarztstelle bestimmt, ob ein Kind in die Behandlung eines Spezialarztes, und zwar welcher Spezialisierung, oder eines allgemeinen Praxis ausübenden Arztes kommen soll. Im übrigen steht den Eltern die Wahl des Arztes unter den Vertragsärzten frei.

Der Wechsel des Arztes ist nur mit Genehmigung der Stadtarztstelle und nach Anhörung des zuerst zugezogenen Arztes gestattet.

§ 3. Der Verein verpflichtet sich, für die ausreichende Zahl von Ärzten zu sorgen. Er stellt jeweils auf 1. Januar eine Liste der Vertragsärzte auf.

Die Stadtgemeinde verpflichtet sich, keinen anderen Ärzten, als den ihr vom Verein bezeichneten, Schulkinder zuzuweisen oder Rechnungen anderer Ärzte zu bezahlen.

§ 4. Der Arzt hat spätestens am dritten Tage nach der ersten Beratung unter Benutzung des zur Verfügung zu stellenden Formulars und frei gelieferten Dienstkuverts dem I. Stadtarzt die Diagnose mitzuteilen.

§ 5. Für die ärztliche Behandlung werden die niedersten Sätze der Gebührenordnung vergütet.

Es ist jedoch der Stadtarztstelle sofort Mitteilung zu machen, wenn zu erwarten ist, daß die ärztliche Behandlung voraussichtlich höhere Kosten als 15 Mk. verursachen wird, und die Behandlung ist jedenfalls bis zum Einlauf eines neuen Überweisungsscheins einzustellen, wenn die Forderung des Arztes 15 Mk. erreicht hat.

Die Gültigkeit eines Überweisungsscheins läuft mit der 13. Woche nach dem Tag der Ausstellung ab, auch wenn die Forderung des Arztes die Höhe von 15 Mk. noch nicht erreicht hat.

Für Forderungen, die sich nicht im Rahmen der vorstehenden Bestimmungen bewegen, kommt die Stadtgemeinde nicht auf.

Die Rechnungen sind vierteljährlich, d. h. auf den Quartalsersten, einzureichen. Rechnungen, die nicht spätestens ein Vierteljahr nach dem Quartalsersten eingehen, ist die Stadt nicht zu bezahlen verpflichtet.

§ 6. Allenfallsige Beschwerden gegen Mitglieder des Vereins für freie Arztwahl sind dem I. Stadtarzt vorzulegen, welcher sich dieserhalb mit dem Vorstand des Vereins für freie Arztwahl ins Benehmen zu setzen hat. Der Verein für freie Arztwahl erledigt derartige Beschwerden entsprechend der §§ 28—30 seiner Satzungen.

Rechnungen, welche der I. Stadtarzt beanstandet, sind der Honorarprüfungskommission zur Begutachtung vorzulegen.

§ 7. Alle Formulare, die zur Durchführung dieses Vertrags nötig sind, werden zwischen der Stadtarztstelle und dem Verein für freie Arztwahl vereinbart.

§ 8. Der Assistent des I. Stadtarztes ist mit Ausnahme der in § 2 Abs. 1 und 2 aufgeführten Funktionen nicht zur Stellvertretung des I. Stadtarztes berechtigt, soweit er nicht im allgemeinen Stellvertreter des Stadtarztes ist.

§ 9. Soweit in diesem Vertrag von dem Stadtarzt die Rede ist, tritt an dessen Stelle der von der Stadtverwaltung beauftragte Arzt innerhalb seines Geschäftskreises.

§ 10. Jedem der Vertragsschließenden steht nach vorgegangener dreimonatlicher Kündigung das Recht des Rücktritts vom Vertrag frei.

Das gleiche Verfahren verdient auch alle Beachtung bei der Errichtung der Schulzahnkliniken; doch ist gerade hier meist der Weg der Errichtung von Polikliniken gewählt worden, nicht zuletzt auf Anregung der Zahnärzte selbst. Die Praxis hat die Schulzahnklinik, wie sie hauptsächlich von Jessen-Straßburg

empfohlen wurde, gutgeheißen, und es sind in der Erkenntnis der Wichtigkeit eines gesunden Gebisses und der leidigen Tatsache, daß ein solches bei annähernd 95 % der Schulkinder nicht zu finden ist, in nachstehenden Städten Schulzahnkliniken auf Kosten der Stadtverwaltung eingerichtet und im Betrieb: Aachen, Altona, Berlin, Bielefeld, Breslau, Cassel, Charlottenburg, Colmar, Cöln, Cottbus, Cronberg, Danzig, Darmstadt, Diedenhofen, Dortmund, Dresden, Eich, Elmshorn, Ems, Erfurt, Frankfurt a. M., Freiburg i. B., Friedenau, Fürth, Gebweiler, Gießen, Glogau, Gotha, Grunewald, Hamburg, Hannover, Heidelberg, Hochheide, Höchst, Holzminden, St. Johann, Kaiserslautern, Karlsruhe, Königsberg, Konstanz, Leipzig, Lennep, Malstadt, Markirch, Meiningen, Minden, Montigny, Mühlhausen, Neustadt a. H., Nordhausen, Nürnberg, Offenbach, Paderborn, Pankow, Posen, Stuttgart, Ulm, Waldenburg, Wiesbaden, Worms, Würzburg.

Für die Einrichtungs- und Betriebskosten wurden vor dem Krieg meist 1 Mk. pro Jahr und Schulkind in Rechnung gestellt.

7. Krankheitsbezeichnungen, Formulare, Statistik. Die Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchung verlocken zu statistischer Bearbeitung. Erst durch eine klare übersichtliche Zusammenfassung bekommen sie einen Wert für die Öffentlichkeit, ebenso für den Schularzt selbst, der sie nun mit den Ergebnissen aus anderen Schulen und Städten vergleichen kann oder vielmehr könnte, wenn die Zahlen überall auf dieselbe Weise gewonnen und nach denselben Grundsätzen verarbeitet würden. Da dies nicht der Fall ist, da insbesondere die Grundbedingung einer einheitlichen Bezeichnung der Krankheiten noch nicht erfüllt ist, sind alle Versuche in dieser Richtung bis jetzt noch aussichtslos.

Jede statistische Arbeit beginnt schon mit der Gewinnung des Urmaterials. Das Urmaterial besteht bei den schulärztlich-statistischen Arbeiten aus den *Gesundheitsbogen*¹⁾. Dieselben enthalten neben den Angaben der Eltern und Lehrer in anamnestischer Hinsicht die Feststellungen der schulärztlichen Untersuchungen und die Vorschläge zur Beseitigung etwaiger Schäden.

Dieser Gesundheitsbogen begleitet den einzelnen Schüler durch die ganze Schulzeit, wird beim Wechsel einer Schule mit den übrigen Schülerpapieren von der alten Schule der neuen übergeben und beim Austritt des Schülers in einer besonderen Registratur gesammelt, wo er noch mehrere Jahre, mindestens bis zur Erreichung des militärpflichtigen Alters, aufzubewahren ist.

¹⁾ Vgl. auch S. 29 u. 149.

Schon die Frage, ob für jeden Schüler ein solcher Bogen anzulegen ist oder nicht, ist noch nicht einheitlich gelöst. An manchen Orten (z. B. für ganz Württemberg) ist die Frage in bejahendem Sinn gelöst, anderswo begnügt man sich mit der Aufstellung von Gesundheitsbogen für die Überwachungsschüler. Die Anlage eines Gesundheitsbogens für jeden Schüler ist zwar eine Vermehrung des Schreibwerks und verlangt eine gewisse Mühe und Arbeit, aber diese Mühe ist nicht umsonst. Wir gewinnen dadurch erst die Möglichkeit einer Beleuchtung der Gesundheitsverhältnisse der Schüler in ihrer Gesamtheit. Schon allein die anamnestischen Angaben sind wertvoll und gewähren Anhaltspunkte und Unterlagen für eine Reihe von Fürsorgemaßnahmen. Dann aber enthält ein solcher Bogen noch mindestens die Ergebnisse der jährlichen Wägung und Messung, auf Grund deren wir weitere individuelle und allgemeine Fürsorgemaßnahmen anregen und einrichten können.

Von manchen Schulärzten wird beanstandet, daß auf den Gesundheitsbogen der Schüler die Einträge sehr lückenhaft geführt sind. Das darf natürlich nicht zur Regel werden, rührt aber nach meiner Erfahrung häufig von einer wenig zweckmäßigen Überfülle an Vordrucken her.

Die schulärztliche Tätigkeit ist eine andere als die des Klinikers. Es kommt auf das Ausscheiden der zu beanstandenden Schüler an, nicht auf eine bis ins einzelne gehende Diagnosenstellung. Das wird bei den Vordrucken häufig übersehen. Jedes für die Schule wichtige Organ aufzuführen, ist ebenfalls nicht nötig. Eine kurze Notiz, ein Wort, ja nur ein Zeichen genügt dem Schularzt, um zu wissen, daß dem Inhaber der Karte eine besondere Aufmerksamkeit in der oder jener Hinsicht zu widmen ist.

Es ergibt sich daraus eine Beschränkung der Vordrucke auf gewisse Organgruppen.

Ehe man sich mit der Aufstellung dieser Vordrucke befaßt, ist es notwendig, sich über die einzelnen Krankheitsbezeichnungen, die bei der schulärztlichen Untersuchung als möglich anzusehen sind, klar zu werden immer unter dem Gesichtspunkt, daß es sich, ob nun Massenuntersuchungen oder Sprechstundenuntersuchungen vorgenommen werden, nie um die gleichen Bestrebungen handelt, die der Kliniker, der behandelnde Arzt verfolgt.

Unter diesen Gesichtspunkten ist die nachstehende Klassifikation entstanden, die in Anlehnung an den vom Staate vorgeschriebenen Gesundheitsbogen bei uns in Württemberg üblich ist, und nach der wir seit 14 Jahren arbeiten:

1. Gewicht und Maß wird stets von dem nur mit Hemd und Strümpfen bekleideten Kinde notiert. Beim Brustumfang wird Inspiration und Expiration aufgezeichnet, gemessen über die unbedeckte Brust bei herabhängenden Armen.

2. Der äußere Habitus ist eine nur schwer zu fixierende, subjektiven Einflüssen in der Beurteilung unterworfenen Sache. Wir haben uns seit Jahren dadurch geholfen, daß aus der Gesamtzahl der Kinder zunächst die blassen, blutarmen ausgeschieden wurden. Aus beiden Gruppen, den blühenden und den blutarmen, wurden dann die mageren und die wohlgenährten ausgeschieden, und der Rest wurde mit „mittel“ bezeichnet, je mit oder ohne den Zusatz „blaß“.

3. Rachitis wurde nur notiert beim Vorhandensein der bekannten Verbiegungen und Verdickungen der Röhrenknochenepiphysen, bei Vorhandensein deutlicher Veränderungen des Brustkorbs, beim Rosenkranz, sowie beim Vorhandensein rachitischer Zähne. Das subjektive Ermessen ist weder hier noch bei Ziffer 2 auszuschalten.

4. Brüche wurden bei Knaben durch Inspektion festgestellt unter Hustenlassen oder Pressen; bei Mädchen wurde überhaupt nicht danach gefahndet.

5. Wirbelsäuleverkrümmungen wurden notiert, einerlei ob es sich um Haltungsfehler oder um nicht auszugleichende dauernde Verbiegungen handelt, da in beiden Fällen doch der Rat des Orthopäden einzuholen ist.

6. Adenoide Wucherungen galten als festgestellt, wenn behinderte Nasenatmung vorhanden war, oder wenn bei der Inspektion eine Vergrößerung der Rachenmandeln festzustellen war. Eine Untersuchung mit dem Finger verbietet sich von selbst.

7. Zähne. Hier wurden die schlechten und fehlenden notiert.

8. Herz. Im allgemeinen kann bei Massenuntersuchungen nur auskultiert werden. Mit der Bezeichnung „Herzfehler“ war man sehr vorsichtig. Diese Diagnose wurde nur bei Geräuschen und Verbreiterung der Herzdämpfung gestellt, während alles übrige unter der Bezeichnung „Herzgeräusche“ zusammengefaßt wurde. Auffallende Schwankung oder Beschleunigung der Herzaktivität wurde als „Aktion“ notiert.

9. Lunge. Die gewöhnlichen katarrhalischen Erkrankungen bedürfen keiner Erläuterung. Das puerile Atmen darf hier nicht übersehen werden.

10. Tuberkulose. Im allgemeinen wurde bei der Untersuchung nur die Diagnose Tuberkuloseverdacht gestellt und die

Kinder zu nochmaliger genauer Untersuchung bestellt. Erst wenn hier sich die Erscheinungen durch Auskultation und Perkussion wiederholt feststellen ließen, wurde die Diagnose Tuberkulose gestellt. Von der Cutanreaktion nach Pirquet wurde nach eingeholter Erlaubnis der Eltern sehr häufig Gebrauch gemacht.

11. Drüsen wurden nur notiert, wenn entweder ganze Reihen oder einzelne besonders große festzustellen waren. Die häufigen, kleinen, harten, vereinzelt Drüsen wurden nicht gezählt. Das subjektive Ermessen hat hier wieder einen ziemlich weiten Spielraum.

12. Urin. Der von jedem Kind frisch gelassene Urin wird in nummerierten Gläsern aufgefangen, in nummerierten Reagenzröhrchen durch Kochprobe im Wasserbad untersucht. Positive Fälle werden nach Esbach quantitativ weiter untersucht und zentrifugiert. Die mikroskopische Untersuchung des Sediments schließt die Untersuchung ab. In positiven Fällen wurde regelmäßig der Urin verschiedener Tageszeiten untersucht.

13. Augen. Die Sehschärfe jedes Auges wurde für sich mit den Cohnschen Täfelchen untersucht und notiert. Augenleiden wurden ebenfalls notiert. Die Brechungsfehler können, wie wiederholte mißglückte Versuche beweisen, bei Massenuntersuchungen nicht festgestellt werden. Auf sie wird bei den Klassenbesuchen gefahndet werden. Die verdächtigen Kinder werden dann einzeln in die Sprechstunde bestellt.

14. Ohren. Jedes Ohr wurde für sich durch Flüstersprache mit Residualluft auf die Entfernung von 8 m geprüft. Eine Spiegeluntersuchung wurde nur in besonderen Fällen vorgenommen.

15. Etwaige nervöse Störungen werden jeweils bei den betreffenden Organen eingetragen oder, wenn es sich um Krankheitsbilder wie Chorea, Epilepsie usw. handelt, bei den „inneren Organen“ verzeichnet. Die Zahlen sind so gering, daß sich besondere Vordrucke gar nicht lohnen.

Aus dem begedruckten Gesundheitsbogen geht nun deutlich die Form der Benutzung hervor.

Für die Anamnese kommen in Betracht folgende Punkte: Name, Geburtstag, Geburtsort des Kindes. Stand der Eltern. Zahl der Geschwister. Wohnung. Schule und Klasse. Beginn der Schulzeit, frühere Krankheiten, Gesundheitszustand der Familie, Entwicklung des Kindes. Häusliche Verhältnisse. Jetzt im Krieg wird außerdem nach der Art der Verköstigung, ob zu Hause oder in öffentlichen Speiseanstalten, gefragt. Alle diese

Vor- und Zuname: *Samstag, Bernhard,*
geboren den 5. 7. 02 zu Stuttgart

Vater:	Mutter:
<i>Julius —, Schutzmann</i>	<i>Emilie —</i>
<i>1911 Polizeiwachtmeister</i>	<i>Haushalt.</i>

Geschwister: *2 Knaben, 4 Mädchen. Gesund.*

Wohnung:	Schule:
<i>1902 Leonhardstr. 11 II</i>	<i>kath. Schloßschule II</i>
<i>1916 Langestr. 26. Untertürkheim.</i>	<i>„ „ III</i>
.....	<i>Länderschule IV</i>
.....	<i>„ V</i>
.....	<i>„ VI</i>
.....	<i>„ VII</i>
.....	<i>Gewerbeschule C I Schlosser.</i>

Anamnese

Wann kam das Kind in die Schule? *1909.*

Welche Krankheiten hat es früher durchgemacht? *1903 Masern und Ohrenleiden, 1908 Scharlach. Keuchhusten. Rachitis.*

Ist eine vererbliche Krankheit (Tuberkulose) in der Familie? *Nein.*

Wann hat das Kind die Zähne bekommen? *Im 12. Monat.*

„ „ „ „ laufen gelernt? *Mit 2 Jahr.*

Ist das Kind gestillt worden? *Ja, 1 Monat.*

	1909	1910	1911	1912	1913	1914	1915	1916
Wo schläft das Kind?	<i>Bett</i>	<i>Bett</i>	<i>Bett</i>	<i>Bett</i>	<i>Bett</i>	<i>Bett</i>	<i>Bett</i>	<i>Bett</i>
Wann kommt es ins Bett?	<i>8 Uhr</i>	<i>8—9</i>	<i>8—9</i>	<i>8—9</i>	<i>9</i>	<i>9</i>	<i>9</i>	<i>9—10</i>
Ist es zu Haus unt. Aufsicht?	<i>Mutter</i>	<i>Mutter</i>	<i>Mutter</i>	<i>Mutter</i>	<i>Mutter</i>	<i>Mutter</i>	<i>Mutter</i>	<i>Mutter</i>

Besondere Angaben der Eltern:

Fragen werden bei der Einschulung des Kindes von den Eltern erhoben und, wenn nötig, jedes Jahr wiederholt.

Die Untersuchungsergebnisse. Neben dem Datum der Untersuchung ist wichtig für Gewicht und Längenwachstum

(Rückseite.)

Ärztlicher Befund.

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	
Untersuchungs- alter	7 J. 3 M.	8 J. 6 M.	9 J. 6 M.	10 J. 6 M.	11 J. 8 M.	—	13 J. 8 M.	14 J. 7 M.	
Datum	23.10.09	19.1.11	18.1.12	28.1.13	21.3.14	—	16.3.16	23.2.17	
Gewicht	22	26	29	31.5	34.5	—	42	49	
Länge	117.5	122.5	129.5	134	140.5	—	150	157	
Brustumfang . .	57 | 61	58 | 64	61 | 67	61 | 69	62 | 68	— | —	67 | 75	72 | 81	
Äußerer Befund	E+ A R	E+ A R	E+ A R	E+ A	E+ Ekzem	Nicht untersucht. Krank laut ärztlichem Zeugnis. Besuch der Schulschwester!	E+	E+	
Ungeziefer. . . .	—	—	—	—	—		—	—	
Skoliose	—	—	—	—	—		—	—	
Zähne	9	6	6	4	3		3	2	
Drüsen	+	+	+!	+	+		+!	+	
Nase	—	—	ad	ad	—		—	—	
Augen	—	—	—	—	—		l 4/6 r 3/6 Pterygium	—	
Ohren	—	—	—	l 2 m r —	l 4 m r —		l 4 m r —	—	
Innerer Befund inkl. Urin . . .	L o H o	L o H o	L o H o	L o H o	L o H o		— —	L o H o	L o H o

Behandlung und Badeaufenthalt.

		Solbad! 28. 8. bis 19. 9. Sulz. Erfolg: 1 kg Zu- nahme. Drüsen ohne wesent- liche Änderung.	Ohren- ärztliche Behand- lung! 20. 3. bis Solbad.	Solbad! 20. 6. bis 18. 7.		Solbad! 2. bis 30. 5. Dürrheim.	Ist jetzt in der Gewebe- schule. Hat sich sehr gut gemacht.
--	--	--	--	---------------------------------	--	---------------------------------------	---

das Untersuchungsalter des Kindes, das sofort eingetragen wird. Die übrigen Notizen erklären sich trotz der Kürze von selbst: E+ = Ernährungszustand gut, A = Anämie, R = Rachitis, + = positiv, ad = adenoide Wucherung, L = Lunge, H = Herz;

Tuberkuloseverdacht wird mit Tbc? bezeichnet, sichere Tuberkulose mit Tbc!, Herzgeräusche mit G, Herzfehler mit Vit. Jeder Arzt ist selbstverständlich in der Lage, für sich seine eigenen Abkürzungen zu wählen, nur müssen sie auch später noch verständlich sein. Ausrufungszeichen bedeuten entweder einen erheblichen Befund oder bei der Behandlung den Auftrag zur Einleitung derselben.

Derartig ausgefüllte Karten sind übersichtlich und handlich für alle statistischen Manipulationen, z. B. das „Häufeln“, was mit Bogen immer seine Schwierigkeiten hat. Auch in der Registratur erleichtern sie das Aussuchen bestimmter Karten.

Die Aufarbeitung des so gewonnenen Urmaterials erfolgt einmal nach der allgemeinen Entwicklung, wie sie sich besondere im Gewichts- und Längenwachstum kundgibt, dann aber auch noch nach der Zahl der vorgefundenen Anstände, beidemale getrennt nach Alter, Geschlecht und Schulgattung. Dabei ist zu sehen, daß wir die Klasseneinheit als solche überhaupt nicht in die Statistik aufnehmen, als etwas rein Zufälliges, Äußerliches, die statistische Verarbeitung störendes Element. Statt der Klasseneinheit haben wir allgemein das Alter der Kinder eingefügt. Da die Lehrer im Besitz der Gesundheitsbogen sind, haben sie jederzeit Gelegenheit, sich eine Zusammenstellung für ihre Klasse selbst zu machen. Sie unterlassen dies aber, da in der Stadt doch ein häufiger Wechsel innerhalb der einzelnen Klassen bemerkbar ist.

Zur Darstellung von Gewichts- und Längenwachstum sind wir noch einen Schritt weitergegangen und haben Halbjahrgänge eingefügt, da das Wachstum innerhalb eines Jahres ein sehr erhebliches sein kann. (Ich verweise hier auf den Abschnitt Biometrie.) Für den Gebrauch des Schularztes hat sich als wertvoll besonders jetzt in der Kriegszeit die Benutzung des Begriffes **Zentimetergewicht** (siehe beifolgende Tabelle) herausgestellt. Es ist dies eine Relativzahl von Länge und Gewicht und gibt an, wie schwer der Zentimeter der gemessenen Länge ist. Die so entstandenen Zahlen lassen sich viel besser miteinander vergleichen, als wenn wir mit Länge und Gewicht einzeln operieren müßten.

Auf nebenstehender Tabelle habe ich die Zahlen der Jahre 1913 und 1916 für Gewicht und Länge der Stuttgarter Schulkinder gegeben, ausgedrückt im Zentimetergewicht.

Was nun die Zusammenstellung der vorgefundenen Anstände betrifft, so weist auch hier die schulärztliche Statistik einen großen Reichtum der Formen auf, daneben dann wieder

Schulkinderuntersuchung 1916/17.
Zentimetergewicht 1913 und 1917.

Alter	Knaben						Mädchen					
	Volksschulen		Bürgerschulen		Höhere Schulen		Volksschulen		Mittelschulen		Höhere Schulen	
	1913/14	1916/17	1913/14	1916/17	1913/14	1916/17	1913/14	1916/17	1913/14	1916/17	1913/14	1916/17
6-6 ¹ / ₂	—	173	—	180	—	175	—	170	—	191	—	187
6 ¹ / ₂ -7	178	174	183	180	183	183	170	171	181	177	189	183
7-7 ¹ / ₂	181	180	183	184	188	183	177	177	180	180	189	181
7 ¹ / ₂ -8	186	182	187	189	192	188	179	180	190	186	190	186
8-8 ¹ / ₂	189	188	193	193	196	190	181	184	195	192	200	193
8 ¹ / ₂ -9	195	191	198	196	203	198	189	188	207	202	204	197
9-9 ¹ / ₂	198	197	201	204	209	201	191	194	206	202	212	205
9 ¹ / ₂ -10	204	201	213	207	215	208	196	196	212	208	217	212
10-10 ¹ / ₂	208	207	211	213	222	210	203	204	223	217	222	220
10 ¹ / ₂ -11	213	210	214	217	221	215	215	209	221	219	232	222
11-11 ¹ / ₂	217	216	219	220	231	223	218	215	239	218	238	225
11 ¹ / ₂ -12	223	223	225	224	232	226	226	229	239	230	244	234
12-12 ¹ / ₂	229	228	229	226	243	236	232	232	253	230	257	237
12 ¹ / ₂ -13	231	232	236	239	250	239	242	240	261	254	261	251
13-13 ¹ / ₂	242	240	245	240	259	246	252	252	259	263	284	262
13 ¹ / ₂ -14	246	250	255	251	274	256	267	251	274	270	284	276
14-14 ¹ / ₂	259	253	265	266	270	264	275	267	297	286	303	293
14 ¹ / ₂ -15	264	260	274	275	295	280	274	275	299	299	299	297
15-15 ¹ / ₂	—	—	288	281	304	291	—	—	—	—	318	312
15 ¹ / ₂ -16	—	—	311	293	320	310	—	—	—	—	328	315
16-16 ¹ / ₂	—	—	310	295	334	323	—	—	—	—	329	324
16 ¹ / ₂ -17	—	—	—	293	346	324	—	—	—	—	342	—
17-17 ¹ / ₂	—	—	—	—	352	337	—	—	—	—	—	—
17 ¹ / ₂ -18	—	—	—	—	362	—	—	—	—	—	—	—

Untersuchung 1916/17. Schulen und Krankheiten. Tabelle a.

Schule	Durchschnittliche Zahl der Kinder	Blutarmut	Rachitis	Skoliose	Drüsen	Erkrankungen der Atmungsorgane	Herzgefäße inkl. Fehler	Eiweiß	Herabgesetztes Gehör	Adenoide	Brechungsfehler	Augenleiden	Struma	Nervenleiden	Hautleiden	Ungeziefer
Volksschule Knaben	10 501	1212 11,5%	2347 22,4%	728 6,9%	3932 37,4%	618 5,9%	889 8,5%	60 0,6%	290 2,8%	1545 14,7%	1503 14,3%	209 1,9%	797 7,6%	11 0,1%	249 2,4%	1
Volksschule Mädchen	12 231	1365 11,2%	1693 13,8%	799 6,5%	3612 29,5%	617 5%	1503 12,3%	276 2,3%	259 2,1%	1726 14,1%	2418 19,8%	235 1,9%	2174 17,8%	9 0,1%	369 3%	667 5,5%
Bürgerschule Knaben	4 078	430 10,5%	828 20,3%	277 6,8%	1083 26,6%	224 5,5%	423 10,5%	21 0,5%	78 1,9%	573 14,1%	835 20,5%	64 1,6%	443 10,9%	2 0,04%	75 1,8%	—
Mittelschule Mädchen	4 354	301 6,9%	445 10,2%	273 6,3%	579 13,3%	268 6,2%	507 11,6%	15 0,3%	61 1,4%	678 15,6%	1118 25,7%	90 2,1%	801 18,4%	3 0,1%	38 0,9%	—
Höhere Schulen Knaben	7 216	542 7,5%	1010 14%	372 5,2%	1477 20,5%	457 6,3%	716 9,9%	11 0,2%	118 1,6%	818 11,3%	2028 28,1%	74 1%	435 6%	8 0,1%	81 1,1%	—
Höhere Schulen Mädchen	3 833	243 6,3%	249 6,5%	283 7,4%	546 14,2%	184 4,8%	435 11,3%	17 0,4%	50 1,3%	418 10,9%	914 23,8%	38 1%	675 17,6%	4 0,1%	24 0,6%	—
Gewerbeschulen Knaben	2 827	131 4,6%	516 18%	688 24,3%	538 19%	20 0,7%	296 10,5%	—	81 3,1%	101 3,6%	562 19,9%	44 1,6%	153 5,4%	7 0,2%	18 0,6%	—
Gewerbeschulen Mädchen	24 622	2315 9,4%	4701 19,1%	2065 8,4%	7030 28,6%	1319 5,4%	2329 9,5%	92 0,4%	567 2,3%	3037 12,3%	4928 20%	391 1,6%	1828 7,4%	28 0,1%	423 1,7%	1
Mädchen	20 418	1909 9,3%	2387 11,7%	1355 6,6%	4737 23,2%	1069 5,2%	2405 11,8%	308 1,5%	370 1,8%	2822 13,8%	4450 21,7%	363 1,8%	3650 17,8%	16 0,1%	431 2,1%	667 3,3%
Summe	45 040	4224 9,4%	7088 15,7%	3420 7,6%	11 767 26,1%	2388 5,3%	4734 10,5%	400 0,9%	937 2,1%	5859 13%	9378 20,8%	754 1,7%	5478 12,2%	44 0,1%	854 1,9%	668 1,5%

einen großen Mangel an Übersichtlichkeit. Auch hier hat die Klasseneinheit als statistisches Maß keine Berechtigung. Dann aber findet sich häufig ein Mißstand in den Veröffentlichungen, daß nämlich immer wieder statt der absoluten Zahlen die Prozentzahlen gegeben werden, oft bis in die dritte Dezimale ausgerechnet. Damit ist einfach nichts anzufangen. Stets sollten die Zahlen der untersuchten Kinder mit angegeben sein.

In der vorstehenden **Tabelle a** gebe ich in kurzem die Übersicht über die Resultate einer schulärztlichen Untersuchung. Soll nun das Verhalten der einzelnen Krankheitsgruppen und der einzelnen Altersjahrgänge und Geschlechter miteinander in Beziehung gebracht werden, so empfiehlt sich die Darstellung in der **Form b**, daß jede Krankheitsgruppe, z. B. die Augen, für sich je nach Alter, Geschlecht und Schulkategorie geordnet wird. Aus der Zusammenstellung dieser Krankheitsgruppen läßt sich unschwer ein Überblick gewinnen über die Bewegung der Krankheitshäufigkeit während des Schulbesuchs überhaupt, und wir werden diese Seite der Statistik oft genug brauchen, um die Öffentlichkeit immer wieder auf die der Jugend drohenden Gefahren hinzuweisen.

III. Körperliche Erziehung.

1. Schulturnen und Spiele. Die äußeren Formen, unter denen das Turnen und Spielen zurzeit in der Schule betrieben wird, sind a) das tägliche Zehnminutenturnen, b) die Turnstunde, c) der Spielnachmittag.

a) Das Zehnminutenturnen, vielfach durch Ministerialerlaß empfohlen, wird einmal als Freiübung im Zimmer während einer Pause, einmal im Freien im Schulhof, wiederum in einer Pause, vorgenommen. Freiübungen zum Erholen nach dem Sitzen, eventuell Dauerlauf sind die Übungen. Die Zimmerturnübungen sind vom ärztlichen Standpunkt entschieden abzulehnen. Das Pauseturnen im Freien ist zu begrüßen.

b) Die Turnstunde. Nach der Statistik des deutschen Schulturnens haben von 30000 Volksschulen Preußens 400 keinen Turnunterricht. Einen völlig regelmäßig durchgeführten Turnunterricht während des ganzen Jahres haben nur die Schulen, denen gedeckte Turnhallen zur Verfügung stehen, also von den 30000 etwa 1800, davon fallen auf Berlin allein 300. Der Turnunterricht gehört zu den anstrengenden Fächern, es sollte daher in der Regel in den letzten Stunden des Vor- oder Nachmittagsunterrichts liegen. Die Befreiung von der Turnstunde wird noch viel zu

leicht genommen. Letzten Endes ist das Urteil des Schularztes maßgebend.

c) Der Spielnachmittag. Die Bedeutung des Turnens, insbesondere des Spiels im Freien, wird namentlich auch unter dem Einfluß des Kriegs mehr und mehr gewürdigt. Der Besuch der Spielnachmittage ist entweder obligat oder fakultativ. Nur der obligate Spielnachmittag vermag wirklich Wertvolles zu leisten. Es ist eine Forderung des deutschen Kongresses für Volks- und Jugendspiele, daß jedem Knaben und Mädchen wöchentlich ein Spielnachmittag neben den freien Nachmittagen zur Verfügung steht.

Der Spielnachmittag ist in einer Reihe von Bundesstaaten obligat, in Württemberg auch für die höheren Schulen. Besonderer Umfang hat die Jugendspielbewegung im Regierungsbezirk Oppeln, ferner in Bielefeld und Pforzheim gefunden.

2. Schwimmen und Baden. a) Schulbrausebäder. Ihre Einrichtung, namentlich in den neueren Schulgebäuden, ist weit verbreitet, meist in der Form des Massenbrausebades, in Cöln und Bielefeld auch als Einzelbrausebad durchgeführt. Letztere Einrichtung dürfte der notorischen Abneigung der älteren Schülerinnen gegen das Schulbrausebad entgegenwirken.

b) Schwimmunterricht und Freibaden. Von den 699 höheren Schulen Preußens besitzen 52 eigene Badeanstalten, sei es gepachtet, sei es im eigenen Besitz. Schwimmunterricht wird in den am Wasser gelegenen Städten häufig erteilt unter Hinweis auf die Unfälle der Nichtschwimmer. In Cöln gehört so der Schwimmunterricht zu den Lehrgegenständen in der Schule.

3. Das Wandern. Schulwanderungen als solche sind häufig durch Zusammenlegen von Spiel- und Turnstunden möglich. Im großen ganzen kann ihnen bis jetzt erhebliche Bedeutung nicht zugeschrieben werden. In größerem Umfang wird das Wandern durch besondere Vereine gepflegt, z. B. die Jugendabteilungen bestimmter Wandervereine, dann die Wandervögel.

Vielfach machen sich hier in den Großstädten recht unsaubere Elemente bemerkbar, so daß nur als zuverlässig bekannte Vereine für die Beteiligung der Schüler in Frage kommen können.

4. Die militärische Vorbereitung der Jugend. Durch Erlaß vom 16. August 1914 haben die drei preußischen Minister des Unterrichts, des Kriegs und des Innern die Bildung von Jugendkompagnien zur militärischen Vorbereitung der jungen Leute im Alter von 16—20 Jahren, soweit es ohne Ausbildung mit der Waffe möglich ist, nach gegebenen Richtlinien angeordnet. Durch

ähnliche Erlasse ist auch in den übrigen Bundesstaaten vorgegangen. Die stellvertretenden Generalkommandos haben dabei das Entsprechende zu veranlassen und sich dabei der Ausschüsse für Jugendpflege zu bedienen.

Einen Zwang zur Teilnahme hat kein Bundesstaat den Jugendlichen aufgelegt, sie wird vielmehr als Ehrenpflicht bezeichnet. Allen Jugendlichen, welche regelmäßig und mit Erfolg an den Übungen teilnehmen, soll eine Bescheinigung ausgestellt werden, die ihnen beim Eintritt in die Armee oder in die Marine als Empfehlung dienen soll.

Die Aufgabe des Schularztes wird hauptsächlich darin zu bestehen haben, die körperliche Eignung der Schüler für die Anforderungen der militärischen Jugendvorbereitung festzustellen. Er hat dazu, wenn er auf die schulärztlichen Gesundheitsbogen früherer Jahre zurückgreifen kann, keine zu große Arbeit zu leisten; immerhin wird jetzt, falls dies früher unterlassen sein sollte, den Sinnesorganen und den Bruchpforten erhöhte Aufmerksamkeit zu schenken sein.

Der Einfluß der Übungen auf die Jugend wird durch eine Wiederholung der ärztlichen Untersuchung nach Ablauf eines Jahres festzustellen sein.

IV. Fürsorge- und Wohlfahrtseinrichtungen.

1. Kinderhorte. Der Einfluß der Städte auf die Jugend äußert sich namentlich auch in der Art und Weise, wie die Jugend ihre Freizeit verbringt. Seit mehr als 25 Jahren sind in Deutschland Bestrebungen tätig, die Jugend dem Einfluß der Straße zu entziehen und ihr Gelegenheit zu geben, dort, wo das Familienleben infolge Arbeit beider Eltern außer dem Hause notleidet, in gegenseitigem Beisammensein unter Aufsicht bei Arbeit und Spiel einen Ersatz zu finden.

Teils als Schöpfungen von Vereinen, teils als Einrichtungen von Gemeinden sind die Kinderhorte entstanden, wo unter der Aufsicht eines Lehrers in einem besonderen Raum 40—50 Kinder gesammelt werden, um ihre Freizeit in geordneter Weise zu verbringen. Dabei wird meist ein kleines Vesperbrot gereicht.

Vielfach werden die Kinder dabei auch in Gartenbau und Kleintierhaltung in besonders angelegten Hortgärten unterwiesen. Die Kriegszeit hat diese Einrichtungen in gewaltiger Weise gefördert. Wo sich ein Bedürfnis zeigte, wurden auch im Anschluß an den Abteilungsunterricht Tageshorte, teilweise auch Tageskinderheime eingerichtet.

Der Schularzt hat allen Anlaß, diese Bestrebungen zu fördern, insofern durch sie auch eine Reihe von körperlichen Schädigungen ausgeschaltet werden.

Der Aufwand für einen Hort von rund 50 Kindern bewegt sich zwischen 1700—2000 Mk. pro Jahr, je nach den größeren oder kleineren Aufwendungen. Dabei wird das Gehalt des Lehrers meist auf 800 Mk. zu berechnen sein.

2. Ferienkolonien. Die erste Ferienkolonie wurde im Jahr 1877 von Dr. Walter Bion in Zürich gegründet. In Deutschland folgten Frankfurt 1878, 1879 Wien, Stuttgart, Dresden. Seither haben sich die Kolonien außerordentlich vermehrt.

Es handelt sich dabei um Unterbringung bedürftiger Kinder in geeigneten Ortschaften auf dem Land. Zunächst wurden bei der Auswahl der Kinder solche mit allgemeiner Schwäche berücksichtigt. Ausgeschlossen sind wirklich kranke Kinder, ferner solche, die einer besonderen Pflege bedürfen. Mehr und mehr werden die Schulärzte mit der Auswahl dieser Ferienkolonienkinder betraut.

Die Unterbringung derselben erfolgt in den Ferien unter Aufsicht eines Lehrers oder einer Lehrerin meist in Massenquartieren in Wirtschäften oder Gutshöfen. Besondere Ausdehnung fand die Errichtung von Ferienkolonien im abgelaufenen Jahr, wo die Ernährungsschwierigkeiten in den großen Städten es mit sich brachten, daß teilweise während der ganzen besseren Jahreszeit ohne Rücksicht auf die Ferien diese Kolonien betrieben wurden.

Die Kosten für das einzelne Kind schwanken dabei zwischen 1,30—2,50 Mk. Jetzt in der Kriegszeit wird fast allgemein letzterer Satz in Anrechnung gebracht werden müssen.

Die Erfolge sind durchweg sehr gute.

3. Ferienheime, Erholungsheime. Wenn die Unterbringung einer Ferienkolonie in einem eigens dafür hergestellten Gebäude erfolgt, spricht man von einem Ferienheim. Es ist klar, daß ein solches Gebäude nicht voll ausgenutzt ist, wenn es nur während der Ferien betrieben wird. Deshalb ist das reine Ferienheim eine Seltenheit. Dieselben Heilfaktoren, Ruhe, gute Luft und Verpflegung sind in den Erholungsheimen zu finden, die sich mitunter fast zu Kinderheilanstalten entwickelt haben; während wir in den Ferienkolonien und Ferienheimen die regelmäßige Tätigkeit eines Hausarztes vermissen, ist in den Erholungsheimen häufig ein Hausarzt tätig. Dementsprechend können in solchen ärztlich geleiteten Anstalten auch schon Krankheitszustände Aufnahme finden, die in den reinen Ferien- einrichtungen ausgeschlossen werden müssen.

Die Erfolge im Ferienheim, vollends im ärztlich geleiteten Erholungsheim, sind selbstverständlich sicherer und nachhaltiger als die der Ferienkolonien, namentlich dort, wo die Dauer des Aufenthalts von der Entscheidung des behandelnden Arztes abhängig ist.

4. Walderholungsstätten. Ursprünglich waren die Walderholungsstätten nach der Absicht ihres Gründers Dr. Wolf Becher als Anstalten gedacht, in denen wegen der Besonderheiten des Betriebs, der sich mit dem Einfachsten zufrieden gab, die Heilbehandlung pflegebedürftiger Kinder auf die breiteste Grundlage hätte gestellt werden sollen. Insbesondere war ihnen eine wesentliche Rolle im Kampf gegen die Tuberkulose zugeacht. Es handelt sich bei ihnen um Tagessanatorien im Walde, bestehend aus Küchenbaracke, offener Liegehalle, Abort- und Waschräumen, wohin die Kranken morgens früh kommen, mit Frühstück, Mittagessen, Vesper, Abendbrot verpflegt werden, wo sie Liege- und Mastkuren durchmachen und abends nach Hause zurückkehren.

Die Einwände gegen die Walderholungsstätten mit Tagesbetrieb gehen hauptsächlich dahin, daß der Aufenthalt der Kranken in ihren oft ungesunden Wohnungen des Nachts nicht zu umgehen ist, daß die tägliche Hin- und Rückkehr eine Beeinflussung der Kranken zum Teil vereiteln, und daß sie die Kranken namentlich bei schlechtem Wetter nicht in der wünschenswerten Weise unterbringen können. Es handelt sich, das muß immer wieder betont werden, bei den Walderholungsstätten um einen Notbehelf, der aber, das ist gar nicht zu leugnen, an geeigneten Plätzen, insbesondere bei rasch trocknendem Untergrund, entschiedene Erfolge gehabt hat.

5. Waldschulen. Neufert- und Bendix-Charlottenburg richteten im Jahr 1904 daselbst die erste Waldschule ein. Ihre Aufgabe ist eine doppelte: die Waldschule soll eine Erholungs- und Heilstätte für kränkliche und kranke Kinder sein, dann aber soll in ihr ein individualisierender Unterricht erteilt werden, so zwar, daß die Kinder nicht etwa in der Erholungszeit lediglich das einmal Gelernte wiederholen, sondern daß sie in gleicher Weise wie ihre Genossen in der Stadtschule ein bestimmtes Lehrziel erreichen sollen, wodurch sie in den Stand gesetzt werden, nach ihrer Rückkehr ohne weiteres in der entsprechenden Klasse der Stadtschule weiterzumachen.

Daraus ergibt sich, daß dreierlei Einrichtungen nötig sind: 1. für den Schulbetrieb; 2. für den Wirtschaftsbetrieb und 3. für die Pflege und Kräftigung der Gesundheit.

Die Erfahrungen sind, nach einem umfangreichen Bericht von Steinhaus-Dortmund, recht günstige, namentlich mit den Schülern der Mittelklassen. Derselbe Einwand, der gegenüber den Walderholungsstätten gemacht wird, ist auch gegenüber den Waldschulen am Platz.

Die Entwicklung drängt dahin, daß beide Anstalten sich allmählich aus Tagesstätten zu Vollanstalten entwickeln. Gerade im Kampf gegen die Tuberkulose ist oft das Wichtigste, daß zwischen Erholungsstätte und Elternhaus eine Scheidewand errichtet wird. Tatsächlich ist diesem Gedanken in Elberfeld durch Angliederung einer Schlafbaracke wenigstens für eine kleinere Anzahl von Kindern bereits Rechnung getragen worden.

6. Kinderheilanstalten, Solbäder, Seehospize. Der Schritt von den Erholungsheimen zu den eigentlichen Kinderheilanstalten ist nur ein kleiner. Wir wissen, welche Bedeutung gerade der Tuberkulose im Kindesalter zukommt. Bis vor verhältnismäßig kurzer Zeit suchte man die hier besonders verbreitete Knochen- und Drüsentuberkulose hauptsächlich durch Solbad- und Seebäduren zu beeinflussen. Unter dem Einfluß der epochemachenden Resultate von Leysin und anderen Hochgebirgsorten kam man zu einer größeren Betonung der Wirkung der Besonnung, die ja in den Luft- und Lichtbädern schon früher angewandt wurde, aber nicht in der systematischen Weise.

Dabei stellte sich bald heraus, daß die Besonnung wirksam nicht nur im Hochgebirge ist, sondern daß man an jedem sonnigen, geschützten Platze ähnliche Heilerfolge erzielen kann.

Die Folge war einerseits die Errichtung zahlreicher Kinderheilanstalten zum Zweck der Ausnutzung der Sonnenheilwirkung und außerdem in den schon bestehenden Anstalten eine entschiedenere Betonung der Freiluft- und Liegekuren, eine Entwicklung, die noch nicht abgeschlossen ist.

Während in Deutschland mit seinen zahlreichen Solequellen die Einrichtung von Kindersolbädern bis jetzt im Vordergrund steht und die Heilwirkung des Seeklimas und der Seebäder noch lange nicht in genügendem Maße für die Kinder nutzbar gemacht wird, ist es besonders Frankreich, das letzteren Gedanken schon seit langer Zeit durchführt, besonders in der Paris gehörenden Anstalt Bere sur mer.

Die Stellung des Schularztes allen diesen Einrichtungen gegenüber ist gegeben. Seine Aufgabe wird es sein, die Auswahl der Kinder zu treffen und außerdem ihre Aufnahme zu veranlassen. Gerade die letztere Aufgabe setzt wiederum voraus, daß der

Schularzt auch eine gewisse Einwirkung auf die pekuniäre Seite der Angelegenheit hat.

7. Die Schulspeisung. Mit sinkendem Ernährungszustand steigt die Krankheitsziffer, steigt die Zahl der Schulversäumnisse, sinkt die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit. Einen Überblick über die Verhältnisse in Deutschland vor dem Krieg gaben die Erhebungen von Bernhard-Berlin und Kaup. Dieselben sind jetzt natürlich weit überholt. Es ist wahrscheinlich, daß die Ausdehnung der öffentlichen Speisung im Anschluß an die Absperrung Deutschlands eine Vermehrung der Speiseeinrichtungen auch für die Jugend gebracht hat, wenigstens wird aus zahlreichen Städten Deutschlands in diesem Sinn berichtet. Eine Zusammenstellung aber liegt noch nicht vor.

Die Schulspeisung wird in zwei Formen durchgeführt. Einmal als Frühstücksspeisung durch Gewährung eines warmen Frühstücks in der Schule an alle die Kinder, die zu Hause, z. B. infolge frühzeitiger Arbeit der Eltern, ein Frühstück nicht bekommen haben. Vor dem Krieg wurde in der Regel $\frac{1}{4}$ l Milch mit 1 Brot zum Preis von 10 Pf. gereicht. Die Bezahlung wurde meist nach vorausgehender Prüfung der ökonomischen Verhältnisse des Elternhauses auf die Gemeindegasse übernommen. Im Lauf des Kriegs wurde statt Milch oder Milchbrei häufig eine Mischung von Milch und Malzkaffee gereicht. Jetzt wird wohl allgemein eine kräftige Suppe, z. B. aus Hafermehl u. ä., gereicht. Die Herstellung des Schulfrühstücks war früher den Schuldienern zugewiesen, die die notwendige Erwärmung der Milch leicht bewerkstelligen konnten. Jetzt erfolgt die Herstellung der Suppen entweder durch die Hausmeister oder noch häufiger durch die allorts eingerichteten Kriegsküchen. Die Beteiligung am Schulfrühstück ist bei uns in Stuttgart ungefähr auf das Doppelte gestiegen. Eine Anrechnung auf die Lebensmittelkarten findet entweder gar nicht oder nur zu einem kleinen Teil statt.

Das Mittagessen für Kinder wird fast allgemein in Deutschland von besonderen Vereinen hergestellt und abgegeben. Auch hier hat der Krieg außerordentlich vermehrend auf alle Einrichtungen eingewirkt. So sind z. B. allein in Stuttgart zu den vorhandenen 3 Küchen noch weitere 9 während des Kriegs dazugekommen. In solchen Kinderküchen, die in der Schweiz im Zusammenhang mit der Schule selbst betrieben werden, ebenso in Frankreich, wird den Kindern ein dem kindlichen Geschmack und Bedürfnis angepaßtes Mittagessen zu einem mäßigen Preis gewährt. Das Essen besteht aus einer Suppe und einem weiteren

Gang, häufig in Form des Eintopfgerichts. Der Durchschnittspreis betrug vor dem Krieg rund 14 Pf. pro Portion, ist jetzt natürlich gestiegen. In Stuttgart z. B. auf 16 Pf. Der Abgabepreis hält sich immer noch in bescheidenen Grenzen. Die Differenz zwischen beiden Preisen wird vom Verein aus Beiträgen gedeckt, die auch für ganz bedürftige Kinder den vollen Betrag übernehmen.

Die Stellung des Schularztes dieser Einrichtung gegenüber ist vor allem die des Begutachtens der zu speisenden Kinder. Dann aber wird zweckmäßigerweise von ihm auch verlangt werden müssen, daß er die Zubereitung und Auswahl der Speisen überwacht und auch von Zeit zu Zeit durch Kostproben sich vom Wohlgeschmack überzeugt.

8. Die Hilfsschule für schwachbefähigte Kinder. Das Wesen der Hilfsschule, ob sie nun als besondere Einrichtung innerhalb des Volksschulkörpers in sog. Hilfsklassen, oder ob sie als selbständige Schulart durchgeführt wird, besteht darin, daß in ihr, unter Beschränkung des Stoffs auf das Allernotwendigste, unter wesentlicher Herabsetzung der Schülerzahl und der Stunden, der Unterricht von besonders hierfür geeigneten und vorgebildeten Lehrern erteilt wird. Die Tätigkeit des Schularztes an Hilfsschulen kann nicht entbehrt werden. Ihm fällt vor allem die Begutachtung in körperlicher und geistiger Hinsicht zu.

Nach einer Zusammenstellung aus dem Jahr 1908 (Zeitschrift „Die Hilfsschule“) bestanden um diese Zeit Hilfsschulen in etwa 200 Städten. Von den 54 deutschen Städten mit 75000 und mehr Einwohnern haben alle Hilfsschulen oder Hilfsschulklassen.

An einer Reihe von Hilfsschulen sind Spezialärzte der Psychiatrie und Nervenheilkunde tätig, so in Frankfurt, Breslau, Charlottenburg und Berlin.

9. Sprachgebrechen. Zur Besserung der häufigen Gebrechen des Stotterns und Stammeln finden wir in den meisten Städten Sprachheilkurse seitens der Schulverwaltung eingerichtet. Die Kurse werden häufig in den Ferien abgehalten, auch an sonst schulfreien Nachmittagen von hierzu besonders befähigten Lehrern. Wesentlich ist einmal für den Erfolg die Trennung der Stotterer von den Stammlern, ferner die häufige Wiederholung der Kurse zur Befestigung des Gelernten.

10. Schwerhörigenunterricht und Abschkurse. Die Zahl der Schwerhörigen, welche dem gewöhnlichen Unterricht nicht folgen können, ist verhältnismäßig gering. Sie beträgt bei uns in Stuttgart rund 5—6 auf 10000. Die Einrichtung besonderer Kurse oder Klassen lohnt sich daher nur dort, wo auf eine größere Zahl

zu rechnen ist. Die Unterweisung erfolgt durch besonders vorgebildete Lehrer. Die Teilnehmerzahl soll 10 nicht übersteigen.

11. Orthopädische Turnkurse. Die Aufgabe der Schule hierbei besteht nach Schmidt-Bonn hauptsächlich in der Kräftigung der Rückenschwächlinge. Alle Skoliosen I. Grades fallen demnach der Behandlung durch die Schulen anheim. Die schwereren Fälle gehören in die Behandlung des Spezialarztes. Es gilt für sie deshalb das dort bereits Gesagte.

Nach Lewandowsky wird der orthopädische Turnunterricht in 22 Städten von Gemeinde wegen erteilt.

A n h a n g.

Dienstanweisung für den schulärztlichen Dienst der Stadt Charlottenburg.

§ 1. Die Tätigkeit der Schulärzte erstreckt sich auf die Mitwirkung bei der Überwachung:

- a) der gesundheitlichen Verhältnisse des Schulhauses und
- b) der Gesundheit der Schulkinder,
- c) auf die Mitwirkung bei der Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten im Bereich der Schule. Eine Behandlung des Einzelfalls ist hierbei ausgeschlossen.

Sie sind verpflichtet, alle in ihre Aufgaben fallenden Aufträge des Magistrats und der Schuldeputation auszuführen.

§ 2. a) Kinder, die dem Rektor bereits bei der Anmeldung schulunreif erscheinen, sind dem Schularzt mit einem entsprechenden Hinweis zur Bestätigung der Schulunreife in die Privatsprechstunde zuzusenden.

b) Innerhalb der ersten 3 Tage jedes Schulhalbjahres nimmt der Schularzt eine vorläufige Untersuchung auf Schulbesuchsfähigkeit bei den Lernanfängern vor, um diejenigen Kinder sofort auszusondern, welche körperlich oder geistig mangelhaft entwickelt sind oder zurzeit an ansteckenden Krankheiten leiden und deshalb noch vom Schulbesuch zurückgestellt werden müssen.

c) Innerhalb der ersten 6 Wochen nach der Einschulung sind außerdem alle in die Grundklasse neu eintretenden Schulkinder in der Schule, möglichst in Gegenwart der Eltern, auf ihren Gesundheitszustand genauer zu untersuchen, und es ist dabei festzustellen, ob das Kind einer dauernden ärztlichen Überwachung oder besonderer Berücksichtigung beim Unterricht bedarf.

Die Untersuchung unterbleibt, wenn dies von den rechtzeitig zu benachrichtigenden Eltern oder Erziehern beantragt wird. In diesem Falle haben sie den Gesundheitsschein (Abs. 3ff.) vom Hausarzt ausfüllen zu lassen.

Die Untersuchung ist in der Weise vorzunehmen, daß die Kinder gruppenweise, die Knaben in Anwesenheit eines Lehrers, die Mädchen in Anwesenheit einer Lehrerin, dem Schularzte vorgeführt werden. Für jedes zur Untersuchung kommende Kind hat der Klassenlehrer einen Gesundheitsschein bereitzuhalten, dessen Kopf von ihm bereits ausgefüllt ist.

Die Einzeluntersuchung wird ausgeführt entsprechend den im Gesundheitsschein vorhandenen Rubriken.

Über jedes untersuchte Kind ist ein Gesundheitsschein auszufüllen, der dasselbe von Klasse zu Klasse begleitet und beim Schulwechsel der neuen Schule überwiesen wird. Die Gesundheitsscheine sind für jede Klasse in einer Mappe geordnet aufzubewahren und müssen bei jeder Untersuchung zur Stelle sein.

Die Grundaufstellung des Gesundheitsscheines liegt dem Arzte bei der Aufnahme-Untersuchung ob. Erscheint ein Kind einer besonderen ärztlichen Überwachung bedürftig, so ist der Schein mit dem Vermerk „Ü“ (Überwachung) in der oberen rechten Ecke zu versehen, der zu streichen ist, wenn die Überwachung nicht mehr nötig ist.

§ 3. Die Untersuchung und die Ausfüllung der Gesundheitsscheine der in den anderen Klassen neu aufgenommenen Kinder erfolgt im Laufe des Semesters in derselben Weise wie bei den Lernanfängern.

§ 4. Alljährlich findet in jeder Klasse einmal eine Reihenuntersuchung aller Schüler statt. Es sollen dabei in der Regel die Schüler der O-Klassen im Sommerhalbjahr, die der M-Klassen im Winterhalbjahr untersucht werden.

Die vorgefundenen Veränderungen werden vom Schularzte mit dem Untersuchungsdatum auf dem Gesundheitsschein vermerkt.

Wenn die gefundenen Veränderungen ärztliche Behandlung erforderlich erscheinen lassen, ist vom Schularzte den Eltern der erkrankten Kinder durch Vermittlung des Rektors davon Mitteilung zu machen. Bleibt diese Mitteilung erfolglos, so ist die Hilfe der Schulschwester in Anspruch zu nehmen; die Schularzte führen über diese Fälle eine Liste und nehmen mindestens alle Vierteljahre einmal Einsicht in das von der Schwester zu führende Buch.

Außerdem liegt dem Schularzte noch eine Reihe von weiteren Aufgaben ob, über die besondere Dienstanweisungen ergangen sind. (Hilfsschule, Nachhilfeunterricht, A- und B-Klassen, Schwerhörigenklassen, französischer Unterricht, orthopädische Kurse, Schwimmkurse, Waldschule, Ferienkolonie, Berufswahl, Schulkindergarten u. a.)

Jedes von einem Unterrichtsgegenstande befreite Kind ist dem Schularzte halbjährlich zur Kontrolluntersuchung vorzuführen.

§ 5. Sämtliche Untersuchungen können je nach Vereinbarung zwischen dem Schularzt und Schulleiter sowohl während der Unterrichtszeit als auch unmittelbar vor und nach derselben vorgenommen werden.

Bei gelegentlichen Besuchen hat der Schularzt sofort dem Rektor Anzeige zu machen.

Der Klassenlehrer und bei Mädchenklassen eine vom Rektor zu bestimmende Lehrerin hat dem Schularzt bei den Reihenuntersuchungen zur Ausfüllung der Gesundheitsscheine behilflich zu sein.

§ 6. Anfang Juli jeden Jahres ist die Körpergröße und das Gewicht der Schüler und Schülerinnen von den Klassenlehrern festzustellen und auf dem Gesundheitsschein zu vermerken.

§ 7. In jeder Schule hält der Schularzt monatlich, beim Auftreten von ansteckenden Krankheiten auch häufiger, eine Sprechstunde ab, deren Zeit er vorher mit dem Rektor verabredet.

Ist der Arzt am verabredeten Tage verhindert, so hat er dies dem Rektor vorher mitzuteilen und eine andere Vereinbarung zu treffen.

Außerdem hat der Schularzt in jedem Halbjahr einmal diejenigen Klassen, in denen keine Reihenuntersuchungen gemacht worden sind, während einer vom Klassenlehrer erteilten Unterrichtsstunde zu besuchen.

Bei diesen Besuche soll der Schularzt sein Augenmerk auf die äußere Erscheinung, Haltung und dergl. der Kinder und auf die Heizung, Lüftung, Beleuchtung und Reinlichkeit der Klassen und sonstigen Schulräume richten.

Hygienische Mängel sind nicht in Gegenwart der Schulkinder zur Sprache zu bringen.

§ 8. Stellt der Schularzt bei einem Kinde Behandlungsbedürftigkeit fest, so ist den Eltern davon Mitteilung zu machen. Der Schularzt hat sich mit dem Rektor ins Einvernehmen zu setzen, damit dafür Sorge getragen wird, daß die Ratschläge des Schularztes von den Lehrern und Schülern berücksichtigt werden. Auch hat der Rektor darüber zu wachen, daß die von den Lehrern auszuführenden Arbeiten, wie Wägungen, Messungen, Eintragungen in die Gesundheitscheine usw., erledigt werden.

§ 9. Die Schulärzte haben außerdem auf Antrag des Schulleiters in besonders verdächtigen Fällen solche angeblich erkrankten Kinder für die kein ärztliches Zeugnis beigebracht wird, in ihrer Wohnung zu untersuchen, falls vorhergehende Nachfragen des Schuldieners oder der Schulschwester erfolglos gewesen sind.

Ärztliche Atteste, die Anlaß zu Zweifeln geben, haben die Schulärzte nachzuprüfen.

§ 10. Um ein möglichst einheitliches Vorgehen der Schulärzte herbeizuführen, haben sie sich zu gemeinsamen Besprechungen unter dem Vorsitz eines dazu bestimmten Mitgliedes der Schuldeputation zusammenzufinden. Diese Besprechungen finden in der Regel einmal vierteljährlich statt.

Die Tagesordnung wird in der vorhergehenden Sitzung der Schuldeputation ausgelegt.

§ 11. Ein Recht zu selbständigen Anweisungen an die Schulleiter und Lehrer sowie an die Schuldieners steht den Schulärzten nicht zu. Sollten ihre Vorschläge nach ihrer Meinung nicht genügend berücksichtigt werden, so haben sie diese — gegebenenfalls nach Klärung in den gemeinschaftlichen Besprechungen (§ 10) — der Schuldeputation vorzutragen.

§ 12. Innerhalb 6 Wochen nach Schluß des Winterhalbjahres haben die Schulärzte einen Bericht über ihre Tätigkeit einzureichen. Die Form des Berichtes wird durch besondere Anweisung geregelt.

§ 13. Bei einer Verhinderung, die länger als eine Woche dauert, hat der Schularzt der Schuldeputation rechtzeitig Mitteilung zu machen sowie für seine Vertretung durch einen anderen Schularzt — nötigenfalls auf eigene Kosten — zu sorgen.

III. Die Fürsorge für die schulentlassene Jugend.

Von
A. Gastpar.

Der Begriff „Schulentlassene Jugend“ ist nicht ganz eindeutig. Wohl ist zunächst unter ihm die der Volksschule entlassene Jugend zu verstehen. Die Ausdehnung der Fortbildungsschule brachte es mit sich, daß diese Zeit des obligaten Fortbildungsunterrichts ebenfalls noch unter den Begriff „Schulentlassene Jugend“ fällt. Nach oben ist bei den Mädchen die Altersgrenze nicht fest zu bestimmen, bei den jungen Männern wird meist das 18. Lebensjahr, von manchen auch der Beginn der militärischen Dienstpflicht, das Landsturmalter, als Ende der Jugendzeit, die unter obengenanntem Begriff zusammengefaßt wird, angesehen. So deckt sich die Zeit, während der man unsere Jugend als schulentlassen bezeichnet, meist mit dem 15. bis 18. Lebensjahr¹⁾. In diese Zeit fallen die oberen Klassen der höheren Schulen, sowohl bei Knaben als Mädchen, fallen ferner die Klassen der Fortbildungsschulen.

Dieses Lebensalter ist besonders dadurch gekennzeichnet, daß sich in ihm die geschlechtliche Reifung zu entwickeln pflegt. Die dem Körper dadurch zugeführten Anstöße gehen nicht ohne Spuren an ihm vorüber. Sie treffen zusammen einerseits mit einer gesteigerten Inanspruchnahme der intellektuellen Eigenschaften in den höheren Schulen und manchmal auch in den Fortbildungsschulen, sie treffen zusammen mit den spezifischen Reizen der einzelnen Berufe, und sie treffen zusammen mit den durch den Krieg besonders betonten Verhältnissen auf dem Arbeitsmarkt, auf dem gerade die Jugendlichen zurzeit eine große Rolle spielen.

Kein Wunder, daß diese Zeit ganz besonders gefährdet erscheint. Die schulärztliche Überwachung dieser Altersklassen, von verschiedenen, zumal österreichischen Städten bereits durchgeführt, ist zum erstenmal in Württemberg durch die Bestimmungen des Schularztgesetzes gesetzlich geregelt worden, und

¹⁾ Siehe auch S. 1.

Gewerbe-
Alter, Länge und

Alter	Metallarbeiter (schwer): Schmiede, Dreher usw.			Metallarbeiter (leicht) Feinmechaniker, Elektr., Optiker			Holzarbeiter: Schreiner, Zimmerleute, Möbeltischler			Steinarbeiter: Pflasterer, Maurer, Bildhauer		
	Länge	Ge- wicht	Zenti- meter- gew.	Länge	Ge- wicht	Zenti- meter- gew.	Länge	Ge- wicht	Zenti- meter- gew.	Länge	Ge- wicht	Zenti- meter- gew.
14,1—14,6	149,8	40,1	267	159,6	42,3	265	150,9	40,7	270	146,8	36,8	251
14,7—15,0	149,1	42,3	276	152,2	40,9	269	151,3	41,9	277	153,2	40,6	265
15,1—15,6	154,2	44,3	287	166,3	43,2	260	159,6	48,4	303	153,2	43,9	287
15,7—16,0	158,2	43,7	276	169,4	48,4	286	155,0	45,6	294	153,8	44,3	288
16,1—16,6	155,6	49,7	319	164,4	50,8	309	163,3	50,7	310	159,5	49,6	311
16,7—17,0	154,6	48,1	311	162,7	52,3	321	162,1	50,5	311	160,8	53,1	330
17,1—17,6	161,9	53,9	333	165,4	53,9	326	162,3	53,3	328	163,1	54,2	332
17,7—18,0	168,0	57,2	341	167,2	55,6	332	—	—	—	—	—	—

zwar ganz in Anlehnung an die Bestimmungen über die schulärztliche Aufsicht der jüngeren Jahrgänge.

Der Gesundheitszustand der Schüler der oberen Klassen der höheren Schulen kennzeichnet sich durch eine Zunahme der Brechungsfehler, so daß am Ende der Schulzeit etwa zwei Drittel der Schüler Brillen tragen müssen. Danebenher geht eine Zunahme auf dem Gebiet der nervösen Störungen, der Störungen der Herztätigkeit.

Bei den Schülern der Fortbildungsschulen läßt sich besonders deutlich die durch die einseitige Inanspruchnahme bestimmter Muskelgruppen gesteigerte Häufigkeit von Haltungsfehlern nachweisen, wie auch die Tabelle auf Seite 138/9 ergibt.

Gewicht- und Längenwachstum sind sowohl dort aus Tabelle a zu entnehmen als auch auf der obenstehenden Tabelle, getrennt nach Berufen, deutlich gemacht. Doch sind die letzteren Zahlen noch etwas zu klein, um sichere Schlüsse ziehen zu können.

Die schulärztliche Untersuchung und Überwachung dieses Lebensalters spielt sich ganz nach dem Vorgang der jüngeren Jahrgänge ab. Immerhin ist sie mit Rücksicht auf die besonderen Bedürfnisse dieses Zeitabschnittes weiter auszugestalten, vor allem in der Richtung der Berufsberatung und der Aufklärung.

1. Berufsberatung. Die in der letzten Klasse der Volksschule vorgenommene Untersuchung wird fast überall als Anlaß zur Berufsberatung benutzt. Dabei kann es sich in der Hauptsache nur um diejenigen Schüler handeln, die als Überwachungs-

schule.

Gewicht nach Berufen.

Chemische Industrie inkl. Maler			Papierindustrie: Techniker			Nahrungsmittel: Bäcker			Schneider		
Länge	Ge- wicht	Zenti- meter- gewicht	Länge	Ge- wicht	Zenti- meter- gewicht	Länge	Ge- wicht	Zenti- meter- gewicht	Länge	Ge- wicht	Zenti- meter- gewicht
147,7	34,6	234	142,6	35,7	250	152,1	46,7	307	147,5	38,6	262
150,7	39,9	265	150,2	37,5	249	—	—	—	146,8	37,5	259
153,1	43,6	285	152,4	41,2	270	150,4	42,1	280	153,0	41,8	273
156,8	45,1	287	156,6	43,7	279	155,8	45,7	293	149,0	43,3	291
157,9	46,7	296	167,5	49,5	296	—	—	—	154,7	44,1	285
161,7	50,3	311	163,4	51,1	313	—	—	—	156,5	45,3	289
161,5	49,5	307	166,6	50,3	302	—	—	—	164,0	53,0	323
—	—	—	168,6	53,3	316	—	—	—	—	—	—

schüler irgendwelche gesundheitliche Defekte aufweisen. Ich stehe nicht an, diese Berufsberatung als eine außerordentlich schwierige, verantwortungsvolle Aufgabe zu bezeichnen. Für manche Betriebe sind seitens der betreffenden Gewerkschaften bestimmte Normen ausgearbeitet. — Bei der Untersuchung der Fortbildungsschüler wird man nun in der Lage sein, den Einfluß der Arbeit auf den Lehrling festzustellen und eventuell den Wechsel des Berufs empfehlen können.

In neuerer Zeit, hauptsächlich im Anschluß an die Arbeiten und Untersuchungen von Münsterberg, William Stern-Hamburg, Lipmann, Piorkowski und Moede, ist mit Erfolg versucht worden, die Begabung des Einzelnen für einen bestimmten Beruf, ebenso die Anforderungen der Berufe an die Lehrlinge auf Grund bestimmter experimentell-psychologischer Untersuchungen festzustellen. Es ist einleuchtend, daß diese Methoden, die zum Teil in der Praxis schon erprobt sind, nicht nur zur Berufsberatung im engeren Sinne verwendbar sein werden, sondern daß sie auch, wie die Untersuchungen von Piorkowski und Moede an Berliner Volksschulen ergeben haben, recht wohl verwendbar sein werden zur Auswahl der besonders befähigten und begabten Volksschüler, die für den Besuch höherer Lehranstalten in Frage kommen.

Vom schulärztlichen Standpunkt aus wird diesen Bestrebungen, die hauptsächlich in der Zeitschrift für angewandte Psychologie niedergelegt werden, alle Aufmerksamkeit zu schenken sein. Die Bemühungen betr. der Berufsberatung können auf Voll-

ständigkeit nur dann Anspruch erheben, wenn auch seitens der Ärzte die Anforderungen der Berufe an die körperliche Leistungsfähigkeit zusammengefaßt werden; ein Versuch dazu ist unter anderem in den Tabellen von Horst und Kriz (Führer bei Beurteilung der Berufswahl) bereits gemacht.

2. Die Aufklärung über die Tätigkeit der Geschlechtsorgane, über die Verhütung der Geschlechtskrankheiten, über Alkohol u. a. wird gerade in dieser Zeit einzusetzen haben. Der Schularzt wird in allen diesen Fragen der geeignetste Lehrer sein.

Was die sexuelle Aufklärung betrifft, so dürfte der rein biologische Teil derselben mehr in den naturkundlichen Unterricht und in frühere Klassen zu verlegen sein. An dieser Stelle berührt uns hauptsächlich die sexuelle Aufklärung in ihrer Rolle als Warnerin vor dem außerehelichen Geschlechtsverkehr. An manchen Orten werden solche aufklärende ärztliche Vorträge vor den zu diesem Zweck besonders geladenen Schülern und Eltern abgehalten. An anderen Orten benutzt der Schularzt die Gelegenheit der ärztlichen Untersuchung einer Klasse, um diese in weniger auffallender Form mit den Verhältnissen auf diesem Gebiet bekannt zu machen. Letztere Form, bei der die Gelegenheit nicht an den Haaren herbeigezogen wird, erscheint mir die bessere und namentlich eindringlichere, insofern, als es sich jeweils nur um wenige Zuhörer handeln kann. Ich selbst übe diese Form der Aufklärung und habe sie in jeder Beziehung bewährt gefunden.

Im Gegensatz dazu eignet sich die Aufklärung über die Folgen des Alkoholgenusses unter Umständen in Verbindung mit einer Aufklärung über das Rauchen zu mehr öffentlichen Vorträgen. Auch hier wird dem Schularzt die Hauptaufgabe zufallen.

Im Kampf gegen die einseitige Schul- resp. Berufstätigkeit, im Kampf gegen die Lockungen der Straße und des Wirtshauses spielt die größte Rolle die körperliche Durchbildung und Beanspruchung, wie sie von der Schule und von Vereinen aus im Turnen, den Turnspielen, im Schwimmen, Wandern und ähnlichem geboten wird.

Die Beteiligung der schulentlassenen Jugend an allen diesen Gelegenheiten ist eine geringe, durch den Krieg noch mehr beschnittene. Noch fehlt es an der obligaten Turnstunde in den Fortbildungsschulen.

B. Krankenfürsorge.

I. Armenarzt und Armenkrankenfürsorge.

Von

A. Gottstein.

1. Allgemeines. An der Fürsorge für Hilfsbedürftige beteiligen sich drei Gruppen, die gesetzlich geregelte öffentliche Armenpflege, die freie Liebestätigkeit und die Wohlfahrtspflege; die beiden ersten Gruppen dienen zunächst der Beseitigung individueller Notstände, die letztere hat von vornherein soziale Färbung; ihre Aufgaben zielen auf Beseitigung und Vorbeugung verschiedenartiger Notstände ganzer Bevölkerungsgruppen. Die öffentliche Armenpflege ist durch die Gesetze über den Unterstützungswohnsitz vom 6. VI. 1870, 12. III. 1894, 30. V. 1908 und 23. VI. 1912 geregelt. Diese Gesetze, welche für ganz Deutschland, mit Ausnahme von Bayern, gelten, bestimmen, daß das Recht auf Unterstützung im Bedürfnisfall durch einjährigen ununterbrochenen Aufenthalt an einem Ort nach zurückgelegtem 18. Lebensjahr erworben wird. In jedem Falle von Hilfsbedürftigkeit ist derjenige Armenverband, in dem der Hilfsbedürftige sich aufhält, auch wenn er den Unterstützungswohnsitz noch nicht erworben hat, zur vorläufigen Unterstützung verpflichtet, kann aber die Kosten von dem zur Hilfeleistung verpflichteten Armenverband wieder einziehen. Da die Aufwendungen, z. B. für Krankenhauspflege, Waisengeld usw., in den verschiedenen Orten sehr abweichen, sind der Kosteneinziehung bestimmte Tarife zugrunde gelegt, die natürlich in Großstädten die Selbstkosten nicht annähernd decken. Man unterscheidet Ortsarmen- und Landarmenverbände; die ersteren werden in den Städten von der Gemeinde gebildet, die auch für die öffentliche Armenpflege zuständig ist; die letzteren bestehen aus einer Mehrheit meist kleinerer und ungleich leistungsfähiger Gemeinden; wer seinen Unterstützungswohnsitz verloren hat, wird als „landarm“ bezeichnet; zu seiner Unterstützung ist der Verband, in dem die Hilfsbedürftigkeit eingetreten ist, ver-

pflichtet. Mit der Armenunterstützung, deren Rückerstattung vorbehalten bleibt, ist die politische Frage des Verlustes des Wahlrechts verbunden; der neue preußische Wahlrechtsentwurf nimmt aber Krankenhausbehandlung und Gewährung freier ärztlicher Behandlung ausdrücklich aus, und auch viele Städte haben schon vorher nicht nur diese Beihilfe, sondern jede vorübergehende Unterstützung sowie Erziehungsbeihilfen ausgeschlossen und den Verlust politischer Rechte lediglich an die dauernde Unterstützung geknüpft.

Hilfsbedürftig im Sinne des Gesetzes ist nicht jeder, der fremder Hilfe bedarf, sondern nur derjenige, bei dem mangels eigener Mittel oder infolge besonderen Notstandes (Krankheit) die Notwendigkeit der öffentlichen Unterstützung eintritt; solange ein Anspruch auf eine solche nicht erhoben wird oder falls Verwandte oder freiwillige Armenversorgung eintritt, besteht keine Hilfsbedürftigkeit. Die öffentliche Armenpflege soll Ausnutzung verhüten, Arbeitsscheu nicht begünstigen und das Streben nach Rückkehr zu geordneten Verhältnissen fördern; daher ist im Reichsgesetz ausdrücklich betont, daß den Landesgesetzen die Festsetzung des Umfangs der Unterstützungspflicht vorbehalten bleibt, und daher soll sich diese grundsätzlich auf die Gewährung des zum Unterhalt unbedingt Notwendigen beschränken. Dazu gehört aber nicht nur die Unterstützung mit Geld und Nahrungsmitteln, sondern auch die Bereitstellung von Obdach (gegebenenfalls in der Form der Unterbringung in einer Anstalt), Kleidung und Heizung; es gehört hierzu aber auch die Versorgung in Krankheitsfällen durch Stellung eines Arztes in der offenen Armenkrankenpflege oder durch Unterbringung in einer Heilanstalt als geschlossene Armenkrankenpflege. Die letztere ist nicht nur in einem ausgesprochenen Erkrankungsfalle zulässig, sondern nach einer praktisch sehr wichtigen Entscheidung des Bundesamts für das Heimatswesen aus dem Jahre 1905 auch dann, wenn die Unterbringung in einer Heilstätte im engeren Sinne als das einzige Mittel zur Wiederherstellung der Gesundheit erscheint; dies gilt trotz der Kostspieligkeit der Kur besonders für Kinderheilstätten und für Tuberkulose, und dadurch hat die vorbeugende Behandlung auch in der Armenkrankenpflege Berechtigung erhalten. Auch hilfsbedürftigen Erkrankten ist in jedem Falle am Orte des Aufenthaltes die erforderliche Hilfe zu gewähren, wobei Schwangerschaft nicht als Krankheit gilt; der Anspruch auf Rückforderung vom Orte des Unterstützungswohnsitzes besteht hier ebenfalls mit Ausnahme von jugendlichen, im Dienst- und Arbeitsverhältnis

stehenden Personen, deren Versorgung dem Verbands des Aufenthalts zufällt und nur bei einer Krankenpflege von mehr als 13 Wochen vom endgültig zur Unterstützung verpflichteten Armenverband eingezogen werden kann. Die Verhandlungen zwischen dem vorläufigen und dem zuständigen Unterstützungswohnsitz belasten die Armenverbände mit großer Arbeit und sind die Quelle zahlreicher Streitigkeiten und Prozesse bei Erhebung von Einwänden gegen die Notwendigkeit oder den Umfang der geleisteten Hilfe namentlich auf dem Gebiete der Krankenversorgung. Eine zweite Quelle solcher Streitigkeiten ergibt sich aus der Stellung gegenüber den Krankenkassen. Diese können die Kosten für Krankenhausbehandlung übernehmen, sie sind aber auch berechtigt, anstatt dessen das 1½fache des Krankengeldes zu zahlen. Sie tun das erstere, um älteren Versicherten die politischen Folgen zu ersparen, das letztere oft bei jugendlichen, nur kurze Zeit Versicherten, die mangels häuslicher Pflege häufig der Anstalt überwiesen werden müssen und trotz geringer Leistung so die Kassen schwer belasten; es liegt dies aber nicht im Interesse der Gemeinde, die einen erheblichen Zuschuß zu leisten hat.

Falls ein Hilfsbedürftiger nicht allein steht, so sind auch seine Angehörigen nach gewissen Verwandtschaftsgraden, die das BGB. bestimmt, heranzuziehen. So sind Verwandte in gerader Linie, soweit sie hierzu imstande sind, verpflichtet, einander Unterhalt nach der Lebensstellung des Bedürftigen zu gewähren, also Eltern den Kindern und umgekehrt, wozu im ersten Falle auch die Kosten für Erziehung und Berufsvorbildung gehören; das gleiche gilt für Ehegatten, auch im Falle der Trennung oder Scheidung. Unterläßt der Vater oder Gatte die Fürsorge, so kann für die Kinder Vormundschaft oder Pflegschaft eingesetzt werden (§ 1666); der Begriff der Fürsorge kann auch auf Unterlassung erzieherischer und gesundheitlicher Forderungen ausgedehnt und der Vater für die Deckung der Kosten haftbar gemacht und sogar in Strafe genommen werden (§ 261). Auch kann bei Vernachlässigung der Unterhaltungspflicht auf Grund des Gesetzes über den Unterstützungswohnsitz vom Jahre 1912 auf Unterbringung in eine öffentliche oder zugelassene private Arbeitsanstalt erkannt werden. Da die Armenpflege eine genaue Untersuchung jedes Einzelfalles erfordert, hat sich in den meisten Gemeinden das individualisierende und dezentralisierende sog. „Elberfelder System“ durchgesetzt. Seine gewöhnliche Form ist mit unerheblichen Abweichungen die folgende. Im Mittelpunkt der gemeindlichen Armenpflege steht die Armendirektion; die

Gemeinde selbst ist in Bezirke und diese wieder in kleinere Pflegschaften geteilt; in jedem Bezirk besteht eine Armenkommission mit einem Vorsteher an der Spitze; ihm sind die Pfleger untergeordnet, unter denen sich zweckmäßig auch Frauen befinden; der Kommission gehören auch Waisenpfleger und der zuständige Bezirksarmenarzt an; die einzelnen vorübergehenden oder dauernden Pflegefälle sind zur Versorgung in einer angemessenen, die Übersicht nicht überschreitenden Zahl häuserweise den einzelnen Pflegern überwiesen. Die Kommissionen halten regelmäßige Sitzungen ab, in denen die einzelnen Unterstützungsfälle vorgetragen und beraten werden und in denen über sie beschlossen wird; die Unterstützungen werden für begrenzte Zeit bewilligt, um stete erneute Prüfung zu ermöglichen. Die Kommissionen sind zu selbständigen Entscheidungen befugt; in dringenden Fällen ist der Kommissionsvorsteher zur Zahlung einer einmaligen Unterstützung aus der Handkasse oder durch Nahrungsmittel berechtigt. Die Kommissionsmitglieder sind Ehrenbeamte im Sinne der Städteordnung, werden von der Gemeindevertretung gewählt und sind mit gewissen Einschränkungen zur Annahme der Wahl verpflichtet. Die Kommissionen entscheiden auch über die Zuweisung an den zuständigen Armenarzt, der seinerseits gewisse, über die bloße Behandlung hinausgehende Anweisungen bei der Kommission zu beantragen hat. Die Beschlüsse der einzelnen Kommissionen werden protokolliert und gehen der Armeindirektion zu, welche die allgemeinen Grundsätze aufstellt, für Einheitlichkeit der Behandlung sorgt und im Falle von Meinungsverschiedenheiten einen Beschluß der Vollversammlung herbeiführt.

Die freie Liebestätigkeit ist durch keine Schranken an die Form, die Höhe und den Gegenstand ihrer Hilfeleistung gebunden und bildet somit eine wertvolle Ergänzung der in ihren Mitteln beschränkten öffentlichen Armenpflege, namentlich gegenüber der unverschuldeten und versteckten Armut. Ihre häufigsten Formen sind die der kirchlichen Gemeindepflege, der Wohltätigkeitsvereine, welche sich meist bestimmte Aufgaben vorgezeichnet haben, wie die Speisung Hungernder, die Versorgung und Pflege Gebrechlicher, die Wöchnerinnenpflege, Hauspflege Erkrankter usw. Zu ihr gehören die Stiftungen zugunsten der Armen im allgemeinen oder zu besonderen Zwecken; diese sind in manchen Städten so zahlreich und vielgestaltig, daß sie ihnen einen Teil der Armenlasten abnehmen, ihnen aber ferner ermöglichen, dort ausreichende Hilfe zu gewähren, wo die Armenpflege nicht zuständig ist; dies kommt besonders der Kranken-

pflge zugute bei der Unterstützung Genesener, für Badekuren usw. Schließlich gehört hierzu aber auch die Verabreichung von Almosen an unbekannte Haus- und Straßenbettler oder die Unterstützung Bittender ohne Prüfung durch Einzelpersonen, ein Verfahren, gegen das sich die geordnete Armenpflege durch Gründung von „Vereinen gegen Verarmung und Bettelei“ zu schützen suchte, deren zahlende Mitglieder das wahllose Almosengeben ablehnen, deren Vorstand die überwiesenen Fälle prüft und die Vereinsmittel für Darlehen und Unterstützung zur Verhütung von Hilfsbedürftigkeit nutzbar macht.

Die Wohlfahrtspflege faßt die allerverschiedensten Bestrebungen zur Hebung der Notstände bestimmter Gruppen der Bevölkerung auf sozialem und gesundheitlichem Gebiete zusammen. Bis vor wenig mehr als einem Jahrzehnt mehr empirisch betrieben, ist sie seit geraumer Zeit bestrebt, sich zu organisieren, die nach Ziel und Methode zusammengehörenden, unabhängig voneinander entstandenen und betriebenen Teile zusammenzufassen, die eigentliche Kleinarbeit aber zu dezentralisieren. Von der Vielseitigkeit der Aufgaben, die sich die Wohlfahrtspflege gestellt hat, gibt jedes Verzeichnis der Vereinigungen einer Großstadt ein buntes Bild. Soweit unter Mitwirkung der Wissenschaft und Verwaltung ein bestimmtes Gebiet zu festen Grundsätzen gelangte, erfolgte gewöhnlich der Zusammenschluß zu Zentralstellen, welche sich über des ganze Reich oder Teile desselben erstrecken; umgekehrt spalteten sich dann nach Bedarf neue Zweige selbständig ab. Da es sich um Abwendung und Vorbeugung sittlicher, erzieherischer, gesundheitlicher und wirtschaftlicher Not handelt, waren überall die Beziehungen zur Armenpflege enge und die Mitwirkung und Führung durch die Leiter der Armenpflege, die Gemeinden und deren Armendezernenten, selbstverständlich. Aber gerade die soziale Färbung der Wohlfahrtspflege bedingte aus inneren Gründen eine Loslösung von ihr. Im Bereich der Wohlfahrtspflege kommt der sozialen Hygiene eine große Bedeutung zu; dank ihrer Entwicklung durch wissenschaftliche Forschung und ihrer Bedeutung für die Bevölkerungspolitik in der Form der praktischen Gesundheitsfürsorge wächst die Erkenntnis, daß derjenige Zweig der Fürsorge für Bedürftige nicht länger mehr mit der Armenpflege verbunden werden kann, der nicht wie diese die Milderung individueller Not zum Ziele hat, sondern im Interesse der Wohlfahrt der Gesamtheit ausgeübt wird, die durch die Not der unbehüteten Schicht gefährdet und geschädigt wird. Daher zielt die Entwicklung in immer größerem Umfange dahin, die sozialhygienischen Zweige der

Wohlfahrtspflege, die ursprünglich neben der Armenpflege von Organen der Armenpflege ausgeübt wurden, von ihr loszulösen und einem eigenen Wohlfahrtsamt oder Gesundheitsamt zu unterstellen. Bei der ersten Form der Organisation sind mit der Gesundheitsfürsorge noch andere Aufgaben verbunden, wie Erziehung und sittliche Festigung der Jugend, Schutz gegen Verwahrlosung, Generalvormundschaft, Waisenpflege und ähnliches.

Während diese Lostrennung als Folge einer Entwicklung sich vollzieht, an der die geistigen Führer der Armenpflege mitwirkten, erweiterte umgekehrt die Armenpflege ihre Gesichtspunkte. Sie bezog zunächst die Vorbeugung der Hilfsbedürftigkeit in ihre Aufgaben ein und erforschte die Möglichkeiten einer solchen durch methodische Untersuchungen, deren Ergebnisse auf den alljährlichen Tagungen des „Deutschen Vereins für Armenpflege und Wohltätigkeit“ vorgetragen und in dessen Schriften, deren Zahl seit 1886 schon mehr als 100 Nummern beträgt, veröffentlicht wurden.

Diese beiden Entwicklungsrichtungen, die äußerliche Lockerung des Bandes zwischen Wohlfahrtspflege und Armenpflege und die Festlegung des inneren Zusammenhangs durch die Erweiterung der Gesichtspunkte der letzteren, bedingte zwei Neuschaffungen. Zuerst bedurfte es der Zusammenfassung aller Organisationen, welche neben der öffentlichen Armenpflege in einer Gemeinde Unterstützungen, sei es auch aus anderen Gründen, gewähren. Wenn z. B. die Tuberkulosefürsorgestelle einen Mietszuschuß zur Verminderung der Ansteckungsgefahr gibt, so geschieht dies zur Bekämpfung der Volksseuche, bleibt aber für die Einzelfamilie eine Unterstützung, wenn auch ohne die rechtlichen Folgen der öffentlichen Armenpflege. Eine solche Zusammenfassung erfolgt am zweckmäßigsten durch Gründung einer Zentralstelle der Wohlfahrtsvereinigungen einer Gemeinde; dieser sind alle Unterstützungen zu melden, die von irgendeiner Stelle, einschließlich der Armenverwaltung, gewährt werden; in ihrem Bureau finden sich die Registraturen jedes Einzelfalls mit seinen Besonderheiten; jede Stelle hat aber nicht nur zu melden, sondern bei neuen Zugängen auch nach früheren Vorgängen anzufragen und deren Ergebnis zu berücksichtigen. Die Zentralstelle verfügt zweckmäßig über eine Anzahl sozial vorgebildeter Prüferinnen, welche in allen der Armenpflege nicht unterliegenden Fällen Familienbesuche machen, wo es notwendig ist, und den Zusammenhang der einzelnen Wohlfahrtseinrichtungen aufrecht erhalten, gegebenenfalls geeignete Fälle der zuständigen Stelle überweisen. Im Vorstande, an dessen Spitze zumeist der

Dezernent der Armenverwaltung steht, sind die hauptsächlich beteiligten Vereine vertreten; grundsätzliche Fragen werden in der Vollversammlung entschieden. Die zweite Voraussetzung ist die Schaffung einer Organisation, die dem Vertreter der Armenverwaltung die Mitarbeit auf den wichtigsten Gebieten der sozialen und gesundheitlichen Wohlfahrtspflege ermöglicht und ihm Kenntnisnahme der wichtigsten Entscheidungen sichert, damit nicht Beschlüsse gefaßt werden, deren Einlösung schließlich die Armenverwaltung belastet. Dies kann dadurch erreicht werden, daß der Leiter der Armenverwaltung in den Kommissionen und Ausschüssen der Wohlfahrtsämter und Gesundheitsämter Sitz und Stimme hat.

Es ist übrigens nicht ausgeschlossen, daß schließlich die Wohlfahrtspflege das Hauptgebiet wird, welches die Armenpflege als ein Teilgebiet in sich aufnimmt, eine Entwicklung, für welche die letzte Tagung des Deutschen Vereins für Armenpflege 1917 eintrat und für deren Durchführung in einzelnen Städten, wie in Frankfurt a. M., die ersten Schritte schon getan sind.

Eine solche Entwicklung ist für die Stellung des Arztes zur Armenpflege von der größten Bedeutung. Schon jetzt sind die Beziehungen sehr enge. Denn unter den Ursachen der eingetretenen Hilfsbedürftigkeit spielt Krankheit die Hauptrolle.

2. Armenkrankenfürsorge im besonderen. Ursache der Unterstützungsbedürftigkeit des Betroffenen oder seiner Angehörigen waren in Deutschland 1885:

Krankheit	27,9 %	Demgegenüber:	
Tod des Ernährers	17,2 „	Große Kinderzahl	7,2 %
Altersschwäche	14,8 „	Arbeitslosigkeit	6,0 „
Gebrechen	12,4 „	Arbeitsscheu	1,4 „
Unfälle	3,3 „	Unbekannt	7,8 „
Trunksucht	2,0 „		

Andererseits ist zwar die Armut selbst an sich meist nicht Erzeugerin von Krankheiten; wohl aber befördert sie die Verbreitung ansteckender Krankheiten, verlängert den Ablauf und erschwert den günstigen Ausgang selbst bei harmloseren Erkrankungen und bedingt ungünstige Folgen; schließlich erhöht sie die Disposition und Exposition für verschiedene Krankheiten und kann aus Leiden unheilbare Gebrechen machen. Daher spielt seit jeher bis in das früheste Altertum die Bereitstellung ärztlicher Versorgung für die Hilfsbedürftigen eine überragende Rolle in der Armenpflege.

Der Träger der ärztlichen Versorgung der Hilfsbedürftigen ist der Armenarzt, in manchen Städten zur Schonung der Empfindungen seiner Pflegebefohlenen auch Stadtarzt genannt. Er ist in der Mehrzahl aller Städte ein für einen bestimmten Bezirk auf Grund eines Vertrages und unter der Verpflichtung auf eine bestimmte Dienstanweisung angestellter Arzt, der allein zur Behandlung der Armen seines Bezirks zugelassen ist; d. h. die freie Wahl des Arztes ist dem Armenkranken versagt. Aus seinen rein ärztlichen Aufgaben sind an sich Bedenken gegen eine freie Arztwahl auch für die Armenkrankenbehandlung nicht herzuleiten; eine solche forderte schon 1848 Virchow, da die Wahl des Arztes Vertrauenssache sei und nicht vom Gemeindevertreter für die Gesamtheit der Armen, sondern von jedem einzelnen Kranken zu vollziehen sei. Tatsächlich haben neben mehreren Kleinstädten auch einige Großstädte, wie Straßburg, Mannheim, Berlin-Wilmersdorf, freie Armenarztwahl eingeführt und nur zum Teil neben ihr noch einige Vertrauensärzte für Begutachtungen und Kontrolle eingestellt; wieder in anderen Städten ist den Kranken die Wahl zwischen den festangestellten Ärzten allgemein oder im Beschwerdefalle zugestanden; in kleinen Wirkungskreisen kann Überweisung von Fall zu Fall erfolgen. Die Mehrzahl der Gemeinden aber hält am System des festangestellten Arztes wegen der wichtigen, ihm außer der eigentlichen Heilaufgabe übertragenen Pflichten fest, die eine auf genauer Kenntnis der örtlichen und persönlichen Verhältnisse seines Bezirks beruhende sozialärztliche und Gutachtertätigkeit für die Armenkommissionen seines Bezirks und die gesamte Verwaltung erfordern.

Die Anstellung erfolgt fast stets in der Voraussetzung einer nebenamtlichen Tätigkeit, daher nicht im Beamtenverhältnis gegen ein festes, in den einzelnen Städten in erheblichen Grenzen schwankendes jährliches Entgelt unter der Voraussetzung, daß der Armenarzt seine Haupteinnahme aus seiner privatärztlichen Tätigkeit gewinnt. In der Ausübung seiner Tätigkeit ist er an seine Dienstanweisung gebunden. Als Beispiel einer solchen Dienstanweisung folgt hier diejenige für die Armenärzte Berlins vom Jahre 1907 in ihren wesentlichsten Punkten.

§ 1. Der Armenarzt wird von der Armendirektion für einen bestimmten, aus mehreren Armenkommissionsbezirken gebildeten Medizinalbezirk gewählt. Der Bezirk kann durch Beschluß der Armendirektion jederzeit verkleinert oder vergrößert werden. Der Arzt muß in dem ihm überwiesenen Bezirk wohnen. Ausnahmen kann die Armendirektion aus besonderen Gründen iderrufflich gestatten.

§ 2. Die Anstellung des Armenarztes erfolgt auf drei Jahre mittelst besondern Privatdienstvertrages, durch den er die in seiner

Dienstanweisung oder mittelst besonderer Anordnungen der Armen-direktion oder der Gemeindebehörden festgestellten Pflichten gegen Zahlung der von den Gemeindebehörden festgesetzten Vergütung übernimmt.

Innerhalb der Wahlzeit steht beiden Teilen eine jederzeitige sechs-monatliche Kündigung zu den Quartalsterminen zu.

§ 3. Für die Vertretung im Falle der Behinderung gelten folgende Grundsätze:

a) In dringenden Fällen oder wenn eine Vertretung für nicht mehr als fünf Tage erforderlich wird, darf der Armenarzt die Vertretung einem benachbarten Armenarzt oder, falls dies ausnahmsweise nicht tunlich ist, einem anderen in dem Medizinalbezirk oder in dessen Nähe wohnhaften anderen Arzt ohne weitere Rückfrage übertragen; doch hat er hiervon der Armendirektion und den Armenkommissionen seines Bezirkes sofort Mitteilung zu machen.

b) Im Falle längerer Abwesenheit oder Behinderung hat der Armenarzt, von plötzlicher Behinderung abgesehen, mindestens eine Woche vorher schriftlich Urlaub und Genehmigung der Vertretung nachzusuchen. Für die Person des Vertreters gilt das zu a) Gesagte.

c) Jeder Armenarzt ist verpflichtet, einen benachbarten Armenarzt auf die Dauer von zwei Wochen unentgeltlich zu vertreten.

d) Für die Vertretung hat der Armenarzt auf eigene Kosten Sorge zu tragen. Wird die Notwendigkeit der Vertretung jedoch durch Krankheit veranlaßt und erstreckt sich die Dauer der Krankheit auf mehr als zwei Wochen, so übernimmt die Armendirektion die Kosten der weiteren Vertretung in Höhe der dem Armenarzt für die gleiche Zeit zustehenden Vergütung. Wie lange eine derartige Vertretung zulässig sein soll, bleibt in jedem einzelnen Falle der Bestimmung der Armendirektion vorbehalten.

e) Dem Armenarzt ist nicht gestattet, zur Behandlung Armenkranker sich eines Assistenten zu bedienen.

§ 4. Der Armenarzt soll an den Monatssitzungen der Armenkommissionen mindestens einmal in jedem Vierteljahr teilnehmen. Außerdem ist der Arzt zur Teilnahme verpflichtet, wenn er mit dem ausdrücklichen Hinweise eingeladen ist, daß seine Anwesenheit wegen eines einzelnen Falles oder wegen Besprechung allgemeiner, die Gesundheitspflege betreffender Fragen notwendig sei.

Wegen Verständigung des Arztes mit der Armenkommission im Laufe der Krankenbehandlung vgl. § 10.

§ 6. Der Armenarzt hat alle von ihm behandelten Kranken (Armen und Waisen) in das ihm von der Armendirektion gelieferte „Ärztliche Armenkranken-Journal“ unter fortlaufenden Nummern einzutragen und die mit dem Journal verbundenen Zählkarten in allen Punkten tunlichst sofort auszufüllen. Für die Beantwortung der Fragen und für den Jahresabschluß (Kalenderjahr) ist die auf dem Umschlag des Journals gegebene „Anweisung“ genau zu beachten. Die vom Journal abzutrennenden Zählkarten sind alljährlich bis Anfang Februar an die Armendirektion einzusenden.

§ 7. Der Armenarzt hat die ihm zugehenden Verfügungen der Armendirektion, die auch noch zur Belehrung neu eintretender Ärzte und der Stellvertreter dienen müssen, in einem Handaktenstück zu

sammeln, in das diese Verfügungen nach der Zeitfolge einzuheften sind. Um das Auffinden der einzelnen Bestimmungen zu erleichtern, ist das Aktenstück mit den Seitenzahlen und mit einem jederzeit laufend zu erhaltenden Inhaltsverzeichnis zu versehen.

Berichte, Gutachte, Verordnungen usw., insbesondere auch die Namensunterschrift, sind recht deutlich und lesbar zu schreiben.

§ 8. Der Armenarzt ist verpflichtet, armen Kranken und Waisenspflinglingen, die ihm von den Armenkommissionen oder Waisenträten überwiesen werden, unentgeltliche ärztliche Hilfe zu gewähren. Die Überweisung erfolgt mittelst Krankenscheins (vgl. hierzu die §§ 69—75 der Geschäftsanweisung für die Armenpflege vom 1. April 1902). Neben den Krankenscheinen sollen bei Almosen- und Pflegegeldempfängern ihre Quittungsbücher als Ausweis für die Behandlung Geltung haben.

Sofern es sich hierbei nicht lediglich um Raterteilung und Maßregeln vorübergehender Art, sondern um Feststellung von Krankheitszuständen handelt, die für die armenpflegerische Behandlung des Falles von Bedeutung sind, hat der Armenarzt von seinen Wahrnehmungen und Maßregeln den Vorsteher der Armenkommission in Kenntnis zu setzen. Dies gilt namentlich, wenn durch Erkrankung des Familienhauptes oder eines oder mehrerer Familienmitglieder die wirtschaftliche Lage der Familie verschlechtert wird, wenn ansteckende Krankheiten die Absonderung von Familienmitgliedern notwendig erscheinen lassen u. dgl. m.

Für dringliche Fälle ist der Schlußabsatz des § 5 zu beachten.

§ 9. Die Krankenscheine sind für den Monat gültig, in dessen Verlauf sie ausgestellt sind. Findet jedoch die Ausstellung nach dem 20. eines Monats statt und hat die ärztliche Behandlung fortzudauern, so behält der Krankenschein seine Gültigkeit noch für den folgenden Monat.

Abgesehen hiervon verliert der Schein seine Gültigkeit, wenn der Kranke oder seine Angehörigen ihn nicht binnen längstens drei Tagen nach der Ausstellung dem Arzte vorgelegt haben.

Außerdem hört die Verpflichtung des Armenarztes zu ärztlicher Hilfe mit dem Beginn der Behandlung durch einen anderen Arzt auf.

§ 10. Der Arzt ist nicht befugt, eine mittelst Krankenscheins überwiesene oder mit dem Quittungsbuch sich ausweisende Person wegen Zweifels an ihrer Bedürftigkeit zurückzuweisen. Solche Zweifel sind nötigenfalls dem Vorsteher oder dem betreffenden Mitglied der Armenkommission mitzuteilen, wie umgekehrt diese ihre Bedenken wegen der Verordnung von Pflegemitteln zu äußern haben. Überhaupt soll sich der Arzt mit der Kommission in dauernder Fühlung erhalten und auch, wo es das Interesse der Sache fordert, in den nicht besonders bemerkten Fällen der Kommission von der Sachlage und von etwaigen Bedenken Mitteilung machen, auch Wünsche wegen etwaiger anderweiter Unterstützung, Behandlung des Kranken usw. äußern.

Läßt sich durch die in erster Linie anzustrebende mündliche Aussprache eine Verständigung nicht herbeiführen und die Meinungsverschiedenheit sich auch durch den Vortrag in der Armenkommission nicht beheben, so ist die Entscheidung der Armdirektion anzurufen. Die Ausführung notwendiger ärztlicher Maßregeln darf hierdurch jedoch nicht aufgehalten werden.

§ 11. Die ärztliche Hilfe ist zu leisten

- a) entweder in der Wohnung des Arztes in der von ihm bestimmten, von der Armendirektion genehmigten Sprechstunde für diejenigen Kranken, die ihre Wohnung verlassen können,
- b) in der Wohnung des Kranken.

Art und Dauer der Behandlung sowie die Häufigkeit der Besuche bleibt dem pflichtmäßigen Ermessen des Arztes überlassen, doch ist der Arzt verpflichtet, die ihm überwiesenen Personen in dringenden Fällen auch außerhalb seiner Sprechstunde zu empfangen, zu untersuchen und in Behandlung zu nehmen. Befindet sich auf dem Krankenschein der Vermerk: „Bedarf schleuniger Hilfe“, so ist der Arzt verpflichtet, den Kranken so bald zu besuchen, wie ein aufmerksamer Arzt unter Berücksichtigung aller Umstände des Falles und der Anforderungen seiner übrigen Praxis einen Schwerkranken, von dessen Erkrankung er erfahren und dessen Behandlung er übernommen hat, besuchen würde. Handelt es sich um eine Person, die sich bereits in der Behandlung des betreffenden Arztes befindet, so bleibt es seinem pflichtmäßigen ärztlichen Ermessen überlassen, zu beurteilen, inwieweit er der Aufforderung des Pflegers oder der Angehörigen den Anlaß zu außergewöhnlicher Beschleunigung entnehmen will.

§ 12. Der Armenarzt ist verpflichtet, auf Verlangen der Armendirektion und der Armenkommissionen Gesundheits- und Krankheitsbescheinigungen unentgeltlich auszustellen, auch wenn die betreffenden Personen im übrigen armenärztlich nicht behandelt werden. Der Ausstellung derartiger Bescheinigungen auf Wunsch der Armen hat sich der Armenarzt gänzlich zu enthalten. Atteste zur Erlangung von Alters- und Invalidenrenten sind nur auf Ersuchen des Magistratskommissars für Invalidenversicherung auszustellen; für die Atteste wird von der Landesversicherungsanstalt Vergütung gewährt.

Dagegen besteht die Verpflichtung zur Ausstellung eines Attestes über den Gesundheitszustand von Schulkindern, die in armenärztlicher Behandlung sind, auf Ersuchen der Schulkommission. Im übrigen ist die Ausstellung von Attesten für Schulzwecke, insbesondere zwecks Befreiung vom Schulunterricht oder einzelnen Teilen desselben, Sache des Schularztes.

§ 13. Der Armenarzt hat die Leichen der in seinem Medizinalbezirk verstorbenen Armen und der Waisenpflinglinge auf Antrag der Angehörigen oder der Pflegeeltern sowie auf Ersuchen des Vorstehers der Armenkommission oder des Gemeindevaisenrats in der Wohnung der Verstorbenen zu besichtigen und den Totenschein auszustellen, falls nicht gegen die Ausstellung forensische Bedenken obwalten, die er dann sofort dem Revierpolizeibureau anzuzeigen hat. Der Armenarzt darf nicht anordnen, daß ihm Leichen, wären es auch solche von Neugeborenen oder anderen kleineren Kindern, in seine Wohnung zur Untersuchung und Ausstellung von Totenscheinen gebracht werden.

Die Feststellung des Todes von ärztlich nicht behandelten Personen (Totenschein) hat der Armenarzt vorzunehmen, falls er durch die Armenkommission oder den Waisenrat hierzu aufgefordert wird.

Die in diesem Paragraphen bezeichneten Maßnahmen sind in allen Fällen als dringlich zu erachten.

§ 14. Auf Grund des Krankenscheines bzw. des Quittungsbuches ist der Armenarzt befugt, ohne Rückfrage bei der Armenkommission folgende Arzneien und Heilmittel zu verordnen:

a) Arzneien im engeren Sinne, einschließlich Wein (aus jeder Apotheke nach Wahl des Kranken zu beziehen).

b) Mechanische Heilmittel: Brillen, Bandagen, Bruchbänder, Irrigatoren, Spritzen, Steckbecken, Mutterkränze, Krücken, Kehlkopfskarülen und sonstige mechanische Heilmittel im Werte bis zu 12 Mk. Übersteigt die Verordnung diesen Preis, so ist die Bewilligung der Armendirektion nachzusuchen.

Diese Gegenstände sind nicht zusammen mit Arzneien zu verordnen, sondern auf besonderen Formularen zu verschreiben. Sie werden vom Arzte bei den von der Armendirektion bestimmten Lieferanten angewiesen. Der Arzt hat sich von der erfolgten Lieferung sowie von der Zweckmäßigkeit und der Preiswürdigkeit der Arbeit zu überzeugen und sie zu bescheinigen.

c) Bademarken. Sie sind nur für Badeanstalten gültig, mit denen die Armendirektion ein Abkommen getroffen hat. Es sollen in der Regel nicht mehr als 6 Bademarken auf einmal verabreicht werden. Über die gestatteten medikamentösen Zusätze findet sich Bestimmung in dem Anhang der Formulae magistrales.

Unbeschadet der Rücksicht auf die leidenden Armen ist die größtmöglichste Sparsamkeit und Einfachheit bei allen Verordnungen unter sorgfältiger Beachtung der „Anleitung zur Kostenersparnis beim Verordnen der Arzneien“ anzustreben. Der etwaige Stellvertreter ist hierauf besonders aufmerksam zu machen.

§ 15. Der Armenarzt ist auf Grund des Krankenscheines bzw. des Quittungsbuches auch befugt, sogenannte diätetische Heilmittel und Pflegemittel, wie Milch und Fleisch, zu verordnen. Bei der Gewährung diätetischer Mittel soll mit der nötigen Sparsamkeit verfahren werden. Die Verordnung erfolgt unter ärztlichen Gesichtspunkten zur besseren Pflege und Stärkung des Kranken. Sie ist nicht statthaft lediglich als Ergänzung des Almosens oder des Pflegegeldes, über die die Armendirektion zu entscheiden hat.

Im übrigen wird die durch den Arzt getroffene Verordnung von dem Armenkommissionsvorsteher mittelst Formulars ausgeführt; sie bedarf nicht erst eines genehmigenden Beschlusses der Armenkommission. Widerspricht der Vorsteher der Verordnung, so soll der Arzt im Sinne des § 10 eine Verständigung mit ihm suchen.

§ 16. Zu kleinen chirurgischen Hilfeleistungen, wie Setzen von Blutegeln, Schröpfköpfen und Klistieren, sowie zur Hilfeleistung bei Operationen und Leichenöffnungen kann der Armenarzt den von der Armendirektion bestimmten Heilgehilfen berufen: bei weiblichen Kranken hat er die von der Armendirektion ihm bezeichneten Hebammen oder andere sich zu diesen Hilfeleistungen eignende Frauen zuzuziehen. Zur Ausführung der Massage werden den Armenärzten durch die Armendirektion besondere männliche und weibliche Masseure bezeichnet.

Die ursprünglich einzige, aber heute nicht mehr überwiegende Aufgabe des Armenarztes ist die der Behandlung der seiner Hilfe bedürftigen Kranken. Sie unter-

scheidet sich in mehreren Punkten von der des allgemeinen Arztes. Er darf nur diejenigen Kranken in Behandlung nehmen, für die seine Zuständigkeit feststeht. Sie wird durch eine ausdrückliche formularmäßige Bescheinigung der zugehörigen Armenkommission, die bei Beginn der Behandlung zu überreichen und zur Verhütung von Mißbräuchen in bestimmten Zeiträumen von etwa vier Wochen zu erneuern ist, nachgewiesen. Die Alters- und Geschlechtszusammensetzung weicht wesentlich von der allgemeinen Praxis ab, es überwiegen Kinder, Frauen, Greise. Dem entsprechen die zur Behandlung kommenden Leiden, unter denen, abgesehen von akuten Säuglings- und Kinderkrankheiten, zunächst die Entwicklungs- und Ernährungsstörungen der Jugend, verschlimmert durch die wirtschaftliche Notlage, sich finden; es überwiegen aber Greisenkrankheiten und Siechtumszustände, Leiden, die zur Erwerbsunfähigkeit geführt haben, wie deformierende Gicht und Rheumatismen, schwere chronische Nervenkrankungen, Unterschenkelgeschwüre, Emphysem höheren Grades usw. Dazu kommen die nach Ablauf der Krankenversicherung ungeheilt „Ausgesteuerten“ mit schweren chronischen Herz-, Lungen- und Nierenleiden usw. In der Mehrzahl dieser Fälle handelt es sich nicht mehr um Besserungsmöglichkeiten, mit Ausnahme des Eintritts akuter Verschlimmerungen, sondern um Linderung, Schmerzstillung, seelischen Zuspruch. Die wenigen akuten Fälle, wie infektiöse Kinderkrankheiten, akute Lungenentzündungen, abnorme Entbindungen sollen zudem nicht in der Behausung gepflegt, sondern der geschlossenen Heilanstalt überwiesen werden, zunächst allgemein wegen der Möglichkeit besserer Versorgung, dann aber in den ersteren Fällen, wie ebenso bei der Lungentuberkulose des letzten Abschnitts, zur Minderung der gerade in den Wohnungen der Armen gesteigerten Übertragungsgefahr. In der Wahl seiner Heil- und Linderungsmittel hat sich der Armenarzt an die „pharmakopoea oeconomica“ zu halten, die, auf Grund langer Erfahrungen zusammengestellt, einfache und billige Mittel vorschreibt; neue unerprobte sowie teure ersetzbare Medikamente und Bäderzusätze oder Spezialitäten hat er zu vermeiden. Als Ersatz für diese Einschränkungen hat er Gemeindepflegerinnen zur Seite, über deren Verwendung er verfügt, und zwar meist beruflich vorgebildete Krankenpflegerinnen, welche je nach der Lage des Falls Tagesbesuche bei mehreren Kranken zur Bettung, zum Verband usw. vornehmen oder Tag- und Nachtpflegen leisten. Ferner kann er nach seinem ärztlichen Ermessen Anweisungen an die Armenkommission auf Nahrungszusätze, besonders Milch, eigene Krankenkost, Kleidung, Heizung geben.

Für Sondererkrankungen ist in verschiedener Weise gesorgt; entweder stellt die Gemeinde besondere Fachärzte für Ohren-, Augen-, und Frauenkrankheiten an, oder sie trifft Abkommen mit Ambulatorien, oder sie räumt den Armenärzten das Recht ein, die Überweisung an Fachärzte nach eigenem Ermessen vorzunehmen, welche dann für ihre Leistungen die Forderung an die Gemeinde nach den Mindestsätzen der Gebührenordnung einreichen. Außer den von den Armenkommissionen überwiesenen Kranken hat der Armenarzt noch die von den Krankenkassen „Ausgesteuerten“ zu behandeln, ferner aber auch diejenigen mittellosen Kranken, deren Behandlungsbedürftigkeit von den Schulärzten, in der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge und im Lungenfürsorgeamt festgestellt wird. Zur Vermeidung der mit der Überweisung an die Armenkommission verbundenen Peinlichkeiten und weil hier die schnellere und erleichterte Behandlung im Vordergrund steht, empfiehlt es sich, die Feststellung der Bedürftigkeit dem Rektor und den ärztlichen Leitern der Fürsorgestellen einzuräumen, bei denen genaue Kenntnis der wirtschaftlichen Verhältnisse vorausgesetzt werden kann.

Über seine Tätigkeit hat der Armenarzt ein besonderes Buch zu führen und das Ergebnis am Jahreschluß in die von seiner Gemeinde aufgestellten Listen einzutragen, deren Zusammenstellung die Unterlage für deren Armenkrankenstatistik bildet. Die gewissenhafte Führung dieser Listen ist notwendig, weil die Armenkrankenbewegung einen wichtigen Teil der Statistik über die Gesundheitsverhältnisse der Gemeinde bildet.

Die zweite Aufgabe des Armenarztes ist seine Mitwirkung an den Beratungen seiner Armenkommission. So beschwerlich die Abendsitzung nach anstrengender Tagesarbeit ist, so ist sein Gutachten über die Sonderart der vorgetragenen Fälle, die persönliche Vertretung seiner Anträge unentbehrlich; seine Sachkenntnis wird aber auch bestimmend für den ganzen Geist der Kommission, deren Mitglieder durch seine sachverständigen Ausführungen erst auf den inneren Zusammenhang zwischen Not und Körperleid, auf den Nutzen einer kostspieligen vorbeugenden Behandlung im Einzelfall hingewiesen werden. Aus dem gleichen Grunde ist die Zugehörigkeit eines Arztes zur Vollversammlung der Armen-direktion nötig; sie wird in der Mehrzahl dadurch gewährleistet, daß der Stadtarzt und ärztliche Stadtverordnete ihr angehören und dort ärztliche und hygienische Gesichtspunkte in grundsätzlichen Fragen und bei Beratung von Einzelfällen geltend machen; aber es ist immerhin erwünscht, daß außer ihnen noch ein Armenarzt mit Sitz, wenn auch ohne Stimmrecht, der Armandirektion

angehört, um Sonderfragen und Sonderinteressen hier zu vertreten.

Auch in Orten ohne städtische Polizei ist der Armenarzt durch seine Dienstanweisung häufig verpflichtet, dem Ruf der Polizei bei plötzlichen Unfällen oder Todesfällen Folge zu leisten, namentlich in Orten mit unausgebildetem Rettungswesen; obgleich von der Armendirektion angestellt und unter ihrer Zuständigkeit ist er doch dort, wo es die Dienstanweisung vorschreibt, verpflichtet, den in sein Arbeitsfeld einschlagenden Forderungen anderer gemeindlicher Geschäftsstellen nachzukommen, wenn andere ärztliche Kräfte zur unentgeltlichen Dienstleistung nicht zur Verfügung stehen; es handelt sich hierbei bald um Gutachtertätigkeit, bald um Überwachung von geheilten Keimträgern, die aus dem Krankenhause entlassen wurden, bald um Entnahme von Rachenschleim bei den von Diphtherie genesenen Schulkindern usw., bald um weitergehende Aufgaben.

Die Verbindung der öffentlichen Armenpflege mit Aufgaben der Wohlfahrtspflege, wie sie im ersten Abschnitt geschildert wurde, bedingt die Übertragung derjenigen Aufgaben aus diesen Gebieten, bei denen ärztliche Mitwirkung erforderlich ist, an den Armenarzt als das zuständige Organ der Armenverwaltung. Hier handelt es sich aber nicht mehr um ärztliche Arbeit im engeren Sinne, sondern um sozialhygienische Tätigkeit. Seine ganze Stellung läßt ihn hierfür besonders geeignet erscheinen, denn er lernt allmählich die gesundheitlichen Eigenarten fast jedes Hauses seines Bezirkes kennen, besonders auch die Schattenseiten, und hat sich in vielen Städten in seinem Jahresbericht auch über Lebens-, Wohnungs- und Ernährungsverhältnisse der Einwohner seines Bezirkes zu äußern. Er ist in der Lage, das zu sein, was Aufrecht vom Armenarzt verlangt, der beste Kenner der Gesundheitsverhältnisse seines Bezirks. Da den Armenverwaltungen meist die Waisenpflege, das Haltekinderwesen und die Generalvormundschaft angegliedert ist, so ergibt sich von selbst die Übertragung der Tätigkeit eines Ziehkinderarztes an den Armenarzt in denjenigen Städten, in denen nicht eine besondere Organisation geschaffen ist. (Die Aufgaben auf diesem Gebiete sind im Abschnitt über Säuglings- und Kleinkinderfürsorge dargestellt.) Mit dieser Tätigkeit ist eine nicht kleine Gutachtertätigkeit hygienischer Färbung verbunden, die namentlich bei der Waisenpflege recht vielseitig ist und die Kenntnis der Gesundheitsverhältnisse der Jugend bis zum Eintritt des Berufsalters voraussetzt. Auch bei der Unterbringung siecher und gebrechlicher Kinder in Anstalten zur Bewachung, Kur und Pflege auf Grund

des Dotationsgesetzes ist er als Gutachter beteiligt, ebenso wie bei der Anstaltsversorgung idiotischer oder geistig minderwertiger Kinder. Auch die bisher in einzelnen Bundesstaaten gesetzlich und in vielen Großstädten vorläufig freiwillig eingeführte Wohnungsfürsorge, deren allgemeine gesetzliche Regelung bevorsteht (siehe „Verwaltung“), greift auf die sozialhygienische Mitarbeit des Armenarztes zurück, der in den Unterkommissionen des Wohnungsamts als Gutachter und Berater mitzuwirken hat. Die Anzahl der Aufgaben des Stadtarztes auf sozialhygienischem Gebiet ist für die Gegenwart mit diesen Angaben im wesentlichen erschöpft, der Umfang der Tätigkeit ist aber hier ein so erheblicher geworden, daß er seiner Arbeit eine ausgesprochen sozialhygienische Färbung als Fürsorgearzt gibt. Die in Abschnitt I geschilderte Umwandlung der Armenpflege zur Wohlfahrtspflege läßt für die Zukunft eine weitere Entwicklung erwarten, die schon jetzt vielfach zu Vorschlägen und Änderungen der Organisation geführt hat. So ist öfter empfohlen worden, die ambulante Behandlung aus der Wohnung des Stadtarztes in besondere, von der Gemeinde gestellte und zweckmäßig ausgestattete Räume zu verlegen. Gegen diese „Armenpolikliniken“ wird aber der Einwand erhoben, daß sie die Armen dadurch von anderen Kranken schon äußerlich heraushebt, und daß dadurch die humanitäre Absicht, alle Kranken gleichmäßig zu behandeln, gefährdet sei. Dagegen haben verschiedene organisatorische Schwierigkeiten bei der Versorgungsmöglichkeit der in den einzelnen Gesundheitsfürsorgestellen als krank befundenen Unbemittelten zu Vorschlägen über die Zusammenlegung der Aufgaben geführt. Besonders beklagt wird die Verzögerung und Erschwerung der Behandlung in der Schulgesundheitspflege und Säuglingsfürsorge. Hier soll nur Beratung, nicht aber zugleich Behandlung erfolgen, selbst wenn es sich um leichte, schnell zu beseitigende Krankheitsvorgänge handelt. Die Überweisung von einem Arzt zu einem anderen unter Prüfung der Hilfsbedürftigkeit, der gar nicht zu vermeidende Übelstand, daß namentlich in der Säuglingsfürsorge Meinungsverschiedenheiten zwischen beratendem und behandelndem Arzte entstehen, führen zu Schwierigkeiten, die schließlich die rechtzeitige Behandlung vereiteln. Man ist deshalb, namentlich in kleineren und mittleren Städten, vielfach dazu übergegangen, Beratungs- und Behandlungstätigkeit zusammenzulegen, indem man dem Bezirks- oder Stadtarmenarzt zugleich die Tätigkeit eines Schularztes übertrug; in einigen größeren Städten ist dieser Plan teilweise bei Vorhandensein geeigneter Persönlichkeiten durchgeführt worden, und es wird über

die Ergebnisse durchweg Gutes berichtet. Umgekehrt hat es sich bewährt, dem fachlich besonders vorgebildeten Säuglingsfürsorgearzt nicht nur die Aufgaben des Haltekinderarztes seines Bezirks, sondern auch durch die Armenverwaltung die Stellung eines Armenarztes für die ambulanten Erkrankungsfälle derjenigen Besucher der Beratungsstelle zu übertragen, bei denen es sich um geringfügige, meist durch diätetische Verordnungen zu hebende Anfangserkrankungen handelt. Die Ärzte werden dadurch nicht geschädigt, da es sich um Unterstützungsbedürftige handelt, die allgemeine Gesundheit aber gefördert, denn die Überweisung an den Armenarzt hätte nur zur Folge, daß die Mütter diesen nicht aufsuchen, aber aus der Beratungsstelle fortbleiben. Radikaler ist der von verschiedenen Seiten gemachte Vorschlag, Armenkrankenbehandlung und Wohlfahrtspflege überhaupt nicht nach Aufträgen zu trennen, sondern zusammenzulegen und je nach dem Umfang nach Bezirken zu verteilen; die Folge ist die hauptamtliche Tätigkeit des Armenkranken- und Fürsorgearztes im Beamtenverhältnis, wie sie sich für den Schularzt in Großstädten und für den Kreisfürsorgearzt in Landkreisen schon vielfach durchgesetzt hat. Gegen diesen Vorschlag ist der nicht grundlose Einwand gemacht worden, daß die Behandlung im Beamtenverhältnis das Vertrauen des Kranken zum Arzt schädige und die Hingabe des Arztes mindern könne. Immerhin ist diese Form der Organisation in mehr oder minder großer Vollständigkeit an verschiedenen Orten vollzogen worden. So haben Wilhelmshaven, Weißensee und Wittenberge einen Stadtarzt im Hauptamt angestellt, der zugleich die Beratungsstelle leitet, die Schulgesundheitspflege ausübt und städtischer Armenarzt ist; so hat Essen seit einer Reihe von Jahren das System der hauptamtlichen Bezirksärzte eingeführt, die zugleich Armen- und Fürsorgeärzte ihres Bezirks einschließlich der Wohnungsfürsorge sind und Aufgaben der praktischen Medizin mit denen der sozialen Hygiene vereinen. Die Zukunft wird über die Bewährung und die Stellungnahme des Ärztstandes zu entscheiden haben.

In größeren Städten haben sich die Armenärzte vielfach zu Vereinen zusammengeschlossen, welche regelmäßig unter einem Vorsitzenden tagen, ihre Interessen gemeinsam beraten und vertreten und ihre Beschlüsse der Armendirektion überreichen. Eine solche Organisation dient auch der Armenverwaltung; ihr können städtische Aufgaben, wie die Prüfung der Verordnungen, übertragen werden, die erfahrungsgemäß bei Selbstverwaltung strenger gehandhabt wird als durch die Verwaltung selbst; zweckmäßig ist auch die Ansetzung regelmäßiger Beratungen der Verwaltung

mit der Vereinigung der Armenärzte unter dem Vorsitz eines ärztlichen Mitgliedes der Armendirektion.

3. Geschlossene Armenkrankenfürsorge. Geschlossene Armenfürsorge liegt vor, wenn die Gewährung von Obdach durch Unterbringung in einer geschlossenen Anstalt geschieht. Bei der vorübergehenden Unterbringung Obdachloser in Asylen kommen weniger sozialärztliche als medizinische und allgemein hygienische Gesichtspunkte in Betracht, da solche Anstalten die Herde der Weiterverbreitung von infektiösen und parasitären Erkrankungen bilden können und ihre Besucher oft körperlich oder seelisch kranke Menschen sind. Es muß also ständige ärztliche Überwachung der Einrichtungen, ärztliche Überwachung der Zugänge und ärztliche Hilfe bei plötzlichen Erkrankungen gewährleistet sein; das kann je nach der Größe der Anstalt durch einen oder mehrere besondere Ärzte oder den Bezirksarmenarzt geschehen; die Tätigkeit selbst bietet nichts Abweichendes von sonstiger ärztlicher Anstaltstätigkeit. Eine zweite Form der Unterbringung ist diejenige dauernd Hilfsbedürftiger zu längerem oder dauerndem Aufenthalt in besonderen Anstalten. Hier handelt es sich zu einem Teil um alte, alleinstehende oder der häuslichen Pflege Entbehrende, wozu auch hilflose Ehepaare gehören können, zum anderen um Sieche, die nicht der Krankenhausbehandlung, wohl aber der Pflege bedürfen, und schließlich um Menschen mit schweren, langdauernden, unheilbaren körperlichen Erkrankungen, die aus dem allgemeinen Krankenhause entlassen werden müssen, weil dieses für derartige Leiden zu kostspielig arbeitet, die aber außer der Pflege noch der ärztlichen Behandlung bedürfen. Diese Anstalten, in den modernen Großstädten aus den alten berühmten Armenhäusern früherer Tage zu hygienisch einwandfreien Unterkunftsanstalten umgewandelt, sind vielfach ursprünglich als reine Altersversorgungshäuser oder als gemischte Einrichtungen gedacht gewesen und deshalb meist mit Tagesräumen, Gärten, Beschäftigungsstätten versehen. Sie tragen, um den Charakter der Armenanstalt zu vermeiden, Namen wie Bürgerhaus, Familienhaus oder häufig den Namen des Stifters. Fast überall aber wandeln sie sich mit der Zeit aus Altersversorgungsanstalten zu reinen oder überwiegenden Siechenanstalten. Denn auch das Alter ist eine Krankheit, zudem fordert die moderne Krankenhausentwicklung zunehmend eine Entlastung und Abschiebung chronischer, unheilbarer, behandlungsbedürftiger Fälle in einfachere, aber hygienisch einwandfreie Anstalten. Zudem kommen beständig Erkrankungen vor, die von den Gründen für die Aufnahme unabhängig sind. Daher tritt in zunehmendem

Umfange in diesen Anstalten die ärztliche Mitwirkung in den Vordergrund, sei es, daß der Anstaltsarzt eine hervorragende Stellung gewinnt oder an die Spitze der Leitung tritt. Dementsprechend gesellt sich Schwesternpflege hinzu, es bedarf der Einrichtung eines kleinen Operations- und Verbandszimmers, der Beschaffung der erforderlichen Untersuchungsapparate, einiger Kranken- und Absonderungsräume. Die Tätigkeit des Arztes unterscheidet sich, abgesehen von den einfacheren Verhältnissen, grundsätzlich nicht von der des Krankenhausarztes. Der Sozialarzt ist nur insofern beteiligt, als er die vorhandenen Einrichtungen am Orte seines Wirkens, die Aufnahmebedingungen und die für den Antrag auf Unterbringung erforderlichen Vorschriften kennen muß.

Auch die Unterbringung in geschlossenen **K r a n k e n -**heilanstalten zur Heilung und Behandlung von Erkrankungen Hilfsbedürftiger gehört zu den Pflichtleistungen der öffentlichen Armenpflege. Die Leitung dieser Anstalten liegt gewöhnlich in den Händen einer anderen Verwaltungsstelle als der der Armen-direktion, welche grundsätzlich auf der Zahlung der tarifmäßigen, von der Gemeinde festgesetzten Kosten besteht. Die Zugänge setzen sich aus Selbstzahlern, Versicherten und Hilfsbedürftigen zusammen. Die ersten haben einen Vorschuß zu leisten, von dessen Zahlung natürlich in allen Fällen der Dringlichkeit der Aufnahme abzusehen ist, die zweite und dritte Gruppe findet Aufnahme auf Grund des Überweisungsscheins der Krankenkasse oder der Armenkommission bzw. des Armenarztes. Von der ersten Gruppe ist ein großer Teil nicht in der Lage, den Vorschuß zu leisten; viele Krankenkassen ziehen es vor, für einen Bruchteil ihrer Mitglieder die Zahlung der Kosten abzulehnen, und doch liegt die Krankenhausaufnahme im Interesse nicht nur des Erkrankten oder Verunglückten, sondern der Gesamtheit. Für alle diese Fälle tritt die Armenverwaltung dem Krankenhaus gegenüber als Schuldner und dem Kranken gegenüber als Einziehungsstelle für die Kosten ein, die sie bei fehlendem Unterstützungswohnsitz nach dem Tarif vom zuständigen Armenverband einzuziehen hat. Da nun ein großer Teil der so aufgenommenen trotz aller Milde, trotz Gewährung von Teilzahlungen im Rückstand bleibt, so gilt er für diese Zeit als ein von der öffentlichen Armenpflege Unterstützter.

Die Krankenhausversorgung und -Verpflegung als Teil der Heilkunde und Hygiene hat kein unmittelbares sozialärztliches Interesse, wohl aber die Entwicklung des Krankenhauswesens. Die Fortschritte der operativen Technik, der klinischen Diagnostik

und der Erkennung des Wesens der Infektionskrankheiten haben dazu geführt, daß die „Hospitalisierung“ bei akuten inneren und chirurgischen sowie bei Infektionskrankheiten in stetem Steigen ist und progressiv, nicht prozentual, mit dem Anwachsen der Bevölkerung sich vermehrt; die noch vor einem Jahrzehnt angenommene Zahl von 5 Betten auf 1000 Einwohner reicht für Großstädte kaum mehr aus. Da ein großer Teil von Erkrankungen der Leibeshöhlen der operativen Behandlung zugänglich geworden ist, die zu Hause nicht vorgenommen werden kann und deren spätere Versorgung im eigenen Heim ungemein kostspielig und umständlich ist, so haben die Krankenhäuser aufgehört, Armenanstalten zu sein, denn auch der Mittelstand ist auf sie angewiesen. Sie sind durch rechtzeitige und erfolgreiche Absonderung der akuten Infektionskrankheiten das wirksamste Mittel zu deren Einschränkung unter der großstädtischen Bevölkerung geworden und haben allgemein einen großen Anteil an der Abnahme der Sterblichkeit in den Großstädten. Seitdem der „Hospitalismus“ der Säuglinge überwunden ist, haben die mit Absonderungseinrichtungen und Milchküchen versehenen Säuglingsabteilungen eine Aufgabe im Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit übernommen. Da die Einrichtungen des allgemeinen Krankenhauses aus Vorsorge gegen alle Möglichkeiten und gesundheitliche Gefahren für die Insassen selbst außerordentlich kostspielig sind und nicht für alle Krankheitsgruppen gleichmäßig erfordert werden, gehen die Großstädte zur Errichtung einfacherer Formen neben den allgemeinen Krankenhäusern über, wie Leichtkrankenhäuser und Genesungsheime, von denen die letzteren auch Hauskranken geöffnet werden. Hier verbilligt sich Bau und Betrieb.

Der Sozialarzt, dieser Entwicklung eingedenk, sollte namentlich bei der frühzeitigen Überweisung ansteckend Erkrankter in die mit zweckmäßigen Absonderungsräumen ausgestattete Heilanstalt dieses wichtige Hilfsmittel zur Bekämpfung der Infektionskrankheiten gerade in den Kreisen der minderbemittelten und darum sich und ihre Umgebung besonders gefährdenden Kreise ausnutzen.

Darüber hinaus muß er über die Kenntnis der Aufnahmeformen verfügen und bei der namentlich im Winter fast stets wahrnehmbaren Überfüllung dieser Anstalten den Fernsprecher oder den Bettennachweis vorher zur Anfrage nach freier Plätze benutzen, ehe er den Kranken eine vergebliche Fahrt antreten läßt. Nach der Entlassung setzt seine Tätigkeit von neuem ein. Sie erfolgt oft nach klinischer Genesung unter der Forderung

von Schonung, die verhältnismäßig leichter zu erreichen ist und bei verminderter wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit. Hier tritt auch bei uns die soziale Krankheitsfürsorge ein, die in Amerika große Ausbildung erfahren hat. Der zuständigen Vereinigung werden die hingehörigen Fälle gemeldet, die durch ihre Organe die häuslichen und wirtschaftlichen Verhältnisse prüft, die vom Krankenhausarzt bei der Entlassung gegebenen ärztlichen Vorschläge für die nächste Zeit zur Durchführung bringt, Erholung ermöglicht, falls erforderlich, ärztliche Überwachung bei der zuständigen Beratungsstelle veranlaßt und dann entsprechende, der fortschreitenden Genesung angepaßte Beschäftigung vermittelt, schließlich aber durch ihr Eingreifen ein soziales Sinken zu verhindern sich bemüht.

Zuletzt ist noch bei der Unterbringung von Taubstummen, Blinden, Krüppeln, Trinkern und Geisteskranken, insbesondere von Idioten und Epileptikern die Armenverwaltung neben anderen Verwaltungsstellen beteiligt. Das Verfahren bei den ersten Gruppen ist in den besonderen Abschnitten behandelt; für die Unterbringung von Geisteskranken sind polizeiliche Bestimmungen maßgebend, welche die Wahrung der öffentlichen Sicherheit mit dem Schutz der Persönlichkeit zu vereinen sich bemühen und deshalb bei der Ausstellung des Zeugnisses für die unfreiwillige Überführung die Mitwirkung zweier Ärzte und die Begutachtung der Notwendigkeit durch den beamteten Arzt verlangen.

II. Der Arzt in der Tuberkulosefürsorge.

Von
P. Krautwig.

I. Allgemeines.

Die ärztliche Erkennung und Behandlung der Tuberkulose hat in den letzten Jahrzehnten erfreuliche Erfolge aufzuweisen. Aber auch die sorgsamste Behandlung des Einzelfalles im Krankenhaus und in der Familie vermag die Tuberkulose als Massen-erkrankung, als Wohnungs- und Proletariërkrankheit nicht entscheidend zu beeinflussen. Die Tuberkulose ist gewiß in erster Linie eine Infektionskrankheit, die durch ärztliche Maßnahmen bei dem Betroffenen gebessert und unter Umständen geheilt werden kann, deren Weiterverbreitung durch hygienische Maßregeln der Absonderung und Desinfektion bis zu einem gewissen Grad verhütet werden kann. Aber sie ist doch als Massenerscheinung in Entstehung und Verlauf in hohem Maße abhängig von den sozialen Lebensbedingungen der gefährdeten Volkskreise. Nur die Verbindung von ärztlichem Können mit dem ganzen Rüstzeug der sozialen Hygiene vermag die Volkskrankheit schrittweise zurückzudrängen. Die Kenntnis der sozialhygienischen Bekämpfungsmaßnahmen ist für den ärztlichen Praktiker unerläßlich angesichts des Umfanges und der Bedeutung dieser schlimmsten aller Volkskrankheiten.

Anzeigepflicht. Das preußische Gesetz, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, vom 28. August 1905 setzt die Anzeigepflicht fest für jeden Todesfall an Lungen- und Kehlkopftuberkulose. Eine Reihe deutscher Staaten haben weitere Anzeigepflicht eingeführt, besonders auch für jeden Wechsel der Wohnung von Personen, die an offener Lungen- oder Kehlkopftuberkulose leiden: so Baden, Bayern, die Hansestädte, die Reichslande und Sachsen. Bayern macht auch jede Erkrankung an offener Lungen- oder Kehlkopftuberkulose anzeigepflichtig, wenn der Kranke in einer Unterrichts- oder Erziehungsanstalt oder in dazugehörigen Räumlichkeiten wohnt oder eine solche Anstalt besucht. Eine noch weiter-

gehende Anzeigepflicht ist u. a. in Dänemark, England, Norwegen, Schweden und den Vereinigten Staaten von Amerika gesetzlich eingeführt. Das schwedische Gesetz vom 1. 1. 1915 legt den Ärzten die Verpflichtung auf, bei Behandlung von Schwindsüchtigen in allen solchen Fällen eine Anzeige zu erstatten, wo der Kranke in Verhältnissen lebt, die für seine Umgebung Gefahren der Ansteckung annehmen lassen. Lungenkranke dürfen dort nicht beschäftigt werden in Meiereien und Milchverkaufsgeschäften. Weibliche Personen, die an Lungenschwindsucht leiden, dürfen weder Amme noch Kinderpflegerin sein.

Umfang und Bedeutung der Tuberkulose als Volkskrankheit.

Die Tuberkulose wirkt verheerend in Stadt und Land. 10% aller Sterbefälle werden von ihr verschuldet, kein Alter bleibt verschont. Wenn sie in der Altersklasse von 10—15 Jahren nur ein Fünftel der Todesfälle veranlaßt, so ist in dem sog. besten Lebensalter von 15—40 Jahren fast ein Drittel aller Todesfälle ihr zur Last zu legen. In der Altersstufe zwischen 20 und 25 Jahren erreicht sie mit fast 50% aller Todesfälle den Höhepunkt ihrer Verlustziffern. Im Alter von 40—50 Jahren sind 25% und im Alter von 50—60 Jahren rund 20% der Todesfälle ihr zur Last zu legen. Ihre Verlustziffern sind erheblich höher als die Summe der Todesfälle, die allen übrigen Infektionskrankheiten insgesamt zum Opfer fallen. England und die nordischen Länder leiden weniger unter Tuberkulose als Deutschland; Österreich und Rußland erheblich mehr. Innerhalb Deutschlands ist ihre Verbreitung recht ungleichmäßig. Manche Industriebezirke liegen mit ihren Todesziffern weit über dem Durchschnitt; aber auch auf dem Lande gibt es viele schlimm verseuchte Gegenden, so in manchen Bezirken Bayerns und Westfalens. Kaum ein Dorf und kaum eine Familie ist frei von der Seuche.

Aus vielen Untersuchungen ergibt sich, daß die Tuberkulose auch eine gefährliche Kinderkrankheit ist, die unter den Kindern des schulpflichtigen Alters schlimmer aufräumt als die bekannten Kinderkrankheiten. Vom 6. bis zum 10. Lebensjahre fordert in der Kinderwelt Scharlach die meisten Opfer, nach Scharlach die Diphtherie und an dritter Stelle die Tuberkulose. Im 11. bis zum 15. Lebensjahre rückt aber die Tuberkulose als Sterbeursache bereits an die erste Stelle.

Von je 100 Gestorbenen erlagen der Tuberkulose im Jahre 1916 nach Kirchner:

aus der Altersklasse von 5—10 Jahren:

10,11 Kinder männlichen und 12,4 weiblichen Geschlechts,

aus der Altersklasse von 10—15 Jahren:

18,4 männlichen und 30,3 weiblichen Geschlechts.

Tuberkulose und Invalidität. Die Erfahrung hat ergeben, daß von den im Alter zwischen 20 und 30 Jahren Invalidisierten über die Hälfte infolge Tuberkulose invalide wurden.

Im Deutschen Reich wurden auf Kosten der Invalidenversicherung auf Grund viel zahlreicherer Anträge folgende Heilbehandlungen wegen Lungentuberkulose durchgeführt:

1905	26621	1910	41420
1906	31022	1911	42400
1907	30074	1912	44061
1908	38725	1913	52251
1909	42232		

Die Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz übernahm im ganzen wegen aller in Frage kommenden Krankheiten im Jahre 1913 14771 Heilbehandlungen mit einem Gesamtkostenaufwand von 4687531 Mk. Mehr als die Hälfte dieser Heilbehandlungen waren veranlaßt durch Tuberkulose, und zwar 7908 mit einem Kostenaufwand von 2777644 Mk.

Die Sterblichkeit des weiblichen Geschlechts war in früheren Jahren eine größere als die der Männer. Im Laufe der letzten Jahre sind durchweg die Sterbeziffern der Frauen günstiger geworden. Es bleibt aber bestehen, daß auch heute noch im schulpflichtigen und gebärpflichtigen Alter die Tuberkulosesterblichkeit beim weiblichen Geschlecht höher ist als in den gleichen Altersklassen der Männer. Die höhere Gefährdung der Männer erklärt sich im allgemeinen aus der höheren Gefahr ihrer Berufsarbeit. Wenn in letzter Zeit mancherorts die Tuberkulose der Frauen eine geringere Tendenz zur Abnahme zeigt, so ist das sicherlich auf die zunehmende Berufstätigkeit der Frau, insbesondere auf ungesunde Tätigkeit als Textilarbeiterin, als Ladnerin und kaufmännische Bureauangestellte in dauernd schlecht gelüfteten und wenig belichteten Räumen zurückzuführen. Bekannt ist auch die große Tuberkulosesterblichkeit der Krankenschwestern in jüngeren Jahren.

Berufe, die in erhöhtem Maße der Tuberkulose erliegen, sind diejenigen, die unter verderblicher Staubeinwirkung leiden. Bäcker, Kellner, Steinhauer, besonders aber Bürstenarbeiter und Feilenhauer sind in schlimmem Maße gefährdet. Recht viele Opfer fordert die Tuberkulose in den Gefängnissen und unter den Prostituierten.

In volkswirtschaftlicher Beziehung ist hervorzuheben, daß die Tuberkulose in erster Linie ihre Opfer unter den An-

gehörigen der besten Lebensjahre sucht, also in dem Alter, in dem der Mensch auf der Höhe seiner Leistungsfähigkeit stehen soll. Dem schließlichen tödlichen Ende gehen viele Jahre der Krankheit, der Arbeitsbehinderung und des Siechtums voraus. Man kann im Durchschnitt sicher vom Todestage rückwärts 5 Jahre Lebenszeit rechnen, in der die Krankheit bereits deutlicher in die Erscheinung tritt und die Arbeitsfähigkeit mehr oder minder beschränkt. Besonders schlimm ist es auch, daß die Tuberkulose infolge ihrer leichten Übertragbarkeit oft genug mehrere Opfer in derselben Familie fordert, ja oft ganze Generationen durchseucht.

Abnahme der Tuberkulose. Das einzig Tröstliche und Erfreuliche an diesem schlimmen Bilde ist die Feststellung, daß die Seuche in den letzten drei Jahrzehnten einen stetigen und erheblichen Rückgang genommen hat. Während in Preußen in den Jahren 1871—1880 noch von 10000 Einwohnern 31,8 an Tuberkulose starben, ist diese Zahl in den Jahren 1881—1890 auf 30,1 und 1891—1900 auf 23 gesunken. 1910 fielen die Zahlen noch weiter ab auf 15,3, 1914 13,9. Die Abnahme der Tuberkulosesterblichkeit war am stärksten in den mittleren Altersklassen, am geringsten in der Kinderwelt; in vielen städtischen Bezirken, besonders in Großstädten, war der Abfall stärker als in den Landbezirken.

Über die Sterblichkeit an Tuberkulose in Preußen in den Jahren 1876—1914 geben folgende Zahlen Auskunft.

Es starben an Tuberkulose			
im Jahre	überhaupt	von je 100 000 Lebenden	von je 100 Todesfällen kamen auf Tuberkulose
1876	79 770	310	12,1
1880	84 895	311	12,3
1885	88 056	308	12,3
1890	84 036	234	11,7
1895	73 752	233	10,7
1900	70 206	211	9,5
1905	70 323	191	9,7
1910	60 479	153	9,5
1914	58 577	139	—

In 24 Staaten des Deutschen Reiches (alle mit Ausschluß der beiden Mecklenburg) starben in Stadt und Land im Jahre 1906 an allen Formen der Tuberkulose 113432 Menschen (18,93 auf je 10000 Lebende); an Lungentuberkulose 98152 (16,38); 1912

100303 an allen Formen der Tuberkulose (15,34), 85976 an Lungentuberkulose (13,15).

Ursachen der Abnahme. Von bestimmendem Einfluß auf den erfreulichen Rückgang ist zunächst die Entdeckung des Erregers der Krankheit durch Robert Koch (1882) und die dadurch ermöglichte bessere ärztliche und hygienische Bekämpfung der Krankheit. Gleichbestimmend mag bewertet werden die in den achtziger Jahren inaugurierte Wohlfahrtsgesetzgebung für die Arbeiterwelt. Schließlich aber bleibt bei der tiefgreifenden Abhängigkeit dieser Volksseuche von sozialen Einflüssen der gesamte wirtschaftliche Aufschwung der unteren Volksklassen von entscheidendem Einfluß, ob er nun wirksam wurde durch Aufklärung, durch bessere Wohnungen, durch bessere Ernährung oder durch andere bessere Lebensbedingungen. Die Abnahme der Erkrankung in den letzten 30 Jahren ist eine so gewaltige, daß wir heute in Deutschland anstatt 85000 Menschen rund das Doppelte, also 170000 Menschen jährlich infolge Tuberkulose einbüßen müßten, wenn wir noch dieselbe Sterblichkeit hätten wie vor 30 Jahren.

Einfluß des Krieges. Es ist nicht zweifelhaft, daß unter den schlimmen Einflüssen des nun im vierten Jahre schon andauernden Weltkrieges die Tuberkulose nicht mehr abgenommen, sondern entschieden zugenommen hat. Von Wien wird berichtet, daß nicht mehr wie früher jeder fünfte, sondern jeder dritte Todesfall auf Tuberkulose zurückzuführen ist. In Deutschland ist auch eine deutliche Steigung, wenn auch nicht in gleichem Maße, zu bemerken. Die Zahl der Todesfälle an Tuberkulose im Jahre 1914 übertraf bereits die Zahl des Jahres 1913; im Jahre 1915 sind 6% mehr Tuberkulosekranke gestorben als 1914. Es kommen nicht nur die Fälle von ausgesprochener Tuberkulose infolge der Kriegsentbehrungen schneller zum tödlichen Ablauf, man muß auch mit einer Zunahme der Neuerkrankungen rechnen.

Sozialhygienische Bekämpfung der Tuberkulose. Geschichtliche Entwicklung. Das große Tuberkuloseelend zwingt uns zur planmäßigen Bekämpfung dieser Volkskrankheit mit allen Waffen der sozialen Hygiene. Besonders aussichtsvoll ist dieser Kampf geworden durch die Heilstättenbewegung und das Fürsorgestellenwesen. Durch Robert Koch wissen wir, daß die Tuberkulose eine ansteckende Krankheit ist; durch die Erfolge der Heilstätten, daß sie in nicht zu vorgeschrittenen Stadien auch eine heilbare Krankheit ist, durch die Fürsorgebewegung, daß sie eine vermeidbare Krankheit ist. Hermann Brehmer gründete 1854 die erste deutsche Heilanstalt zu Görbersdorf i. Schlesien

mit dem wirksamen Prinzip der Freiluftkur. Sein Schüler, Peter Dettweiler, baute das Heilverfahren nach der hygienisch-diätetischen Seite weiter aus und fügte ihm als wirksames Prinzip die Ruhe- und Liegekur ein. Den ersten Aufschwung nahm die Heilstättenbewegung in den neunziger Jahren. 1896 wurde das Deutsche Zentralkomitee zur Errichtung von Heilstätten begründet, dessen aufklärender und werbender Tätigkeit es gelang, bereits innerhalb 10 Jahren 85 Volksheilstätten für Erwachsene mit mehr als 8000 Betten und 14 Heilstätten für Kinder mit 500 Betten ins Leben zu rufen. In welchem Umfange die Lungenheilstätten sich vermehrt haben, geht aus folgender, dem Geschäftsbericht des Deutschen Zentralkomitees vom Jahre 1914 entnommenen Tabelle hervor.

Lungenheilstätten.

Jahr	Anzahl	Zahl der Verpflegten		Betriebskosten Mk.
		Männer	Frauen	
1894	—	—	—	—
1895	1	64	—	12 080
1896	1	142	—	25 906
1897	3	271	—	79 943
1898	5	743	44	187 226
1899	8	1 543	252	447 553
1900	9	2 303	473	792 905
1901	11	2 779	828	1 096 708
1902	15	3 428	1 069	1 921 739
1903	18	4 294	1 696	2 676 067
1904	22	5 223	2 224	2 989 233
1905	26	7 233	2 534	3 978 042
1906	26	8 842	3 263	5 110 331
1907	30	10 643	3 547	5 534 114
1908	36	14 352	5 306	7 293 675
1909	37	16 593	6 141	7 821 102
1910	38	16 978	6 241	7 799 173
1911	40	17 222	6 523	8 213 652
1912	41	18 370	6 630	8 400 050
Im ganzen	41	131 023	46 771	64 392 499

Nach dem Geschäftsberichte des deutschen Zentralkomitees vom Jahre 1917 beträgt zurzeit die Zahl der Heilstätten für erwachsene Lungenkranke in Deutschland 161 mit rund 16100 Betten; die der Kinderheilstätten, in denen teils lungenkranke, teils an Knochen- oder Gelenktuberkulose erkrankte, teils tuberkulosebedrohte, skrofulöse und erholungsbedürftige Kinder Aufnahme finden, 161 mit insgesamt rund 12200 Betten. Da die

durchschnittliche Kurdauer in einer Heilstätte 3 Monate beträgt und die Heilstätten meistens bis zum letzten Bett belegt sind, so ist anzunehmen, daß über 115000 Personen jährlich in diesen Heilstätten Behandlung finden.

Die Erbauung und Unterhaltung der Heilstätten für Lungenkranke in diesem Umfange wäre niemals möglich gewesen ohne das Invalidenversicherungsgesetz, das am 1. Januar 1900 in Kraft trat. Das Gesetz ermöglichte es den Landesversicherungen, die vorbeugende Heilbehandlung der Leichterkranken mit gleichzeitiger Unterstützung der Angehörigen für die Dauer der Kur zu übernehmen. Die Versicherungsträger konnten aus dem angesammelten Vermögen selbst Heilstätten erbauen oder Gemeinden und gemeinnützige Vereine bei der Erbauung solcher Heilstätten durch Darlehung billiger Kapitalien unterstützen. Bis zum Jahre 1912 hatten die Versicherungsträger bereits mit 47½ Mill. Mk. sich an dem Bau der deutschen Heilstätten beteiligt.

Mit der Heilstättenbewegung, über deren Erfolge später noch berichtet wird, erschöpfte sich nicht die segensreiche Tätigkeit des Deutschen Zentralkomitees. Eine gleichwichtige Leistung ist die energische Förderung der umfassenden Bekämpfung der Tuberkulose durch die deutschen Fürsorgestellen. Die erste deutsche Fürsorgestelle wurde 1898 von Pütter, dem damaligen Dezernenten für das Armenwesen in Halle, dem jetzigen Verwaltungsdirektor der Charité in Berlin, ins Leben gerufen. In gleicher Richtung wirkten im Ausland neben einer vereinzelt gebliebenen Organisation in Edinburg, die bereits 1887 begründet wurde, die Dispensaires antituberculeux, die in Lille von Prof. Calmette, in Paris 1901 von Bernheim und in Lüttich 1900 von Prof. Malvoz eingerichtet wurden. Diese Einrichtungen, zunächst vergleichbar den deutschen Polikliniken, bedienten sich zur Unterstützung der ärztlichen Arbeit des mehr fürsorgerisch tätigen Ouvrier enquêteur.

Um ihre Ausbreitung in Deutschland machte sich besonders verdient Ministerialdirektor Kirchner, auf dessen Veranlassung eine Rundverfügung des Preußischen Kultusministers vom 22. Dezember 1902 energisch für die Gründung solcher Stellen eintrat. Heute beträgt die Zahl der Auskunfts- und Fürsorgestellen einschließlich der badischen und sächsischen Tuberkuloseausschüsse sowie der thüringischen Hilfsfürsorgestellen und der bayerischen Beratungsstellen rund 2000. Das Deutsche Zentralkomitee zur Errichtung von Heilstätten änderte 1906 seinen Namen in Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung

der Tuberkulose, da es inzwischen alle Fragen der vielgestaltigen sozialen Fürsorge in seine Arbeit einbezogen hatte. 1912 setzte das Zentralkomitee eine besondere Kommission ein für den Ausbau des Auskunfts- und Fürsorgestellenwesens für Lungenkranke in Deutschland, die sich zur Einberufung besonderer Fürsorgestellentage entschloß. Seit 1912 besteht beim Zentralkomitee eine besondere Kommission für Tuberkulosefürsorge im Mittelstand, von der das Verzeichnis zahlreicher für den Mittelstand geeigneter Heilstätten zu erfahren ist.

Bemerkenswerte Fortschritte knüpfen sich an die deutschen Kongresse zur Bekämpfung der Tuberkulose, deren erster 1899 in Berlin stattfand, und an die Internationalen Kongresse mit dem gleichen Ziel, deren erster 1900 in Neapel abgehalten wurde.

Wichtige Beiträge für die ärztliche, hygienische und fürsorgliche Bekämpfung der Tuberkulose liefern neben den allgemeinen Fachschriften folgende Fachzeitschriften:

Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, herausgegeben von Prof. Rudolph Brauer, Würzburg, Kurt Kabitzsch-Verlag.

Zeitschrift für Tuberkulose, geleitet von A. Kuttner und Lydia Rabinowitsch-Kempner, Leipzig, Joh. Ambrosius Barth.

Internationales Zentralblatt für die gesamte Tuberkulose-Forschung, herausgegeben von Brauer, de la Camp, G. Schröder, Würzburg, Kurt Kabitzsch-Verlag.

Der jährlich erscheinende Geschäftsbericht des deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose: Berlin W. 9, Linkstr. 29, eine unentbehrliche vorzügliche Orientierung für den Sozialhygieniker und den Praktiker.

Tuberkulosis, Monatsschrift im Selbstverlag der Internat. Vereinigung gegen die Tuberkulose, Redaktion und Zentralstelle: Berlin W., Schöneberger Ufer 13.

Tuberkulose-Fürsorgeblatt des deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose, herausgegeben von Oberstabsarzt Helm und Prof. A. Kayserling, Berlin.

II. Aufgaben der Auskunfts- und Fürsorgestellen.

Die tröstliche Erkenntnis, daß die Tuberkulose eine vermeidbare und heilbare Krankheit ist, wurde dem Volke nutzbar gemacht durch die Arbeit der Auskunfts- und Fürsorgestellen. Ihre Aufgabe ist es:

1. die Krankheit möglichst frühzeitig festzustellen. Je früher die Behandlung, um so aussichtsreicher ist sie, um so wirksamer die Verhütungsmaßnahmen;
2. Vermittlung der notwendigen Behandlung und Versorgung in Krankenhäusern, Tuberkuloseheilstätten, Tuberkulose-

heimen. Schutz- und Kräftigungskuren für die gefährdete Umgebung, insbesondere für die bereits tuberkulös infizierten, aber noch nicht erkrankten Kinder;

3. sozialhygienische Hilfe in der Familie: Belehrung und Anleitung im Sinne der Vorbeugung, Sorge für gesunde Wohnung, Reinhaltung der Wohnung und möglichste Absonderung des Kranken.

Träger und Einrichtung der Fürsorgestelle. Gute Erfolge vermögen sowohl behördliche, von Städten, Kreisen, Gemeinden, Landesversicherungsanstalten wie von privaten Vereinen eingerichtete Fürsorgestellen zu erzielen. In der Provinz Hannover ist der Verein für Volkswohlfahrt, in Ostpreußen der Vaterländische Frauenverein der Träger der Fürsorgestellen. Man soll bei dieser Einrichtung der geschichtlichen Entwicklung und der örtlichen Eigenart einen großen Spielraum lassen. Ausgeschlossen muß es aber sein, daß sich Gemeinden und Kreise von solchen Tuberkulose-Fürsorgestellen fernhalten. Eine Gemeinde, die den schweren Schaden der Krankheit kennt und sich auch über den gesetzlichen Rahmen hinaus für die Wohlfahrt ihrer Bürger verpflichtet fühlt, muß durch ihr Interesse, ihre Mitarbeit und ihre Geldmittel die Fürsorgestelle tatkräftig unterstützen. In großen Städten, die mit größerem Tuberkulosenelend zu rechnen haben, muß die Stadtverwaltung, ebenso wie bei dem Säuglingsschutz, die Führung in der Fürsorgearbeit übernehmen, dabei aber in geschickter Weise die freiwillige Mitarbeit von Privaten und Vereinen sich nutzbar machen.

Die Fürsorgestellen können auf eine Beihilfe der Landesversicherungsanstalten rechnen, die hierzu nach § 1274 der RVO. in der Lage sind.

Die Krankenkassen haben gerade auf ihren Kongressen in München und Dresden im Jahre 1917 ihr großes Interesse an der Bekämpfung der Volkskrankheiten und an der vorbeugenden Arbeit der Fürsorgestellen bekundet. Nach § 363 RVO. dürfen sie ihre Mittel auch für allgemeine Zwecke der Krankheitsverhütung verwenden. Man wird darum, je nach der Zahl der befürsorgten Krankenkassenmitglieder, einen mehr oder minder hohen Pauschalbeitrag erwarten können. So wird in einigen Städten die Beitragssumme in Höhe von etwa 5 Pf. für jedes Krankenkassenmitglied bemessen. Die großen Eisenbahn- und Postverbände haben sich zum Teil eine eigene Fürsorge geschaffen.

Für die räumliche Unterbringung der Fürsorgestelle sollen die Anforderungen nicht überspannt werden. In großen Städten ist eine zentrale Lage der Fürsorgestellen erwünscht;

werden mehrere Stellen errichtet, so sind sie möglichst in dicht bevölkerte Stadtteile, besonders in Arbeiterviertel zu verlegen. Bei nicht zu großem Betriebe genügen drei Räume: 1 Geschäftsraum (Bureau) für die Verwaltung, 1 Untersuchungszimmer und 1 Wartezimmer. Die Wände sollen vom Boden aus in 2 m Höhe in Ölfarbe gehalten sein, ein Kalkfarbenanstrich genügt auch. Nicht abwaschbare Tapeten sind zu vermeiden. Linoleumfußboden ist erwünscht, aber nicht notwendig; ein guter, sauber gehaltener Holzfußboden genügt. Schon aus erziehlichen Gründen sind die Räume besonders sauber zu halten und gut zu lüften. Spucknapfe dürfen nicht fehlen. Schulräume sind nicht zu verwenden. Dagegen soll man da, wo die Mittel zur Sparsamkeit zwingen, keine Bedenken erheben gegen die Mitbenutzung der Räume durch andere Fürsorgezweige, etwa die Säuglingsfürsorgestellen, unter der selbstverständlichen Voraussetzung, daß der Fürsorgebetrieb zeitlich getrennt ist und für gründliche Reinigung der Räume nach jedesmaliger Benutzung gesorgt wird.

Der Fürsorgearzt. Die Leitung der Fürsorgestelle steht dem Arzte zu. Zu wünschen ist ein in der Tuberkulosedagnostik und -therapie besonders erfahrener Arzt, der für seine Tätigkeit entschädigt wird. Bisher wird die fürsorgeärztliche Tätigkeit an manchen Stellen, besonders auf dem Lande und bei privaten Vereinigungen zur Bekämpfung der Tuberkulose, noch nicht bezahlt. Wird aber diese berechtigte Forderung erfüllt, unterläßt der Fürsorgearzt, indem er sich auf die Beratung beschränkt, grundsätzlich jede Behandlung, sucht er die übrigen Ärzte des Bezirks für die Fürsorgearbeit zu gewinnen, so dürften die Bedingungen gegeben sein, unter denen die ärztliche Organisation gerne bereit sein wird, die Fürsorgearbeit zu unterstützen.

Es hängt ganz von den örtlichen Verhältnissen in Stadt und Land ab, ob man einem beamteten Arzt, Kreisarzt, Stadtarzt, Kreiskommunalarzt oder einem anderen geeigneten Privatarzt den ärztlichen Dienst in der Fürsorgestelle überträgt.

In ländlichen Bezirken, in denen die Fürsorge am besten kreisweise organisiert ist und etwa der Kreisarzt als Vertrauensarzt des Fürsorgeamtes beim Landrat fungiert, muß für gewöhnlich der jeweilig behandelnde Arzt auch der Fürsorgearzt sein, der den Stand der Krankheit feststellt und die ärztlich-hygienische Beratung besorgt.

An ärztlichem Instrumentarium ist notwendig: Instrumente zum Beklopfen und zum Behorchen, zur Untersuchung nach Pirquet; Reagentien und Kochvorrichtung zur Urinuntersuchung; ein Bandmaß, eine Wage, eine einfache bakterio-

logische Einrichtung zur Untersuchung des Auswurfs auf Tuberkelbazillen, sofern diese nicht in einem bakteriologischen Institut, das hierfür zur Verfügung steht, vorgenommen wird. Erwünscht ist die Einrichtung zur Kehlkopfuntersuchung und ein einfaches Röntgeninstrumentarium zur Durchleuchtung. Nicht der Reichtum der Einrichtungen, sondern die Tüchtigkeit und Gewissenhaftigkeit des untersuchenden Arztes verbürgen den Erfolg der Arbeit.

Die Zahl der ärztlichen Sprechstunden ergibt sich aus dem Umfange des Betriebes.

Wer soll die Fürsorgestelle besuchen? Manche Fürsorgestellen, so die in Frankfurt, beraten nur diejenigen Patienten, die ihnen von Ärzten überwiesen werden. Andere Fürsorgestellen untersuchen und beraten auch alle Personen, die glauben, tuberkulös zu sein. Bei letzterem System ist Vorsicht am Platze und mindestens die Feststellung erwünscht, ob im Laufe der letzten Monate ein Hausarzt oder Kassenarzt in Anspruch genommen ist. Der behandelnde Arzt ist dann in jedem Falle von dem Untersuchungsergebnis des Fürsorgearztes zu unterrichten.

Eine Fürsorgestelle kann nur wirksam sein, wenn sie alle minderbemittelten Bevölkerungskreise, also nicht nur die armenrechtlich Hilfsbedürftigen und die Krankenkassenmitglieder zur Beratung zuläßt. Gut arbeitende Fürsorgestellen brauchen sich selten über geringen Besuch zu beklagen, besonders wenn sie mit Kassen- und Armenärzten gute Verbindung halten. Wichtig ist es, zu erreichen, daß die Krankenhäuser im Wege freier Vereinbarung oder auf behördliche Anweisung den Fürsorgestellen die Aufnahme von Tuberkulösen, jedenfalls aber die Entlassung offener Tuberkulöser mitteilen. Ein weiterer Kreis tuberkulöser Familien kann der Fürsorgestelle dadurch bekannt werden, daß die Polizeibehörde oder das Standesamt jeden Todesfall an Lungen- und Kehlkopftuberkulose, der in Preußen nach § 1 des Gesetzes, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, vom 28. August 1905 angezeigt werden muß, der Fürsorgestelle mitteilt. Eine erweiterte Anzeigepflicht schon bei Erkrankungsfällen an offener Tuberkulose wird vielfach im Interesse der Fürsorge gefordert. Eine gut arbeitende Fürsorgestelle, die das Vertrauen der Ärzte und der Bevölkerung besitzt, bedarf meines Erachtens dieser erweiterten Anzeigepflicht für ihre Tätigkeit nicht. Wichtige Besucher erhält die Fürsorgestelle auch durch die Überweisung der aus den Heilstätten entlassenen Patienten sowie durch direkten Verkehr mit etwa gleichzeitig bestehenden Einrichtungen der Säuglings-, Kleinkinder- und Schulkinder-

überwachung, besonders aber durch die Tätigkeit der Fürsorgeschwester.

Grundsatz jeder Fürsorgestelle muß sein, nicht nur den Erkrankten zu untersuchen und zu beraten, sondern seine ganze Familie einschließlich etwa im Haushalt befindlicher Verwandten und Dienstboten. Es steht fest, daß die Infektion mit Tuberkulose in der überwiegenden Zahl der Fälle bereits im ersten Kindesalter erfolgt. Weit über 50 % aller Schulkinder weisen eine positive Pirquet-Reaktion auf, Kinder aus armen Kreisen oft in einem Prozentsatz von 90 und mehr (Untersuchungen Hamburgers, Pirquets, Schloßmanns, Sektionsergebnisse von Orth; Nägeli und Burkhardt). Die Untersuchung sämtlicher Kinder ist darum eine dringende Notwendigkeit. Nach heutigen Kriegserfahrungen wird man auch alle diejenigen Kinder, bei denen zwar ein positiver Tuberkulosebefund noch nicht zu erheben ist, wenn sie unterernährt und blutarm sind, bezüglich fürsorgereicher Maßnahmen so behandeln müssen, als ob schon die ersten Anfänge der Tuberkulose vorhanden wären.

Wo die ärztliche Fürsorgestelle mit dem Fürsorgeamt bzw. dem Fürsorgebüro verbunden ist, empfiehlt es sich, alle Neumeldungen zunächst durch das Büro gehen zu lassen, damit hier die Personalien, die Wohnungs- und Einkommensverhältnisse des Patienten selbst, aber auch seiner Familienmitglieder festgestellt werden. Die nicht erschienenen Familienmitglieder werden einige Tage später in die Fürsorge bestellt. Außer den persönlichen Ratschlägen, die der Arzt dem Kranken erteilt, spricht er sich dann auf dem Untersuchungsbogen, in dem er seinen Befund niederlegt, über besondere wünschenswerte Maßnahmen aus. In dem Cölner Bogen sind als geeignete Vorschläge vorgedruckt:

„Heilstättenkur, Landkur, Krankenhausbehandlung, Krankenhausbeobachtung, Tuberkulosenheim, Absonderung innerhalb der Familie durch eigene Betten, eigenes Zimmer; Hergabe von Spuckflaschen, Eß-, Trink- und Waschgeschirr; Walderholungsstätten, Solbad, Ferienkolonien; Unterstützung mit Barmitteln zur Miete oder zum Umzug, Unterstützung mit Nahrungsmitteln, wie Milch, Unterstützung mit Wäsche, Kleidern; Desinfektion; Kontrolluntersuchung nach . . . Monaten, Befreiung vom Schulbesuch . . . Wochen (Monate); Überweisung an Polikliniken, Behandlung durch Haus- oder Kassenarzt, Armenarzt. Keine besonderen Maßnahmen.“ Zutreffendes hat der Fürsorgearzt zu unterstreichen, damit das Fürsorgeamt nunmehr feststellen kann,

welche Vorschläge es nach Maßgabe der verfügbaren Mittel erfüllen kann.

Eine endgültige Entscheidung wird der Fürsorgearzt oft erst nach wiederholter Untersuchung und erst dann treffen können, wenn durch eine Fürsorgerin die häuslichen Verhältnisse genauer festgestellt sind. Wünschenswert ist es, daß der Fürsorgearzt selbst die neu Eintretenden Patienten in ihrer Familie besucht und diese Besuche zur Überwachung der veranlaßten Fürsorgemaßnahmen gelegentlich, zum mindesten alle Vierteljahre, wiederholt.

Das Fürsorgebüro, das Wohlfahrtsamt. Die richtige und schnelle Hilfeleistung im einzelnen Falle erfordert nicht nur die Mitwirkung eines sozialhygienisch gut geschulten Arztes, sondern auch die Geschäftsgewandtheit eines Beamten oder einer ehrenamtlich tätigen Kraft, die die Hilfsmöglichkeiten der Behörden, der Versicherungsträger und privater Wohlfahrtseinrichtungen nutzbar zu machen sucht. Die ärztlich geleitete Fürsorgestelle wird durch die Zusammenarbeit mit einer Verwaltungsstelle zum Fürsorgeamt. Wenn dieses Fürsorgeamt, wie heute allgemein erstrebt wird, auch die sonstigen Zweige der sozialhygienischen Fürsorge wie Mutter-, Säuglings- und Kinderschutz, Trinker- und Geisteskrankenfürsorge, Wohnungsfürsorge, Haushaltungspflege usw. bearbeitet, so spricht man von einem Wohlfahrtsamt.

Das Wohlfahrtsamt ist meistens einer Behörde angegliedert: dem Landratsamt oder dem Bürgermeisteramt. Vorsitzender ist der Landrat oder Bürgermeister, ihm zur Seite stehen Kreis- oder Ortsausschüsse (Geistliche, Lehrer, Hebammen, Gemeindevertreter, sozial interessierte Persönlichkeiten) oder auch einzelne Vertrauenspersonen in kleineren Orten, wie Geistliche, Lehrer oder tüchtige Frauen. Von der wichtigen Rolle, welche den hauptberuflich tätigen Fürsorgerinnen zufällt, wird weiter unten zu reden sein. In kleineren und vom Kreisort entfernter gelegenen Gemeinden sind als aufklärende, zubringende und beaufsichtigende Organe von großer Bedeutung die sog. Landhelferinnen (Fürsorgerinnen), die evangelischerseits von der rheinischen Frauenhilfe in Barmen, katholischerseits von der Caritasvereinigung in Arenberg ausgebildet werden. Gemeindegewestern und katholische Ordensschwwestern sind ebenfalls zu interessieren und als örtliche Helfer einzugliedern, nachdem sie durch besonderen Unterricht in der Fürsorgearbeit ausgebildet sind. Sehr treffend sagt die Landesversicherungsanstalt Westfalen in ihrem Rundschreiben, betreffend Gründung weiterer Lungenfürsorgestellen, vom 1. August 1916: „Wir sind auf Grund unserer Erfahrung der Ansicht, daß jedes Krankenhaus und auf

dem Lande jedes Arzthaus, jede Schwesternniederlassung oder gar das Pastorhaus den geeigneten Boden für eine ländliche Fürsorgestelle bilden kann.“

Wenn man in den Städten Fürsorgestellen oder Wohlfahrtsämter gründet, so wird man aus naheliegenden Gründen zu beachten haben, daß sie nicht in allzu nahem Zusammenhang mit der Armenverwaltung stehen. Die Fühlung mit der Armenverwaltung, die auf dem Gebiete des Volkseleuds reiche und wertvolle Erfahrungen besitzt, ist unerläßlich. Es muß aber unter allen Umständen, insbesondere auch durch die Lage der Fürsorgestellen, der Anschein vermieden werden, daß es sich um Armenhilfe handelt.

Der Schriftverkehr der Fürsorgestelle umfaßt zunächst die Zugänge, für welche eine Kartothekkarte und ein besonderer Fürsorgebogen angelegt wird. Als Muster gebräuchlicher Untersuchungs- und Fragebogen sind im Anhang die bei der Cölner Fürsorgestelle verwandten Bogen abgedruckt (Anhang I und II)¹⁾.

Ein weiterer wichtiger Schriftverkehr ergibt sich aus der Durchführung der Vorschläge des Fürsorgeamtes. Hierhin gehört der Verkehr mit den überweisenden Ärzten, mit Heilstätten und Erholungsheimen, mit Krankenkassen, mit den für Heilverfahren besonders zuständigen Landesversicherungsanstalten, mit der Armenverwaltung und anderen Behörden, mit gemeinnützigen Vereinen.

Schließlich gehört zu den Geschäften des Fürsorgeamtes die Beschaffung der Gelder, die Aufstellung des Haushaltsplanes, Führung der Kontrolle über die Ausgaben, der Jahresabschluß, die statistische Verarbeitung des Materials und der im Verein mit dem Fürsorgearzt zu erstattende Jahresbericht. Als Beispiel von Haushaltsplänen größerer Fürsorgestellen ist im Anhang III der Cölner Haushaltsplan für 1917 angeführt²⁾. Die Formulare, welche im Verkehr mit den einzelnen Behörden, mit Heilstätten und Krankenkassen gebräuchlich sind, wird sich jeder dafür interessierte Arzt am besten durch Anfrage bei einer größeren benachbarten Fürsorgestelle leicht verschaffen können.

Die Fürsorgeschwester. Die Fürsorgeschwester, das unentbehrliche Organ aller Fürsorgestellen, ist eine beruflich gehörig vorgebildete, im Hauptamt angestellte Dame. Sie soll dem Fürsorgearzt bei seiner Sprechstundentätigkeit behilflich sein, in

1) Siehe S. 206 ff. 2) Siehe S. 212.

der Hauptsache aber die Beziehungen zur Familie und Wohnung der Patienten aufnehmen, um einerseits durch ihre Erkundigungen dem Fürsorgearzt und dem Fürsorgebüro die notwendigen Unterlagen zur Beurteilung zu liefern, auf der anderen Seite bei ihrem Besuche für die Ausführung der notwendigen hygienischen Maßregeln zu sorgen. Sie muß krankenpflegerisch vorgebildet sein und sich durch den Besuch einer Wohlfahrtsschule oder sozialen Frauenschule die notwendigen Kenntnisse in der Sozialhygiene und im sozialen Recht erworben haben. Schulen dieser Art sind die Wohlfahrtsschulen in Cöln und Charlottenburg, die sozialen Frauenschulen in Berlin, Charlottenburg, Frankfurt, Mannheim, Heidelberg, München, Hamburg, Leipzig, Stuttgart, die niederrheinische Frauenakademie in Düsseldorf, das evangelisch-soziale Frauenseminar in Elberfeld, die Kreisfürsorgerinnenschule in Münster u. a. Die Fürsorgerin erhält in diesen Schulen in meist 1½-jährigen Kursen eine gründliche Ausbildung in der Sozialhygiene und in den wichtigsten Kapiteln des sozialen Rechts, der Bürgerkunde und der Armengesetzgebung, in Jugendpflege und Jugendfürsorge¹⁾. Die staatliche Regelung der Abschlußprüfung dieser Anstalten steht bevor. Von der Tüchtigkeit und Gewissenhaftigkeit der Fürsorgerin hängt der Erfolg der fürsorgerischen Arbeit zum größten Teil ab. Sie muß es verstehen, sich das Vertrauen der befürsorgten Familien zu erwerben und bedarf dazu einer großen Geschicklichkeit und eines feinen Taktes, nicht zum wenigsten auf dem Lande, wo man jedweder Neuerung etwas mißtrauisch gegenübertritt. Ob männliche Helfer, die in einigen Bezirken Deutschlands verwandt werden, gleich Gutes nicht nur in der Aufklärung, sondern auch in der pflegerischen Tätigkeit innerhalb der Familie leisten können, erscheint mir zweifelhaft.

Wer sich von dem inneren Betriebe einer Fürsorgestelle ein gutes Bild machen will, wird gut tun, an Ort und Stelle sich die Fürsorgearbeit genauer anzusehen. Wichtige und treffende Grundsätze über den Ausbau des Fürsorgestellenwesens und über die Tuberkulosebekämpfung auf dem Lande finden sich im Anhang IV u. V²⁾.

Die aufklärende Tätigkeit der Fürsorgestellen wird erleichtert durch öffentliche Vorträge, Belehrungen im kleineren Kreis (in Arbeitervereinen, Müttervereinen usw.), durch Volkshygiene-Museen (Cöln) und Wandermuseen (im Besitz verschiedener Landesversicherungsanstalten), durch Merkblätter,

¹⁾ Siehe S. 59 u. 125. ²⁾ Siehe S. 217.

wie dasjenige des Kaiserlichen Gesundheitsamts. Gute Merkblätter bieten u. a. die Fürsorgestellen in Hamburg, Hannover, Halle, Chemnitz.

In letzterer Stadt sind folgende Merkblätter herausgegeben: Schutz vor Schwindsucht; Die Anzeichen beginnender Lungenschwindsucht; Ratschläge für die Haltung und Reinigung der Wohnung Tuberkulöser zur Verhütung der Ansteckung; Merkblatt zum Schutze tuberkulöser und tuberkulose-gefährdeter Mütter und ihrer Säuglinge; Wie soll ein Lungenkranker seinen Auswurf behandeln, um sich und seine Angehörigen vor Weiterverbreitung der Erkrankung zu schützen? Anweisung zur Messung der Körperwärme mittelst Fieberthermometer; Merkblatt für Fortbildungsschüler; Merkblatt für junge Mädchen; Guter Rat für Schulkinder; Merkblatt für Erwachsene, insbesondere für Eltern und Erzieher (zu beziehen durch die Geschäftsstelle des Vereins Chemnitz, Weberstr. 4).

Ein recht guter Tuberkulose-Film, der auch verliehen wird, ist neuerdings im Auftrage des Deutschen Zentralkomitees in Berlin zusammengestellt worden.

III. Pflegerische Aufgaben.

Wichtige sozialhygienische Maßnahmen. Ernährung: Schlechte Ernährung schwächt den Körper und verringert seine Widerstandskraft gegen Tuberkulose. Die starke Zunahme der Tuberkulösen im Kriege ist nicht nur die Folge einer gehäuften Schmutz- und Schmierinfektion, sondern auch der beklagenswerten Unterernährung mancher Kreise. Wenn für den Tuberkulösen und seine Familie, besonders für die Kinder, nicht eine kräftige, reichliche Kost vorhanden ist, muß die Fürsorgestelle nach Kräften helfen. In Frage kommen Gewährung von Milch, Gestellung von Ziegen; Teilnahme der Kinder an dem Schulfrühstück und Schulmittagessen. Auch besondere Küchen für Tuberkulöse sind eingerichtet, so von der Fürsorgestelle Paderborn, in der Erholungsstätte Leipzig-Stötteritz und bei der vom Rath-Küche in Berlin.

Bei Kindern wurden in der Friedenszeit allzu oft große Mengen von Milch, Eiern und Fleisch zur Stärkung gegeben, meist zum Schaden der Kinder. Einfache kräftige Kost, wie Hafer- und Reissuppen, Hülsenfrüchte, Käse, mit Butter gestrichenes Schwarzbrot, dazu $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Liter Milch, sind mehr zu empfehlen. Die Milch ist nur gekocht zu geben. Alkoholgenuß ist bei Tuberkulösen im allgemeinen zu widerraten.

Für die Insassen der Lungenheilstätten waren für die Kriegszeit bereits durch eine Verfügung des Preußischen Staatskommissars der Volksernährung vom 2. März 1917 erhöhte Normalrationen bestimmt. Diese sind nunmehr durch eine

Verfügung desselben Kommissars vom 9. November 1917 auch für alle tuberkulösen Hauskranken vorgesehen.

Wohnung. Schlecht belichtete, schlecht gelüftete, überfüllte und schmutzige Wohnungen fördern die Tuberkulose. Die Wohnung hygienisch zu gestalten, ist in Stadt und Land die wichtigste, aber auch oft schwierigste Frage. Manche übel aussehende Wohnung kann schon durch bessere Wohnungspflege (Fürsorgerin!) erheblich gebessert werden. Die Wohnungspolizeiverordnungen sehen meist einen Mindestluftraum von 10 cbm für die Person vor; das ist für Tuberkulose mindestens um die Hälfte zu wenig.

Tuberkulöse Familien müssen aus überfüllten und ungeeigneten Wohnungen heraus; dazu gibt die Fürsorgestelle monatliche Mietbeihilfen. Zu erstreben ist für den offenen Tuberkulösen ein besonderes Zimmer mit eigenem Bett, mindestens aber ein eigenes Bett, das durch Bettschirm gegen andere Lagerstätten getrennt ist. Schlaf- und Wohnzimmer sollen möglichst der Sonne zugekehrt sein, das Zimmer gut gelüftet und gereinigt werden, Teppiche und Vorhänge sind zu vermeiden. Zu achten ist in der Familie auf tuberkulöse Verwandte und Dienstboten.

Besondere Wohnhäuser für Tuberkulose hat die Firma Basse & Selve in Altena i. W., die Fürsorgestelle der Stadt Cöln und die Stadt Görlitz errichten lassen.

Aussichtsvoll ist der von manchen Fürsorgestellen, Armenverwaltungen unternommene Versuch, den Lungenkranken besondere Schrebergärten (Arbeitergärten, Kindergärten, Kleingartenkolonien) und Ackerland zur Verfügung zu stellen. Die Arbeit im Freien fördert die Gesundheit, bessert die Stimmung und ist für die eigene Wirtschaft von Bedeutung (Schöneberg, Halberstadt, Cöln, Bochum und andere Städte).

Erfolgreiche ambulante Behandlung und damit Entlastung der teuren Krankenhäuser und Heilstätten ist im Anschluß an Fürsorgestellen, Krankenhäuser und Wohlfahrts-einrichtungen möglich durch Abgabe von Salzbädern, Liegekuren mit natürlicher oder künstlicher Sonnenbestrahlung. Einfache Einrichtungen dieser Art lassen sich im Anschluß an Krankenhäuser, an klösterliche Niederlassungen auch auf dem Lande schaffen.

Desinfektion des Auswurfs, der Wäsche, der Wohnung. Ausspucken auf den Fußboden oder ins Taschentuch ist zu verbieten. Es sind Handspucknäpfe mit Handgriff und Deckel (Fliegenplage!) und Taschenspucknäpfe zu benutzen (Modelle von Dettweiler, Liebe, Heilstätte Beelitz). Die Flasche

soll eine geringe Menge Wasser oder besser 2%ige Lysoformlösung enthalten; Spucknapfe mit trockener Füllung, Sand oder Sägemehl, sind nicht zu empfehlen. Grundsätzlich ist, da diese Desinfektionslösungen zur Abtötung der Bazillen nicht immer genügen, zu verlangen, daß der Auswurf vor dem Entleeren des Inhalts in den Abort durch Kochen mit einer 3%igen Sodawasserlösung desinfiziert wird. Praktisch ist das in kleinen Familien kaum zu erreichen. Das Preußische Ministerium des Innern empfiehlt in einem Erlaß vom 25. November 1916 folgendes Verfahren: Die Speiflaschen und Spuckgläser sind zu etwa einem Drittel ihres Innenraumes mit 2%iger Soda- oder 1%iger Antiforminlösung, die beide eine schnelle und gründliche Auflösung der Auswurfsballen bewirken, zu füllen. Nach Benutzung des Gefäßes ist die Desinfektion des Auswurfes durch Hinzufügen der gleichen Mengen von 5‰ Sublimat- oder 10%iger Kresolseifenlösung und wenigstens zweistündige Einwirkung derselben vorzunehmen. An Stelle von Lysoform- und Kresolseifenlösung ist jetzt in Kriegszeiten die 2%ige Kreosotin-Kresollösung zu verwenden.

Für Krankenhäuser und Heilstätten ist in dem gleichen Erlaß die Verbrennung des Auswurfes in einer Heizanlage oder das Auskochen oder die Dampfdesinfektion in besonderen Apparaten, wie sie von Kirchner, Heim u. a. angegeben worden sind, vorgeschrieben.

Verbrennbare Spuckgefäße sowie Papiertaschentücher zur einmaligen Benutzung haben sich nicht durchgesetzt.

Die Bett- und Leibwäsche, besonders die Taschentücher, sind in einem besonderen Wäschebeutel aufzubewahren und mindestens 6 Stunden vor dem Waschen in einem Gefäß mit 2%iger Lysoform- oder 1%iger Lysollösung oder in einer heißen konzentrierten Seifenlösung (1 Pfund Schmierseife auf 1 Eimer Wasser) einzuweichen und $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ Stunde gehörig zu kochen.

Eine gründliche Wohnungsdesinfektion ist mindestens bei Todesfällen und beim Wohnungswechsel offener Tuberkulöser zu veranlassen. Sie erfolgt durch die öffentlichen Desinfektionsanstalten. Notwendig ist in jedem Falle eine gründliche mechanische Desinfektion. Ob außerdem die Formaldehydverdampfung angewendet werden soll, ist je nach Lage des Einzelfalles durch einen sachverständigen Arzt, bei gesetzlich vorgeschriebener Desinfektion durch die Ortspolizeibehörde und den beamteten Arzt zu entscheiden. Kleidungsstücke, die nicht gewaschen werden können (Federbetten, wollene Decken, Matratzen ohne Holzrahmen, Bett-

vorleger, Gardinen, Teppiche, Tischdecken) sind im Dampfapparat zu desinfizieren.

Genauere Vorschriften enthalten der Erlaß des preußischen Ministeriums des Innern vom 14. Februar 1913 und der Erlaß des Preußischen Kriegsministeriums vom 10. September 1917 (Anhang VI). Gute Desinfektionsvorschriften geben manche Merkblätter, so die des Vereins zur Bekämpfung der Schwindsucht in Chemnitz, ferner die populär gehaltene Broschüre „Die Schwindsucht von Dr. med. Thiele, Chemnitz“ (Verlag des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose, Berlin W. 9, Linkstr. 29). Einzelne Fürsorgestellen haben besondere Reinmache- und Scheuerfrauen angestellt, die nach Anleitung der Fürsorgerin für Reinigung und Desinfektion sorgen. Gründliches Schrubben mit heißer schwarzer Seifenlauge, tüchtiges Lüften und Sonnen des Zimmers besorgen am besten die laufende Desinfektion des Zimmers.

Es ist zu erstreben, daß die Kosten der Desinfektion von der Gemeinde oder der Fürsorgestelle getragen werden. Eine Reihe von Städten und Kreisen haben die Desinfektion unentgeltlich übernommen, in einzelnen Kreisen (Blumenthal und Osterholz im Regierungsbezirk Stade und im Kreise Hoya im Regierungsbezirk Hannover) ist der Desinfektionszwang durch Polizeiverordnung eingeführt. Empfehlenswert ist die Polizeiverordnung der Stadt Chemnitz vom 6. Mai 1912, die verbietet, nicht desinfizierte Kleidungsstücke und Wäsche, die von einem Tuberkulösen benutzt worden sind, in Gebrauch zu nehmen oder in Verkehr zu bringen.

IV. Halbgeschlossene Fürsorge.

Walderholungsstätten. Eine oder mehrere Baracken werden in trockenem Waldgebiet (am besten Kiefern- oder Fichtenwald) in der Nähe der Stadt, leicht erreichbar durch die Bahn oder Kleinbahn, auf umfriedigtem Gelände aufgestellt. Die Baracken enthalten Küchen- und Vorratsraum, einen oder mehrere Räume für Schwestern und Personal, dazu meist einen Speiseraum oder eine überdeckte Veranda zur Einnahme der Mahlzeiten. Versorgung mit reichlichem guten Wasser ist unerläßlich. Die Patienten sollen möglichst den ganzen Tag draußen sein und zu bestimmten Zeiten auf einfachen Liegestühlen der Ruhe pflegen. Da das Waldgelände meist vom Fiskus oder der Gemeinde billig gegen eine geringe Anerkennungsgebühr überlassen wird und der Preis für die Erstellung der Baracken gar nicht in Vergleich zu setzen ist mit den Kosten für Krankenhäuser und Heilstätten, so ergibt sich ein verhältnismäßig wohlfeiler Betrieb, der vor dem Kriege je nach der Zahl und Art der gereichten Mahlzeiten auf

etwa 1,00—1,50 Mk. für den Verpflegungstag zu berechnen war. Ein Übelstand ist die abendliche Heimkehr in schlechte Wohnungen und die stets erneute Berührung mit den Sorgen der Familie. Alle Stadien der Tuberkulose können mit Nutzen eine solche Kur durchmachen, insbesondere werden die Patienten oft zur Vorkur oder Nachkur bei Heilstätteneinweisung der Wald-erholungsstätte zugeschickt. Einige Walderholungsstätten halten die Pflinglinge Tag und Nacht draußen, zum Teil ist auch nur Nachtbetrieb in Form der sog. Schlaferholungsstätten eingeführt, so in Halle und Fürth (Night camps). In Waldenburg i. Schl. und in Duisburg ist ein Nachtsyl für Kinder solcher Familien eingerichtet, die zu Hause nur ungenügende, ungesunde Schlafstätten haben¹⁾.

Solcher Walderholungsstätten, die zuerst von den Berliner Ärzten Becher und Lennhoff errichtet wurden, gab es 1917 139 in Deutschland.

Waldschulen. Nach dem Vorgang von Charlottenburg sind zurzeit an etwa 16 Orten Waldschulen eingerichtet, also Erholungsstätten für schulpflichtige Kinder, die mit der Kur einen mehrstündigen Unterricht täglich verbinden, damit die Kinder auf dem Standpunkt der Klasse bleiben. Geeignet sind zur Überweisung Genesende und Prophylaktiker, schwächliche, blutarme Kinder vielfach aus tuberkulösen Familien, die einer Erholung, nicht aber einer Heilstätten- oder Krankenhausbehandlung bedürfen. Auch die Waldschulen, die zum Teil bis tief in den Winter hinein ihren Betrieb aufrechterhalten, zu einem kleineren Teil auch die Kinder die Nacht über zurückhalten, haben erfreuliche Erfolge, da sie nach dem Grundsatz arbeiten: Die halbe Portion Unterricht, die volle Portion Nahrung, die doppelte Portion frische Luft. Hierhin gehören auch die sog. Milchstationen. Die Ferienkolonien bilden bereits den Übergang zur geschlossenen Fürsorge. Hier seien auch erwähnt die Massenaussendungen von Stadtkindern aufs Land, die im Kriegsjahr 1917 in größtem Umfange von dem „Verein Landaufenthalt für Stadtkinder in Berlin“ unter der Leitung des Charlottenburger Oberbürgermeisters Scholz organisiert wurde. Der Erfolg dieser Massenkuren kommt sicherlich in erster Linie der vorbeugenden Fürsorge bei der Tuberkulose zugute. Bei der ersten Gefährdung des Gesundheitszustandes unserer deutschen Jugend durch die Einflüsse des Krieges ist die Massenaussendung von Stadtkindern aufs Land noch auf Jahre hinaus

¹⁾ Siehe auch S. 145.

dringend notwendig. Kindergärten, die tuberkulosebedrohte Kinder aufnehmen, müssen nach neuzeitlichen Vorbildern gesundheitlichen Forderungen Rechnung tragen, so nach Zahl und Größe der Räume, besonders aber durch Gartenspielfläche, Solbäder, ärztliche Aufsicht.

V. Geschlossene Fürsorge.

Für Tuberkulose aller Stadien wird die geschlossene Fürsorge durchgeführt in Krankenhäusern, Heilstätten und Tuberkuloseheimen. Die Kosten dieser Fürsorge sind recht hohe. Der Verpflegungstag in Krankenhäusern wird nach dem Kriege nicht unter 4—5 Mk., in Heilstätten nicht unter 5—6 Mk. zu leisten sein. Dabei werden Schwankungen der Kosten nach unten in geringem Grade, Schwankungen nach oben aber in erheblichem Grade möglich sein.

Die Träger der Kosten. Zuerst kommen die Krankenkassen in Frage, die alle Personen mit weniger als 2500 Mk. jährlichen Arbeitsverdienstes umfassen, die in abhängiger Stellung beschäftigt sind. Die Kassen können an Stelle der Krankenpflege und des Krankengeldes Krankenhauspflege (§ 184) gewähren. Die Leistung ist eine freiwillige. Die Angehörigen erhalten in diesem Falle, falls sie von dem Arbeitsverdienst des Versicherten ganz oder überwiegend unterhalten werden, ein Hausgeld (§ 186).

Die Satzung der Kasse kann die Fürsorge auf ein Jahr ausdehnen, sie kann dazu auch noch die Fürsorge für Genesende etwa in einem Genesungshaus bis zur Dauer eines Jahres nach Ablauf der Krankenhilfe gestatten (§ 187); sie kann als Mehrleistung an Familienangehörige die sogenannte Familienhilfe einführen (Arzt und Arznei) (§ 205). Sehr wenige Krankenkassen sind dazu übergegangen, die Kosten für Krankenhauspflege der Familienmitglieder ganz oder teilweise zu übernehmen. Die obligatorische Einführung der Familienversicherung durch Änderung der RVO. ist dringend erwünscht.

Die Krankenkassen sind in der Lage, Gemeinden oder Fürsorgestellen für allgemeine Zwecke der Krankheitsverhütung durch Beiträge zu unterstützen (§ 363).

Während die Krankenkassen erhebliche Summen für Krankenhausbehandlung ihrer tuberkulösen Mitglieder ausgeben, werden die Kosten der Heilstättenbehandlung überwiegend von der Invalidenversicherung getragen, die von den Krankenkassen für die Zeit des Heilverfahrens das Krankengeld zu beanspruchen hat. Der Invalidenversicherung unterliegen alle Personen, die gegen eine Vergütung in abhängiger Stellung arbeiten und nicht über 2000 Mk. verdienen. Sie gewährt den dauernd Invaliden eine Rente mit besonderen Zuschüssen für die Kinder unter 15 Jahren; gegen Abtretung der Rente bringt sie auf Wunsch die Rentenempfänger in ein Invalidenheim unter.

Ihre Hauptleistung bei der Tuberkulosebekämpfung ist das Heilverfahren, das sie nach § 1269 RVO. einleiten kann, um die

infolge einer Erkrankung drohende Invalidität eines Versicherten oder einer Witwe abzuwenden. Das Heilverfahren ist eine freiwillige Leistung der Invalidenversicherung.

Sehr wichtig ist der § 1274 der RVO., der es den Versicherungsanstalten ermöglicht, fast alle Maßregeln zur Bekämpfung der Tuberkulose zu unterstützen, so die Gründung und Unterhaltung von Fürsorgestellen, die Kosten der Ausbildung von Fürsorgerinnen.

Bemerkenswerte Hilfe können die LVA. auch leisten durch Gewährung wohlfeiler Darlehen für den Bau von Krankenhäusern, Volkshelstätten, Genesungsheimen, gemeinnützigen Wohnungsbau u. dgl.

Die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte kann auf Grund der §§ 36—43 des Versicherungsgesetzes für Angestellte ebenfalls für den Kreis der hierhin gehörigen Personen ein Heilverfahren zur Abwendung drohender Berufsunfähigkeit einleiten. Sie umfaßt Angestellte in gehobener Stellung, wie Betriebsbeamte, Werkmeister, Bureauangestellte, Handlungsgehilfen, Apotheker-gehilfen, Bühnen- und Orchestermmitglieder, Lehrer und Erzieher usw., sofern sie gegen Entgelt beschäftigt sind und ihr Jahresverdienst 5000 Mk. nicht übersteigt. Die Grundsätze sind in einem Merkblatt zusammengestellt, das von der Zentralstelle in Berlin-Wilmersdorf zu beziehen ist. Vgl. auch Mugdan S. 381.

Die Gemeinden sind als Armenverbände durch das Reichsgesetz über den Unterstützungswohnsitz gehalten, jedem hilfsbedürftigen Deutschen oder Ausländer gegebenenfalls die Unterbringung in ein Krankenhaus zu gewähren. Wenn also tuberkulöse Erwachsene oder Kinder zu Hause der genügenden Pflege entbehren, muß die Versorgung in einem Krankenhaus erfolgen. Die Rechtsprechung des Bundesamts für das Heimatwesen hat diese Verpflichtung der Gemeinden im Einklang mit den modernen Anschauungen und Bedürfnissen dahin entwickelt, daß die Armenverbände auch einen Landaufenthalt oder eine Heilstättenkur dann gewähren müssen, wenn nach den Umständen des einzelnen Falles diese Unterbringung als das einzige zweckmäßige Mittel zur Heilung anzusehen ist. Ist somit die Gemeinde verpflichtet, in geeigneten Fällen bei bereits kranken Personen Heilstättenkur zu gewähren, so ist die Kurfürsorge für nur gefährdete Personen dem sozialen Verständnis der Gemeinden überlassen. Einsichtige Gemeinden werden insbesondere für die gefährdete Kinderwelt, für die andere gesetzlich verpflichtete Kostenträger nicht vorhanden sind, in weitem Umfange im Wege der Wohlfahrtspflege sorgen.

Geschlossene Anstalten.

Tuberkulosekrankenhäuser. Die Tuberkulösen werden in jeder inneren Abteilung eines Krankenhauses immer eine größere Anzahl von Betten einnehmen. Offene Tuberkulose sind getrennt von anderen Kranken, wenn möglich in besonderen Zimmern,

unterzubringen. Die Krankenhäuser bieten für leichte und mittlere Fälle von Tuberkulose Heilung oder Besserung, für Schwerkranke die Pflege des Asyls. Große Städte mit zahlreichen tuberkulösen Hospitalkranken richten besondere Tuberkulosekrankenhäuser ein, entweder als Teil eines allgemeinen Krankenhauses oder auch als selbständige Anstalt. So besitzt Charlottenburg das Tuberkulosekrankenhaus „Waldhaus“, Stettin ein solches bei Hohenbruch; Breslau, Berlin und Cöln planen große Sonderanstalten. Gesunde, auch landschaftlich schöne Lage, große Gärten und waldartige Anlagen, große Liegehallen, Einrichtungen für Luft- und Sonnenbäder sind hierbei nötig. Beachtenswert sind die Freilufthäuser nach Dosquet (Berlin-Niederschönweide), bei denen eine Seite des Krankensaales völlig offen ist. Auch im Winter bleiben die Kranken in diesen offenen Sälen. Im Sinne Dosquets, aber mit anderer, je nach der Außentemperatur veränderbarer Konstruktion sind in den Cölnern Krankenhäusern Lindenburg und Augustahospital Freiluftsäle eingerichtet. Schwerkranke weit mehr als bisher auf Monate und Jahre vor dem Tode im Krankenhaus zu versorgen, ist ein wichtiges Ziel der Tuberkulosebekämpfung. In nur wenigen Städten erfolgen etwa 50 % der Sterbefälle bei Tuberkulose im Krankenhaus, im Durchschnitt des Reiches dürfte diese Zahl 20 % kaum übersteigen. Besondere Siechenheime für hoffnungslose Tuberkulose sind aus naheliegenden und berechtigten Gründen bei den Kranken nicht beliebt.

Heilstätten für Lungenkranke. Ihre Entwicklung und Zahl ist bereits früher genannt. Das genaue Verzeichnis der deutschen Einrichtungen für Lungenkranke, nach Ländern und Provinzen geordnet, enthaltend die Volksheilstätten, Mittelstandsheilstätten, Privatheilstätten, Anstalten für Erwachsene und Kinder usw. mit Angabe der Bettenzahl und des Pflegesatzes, findet sich vollzählig in den bereits mehrfach erwähnten Geschäftsberichten des deutschen Zentralkomitees. Die Heilstätten sind errichtet von den Landesversicherungsanstalten, von Kreisen, Städten, großen Kassenverbänden, von sonstigen Behörden (Eisenbahn) und privaten Wohlfahrtsvereinigungen. Sie wurden vielfach überschwänglich gelobt, ebenso aber zu Unrecht scharf kritisiert. Sie sind nicht das einzige Instrument der Tuberkulosebekämpfung, aber ein sehr wichtiges und völlig unentbehrliches. Für die Kranken leichteren und mittleren Grades gibt es kein Verfahren, das so weitgehende Erfolge der Heilung oder der Besserung hat wie die Heilstätte mit ihrer durchschnittlichen Kur von 3 Monaten.

Aus den zahlreichen Statistiken über Anfangs- und Dauererfolge wähle ich nur eine Mitteilung des Chefarztes Professor Köhler aus der Heilstätte Holsterhausen für das Jahr 1913; es waren von 360 Tuberkulösen mit durchgeführter Kur 10 Jahre nach ihrer Kur

142 = 39,5% voll arbeitsfähig,
 68 = 18,9 „ teilweise arbeitsfähig,
 19 = 5,2 „ arbeitsunfähig,
 131 = 36,4 „ verstorben.

Die Erfolge sind um so besser und dauerhafter, in je früherem Stadium der Erkrankung die Kur einsetzt. Für die Beurteilung der Schwere des Einzelfalles ist die Turban-Gerhardtsche, vom Kaiserlichen Gesundheitsamt vorgeschlagene Stadieneinteilung allgemein angenommen:

- I. Leichte, auf kleine Bezirke eines Lappens beschränkte Erkrankung, die z. B. an den Lungenspitzen bei Doppelseitigkeit des Falles nicht über die Schulterblattgräte und das Schlüsselbein, bei Einseitigkeit vorn nicht über die zweite Rippe hinunterreichen darf.
- II. Leichte, weiter als I, aber höchstens auf das Volumen eines Lappens, oder schwere, höchstens auf das Volumen eines halben Lappens ausgedehnte Erkrankung.
- III. Alle über II hinausgehenden Erkrankungen und alle mit erheblicher Höhlenbildung.

Unter leichter Erkrankung sind zu verstehen disseminierte Herde, die sich durch leichte Dämpfung, unreines, rauhes, abgeschwächt vesikuläres, vesikulo-bronchiales bis broncho-vesikuläres Atmen und feinblasiges bis mittelblasiges Rasseln kundgeben.

Unter schwerer Erkrankung sind Infiltrate zu verstehen, welche an starker Dämpfung, stark abgeschwächtem („unbestimmtem“), broncho-vesikulärem bis bronchialem Atmen mit und ohne Rasseln zu erkennen sind.

Erhebliche Höhlenbildungen, die sich durch tympanitischen Höhlenschall, amphorisches Atmen, ausgebreitetes gröberes, klingendes Rasseln usw. kennzeichnen, entfallen unter Stadium III.

Pleuritische Dämpfungen sollen, wenn sie nur einige Zentimeter hoch sind, außer Betracht bleiben; sind sie erheblich, so soll die Pleuritis unter den tuberkulösen Komplikationen besonders genannt werden.

Das Stadium der Erkrankung ist für jede Seite gesondert anzugeben. Die Klassifizierung des Gesamtfalles erfolgt entsprechend dem Stadium der stärker erkrankten Seite, z. B. R. II, L. I. = Gesamtstadium II.

Die Erfolge der Heilstättenbehandlung ergeben sich aus der Gesamtheit der hygienisch-diätetisch wirksamen Faktoren.

Die Heilstätten sollen eine staubfreie, windgeschützte, sonnige Lage haben. Diesen Ansprüchen können auch Anstalten in der Ebene genügen. Luftige Krankenzimmer für höchstens 6 bis 8 Betten, große Liegehallen für die Liegekur, dazu die geregelten Spaziergänge in den angrenzenden Wäldern vermitteln die Luftkur. Wichtig ist eine kräftige Ernährung, eine abgestufte Kaltwasserbehandlung, ein gewisses Maß gesunder Beschäftigung (Gartenarbeit). Dazu kommt die Gesamtheit aller sonstigen, dem Arzt verfügbaren Heilfaktoren.

Die Tageseinteilung für die Patienten ist etwa folgende:

		Tages-Einteilung.	
		Uhr	
S.	W.		
$6\frac{1}{2}$	7		Aufstehen, Waschen, Bettmachen.
7	$7\frac{1}{2}$		Erstes Frühstück.
			Spazierengehen.
$8\frac{3}{4}$	9		Spätestens Beginn der Liegekur.
	10		Zweites Frühstück.
			Spazierengehen.
	$11\frac{1}{2}$		Spätestens Beginn der Liegekur.
	$12\frac{1}{2}$		Mittagessen.
	2—4		Liegekur.
	4		Vesper.
			Spazierengehen.
	6		Spätestens Beginn der Liegekur.
	7		Abendessen.
	8—9		Liegekur.
	9		Schlafengehen.

Wichtig ist auch die hygienische Erziehung durch das Anstaltsleben und durch besondere hygienische Belehrungen des Anstaltsarztes.

Der Einweisung in die Heilstätte voraus geht zuweilen bei unklaren Krankheitsfällen die Einweisung in eine Beobachtungsstation, in eine Vorstation, sofern die Heilstätten keine freien Plätze haben.

Bei der Entlassung wird oft zur Sicherung des Erfolges eine weitere Kräftigungskur in einer Walderholungsstätte oder in ländlichen Kolonien angeschlossen (z. B. in Halberstadt und in dem Haus Sannum der Landesversicherungsanstalt Oldenburg)

Das geschieht namentlich dann, wenn die Kranken einen besonders schädigenden oder anstrengenden Beruf wieder aufnehmen sollen oder in ungünstige häusliche Verhältnisse zurückkehren.

Die Heilstätte wird sich für die Entlassenen wegen Berufsberatung und Arbeitsvermittlung mit der örtlichen Fürsorgestelle in Verbindung setzen. Die Schwierigkeit dieser Art der Fürsorge liegt auf der Hand.

Das Verfahren bei Anträgen auf Heilverfahren regelt sich nach den §§ 1613, 1614, 1637 RVO. Der Antrag ist unmittelbar an das zuständige Versicherungsamt (beim Landrat oder in Stadtkreisen beim Bürgermeister) zu richten oder auch durch die Fürsorgestelle bzw. einen Genesungsverein unmittelbar an die LVA. Die letzte Quittungskarte des Versicherten (unaufgerechnet) und die Aufrechnungsbescheinigung der früheren Karten, dazu ein ärztliches Gutachten des behandelnden Arztes, welches Angaben über Art der Krankheit sowie die Art der in Frage kommenden, einen Dauererfolg versprechenden Heilbehandlung enthält. Die Entscheidung der LVA. ist eine völlig freie. Gewöhnlich werden Heilverfahren nur bei Versicherten übernommen, die das 55. Lebensjahr noch nicht überschritten, die Anwartschaft erhalten und die Wartezeit erfüllt haben. Für tuberkulöse Kehlkopf- und Knochenerkrankungen werden selten Heilverfahren bewilligt.

Die LVA. gewähren den Angehörigen während der Kurzeit ein Hausgeld, dessen Höhe sich nach der wirtschaftlichen Lage der Familie, der Zahl der zu unterstützenden Personen und den sonstigen Umständen richtet.

Die LVA. kann Versicherten, die einer Krankenkasse angehören, für die kein Hausgeld zu zahlen ist, neben der Krankenhauspflege ein sog. Taschengeld bis zur Hälfte des Krankengeldes bewilligen, falls die Krankenkassensatzung es vorsieht (§ 1271 RVO.).

Die LVA. pilegt die Reisekosten für die Hin- und Rückreise zur Heilstätte, ebenso bei längerer Fahrt Zehrgeld und Übernachtungsgelder zu bezahlen.

Die notwendigen Kleidungs- und Wäschestücke muß der Versicherte sich selbst stellen, eventuell hierfür die Hilfe des Armenverbandes in Anspruch nehmen, woraus ihm nach dem Reichsgesetz vom 15. März 1909 Nachteile hinsichtlich des Verlustes öffentlicher Rechte nicht mehr entstehen.

Kinderkuren. Die Versicherungsanstalten sind in großem Umfange dazu übergegangen, nicht nur bei den rentenberechtigten Waisen im Falle der Erkrankung oder auch schon der Gefährdung durch Tuberkulose ein geeignetes Heilverfahren einzuleiten, sie haben diese Fürsorge auch auf die gesamten Kinder der versicherungspflichtigen Bevölkerung (§ 1277 und § 1274 RVO.) ausgedehnt. Gewöhnlich übernimmt die LVA. bei solchem Kinderheilverfahren zwei Drittel der Kosten, während das letzte Drittel von Kreisen, Gemeinden, Vereinen, Arbeitgebern, Familien usw.

aufgebracht werden muß. Diese weitgehende Fürsorge für die tuberkulosebedrohte Jugend ist seitens der LVA. zunächst nur für die Kriegszeit beabsichtigt, hoffentlich wird sie auch in die Friedenszeit mit übernommen. Es sei hier verwiesen auf das außerordentlich wichtige Rundschreiben der LVA. Rheinprovinz, betreffend Kinderfürsorge, vom 30. Januar 1917 (Anhang VII)¹).

Kleinkinderkuren. Wenn auch für das Jahr 1917 für lungenkranke Kinder, für an Knochen- oder Gelenktuberkulose Erkrankte, für tuberkulosebedrohte, skrofulöse und erholungsbedürftige Kinder in Deutschland nicht weniger als 161 Heilstätten mit rund 12200 Betten nachgewiesen sind, so macht doch die Unterbringung von Kleinkindern besondere Schwierigkeiten. Geeignete Volkshelstätten für diesen Zweck fehlen fast ganz, gute Vorbilder finden sich wenige, so in zwei kleineren Anstalten der Stadt Barmen (Marper Kinderheim und Neumann-Stiftung). Die Eltern geben die Kleinkinder nicht gerne ab, die Pflege ist doppelt schwer. Und doch ist es dringend nötig, gerade bei den Kindern dieses Alters, in dem die Tuberkulose sich in den Körper einzunisten pflegt, Kräftigungskuren in ländlichen Erholungsheimen in großem Umfange durchzuführen. Der kindliche Körper reagiert besonders gut auf solche Kuren, die mehr wert sind als alle Behandlungsmethoden in der Familie. Gerade bei der heutigen Zunahme der Tuberkulose ist die Forderung berechtigt: jedem bedrohten, schlecht genährten blutarmen Kleinkind der Stadt jährlich ein mindestens vierwöchentlicher Landaufenthalt.

Unentbehrlich sind für die Kinderfürsorge Kuren in Seebädern und Solbädern, die gerade bei der kindlichen Form der Tuberkulose, der Drüsentuberkulose, Vortreffliches leisten. Neuerdings gelingt es mit Röntgenbestrahlung, deren Erfolge bei der Behandlung von geschlossenen und fistulösen tuberkulösen Knochen- und Gelenkerkrankungen schon länger bekannt sind, große Geschwülste von tuberkulösen Halsdrüsen schnell völlig zurückzubilden.

Bei Knochen- und Gelenktuberkulose ist selbst in schweren Fällen von multipler Erkrankung die Sonnenbehandlung aussichtsvoll. Die Kuren dauern allerdings meist viele Monate, oft sogar Jahre. Bekannt sind die Erfolge von Rollier in Leysin (Genfer See), Bardenheuer jun. in Partenkirchen. Auch in heimatlichen Krankenhäusern, selbst in solchen, die mitten in der Stadt gelegen, haben Bardenheuer sen. in

¹) S. 222. Siehe auch S. 80.

Cöln, Vulpius in Heidelberg u. a. viele Erfolge gehabt. Für sonnenlose Zeiten tritt Vulpius warm für das künstliche Sonnenlicht ein.

Besondere Lichthallen für Tuberkulöse sind in Gießen und in München im Krankenhaus links der Isar eingerichtet. Das Lichtbad wird in der Hauptsache durch vier Jesioneksche Lampen gebildet, die Kranken halten sich $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Stunde in diesem Raume auf. Die Behandlung dauert meist viele Monate.

Bei Lupus, der fressenden Flechte, werden ebenfalls Heilbehandlungen in besonderen Finsen-Instituten durchgeführt. Bekanntlich benutzte Finsen die ultravioletten Strahlen der Bogenlampen, um den Lupus schmerzlos und mit geringer Narbenbildung zu heilen; größere Einrichtungen dieser Art sind u. a. in Hamburg, Gießen, Cöln, Barmen, München-Schwabing.

Tuberkuloseheime wollen schwere Fälle von Lungentuberkulose, insbesondere tuberkulöse Rentenempfänger, auf längere Zeit oder gar dauernd in geeigneten Krankenhäusern unterbringen und gut verpflegen, damit sie nicht als schlimme Ansteckungsquelle die Familie dauernd gefährden. Ihre Pflege wird in manchen großen Krankenhäusern als eine Last empfunden, da sie bei der langen Dauer der Unterbringung leicht unzufrieden sind und immer wieder nach Hause zurück wollen. In kleineren ländlichen Krankenhäusern gelingt es oft besser, sie zurückzuhalten und durch gute Kost und kleine Freiheiten in der Anstaltsordnung zufriedenzustellen. Unerwartete Besserungen bei schweren Fällen sind dabei nicht selten. Geeigneten ländlichen Krankenhäusern gewähren die LVA. billige Darlehen, damit sie besondere Anlagen für diese Kranken schaffen, wie Liegehallen und Veranden. Es werden kleinere Krankenzimmer von 4—6 Betten gewünscht, dazu auch eine dauernde ärztliche Überwachung.

Der Rentenempfänger muß seine Rente der LVA. abtreten, einen Teil derselben behält er aber meistens, und zwar in abgestufter Höhe je nach der Größe seiner Familie; ebenso verbleibt ihm der die Rente erhöhende Kinderzuschuß.

Bisher ist die Zahl der schwerkranken Tuberkulösen, die längere Zeit in einem solchen Heim Unterkunft gesucht hat, noch verhältnismäßig gering. Im Interesse des vorbeugenden Familienschutzes muß aber die Heimstättenbewegung mit allen Kräften gefördert werden.

VI. Beziehungen der Tuberkulosefürsorge zu sonstigen Wohlfahrtseinrichtungen.

Die Tuberkulosefürsorge muß mit der Säuglings-, Kleinkinder- und Schulkinderfürsorge in enger Fühlung stehen. Ein etwa bestehendes Wohlfahrtsamt, ein Jugendamt, in großen Städten ein besonderes Gesundheitsamt wird für den nötigen Zusammenschluß der einzelnen Fürsorgestellen zu sorgen haben. Die Säuglingsfürsorge wird im Interesse der Tuberkulosebekämpfung den Säugling gegen eine tuberkulöse Umgebung zu schützen haben. Eine Mutter mit offener Tuberkulose darf nicht stillen, es sei denn, daß der Arzt aus besonderen Gründen und unter besonderen Vorsichtsmaßregeln das Stillen gestattet. Eine Mutter mit geschlossener Tuberkulose darf ihr Kind stillen. Eine Amme muß tuberkulosefrei sein, desgleichen die Pflegefamilie eines Haltekindes; Vorsicht vor tuberkulösen Großeltern und Dienstboten ist geboten. Die Milch ist zu kochen.

Kleinkinderfürsorgestellen sind auf Säuglingsfürsorgestellen aufzubauen, Krippen, Bewahrschulen und Spielschulen sind gesundheitlich zu überwachen. Insbesondere ist dafür zu sorgen, daß Keuchhusten und Masern, die bekanntlich bei vielen Kindern eine Anlage zur Tuberkulose hinterlassen, frühzeitig in Kleinkindergärten erkannt und durch geeignete Absonderungsmaßregeln eingedämmt werden.

Der **Schule** ist für die Ausbreitung der Tuberkulose eine nennenswerte Schuld nicht beizumessen. Es vermag aber die Schule unter sachverständiger Anleitung des Schularztes durch ihre Einrichtungen die Widerstandskraft tuberkulosebedrohter Kinder zu stärken.

In dieser Richtung sind wirksam Schulturnen, Schulbäder, Schulspeisung, Waldschulen, Milchstationen, Ferienkolonien. Lehrer und Schüler, Schuliener, Turndiener und anderes Hilfspersonal mit offener Tuberkulose dürfen zur Schule nicht zugelassen werden. Wenn sie unter Erscheinungen erkranken, die den Verdacht der Lungen- und Kehlkopf-Tuberkulose erwecken, so müssen sie einen Arzt befragen und ihren Auswurf bakteriologisch untersuchen lassen. Es ist Sorge dafür zu tragen, daß in den Schulen an geeigneten Plätzen leicht erreichbare, mit Wasser gefüllte Speigefäße in ausreichender Anzahl vorhanden sind. Das Spucken auf den Fußboden der Schulzimmer, Korridore, Treppen sowie auf den Schulhof ist zu untersagen (Erlaß des Preußischen Ministers der geistlichen usw. Angelegenheiten vom 9. Juni 1907). Die Berufsberatung vor der Schulentlassung kann durch die Mitwirkung des Schularztes bei tuberkulosebedrohten Schulkindern Nützliches leisten. Vgl. Gastpar S. 52.

Auch mit allen anderen behördlichen und privaten Einrichtungen, die die Wohlfahrtspflege fördern wollen, muß die Tuberkulosefürsorge gute Fühlung haben, so mit den Schwesternschaften, Vaterländischen Frauenvereinen, Müttervereinen, mit Vereinen für Haushaltspflege, Volksküchen, mit Wohnungsinspektionen, mit Wohnungsämtern, mit gemeinnützigen Bauvereinen u. dgl. Es gilt ferner, durch eine planmäßige Aufklärung weite Kreise des Volkes, insbesondere Behörden und Arbeiterschaft, über die schweren Schäden dieser schlimmsten aller Seuchen zu unterrichten. Mitarbeiter für den Kampf müssen aus allen Schichten der Bevölkerung gewonnen werden. Der Kampf kostet Geld, und darum müssen die Geldmittel für ein wirksames Arbeiten sichergestellt werden. Gemeinden und Landesversicherungsanstalten müssen bei dieser wichtigsten und dringlichsten Aufgabe der sozialen Hygiene die Führung nehmen. So muß es gelingen, in nicht zu fernem Jahren die Krankheit als Massenerscheinung niederzuzwingen.

Anhang I.

Nr. des Hauptbuches.

Städtische Fürsorgestelle für Lungenkranke in Cöln.**Untersuchungsbogen.**

Tag der Meldung . . . . .	.....
Vor- und Zuname . . . . .	..... | Alter: Jahre
Wohnung . . . . .	.....
Beruf (ev. früherer) . . . . .	.....
Versicherungsverhältnis :	Orts- Betriebs- Krankenkasse
a) Arbeitgeber . . . . .	.....
b) Krankenkasse	Voller Anspruch $\frac{\text{ja}}{\text{nein}}$ Anspruch auf freie ärztliche Behandlung $\frac{\text{ja}}{\text{nein}}$
c) Angestelltenversicherung.	.....
d) Zahl der Invalidenkarten.	.....
e) Wird $\frac{\text{Invaliden}}{\text{Unfall}}$ rente be- zogen ? . . . . .	.....
Wird Armenhilfe in An- spruch genommen ? . . . . .	.....

Vorgeschichte : Eltern, Geschwister, Blutsverwandte tuberkulös:

.....

Verkehr mit Tuberkulösen ?
(in der Familie oder im Beruf?)

Frühere Lungenkrankheiten (z. B. Spitzenkatarrh, Lungen-,
Rippenfell-, Brustfellentzündung):
.....

Andere Krankheiten:

Jetzige Klagen:

Seit wann Husten ? Auswurf ? Bluthusten ?

Abmagerung: Durchfälle:

Bereits Kuren gemacht:

.....

Verwaltungsmaßnahmen :

.....

.....

Ärztlicher Untersuchungsbefund.

Allgemeiner Ernährungszustand: . . . . .	.....	Gewicht: kg
Auffallende Temperatur: . . . . .	.....
Lungenbefund: Rechts		
.....		
Lungenbefund: Links		
.....		
Sputum jetzt (mit oder ohne Blut)		
.....		
Röntgenbefund :		
.....		
Pirquetsche Impfung	Ergebnis am	
	positiv	
	negativ	
Kehlkopf . . . . .	.....
Urin . . . . .	.....
Sonstige Krankheitskomplikationen: . . . . .	.....
	

Diagnose :

(mit Angabe des klinischen Grades. Stadieneinteilung)

.....

Vorschläge¹⁾: Heilstättenkur, Landkur, Krankenhaus-Behandlung, Beobachtung, Tuberkulosenheim, Isolierung innerhalb der Familie durch eigenes Bett, eigenes Zimmer, Hergebe von Spuckflaschen, Eß-, Trink- und Waschgeschirr, Walderholungsstätte, Seehospiz, Solbad, Ferienkolonien, Unterstützung mit Barmitteln zur Miete oder zum Umzug, Unterstützung mit Nahrungsmitteln wie Milch, Unterstützung mit Wäsche, Kleidung, Desinfektion, Kontrolluntersuchung nach Monaten, Befreiung vom Schulbesuch auf Wochen, Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke. Behandlung durch Haus- oder Kassenarzt, Armenarzt. Keine besonderen Maßnahmen.

Der Fürsorgearzt :

.....

¹⁾ Zutreffendes unterstreichen.

Anhang II.

Nr.

Städtische Fürsorgestelle für Lungenkranke in Cöln.

Fragebogen

A

(von der Fürsorgeschwester auszufüllen).

Vor- und Zuname:

Tag der Geburt:

Wohnung:

Beruf früherer:
jetziger:

I. Wohnungs-, Arbeits- und Einkommensverhältnisse.

Wohnung: ob sauber, hell, trocken, luftig?

Wieviel Zimmer, sind sie groß genug?

Wieviel Betten sind vorhanden?

Werden Schlafgänger, Ziehkinder oder sonst fremde Personen in der
 Wohnung gehalten?

.....

Wie beseitigt der Kranke seinen Auswurf?

.....

Wohnungsmiete monatlich Mark.

F a m i l i e n m i t g l i e d e r			Arbeitsverhältnis (zuständige Krankenkasse, Angestelltenversicherung und Invalidenkarten)	Einkommensverhältnisse
Vor- und Zunamen	Geburts-tag	Reli-gion		
.....
.....
.....
.....

Bezüge aus:

der Krankenversicherung	Mk.
„ Invalidenversicherung ¹⁾	„
„ Unfallversicherung	„
öffentlichen Mitteln (Armenunterstützung)	„
Stiftungsmitteln	„
der Privatwohlthätigkeit	„

¹⁾ Wieviel Invalidenquittungskarten und } wann die letzte Marke geklebt? }

Besondere Bemerkungen:

Cöln, den

Die Fürsorgeschwester :

.....

B

Fürsorgeärztliche Tätigkeit¹⁾.

1. Der Fürsorgearzt hat die überwiesenen **Kranken häufiger, mindestens einmal monatlich zu besuchen** ;
2. die hygienischen Verhältnisse der Wohnung zu beurteilen;
3. die **Familienmitglieder zu untersuchen** ;
4. auf Grund dieser Prüfungen gerade **diejenigen Anordnungen zu treffen** oder bei der Zentralstelle anzuregen, die mit Rücksicht auf die **besonderen Umstände** des Falles geeignet sind, dem Kranken zu helfen und seine Familie vor Ansteckung zu schützen;
5. bei seinen Besuchen zu kontrollieren, ob und inwieweit die getroffenen Anordnungen befolgt sind, und der Fürsorgeschwester je nach der Eigenart des Falles Rat und Anweisung zu geben. Über die wichtigeren Punkte seiner Ermittlungen hat er nach Bedarf, mindestens alle 3 Monate, zu berichten.

Die Bezahlung erfolgt nach einer mit dem ärztlichen Verein vereinbarten Taxe. Einsendung der Rechnungen zum 1. April und 1. Oktober jeden Jahres erbeten.

I. Anamnese.

Eltern tuberkulös?

Geschwister „

Blutsverwandte „

War Patient längere Zeit bei Tuberkulösen?

Haben tuberkulöse Erkrankungen, z. B. der Haut, Drüsen, Knochen, des Kehlkopfes usw. bestanden?

.....

¹⁾ **Notiz für den Fürsorgearzt.** Der Fragebogen wird dem Fürsorgearzt von der Fürsorgeschwester überbracht und die Zeit, zu welcher der Kranke und seine Familienangehörigen zur Untersuchung erscheinen sollen, erfragt. Demnächst werden die Fragebogen den Ärzten nach Eintragung der Fürsorge-maßnahmen zur Kenntnis bzw. Eintragung des Vierteljahresberichtes übersandt. Diese sind nach Erledigung der Fürsorgestelle sofort zurückzusenden. Die entstehenden Portokosten können in den halbjährigen Rechnungen am 1. April und 1. Oktober mit aufgeführt werden.

Hat Patient an Pleuritis gelitten ?
 Wie lange lungenleidend ?
 a) Husten
 b) Auswurf
 c) Blutungen
 Abmagerung ?
 Haben Diarrhöen bestanden ?
 War Patient schon in Kurorten ?

II. Befund.

Ernährungszustand ? Gewicht kg
 Temperatur (zweckmäßig Rectumtemp.) ?
 Husten ?
 Auswurf ?
 Sind Tb. im Auswurf¹⁾ ?
 Lungen ?
 Die übrigen Organe ?
 Ev. Harnbefund ?
 Röntgenbefund ?
 Pirquet-Impfung: $\frac{\text{negativ}}{\text{positiv}}$

III. Diagnose,

möglichst mit Angabe des klinischen Grades²⁾ der Erkrankung
 und, wenn möglich, der Erwerbsfähigkeit in %.

Offene oder geschlossene Tuberkulose:

¹⁾ Sofern der Arzt die Untersuchung nicht selbst vornimmt, ist sie im städtischen bakteriologischen Laboratorium zu veranlassen. Entnahmegefäße werden in den Apotheken auf Anfordern der Ärzte unentgeltlich abgegeben.

²⁾ Stadium I. Leichte, auf kleine Bezirke eines Lappens beschränkte Erkrankung, die z. B. an den Lungenspitzen bei Doppelseitigkeit des Falles nicht über die Schulterblattgräte und das Schlüsselbein, bei Einseitigkeit vorn nicht über die zweite Rippe hinunterreichen darf.

Stadium II. Leichte, weiter als I., aber höchstens auf das Volumen eines Lappens, oder schwere, höchstens auf das Volumen eines halben Lappens ausgedehnte Erkrankung.

Stadium III. Alle über II. hinausgehenden Erkrankungen und alle mit erheblicher Höhlenbildung.

Anmerkung. Unter leichter Erkrankung sind zu verstehen disseminierte Herde, die sich durch leichte Dämpfung, unreines, rauhes, abgeschwächt vesikuläres, resi-

IV. Gesundheitszustand der Familie.

Sind nach dem Ergebnis der **vorgenommenen Untersuchung** die Familienmitglieder gesund, tuberkuloseverdächtig oder bereits tuberkulös? (**Befund für jedes Familienmitglied einzeln angeben.**)

.....
.....
.....

V. An die Zentralstelle

mit folgenden Vorschlägen übersandt.

(Zutreffendes unterstreichen.)

Heilstättenkur, Krankenhaus-Behandlung, Beobachtung zwecks späterer Heilstättenkur, Tuberkuloseheim, Isolierung innerhalb der Familie durch eigenes Zimmer, eigenes Bett, Hergabe von Spuckflaschen, Eß-, Trink- und Waschgeschirr, Walderholungsstätte, Landkur, Seehospiz, Solbad, Ferienkolonien, Unterstützung mit Barmitteln zur Miete oder zum Umzug, Unterstützung mit Nahrungsmitteln wie Milch, Unterstützung mit Wäsche, Kleidung, Desinfektion.

Cöln, den

Der Fürsorgearzt :

.....

VI. An den Fürsorgearzt zurück.

Von den vorgeschlagenen Maßnahmen kommen zur Ausführung:

.....
.....
.....

kulo-bronchiales bis broncho-vesikuläres Atmen und feinblasiges bis mittelblasiges Rasseln kundgeben.

Unter schwerer Erkrankung sind Infiltrate zu verstehen, welche an starker Dämpfung, stark abgeschwächtem („unbestimmtem“), broncho-vesikulärem bis bronchialem Atmen mit und ohne Rasseln zu erkennen sind.

Erhebliche Höhlenbildungen, die sich durch tunpanitischen Höhlenschall, amphorisches Atmen, ausgebreitetes groberes klingendes Rasseln usw. kennzeichnen, entfallen unter Stadium III.

Pleuritische Dämpfungen sollen, wenn sie nur einige Zentimeter hoch sind, außer Betracht bleiben; sind sie erheblich, so soll die Pleuritis unter den tuberkulösen Komplikationen besonders genannt werden. Das Stadium der Erkrankung ist für jede Seite gesondert anzugeben. Die Klassifizierung des Gesamtfalles erfolgt entsprechend dem Stadium der stärker erkrankten Seite, z. B. R II, L I, — Gesamtstadium II.

Anhang III.**Haushaltsplan der Stadt Cöln.**

Abt.	Nr.	Beträge für	
		1916	1917
Einnahme.			
Fürsorge für Lungenkranke.			
I.		Erstattungen und Zuwendungen:	
1.		Von Armenverbänden für Aufwendungen an arme Lungenkranke	500,— 500,— Mk.
2.		Kurbeiträge von Kranken, Behörden und Privaten sowie Geschenke und sonstige Zuwendungen	5000,— 7000,— „
3.		Stiftungen:	
	a)	Kaiser-Wilhelm-Auguste-Viktoria-Stiftung Mülheim	5850,— 5850,— „
	b)	Kalker Lungenheilstättenfonds	296,75 296,75 „
4.		Miete aus den Wohnhäusern für Lungenkranke	1968,— 1968,— „
5.		Erstattung von Krankenkassen usw. für Röntgendurchleuchtungen	500,— 500,— „
6.		Sonstiges	5,25 5,25 „
		Summe der Einnahmen	14120,— 16120,— Mk.
Ausgabe.			
I.		Gehälter und Löhne:	
		1916 1917	
1.	2 2	Fürsorgeärzte	12500,— 13000,— Mk.
2.	2 2	Stadtsekretäre	6900,— 7200,— „
3.	2 2	Bureaugehilfen	3400,— 3400,— „
4.	12 14	Fürsorgerinnen	16425,— 19537,50 „
5.		Witwen- und Waisengelder	— 1176,— „
6.		Versicherungsbeiträge für Angestellte und Anwärter	1609,44 2028,88 „
7.		Vergütung der Privatärzte	200,— 50,— „
		Summe Abt. I	41034,44 46392,38 Mk.
II.		Sachliche Ausgaben:	
1.		Bureaubedürfnisse, Drucksachen	500,— 500,— Mk.
2.		Straßenbahnfahrkarten	1923,— 2078,— „
3.		Fernsprecher	20,— 27,50 „
4.		Röntgenröhren und -platten	300,— 300,— „
		Summe Abt. II	2743,— 2905,50 Mk.

Abt.	Nr.	Beträge für	
		1916	1917
III.		Fürsorgemaßnahmen:	
	1.	Beihilfe zur Beschaffung ausreichender Wohnungen, Kleidung usw.	64 200,— 64 200,— Mk.
	2.	Bereithaltung von Schrebergärten	700,— 900,— „
	3.	Betten, Einrichtung, Spuckflaschen usw.	7 600,— 7 600,— „
	4.	Stärkungsmittel usw.	29 600,— 30 000,— „
	5.	Heilstätten- und Landkuren . .	50 600,— 52 000,— „
	6.	Bekleidung und Ausrüstung Lungenkranker zum Antritt bewilligter Kuren	9 000,— 9 000,— „
	7.	Fürsorgemaßnahmen:	
	a)	für die Einwohner der früheren Gemeinde Mülheim . .	5 850,— 5 850,— „
	b)	für die der früheren Gemeinde Kalk	296,75 296,75 „
	8.	Sonstiges und zur Abrundung .	115,56 36,56 „
			<u>167 962,31 169 883,31 Mk.</u>
IV.		Verzinsung und Tilgung:	
	1.	Anleihe bei der Landesversicherung Rheinprovinz	2 565,— 2 565,— Mk.
V.		Wohnhäuser für Lungenkranke:	
	1.	Unterhaltung der Gebäude . .	700,— 1 800,— Mk.
	2.	Feuerversicherung	20,— 20,— „
	3.	Wasserverbrauch	80,— 130,— „
	4.	Sonstiges	55,25 52,52 „
		Summe Abt. V	<u>855,25 2 002,52 Mk.</u>
		Wiederholung:	
I.		Gehälter und Löhne	41 034,44 46 392,38 Mk.
II.		Sachliche Ausgaben	2 743,— 2 905,50 „
III.		Fürsorgemaßnahmen	167 962,31 169 883,31 „
IV.		Verzinsung und Tilgung . . .	2 565,— 2 565,— „
V.		Wohnhäuser für Lungenkranke	855,25 2 002,52 „
		Summe d. ordentl. Ausg.	<u>215 160,— 223 748,71 Mk.</u>

Anhang IV.**Rundschreiben des Reichskanzlers über den Ausbau der Fürsorgestellen für Lungenkranke¹⁾.**

Vom 13. März 1917 — III B 742.

Der Reichskanzler.
(Reichsamt des Innern.)Berlin W. 8, den 13. März 1917
Wilhelmstraße 74.

Die lange Dauer des Krieges und die damit verbundenen Schädlichkeiten, wie Anstrengungen und Aufregungen, unzureichende Nahrung, schlechtere Wohnungsverhältnisse und verminderte gesundheitliche Fürsorge, bringen die Gefahr einer neuen Ausbreitung der in angestrenzter Arbeit so vieler Jahre mühsam zurückgedrängten Tuberkulose mit sich. Dieser Gefahr kann nur durch einen beschleunigten Ausbau der Fürsorgestellen für Lungenkranke, von denen bis jetzt einschließlich der Hilfsstellen rund 2000 im Deutschen Reiche vorhanden sind, begegnet werden. Dabei wird einmal die Einrichtung möglichst vieler neuer Fürsorgestellen, dann aber auch eine bessere finanzielle Sicherstellung der bereits vorhandenen anzustreben sein. Als Anhalt für die in dieser Beziehung erforderlichen Maßnahmen sind von dem Deutschen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose die anliegenden „Leitsätze“ aufgestellt.

Da es nach dem Kriege mehr denn je darauf ankommen wird, mit Kräften und Mitteln auf allen Gebieten hauszuhalten, wird bei der Verwirklichung der den Leitsätzen zugrunde liegenden Gedanken, insbesondere bei der Neubegründung von Fürsorgestellen für Lungenkranke in ländlichen Bezirken, ein Zusammengehen und Handinhandarbeiten mit anderen Einrichtungen zur sozialen Fürsorge notwendig und zweckmäßig sein.

Ein solches Zusammengehen und ständiges Zusammenwirken mit den bereits vorhandenen Wohlfahrtsorganisationen wird in vielen Fällen nicht nur eine wesentliche Ersparnis an Betriebsunkosten und Arbeitskräften ermöglichen, sondern auch denjenigen Personen selbst, denen Hilfe gebracht werden soll, zugute kommen.

Die Aufwendungen für eine Tuberkulosefürsorgestelle werden sich wesentlich geringer gestalten, wenn es z. B. gelingt, die Betriebs-einrichtungen in demselben Gebäude mit anderen Wohlfahrtsorganisationen unterzubringen, den Geschäftsverkehr unter diesen Stellen auf diese Weise tunlichst zu vereinfachen und, wo die Verhältnisse es gestatten, eine gemeinsame, auf verschiedene Tage oder Tagesstunden sich verteilende Benutzung der Verwaltungsräume und des Arbeitspersonals (Arzt, Fürsorgeschwester, sonstige in der Wohlfahrtspflege geschulte Personen und Berater, Bureau-personal usw.) zu erreichen. Zugleich wird die Hilfeleistung wirksamer und beschleunigter sein, wenn, wie es nicht selten vorkommt, bei den Ermittlungen der einen Wohlfahrtsstelle bekannt wird, daß in der unterstützungsbedürftigen Familie auch das Eingreifen einer anderen Wohlfahrtsstelle angezeigt erscheint, daß z. B. neben der

¹⁾ In Bayern mit gleichem Wortlaut bekannt gegeben durch Verfügung des Kgl. Staatsministeriums des Innern vom 16. IV. 1917 — Nr. 5224 b 2.

Hilfe für ein tuberkulöses Familienmitglied auch noch Fürsorge für einen Säugling, für ein krüppelhaftes Kind usw. notwendig ist. Andererseits läßt es sich bei entsprechender Zusammenarbeit der einzelnen Wohlfahrtsstellen vermeiden, daß eine unnötige gehäufte Fürsorgetätigkeit mehrerer Wohlfahrtsstellen stattfindet, ohne daß sie von ihrer gleichzeitigen Inanspruchnahme Kenntnis haben.

Namentlich wird in ländlichen Verhältnissen bei der Begründung von Tuberkulosefürsorgestellen zweckmäßig darauf Bedacht zu nehmen sein, mit den anderen daselbst tätigen Wohlfahrts-einrichtungen auf verwandten sozialen Gebieten Hand in Hand zu gehen und dadurch eine ausgiebige Nutzbarmachung der verfügbaren Hilfskräfte und Hilfsmittel auch bei der Bekämpfung sonstiger sozialer Übelstände (Säuglingssterblichkeit, ungesunde Wohnungsverhältnisse, Alkoholmißbrauch usw.) zu erreichen. Auf ein Zusammenfassen der verschiedenen Zweige der sozialen Fürsorgetätigkeit ist von Ihrer Majestät der Kaiserin wiederholt hingewiesen worden; auch hat in letzter Zeit der Königlich Preußische Herr Minister des Innern innerhalb seines Bereichs durch Empfehlung der Einrichtung von Wohlfahrts- oder Fürsorgeämtern hierauf besonders aufmerksam gemacht.

Ich würde es begrüßen, wenn die vorstehenden, für den Ausbau des Fürsorgestellenwesens zur Bekämpfung der Tuberkulose gegebenen Richtlinien auch dort Veranlassung zu geeignet erscheinenden Maßnahmen geben würden.

I. V. gez. Helfferich.

An die außerpreußischen Bundesregierungen und an den Herrn Statthalter in Elsaß-Lothringen.

Leitsätze über den Ausbau des Fürsorgestellenwesens zur Bekämpfung der Tuberkulose.

1. Die Fürsorgestellen gehören zu den wirksamsten Mitteln der Tuberkulosebekämpfung. Es ist deshalb dahin zu streben, daß jeder an Tuberkulose Erkrankte, der nicht bereits einer ausreichenden Fürsorge teilhaftig wird, an eine Fürsorgestelle verwiesen werden und die nach Lage des Falles notwendige Fürsorge finden kann. Eine möglichst vollzählige Zuweisung dieser Tuberkulösen an die Fürsorgestellen ist nur durch Zusammenarbeiten sämtlicher in Betracht kommenden Stellen, insbesondere der Ärzte (Armenärzte, Schulärzte), Armenkommissionen, Bezirksvorsteher und sonstigen Gemeindeorgane sowie der Träger der sozialen Versicherung (Krankenkassen, Versicherungsanstalten) unter tunlichster ehrenamtlicher Mitwirkung von Vertretern der beteiligten Bevölkerungskreise und ihrer Organisationen zu erreichen.

2. Es ist erforderlich:

- a) die Zahl der Fürsorgestellen, insbesondere für die Landbevölkerung, dem Bedürfnis entsprechend zu vermehren;
- b) allen Fürsorgestellen eine gesicherte finanzielle Grundlage zu geben, die einen dauernden, ungestörten Betrieb gewährleistet.

3. Als Träger von Fürsorgestellen kommen in Betracht:

- a) öffentlich-rechtliche Körperschaften (Gemeinden, Gemeindeverbände sowie die Träger der Sozialversicherung);

- b) Vereinsorganisationen (Tuberkulosevereine, Vereinigungen vom Roten Kreuz, Ausschüsse usw.).

Sind öffentlich-rechtliche Körperschaften Träger der Fürsorgestelle, so wird dadurch in der Regel ihre finanzielle Grundlage von vornherein genügend sichergestellt und ihre gedeihliche Fortentwicklung gewährleistet sein. Aus diesem Grunde wird bei Neueinrichtungen von Fürsorgestellen in erster Linie zu prüfen sein, ob öffentlich-rechtliche Körperschaften als Träger zu gewinnen sind.

Wo sich die von Vereinen ins Leben gerufenen Stellen gut bewährt haben, ist ihre Weiterentwicklung nach Möglichkeit zu fördern. Unter allen Umständen ist aber ein möglichst enges Zusammenarbeiten der in der Tuberkulosefürsorge tätigen Vereine mit den an der Gesundheitspflege beteiligten behördlichen Stellen anzustreben; insbesondere muß für eine ausreichende laufende Unterstützung der Vereine mit Geldmitteln seitens dieser Stellen gesorgt werden.

4. In finanzieller Beziehung gilt als Mindestforderung, daß den Fürsorgestellen regelmäßige sichere Einnahmen in solcher Höhe zur Verfügung stehen müssen, um daraus zum mindesten die Betriebskosten, soweit solche entstehen, und die Kosten der nachfolgend bezeichneten Regelleistungen decken zu können.

- a) Die Betriebskosten umfassen:

1. Miete und Unterhaltung der Räume;
2. Gehälter für Ärzte, Schwestern und sonstiges Personal;
3. Bureaunkosten.

- b) Die Regelleistungen der Fürsorgestellen umfassen:

1. ärztliche Untersuchung des Kranken und seiner Familie und fortlaufende ärztliche Beobachtung sowie sachgemäße Bearbeitung der zugunsten der Kranken an Behörden zu richtenden Fürsorgeanträge;
2. Untersuchung des Auswurfs auf Tuberkelbazillen;
3. hygienische Beaufsichtigung und Beratung der tuberkulösen Familien durch die Fürsorgeschwestern usw.;
4. Wohnungsfürsorge (Desinfektion, Gewährung von Betten usw.);
5. Verabreichung von Kräfftigungsmitteln in dringenden Fällen.

Erwünscht ist, daß hierüber hinaus noch weitere Mittel vorhanden sind, die den Fürsorgestellen im Bedarfsfalle, wenn ein anderer Kostenträger nicht vorhanden ist, erhöhte Leistungen (z. B. Gewährung von Mietbeihilfen und Zuschüssen zu Heilverfahren, Unterhaltung von Waldberolungsstätten, andere Pflege- und Vorbeugungsmaßnahmen) ermöglichen.

5. Maßnahmen der Fürsorgestellen sollen niemals den Charakter der öffentlichen Armenunterstützung tragen.

6. Es ist anzustreben, daß die Fürsorgeschwestern in besonderen Kursen und Wiederholungskursen mit dem Wesen der Tuberkulose sowie mit den Grundzügen der sozialen Gesetzgebung vertraut gemacht und außerdem in der selbständigen Bearbeitung des gesamten Fürsorgeverfahrens ausgebildet werden.

7. Es wird empfohlen, bei der Einrichtung und dem Betrieb der Fürsorgestellen in tunlichster Fühlung mit den anderen Organisationen auf dem Gebiete der sozialen Fürsorge vorzugehen.

Anhang V.

Reichsland Elsaß-Lothringen 1914, Leitsätze des Landeskomitees für die Tuberkulosebekämpfung auf dem Lande.

1. Die Bekämpfung der Tuberkulose auf dem Lande weicht in vielen Punkten von derjenigen in größeren Städten ab. Die Errichtung von Fürsorgestellen in eigenen Räumen, mit eigenen Ärzten als Zentrale der Tuberkulosefürsorge wird sich auf dem Lande nur ausnahmsweise durchführen lassen.

2. Die Fürsorge auf dem Lande wird am zweckmäßigsten kreisweise organisiert.

3. Wenn die Bildung eines Vereins zur Bekämpfung der Tuberkulose nach dem Muster Zaberns nicht möglich ist oder bereits bestehende Wohlfahrtsvereine (Frauen-, Charitas-, Rote-Kreuz-Vereine u. a.) sich nicht bereitfinden, die Tuberkulosefürsorge zu übernehmen, empfiehlt sich die Schaffung eines Kreisausschusses. In diesem Kreisausschuß müßten vertreten sein der Kreisdirektor, der Kreisarzt, Kreisschulinspektor, der Bürgermeister, die Ärzte, die Geistlichen, Vertreter von Kassen, einzelne namhafte Persönlichkeiten des Kreises. Die Leitung übernimmt zweckmäßigerweise der Kreisdirektor selbst.

Sowohl aus der Mitte der Vereine als auch aus dem Ausschuß ist eine Zentrale zu schaffen, welche die Geschäfte für den betreffenden Kreis leitet.

4. Da die Ausdehnung der Tuberkulosefürsorge auf sämtliche Ortschaften des Kreises notwendig ist, empfiehlt sich ferner die Bildung von Ortsausschüssen in den einzelnen Ortschaften. Diesen Ortsausschüssen müßten angehören der Bürgermeister, der Geistliche, der Lehrer, die Ärzte, wenn solche im Orte wohnen. Auch Frauen sind möglichst zur Mitarbeit heranzuziehen.

Für ganz kleine Ortschaften genügen einzelne Vertrauenspersonen.

5. Die Aufgaben der Tuberkulosebekämpfung auf dem Lande sind die gleichen wie in der Stadt; sie bestehen in der Ermittlung von Lungenkranken, in der ärztlichen Untersuchung, Beratung und Aufklärung des Kranken und seiner Angehörigen über die Ansteckungsgefahren und in der Hilfeleistung für den Kranken, z. B. bezüglich der Einleitung eines Heilverfahrens, Unterbringung im Krankenhaus, Beschaffung einer zweckmäßigeren Wohnung oder eines Bettes, Gewährung von Nahrungsmitteln, Desinfektion bei Verzug oder im Todesfall.

6. Die erste Aufgabe ist die Ermittlung der Kranken. Soweit die Fälle nicht auf Grund der ärztlichen Meldepflicht bekannt werden, muß versucht werden, sie durch Vermittelung der Armenverbände, Kassen, Landesversicherungsanstalt ausfindig zu machen. Vorzügliche Dienste bei der Ermittlung der Kranken leisten, wo sie eingeführt sind, obligatorische Leichenschau und Schularzteinrichtung.

Die Ärzte sind ferner zu ersuchen, auch diejenigen Fälle, die nicht unter die Verordnung vom 29. Oktober 1910 fallen, zur Anzeige zu bringen.

7. Kranke oder krankheitsverdächtige Personen sind durch die Ortsausschüsse oder Vertrauenspersonen anzuhalten, sich ärztlich untersuchen zu lassen, sofern dies noch nicht geschehen ist. Wo notorisch Tuberkulose, insbesondere offene Tuberkulose, festgestellt ist, ist die Untersuchung der ganzen Familie angezeigt. Die Erfahrung lehrt, daß fast stets noch weitere Familienmitglieder an Tuberkulose erkrankt sind.

8. Kranke und Angehörige sind vom Arzt über die Natur des Leidens und die Art der Weiterverbreitung aufzuklären. Zum besseren Verständnis ist ihnen ein Merkblatt einzuhändigen.

9. Ist Hoffnung auf Besserung oder Wiederherstellung vorhanden und läßt sich dieselbe durch eine Heilkur in einem Sanatorium erzielen, so sind die nötigen Schritte einzuleiten.

10. Bei weit vorgeschrittener Tuberkulose ist auf die Unterbringung des Kranken in einem Krankenhaus zu dringen.

11. Die Untersuchungen und Belehrungen finden durch den jeweiligen Haus-, Kassen- oder Armenarzt statt.

12. Unerläßlich und für eine erfolgreiche Tuberkulosebekämpfung von größter Wichtigkeit sind Hausbesuche bei den Kranken. Dieselben haben den Zweck, einmal die Wohn- und Lebensverhältnisse des Kranken festzustellen, dann den Kranken und seine Familie über zweckmäßige Einrichtung der Wohnung, gute Lüftung, Reinhaltung derselben, geeignete Behandlung der Wäsche und des Geschirrs der Kranken, unschädliche Beseitigung des Auswurfs zu belehren.

13. Die Hausbesuche werden am besten besonders geschulten Fürsorgeschwestern übertragen. Wo dies nicht möglich ist, sind Gemeindegewestern, freiwillige Helferinnen oder sonstige Vertrauenspersonen der Ortsausschüsse damit zu beauftragen. Die Fürsorgeschwestern oder Damen vermitteln einerseits den Verkehr zwischen Patient und Arzt, andererseits zwischen Patient und Ortsausschuß oder Zentrale.

14. Die Ausbildung der Fürsorgeschwestern übernehmen bis auf weiteres die Fürsorgestellen der Städte Straßburg, Mülhausen und Metz.

15. Bedürftigen Lungenkranken Hilfe zu leisten, ist oft nicht zu umgehen. Die Hilfeleistungen bestehen in der Regel in Gewährung von Nahrungsmitteln, Mietszuschüssen, Beschaffung von Bettstücken oder ganzen Betten, damit die Kranken nicht genötigt sind, ihr Lager mit einem Angehörigen zu teilen, schließlich auch in Vermittelung von Arbeit.

16. Besonderes Augenmerk ist auf die Unterbringung der Schwerkranken, welche die größte Gefahr für ihre Umgebung darstellen, zu richten. Dieselben sind, wenn irgend möglich, aus ihrer Familie herauszunehmen und im nächsten Krankenhaus unterzubringen.

Um den Kranken den Aufenthalt daselbst möglichst angenehm zu gestalten, sind diese Krankenhäuser mit Liegehallen zu versehen, auch auf gute Beköstigung und fortlaufende ärztliche Behandlung ist zu achten.

17. Über die einzelnen Fälle muß seitens der Fürsorgeschwester Buch geführt werden und in regelmäßigen Zeitabschnitten an die Zentralstelle Bericht erstattet werden.

Die Form des schriftlichen Verkehrs zwischen Zentrale einerseits und Ärzten, Ortsausschüssen, Schwestern andererseits regelt die Zentrale. Sämtliche Anträge auf Unterstützung, auf Unterbringung des Kranken in einem Sanatorium oder einer Heilstätte sind stets an die Zentrale zu richten.

18. Zur Beschaffung der Mittel sind in erster Linie die Gemeinden, Armenverbände, Kassen heranzuziehen. Kleine Beiträge liefert auch das Landeskomitee, das mit Hilfe des Deutschen Zentralkomitees in Berlin und der Landesversicherungsanstalt in Straßburg einen Fonds ansammeln wird. Nicht zuletzt ist an den Wohltätigkeitssinn der Bevölkerung des Kreises zu appellieren.

Anhang VI.

Vorschriften zur Verhütung der Weiterverbreitung der Tuberkulose.

Bekanntgegeben durch Erlaß des Kriegsministeriums vom
10. September 1917 — 3203, 8. 17 S 1 --.

A. Maßnahmen gegen die Verschleppung der Tuberkuloseerreger.

1. Die Tuberkuloseerreger werden hauptsächlich mit dem Auswurf der Kranken, seltener mit Harn, Stuhl oder Eiter ausgeschieden.

2. Alle Tuberkulosekranken und -verdächtigen sind an der Hand der auf den Abteilungen aushängenden Merkblätter wiederholt und eindringlich darüber zu belehren, daß sie beim Husten den Mund mit dem Taschentuch bedecken müssen und ihren Auswurf nur in Speigläser, Spucknapfe oder Spuckflaschen entleeren dürfen.

3. Die Speigläser sollen mit einem Metalldeckel versehen sein und stets bedeckt gehalten werden.

4. In allen Krankenzimmern ist für reichliche Waschgelegenheit zu sorgen.

5. Zur Aufnahme der gebrauchten Taschentücher, die besonders häufig die Übertragung der Tuberkulose vermitteln, muß an jedem Krankenbett ein Wäschebeutel hängen. Bei der Wäscheabgabe sind diese Beutel zu sammeln und für wenigstens 24 Stunden samt ihrem Inhalt in 2prozentige Kresotin-Kresollösung einzulegen. Bei der später erfolgenden Wäsche müssen die Beutel und Taschentücher zuerst gründlich ausgekocht werden.

6. Auch die gebrauchte Leib- und Bettwäsche der Tuberkulösen wird zunächst bei der Abgabe in Kresotin-Kresollösung eingelegt und später beim Waschen gründlich ausgekocht.

7. Die Kleider und Decken der Tuberkulösen sind durch Dampf keimfrei zu machen. Ledersachen (auch lederbesetzte Reithosen usw.) sowie Gebrauchsgegenstände, die die Dampfdesinfektion nicht vertragen, sind wiederholt gründlich mit Kresotin-Kresollösung abzureiben und dann längere Zeit zu lüften und zu sonnen.

8. Bei der Reinigung der Aufenthaltsräume der Kranken sind vor allem die Stellen zu berücksichtigen, die mit den Ausscheidungen des Kranken in nähere Berührung kommen können, also die Bettstelle und der Nachttisch des Kranken, ferner die Fußboden- und die Wandflächen sind täglich feucht abzureiben, der Fußboden feucht aufzuwischen. Außerdem müssen in angemessenen Zwischenräumen, etwa monatlich einmal, besonders auch beim Wechsel der Belegung der Stuben, außer den Bettstellen und Nachttischen die ganzen Wandflächen, soweit sie abwaschbar sind, und der Fußboden durch Abreiben mit 2prozentiger Kresotin-Kresollösung desinfiziert werden; gekalkte Wand- und Deckenflächen werden durch frischen Kalkanstrich desinfiziert.

9. Eß- und Trinkgeschirre der Kranken werden in ein Kochgefäß mit kalter 1prozentiger Sodalösung gelegt, so daß sie von der Flüssigkeit vollkommen bedeckt sind, langsam erwärmt und 15 Minuten lang ausgekocht. Eßgeräte, die das Auskochen nicht vertragen, sind auf Tuberkuloseabteilungen nicht zu verwenden.

B. Bestimmungen über Auffangen und Behandlung des Auswurfs.

1. Die in den Krankenräumen verwendeten Speigläser werden vor der Verausgabung zu etwa einem Viertel ihres Fassungsvermögens mit 2prozentiger Kresotin-Kresollösung gefüllt. Für jeden Kranken müssen 2 Speigläser verfügbar sein, die abwechselnd verausgabt werden. Wenn die Speigläser nach ihrer Benutzung aus dem Krankenzimmer entfernt werden, soll ihr Inhalt von dem Pflegepersonal mit der gleichen Menge 2prozentiger Kresotin-Kresollösung versetzt werden und so 2—3 Stunden stehen bleiben. Über die weitere Behandlung siehe unter 4.

2. Auf den Fluren, Treppen und Latrinen sind in hinreichender Zahl Spucknapfe aufzustellen, die zu etwa einem Viertel mit 2prozentiger Kresotin-Kresollösung gefüllt werden.

3. Im übrigen dürfen tuberkulöse Kranke und Tuberkuloseverdächtige ihren Auswurf in die stets mitzuführenden gläsernen Spuckflaschen entleeren. Das Spucken auf die Straße oder die Gartenwege ist streng zu verbieten. Die Spuckflaschen dürfen nicht zu klein sein und müssen mit einem befestigten, gut schließenden Deckel versehen und zu etwa einem Viertel mit 2prozentiger Kresotin-Kresollösung gefüllt sein. Auch sie sind, ebenso wie die Speigläser, für jeden Kranken in doppelter Zahl vorrätig zu halten und abwechselnd zu verausgaben. Nach der Benutzung wird ihr Inhalt ebenso behandelt wie der der Speigläser.

4. Beseitigung des in die Speigläser, Spucknapfe und Spuckflaschen entleerten Auswurfs. Die Kresotin-Kresollösung genügt selbst bei mehrstündiger Einwirkung nicht, um auch die im Innern der Auswurfballen enthaltenen Tuberkelbazillen sicher abzutöten. Andere wirksame chemische Desinfektionsmittel (Kresolseifenlösung, Sagrotan, Phobrol usw.) stehen zurzeit nicht zur Verfügung. Es ist daher überall das am schnellsten und sichersten wirkende Desinfektionsverfahren anzuwenden, das Auskochen des Auswurfs im Wasserdampf. Dabei werden mit dem Auswurf zugleich auch die Speigläser und Spuckflaschen ausgekocht. Wo besondere, auch mit Absaugevorrichtungen für den übelriechenden Kochdampf versehene Dampfdesinfektionsapparate nicht vorhanden sind, kann ein hin-

reichend großer, nur für diesen Zweck bestimmter Kessel verwendet werden, der in seinem unteren Teil einen durchlochtem Einsatz (Siebplatte von Holz, Blech oder Drahtgeflecht) enthält und mit einem lose schließenden Deckel versehen ist. Man stellt die gefüllten Speigläser und Spuckflaschen auf den durchlochtem Zwischenboden, bringt das unter letzterem befindliche Wasser zum Sieden und läßt den strömenden Wasserdampf eine Stunde einwirken. Nach dieser Zeit sind alle Tuberkelbazillen mit Sicherheit abgetötet. Der Auswurf kann dann unbedenklich in die Kanalisation geschüttet oder, mit Torfmoß oder Sägespänen vermischt, in einer im Betrieb befindlichen Feuerungsanlage verbrannt oder im Freien vergraben werden. Das Auskochen des Auswurfs darf aber nicht auf einem Kochherd geschehen, der, wenn auch nur gelegentlich oder aushilfsweise, zur Bereitung oder Warmhaltung des Essens dient. Die Gefäße dürfen nicht in den schon vorgeheizten Kessel eingestellt werden, weil dann die Gläser leicht springen. Ebenso müssen sie nach dem Kochen langsam abkühlen ($\frac{1}{2}$ Stunde). Die Speigläser und Spuckflaschen werden weiterhin noch mechanisch gereinigt und mit kaltem Wasser sauber gespült.

C. Schutzmaßregeln für das Pflegepersonal der Tuberkuloseabteilung.

1. Das gesamte Pflegepersonal der Tuberkuloseabteilungen muß darüber unterrichtet sein, daß die Tuberkulose eine übertragbare Krankheit ist, und daß es sich vor der Ansteckung sicher schützen kann, wenn es die für das Umgehen mit dem Kranken, seinem Auswurf, seinen Ausscheidungen, der Kleidung, Leib- und Bettwäsche gegebenen Verhaltensmaßregeln sorgfältig befolgt und vor allem vermeidet, sich den beim Husten, Niesen und Sprechen der Kranken entstehenden, häufig mit Bazillen beladenen Tröpfchen unmittelbar auszusetzen.

2. Jede auf einer Tuberkuloseabteilung beschäftigte Person muß während des Dienstes einen die Kleidung abschließenden, Vorderkörper und Rücken voll deckenden waschbaren Mantel tragen, der genügend häufig zu wechseln und vor der Wäsche zu desinfizieren ist. Vor dem Verlassen der Abteilung ist dieser Mantel abzulegen und dann eine gründliche Desinfektion der Hände vorzunehmen.

3. Außerdem sind vor jeder Nahrungsaufnahme die Hände gründlich zu desinfizieren. Der Genuß von Speisen und Getränken auf den Krankenzimmern ist dem Pflegepersonal streng untersagt. Der Eßraum der Schwestern und Wärter darf von Kranken nicht betreten werden.

4. Das vom Pflegepersonal benutzte Eß- und Trinkgeschirr und die Tischwäsche ist getrennt von den Eßgeräten der Kranken zu halten und darf auch nicht mit diesen zusammen gereinigt werden.

5. Besondere Vorsichtsmaßnahmen haben die mit der Behandlung des Auswurfs und der Spuckgefäße beauftragten Personen zu beobachten. Sie sind dauernd darin zu überwachen, daß sie während ihrer Arbeit einen den Anzug deckenden waschbaren Mantel tragen, der genügend oft gewechselt und vor der Wäsche desinfiziert werden muß. Das gleiche ist erforderlich für die bei den Reinigungsarbeiten vielfach zur Schonung der Hände gebräuchlichen Zwirnhandschuhe. Nach Beendigung der Arbeit ist eine gründliche Desinfektion der Hände und Unterarme sowie eine Waschung des Gesichts vorzunehmen.

Anhang VII.**Rundschreiben der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz, betreffend die Kinderfürsorge.**

Vom 30. Januar 1917.

Der Krieg mit seinen tief eingreifenden Folgen für die gesundheitlichen Verhältnisse aller, hauptsächlich aber der minderbemittelten Bevölkerungskreise, hat der LVAnstalt Rheinprovinz den Anlaß gegeben, auch im Haushaltsplan für 1917 wieder, wie schon in den beiden vorhergehenden Jahren, unter den erheblichen Mitteln für Volksgesundheitspflege auch solche für die Zwecke der Kinderfürsorge zur Verfügung zu stellen; sie sollen die Möglichkeit schaffen, die Fürsorge für die Kinder der versicherungspflichtigen Bevölkerung in den Bezirken, in denen sie noch nicht eingesetzt hat, anzuregen und einzuleiten und dort, wo sie bereits in Angriff genommen ist, zu stützen und zu erweitern.

Je länger der Krieg dauert, und je tiefer seine Wirkungen sich geltend machen, je schwerer es weiten Kreisen der versicherungspflichtigen Bevölkerung wird, den Kindern, besonders den kranken, ausreichende Ernährung und gute Pflege zuteil werden zu lassen, um so dringender wird die Aufgabe, die Hoffnung des Volkes, das kommende Geschlecht, das berufen ist, die gewaltigen Lücken zu ersetzen, die der Krieg in die Reihen des Volkes gerissen hat, zu ertüchtigen und Vorsorge zu treffen, daß die Jugend ohne wesentlichen Schaden für Gesundheit und Gedeihen den Krieg überdauert. An dieser bedeutungsvollen Aufgabe will die LVAnstalt Rheinprovinz in Anbetracht ihres wesentlichen Interesses an einer gedeihlichen gesundheitlichen Entwicklung der versicherungspflichtigen Bevölkerung auch im kommenden Jahre zu ihrem Teile mitarbeiten; sie will den zunächst verpflichteten Stellen, Reich, Staat, Gemeinde, Vereinen, Familien, ihre Aufgabe nicht abnehmen, wohl aber da, wo es nötig ist, durch Gewährung von Beihilfen erleichtern, namentlich auch in Rücksicht auf die derzeitige starke Inanspruchnahme mancher der vorgenannten Stellen durch andere Kriegsfürsorgemaßnahmen.

Die Mitwirkung der LVAnstalt bei der Kinderfürsorge umfaßt folgende Betätigungsgebiete:

1. Beteiligung an den Kosten von Heilverfahren für Kinder im Alter von 10 bis 15 Jahren, die an ernstlichen Volkskrankheiten, hauptsächlich Lungentuberkulose, leiden oder von solchen bedroht sind.

Anträge können gestellt werden für Kinder, welche der versicherungspflichtigen Bevölkerung angehören, namentlich für Kinder von unseren Versicherten und Rentenempfängern und für Waisen, die von uns Rente beziehen.

Leitend ist hierbei der Gedanke, daß die dem versicherungspflichtigen Alter von 16 Jahren am nächsten stehenden Kinder gesundheitlich so gestärkt werden sollen, daß sie beim Eintritt ins versicherungspflichtige Alter der dauernden Ausübung versicherungspflichtiger Tätigkeit gesundheitlich gewachsen sind und nicht schon frühzeitig durch Krankheiten, Renten- und Heilverfahrensanträge

eine Belastung für den Staat, die Gemeinde oder die LVAnstalt bilden. Dem Kampf gegen die Lungentuberkulose gilt auch bei den Kindern die Haupttätigkeit der LVAnstalt, und namentlich sind es die ernsteren, aber doch nicht hoffnungslosen Fälle, denen unsere Mittel zugute kommen sollen. Es ist dabei zu bemerken, daß die Mittel der LVAnstalt gegenüber der Größe des Bezirks und der großen Zahl der Kranken immerhin beschränkt sind, und daß auch Plätze in Heilstätten nicht immer in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen. Bei unserer Entscheidung wegen Beteiligung am Heilverfahren müssen diese Umstände natürlich von Bedeutung sein.

Die LVAnstalt übernimmt in der Regel zwei Drittel der Kosten dieser Heilverfahren, während das letzte Drittel der Kosten aus anderen Mitteln aufgebracht werden muß, also von Kreisen, Gemeinden, Vereinen, Arbeitgebern, Familien usw. Wenn zwingende Gründe vorliegen, können ausnahmsweise auch die ganzen Kosten von der LVAnstalt übernommen werden. Die Kosten für Kopf und Verpflegungstag einschließlich Nebenausgaben belaufen sich zurzeit auf etwa 3 Mk., die Dauer der Kuren beträgt durchschnittlich 8 Wochen oder mehr.

Anträge auf Einleitung solcher Heilverfahren sind jederzeit von den Kreisen, Gemeinden, Vereinen usw. bei der LVAnstalt zu stellen, welche gegebenenfalls mit den Antragstellern in Verbindung tritt, die nötigen Formulare zur Ausfüllung übermittelt und die Überweisung der Kranken in die von ihr bestimmten Heilstätten durch die Gemeinden, Vereine, Familien usw. bewirken läßt. Schon vor der Antragstellung ist eine Fühlungnahme mit den örtlichen Tuberkuloseberatungsstellen erwünscht, denen der Vorstand von dem Schlußgutachten Kenntnis gibt und die weitere Fürsorge anvertraut.

2. Neben dieser unmittelbaren Einleitung von Heilverfahren bei kranken Kindern ist die LVAnstalt auch weiter bereit, Bestrebungen zu fördern, die der Bekämpfung von Schwächlichkeit und Krankheit unter den Kindern der versicherungspflichtigen Bevölkerung zu dienen bestimmt sind. Dabei ist zu betonen, daß als unerläßliche Voraussetzung der Gewährung von Beihilfen gefordert werden muß, daß die mit Beihilfen bedachten Gemeinden, Vereine usw. eigene Mittel für die geforderten Zwecke aufwenden, die in der Regel hinreichen müssen, auch ohne unsere Förderung Nützlichendes zu wirken. Die Beihilfen der LVAnstalt sollen besonders in der ersten schwierigen Zeit des Angriffs neuer Einrichtungen und in Fällen, in denen die Verhältnisse eine erhöhte Betätigung dringlich erscheinen lassen, helfend eingreifen; indes muß erstrebt werden, daß im Laufe der Zeit die betreffende Einrichtung auch ohne Beihilfe der LVAnstalt wirkungsvoll bestehen kann. Nach der Dringlichkeit und dem Grade der Hilfsbedürftigkeit richtet sich auch die Höhe unserer Beihilfen.

Im folgenden werden die Einrichtungen und Maßnahmen angegeben, denen der Vorstand hauptsächlich seine Unterstützung zuteil werden läßt. Wir haben dabei die langjährigen Erfahrungen des Vereins für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf verwertet und halten es für wünschenswert, im Bereiche des Vereins in den einschlägigen Fragen im wesentlichen nach den dort aufgestellten Richtlinien mit diesem gemeinsam zu arbeiten.

I. Mütter- und Säuglingsfürsorge.

- a) Kreisweise organisierte offene Fürsorge: Gewährung von Milch, Stärkungsmitteln und Bettung für Säuglinge durch Vermittlung der Mütterberatungsstellen, Stellung von Hauspflege an Wöchnerinnen und ähnliches.
- b) Geschlossene (Anstalts-) Fürsorge: Entsendung kranker und schwächlicher Kinder in den zwei ersten Lebensjahren in Säuglingskliniken, Säuglingsheime und ähnliche Anstalten.
- c) Einrichtung und Betrieb von Kriegskrippen oder Kinderheimen, in denen Kinder der zwei ersten Lebensjahre, deren Mütter durch Erwerbstätigkeit oder sonstige Umstände an der Wahrnehmung der Pflege verhindert sind, tagsüber oder in Tag- und Nachtpflege versorgt werden.

II. Tuberkulosefürsorge für Kinder, die das zweite Lebensjahr überschritten haben.

1. In Frage kommen in erster Linie Einrichtungen der offenen Fürsorge am Wohnort der Kinder, insbesondere vorbeugende Maßnahmen. Dazu gehören:
 - a) Einrichtung und Betrieb von Solbadkuren in ländlichen Krankenhäusern, Schulen, Badeanstalten u. dgl.;
 - b) Verabreichung von Milch und sonstigen Stärkungsmitteln an schwächliche, tuberkulosegefährdete Kinder zu Hause oder in der Schule;
 - c) Schulspeisung für schwächliche, tuberkulosegefährdete Kinder;
 - d) Beschaffung von Betten, Liegestühlen u. dgl.;
 - e) Zumieten von Zimmern zur Vermeidung von Ansteckungsgefahr im elterlichen Hause;
 - f) Errichtung neuer Tuberkulosefürsorgestellen;
 - g) Einrichtung von Spiel- und Wandernachmittagen, Verbringung von Kindern ins Freie, nötigenfalls unter Gewährung von Beköstigung.
2. a) Aussendung schwächlicher, hauptsächlich schulpflichtiger Kinder in Ferienkolonien, und ähnliche Veranstaltungen durch Gemeinden oder Vereine;
- b) Beihilfen zur Errichtung und zum Betrieb von Kriegskinderheimen in Verbindung mit den unter 1c genannten oder von besonderen Kindergärten und -horten;
- c) Maßnahmen zur Sicherung und Befestigung der durch Heilkuren, Solbadkuren, Aussendung in Ferienkolonien usw. erzielten Erfolge.

III. Personelle Maßnahmen.

Anstellung von Fürsorgerinnen und ähnlichen Persönlichkeiten zum Zwecke intensiverer Durchführung des Mütter- und Kinderschutzes.

In vielen Bezirken, namentlich auf dem Lande, wird die Kinderfürsorge von denselben Stellen betrieben wie die Maßnahmen zur Bekämpfung der Tuberkulose und anderer Krankheiten. Namentlich auf dem Lande ist dies als durchaus zweckmäßig anzusehen, handelt es sich doch bei der Kinderfürsorge um einen wesentlichen Teil der Tuberkulosebekämpfung. Für diese letztere hat nun die LVAnstalt schon seit längeren Jahren Mittel ausgegeben und die zu diesem

Zwecke geschaffenen Organisationen in den Kreisen mit Beihilfe gefördert. Sie ist bereit, hier auch weiter helfend einzugreifen und erhöhte Beihilfe zu geben, wenn die Erweiterung der Aufgaben und Einrichtungen der Tuberkulosebekämpfungs-Organisationen mit der Erweiterung der Aufgaben der Kinderfürsorge, d. i. also im wesentlichen der Kreisfürsorge, Hand in Hand geht. Insbesondere bitten wir dabei, die Stärkung der betreffenden Organisationen auf dem Lande ins Auge zu fassen und namentlich die Beschaffung und Mehr-einstellung von sachkundigen Bezirkspflegerinnen oder Bezirksfürsorgerinnen zu erstreben, welche schon jetzt in vielen Bezirken sehr wertvolle Dienste leisten. Der möglichsten Vereinheitlichung und Zusammenfassung aller Einrichtungen der offenen Fürsorge, besonders auf dem Lande und namentlich, soweit es sich um Familienfürsorge und um Beratung und Hilfe in den Häusern der fürsorgebedürftigen Familien handelt, also der Schaffung von zentralen Wohlfahrtsstellen und der Anstellung familienpflegerisch tätiger Fürsorgerinnen ist der Vorzug vor vielen zersplitterten Einrichtungen mit verschiedenartig vorgebildeten und wirkenden Pflegerinnen zu geben.

Wo die geschilderten Verhältnisse vorliegen, empfiehlt es sich, schon jetzt die Anträge auf Beihilfen zur Tuberkulosebekämpfung für 1917 zu stellen und die Zwecke und Beträge zu bezeichnen, welche erbeten werden, um den erweiterten Aufgaben gerecht zu werden.

Der Vorstand ersucht, ausführlich begründete Anträge auf Beihilfen für den dortigen Kreis — die dortige Stadtgemeinde — für das Jahr 1917 nach 2 unter Berücksichtigung der vorstehenden Ausführungen bis zum 20. März d. Js. zu stellen. Indes können, sofern auch für das Jahr 1916 Beihilfen für die Kinderfürsorge gewährt worden sind, für das Jahr 1917 nur dann neue Mittel zur Verfügung gestellt werden, wenn die Abrechnung über die frühere Beihilfe erfolgt und ein genauer Nachweis über die Verwendung eingereicht worden ist.

3. Waisenpflege.

Endlich soll auch die neuerdings von der LVAnstalt Rheinprovinz in Angriff genommene Waisenpflege der Gesundheit des heranwachsenden Geschlechts dienen. Diese kann nach den gesetzlichen Bestimmungen nur solchen Kindern zugute kommen, die von der LVAnstalt Rheinprovinz Waisenrente nach der RVO. beziehen. Bis zum 1. Januar 1917 hatte die LVAnstalt 67 217 Kindern Waisenrente bewilligt, von denen aber durch Tod und Vollendung des 15. Lebensjahres wieder eine Anzahl ausgeschieden sind. Die LVAnstalt geht von dem Gedanken aus, daß unter dieser großen Zahl von Waisen, die in schnellem Wachsen begriffen ist, viele schwächliche und gesundheitlich gefährdete Kinder sind, deren Lebensbedingungen zu bessern dringend erwünscht ist.

Die Waisenpflege besteht in der Unterbringung der Waisen (Halb- und Vollwaisen) gegen Abtretung der Waisenrente. Die Unterbringung will die LVAnstalt nicht oder nur ausnahmsweise in Waisenhäusern vornehmen, in der Regel vielmehr in geeigneten Familien in gesunder, möglichst ländlicher Gegend. Sie tritt nur da ein, wo armenrechtliches Eingreifen nicht in Frage kommt. Untergebracht werden auf Antrag Waisen bis zum vollendeten 15. Lebensjahr, die, ohne selbst direkt krank zu sein, durch schwere Erkrankung der

Angehörigen, ungünstige Wohnungsverhältnisse, unzureichende Ernährung und Körperpflege und ähnliche Umstände in ihrer Gesundheit bedroht sind. Kriegswaisen sollen vorzugsweise Berücksichtigung finden. In der Hauptsache werden Kinder der großstädtischen Bevölkerung in Betracht kommen. Die untergebrachten Waisen hält der Vorstand mit Hilfe von Vertrauenspersonen dauernd im Auge. Der Vorstand übernimmt die gesamten Kosten der Unterbringung und Überwachung. Bei der Unterbringung katholischer Kinder hat der Katholische Erziehungsverein für die Rheinprovinz, E. V., durch seine Geschäftsstelle in Steinfeld bei Urft (Eifel), bei derjenigen evangelischer Kinder der „Rheinische Provinzialausschuß für Innere Mission“ durch seine Zentralstelle für evangelische Familien-erziehung in Oberbieber bei Neuwied seine Mitwirkung zur Verfügung gestellt. Anträge der gesetzlichen Vertreter oder Vormünder von Waisen nimmt die LVAnstalt jederzeit entgegen.

III. Fürsorge für Geschlechtskranke.

Von
A. Gottstein.

Die Bestrebungen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, deren Verbreitung namentlich unter der großstädtischen Jugend aller Stände eine erschreckend hohe ist, setzten an verschiedenen Punkten ein. Da die offene und heimliche Prostitution die Hauptquelle der Verbreitung ist, gingen die Vorschläge der Sachverständigen dahin, an die Stelle einer rein polizeilichen Sittenkontrolle mehr und mehr die gesundheitliche Überwachung zu setzen und die Behandlungsmöglichkeiten zu erleichtern und zu vermehren. In Kopenhagen errichtete man Ambulatorien zur unauffälligen Behandlung namentlich erwerbsfähiger Kranker des weiblichen Geschlechts, ein für unsere Verhältnisse nicht ganz unbedenkliches Verfahren, weil dadurch leicht die Verheimlichung und damit die Gefahr der Übertragung, z. B. bei Kindermädchen, gefördert werden kann. Eine Reihe vielbeschäftigter Fachärzte betonte, daß trotz der Fortschritte der Wissenschaft ein unverhältnismäßig großer Teil der Erkrankten ungenügend behandelt wird, weil sie sich nach Verschwinden der sichtbaren Erscheinungen des ersten Ausbruchs der Weiterbeobachtung und Weiterbehandlung in den erscheinungsfreien folgenden Jahren entziehen. Bei der Neigung der unzureichend behandelten Syphilis zu Rückfällen, welche die Familie gefährden und zu Späterkrankungen der inneren Organe einschließlich des Zentralnervensystems führen, erschien diese Unterlassung geradezu geeignet, die Fortschritte der Wissenschaft auf diesem Gebiete zu vereiteln. Durch diese Feststellung reihten sich die Geschlechtskrankheiten derjenigen Gruppe von Volkskrankheiten ein, deren wirksame Bekämpfung nicht allein von den Fortschritten ärztlicher Kunst abhängt, sondern für die es der Einschaltung einer zwischen Arzt und Kranken vermittelnden sozialhygienischen Einrichtung bedarf, welche die Beratung und Überwachung in der gesunden Zwischenzeit übernimmt und bei einem Rückfall oder zur Verhütung eines solchen die rechtzeitige Behandlung veranlaßt, die sonst in einem Bruchteil der Fälle unterblieben wäre.

Von den Einwänden der Ärzte gegen eine solche Neuschaffung ist jedenfalls derjenige zutreffend, daß überall, wo die Beziehungen zwischen Arzt und Kranken auf dem Boden festen Vertrauens aufgebaut und beständig sind, was auch in der Kassenpraxis zutreffen kann, wo der Arzt die Mühe nicht scheut und in der Lage ist, die Gesundheitsüberwachung seiner Kranken dauernd selbst zu übernehmen, es eines solchen Zwischengliedes nicht bedarf; hier bildet das Sprechzimmer des Arztes zugleich die Beratungsstelle. Leider machen selbst bei bestem Willen und Verständnis auf beiden Seiten die großstädtischen Verhältnisse ein solches Ziel meist unmöglich; aber gerade Wille und Verständnis fehlen bei denjenigen, die eben deshalb zugleich die größten Feinde ihrer Person und Familie werden; die Kassenschärzte sind häufig mit der Behandlung der Erkrankten vollständig ausgefüllt, Feinde des für die Zwischenaufgabe notwendigen Schreibwerks und schließlich nicht in der Lage, die Methoden der Beratungsstellen anzuwenden, auf Gleichgültige einen Druck auszuüben und Personen, die einer Behandlung augenblicklich nicht bedürfen, zu sich zu bestellen.

Der energischen Aufnahme des Kampfes gegen die Geschlechtskrankheiten kamen in der Neuzeit zwei Vorgänge zugute. Das Rüstzeug wurde vollkommener durch die großen Ergebnisse wissenschaftlicher Forschung auf dem Gebiete der Erkennung und Behandlung der Geschlechtskrankheiten, namentlich der Syphilis, besonders auch im Intervall. Der zweite wichtige Vorgang war die aufklärende Tätigkeit der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Ihr nunmehr über ein Jahrzehnt erfolgreiches Wirken unter Führung von A. Neißer und Blaschko hat die Scheu vor der öffentlichen Erörterung dieser Krankheiten beseitigt und dadurch dem Erkrankten das Eingeständnis erleichtert, es hat vor allem die Kenntnis der Gefahren volkstümlich gemacht und durch Belehrung und Aufklärung, durch Merkblätter und Flugschriften eine außerordentlich wirksame Werbearbeit nach allen in Betracht kommenden Richtungen entfaltet; die Gesellschaft hat zahlreiche wertvolle und arbeitsfrohe Mitarbeiter gewonnen und durch das in ihren regelmäßigen Veröffentlichungen niedergelegte vielseitige Material den Sozialhygienikern reiche Belehrung und Fingerzeige für die Richtung ihres Handelns geliefert.

Der Krieg hat neue Gefahren erzeugt. Die Millionen der Familie entrissener Männer, zu einem großen Teil Familienväter, waren namentlich in Garnison und Etappe der Ansteckung in hohem Grade ausgesetzt; es drohte bei Rückkehr der Erkrankten

die Verseuchung der Familie, die Verbreitung auf das bisher verhältnismäßig verschontere Land und die Kleinstadt. Die Militärbehörden trafen rechtzeitig die erforderlichen Maßnahmen der Warnung vor der Gefahr, der frühzeitigen Entdeckung vollzogener Ansteckung, der ausreichenden zweckmäßigen Behandlung. Auch die Vorschriften zur Verhütung der Entlassung noch frisch Erkrankter wurden verschärft und sichern die Bevölkerung davor, daß bei der Heimkehr der Heere eine Schar frischer ansteckender Fälle sich über das ganze Reich ergießt. Nicht beschworen aber ist die Gefahr später eintretender und dann unversorgter Rückfälle, da im Heeresdienst doch nur die Ersterkrankung behandelt worden war. Außerdem kam aber noch das Interesse der sozialen Versicherung in Betracht, und deshalb regte das Reichsversicherungsamt in Zusammenarbeit mit den Militärsanitätsbehörden die Errichtung von Beratungsstellen für Geschlechtskranke an, gestützt auf das Vorbild einer solchen, welche kurz vor Ausbruch des Krieges Bielefeldt, der Vorsitzende der Hanseatischen Landesversicherungsanstalt, in Hamburg geschaffen und mit sichtlichem Erfolg durchgeführt hatte. Nach eingehenden Verhandlungen, nicht ohne Widerstand einiger ärztlicher Kreise, der aber dank dem Eintreten vor allem des Vorstandes des deutschen Ärztevereinsbundes einer Verständigung über die Grundsätze für die Zusammenarbeit mit den Ärzten gewichen ist, haben die Landesversicherungsanstalten nunmehr im Bereich ihres Wirkungskreises eine oder mehrere solcher Beratungsstellen errichtet, deren heute schon mehr als 100 im Betriebe sind; die älteste verfügt, mit Ausnahme derjenigen in Hamburg, über Erfahrungen von wenig mehr als einem Jahre. Die Organisation der einzelnen Stellen zeigt in manchen Punkten Verschiedenheiten; gemeinsam ist allen das Bestreben, mit den Krankenkassen und deren Ärzten sowie den Ärzten ihres Wirkungskreises zusammen zu arbeiten. Hierbei erwächst eine scheinbare Schwierigkeit, die im Anfang schärfer, als erforderlich, betont wurde, die Frage der Wahrung der Schweigepflicht des behandelnden Arztes, welche durch Überweisung an die Beratungsstelle verletzt erschien. Nach den Bestimmungen des bekannten § 300 ist nur die unbefugte Mitteilung strafbar; eine solche liegt hier nicht vor. Aber um jeden Zweifel zu heben, können die Kassen den behandelnden Arzt zur Meldung der Diagnose an sie verpflichten, den Arzt der Beratungsstelle durch Abkommen zum Vertrauensarzt der Kasse ernennen und somit die Nachuntersuchung und Begutachtung in die Zahl der auch sonst im Kassenbetrieb gebräuchlichen Einrichtungen einreihen; der Leiter

der Beratungsstelle gewinnt zudem die Unterlage für die Anforderung an das Kassenmitglied, zu erscheinen. Noch günstiger ist die Stellung der Landesversicherungsanstalten, welche die Gewährung von Leistungen an die Verpflichtung zum regelmäßigen Besuch der Beratungsstellen knüpfen können. Begründeter ist die Befürchtung der Ärzte, daß durch die Gefahr des Bekanntwerdens ihrer Krankheit viele Angesteckte sich überhaupt der ärztlichen Behandlung entziehen würden. Für einen Bruchteil mag das zutreffen; die Tätigkeit der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten hat erfolgreich dahin gewirkt, daß diese Krankheit von der Gesellschaft als solche beurteilt und nicht mehr ausschließlich als Schuld bemäkelt wird, daß die Kranken ihre Heilung höher bewerten als die Furcht vor Nachrede. Tatsächlich bestätigen auch die Erfahrungen einiger Großstädte, wie München und Charlottenburg diese Zusammenhänge; mehr als die Hälfte aller Zugänge erfolgen durch freiwillige Meldung; die Überweisungen von Landesversicherungsanstalten, Krankenkassen, Krankenhäusern, Ärzten und Wohlfahrtsvereinigungen betragen zusammen etwas weniger als die ersteren. Freilich bedarf es schon bei der Überweisung des Taktes und Geschickes, um überflüssige Bloßstellungen und den Verdacht eines Zwanges zu vermeiden; daher haben sich bisher die militärärztlichen Behörden damit begnügt, den von ihnen Entlassenen einen Hinweis auf die Einrichtung zu geben und ihnen anheimgestellt, durch die zuständige Landesversicherungsanstalt sie in Anspruch zu nehmen; eine Meldung selbst erfolgt nicht; je nach der Nachdrücklichkeit des Hinweises waren die Ergebnisse verschieden.

Mehrfach haben die Landesversicherungsanstalten eine oder mehrere Beratungsstellen errichtet, die ausschließlich den Mitgliedern der sozialen Versicherung zugänglich waren; andere wieder stellten ihre Einrichtungen der gesamten Bevölkerung zur Verfügung. In Charlottenburg und später in Schöneberg hat die Stadt selbst eine Beratungsstelle für die gesamte Bevölkerung errichtet und später einen Vertrag mit der Landesversicherungsanstalt Brandenburg geschlossen, welche einen Teil der Kosten übernimmt und dafür das Recht erwirbt, die Mitglieder des zugehörigen Bezirks, auch wenn sie nicht ortsansässig sind, zur Beratung zu überweisen. Lange Erörterungen hat die Frage der Behandlung hervorgerufen; an sich ist für viele Fälle die Gelegenheit zu schneller, leicht zu erreichender und unauffälliger Behandlung erwünscht, namentlich auch für erkrankte Versicherte auf dem Lande und in kleinen Städten, die zur Beratung

eine Fahrt machen müssen; darum hat die Versicherungsanstalt Berlin versucht, ähnlich wie bei der Tuberkulosebehandlung diese Aufgabe von den Krankenkassen abzulösen und selbst im großen Umfang zu übernehmen; doch haben die Verhandlungen zu einem Ergebnis nicht geführt. Bei gutem Einvernehmen zwischen Beratungsstelle und Ärzten und zweckmäßigen Anweisungen ist eine solche Zusammenlegung nicht einmal erforderlich, besonders wenn auch Ambulatorien und geschlossene Abteilungen in diese Abmachungen einbezogen werden.

Unter allen Umständen muß aber die Beratungsstelle für Geschlechtskranke mehr als alle anderen Einrichtungen der Gesundheitsfürsorge ernstlich dem Verlangen ihrer Besucher Rechnung tragen, daß kein Unbefugter Einblick in den Betrieb erhält und Namen und Krankheit erfährt; die Beratungsstelle muß daher einen unauffälligen Namen tragen; der schriftliche Verkehr mit den Besuchern hat stets nur in geschlossenem Umschlag ohne jeden anderen Aufdruck zu erfolgen, als höchstens den der zuständigen Landesversicherungsanstalt oder Krankenkasse; auch in der Einlage muß jede auf eine Geschlechtskrankheit hinweisende Andeutung vermieden sein. Zur Verhütung einer Störung des Familienfriedens muß bei Mitteilung an die Familienangehörigen größte Vorsicht walten; so dringend deren Untersuchung erwünscht ist, so muß sie doch von der Zustimmung des beratenen Mitgliedes abhängig gemacht werden. Dem Versuch der Landesversicherungsanstalt Berlins, Besucher auch ohne Namensnennung zuzulassen, stehen mehrere Bedenken entgegen; es wird unmöglich gemacht, jene Unbekannten im Fall des Fortbleibens brieflich zum regelmäßigen Erscheinen heranzuziehen; die Überwachung der Durchführung einer Behandlung fällt aus, und schließlich besteht die Wahrscheinlichkeit einer nur ambulanten Behandlung in Fällen, deren Übertragungsfahr die Überführung in eine geschlossene Anstalt nötig gemacht hätte.

Die viel erörterte Frage einer Meldepflicht bei Geschlechtskrankheiten, der gegenüber gegenwärtig noch keine Klarheit herrscht, ob der Schaden den etwaigen Nutzen nicht aufheben könnte, wird durch eine gut geleitete und eingeführte Beratungsstelle für den Augenblick weniger dringlich.

Nach den bisher gesammelten Erfahrungen setzt sich die Tätigkeit der Beratungsstellen aus einer zweifachen Aufgabe zusammen. Erstens haben sie alle persönlich Rat Fordern- den, sei es, daß sie freiwillig kommen oder von irgendeiner Stelle überwiesen werden, zu untersuchen, den Befund aufzuzeichnen, im Falle der Behandlungsbedürftigkeit eine solche zu veranlassen,

und zwar unter Wahrung der zuständigen Stelle; sie müssen sich aber auch Gewißheit darüber verschaffen, ob dieser Rat befolgt wird. Ist nur Überwachung nötig, so werden die Ratsucher belehrt, wie es um ihre Gesundheit steht, worauf sie zu achten und wie sie sich zu verhalten haben; sie werden auf die Notwendigkeit regelmäßigen Wiedererscheinens hingewiesen, der Zeitpunkt des nächsten Besuchs wird ihnen angegeben und im Terminkalender aufgezeichnet. Zweitens hat die Beratungsstelle durch Ausdehnung des Netzes ihrer Beziehungen zu den Ärzten sich alle von Ärzten als zeitweilig aus der Behandlung geheilt entlassenen Kranken melden zu lassen, vom Arzte zu erfragen, wann er eine neue Behandlung für notwendig hält und über diese Gruppe genau Buch zu führen. Ist der Zeitpunkt gekommen, so stellt die Beratungsstelle fest, ob der Kranke sich eingestellt hat, verzeichnet das Ergebnis und verfolgt den Fall weiter; ist er fortgeblieben, so wendet sie die ihr zu Gebote stehenden Mahn- und Druckmittel an. Am zweckmäßigsten erfolgt bei Kassenkranken die Meldung nicht unmittelbar durch den behandelnden Arzt, sondern dieser reicht in regelmäßigen Zeiträumen der Krankenkasse die Liste der von ihm entlassenen Patienten ein, diese gibt sie der Beratungsstelle weiter, und die letztere setzt sich über jeden einzelnen Fall mit den Ärzten in Verbindung. Die zweite Gruppe braucht also in der Beratungsstelle nicht ohne weiteres persönlich zu erscheinen. Während die erste Gruppe sich sowohl auf Gonorrhöe als auf Syphilis erstreckt, kann man sich bei der zweiten, von besonderen Fällen abgesehen, meist auf die Syphilis beschränken.

Zur Erfüllung der ersten Aufgabe ist die Ausstattung der Beratungsstelle mit den Hilfsmitteln der spezifischen Diagnostik (Untersuchungstisch, Mikroskope, Untersuchungsplatz für Gonokokken- und Spirochätenuntersuchung, Einrichtung zur Blutentnahme für die Wassermannsche Reaktion) erforderlich; für beide Aufgaben bedarf es der Einrichtung für eine sorgfältige Registrierung (Kartenschrank, Formularbehälter, Möbel für Schreibtätigkeit). Um unnötige Ausgaben zu ersparen, ist die Verbindung der Beratungsstelle mit einer Stätte zweckmäßig, welche an sich schon über die nötigen Bestände und über geschultes Personal verfügt. So stehen die Beratungsstellen in Charlottenburg und Elberfeld in unmittelbarer räumlicher Verbindung mit der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten des städtischen Krankenhauses mit besonderem unauffälligen Eingang von der Straße aus, so ist sie in München der Dermatologischen Poliklinik angegliedert. Diese Zusammenlegung hat auch den Vorteil, daß

Assistenten und Wärter im Nebenamt den Dienst in der Beratungsstelle ausüben. Es hat den weiteren Vorzug der Möglichkeit, unmittelbar eine ambulante oder stationäre Behandlung anzuschließen, wenn Bedürftigkeit vorliegt oder der überweisende Arzt damit einverstanden ist; auch vollzieht sich der Übergang der aus der Anstalt entlassenen Kranken zur weiteren Beobachtung in der Beratungsstelle leichter. Außer dem ärztlichen Leiter, seinem ihn vertretenden Assistenten und dem Wärter oder der Wärterin bedarf es noch einer Schreibkraft, die allein von allen Angestellten hauptamtlich tätig sein muß, weil ihre Tätigkeit sich über die eigentliche Sprechstundenzeit hinaus erstreckt. Von Räumen sind außer dem Untersuchungs- und Schreibzimmer noch ein, besser zwei Warteräume, nach Geschlechtern getrennt, erforderlich; die Sprechstundenzeit wird am besten außerhalb der Arbeit, also in die Mittag- oder Abendstunden gelegt; sollten Besucher Entschädigung für Fahrgeld beanspruchen, so empfiehlt sich die Wiedererstattung. Von einigen Seiten ist die Forderung der Anstellung einer weiblichen Vertrauensperson aufgestellt worden, um etwa notwendig werdende Hausbesuche zu machen; bis jetzt erscheint diese Forderung keineswegs begründet; es besteht zudem die Gefahr einer Vermehrung derjenigen getrennt voneinander arbeitenden Hilfsorgane der Gesundheitsfürsorge, die Hausbesuche machen, eine Gefahr, die durch die Beanspruchung von Familien mit mehreren Gegenstand der Fürsorge werdenden Schäden nicht gering angeschlagen werden darf; in Kreisen mit einheitlich zusammengefaßter Gesundheitsfürsorge besteht natürlich die Möglichkeit, gegebenenfalls auch für Zwecke der Geschlechtskrankenfürsorge die Bezirksfürsorgerinnen heranzuziehen. Dagegen hat die Tätigkeit der Beratungsstellen schon jetzt erkennen lassen, daß es notwendig wird, für Angestellte, namentlich des weiblichen Geschlechts, Gelegenheiten zu ambulanter Behandlung außerhalb der Geschäftsstunden zu schaffen, weil der Zwang, Urlaub in der Geschäftszeit zum Besuch der Sprechstunde eines bekannten Facharztes zu erbitten, das Geheimnis ungenügend wahrt und die zweckmäßige Behandlung verzögert oder erschwert; auch hier dürfte eine Verständigung der Beratungsstelle mit den Fachärzten des Ortes zur Abhaltung einer einmaligen Wochensprechstunde außerhalb der Geschäftszeit den Zweck erreichen lassen, ohne daß die Ärzte sich dem Verdacht aussetzen, gegen die Standesrücksicht zu verstoßen.

Außer mit den Körperschaften der sozialen Versicherung und deren Ärzten sowie den Ärzten ihres Wirkungskreises soll die Beratungsstelle auch mit den anderen in Betracht kommenden

Einrichtungen der Gesundheitsfürsorge zusammen arbeiten; selbstverständlich ist die Meldung aller aus den Krankenhäusern der weiteren Beobachtung bedürftigen Behandelten; das gilt nicht nur für die Abteilungen für Geschlechtskranke, sondern auch für das allgemeine Krankenhaus und besonders für die geburts-hilfliche Abteilung. Es genügt nicht, daß die uneheliche Primipara nach erledigtem Wochenbett unüberwacht entlassen wird; hier bedarf es weiterer Fürsorge für die Mutter und im Überlebens-falle für das Kind; hier kommt neben der Syphilis noch die Gonorrhöe in Frage. Vorsicht ist bei den ehelichen Müttern nach der Entbindung im Krankenhause und weiter während der Säuglingsfürsorge geboten; der Mehrzahl von ihnen ist durchaus unbekannt, daß sie mit Syphilis infiziert sind und welche Be-deutung die „Flechte“ ihres Kindes hat. Die fortlaufende Be-obachtung und zweckmäßige Behandlung wäre im Interesse späteren gesunden Nachwuchses dringend erwünscht. Eine Auf-klärung ohne Zustimmung des Ehemanns ist nicht zulässig, und Mangel an Geschick hat nur zur Folge, daß die Mutter nicht in die Beratungsstelle für Geschlechtskranke geht, aber auch von der Säuglingsfürsorge fortbleibt. Leichter ist die Zusammen-arbeit für die Halte- und Waisenkinder, die der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge unterstehen. Auch die Schulhelferinnen können gelegentlich in die Lage kommen, Fälle zu über-weisen.

Da der Erfolg der Beratungsstellen für Geschlechtskranke von der zweckmäßigen Registratur abhängt, muß diese sorgfältig aus-gebaut werden. Als Beispiel mag das in Charlottenburg ein-geführte Verfahren dienen, das sich bisher bewährt hat. Jeder Besucher erhält zuerst ein kurzes Druckblatt über den Zweck der Einrichtung und die besonderen Merkblätter für Männer und Frauen der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Ge-schlechtskrankheiten. Der Name wird ins Hauptbuch eingetragen, in dem nach Tagen geordnet die Zugänge in fortlaufender Nummer aufgezeichnet werden. Für jeden wird ein Kartenblatt in der Kartei angelegt, mit verschiedenen Farben für die Geschlechter.

Städtische Beratungsstelle.

Der Magistrat Charlottenburg hat am 1. Januar 1916 im städtischen Krankenhause Kirehstraße 19/20 eine Beratungsstelle für

geschlechtskranke Männer und Frauen

eröffnet.

Die Beratungsstelle verfolgt den Zweck, alle die Sprechstunde aufsuchenden Geschlechtskranken oder diejenigen, die befürchten, geschlechtskrank zu sein,

unentgeltlich

zu untersuchen und zu beraten. Falls ärztliche Behandlung erforderlich werden sollte, steht die Wahl des Arztes (Hausarzt, Kassenarzt usw.) dem Kranken durchaus frei. Die Beratungsstelle ist ferner bereit, solche Personen, die vor längerer oder kürzerer Zeit geschlechtskrank waren, in regelmäßiger Zeitfolge nachzuuntersuchen und in allen etwaigen Fragen, besonders betreffs weiterer Behandlung, Ansteckungsgefahr usw., Auskunft zu erteilen. Speziell bei syphilitischer Ansteckung ist eine öftere erneute Untersuchung und Behandlung während mehrerer Jahre zur Wahrung der Gesundheit dringend erforderlich.

Selbstverständlich werden alle der Beratungsstelle mitgeteilten Tatsachen über den Krankheitsbefund streng geheim gehalten.

Es ist notwendig, daß die Besucher der Beratungsstelle jede Wohnungsänderung der Beratungsstelle unverzüglich mitteilen, damit auch eine briefliche Aufforderung zur Rücksprache durch die Beratungsstelle erfolgen kann. Die Sprechstunden der öffentlichen Beratungsstelle finden statt:

für Männer und Frauen Montags und Donnerstags von 8 bis 9 Uhr abends und Mittwochs und Sonnabends von 12 bis 1 Uhr mittags.

Beratungsstelle in (LVAnstalt)

Vornamen: Zuname:

Beruf: geb. am zu

(Kreis), wohnhaft zu Straße Nr.

Ledig*), verheiratet*), verwitwet*), geschieden*), getrennt lebend*).

Meldung eingegangen am vom Militär*).

von Dr.

von der Krankenkasse*).

von dem Krankenhaus*).

von der Sonderanstalt*).

von der Armenpflege*).

in Freiwillig gemeldet*).

Adresse des Kranken, Arbeitgebers usw. unter der die Zuschriften erfolgen sollen:	Zuletzt versichert bei*): Nicht versichert*).
	LVAnstalt
	Qu.-Karte Nr. mit Marken lautet auf LVAnstalt
	Sonderanstalt
	RVAnstalt
	..... Krankenkasse (Mitgliedbuch Nr.)

Behandelnder Arzt: Art der Krankheit:

Vorgeschichte (Zeit und Ursache der Ansteckung, Verlauf der Krankheit, bisherige Behandlung):

Krankenblatt für Männer: rot. Krankenblatt für Frauen: grün.
*) Das Zutreffende unterstreichen. — Blatt nicht brechen! —

(Rückseite.)

Nur vom Arzt auszufüllen.

Datum	Befund und Bemerkungen (W. R.*) Gc.*) usw.)	Anweisung	Wieder- vorlage am

*) W. R. = Wassermann-Reaktion. Gc. = Gonokokken.

Der Tag der Wiedervorlage wird in einem besonderen Termin-kalender aufgezeichnet. Sobald er gekommen, wird das Erforderliche veranlaßt, je nach der Lage festgestellt, ob der Registrierte in Behandlung getreten oder sich zur Wiederuntersuchung vorgestellt hat. Ist dies nicht der Fall, so ergeht die erste Anforderung, bei den Versicherten der Landesversicherungsanstalt unter deren Namen (Formular 4); war diese nach einem bestimmten Zeitraum, über den ebenfalls ein Vermerk vorgenommen war, ohne Erfolg, so ergeht eine zweite, die, da es sich um gleichgültige Kranke handelt, nachdrücklich sein muß und bei Versicherten einen Druck ausübt, der meist seinen Zweck nicht verfehlt (Formular 5). Außerdem werden auch hier Vordrucke zur Mitteilung an überweisende Ärzte, Kassen- und Armenärzte über Befund, Behandlungsnotwendigkeit, mit Ersuchen um Auskunft benutzt; auch die Krankenkassen erhalten Antwort und die Landesversicherungsanstalten in regelmäßigen Zeiträumen kurze statistische Berichte über die von ihnen überwiesenen Fälle.

(Formular 4.)

Städtische Beratungsstelle Charlottenburg, den 191..
Kirchstraße. Kirchstraße 19/20.

An

.....
..... in

Wegen Ihrer früheren Erkrankung ist eine erneute Untersuchung in Ihrem Interesse dringend erforderlich. Zur Vornahme dieser für Sie kostenlosen Untersuchung werden Sie aufgefordert, sich in der nächsten oder übernächsten Sprechstunde (Sprechzeit Montags und Donnerstags von 8—9 Uhr abends und Mittwochs und Sonnabends von 12—1 Uhr mittags) in unserer Beratungsstelle Krankenhaus Kirchstraße 19/20 einzufinden.

Die Städtische Beratungsstelle.

(Formular 5.)

Landesversicherungsanstalt Berlin W. 62, Datum des Poststempels.
Brandenburg. Keithstraße 15.

An

.....
 in

Da Sie unserer Aufforderung, sich im städtischen Krankenhause in zur ärztlichen Untersuchung einzufinden, nicht Folge geleistet haben, werden Sie nochmals dringend ersucht, sich nunmehr am zwischen Uhr in dem genannten Krankenhause einzufinden, auch sich den Anordnungen des untersuchenden Arztes unbedingt zu fügen; **denn nur so werden Sie sich vor späteren schweren und unter Umständen unheilbaren Schädigungen Ihrer Gesundheit bewahren können.**

Dabei weisen wir Sie ausdrücklich darauf hin, daß nach § 1272 RVO. im Falle späteren Eintritts der Invalidität die Rente ganz oder teilweise versagt werden kann, wenn Sie ohne gesetzlichen oder sonst triftigen Grund dieser Vorladung nicht nachkommen, da die Invalidität durch das Heilverfahren voraussichtlich verhütet wird.

Der Vorstand der Landesversicherungsanstalt Brandenburg.

In Charlottenburg gehen auch der Tagespresse halbjährlich Mitteilungen über Aufgaben und Einrichtung der Beratungsstelle zu, die im wesentlichen den gekürzten Inhalt des unter I abgedruckten Merkblattes enthalten; außerdem befinden sich an einigen öffentlichen Stellen, wie Bahnhöfen usw., Anschläge etwa gleichen Inhalts. Die Behörden mit größerem Verkehr erhalten von Zeit zu Zeit Mitteilungen mit der Bitte um Weitergabe, und schließlich wird auch in bezahlten Inseraten der Tagespresse auf die Einrichtung hingewiesen mit der regelmäßigen Wirkung einer erheblichen Steigerung der freiwilligen Meldungen.

Der neue Gesetzentwurf zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten wird ihre Organisation an sich nicht ändern. Er sieht Ausschluß der Fernbehandlung und der Behandlung durch nichtapprobierte Ärzte sowie die gesundheitliche Beobachtung weiblicher Personen vor, die gewerbsmäßig Unzucht treiben, ebenso Bestrafung derjenigen Personen, die trotz Kenntnis der Ansteckungsgefahr den Beischlaf ausüben. Mittelbar ist der Gesetzentwurf geeignet, die Beanspruchung der Beratungsstellen zu erhöhen.

IV. Fürsorge für Alkoholkranke.

Von

A. Gottstein.

Die als im wesentlichen bekannt vorausgesetzte große sozial-pathologische Bedeutung der Trunksucht und ihrer Folgen für den Süchtigen, seine Angehörigen und die Gesellschaft läßt sich kurz in folgenden Sätzen zusammenfassen.

Die Trunksucht ist bald ein individuelles Laster, bald eine Krankheit und als solche häufig die Folge erblicher Entartungsvorgänge; noch viel häufiger wird sie deren unmittelbare oder mittelbare Ursache. Als Laster tritt sie meist in der Form des fortdauernden Genusses größerer Mengen alkoholischer Getränke auf, der oft zum Rauschzustand und außerdem auch bei größerer Toleranz, die es nicht zu stärkeren Rauschzuständen kommen läßt, später zu organischen chronischen Erkrankungen führt; hierbei ergeben sich Unterschiede nach der chemischen Zusammensetzung des Getränkes; der Hauptschädiger ist der Äthylalkohol, aber seine Konzentration und die Beigabe anderer schädlicher Substanzen beeinflussen das Krankheitsbild. Als Krankheit erscheint sie häufig in der gleichen Form wie das Laster, namentlich im höheren Alter als Erscheinung willenloser Ohnmacht gegenüber der Versuchung, die zur Sucht geworden ist; eine zweite Form ist die periodische Trunksucht, die Dipsomanie des „Quartalsäufers“, eine dritte die Widerstandslosigkeit gegenüber selbst geringen Mengen mit der Wirkung akuter seelischer und anderer Störungen; diese Form findet sich überwiegend bei neuropathisch Entarteten. Die Folgen der Trunksucht für den Befallenen sind auf körperlichem Gebiete unmittelbar veranlaßte Organerkrankungen, in Lokalisation, Form und Schwere abhängig von Art und Menge des Giftes, persönlicher Anlage und Beruf, anatomisch gekennzeichnet durch Bindegewebsbildung an Stelle des zugrunde gehenden Funktionsgewebes in Leber, Niere, zentralem und peripherem Nervensystem, Hoden; mittelbar geringere Widerstandskraft gegenüber anderen Schädlichkeiten belebter und unbelebter Art in sehr mannigfachen Kombinationen; hierzu rechnet auch die geringere Widerstandskraft

gegenüber geschlechtlichen Verlockungen im akuten Rauschzustand mit der erhöhten Gefahr der Infektion, der die abnehmende geschlechtliche Fähigkeit des chronischen Trinkers, häufig mit Eifersuchtsvorstellungen verbunden, gegenübersteht. Auf seelischem Gebiete sind die häufigsten, individuell schwankenden Folgen Charakter- und Willensschwäche, Intelligenzherabsetzung und leichtere Ermüdbarkeit (schon bei einmaligem Genuß durch feinere Methoden der Intelligenzprüfung als vorübergehende und meist harmlose Erscheinung nachweisbar); auf moralischem Gebiete Verwahrlosung, Neigung zu Gewalttätigkeit, Auflehnung, geschlechtlichen Vergehen und Verbrechen.

Die Folgen für den Nachwuchs sind ebenfalls unmittelbare und mittelbare. Die noch strittigen Fragen der herabgesetzten Fähigkeit zum Stillen und der Erzeugung von Idioten im Rausch brauchen hierbei weniger betont zu werden als die neuropathische Konstitution eines großen Teils der Kinder von Trinkern. Mittelbar noch viel verhängnisvoller führt die Zerrüttung des Hausstandes, das entsittlichende Vorbild, die Verwahrlosung der Körperpflege und Erziehung, die Not, zu einem minderwertigen, intellektuell tiefstehenden, moralisch gefährdeten Nachwuchs, so daß Trinkerkinder in Hilfsschulen, Idiotenanstalten, in der Fürsorgeerziehung einen verhältnismäßig ungewöhnlich hohen Bruchteil abgeben.

Die Allgemeinheit wird betroffen durch die Vermehrung, Verlängerung und den ungünstigeren Verlauf der bei Alkoholikern auftretenden Erkrankungen, die dadurch herbeigeführte höhere Belastung von Krankenkassen und öffentlichen Krankenhäusern und Irrenanstalten sowie durch die erhöhte Unfallsgefahr im Betriebe, die nicht nur den Schuldigen, sondern durch Massenunfälle auch den von ihm geführten Betrieb, namentlich im Großverkehr, bedroht. Dazu kommt die außerordentlich beträchtliche Steigerung der Armenlasten durch den wirtschaftlichen Verfall und die frühere Erwerbsunfähigkeit des Familienoberhauptes. Besondere Beachtung verlangt der Einfluß der Trunksucht auf die Kriminalität, der 20—33 % aller Insassen von Strafanstalten diesen als Gewohnheitstrinker zuführt, deren straffälliges Vergehen oder Verbrechen mit dem Laster im Zusammenhange steht; es überwiegen hierbei Verurteilungen wegen Verstoß gegen die öffentliche Ordnung, Gewalttat und Sittlichkeitsverbrechen. Volkswirtschaftlich wichtig ist die in Deutschland erreichte Höhe der Ausgaben für den Genuß alkoholischer Getränke, von der bestimmt der größere Teil hätte erspart und dringenderen Ausgaben für Ernährung, Körperpflege und Bildung nutzbar gemacht werden können; indes darf hierbei nicht übersehen werden, daß im

Alkoholerzeugungsgewerbe große Kapitalien angelegt sind, die einem an sich berechtigten mäßigen und zeitweisen Genuß zuzugute kommen, aber auch anderen technischen Zwecken, und deren Nebenprodukte für Industrie, Landwirtschaft und Viehzucht eine große Bedeutung haben.

Man hat versucht, die einzelnen Schädigungen der Trunksucht zahlenmäßig festzustellen und die Ergebnisse in größeren und kleineren Schriften zusammenzustellen; da aber an den Ergebnissen meist mehrere Ursachen außer der Trunksucht mitgewirkt haben, ist hier von der Wiedergabe abgesehen.

Die Gefahren der Trunksucht haben die Gesellschaft zur Abwehr veranlaßt. Die Gesetzgebung der einzelnen Staaten weist die verschiedensten Formen auf, vom absoluten Schankverbot in einigen Abstinenzstaaten Amerikas, das freilich vielfach zu grotesken Umgehungen geführt haben soll, bis zum Staatsmonopol in skandinavischen Ländern und einigen Schweizer Kantonen mit Abgabebeschränkungen.

Die deutsche Gesetzgebung knüpft die Erlaubnis zum Ausschank und Kleinhandel mit Branntwein und zum Betriebe von Gastwirtschaften mit Schank von Wein, Bier oder anderen geistigen Getränken an den Nachweis des vorhandenen Bedürfnisses, dessen Prüfung in Gemeinden über 15000 Einwohner durch ein Ortsstatut festzusetzen ist. Daneben gehen Bestimmungen über die Polizeistunde sowie gegen Animerkneipen. Das Zivilrecht enthält Bestimmungen über Entmündigung und Ehescheidung. Entmündigt kann werden, wer infolge von Trunksucht seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag oder sich und seine Familie der Gefahr des Notstandes aussetzt oder die Sicherheit gefährdet. Zur Entmündigung wegen Trunksucht genügt aber nicht der übermäßige Genuß geistiger Getränke, auch wenn dies häufiger geschieht, sondern es muß ein krankhafter Zustand bestehen, infolgedessen die zu entmündigende Person unter den gewöhnlichen Verhältnissen nicht mehr die Kraft hat, dem Anreiz zum übermäßigen Genuß geistiger Getränke zu widerstehen. Zweck der Entmündigung kann auch die durch den Vormund zwangweise veranlaßte Überführung in eine Heilanstalt bei Aussicht auf Heilung sein (BGB. VI 3). Die Entmündigung erfolgt durch Beschluß des Amtsgerichts, welches die Zuziehung von Sachverständigen beschließen kann. Anträge auf Wiederaufhebung sind zulässig. Die Ehescheidung kann nach § 1568 BGB. durch Trunksucht als schwere Verletzung der durch die Ehe begründeten Pflichten beantragt werden; hier genügt es nach den Entscheidungen des Reichsgerichts, wenn sie sich als beharrliche betätigt, auch wenn sie nicht unheilbar ist. Auch die soziale Gesetzgebung berücksichtigt die Trunksucht. Nach § 120 der Reichsversicherungsordnung, dessen Inhalt auch in die Angestelltenversicherung übernommen ist, können Trunksichtigen, die nicht entmündigt sind, ganz oder teilweise Sachleistungen gewährt werden. Auf Antrag eines beteiligten Armenverbands oder der Gemeindebehörde des Wohnorts muß dies geschehen. Bei Trunksüchtigen, die entmündigt sind, ist die Gewährung der Sachleistungen nur mit Zustimmung des Vormunds

zulässig. Auf seinen Antrag muß sie geschehen. Die Sachleistungen gewährt die Gemeinde des Wohnorts. Der Anspruch auf Barleistungen geht im Werte der Sachbezüge auf die Gemeinde über. Die Sachleistung kann auch durch Aufnahme in eine Trinkerheilanstalt oder mit Zustimmung einer Gemeinde durch Vermittelung einer Trinkerfürsorgestelle gewährt werden. Ein Rest der Barleistungen ist dem Ehegatten des Bezugsberechtigten, seinen Kindern oder Eltern und, falls solche nicht vorhanden sind, der Gemeinde zur Verwendung für ihn zu überweisen. Die großen staatlichen Betriebe können den Alkoholgenuß während der Tätigkeit untersagen, und gemeindliche wie private Betriebe sind dem Beispiel gefolgt. Eine sehr große Bedeutung hat die Erziehung und Belehrung des Volks zur Linderung der Trinksitten und des Trinkzwangs, und hier hat die Volksschule eine wichtige Aufgabe zu erfüllen. Erwähnenswert sind noch die eugenischen Bestrebungen zur Unfruchtbarmachung der unverbesserblichen Trinker mit deren Zustimmung oder als Strafe, die da und dort, namentlich in Amerika staatlich, gelegentlich auch freiwillig in die Tat umgesetzt sind.

Einen großen Einfluß im Kampfe gegen die Trunksucht haben die Vereinigungen erlangt. Der „Deutsche Verein gegen den Mißbrauch geistiger Getränke“ mit dem Sitz in Berlin hat seit Jahrzehnten in mehrfacher Richtung erfolgreich gewirkt. Er selbst sammelt nicht nur die gesamte Literatur und gibt eine eigene Zeitschrift „Die Alkoholfrage“ heraus; er hat eine größere Zahl praktisch wirksamer Merkblätter und Flugblätter verlegt, die regelmäßig in Vereinen, Schulen usw. verteilt werden; seine Wandtafeln, welche die Wirkung der Trunksucht auf die Körperorgane, die Ergebnisse der Intelligenzprüfungen, den Einfluß auf die Kriminalität wirksam darstellen, eignen sich vorzüglich zu Belehrungsvorträgen; er hält alljährlich Versammlungen in verschiedenen Gegenden Deutschlands zur Beratung der wichtigsten Fragen ab, veranstaltet Osterlehreurse für solche Persönlichkeiten, welche geeignet sind, in ihren Wohnsitzen als Vorkämpfer aufzutreten und veranlaßt Wanderausstellungen. Er regt Untersuchungen und grundsätzlich wichtige wissenschaftliche oder verwaltungstechnische Fragen an, verfolgt die Gesetzgebung und Verwaltungspraxis und gibt erforderlichenfalls nach Einholung sachverständiger Gutachten durch Eingaben an die gesetzgebenden Körperschaften Anregungen. Die ihm angeschlossenen Zweigvereine und Ortsgruppen erheben von ihren Mitgliedern eigene Beiträge und stehen in Fühlung mit dem Zentralverein; sie treffen aber in ihrem Wirkungskreis selbständige Maßnahmen. Außer ihrer erzieherischen und Werbetätigkeit beteiligen sie sich an Gründung und Betrieb von Trinkerheilstätten, Wärmehallen, öffentlichen Milhhäusern, alkoholfreien Schankstätten und Speisehäusern in der Stadt und auf Spielplätzen oder an Vergnügungsstätten.

In ganz anderer Richtung wirken die Enthaltensamkeitsvereine, deren Hauptvertreter der Guttemplerorden und das Blaue Kreuz sind. Der erste z. B. bildet Verbände über ganz Deutschland, unterhält eigene Zeitschriften, bildet Logen, die in größeren Mittelpunkten nach Berufen gegliedert sind; sie halten regelmäßige häufige Zusammenkünfte ab. In energischer Werbetätigkeit, die namentlich an der Arbeitsstätte selbst besonders wirksam ist, ziehen sie die gefährdeten Personen an sich heran, veranlassen sie und ihre Ehegatten zum Beitritt, mit dem die Pflicht vollkommener Enthaltensamkeit verbunden ist, stärken die Schwankenden vor Versuchungen und unterstützen Würdige bei Arbeitslosigkeit gegenüber der Gefahr des Rückfalls. Gerade unter den Bekehrten finden sich oft die erfolgreichsten Werber, und die berufliche Zusammengehörigkeit steigert die Erfolge. Diese Enthaltensamkeitsvereinigungen haben eine erfreuliche Ausdehnung genommen, nicht nur unter der Arbeiterschaft, sondern auch unter Studierenden, in Heer und Marine. Schließlich wirken auch die Träger der sozialen Versicherung mit, durch Übernahme der Kosten für Heilstättenbehandlung, durch erzieherische Einwirkung auf ihre Mitglieder, durch Unterstützung der alkoholgegenerischen Bestrebungen.

Da die Trunksucht mit Recht mit der Tuberkulose und den Geschlechtskrankheiten als eine der drei großen Volksseuchen bezeichnet wird, so bildet ihre Bekämpfung und Verhütung für den Sozialarzt den Gegenstand größten Interesses. Schon durch den Hinweis auf die Tätigkeit des Deutschen Vereins und die Benutzung und Verbreitung des von diesem gebotenen Materials sowie durch den Hinweis auf die bestehenden Enthaltensamkeitsvereine kann er einen Teil seiner Aufgaben erfüllen; eine unmittelbare Mitwirkung ist ihm aber durch die neuerdings vielfach errichteten und immer größere Bedeutung gewinnenden Beratungsstellen für Alkoholkranke eingeräumt worden. Diese Beratungsstellen, auch Trinkerfürsorgestellen genannt, bezwecken, in Übereinstimmung mit den Grundsätzen anderer Gesundheitsfürsorgeeinrichtungen, durch Werbearbeit alle der Trunksucht verfallenen oder von ihr bedrohten Elemente ihres Bezirkes in den Bereich ihrer Tätigkeit zu ziehen, sie zu untersuchen, regelmäßig zu überwachen, ihr Schicksal zu verfolgen, aber auch die besonderen, jedem Einzelfall angemessene Maßnahmen anzuordnen; darüber hinaus haben sie die Aufgabe der Familienfürsorge, den Schutz der bedrohten Frau, der gefährdeten Kinder.

Die Verwaltung einer solchen Fürsorgestelle kann ebenso in den Händen einer privaten Wohlfahrtsvereinigung liegen, wie

in dem einer kommunalen Verwaltungsstelle, wobei es von den örtlichen Verhältnissen abhängt, ob sie der Armendirektion als Trägerin der vorbeugenden Armenpflege oder der besonderen Wohlfahrtsverwaltung unterstellt ist. In ländlichen und Kreisbezirken bildet sie nur einen Teil des alle Aufgaben zusammenfassenden Wohlfahrtsamts. Die Organisation ist eine verhältnismäßig einfache. An der Spitze stehen in den bis jetzt vorhandenen Fürsorgestellen bald Geistliche, bald geeignete Privatpersonen, bald Ärzte. Die Leitung durch letztere ist, wie die Erfahrung lehrt, vorzuziehen. Widerstandslosigkeit gegen Alkohol selbst in geringen Mengen ist oft eine Folge beginnender ernster Organerkrankungen, die erst durch ärztliche Untersuchung die richtige Würdigung finden; vor allem aber ist die Feststellung des Krankheitsstadiums sowie der mittelbaren und unmittelbaren Folgen des Alkoholmißbrauchs in sehr vielen Fällen nur durch gründliche klinische Untersuchung festzustellen; aber von dem Ergebnis dieser Untersuchungen hängt die Wahl der einzuschlagenden Maßnahmen ab. Am besten eignet sich ein neurologisch oder psychiatrisch vorgebildeter Arzt, sowohl wegen der Sonderkenntnisse als wegen seiner Befähigung, mit seelisch veränderten Menschen umzugehen und deren Vertrauen zu gewinnen; außerdem ist gerade er in den Fragen der Anstaltsversorgung bewandert. Sehr erwünscht ist, daß er selbst alkoholfreie Getränke liebt. Ihm untersteht eine zweckmäßig schon etwas ältere Schwester, welche zugleich als Schreibhilfe dient und die erforderlichen Besuche bei Behörden, Verwaltungen, aber auch in den Wohnungen gemeldeter und nicht erschienener oder schon in Beratung stehender, aber fortgebliebener Pflegebefohlener planmäßig abstattet, sich über die besonderen häuslichen Verhältnisse unterrichtet und sich der Familie annimmt. Als Mitarbeiter des Arztes ist ein in den Sprechstunden anwesendes geeignetes Mitglied einer Enthaltensamkeitsvereinigung tätig, der nach Feststellung des ärztlichen Befundes über den Grad des Leidens die Eignung für die Aufnahme in eine entsprechende Loge prüft, bejahendenfalls die sofortige Aufnahme veranlaßt und über das weitere Verhalten des Aufgenommenen in der Vereinigung sich dauernd unterrichtet. Bei Verheirateten müssen beide Gatten der Vereinigung beitreten, damit der Haushalt ganz alkoholfrei geführt wird. Je nach der Größe des Bezirkes sind wöchentlich ein bis zwei Sprechstunden erforderlich, die auf die Abendstunden zu verlegen sind und der Ersparnis halber zweckmäßig in die Räume einer anderen, zu dieser Zeit unbenutzten Fürsorgestelle gelegt werden. Die Ausgaben für eine Trinkerfürsorgestelle sind

nicht beträchtlich, sie setzen sich zusammen aus den Gehältern für Arzt, Mitarbeiter und Schwester, den Ausgaben für Beleuchtung, Heizung und Schreibwerk; schließlich muß eine kleine Summe zur vorübergehenden Unterstützung solcher Pfleglinge vorhanden sein, die ohne Schuld in Not geraten und vor Versuchung bewahrt werden sollen. Die wenigen ärztlichen Untersuchungsapparate und die Ausstattung erfordern einen geringen Aufwand. Die fast ein Jahrzehnt bestehende Charlottenburger städtische Fürsorgestelle hat ihre Anfangskosten nur einmal bisher steigern müssen, als die Zahl der Wochensprechstunden von einer auf zwei und dementsprechend die Arztgebühren erhöht wurden; ihre Jahresausgaben belaufen sich jetzt auf etwa 4000 Mk.

Die Fürsorgestelle muß alle in Betracht kommenden Beziehungen anknüpfen und aufrechterhalten. Sie muß mit der Polizei ein Abkommen treffen, damit diese alle in Wohnung und Straße zu ihrer Kenntnis kommenden Fälle von Trunksucht sofort meldet; sie muß sich von Kassen- und Armenärzten alle geeigneten Fälle zur Beratung und Untersuchung überweisen lassen; sie muß mit den Landesversicherungsanstalten zusammen arbeiten, welche nicht nur ihre Hilfe in Fällen drohender Invalidität zur Abwehr beanspruchen, sondern auch zur Entscheidung der Frage über die Form der Leistung; sie muß von Krankenhäusern und Trinkerheilanstalten sich alle Fälle entlassener Trinker melden und überweisen lassen und deren Fürsorge übernehmen. Umgekehrt muß sie zur Versorgung ihrer Pfleglinge Beziehungen zu einer Anzahl offener und geschlossener Anstalten aufrechterhalten, um in dringenden Fällen sofort die Unterbringung zu sichern; sie muß mit der Armendirektion und der sozialen Versicherung wegen der Tragung der Kosten verhandeln. Eine Zusammenarbeit mit anderen Zweigen der Gesundheitsfürsorge ist vielfach geboten, zunächst um die gerade hier bedenklichen Doppelunterstützungen zu vermeiden, dann aber um die durch die Trunksucht des Erzeugers herbeigeführten Schäden der Wohnweise, des Gesundheitszustandes der Kinder der zuständigen Stelle zur Erledigung zu überweisen, umgekehrt aber auch, um von diesen Stellen zu hören, daß die Wurzel des Übels im Sonderfall Trunksucht ist, deren Bekämpfung ihr übertragen wird. In kleineren Kreisen mit Zusammenhang aller Zweige der Gesundheitsfürsorge ergibt sich diese Zusammenlegung von selbst. Sehr notwendig sind Abmachungen mit der Polizei, um ein planmäßiges Vorgehen unter Beachtung der beiderseitigen Zuständigkeit herbeizuführen, in deren Trennung ein erschwerendes

Merkmal liegt. Jede von einer Gemeinde oder Wohlfahrtsvereinigung betriebene Fürsorgestelle ist im allgemeinen auf die freiwillige Inanspruchnahme ihrer Pfleglinge angewiesen; für die meisten Einrichtungen liegt gerade darin ihre Stärke, weil sie sich auf dem Vertrauen der Besucher aufbauen, welche wissen, daß ihnen Vorteile geboten werden. An die Trinkerfürsorgestellen wenden sich zwar die Frauen der Trinker ebenfalls vertrauensvoll mit dem Wunsch um Rat und Hilfe, gleich ihnen ein Bruchteil der Kranken selbst in den Pausen besserer Einsicht; ein großer Teil, und gerade die schwereren Fälle, ist aber trotz aller Bemühungen der Fürsorgeschwester für Besuche nicht zu haben; hier würde nur zwangsweise Vorführung helfen. Auch die Polizei kann diese nur bei nachgewiesener Gemeingefährlichkeit anordnen, jedoch nicht bei vermuteter Gefahr; der Leiter der Fürsorge aber gebietet über keine Zwangsmittel, es sei denn, daß er, wie an manchen Orten, zugleich staatlich beamteteter Arzt und dadurch Organ der Polizei ist. Im übrigen ist es besser, auf zwangsweise Vorführung zu verzichten und dadurch den Charakter einer reinen Wohlfahrtsstelle zu wahren. Als wirksames Werbemittel muß sich die Fürsorgestelle noch der regelmäßigen Hinweise in der Tagespresse auf ihr Bestehen und Wirken bedienen; jede Mitteilung hat eine Anzahl freiwilliger Neumeldungen zur Folge. Der Betrieb in der Sprechstunde gestaltet sich so, daß jeder Fall gesondert behandelt wird; bei neuen Zugängen werden die persönlichen Verhältnisse aufgezeichnet, die Vorgeschichte aufgenommen und hierbei die Fragen nach Beruf und Versicherung erledigt. Es folgt eine genaue körperliche Untersuchung unter Feststellung etwaiger körperlicher krankhafter Zustände. Der Arzt belehrt den Ratsuchenden und gibt die dem Sonderfall angemessenen Verhaltensmaßregeln, die sich auf alle Gebiete, auch die sozialen, erstrecken. Wie man auch über die Unschädlichkeit eines mäßigen Alkoholenusses im allgemeinen denken mag, für den Alkoholranken, den der Sucht Verfallenen, den von ihr Bedrohten, den Überempfindlichen ist völlige und dauernde Enthaltung ohne jedes Zugeständnis eine dringende Notwendigkeit. Der Kranke wird dann je nach der Lage der Trinkerheilstätte oder der Enthaltensamkeitsvereinigung überwiesen; in fortgeschrittenen, unrettbaren oder in gemeingefährlichen Fällen ist die Frage der Überweisung in eine geschlossene Anstalt unter Zuziehung des staatlich beamteten Arztes in Erwägung zu ziehen; ebenso werden von der Beratungsstelle nach genauer Prüfung die Anträge auf Entmündigung eingeleitet. Die Familie des Trinkers,

die sich Rat erholt, während ihr Schädiger nicht erscheint, wird beraten, die nötige Fürsorge zu ihrem Schutz eingeleitet, der Frau Arbeit vermittelt, die Kinder vor Verwahrlosung durch Unterbringung in Horte oder ähnliche Maßnahmen geschützt. Die Unterbringung in Trinkerheilstätten, deren es private, solche von Wohlfahrtsvereinigungen und öffentlichen Körperschaften, meist nur für Männer, einige auch ausschließlich für Frauen gibt, muß für längere Zeit geschehen, die Kosten tragen die Armen-direktion oder die Zweige der sozialen Versicherung; die Dauer-ergebnisse hängen von der Schwere des Leidens ab, sie sind bei älteren Trinkern und Frauen nicht allzu günstig; der geheilt Entlassene muß daher sofort in die Aufsicht der Beratungsstelle und des Enthaltensamkeitsvereins kommen; zweckmäßig wird die Entlassung so eingerichtet, daß er unmittelbar vom Bahnhof der vorher benachrichtigten Beratungsstelle zugeführt wird, denn häufig ist der erste Tag der Freiheit der Tag des ersten Rück-falls. Statt der umständlicheren Überweisung an die Trinker-heilstätte genügt in vielen, namentlich akuten Fällen die Unter-bringung in eine Nervenheilanstalt für die Zeit von 8—14 Tagen, in der unter Bettruhe und Enthaltung die Erscheinungen ab-klingen und nach welcher der Trinker der Beeinflussung zu-gänglich wird. Alle in Beratung stehenden Pfleglinge haben sich in angemessenen Zeiträumen, die durch Aufzeichnungen über-wacht werden, vorzustellen; falls sie nicht erscheinen oder ver-hindert sind, hat die Schwester das Haus aufzusuchen, zu be-richten und erneut heranzuziehen. Über jeden Fall wird ein besonderer Bogen geführt, dem eine Zählkarte für die Kartei und ein Jahreshauptbuch entspricht. Als Beispiel mögen die in der Charlottenburger städtischen Fürsorgestelle gebräuchlichen Blätter angeführt werden.

Städtische Fürsorgestelle für Alkoholranke Charlottenburg, Berliner Str. 137 (Cecilienhaus).	Register-Nr.
	Aufgenommen am
Überwiesen von	
Name und Vorname:	
Wohnung:	
Beruf:	
Geburtsjahr und Tag: Geburtsort: Religion:	
Familienstand: ledig, verheiratet, verwitwet, getrennt, geschieden.	
Kinder:	
.....	

Beschäftigt: Ohne Beschäftigung seit:
 Kassenmitglied der läuft bis
 Versichert gegen Invalid. — Ja — nein. Zahl der Karten:
 Erhält Armenunterstützung seit:
 War bereits in einer Anstalt und in welcher:

 War bereits in Enthaltsamkeits-Einrichtung und in welcher:

 In Pflęgschaft? Entmündigt? Erziehungsrecht ent-
 zogen?
 Rente:

**Städtische Fürsorgestelle für Alkoholranke
 in Charlottenburg, Berliner Straße 137.**

Fürsorge-Journal.

Nr. Datum:
 Vor- und Zuname:
 Stand und Beruf: Religion:
 Familienstand: (ledig, verheiratet, verwitwet, getrennt, geschieden)
 Wohnung:
 Geburtstag: Geburtsort:
 Nächster Angehöriger:
 Mitglied einer Kasse: Versichert gegen Invalidität:
 Wer veranlaßt das Aufsuchen der Fürsorgestelle:
 Wer ist der behandelnde (hersendende) Arzt:

Vorgeschichte :

Erbliche Belastung (Trunksucht, Geistes- und Nervenkrankheiten,
 Epilepsie, Selbstmord, Charaktereigentümlichkeiten, Ge-
 wohnheitsverbrecher):
 Großvater. Großmutter. Vater. Mutter. Geschwister.
 Geistige und körperliche Veranlagung:
 Geistige und körperliche Erkrankung:
 Erwerbsverhältnisse (Beschäftigungsart, Erwerbsfähigkeit):
 Familien- und Wohnungsverhältnisse:
 Wirtschaftliche Lage:
 Einkommen vor der Erkrankung: seit der Krankheit:
 Armenunterstützung:
 Ist die Trunksucht durch Trinksitte, Beruf, Beispiel, Erziehung ver-
 ursacht:

(Rückseite.)

Art der Trunksucht :

- seit wann wurde getrunken:
- was wurde getrunken (Art und Menge):
- wie wurde getrunken (regelmäßig, periodisch):

Folgen der Trunksucht :

- In geistiger Beziehung:
- In körperlicher Beziehung:
- In bezug auf das Familien- und Erwerbsleben:
- Ist Pat. wegen Trunksucht, Geisteskrankheit, Geistesschwäche entmündigt:
- Ist Pat.: bestraft:
 - weshalb:
 - wie oft:
 - womit:
- War Pat. schon in Heilstätte, Krankenhaus, Irrenanstalt:
 - wann:
 - wo:
 - wegen:
- War Pat. Mitglied eines Abstinenzvereins:
 - in welchem:
 - wie lange:
 - Grund seines Ausscheidens:
- Wodurch ist Pat. rückfällig geworden:

Untersuchungsbefund :

- In geistiger Beziehung (einfache Trunksucht, chron. Alkoholismus, Epilepsie, Geistesstörung [Dipsomanie, Delirium], Neigung zu Selbstmord, zu Gewalttätigkeit, zu Verbrechen, Lüge, Diebstahl):
- In körperlicher Beziehung:

Maßnahmen der Fürsorgestelle :**Fürsorgebericht.**

Die Erfolge der Beratungsstellen sind bei der großen Schwierigkeit der Aufgaben immerhin beachtenswert. Ein Bruchteil ist freilich von vornherein aussichtslos, jeder Versuch einer Besserung vergeblich; man muß sie ihrem Schicksal überlassen und für die Angehörigen das mögliche tun. Ein nicht geringer Bruchteil wird nach verschieden langer Zeit rückfällig, namentlich ältere Gewohnheitstrinker; hier muß im Einzelfalle geprüft werden, ob weitere Versuche zu machen sind. Der Anteil der dauernd für die Enthaltung Gewonnenen ist aber verhältnis-

mäßig groß. Als Beispiel mögen Zahlen aus der Charlottenburger Beratungsstelle dienen. Von 250 Zugängen im Jahre 1913 wurden 15 entmündigt, 69 erhielten Armenunterstützung.

	Dem Guttemplerorden traten bei		Davon wurden rückfällig	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
1911	26	18	8	2
1912	34	29	10	3
1913	52	42	7	2
1914	52	39	16	2
	164	128	41	9

Die Zahl der aussichtslosen Fälle im Jahre 1913 betrug 43; der Fürsorge entzogen sich 27, in Anstalten kamen 33, davon 12 in Trinkerheilstätten.

Neben der Tätigkeit in der Beratungsstelle hat der Sozialarzt die besten Erfolge, wenn er während seiner übrigen Tätigkeit auf die Jugend einwirkt. Daß körperliche Betätigung im Freien bei den Jugendlichen den Trinksitten entgegenarbeitet, ist bekannt.

V. Unfallfürsorge und Rettungswesen.

Von
A. Gottstein.

Einige schwere Massenunfälle, wie der Wiener Ringtheaterbrand 1881, vor allem die Steigerung der Verkehrsunfälle in der Großstadt und die Zunahme der Schwierigkeiten bei der Erlangung rechtzeitiger und zweckmäßiger Hilfe, gaben unter sachverständiger Mitwirkung der Ärzte den Anlaß zum Ausbau der Einrichtungen, welche geeignet erschienen, die Gefährdung bei Einzelunfällen und Massenverunglückungen herabzusetzen. Gefördert wurden diese Bestrebungen durch die Organisation des Samariterwesens, zu der Esmarch in Kiel 1882 die erste Anregung gab, und welche den Zweck hat, private Persönlichkeiten, namentlich aber solche Gruppen, die durch ihren Beruf in die Lage kommen, bei Unfällen erste Hilfe leisten zu müssen, wie Schutzleute, Feuerwehrmannschaften, Seeleute, Schwimmlehrer, in den Handgriffen zur Abwendung der Lebensgefahr unter Benutzung einfacher Hilfsmittel durch geschulte Ärzte einheitlich auszubilden. Eine Ergänzung fanden diese Bestrebungen durch die Tätigkeit des Roten Kreuzes und verwandter Organisationen, welche Jahr für Jahr geeignete Kräfte im unteren Sanitätsdienst unterrichteten, um für den Kriegsfall einen Stamm gut vorgebildeter freiwilliger Krankenpfleger zur Verfügung stellen zu können, deren disziplinierte Kolonnen aber auch bei gefährdenden Massenansammlungen im Frieden herangezogen werden konnten. Eine besondere Anregung zum Ausbau des Rettungswesens gab auch die Unfallversicherung, welche die Berufsgenossenschaften veranlaßte, nicht nur den Ausbau der Unfallverhütung zum Schutz im Betrieb in Fabrik und Werkstatt zu betreiben, sondern aus ihren Beobachtungen die Folgerung zu ziehen, daß das Schicksal der Verwundung mehr von der rechtzeitigen und zweckmäßigen ersten Behandlung als von der Nachbehandlung abhängt. Die Zahl der einer Krankenhausbehandlung bedürftenden Unfälle beträgt aber in Berlin etwa 7 % aller Krankenhausaufnahmen, zu der noch die Gruppe der Nachkrankheiten kommt, die zahlenmäßig nicht zu erfassen ist. Schließlich kamen

dem Streben zum Ausbau des Rettungswesens noch die Fortschritte der Chirurgie und des Krankenhauswesens zugute. Da die meisten Einrichtungen der Gesundheitsfürsorge eine Verminderung der Erkrankungen zum Ziele haben, da der Dienst an ihren Einrichtungen immer nur einigen wenigen angestellten Ärzten übertragen werden kann, so beeinträchtigt jede Neuschaffung die Mehrzahl der Ärzte und hat trotz des Gemeingefühls des ärztlichen Standes mit einem gewissen Widerstand zu rechnen. Auf dem Gebiete der Unfallversorgung gehen aber die Interessen parallel; die Ärzte legen Wert darauf, sich die Mitwirkung am Rettungsdienst zu erhalten, und die Verwaltungsorganisationen haben ein Interesse daran, sich möglichst zahlreiche geübte Mithelfer zu sichern; auch wird hier eine rein medizinische, nicht eine sozialhygienische Leistung verlangt. Die Ärzte hatten also ein besonderes Interesse an der genügenden Vorbildung und sorgten durch Fortbildungskurse für deren Gewährleistung; sie bekämpften erfolgreich die Versuche einer Monopolisierung der Unfallbehandlung durch eigens geschaffene Organisationen; sie wirkten bei Schaffung von Einrichtungen mit, welche den Verletzten und plötzlich Erkrankten die erste Hilfe auch bei Abwesenheit des eigenen Arztes sicherten, wofern sie die Sicherheit boten, daß diesem die Nachbehandlung wieder zufiel und nicht durch den in erster Not Hilfe leistenden Arzt für die ganze Dauer der Erkrankung entzogen wurde. Aus diesen Gründen vollzog sich der Ausbau des Rettungswesens unter der Führung der ärztlichen Standesvertretung.

Nachdem die Erfahrungen über die zweckmäßigste Organisation auf eine breitere Unterlage gestellt waren, kam unter Führung von Bergmann und Althoff im Jahre 1903 die Gründung eines Zentralkomitees für Berlin und bald darauf für ganz Preußen zustande, welches Grundsätze für die Ausgestaltung des Rettungswesens und der Unfallversorgung zunächst ganz allgemein, dann für bestimmte Betriebe, wie Eisenbahn, Bergwerke, Schifffahrt aufstellte und weiter sein Wirken auch auf Krankenbeförderung, Samariterdienst, Ausbau der Methode zur Lebensrettung ausdehnte. Es wurden Kurse für Ärzte abgehalten, Ausstellungen veranlaßt oder beschickt, internationale Kongresse abgehalten und schließlich 1911 ein amtlicher Leitfaden für erste Hilfe herausgegeben. Auf Grund seiner planvollen Arbeit von 10 Jahren konnte das Komitee die Ergebnisse derselben in Leitsätzen zusammenfassen, die von den zuständigen Ministerialabteilungen den unteren Instanzen zur Begutachtung übergeben wurden; daneben wurden Fragebogen, welche das Zentralkomitee auf-

gestellt hatte, zu Erhebungen über den gegenwärtigen Zustand des Rettungswesens versandt und dadurch die etwa vorhandenen Lücken festgestellt; es ergingen Polizeiverordnungen zur Vervollständigung des Krankenbeförderungswesens; schließlich wurden die in Betracht kommenden Ausführungsbestimmungen zum deutschen und preußischen Seuchengesetz herangezogen. Diese enthalten zu § 8 Absatz 3 des preußischen Gesetzes die Verordnung, daß zur Beförderung von Personen, welche nach den gesetzlichen Bestimmungen abgesondert werden können, die dem öffentlichen Verkehr dienenden Beförderungsmittel in der Regel nicht benutzt werden dürfen; sie schreiben in der Desinfektionsanweisung ferner unter Nr. 26 vor, daß Krankenwagen, Krankentragen u. dgl., aber auch alle anderen benutzten Personentransportfahrzeuge in einer bestimmten Weise nach dem Gebrauch desinfiziert werden müssen. Auch der § 23 des deutschen Seuchengesetzes, welcher den Gemeinden die Verpflichtung auferlegt, diejenigen Einrichtungen zu treffen, welche zur Bekämpfung der gemeingefährlichen Krankheiten notwendig sind, berührt das Krankenbeförderungswesen, dessen Ausbau den Gemeinden nunmehr zwangsweise auferlegt werden konnte. Dank dieser Vorarbeiten des Zentralkomitees, an denen die Medizinalabteilung selbst durch rege Mitarbeit beteiligt war, konnte nunmehr in einem Ministerialerlaß vom 20. Dezember 1912 den Gemeinden aufgegeben werden, das Rettungswesen und die Aufgaben der Krankenbeförderung nach den dort niedergelegten Grundsätzen einzurichten und zu betreiben. Diese „Grundsätze für die Ordnung des Rettungs- und Krankenbeförderungswesens“, welche über alle Einzelheiten Auskunft geben, haben folgenden Wortlaut:

Grundsätze für die Ordnung des Rettungs- und Krankenbeförderungswesens.

A. Rettungswesen.

I. A l l g e m e i n e s.

1. **Wesen und Aufgaben des Rettungswesens.** Das Rettungswesen ist ein wichtiger Zweig der öffentlichen Krankenfürsorge und bezweckt die erste Hilfe bei Unfällen und plötzlichen Erkrankungen.

Die erste Hilfe soll sich auf die Aufhebung und Abwendung der augenblicklichen Gefahr für Leben oder Gesundheit beschränken.

Die Weiterbehandlung nach der ersten Hilfe gehört nicht zu den Aufgaben des Rettungswesens.

2. **Mitwirkung der Ärzteschaft.** Bei der Einrichtung des Rettungswesens ist die Mitarbeit der Ärzteschaft in ausreichender Weise sicherzustellen.

Die erste Hilfe ist am besten durch Ärzte zu leisten.

3. **Nothelfer.** In Abwesenheit des Arztes und bis zu seiner Ankunft sollen von Ärzten ausgebildete Nothelfer erste Hilfe leisten. Ihre Tätigkeit muß einer ständigen ärztlichen Überwachung unterstellt sein.

4. **Krankenhäuser.** Einen Stützpunkt des Rettungswesens sollen die Krankenhäuser bilden. Neben diesen kommen sonstige behördliche oder private Einrichtungen zur Versorgung Verunglückter und plötzlicher Erkrankter in Betracht, z. B. Rettungswachen, ständige oder fliegende Sanitätswachen, Polizei- oder Feuerwachen und Krankenbeförderungsstellen.

5. **Vergütung für die Hilfeleistung.** Ärzte und berufsmäßige Nothelfer sollen für den Rettungsdienst eine angemessene Vergütung erhalten.

6. **Aufbringung der Mittel.** Die Kosten für das Rettungswesen sind in erster Linie aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten. Für die Leistung der ersten Hilfe ist von Zahlungsfähigen eine angemessene Gebühr zu erheben.

7. **Verwaltung des Rettungswesens.** Es ist anzustreben, daß das Rettungswesen in eigene Verwaltung der mit der öffentlichen Krankenfürsorge betrauten Organe genommen wird.

Wo geeignete freiwillige Körperschaften vorhanden sind, kann der Vollzug des Rettungswesens ihnen übertragen werden. In diesem Falle sind ihnen ausreichende Mittel aus öffentlichen Fonds zur Verfügung zu stellen.

Denjenigen öffentlichen Stellen, welche zu den Kosten beitragen, ist eine ausreichende Mitwirkung bei der Verwaltung und Aufsicht der Rettungseinrichtungen zu sichern.

8. **Meldewesen.** Für Einrichtung eines zweckmäßigen Meldewesens ist Sorge zu tragen.

9. **Ärztliche Aufsicht.** Das gesamte Rettungswesen (Anstalten und Betrieb) ist in ärztlich-technischer Beziehung unter die Aufsicht des staatlichen oder kommunalen Medizinalbeamten zu stellen.

10. **Krankenbeförderung.** Zu dem Rettungswesen gehört das Krankenbeförderungswesen.

II. Besonderes.

a) Die örtliche Regelung des Rettungswesens.

11. **Wachdienst.** Wo das Bedürfnis vorliegt, ist ein ständiger, ärztlicher Wachdienst (Rettungswache) einzurichten. An diesem sind, soweit er nicht von den Ärzten der Krankenhäuser versehen wird, möglichst viele Ärzte unter bestimmten Bedingungen zu beteiligen. Über die Bedingungen und Dienstvorschriften sind Vereinbarungen mit der Ärzteschaft zu treffen.

12. **Nichtärzte für erste Hilfe.** Wo örtliche Gründe diesen ständigen ärztlichen Wachdienst nicht gestatten, ist Laienpersonal, das durch Ärzte ausgebildet und beaufsichtigt wird, für die erste Hilfe zur Verfügung zu halten und die Leistung der ersten ärztlichen Hilfe sicherzustellen.

13. **Räumliche Einrichtung.** Für den Wachdienst sind geeignete, d. h. helle, heiz- und lüftbare und mit Lagerstätten versehene Räume auszuwählen, welche die Ausführung der ersten Hilfe, die Unterbringung Bewußtloser, den Aufenthalt des Arztes, des Heildieners

und die Unterbringung der Krankenbeförderungs- und sonstigen Gerätschaften ermöglichen.

Der für die Leistung der ersten Hilfe bestimmte Raum soll zu anderen Zwecken nicht benutzt werden.

14. Hilfspersonal. In jeder Rettungswache muß mindestens ein berufsmäßiger Nothelfer zur Verfügung stehen, welcher dem wachhabenden Arzte bei den Hilfeleistungen zur Hand geht und in dessen Abwesenheit die bis zu seiner Ankunft erforderliche erste Hilfe leistet.

15. Meldewesen. Die Meldung der Unfälle und plötzlichen Erkrankungen an die zur Vermittlung der ersten Hilfe eingerichteten Stellen geschieht entweder unmittelbar persönlich oder durch Benutzung von besonderen Meldeeinrichtungen (Fernsprecher, Telegraph, Post-Unfallmeldestellen, Feuermelder), welche auch die Anmeldung der Verunglückten und Kranken in den Krankenanstalten vermitteln. Es empfiehlt sich, in Ortschaften, wo verschiedene Veranstaltungen für erste Hilfe (Krankenhäuser, Rettungswachen, Sanitätswachen, Feuerwachen, Polizeiwachen u. dgl.) vorhanden sind, diese unmittelbar mit einem Mittelpunkt (Zentrale) zu verbinden. Die Krankenhäuser sind zu verpflichten, die Zahl der nichtbelegten Betten dieser Zentrale, nach Vereinbarung, fortlaufend mitzuteilen.

b) Einrichtungen für erste Hilfe in Krankenhäusern.

16. Schaffung von Einrichtungen in größeren Krankenhäusern. Es ist anzustreben, daß in allen Krankenhäusern ausreichende Fürsorge für die Leistung der ersten Hilfe getroffen und namentlich auch in den größeren Krankenhäusern sofortige ärztliche Hilfe erhältlich ist.

17. Leistung der ersten Hilfe durch Pflegepersonen in kleinen Krankenhäusern. Falls ein Arzt im Krankenhause nicht ständig anwesend ist, muß Vorsorge getroffen werden, daß bis zur Ankunft des Arztes die erste Hilfe durch geeignete Pflegepersonen geleistet werden kann.

18. Räume für die erste Hilfe. Wo die räumlichen Verhältnisse es ermöglichen, ist für die Leistung der ersten Hilfe ein besonderes Zimmer, möglichst in der Nähe des Einganges des Krankenhauses, in Bereitschaft zu halten, das von den sonstigen Krankenräumen getrennt und mit den für die erste Hilfe erforderlichen Gegenständen ausgestattet ist.

c) Erste Versorgung Bewußtloser und Geisteskranker.

19. Versorgung Bewußtloser. Besondere Maßnahmen erfordert die erste Hilfe bei Personen, die bewußtlos angetroffen werden (z. B. Epileptiker, Alkoholiker).

20. Wo besondere Räume für die erste Versorgung Bewußtloser eingerichtet sind, sollen sie in der Regel Vorrichtungen für die Erwärmung und Abkühlung, zur Darreichung von Bädern und Mittel zur Wiederbelebung und Beruhigung enthalten.

21. Bewußtlose nicht im Polizeigewahrsam unterbringen. Bewußtlose dürfen nur ausnahmsweise und nur dann im Polizeigewahrsam untergebracht werden, wenn dort ein geeigneter Raum hierfür zur Verfügung steht, wo bis zur Ankunft des Arztes die erste Hilfe durch ärztlich ausgebildete Personen geleistet werden kann und auch die weitere Überwachung der bewußtlosen Personen sichergestellt ist.

22. **Überführung Geisteskranker in Irrenanstalten.** Geisteskranke, die sich oder andere gefährden, sind den Bewußtlosen zuzurechnen. Falls die sofortige Unterbringung in eine Irrenanstalt nicht möglich ist, sollte die vorläufige Aufnahme in ein Krankenhaus herbeigeführt werden.

B. Krankenbeförderungswesen.

I. Allgemeines.

23. **Ausführung der Krankenbeförderung. Personal.** Für den Vollzug der Krankenbeförderung kommen in Betracht: Berufsmäßige Krankenpfleger und -pflegerinnen, Krankenträger, Mitglieder der Deutschen Vereine und Kolonnen vom Roten Kreuz, Angehörige der Samaritervereine und sonstiger gemeinnütziger Vereinigungen, Heilgehilfen (Bader), Desinfektoren, Feuerwehrleute sowie sonstige Personen, die bereit sind, solchen Dienst werktätiger Menschenliebe zu übernehmen.

24. **Ausbildung des Personals durch Ärzte.** Die für die Beförderung der Kranken bestellten Personen sollen durch Ärzte in den ihnen obliegenden Aufgaben ausgebildet werden.

Ärztliche Untersuchung. Zum berufsmäßigen Krankenbeförderungsdienst sollen nur Personen zugelassen werden, die vorher durch einen Arzt auf ihren Gesundheitszustand untersucht und als geeignet befunden worden sind.

Schutzpockenimpfung. Auch ist darauf hinzuwirken, daß sie sich zum Schutze gegen die Pocken impfen lassen, sofern sie nicht durch Impfung hinreichend geschützt sind oder die Pocken überstanden haben.

25. **Krankenbegleitung.** Jede Krankenbeförderung soll womöglich von zwei Personen ausgeführt werden. Es ist dabei darauf hinzuwirken, daß kranke Frauen und Kinder, falls nicht von Angehörigen, wenigstens von einer weiblichen Person begleitet werden.

26. **Schutzanzüge für das Personal.** Die berufsmäßigen Träger und Begleiter sollen bei der Beförderung solcher Personen, bei denen das Vorliegen einer übertragbaren Krankheit nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann, wasch- und desinfizierbare Mäntel anlegen.

27. **Bezahlung der Krankenbeförderung.** Die Krankenbeförderung soll im allgemeinen nicht von vorgängiger Bezahlung abhängig gemacht werden. Von Zahlungsfähigen ist eine angemessene Gebühr zu erheben. Jedoch ist anzustreben, daß Personen, die an ansteckenden Krankheiten leiden, unentgeltlich befördert werden.

28. **Verbot der Benutzung öffentlicher Fuhrwerke zur Beförderung ansteckend Erkrankter.** Zur Fortschaffung von Personen, welche an einer übertragbaren Krankheit leiden oder einer solchen verdächtig sind, sollen dem öffentlichen Verkehr dienende Beförderungsmittel (Droschken, Straßenbahnwagen, Omnibusse u. dgl.) in der Regel nicht benutzt werden.

29. **Reinigung und Desinfektion nach der Krankenbeförderung.** Die bei der Fortschaffung eines Kranken benutzten Beförderungsmittel einschließlich der dabei gebrauchten Gegenstände (Tragen, Decken, Kissen, Polster, Betten) sind alsbald in jedem Falle sorgfältig zu reinigen. Sie sind außerdem zu desinfizieren, wenn Beschmutzungen durch Kot und Harn oder sonstige Ausscheidungen stattgefunden

haben. Namentlich aber ist eine Desinfektion vorzunehmen, wenn eine Krankheit vorliegt oder nicht mit Sicherheit ausgeschlossen ist, bei der eine Desinfektion reichsgesetzlich oder landesrechtlich vorgeschrieben ist oder vom behandelnden Arzte als notwendig erachtet wird.

Die Desinfektion der Beförderungsmittel ist durch staatlich geprüfte Desinfektoren auszuführen.

Dem Krankenbeförderungspersonal ist die Befolgung der Desinfektionsvorschriften und der sonst gegen die Weiterverbreitung der Krankheit für nötig befundenen Maßnahmen besonders zur Pflicht zu machen.

30. Krankenhaus-Aufnahmescheine. Bei der Überweisung von Kranken in ein Krankenhaus empfiehlt sich die Benutzung von Krankenhaus-Aufnahmescheinen. Der Schein ist dem Begleiter des Kranken zu übergeben. Es empfiehlt sich, für nicht ansteckende Kranke Scheine von weißer Farbe und für ansteckende Kranke solche von roter Farbe zu verwenden. Diese Scheine sollen mindestens außer den Personalien des Kranken auch noch eine Angabe über die vorliegende Krankheit oder den Krankheitsverdacht enthalten.

Es ist Vorsorge zu treffen, daß die Aufnahme in ein Krankenhaus nicht von dem Vorhandensein eines Krankenhaus-Aufnahmescheins oder von der Vollständigkeit seiner Angaben abhängig gemacht werden darf.

II. Besonderes.

a) Krankenförderung in großen Städten und mittleren Städten.

31. Personal. Es sind geeignete Personen als Krankenträger und -begleiter auszubilden und zu bestellen.

Beförderungsmittel. Außerdem sind Krankenförderungswagen oder -bahnen anzuschaffen und bereitzustellen.

Die Zahl der Beförderungsmittel und des Personals soll der Größe der Stadt, der Zahl der Einwohner, der Zahl und der Entfernung der Krankenhäuser und den sonstigen örtlichen Verhältnissen entsprechen.

Unterbringung der Krankenförderungsmittel. Die Krankenförderungsmittel sollen an schnell und leicht erreichbaren Stellen der Stadt bereitstehen. Sie können zweckmäßig in Krankenhäusern, in Rettungswachen, Sanitätswachen, Polizeiwachen, Feuerwachen, Bahnhöfen, in größeren Betrieben u. dgl. aufgestellt werden.

Die Stellen, wo die Krankenförderungsmittel untergebracht und wo die mit ihrer Bedienung betrauten Personen anzutreffen sind, sind öffentlich bekannt zu geben und durch ein angebrachtes Schild kenntlich zu machen.

b) Krankenförderung in kleinen Städten und auf dem Lande.

32. Angliederung des Krankenförderungswesens. Wo Krankenhäuser vorhanden sind, werden die Einrichtungen für die Krankenförderung in der Regel mit diesen zweckmäßig in Verbindung gebracht.

Es ist anzustreben, daß im Bezirke jeder unteren Verwaltungsbehörde (Kreis, Bezirksverwaltung) mindestens ein Krankenförderungswagen zur Verfügung steht.

Zur Beschaffung und Unterhaltung von Krankenbeförderungswagen kann der Zusammenschluß mehrerer Gemeinden zu einem Zweckverband in Betracht kommen.

Die Krankenbeförderungsstellen sind mit Bahren auszurrüsten, die bei der Krankenbeförderung auf Leiter-, Kasten- oder sonstigen Landwagen untergebracht werden können.

Behelfseinrichtungen. Im übrigen ist es ratsam, auf dem Lande die für den einzelnen Fall nötigen Beförderungsmittel unter der Leitung eines Arztes oder einer in der Krankenbeförderung besonders ausgebildeten Person als Behelfseinrichtungen herstellen zu lassen und ständig bereit zu halten oder dafür zu sorgen, daß wenigstens Personen vorhanden sind, die im Bedarfsfalle solche Behelfseinrichtungen herstellen können.

Personal. Es ist zweckmäßig, daß für jede Gemeinde mindestens zwei Personen in der Beförderung Kranker ausgebildet sind.

e) Herstellung von Geräten für die Krankenbeförderung.

33. Allgemeines. Die Krankenbeförderungsmittel sollen für die Aufnahme des Kranken genügende Bequemlichkeit bieten. Sie sollen so beschaffen sein, daß sie einschließlich der Decken, Polster und sonstigen Zubehörs leicht desinfiziert werden können.

34. Krankenbeförderungswagen. Am besten geeignet für die Fortschaffung von Kranken sind besondere mit Tragbahren versehene Wagen, die entweder von Pferden gezogen oder von einer Kraftmaschine fortbewegt werden (Kraftwagen). Es empfiehlt sich, ihre äußere Gestaltung so zu wählen, daß sie möglichst wenig auffallen. Die Wagen sollen innen eine glatte Oberfläche haben, Ecken und Vorsprünge sind zu vermeiden. Für den Begleiter soll genügend Platz im Innern des Wagens vorhanden sein. Es sollen Einrichtungen zur Beleuchtung, Heizung, Lüftung sowie zur Verhütung von Erschütterungen auch im Innern vorhanden sein. Auch sollen Vorkehrungen getroffen sein, die eine Verständigung zwischen dem Wagenführer und dem Kranken oder seinem Begleiter während der Fahrt ermöglichen.

Erfrischungsmittel, Gefäße zum Auffangen von Ausscheidungen und Gerätschaften für die erste Hilfe sollen im Wagen mitgenommen werden.

35. Tragbahren. Tragbahren sollen möglichst einfach gebaut sein; der Tragboden wird am besten aus Segeltuch und abnehmbar hergestellt. Zur Tragbahre gehören, je nach der Witterung, einige Wolldecken, die mit leinenen, vollständig und fest umschließenden Überzügen zu versehen sind.

Der Kopfteil der Tragbahre soll verstellbar sein. Die Tragbahren müssen für die Träger bequem zu fassen sein.

36. Räderbahren. Räderbahren und Fahrradbahren sind auf dem Lande dann zweckmäßig, wenn gute Wege vorhanden und die Entfernungen nicht zu groß sind. Am besten eignen sich solche Bahren mit einem abnehmbaren kastenartig gebauten Oberteil, dessen Kopfende hochgestellt werden kann. Zur Bedeckung des Kranken ist außerdem ein Verdeck aus Segeltuch mit einer Öffnung für die Beobachtung des Kranken vorzusehen. In der Bahre müssen Segeltuchkissen sowie Wolldecken, die in vollständig und fest umschließende Leinenüberzüge geschlagen sind, vorhanden sein.

Die Durchführung der Grundsätze gibt den Gemeinden genügenden Spielraum; sie können das gesamte Rettungswesen in eigene Verwaltung nehmen, wie dies Berlin im Jahre 1913 tat; sie können es auch durch Vereinigungen, aber unter städtischer Aufsicht, Verantwortung und Kostenübernahme betreiben lassen. Das Krankenbeförderungswesen kann vollständig unter städtischer Verwaltung stehen und dem städtischen Fuhrpark oder, wie in vielen Städten, der Feuerwehr angegliedert sein; es kann aber auch einem leistungsfähigen Unternehmer durch Vertrag übergeben werden, wobei die Gemeinde die Verantwortung trägt, daß auch über den alltäglichen Bedarf hinaus die nötigen Einrichtungen bei Massenunfällen und beim Ausbruch von Seuchen in Reserve zur Verfügung stehen. Es ist hierbei keineswegs erforderlich, daß schon in den Zeiten der Ruhe stets so viel Wagen unbenutzt im Schuppen stehen, als bei etwaiger Höchstleistung erforderlich werden würden; es genügt vielmehr ein Abkommen mit geeigneten Unternehmern, welches diese verpflichtet, in den Tagen der Not behelfsmäßige Einrichtungen sofort in den Dienst zu stellen und eine regelmäßige Kontrolle, daß die Vertragsbestimmungen erfüllbar sind.

Durch den Ministerialerlaß von 1912 sind Rettungs- und Krankenbeförderungswesen zu Aufgaben der Gemeinden geworden, für deren Durchführung die „Grundsätze“ in allen wesentlichen Punkten die nötigen Anhaltspunkte geben; eigenartige örtliche Gefährdungen (Industrie, Bergwerke, Wassergefahr) erfordern Ergänzungen. Daß die Feuerwehr mit Apparaten zum Schutz gegen Erstickung und zur Wiederbelebung durch Sauerstoffeinatmung ausgerüstet sein muß, daß die Brücken an den Flußläufen mit Rettungsringen und Rettungsbooten versehen werden, daß auf den Polizeiwachen und in anderen öffentlichen Gebäuden mit größerem Verkehr, in Badeanstalten, auf Bahnhöfen Krankentragen, Verband- und Arzneikästen mit Mitteln gegen Vergiftung und plötzliche Erkrankungen aufgestellt werden, ist selbstverständlich; aber es müssen auch regelmäßige Termine zur Prüfung der Ergänzungsbedürftigkeit des Bestandes angesetzt werden, und hierbei darf nicht übersehen werden, ob auch die Schlüssel zum Kasten vorhanden sind und die Stopfen an den Gefäßen sich entfernen lassen. Auch müssen die Angestellten den Sitz der nächsten Rettungswache kennen. Auch die Rettungswachen selbst können rein städtische Einrichtungen mit von der Stadt besoldeten Ärzten sein oder von ärztlichen Vereinigungen betrieben werden, deren Obmann mit der Stadt Verträge schließt und verhandelt; in beiden Fällen ist die Überwachung durch

die städtische Verwaltung erforderlich, die sich auf Listen- und Buchführung zu erstrecken hat; sie hat ferner die regelmäßige Besetzung der Dienststunden zu überwachen, Beschwerden anzunehmen und zu erledigen und die Ausstattung zu prüfen. Da die erste Hilfe nur Unbemittelten unentgeltlich zu leisten ist, muß auch die Einziehung der Einnahmen ebenso wie die Ausgaben regelmäßig gebucht und nachgeprüft werden; mit Krankenkassen und Berufsgenossenschaften empfiehlt sich der Abschluß eines Übereinkommens.

Die Ausgestaltung des Unfallmeldewesens hängt von den örtlichen Verhältnissen ab; bei ausgedehntem Fernsprecbetrieb mit Nachtdienst reicht dies für die gewöhnlichen Anforderungen aus; die vielfach zugelassene Mitbenutzung der öffentlichen Feuermelder empfiehlt sich zur Verhütung von Mißbrauch nur für Massenunfälle. Dann aber müssen überhaupt alle öffentlichen Meldestellen, vor allem die nächsten Polizeiwachen, herangezogen werden; diese müssen sofort die nächsten Rettungsstellen und Krankenbeförderungsstellen in Bewegung setzen, deren Personal möglichst vollzählig und schnell auf der Unfallstelle zu erscheinen und erste Hilfe zu leisten hat; mit der Beförderung der Schwerverletzten in die nächsten größeren Krankenanstalten ist ihre Aufgabe gelöst; der Umweg über die Rettungsstelle ist hier wie bei allen ernsteren Verletzungen vom Übel. Es empfiehlt sich, auch bei jedem gemeldeten Mittel- oder Großfeuer einen oder mehrere Krankenwagen sofort ausrücken zu lassen; die Kosten sind gering; um so besser, wenn die Wagen unbenutzt zurückkehren. Bei Massenansammlungen im Freien, Sportfesten, größeren Veranstaltungen müssen von den Rettungswachen aus fliegende Unfallstationen mit den nötigsten Einrichtungen an der Stätte der Versammlung behelfsmäßig eingerichtet werden; kleinere Unfälle bleiben fast nie aus, größere sind möglich; die Mitglieder der freiwilligen Sanitätskolonnen stehen dem Arzt meist zur Verfügung.

Um den Forderungen der Desinfektion von Krankenwagen nach der Beförderung ansteckender Kranker in die Anstalt zu genügen, ist es zweckmäßig, Einrichtungen im Krankenhause selbst zu schaffen; da alle größeren Krankenhäuser eigene Desinfektionsanstalten besitzen, ist dies meist sehr leicht möglich; denn die vorgeschriebenen Maßnahmen können technisch bequem an der Rampe der unreinen Seite vorgenommen werden, ohne daß es nötig ist, die Wagen in die Anstalt selbst hineinfahren zu lassen oder gar einen eigenen Schuppen für Formalin-vakuumdesinfektion der Wagen einzubauen; Bedingung ist nur

Tag- und Nachtdienst; für den letzteren genügt aber ein Desinfektor, der auch den Schein auszustellen hat. Im übrigen empfiehlt es sich hier, über die Grundsätze hinauszugehen und jeden Krankentransportwagen zu desinfizieren; denn auch Tuberkulose können wegen Beinbruchs ins Krankenhaus gefahren werden, Angina sich später als Scharlach herausstellen, Deliranten den Wagen verunreinigen.

Die Verwaltung des Rettungswesens gehört in Städten zum Geschäftsbereich der Gesundheitsdeputation oder Gesundheitskommission und ist dem Stadtarzt oder Stadtmedizinalrat, in Landkreisen dem Kreisarzt oder Kreiskommunalarzt zu unterstellen.

VI. Krüppelfürsorge.

Von
A. Gottstein.

Die Krüppelfürsorge zerfällt in drei getrennte Gebiete, die Heimfürsorge, die ambulante und die vorbeugende Fürsorge. Wie sich die Einzelfälle auf die verschiedenen Gebiete verteilen, dafür gibt die 1906 von Biesalski für Deutschland angeregte amtliche Zählung jugendlicher Krüppel Anhaltspunkte.

Es wurden damals 98 263 Krüppel unter 15 Jahren festgestellt, davon waren 56 320 heimbedürftig, 41 943 nicht heimbedürftig. Das bedeutet auf 10 000 Menschen 15 Krüppelkinder, von denen mehr als 8 heimbedürftig, 12 ärztlicher Hilfe bedürftig waren; die Zahl der Mädchen war etwas geringer als die der Knaben (12:13); Großstädte und Industriegegenden erzeugten mehr Krüppel als das flache Land.

Ein heimbedürftiger Krüppel ist nach Biesalski „ein im Gebrauch seines Rumpfes oder seiner Gliedmaßen behinderter Kranker, bei welchem die Wechselwirkung zwischen dem Grad seines Gebrechens und der Lebenshaltung seiner Umgebung eine so ungünstige ist, daß die ihm verbliebenen geistigen und körperlichen Kräfte zur höchstmöglichen wirtschaftlichen Selbständigkeit nur in einer Anstalt entwickelt werden können, welche über die eigens für diesen Zweck notwendige Vielheit ärztlicher und pädagogischer Einwirkungen gleichzeitig verfügt“.

Die häufigsten einzelnen Krüppelleiden verteilen sich bei Heimbedürftigen nach dem Grundleiden folgendermaßen:

1. Hochgradige Verkrümmung der Wirbelsäule	9,3 %
2. Knochen- und Gelenktuberkulose	12,5 „
3. Fehlen eines Gliedes oder Gliedabschnitts	3,6 „
4. Verunstaltung eines Körperteils	7,3 „
5. Verrenkung eines Gelenks	7,2 „
6. Allgemeine Rachitis	4,3 „
7. Hochgradige Rachitis einiger Glieder	6,9 „
8. X- und O-Beine	5,4 „
9. Fußverkrüppelung	5,7 „
10. Progressive Muskelatrophie, Tics, Gliederstarre	3,1 „
11. Kinderlähmung	23,6 „
12. Andere Lähmungen	2,4 „

Von den gezählten Krüppeln waren mehr als 88 % geistig gesund, also bildungsfähig (davon schulpflichtig 97,8 %); schwach-sinnig und blödsinnig waren unter den Schulpflichtigen nur 2,2 %. Nach der Zahl der heimbefürhtigen Krüppel berechnet Biesalski das Bedürfnis in Deutschland auf etwa 60 Anstalten zu je 100 Betten, die besser nicht auf das flache Land, sondern an die Landgrenze von Großstädten gelegt werden.

Die Krüppelheime waren ursprünglich Wohltätigkeitsanstalten zur Unterbringung von Siechen, errichtet von Privatleuten; die erste Anstalt wurde vor etwa 80 Jahren in Süddeutschland errichtet; später stellten sich kirchliche Vereine an die Spitze; nach dem Vorbilde von Dänemark, in dem die Heimfürsorge einen größeren Aufschwung genommen hatte, ging man auch in Deutschland unter Führung von Ärzten mit der Ausdehnung der Einrichtung und Gründung interkonnessioneller Anstalten vor; aber erst in den letzten zehn Jahren ist vornehmlich dadurch, daß sich Ärzte, unter ihnen Hoefmann, Lange, Biesalski, Ludloff, Vulpius, an die Spitze stellten und namentlich Biesalski die Grundsätze genau festlegte, die Krüppelfürsorge zu jener Höhe gelangt, welche die Entwicklung der Gegenwart kennzeichnet. Die Zahl der Heime hat sich in ganz kurzer Zeit verdoppelt; gegenwärtig sind deren 58 in Betrieb oder sind der Vollendung nahe; es stehen mehr als 4000 Betten zur Verfügung, davon für evangelische 2819, für katholische 429, interkonnessionelle etwa 1000.

Das Ziel, das Biesalski vorzeichnete, war es, den Krüppel aus einem Almosenempfänger zu einem wenn auch beschränkt erwerbsfähigen Menschen zu machen und dadurch nicht nur ihm selbst die größte Wohltat zu erweisen, sondern auch der Gesamtheit zu nutzen, die, selbst wenn der einzelne nur 400 Mk. jährlich verdient, statt wie bisher mindestens 400 Mk. für seine Erhaltung zu beanspruchen, Millionenwerte erspart. Erwachsene Krüppel sind für die Erziehung, fast stets auch für die Behandlung verloren; sie bleiben meist Renten- oder Almosenempfänger, sinken auch zu einem großen Teil zu Bettlern und Landstreichern herab. Die Heimfürsorge muß also bei den Schulpflichtigen einsetzen, und für diese gehört „Klinik, Schule und Handwerkslehre unter ein Dach“. Der Arzt heilt oder bessert mit Hilfe der unblutigen oder blutigen Orthopädie unter Heranziehung aller diagnostischen und therapeutischen Methoden die Erkrankung, der Lehrer sorgt für die erforderliche Schulbildung, der Handwerksmeister bringt ihm die Befähigung zu einem bestimmten Beruf bei. Die ärztliche Tätigkeit setzt den vollständigen Apparat der chirurgischen und Nervenlinik voraus; eine Darstellung der bewundernswerten Fortschritte auf diesem Gebiete der orthopädischen Chirurgie muß den Lehrbüchern des Sonderfachs vorbehalten bleiben; nur als Beispiele

kühner und erfolgreicher Eingriffe mögen die Überpflanzung von Knochenspangen aus der Tibia auf die Wirbelkörper zur Verhütung des Einknickens der Wirbelsäule über einem kariösen Wirbel oder die Überpflanzung der Sehne eines aktiven Muskels an die Angriffsstelle des gelähmten Antagonisten dienen. Die Schule wird nach dem Lehrplan der Volksschule zur Erreichung des Ziels derselben von ordentlichen Lehrkräften in Schulräumen der Anstalt abgehalten; Bänke und Sitze müssen hierbei den verschiedenen Leiden angepaßt sein; die Versäumnis durch Operationen, Behandlung und Verschlimmerungen erfordert besondere Berücksichtigung; die Schonungsbedürftigkeit der Schüler verlangt Kurzstunden; wegen der späteren Lebensziele ist Einführung des Handfertigkeits- oder sog. Werkunterrichts angebracht; für die geistig Minderwertigen bedarf es einer Hilfsklasse; wo irgend möglich, wird im Freien unterrichtet. Nach Beendigung der Schulzeit werden die Zöglinge in Lehrwerkstätten dem für sie geeigneten Beruf unter Anleitung von Innungsmeistern, die jedoch ihre ganze Kraft dem Unterricht widmen, zugeführt, wobei die Vorschriften der Handwerksinnung eingehalten werden; ein besonderer Fortbildungsunterricht ergänzt die Fachlehre; nicht mehr Heimbedürftige können diesen Teil im ambulanten Unterricht durchmachen. Die Wahl des Berufs hängt von der Art des körperlichen Leidens ab; Prothesen bei Gliederverlust und sinnreiche Hilfsapparate erleichtern die Ausbildung. Nach beendeter Lehrlingszeit wird die Gesellenprüfung vorschriftsmäßig abgelegt; dann können die so ausgebildeten Zöglinge ihrem Erwerb nachgehen, wobei das Mutterhaus erforderlichenfalls Arbeitsnachweis und Verkaufsvermittlung übernimmt. Dauernd Pflegebedürftige bleiben auch als Arbeitende im Heim. Schon jetzt hat sich für beide Geschlechter eine größere Anzahl von Berufen einbeziehen lassen; für Knaben findet sich Beschäftigung nicht nur in untergeordneten Betrieben, wie Korbflechten, Mattenflechten, Knüpfarbeit, Papparbeit, sondern es gelang fast in jedem Handwerk eine besonders geeignete Beschäftigungsart herauszufinden; für Mädchen gibt es außer Sticken, Stricken, Flechten und Perlarbeit noch zahlreiche kompliziertere Beschäftigungsmöglichkeiten unter Heranziehung geistvoll erdachter Hilfsapparate für nur teilweise gebrauchsfähige Glieder; die zuweilen künstlerischen Leistungen der Frauenarbeit rechtfertigen den Grundsatz, wenn irgend möglich zur Qualitätsarbeit auszubilden, welche bei höherem Verdienst kürzere Arbeitszeit und größere Schonung ermöglicht.

Der langjährige Aufenthalt größtenteils Unbemittelter im Heim

verursacht recht hohe Kosten, zumal da mit Recht wegen des gleichzeitigen Unterrichts ein höherer Tagessatz als in den Krankenanstalten beansprucht werden darf. Es ist daher die nicht einfach zu beantwortende Frage entstanden und eingehend erörtert worden, welcher Körperschaft die Übernahme der Kosten zufällt. Die Ortsarmenverwaltung ist zwar zur Unterbringung unterstützungsbedürftiger Kranker verpflichtet, sie ist auch berechtigt, die Kosten der operativen Behandlung zu übernehmen, falls diese Maßnahme als das einzige, wesentlichen Kurerfolg versprechende Heilmittel erscheint; aber die Aufwendung von Geldmitteln für Erziehung und Unterricht fällt nicht unter ihre Zuständigkeit. Die Landarmenverbände können aus ihren Mitteln leistungsschwachen Gemeinden Beiträge zur Unterbringung von Krüppeln gewähren, indes besteht für sie keine Verpflichtung. Nach dem Gesetz vom Jahre 1891 ist diesen Verbänden die Pflicht der Unterbringung bestimmter Gruppen von Gebrechlichen „zur Bewahrung, Kur und Pflege“ auferlegt; auch haben sie für den Unterricht von Taubstummen und Blinden zu sorgen. In die erste Gruppe fallen Krüppel nur so weit, wenn sie als Sieche, also nicht mehr Bildungsfähige zu betrachten sind; in die zweite Gruppe sind sie in das Gesetz nach dem damaligen Stande der Frage noch nicht aufgenommen. Nach der Krüppelzählung vom Jahre 1906 wurden die beamteten Ärzte von der Staatsregierung beauftragt, den jugendlichen Krüppeln ihres Bezirks besondere Aufmerksamkeit zu schenken und die Unterbringung in eine Heil- und Erziehungsanstalt zu fördern, sowie ein Verzeichnis der jugendlichen Krüppel zu führen und fortlaufend zu ergänzen. Aber diese an sich zweckmäßige Anordnung füllt die Lücke im Gesetz nicht aus, und die Erörterungen, in welcher Form dies geschehen soll, sind noch im Fluß. Zum Glück ist die Praxis über diese Schwierigkeiten hinweggegangen. Die Armenverwaltungen namentlich der größeren Städte zeigen sich meist grundsätzlich bereit, die Kosten für die Überweisung selbst bis zur Herstellung der Erwerbsfähigkeit zu übernehmen; Provinzialverbände errichten Stiftungen zum Bau und Betrieb von Krüppelheimen oder bestimmen Anteile ihrer Einkünfte zur Unterstützung leistungsschwacher Gemeinden für die Unterbringung jugendlicher Krüppel; Landesversicherungsanstalten gewähren Darlehen zu niedrigem Zinsfuß für den Neubau, während die beteiligten Gemeinden für die Zinszahlung Garantie leisten und dafür Plätze belegen; vor allem haben sich Wohlfahrtsvereinigungen unter Beteiligung öffentlicher Körperschaften in größerem Umfange gebildet, welche Heime errichten und erhalten, und schließlich haben

private Wohltäter Stiftungen gemacht, Mittel für Freibetten geschenkt oder zu der Einrichtung beigetragen.

Die ambulante Krüppelfürsorge, die dem überhaupt nicht heimbedürftigen oder nach operativem Eingriff aus dem Heim entlassenen Krüppel zugute kommt, ist im Auslande, namentlich in Dänemark und England, die Hauptform der Fürsorge; sie beginnt jetzt aber auch in Deutschland Boden zu fassen, so in Bayern, wo der Johanniterorden die Organisation in die Hand genommen und namentlich in Nürnberg unter fachärztlicher Mitwirkung planmäßig durchgeführt hat, aber auch z. B. in den Provinzen Sachsen, Posen und in Lübeck. Grundsätzlich sind die Ziele die gleichen; im Mittelpunkt steht meistens die von den Krüppeln in Begleitung erwachsener Angehöriger aufgesuchte Beratungsstelle, in der auch alle diejenigen Behandlungsmethoden angewendet werden, deren poliklinische Durchführung möglich ist. Daneben findet Berufsberatung statt; der Besuch der Schüler ist in den Gemeindeschulen für einen größeren Bruchteil möglich. Wo sich dies wegen des Leidens verbietet, pflegen die Schulverwaltungen zu dem kostspieligen und für die Ausbildung meist nicht genügenden Mittel des Unterrichts in der Wohnung durch Hilfslehrkräfte zu greifen; hier sollte das Beispiel Londons Nachahmung finden, wo durch freiwillige Helferinnen allmorgendlich die schulfähigen, nicht heimbedürftigen Krüppel eines Bezirks gesammelt und durch den Omnibus einer eigenen Schule zugeführt werden, wo sie Unterricht und Verpflegung finden, und von wo sie nach Schluß der Schule ebenso zurückgeführt werden. Als Träger der ambulanten Fürsorge kommt zweckmäßig eine über die ganze Provinz ausgedehnte Wohlfahrtsvereinigung in Frage, der auch die leitenden Behörden, beamtete und Fachärzte angehören, die ihre Mittel aus freiwilligen Sammlungen und behördlichen Beiträgen gewinnt und die Mitarbeit der für die Durchführung in Betracht kommenden Kräfte sichert.

Nur ein, wenn auch zahlenmäßig unbeträchtlicher Teil der Verkrüppelungen ist nicht zu verhüten, soweit epidemische und sporadische Hirnerkrankungen sowie angeborene Mißbildungen die Ursache sind. Wirbelsäuleverkrümmungen, Knochentuberkulose, Rachitis und viele Verstümmelungen brauchen bei rechtzeitiger Erkennung der Anfangsstadien und zweckmäßiger Fürsorge in der überwiegenden Mehrzahl aller Fälle nicht zur Verkrüppelung zu führen; wo dies der Fall, sind Not, Unkenntnis, Leichtsinne und zerrüttete häusliche Verhältnisse der Grund für die körperliche Verwahrlosigkeit; hier hat also die vorbeugende

Krüppelfürsorge in der Form der modernen Gesundheitsfürsorge ein weites Betätigungsfeld. Es gilt die Zahl der Fälle, welche Gegenstand der Krüppelheimfürsorge werden, zu verringern, und zwar nach den auf den anderen Gebieten bewährten Erfahrungen. Die Bedrohten suchen freiwillig die bereitwillig gebotene sachverständige Hilfe eben nicht auf; sie müssen darum herangeholt und durch gebotene Vorteile für die lange Zeit der Beobachtung festgehalten werden, anfangs durch gröbere, dem fehlenden Verständnis angemessene Mittel, wie Unterstützungen verschiedener Art in bar oder in anderer Form, die erst später durch gewonnenes Vertrauen und Verständnis sich ersetzen lassen, welche die Anhänglichkeit sichern. Diese Kreise haben einen Untergebrauch an ärztlicher Hilfe; daher muß für sie eine Zwischenstelle bereitstehen zur Vermittelung zwischen der in ihrer Gesundheit bedrohten Schicht und den Trägern der Fortschritte medizinischen Könnens, durch deren Werben beide Teile erst in Verbindung kommen, und deren Wirken unmittelbar zunächst den Gefährdeten zugute kommt, mittelbar aber auch der Gesellschaft, welche gerade durch diese unheilbar gewordenen Schäden am schwersten belastet wird. Spezifisch ist für diese Verhältnisse der soziale Tiefstand, nicht aber die anatomische oder ätiologische Lokalisation; es hängt vom Genius epidemicus ab, ob die vernachlässigten Folgen der Masern zum Knochenfraß des Felsenbeins, zum Hornhautfleck, oder ob die Verschmutzungsinvasion des Tuberkelbazillus zur Ansiedlung im Hüftknochen führen; von der Lebenshaltung, ob die Rachitis den Schädel oder die Glieder beteiligt; gemeinsam ist allen Fällen die Verwahrlosung anfangs verhältnismäßig leicht auftretender Leiden. Spezifisch ist ferner das Lebensalter der größten Bedrohung, das Alter des Kleinkindes; spezifisch die Methoden der Fürsorge, die Früherkennung und Frühbehandlung von Anfangsstadien. Darum ist die vorbeugende Krüppelfürsorge kein selbständiges Gebiet, sondern eine Teilaufgabe der Kleinkinderfürsorge, deren Ausbau in Angliederung an die Säuglingsfürsorge erst seit etwa einem halben Jahrzehnt in Angriff genommen ist (siehe Kleinkinderfürsorge).

Der Schularzt kommt in der Mehrzahl aller Fälle schon zu spät; er erhält sie zur Beobachtung in einem fortgeschrittenen Stadium, in dem die eigentliche Vorbeugung nicht mehr viel bewirken kann. Immerhin kann er durch Heranziehung der Walderholungsstätten, Waldschulen, der orthopädischen Schulkurse, Solbäder und Kinderheilstätten in einfacheren Fällen noch manchem Schaden Stillstand gebieten. Mehr kann die ihm

unterstellte Schulhelferin tun, die in die Häuser größten sozialen Elends kommt und unter den jüngeren Geschwistern ihrer Pflegebefohlenen gar manchen für die Vorbeugung geeigneten Fall aufdecken wird. Ihre Werbearbeit ist in solchen Fällen nicht leicht; wo es ihr nicht gelingt, den Widerstand zu überwinden, ist als letztes Mittel die Beantragung der Fürsorgeerziehung am Platze.

Dies ist nach dem preußischen Fürsorgegesetz vom 2. Juli 1900 möglich. § 1 dieses Gesetzes lautet:

Ein Minderjähriger, der das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, kann der Fürsorgeerziehung überwiesen werden, wenn die Voraussetzung des § 1666 des Bürgerlichen Gesetzbuchs vorliegt und die Fürsorgeerziehung erforderlich ist, um die Verwahrlosung des Minderjährigen zu verhüten.

Dieser § 1666 lautet: „Wird das geistige oder leibliche Wohl des Kindes dadurch gefährdet, daß der Vater das Recht der Sorge für die Person des Kindes mißbraucht, das Kind vernachlässigt, so hat das Vormundschaftsgericht die zur Abwendung der Gefahr erforderlichen Maßregeln zu treffen.“ Diese Voraussetzungen finden sich außerdem bei Kindern von Trinkern vor, bei Unterlassung der Entfernung von Ungeziefer bei Schulkindern und ähnlichen Fällen. Man hat auch Fürsorgeerziehung zu beantragen versucht in einem Falle, in dem der schwer an Tuberkulose leidende Vater weder in die Entfernung der Kinder noch in seine Überführung in eine Heimstätte sich einließ. Die erste gerichtliche Entscheidung fiel zugunsten aus; weiter wurde hier die Angelegenheit nicht verfolgt; es wird als strittig angesehen, ob höhere Instanzen ebenso entschieden hätten. Es ist aber nicht unbedenklich, durch den gerichtlichen Eingriff die Trennung von Vater und Kindern bei einer unverschuldeten Krankheit erzwingen zu wollen und durch Zwangsmaßnahmen die auf Vertrauen beruhende Unterlage der Tuberkulosefürsorge zu erschüttern.

In der Richtung vorbeugender Krüppelfürsorge liegt noch die weitere, in der jüngsten Zeit nachdrücklich verfochtene, aber bisher nur in geringen Anfängen in die Tat umgesetzte Forderung des Deutschen Ausschusses für Kleinkinderfürsorge, daß die Sammelstätten der Kleinkinder, die Krippen, Kindergärten und Horte hygienisch auszugestalten, einer regelmäßigen ärztlichen Aufsicht, gleich der der Schulen, zu unterstellen und die Kinder der regelmäßigen Beobachtung der Fürsorgestellten für das Kleinkindalter zu unterwerfen sind. Wird aber diese Forderung erfüllt, so ergibt sich die weitere Notwendigkeit, die Ferienkolonien und ähnliche Einrichtungen, die heute fast überall nur dem Schulkind zur Verfügung stehen, auch dem Kleinkindalter zugänglich zu machen. Die Schwierigkeiten sind groß, denn das Schulkind versorgt sich selbst oder wird von den älteren Zöglingen unterstützt, es bedarf weniger Pflegepersonal, die Einrichtung ist beweglicher

und wohlfeiler und kann deshalb einer größeren Zahl Bedürftiger zugute kommen. Aber wenn es heute schon möglich ist, das vorschulpflichtige Kind einer Sonderanstalt für Knochentuberkulose zu vielmonatlicher kostspieliger und umständlicher Behandlung zu überweisen, sobald das Leiden einmal eingewurzelt war, so muß auch der Versuch gemacht werden, die einfacheren, der Vorbeugung und Kräftigung dienenden Anstalten dem Kleinkind zugänglich zu machen.

Der Mittelpunkt aller Bestrebungen der Krüppelfürsorge ist die im Jahre 1910 gegründete „Deutsche Vereinigung für Krüppelfürsorge“, welche die verschiedenen Ortsvereinigungen zusammenfaßt, eine eigene Zeitschrift herausgibt, regelmäßige Versammlungen abhält, und in deren Auftrag Biesalski einen 1911 in erster Auflage erschienenen, allen Gesichtspunkten gerecht werdenden, allgemein verständlichen Leitfaden der Krüppelfürsorge herausgegeben hat, der grundlegend ist, und dessen Inhalt auch für die hier vorliegende Darstellung ausgiebig benutzt worden ist.

VII. Fürsorge für Taubstumme und Blinde.

Von
A. Gottstein.

Unter Hinweis auf die kurzen Bemerkungen über Gebrechen im Abschnitt „Statistik“¹⁾ sollen hier die für die soziale Fürsorge wichtigen Gesichtspunkte ausführlicher behandelt werden.

Die Zahl der Fälle zeigt in Preußen in den letzten Jahrzehnten einen Rückgang, der für Taubstummheit geringer als für Erblindung ist und mit dem Absinken der Infektionskrankheiten zusammenhängt.

	Taubstumme		Blinde	
	absolut	auf 10000 Einw.	absolut	auf 10000 Einw.
1880	27794	10,2	22677	8,3
1910	34804	8,7	20953	5,2

Die Verteilung auf Altersklassen und Geschlechter war in Preußen 1910:

Jahre	Taubstumme				Blinde			
	männlich	weiblich	zus.	davon in Anstalten	männlich	weiblich	zus.	davon in Anstalten
	%	%	%	%	%	%	%	%
0—5	1,8	2,0	1,7	0,9	0,9	0,7	0,8	5,46
5—10	6,8	7,4	6,2	16,9	1,6	1,2	1,4	45,05
10—15	8,3	9,1	7,6	27,2	2,4	1,7	2,0	69,59
15—20	7,8	8,4	7,1	7,9	2,7	2,0	2,4	63,02
20—30	8,4	9,1	7,6	4,5	3,1	2,2	2,7	26,16
30—40	10,7	11,7	9,7	3,6	4,0	3,0	3,5	18,18
40—50	16,1	17,7	14,5	4,3	6,9	4,9	5,9	19,64
50—60	10,0	10,9	9,2	7,2	11,6	8,1	9,8	12,43
60—70	10,0	10,9	9,3	8,4	20,3	16,7	18,3	9,69
70—80	9,7	10,2	9,4	9,7	49,0	50,2	49,7	9,38

Insgesamt fanden sich von Blinden 15,61% der Erwachsenen, 47,97% der Kinder in Anstalten; bei Taubstummen betrug die Zahl insgesamt nur 8,9%. Die Taubstummen sind in den einzelnen Provinzen

¹⁾ Siehe S. 323.

recht ungleichmäßig verteilt; ihre Zahl beträgt in den östlichen Provinzen das Doppelte, in den westlichen und nördlichen die Hälfte des Durchschnitts (z. B. Ost- und Westpreußen über 16,5, Berlin 5,4, Schleswig-Holstein 4,9 auf 10000). Bei den Blinden sind die Schwankungen nicht so hoch (Ostpreußen 7,6, Westpreußen 6,7, Berlin 5,3, Pommern 6,0, Rheinprovinz 4,8, Westfalen 3,6). Die Gründe der Unterschiede sind die immer wiederkehrenden: Häufung vermeidbarer Gesundheitsschäden in Gegenden geringerer Kultur. Als häufigste Ursachen der Gebrechen kommen in Betracht:

Erblindung

Angeboren	25,3 %	Syphilis	7,0 %
Trachom	2,0 „	Gehirnkrankheiten	5,5 „
Blennorrhoe	15,0 „	Verletzungen	10,0 „
Kinderinfektion	9,4 „	Hornhautentzündung	1,7 „
Andere akute Infektionen	6,2 „	Sehnervenschwund	5,9 „
Skrofulose	4,2 „	Glaukome	2,4 „

Taubstummheit

Angeboren	10,2 %	Masern	6,1 %
Hirnhautentzündung	20,7 „	Selbständige Ohrleiden	6,0 „
Epidemische Genickstarre	9,0 „	Kopfverletzungen	6,6 „
Andere Gehirnkrankheiten	13,0 „	Sonstige Erkrankungen	13,5 „
Scharlach	15,7 „		

Bei Taubstummheit findet sich häufiger als bei Erblindung Mitbeteiligung anderer Gebrechen. Von den rund 35000 Taubstummen waren geisteskrank 1715, blind 141, blind und geisteskrank 71; von den rund 21000 Blinden waren 538 geisteskrank, 141 taubstumm. Die Erwerbssaussichten der Taubstummen sind mannigfaltiger und daher besser als die der Blinden; gewisse Gewerbe, wie das Schneiderhandwerk, aber auch die Landwirtschaft, werden bevorzugt; durch fortschreitende Fürsorge sank die Zahl der Almosenempfänger von 1880—1910 von 9,6 auf 5,8‰; die entsprechenden Zahlen bei Blinden sind viel höher, 1880: 67,25‰, 1910: 34,12‰.

Im ganzen war die soziale Stellung 1910 auf je 1000

	Blinde	Taubstumme
Selbständig	81,35	97,1
Öffentliche und private Beamte	23,53	3,0
Gehilfen, Gesellen	28,35	208,1
Tagearbeiter, Dienstboten usw.	30,69	171,6
Rentner, Pensionäre	184,32	25,0

Ging schon seit längerer Zeit das öffentliche Bestreben dahin, die taubstumme und blinde Jugend schulfähig zu machen und in Bildungsanstalten unterzubringen, die neben dem angepaßten

allgemeinen Unterricht noch die Berufsausbildung übernehmen, so ist durch das preußische Gesetz vom 7. August 1911 über die Beschulung blinder und taubstummer Kinder, welches am 1. April 1912 in Kraft trat, diese Frage endgültig geregelt.

Dieses Gesetz schreibt für Blinde mit dem vollendeten 6., für Taubstumme mit dem vollendeten 7. Jahre den Schulzwang vor, der bei körperlicher Minderwertigkeit hinausgeschoben werden darf, im allgemeinen sich auf 8 Jahre erstreckt, also mit dem 14. oder 15. Jahre endet, aber bei nicht erreichten Ziel bis zum 17. oder 18. Jahre verlängert werden kann. Zu den blinden Kindern gehören diejenigen mit einem solchen Grade der Schwachsichtigkeit, daß er praktisch der Blindheit gleichgestellt werden kann; zu den taubstummen auch stumme und Kinder mit einem Hörrest, der zum natürlichen Erlernen der Sprache und Verstehen durch das Ohr nicht ausreicht. Über den Eintritt der Schulpflicht entscheidet die Schuldeputation, gegen deren Beschluß den Eltern das Beschwerderecht zusteht. Die der Schulpflicht unterliegenden Kinder müssen durch den Kommunalverband in einer Blinden- oder Taubstummenanstalt untergebracht und unterhalten werden; die Errichtung und Erhaltung der Anstalten ist ebenfalls Aufgabe dieses Verbandes (Provinz); die Kosten der Überführung und der ersten Ausstattung wie der Bestattung im Todesfalle fallen zu Lasten des Ortsarmenverbandes; beide Ausgaben sind von den Eltern wieder einzuziehen, falls sie dazu in der Lage sind. Die Kontrolle über die in das schulpflichtige Alter eintretenden hingehörigen Kinder liegt den Gemeinden ob; zu diesem Zwecke haben sie alljährlich eine öffentliche Aufforderung zur Meldung nach vollendetem 4. Lebensjahr ergehen zu lassen und von dem Ergebnis der Regierung eine Nachweisung einzureichen. Ein halbes Jahr vor dem nächsten Einschulungstermin hat eine ärztliche Untersuchung durch den beamteten Arzt stattzufinden, der ein sehr eingehender Fragebogen mit 29 Fragen über Familien- und Vorgeschichte, augenblicklichen Befund und abschließender gutachtlicher Äußerung über die Schulfähigkeit zugrunde liegt.

Es bestehen in Preußen 48 Taubstummenanstalten und -Schulen, deren eine in Berlin dem Staate gehört, 35 den Provinzen (zu etwa je 3 in jeder), 2 von Bezirksverbänden, 4 von Städten und 6 von Wohltätigkeitsanstalten betrieben werden. Darunter sind 20 Internate, von denen die größeren (13) zugleich mit Externaten verbunden sind. An diesen Anstalten werden etwa 5000 Schüler von gegen 600 besonders vorgebildeten Lehrkräften, unter denen sich auch Fachlehrer befinden, unterrichtet; über jedes Kind wird ein genauer Fragebogen geführt; die Grundlage des Unterrichts ist das Mundableseverfahren. In den Taubstummenanstalten ist die Trennung in Gruppen nach der Befähigung noch viel nötiger als in den Gemeindeschulen und deshalb planmäßig durchgeführt. Das Ableseverfahren befähigt vollintelligente Taubstumme in höherem Grade zum Verkehr mit Vollsinnigen als die Möglichkeiten der Ausbildung Blinder.

Der Unterricht in den Blindenschulen einschließlich der hier dringenderen Berufsvorbildung verfügt über eine längere Geschichte. Die erste Blindenunterrichtsanstalt wurde 1785 in Paris errichtet, wenige Jahrzehnte später folgte Deutschland diesem Beispiel. Jetzt bestehen in Preußen 17 Blindenschulen, die 1914 eine Zahl von 2064 Zöglingen hatten, darunter 1193 Schüler; ihre Unterhaltungskosten betrugen etwa 2 Mill. Mk.; an ihnen sind etwas mehr als 100 allgemeine Lehrkräfte beschäftigt, zu denen noch etwa 40 technische Lehrer und 80 Handwerksmeister als Lehrkräfte kommen. Der Blindenunterricht geht dank fortgeschrittener Hilfsmittel (Blindenpunktschrift mit Kurzschriftverfahren für Textschreiben und Textlesen einschließlich Notendruck in eigenen Druckereien für Blindendruckschriften; besondere Zeitschriften und Büchereien; Relieflandkarten und Modelle, Rechenmaschinen, Schreibmaschinen, besondere Spiele usw.) sehr ins einzelne und vermag auch den Forderungen höherer Bildung durch seine Einrichtungen zu genügen. Neben dem eigentlichen Schulunterricht spielt die Berufsunterweisung eine große Rolle; die Zahl der dem Erwerb dienenden Berufe ist aber eine geringere als bei den Taubstummen (Seilerei, Bürstenmacherei, Korbflechten, Stuhlflechten, Modellieren, Drucken und Setzen, Klavier- und Orgelspiel). Dementsprechend sind auch die Erwerbsverhältnisse nicht allzu günstige und das jährliche Einkommen der besonderen Blindenberufe nicht hoch. Für Taubstummenblinde gibt es in Preußen nur eine Anstalt in Nowawes bei Berlin; sie hat wenige Schüler, denen auch Berufsunterweisung zuteil wird, und ist natürlich mehr Heim als Schule.

Da überdies die Bewegungsmöglichkeit der Blinden im Verkehr namentlich der Großstadt behinderter ist als die der Taubstummen, da sie auch im Heim mehr auf fremde Hilfe angewiesen sind als diese, so hat die private Blindenfürsorge hier ein reiches Betätigungsfeld gefunden; es haben sich große Vereinigungen gebildet, welche Beschäftigungsanstalten für Blinde, Heimstätten und Asyle für die verschiedenen bedürftigen Altersklassen unterhalten und leiten, geistige Anregung und Unterhaltung vermitteln, aber auch für Nachweis und Verwertung von Arbeit sorgen. Während die Asyle der Unterbringung der Erwerbsunfähigen dienen, bezwecken die mit Arbeitsstätten verbundenen Blindenheime die wirtschaftliche Hebung. Die Erfolge sind besser bei den in der Jugend Erblindeten; immerhin vermögen durch verschärfte Tätigkeit anderer Sinnesorgane, namentlich des Tastapparates, auch in höherem Alter Erblindete zuweilen zu einer

erstaunlichen Leistung zu kommen; größere Fabrikunternehmen, namentlich der Feinmechanik, haben einzelne Betriebsformen in besonderer Anpassung an die Möglichkeit der Bedienung durch Blinde unter Ausschluß der Verletzungsgefahr durch sinnreiche, automatisch wirkende maschinelle Einrichtungen den Blinden zugänglich gemacht, wobei besonders das Interesse für die Kriegsblinden günstig wirkte. Diese Schöpfungen sind geeignet, die Frage der Beschäftigung Blinder in gehobenen industriellen Betrieben überhaupt zu fördern.

VIII. Bürgerliche Kriegsbeschädigtenfürsorge.

Von
A. Gottstein.

Die bürgerliche Kriegsbeschädigtenfürsorge setzt erst ein, sobald die militärische Fürsorge für die Behandlung der erlittenen Verletzung oder Erkrankung entweder beendet ist oder dem Abschluß sich nähert; für diese Behandlung ist die Militärbehörde allein zuständig einschließlich der durch die Art des Leidens erfordernten Nachbehandlung und der Verpassung von Ersatzgliedern; die militärische Fürsorge tritt auch dann wieder ein, wenn in unmittelbarem ursächlichen Zusammenhang mit der Kriegsbeschädigung eine erneute Behandlung erforderlich wird, wie z. B. beim Aufbrechen von Wunden oder bei der Notwendigkeit einer wiederholten Heilstättenkur aus Anlaß einer Lungenerkrankung, deren Entstehung im Felde anerkannt worden ist.

Organisation. Die Militärbehörde überweist im gegebenen Zeitpunkt die Kriegsbeschädigten nach bestimmt festgelegten Formen an die zuständige Stelle der bürgerlichen Kriegsbeschädigtenfürsorge. Die letztere ist behördlich organisiert. An ihrer Spitze steht der Reichsausschuß, eine am 16. September 1915 ins Leben getretene Zentralstelle, welche alle Fürsorgeorganisationen Deutschlands vereinigt und die Aufgabe hat, die gesammelten Erfahrungen zusammenzufassen und auszutauschen, sie zu beraten und Gutachten abzugeben, Sachverständige heranzuziehen, zu den Gesetzen Stellung zu nehmen und die Zusammenarbeit von staatlichen und privaten Organisationen zu regeln. Unter Leitung eines Ehrenvorsitzenden sind zehn Sonderausschüsse tätig für Gesetzgebung; Geschäftsführung; Kostenregelung; Zeitschriften und Presse; Statistik; Heilbehandlung; Berufsberatung und Ausbildung; Arbeitsbeschaffung und -Nachweis; Siedlung und Wohnungsfürsorge; Familienfürsorge.

Die eigentliche Verwaltungsarbeit ist den sog. Hauptfürsorgeorganisationen übertragen; diese sind in großen

Staaten, wie Preußen und Bayern, nach Provinzen eingeteilt, während in den kleineren Bundesstaaten einschließlich der Hansestädte Landesausschüsse eingesetzt sind. Diese Hauptstellen bearbeiten die allgemeinen Angelegenheiten und führen die Verhandlungen mit anderen öffentlichen und privaten Organisationen, verauslagten vorbehaltlich der Rückforderung an das Reich die entstehenden Kosten und behalten sich den ihnen unterstehenden Geschäftsstellen gegenüber das Bewilligungsrecht vor; sie setzen die Gesichtspunkte für eine einheitliche Geschäftsführung im Bereich ihres Wirkens fest und überwachen deren Durchführung; sie sorgen für Bekanntwerden neuer Bestimmungen und deren Anwendung. Ihnen unterstehen die eigentlichen Fürsorgestellen der einzelnen Gemeinden, welche die Einzelfälle bearbeiten und je nach der Größe des Wirkungskreises einfacher oder vielseitiger organisiert sind. In mittleren und größeren Städten bedarf es eines eigenen Bureaus mit Vorsteher, Sekretären und Unterbeamten und größerer Registratur. Einem solchen Bureau ist zweckmäßig eine ärztliche Beratungsstelle angegliedert, welcher diejenigen Kriegsbeschädigten zur Begutachtung überwiesen werden, die entweder ohne ausreichenden ärztlichen Untersuchungsbefund zugegangen sind, oder bei denen die Veränderungen des Gesundheitszustandes Äußerungen erforderlich machen über die Notwendigkeit besonderer Behandlungen und Kuren, über Beziehungen des Gesundheitszustandes zur gewählten oder empfohlenen Berufstätigkeit. Eine solche Beratungsstelle steht oft vor Aufgaben, die nur mittels feinerer diagnostischer Hilfsmittel zu lösen sind; es empfiehlt sich daher ihre Verlegung in ein größeres allgemeines Krankenhaus und die Übertragung an einen älteren Assistenzarzt, der Erfahrungen im Gutachtenwesen besitzt und in der Lage ist, nötigenfalls die Vertreter anderer Sonderfächer mit heranzuziehen. Die gemeindliche Fürsorgestelle bedarf ferner eines Berufsbeirates, in dem praktische Vertreter der verschiedenen Berufe vertreten sind, und zwar im Interesse der zu Beratenden auch Vertreter der Arbeitnehmer in ausreichender Zahl; hier empfiehlt es sich, die Gewerkschaften heranzuziehen und sie Vorschläge machen zu lassen. In größeren Orten wird man diesen Berufsbeirat am besten auch in verschiedene, nach Hauptberufen getrennte Unterausschüsse zerlegen. Diese Berufsbeiräte haben sich über die technische Eignung des Kriegsbeschädigten zum alten Beruf angesichts der erlittenen Schädigung oder über seine Befähigung zu einem anderen ihm vorgeschlagenen oder von ihm erstrebten neuen Beruf zu äußern. Schließlich kommt die Für-

sorge häufig in die Lage, persönliche und Familienunterstützungsgesuche zu prüfen und die an private Wohltätigkeitsvereine gerichteten Gesuche zu begutachten, die dort nach den getroffenen Abkommen nicht mehr ohne weiteres selbständig bewilligt werden, sondern zur Verhütung von Mißbrauch erst nach Vorprüfung und im Einvernehmen mit der zuständigen amtlichen Stelle ausbezahlt werden. Zur Vornahme derartiger Prüfungen bedarf es geübter Persönlichkeiten, die auch Familienbesuche machen müssen, und hier empfiehlt sich an denjenigen Orten, die eine derartige Einrichtung besitzen, die Übertragung an die im Abschnitt über Armenkrankenfürsorge geschilderte Zentralstelle für Wohltätigkeitsbestrebungen. Die örtliche Fürsorgestelle ist, wenn auch ihre Selbstverwaltung durch ihre Unterstellung unter die Provinz erheblich eingeschränkt ist, immerhin ein Organ der Gemeinde, welche das Personal stellt und die Kosten für dieses und verschiedene sachliche Ausgaben zu tragen hat; sie untersteht daher nach den Bestimmungen der Städteordnung einem Kuratorium oder einer gemischten Deputation, welche die Geschäftstätigkeit überwacht und für die Kostenbewilligung und die Verwaltung zuständig ist.

Die Aufgaben der bürgerlichen Kriegsbeschädigtenfürsorge sind bei der augenblicklichen Lage im Fluß; es ist ein Irrtum, zu glauben, daß die Sorge für die chirurgisch Beschädigten zu ihren Haupttätigkeiten gehört; von diesen kommt ein erheblich großer Teil in einem Zustande in ihr Bereich, in dem von der Militärverwaltung alle für die Heilungsmöglichkeiten nötigen Maßnahmen schon getroffen sind; der Fall ist rein ärztlich erledigt, der Verwundete geheilt oder die Besserungsmöglichkeiten im ungünstigen Falle erschöpft, das Kunstglied angepaßt, die Grenzen für die Verwendungsmöglichkeit gezogen; ein großer Teil dieser Verletzten ist in der Lage, sich durch das, was ihnen bisher geboten, allein weiterzuhelfen, und besitzt hierfür auch die erforderliche Energie. Die Mehrzahl aller derjenigen schönen Errungenschaften der operativen und orthopädischen Chirurgie, welche zum Segen für die Verletzten des Weltkrieges neu gewonnen wurden, kommen diesen schon vor der Überweisung an die bürgerliche Fürsorge zugute. Im Vordergrund steht hier vielmehr, wenn auch gegenwärtig noch nicht der Zahl, so doch der Mühewaltung nach, die Gruppe der inneren Erkrankungen einschließlich der funktionellen und psychischen Störungen des Zentralnervensystems, deren verhältnismäßige Zahl schon jetzt eine beträchtliche ist und immer weiter anzuwachsen scheint. Eine Statistik zweier Großstädte, die freilich den erheblichen

Mangel vielfach ungenauer Angaben über die Art und den Grad der Verletzung derjenigen Kriegsbeschädigten vom medizinischen Standpunkte aufweist, die schon dauernde Beschäftigung gefunden haben und daher für nachträgliche Feststellung nicht zu haben sind, ergibt für je etwas mehr als 2000 Kriegsbeschädigte die folgende Verteilung:

	Zahl	Prozent	Im alten Beruf tätig	In einem neuen Beruf tätig	Angaben fehlen
1. Beschädigungen am Kopf	133	5,7	64	25	44
2. Beschädigungen der Arme	624	26,4	228	200	196
3. Beschädigungen des Rumpfes	82	3,6	41	15	26
4. Beschädigungen der Beine	551	23,3	212	152	187
5. Nervenleiden	390	16,6	165	103	122
6. Lungenleiden	302	12,8	111	72	119
7. Herzleiden	117	4,8	46	12	59
8. Störungen der Verdauungsorgane	44	1,9	20	11	13
9. Blasen- und Nierenleiden	88	3,6	58	19	11
10. Rheumatische Leiden	33	1,3	15	7	11
	2364		960	614	788

Die Statistik der anderen Großstadt über 2138 Fälle ergibt in einigen Punkten ein ergänzendes Bild:

Alter:

Unter 20 J.	20—25 J.	25—30 J.	30—40 J.	über 40 J.
14	433	562	855	274

Familienstand:

Unverheiratet	Kinderlos verheiratet (Kriegstraungen!)	verheiratet mit Kindern
672	1108	358

Ursache der Beschädigung. Verletzung 1304, Erkrankung 645, Mischbeschädigung 188, Unbekannt 1.

Die wichtigsten Beschädigungen verteilen sich folgendermaßen:

Verlust eines Auges	43 Fälle
„ beider Augen	7 „

Taubheit	3 Fälle
Verlust des linken Armes	14 „
„ „ rechten „	11 „
„ „ linken Beines	22 „
„ „ rechten „	28 „
Lungenerkrankungen	251 „
Nervenerkrankungen	126 „
Nierenerkrankungen	37 „
Magenerkrankungen	14 „

Der Grad der Erwerbsbeschränkung war der folgende:

100 %	146 Fälle	34—49 %	240 Fälle
76—99 „	70 „	10—33 $\frac{1}{3}$ „	912 „
66 $\frac{2}{3}$ —75 „	166 „	Ohne Angabe oder	
50—66 $\frac{2}{3}$ „	446 „	unerledigt	149 „

Die Berufverteilung war die folgende (Industrie-Arbeiterstadt):

Metallgewerbe	463 Fälle	Nahrungsm.-Gewerbe	66 Fälle
Holzgewerbe	200 „	Handelsgewerbe, Be-	
Baugewerbe	199 „	hörden	451 „
Bekleidungs-		Verschiedene Berufe	327 „
gewerbe	79 „	Ungelernte	353 „

Diese Statistik zweier Städte, von denen die erste sehr günstige, die zweite, eine Stadt mit zahlreicher Arbeiterbevölkerung, weniger gute wirtschaftliche Verhältnisse bietet, ist nicht ohne weiteres auf kleinere Städte und das Land übertragbar, weil selbstverständlich die innerlich Geschädigten in größerer Zahl nach den Großstädten abwandern, in denen die Beschäftigungs- und Unterstützungsmöglichkeiten größer sind; aber die Tabelle zeigt wenigstens für die Großstädte die Färbung der erwachsenden Aufgaben. Es ist ein zweiter verbreiteter Irrtum, anzunehmen, daß die Tätigkeit der Fürsorgestellten in verhältnismäßig kurzer Zeit nach dem Kriege aus Mangel an Aufgaben langsam sich erschöpfen wird. Ganz im Gegenteil ist mit einer Steigerung für eine recht beträchtliche Reihe von Jahren zu rechnen. Gegenwärtig ist die Gelegenheit, gutbezahlte Arbeit zu finden, auch für halbwegs erwerbsfähige Verstümmelte und innerlich Kranke eine recht günstige, und sogar von den mit mehr als 50 % Rente Ausgeschiedenen wird noch eine größere Zahl zu Kriegsarbeit in militärischem Dienstverhältnis herangezogen. Später, nach Rückkehr der gesunden Kriegsteilnehmer und nach Änderung des Arbeitsmarktes, wird ein beträchtlicher Teil der Beschädigten die Arbeitsvermittlung der Fürsorgestellten in Anspruch nehmen.

Aber auch die Arbeitsfähigkeit eines Teiles der Beschädigten wird sinken und besondere gesundheitliche Maßnahmen erfordern; von den unbeschädigt Entlassenen, von denen ein großer Teil in mehreren Winterfeldzügen außerordentlich schweren Anforderungen ausgesetzt worden war, wird ein nicht ganz geringer Bruchteil den Zusammenhang späterer Erkrankungen mit Recht oder Unrecht in Beziehung zum Kriegsdienst bringen und auf Entschädigungen und Fürsorge Anspruch erheben. Es ist also mit Sicherheit zu erwarten, daß auch nach Friedensschluß für längere Zeit die Tätigkeit noch wachsen und daß hierbei dem Arzt als Gutachter, Berater und Helfer umfangreiche Mitarbeit zufallen wird. Diese Mitarbeit erfordert ein Vertrautsein mit den besonderen Aufgaben. Hierbei gilt zunächst der Satz, daß es sich gar nicht um durchaus neue Anforderungen an Wissen und Können der Ärzte handelt. Es hat sich vielmehr schon jetzt herausgestellt, daß die sinngemäße Anwendung der langjährigen bewährten Erfahrungen auf dem Gebiete der Krüppelfürsorge, sozialen Gesetzgebung und Gesundheitsfürsorge die sichersten Unterlagen für die zu treffenden Maßnahmen abgibt und vor planlosem Herumtasten und schädlichem Probieren bewahrt, eben weil eine ganze Anzahl von Fragestellungen sich nur wiederholen, die für die genannten Zweige schon mit mehr oder weniger großem Erfolg behandelt und gelöst worden sind.

Eine erste Voraussetzung der Fürsorgearbeit für Kriegsbeschädigte ist eine genauere Kenntnis der hauptsächlichsten gesetzlichen Bestimmungen, während für die Behandlung der Sonderfragen die erschienenen Kommentare, z. B. das „Behördenhandbuch zum Mannschaftsversorgungsgesetz“ von Meier und Demmig (Berlin 1917, Mittler) herangezogen werden muß.

Die wichtigsten gesetzlichen Bestimmungen. Die grundlegenden Bestimmungen über die Entschädigungsansprüche Kriegsverletzter sind in dem „Gesetze über die Versorgung der Personen der Unterklassen des Reichsheeres, der kaiserlichen Marine und der Schutztruppen vom 31. Mai 1906“, kurz „Mannschaftsversorgungsgesetz“ genannt, enthalten.

Nach den hauptsächlichsten Bestimmungen haben im Reichsheer die Unteroffiziere und Gemeinen bei der Entlassung Anspruch auf Rente, wenn und solange ihre Erwerbsfähigkeit infolge einer Dienstbeschädigung aufgehoben oder um wenigstens 10% gemindert ist. Der Anspruch auf Rente infolge von Dienstbeschädigung kann bei Kriegsverwundungen ohne Zeitbeschränkung, bei sonstigen Kriegsbeschädigungen bis zum Ablauf von 10 Jahren nach Friedensschluß angemeldet werden; der Rentenanspruch ohne Dienstbeschädigung muß vor der Entlassung angemeldet werden, außer

wenn der Nachweis erbracht wird, daß die Folgen einer Dienstbeschädigung erst nach der Entlassung bemerkbar wurden; hier aber muß die Meldung innerhalb dreier Wochen nach dem Bemerkbarwerden erfolgen. Bei der Beurteilung des Grades der Erwerbsunfähigkeit ist der vor Einstellung in den Militärdienst geübte Beruf zu berücksichtigen. Die Rente beträgt jährlich für die Dauer völliger Erwerbsunfähigkeit (Vollrente) für

Feldweibel	900 Mk.	Unteroffiziere	600 Mk.
Sergeanten	720 „	Gemeine	540 „

Für die Dauer teilweiser Erwerbsunfähigkeit beträgt sie denjenigen in Hundertsteln auszudrückenden Teil der Vollrente, welcher dem Maße der Einbuße an Erwerbsfähigkeit entspricht (Teilrente). sie ist in Monatsraten zuzuerkennen. Außerdem haben Unteroffiziere und Gemeine bei schwerer Gesundheitsschädigung Anspruch auf eine Verstümmelungszulage, die bei Verlust einer Hand, eines Fußes, der Sprache, des Gehörs auf beiden Ohren monatlich je 27 Mk., bei Verlust oder Erblindung beider Augen je 54 Mk. beträgt. Wie der Verlust eines Gliedes werden die ihm gleich zu achtenden Störungen der Gebrauchsfähigkeit behandelt; führt die Verletzung zu Siechtum, oder besteht sie in Geisteskrankheit, so kann die einfache Verstümmelungszulage bis zum Monatsbetrage von 54 Mk. erhöht werden. Bei mehreren Verletzungen wird die Summe der zuständigen Zulagen gewährt. Bei den durch den Krieg herbeigeführten Dienstbeschädigungen haben kriegsbeschädigte Unteroffiziere und Gemeine, solange die Rente gewährt wird, noch den Anspruch auf die Kriegszulage in Höhe von 15 Mk. monatlich. Das sonst nur den Kapitulanten zustehende Recht auf den Anstellungsschein als niedere Beamte kann auf Antrag neben der Rente auch solchen Kriegsbeschädigten verliehen werden, die zum Beamten brauchbar und würdig erscheinen, doch schränkt ein Erlaß des Kriegsministeriums dieses Vorzugsrecht auf diejenigen Fälle ein, bei denen das Versorgungsleiden einen Berufswechsel dauernd erforderlich macht. eine Frage, bei deren Entscheidung neben dem beruflichen auch der ärztliche Sachverständige in Frage kommt. Das Gesetz bestimmt die den „Militäranwärtern“ vorzubehaltenden Stellen. Den wegen körperlicher Gebrechen ohne Anspruch auf Rente Entlassenen kann im Falle dringender Bedürftigkeit eine solche bis zur Höhe der halben Vollrente vorübergehend bewilligt werden (bedingte Rente); ferner kann dem Empfänger einer Kriegszulage nach Erreichung des 55. Lebensjahres eine Alterszulage bis zur Erreichung des Betrags von 600 Mk. gewährt werden, falls sein jährliches Einkommen geringer war; bei dauernder völliger Erwerbsunfähigkeit kann diese Zulage schon früher erfolgen.

Wichtig sind die Bestimmungen über den Grad der Erwerbsunfähigkeit, für dessen Feststellung besondere Militärbehörden zuständig sind, die ihre Entscheidung dem Verletzten schriftlich mitzuteilen haben; diese können zur Vornahme der Untersuchung Lazarettbehandlung verlangen und Auskünfte von Krankenkassen einfordern; Zivilärzte werden mit der Ausstellung militärdienstlicher Zeugnisse nur beauftragt, wenn ihnen ausdrücklich militärärztliche Dienstobliegenheiten übertragen sind. Gegen die Entscheidung ist Einspruch bei der nächsthöheren und zuletzt bei der obersten Militär-

behörde des Kontingents mit Frist von 3 Monaten zulässig. Die Versorgungsgebühren können bei wesentlicher Änderung der Verhältnisse geändert oder entzogen werden, so lange noch eine Änderung des Zustandes möglich ist; bei Anträgen auf Erhöhung findet eine Prüfung alljährlich nur einmal statt. Änderungen um weniger als 10% bleiben hierbei außer Betracht; höherer Verdienst oder umgekehrt Erwerbslosigkeit ohne Zusammenhang mit dem Leiden sind hierbei an sich allein keine Gründe für eine Änderung; die anderen Kriegsbeschädigtenzulagen dagegen bleiben hiervon unberührt, es sei denn, daß die Rente überhaupt wegfällt. Eine Nachprüfung darf zur Vermeidung von Härten vor Ablauf eines Jahres nach der erstmaligen Bewilligung nicht erfolgen, außer wenn es sich um eine Verschlimmerung des Invaliditätsleidens handelt. Wird erwiesen, daß die Voraussetzungen der Bewilligung den tatsächlichen Verhältnissen nicht entsprechen haben, so tritt von Amts wegen anderweitige Festsetzung oder Entziehung ein (Irrtum, Täuschung).

Die Zahlung erfolgt monatlich im voraus mit dem ersten Tage des auf die Entlassung folgenden Monats; das Recht auf Rente erlischt u. a. bei Zuchthausstrafe, es ruht bei Unterbringung in Invalidenanstalten oder militärischen Krankenanstalten, wobei die Rente ganz oder zum Teil zur Bestreitung des Unterhalts der Familie zu gewähren ist, falls die Rentenberechtigten Familien zu erhalten haben; es ruht, je nach der Höhe der Rente, ganz oder teilweise bei Beschäftigung im Zivilversorgungsdienste und nach Erlangung einer Zivilpension. Die Hinterbliebenen haben Anspruch auf ein Gnadenvierteljahr, dann treten die Bestimmungen des Hinterbliebenenversorgungsgesetzes in Kraft. Die Versorgungsgebühren sind nicht pfändbar. Dieselben Bestimmungen finden mit einigen durch die besondere Lage begründeten Änderungen Anwendung auf die Personen der freiwilligen Krankenpflege, soweit sie auf dem Kriegsschauplatz verwendet werden, auf die Marine und die Schutztruppen der afrikanischen Schutzgebiete, welche letztere nach dreijährigem Dienst auf eine Tropenzulage von monatlich 25 Mk. Anspruch haben, die alljährlich bis zum Doppelten bei Erreichung des neunten Dienstjahres steigt.

Von großer Wichtigkeit sind die Beziehungen der Kriegsbeschädigten zu den einzelnen Zweigen der sozialen Versicherung.

Nach § 1393 RVO. wird für die im Kriegsdienst befindlichen Personen, falls sie vorher berufsmäßig versicherungspflichtig beschäftigt gewesen sind, die Wochenzahl, ohne die Pflichtbeiträge zu entrichten, für die späteren Ansprüche an die Alters- und Invalidenversicherung voll angerechnet. Mannschaften, die vor dem Kriege berufsmäßig nicht versicherungspflichtig waren, können sich während der Kriegsdienstpflicht freiwillig ohne Beitrag in die Versicherung aufnehmen lassen. Im Falle der Invalidität wird die erworbene Invalidenrente neben der Kriegsrente gezahlt. Mit dem Eintritt in den Heeresdienst erlischt die Zugehörigkeit zur Krankenkasse; die Bestimmung, daß Verletzungen, die in den ersten drei Wochen nach dem Erlöschen der Krankenkassenversicherung sich ereignen, unter die Krankenkassenversicherungspflicht fallen, ist

heute ziemlich gegenstandslos geworden. Dagegen ist während der Teilnahme am Kriegsdienst freiwillige Fortsetzung der Krankenkassenversicherung, auch durch die Arbeitgeber, mit der Folge der Inanspruchnahme der Krankenkasse bei Kriegsbeschädigung zulässig; ebenso ist der Wiedereintritt in die Kassen binnen 6 Wochen nach der Entlassung aus dem Heeresdienste gestattet; mit der Wiederaufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung ist die Versicherungspflicht selbstverständlich verbunden.

Eigenartig gestaltet sich das Verhältnis der Verletzten zur Unfallversicherung. Die §§ 848—851 verpflichten die Berufsgenossenschaften, Maßregeln zur Verhütung von Unfällen zu treffen, und sehen für Unterlassung Strafbestimmungen vor. Der Abschnitt V 25 der Normalvorschriften für Unfallverhütung verlangt den Ausschluß von Arbeitern mit bestimmten Erkrankungen (Ohnmachten, Krämpfe, Schwindel, Schwerhörigkeit, Kurzsichtigkeit und anderen nicht augenfälligen Schwächen und Gebrechen), weil dadurch eine außergewöhnliche Gefahr für die Betreffenden und ihre Mitarbeiter hervorgerufen wird. Der Arbeitgeber, welcher Arbeiter mit derartigen Leiden bei Kenntnis der Sachlage beschäftigt, setzt sich der Bestrafung aus. Solche Fälle liegen bei vielen Kriegsbeschädigten vor, insbesondere auch dann, wenn sie zur Berufsanlernung in Lehr- und Lernwerkstätten zur Ausbildung untergebracht werden. Das Reichsversicherungsamt kann bei allem Wohlwollen und Entgegenkommen von der Aufrechterhaltung dieser Bestimmungen im Interesse der Arbeiter und ihrer gesunden Kameraden gar nicht absehen. Die einzigen Mittel der Abhilfe sind weiterer Ausbau der Unfallverhütungseinrichtungen und die Inanspruchnahme privater Haftpflichtversicherungsgesellschaften. Was das erstere betrifft, so haben größere industrielle Einrichtungen im Bestreben, Kriegsbeschädigten dauernde Erwerbsmöglichkeiten zu schaffen, Hervorragendes geleistet, die z. B. auch Blinden die Bedienung von Maschinen ermöglicht, deren Bewegung so lange automatisch ausgeschaltet ist, als die Hände an ihnen tätig sind, und die erst wieder ausgelöst wird, sobald sie ihrem Bereich durch die Handgriffe zur Bewegung der Maschine entrückt sind.

Für die Angehörigen der Angestelltenversicherung haben die Bundesratsbeschlüsse vom 26. Mai und 14. Juni 1916 für den Fall der Kriegsbeschädigung die Erleichterung geschaffen, daß bei Berufsunfähigkeit die Hälfte der entrichteten Pflichtbeiträge und bei freiwilliger Versicherung drei Viertel auf Antrag rückerstattet werden. Hat der Versicherte nach § 392 Ansprüche an Lebensversicherungsunternehmen an die Reichsversicherungsanstalt abgetreten, so gehen im Falle der Berufsunfähigkeit durch Kriegsdienst die erworbenen Rechte wieder auf ihn über.

Die Ansprüche der Kriegsunterstützten sollen nach Möglichkeit von den Maßnahmen der öffentlichen Armenpflege ferngehalten werden; indes wird es sich gar nicht vermeiden lassen, daß diejenigen Beschädigten, die aus anderen Gründen in wirtschaftliche Not geraten, wie durch Erkrankungen, welche mit der Kriegsverletzung in keinem Zusammenhange stehen, durch solche von Familienangehörigen oder durch Erwerbslosigkeit, dennoch unabhängig von der Kriegsbeschädigung der öffentlichen

Armenpflege anheimfallen. Im übrigen hat, wenn der Krankheitszustand eines Rentenempfängers ein unheilbarer und derart schwerer ist, daß mit Sicherheit der Erwerb des notwendigsten Lebensunterhalts ausgeschlossen bleibt, bestimmungsgemäß die gesetzliche Armenpflege einzutreten. Die Versorgungsgebühren im allgemeinen sind an den Armenverband nicht abzutreten. Bei Zuzug eines Kriegsbeschädigten an einen neuen Wohnsitz haben für die Kriegsversorgung die Bestimmungen über den Unterstützungswohnsitz keine Geltung, sondern der Ort des neuen Wohnsitzes ist sofort für die Fürsorge zuständig. Die vom Reiche für die Kriegsinvaliden ausdrücklich bestimmten Mittel dürfen für andere Zwecke nicht Verwendung finden; wenn also Familienunterstützung erforderlich wird, so darf sie als „ergänzende Fürsorge“ aus ihnen nur so lange stattfinden, als der Kriegsbeschädigte selbst noch Gegenstand pflegerischer Fürsorge ist; andernfalls ist sie nach einem Bundesratsbeschluß vom 20. September 1917 auf die Kriegswohlfahrtspflege der Gemeinden zu übernehmen.

Ein weiteres wichtiges Gesetz ist das Kapitalabfindungsgesetz vom 3. Juli 1916.

Es bestimmt, daß Personen mit Anspruch auf Kriegsversorgung (Kriegsbeschädigte oder Hinterbliebene) auf Antrag zum Erwerb oder zur Stärkung eigenen Grundbesitzes durch Zahlung eines Kapitals abgefunden werden dürfen, auch für den Fall des Beitritts zu einem gemeinnützigen Bau- oder Siedelungsunternehmen. Voraussetzungen sind ein Lebensalter zwischen 21 und 55 Jahren, Anerkennung des Versorgungsanspruchs ohne die Erwartung späteren Wegfalls durch Erlöschen des Rentenanspruchs bei wesentlicher Besserung und die Gewähr nützlicher Verwendung. Der Abfindungssumme liegt eine den Kapitalwert der Rente ergebende Tabelle zugrunde, welche beim 21. Lebensjahr das $18\frac{1}{2}$ -fache beträgt und mit jedem Lebensjahr um je ein Viertel fällt. Bei Mißbrauch entsteht die Verpflichtung der Rückzahlung, zu seiner Verhütung treten Veräußerungsschwernisse ein; mit der Kapitalauszahlung erlischt natürlich der Anspruch auf Gebühren, der bei Rückzahlung wieder auflebt. Der Antrag bedarf der Prüfung zunächst der Militärbehörden über die Berechtigung der Ansprüche, dann der weiteren einer von der Landeszentralstelle eingesetzten Behörde, welche die Nützlichkeit der beabsichtigten Verwendung festzustellen hat; die Entscheidung trifft die Militärbehörde, welche auch über die Rückforderung bestimmt, während die andere Stelle die Verwendung überwacht.

Die Durchführung der Bestimmungen erfordert ärztliche Mitwirkung, und hierbei ist für Kriegsbeschädigte der Militärarzt des zuständigen Bezirkskommandos hinzuzuziehen, für den bei Kriegswitwen der Kreisarzt eintreten kann. Der Untersuchung liegt ein von der Medizinalabteilung des Kriegsministeriums aufgestelltes Formular zugrunde, welches 14 Fragen enthält, die hauptsächlich feststellen sollen, ob die Aussicht besteht, daß durch Besserung oder

Behandlung ein Wegfall der Voraussetzung der Bewilligung erwartet werden kann, oder ob umgekehrt der schlechte Gesundheitszustand ein baldiges Ableben befürchten läßt oder eine Behinderung nutzbringender Tätigkeit bedingt, selbst bei Mithilfe von Familienmitgliedern. Außer den genannten Organen ist auch die bürgerliche Fürsorge dadurch an der Ausführung des Gesetzes beteiligt, daß sie in jedem Falle eines Antrags nach einem bestimmten Fragebogen über die ihr bekannten wirtschaftlichen und sonstigen Verhältnisse des Antragstellers sich zu äußern und etwaige Bedenken oder unterstützende Punkte anzugeben hat.

Geschäftsführung der bürgerlichen Kriegsbeschädigtenfürsorge.

Die Aufgaben der bürgerlichen Fürsorge bestehen in der vorläufigen und der dauernden Fürsorge. Die vorläufige Fürsorge erstreckt sich auf diejenigen am Ort der Fürsorgestelle in Lazaretten oder Sammelstellen untergebrachten Kriegsbeschädigten, gleichviel welcher Ortsangehörigkeit, bei denen eine derjenigen Maßnahmen einzusetzen hat, für welche die Fürsorgestelle zuständig ist. Diese Gruppe der Kriegsbeschädigten soll, sobald über den Ausgang ihrer Verletzung Klarheit erreicht ist und die Beendigung der Behandlung bevorsteht, möglichst vollzählig den Lazaretten des Heimatsgebiets überwiesen werden. Die dauernde bürgerliche Fürsorge erstreckt sich auf die aus der Heeresfürsorge mit oder ohne Entscheidung des Rentenanspruchs endgültig Entlassenen, soweit sie am Ort der Fürsorgestelle ihren Wohnsitz haben, und erlischt mit dem Verzug von diesem Ort.

Vorläufige bürgerliche Fürsorge. Die vorläufige Fürsorge wird zum größeren Teil durch den Eintritt des Friedens sich erledigen, sie ist im wesentlichen Kriegsarbeit. Ihre Hauptaufgabe ist die Anordnung von Maßnahmen und die Schaffung von Einrichtungen zur schnellen Überführung derjenigen Kriegsverletzten, deren endgültige Entlassung bevorsteht, in eine für sie geeignete Berufstätigkeit. Da die in Frage kommenden Kriegsbeschädigten, bei denen die vorläufige Fürsorge eingreift, sich in Lazaretten und Sammelstellen, also im militärischen Verhältnis befinden, so ist eine geregelte Zusammenarbeit mit den militärischen Behörden und die Festlegung der gegenseitigen Zuständigkeiten eine notwendige Voraussetzung. Am zweckmäßigsten werden zwischen den Chefarzten der in Frage kommenden Lazarette und den Vertretern der bürgerlichen Behörde durch gemeinsame Beratungen unter Berücksichtigung der besonderen örtlichen Verhältnisse Abkommen getroffen, für welche die Zustimmung der oberen Militärbehörden nachgesucht wird. Die Vermittlung zwischen militärischen und bürgerlichen Behörden bildet der Lazarettdelegierte, welchem amtlich der Zutritt zu den Lazaretten

gestattet ist, und der sich mit den neu eingetroffenen Kriegsbeschädigten in Verbindung setzt, ihr Vertrauen zu gewinnen sucht, die beruflichen Verwendungsmöglichkeiten mit ihnen bespricht und sie berät. Er wird zweckmäßig aus den Kreisen von Lehrern, insbesondere von technischen Lehrern, wie z. B. solchen von Fortbildungs- und Handwerkerschulen gewählt und hat seinerseits Fühlung mit den Vertretern verschiedener wichtiger Berufe zu nehmen. Wesentlich ist ferner das Meldewesen. Alle Zugänge, bei denen vorläufige Fürsorge in Frage kommt, werden der bürgerlichen Stelle auf einem bestimmten Fragebogen sofort gemeldet. Diese Fragebogen sind in den verschiedenen Hauptorganisationen nicht gleichmäßig. Als Beispiel eines solchen Fragebogens, in dem der ärztliche Befund, das Gutachten des Lazarettdelegierten und die voraussichtliche Behandlungsdauer schon beim Zugang an die bürgerliche Stelle ausgefüllt sein sollen, der dann dort ständig weitergeführt wird und bei den Vorgängen bleibt, sei hier der der Provinz Brandenburg angefügt.

Fragebogen für die

Kriegsbeschädigtenfürsorge der Provinz Brandenburg.

Ermittlungsstelle : Behörde, Ort
am

1. Personenstand.

- a) Vor- und Zuname:
- b) Tag und Ort der Geburt:
- c) Familienverhältnisse:
- Familienstand (ledig, verheiratet, verwitwet, geschieden)
- Name, Geburtstag und -ort, Beruf und Wohnort bzw. Todestag:
- des Vaters
- der Mutter
- der Ehefrau
- der Kinder
-
-
- der Geschwister
-
-
- d) Wohnsitzverhältnisse:
- Wo wohnt der Kriegsbeschädigte jetzt, und wie lange wohnt er schon dort?

Wo und wie lange überall hat er seit dem letzten Jahre vor der Einberufung zum Heeresdienst gewohnt? (genaue Angabe der Zeiträume nach Daten ist erforderlich)

Wo und wann beabsichtigt er bei Nichtbeibehaltung des jetzigen Wohnsitzes einen neuen Wohnsitz zu begründen?

2. Militärverhältnisse.

- a) Dienstgrad:
- b) Wann ist der Kriegsbeschädigte während des Krieges zum Militär eingezogen worden?
- c) Welchem Ersatztruppenteil gehört bzw. gehörte der Kriegsbeschädigte an?
- d) Tag und Art der Verwundung oder Erkrankung:
- e) Wo und wie lange überall ist der Kriegsbeschädigte in Lazarettbehandlung gewesen?
- f) Wann ist die Entlassung des Kriegsbeschädigten aus der Lazarettbehandlung bzw. seine Beurlaubung bis zur endgültigen Entlassung aus dem Heeresdienst erfolgt, oder wann ist sie zu erwarten?
- g) Wann ist der Kriegsbeschädigte aus dem Heeresverband entlassen worden, oder wann ist seine Entlassung zu erwarten?
- h) Welchem Bezirkskommando gehört der Kriegsbeschädigte an (wenn möglich, auch Buchzeichen)?

3. Berufsverhältnisse.

- a) Beruf
- b) Vorbildung: 1. Schule:
- 2. für den Beruf:
- c) Letzte Arbeitgeber (Adresse und Beschäftigungsdauer):
- d) Hat der (welcher?) Arbeitgeber sich bereit erklärt, den Kriegsbeschädigten wieder einzustellen?
- e) Sind Lehr- und Arbeitszeugnisse vorhanden?

- f) Wie denkt der Kriegsbeschädigte über seine Zukunft ? (Glaubt er, seinen bisherigen Beruf weiter ausüben zu können ? Wenn nein, aus welchen Gründen hält er die Fortsetzung des alten Berufs nicht mehr für möglich ? Welchen neuen Beruf möchte er ergreifen ?).....

- g) Gutachten des Berufsberaters: (Kann der Kriegsbeschädigte den früheren Beruf weiter ausüben ? Inwieweit und aus welchen Gründen ist er in der Fortsetzung dieses Berufs behindert ? Welcher neue Beruf kommt für den Kriegsbeschädigten in Frage ? Welche besondere Ausbildung ist notwendig, wie lange dauert sie, welche Kosten entstehen dadurch ? Inwieweit kann der Kriegsbeschädigte während der Anlernung sich und seine Familie selbst erhalten ?)
- Name des Beraters:
- Tag und Ort der Beratung:
-

4. Einkommensverhältnisse.

- a) Welche Militärrente erhält der Kriegsbeschädigte ?
- | | | | | |
|----------------------|-------|-----|-------|-----|
| Rente (%.....) | ..... | Mk. | ..... | Pf. |
| Kriegszulage | ..... | „ | ..... | „ |
| Verstümmelungszulage | ..... | „ | ..... | „ |
| sogen. Zusatzrente | ..... | „ | ..... | „ |
- Falls die Rente noch nicht feststeht: Liegt Dienstbeschädigung vor ?
- b) Reichsgesetzliche Versicherung:
- Welcher Krankenkasse gehört bzw. gehörte der Kriegsbeschädigte zuletzt an ? Wann ist er aus der Kasse ausgeschieden ? Welche Leistungen hat die Kasse bereits übernommen, und welche Ansprüche bestehen noch an sie ?
-
- Welcher Berufsgenossenschaft gehört bzw. gehörte der Kriegsbeschädigte zuletzt an ?
-
- Gehört der Kriegsbeschädigte der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung an ?
- Wieviel Karten hat der Kriegsbeschädigte geklebt ?
- Auf welche Landesversicherungsanstalt lautet die letzte Quittungskarte ?
-
- Wird Invalidenrente gewährt, bejahendenfalls in welcher Höhe ?
- Wird Krankenrente gewährt, bejahendenfalls in welcher Höhe ?

- Gehört der Kriegsbeschädigte der Angestelltenversicherung an ?

 Von wem kann die Versicherungsanstalt die letzte
 Quittungskarte einfordern ?
 c) Welche sonstigen Einnahmen stehen dem Kriegsbeschädigten
 zur Verfügung? (Gehalt, Ansprüche aus Dienstvertrag, Ein-
 nahmen aus Vermögen usw.)
 d) Welches Einkommen haben die Eltern, die Ehefrau und die
 Kinder des Kriegsbeschädigten? (Für jeden getrennt auf-
 zuführen)

5. Ärztliche Begutachtung.

- Name des Arztes:
 Ort und Tag der Ausstellung:
 a) Befund: (Ist ein ärztliches Gutachten nicht erforderlich, so
 ist diese Frage von der Ermittlungsstelle nach bestem Er-
 messen zu beantworten; gegebenenfalls ist darauf hinzuweisen,
 daß die Angaben ohne ärztliche Mitwirkung eingetragen
 worden sind)

 b) Weitere Behandlung:

 c) Wie denkt der Arzt über die Berufsfrage? (Kann der Kriegs-
 beschädigte seinen alten Beruf weiter ausüben? Inwieweit
 und aus welchen Gründen ist er in der Fortsetzung dieses
 Berufs behindert? Welcher neue Beruf kommt für den
 Kriegsbeschädigten in Frage?)

6. Sonstige Mitteilungen.

.....
 Unterschrift der Ermittlungsstelle:

Die bürgerliche Stelle setzt, falls die Behandlung den Beginn der Fürsorge noch hinausschiebt, einen Termin und fragt nach dessen Ablauf wieder an. Bei den in der Heilung schon vorgeschrittenen sofort, bei den anderen nach Eintritt der Besserung setzt seitens der bürgerlichen Stelle oder, je nach dem Einkommen mit dem Chefarzt, durch diesen die tatsächliche Fürsorge ein.

Ihre erste Aufgabe ist die Wiedergewinnung des Verletzten zur Arbeit. Wie groß hier die tatsächlichen Möglichkeiten sind trotz Schwere der Verletzungen, welche Erleichterungen

die zahlreichen angegebenen Operationsverfahren und Arbeitsprothesen gewähren, darüber liegt eine außerordentlich große Literatur vor, auf die hier als nicht eigentlich hingehörig nur hingewiesen werden soll. Auch die Tätigkeit der in Charlottenburg errichteten amtlichen „Prüfungsstelle für Ersatzglieder“ sei hier nur der Vollständigkeit halber erwähnt. Zunächst einmal kommt es darauf an, den oft bedrückten und um ihre Zukunft besorgten Beschädigten das Vertrauen in ihre Leistungsfähigkeit zu geben und sie überhaupt erst der Arbeit wiederzugewinnen. Diesem Ziel kommt zugute, daß sie noch unter militärischer Disziplin stehen. Der Aufgabe dienen die Lehr- und Lernwerkstätten. Hier erhalten die schwerer Verletzten, namentlich die auf Ersatzglieder angewiesenen Beschädigten unter Aufsicht militärischer Vorgesetzter und zweckmäßig durch Unterweisung schon geübter Verletzter gleicher Art, deren sich sehr viele unter den Friedensbeschädigten finden, Unterricht im Gebrauch besonders für diese Aufgaben angepaßter Maschinen. Solche Werkstätten sind vielfach in größeren Lazaretten oder in unmittelbarer Verbindung mit ihnen errichtet worden, und sie enthalten je nach der Größe mehr oder weniger mannigfaltige Werkstätten für Handwerk, maschinellen Betrieb, oft auch für landwirtschaftliche Tätigkeit; sie verbinden damit Lehrkurse für Linksschreiben, Schnellschrift, Buchführung und ähnliches. Über die geleistete Arbeit wird Buch geführt, die Erträge kommen den Herstellern zugute. Noch besser bewährt hat sich ein anderer Weg, der den Erwerbstrieb und den natürlichen Wunsch nach Unabhängigkeit in den Dienst der Aufgabe stellt. Die Kriegsbeschädigten werden sofort in den vollen Betrieb eines industriellen Unternehmens, das nicht für ihre Ausbildung besonders bestimmt ist, sondern seine eigenen Erwerbszwecke verfolgt, mitten unter die anderen Arbeiter eingestellt und nach der Höhe ihrer Leistungen, die sich durch Übung und den Anreiz, zu verdienen, oft recht schnell steigern, wie jeder andere Arbeiter entlohnt. Voraussetzungen für die Durchführung dieser Einrichtung sind zuerst die sachverständige Berufsberatung, welche an der Hand der vorliegenden Erfahrungen die Verwendungsmöglichkeit des einzelnen nach der Art seiner Verletzung und seiner Vorbildung genau feststellt. Diese Erfahrungen sind schon jetzt so umfangreich, daß es möglich war, für jede Verletzung und jeden Beruf tabellarisch festzustellen, bei welchem Betrieb eine Verwendungsmöglichkeit besteht oder ausgeschlossen ist. Die Ergebnisse sind sehr eingehend in dem Werke von Felix Kraus,

„Die Verwendungsmöglichkeiten der Kriegsbeschädigten ¹⁾“ brauchbar zusammengestellt. In größeren Städten mit zahlreichen Lazaretten empfiehlt es sich aber, durch Umfrage und Besichtigung in den geeigneten Großbetrieben eine besondere Liste aufzumachen, aus der sich ergibt, welche Kriegsbeschädigten und in welcher Zahl in den einzelnen Betrieben eingestellt werden können. Als Beispiel einer solchen Vorarbeit sei hier (Anlage 2) ein Teil einer solchen Aufstellung aus einer größeren Industriestadt abgedruckt (bed. heißt „bedingt“ ²⁾). Schließlich muß der Chefarzt die Auswahl treffen. Er hat zu entscheiden, welche Beschädigten zugelassen werden dürfen, die Arbeitsstunden festzusetzen und die Arbeitszeit mit den Nachbehandlungsnotwendigkeiten in Einklang zu bringen; er hat wegen der Entfernung der Arbeitsstätten und der Zugangsmöglichkeiten bei der Auswahl der Beschäftigungsstätte das letzte Wort und hat die gesundheitlichen Wirkungen zu überwachen. Deshalb hat ihm die bürgerliche Fürsorge ein Verzeichnis der am Ort vorhandenen Fabriken einzuhändigen, das auch alle weiteren Einzelheiten, wie Lage, Verbindung, Beschäftigungsart, Arbeitsdauer enthält. Umgekehrt erhält die bürgerliche Stelle von ihm Nachricht über das Veranlaßte und dessen Ergebnis; sie verfolgt alle Vorgänge durch Einzeichnungen. Die Berufserlernung in allen irgend geeigneten Fällen hat so früh wie möglich während der Lazarettbehandlung zu geschehen, nach der Entlassung ist es in vielen Fällen zu spät.

Die Berufsberatung hat sich schon sehr früh zum Grundsatz gemacht, die Kriegsbeschädigten, wenn irgend möglich, ihrem früheren Beruf wieder zuzuführen. Bestimmend war hierfür zunächst die Absicht, erworbene Kenntnisse und Übung nicht verloren gehen zu lassen, dann aber auch der ernste Vorsatz, der Sucht vieler Beschädigter, einen sog. leichten Beruf zu wählen, der ohne viel Anstrengung durch Erwerb einer Zuzahlung zur Rente ein angeblich bequemes Leben ermöglicht, entgegenzuwirken. In der Tat ist der Andrang zum Pfortner, zum Ladenhandel, zum Schreiber oder Aufseher usw. ein großer, und die Berufsberater haben die Pflicht zu beweisen, daß die Möglichkeit, in der alten Tätigkeit trotz Verkürzung der Rente mehr zu verdienen und es weiter zu bringen als auf jenem Wege, für die meisten Beschäftigungsarten und Verletzungen gegeben ist. Der Grundsatz der Wiedereinstellung im alten Berufe bedeutet aber nicht die Verschließung der Möglichkeit einer höheren

¹⁾ Stuttgart, Felix Kraus-Verlag 1916. ²⁾ S. 292ff.

Ausbildung. Ein Bruchteil namentlich der jüngsten Altersklassen eignet sich bestimmt für eine solche, namentlich wenn früher in kleineren Städten oder aus wirtschaftlichen Gründen eine passende Berufswahl und gründliche Fortbildung nicht durchführbar war. Während des Kriegsdienstes entwickelte sich manches ungeahnte Talent, oder die lange Lazarettbehandlung ließ ein solches entdecken oder die neue Befähigung als wertvollen Ersatz unwiderbringlich verlorengegangener anderer würdigen. Ferner bedingt in einem nicht unerheblichen Bruchteil die Art der Verletzung den vollständigen Verzicht auf den bisher geübten Beruf. Selbst bei der Möglichkeit der Wiedereinstellung in den früheren Großbetrieb muß die Verwendungsweise eine gänzlich geänderte werden mit der Notwendigkeit der Aneignung neuer Fertigkeiten. Schließlich kann die Art der Verletzung einen beruflichen Unterricht verlangen, der nicht nur im Interesse der Berufsvorbildung, sondern auch der Heilbehandlung liegt, wie bei Erblindungen, Hirnverletzungen mit Ausfallserscheinungen, Ertaubungen mit der Notwendigkeit des Ableseunterrichts. Hier bedarf es der Errichtung besonderer Unterrichtsstätten, deren Einrichtung und Betrieb der bürgerlichen Fürsorge zufällt. Für diese an sich sehr vielseitigen Stätten des „Umlernens“ sollte der liberale Grundsatz walten, der sich schon bei der Unfallversicherung bewährt hat, daß allen geeigneten Kräften ergebige Möglichkeit zur Entfaltung und Ausbildung besonderer Fertigkeiten geboten wird, um durch Erlernung höher bezahlter Qualitätsarbeit ein besseres Fortkommen bei schonender Minderung der Arbeitszeit zu erreichen. Selbstverständlich sind Ansprüche auf Grund eines plötzlich entdeckten dilettantischen Zeichentalents und ähnliches mehr nach sachverständiger Prüfung ohne Sentimentalität energisch abzuweisen. Die für diese Aufgaben errichteten Lehrstätten sind den Schülern unentgeltlich zugänglich zu machen, in aussichtsreichen Fällen sind Taschengelder und Unterhaltskosten zu bewilligen; es müssen allgemeine Abteilungen und Fachabteilungen vorgesehen sein; am besten gliedern sie sich an die Fortbildungs-, Handwerker- und Kunstgewerbeschulen der Gemeinden an; ob der Unterricht gemeinsam mit den anderen Schülern oder in besonderen Klassen erfolgt, hängt von der Zahl und Art der Schüler ab. Auch große staatliche Institute und private Korporationen, wie Landwirtschaftsschulen, kaufmännische Organisationen, haben ihre Fachschulen zur Verfügung gestellt oder eigene Fachklassen errichtet. Hierbei finden bestimmte Verletzungen, wie der Verlust oder Lähmung des rechten Armes, Erblindung, besondere Berück-

Finger- ver- letzungen		Rückenwirbel- verletzungen	Verlust beider Beine	Verlust beider Unterschenkel	Verlust beider Füße	Verlust eines Beines		Verlust eines Unter- schenkels		Verlust eines Fußes		Nervenleiden	Lungenleiden	Herzleiden	Rheumatische Leiden	Bemerkungen
rechts	links					rechts	links	rechts	links	rechts	links						Nervenleiden	Lungenleiden	Herzleiden	Rheumatische Leiden
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33
ja	ja	bed	—	—	—	—	—	bed	bed	bed	bed	bed	—	bed	—	} Gel., angel. und ungel. Arbeiter
ja	ja	bed	—	—	—	—	—	bed	bed	bed	bed	bed	—	bed	—	
ja	ja	bed	—	—	—	—	—	bed	bed	bed	bed	bed	—	bed	—	
ja	ja	bed	—	—	—	—	—	—	—	bed	bed	bed	—	bed	—	
ja	ja	bed	—	—	—	—	—	bed	bed	bed	bed	bed	—	bed	—	
ja	ja	—	—	—	—	—	—	—	—	bed	bed	bed	—	bed	—	
ja	ja	—	—	—	—	—	—	bed	bed	bed	bed	bed	—	bed	—	
ja	ja	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	bed	—	bed	—	
ja	ja	ja	—	—	—	bed	bed	bed	bed	bed	bed	bed	—	bed	—	
ja	ja	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	bed	—	bed	—	
ja	ja	—	—	—	—	—	—	bed	bed	bed	bed	bed	—	bed	—	} Gel. Arbeiter Ungel. Arbeiter
ja	ja	—	—	—	—	—	—	—	—	bed	bed	bed	—	bed	—	
ja	ja	bed	—	—	—	—	—	bed	bed	bed	bed	bed	bed	bed	bed	} Angel. Arbeiter
ja	ja	bed	—	—	—	—	—	bed	bed	bed	bed	bed	bed	bed	bed	
ja	ja	bed	—	—	—	—	—	bed	bed	bed	bed	bed	bed	bed	bed	
ja	ja	bed	—	—	—	—	—	bed	bed	bed	bed	bed	bed	bed	bed	
ja	ja	bed	—	—	—	—	—	bed	bed	bed	bed	bed	bed	bed	bed	} Gel. Arbeiter
ja	ja	ja	—	—	—	—	—	bed	bed	ja	ja	bed	bed	bed	bed	
ja	ja	—	—	—	—	—	—	—	—	ja	ja	bed	bed	bed	bed	} Gel. und angel. Arbeiter
ja	ja	bed	—	—	—	—	—	bed	bed	bed	bed	bed	bed	bed	bed	
ja	ja	bed	—	—	—	—	—	bed	bed	bed	bed	bed	—	bed	—	} Gel. Arbeiter
ja	ja	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	bed	—	bed	—	
ja	ja	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	bed	—	bed	—	
ja	ja	—	—	—	—	—	—	—	—	bed	bed	bed	bed	bed	bed	

Finger- ver- letzungen		Kückenw.rhel- verletzungen	Verlust beider Beine	Verlust beider Unterschenkel	Verlust beider Fuße	Verlust eines Beines		Verlust eines Unter- schenkels		Verlust eines Fußes		Nervenleiden	Lungenleiden	Herzleiden	Rheumatische Leiden	Bemerkungen
rechts	links					rechts	links	rechts	links	rechts	links					
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33
ja	ja	—	—	—	—	—	—	bed	bed	bed	bed	bed	—	bed	bed	} Gel. Arbeiter
ja	ja	—	—	—	—	—	—	—	—	bed	bed	bed	—	bed	bed	
ja	ja	bed	—	—	—	—	—	—	—	bed	bed	bed	—	bed	bed	
ja	ja	bed	—	—	—	bed	bed	bed	bed	bed	bed	bed	—	bed	bed	
ja	ja	ja	—	—	—	ja	ja	ja	ja	ja	ja	bed	bed	bed	bed	} Vorgebildete Arbeitskräfte
ja	ja	ja	—	—	—	ja	ja	ja	ja	ja	ja	bed	bed	bed	bed	
ja	ja	ja	—	—	—	bed	bed	bed	bed	bed	bed	bed	bed	bed	bed	Gel.u.angel.Arb.
ja	ja	ja	—	—	—	bed	bed	bed	bed	bed	bed	bed	bed	bed	bed	Gel. Arbeiter
ja	ja	ja	—	—	—	bed	bed	bed	bed	ja	ja	bed	bed	bed	bed	Angel. Arbeiter
ja	ja	ja	—	—	—	bed	bed	bed	bed	bed	bed	bed	bed	bed	bed	Gel. Arbeiter
ja	ja	ja	—	—	—	bed	bed	bed	bed	bed	bed	bed	bed	bed	bed	} Gel. Arbeiter
ja	ja	bed	—	—	—	—	—	bed	bed	bed	bed	bed	bed	bed	bed	
ja	ja	ja	—	—	—	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	Angel. Arbeiter
ja	ja	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	bed	bed	bed	bed	Gel. Arbeiter
ja	ja	—	—	—	—	bed	bed	bed	bed	bed	bed	bed	—	bed	—	Angel. Arbeiter
ja	ja	—	—	—	—	ja	ja	ja	ja	ja	ja	bed	bed	bed	bed	Gel.u.angel.Arb.
ja	ja	—	—	—	—	—	—	—	—	bed	bed	bed	bed	bed	bed	} Angel. Arbeiter
ja	ja	—	—	—	—	—	—	—	—	bed	bed	bed	—	bed	—	
ja	ja	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	bed	bed	bed	bed	Angel. Arbeiter
ja	ja	—	—	—	—	—	—	—	—	bed	bed	bed	bed	bed	bed	Gel. Arbeiter
ja	ja	bed	—	—	—	bed	bed	bed	bed	bed	bed	bed	bed	bed	bed	Angel. Arbeiter
ja	ja	bed	—	—	—	—	—	—	—	bed	bed	bed	bed	bed	bed	Gel. Arbeiter
bed	bed	bed	—	—	—	bed	bed	bed	bed	bed	bed	bed	—	bed	bed	} Gel. Arbeiter
bed	bed	bed	—	—	—	bed	bed	bed	bed	bed	bed	bed	—	bed	bed	

Maschine bzw. Tätigkeit	Verlust von Gehör und Sprache	Verlust der Sprache	Verlust des Gehörs	Schwerhörigkeit	Blind- heit auf		Verlust beider Arme	Verlust beider Unterarme	Verlust beider Hände	Verlust d. rechten Armes		Verlust d. linken Armes		Verlust der Hand	
	2	3	4	5	beiden Augen	einem Auge	8	9	10	voll	teilweise	voll	teilweise	rechts	links
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Schmiede	—	—	—	ja	—	ja	—	—	—	—	—	—	—	bed	bed
Glüherei und Härterei	—	—	—	ja	—	ja	—	—	—	—	—	—	—	bed	bed
Stahllager	—	bed	bed	ja	—	ja	—	—	—	bed	bed	bed	bed	bed	bed
Werkzeugbau	—	—	—	ja	—	ja	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Kraftzentrale	—	—	—	bed	—	ja	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Heizer	—	bed	bed	ja	—	ja	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Gießerei und Formerei .	—	—	—	ja	—	ja	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Beizerei und Putzerei . .	—	—	—	ja	—	ja	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Kranführer	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Fabrik chemischer Farben.															
Fabrikation.															
Kolonnenarbeiter	—	—	—	bed	—	ja	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Vorarbeiter	—	—	—	bed	—	ja	—	—	—	—	—	—	—	bed	bed
Meister	—	—	—	bed	—	ja	—	—	—	—	bed	—	bed	bed	bed
Aufbringer	—	bed	bed	ja	—	ja	—	—	—	—	bed	—	bed	bed	bed
Farbholzausnutzung.															
Kochkesselbedienung . . .	—	—	—	ja	—	ja	—	—	—	—	bed	—	bed	bed	bed
Raspelwerk	—	—	—	ja	—	ja	—	—	—	—	bed	—	bed	bed	bed
Chemische Fabrik.															
Photographische Abteilung.															
Fabrikation bei rotem Licht bei Tageslicht	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Waschmaschine u. Kalandr	—	—	—	ja	—	ja	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Pack- und Sortierungsraum	—	—	—	ja	ja	ja	—	—	—	—	—	—	—	bed	bed
Tannin- und Gallus- säurebetrieb	—	—	—	ja	—	ja	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Heizanlage (Heizer)	—	—	—	ja	—	ja	—	—	—	—	bed	—	bed	bed	bed
Kohlentransportarbeiter . .	—	—	—	ja	—	ja	—	—	—	—	bed	—	bed	bed	bed

Finger- ver- letzungen		Rückenwirbel- verletzungen	Verlust beider Beine	Verlust beider Unterschenkel	Verlust beider Füße	Verlust eines Beines		Verlust eines Unter- schenkels		Verlust eines Fußes		Nervenleiden	Lungenleiden	Herzleiden	Rheumatische Leiden	Bemerkungen
rechts	links					rechts	links	rechts	links	rechts	links					
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33
ja	ja	—	—	—	—	—	—	bed	bed	bed	bed	bed	—	bed	—	} Gel. Arbeiter Angel. Arbeiter Gel. u. angel. Arb. Gel. Arbeiter Angel. Arbeiter Gel. u. angel. Arb.
ja	ja	bed	—	—	—	bed	bed	bed	bed	bed	bed	bed	—	bed	—	
ja	ja	ja	—	—	—	bed	bed	bed	bed	bed	bed	bed	bed	bed	bed	
ja	ja	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	bed	—	
bed	bed	—	—	—	—	—	—	—	—	bed	bed	bed	—	bed	—	
ja	ja	—	—	—	—	bed	bed	bed	bed	bed	bed	bed	—	bed	—	
ja	ja	ja	—	—	—	bed	bed	bed	bed	bed	bed	bed	bed	bed	bed	
ja	ja	ja	—	—	—	bed	bed	bed	bed	bed	bed	bed	bed	bed	bed	
ja	ja	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	bed	—	—	—	} Ungel. Arbeiter
ja	ja	bed	—	—	—	bed	bed	bed	bed	bed	bed	bed	—	—	—	
ja	ja	ja	—	—	—	—	—	—	—	bed	bed	bed	—	—	—	
ja	ja	ja	—	—	—	—	—	—	—	bed	bed	bed	—	—	—	
ja	ja	ja	—	—	—	—	—	bed	bed	bed	bed	bed	—	—	—	} Angel. Arbeiter Angel. Arbeiter Ungel. Arbeiter Angel. Arbeiter Gel. Arbeiter Ungel. Arbeiter
ja	ja	bed	—	—	—	—	—	—	—	bed	bed	bed	—	—	—	
ja	ja	ja	bed	bed	bed	bed	bed	ja	ja	ja	ja	bed	—	—	—	
ja	ja	bed	—	—	—	—	—	bed	bed	bed	bed	bed	—	—	—	
ja	ja	—	—	—	—	—	—	bed	bed	bed	bed	bed	—	—	—	} Angel. Arbeiter Gel. Arbeiter Ungel. Arbeiter
ja	ja	—	—	—	—	—	—	bed	bed	bed	bed	bed	—	—	—	

sichtigung. Erstaunliche Leistungen auf allen Gebieten in oft überraschend kurzer Zeit erweisen die Energie eines Teils der Schüler, die Bildungsfähigkeit gerade unserer Arbeiterklassen und somit die Zweckmäßigkeit der Einrichtung. Die besonderen Einrichtungen des Blindenunterrichts, der Hirnverletztenschulen, der Ableseurse für Ertaubte bedürfen der Leitung durch eigene Fachkräfte, insbesondere durch Fachärzte.

Dauernde bürgerliche Kriegsbeschädigtenfürsorge. Der Gegenstand der dauernden Fürsorge sind alle aus dem Heeresdienst endgültig Entlassenen. Zuständig für sie ist die Fürsorgestelle ihres Wohnsitzes. Sobald die Entlassung erfolgt ist, meldet die Militärbehörde, deren Fürsorge nunmehr aufhört, den Fall der bürgerlichen Stelle. Um Vollständigkeit und Gleichmäßigkeit zu erzielen, geschieht diese Meldung nach einem einheitlichen Formular (Personalkarte Anlage 3)¹⁾. Dieses Formular geht der Hauptfürsorgestelle zu und wird von ihr an die Ortsstelle weitergegeben. Da durch Wanderungen ein steter Wechsel stattfindet, der eine Versendung des Materials an die Stätte des neuen Wohnsitzes erfordert, so ist durch bestimmt vorgeschriebene Formulare das Meldewesen geregelt, das sich verschieden gestaltet, je nachdem der Wohnungswechsel sich innerhalb oder außerhalb des Wirkungsbereichs der Hauptorganisation vollzieht. Zur Personalkarte gehören einheitliche Kartenblätter, durch welche die Aufnahme der Einzelfälle in die Kartothek geschieht. Verzieht oder stirbt ein Kriegsbeschädigter, so kommt sein Blatt in die „ruhende Kartothek“.

Von den Überwiesenen meldet sich ein Teil, bei der gegenwärtigen günstigen Lage der größere Teil, der von selbst gute Beschäftigung findet, bei der Fürsorgestelle überhaupt nicht. Es ist nötig, sich über ihn und seine Lage zu unterrichten. Hierfür empfiehlt sich eine Anfrage nach Art der folgenden (Anlage 4). Bei Nichtbeantwortung oder ungenügender Ausfüllung, auch bei etwaigen Lücken in dem von der bisherigen Fürsorge eingeschickten Fragebogen ergehen Rückfragen (Anlage 5) oder die Aufforderung zu persönlicher Meldung. Personen, welche Beschäftigung haben oder auf die Hilfe der Fürsorge verzichten, werden in die Liste des „Verzichts“ aufgenommen. Unter den Verzichtenden ohne Arbeit befindet sich aber außer den Arbeitsunfähigen noch die Gruppe der Arbeitsunlustigen, die natürlich besonders überwacht werden muß unter der den Ärzten verständlichen Einschränkung, daß vielfach die Arbeitsunlust und Unbeständigkeit die Folge nervöser Zustände ist; um so größer ist die Notwendigkeit der

¹⁾ S. 300.

Überwachung unter Zuziehung von Ärzten. Die erste Aufgabe der dauernden Fürsorge ist die Beschaffung von Arbeit. In den meisten, auch den kleineren Gemeinden ist schon vor dem Kriege der Arbeitsnachweis planmäßig organisiert; die örtlichen Nachweise sind auch vielfach zu größeren Verbänden zusammengeschlossen unter Mitwirkung von Arbeitgebern, Arbeitern und den sie vertretenden Gewerkschaften. Es ist daher zweckmäßig, auch die Arbeitsvermittlung der Kriegsbeschädigten den schon bestehenden Arbeitsnachweisen einfach anzugliedern, um die vorhandenen Einrichtungen, Erfahrungen und Beziehungen auch diesen neuen Zwecken nutzbar zu machen und geschultes Personal verfügbar zu haben. Es bedarf hierfür dann nur noch einer verwaltungstechnischen Regelung der Zusammenarbeit beider Stellen, um unnützes Schreibwerk und schädlichen Zeitverlust zu verhüten. Jedoch hat in diesem Falle die Aufgabe eine Sonderfärbung, die auch vor dem Kriege schon Gegenstand eingehender Erörterungen war, aber wegen ihrer Schwierigkeiten mehr zu Lösungsvorschlägen als zu befriedigenden Ergebnissen geführt hatte, die Arbeitsvermittlung für körperlich oder seelisch minder Leistungsfähige. Besonders wichtig ist hierbei die bei Unfallverletzten gemachte Erfahrung, nach der die Zusammenfassung in Betrieben, die ausschließlich Verletzte mit untergeordneten Arbeiten, wie Korbflechten usw., beschäftigt, stets gescheitert sind.

Im allgemeinen lassen sich bestimmte Regeln für die Beamten des Arbeitsnachweises nicht aufstellen. Die Zugehenden zerfallen in gelernte und ungelernete Arbeiter; bei ungünstigem Arbeitsmarkt ist an sich schon die Unterbringung der ersten Gruppe schwierig, und es muß auch andere Arbeit von ihnen vorübergehend angenommen werden. Im allgemeinen werden die erwähnten Kraisschen Tabellen einen Anhalt gewähren, aber sie reichen für den Einzelfall nicht aus. Ein Einäugiger kann bei leichter Arbeit Gefahr laufen, sein verschont gebliebenes Sehorgan durch chemische oder physikalische Reize zu gefährden, obgleich er der eigentlichen Tätigkeit voll gewachsen ist usw.; zuweilen werden Gründe für die Nichtannahme zugewiesener Beschäftigung unzutreffend behauptet; in der Mehrzahl aller dieser Fälle aber spielen Rücksichten auf die Gesundheit mehr als wirtschaftliche Bedenken eine Rolle. Es ist daher zweckmäßig, daß größere Arbeitsnachweise sich die Mitwirkung eines bestimmten, in Gewerbehygiene und Gutachtertätigkeit besonders erfahrenen Arztes sichern, der den Einzelfall begutachtet. Wo dies nicht angeht, soll der Kassenarzt dieser Frage eine

Anlage 3.

Familienname: **Vornamen:**
 (Rufnamen unterstreichen.)

Datum der ersten Ausfertigung:

**Personal-
für Kriegs-**

Bürgerliche Verhältnisse

1. Geburtstag: -Ort: Kreis:
2. Familienstand: (ledig, verheiratet, verwitwet, geschieden)
 Eltern: (wirtsch. Lage)
 Ehefrau: (" ")
 Kinder, Zahl: Geburtsjahre:
3. Berufsausbildung als:
- Schule: Fachschule:
- Lehre: Prüfungen:
4. Letzte Beschäftigung von einiger Dauer vor Einziehung:
 - a) Berufstätigkeit als:
 - Stellung im Beruf:
 - Behörde oder Firma:
 - Ort: Dauer:
 - b) Erwerbslosigkeit von einiger Dauer:
5. Wohnsitz vor Einziehung:
- Hauptfürsorgeorganisation:

Fürsorgemaßnahmen vor der Entlassung aus dem Heeresdienst

6. Berufsberatung:
7. Berufsausbildung als:
- a) Werkstattschulung, Unterricht:
- b) Ausbildungsstelle: c) Dauer:
8. Stellenvermittlung:

Fürsorgemaßnahmen nach der Entlassung aus dem Heeresdienst

9. Berufsberatung:
10. Berufsausbildung als:
- a) Werkstattschulung, Unterricht:
- b) Ausbildungsstelle: c) Dauer:
11. Stellenvermittlung:

karte
beschädigte

Ausfertigende Stelle:

.....

Militärische Verhältnisse

12. Gedient, Zeit: Ort:
Truppenteil:
13. Eingezogen, Zeit: Ort:
Bezirkskommando:
Truppenteil:
Dienstgrad:
Auszeichnungen:
Ersatztruppenteil:
Dienstentlassung, wann und wohin:
14. Verwundung oder Erkrankung nach Zeit und Art:
.....
Zeit und Ort der Lazarett- oder Revierbehandlung:
.....
15. Zurückgebliebene Beschädigung:
.....

16. Versorgungsgebühren

	Erste Festsetzungen		Neufestsetzungen			
	Dat.		Dat.		Dat.	
Erwerbsunfähigkeit in %	%		%		%	
Rente monatl.	Mk.	Pf.	Mk.	Pf.	Mk.	Pf.
Kriegszulage "						
Verstümmelungszulage "						
Summe monatl.						

Höhe der Abfindungssumme:
Kriegszulage kapitalisiert in Höhe von Mk.
Verstümmelungszulage kapitalisiert in Höhe von Mk
Datum der Kapitalisierung:

17. Erneute Beschäftigung im bürgerlichen Beruf nach Entlassung

Stellung gefunden als	bei Firma	Ein- tritt	Aus- tritt	Ortsstelle

18. Wohnung des Beschädigten

Versicherungsleistungen auf Grund der erlittenen Beschädigung

19. Krankenrente (R.-V.-O.) oder Krankenruhegeld (A.-V.-G.)
 Monatsbetrag: Beginn: Ende:
20. Invalidenrente (R.-V.-O.) oder Ruhegeld (A.-V.-G.)
 Monatsbetrag: Beginn: Ende:
21. Heilverfahren:

Art und Heilanstalt	Beginn	Ende	Versicherungs- anstalt
.....
.....

22. Beitragsersatzung aus der Angestelltenversicherung: Mk.

23. Weitere Heilverfahren seitens der Militärverwaltung

24. Besondere Aufwendungen (Unterstützung, Kleidung, Kur usw.)

Art	Dauer	Kosten	Gewährt durch
.....
.....

25. Bemerkungen:
-

Anlage 4.

Magistrat den
 der Stadt

**Deputation für Kriegs-
 beschädigtenfürsorge.**

Tgb.-Nr. K. U. 61

Angabe dieser Nr. bei Antwort erbeten.

Da Sie uns als Kriegsbeschädigter zur Fürsorge überwiesen sind, ist es für uns von Interesse, über Ihre Verhältnisse unterrichtet zu bleiben. Daher bitten wir Sie, den umstehenden Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen.

Wir bemerken noch ausdrücklich, daß irgendwelche Nachteile bezüglich der Rente durch die wahrheitsgemäße Beantwortung der umstehenden Fragen nicht entstehen. Auch dienen diese Unterlagen nicht zu Zwecken der Steuerveranlagung. Wir behandeln die von Ihnen gemachten Angaben nur für unsere Zwecke durchaus vertraulich.

Beglaubigt:

An

.....

(Rückseite.)

Fragen:

Antworten:

-
1. Geburtstag und -ort ?
 2. Erlerner Beruf ?
 3. Welche Beschäftigung hatten Sie vor Einziehung zum Heeresdienst ?
 4. Wo sind Sie jetzt beschäftigt ? (Name und Adresse des Arbeitgebers ?)
 5. Als was ?
 6. Einkommensverhältnisse (Lohn usw.) ?
 7. Bei welchem Bezirkskommando sind Sie gemeldet ? (Kontrollnummer aus dem Militärpaß ersichtlich.)
 8. Von welchem Ersatztruppenteil sind Sie entlassen worden ?
 9. Bezeichnung Ihres Leidens und Ihrer körperlichen Beschädigung ?

Charlottenburg, den 191.....

Anlage 5.

Magistrat , den
 der Stadt

**Deputation für Kriegs-
 beschädigtenfürsorge.**

Tgb.-Nr. K. U. 6/

Angabe dieser Nr. bei Antwort erbeten.

Zu

Der Kriegsbeschädigte ist uns
 zur bürgerlichen Fürsorge überwiesen worden.
 Zur Vervollständigung der hier über ihn geführten Akten bitten
 wir um Beantwortung umstehender Fragen.

An Beglaubigt:

 in

(Rückseite.)

Fragen:	Antworten:
1. Auf Grund welcher Verwundung (Erkrankung) ist Kriegsdienstbeschädigung anerkannt worden? 2. Welche Beschädigung ist zurückgeblieben? 3. Wie setzen sich die Versorgungsgebühnisse zusammen? 4. Von welchem Ersatztruppenteil entlassen worden? 5. Stand oder Beruf? 6. Geburtstag und -ort?	a) Rente Mk.% Erwerbs- unfähigkeit b) Kriegszulage „ c) Verstümmelungs- zulage „ d) „ Zusammen: Mk.
....., den 191....	

geschärfte Aufmerksamkeit schenken und durch die Krankenkasse auf den einzelnen wirken, damit er bei Arbeitswechsel seine gesundheitlichen Interessen wahrht.

Nur für einzelne große Gruppen von Kriegsbeschädigten lassen sich bestimmte Sätze aufstellen, die leider häufiger festlegen, welche Berufstätigkeit sich verbietet, als welche sich eröffnet. Das letztere ist für die völlig Erblindeten der Fall, für die eine Reihe von Erwerbsmöglichkeiten sich erschlossen hat, vom Bureau bis zur Werkstatt. Zu den ersteren gehören alle Tätigkeiten, bei denen akustische Fähigkeiten die Sehtätigkeit ersetzen, wie Bedienung des Fernsprechers mit akustischen Signalen, Schreibmaschine nach Diktat und Diktaphon, für die Maschinentätigkeit alle Betriebe, bei denen das Tastorgan eine Rolle spielt und die Maschinengefahr sich ausschalten läßt, im Handwerk z. B. Buchbinderei, Drechslerei usw. Ein besonderer, von den preußischen Ministerien des Handels und des Innern eingesetzter „Ausschuß zur Untersuchung der Beschäftigungsmöglichkeiten für Blinde in gewerblichen Betrieben“ weist nach, daß fast in allen geschickte Blinde auch ohne Fachvorbildung nahezu überall beim Stanzen und Packen den vollen Verdienst erreichen können, ebenso bei der sog. Revision, der Nachmessung fertigestellter Massenartikel auf zweckmäßige Herstellung. Voraussetzung ist der Schutz gegen Maschinengefahr, der aber durch geeignete Vorrichtungen, deren Einführung ein Runderlaß des Reichsversicherungsamtes vom 7. IV. 1917 empfiehlt, fast stets durchführbar ist. In der Praxis hat sich die Arbeit von Blinden mitten im Betriebe unter sehenden Arbeitern so bewährt, daß bei der Berufsberatung erst ein Versuch in dieser Richtung angestellt werden sollte, ehe man zum Unterricht in der Blindenschreibmaschine und ähnlichem greift, wofür sich der kaufmännisch Vorgebildete meist besser eignet als der gelernte Arbeiter. Nur ist zu bedenken, daß bei zentraler Erblindung durch Schädelchüsse vielfach andere ernstere Krankheitszustände bestehen und Intelligenzausfälle die „Umlernung“ unmöglich machen, die im übrigen auch im fortgeschritteneren Lebensalter an sich recht schwer ist.

Eine besondere Schwierigkeit bietet die Unterbringung der Tuberkulösen, namentlich derjenigen mit offener Tuberkulose, die nicht nur selbst nicht vollerwerbsfähig sind, sondern auch ihre Umgebung gefährden können. Die Frage unterscheidet sich in keinem Punkte von der gleichen für Friedenserkrankung, sie ist aber wie diese auch heute noch ungelöst. Ein Teil der aus Heilstätten gebessert mit Aussicht auf langdauernde Er-

werbsfähigkeit mit geschlossener Tuberkulose Entlassenen bedarf, um nicht bald rückfällig zu werden, der Schonung und verminderter Arbeitszeit, er bedarf aber auch zur Einholung wirtschaftlicher Verluste und zu ausreichender Pflege eines guten Verdienstes; beides ist unvereinbar, falls nicht die zuständige Fürsorgestelle den Unterschied des tatsächlichen und notwendigen Verdienstes ausgleicht; dann aber gilt der Betroffene bei seinen Kameraden als Lohndrücker und ist deshalb selbst schwer für ein solches Entgegenkommen zu haben. Vollends die nur teilweise Erwerbsfähigen mit offener Tuberkulose sind von vielen Berufen ganz fernzuhalten (Nahrungsmittelgewerbe) und in anderen bei einer Tätigkeit einzustellen, wo sie ungefährlich sind; sie haben alle nur verminderte Arbeitskraft. Hier wird die Lösung der Zukunft überlassen bleiben müssen; denn auch die Besprechung dieser Frage auf der Tagung des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose 1917 betonte nur die Schwierigkeiten des Problems, die Notwendigkeit der Berufsberatung schon beim Beginn der Berufsbefähigung, die Dringlichkeit der Vermeidung gesundheitsgefährlicher Berufe und gab nur noch Anregungen für die Errichtung besonderer „Arbeitsgenesungsheime“. In der Gegenwart, in der Schwindsüchtige sämtlicher Stadien bei der günstigen Verdienstgelegenheit fast in allen Betrieben getroffen werden, ist der Zeitpunkt für Neuschaffungen nicht gekommen; die durch die Kriegsbeschädigtenfürsorge dringlicher gewordene Frage darf aber nur als vertagt gelten.

Aus anderen Gründen gestaltet sich die Arbeitsunterbringung der zweiten großen Gruppe der innerlich Kriegsbeschädigten, der Nervenkranken, schwierig. Eine genaue Durchforschung lehrt für die Mehrzahl der Fälle, daß die Minderwertigkeit schon vor dem Feldzug bestand; in dieser Gruppe finden sich neben den unheilbaren Psychosen und den fortschreitenden organischen Erkrankungen des Zentralnervensystems, die vollständige oder teilweise dauernde Erwerbsunfähigkeit bedingen, auch die Fälle von Neurasthenie und seelischer Minderwertigkeit, in denen entweder dauernde Arbeitsunlust oder Unstetigkeit vorherrscht. Gerade jetzt, wo jeder, der irgend arbeiten will und kann, reichliche Gelegenheit findet, bildet diese Gruppe die Hauptzahl der trotz aller Bemühungen der Arbeitsnachweise unversorgt bleibenden oder derjenigen, die sich überhaupt der Vermittlung entziehen, als Gelegenheitsarbeiter da und dort für kurze Zeit tätig sind und die Fürsorgestelle mehr, um Unterstützung zu erlangen, als um Arbeit zu finden, aufsuchen. Soweit durch Arbeit als Er-

zieherin hier noch Besserung möglich ist, muß der Versuch unter Zugrundelegung eines auf genauer Beobachtung fußenden fachärztlichen Gutachtens gemacht werden; ein beträchtlicher Teil dieser Fälle wird aber auch später der Gegenstand vergeblicher Bemühungen des Arbeitsnachweises bleiben.

Weil aber diese Einrichtung in der Folge durch die Einbeziehung der Kriegsbeschädigten, der heute schon Entlassenen und der im Laufe der ersten Jahre nach dem Kriege noch neu Hinzutretenden, mehr als früher auch körperlich und seelisch Minderwertige zu beraten und versorgen haben wird, empfiehlt sich die individuelle Behandlung. Es wird nötig werden, ähnlich wie beim Elberfelder System der öffentlichen Krankenpflege, das System der Pfllegschaften einzuführen. Sozial vorgebildete „Arbeitspfleger“, hauptamtlich angestellt, erhalten die schwierigen Fälle zugewiesen, erforschen die besonderen Verhältnisse, beraten, stützen, vermitteln die erforderliche, verhindern die schädliche Unterstützung und halten diejenigen Arbeitsgelegenheiten bereit, in denen diese „Mindererwerbsfähigen“ passend dauernd oder vorübergehend Beschäftigung finden. Hierbei ist es gleichgültig, ob es sich um Kriegsteilnehmer oder neu aus der Schule zugehende Elemente handelt; die gebotene Behandlung hängt von der Art der Minderwertigkeit ab.

Während diese erste Aufgabe der dauernden Fürsorge, die als die wichtigste an deren Spitze steht, überwiegend sozialen Charakters ist, wenn sie auch der Mitwirkung des Sozialarztes nicht entbehren kann, ist die zweite, die gesundheitspflegerische, auf die stete Mitwirkung des Arztes als Begutachter und Helfer angewiesen. Ihr unterliegt zuerst die Gruppe derjenigen Kriegsbeschädigten, welche als ungeheilt und unheilbar, aber nicht mehr einer unmittelbaren Behandlung bedürftig, ihr nach dem Ausscheiden aus der militärischen Behandlung überwiesen werden. Hier empfiehlt sich in allen Fällen die Einholung eines Gutachtens der ärztlichen Beratungsstelle über den gegenwärtigen Befund und die Notwendigkeit besonderer Maßnahmen. Zu solchen gehören Kuren in Heilstätten und Bädern oder Wiederholungen in bestimmten Zeiträumen. Zutreffendenfalls sind diese durch die Fürsorgestelle bei der zuständigen militärischen Behörde zu beantragen; auch hat das Rote Kreuz eine Abteilung für Bäder- und Erholungskuren errichtet und übernimmt die Unterbringung Überwiesener. Die Versorgung Siecher und unheilbar Geisteskranker in Anstalten ist um so leichter, als die Provinzen Träger der Kriegsbeschädigten-

fürsorge und dieser Anstalten sind. Wenn Neuerkrankungen auftreten, so ist festzustellen, ob sie mit der Kriegsbeschädigung im Zusammenhang stehen oder nicht. Im ersteren Falle ist die Militärbehörde zuständig, wobei natürlich bei Dringlichkeit die Unterbringung in eine Anstalt nicht bis zu eingeholter Zustimmung abgewartet werden darf; bei Erkrankungen ohne Zusammenhang die Krankenkasse oder die Armenpflege. Bei einer großen Zahl Entlassener entsteht der Wunsch einer ärztlichen Beratung oder die Notwendigkeit längerer ärztlicher Behandlung ohne die Bedingung einer Krankenhausbehandlung. Soweit keine Krankenkassenversicherung besteht, empfiehlt sich, da die Heranziehung des Armenarztes nicht zulässig erscheint, ein Abkommen mit einem oder mehreren Ärzten zur Übernahme der Behandlung nach den Mindestsätzen der Gebührenordnung. Später, wenn die Zahl solcher Fälle sich vermehrt haben wird, ist das Verfahren der freien Arztwahl unter der Voraussetzung der Forderung des Mindestsatzes vorzuziehen. Die Kosten der Behandlung und Verordnung trägt die Fürsorgestelle.

Besondere Maßnahmen verlangen die beiden Gruppen der Tuberkulösen und Nervenkranken. Die Frage der Entstehung der Tuberkulose der Kriegsteilnehmer ist hier nicht zu erörtern; bei der Ausdehnung der Aushebungen ist es selbstverständlich, daß unter den Kriegsteilnehmern annähernd derjenige Bruchteil Tuberkulöser mindestens des ersten Stadiums sich finden mußte wie in der übrigen gleichaltrigen Bevölkerung auch, und daß ihr Schicksal ungefähr das gleiche sein dürfte, da die Fälle der Besserung durch reichlichen Aufenthalt im Freien denen der Verschlechterung durch ungünstige klimatische Einflüsse und Anstrengungen die Wage halten werden; blutige und unblutige Traumen haben verschlechternd auf ruhende Herde gewirkt; in jedem Falle erkennt die Militärbehörde die Verschlechterung vorher bestandener Erkrankungen als Kriegsbeschädigung an, falls die gesetzlichen Voraussetzungen über den Kriegsdienst erfüllt sind. Nun ist fast überall die Tuberkulosefürsorge gut organisiert; auch für die Kriegsbeschädigten hat der Satz Geltung, daß die Fürsorge nicht nur ihnen, sondern ihren Familien und dem Schutze der Gesamtheit zu dienen hat. Außerdem sind die Fäden der organisierten Tuberkulosefürsorge mit Heilstätten, Krankenkassen, Invaliditätsversicherung, Ärzten und Behörden fest geknüpft; die Schaffung einer zweiten, neben ihr wirkenden Organisation ist nur vom Übel; es empfiehlt sich daher, wie beim Arbeitsnachweis, die Einbeziehung bestehender bewährter Einrichtungen in den Dienst der Kriegsbeschädigten-

fürsorge. Dann wird der tuberkulöse Kriegsteilnehmer und seine Familie nach den gleichen Grundsätzen und an der gleichen Stätte beraten, beobachtet, versorgt und unterstützt wie die anderen gleichartigen Kranken seines Wohnsitzes; erforderlich ist nur die verwaltungsmäßige Anordnung der Arbeitsteilung, wobei alle auf die Gesundheitsfürsorge sich beziehenden Maßnahmen vom Tuberkulosefürsorgeamt, alle auf die Kriegsunterstützung sich beziehenden Schriftstücke von der Kriegsbeschädigtenfürsorge ausgehen. Die Erstattung der Kosten erfolgt durch letztere. Eine Schwierigkeit entsteht bei der Notwendigkeit von erstmaligen oder wiederholten Heilstättenkuren. Die Militärbehörde trägt die Kosten nur dann, wenn sie die Genehmigung erteilt hat; bis zu deren Eintreffen vergeht aber oft eine lange, nicht mehr einzuholende Zeit. Hier wird eine Milderung des bisherigen Verfahrens durchgesetzt werden müssen, die bewährten Tuberkulosefürsorgeämtern das Recht verleiht, über die Notwendigkeit der Versendung zu entscheiden, ohne dadurch der Wiedererstattung der Kosten verlustig zu gehen, ein Recht, das ihnen die Landesversicherungsanstalten zu eigenem Nutzen ja schon längst zubilligt haben. Im übrigen ist die Heranziehung der Landesversicherungsanstalten und Krankenkassen bei versicherten Kriegsteilnehmern selbstverständlich.

Bei den verschiedenen Gruppen der Nervenkranken ergeben sich die Maßnahmen aus der ärztlichen Indikation. Hier ist eine genaue Kontrolle unter Heranziehung ärztlicher Gutachten besonders erforderlich. In dieser Gruppe befinden sich die Entarteten, die Hypochonder und Neurastheniker schwererer Form, die schon vor dem Kriege minderwertig waren und jetzt Verschlimmerungen erfuhren. Die Aussichten sind nicht groß, und viele muß man ihrem Schicksal überlassen. Hier findet sich aber auch jene viel besprochene Gruppe der „Neurotiker“ oder „Kriegshysteriker“, der Zitterer und Stummen usw., Erkrankte, deren erstaunlich schnelle Herstellungsmöglichkeit Gegenstand zahlreicher Mitteilungen geworden ist. Für die dauernde Fürsorge kommen sie weniger in Betracht. Die Mehrzahl von ihnen, soweit sie nicht schon in Militärlazaretten erfolgreich behandelt wurden, ist endgültig aus dem Heeresdienst entlassen und schon dadurch der Besserung zugeführt; von ihnen haben viele Arbeit suchen müssen und gefunden und sind deshalb weiter aus der Zahl der Kranken und Behandlungsbedürftigen ausgeschieden; ihr Leiden ist allmählich von selbst abgeklungen. Die Übrigbleibenden sind nicht zahlreich und meist nicht reine Fälle. Immerhin ist die Verordnung dankenswert, auch diese

noch nachträglich besonderen Fachanstalten zur Behandlung zuzuführen und von der Durchführung dieser Maßnahme noch mancher Erfolg zu erwarten. Angeblich Nervenkranke, bei denen der Verdacht der Arbeitsscheu besteht, können der Militärverwaltung zum Zwecke der Heranziehung zum Kriegshilfsdienst gemeldet werden. Zur Krankenversorgung gehört schließlich die Aufgabe der Fürsorgestelle, die Rechte der Kranken wahrzunehmen, sie anzuweisen, wann sie eine Verstümmelungszulage, Zusatzrente oder Unterstützungsrente zu beantragen berechtigt sind, die Anträge für sie zu übernehmen und dafür Sorge zu tragen, daß die Beziehungen zur Sozialversicherung aufrecht erhalten und zustehende Rechte wahrgenommen werden.

Die dritte Aufgabe der dauernden Fürsorge ist die Unterstützung im Bedarfsfalle. Es handelt sich um einmalige oder laufende Unterstützungen. Die einmaligen kommen bei Schwierigkeiten zur Zeit der Entlassung oder bei vorübergehenden Notlagen, wie vorübergehender unverschuldeter Arbeitslosigkeit, Krankheiten in der Familie, Umzügen, Wohnungseinrichtung usw. vor. Sie besteht in Gewährung von Geld oder Naturalien, wie Kleider, Anweisung auf Speisung. Die laufende Unterstützung kommt bei Krankheit und Siechtum, Erwerbsunfähigkeit, aber auch bei Berufsausbildung in Frage; sie erstreckt sich auch auf Hilfsbedürftigkeit der Familie, falls der Mann in Pflege und in dieser ein Notstand entsteht oder der Mann im Krankenhaus ist und nicht der sozialen Versicherung untersteht. Vor Bewilligung einer dauernden Unterstützung ist stets eine genaue Prüfung der Verhältnisse vorzunehmen und während der Unterstützung gelegentlich zu wiederholen, um Mißbrauch zu verhüten. Vor der Bewilligung ist die Zustimmung der Hauptorganisation einzuholen. Über die bewilligten Unterstützungen ist, da sie wiedererstattet werden, genau Buch zu führen. Die Fürsorge kann sich auch auf die Familien von Kriegsteilnehmern erstrecken, sobald sie selbst in Pflege sind; das gilt auch für die Behandlung von Erkrankungen von Familienmitgliedern. Unterstützungen an die Familien von nicht pflegebedürftigen Kriegsteilnehmern oder Kriegsbeschädigten fallen nicht der Beschädigtenfürsorge zur Last, sondern je nachdem der Armenpflege oder, wo irgend diese ausgeschaltet werden kann, der Kriegswohlfahrtspflege.

Eine gewisse Schwierigkeit macht die Frage der Zuständigkeit der ohne Rente entlassenen, durch Krankheit Hilfsbedürftigen. Die Militärbehörden verfahren zwar in Auslegung des § 3 des Mannschaftsgesetzes sehr liberal, nach dem Verschlimmerung eines

schon bei der Einstellung vorhanden gewesenem Gebrechens durch den Kriegsdienst als Dienstbeschädigung angesehen und entschädigt wird. Voraussetzung ist jedoch der Kriegsdienst nach den Bestimmungen des Gesetzes. Nun sind aber eine Anzahl Personen eingestellt und aus ihren Erwerbsverhältnissen herausgerissen worden, deren körperliches Leiden zwar nicht bei der Einstellung, aber bei der Ausbildung erkannt wurde und zur Verschlimmerung und Entlassung führte. Diese müssen, da kein Kriegsdienst vorlag, ohne Rente bleiben. Ihnen kann eine vorübergehende „bedingte“ Rente (§ 25 des Mannschaftsgesetzes) bewilligt werden, und die bürgerlichen Fürsorgestellten sind berechtigt, aber nicht verpflichtet, sich ihrer anzunehmen.

Die bürgerliche Kriegsbeschädigtenfürsorge ist in der Entwicklung; sie genügt den heute an sie gestellten Anforderungen; die Zukunft wird neue, schwierigere und umfangreichere Aufgaben an sie stellen. Heute ist der Arbeitsnachweis wenig umfangreich, weil alle irgendwie Verwendbaren aus eigener Kraft Unterkunft finden, aber schwierig, weil die Übrigbleibenden vielfach anbrüchig sind. Später wird die Aufgabe umfangreicher werden, weil der Arbeitsmarkt ungünstiger sich gestalten wird, die Schwierigkeiten aber werden wachsen, weil die Vollerwerbsfähigen die anderen zurückdrängen werden. Die bisherige Arbeit ist daher nur Vorprobe und Gelegenheit zur Sammlung von Erfahrungen über gewisse Beschäftigungsarten, die den Kriegsbeschädigten vorbehalten bleiben sollten, und für bestimmte Ausbildungsmethoden, die sie für diese Sonderstellung vorzugsweise geeignet machen. Für die Lösung dieses Problems bietet sich dem Sozialarzt ein großes Betätigungsfeld; es ist ein Grenzgebiet, bei dessen Bearbeitung sich anatomisch-orthopädische Erfahrungen mit der Kenntnis beruflicher Anforderungen an bestimmte Funktionen vereinen müssen. Die Fortschritte der Krüppelfürsorge geben die Gewähr, daß die Lösung unter ärztlicher Mitarbeit gelingen wird.

Noch mehr werden die Anforderungen an die gesundheitliche Fürsorge für die erst nach der Entlassung zu Kriegsbeschädigten gewordenen Kriegsteilnehmer wachsen. Hier werden voraussichtlich eine größere Anzahl gegenüber der Gegenwart ganz neuer Fragestellungen entstehen, und die Arbeit wird sehr umfangreich werden. Vor allem wird die Entscheidung, ob Kriegsbeschädigung oder nicht, noch mehr als bei der Frage der Entstehung oder Verschlimmerung innerer Erkrankungen durch Unfall, Gegenstand des Streites in mehreren Instanzen werden. Hier wird die Mitwirkung des Sozialarztes einen immer größeren

Umfang einnehmen. Grundsätzlich werden die neuen Aufgaben in keinem Punkte verschieden nach Methoden und Unterlagen von denen sein, die schon heute ihn beschäftigen. Zum Heile der ihm anvertrauten Interessen möge die Hoffnung ausgesprochen werden, daß seine Tätigkeit mehr im Sinne der sozialen Hygiene sich entfalte, d. h. mit dem Ziele der Wiedergewinnung, Erhaltung und Erhöhung der Gesundheit, als im Sinne der sozialen Medizin im akademischen Sinne, d. h. in Gutachtertätigkeit zur Wahrnehmung berechtigter oder Beanstandung zu Unrecht erhobener Ansprüche.

C. Allgemeiner Teil.

I. Statistik.

Von

A. Gottstein.

Allgemeines. Die Statistik ist zugleich Wissenschaft und Methode. Als Wissenschaft hat sie die Aufgabe der „exakten zahlenmäßigen Untersuchung der Erscheinungen der menschlichen Gesellschaft“ (Lexis). Als Methode bezweckt sie durch Vergleichung von Zahlenreihen, welche durch systematische zahlenmäßige Massenbeobachtung gewonnen sind, typische Gruppenmerkmale festzustellen (Conrad); sie wird so Hilfsmittel der Ursachenforschung, nicht aber solche selbst. Schließlich dient sie dem Biologen als Kontrolle zur Bestätigung oder Beanstandung seiner durch Versuch und Beobachtung gewonnenen Schlüsse.

Als Wissenschaft stellt die Statistik die Tatsachen zusammen, die sich aus der Massenzählung ergeben; hierfür ist die Zuverlässigkeit der Zählung Bedingung; es bedarf daher planmäßigen und einheitlichen Vorgehens für die statistische Aufnahme, welche entweder durch amtlich angeordnete Zählung die Gesamtheit der in Betracht kommenden Kreise erfaßt oder minder zuverlässig als Enquete oder Erhebung sich auf Teilgruppen erstreckt, und welche, wo die Antwort nicht in Zahlenangaben erfolgt, sich auf Erörterung bestimmter Fragen stützt. Für beide Formen ist Schärfe der Fragestellung von entscheidender Bedeutung; zu ihrer Aufnahme dienen meist besondere Zählkarten. Doppelzählungen oder Auslassungen sind zu verhüten, zweifelhafte oder unzureichende Angaben durch Rückfragen richtigzustellen; der Zählung oder Aufnahme folgt die Aufbereitung des Materials, bei größeren Zählungen unter Zuhilfenahme mechanischer Hilfsmittel, wie der Zählmaschinen. Die Ergebnisse werden in Tabellen zusammengestellt, die sämtliche Gegenüberstellungen berücksichtigen, welche die Fragen zulassen; die Ergebnisse werden, mehr oder weniger ausgiebig

zu Schlußfolgerungen weiterverarbeitet, in Quellenwerken veröffentlicht. Der Charakter der Zählungen macht sie in der Mehrzahl aller Fälle zu einer amtlichen Aufgabe von Behörden; diese nehmen entweder periodische Zählungen in regelmäßigen Zwischenräumen vor; von diesen sind die (in Deutschland alle fünf Jahre stattfindenden) Volkszählungen die wichtigsten; es ist zugelassen, daß bei dieser Gelegenheit Gemeinden noch besondere Fragen auf den Zählkarten stellen, oder es finden regelmäßige Fortschreibungen bestimmter meldepflichtiger Vorgänge statt, wie Geburten und Todesfälle, die dann in regelmäßigen Zeitabschnitten verarbeitet werden. Außer den Behörden des Reichs und der Staaten treiben auch die größeren Gemeinden amtliche Statistik und können hierbei bestimmte Sonderfragen eingehender bearbeiten.

Obgleich die Geschichte der Volkszählungen bis ins Altertum und Mittelalter zurückgeht, liegt für Vergleiche brauchbares Quellenmaterial, mit Ausnahme von größten Zahlen und von Angaben für kleinere Bevölkerungskreise, nur für wenige Jahrzehnte der Vergangenheit vor. Staatliche statistische Ämter wurden in Europa erst zu Ende des achtzehnten und Anfang des neunzehnten Jahrhunderts errichtet und arbeiteten anfangs mit Unterbrechungen. Die Veröffentlichungen des Deutschen Reichsgesundheitsamts beginnen mit dem Jahr 1877, diejenigen der deutschen Großstädte zuweilen früher, oft später. Die im Jahre 1853 von Quetelet begründeten statistischen Kongresse, seit 1887 in ein internationales statistisches Institut umgewandelt, dienen der Frage der Einheitlichkeit bei den Erhebungen und bearbeiteten allgemeinen Problemen.

Von wichtigsten Quellenwerken seien hier genannt: Statistik des Deutschen Reichs, die Statistik der einzelnen Bundesstaaten, die Veröffentlichungen des Reichsgesundheitsamts, das „Gesundheitswesen des preußischen Staates“, das „Statistische Jahrbuch deutscher Städte“; von Handbüchern seien genannt: Westergaard, „Morbidity und Mortalität“, 2. Aufl. 1902; Prinzing, „Handbuch der medizinischen Statistik“ (1906). Wertvolles Material bringen auch die Heeresstatistiken und die Veröffentlichungen der Lebensversicherungsgesellschaften.

Die Statistik als Methode baut sich auf den mathematischen Lehren der Wahrscheinlichkeitsrechnung auf. Nach dem „Gesetze der großen Zahlen“ wächst mit der Größe des Beobachtungsmaterials die Wahrscheinlichkeit zutreffender Ergebnisse, weil die in entgegengesetzter Richtung wirkenden störenden zufälligen Einflüsse sich aufheben. Mit Hilfe elementarer mathematischer Formeln lassen sich die zulässigen Fehlergrenzen berechnen.

Wenn z. B. zur Beurteilung des Wertes der Schutzimpfung gegen Typhus Material erhoben wird, so ist dessen Umfang entscheidend. Erkrankten von Schutzgeimpften 18 %, so liegen die Fehler bei 100 Beobachtungen zwischen den Grenzen von 6 und 30 %, bei 10000 Beobachtungen zwischen 16,8 und 19,2 %. Stellt man nur je 100 Geimpfte und Ungeimpfte gegenüber, wobei von der ersten Gruppe 10, von der zweiten 25 an Typhus Erkrankte sein mögen, so kann dieser Unterschied noch Spiel des Zufalls gewesen sein; geht man aber von je 10000 Fällen aus, so sprechen schon erheblich geringere Unterschiede, etwa je 1500 und 2000 zugunsten der Geimpften für die Wahrscheinlichkeit eines ursächlichen Zusammenhanges.

Die Zahlenangaben dürfen aber nicht als Prozentwerte, sondern als Wahrscheinlichkeitswerte behandelt werden. Es starben z. B. im preußischen Staate auf 10000 Lebende an

	Typhus	Tuberkulose
1911	0,61	15,12
1913	0,34	13,65

Es ist hierbei von nebensächlichem Wert, daß der Typhus um 44 %, die Tuberkulose um 9 % abgenommen hat. Diese Berechnung täuscht nur über die wichtigere Tatsache hinweg, daß die Wahrscheinlichkeit, an Typhus zu sterben, zwischen 1:29500 und 1:16500 lag; die, an Tuberkulose zu sterben, zwischen 1:725 und 1:660.

Die Voraussetzung für jede Schlußfolgerung ist der Vergleich mit einem Zahlenmaterial, welches unter sonst gleichen Bedingungen gewonnen ist, von dem unter Beobachtung Stehenden sich jedoch gerade durch das Fehlen desjenigen Faktors unterscheidet, welcher Gegenstand der Untersuchung ist. Hierbei wird es nötig, die beiden zu vergleichenden Massen annähernd gleich zahlreich zu wählen und das Beobachtungsmaterial möglichst vollständig zu erfassen; dann muß es gleichnamig (z. B. Jahreszeit, Alter, Beruf und Geschlecht) in bezug auf alle nicht in Frage stehenden Bedingungen und gleichartig gemacht werden (wenn z. B. bei Zusammenfassung verschiedener Altersstufen diese in beiden Vergleichsgruppen ungleich stark sind, so müssen sie auf einen einheitlichen und somit vergleichbaren Maßstab gebracht werden). Nur die Nichtbeachtung dieser strengen Forderung, zu deren Erfüllung im Einzelfalle Scharfsinn und Sachkenntnis gehört, hat der statistischen Methode unverdiente Minderschätzung eingebracht. Die Technik kann sich auf die einfachsten Formen, Tabellen und graphische Darstellung im rechtwinkligen Koordinatensystem beschränken, wobei das käufliche Millimeterpapier gute Dienste leistet; nur müssen die Maßstäbe gleich gewählt werden, sonst rufen fälschlich zu steile oder zu flache Kurven beim Vergleich Urteilstäuschungen hervor.

Für den Sozialarzt ist die Statistik in beiden Formen unentbehrlich; die Normalzahlen der wissenschaftlichen Feststellungen müssen ihm für die Tagesarbeit geläufig sein; die statistische Methodik braucht er zur Feststellung und Rechenschaftsablegung über die Ergebnisse seines Tuns. Die Beherrschung der Methodik gewinnt er am besten durch Übung beim Studium der Quellenwerke an der Hand der dort verwandten Darstellungsweise. Von den verschiedenen Abschnitten der Statistik interessieren den Sozialarzt die gesamte Bevölkerungsstatistik und einige wichtige Feststellungen der Sozialstatistik.

Bevölkerungsstatistik. Die Bevölkerungsstatistik beschäftigt sich mit dem Zustand der Bevölkerung in einem gegebenen Zeitpunkt und den Veränderungen, welche ihm vorausgehen und folgen; diese Veränderungen sind durch biologische und gesellschaftliche Vorgänge veranlaßt; die biologischen Einflüsse können normale und pathologische sein; die ersteren umfassen Eheschließung, Geburt und die physiologischen Vorgänge der einzelnen Lebensalter, die letzteren Krankheit und Tod; mit ihnen befaßt sich die medizinische Statistik im engeren Sinne.

In jeder abgeschlossenen Bevölkerung sind sämtliche Altersklassen gleichzeitig vertreten; unter der Einwirkung normaler biologischer Entwicklung stehen sie in einem bestimmten zahlenmäßigen Verhältnis zueinander, welches als das der normalen Altersbesetzung bezeichnet wird. Verschiedene Einflüsse, wie ungewöhnliche Geburtenabnahme, gesteigerte Zu- oder Abwanderung bestimmter Altersklassen und Geschlechter, frühzeitige Abnutzung der höheren Alter durch Berufsschädigung oder das Gegenteil, rufen die unnatürliche Altersbesetzung hervor, welche besonders in Groß- und Weltstädten, aber auch in Industriegegenden eintritt. Auch bei dem normalen Altersaufbau laufen die Kurven beider Geschlechter nicht parallel infolge ihrer verschiedenen Sterblichkeit. Berücksichtigt man diese Unterschiede nicht, so sind arge Trugschlüsse möglich.

Altersaufbau 1900 auf 1000 Lebende.

Deutsches Reich			Berlin			Deutsches Reich			Berlin		
0— 5 Jahre	130,8	91,1	40—50 Jahre	101,0	118,7						
5—10	„ 113,6	84,4	50—60	„ 77,6	77,0						
10—15	„ 103,6	78,7	60—70	„ 51,5	39,8						
15—20	„ 94,4	90,5	70—80	„ 22,7	16,1						
20—30	„ 169,7	226,2	Über 80	„ 4,8	3,3						
30—40	„ 131,3	170,4	Unbekannt	0	0,8						

Eine Bevölkerung wächst durch die Geburten, vermindert sich durch den Tod. Beide Vorgänge sind verschiedenen Bedingungen und Schwankungen unterworfen, bei der Betrachtung aber nicht zu trennen; da die Geburten fast stets überwiegen, ist der Geburtenüberschuß das Maß für die Zunahme einer Bevölkerung, die im geometrischen Verhältnis stattfindet; der Zeitpunkt für die vermutliche Verdoppelung einer Bevölkerung, nach der Zinseszinsrechnung feststellbar, hängt von der Größe des Geburtenüberschusses ab; dieser wieder ändert sich mit den gleichgerichteten oder entgegengesetzten Schwankungen beider Faktoren.

Geburten. Für die Geburten kommt zunächst die Frage der Reife in Betracht. Für Fehlgeburten besteht nur in wenigen Städten Meldepflicht; da ein großer Teil gewollt und strafbar ist, sind von ihr zuverlässige Angaben nicht zu erwarten; man ist auf Schätzungen aus kleineren Erhebungen mit ihren zahlreichen Fehlerquellen angewiesen; man nimmt an, daß 8—10% der Schwangerschaften durch Fehlgeburt enden; in Berlin nach Bumm bis zu 20%, von ihnen nimmt er für ein Drittel in Deutschland künstliche absichtliche Unterbrechung an. Die standesamtlichen Eintragungen umfassen lebensreife Früchte, gleichgültig, ob ausgetragen oder verfrüht geboren. Unter ihnen zeigt das Verhältnis der Geschlechter eine bestimmte zahlenmäßige Gesetzlichkeit (Geschlechtsverhältnis, Sexualproportion). Im allgemeinen kommen auf 100 Mädchen 106 bis 107 Knaben in überraschender Gleichmäßigkeit für Zeiten und Länder; unter den Totgeburten überwiegen die Knaben wegen ihrer größeren Gefährdung bis zu 120—130; bei den Unehelichen ist ihre Zahl etwas geringer. Für die Gründe des Überwiegens der Knabengeburt sind seit mehr als einem Jahrhundert eine große Zahl biologischer Hypothesen aufgestellt, von denen viele die Alters- oder Ernährungsverhältnisse der Eltern verantwortlich machen; keine kann als zutreffend gelten einschließlich der neuesten Theorie von Siegel, nach der bei Zeugung unmittelbar nach der Menstruation die Knaben überwiegen; auch die Behauptung, daß nach Kriegen erheblich mehr Knaben geboren werden, ist unerwiesen.

Auch das Verhältnis der Totgeburten zu den Lebendgeborenen zeigt Regelmäßigkeit; es liegt seit den zwei Jahrhunderten, für welche Zahlenmaterial vorhanden ist, zwischen 2 und 4% und zeigt in den letzten Jahrzehnten eine deutliche Neigung zum Absinken. Die Ursachen sind mechanische Geburtsstörungen, Krankheiten, insbesondere Syphilis, Mißbildungen der Frucht. Gründe der Abnahme sind Fortschritte der Geburtshilfe, bessere Fürsorge für Gebärende. Die verschiedenen Zahlen in den verschiedenen Ländern sind rechnerisch bedingt, je nachdem man den Zeitraum des Todes nach der Entbindung kürzer oder länger gelten läßt. Bei Erstgeburten und Unehelichen ist die Zahl der Totgeburten etwas höher. Ebenso gesetzmäßig nach Ländern und Zeiten ist das Verhältnis der Mehrlingsgeburten; es beträgt für Zwillinge etwa $12\%_{00}$, für Drillinge etwas über $0,1\%_{00}$; etwa zwei Drittel der Zwillingegeburten sind, zu annähernd gleichen Teilen, gleichgeschlechtlich, wobei der Knabenüberschuß etwas geringer, die Totgeburtenziffer aber verdoppelt ist.

Die Verteilung der Geburten auf die Jahreszeiten zeigt an großen Zahlen noch Andeutungen eines Befruchtungsoptimums in der heißen Jahreszeit mit der Folge einer Geburtensteigerung im Spätwinter und Frühling; doch wird diese Erscheinung durch soziale Einflüsse, namentlich in größeren Städten und bei Erstgeborenen überboten; bei Unehelichen spielen Festtage eine gewisse Rolle.

Das Verhältnis der ehelichen zu den unehelichen Geburten wechselt nach Ländern, wie nach Stadt und Land; es ändert sich auch zeitlich; der Durchschnitt beträgt in Deutschland etwa 10 auf 100 Lebendgeborene, er ist in anderen Ländern, wie England und den skandinavischen Reichen, bedeutend, in Italien etwas niedriger, während er in Österreich und Bayern z. B. 14% übersteigt. In den deutschen Großstädten ist die Zahl ebenfalls meist recht hoch, im Osten beträchtlicher als im Westen.

Verhältnis der Unehelichen auf 100 Lebendgeborene 1909.

Berlin . . . 19,4	Frankfurt 13,9	Barmen . . . 3,2	Glasgow . . . 7,3
Bremen . . . 9,4	Hamburg . 14,1	Dortmund . 6,4	London . . . 3,5
Breslau . . . 20,2	Leipzig . . 20,9	Essen . . . 4,1	Rom . . . 16,3
Chemnitz 15,3	München . 28,9	Budapest 25,5	Amsterdam 4,3
Cöln . . . 12,1	Aachen . . 5,2	Wien . . . 30,3	Petersbg. . 18,3
Dresden . 20,8	Bochum . . 8,6	Paris . . . 24,6	Zürich . . . 13,7

Mit Überschreitung des ersten Lebensjahres ändert sich das Verhältnis durch die größere Sterblichkeit der Unehelichen und spätere Legitimierungen.

Die Geburtenhäufigkeit kann auf die Gesamtziffer der Bevölkerung oder auf die Zahl der gebärfähigen Frauen berechnet werden; beide Werte unterscheiden sich durch verschiedene Altersbesetzung und aus sozialen Gründen. Diese Fruchtbarkeitsziffer ist in den meisten europäischen Ländern und namentlich in den Großstädten in steilem Absinken (Geburtenabnahme). Die Zahl der Geborenen auf 1000 Einwohner betrug 1900 in:

Deutschland . . . 36,1	Dänemark . . . 30,2	Niederlande . . . 32,5
Schweiz 27,9	Spanien 35,1	Italien 35,3
England 30,3	Österreich . . . 37,1	Norwegen . . . 30,4
Rußland 47,1	Belgien 28,9	

Sie sank in:

	Berlin	Hamburg	München	Wien	Paris	London	Petersburg	Rom
1880	39,9	38,4	39,6	40,2	25,6	35,3	30,2	32,1
1909	21,6	24,4	25,1	22,1	17,6	24,2	27,3	23,4

Mit weiterem Absinken droht Verschwinden des Geburtenüberschusses.

Mit der Geburtenabnahme sinkt die eheliche Fruchtbarkeitsziffer, es zeigt sich das Ein- und Zweikindersystem.

Die Zahl der kinderlosen Ehen beträgt über 10% und ist in den Städten größer. Eine der wichtigsten Ursachen sind Geschlechtskrankheiten; doch schätzt Bumm den Einfluß der Gonorrhöe bei Männern auf 5, bei Frauen auf 20%.

Eheschließungen. Ihre Statistik hat mehr sozialpolitisches als hygienisches Interesse; sie ist besonders für Hinterbliebenenversicherung und Witwenversorgung wichtig. Sie berechnet die Zahl der Eheschließungen auf die Gesamtbevölkerung (Trauungsziffer in Deutschland 8‰). Die Trauungen verteilen sich aus wirtschaft-

lichen Gründen ungleich auf die einzelnen Monate und sinken bei dauernden oder vorübergehenden Notständen oder schwanken nach ortsüblichen Ehehemmnissen. Das Alter bei der Eheschließung ist in Arbeiterkreisen erheblich niedriger als bei Beamten und in gehobenen Berufen mit langer Ausbildungszeit; dementsprechend auch in Agrarländern niedriger als in Industriestaaten mit hoher Kultur. Die Dauer der stehenden Ehen hat für die Versicherungstechnik Bedeutung, das Verhältnis der Verheirateten und Unverheirateten nach Alter, Geschlecht und Beruf für die Sozialstatistik. Die Lebenserwartung der Verheirateten ist mit Ausnahme des gebärfähigen Lebensabschnitts der Frauen höher als bei gleichaltrigen Junggesellen oder Witwern.

Erkrankungsstatistik. Sie ist gegenüber der Sterblichkeitsstatistik der weniger ausgebaute Abschnitt der medizinischen Statistik; das Bindeglied beider Abschnitte bildet die Berechnung der Sterblichkeit Erkrankter im allgemeinen oder an bestimmten Krankheiten (Letalität oder relative Sterblichkeit). Zu diesem Abschnitt gehört noch die Statistik der Gebrechen und Geistesstörungen. Nur diejenigen Teile der Krankheitsstatistik sind zuverlässig, für welche eine Meldepflicht oder Krankheitszählung besteht und zugleich die Gesamtzahl der unter Beobachtung stehenden Gruppe festliegt. Hierzu gehören die bei den Volkszählungen ermittelten Gebrechen (Krüppel, Blinde, Taubstumme, Geisteskranke einschließlich Idioten); ferner diejenigen ansteckenden Krankheiten, für welche nach den Seuchengesetzen Meldepflicht besteht; schließlich diejenigen Berufserkrankungen, wie Vergiftungen und Unfälle, bei denen die Zahl der Beteiligten bekannt ist und die Gewerbeaufsicht die Beobachtungen verzeichnet. Ferner kann man Art, Dauer und Ausgang der Krankheit bei ständig unter gleicher Beobachtung stehenden abgeschlossenen Bevölkerungsgruppen feststellen, wie bei den Angehörigen des Heeres, den Mitgliedern der Krankenkassen und anderer Gruppen der Sozialversicherung, der von Schulärzten überwachten Schuljugend. Teilabschnitte für Sonderfragen liefert die Krankenhaus- und Armenkrankenstatistik. Für besondere Fragen, wie die Häufigkeit der Geschlechtskrankheiten oder der Krebskranken, hat man sich mit Enqueten zu helfen versucht.

Viele Abschnitte der Krankheitsstatistik leiden an erheblichen Fehlerquellen. Schon der Begriff der Krankheit nach Art und Grad unterliegt subjektiver Deutung; die Meldepflicht wird bei ansteckenden Krankheiten oft nicht gewissenhaft geübt; die Anfangsdiagnosen der Krankenkassen sind häufig unzuverlässig; in der schulärztlichen und armenärztlichen Statistik schwanken die ärztlichen Schätzungen über die Übergänge von Krankheit und Gesundheit in weiten Grenzen. Die Krankenhausstatistiken verschiedener Städte sind häufig nicht vergleichbar, weil Sonder-

anstalten hier bestehen, dort fehlen. Bei Krankheiten von typischem Verlauf und gleichmäßiger Letalität, wie bei vielen Infektionskrankheiten, kann man aus der Sterblichkeitsstatistik Schlüsse auf die Krankheitsbewegung ziehen; bei Krankheiten mit langer, ungleicher Dauer, wie der Tuberkulose, ist dies schon sehr mißlich.

Die Krankheitsstatistik stellt zunächst allgemeine Fragen, wie Häufigkeit, Dauer, Ausgänge. Besonders eingehende Fragestellungen beantwortet das 4 Bände starke Quellenwerk des Deutschen statistischen Reichsamts, „Krankheits- und Sterblichkeitsstatistik der Leipziger Ortskrankenkasse“. Danach kamen auf 100 ein Jahr lang beobachtete Personen 39,6 männliche und 47,7 weibliche Krankheitsfälle mit Erwerbsunfähigkeit; die Dauer eines Krankheitsfalles war 21,6 Tage bei männlichen, 24,6 bei weiblichen Mitgliedern. Es starben von 100 beobachteten Personen 0,77 männliche und 0,53 weibliche; 1 Todesfall kam auf 51,7 männliche oder 78,6 weibliche Erkrankte.

Verbindet man Krankheitsursachen und Lebensalter, so steht jedes Lebensalter unter der Vorherrschaft einer besonderen Krankheitsgruppe; ist diese sehr tödlich, wie im Säuglingsalter, so deckt sich Erkrankungs- und Sterblichkeitskurve. In den ersten Lebenstagen herrschen Geburtsfolgen und Entwicklungshemmungen vor, im späteren Säuglingsalter Ernährungsstörungen; im Kleinkindalter stehen akute Infektionskrankheiten und als deren Folge Erkrankung der Sinnesorgane, ferner Rachitis und Skrofulose (Drüsentuberkulose) im Vordergrund; ihre Nachwirkungen setzen sich ins Schulkindalter fort; unter den Erkrankten überwiegen, mit Ausnahme des Stiekhustens, die Knaben. Im schulpflichtigen Alter treten die akuten Infektionskrankheiten annähernd ebenso häufig auf wie im Kleinkindalter, enden aber erheblich seltener tödlich; dagegen ist die tuberkulöse Infektion sehr verbreitet, namentlich in der proletarischen großstädtischen Jugend, aber von sehr geringer Letalität. In den ersten Schuljahren sind Blutarmut und Skrofulose sehr häufig, in den späteren überwiegen funktionelle und organische Herzerkrankungen, die Kurzsichtigkeit nimmt von Klasse zu Klasse namentlich in den höheren Schulen zu. Die Krankheitsbewegung nach der Schulentlassung steht unter dem Einfluß der Geschlechtsreife und des Eintritts in den Beruf; an die Stelle der Drüsentuberkulose tritt die Lungenschwindsucht mit sehr hoher Letalität. Im berufsfähigen Alter tritt der Unterschied der Geschlechter durch den Einfluß von Schwangerschaft und Entbindung bei Frauen, des Berufs bei Männern scharf hervor; zahlenmäßige Unterlagen liegen nur für die Versicherten vor. Besonderes Interesse be-

anspricht die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten. Nach Blaschko beträgt die Jahresfrequenz der Morbidität an Gonorrhöe 8—8,2% aller Männer, in den Großstädten das Doppelte bis Dreifache. Unter 100 Krankenhausaufnahmen gaben etwa 18—20% in der Anamnese Gonorrhöe, etwa 10% Ulcus molle oder durum, etwa 20% Syphilis bei der Befragung zu. Bei der Rekrutierung fanden sich erkrankte Rekruten auf das Tausend in

Berlin	41,3
Städte über 100000 Einw.	15,8
„ „ 50000—100000 Einw.	10,2
„ von 25000—30000 Einw.	8,0
Übrige Städte und Land	4,4

Auch die Heeresstatistik gibt ein Bild der Verbreitung der Krankheiten. Es wurden bei der Aushebung untauglich gefunden 44,7%, davon 17,3 wegen Körperschwäche, 2,8 wegen Herzleiden, 1,0 wegen Lungenleiden, 2,0 wegen Brüchen. Der Lazarettzugang betrug auf 1000 Mann im deutschen Heer 236,9; auf 1000 Erkrankungen kamen 40,2 wegen Infektionskrankheiten, 128,6 wegen Erkrankungen der Atmungsorgane, 152,5 wegen solcher der Verdauungsorgane, 240,0 auf Hauterkrankungen, 106,6 auf den Bewegungsapparat, 206,6 auf Verletzungen.

Über die Zusammenhänge von Krankheit und Beruf liegen lange Zahlenreihen aus der Kassenstatistik vor; Schlüsse gestatten sie weniger, weil schwächliche Personen die leichten Berufe bevorzugen, bei vielen Betrieben gesundheitsgefährliche und un gefährliche Tätigkeiten zusammengefaßt sind und Krankheit häufig zu Berufswechsel führt. Brauchbar sind die Zahlen für die gewerblichen Vergiftungen, unter denen auch heute noch die Bleivergiftungen im Vordergrund stehen.

In der Leipziger Ortskrankenkasse kamen Bleivergiftungen vor bei:

100000 männlichen Pflichtmitgliedern	351
100000 „ freiwilligen Mitgliedern	770
100000 weiblichen Pflichtmitgliedern	100
100000 „ freiwilligen Mitgliedern	49

Sie verteilten sich auf die einzelnen Berufe:

Maler	60,4 ⁰ / ₁₀₀	Feilenhauer	10,1 ⁰ / ₁₀₀
Schriftsetzer	43,4 „	Metallarbeiter	6,5 „
Schriftgießer	39,2 „	Installateure	5,4 „
Porzellanmaler	34,8 „	Graveure	4,1 „
Buntpapierfabrikate.	16,0 „	Metallpoliererinnen	86,7 „
Buchdrucker	10,9 „	Maßstabarbeiterinnen	25,6 „

Auf Grund einer Enquete wurden 1900 mehr als 12000 Krebsfälle gemeldet, die Zahl der Lupusfälle wird auf 33000 in Deutschland geschätzt; es wurden 17 Leprafälle und etwa 800 Fälle von Anchylostomiasis festgestellt.

Die Statistik der Unfallerkrankungen weicht mehrfach von der der tödlichen Verunglückungen ab. Die leichten Unfälle werden nicht erfaßt, ebensowenig aber die oft bedenklichen und zuweilen tödlichen Folgen kleiner Hautverletzungen in der Form der Phlegmonen und Panaritien.

Die Unfallhäufigkeit schwankt nach dem Beruf, sie liegt für ent-schädigungspflichtige Unfälle unter 5‰ bei der Bekleidungs- und Tabaksindustrie, zwischen 5 und 10‰ bei den meisten anderen Berufen, wie der Metall-, Papier- und chemischen Industrie, von 10—15‰ im Bergbau, Brauereigewerbe, in der Holzindustrie, der Binnenschifffahrt, noch höher im Fuhrwerksbetrieb. Sie ist im all-gemeinen vom Lebensalter unabhängig, wird bei Saisonarbeitern (Landwirtschaft) natürlich von der Jahreszeit beeinflusst; von Wochentagen fällt eine etwas größere Zahl auf den Montag als auf den Durch-schnitt. Unter den Unfallarten sind Quetschungen und Zerreißen am häufigsten (über 40%); unter diesen überwiegen die der Hände und Arme; es folgen Knochenbrüche mit mehr als 20%, unter denen die des Unterschenkels fast ein Drittel betragen; dann kommen Vorderarm, Oberschenkel, Oberarm, Kopf. Die Zahl der Unfall-erkrankungen hat im Laufe der Jahrzehnte durch die Zunahme der Maschinen und des Verkehrs sich außerordentlich gesteigert, die-jenige der tödlichen Verunglückungen aber ist annähernd gleich-geblieben, eine Folge besserer Versorgung und Behandlung. Etwa 80% der gemeldeten Unfälle führen innerhalb weniger Wochen zur Genesung und Arbeitsfähigkeit.

Die Statistik der Invalidität leidet an dem Mangel, daß die Zahl der Versicherten nicht feststeht; für Baden hat jüngst A. Fischer die Lücke auszufüllen versucht. Die Altersverteilung war 1909 die folgende:

15—20	20—25	25—30	30—40	40—50	50—60	60—70 Jahre
8,7	1,2	2,4	3,5	7,1	22,3	54,8

Invaliditätsursachen waren in

	Berlin		Deutsches Reich	
	männl.	weibl.	männl.	weibl.
Altersschwäche	4,6	8,9	15,0	22,1
Krankheiten von Knochen und Gelenken	9,4	10,1	5,0	5,2
Gefäße und Herz	9,8	12,4	6,0	8,6
Nervenkrankheiten	12,9	12,8	1,9	2,5
Lungenkrankheiten	24,1	15,0	21,4	11,1
Darunter Tuberkulose	15,8	9,4	16,7	8,9

Unter den Gebrechen¹⁾ nehmen die Geisteskranken den Hauptanteil ein; ihre Zahl wird durch die Volkszählung, ihre Form und Versorgung durch die Anstaltsstatistik festgestellt.

Ihre Zahl liegt zwischen 2 und 3—4⁰/₀₀; sie ist, z. T. infolge besserer Erfassung, im Ansteigen, doch nehmen einzelne Formen unter dem erschwerten Daseinskampf zu. Von den gezählten Geisteskranken ist etwa die Hälfte in Anstalten untergebracht, in Preußen und England etwas mehr, in Österreich z. B. etwas weniger. Ungefähr 65 % kommen auf einfache Seelenstörungen, etwa 12 % auf die Paralyse, je etwa 10 % auf epileptische Seelenstörung und Idiotie einschließlich Kretinismus. An der Gesamtzahl sind die Geschlechter gleichmäßig beteiligt; doch überwiegen bei Männern Paralyse und andere syphilitische sowie alkoholische Krankheiten, bei Frauen die einfachen Seelenstörungen (Wochenbett). Schwachsinn, Idiotie, Kretinismus, die in der Jugend auftreten und lange Anstaltsbehandlung erfordern, bedingen deren Übergewicht unter den Anstaltsinsassen; zur Heilung gelangen von Anstaltskranken 18—20 %, zur Besserung 25 %, tödlich enden 33 %.

Die Zahl der Blinden betrug im Deutschen Reich auf 100000 Einwohner 64 männliche und 56 weibliche Personen; da die Begriffsbestimmung schwierig, so sind die Ergebnisse nicht fehlerlos. Die Zahl ist in anderen Ländern, besonders des östlichen und südlichen Europas, bedeutend höher. Die Altersverteilung ergibt sich aus der folgenden Tabelle:

		auf 100000			
		m.	w.		
0—5 Jahre	. . .	10	8	30—40 Jahre	. . . . 49 36
5—10 „	. . .	17	14	40—50 „	. . . . 81 54
10—15 „	. . .	27	19	50—60 „	. . . . 133 97
15—20 „	. . .	30	22	über 60 „	. . . . 353 340
20—30 „	. . .	33	26		

Die häufigsten Ursachen sind im Kindesalter Blennorrhöe, im späteren Alter Katarakt, Glaukom, Sehnervenschwund. In den Blindenanstalten machen die an Blennorrhöe Erblindeten 25 % und mehr aus.

Die Zahl der in Deutschland 1900 festgestellten Taubstummen betrug auf 100000 Lebende 95 männliche, 78 weibliche; sie ist in Ländern mit Kretinismus häufiger, ebenso steigert die epidemische Genickstarre ihre Zahl.

Über die Zahl der Krüppel unterrichtet eine im Jahre 1906 vorgenommene Zählung derjenigen unter 15 Jahren. Auf 10000 Kinder dieses Alters kamen 35,7 Krüppel; bei 18,6 % war das Leiden angeboren; von den Krüppeln im Schulalter hatten 16,7 % Knochen- und Gelenktuberkulose, 13,2 % Wirbelsäulen-erkrankungen, 16,5 % Lähmungen, 7,9 % Folgen der Rachitis (vgl. Krüppelfürsorge).

¹⁾ Siehe auch S. 269.

Aus der Krankenhausstatistik lassen sich einige praktisch wichtige Schlüsse ziehen. Die folgende Tabelle für Preußen erweist die Zunahme der Hospitalisierung.

Es kamen auf 10000 Einwohner:

	Betten	Verpflegte
1885	20,0	120,7
1891	24,8	155,8
1897	27,9	187,0
1900	29,9	208,6
1905	35,7	270,8
1910	40,56	329,9

Die Zunahme der Betten ist bedeutend stärker in den Städten und Industriegegenden als auf dem Lande. Man rechnet auf 1000 Einwohner 5 Betten als Bedarf; die Kosten für den Bau betragen für kleine Anstalten 3000—4000 Mk. für das Bett, für größere mit vielen Abteilungen 6000, für solche mit besonderen Einrichtungen für Forschung und Unterricht 8000—10000 Mk. für das Bett. Die Belegungsdauer eines Bettes beträgt 240—300 Tage im Jahre, die durchschnittliche Dauer des Aufenthalts 25—30 Tage, bei Tuberkulose 50, bei Säuglingskrankheiten 45 Tage. Auf 100 Aufnahmen kommen in Großstädten etwa 15—20 Operationen.

Die Aufnahmen verteilen sich 1909 in Berlin auf Krankheitsgruppen.

Auf 1 Million Einwohner kamen Aufnahmen an

Entwicklungskrankheiten	2078
Infektions- und allgemeinen Krankheiten	18962
Krankheiten des Nervensystems	2928
„ „ Atmungsorgane	3686
„ „ der Ohren	706
„ „ „ Augen	328
„ „ „ Zirkulationsorgane	2307
„ „ des Verdauungsapparats	7642
„ „ der Geschlechtsorgane	5689
„ „ „ Haut	3848
„ „ „ Bewegungsorgane	2450
Mechanische Verletzungen	3875
Andere Krankheiten	3857

55 355.

In Berlin starben in Anstalten 38,6% männliche, 36,1% weibliche der Gesamtsterblichkeit der Stadt; im Reiche 13%; die Letalität der Krankenhausinsassen beträgt auf 100 Aufnahmen in Berlin etwa 9, in kleineren Provinzanstalten 5,7. Die Zunahme der Hospitalisierung hat einen zahlenmäßig nachweisbaren günstigen Einfluß auf die Morbidität bei Tuberkulose und akuten Infektionskrankheiten.

Sterblichkeitsstatistik. Sie ist der best ausgeübte, in den Unterlagen zuverlässigste und methodisch am sorgfältigsten durchgeführte Teil der Bevölkerungsstatistik. Faßt man die Gesamt-

zahl der Todesfälle einer bestimmten Bevölkerung zusammen, die Ziffer der Gesamtsterblichkeit, so stößt man bei Vergleichen auf die Fehlerquelle der verschiedenen Altersbesetzung. In Großstädten mit geringer Säuglingszahl und einer Überzahl jugendlicher Arbeiter mit niedriger Sterblichkeit wird rein rechnerisch eine günstigere Sterblichkeit vorgetäuscht. Man muß daher die Sterblichkeit nach Altersklassen zerlegen und die Teilabschnitte auf die Lebenden der gleichen Altersklasse berechnen. Man erhält dann eine für die Sterblichkeit der einzelnen Lebensalter typische Kurve, von der die folgende Tabelle ein Bild gibt.

Es starben in Preußen 1913 auf 1000 Lebende im Alter von

0— 1 Jahr	167,06	25—30 Jahre	4,87
1— 2 Jahre. . . .	30,45	30—40 „	5,69
2— 3 „	10,34	40—50 „	8,85
3— 5 „	6,01	50—60 „	16,87
5—10 „	3,07	60—70 „	37,97
10—15 „	2,04	70—80 „	87,41
15—20 „	3,33	über 80 „	198,47
20—25 „	4,27		

Auch diese Methode bedarf weiterer Verbesserungen, wie der Berücksichtigung der Ortsfremden oder der in anderen Gemeinden sterbenden Ortsangehörigen, was besonders dann ins Gewicht fällt, wenn eine größere Stadt ohne eigenes Krankenhaus ihre Schwerkranken in das einer Nachbargemeinde verlegt, oder wenn Universitätsstädte die Kranken eines ganzen Landesbezirks an sich ziehen. Zerlegt man die jüngsten Altersstufen nicht nach Lebensjahren, sondern nach Lebensmonaten, so müssen Geburtsalter und Sterbealter für die Kalendermonate in Übereinstimmung gebracht werden. Für die höheren Lebensalter ist eine Zusammenfassung größerer Abschnitte zulässig; in den meisten Zusammenstellungen wird daher das erste Lebensjahr nach Monaten zerlegt, das Alter von 1—5 Jahren zusammengefaßt und die späteren Altersklassen bis zum 20. oder 30. Jahr nach Jahrfünfteln, später nach Jahrzehnten berechnet. Da die Kurve der Geschlechter etwas verschieden verläuft, bedarf es für viele Fragen der Teilung nach diesen.

Wenn die Sterblichkeit einer Generation von der Geburt bis zum Erlöschen verfolgt werden soll, bedarf es der Aufstellung einer Sterbetafel, die nicht nur für wissenschaftliche Fragen, sondern vor allem für die Versicherungstechnik von großer Bedeutung ist. Erst sie gibt ein wissenschaftlich zutreffendes Bild der Sterblichkeitsvorgänge einer Bevölkerung. Die erste Sterbetafel stellte Halley 1693 auf, indem er von der Zahl der Todesfälle eines Kalenderjahres ausging, diese nach Lebensaltern zerlegte und das Verhältnis der einzelnen Teilgruppen auf die der

Gesamtsterbeziffer bezog. In dieser Methode liegt eine große Fehlerquelle, weil sie die Bevölkerungszahl als unverändert annimmt. Jetzt bedienen wir uns einer anderen Methode, die besonders von Boeckh und Rahts verbessert worden ist. Man geht von der wirklichen Zahl der Geborenen aus, bringt mittels Durchschnittsberechnung Kalenderjahr und Lebensjahr in Ausgleich und bezieht auf diese und später Jahr für Jahr auf die als überlebend Berechneten die Todesfälle des nächstfolgenden Lebensabschnitts. Auch diese Methode ist nicht ganz voraussetzungslos, denn sie betrachtet die Geburten des Beobachtungsjahres unter der Annahme, daß die Sterblichkeit der späteren Jahrzehnte gleich der des Beobachtungsjahrs bleiben würde, während die Lebensalter, deren Sterbeerwartung berechnet wird, einige Jahrzehnte später doch unter ganz anderen, nicht vorauszu sehenden günstigeren oder ungünstigeren Sterblichkeitsverhältnissen stehen können. Aber gerade dieser Umstand ermöglicht den Vergleich der Sterblichkeit verschiedener einander folgender Generationen. Die Sterbetafel gestattet die Berechnung zweier für die Praxis wichtiger Werte. Die mittlere Lebensdauer einer Altersklasse, d. h. die durchschnittliche Aussicht, eine bestimmte Anzahl Jahre zu erleben, berechnet man aus der Sterbetafel, indem man die Summe der Überlebenden der folgenden Jahre durch die Zahl der im Ausgangsjahr der Berechnung Lebenden teilt; die wahrscheinliche Lebensdauer ist die Zahl der Jahre bis zum Dahinscheiden der Hälfte der im Ausgangsjahr Lebenden, sie ist praktisch von geringerer Bedeutung. Die mittlere Lebensdauer ist der Ausdruck der Lebenserwartung einer bestimmten Altersklasse. Die Absterbeordnung des Deutschen Reichs und zugleich die Besserung der Sterblichkeit von Jahrzehnt zu Jahrzehnt ergibt sich aus der folgenden Tabelle, die hier nur für Männer wiedergegeben ist; die für Frauen ist fast durchweg etwas günstiger.

Aus beiden Darstellungsarten, von denen die Sterblichkeitsbestimmung nach Lebensaltern einen augenblicklichen Zustand, die Sterbetafel die Entwicklung der Sterblichkeit einer Generation darstellt, ergibt sich die überragende Bedeutung der Säuglingssterblichkeit, die für den Verlauf der Gesamtsterblichkeit häufig bestimmend ist. Man behandelt daher die Säuglingssterblichkeit und die der anderen Altersklassen getrennt und berechnet die erstere nicht auf die Zahl der Lebenden, sondern der Lebendgeborenen des gleichen Zeitraums.

Die Säuglingssterblichkeit schwankt zunächst nach dem Lebensalter, sie ist in den ersten Lebenstagen am größten,

Deutsche Sterbetafeln auf 1000 Geborene.
Männliches Geschlecht.

Alter in Jahren	1871—1880		1881—1890		1891—1900		1901—1910	
	Über- lebende	Mittlere Lebens- dauer Jahre	Über- lebende	Mittlere Lebens- dauer Jahre	Über- lebende	Mittlere Lebens- dauer Jahre	Über- lebende	Mittlere Lebens- dauer Jahre
0	1000	35,58	1000	37,17	1000	40,56	1000	44,82
1	747	46,52	758	47,92	766	51,85	798	55,12
2	699	48,72	710	50,15	726	53,67	766	56,39
5	647	49,39	661	50,76	692	53,27	742	55,15
10	621	46,51	635	47,75	674	49,66	728	51,16
15	609	42,38	624	43,54	665	45,31	720	46,71
20	593	38,45	610	39,52	650	41,23	706	42,56
25	569	34,96	589	35,83	632	37,38	689	38,59
30	544	31,41	567	32,11	613	33,46	671	34,55
40	488	24,46	511	25,03	564	25,89	626	26,64
50	412	17,98	437	18,41	490	19,00	553	19,43
60	311	12,11	334	12,43	383	12,82	438	13,14
70	177	7,34	197	7,51	232	7,76	271	7,99
80	50	4,10	58	4,11	73	4,23	90	4,38

steigt am 9.—10. Lebenstage etwas an und hält sich gleichmäßig auf beträchtlicher Höhe bis fast zum Ende des ersten Lebensmonats. Von da ab sinkt sie steil und dann langsamer von Monat zu Monat. In den ersten Tagen sind Geburtswirkungen und Lebensschwäche die Haupttodesursachen, später Ernährungsstörungen infolge von Magendarmkatarrhen und als deren Folge Abzehrung; im zweiten Lebenshalbjahr beginnen auch die akuten Infektionskrankheiten, Lungenentzündung und Tuberkulose, in den Vordergrund zu treten. Die Sterblichkeit der Knaben ist während des ganzen Zeitabschnitts etwas höher als die der Mädchen. Von größter Bedeutung ist der Familienstand; die Sterblichkeit der unehelichen Kinder ist durchweg erheblich größer als die der ehelichen.

Säuglingssterblichkeit in Preußen 1900—1902.

	Ehelich		Unehelich		
bis 1 Monat	54,8	105,3	6—7 Monate	12,0	22,5
1—2 Monate	21,8	58,7	7—8 „	10,9	19,5
2—3 „	19,3	49,9	8—9 „	10,1	16,6
3—4 „	17,2	40,8	9—10 „	9,4	14,3
4—5 „	14,8	33,1	10—11 „	8,6	12,2
5—6 „	13,0	27,1	11—12 „	7,8	10,3
				183,0	344,6

Die Gründe der Übersterblichkeit sind biologisch und sozial. Zunächst sind unter den Unehelichen mehr Erstgeborene mit ihrer größeren Sterblichkeit, dann auch infolge von Not und Krankheit der Mutter (z. B. Syphilis) mehr Lebensschwache; hauptsächlich aber wirkt die Trennung von der Mutter, die weniger sorgfältige Aufzucht und das Überwiegen der unnatürlichen Ernährung. Nach der ersten biologischen Auslese haben bei guter Aufsicht der Säuglingsfürsorgestellen uneheliche Kinder keine größere Sterblichkeit als gleichaltrige eheliche Säuglinge der gleichen gesellschaftlichen Schicht.

Von entscheidender Bedeutung ist die Art der Ernährung, die in den Großstädten bei der Volkszählung für die Lebenden und auf den Totenscheinen für die Gestorbenen festgestellt wird, am sorgfältigsten nach dem Vorgehen von Boeckh in Berlin. Die Stillhäufigkeit, ihr Rückgang und ihr Einfluß auf die Säuglingssterblichkeit ergibt sich aus den folgenden Tabellen für Berlin.

Von je 100 Säuglingen waren ernährt mit:

	Mutter- milch	Ammen- milch	Tier- milch	Surro- gaten	Sonstiger Nahrung
1890	52,43	2,28	43,06	0,91	1,32
1895	45,74	1,50	51,30	0,58	0,87
1900	37,74	0,74	57,71	2,70	1,11
1905	35,53	0,61	60,91	2,58	0,38

Die Stillzahl sinkt monatweise. Sie betrug am Ende des ersten Monats 60%, am Ende des ersten Vierteljahres 46,4, des zweiten 35,4, des dritten 25,5%.

Von 1000 lebenden Kindern starben 1906 in Berlin:

Lebensmonat	Muttermilch	Tiermilch	Surrogate	Zwiiemilch
1.	22,45	58,10	174,49	51,35
2.	7,91	31,34	30,80	44,04
3.	4,27	27,30	31,94	33,97
4.	2,44	22,07	22,32	39,74
5.	1,70	18,46	22,84	24,30
6.	2,17	16,10	19,27	15,39
7.	1,44	14,10	22,31	16,76
8.	1,84	12,16	11,01	19,60
9.	2,15	10,21	7,33	28,54
10.	1,51	9,22	6,82	24,81
11.	1,30	7,96	6,63	27,04
12.	1,48	8,05	4,23	20,92
1. Lebensjahr	6,34	17,96	23,65	29,49

Das Werben für die natürliche Ernährung hat in den letzten Jahren vor dem Kriege in deutschen Großstädten eine kleine, die Reichswochenhilfe im Kriege eine etwas größere Steigerung der Stillung herbeigeführt. Außerdem wurde mehrfach, so bei den großen wirtschaftlichen Krisen Englands und bei der Pariser Belagerung 1870, durch Absinken der Frauenarbeit eine Zunahme der Stillung und damit eine Abnahme der Säuglingssterblichkeit beobachtet.

Neben der Ernährungsart ist die Jahrestemperatur von größtem Einfluß. Man unterscheidet den flacheren Wintergipfel, bedingt durch gesteigerte Sterblichkeit an Krankheiten der Atmungsorgane, und den steileren Sommergipfel. Dieser ist am flachsten in weit bebauten Städten, an der Küste, in Gegenden mit Überwiegen natürlicher Ernährung, ist aber auch niedrig in Städten mit großer Wintersterblichkeit und durchweg hoher Säuglingssterblichkeit, wie München. Er ist besonders hoch in Städten mit dichten Arbeiterquartieren und engem Mietskasernenbau. Er folgt der Temperatursteigerung um kurze Frist nach, mag diese in den Frühsommer oder Spätsommer fallen, und setzt sich für einige Wochen auch nach Abfall der Hitze fort. Besonders gefährdet sind die jüngeren Lebensmonate. Der Sommergipfel läßt sich bis in die Anfänge der medizinischen Statistik, also bis ins 17. Jahrhundert verfolgen; in Bevölkerungen mit großer Kinderzahl erzeugt er eine Sommersteigerung der Gesamtsterblichkeit.

Säuglingssterblichkeit in Berlin 1911 auf 1200.

Januar	80,1	Juli	113,2
Februar	79,1	August	216,4
März	80,5	September	134,4
April	89,3	Oktober	81,5
Mai	85,1	November	74,4
Juni	82,7	Dezember	83,2

Häufen sich zwei ursächliche Gründe, wie Sommerhitze und künstliche Ernährung, so vervielfältigt sich die ungünstige Wirkung. Unter den 1346 im heißen August 1911 in Berlin gestorbenen Säuglingen waren 118 Brustkinder, 36 Zwiemilchkinder, der Rest von 1208 Flaschenkinder.

Von einigem Einfluß ist die Geburtenfolge. Die Erstgeborenen haben in den ersten Lebenswochen eine etwas größere Sterblichkeit; mit der Zunahme der Kinder einer Ehe steigt andererseits von einer bestimmten Zahl ab die Kindersterblichkeit nicht prozentual, sondern progressiv; eine mittlere Geburtenzahl bildet also das Aufzuchtsoptimum. Die in Deutschland eingetretene Geburtenabnahme hat bisher bis zum Einsetzen der

Folgen des Krieges nur einen Grad erreicht, der zu einem Sinken der Aufzuchtziffer noch nicht geführt hat; die Gefährdung war aber schon damals sehr nahegerückt.

Da eine nicht zu große Kinderzahl günstigere Aufzuchtbedingungen gewährt, aber auch aus allgemeinen Gründen sinkt die Säuglingssterblichkeit mit der besseren wirtschaftlichen Lage. Teilt man in drei Gruppen nach der Wohnungsgröße, so verhält sich mit deren Abnahme die Sterblichkeit der Säuglinge wie 1:1,75:2,43, mit der Einschränkung, daß natürliche Ernährung günstiger wirkt als schlechtere wirtschaftliche Verhältnisse ungünstig.

Mit Ausnahme der ersten Lebenswochen, in denen die Sterblichkeit höher ist, hielt sich die Säuglingssterblichkeit bis vor kurzem auf dem Lande auf geringerer Höhe als in der Stadt. Durch Änderung der Sitten, verstärkte Milchabgabe an die Städte, Verbesserungen der städtischen Aufzucht, sank die Säuglingssterblichkeit in den Städten in der letzten Zeit steiler als auf dem Lande, so daß die Zahlen, die in Preußen bei ehelich Geborenen 1880 noch 21,1 gegen 18,3 betragen, jetzt bei etwa 18 einander gleich geworden sind.

In den einzelnen Ländern Europas ist die Säuglingssterblichkeit sehr ungleich; Deutschland steht recht ungünstig da, zeigt aber in den einzelnen Gegenden sehr verschiedenes Verhalten, im übrigen in den letzten Jahren eine Abnahme der Säuglingssterblichkeit.

Gestorbene von 1 Jahrauf 1000 Lebendgeborene 1906/1908.

Österreich	202	England	121
Ungarn	199	Niederlande	125
Rußland	272	Belgien	132
Deutschland	178	Schweden	77
Italien	156	Dänemark	108
Spanien	173	Norwegen	67
Frankreich	143		

In Preußen sanken die Zahlen von 206 im Jahre 1875 auf 157 im Jahre 1910. Die Sterblichkeit der einzelnen Städte ist außerordentlich ungleich. Sehr hohe Werte haben Breslau (20,7), Chemnitz (19,7), Danzig (20,1), Posen (19,7), München (18,3); mittlere Cöln (16,3), Berlin (14,6), Dresden (13,3), Dortmund und Düsseldorf (je etwa 16); Harburg (13,8); niedrige z. B. Frankfurt a. M. (11,4), Charlottenburg (12,3), Wiesbaden (11,8); besonders tiefe einige rheinische Industriestädte, wie Barmen (9,2), Elberfeld (9,7), Essen (11,8).

Unter den Todesursachen kommen auf 10000 Lebende in Betracht:

	Knaben	Mädchen
Krankheiten der Verdauungsorgane	473,9	393,4
Brechdurchfall.	175,3	151,9
Angeborene Bildungsfehler und Lebensschwäche	447,7	358,05
Lungenentzündung	126,53	103,74
Keuchhusten	53,20	56,17
Tuberkulose	23,10	18,68
Masern	22,44	21,62
Diphtherie	11,96	9,49

Für die Sterblichkeit der Lebensalter über 1 Jahr ist die Statistik der Todesursachen von besonderem Interesse. Ihre Zuverlässigkeit setzt richtige Angaben voraus, und diese sind, wenn zwar auch hier nicht ohne große Fehlerquellen, nur bei ärztlicher Totenschau zu erwarten. Die Unterlage bildet das amtliche „Verzeichnis der Todesursachen“, das nicht in allen Ländern gleich ist; auch Preußen und das Reichsgesundheitsamt gebrauchen nicht das gleiche Schema, wenngleich die Unterschiede nicht erheblich sind.

Das preußische Schema wurde 1904, das des Reichs 1905 aufgestellt. Beiden liegt eine Mischung ursächlicher, klinischer und anatomischer Gesichtspunkte zugrunde. Das erste unterscheidet 6 große Gruppen: 1. Infektionskrankheiten; 2. Vergiftungen; 3. äußere Einwirkungen; 4. Störungen der Entwicklung und Ernährung; 5. Krankheiten der Organe; 6. andere nicht angegebene und unbekannte Krankheiten. Die Gruppe 5 umfaßt in 12 Untergruppen die Erkrankungen der Organe in anatomischer Reihenfolge. Gruppe 4 enthält auch die konstitutionellen Allgemeinerkrankungen und die Neubildungen, die nicht nach Organen aufgeführt werden. Das gesamte Verzeichnis enthält 176 Nummern. Bei mehreren Erkrankungen als Todesursachen zählt die Grundkrankheit (z. B. bei Tabes oder Diabetes diese und nicht Decubitus oder Furunkulose) oder die schwerere Erkrankung. Wird eine chronische, an sich nicht tödliche Krankheit durch eine akute beendet, z. B. Geistesstörung durch Typhus, so zählt letzterer; gewaltsame Todesursachen stehen voran.

Die Todesursachen treffen entweder alle Altersklassen gleichmäßig, dann verläuft ihre Sterblichkeitskurve der allgemeinen parallel, das gilt z. B. für Influenza, Grippe, Bronchitis und viele Organerkrankungen; oder sie haben Beziehungen zu bestimmten Altersklassen, der letztere Fall ist der häufigere. Man kann die Bedeutung der Todesursachen auf zwei Arten messen, durch Berechnung der Todesursachen auf die Einheit der Lebenden jedes Alters oder auf je 100 Gestorbene dieses Alters. Auch die letzte

Methode ist brauchbar, aber nur, wenn man bei Vergleichen im Auge behält, wie groß die Gesamtsterblichkeit dieses Lebensalters ist. Das Alter von 10—15 Jahren z. B. hat die geringste Sterblichkeit aller Altersklassen; ebenso ist die Tuberkulosesterblichkeit, auf die Einheit der Lebenden berechnet, die niedrigste von allen Altersklassen; unter 100 Todesfällen dieses Lebensabschnitts aber starben an ihr erheblich mehr als in den Vorjahren.

Die akuten Infektionskrankheiten sind als Todesursache zurückgetreten, die Todesursachen späterer Alter noch nicht merklich geworden, daher bekommt die an sich wenig ins Gewicht fallende Tuberkulose ein Übergewicht über die Todesursachen. Den verschiedenen Verlauf der Krankheitskurve bei diesen beiden verschiedenen Methoden zeigt folgende Tabelle.

Es starben 1913 in Preußen an Tuberkulose:

	von 10000 Lebenden		von 100 Gestorbenen	
	männl.	weibl.	männl.	weibl.
0—1 Jahr . . .	20,59	16,33	1,12	1,08
1—2 Jahre . . .	13,66	12,19	4,38	4,10
2—3 „ . . .	7,61	7,54	7,16	7,02
3—5 „ . . .	5,72	5,58	9,39	9,42
5—10 „ . . .	3,82	4,64	12,54	14,98
10—15 „ . . .	3,71	6,22	18,34	30,05
15—20 „ . . .	11,46	14,16	31,98	45,95
20—25 „ . . .	17,74	17,66	38,53	44,77
25—30 „ . . .	18,02	20,73	37,19	42,35
30—40 „ . . .	17,40	17,81	30,14	31,76
40—50 „ . . .	20,72	14,53	20,52	19,01
50—60 „ . . .	25,18	13,74	12,58	9,80
60—70 „ . . .	25,85	17,56	6,06	5,14
70—80 „ . . .	17,85	13,78	1,92	1,65
über 80 „ . . .	7,46	6,45	0,36	0,33

Es empfiehlt sich daher immer, beim Studium einer einzelnen Todesursache die Beziehung der Todesfälle zur Zahl der Lebenden durch das Zwischenglied der Letalität zu zerlegen, z. B. bei der Diphtherie die Feststellung, daß von 10000 Lebenden 2,5 starben, derart zu teilen, daß von 10000 Lebenden etwa 25,1 erkrankten und von 100 Erkrankten 10 starben. Bei der Verfolgung der Abnahme oder Zunahme einer Krankheit durch die Zeitabschnitte ergibt sich erst dann, daß manche Krankheiten abnahmen, weil von 100 Erkrankten weniger starben, ohne daß die Erkrankungszahlen sanken oder daß sie stiegen, wie bei den Unfällen; oder weil erheblich weniger erkrankten, ohne daß die Krankheit selbst ungefährlicher wurde, wie bei Typhus, oder daß sowohl Erkrankungsziffer wie Letalität abnahmen, wie bei der Diphtherie.

Die Häufigkeit der verschiedenen Todesursachen ergibt sich aus folgender Tabelle:

Todesursachen im Deutschen Reich 1912
auf 10000 Lebende.

Entwicklungskrankheiten und Folgen der Geburt	27,8
Infektionskrankheiten	38,2
Neubildungen und Geschwülste	9,0
Krankheiten des Nervensystems.	13,5
„ der Atmungsorgane	8,8
„ „ Kreislaufsorgane	16,1
„ „ Verdauungsorgane	17,0
„ „ Harn- und Geschlechtsorgane	3,1
Verletzungen	6,3
Anderweitige Krankheiten	15,4
	155,4

Nach Altersklassen verteilt sich einige wichtigere Todesursachen im Deutschen Reich 1912 auf 10000 Lebende:

	0—1	1—15	15—30	30—60	60—70	über 70	ins-ges.
Entwicklungskrankheiten	375,1	—	—	—	—	—	—
Altersschwäche	—	—	—	—	33,0	539,6	—
Scharlach	2,3	2,3	—	—	—	—	—
Masern	16,1	3,0	—	—	—	—	—
Diphtherie	7,7	5,5	—	—	—	—	—
Keuchhusten	48,0	2,3	—	—	—	—	—
Typhus	0,1	0,2	0,5	0,4	0,3	0,1	0,3
Wundinfektionskrankheiten	7,7	0,5	0,7	1,2	2,2	3,0	1,1
Lungentuberkulose	9,6	3,3	16,8	19,5	21,4	12,8	13,3
Tuberkulose anderer Organe	8,3	2,6	1,4	1,2	2,2	2,2	2,0
Lungenentzündung	102,6	8,7	2,5	8,6	38,9	74,2	13,1
Influenza	2,2	0,2	0,1	0,7	5,2	14,5	1,0
Krankheiten der Atmungsorgane	77,1	3,5	1,4	5,0	32,9	65,2	8,8
Kreislauforgane	24,6	2,3	3,1	15,3	89,2	173,0	16,4
Nervensystem	105,2	5,3	2,2	9,5	45,9	101,6	13,4
Magendarmkatarrh	353,9	3,7	—	—	—	—	—
Harn- u. Geschlechtsorgane	3,6	1,0	1,1	3,9	12,6	20,3	3,1
Krebs	—	—	0,3	10,7	53,7	67,0	8,1
Selbstmord	—	0,1	2,4	3,5	5,5	6,0	2,2
Unglücksfälle	3,4	3,1	3,5	4,1	5,7	9,5	3,9
Unbekannt	45,0	1,1	0,4	1,1	5,4	12,9	2,7

Die Letalität der Krankheiten ist eine bedingte; sie schwankt im allgemeinen von 0 bei Leiden, die niemals das Leben bedrohen,

bis 100 bei absolut tödlichen, wie bösartigen Geschwülsten; sie wird bei der ersten Gruppe durch sekundäre Zufälle erhöht, bei der zweiten durch erfolgreiche Heilverfahren herabgesetzt. Typisch und daher zahlenmäßig faßbar ist sie bei den akuten Infektionskrankheiten; so liegt sie z. B. bei Diphtherie um 8—10 %, bei Typhus um 6—8 %, bei Fleckfieber um 10—15 %, für Scharlach bei 5 %, Masern bei 2—3 %. Die Schwankungen der Zahlenangaben sind durch Verschiedenheiten der Einrechnung von leichteren und schwereren Fällen und die unzuverlässig ausgeübte Meldepflicht bedingt. Aber selbst bei Krankheiten mit typischer Letalität rufen drei Einflüsse tiefgreifende Schwankungen hervor: das Lebensalter, die wirtschaftliche Lage und die Konstitution. Bei Diphtherie und Scharlach z. B. betrug die Letalität:

	Diphtherie	Scharlach
0—1 Jahr	42 %	31 %
1—5 Jahre	17 „	13 „
5—10 „	9 „	5 „
10—20 „	7 „	3 „

Komplizierter liegt die Frage für die Tuberkulose, die für die verschiedenen Lebensalter ganz verschiedene Krankheitsformen darstellt.

Der viel studierte Einfluß der wirtschaftlichen Lage ergibt sich z. B. aus folgenden von Reiche¹⁾ für Hamburg ermittelten Zahlen für die Letalität:

	Jahreseinkommen	
	unter 3000 Mk.	über 3000 Mk.
Scharlach	11,0 %	2,5 %
Masern	6,4 „	0,5 „
Diphtherie	12,6 „	2,5 „
Keuchhusten	14,9 „	4,2 „

Schließlich bedingen viele verbreitete konstitutionelle Minderwertigkeiten an sich ungünstigeren Ausgang, gleichviel, welche akute Erkrankung zufällig den Körper befällt, so daß die letztere nur das Schicksal besiegelt.

Die Gesamtsterblichkeit wie die der einzelnen verbreitetsten Krankheiten unterliegt regelmäßigen Schwankungen verschiedener Ordnung.

Die erste solche Schwankung ist die nach Jahreszeiten. So verteilen sich je 1200 Todesfälle in Preußen auf die Monate:

Januar . 116	April . . 100	Juli . . 98	Oktober . 90
Februar . 104	Mai . . . 97	August . 101	November 95
März . . 104	Juni . . 94	September 94	Dezember 107

Die Zusammenfassung wirkt ausgleichend; die Erkrankungen des Luftröhrenapparates enden häufiger im Winter, diejenigen des Magendarmkanals im Sommer tödlich; von Infektionskrankheiten häufen sich Grippe und Influenza, Diphtherie und Tuberkulose im Winter, Typhus, Cholera und Ruhr im Spätsommer; der Tod der

¹⁾ Siehe Mosse-Tugendreich: Krankheit und soziale Lage. München 1912, Lehmann.

meisten chronischen Krankheiten bindet sich nicht an Jahreszeiten. Die jahreszeitlichen Schwankungen der Masernmorbidity sind mehr durch den Schulbeginn bedingt; winterliche Jahreszeit steigert die Todesfälle. Zweitens zeigen gewisse Krankheiten periodische regelmäßige und unregelmäßige Häufungen und Absenkungen, so die Masern aus Gründen der Durchseuchung in Großstädten etwa dreijährige Wellenberge und -täler, in kleineren Siedelungen noch längere Zwischenräume; bei Scharlach umfassen die periodischen Schwankungen erheblich größere Zeiträume; die Seuchenzüge epidemischer und periodischer Erkrankungen, wie Cholera und Genickstarre, sind ganz unregelmäßig.

Schließlich bestehen noch Schwankungen dritter Ordnung, abhängig von großen kulturellen Einwirkungen, welche in den letzten Jahrzehnten durch eine außerordentlich starke Abnahme der Sterblichkeit an den meisten Volksseuchen zum Ausdruck kommt.

Die Sterblichkeit in Preußen betrug:

1855	28,9	1885	25,3
1865	25,8	1895	23,7
1875	27,1	1905	20,3

Ähnlich verhalten sich die meisten anderen europäischen Länder; die Abnahme ist nur zu einem Bruchteil durch die Geburtenabnahme bedingt. Sie tritt noch schärfer für bestimmte Krankheiten hervor.

Es starben in deutschen Städten über 15000 Einwohner auf 100000 Lebende an:

	Scharlach	Masern	Typhus	Diphtherie	Tuberkulose	Insgesamt auf 1000
1877	61,3	30,0	45,8	103,6	372,1	26,99
1880	56,5	35,0	43,3	93,1	345,8	27,08
1885	32,5	33,4	25,2	122,7	344,7	24,97
1890	20,3	31,5	16,1	100,5	298,2	23,38
1895	19,8	15,2	10,5	54,0	251,2	21,33
1900	24,0	22,9	11,3	27,7	222,6	21,07
1905	13,8	16,8	6,4	22,4	222,6	18,56
1908	17,9	18,0	5,1	25,1	192,5	17,07

Die Abnahme der Sterblichkeit insgesamt ist eine Wirkung der fortschreitenden Kultur, wobei einzelne Teilabschnitte (Fortschritte der Medizin, der Krankenfürsorge, zunehmender Wohlstand, besseres Verständnis, Frühbehandlung) jede ihren Anteil haben. Je rückständiger kulturell ein Land, desto höher die Sterblichkeit, desto geringer ihre Abnahme.

Über den Einfluß der wirtschaftlichen Lage auf die Gesamtsterblichkeit liegen zahlreiche Untersuchungen vor, die trotz der Unsicherheit der Maßstäbe (Steuerleistungen der Bezirke,

Wohnungsgröße) starke Ausschläge zeigen. So ergab die Bremer Statistik für die Altersklasse 30—60 Jahre bei 94 Todesfällen auf 10000 Lebende eine Verteilung von 136, 86, 62 auf drei Wohlstandsstufen (Arme, Mittelstand, Wohlstand). Eine Wiener Statistik, welche den Überfüllungsgrad der Wohnungen zugrunde legt, gibt für sieben Stufen folgende Tabelle:

Prozentsatz der in überfüllten Wohnungen Lebenden	Sterblichkeit auf 1000 Lebende		Prozentsatz der in überfüllten Wohnungen Lebenden	Sterblichkeit auf 1000 Lebende	
	Ins-gesamt	an Tuberkulose		Ins-gesamt	an Tuberkulose
über 10 %	15,2	1,1	25—30 %	20,5	2,1
10—15 „	17,1	1,5	30—35 „	24,1	2,5
15—20 „	19,1	1,7	über 35 „	24,3	2,7
20—25 „	20,5	2,0			

Der Einfluß der Wohlhabenheit auf die Tuberkulosesterblichkeit folgt auch aus einer Hamburger Statistik:

Einkommen	Einkommen
900—1200 Mk. 65,7	5000—10000 Mk. 18,3
1200—2000 „ 55,9	10000—25000 „ 17,2
2000—3500 „ 36,3	25000—50000 „ 22,1
3500—5000 „ 22,8	

Umgekehrt zeigt Wohlhabenheit Übersterblichkeit an bestimmten Krankheiten, wie Diabetes oder Krankheiten des Zirkulationsapparates.

Die Sterblichkeit nach Stadt und Land zeigt insgesamt kleine Unterschiede zugunsten des Landes, die für die Frauen etwas höher sind. Im übrigen führen Annäherung der Lebensweise und Wanderungen immer mehr zum Ausgleich.

Größere Abweichungen zeigen sich für einzelne Krankheiten: hier spielen aber geographische Unterschiede eine erheblichere Rolle als der Gegensatz von Stadt und Land, so bei Krebs, Tuberkulose, Säuglingssterblichkeit, Wochenbetterkrankungen. Auch die oft sehr erheblichen Unterschiede in der Verteilung der Sterblichkeit einzelner Krankheiten nach Erdteilen und Rassen sind von außerordentlicher Wichtigkeit, vielfach auch zahlenmäßig erfaßbar, aber mehr Gegenstand der geographisch-ethnologischen Epidemiologie als der Statistik.

Von größter sozialhygienischer Bedeutung sind dagegen die Beziehungen zwischen Sterblichkeit und Beruf. So wichtig für die Bewertung der Berufsgefahr, aber auch für die soziale und die private Versicherung diese Frage ist, so viel Sonderstudien in der internationalen Literatur darauf verwendet sind, so schwierig ist eine kurze Zusammenfassung der Ergebnisse. Schwächliche Leute wenden sich den leichteren Berufen zu, er-

krankte wechseln die Arbeit; für einige Berufe besteht ärztliche Auslese zur Ausschaltung besonders Gefährdeter. Im allgemeinen sind landwirtschaftliche Beschäftigungen weniger lebensverkürzend als industrielle; der Beruf des Beamten und Geistlichen ist über den Durchschnitt günstig, während die Lebenserwartung des Arztes unter dem Durchschnitt liegt. Berufe mit mineralischem und metallischem Staub, ferner solche mit chemischen und metallischen Giften bedrohen und verkürzen besonders stark das Leben. Eine genaue Untersuchung ist nur möglich bei Bewertung von Beruf, Alter, Geschlecht und Todesursache, welche häufig spezifisch ist, wie die Hautkrebse in manchen chemischen Berufen, die Blei- und Quecksilbergefahr, die Milzbrandgefahr der Pinselarbeiter, die Tuberkulose der Krankenpfleger usw.

Die folgende Tabelle setzt für England in den Jahren 1890 bis 1892 die durchschnittliche Sterblichkeit für die Alter von 25 bis 65 Jahren = 100 und berechnet für die einzelnen Berufe die Standardsterblichkeit für

Geistliche	53	Ärzte	97
Ackerbauer	60	Schneider	99
Lehrer	60	Maurer	100
Künstler	78	Eisenbahnarbeiter . . .	105
Anwälte	82	Textilindustrie	106
Müller	84	Buchdrucker	110
Kontorpersonal	91	Maler	112
Schmiede	91	Eisen- u. Stahlarbeiter	130
Bäcker	92	Feilen- u. Nadelarbeiter	141
Schuhmacher, Sattler, Schlosser	92	Bierbrauer	143
Bergleute	93	Glasindustrie	149
Handelsreisende	96	Gastwirte	166
		Töpfer	176

Die Gefährlichkeit des Gastwirtsgewerbes ergibt sich aus folgenden Zahlen:

Sterblichkeit an	Gastwirte	Allgemeine Berufstätige Bevölkerung	
Tuberkulose	259	192	185
Lungenentzündung . . .	158	107	105
Atmungsorgane	129	117	116
Kreislauf	193	132	126
Leberkrankheiten	201	29	27
Nierenkrankheiten	62	28	27
Nervenkrankheiten	160	102	82
Alkoholismus	92	13	13

Die Zahl der Selbstmorde ist bei den germanischen Völkern höher als bei den slawischen und romanischen, im Westen mehr als im Osten Europas; in Deutschland größer in industriellen als ländlichen Bezirken. Sie ist im leichten Anstieg und hat in Preußen und Sachsen die Zahl von 200 bzw. 300 auf 1 Million überschritten. Die Ursachen des Selbstmords und die Wahl des Todesmittels sind bei den Geschlechtern verschieden (Erhängen und Erschießen bei den Männern, Ertränken und Vergiftung bei den Frauen häufiger). Die Ursachen (Lebensüberdruß, Liebeskummer, Vermögensverfall) schwanken nach Alter und Geschlecht; Geistesstörungen, auch akute nach Infektionskrankheiten und Vergiftungen (Alkoholismus) spielen eine große Rolle.

Die tödlichen Verunglückungen hängen nach ihren Ursachen und ihrer Art sehr von den geographischen und beruflichen Verhältnissen eines Landes ab (Schiffferei, Bergbau, Industrie). Die Beteiligung der Männer überwiegt um das Dreis- bis Vierfache. Trotz der größeren Gelegenheit des Eintritts von Unfällen ist die Zahl der tödlichen Ausgänge seit Jahrzehnten nicht angestiegen, dank erfolgreicherer Behandlung und Verbesserung des Rettungswesens. Auf 100000 Einwohner starben in Preußen etwas über 60 Männer, 15—17 Frauen.

Die Verteilung der Selbstmorde und Unfälle auf die Altersklassen zeigt Tabelle S. 333.

Aus der **Sozialstatistik**. Einige wenige Angaben seien hier angefügt, deren summarische Kenntnis für den Sozialarzt unerläßlich ist. Die Bevölkerungsverteilung und ihre Verschiebung von Jahrzehnt zu Jahrzehnt ist in Deutschland sehr bemerkenswert.

Jahr	Großstädte über 100000		Mittlere Städte 40—100000		Kleinere Städte		Orte unter 15000
	Zahl	Prozent der Be- völke- rung	Zahl	Prozent der Be- völke- rung	Zahl	Prozent der Be- völke- rung	Prozent der Einwohner
1875	12	6,2	31	4,2	107	6,0	83,6
1880	14	7,2	33	4,8	135	6,6	81,4
1885	21	9,5	32	4,1	157	7,5	78,9
1890	26	12,6	34	4,1	161	7,7	75,6
1895	28	13,9	51	5,6	184	7,9	72,6
1900	33	16,2	61	6,4	205	8,4	69,0
1905	41	19,0	64	6,5	221	8,6	65,9
1910	48	21,3	70	6,7	253	9,3	62,7

Im Jahre 1910 waren von den 39 Millionen Preußens 41,84 % nicht zur Steuer veranlagt, weil ihr Einkommen den Betrag

von 900 Mk. nicht erreichte. Von den $6\frac{1}{4}$ Millionen Zensiten versteuerten 88,7% ein Einkommen unter 3000 Mk.

Die Berufszählung für Deutschland 1907 hatte folgendes Ergebnis.

Von 1000 der Gesamtbevölkerung waren beschäftigt bei:

1. Landwirtschaft . . .	274,2	15. Verkehrsgewerbe . . .	16,2
2. Baugewerbe . . .	78,7	16. Lohnarbeit	12,9
3. Handelsgewerbe . . .	60,3	17. Lederindustrie	8,7
4. Öffentlicher Dienst und freie Berufe	55,2	18. Reinigungsgewerbe . . .	7,4
5. Bergbau	48,3	19. Papierindustrie	7,2
6. Metallverarbeitung . . .	45,8	20. Chemische Industrie . . .	6,8
7. Bekleidungs-gewerbe . . .	42,9	21. Polygraphische Ge- werbe	6,5
8. Nahrungsmittel	40,7	22. Forstwirtschaft	5,9
9. Maschinenindustrie . . .	36,3	23. Gärtnerei	5,2
10. Post, Eisenbahn, Telegraphie	34,9	24. Versicherungs-gewerbe . . .	2,4
11. Holzindustrie	32,2	25. Künstlerische Ge- werbe	1,3
12. Textilindustrie	31,5	26. Fischerei	1,2
13. Steine und Erden	29,1	27. Fabrikanten	0,7
14. Gast- und Schank- wirtschaft	20,2	28. Ohne Beruf	83,8

Die Zahl der gewerblichen Arbeiterinnen ist in Deutschland von 1895—1907 von 1140000 auf 1600000 gestiegen, die der jugendlichen Arbeiterinnen von 14—16 Jahren beträgt etwa 150000, die der verheirateten 330000. Von den 31 Millionen weiblichen Personen standen 1907 19 Millionen im erwerbsfähigen Alter, von denen, einschließlich der Heimarbeiter, 9 Millionen beruflich tätig waren.

Bei 63,9 Millionen Einwohner gehörten 1909 an:

der Krankenversicherung	13,4	Millionen
„ Unfallversicherung	23,8	„
„ Invalidenversicherung	15,4	„

Die Zahl der der gesetzlichen Armenunterstützung unterstehenden Personen beträgt durchschnittlich etwa 3%, sie steigt mit der Größe der Städte von 2,25—6,91%. Die Ursache der Unterstützungsbedürftigkeit ist:

Krankheit des Ernährers oder seiner Angehörigen	27,9	%
Tod des Ernährers	17,2	„
Körperliche oder geistige Gebrechen	12,4	„
Altersschwäche	14,8	„

Die übrigen Ursachen sind Arbeitslosigkeit, Eheverlassenheit usw.

Die Wohndichtigkeit in Deutschland, dessen Großstädte das Mietskasernensystem begünstigen, ergibt sich aus folgenden Zahlen.

	Auf 1 ha entfielen Einwohner 1905	Auf 1 Gebäude kamen Einwohner
Berlin	723	77,5
Königsberg	299	30,3
Breslau	414	52,0
Stettin	331	37,8
Hannover	271	21,0
Cöln	318	16,4
Frankfurt a. M.	275	18,8
Bremen		8,0
Englische Städte		5,4

Die Ernährungsverhältnisse der arbeitenden Bevölkerung und der kleineren Beamten lassen sich aus den amtlichen „Erhebungen von Wirtschaftsberechnungen minderbemittelter Familien im Deutschen Reich“ erschließen.

Danach entfielen bei einer Einnahme von:

	unter 1200 Mk. %	1200 bis 1600 Mk. %	2000 bis 2500 Mk. %	3000 bis 4000 Mk. %	4000 bis 5000 Mk. %
Nahrungsmittel	54,6	54,9	50,2	53,4	33,2
Kleider	9,2	9,4	12,0	14,1	15,1
Wohnung	19,8	16,8	17,0	13,9	19,5
Heizung	6,1	4,9	3,9	4,1	3,2
Gesundheitspflege	1,4	1,2	1,4	1,1	4,8
Geistige und ge- sellige Bedürfnisse	3,1	3,6	4,2	3,8	4,6

Der Durchschnittsverbrauch für Nahrungsmittel in diesen Kreisen steigt mit der Kopfzahl nicht prozentual, sondern bleibt darunter zurück. Er betrug bei:

2 Personen	31,4 %	6 Personen	45,6 %
4 „	38,2 „	7 „	53,4 „
5 „	40,5 „	8 „	59,3 „

In Preußen kamen 1913 auf 1 Arzt 2042 Einwohner, oder auf 10000 Einwohner 4,90 Ärzte; das Verhältnis schwankt zwischen 2,37 in Allenstein und 11,51 in Groß-Berlin; die Zahl der Apotheken beträgt 0,92 auf 10000 Einwohner, die der Hebammen 5,10 (4,12—8,41).

II. Biometrie.

Von
A. Gottstein.

Die Biometrie (Anthropometrie) wurde zuerst der Kunst nutzbar gemacht; unter Mitwirkung von Anatomen stellte man Regeln für die künstlerisch erforderten Größenbeziehungen der einzelnen Körperteile (Kopf, Rumpf, Glieder) zueinander auf; eine solche Regel hieß ein Kanon, der Maßstab (Kopfhöhe oder Wirbelsäulenlänge) der Modulus. Der Künstler bedarf für das Verhältnis der einzelnen Körperteile einer größeren Anzahl Maße, als für praktische Zwecke erforderlich; er paßt auch die Ergebnisse einem der Wirklichkeit nicht immer entsprechenden Ideale zahlenmäßig einfacher Verhältniswerte an. Nach der Kunst befaßte sich die Anthropologie mit der Körpermessung; sie studierte die Maße der einzelnen Körperteile besonders vom Rassenstandpunkt und setzte für die einzelnen Körperteile Merkmale fest, deren Nachweis oft genug nur unter Zuhilfenahme feinerer Meß- und Untersuchungsmethoden und Reproduktionsverfahren möglich ist. Drittens benutzte die Statistik die Feststellung der Körpermaße; Quetelet erhob zuerst an umfangreichen Tabellen von Körperlänge und Körpergewicht nach Alter und Geschlecht Durchschnittswerte und studierte den Einfluß von Ernährung, Beschäftigung und wirtschaftlicher Lage auf deren Abweichungen; zugleich stellte er Formeln für die Beziehungen dieser Maße zueinander auf. In den letzten zwei Jahrzehnten zog aus diesen Studien die Sozialhygiene unmittelbaren Nutzen, der hauptsächlich der Säuglingsfürsorge, Schulgesundheitspflege, Militärmedizin und Versicherungsmedizin zugute kommt; aber auch die Klinik (insbesondere die Konstitutionspathologie) bedient sich ihrer Ergebnisse. Sehr ausgiebigen Gebrauch von der Körpermessung macht die von Galton begründete englische eugenische Schule (Pearson), welche eigene Rechenmethoden aufgestellt hat (Korrelationen, Verhältniszahlen auf einen Durchschnitt oder eine Einheit berechnet). Die außerdem viel betonte, auch von der Anthropologie benutzte Serienmethode ist auch ohne ihre Deutung als logarithmische Kurve allgemein

verständlich. Zeichnet man z. B. die Ergebnisse einer größeren Anzahl Messungen, etwa der Körperlänge eines bestimmten Lebensalters so auf, daß die Maße in der horizontalen, die Beobachtungszahl in der vertikalen Ordinate liegen, so müssen die Werte für den Durchschnitt einen steilen Gipfel bilden, während die Zahlen für die höheren oder tieferen Werte zu beiden Seiten steil abfallen und die Extreme nur vereinzelt auftreten.

Im übrigen zeigt die folgende Tabelle, daß der Kanon der Künstler, die anthropologischen und die einfachen biometrischen Messungen verschiedener Länder eine beachtenswerte Übereinstimmung zeigen.

	Schadow Carus		Quetelet (Belgien)	Gould (Amerika)	Weißen- berg (Rußland)
	Künstler				
Körpergröße	100	100	100	100	100
Rumpflänge	37	39	40	39	42,1
Schulterbreite	26	24	24,5	24	21,1
Hängender Arm	44	43	41,2	43	42,1
Oberarm	20	20	—	20	—
Vorderarm	23	23	—	23	—
Hand	10	10	12,2	—	12,6
Fuß	15	15	15	15	15,3

Man unterscheidet besonders die Maße des wachsenden und des ausgewachsenen Körpers, nach Geschlechtern getrennt. Hierbei kommen hauptsächlich Längen-, Oberflächen- und Gewichtsmaße in Betracht. Von Längenmaßen sind wichtig Kopfumfang, Halslänge, Schulterbreite, Brust- und Leibesumfang, Rumpflänge, Körperlänge; hierbei spielen individuelle, Rassen- und Geschlechtsunterschiede eine große Rolle. Der Rumpfumfang wird entweder in Brustwarzen- oder Nabelhöhe horizontal in Ein- und Ausatmung gemessen; der Unterschied zwischen Ein- und Ausatmung schwankt nach Alter und Konstitution (Fettpolster), aber auch nach der Lungenkapazität (7—12 cm). Für die meisten Aufgaben reicht man mit dem Zentimeterbandmaß aus; für den Schädel und das Becken braucht man außer diesem zur Bestimmung der verschiedenen Durchmesser noch den Zirkel; zur Bestimmung der Körperlänge genügt der bekannte einfache Meßapparat, der einen nach Zentimetern eingeteilten vertikalen Stab darstellt, an dem eine verschiebbare Querstange angebracht ist, die auf den Scheitel gelegt wird und an deren Einstellung die Länge abgelesen wird. Bei Vergleichen ist zu beachten, ob die Messung mit oder ohne

Schuhwerk vorgenommen wurde; vorzuziehen ist die Messung am bloßen Körper, die für die anderen Messungen die einzig mögliche ist. Für bestimmte Zwecke (obere Brustöffnung, Beckenmaße) sind besondere Zirkel oder Meßketten in Gebrauch.

Die Messung der Oberfläche des Körpers hat man entweder durch theoretische Abstraktionen mittels potenziierter Formeln wenig glücklich zu berechnen oder empirisch zu messen versucht, indem man die gesamte Körperfläche mit Papierstreifen bedeckte, deren Inhalt nach der Abnahme als Ebene gemessen und zusammengezählt wurde. Diese Bestimmungen hatten eine Bedeutung zur Aufklärung der Beziehungen zwischen Stoffwechsel, Wachstum zu Oberfläche und Volumen; dies von Rubner aufgestellte Oberflächengesetz, nach dem die Stoffwechselenergie dem Oberflächenwachstum proportional ist, wurde neuerdings von Pfundler angefochten. Die Bestimmungen des absoluten Gewichts erfolgen durch die Wage, die Versuche zur Bestimmung des spezifischen Gewichts haben keine praktische Bedeutung gewonnen.

Auch die Größen- und Gewichtsverhältnisse der inneren Organe in wachsendem und ausgereiftem Zustande sowie das Verhältnis ihrer Größenverhältnisse zueinander, das sich mit dem Wachstum verändert, sind Gegenstand eingehender Messungen und Wägungen geworden; da diese Verhältnisse aber bei den Messungen am Lebenden im allgemeinen nicht feststellbar sind, haben sie für den Sozialarzt keine praktische Bedeutung.

Für die Änderungen der Körperlänge nach Alter und Geschlecht bestehen allgemeine Regeln, die namentlich im Säuglingsalter zu genauen Zahlenbestimmungen geführt haben.

Körperlänge im 1. Lebensjahr.

Neugeborenen . . .	49 cm	7. Monat	64,5 cm
1. Monat	53 „	8. „	66 „
2. „	56 „	9. „	67 „
3. „	58 „	10. „	68 „
4. „	60 „	11. „	69 „
5. „	61,5 „	12. „	70 „
6. „	63 „		

Bei Neugeborenen ist der Rumpf länger als die Gliedmaßen, aber dies Verhältnis kehrt sich schon im ersten Lebensjahre um und behauptet sich dann dauernd, wobei die Größenverhältnisse des weiblichen Geschlechts etwas zurückbleiben. Der Kopfumfang ist bei Neugeborenen größer als der Brustumfang, wächst aber nach vollendetem zweiten Lebensjahre langsamer. Von den

einzelnen Organen wächst der Kopf am schwächsten, die Beine am stärksten; die Gliedmaßen wachsen intensiver als der Rumpf, das Bein intensiver als der Arm. Die Breitenmaße bleiben im Verhältnis zu den Längenmaßen zurück; der Körper hat demnach das Bestreben, mehr in die Länge als in die Breite zu wachsen. Die geschlechtlichen Wachstumsunterschiede beginnen im Alter der Geschlechtsreife und sind für das Weib durch schnelleres Wachstumszeitmaß, früheren Wachstumsabschluß und stärkere Entwicklung des Beckens gekennzeichnet. Das Ende des Wachstums schwankt nach Rassen, es ist beim Weibe spätestens mit dem 23., beim Manne mit dem 27. Jahre vollendet, doch liegt die Beendigung bei den meisten Völkern einige Jahre früher. Auch eine jahreszeitliche Schwankung des Wachstums ist festzustellen, sie verdient bei Schulmessungen Beachtung (siehe Schulgesundheitspflege).

Die folgende Tabelle gibt nach Quetelet, Erismann, Roberts und Camerer Körperlänge und Körpergewicht für Männer und Frauen nach Lebensaltern.

Körperlänge in Millimetern.

Jahre	Männer				Frauen			
	Q.	E.	R.	C.	Q.	E.	R.	C.
0	496	—	495	500	483	—	490	490
1	686	—	—	750	690	—	699	740
2	797	824	855	850	780	785	819	840
3	860	880	934	930	850	888	919	920
4	932	974	977	990	910	969	976	980
5	990	1020	1041	1040	974	1032	1031	1030
6	1046	1041	1117	1090	1032	1051	1088	1070
7	1112	1110	1168	1150	1096	1115	1130	1130
8	1170	1201	1193	1200	1139	1118	1183	1180
9	1227	1224	1261	1250	1200	1230	1236	1230
10	1282	1263	1315	1300	1248	1295	1295	1280
11	1327	1299	1358	1350	1275	1310	1348	1330
12	1359	1344	1397	1400	1327	1355	1414	1390
13	1403	1377	1445	1450	1386	1399	1470	1460
14	1487	1412	1505	1510	1447	1435	1518	1530
15	1559	1467	1580	1570	1475	1482	1546	1580
16	1610	1532	1633	1640	1500	1510	1566	1600
17	1670	1586	1681	1680	1544	1524	1587	1610
18	1700	1618	1701	1700	1562	1528	1585	—
19	1706	1636	1709	—	1570	1533	1590	—
20	1711	1644	1714	—	1570	1530	1600	—
21	1722	1644	1717	—	1577	1531	1600	—

Körpergewicht in Kilogramm.

Jahre	Männer				Frauen		
	Q.	E.	R.	C.	Q.	R.	C.
0	3,20	—	3,22	3,4	2,91	3,13	3,20
1	10,00	—	—	10,2	9,30	9,12	9,70
2	12,00	—	14,75	12,7	11,40	11,48	12,20
3	13,21	—	15,42	14,7	12,45	14,35	14,20
4	15,07	—	16,92	16,5	14,18	16,39	15,70
5	16,70	—	18,14	18,0	15,50	17,78	17,00
6	18,04	—	20,15	20,5	16,74	19,05	19,00
7	20,16	—	22,68	23,0	18,45	21,55	21,00
8	22,26	—	24,95	25,0	19,82	23,54	23,00
9	24,09	—	27,40	27,5	22,44	25,17	25,00
10	26,12	27,59	30,62	30,0	24,24	28,12	27,00
11	27,85	29,13	32,66	32,5	26,25	30,90	29,00
12	31,00	30,93	34,93	35,0	30,54	34,66	32,00
13	35,32	32,72	37,66	37,5	34,65	39,55	37,00
14	40,50	35,19	41,73	41,0	38,10	44,00	43,00
15	46,41	39,35	46,68	45,0	41,30	48,18	48,00
20	65,00	57,48	64,96	—	54,56	55,93	—
25	68,29	58,67	67,09	—	55,08	—	—
30	68,90	59,85	—	—	55,14	—	—
40	68,81	60,50	—	—	56,65	—	—
50	67,45	60,13	—	—	58,45	—	—
60	65,50	59,53	—	—	56,73	—	—
70	63,03	—	—	—	53,72	—	—
80	61,22	—	—	—	51,52	—	—

Die Tabellen beweisen die großen Unterschiede nach Ländern.

Von den Beziehungen der einzelnen Maße zueinander haben besonders zwei praktische Bedeutung gewonnen, das Verhältnis von Brustumfang zu Körperlänge und das Verhältnis von Körperlänge zu Körpergewicht. Für die ersteren Beziehungen

ist der Index von Livi brauchbar: $\frac{100 \times \text{Brustumfang}}{\text{Körperlänge}}$. Er be-

trägt normal bei:

Körpergröße	Index
155	55,2
160	53,6
165	52,7
170	51,9
175	51,2

Nicht berücksichtigt hierbei ist das Lebensalter; je jugendlicher, desto geringer ist bei gleicher Länge der Index, am niedrigsten ist er zwischen 18 und 25 Jahren.

Eine andere Formel gibt Florschütz an. Bezeichnet L die Körperlänge, B den Bauchumfang, so ist der Index $= \frac{L}{2B - L}$.

Die Grenze der normalen Körperernährung entspricht dem Wert von 5; höhere Werte deuten auf Unterernährung, niedrigere auf abnorme Korpulenz. Für das Verhältnis von Körperlänge und Körpergewicht hat Quetelet den Begriff des Zentimetergewichts aufgestellt (Gewicht geteilt durch Länge); er selbst weist auf den methodischen Fehler dieser Methodik hin, kubische Werte auf lineare zu beziehen, die sich beim Wachstum nach ganz verschiedenen Gesetzen ändern; die Formel hat daher nur Wert für den Vergleich nicht mehr wachsender Schichten unter verschiedenen Bedingungen; Quetelet selbst gibt als zuverlässiger die empirisch gewonnene Formel an, nach der die Quadrate des Gewichts der fünften Potenz der Länge proportional sind. In der Praxis wird die Brocasche Formel viel verwendet, nach der bei gesunden erwachsenen Männern jedem über 100 cm hinausgehenden Zentimeter 1 kg Körpergewicht entspricht.

Wissenschaftlich genauer ist die Livische Formel: $J = \frac{100\sqrt[3]{P}}{L}$.

Praktisch wird in der Militärmedizin vielfach die Formel von Pignet benutzt: Man addiert die Zentimeter des Brustumfangs (th) in der Ausatmung zu den Kilogrammen des Körpergewichts (R) und subtrahiert sie von der Zahl der Zentimeter der Körperlänge (l): $i = l - (th + R)$. Werte über 25 sind zweifelhaft, über 35 unter allen Umständen Beweise der Untauglichkeit.

Andere Berechnungsweisen, wie die von Oeder, der die Dicke des Fettpolsters an einer aufgehobenen Hautfalte mit dem Zirkel mißt, von Ascher, der das Zentimetergewicht berechnet, nachdem er von der Gewichtszahl 10% abgezogen hat, von Oppenheimer, der den Oberarmumfang mit berücksichtigt wissen will, haben bisher in der Praxis keinen Eingang gefunden. Beachtung beanspruchen die Schädelmessungen von Bayerthal als Maße der Intelligenzprüfung, die jedoch großen technischen Fehlerquellen ausgesetzt sind.

Eine besondere Beziehung hat jüngst v. Pirquet als Grundlage für eine einfachere Berechnung des Nahrungsbedarfs aufgestellt. Er hat gefunden, daß das Quadrat der Rumpflänge vom Scheitel bis zur Sitzhöhe der Oberfläche des resorbierenden Darms gleichgesetzt werden kann, und berechnet hieraus den Nahrungsbedarf für den Quadratzentimeter Darm auf die Ein-

heit der Milchkalorie (Nem), die = etwa $\frac{2}{3}$ der wirklichen Wärmeeinheit der anderen Nahrungsmittel ist.

Die Biometrie hat in verschiedenen Zweigen der Medizin praktische Verwertung gefunden. Die Klinik beurteilt die Konstitution nach dem Verhältnis von Länge und Umfang und gewinnt daraus Anhaltspunkte für die Feststellung des asthenischen Körperbaus, der Neigung zu Organsenkungen usw. Eine besondere Bedeutung haben Messungen der oberen Brustöffnung zur Beurteilung einer Anlage für die Lungenschwindsucht.

In der Säuglingsfürsorge spielt die Beurteilung des normalen Gedeihens nach Gewicht und Wachstum sowie unter dem Einfluß der Ernährung und ihrer Störung eine große Rolle. In der Schulgesundheitspflege haben sich regelmäßige Messungen und Wägungen zur Beurteilung des allgemeinen Gesundheitszustandes, der normalen Entwicklung, der Wirkung besonderer Maßnahmen, wie der Schulspeisung, Ferienkolonien, Schülerwanderungen, Waldschulen bewährt. Doch spielen zur Beurteilung der erhaltenen Werte nicht nur die schon erwähnten jahreszeitlichen Schwankungen mit, sondern es bestehen auch große Unterschiede nach Stadt und Land zugunsten des letzteren, nach Rassen, vor allem aber nach der sozialen Lage, dergestalt, daß in den Städten die Volksschüler durch alle Klassen geringere Werte aufweisen als die gleichaltrigen Schüler höherer Anstalten; auch berufliche Tätigkeit im Wachstumsalter wirkt herabsetzend. Im übrigen sind höhere Zahlenwerte für das Längenwachstum allein keineswegs ein Beweis für bessere Körperbeschaffenheit. Auch für Begabtere sind günstigere Zahlenverhältnisse behauptet worden. In der Militärmedizin hängt die Beurteilung der Tauglichkeit von der absoluten Größe der Zahlen von Länge, Umfang in Ein- und Ausatmung, Gewicht und ihrem Wechselverhältnis ab. In der Lebensversicherungsmedizin spielen die gleichen Werte für den Revisionsarzt eine Rolle zur Beurteilung der Konstitution für die von ihm zu stellende langfristige Prognose namentlich in den Fällen, in denen jugendliche Überernährungszahlen die Gefahr der Konstitutionskrankheiten und Gefäßleiden in späteren Jahren befürchten läßt; darum fällt auch erhebliche Zunahme bei späteren Nachversicherungen ernst ins Gewicht. Noch größere Bedeutung haben Feststellungen von Florschütz u. a. erlangt, nach denen Versicherungskandidaten mit Untermaßen im Verhältnis von Brustumfang zur Körperlänge, auch wenn sie bei der Aufnahmeuntersuchung gesund befunden werden, doch in eine Gefahrenklasse fallen, die im

späteren Leben eine größere Zahl von Schwindsuchtsfällen aufweist als Gruppen mit günstigerem Zahlenverhältnis.

Die Biometrie hat als Methode der sozialen Hygiene bisher nicht diejenige ausgiebige Anwendung gefunden, die ihr bei weiterem Ausbau gebührt. Die merkwürdige Übereinstimmung des künstlerischen Ideals hinsichtlich der Größenverhältnisse der Glieder mit den Durchschnittswerten, welche Anthropologen und Statistiker für den Normalmenschen aufgefunden haben, zeigt den inneren Zusammenhang zwischen Gesundheit und Schönheit. Die Begriffsbestimmung der Gesundheit ist schwierig; für Pettenkofer ist Hygiene die Kenntnis der äußeren Zustände, unter welchen Gesunde leben, und Gesundheit derjenige Zustand, der aus einer Summe von Funktionen des Organismus besteht, deren harmonisches Zusammenwirken das Bestehen des Kampfes ums Dasein erleichtert; die Störungen dieser Harmonie heißen Krankheiten. Die Wirkung vieler krankhafter Vorgänge äußert sich in Änderungen des Verhältnisses der Maße der einzelnen Organe zueinander; die obigen Ausführungen bringen zahlreiche Beispiele, daß Abweichungen von der Harmonie der Körpermaße auch Krankheitsanlagen bedingen. Trifft dies zu, so hat die Biometrie auch von der Heranziehung des Mikroskops Fortschritte zu erwarten: hier liegen, mit Ausnahme der Blutkörperchenzählung, kaum Anfänge vor.

Zwei Fragestellungen, die in neuerer Zeit größere Bedeutung erlangt haben, stehen zur Biometrie nur in einem losen Zusammenhange, werden aber im Zusammenhang mit ihr behandelt, so auch im Galtonschen Forschungsinstitute, die Familienforschung und die Erblichkeitslehre. Auf den Inhalt ihrer Feststellungen und eugenischen Forderungen, von denen viele noch im Anfange, manche strittig sind, kann an dieser Stelle nicht eingegangen werden, wohl aber auf einige Fragen der Bezeichnung und Methodik. Die moderne Ahnenforschung geht meist nicht mehr vom Stammbaum aus, d. h. sie zählt nicht die Nachkommen in ihrer vom Stammelternpaar ausstrahlenden Verästelung, sondern von der Ahnentafel, indem sie die Vorfahren eines jetzt lebenden Abkömmlings rückwärts verfolgt; man kommt hierbei zu rechnerisch einfacheren Übersichten in den Potenzen von 2. Hierbei ist zu beachten, daß die Geburtsjahre der Vorfahren in der gleichen Ahnenreihe je nach Geschlecht und Eheschließungsalter in sehr verschiedene, oft um Jahrzehnte auseinanderliegende Zeitabschnitte fallen können. Bei dieser Methode läßt sich auch der nicht bloß genealogisch wichtige Ahnenverlust berechnen, der durch Ehen von Verwandten entsteht

und zur Folge hat, daß in der Ahnenreihe die gleiche Person als Vorfahr mehrmals auftritt; das Kind aus einer Ehe von Geschwisterkindern hat nicht acht, sondern nur sechs Urgroßeltern; dementsprechend mindert sich die Erbmasse früherer Ahnen. Wo man dennoch zum Vergleich der ererbten Eigenschaften verschiedener Geschwister und Verwandter zum Stammbaumverfahren zurückgehen muß, bedient man sich der von Crzellitzer eingeführten Sippschaftstafel, in der eine oder mehrere vererbte Eigenschaften, wie Nachtblindheit oder andere Defekte, aber auch besondere positive Anlagen durch ein bestimmtes, in jeder Familiengruppe wiederkehrendes, in einem besonderen Schlüssel aufgestelltes Kennzeichen hervorgehoben werden.

Für die Vererbungslehre hat noch die Mendelsche Regel eine große Bedeutung, die man bemüht ist, zur Erklärung des Auftretens vererbter Krankheitsanlagen körperlicher und seelischer Art heranzuziehen. Sie ist aus der Beobachtung von Pflanzenhybriden abgeleitet und an Tierkreuzungen bestätigt worden. Man unterscheidet dominante und rezessive Eigenschaften. Während bei der ersten Kreuzung beide Eigenschaften zahlenmäßig gleich auftreten oder ein Mischungsprodukt ergeben, treten bei späteren Kreuzungen der ersten Aussaat oder Zeugung in einem bestimmten einfachen zahlenmäßigen Verhältnis die dominanten Eigenschaften überwiegend wieder in ihrer ursprünglichen Form auf, und das gleiche Zahlenverhältnis bewahrt sich für die späteren Kreuzungen. Die Übertragung der Mendelschen Regeln auf das Wiederauftreten krankhafter Anlagen und Erscheinungen und auf die Pathologie der Vererbung ist noch Gegenstand wissenschaftlicher Beobachtung und Erörterung.

III. Private Lebensversicherung.

Von
A. Gottstein.

Die Zahl der in Deutschland unter verschiedenen Formen gegen einen verfrühten Tod Versicherten ist außerordentlich groß, die für diesen Zweck angelegten Summen stellen Milliardenwerte dar (gegenwärtig 11 Milliarden in gegen 50 Gesellschaften); die Bestrebungen der wissenschaftlich hervorragend gut beratenen und wirtschaftlich vorzüglich verwalteten Gesellschaften, ihren Wirkungskreis durch Ausdehnung auf neue Aufgaben zu erweitern, so z. B. auf Witwen- und Invaliditätsrente, vergrößern ständig die Beziehungen zu anderen Arbeitsgebieten; das Interesse des Arztes wird zunächst dadurch berührt, daß er schon im Bereich seines allgemeinen praktischen Wirkens häufig zu gutachtlichen Äußerungen herangezogen wird, sobald einer seiner Patienten einen Versicherungsantrag stellt. Darüber hinaus ist dem Mediziner eine unmittelbare Mitarbeit im Auftrage der Gesellschaften in der Form des Vertrauens- und des Revisionsarztes eingeräumt; schließlich wird noch der sozial-ärztlich tätige Mediziner zum Schuldner der großen ihr Material wissenschaftlich verwertenden Gesellschaften, weil dessen methodisch-statistische Bearbeitung die Beantwortung von wichtigen Fragestellungen ermöglicht, welche bisher auf keinem anderen Wege zu erzielen war.

In Deutschland wurde die erste Lebensversicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit 1829 von Arnoldi in Gotha begründet; seitdem ist hier eine Zahl von mehr als 50 Anstalten in Deutschland zum Gedeihen und Ansehen gelangt; ihre Aufgaben, Methoden und Ziele weichen in manchen unerheblichen Punkten voneinander ab; in größeren allgemeinen Fragen arbeiten sie zusammen; ihre Grundsätze unterstehen der staatlichen Überwachung durch das Kaiserliche Aufsichtsamt für Privatversicherung. Neben der großen Versicherung entwickelt sich als besonderer Zweig die sog. Volksversicherung, bei der es sich um geringe Beträge handelt und vielfach von ärztlicher Voruntersuchung abgesehen wird. In den letzten Jahren sind noch sog. öffent-

lich-rechtliche Lebensversicherungen errichtet worden, welche ihren Wirkungskreis auf Provinzen erstrecken, die einkommenden Kapitalien hauptsächlich diesen zugute kommen lassen und miteinander in Verbindung stehen. Die Frage der Verstaatlichung der privaten Lebensversicherungsgesellschaften ist in der letzten Zeit oft behandelt worden, aber gerade aus den Kreisen staatlicher Aufsichtsbehörden wurden die Gegengründe hervorgehoben. Die Entschädigung ärztlicher Leistungen durch die Gesellschaften war lange Gegenstand wirtschaftlicher Kämpfe, die seit einigen Jahren durch Abkommen der Vertretungen der Gesellschaft mit dem Leipziger wirtschaftlichen Verband der Ärzte gegenstandslos geworden sind. Die hier festgelegten Vergütungssätze für die verschiedenen einzelnen Leistungen sind für beide Teile bindend.

Die Hauptaufgabe der Versicherungsgesellschaften war lange Zeit hindurch nur die Versicherung auf den Sterbefall; die mathematisch-statistischen Unterlagen bildeten die Sterbetafel auf Grund der Beobachtungen von 23 deutschen Gesellschaften; nach diesen Feststellungen werden die jährlichen Prämiensummen bestimmt, deren Höhe vom Lebensalter eines jeden bei der Aufnahme als gesund befundenen Versicherten abhängt; von dieser Summe wird ein bestimmter, zahlenmäßig feststellbarer, von der Absterbezahl jedes Lebensalters und der Zahl der gleichaltrig Versicherten abhängiger Anteil als Prämienreserve für den Eintritt verfrühten Todes in jedem Einzelfall zurückgestellt, der im Überlebenfall in verschiedener, von der Versicherungsart abhängiger Form dem Versicherten bei längerer Lebensdauer zugute kommt. Die Gesellschaften hatten bei diesem Versicherungsverfahren anfangs nur ein Interesse daran, die im Augenblick des Vertragsabschlusses nachweislich kranken „Risiken“ auszuschließen, und hierfür genügte das Gutachten eines jeden vertrauenswerten Arztes. Mit der Zeit häuften sich die Erfahrungen über die verschiedene Bedeutung der einzelnen Krankheitsvorgänge für die Erreichung eines hohen oder normalen Lebensalters. Darauf gingen die Gesellschaften dazu über, den Kreis der Versicherten durch Einbeziehung der „relativ“ Gesunden zu erweitern. Maßgebend waren auch hier die Sterbetafeln, aus denen sich für jedes Eintrittsalter die mittlere Lebensdauer ergibt; diese Zahl bedeutet aber niemals, daß der Versicherte nach dem Untersuchungsbefund nur die Anwartschaft hat, diese Zahl als obere Grenze zu erreichen, sondern daß er einer Gefahrenklasse eingereiht wird, deren Gesamtheit im Durchschnitt zahlreicher Fälle diese Jahre erreicht; da nun von diesen notwendigerweise ein Bruchteil zufälligen Todes-

ursachen früher erliegt, so muß ein entsprechender Teil höhere Jahre erreichen, und diese Notwendigkeit hat der Vertrauensarzt im Einzelfall zu berücksichtigen. Mit der Ausdehnung auf „relativ“ Gesunde mußten andere Versicherungsverfahren als dasjenige bis zum Ableben eintreten. Bei den Versicherten ist aus wirtschaftlichen Gründen sehr beliebt der Abschluß mit Auszahlung der Versicherungssumme bei Erreichung eines bestimmten Lebensalters (Versicherung auf den „Erlebensfall“); doch deckt dieses Verfahren nicht ausreichend die gestellte Forderung. Denn wenn auch in einem Bruchteil der Fälle das gesteigerte Risiko durch Ausschluß des für die Lebensverkürzung kritischen Altersabschnitts vermindert wird, so führen die in Frage kommenden Krankheitsanlagen meist schon früher Lebensjahr für Lebensjahr zu einer Übersterblichkeit; der Forderung wird also zutreffender genügt, wenn für die so Versicherten die Prämienerrhöhung in der Form eines Alterszuschlages berechnet wird. In der neuesten Zeit beginnt man sogar, die Versicherung der „minderwertigen“ oder nach dem Vorschlag von Florschütz der „angepaßten“ Leben auf der Unterlage von Berechnungen in Angriff zu nehmen, um auch diesen eine Versicherung zu ermöglichen; der Ausgleich der auf ihnen lastenden Gefahr geschieht durch Karenzzeit, Sondertarife und Rückversicherungen. Jedenfalls führte diese Ausdehnung des Kreises der Versicherten zu einer gegenüber der Klinik geänderten Stellung zum Begriff von „Krankheit“ und „Gesundheit“. Auf der einen Seite ist der klinische Nachweis des Fehlens anatomischer Abweichungen in der Beschaffenheit der Organe und funktioneller Störungen allein nicht ausreichend, um diejenigen langfristigen Prognosen zu stellen, deren die Versicherung für ihre Schlüsse bedarf; andererseits haben viele offenkundige Krankheitsvorgänge, die für den Kliniker großes Interesse besitzen, weil von ihm der Kranke ihre Beseitigung fordert, eine untergeordnete Bedeutung für Lebensbedrohung und Lebensverkürzung. Die Summe der in dieser Richtung gewonnenen Erfahrungen hat einen Umfang gewonnen, daß sie als Versicherungsmedizin zusammengefaßt werden konnten. Dadurch wurde auch die Mitwirkung des Arztes spezialisiert, und die Gesellschaften sicherten sich ein eigenes Hilfspersonal, von dem sie die besondere Kenntnis der Versicherungsmedizin erwarten. Der Vertrauensarzt hat den einzelnen Kandidaten nach den Methoden der Klinik zu untersuchen, darüber hinaus noch weitere Fragen zu beantworten, vor allem aber seine Schlußfolgerungen der Versicherungsmedizin anzupassen; der Revisionsarzt hat auf der Unterlage des

Befunds und Gutachtens des ersteren den Kandidaten in die entsprechende Gefahrenklasse einzureihen und dadurch über Ablehnung, Aufnahme und Aufnahmebedingungen (Zurückstellung, Prämienhöhung usw.) zu entscheiden. Er hat, da die einmalige Untersuchung durch den Vertrauensarzt nicht immer ausreicht, noch die Auskünfte der behandelnden Ärzte einzufordern, zu denen der Antragsteller in seinem Antrag ein für allemal die Genehmigung zu erteilen hat und Nachuntersuchungen, gegebenenfalls unter Heranziehung feinerer diagnostischer und funktioneller Methoden, zu veranlassen. Ferner hat er die regelmäßig vom behandelnden Arzt eingeforderten Berichte über Art und Verlauf der Krankheit in Todesfällen durchzusehen, nicht nur, um nachträglich zu prüfen, ob wichtige Punkte in den Angaben bei der Aufnahme, welche den Vertrag hinfällig machen würden, verschwiegen wurden, sondern mehr noch, um aus dem Vergleich von Aufnahmebefund, Versicherungsdauer und Todesursache durch Massenbeobachtung neue Ergebnisse abzuleiten. Schließlich ist er der medizinisch-technische Berater seiner Gesellschaft in allen einschlägigen Fragen, wie Rechtsstreiten und Neuerungen.

Für beide Gruppen, sowohl den Vertrauens- wie den Revisionsarzt, ist die Berücksichtigung einer Reihe Punkte erforderlich, die nach den Feststellungen der Versicherungsmedizin außer dem klinischen Befund für die Abschätzung der Lebenserwartung ins Gewicht fallen. Hierzu gehört zuerst die erbliche Anlage; entgegen akademischen Ablehnungen beweisen die langen Zahlenreihen der Versicherungsmedizin die größere Lebensbedrohung erblich Belasteter; das gilt vor allem für die Abkömmlinge tuberkulöser Eltern, die trotz der ärztlichen Auslese ihrer eigenen Person eine doppelt so hohe Sterblichkeit aufweisen als die Nichtbelasteten; auch der Einfluß einiger nervöser Belastungen ist zahlenmäßig faßbar. Schon ganz allgemein gibt Langlebigkeit der Vorfahren günstige Anwartschaft und umgekehrt; wie auch der Zufall den Endausgang des Einzelfalls entscheidet, seine Gefahrenklasse ist eine andere, je nachdem er einer langlebigen oder kurzlebigen Familie entstammt. Nach den Lebensschicksalen und Todesursachen der Vorfahren hat die Vorgeschichte des Versicherten selbst eine besondere Bedeutung, wobei z. B. bestimmte Vorgänge, wie skrofulöse Erkrankungen, verzögerte Genesung nach den akuten Infektionen des Kindesalters erhöhte Beachtung verlangen. Nach langen Zahlenreihen ist auch die Übersterblichkeit von Geschwistern im jugendlichen Alter verdächtig; ob dies aus dem ätiologischen Grund der Masern,

des Scharlach oder der Streptococcusinfektion geschah, ist gleichgültig gegenüber dem Hinweis verminderter Widerstandskraft überhaupt. Stark ins Gewicht fällt die Beurteilung der Konstitution, deren Feststellung durch die Vergleichung der Körpermaße stattfindet; ein Untermaß des Leibesumfangs gegenüber der Körperlänge unter Berücksichtigung von Lebensalter und Körpergröße reiht den Versicherten in eine Gefahrenklasse mit Übersterblichkeit an Tuberkulose; ein auf abnormes Fettpolster hindeutendes Übermaß in die Gruppe drohender Lebensverkürzung durch Adererkrankungen. Die zahlreichen Statistiken über die verschiedenen Sterblichkeit der verschiedenen Berufe sind in ihrer Allgemeinheit nicht ohne weiteres verwendbar; die äußersten Fälle höchster Bedrohung im Alkoholgewerbe und bei Staubarbeit sind freilich durchschlagend; in der Mehrzahl aller anderen Fälle bedarf es der besonderen Beurteilung durch Gegenüberstellung der Erhebungen im Einzelfall mit den zahlenmäßigen Unterlagen über die Berufsgefahr. Schließlich verlangen noch die Lebensweise (Alkoholmißbrauch, aufreibende Berufspflichten, unregelmäßiges Leben) und vorausgegangene Krankheiten Berücksichtigung. Für die wichtigsten und häufigsten hat sich die Versicherungsmedizin nicht damit begnügt, festzustellen, ob sie das Leben verkürzen oder nicht, sondern um wieviel im Durchschnitt dies der Fall ist. Solche Feststellungen, nach Lebensaltern und Geschlechtern getrennt, liegen z. B. für Syphilis, Gelenkrheumatismus, Zuckerharnruhr, Nierenentzündung, funktionelle Herzstörungen vor. Aber auch der umgekehrte Fall ist wichtig, die verhältnismäßige Gleichgültigkeit bestimmter klinisch nachweisbarer Veränderungen für die Lebensdauer. Das gilt z. B. für die Diabetesformen späterer Lebensalter, für einzelne Formen der Nierenentzündung und Aderveränderungen, vor allem für die Eingeweidebrüche, von denen allerdings ein bestimmter Hundertsatz zu verfrühtem Tod durch Einklemmung führt, aber in so geringer Höhe, daß er als Risiko übersehen werden darf. Der Vertrauensarzt muß die Interessen der Gesellschaft nach beiden Seiten wahrnehmen, durch Beanstandung ungeeigneter Fälle und durch Zulassung aller irgendwie annehmbarer Kandidaten; er erfüllt diese Aufgabe, wenn er in der Verfolgung der Ursachenkette für die Entstehung krankhafter Vorgänge nicht die letzten Glieder ins Auge faßt, deren Bekämpfung dem als Heilarzt tätigen Kliniker die günstigsten Aussichten eröffnet, sondern ebensosehr die entfernteren, deren Einfluß oft erst lange Zeit nach der Untersuchung sich geltend machen könnte. Er muß zudem darauf bedacht sein, seine Erhebungen so genau fest-

zulegen, daß der Revisionsarzt daraus seine Schlüsse ziehen kann. Die Aufgabe des Vertrauensarztes wird freilich dadurch erschwert, daß ein Teil der Versicherungskandidaten ein Interesse daran hat, ungünstige Tatsachen von einiger Wichtigkeit zu verschweigen oder in ihrer Bedeutung abzuschwächen (Dissimulation), ein anderer bei der Untersuchung so erregt ist, daß Abweichungen, namentlich der Zirkulation, vorgetäuscht werden.

Seine Befunde legt der Vertrauensarzt in einem mit Vordruck versehenen Fragebogen nieder (Formular II), dessen Ergänzung ein Fragebogen ist, den der Antragsteller selbst auszufüllen hat und der außer Angaben über die Versicherungsform auch solche über seine Vorgeschichte fordert (Formular I). Die dem Vertrauensarzt gestellten Fragen lauten nicht bei allen Gesellschaften gleich. Sie beziehen sich auf die Vorgeschichte des Antragstellers, seiner Angehörigen und unmittelbarer Vorfahren, auf vorausgegangene Krankheiten, Operationen und Kuren mit besonderer Berücksichtigung von Tuberkulose und Syphilis; sie verlangen weiter genaue Angaben über Körpergewicht, Länge und Leibesumfang bei Ein- und Ausatmung sowie eine Beschreibung des äußeren Befundes mit Hinweis auf besondere Abweichungen (Narben, Bruchpforten, Pigmentbildungen usw.). Es folgt die kurze Wiedergabe des Untersuchungsbefundes nach Organsystemen einschließlich Nervensystem, Sinnesorganen und Mundhöhle. Der in Gegenwart des Arztes entleerte Urin ist auf seine Beschaffenheit, auf Eiweiß und Zucker zu untersuchen. Schließlich wird eine kurze gutachtliche Äußerung über die gegenwärtige Gesundheit verlangt.

Auf dieser Unterlage baut der Revisionsarzt seine Schlüsse auf, die sich von denen des Klinikers dadurch unterscheiden, daß letzterer zur Erfüllung seiner Aufgabe bestehende Krankheitszustände zu behandeln, die nächsten Glieder der Ursachenkette, der erstere dagegen die ferner liegenden besonders berücksichtigt. Bei diesem Vorgehen steht er an sich keinem der modernen Untersuchungsverfahren ablehnend gegenüber, mögen sie auch noch so umständlich sein; er bewertet sie aber nicht nach ihrem Augenblickswert als Mittel zur Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit, sondern nach ihrer Bedeutung für langfristige Prognosen der Lebensdauer. Nur so ist seine abweichende Stellung zur Wassermannschen Reaktion oder zur Alkoholabstinenz verständlich; ein negativer Befund im ersten Falle gestattet ohne Zuhilfenahme anderer Unterlagen keine Schlußfolgerungen und entkräftet nicht die Statistiken über die lebensverkürzende Wirkung der Syphilis bei Massenbeobachtung.

Unter den Abstinenteu befindet sich die große Zahl der aus anderen Gründen Intoleranteu und der nach längerem Mißbrauch und dessen Folgen enthaltsam Gewordeneu. Der Revisionsarzt war Konstitutionspathologe, als diese Richtung noch nicht zeitgemäß war und vertrat die Dispositionslehre bei bakteriellen Erkrankungen, weil seine Zahlenreihen ihm bewiesen, daß außer dem Eindringen des Krankheitserregers für Dauer und Ausgang des Leidens noch andere durch überkommene oder erworbene Anlage bedingte Einflüsse maßgebend sind. Hat der Revisionsarzt den Versicherten einer bestimmten Gefahrenklasse eingereiht, d. h. bestimmt, ob und unter welchen Zuschlägen oder Alterserhöhungen der Bewerber aufzunehmen ist, so entscheidet bei späterer Prüfung nicht das Verhalten des einzelnen, sondern der ganzen Gruppe, wobei es gleichgültig ist, ob ein einzelner ungünstig Beurteilter ein hohes Alter erreicht oder ein günstig Beurteilter ohne Übersehen des Vertrauensarztes früher stirbt; das Maß für die Wirksamkeit der ärztlichen Auslese ist nicht das Verhalten des Einzelfalls, sondern der ganzen Gruppe. Diese Auslese hat ihre zeitlichen Grenzen und übersteigt 5 Jahre nicht erheblich; nach dieser Zeit ist die Sterblichkeit der Aufgenommenen im allgemeinen nicht anders als die ähnlich zusammengesetzter Gruppen der Gesamtbevölkerung.

Es ist in der Neuzeit wiederholt vorgeschlagen worden, die private Lebensversicherung gleich der sozialen Versicherung in den Dienst der Volksgesundheitspflege zu stellen. Man meinte, daß die Errichtung, der Betrieb oder die Unterstützung von Lungenheilstätten durch Lebensverlängerung der Versicherten auch den Gesellschaften zugute kämen. Diese haben sich bisher ablehnend verhalten; mit dem gleichen Rechte könnte die Unterstützung von Maßnahmen zur Behandlung bösartiger Geschwülste verlangt werden; bei der Tuberkulose sei zudem der Aufwand für Heilstättenkuren eine Unterstützung der schlechteren Risiken gerade des jugendlichen Alters auf Kosten der günstigeren. Etwas ganz anderes ist eine Sonderversicherung auf Heilstättenbehandlung nach dem Vorgehen skandinavischer Gesellschaften. Ebenso ist das amerikanische Vorbild der periodischen Untersuchung Versicherter zum Zwecke der Aufdeckung beginnender Erkrankungen und zur Anregung ihrer Behandlung für die Privatversicherung noch nicht reif, während es für die Sozialversicherung mit ihrer ganz anderen Organisation und gänzlich verschiedenem Material sich schon jetzt empfiehlt. Die Stellung der privaten Versicherung zur neuesten Form der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten durch Beratungsstellen ist ebenfalls noch nicht ent-

schieden; die Bedenken gegen die Beteiligung sind ähnlich den für die Tuberkulosebekämpfung geltenden, was eine Unterstützung der Bestrebungen durch Geldmittel nicht ausschließt.

Die Wege der Förderung der Volksgesundheit sind eben für die private Versicherung durchaus andere als für die soziale. Mittelbar trägt sie dadurch bei, daß die vertrauensärztliche Untersuchung die Anfänge vieler Leiden früher entdecken läßt, als für die Betroffenen Anlaß war, ärztliche Hilfe zu beanspruchen. Die Ablehnung, Zurückstellung oder der Zuschlag veranlaßt viele, sich rechtzeitig in ärztliche Beobachtung zu stellen. Beachtenswert ist auch der Vorschlag an Väter heiratsfähiger Töchter, sich Gewißheit über den Gesundheitszustand des Schwiegersohns und besonders sein Freisein von geschlechtlichen Leiden, Tuberkulose oder ernstern Nervenleiden durch die Forderung der Aufnahme einer neuen oder Erhöhung einer bestehenden Versicherung zu verschaffen.

Den größten Dienst leisten die Privatgesellschaften der Gesundheitsfürsorge durch die Veröffentlichung ihrer medizinisch-statistischen Arbeiten, deren Inhalt die Beziehungen zwischen Anlage, Beruf, Lebensweise, Krankheitsursache und Lebensdauer wesentlich gefördert hat, deren Fragestellung und Methodik für die medizinische Statistik vielfach bestimmend geworden ist.

IV. Reichsversicherungsordnung und Angestelltenversicherung.

Von
O. Mugdan.

Bis in das achte Jahrzehnt des vorigen Jahrhunderts war in Deutschland eine genügende gesetzliche Fürsorge für kranke oder verletzte oder alte oder invalide, der unbemittelten Bevölkerungsklasse angehörenden Personen nicht vorhanden. Deshalb erging am 17. November 1881 an den Reichstag die denkwürdige kaiserliche Botschaft, die die Schaffung einer umfassenden Arbeiterversicherungsgesetzgebung für dringend notwendig erklärte und die Vorlage eines Gesetzes über die Versicherung der Arbeiter gegen Betriebsunfälle, eines Krankenversicherungsgesetzes und eines Gesetzes zur Fürsorge für die durch Alter oder Invalidität erwerbsunfähig gewordenen Arbeiter in Aussicht stellte. Dieser Plan einer Sicherung der Lohnarbeiter und der ihnen sozial gleichstehenden Bevölkerungsklassen gegen die durch Krankheit, Unfall, Alter oder durch Invalidität herbeigeführten Notlagen wurde sofort in Angriff genommen und allmählich durch eine Reihe von Gesetzen verwirklicht: es wurde eine unter staatlicher Aufsicht stehende, auf den Grundsätzen der Gegenseitigkeitsversicherung und der Selbstverwaltung aufgebaute Zwangsversicherung geschaffen.

Im Jahre 1883 kam das Krankenversicherungsgesetz zustande, im Jahre 1884 das auf die Industrie beschränkte und deshalb Gewerbe-Unfallversicherungsgesetz genannte Unfallversicherungsgesetz, in den Jahren 1885—1887 die anderen Unfallversicherungsgesetze für Angestellte der öffentlichen Betriebe des Reiches und des Staates, für Land- und Forstwirtschaft und bei Bauten, im Jahre 1889 das Alters- und Invaliditätsversicherungsgesetz. Alle diese Gesetze wurden in den folgenden Jahren erweitert und ausgebaut, und sie wurden im Jahre 1911, unter Vergrößerung des Kreises der Versicherten und Erhöhung der Leistungen und mit Einfügung einer Hinterbliebenenversicherung und mit anderen vielfachen Verbesserungen in ein Gesetzbuch, die Reichsversicherungsordnung, inhaltlich zusammengefaßt. Die Reichsversicherungsordnung besteht aus sechs Büchern: das erste

enthält die Vorschriften, die für alle Zweige der Versicherung gelten, das zweite Buch behandelt die Krankenversicherung (KV.), das dritte die Unfallversicherung (UV.), und zwar getrennt die „Gewerbe-Unfallversicherung“, die „Landwirtschaftliche Unfallversicherung“ und die „See-Unfallversicherung“, das vierte Buch behandelt die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung (IV.), das fünfte die Beziehungen der einzelnen Versicherungen zueinander, z. B. der Krankenversicherung zur Invalidenversicherung und zu anderen zur Fürsorge Verpflichteten, z. B. zu einem Armenverband, das sechste Buch behandelt das Verfahren, besonders bei Feststellung der Leistungen.

In demselben Jahre 1911 wurde dann ein neues soziales Gesetz, das Versicherungsgesetz für Angestellte (AV.) erlassen; dieses Gesetz schafft für die große Gruppe der Angestellten, die nicht mit mechanischen und niederen Diensten, wie dies bei Arbeitern, Gehilfen, Gesellen, Lehrlingen und Dienstboten der Fall ist, beschäftigt werden, eine weit über die Leistungen der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung hinausgehende Fürsorge.

Bei der Durchführung all dieser Gesetze sind die Ärzte sehr stark beteiligt, einmal als Heilpersonen und dann als Sachverständige und Gutachter. Um seine Tätigkeit hierbei wirksam und fehlerfrei ausüben zu können, muß der Arzt zum mindesten wissen, wer versichert sein muß, und wer sich versichern kann, wo die Versicherung erfolgt, welche Leistungen sie gewährt, und welche Bedingungen für diese Gewährung der Versicherte zu erfüllen hat, und wie der Anspruch und die Höhe dieser Leistungen festgestellt werden.

1. Versicherungspflicht.

KV. Gegen Krankheit sind versichert:

1. — ohne Rücksicht auf die Höhe ihres Jahresarbeitsverdienstes — alle Arbeiter (gewerbliche und land- und forstwirtschaftliche), Gehilfen, Gesellen, Lehrlinge, Dienstboten und die Besatzung von Fahrzeugen der See- und Binnenschifffahrt;
2. — sofern ihr regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst 2500 Mk.¹⁾ nicht übersteigt — Betriebsbeamte, Werkführer und andere Angestellte in ähnlich gehobener Stellung; Handlungsgehilfen und Handlungslehrlinge; Gehilfen und Lehrlinge in Apotheken; Bühnen- und Orchestermitglieder ohne Rücksicht auf den Kunstwert ihrer Leistungen; Lehrer und Erzieher, soweit sie nicht an öffentlichen Schulen angestellt sind; Schiffsführer;

¹⁾ Diese Ziffer wird noch in diesem Jahre voraussichtlich erhöht werden.

3. Hausgewerbetreibende (das sind selbständige Gewerbetreibende, die gewöhnlich in ihrer Betriebsstätte im Auftrag und für Rechnung anderer Gewerbetreibender gewerbliche Erzeugnisse herstellen und verarbeiten).

Voraussetzung der Versicherung der unter Nr. 1 und 2 Bezeichneten — ausgenommen die Lehrlinge — ist, daß sie gegen Entgelt beschäftigt werden, also einem Arbeitgeber persönlich untergeordnet und wirtschaftlich von ihm abhängig sind. Zum Entgelt gehören neben Gehalt oder Lohn auch Gewinnanteile, Sach- und andere Bezüge (Kleidung, Weihnachtsgeschenke, Trinkgelder, freier Unterhalt). Beschäftigung eines Ehegatten durch den anderen ist niemals versicherungspflichtig, dagegen kann ein versicherungspflichtiges Verhältnis zwischen Verwandten (Vater und Sohn) bestehen.

UV. Gegen Unfall werden versichert: Arbeiter und Betriebsbeamte (Werkmeister, Techniker) — letztere, soweit ihr regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst 5000 Mk. nicht übersteigt —, welche beschäftigt werden: in Fabriken — darunter fallen auch Krankenhäuser und Heilanstalten, in denen Dampfkessel oder von elementarer Kraft bewegte Triebwerke, wie Fahrstühle, verwendet werden —, in Bergwerken, als Bauarbeiter, in den Betrieben der Eisenbahn, Post, Telegraphie, Heeres- und Marineverwaltung, in einigen mit besonderer Gefährlichkeit verbundenen Handwerksbetrieben (Schlossereien, Fleischereien, Dekorateurgewerbe, Schmiede), in einzelnen kaufmännischen Betrieben, in Apotheken, in jedem, auch nicht gewerbsmäßigen Fahr-, Reittier- und Stallhaltungsbetrieb, in der Binnenschiffahrt, auf den Ufer- und Seefahrzeugen als Schiffer, Maschinist, Aufwärter und in der Land- und Forstwirtschaft, sowie die Besatzungen von Seefahrzeugen.

Die Versicherungspflicht kann auf kleinere Betriebsunternehmer mit einem 3000 Mk. nicht übersteigenden Jahresarbeitsverdienst, auf Betriebsbeamte (Werkmeister, Techniker) mit einem 5000 Mk. übersteigenden Jahresarbeitsverdienst, auf Hausgewerbetreibende und auch auf Personen ausgedehnt werden, die nicht im Betriebe beschäftigt sind, aber die Betriebsstätte besuchen oder auf ihr verkehren (z. B. Frauen, die das Mittagessen der Arbeiter bringen, Studenten und andere Personen, die einen Betrieb zu Unterrichtszwecken besuchen).

Die Versicherung erstreckt sich auch auf häusliche und andere Dienste, zu denen Versicherte, die hauptsächlich im Betrieb beschäftigt sind, von dem Unternehmer oder dessen Beauftragten (z. B. von seiner Ehefrau) herangezogen werden.

Von den krankenversicherungspflichtigen Personen sind unter anderem auf Grund des Gesetzes nicht unfallversicherungspflichtig: Dienstboten (ausgenommen Kutscher, Reitknechte, Stallknechte, Kraftwagenführer), Handlungsgehilfen und Handlungslehrlinge, Krankenpflegepersonen und Hausgewerbetreibende.

IV. Alle krankenversicherungspflichtigen Personen, mit Ausnahme der Hausgewerbetreibenden, sind für den Fall der Invalidität und des Alters, sowie zugunsten der Hinterbliebenen vom vollendeten 16. Jahre ab zu versichern, diejenigen Personen aber, deren Krankenversicherungspflicht bei einem 2500 Mk. übersteigenden Jahresarbeitsverdienst aufhört, nur dann, wenn ihr Jahresarbeitsverdienst 2000 Mk. nicht übersteigt. (Ein Handlungsgehilfe mit einem Jahresarbeitsverdienst von 2100 Mk. ist wohl krankenversicherungspflichtig, nicht aber invalidenversicherungspflichtig.) Der Bundesrat kann die Versicherungspflicht auf Hausgewerbetreibende und kleinere Betriebsunternehmer (mit nur einem Lohnarbeiter) erstrecken; hierdurch sind auch die Hausgewerbetreibenden der Tabaksindustrie und die Hausweber und Hauswirker invalidenversicherungspflichtig geworden.

Voraussetzung der Versicherung ist die Vollendung des 16. Lebensjahres, und daß die Beschäftigung gegen ein bares Entgelt erfolgt. (Freier Unterhalt allein bewirkt noch nicht Invalidenversicherungspflicht).

AV. Alle Angestellten, die nicht mit mechanischen und niederen Diensten beschäftigt werden (also nicht Arbeiter, Gesellen, Gehilfen, Dienstboten), also auch alle Personen, deren Invalidenversicherungspflicht bei einem 2000 Mk. übersteigenden Jahresarbeitsverdienst aufhört. Die letzterwähnten Personen sind daher bis zu einem Jahresarbeitsverdienst von 2000 Mk. sowohl invalidenversicherungspflichtig, als auch angestelltenversicherungspflichtig.

Voraussetzung der Versicherung ist das Vorhandensein der Berufsfähigkeit, eine Beschäftigung als Angestellter gegen bares Entgelt, ein 5000 Mk. nicht übersteigendes Jahresgehalt, die Vollendung des 16. und die Nichtvollendung des 60. Lebensjahres.

2. Versicherungsfreiheit

auf Grund des Gesetzes oder auf Antrag bei Ausübung einer an und für sich versicherungspflichtigen Tätigkeit.

KV. Versicherungsfrei auf Grund des Gesetzes ist, wer nur in geringem Umfang, mit einer nur gelegentlichen und vorüber-

gehenden Tätigkeit beschäftigt ist, dann, wer als Beamter oder als ein anderer bei öffentlichen Körperschaften Beschäftigter gegen seinen Arbeitgeber eine genügende Krankenfürsorge gewährleistet erhalten hat, oder dessen Beschäftigung den Übergang zu einer solchen Stellung bildet. Ferner sind gesetzlich versicherungsfrei Personen, die während der wissenschaftlichen Ausbildung für ihren zukünftigen Beruf unterrichten, und Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen, Schulschwestern und ähnliche Personen, wenn sie sich aus religiösen oder sittlichen Beweggründen mit Krankenpflege, Unterricht oder anderen gemeinnützigen Tätigkeiten beschäftigen und als Entgelt nicht mehr als den freien Unterhalt beziehen.

Auf Antrag des Arbeitgebers werden 1. land- und forstwirtschaftliche Arbeiter und Dienstboten befreit, wenn der Arbeitgeber ihnen aus eigenen Mitteln eine der Kasse, zu der sie sonst gehörten, gleichwertige Krankenunterstützung gewährleistet und seine Leistungsfähigkeit sicher ist; 2. Personen, die bei Arbeitslosigkeit in Arbeiterkolonien oder ähnlichen Wohlfahrtsanstalten beschäftigt werden, und Lehrlinge, die im Betriebe ihrer Eltern arbeiten.

UV. Betriebsunternehmer, die nach der Satzung der Versicherungspflicht unterliegen, aber keiner besonderen Unfallgefahr ausgesetzt sind, kann der Vorstand der Berufsgenossenschaft für versicherungsfrei erklären.

IV. Versicherungsfrei sind 1. alle Personen, die eine Invaliden- oder Hinterbliebenenrente beziehen oder invalide sind; 2. Beamte des Reichs, der Bundesstaaten, der Gemeindeverbände, der Gemeinden und der Versicherungsträger, Lehrer und Erzieher an öffentlichen Schulen oder Anstalten, solange sie lediglich für ihren Beruf ausgebildet werden; 3. Personen, die während der wissenschaftlichen Ausbildung für ihren zukünftigen Beruf gegen Entgelt unterrichten; 4. die in Betrieben oder im Dienste des Reichs, eines Bundesstaates, eines Gemeindeverbandes, einer Gemeinde oder eines Versicherungsträgers Beschäftigten, Lehrer und Erzieher an öffentlichen Schulen oder Anstalten, wenn eine Anwartschaft auf Ruhegeld im Mindestbetrage der Invalidenrente nach den Sätzen der ersten Lohnklasse sowie auf Witwenrente gewährleistet ist.

AV. Die Versicherungsfreiheit erfolgt unter, dem Sinne nach, fast gleichen Bestimmungen wie in der IV. Ärzte, Tierärzte und Zahnärzte sind in ihrer beruflichen Tätigkeit (als Kassenärzte, Gemeindeärzte) versicherungsfrei.

3. Versicherungsberechtigung.

A. Freiwilliger Eintritt Nichtversicherungspflichtiger in die Versicherung (Selbstversicherung).

KV. Familienangehörige des Arbeitgebers, die ohne eigentliches Arbeitsverhältnis und ohne Entgelt in seinem Betriebe sind; 2. Gewerbetreibende und andere kleinere Betriebsunternehmer, die in ihren Betrieben regelmäßig höchstens zwei Versicherungspflichtige beschäftigen, können der Versicherung freiwillig beitreten, wenn ihr jährliches Gesamteinkommen 2500¹⁾ Mk. nicht übersteigt.

Das Recht zum Beitritt kann von einer bestimmten Altersgrenze und von der Vorlegung eines ärztlichen Gesundheitszeugnisses abhängig gemacht werden. Die Festsetzung der Altersgrenze bedarf der Zustimmung des Oberversicherungsamtes.

Die Versicherungsberechtigung erlischt, wenn das regelmäßige jährliche Gesamteinkommen 4000¹⁾ Mk. übersteigt.

UV. Unternehmer, die höchstens drei Versicherungspflichtige beschäftigen, und die in ihrem Betriebe tätigen Ehegatten können sich selbst versichern.

IV. Die Selbstversicherung ist bis zur Vollendung des 40. Lebensjahres gestattet: 1. Gewerbetreibenden und Betriebsunternehmern, die höchstens zwei Versicherungspflichtige beschäftigen, 2. Hausgewerbetreibenden, 3. denjenigen Personen, die nur bei einem 2000 Mk. nicht übersteigenden Jahresarbeitsverdienste der Invalidenversicherungspflicht unterliegen, wenn ihr Jahresarbeitsverdienst höher als 2000 Mk., aber nicht mehr als 3000 Mk. ist.

AV. Selbstversicherung ist nicht gestattet.

B. Fortsetzung der Versicherung nach Aufhören der Versicherungspflicht (Weiterversicherung).

KV. Wer auf Grund der Reichsversicherung oder bei einer knappschaftlichen Krankenkasse in den vorangegangenen 12 Monaten mindestens 26 Wochen oder unmittelbar vorher mindestens 6 Wochen versichert war, kann beim Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung die Versicherung weiter fortsetzen.

Die Weiterversicherung erlischt, wenn das regelmäßige jährliche Gesamteinkommen 4000¹⁾ Mk. übersteigt.

UV. Weiterversicherung ist nicht gestattet.

¹⁾ Diese Ziffern werden noch in diesem Jahre voraussichtlich erhöht werden.

IV. Wer aus einem versicherungspflichtigen Verhältnis ausscheidet, kann die Versicherung freiwillig fortsetzen.

AV. Wer aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung ausscheidet und mindestens 6 Beitragsmonate (vgl. Nr. 6) auf Grund der Versicherungspflicht zurückgelegt hat, kann die Versicherung freiwillig fortsetzen.

4. Versicherungsträger.

(Körperschaften, bei denen die Versicherung stattfindet.)

KV. Für jeden Kreis (Landkreis oder Stadtkreis) soll eine Allgemeine Ortskrankenkasse und eine Landkrankenkasse errichtet werden. Bei der letzteren sollen in der Regel die land- und forstwirtschaftlichen Arbeiter, die Dienstboten, Wanderarbeiter, Hausgewerbetreibende und ihre hausgewerblich Beschäftigten versichert sein. Auf die Errichtung der Landkrankenkasse oder auch auf diejenige der Ortskrankenkasse kann verzichtet werden, namentlich wenn durch die Errichtung beider Kassen die eine von ihnen wenig leistungsfähig würde. Die aus der, vor Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung liegenden Zeit stammenden, für bestimmte Gewerbezeige oder für bestimmte Betriebsarten errichteten Ortskrankenkassen können unter bestimmten Bedingungen weiterbestehen, doch dürfen neue derartige Ortskrankenkassen nicht mehr begründet werden. Unter bestimmten Bedingungen sind noch zulässig Betriebskrankenkassen, welche die Unternehmer größerer Betriebe oder Fabriken für die in ihrem Betriebe beschäftigten Personen errichten, und Innungskrankenkassen, welche von den Innungen für die bei den Innungsmeistern beschäftigten Personen errichtet werden können, außerdem die Knappschaftskassen und knappschaftlichen Krankenkassen. Krankenversicherungsvereine auf Gegenseitigkeit, die früheren freien Hilfskassen, können nach Erfüllung bestimmter, sehr schwerer Bedingungen als Ersatzkassen zugelassen werden: die Mitgliedschaft bei ihnen bewirkt, daß auf Antrag des Versicherten dann seine Rechte und Pflichten bei der Krankenkasse, deren Mitglied er eigentlich sein sollte, ruhen.

Die Wahl der Kasse steht dem Versicherten nicht frei. Er wird mit dem Tage des Eintritts in die versicherungspflichtige Beschäftigung ohne weiteres Mitglied derjenigen Krankenkasse, die für den Betrieb, in dem er beschäftigt ist, zuständig ist, und bleibt es, solange diese Beschäftigung dauert. Nur die unständigen Arbeiter und die Hausgewerbetreibenden müssen zur Erlangung der Mitgliedschaft in der für sie zuständigen Kasse von dieser in ein

von dieser geführtes Verzeichnis eingetragen werden. Versicherungs-berechtigte erwerben oder bewahren die Mitgliedschaft auf Grund einer Anmeldung (Anzeige) und Entrichtung von Beiträgen.

Auf Grund einer Satzung werden die Krankenkassen durch einen Ausschuß und einen Vorstand verwaltet. Vorstand und Ausschuß bestehen aus Vertretern der Versicherten und Vertretern ihrer Arbeitgeber. Hier, wie bei allen in der Reichsversicherung und Angestelltenversicherung vorkommenden Wahlen zu Ehren-ämtern, werden die Versicherten-Vertreter von den Versicherten, die Arbeitgeber-Vertreter von den Arbeitgebern nach den Grundsätzen der Verhältniswahl gewählt. Nur bei der Landkrankenkassen steht der Vertretung des Gemeindeverbandes, also in Preußen dem Kreistage, die Wahl des Ausschusses und des Vorstandes zu. Die Mitglieder des Ausschusses dürfen nicht dem Vorstande angehören. In beiden Körperschaften haben die Vertreter der Versicherten — infolge ihrer Beitragsleistung — doppelt soviel Stimmen, als die Vertreter der Arbeitgeber. Die Beschlüsse des Vorstandes und des Ausschusses werden zumeist mit einfacher Mehrheit gefaßt; in einigen Fällen, wie z. B. bei der Wahl des Vorsitzenden der Ortskrankenkasse durch den Vorstand, ist ein Mehrheitsbeschluß beider Vertretergruppen — also Mehrheit der Stimmen sowohl aus der Gruppe der Arbeitgeber, als auch aus der Gruppe der Versicherten — vorgeschrieben.

UV. Die Versicherung erfolgt hauptsächlich durch die Berufsgenossenschaften, die Vereinigungen von Unternehmern gleichartiger oder ähnlicher Betriebe sind; eine solche Berufsgenossenschaft wird für bestimmte Bezirke — entweder für das ganze Reichsgebiet oder für Teile desselben — errichtet und hat zum Mitgliede jeden Unternehmer eines versicherungspflichtigen Betriebes, der seiner Eigenart und seinem Sitze nach zu dem Bereich der Berufsgenossenschaft gehört. Die Berufsgenossenschaften dürfen zum Zwecke der Teilung der Verwaltung und der Verteilung des Risikos Sektionen mit Sektionsvorständen und Sektionsversammlungen einrichten, sie dürfen auch in allen Orten Vertrauensmänner als ihre örtlichen Organe bestellen. Die Berufsgenossenschaften regeln ihre Verwaltung durch ein von der Genossenschaftsversammlung zu beschließendes Statut. Die Genossenschaftsversammlung, die zumeist aus Vertretern der Mitglieder besteht, wählt den Vorstand. Von den angestellten besoldeten Beamten darf der Geschäftsführer bestimmte, sonst dem Vorstande obliegende Geschäfte wahrnehmen. Die Versicherten sind weder in der Genossenschaftsversammlung noch im Vorstande vertreten.

In Preußen bilden die landwirtschaftlichen Unternehmer einer Provinz eine Berufsgenossenschaft und die landwirtschaftlichen Unternehmer eines Kreises eine Sektion derselben. Die Verwaltung liegt in den Händen des Provinzialausschusses und Kreisausschusses. Für die landwirtschaftliche Unfallversicherung in Bayern, Kgr. Sachsen, Württemberg, Hessen, den beiden Mecklenburg, Oldenburg, Braunschweig, Lippe-Detmold, Hamburg und Bremen gilt Ähnliches.

An Stelle der Berufsgenossenschaften treten bei eigenen Betrieben des Reichs, der Bundesstaaten und solcher Gemeindeverbände und öffentlicher Körperschaften, welche zur Übernahme der Versicherungslasten für leistungsfähig erklärt werden, Ausführungsbehörden, und zur Versicherung von Tätigkeiten beim nichtgewerbsmäßigen Halten von Reittieren und Fahrzeugen eine Versicherungsgenossenschaft für das Gebiet des Deutschen Reiches.

IV. Die Durchführung erfolgt in der Hauptsache durch die Landesversicherungsanstalten, die in Anlehnung an die Staats- oder Gemeindeverwaltung für örtliche Bezirke errichtet sind. Es gibt 31 Landesversicherungsanstalten, darunter 13 preußische (je eine für jede Provinz und für den Stadtkreis Berlin), 8 bayerische (für jeden Regierungsbezirk), je eine für Sachsen, Württemberg, Baden, Hessen, Elsaß-Lothringen und die Hansestädte, und 4 für das Gebiet verschiedener Bundesstaaten.

Die Verwaltung der Landesversicherungsanstalt erfolgt durch einen Vorstand und einen Ausschuß. Der Ausschuß besteht je zur Hälfte aus Vertretern der Versicherten und Vertretern ihrer Arbeitgeber, der Vorstand aus einem Vorsitzenden, der höherer Beamter ist, aus anderen beamteten Mitgliedern und aus den vom Ausschuß in gleicher Zahl gewählten Vertretern der Versicherten und ihrer Arbeitgeber.

Die Mitglieder der Krankenkassen der Reichseisenbahn, sowie der preußischen, bayerischen, sächsischen, badischen Staats-eisenbahnen, außerdem die Mitglieder der Knappschaftskassen in Halle a. S., Saarbrücken, Freiberg i. S. und Bochum werden bei ihren Krankenkassen versichert; dasselbe gilt für die bei Seeberufsgenossenschaft gegen Unfall versicherten Personen. Man bezeichnet diese Krankenkassen und die Seeberufsgenossenschaft als „Sonderanstalten“ der Invalidenversicherung.

AV. Die Versicherung erfolgt durch die Reichsversicherungsanstalt, die in Berlin-Wilmersdorf ihren Sitz hat. Dieselbe wird von einem Direktorium, das aus einem Präsidenten, der nötigen Anzahl beamteter Mitglieder sowie aus je zwei Vertretern der

Versicherten und ihrer Arbeitgeber besteht, verwaltet, und sie untersteht nur dem Reichskanzler (Reichswirtschaftsamt). Das Direktorium wird in seiner Tätigkeit von dem Verwaltungsrat, dem Rentenausschuß und den Vertrauensmännern unterstützt. Die Vertrauensmänner — je zur Hälfte Vertreter der Versicherten und Vertreter ihrer Arbeitgeber — werden von den Angestellten und ihren Arbeitgebern, wieder getrennt nach den Grundsätzen der Verhältniswahl, schriftlich gewählt; auch Frauen sind wählbar. Die Vertrauensmänner wählen die Beisitzer für den Rentenausschuß, dessen Leiter ein höherer Beamter ist, und je 12 Vertreter der Versicherten und ihrer Arbeitgeber für den Verwaltungsrat. Der Vorsitzende des letzteren ist der Präsident des Direktoriums oder sein Stellvertreter.

5. Versicherungsbehörden.

Die Versicherungsträger erledigen ihre Geschäfte unter voller Selbstverwaltung. Nur zur Überwachung darüber, daß sie die ihnen durch Gesetz und Satzung übertragenen Pflichten erfüllen, besteht eine Aufsicht durch die Versicherungsbehörden: Versicherungsamt, Oberversicherungsamt, Reichsversicherungsamt (Landesversicherungsamt). Das Versicherungsamt besteht zu meist als eine besondere Abteilung bei jeder unteren Verwaltungsbehörde (Landrat, Bezirksamtmann, Amtshauptmann, Magistrat oder Bürgermeister kreisfreier Städte). Der Leiter der unteren Verwaltungsbehörde ist der Vorsitzende des Versicherungsamtes, aber für ihn werden ein oder mehrere selbständige Stellvertreter bestellt. Dem Versicherungsamte gehören als Beisitzer außerdem, in gleicher Zahl, mindestens je sechs gewählte Vertreter der Versicherten und ihrer Arbeitgeber an. Wählbar sind, wie für alle Versicherungsbehörden, nur Männer. Das Versicherungsamt bildet einen Beschlußausschuß und Spruchausschuß oder, wenn nötig, mehrere dieser Ausschüsse. Jeder Ausschuß besteht aus dem Vorsitzenden des Versicherungsamtes oder seinem Stellvertreter und je einem Beisitzer aus der Gruppe der Versicherten und ihrer Arbeitgeber. Nur diejenigen Sachen, die die Reichsversicherungsordnung dem Spruchverfahren oder Beschlußverfahren überweist, werden von den genannten Ausschüssen entschieden, die übrigen durch den Vorsitzenden des Versicherungsamtes oder seinen Stellvertreter.

Das Versicherungsamt führt die Aufsicht über die Krankenkassen seines Bezirkes; es entscheidet über Beschwerden, die gegen die Geschäftsführung der Krankenkassen erhoben werden.

Die nächsthöhere Versicherungsbehörde ist das Oberversicherungsamt, das entweder an höhere Staatsbehörden, wie in Preußen an die Regierungen, angegliedert oder als selbständige Behörde errichtet wird. Im ersteren Falle ist der Leiter der höheren Staatsbehörde (Regierungspräsident) auch Vorsitzender des Oberversicherungsamtes, aber als sein ständiger Stellvertreter wird immer ein Direktor des Oberversicherungsamtes bestellt. Das Oberversicherungsamt besteht außer dem Direktor und mindestens 2 Mitgliedern, die höhere Verwaltungsbeamte sind, noch aus mindestens 40 gewählten Beisitzern, von denen die eine Hälfte Vertreter der Versicherten, die andere Hälfte Vertreter der Arbeitgeber ist. Jedes Oberversicherungsamt bildet eine (oder mehrere) Beschluskammer und Spruchkammer. Die letztere besteht aus einem der höheren Beamten als Vorsitzenden und je 2 Beisitzern der Versicherten und ihrer Arbeitgeber; die Beschluskammer besteht aus dem Vorsitzenden des Oberversicherungsamtes, einem zweiten beamteten Mitgliede und je einem Beisitzer der Versicherten und ihrer Arbeitgeber.

Das Oberversicherungsamt (Beschluskammer) wählt, je für 4 Jahre nach Schluß des letzten Jahres, in der Regel nach Anhörung der zuständigen Ärztevertretung, aus seinem Bezirke die Ärzte aus, die bei seinen Verhandlungen als Sachverständige und Gutachter zugezogen werden sollen. Als ständige ärztliche Sachverständige in Sachen der Unfallversicherung dürfen Ärzte, die zu irgendeinem Träger der Unfallversicherung im Vertragsverhältnisse stehen oder von irgendeinem Träger der Unfallversicherung regelmäßig als Gutachter in Anspruch genommen werden, nicht zugezogen werden. Dasselbe gilt auch für die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Das Reichsversicherungsamt hat seinen Sitz in Berlin und ist die oberste Behörde der Reichsversicherung für das ganze Deutsche Reich. An seine Stelle treten in Bayern, Sachsen und Baden das Landesversicherungsamt, soweit der Bezirk des beteiligten Versicherungsträgers nicht über das Gebiet des Bundesstaates hinausreicht. Das Reichsversicherungsamt besteht aus einem Präsidenten, 2 Direktoren und einer Anzahl ständiger, vom Kaiser ernannter Mitglieder, außerdem aber aus nichtständigen Mitgliedern, von denen 8 vom Bundesrate und je 12 von den Versicherten und ihren Arbeitgebern als ihre Vertreter gewählt werden. Für diese Vertreter werden nach Bedarf Stellvertreter gewählt. Das Reichsversicherungsamt bildet Spruchsenate und Beschlusssenate. Diese bestehen aus einem Vorsitzenden, einem vom Bundesrate gewählten nichtständigen, einem

ständigen Mitglieder und je einem Vertreter der Versicherten und ihrer Arbeitgeber; beim Spruchsenate treten noch 2 richterliche Beamte hinzu. Wenn in einer grundsätzlichen Rechtsfrage ein Senat des Reichsversicherungsamtes von der Entscheidung eines anderen abweichen will, so entscheidet für ihn ein aus 11 Personen zusammengesetzter Großer Senat.

6. Aufbringung der Mittel.

KV. Die Mittel für die Krankenversicherung werden von den Arbeitgebern und den Versicherten aufgebracht. Versicherungspflichtige haben zwei Drittel, ihre Arbeitgeber ein Drittel der Beiträge zu zahlen. Versicherungsberechtigte haben die Beiträge allein zu tragen. Bei Arbeitsunfähigkeit sind für die Dauer der Krankenhilfe keine Beiträge zu entrichten, ebenso nicht während des Bezugs von Wochen- und Schwangerengeld. Die zulässige Höhe der Beiträge ist durch die Reichsversicherungsordnung begrenzt. Der Arbeitgeber hat jeden von ihm beschäftigten Versicherungspflichtigen bei der Kasse anzumelden und die Beiträge für ihn an den von der Satzung der Kasse festgesetzten Zahltagen einzuzahlen; der Arbeitgeber zieht dann bei der nächsten Lohnzahlung den bei ihm beschäftigten Versicherungspflichtigen vom Lohne ihren Beitragsanteil ab. Versicherungsberechtigte haben ihren Beitrag, den sie allein voll zu tragen haben, auch an den Zahltagen einzuzahlen. (Für die Beitragsleistung der unständigen Arbeiter, Wanderarbeiter und Hausgewerbetreibenden bestehen hiervon abweichende Vorschriften.) Arbeitgeber solcher Versicherungspflichtiger, die Mitglieder einer Ersatzkasse sind, haben ihren eigenen Beitragsteil an die Krankenkasse, in die der Versicherungspflichtige gehört, einzuzahlen.

UV. Die Aufbringung der Mittel erfolgt bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften und bei der Seeberufsgenossenschaft durch eine Umlage bei den Unternehmern nach Bedarf der Ausgaben des abgelaufenen Kalenderjahres. Die Versicherten tragen dazu nichts bei.

Die Umlage wird auf die Betriebe verteilt, und zwar nach den in diesen verdienten Löhnen und nach der Durchschnittsgefahr des betreffenden Gewerbezweiges. Diese Durchschnittsgefahrlichkeit wird innerhalb jeder Berufsgenossenschaft nicht für den einzelnen Betrieb, sondern für die in der Berufsgenossenschaft vertretenen Gewerbezweige berechnet und durch sog. Gefahrenziffern ausgedrückt, die in Gefahrentarifen zusammengestellt werden.

Bei den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften erfolgt die Umlage nach anderen Grundsätzen, in Preußen meist nach dem Maßstabe der Grundsteuer.

Die Berufsgenossenschaften verwenden aber ihre Mittel nicht nur zur Entschädigung für die Folgen von Betriebsunfällen, sie tragen auch zur Verminderung der Betriebsunfälle bei, denn sie sind verpflichtet, Unfallverhütungsvorschriften zu erlassen und allen ihren Arbeitern durch Aushang bekanntzugeben. Diese Vorschriften schreiben die Einrichtungen und Anordnungen vor, welche die Unternehmer zur Verhütung von Unfällen in ihren Betrieben zu treffen haben, und sie regeln das Verhalten, das die Versicherten zur Verhütung von Unfällen in den Betrieben zu beobachten haben. Die Berufsgenossenschaften haben für die Durchführung der Unfallverhütungsvorschriften zu sorgen; sie sind berechtigt und auf Verlangen des Reichsversicherungsamts verpflichtet, technische Aufsichtsbeamte in der erforderlichen Zahl anzustellen, um die Befolgung der Unfallverhütungsvorschriften zu überwachen und von den Einrichtungen der Betriebe Kenntnis zu nehmen.

IV. Die Mittel zur Invalidenversicherung werden durch Zuschüsse des Reichs und durch Beiträge, die die Versicherten und ihre Arbeitgeber, beide je zur Hälfte, zahlen, aufgebracht. Die Entrichtung der Beiträge erfolgt durch den Arbeitgeber, durch Einkleben von Marken, die jede Landesversicherungsanstalt ausgibt, in das Quittungsbuch des Versicherten. Zur Abstufung der Beiträge sind die Versicherten nach der Höhe ihres Jahresarbeitsverdienstes in fünf Lohnklassen eingeteilt: Klasse 1 umfaßt die Versicherten bis zu einem angenommenen Jahresarbeitsverdienst von 350 Mk., Klasse 2 bis 550 Mk., Klasse 3 bis 850 Mk., Klasse 4 bis 1150 Mk., Klasse 5 alle über 1150 Mk. Der Wochenbeitrag für Lohnklasse 1 beträgt 18 Pf., für 2 = 26 Pf., für 3 = 34 Pf., für 4 = 42 Pf. und für 5 = 50 Pf. Der Arbeitgeber hat die Marken, die bei jeder Postanstalt zu kaufen sind, zu beschaffen und hat bei der Lohnzahlung für jede Woche der Beschäftigung des Versicherten eine — passende — Marke einzukleben und zieht die Hälfte des ausgegebenen Betrages vom Lohne ab. Die Woche (Beitragswoche) beginnt am Montag und endet am Sonntag; sie gilt als volle Beitragswoche, wenn der Versicherte auch nur an einem ihrer Tage beschäftigt gewesen ist. Als Beitragswochen der Lohnklasse 2 werden, ohne daß Beiträge entrichtet zu werden brauchen, die vollen Wochen angerechnet, in denen ein Versicherter zur Erfüllung der Wehrpflicht eingezogen gewesen ist, im Kriege freiwillig militärische

Dienstleistungen, wozu auch die Dienste eines freiwilligen Krankenpflegers gehören, geleistet hat, oder in denen er wegen einer mindestens 1 Woche dauernden Krankheit arbeitsunfähig gewesen ist. Dasselbe gilt für die Dauer von 8 Wochen bei einer durch Schwangerschaft oder normales Wochenbett veranlaßten Arbeitsunfähigkeit. Jede eingeklebte Marke muß entwertet werden, indem auf ihr das Datum des Sonntags, bis zu welchem sie gilt, durch Tinte oder Stempel verzeichnet wird. Versicherungsberechtigte haben die Marken selbst zu beschaffen und einzukleben und den vollen Betrag zu zahlen. Die für die Selbstversicherung geltenden Marken sind in besonderer Farbe hergestellt.

Beiträge dürfen nach Eintritt dauernder oder während vorübergehender Invalidität nicht entrichtet werden.

Die Versicherung in einer höheren Lohnklasse, als seinem angenommenen Jahresarbeitsverdienste entspricht, ist jedem Versicherten erlaubt; in diesem Falle ist der Arbeitgeber nur zur Zahlung des Betrages verpflichtet, der der Hälfte des gesetzlichen Beitrages entspricht. Auch eine Zusatzversicherung ist dem Versicherten erlaubt: er kann zu jeder Zeit beliebig viele Zusatzmarken im Einzelwerte von 1 Mk. in seine Quittungskarte einkleben, wodurch sich seine Invalidenrente erhöht.

Die Quittungskarte hat sich der Versicherte bei der Ortspolizeibehörde ausstellen zu lassen, und er hat sie bei der Lohnzahlung vorzulegen. Die Quittungskarte soll innerhalb 2 Jahren nach der Ausstellung der Polizeibehörde zum Umtausch eingereicht werden. Der Versicherte erhält dann eine Aufrechnung der für ihn gezahlten oder bescheinigten Beiträge.

AV. Die Mittel werden allein von den Versicherten und ihren Arbeitgebern aufgebracht durch Beiträge, die für jeden Monat der Beschäftigung des Versicherten (Beitragsmonat), je zur Hälfte von dem Versicherten und seinem Arbeitgeber, zu zahlen sind. Es gibt neun Gehaltsklassen: Klasse A reicht bis zum Jahresgehalt von 550 Mk., B bis zu 850 Mk., C bis zu 1150 Mk., D bis zu 1500 Mk., E bis zu 2000 Mk., F bis 2500 Mk., G bis 3000 Mk., H bis 4000 Mk. und J bis 5000 Mk. Die entsprechenden Monatsbeiträge betragen 1,00 Mk., 3,20 Mk., 4,80 Mk., 6,80 Mk., 9,60 Mk., 13,20 Mk., 16,60 Mk., 20 Mk., 26,60 Mk. Die Beiträge der ersten fünf Gehaltsklassen, der Doppeltversicherten, sind so bemessen, daß sie zusammen mit den Invalidenversicherungsbeiträgen keinen höheren Prozentsatz des bezogenen Jahresgehalts betragen als die Beiträge der vier höchsten Gehaltsklassen der Angestelltenversicherung allein. Die Zahlung der

Beiträge erfolgt bei Versicherungspflichtigen auch durch den Arbeitgeber, zumeist durch Überweisung im Postscheckverkehr. Versicherungsberechtigte haben den vollen Beitrag allein zu tragen; sie dürfen Beiträge nach Eintritt dauernder oder während vorübergehender Berufsunfähigkeit nicht mehr entrichten.

7. Leistungen der Versicherungsträger.

KV. Regelleistungen der Krankenkassen sind Leistungen, die von den Krankenkassen gewährt werden müssen. Mehrleistungen sind solche, deren Gewährung die Krankenkassen, soweit es die Reichsversicherungsordnung erlaubt, freiwillig, zumeist durch ihre Satzungen, beschließen können. Die Regelleistungen sind Krankenhilfe, Wochengeld, Sterbegeld.

Als Krankenhilfe wird gewährt: 1. Vom Beginn der Krankheit ab Krankenpflege, die ärztliche Behandlung, Versorgung mit Arznei, Brillen, Bruchbändern und anderen kleineren Heilmitteln umfaßt; 2. ein Krankengeld in Höhe der Hälfte des für den Versicherten angenommenen Jahresarbeitsverdienstes für jeden Arbeitstag, wenn die Krankheit ihn arbeitsunfähig macht; es wird vom vierten Krankheitstage an, wenn aber die Arbeitsunfähigkeit erst später eintritt, vom Tage ihres Eintritts an gewährt.

Die ärztliche Behandlung muß durch einen in Deutschland approbierten Arzt (oder Zahnarzt) geleistet werden; zur ärztlichen Behandlung zählen auch Hilfsleistungen der Heildiener, Heilgehilfen, Krankenpfleger, Hebammen, Masseure u. dgl., wenn der Arzt sie anordnet oder wenn in dringenden Fällen kein Arzt zugezogen werden kann. Bei Zahnkrankheiten, mit Ausnahme von Mund- und Kieferkrankheiten, kann die Behandlung auch durch Zahntechniker erfolgen.

Arbeitstage sind solche Tage, an denen der Versicherte nach der Art seiner Beschäftigung ohne seine Krankheit gearbeitet haben würde; so ist für Kellner und Diensthofen auch der Sonntag und jeder Feiertag ein Arbeitstag.

Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn der Erkrankte nicht oder nur mit Gefahr der Verschlimmerung seines Zustandes fähig ist, die Tätigkeit auszuüben, die ihn versicherungspflichtig gemacht hat.

An Stelle der Krankenpflege und des Krankengeldes kann Kur und Verpflegung in einem Krankenhause gewährt werden. Hat der Kranke einen eigenen Haushalt, oder ist er Mitglied des Haushalts seiner Familie, so bedarf es seiner Zustimmung. Diese Zustimmung ist nicht erforderlich, wenn die Krankheit

ansteckend ist oder eine Behandlung oder eine Pflege notwendig macht, die in der Familie des Erkrankten nicht beschafft werden kann, oder wenn Zustand und Verhalten des Erkrankten seine fortgesetzte Beobachtung erfordert. In diesen Fällen soll die Krankenkasse möglichst Krankenhauspflege gewähren. Auch wenn der Erkrankte den ärztlichen Anordnungen zuwidergehandelt oder die vom Ausschusse beschlossene Krankenordnung wiederholt nicht beobachtet hat, kann er ohne seine Zustimmung einem Krankenhaus überwiesen werden.

Wird Krankenhauspflege einem Versicherten gewährt, der bisher von seinem Arbeitsverdienst Angehörige ganz oder überwiegend unterhalten hat, so ist daneben ein Hausgeld für die Angehörigen im Betrage des halben Krankengeldes zu zahlen.

Bei Landkrankenkassen kann für arbeitsunfähig Erkrankte „erweiterte Krankenpflege“ eingeführt werden. Dann muß der Versicherte auf sein Verlangen in ein Krankenhaus überführt werden, aber dafür kann dies auch ohne seine Zustimmung erfolgen, und es kann satzungsgemäß bestimmt werden, daß hierbei Hausgeld in geringerer Höhe wie sonst oder sogar gar nicht gewährt wird.

Die Krankenhilfe, also Krankenpflege und Krankengeldbezug, endet spätestens mit Ablauf der 26. Woche nach Beginn der Krankheit; wird jedoch Krankengeld erst von einem späteren Tage an bezogen, nach diesem. Fällt in den Krankengeldbezug eine Zeit, in der nur Krankenpflege gewährt wird, so wird diese Zeit auf die Dauer des Krankengeldbezugs bis zu 13 Wochen nicht angerechnet. Ist Krankengeld über die 26. Woche nach Beginn der Krankheit hinaus zu zahlen, so endet mit seinem Bezug auch der Anspruch auf Krankenpflege.

Das Krankengeld kann ganz oder teilweise auf ein Jahr versagt werden, wenn der Versicherte seine Krankheit durch ein gegen die Kasse verübtes Verbrechen sich zugezogen hat, und für die Dauer einer vorsätzlich oder bei einer Schlägerei erworbenen Krankheit.

Die Krankenhilfe kann schon 13 Wochen nach Beginn der Krankheit ihr Ende haben, wenn der Versicherte binnen 12 Monaten bereits für 26 Wochen Krankengeld bezogen hat und im Laufe der nächsten 12 Monate an der gleichen, nicht gehobenen Krankheitsursache erkrankt.

Wöchnerinnen, die im letzten Jahre vor der Niederkunft mindestens 6 Monate hindurch auf Grund der Reichsversicherung oder bei einer knappschaftlichen Kasse gegen Krankheit versichert gewesen sind, erhalten ein Wochengeld in Höhe des

Krankengeldes für 8 Wochen, von denen mindestens 6 in die Zeit nach der Niederkunft fallen müssen. Für Mitglieder der Landkrankenkassen, die nicht der Gewerbeordnung unterstehen, kann die Dauer des Wochengeldbezugs auf 4 Wochen herabgesetzt werden.

Als Sterbegeld wird beim Tode des Versicherten das 20fache des für ihn angenommenen Tagelohns an denjenigen, der das Begräbnis besorgt hat, gezahlt. Ein etwa verbleibender Überschuß fällt den Erben des Verstorbenen zu.

Als Mehrleistungen sind zulässig: Gewährung von Hilfsmitteln gegen Verunstaltung und Verkrüppelung, die nach bedingtem Heilverfahren zur Wiederherstellung und Erhaltung der Arbeitsfähigkeit notwendig sind; mit Zustimmung des Versicherten Gewährung von Wartung und Hilfe durch Krankenpfleger, Krankenschwestern und andere Pfleger, wenn eine gebotene Aufnahme in ein Krankenhaus nicht ausführbar ist oder ein wichtiger Grund vorliegt, den Kranken in seinem Haushalt oder in seiner Familie zu belassen; Fürsorge für Genesende, namentlich durch Unterbringung in einem Genesungsheime bis zur Dauer eines Jahres nach Ablauf der Krankenhilfe; das Krankengeld kann um die Hälfte seines regelmäßigen Betrages erhöht, allgemein für Sonn- und Feiertage und schon vom ersten Tage der Arbeitsunfähigkeit an gegeben werden; das Hausgeld kann so hoch werden wie das gesetzliche Krankengeld; die Krankenhilfe kann bis auf 1 Jahr erweitert werden; mit Zustimmung der Wöchnerin an Stelle des Wochengeldes Hilfe und Wartung durch Hauspflegerinnen oder Kur und Verpflegung in einem Wöchnerinnenheim, ferner bei normaler Niederkunft Gewährung von Hebammendiensten und ärztlicher Geburtshilfe, außerdem für Schwangere ein Schwangerengeld bis zur Gesamtdauer von 6 Wochen und bei Schwangerschaftsbeschwerden Gewährung von Hebammendiensten und ärztlicher Behandlung, schließlich für Wöchnerinnen, die ihre Neugeborenen stillen, ein Stillgeld bis zum Ablauf der 12. Woche nach der Niederkunft; Krankenpflege an versicherungsfreie Familienmitglieder der Versicherten und Wochenhilfe an versicherungsfreie Ehefrauen der letzteren, ein Sterbegeld beim Tode des versicherungsfreien Ehegatten oder eines Kindes des Versicherten.

Die während des Krieges geschaffene Kriegswochenhilfe gewährt:

1. einen einmaligen Betrag zu den Kosten der Entbindung in Höhe von 25 Mk. (oder freie Behandlung durch Hebamme und Arzt und die nötigen Arzneien und Heilmittel);

2. ein Wochengeld von $1\frac{1}{2}$ Mk. täglich, einschließlich der Sonn- und Feiertage, für 8 Wochen, von denen mindestens 6 in die Zeit nach der Niederkunft fallen müssen;

3. eine Beihilfe bis zum Betrage von 10 Mk. für Hebammen-dienste und ärztliche Behandlung, falls solche bei Schwangerschaftsbeschwerden erforderlich waren;

4. für Wöchnerinnen, solange sie ihre Neugeborenen stillen, ein Stillgeld von 50 Pf. täglich, einschließlich der Sonn- und Feiertage, bis zum Ablauf der 12. Woche nach der Niederkunft.

Anspruch hierauf haben alle versicherte Wöchnerinnen und solche unbemittelte und minderbemittelte Wöchnerinnen, deren Ehemänner in diesem Kriege dem Reiche Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste leisten oder im vaterländischen Hilfsdienst beschäftigt sind.

Die Kriegswochenhilfe wird durch die Krankenkasse geleistet, die auch die Kosten trägt, wenn die Hilfe versicherten Wöchnerinnen gewährt wird. Sonst trägt das Reich die Kosten.

Scheiden wegen Erwerbslosigkeit Versicherte aus, die in den vorangegangenen 12 Monaten mindestens 26 Wochen oder unmittelbar vorher mindestens 6 Wochen versichert waren, so verbleibt ihnen der Anspruch auf die Regelleistungen der Kasse, wenn der Versicherungsfall (also auch die Krankheit) während der Erwerbslosigkeit und binnen 3 Wochen nach dem Ausscheiden eintritt.

UV. Die Unfallversicherung ersetzt den Schaden, der infolge eines Betriebsunfalls durch Körperverletzung und Tötung entsteht. Ein Unfall ist die Schädigung der körperlichen und geistigen Gesundheit durch ein bestimmbares plötzliches oder doch zeitlich bestimmbares, keinesfalls eine Arbeitsschicht überdauerndes Ereignis. Ein Betriebsunfall liegt vor, wenn der Unfall den Verletzten zur Zeit einer Tätigkeit betroffen hat, die durch Verrichtungen veranlaßt worden ist, welche sich auf die Vorbereitung, die Durchführung und den Abschluß des den Verletzten beschäftigenden Unternehmens beziehen. Auch solche Betriebsunfälle sind entschädigungspflichtig, die durch grobe Nachlässigkeit, ja durch verbötswidriges Handeln des Verletzten entstanden sind; nur vorsätzliche Herbeiführung des Unfalls und sein Eintritt bei einem Verbrechen schließt seine Entschädigung aus. Unter Körperverletzung ist hier nicht nur eine äußere Verletzung zu verstehen, sondern auch jede durch den Betriebsunfall verursachte Krankheit (wie z. B. Nierenentzündung, Magenkrebs, Geisteskrankheiten).

Betriebsunfälle, deren Folgen schon während der ersten 13 Wochen ohne Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit beseitigt sind, werden durch die Berufsgenossenschaften nicht entschädigt. Für diese Zeit haben, wenn nicht der Tod des Verletzten eingetreten ist, die Krankenkassen, oder in dem Falle, daß der Verletzte einer Krankenkasse nicht angehörte, der Betriebsunternehmer einzutreten; dabei wird vom Beginn der 5. Woche ab den Verletzten, soweit sie der Gewerbe- oder See-Unfallversicherung unterstehen, durch die Berufsgenossenschaften Krankengeldzuschuß gewährt, mit dem ihr Krankengeld ungefähr um ein Drittel erhöht wird. Die Berufsgenossenschaften aber können auch in diesen 13 Wochen die Heilbehandlung des Verletzten selbst übernehmen, und sie können dieselbe auch nach ihrem Ablaufe der Krankenkasse des Verletzten übertragen.

Durch Beschluß des Bundesrats kann die Unfallversicherung auf bestimmte gewerbliche Berufskrankheiten ausgedehnt werden; hiervon ist aber bisher kein Gebrauch gemacht worden. Aber der Bundesrat hat auf Grund der ihm während des Krieges zustehenden Ermächtigung die Gewährung von Sterbegeld und Hinterbliebenenrenten verfügt, wenn eine unfallversicherte Person bei Herstellung von Kriegsbedarf sich eine Gesundheitsschädigung durch nitrierte Kohlenwasserstoffe der aromatischen Reihe (z. B. Dinitrobenzol, Trinitrotoluol, Trinitroanisol) zuzieht und infolge ihrer Einwirkung stirbt.

Der von den Trägern der Unfallversicherung vom Beginn der 14. Woche nach dem Unfall an zu leistende Schadensersatz besteht in Krankenbehandlung, also in ärztlicher Behandlung, Versorgung mit Arznei, anderen Heilmitteln sowie mit Krücken, Stützvorrichtungen u. dgl. und in Gewährung einer Rente für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit. Im Falle der Tötung wird Sterbegeld in Höhe von mindestens 50 Mk. und Hinterbliebenenrente gewährt.

Die Höhe der Unfallrente richtet sich nach dem Grade der durch den Unfall herbeigeführten Minderung der Erwerbsfähigkeit und wird in Prozenten der Vollrente, die bei völligem Verlust der Erwerbsfähigkeit zu gewähren ist, ausgedrückt. Die Rente wird nach dem Entgelt berechnet, den der Verletzte während des letzten Jahres im Betriebe bezogen hat. Die Vollrente beträgt $66\frac{2}{3}\%$ des ermittelten Jahresarbeitsverdienstes; aber soweit letzterer 1800 Mk. übersteigt, wird er nur mit einem Drittel angerechnet. Im allgemeinen gilt als Jahresarbeitsverdienst das 300fache des durchschnittlichen Arbeitsverdienstes für den vollen Tag. Wenn der Zustand eines Empfängers einer Unfall-

rente sich wesentlich bessert, kann seine Rente herabgesetzt werden, und auch das Gegenteil ist möglich. Erwerbsunfähigkeit ist die körperliche und geistige Unfähigkeit, durch Lohnarbeit auf dem gesamten wirtschaftlichen Gebiete den bisherigen Verdienst zu erwerben, nicht also nur auf dem Gebiet des Berufes, den der Verletzte zur Zeit des Unfalls ausübte. Ist der Verletzte so hilflos geworden, daß er ohne fremde Wartung und Pflege nicht bestehen kann, so ist die Rente bis zum vollen Betrage des ermittelten Jahresarbeitsverdienstes zu erhöhen.

An Stelle der Krankenbehandlung und Gewährung der Rente kann Krankenhausbehandlung oder Hauspflege gewährt werden, wobei die schon bei der Krankenversicherung erwähnten Vorschriften gelten. Hat der Verletzte eine Anordnung, die das Heilverfahren betrifft, ohne einen triftigen Grund nicht befolgt, und wird dadurch seine Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflußt, so kann ihm der Schadensersatz auf Zeit ganz oder teilweise entzogen werden.

Die Rente für die Witwe und jedes hinterbliebene Kind, das das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, beträgt ein Fünftel des anrechnungsfähigen Jahresarbeitsverdienstes; auch uneheliche Kinder, denen der Verstorbene nach gesetzlicher Pflicht Unterhalt gewährt hat, erhalten die Rente. Bei Wiederverheiratung erhält die Witwe eine einmalige Abfindung in Höhe des dreifachen Betrages ihrer Witwenrente. Dieselben Bestimmungen gelten bei dem durch Betriebsunfall herbeigeführten Tode einer versicherten Frau, die wegen Erwerbsunfähigkeit ihres Ehemanns ihre Familie ganz oder überwiegend aus ihrem Arbeitsverdienste unterhalten hat, solange bei diesen ihren Erben Bedürftigkeit vorliegt. Auch Eltern, Großeltern und Enkel haben einen Anspruch auf Rente, wenn sie wesentlich von dem Verstorbenen unterhalten sind, solange sie selbst unbemittelt sind. Die Hinterbliebenenrenten eines Versicherten werden in bestimmter Weise gekürzt, wenn sie zusammen mehr als drei Fünftel seines anrechnungsfähigen Jahresarbeitsverdienstes betragen.

Auch die rentenberechtigten Hinterbliebenen eines durch Unfall Getöteten können in ein Invalidenhaus, Waisenhaus oder in eine ähnliche Anstalt aufgenommen werden, wobei ihr Rentenbezug fortfällt.

IV. Ein Versicherter erhält nach Erfüllung der Wartezeit und Aufrechterhaltung der Anwartschaft 1. ohne Rücksicht auf sein Lebensalter eine Invalidenrente, wenn er dauernd invalide ist; 2. wenn er nicht dauernd invalide ist, aber während 26 Wochen ununterbrochen invalide gewesen ist oder der nach Wegfall des

Krankengeldes (vgl. S. 197) invalide ist, für die weitere Dauer der Invalidität; 3. ohne Rücksicht auf das Maß der Erwerbsfähigkeit vom vollendeten 65. Lebensjahre ab eine Altersrente.

Invalidität liegt vor, wenn die Erwerbsfähigkeit, also die Fähigkeit, Lohnarbeit auf dem gesamten wirtschaftlichen Markte zu verrichten, auf weniger als ein Drittel herabgesunken ist (vgl. S. 400).

Die Wartezeit ist für die Invalidenrente bei 200 Beitragswochen erfüllt, wenn für den Versicherten auf Grund der Versicherungspflicht 100 Beiträge geleistet worden sind, und bei 500 Beitragswochen, wenn nicht 100 Pflichtbeiträge, aber doch mindestens 100 Beiträge auf Grund der Selbstversicherung oder teils auf dieser, teils auf Grund der Versicherungspflicht geleistet worden sind. Die Wartezeit ist für die Altersrente bei 1200 Beitragswochen erfüllt. Die bescheinigten Krankheits- und Militärdienstzeiten werden als Wochenbeiträge der Lohnklasse 2 auch für die Wartezeit angerechnet.

Die Anwartschaft geht verloren, wenn während zweier Jahre nach dem auf der Quittungskarte verzeichneten Ausstellungstage weniger als 20 Wochenbeiträge entrichtet worden sind; wenn aber auf Grund der Versicherungspflicht weniger als 61 Beiträge geleistet worden sind, so ist zur Aufrechterhaltung der Anwartschaft die Entrichtung von 40 Wochenbeiträgen während zweier Jahre nach dem auf der Quittungskarte verzeichneten Ausstellungstage notwendig. Der Verlust der Anwartschaft bedeutet, daß alle bis dahin entrichteten Beiträge und die bescheinigten Krankheits- und Militärdienstzeiten für die Wartezeit nicht mehr angerechnet werden. Das Wiederaufleben der Anwartschaft ist möglich, aber nur mit Erfüllung sehr schwer zu erfüllender Bedingungen.

Nach dem Tode des Versicherten, der zur Zeit seines Todes die Wartezeit für die Invalidenrente erfüllt und die Anwartschaft aufrechterhalten hat, erhalten seine invalide Witwe eine Witwenrente und seine ehelichen Kinder bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres eine Waisenrente. Für uneheliche Kinder, Eltern, Großeltern und elternlose Enkel gilt sinngemäß dasselbe wie in der Unfallversicherung, ebenso für Witwenrenten. Bei der Beurteilung der Invalidität der Witwe ist auf die bisherige Lebensstellung ihres verstorbenen Ehemanns Rücksicht zu nehmen; der Witwe darf also nicht eine Tätigkeit, die zu dieser Lebensstellung nicht paßt, zugewiesen werden.

Witwenrente erhält auch die Witwe, die nicht dauernd invalide ist, aber während 26 Wochen ununterbrochen invalide gewesen ist, oder die nach Wegfall des Krankengeldes invalide

ist (vgl. S. 373), für die weitere Dauer der Invalidität (Witwenkrankenrente).

Eine zur Zeit des Todes ihres Ehemanns selbst gegen Invalidität versicherte Witwe, die die Anwartschaft aufrechterhalten und die Wartezeit für die Invalidität erfüllt hat, erhält beim Tode ihres Ehemanns, auch wenn sie nicht invalide ist, ein einmaliges Witwengeld in Höhe des Jahresbetrages ihrer Witwenrente und bei Vollendung des 15. Lebensjahres jedes ihrer Kinder eine einmalige Waisenaussteuer in Höhe des achtfachen Monatsbetrages der bis dahin bezogenen Waisenrente. Die Witwen- und Witwerrenten fallen bei der Wiederverheiratung weg; die Witwe erhält in der Invalidenversicherung keine Abfindung.

Die Höhe der Renten richtet sich nach der Anzahl und dem Werte der eingeklebten gültigen Marken und bescheinigten Krankheits- und Militärdienstzeiten. Das Reich gibt zu jeder Invaliden-, Alters-, Witwen- und Witwerrente einen jährlichen Zuschuß von 50 Mk., zu jeder Waisenrente einen jährlichen Zuschuß von 25 Mk., zu jedem Witwengelde einen einmaligen Zuschuß von 50 Mk. und zu jeder Waisenaussteuer einen einmaligen Zuschuß von $16\frac{2}{3}$ Mk.

Hat der Empfänger der Invalidenrente Kinder unter 15 Jahren, so erhöht sich die Invalidenrente für jedes dieser Kinder um ein Zehntel (Kinderzuschuß). Eine Kürzung der Hinterbliebenenrenten findet in der Invalidenversicherung nicht statt.

Die Landesversicherungsanstalt ist befugt, aber nicht dazu verpflichtet, um die infolge einer Erkrankung drohende Invalidität eines Versicherten oder einer Witwe abzuwenden, ein Heilverfahren einzuleiten, insbesondere kann sie den Erkrankten in einem Krankenhaus (Heilstätte, Genesungsheim) unterbringen. Sie kann auch Mittel aufwenden, um allgemeine Maßnahmen zur Verhütung des Eintritts vorzeitiger Invalidität unter den Versicherten oder zur Hebung der gesundheitlichen Verhältnisse der versicherungspflichtigen Bevölkerung zu fördern und durchzuführen. Endlich können die Landesversicherungsanstalten Rentenempfänger — also Versicherte, Witwen und Waisen — in einem Invaliden- oder Waisenhouse unterbringen und dazu die Rente ganz oder teilweise verwenden.

Die Landesversicherungsanstalten haben von dieser ihrer Befugnis in lobenswertester Weise Gebrauch gemacht, und sie haben dadurch bei Bekämpfung der Volksseuchen, namentlich der Tuberkulose, der öffentlichen Wohlfahrtspflege und Gesundheitspflege eine sehr große Unterstützung gebracht.

AV. Der Versicherte erhält nach Erfüllung der Wartezeit und Aufrechterhaltung der Anwartschaft Ruhegeld, wenn er ent-

weder das 65. Jahr vollendet hat oder dauernd berufsunfähig ist. Wer mehr als 26 Wochen ununterbrochen berufsunfähig war, erhält, wenn er die Wartezeit erfüllt und die Anwartschaft aufrechterhalten hat, während der weiteren Dauer seiner vorübergehenden Berufsunfähigkeit Krankenruhegeld.

Berufsunfähigkeit ist dann anzunehmen, wenn die Arbeitsfähigkeit eines Versicherten auf die Hälfte der Arbeitsfähigkeit einer gesunden Person, die in demselben oder ähnlichen Berufe wie er steht, herabgesetzt ist.

Die Wartezeit beträgt für männliche Versicherte 120, für weibliche Versicherte 60 Beitragsmonate. Bescheinigte Krankheits- und Militärdienstzeiten werden als volle Beitragsmonate, ohne daß Beiträge entrichtet sind, bei der freiwilligen Fortsetzung der Versicherung und für die Aufrechterhaltung der Wartezeit angerechnet.

Die Anwartschaft erlischt, wenn nach dem Kalenderjahre, in welchem der erste Beitragsmonat zurückgelegt worden ist, innerhalb der zunächst folgenden zehn Kalenderjahre weniger als acht und nach dieser Zeit weniger als vier Beitragsmonate zurückgelegt worden sind oder die Zahlung der Anerkennungsgebühr unterblieben ist. Die jährliche Zahlung der 3 Mk. betragenden Anerkennungsgebühr genügt zur Aufrechterhaltung der Anwartschaft, wenn 120 Beitragsmonate zurückgelegt sind. Das Wiederaufleben der Anwartschaft ist hier auch möglich durch Nachzahlung der rückständigen Beiträge im nächsten Jahre oder durch eine von der Reichsversicherungsanstalt auf Antrag erfolgende Stundung der Beiträge.

Die Vorschriften über den Anspruch auf Hinterbliebenenrenten sind sinngemäß fast dieselben wie in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung. In der Angestelltenversicherung erhält jede, auch nicht invalide, Witwe Witwenrente, und die Waisenrente wird bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres gezahlt. Ein einmaliges Witwengeld und Waisenaussteuer wird nicht gezahlt, ebenso gibt es keinen Kinderzuschuß zum Ruhegeld.

Das Ruhegeld beträgt nach Ablauf von 120 Beitragsmonaten ein Viertel der in dieser Zeit entrichteten Beiträge und ein Achtel der übrigen Beiträge. Bei weiblichen Versicherten beträgt das Ruhegeld nach Ablauf von 60 und vor Vollendung von 120 Beitragsmonaten ein Viertel der in den ersten 60 Beitragsmonaten entrichteten Beiträge. Die Witwen- und Witwenrente beträgt zwei Fünftel des Ruhegeldes, das dem verstorbenen Versicherten zur Zeit seines Todes zustand; Waisen erhalten je ein Fünftel, Doppelwaisen je ein Drittel des Betrages der Witwenrente.

Hinterbliebenenrenten dürfen zusammen den Betrag des dem verstorbenen Versicherten zugestandenen Ruhegeldes nicht übersteigen, sonst werden sie gekürzt.

Bei weiblichen Versicherten kann bei der Heirat eine Wiedererstattung der Hälfte der für sie geleisteten Beiträge und bei Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung eine — vorläufig winzig kleine — Leibrente gewährt werden.

Die Reichsversicherungsanstalt ist ebenso wie jede Landesversicherungsanstalt zur Einleitung eines Heilverfahrens befugt.

8. Anmeldung des Anspruchs auf Leistungen und Feststellung der Leistungen.

KV. Erkrankt ein Kassenmitglied, so meldet es oder sein Vertreter dies bei der Kasse. Erhält es von dieser nicht die beanspruchten Leistungen, so ruft es das Versicherungsamt an, gegen dessen Entscheidung das Oberversicherungsamt meist endgültig entscheidet. In einigen Fällen, z. B. bei einem Streite darüber, ob Krankengeld zu zahlen ist, kann noch das Reichsversicherungsamt (Landesversicherungsamt) angerufen werden, aber nur als Revisionsinstanz. Die Revision kann nur darauf gestützt werden, daß das Verfahren an wesentlichen Mängeln leide, oder daß das angefochtene Urteil auf der unrichtigen Anwendung oder Nichtberücksichtigung des bestehenden Rechtes oder auf einem Verstoße wider den klaren Inhalt der Akten beruhe.

UV. Jeder Betriebsunfall ist von dem Unternehmer, in dessen Betrieb sich der Unfall ereignet hat, oder von einem seiner Beauftragten der Ortpolizeibehörde und der zuständigen Berufsgenossenschaft oder der Sektion derselben zu melden. Die Ortpolizeibehörde stellt dann von Amts wegen eine Untersuchung an, zu der Vertreter der zuständigen Berufsgenossenschaft und der Krankenkasse, der der Verletzte angehört (der Getötete angehört hat) und auch Vertreter des Verletzten (Getöteten) zugelassen sind. Wenn ein Unfall, der anscheinend gar keine Folgen gehabt hat und deshalb nicht der Polizei gemeldet wurde, später die Ursache einer Krankheit oder des Todes wird, so kann der Anspruch auf Schadensersatz binnen 2 Jahren nach dem Unfall oder nach dem Tode bei der zuständigen Berufsgenossenschaft oder einem Versicherungsamte gestellt werden, nachher nur, wenn die Unfallfolgen erst später hervorgetreten sind, und zwar binnen 2 Jahren nach diesem Hervortreten. Ob der Anspruch gerechtfertigt ist und die Höhe des Schadensersatzes wird von den Organen der Berufsgenossenschaft, gewöhnlich von ihrem

Vorstände oder dem einer Sektion, festgestellt, also ohne Mitwirkung von Vertretern der Versicherten. Innerhalb zweier Jahre nach dem Unfall kann eine „vorläufige Rente“ festgestellt werden, die jederzeit verändert werden kann. Nach Ablauf dieser 2 Jahre muß eine „Dauerrente“ festgestellt werden, deren Veränderung nur in Zeiträumen von mindestens 1 Jahre vorgenommen werden kann. Der Verletzte kann auch in den ersten 2 Jahren nach dem Unfall die Feststellung einer „Dauerrente“ beantragen, und diesem Antrage muß stattgegeben werden, wenn die endgültigen Folgen des Unfalls genau zu übersehen sind. Binnen 1 Monat kann gegen den Bescheid der Berufsgenossenschaft (Sektion) Einspruch erhoben werden; dies begründet das Recht der persönlichen Vernehmung des Verletzten oder seiner Hinterbliebenen vor dem Versicherungsamte. Im Einspruchsverfahren sollen alle, ohne erhebliche Kosten zu erhebenden, Beweismittel erhoben werden, vor allem können auch neue ärztliche Gutachten beigebracht werden. Es kann ein ärztliches Gutachten eines Arztes verlangt werden, den der Verletzte sich selbst wählt.

Handelt es sich um eine „vorläufige Rente“ oder um eine „Dauerrente“, so findet der Einspruch nur vor dem Vorsitzenden des Versicherungsamtes statt, der befugt ist, am Schlusse der Vernehmung den Akten über das Einspruchsverfahren eine gutachtliche Äußerung beizufügen; handelt es sich aber um eine Veränderung einer schon festgestellten „Dauerrente“, dann findet das Einspruchsverfahren unter Zuziehung je eines Vertreters der Versicherten und der Arbeitgeber statt, und dann muß das Ergebnis der Einspruchsverhandlung unter Berücksichtigung einer etwaigen Minderheitsmeinung vom Versicherungsamte begutachtet werden. Nach Beendigung des Einspruchsverfahrens gehen die Akten an die Berufsgenossenschaft (Sektion) zurück, und diese entscheidet dann ganz frei. Gegen die Entscheidung der Berufsgenossenschaft (Endbescheid) ist Berufung an das Oberversicherungsamt zulässig. Dieses (Spruchkammer) entscheidet endgültig, wenn es sich um Feststellung einer vorläufigen Rente oder um eine Veränderung einer Dauerrente handelt. Handelt es sich um Feststellung einer Dauerrente oder einer Hinterbliebenenrente, so ist der Rekurs an das Reichsversicherungsamt (Spruchsenat) oder an das Landesversicherungsamt zulässig. Im Rekurse wird das gesamte Tatsachenmaterial, ganz unabhängig von der Entscheidung der unteren Instanzen, geprüft, es können neue Beweismittel erhoben und neue Zeugen, vor allem Ärzte, vernommen werden. Der Rekurs ist ausgeschlossen, die Entscheidung des Oberversicherungsamtes ist, abgesehen von den

erwähnten Fällen der Feststellung einer „vorübergehenden Rente“ und der Feststellung einer neuen Dauerrente, auch noch endgültig, wenn es sich um Krankenbehandlung, Hauspflege, Heilanstaltspflege, Angehörigenrente, Sterbegeld handelt.

IV. Der Anspruch auf Bewilligung einer Rente ist bei dem Versicherungsamte, in dessen Bezirk der Versicherte zur Zeit des Antrags wohnt oder beschäftigt ist, unter Einreichung der zur Begründung dienenden Beweisstücke, also vor allem eines ärztlichen Gutachtens über die Invalidität des Versicherten, anzumelden. Das Versicherungsamt hat die zur Klarstellung des Sachverhalts erforderlichen Erhebungen anzustellen, zum Teil in mündlicher Verhandlung unter Zuziehung von je einem Vertreter der Versicherten und ihrer Arbeitgeber, und übersendet die Verhandlungen mit einer gutachtlichen Äußerung an den Vorstand der zuständigen Landesversicherungsanstalt. Diese entscheidet, ob der Anspruch begründet ist oder nicht, und stellt die Höhe der Rente fest. Gegen diese Entscheidung ist Berufung an das Oberversicherungsamt (Spruchkammer) und gegen das Urteil dieses die Revision beim Reichsversicherungsamt (Landesversicherungsamt) zulässig. Die Revision ist unter anderem ausgeschlossen, wenn es sich nur um die Höhe der Rente oder um ihren Beginn oder ihr Ende oder wenn es sich um Witwengeld oder Waisenaussteuer handelt.

AV. Der Antrag auf Ruhegeld, Witwenrente, Waisenrente, auf Erstattungen oder eine Leibrente und auf Einleitung des Heilverfahrens wird bei dem Rentenausschuß oder der Reichsversicherungsanstalt gestellt. Über die Einleitung des Heilverfahrens entscheidet die Reichsversicherungsanstalt, über die übrigen Leistungen der Rentenausschuß, der sie mit 3 Personen (Vorsitzenden, Versichertenvertreter, Arbeitgebervertreter) entscheidet. Gegen die Entscheidung des Rentenausschusses ist Berufung an das in einer Besetzung von 5 Personen (Vorsitzender, der Beamter ist, je 2 Vertreter der Versicherten und ihrer Arbeitgeber) entscheidende Schiedsgericht und gegen das Urteil des Schiedsgerichts ist in einigen Fällen Revision beim Oberchiedsgericht, dessen Entscheidung von 7 Personen (Vorsitzender, der Beamter ist, 2 ständige Mitglieder des Reichsversicherungsamtes, je 1 Vertreter der Versicherten und ihrer Arbeitgeber) gefällt wird, zulässig. Die Revision ist ausgeschlossen, wenn es sich um Höhe, Beginn und Ende von Ruhegeld oder Leibrente oder Hinterbliebenenrente oder Erstattung handelt.

Frauen dürfen bei richterlichen Handlungen nicht mitwirken.

V. Stellung des Arztes in der Gewerbeordnung.

Von
O. Mugdan.

Auf die Ausübung der Heilkunde findet die Gewerbeordnung nur insoweit Anwendung, als dieselbe ausdrückliche Bestimmungen darüber enthält. Die Heilkunde umfaßt die Heilung von Menschen und Tieren und die Geburtshilfe. Die Ausübung der Heilkunde durch Ärzte (Zahnärzte, Tierärzte) ist im allgemeinen nicht als Gewerbebetrieb anzusehen; dies ist sowohl vom Reichsgericht, als auch von höchsten Verwaltungsgerichtshöfen anerkannt worden; der Arzt wird aber zum Gewerbetreibenden, wenn und soweit er eine Privatkrankenanstalt einrichtet und unterhält. Die Ausübung der Heilkunde im Umherziehen — d. h. außerhalb des Gemeindebezirks seines Wohnortes oder der diesem gleichgestellten nächsten Umgebung desselben, ohne Begründung einer Niederlassung und ohne vorgängige Bestellung in eigener Person — ist Ärzten erlaubt, nicht aber Kurpfuschern, Zahntechnikern und Hebammen.

Einer Approbation¹⁾, welche auf Grund eines Nachweises der Befähigung erteilt wird, bedürfen Apotheker und diejenigen Personen, welche sich als Ärzte (Wundärzte, Augenärzte, Geburtshelfer, Zahnärzte und Tierärzte) oder mit gleichbedeutenden Titeln bezeichnen oder seitens des Staates oder einer Gemeinde als solche anerkannt oder mit amtlichen Funktionen betraut werden sollen. Es darf die Approbation jedoch von der akademischen Doktorpromotion nicht abhängig gemacht werden. Die Ausübung der Heilkunde ohne Approbation ist also erlaubt, dagegen ist verboten, ohne den Besitz der Approbation sich als Arzt (Wundarzt, Augenarzt, Geburtshelfer, Zahnarzt, Tierarzt) zu bezeichnen oder sich einen ähnlichen Titel (z. B. Spezialfrauenpraktiker, Mitglied des Deutschen Naturärztebundes, praktischer Vertreter der arzneilosen Heilkunde, Dr. med., Homöopath) beizulegen, durch den der Glauben erweckt wird, der Inhaber derselben sei

¹⁾ Siehe auch S. 420.

eine in Deutschland approbierte Medizinalperson. Die Übertretung des Verbotes wird mit Geldstrafe bis zu 300 Mk. und im Unvermögensfalle mit Haft bestraft. Männern ist auch die Ausübung der Geburtshilfe ohne Approbation gestattet, wenn sie sich nicht dabei den Titel „Geburtshelfer“ beilegen; dagegen bedürfen Frauen, die nicht Ärzte sind, hierfür eines Prüfungszeugnisses, und sie dürfen sich, auch wenn sie Hebammen sind, nicht „Geburtshelferin“ nennen.

Die Vorschriften über die Erteilung der Approbation erläßt der Bundesrat. Für Ärzte gilt zurzeit für den Nachweis der Befähigung die Prüfungsordnung vom 28. Mai 1901, die durch die Bekanntmachungen des Reichskanzlers vom 12. Februar 1907, vom 30. März 1908 und vom 2. Februar 1909 abgeändert worden ist. Die Zulassung zu den Prüfungen (Vorprüfung und Prüfung) und zum praktischen Jahre, sowie die Erteilung der Approbation sind zu versagen, wenn schwere strafrechtliche oder sittliche Verfehlungen vorliegen. Zur Erteilung der Approbation als Arzt sind die zuständigen Ministerien der Königreiche Preußen, Bayern, Sachsen, Württemberg, der Großherzogtümer Baden, Hessen, Mecklenburg-Schwerin, für Elsaß-Lothringen und in Gemeinschaft die Ministerien des Großherzogtums Sachsen und der sächsischen Herzogtümer befugt.

Wegen gegenseitiger Zulassung der an der Grenze wohnenden Medizinalpersonen zur Ausübung der Praxis sind Staatsverträge zwischen Deutschland einerseits und Belgien, den Niederlanden, Österreich-Ungarn, Luxemburg und der Schweiz andererseits abgeschlossen worden. Diese Staatsverträge gelten nicht für fremde Ärzte, die sich im Deutschen Reiche niederlassen, um ärztliche Praxis auszuüben. Ohne Prüfung kann Personen, die wissenschaftlich erprobte Leistungen aufzuweisen haben, wie z. B. einem an eine deutsche Universität berufenen außerdeutschen Arzt, die Approbation erteilt werden. Nur ein approbierter Arzt darf als Kreisarzt (Amtsarzt usw.), Gemeindearzt, Schularzt, Impf- arzt, Kassenarzt oder Bahnarzt angestellt werden. Die Approbation als Arzt wird nicht auf Zeit erteilt, und sie kann nur zurückgenommen werden, wenn die Unrichtigkeit der Nachweise dargetan wird, auf Grund deren die Approbation erteilt worden ist, oder wenn dem Arzte die bürgerlichen Ehrenrechte aberkannt sind, im letzteren Falle jedoch nur für die Dauer des Ehrverlustes. Die Bezahlung eines approbierten Arztes bleibt der Vereinbarung überlassen; nur als Norm für streitige Fälle im Mangel einer Vereinbarung gelten die Gebührenordnungen,

die für Preußen, Bayern, Königreich Sachsen, Württemberg, Baden, Hessen, Oldenburg und Braunschweig von den zuständigen Ministerien festgesetzt worden sind.

Ein Zwang zu ärztlicher Hilfe besteht für Ärzte nach der Gewerbeordnung nicht; der preußische ärztliche Ehrengerichtshof hat es aber für einen Verstoß gegen die jedem Arzte obliegende Standespflichten erklärt, wenn ein Arzt im Falle dringender Not seine Hilfe versagt.

Unternehmer von Privat-Kranken-, Privat-Entbindungs- und Privat-Irrenanstalten bedürfen einer Konzession der höheren Verwaltungsbehörde (Bezirksausschuß in Preußen). Unternehmer ist derjenige, in dessen Namen und für dessen Rechnung der Betrieb der Anstalt erfolgt, und der hinsichtlich der Leitung und Verwaltung der Anstalt die notwendigen Bestimmungen trifft. Der Unternehmer braucht also kein Arzt zu sein, und der ärztliche Leiter der Anstalt oder der Hausarzt derselben ist an und für sich nicht ihr Unternehmer, kann es aber auch sein. Die Konzession ist nur dann zu versagen:

a) wenn Tatsachen vorliegen, welche die Unzuverlässigkeit des Unternehmers in Beziehung auf die Leitung oder Verwaltung der Anstalt dartun;

b) wenn nach den von dem Unternehmer einzureichenden Bestrebungen und Plänen die baulichen und die sonstigen technischen Einrichtungen der Anstalt den gesundheitspolizeilichen Anforderungen nicht entsprechen;

c) wenn die Anstalt nur in einem Teile eines auch von anderen Personen bewohnten Gebäudes untergebracht werden soll und durch ihren Betrieb für die Mitbewohner dieses Gebäudes erhebliche Nachteile oder Gefahren hervorrufen kann;

d) wenn die Anstalt zur Aufnahme von Personen mit ansteckenden Krankheiten oder von Geisteskranken bestimmt ist und durch ihre örtliche Lage für die Besitzer oder Bewohner der benachbarten Grundstücke erhebliche Nachteile oder Gefahren hervorrufen kann.

Die Entscheidung darüber, ob einer der für die Konzessionsverweigerung möglichen Gründe vorliegt, wird als Unterlage immer auch ein ärztliches Gutachten haben müssen, das von einem beamteten Arzte erstattet wird. Gegen den die Konzession versagenden Bescheid ist in Preußen das Verwaltungsstreitverfahren zulässig.

Mitwirkung des Arztes bei Durchführung der Gewerbeordnung.

1. Arbeiterschutz. Die §§ 120a bis 120c enthalten die Vorschriften, welche die Unternehmer (auch solche handwerksmäßiger Betriebe) zum Schutze der bei ihnen beschäftigten Arbeiter gegen Gefahren für Leben und Gesundheit und zur Sicherung der Aufrechterhaltung der guten Sitten und des Anstandes zu erfüllen haben. Die Einrichtung und Unterhaltung der Arbeitsräume, Betriebsvorrichtungen, Maschinen und Gerätschaften und die Regelung des Betriebes muß eine derartige sein, daß Leben und Gesundheit der Arbeiter so weit ungefährdet sind, als es bei der Eigenart des Betriebes möglich ist; es muß genügendes Licht, ausreichender Luftraum und Luftwechsel vorhanden sein; es muß für Beseitigung des Staubes, der Dünste, Gase und Abfälle Sorge getragen werden; Vorrichtungen zur Verhütung von Unfällen und zur Rettung bei Feuersgefahr sind herzustellen; soweit als möglich soll bei der Arbeit die Trennung der Geschlechter durchgeführt werden, ausreichende, nach Geschlechtern getrennte Ankleide- und Waschräume müssen in Anlagen vorhanden sein, die bei ihrem Betriebe ein Umkleiden der Arbeiter erfordern; die Bedürfnisanstalten müssen den Anforderungen der Gesundheitspflege entsprechen, sie müssen in einer der Zahl der Arbeiter genügenden Menge vorhanden sein, und ihre Benutzung muß ohne Verletzung von Sitte und Anstand erfolgen können. Gewerbeunternehmer, welche Arbeiter unter 18 Jahren beschäftigen, sind verpflichtet, bei der Einrichtung der Betriebsstätte und bei der Regelung des Betriebs besondere, durch das Alter dieser Arbeiter gebotene Rücksicht auf Gesundheit und Sittlichkeit zu nehmen. Zur Sicherung eines gefahrlosen, sowie eines, Sitte und Anstand währenden Betriebes ist dem Unternehmer der Erlaß von Vorschriften über die Ordnung des Betriebes und das Verhalten des Arbeiters vorgeschrieben. Die zuständigen Polizeibehörden sind befugt, im Wege der Verfügung für einzelne Anlagen die Ausführung derjenigen Maßnahmen anzuordnen, welche zur Durchführung der in den §§ 120a bis 120c enthaltenen Grundsätze erforderlich sind (§ 120d), und der Bundesrat kann für bestimmte Arten von Anlagen Vorschriften zur Durchführung der in den §§ 120a bis 120c enthaltenen Bestimmungen anordnen, oder wenn er es nicht tut, so ist dazu auch die Landeszentralbehörde oder die Polizeibehörde befugt (§ 120e). In vielen dieser Bundesratsverordnungen und Ministerialerlasse wird die Einstellung eines Arbeiters zu einer Beschäftigung von der Bei-

bringung eines ärztlichen Zeugnisses abhängig gemacht, und daneben wird zumeist auch eine, in regelmäßigen Zwischenräumen zu wiederholende, ärztliche Untersuchung der Arbeiter vorgeschrieben. Beides ist der Fall bei den Arbeitern in Anlagen zur Herstellung elektrischer Akkumulatoren aus Blei oder Bleiverbindungen, in Anlagen zur Herstellung von Bleifarben und anderen Bleiprodukten, bei Arbeitern in Bleihütten, bei Arbeitern in Anlagen zur Herstellung von Alkalichromaten, bei Arbeitern in Spiegelbeleganstalten, in Betrieben, in denen Thomasschlacke gemahlen oder Thomasschlackenmehl gelagert wird, bei Arbeitern in Zinkhütten. Allein die Untersuchung vor Einstellung in den Betrieb ist vorgeschrieben bei Arbeitern in Glashütten, Glasschleifereien und Glasbeizereien sowie Sandbläsereien, bei den Arbeiterinnen in Steinkohlenbergwerken, Zink- und Bleierzwerken und Kokereien im Regierungsbezirk Oppeln, bei jugendlichen Arbeitern in Steinkohlenbergwerken in Preußen, Baden, Elsaß-Lothringen und bei Arbeiterinnen und jugendlichen Arbeitern in Walz- und Hammerwerken. Allein die ärztliche Überwachung ist vorgeschrieben bei Betrieben, in denen Maler-, Anstreicher-, Tüncher-Weißbinder- oder Lackierarbeiten im Zusammenhange mit einem anderen Gewerbebetrieb ausgeführt werden, und bei Arbeitern in Anlagen zur Vulkanisierung von Gummiwaren. Wo ärztliche Überwachung vorgeschrieben ist, hat der Arbeitgeber ein Kontrollbuch, das auch Krankenbuch genannt wird, zu führen, das, ebenso wie die zur Einstellung des Arbeiters erforderliche ärztliche Bescheinigung, dem Gewerbe-Aufsichtsbeamten sowie dem zuständigen Medizinalbeamten auf Verlangen vorzuzeigen ist. Dieses Buch muß den Namen des mit der Überwachung des Gesundheitszustandes des Arbeiters beauftragten Arztes enthalten, den Vor- und Zunamen, Alter, Wohnort, Tag des Eintritts und des Austritts jedes Arbeiters, sowie die Art seiner Beschäftigung, den Tag und die Art jeder Erkrankung des Arbeiters sowie den Tag der Genesung und die Tage und Ergebnisse der einzelnen in bestimmten Zwischenräumen — bei Spiegelbeleganstalten alle 14 Tage, sonst einmal im Monat — vorgenommenen ärztlichen Untersuchungen. Das zur Einstellung in den Betrieb erforderliche ärztliche Zeugnis kann von jedem, von der höheren Verwaltungsbehörde (in Preußen: Regierungspräsident) hierzu ermächtigten Ärzte ausgestellt werden; dasselbe gilt für die ärztliche Überwachung. Auch beamtete Ärzte dürfen zu den beiden Tätigkeiten erst nach Ermächtigung durch die höhere Verwaltungsbehörde zugelassen werden. Das zur Einstellung in den Betrieb erforderliche ärztliche Zeugnis muß auf Grund vorheriger körper-

licher Untersuchung bescheinigen, daß weder die Gesundheit, noch die körperliche Entwicklung der für die Einstellung in den Betrieb ausersehenen Person zu Bedenken gegen die Beschäftigung Anlaß geben; in Anlagen zur Herstellung von Alkalichromaten dürfen Personen, die mit Hautwunden, Hautgeschwüren oder Hautausschlägen behaftet sind, nicht angenommen werden, und in Räumen, in denen Bleifarben oder andere chemische Produkte hergestellt werden, dürfen nur solche Personen beschäftigt werden, die weder schwächlich noch mit Lungen-, Nieren- oder Magenleiden oder mit Alkoholismus behaftet sind. Ermittelt der mit der Überwachung des Gesundheitszustandes der Arbeiter betraute Arzt Anzeichen einer Blei-, Quecksilber-, Schwefelkohlen- usw. Vergiftung oder bei gewissen, den Atmungsorganen gefährlichen Beschäftigungen (z. B. in Thomasschlackenmühlen) eine Erkrankung der Atmungsorgane, so muß dies sofort dem Arbeitgeber angezeigt werden, und der betreffende Arbeiter darf entweder gar nicht oder nur in einer Weise beschäftigt werden, daß er erneuten Gefahren, die mit seiner Beschäftigung verknüpft sind, so lange nicht ausgesetzt ist, bis er völlig wieder geheilt ist.

Die §§ 135 bis 139a enthalten zum Schutze der Kinder, der jugendlichen Arbeiter — das sind solche zwischen 14 und 16 Jahren — und der Arbeiterinnen Bestimmungen für alle Betriebe, in denen in der Regel mindestens 10 Arbeiter beschäftigt werden. Kinder unter 13 Jahren dürfen nicht beschäftigt werden. Kinder über 13 Jahren nur dann, wenn sie, wie in Bayern, nicht mehr zum Besuche der Volksschule verpflichtet sind. Kinder dürfen nicht länger als 6 Stunden täglich, jugendliche Arbeiter nicht länger als 10 Stunden täglich beschäftigt werden. (Die Kinderarbeit — auch der Kinder unter 13 Jahren — ist außerdem durch das Gesetz, betreffend die Kinderarbeit in gewerblichen Betrieben, vom 30. März 1903, das auch die Heimarbeit und den Botendienst einschließt, und durch § 6 des Hausarbeitsgesetzes vom 20. Dezember 1911 geregelt. Für eine Anzahl von Betrieben, die besondere Gefahren für die Gesundheit bieten, ist Kinderarbeit gänzlich verboten. In einer gewerblichen Tätigkeit der Familie dürfen eigene Kinder nicht vor dem 10. Lebensjahre beschäftigt werden; fremde Kinder dürfen nicht vor dem 12. Lebensjahre beschäftigt werden. Vormittags darf die Beschäftigung der — eigenen und fremden — Kinder nicht vor dem Schulunterricht stattfinden, mittags muß sie auf 2 Stunden unterbrochen werden und darf nachmittags erst 1 Stunde nach

beendetem Schulunterricht beginnen. Die Beschäftigung aller Kinder darf nicht vor 8 Uhr morgens beginnen und muß um 8 Uhr abends beendet sein; sie darf bei fremden Kindern während der Schulferien 4, sonst nur 3 Stunden betragen. Sonntagsarbeit, mit Ausnahme von Botengängen, die für 2 Stunden zugelassen sind, ist für alle Kinder verboten.) Von 8 Uhr abends bis 6 Uhr morgens dürfen jugendliche Arbeiter nicht beschäftigt werden. Zwischen den Arbeitsstunden müssen an jedem Arbeitstage regelmäßige Pausen gewährt werden, während welcher den jugendlichen Arbeitern eine Beschäftigung im Betriebe nicht gestattet ist. Nach Beendigung der täglichen Arbeitszeit ist den jugendlichen Arbeitern eine ununterbrochene Ruhezeit von 11 Stunden zu gewähren.

Auch Arbeiterinnen dürfen nicht von 8 Uhr abends bis 6 Uhr morgens, und am Sonnabend sowie an Vorabenden der Festtage nicht nach 5 Uhr nachmittags beschäftigt werden; ihre Beschäftigung darf die Dauer von 10 Stunden täglich nicht überschreiten und darf an dem einem Sonntage oder Festtage vorangehenden Tage nur 8 Stunden dauern. Zwischen den Arbeitsstunden muß ihnen eine mindestens einstündige Mittagspause und nach Beendigung der täglichen Arbeitszeit eine ununterbrochene Ruhezeit von 10 Stunden gewährt werden. Arbeiterinnen dürfen vor und nach ihrer Niederkunft im ganzen während 8 Wochen nicht beschäftigt werden. Ihr Wiedereintritt ist an den Ausweis geknüpft, daß seit ihrer Niederkunft wenigstens 6 Wochen verfloßen sind (vgl. Krankenversicherung, Wochenhilfe). Den Arbeiterinnen sind einzelne Beschäftigungen, wie z. B. im Bergbau unter Tage, gänzlich und dann bestimmte Arbeiten, wie z. B. im unmittelbaren Betriebe der Walz- und Hammerwerke, verboten.

2. Genehmigungsverfahren. Im § 16 wird bestimmt, daß zur Errichtung von Anlagen, welche durch die örtliche Lage oder die Beschaffenheit der Betriebsstätte für die Besitzer oder Bewohner der benachbarten Grundstücke oder für das Publikum überhaupt erhebliche Nachteile, Gefahren oder Belästigungen herbeiführen können, die Genehmigung der nach den Landesgesetzen zuständigen Behörde — in Preußen; Bezirksausschuß, Kreis- oder Stadtausschuß, auch Stadtmagistrat — erforderlich ist. Dasselbe gilt nach § 25 von der Verlegung oder Veränderung solcher Anlagen. Wenn es sich dabei handelt um Gasbereitungs- und Gasbewahrungsanstalten, Glas- und Rußhütten, Anlagen zur Gewinnung roher Metalle, Röstöfen, Metallgießereien, sofern sie nicht bloß Tiegelgießereien sind, chemische Fabriken aller Art,

Schnellbleichen, Firnissiedereien, Stärkefabriken, mit Ausnahme der Fabriken zur Bereitung von Kartoffelstärke, Stärkesirupfabriken, Leim-, Tran- und Seifensiedereien, Knochenbrennereien, Knochendarren, Knochentrocknereien und Knochenbleichen, Talgschmelzen, Schlächtereien, Gerbereien, Abdeckereien, Poudretten- und Düngepulverfabriken, Strohpapierstofffabriken, Darmzubereitungsanstalten, Kalifabriken, Kunstwollefabriken, Anlagen zur Herstellung von Zelluloid, Dégrasfabriken (Gerberfettfabriken), Anlagen zur Destillation oder zur Verarbeitung von Teer und von Teerwasser, Anlagen, in denen aus Holz oder ähnlichem Fasermaterial auf chemischem Wege Papierstoff hergestellt wird (Zellulosefabriken), und Anstalten zum Trocknen und Einsalzen ungegerbter Tierfelle, so hat die Behörde, bei der der Antrag auf Genehmigung eingereicht wird, ein Exemplar der drei dem Antrage beizufügenden Vorlagen dem zuständigen Medizinalbeamten (in Preußen: Kreisarzt) vorzulegen. Aus den Vorlagen müssen hervorgehen:

a) die Größe des Grundstücks, auf dem die Betriebsstätte errichtet werden soll, seine Bezeichnung im Grundbuch oder im Kataster und der etwaige besondere Name;

b) die gleichartige Bezeichnung der umliegenden Grundstücke und die Namen ihrer Eigentümer;

c) die Entfernung, in der die zum Betriebe bestimmten Gebäude oder Einrichtungen von den Grenzen der benachbarten Grundstücke und den darauf befindlichen Gebäuden sowie von den nächsten öffentlichen Wegen liegen sollen;

d) die Höhe und Bauart der benachbarten Gebäude, sofern zu der Betriebsstätte Feuerungsanlagen gehören;

e) die Lage, Ausdehnung und Bauart der Betriebsstätte, die Bestimmung der einzelnen Räume und ihre Einrichtung im allgemeinen;

f) der Gegenstand des Betriebs, die Grundzüge des Verfahrens und der anzuwendenden Apparate, die ungefähre Ausdehnung des Betriebs, die Arten der sich entwickelnden Gase und die Vorkehrungen, durch die das Entweichen der Gase verhindert werden soll, die Beschaffenheit der festen und flüssigen Abfallprodukte sowie die Art ihrer Beseitigung, insbesondere, wenn diese durch Ableitung in Wasserläufe erfolgen soll.

Der Kreisarzt (Bezirksarzt usw.) hat die ihm übergebenen Vorlagen zu prüfen und zu begutachten, vor allem soll er die in gesundheitlicher Hinsicht etwa vorhandenen Mängel und Fehler, die in der Folge zu sanitären Belästigungen, Mißständen und Schädigungen für die Arbeiter, Anwohner und die Bevölkerung

überhaupt führen können, feststellen. Der Kreisarzt wird die Genehmigung nicht nur dann befürworten dürfen, wenn die Anlage in jeder Richtung hygienisch vollkommen unbedenklich ist, er wird im Einzelfalle seine Entscheidung davon abhängig machen müssen, ob die gesundheitlichen Nachteile, Gefahren und Belästigungen dasjenige Maß überschreiten, dessen Duldung sowohl von den Nachbarn als auch von der Allgemeinheit im Interesse der für die allgemeine Wohlfahrt unentbehrlichen Industrie verlangt werden kann. Eine Ortsbesichtigung bei der Prüfung kann der Kreisarzt nur dann vornehmen, wenn er von der Behörde, die ihm die Vorlagen zur Prüfung übersandt hat, darum ersucht wird (vgl. § 91 der Dienstanweisung für die Kreisärzte, Ministerialbl. f. Med. Ang. 1909 S. 381ff.).

Die zur Genehmigung zuständige Behörde kann die Genehmigung unter bestimmten Bedingungen erteilen, insbesondere kann sie dieselbe von der Einrichtung von Maßnahmen, die das Leben und die Gesundheit der Arbeiter vor Gefahr schützen sollen, abhängig machen. Es ist auch zulässig, bei Genehmigung von Anlagen, welche mit besonderen Gesundheitsschädigungen für die Arbeiter einhergehen, den Unternehmer zu verpflichten, in bestimmten Zwischenräumen eine Übersicht der stattgehabten Erkrankungs- und Todesfälle unter der Arbeiterschaft, nach einem zu vereinbarenden Plane, einzureichen.

Gegen den Bescheid der zur Genehmigung zuständigen Behörde ist Rekurs an die nächst vorgesetzte Behörde (in Preußen: Handelsminister) zulässig. Derselbe muß binnen 14 Tagen, vom Tage der Eröffnung des Bescheides an gerechnet, eingelegt werden.

3. Gewerbeaufsicht. Zur Durchführung der Gewerbeaufsicht sind besondere Gewerbeaufsichtsbeamte bestellt. Die Dienstobliegenheiten derselben werden im § 139b nur ganz allgemein gekennzeichnet, und sie sind erst durch die — dem Sinne nach meist übereinstimmenden — Dienstanweisungen der einzelnen Bundesstaaten genau festgestellt. In allen Bundesstaaten gibt es Gewerbeinspektoren (Fabrikinspektoren); sie haben das Recht, die Anlagen ihres Gewerbeinspektionsbezirktes jederzeit zu revidieren; wenn sie aber hierbei das Fehlen vorgeschriebener Einrichtungen oder Gesetzwidrigkeiten vorfinden, so können sie nur in Fällen dringender Not eigene Verfügungen treffen; sonst müssen sie sich, wenn auf gütlichem Wege die Abstellung nicht zu erreichen ist, an die ordentliche Polizeibehörde wenden, damit diese die notwendigen Verfügungen trifft. Über ihre amtliche Tätigkeit haben die Gewerbeinspektoren Jahresberichte zu erstatten, welche dem Reichstage und dem Bundesrate vorzulegen sind. In Bayern,

Württemberg, Baden und Elsaß-Lothringen gibt es unter den Gewerbeaufsichtsbeamten, die sonst gewerbetechnisch und verwaltungsrechtlich vorgebildet sind, auch Ärzte. In Bayern ist für das ganze Königreich ein Landesgewerbearzt bestellt, der den Gewerberäten gleichgestellt ist und nur der Dienstaufsicht des Zentralinspektors für Gewerbe und Fabriken untersteht; in Württemberg ist den Gewerbeaufsichtsbeamten ein Arzt als ständiger Berater beigeordnet; in Baden versieht ein Arzt das Amt eines Gewerbeinspektors, und er dient zugleich als medizinischer Berater der badischen Fabrikinspektion. In Elsaß-Lothringen gehört dem Ministerium als Hilfsarbeiter ein Arzt, der „Landesgesundheitsinspektor“, an, der gewerbliche und industrielle Anlagen aller Art zu besichtigen hat. In Preußen und den übrigen Bundesstaaten ist der Kreisarzt zur amtlichen Besichtigung gewerblicher Betriebe ohne besonderen Auftrag nicht befugt. Er hat sich mit den Gewerbeinspektoren in Verbindung zu setzen und kann mit diesen gemeinschaftlich nach Bedürfnis die Anlagen, deren Betrieb vorzugsweise Gesundheitsschädigungen im Gefolge hat (z. B. Spiegel-, Akkumulatoren-, Glühlampen-, Bleifarben- und andere chemische Fabriken oder Anlagen mit starker Staubentwicklung) besichtigen und kann darauf hinwirken, daß den gesundheitlichen Anforderungen überall gebührende Rechnung getragen wird. Durch die oben erwähnte Vorschrift, daß, wo eine periodische ärztliche Untersuchung der Arbeiter vorgeschrieben ist, das Kontrollbuch (Krankensbuch) dem zuständigen Medizinalbeamten auf Verlangen vorzuzeigen ist, ist der Kreisarzt in der Lage, sich genaue Kenntnis von den Gesundheitsverhältnissen in diesen Betrieben zu verschaffen.

VI. Die Tätigkeit des Arztes in der Reichsversicherung und in der Angestelltenversicherung.

Von
O. Mugdan.

a) **Krankenversicherung.** Die Krankenkassen müssen eine rechtliche Bindung der Ärzte wegen der Gewährung ärztlicher Hilfe bei erkrankten Kassenmitgliedern herbeiführen, und die Pflicht der Ärzte zur Behandlung der Versicherten muß durch diese Vereinbarungen grundsätzlich festgelegt werden. Die Kassen haben in der Regelung der Arztfrage freie Hand: sie können die ärztliche Behandlung auch im Benehmen mit ärztlichen Vereinigungen, Standeseinrichtungen oder deren Bevollmächtigten regeln; auf diese Weise können sie auch eine unbeschränkt freie Arztwahl in dem Sinne einführen, daß sie sämtlichen Ärzten eines Bezirks, die einer ärztlichen Vereinigung angehören oder die den Bedingungen eines mit der Vereinigung abgeschlossenen, allgemeinen Arztvertrages beizutreten gewillt sind, Recht und Pflicht zur ärztlichen Behandlung der Kassenmitglieder übertragen. Immer aber muß verlangt werden, daß die Kasse mit Ärzten oder ärztlichen Vereinigungen wegen der ärztlichen Behandlung in vertragliche Beziehung, und zwar in schriftlicher Form, trete (RVO. § 368; Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamtes 1915 S. 379ff.). Der Arztvertrag kann also mit einem einzelnen Arzte oder als „Kollektivvertrag“ mit einem Arztverein geschlossen werden.

Die Dienstobliegenheiten des Kassenarztes werden in dem Arztvertrage oder in einer besonderen Dienstvorschrift (Instruktion), zu deren Einhaltung der Kassenarzt durch den Vertrag verpflichtet wird, festgestellt.

Nach § 369 RVO. soll jede Krankenkasse, soweit es die Kasse nicht erheblich mehr belastet, was im Zweifelfalle von dem Oberversicherungsamt entschieden wird, ihren Mitgliedern die Auswahl zwischen mindestens zwei Ärzten freilassen. Die meisten Krankenkassen schließen, schon wegen der Zahl ihrer

Mitglieder, Verträge ab, nach denen ihnen weit mehr Ärzte, darunter auch Fachärzte, zur Verfügung stehen. Der Umfang der kassenärztlichen Tätigkeit ist — ganz abgesehen von der bei Fachärzten natürlichen Einschränkung — in diesen Verträgen verschieden geregelt. Der Kassenarzt ist in einigen dieser Verträge nur zur Behandlung der in einem bestimmten Bezirke (Kursprengel) wohnenden Kassenmitglieder verpflichtet, und die Kassenmitglieder dürfen sich nur an ihn, abgesehen von dringenden Fällen, wenden. In anderen Verträgen wird der Kassenarzt zwar auch nur für einen bestimmten Bezirk bestellt, aber dabei auch verpflichtet, entweder noch die ärztliche Behandlung der in Nachbarbezirken wohnenden Kassenmitglieder zu übernehmen oder in seiner Sprechstunde jedes Kassenmitglied zu behandeln, und schließlich gibt es Verträge, nach denen jedes Kassenmitglied im Krankheitsfalle die Wahl hat, welchen von den zugelassenen Kassenärzten es zu seiner Hilfe herbeiziehen will. Die Kassensatzung kann jedoch bestimmen, daß das Kassenmitglied während derselben Krankheit oder während des Geschäftsjahres (1. Januar bis 31. Dezember) den Arzt nur mit Zustimmung des Kassenvorstandes wechseln darf. Sind die Kassenarztverträge nach dem System der „Freien Arztwahl“ geschlossen, so wird jeder einwandfreie Arzt, der sich unter den zwischen seinen Beauftragten und dem Kassenvorstande vereinbarten Bedingungen zur Kassenpraxis bereit erklärt, als Kassenarzt zugelassen, und jedes Kassenmitglied hat im Krankheitsfalle die Wahl unter diesen zugelassenen Ärzten.

Der Kassenarzt hat jedem seiner Fürsorge unterstehenden Kassenmitglieder — und, falls die Kasse Familienhilfe gewährt, jedem Angehörigen der Familie der Kassenmitglieder — im Bedarfsfalle sorgsamste ärztliche Hilfe zu gewähren. Hält der Kassenarzt eine Krankenhausbehandlung für angezeigt, so hat er die Überweisung an ein Krankenhaus bei dem Kassenvorstande — dem die endgültige Beschlußfassung hierüber zusteht (vgl. S. 372) — zu beantragen. Der Kassenarzt hat — auf einem Medizinscheine oder Krankenscheine — den Beginn und die Art der Krankheit zu bescheinigen und bei einer mit der Krankheit verbundenen Arbeitsunfähigkeit deren Beginn, Weiterbestehen und Ende. Alle diese Bescheinigungen müssen auf das genaueste der Wahrheit entsprechen. Ein Kassenarzt, der bei diesen Bescheinigungen aus Nachlässigkeit oder um dem von ihm behandelten Kassenmitgliede (Familienangehörigen desselben) gefällig zu sein, wahrgenommene Tatsachen verschleiert oder verschweigt oder die Fragen des Kassenvorstandes (Kassen-

verwaltung) über die Ursache oder den Verlauf der Krankheit oder über die Arbeitsfähigkeit eines Versicherten nicht wahrheitsgemäß beantwortet, macht sich eines schweren Verstoßes gegen die ärztlichen Standespflichten schuldig, er wird unter Umständen auch nach dem Strafgesetzbuch strafbar und kann zu einem Schadensersatz verurteilt werden.

In der Behandlung muß der Kassenarzt berücksichtigen, daß für sie die Krankenkasse und nicht der Patient die Kosten aufbringt. Deshalb darf der Kassenarzt unerprobte oder teure, durch billigere, gleichwirkende zu ersetzende Heilmittel nicht anwenden; die Verschreibung von allen Medikamenten, von Bandagen, Bruchbändern, Brillen, Bädern, Massagen, von Wein, Kognak, natürlichen oder künstlichen Mineralwässern, Milch, Kakao, Malzextrakt und Stärkungsmitteln erfolgt in der kassenärztlichen Tätigkeit meist auf Formularen, die von der Kasse geliefert sind, und bedarf zu ihrer Gültigkeit — mit Ausnahme der Verschreibung der Medikamente und Verbandstoffe — gewöhnlich einer Genehmigung des Kassenvorstandes. Bei der Verordnung von Medikamenten und Verbandstoffen sind die Kassenärzte zumeist verpflichtet, Anweisungen zu beobachten, die hierfür von der Kassenverwaltung im Einvernehmen mit Ärzten und Apothekern getroffen worden sind, wie z. B. die *Formulae magistrales berolinenses*.

Für seine gesamte kassenärztliche Tätigkeit erhält der Kassenarzt das Honorar von der Krankenkasse, und er darf deshalb von keinem seiner Fürsorge überwiesenen Versicherten für die Behandlung eine besondere Entschädigung fordern. Wenn aber ein Kassenmitglied für sich oder seine Angehörigen die Hilfe eines der von seiner Krankenkasse bestellten Kassenärzte nachsucht, der nicht zu dieser Hilfe verpflichtet ist, weil z. B. dieses Mitglied nicht zu seinem Kursprengel gehört, so muß das Mitglied etwaige dem Arzt dadurch entstehende Mehrkosten selbst ersetzen; der Kassenarzt darf dann z. B. eine Entschädigung für etwaigen Zeitverlust oder für Fahrten von dem Kassenmitglied verlangen.

Jedes Kassenmitglied hat das Recht, in dringenden Fällen für sich oder für einen seiner Familienangehörigen jeden Arzt, also auch einen nicht von seiner Kasse als Kassenarzt bestellten Arzt, auf Kosten der Kasse zur Hilfe zu nehmen. In diesen Fällen erhält der die Hilfe leistende Arzt als Honorar für seine Mühewaltung, wenn der Patient sich als Mitglied einer Krankenkasse ausweist, nur die Mindestsätze der geltenden ärztlichen Gebührenordnung.

Über den bei einem Kassenmitgliede gemachten Befund, über die Ursache und den Verlauf der festgestellten Krankheit muß der behandelnde Arzt sich genaue Aufzeichnungen machen und sie einige Jahre aufbewahren, namentlich dann, wenn die Krankheit infolge eines Unfalls entstanden ist oder sein soll. Es ist dies unbedingt notwendig, damit der Arzt in der Lage ist, wenn wegen der Krankheit Streitigkeiten zwischen dem Kassenmitgliede oder seinen Hinterbliebenen und einem Versicherungsträger entstehen, ein die Sachlage klärendes Gutachten oder Zeugnis zu erstatten.

b) **Unfallversicherung.** Die ärztliche Behandlung unfallversicherter und unfallverletzter Krankenkassenmitglieder wird bis zum Ablaufe der 13. Woche nach dem Unfall durch die Krankenkassen, von da ab durch die Berufsgenossenschaften (Aufsichtsbehörden, Versicherungsgenossenschaft) gewährt. Die Berufsgenossenschaft kann aber auch vor Ablauf der 13. Woche nach dem Unfall das Heilverfahren übernehmen und tut dies auch sehr häufig, und sie kann auch nach diesem Zeitpunkte der Krankenkasse, welcher der Verletzte angehört oder zuletzt angehört hat, die ärztliche Behandlung übertragen. Die ärztliche Behandlung Unfallverletzter, die nicht Mitglieder einer Krankenkasse, aber unfallversichert sind, wird bis zum Ablaufe der 13. Woche nach dem Unfall im Bereiche der Gewerbeunfallversicherung durch den Arbeitgeber, im Bereiche der landwirtschaftlichen Unfallversicherung, sofern es sich um einen Arbeiter handelt, durch die Gemeinde, in deren Bezirk der Verletzte zur Zeit des Unfalls beschäftigt war, gewährt. Auch hier ist die Berufsgenossenschaft befugt, die ärztliche Behandlung auch vor Beginn der 14. Woche nach dem Unfall zu übernehmen.

Die Berufsgenossenschaften sind durch die Reichsversicherungsordnung nicht wie die Krankenkassen gezwungen, zur Sicherung der Krankenbehandlung mit Ärzten schriftliche Verträge zu schließen; aber wohl jede Berufsgenossenschaft hat mit mehreren Ärzten eine Übereinkunft oder auch einen förmlichen Vertrag vereinbart, nach dem sie diesen Ärzten die Behandlung von Unfallverletzten, die bei ihr versichert sind, überträgt und sich von diesen Ärzten die notwendigen Gutachten ausstellen läßt. Jede Berufsgenossenschaft hat sich auch einen Vertrauensarzt oder mehrere Vertrauensärzte verpflichtet; dem Vertrauensarzte liegt neben der Behandlung und Ausstellung von Gutachten auch die Überwachung und Nachprüfung des Zustandes solcher Unfallverletzter ob, die bei der Berufsgenossenschaft versichert sind und von Ärzten behandelt werden, die in gar keiner Beziehung

zu der Berufsgenossenschaft stehen, und der Vertrauensarzt berät die Berufsgenossenschaft in allen Angelegenheiten, bei denen sein fachmännisches Urteil erwünscht oder notwendig ist.

Jeder Arzt, der einen unfallversicherten Unfallverletzten in Behandlung hat, muß in erster Linie bestrebt sein, die körperlichen Unfallsfolgen zu beseitigen und die Erwerbsfähigkeit des Verletzten, die durch den Unfall teilweise oder gänzlich verlorengegangen ist, möglichst wiederherzustellen; in sehr vielen Fällen wird dieses Ziel nur durch Behandlung in einer Heilanstalt zu erreichen sein. Sehr groß ist außerdem der gutachtliche Pflichtenkreis eines solchen Arztes. Die Berufsgenossenschaft ist zum Ersatz des Schadens verpflichtet, den der Verletzte durch den Unfall erlitten hat; sie stellt die Höhe des Schadens, den Grad der Erwerbsunfähigkeit fest, und wird diese Feststellung angefochten, so entscheidet das Obergversicherungsamt, in manchen Fällen das Reichsversicherungsamt (Landesversicherungsamt) endgültig. Aufgabe des einen unfallversicherten Unfallverletzten behandelnden Arztes ist es, die Berufsgenossenschaft und die Versicherungsbehörden bei dieser Tätigkeit der Feststellung durch seine Gutachten zu unterstützen und ihnen es zu erleichtern, eine den Tatsachen entsprechende Feststellung zu treffen. Zur Erfüllung dieser Aufgabe muß der Arzt nicht nur den Verletzten sorgfältigst untersuchen und sorgsamst behandeln, er muß auch den von ihm gemachten Befund genau und ausführlich aufschreiben, und er muß diese Aufzeichnung viele Jahre — wegen einer etwaigen Neufeststellung (vgl. S. 382) — aufbewahren.

Bei der Begutachtung der Erwerbsunfähigkeit eines Verletzten muß der Arzt die vor dem Unfall bestandene — als 100% angenommene — Erwerbsfähigkeit des Verletzten in Vergleich setzen mit der Erwerbsfähigkeit, die nach dem Unfall — zur Zeit der Feststellung — nach Ansicht des Arztes noch vorhanden ist.

Die Berufsgenossenschaft hat auch innerhalb der ersten 13 Wochen nach dem Unfall das gesetzliche Recht, den Verletzten, auch wenn sie ihm kein Heilverfahren gewährt, ärztlich — zumeist durch ihren Vertrauensarzt — untersuchen zu lassen und von dem behandelnden Arzte Auskunft über die Behandlung und den Zustand des Verletzten zu verlangen (§ 581 RVO.). Wenn die Berufsgenossenschaft (oder eine Sektion derselben) auf Grund eines ärztlichen Gutachtens die Unfallentschädigung ablehnen oder nur eine Teilrente gewähren will, so muß vorher eine Auskunft des behandelnden Arztes eingeholt werden, wenn dieser nicht schon ein ausreichendes Gutachten erstattet hat; ist der Verletzte von mehreren Ärzten behandelt worden, so soll

der Arzt gehört werden, der den Verletzten in der Hauptsache behandelt oder neben anderen Ärzten das Heilverfahren geleitet hat; steht der behandelnde Arzt in einem Vertragsverhältnis mit der Berufsgenossenschaft, so muß, auf Antrag des Entschädigungsfordernden, ein anderer Arzt gehört werden, den aber die Berufsgenossenschaft aussuchen kann.

Im Einspruchsverfahren (vgl. S. 382) muß das Versicherungsamt, wenn nicht schon durch die Berufsgenossenschaft ein Arzt gehört worden ist, dem der Versicherte nach eigener Wahl seine Behandlung übertragen hat, auf Antrag des Verletzten das Gutachten eines bisher noch nicht gehörten Arztes einholen, allerdings nur dann, wenn dieses Gutachten nach Ansicht des Versicherungsamtes für die Entscheidung von Bedeutung sein kann. Wenn der Entschädigungsfordernde die Kosten im voraus entrichtet, so muß auf sein Verlangen ein von ihm bezeichneter Arzt als Gutachter vernommen werden, und wenn gerade durch dieses Gutachten eine vorher abgewiesene Rente gewährt oder eine Teilrente erhöht wird, so werden die vorgeschossenen Kosten in angemessener Höhe wiedererstattet.

Das Oberversicherungsamt (Beschußkammer) wählt je für 4 Jahre, nach Schluß des letzten Jahres, in der Regel nach Anhörung der zuständigen Ärztevertretung, aus seinem Bezirke die Ärzte aus, die bei seinen Verhandlungen als Sachverständige zugezogen werden sollen. Es dürfen aber dabei in Sachen der Unfallversicherung keine Ärzte als Sachverständige zugezogen werden, die in einem Vertragsverhältnis zu einem Träger der Unfallversicherung (Berufsgenossenschaft, Ausführungsbehörde, Versicherungsgenossenschaft) stehen oder von einem solchen regelmäßig als Gutachter in Anspruch genommen werden. Sowohl in der Berufung (Oberversicherungsamt) als auch in dem Rekursverfahren (Reichsversicherungsamt, Landesversicherungsamt) kann von dem Verletzten oder von seinen Hinterbliebenen das gutachtliche Anhören eines bestimmten Arztes beantragt werden; diesem Antrage braucht nicht stattgegeben werden, und, wenn es geschieht, so kann die Anhörung von der Bedingung abhängig gemacht werden, daß der Antragsteller die Kosten vorschießt, und wenn das beantragte Gutachten zur Aufklärung der Sache nichts beigetragen hat, sie endgültig trägt.

Der Arzt, der einen unfallversicherten Unfallverletzten in Behandlung hat oder gehabt hat, ist verpflichtet, die Anfragen der Berufsgenossenschaft, der der Verletzte angehört, über den Zustand des Verletzten oder über den Verlauf der Krankheit zu beantworten und ebenso gewünschte Gutachten zu erstatten;

eine grundlose Vernachlässigung dieser Pflicht hat der preußische ärztliche Ehrengerichtshof als einen Verstoß gegen die ärztliche Standespflicht anerkannt. Aufforderungen einer Versicherungsbehörde zur Erstattung eines Gutachtens oder Ladung zur Vernehmung als Zeuge oder Sachverständiger gelten wie gerichtliche Aufforderungen und Ladungen.

Die Entschädigung für die ärztlichen, für eine Berufsgenossenschaft vorgenommenen Leistungen unterliegt der freien Vereinbarung zwischen Arzt und Berufsgenossenschaft. Letztere hat nicht das Recht, die Bezahlung nach den Mindestsätzen der geltenden Gebührenordnung zu verlangen. Die Bezahlung der Ärzte für Erstattung von Gutachten und für Vernehmung als Zeuge oder Sachverständiger regelt sich nach der Reichsgebührenordnung für Zeugen und Sachverständige vom 10. Juni 1914 (RGBl. S. 214).

c) **Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.** Die heilende Tätigkeit des Arztes wird hier nur dann verlangt, wenn die Landesversicherungsanstalt ein Heilverfahren einleitet. Die gutachtliche Tätigkeit des Arztes beschränkt sich hier fast ausschließlich auf die Beantwortung der beiden Fragen: Ob Invalidität vorliegt? und Ob durch Einleitung eines Heilverfahrens die drohende Invalidität eines Versicherten oder einer Witwe abgewendet werden kann? Ein ärztliches Gutachten kann auch benötigt werden, wenn ein Invalidenrentenempfänger die Unterbringung in ein Invalidenhaus beantragt oder ein Waisenrentenempfänger in einem Waisenhaus (Kinderheim) untergebracht werden soll.

Als invalide gilt, wer nicht mehr imstande ist, durch eine Tätigkeit, die seinen Kräften und Fähigkeiten entspricht und ihm unter billiger Berücksichtigung seiner Ausbildung und seines bisherigen Berufs zugemutet werden kann, ein Drittel dessen zu erwerben, was körperlich und geistig gesunde Personen derselben Art mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend durch Arbeit zu verdienen pflegen (§ 1255 RVO.).

Für die Beurteilung der Invalidität einer Witwe gilt dasselbe, mit der Einschränkung, daß nicht der bisherige Beruf der Witwe, sondern ihre bisherige Lebensstellung zu berücksichtigen ist (§ 1258 RVO.).

Der Arzt, der in der Invalidenversicherung ein Gutachten über die Invalidität eines Versicherten abzugeben hat, muß diesen mit einem anderen Versicherten derselben Gegend vergleichen, der im wesentlichen den gleichen Beruf hat und die gleichen Kenntnisse und Fähigkeiten besitzt, welche der zu Begutachtende

nach menschlicher Voraussetzung haben würde, wenn er sich im Vollbesitze seiner geistigen und körperlichen Gesundheit befände; handelt es sich um Beurteilung der Invalidität einer Witwe, so muß berücksichtigt werden, daß nicht alle Witwen vor Eintritt der Invalidität erwerbstätig gewesen sind, und daß dann die bisherige Lebensstellung der Witwe im wesentlichen diejenige ihres verstorbenen Ehemanns ist. In dem Gutachten muß auch die Frage beantwortet werden, von welchem Tage ab der Eintritt der Invalidität anzunehmen und ob sie vorübergehend oder dauernd ist.

Ein ärztliches Zeugnis über das Vorhandensein der Invalidität ist bei der Bewerbung um eine Invalidenrente und bei einer um Witwenrente (Witwerrente) beizufügen. Erscheint das Zeugnis nicht beweisend, so kann vor dem Versicherungsamt ein neuer Beweis erhoben werden; auch ist ein ärztliches Gutachten eines von dem Rentenbewerber benannten Arztes einzuziehen, wenn dieses Gutachten nach Ansicht des Versicherungsamtes von Bedeutung sein kann; es gelten hier alle Bestimmungen bei dem Einspruchsverfahren der Unfallversicherung. Ebenso gilt für das Verfahren vor dem Berufungsgericht (Oberversicherungsamt) und dem Revisionsgericht (Reichsversicherungsamt, Landesversicherungsamt) dasselbe wie bei der Unfallversicherung, auch bezüglich der von dem Oberversicherungsamte regelmäßig zu-gezogenen ärztlichen Sachverständigen.

Die Einleitung eines Heilverfahrens wird der Arzt der Landesversicherungsanstalt hauptsächlich bei Tuberkulösen und Geschlechtskranken, dann auch bei Herzleidenden, Blutarmen, Gichtikern und Rheumatikern und auch bei Zahnkaries empfehlen. Es kommen hierbei alle diejenigen Fälle nicht in Betracht, bei denen das Fortschreiten der Krankheit nicht mehr aufgehalten werden kann, sondern nur solche, bei denen die Verhütung vorzeitiger Invalidität mit Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist, also bei Krankheiten, die chronisch zu werden drohen, und zumeist nur bei solchen Fällen, die im ersten Beginn der Krankheit stehen. Die Landesversicherungsanstalten nehmen bei dem Antrage auf Einleitung eines Heilverfahrens das Zeugnis jedes approbierten Arztes an, sie veranlassen aber immer eine Nachprüfung durch einen Vertrauensarzt.

Auch der in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung tätige Arzt muß jeden gemachten Befund vom Beginn der Behandlung an genau schriftlich vermerken und die Aufzeichnung sorgfältig aufbewahren; denn sehr oft kommt es wegen der Feststellung, an welchem Tage die Invalidität eingetreten ist, darauf

an, genau zu wissen, wie der körperliche und geistige Zustand des Versicherten an einem bestimmten Tage gewesen ist.

Die Bezahlung des bei der Rentenbewerbung erforderlichen Zeugnisses über das Vorhandensein der Invalidität ist eigentlich Sache des Bewerbers; doch bezahlen die Landesversicherungsanstalten allen Ärzten, die das Gutachten gegen ein gewisses, in den einzelnen Landesversicherungsanstalten verschiedenes hohes Entgelt ausstellen, es ganz oder zum Teil. Dasselbe gilt für das ärztliche Zeugnis, das dem Antrage auf Einleitung eines Heilverfahrens beizufügen ist. Die Gebühren für Gutachten, die von den Versicherungsbehörden verlangt werden, und die Gebühren für Vernehmungen als Zeuge oder Sachverständiger werden nach den Sätzen der Reichsgebührenordnung für Zeugen und Sachverständige vom 10. Juni 1914 bezahlt.

d) **Angestelltenversicherung.** Die Tätigkeit des Arztes ist hier fast die gleiche wie in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung. Eine heilende Tätigkeit wird nur ausgeübt, wenn die Reichsversicherungsanstalt ein Heilverfahren einleitet, und die gutachtliche Tätigkeit soll fast ausschließlich die beiden Fragen: Liegt Berufsunfähigkeit vor? Kann durch ein Heilverfahren die drohende Berufsunfähigkeit abgewendet werden? beantworten. Auch hier kann durch den Antrag auf Unterbringung in ein Invaliden- oder Waisenhaus ein ärztliches Gutachten veranlaßt werden, und außerdem noch durch den Antrag weiblicher Versicherter, die aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung ausscheiden, auf eine Leibrente. Da in der Angestelltenversicherung auch nichtinvalide Witwen Witwenrente beziehen, so fällt hier die Beurteilung der Invalidität der Witwe weg.

Berufsunfähigkeit ist dann bei einem Versicherten anzunehmen, wenn seine Arbeitsfähigkeit auf weniger als die Hälfte derjenigen eines körperlich und geistig gesunden Versicherten von ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten herabgesunken ist. Bei der Begutachtung muß der Ruhegeldbewerber mit einem körperlich und geistig gesunden Angestellten in irgendeiner durch die Angestelltenversicherung erfaßten Berufsstellung — also nicht mit einem nur handarbeitenden Lohnarbeiter — verglichen werden; im Gutachten muß auch eine Angabe über den Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit und darüber, ob letztere dauernd oder vorübergehend ist, enthalten sein.

Männliche Versicherte können infolge der Wartezeit erst vom 1. Januar 1923 ab Ruhegeld beanspruchen, während weibliche

Versicherte seit dem 1. Januar 1918 Ruhegeld beziehen können. Da die Wartezeit für die Hinterbliebenenrenten auch 120 Beitragsmonate beträgt, so werden Witwerrenten auch erst vom 1. Januar 1923 ab fällig. Da für ihren Bezug die Erwerbsunfähigkeit des Witwers Voraussetzung ist, besteht dann die Möglichkeit für das Verlangen eines ärztlichen Gutachtens darüber, ob der Witwer körperlich oder geistig unfähig ist, einem Erwerbe nachzugehen, und ob diese Unfähigkeit dauernd oder nur vorübergehend ist.

Wird Ruhegeld wegen Berufsunfähigkeit verlangt, so hat der Antragsteller eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen, aus der sich seine Beschwerden, der körperliche Befund, die Berufsunfähigkeit und ihre Dauer ergeben. Läßt sich der Antragsteller das Gutachten von einem von der Reichsversicherungsanstalt hierzu bestellten Arzte ausstellen, so trägt die Reichsversicherungsanstalt zwei Drittel der dadurch entstehenden Kosten, während anderenfalls der Antragsteller die gesamten Kosten tragen muß. Hält aber die Reichsversicherungsanstalt neben einem von einem Nichtvertrauenssarzte ausgestellten Gutachten noch eine vertrauensärztliche Begutachtung für erforderlich, so kann sie zu den hieraus erwachsenden Kosten den Versicherten nicht heranziehen. Bei Stellung eines Antrags auf Einleitung eines Heilverfahrens soll der Antragsteller eine kurze Bescheinigung seines behandelnden Arztes über Notwendigkeit und Aussicht des Heilverfahrens beibringen; zu dem für das Zeugnis gezahlten Honorar schießt die Reichsversicherungsanstalt 3 Mk. zu. In jedem Falle findet aber, bevor ein Heilverfahren eingeleitet wird, eine Untersuchung des Antragstellers durch einen Vertrauensarzt der Reichsversicherungsanstalt statt. Hierfür ist ein festes Entgelt von 9 Mk. festgesetzt, wovon 3 Mk. von dem Antragsteller sofort bei der Untersuchung zu zahlen sind. Rentenausschuß, Schiedsgericht und Oberschiedsgericht haben das Recht, Ärzte als Zeugen und Sachverständige vorzuladen; die Gebühren hierfür richten sich nach der Reichs-Gebührenordnung für Zeugen und Sachverständige vom 10. Juni 1914.

VII. Verwaltungswesen.

Von
O. Schulz.

Die Tätigkeit des Staates auf dem Gebiet des öffentlichen Gesundheitswesens äußert sich in der Vorbeugung drohender Gefahren (Sanitätspolizei) oder als Kampf gegen die bereits eingetretene Krankheit (Medizinalpolizei). In Gemäßheit des Gesetzes, betreffend die Verfassung des Deutschen Reiches, vom 16. April 1871 (Artikel 4 Absatz 15) ist die Sanitäts- und Medizinalpolizei Gegenstand der Reichsgesetzgebung. Bisher haben indessen nur einzelne Zweige des öffentlichen Gesundheitswesens eine reichsgesetzliche Regelung erfahren, so die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, das Impfwesen, die Nahrungsmittelpolizei und die Schlachtvieh- und Fleischbeschau. Ferner sind durch die in der Reichsgewerbeordnung vom 21. Juni 1869 und 1. Juli 1883 getroffenen Bestimmungen die Freiebung der Ausübung der Heilkunde, die Niederlassungsfreiheit der Ärzte usw., die Prüfungsvorschriften für Ärzte, Zahnärzte und Apotheker, die Konzessionierung von Privat-Kranken-, Entbindungs- und Irrenanstalten sowie der Verkehr mit Arzneimitteln außerhalb der Apotheken einheitlich für das ganze Reich geordnet. Soweit das Reich von der ihm zustehenden Befugnis nicht Gebrauch macht, sind nach wie vor die Landesbehörden berechtigt, sanitäts- und medizinalpolizeiliche Gesetze und Verordnungen zu erlassen, wie denn auch bestehende Landesgesetze so lange in Kraft bleiben, bis eine anderweite Regelung der Angelegenheit im Wege der Reichsgesetzgebung erfolgt.

Organisation der Behörden. Im Reiche gehören die Angelegenheiten der Sanitäts- und Medizinalpolizei zu dem Geschäftskreise des Reichsamtes des Innern, und zwar zu seiner zweiten Abteilung. Als technische beratende Behörde ist ihm das Kaiserliche Gesundheitsamt beigegeben und in Verbindung mit diesem ein Reichsgesundheitsrat gebildet worden. Über die Tätigkeit des Gesundheitsamtes berichtet eine eigene Wochenschrift „Veröffentlichungen des Kaiserlichen Gesundheitsamtes“. Weitere Reichsbehörden auf dem Gebiete des Gesundheitswesens sind

nicht vorhanden; die sonstige Verwaltung der hierbei in Betracht kommenden Angelegenheiten geschieht durch die Landesbehörden.

Die oberste oder Zentralinstanz wird in den Bundesstaaten fast allgemein durch eine besondere Abteilung des Ministeriums oder der Landesregierung gebildet. In Preußen ist die Medizinalabteilung des Ministeriums des Innern zuständig, die sich aus Verwaltungsbeamten und medizinisch-technischen Räten zusammensetzt. Ihr Geschäftskreis umfaßt die oberste Leitung der gesamten Sanitäts- und Medizinalpolizei, die Aufsicht über die Ausbildung und Befähigung des Medizinalpersonals sowie die Oberaufsicht über alle öffentlichen und privaten Heilanstalten und medizinischen Institute, soweit sie nicht Universitätsinstitute sind.

Der Medizinalabteilung sind unmittelbar unterstellt:

- a) die wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen (als oberste sachverständige Fachbehörde in gerichtlich-medizinischen Angelegenheiten);
- b) die technische Kommission für pharmazeutische Angelegenheiten;
- c) der Apothekerrat;
- d) das Institut für Infektionskrankheiten in Berlin;
- e) die Kgl. Versuchs- und Prüfungsanstalt für Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung.

Zu Veröffentlichungen dient das Ministerial-Blatt für Medizinalangelegenheiten.

In den Provinzen leitet die Medizinalverwaltung der Oberpräsident, der auch die Genehmigung zur Anlage neuer selbständiger und Filialapotheken, zur Weiterverleihung anheimgefallener Personalkonzessionen und zur Verlegung alter Apotheken zu erteilen, sowie außerdem die staatliche Aufsicht über die Ärztekammer und das ärztliche Ehrengericht der Provinz zu führen hat. Als sachverständige und beratende Kollegialbehörde steht ihm das Provinzial-Medizinalkollegium zur Seite.

Als Bezirksinstanz der Medizinalverwaltung ist der Regierungspräsident — im Bereiche des Landespolizeibezirks Berlin der Polizeipräsident in Berlin — bestimmt. Ihm steht die Aufsicht über alle medizinalpolizeilichen Angelegenheiten seines Bezirks zu, ferner über die Ausführung der bestehenden gesetzlichen und reglementarischen Bestimmungen und Vorschriften. Ebenso wie der Oberpräsident unter Mitwirkung des Provinzialrats für mehr als einen Regierungsbezirk oder für den Umfang der ganzen Provinz gültige „Polizeiverordnungen“ erlassen darf, ist der Regierungspräsident mit Zustimmung des Bezirksausschusses befugt, für mehrere Kreise oder für den ganzen Regierungsbezirk

gültige Polizeivorschriften als „Polizeiverordnung“ zu erlassen. Technischer Beirat des Regierungspräsidenten ist ein im Hauptamt angestellter Regierungs- und Medizinalrat. Dem Regierungspräsidenten steht auch die Staatsaufsicht über die in seinem Bezirk befindlichen staatlichen Impfanstalten, Medizinal-Untersuchungsämter und Untersuchungsstellen sowie Quarantäneanstalten zu.

In den Kreisen ist der Landrat verantwortlicher Leiter der Sanitäts- und Medizinalpolizei. Er hat das gesamte öffentliche Gesundheitswesen in seinem Kreise zu beaufsichtigen, bei Seuchen und übertragbaren Krankheiten Maßnahmen zur Verhütung ihrer weiteren Verbreitung zu treffen und Sorge zu tragen, daß den Erkrankten die notwendige Hilfe wird. Der Landrat ist befugt, mit Zustimmung des Kreisausschusses für mehrere Ortspolizeibezirke oder für den ganzen Kreis gültige „Polizeiverordnungen“ zu treffen. Als technischer Beirat ist dem Landrat (Oberbürgermeister in Stadtkreisen mit kommunaler Polizeiverwaltung) der Kreisarzt beigeordnet, der dem Regierungspräsidenten unmittelbar unterstellt ist. Der Kreisarzt ist im Hauptamt mit Pensionsberechtigung angestellt und entweder vollbesoldet — namentlich in den Stadtkreisen und großen Landkreisen — und dann nur zu konsultativer Praxis berechtigt, oder nicht vollbesoldet und dann, soweit seine amtliche Tätigkeit nicht darunter leidet, zur Ausübung der ärztlichen Privatpraxis berechtigt. Der Kreisarzt ist der Regel nach zugleich Gerichtsarzt seines Amtsbezirks. Nur wo der große Umfang der gerichtlichen Gutachtertätigkeit und besondere Verhältnisse es erfordern, sind eigene Gerichtsärzte angestellt.

Dem Kreisärzte können ein oder mehrere kreisärztlich geprüfte Ärzte als Assistenten beigegeben werden, welche die Bezeichnung „Kreisassistentenärzte“ führen. Sie sind dem Kreisarzt dienstlich unterstellt und haben die ihnen zugeteilten Dienstgeschäfte nach dessen Anweisung zu erledigen.

Näheres über die Verhältnisse und die Diensttätigkeit des Kreisarztes, Gerichtsarztes, Stadtarztes und des Kreisassistentenarztes ergibt sich aus dem Gesetz, betr. die Dienststellung des Kreisarztes und die Bildung von Gesundheitskommissionen, vom 16. September 1899 (GS. S. 172) und der Dienstanweisung für die Kreisärzte vom 1. September 1909.

Die Lokalinstantz auf gesundheitspolizeilichem Gebiete bildet die Ortspolizeibehörde, und zwar in den Städten die Polizeiverwaltung (königliche oder städtische), auf dem Lande der Amtsvorsteher (Polizeidistriktskommissar in Posen, Amtmann in Westfalen, Landbürgermeister im Rheinland, Gemeindevorsteher oder Bürger-

meister in Hessen-Nassau und Hohenzollern). Der Ortspolizeibehörde liegt die Sorge für Leben und Gesundheit der Einwohner ob, auch hat sie die nötigen Anstalten zur Abwendung der der Bevölkerung bevorstehenden Gefahren zu treffen. Sie kann auf gesundheitlichem Gebiete polizeiliche Verfügungen treffen und deren Durchführung unter Anwendung von Zwangsmitteln (Geldstrafen bis zu 60 Mk.) und unmittelbarem Zwang durchsetzen sowie unter Zustimmung des Gemeindevorstandes „Polizeiverordnungen“ erlassen.

Zur Förderung der gesundheitlichen Verhältnisse und Einrichtungen ist für jede Gemeinde mit mehr als 5000 Einwohnern eine Gesundheitskommission zu bilden, deren Sitzungen der Kreisarzt mit beratender Stimme beiwohnt. Auch in kleineren Gemeinden kann eine Gesundheitskommission gebildet werden¹⁾.

Sanitätspolizei. Zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten ist das Reichsgesetz, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, vom 30. Juni 1900 (RGBl. S. 306ff.) ergangen.

Danach ist jeder Erkrankungs-, Todes- und Verdachtsfall an Ausatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest und Pocken der für den Aufenthaltsort des Erkrankten oder den Sterbeort zuständigen Polizeibehörde unverzüglich anzuzeigen. Durch Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 28. September 1909 ist die Anzeigepflicht noch auf Milzbrand ausgedehnt worden. Der Todesfall ist auch dann anzuzeigen, wenn früher die Erkrankung angezeigt war. Zur Anzeige sind der zugezogene Arzt, der Haushaltungsvorstand, jede sonst mit der Behandlung oder Pflege des Erkrankten beschäftigte Person, der Inhaber der Wohnung oder Behausung und der Leichenschauer verpflichtet. Die Polizeibehörde hat durch den beamteten Arzt die Art, den Stand und die Ursache der Krankheit zu ermitteln und die erforderlichen Schutzmaßregeln anzuordnen, die in ärztlicher Beobachtung sowie Absonderung der kranken, krankheits- oder ansteckungsverdächtigen Personen bestehen und nicht mit aufschiebender Wirkung angefochten werden können. Auf Antrag werden invalidenversicherungspflichtigen Personen bei Absonderung oder Beschränkung in der Wahl des Aufenthaltes oder der Arbeitsstätte und Personen, denen Gegenstände infolge der notwendigen Desinfektion beschädigt oder vernichtet sind, Entschädigungen aus öffentlichen Mitteln gewährt.

Die Ausführung des Reichsgesetzes und die Bekämpfung sonstiger übertragbarer Krankheiten ist der Landesgesetzgebung überlassen. Das demzufolge ergangene Preußische Gesetz, be-

¹⁾ Einzelheiten über die behördliche Organisation in allen Bundesstaaten sind aus „Ärztliche Rechts- und Gesetzeskunde“, herausgegeben von Prof. Dr. Rapmund und Prof. Dr. Dietrich (Leipzig, Verlag von G. Thieme) zu entnehmen.

treffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, vom 28. August 1905 (GS. S. 373ff.) nebst Ausführungsbestimmungen vom 15. September 1906 ordnet an, daß außer den im Reichsgesetz aufgeführten Fällen der Anzeigepflicht auch jede Erkrankung (nicht also jeder Krankheitsverdacht) und jeder Todesfall an Diphtherie, Genickstarre, Kindbettfieber, Körnerkrankheit, Rückfallfieber, übertragbarer Ruhr, Scharlach, Typhus, Milzbrand, Rotz, Tollwut sowie Bißverletzung durch tolle oder der Tollwut verdächtige Tiere, Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung, Trichinose der für den Aufenthalt des Erkrankten oder den Sterbeort zuständigen Polizeibehörde innerhalb 24 Stunden nach erlangter Kenntnis anzuzeigen sind. Diese Frist beginnt von dem Zeitpunkt an, wo der Arzt von der anzeigepflichtigen Tatsache Kenntnis erhalten, also die Krankheit erkannt hat. Solange die Diagnose zweifelhaft ist, liegt eine Verpflichtung zur Anzeige nur bei denjenigen Krankheiten vor, bei denen auch die Anmeldung verdächtiger Erkrankungen angeordnet ist. Außerdem ist auch jeder Todesfall an Lungen- und Kehlkopftuberkulose anzuzeigen¹). Die Maßnahmen der Bekämpfung, der Krankheitsermittlung und der Schutzmaßnahmen entsprechen mit den durch die Natur der Krankheiten gebotenen Abweichungen den Vorschriften des Reichsgesetzes. Eine besondere Maßnahme bildet die Zwangsbehandlung bei der Körnerkrankheit und den Geschlechtskrankheiten der gewerbsmäßig Unzucht betreibenden Personen.

Die Anordnungen erläßt regelmäßig die Ortspolizeibehörde. Entschädigung wird, abweichend vom Reichsgesetz, nur für beschädigte oder vernichtete Gegenstände gewährt und nur, soweit der Betroffene den Verlust nicht ohne Beeinträchtigung des notwendigen Unterhalts zu tragen vermag. Die Festsetzung erfolgt durch vom Kreis-(Stadt-)Ausschuß bezeichnete Sachverständige. Die Kosten, die durch landespolizeiliche Maßregeln (gegen Einschleppung oder Weiterverbreitung auf andere Gebiete) sowie durch Beteiligung des Kreisarztes und durch ärztliche Feststellung von Scharlach, Körnerkrankheit und Diphtherie entstehen, trägt die Staatskasse. Die sonstigen aus öffentlichen Mitteln zu bestreitenden Kosten fallen als ortspolizeiliche den Gemeinden und Gutsbezirken zur Last. Soweit sie über ein bestimmtes Maß hinausgehen, muß den Gemeinden unter 5000 Einwohnern und kann den Gutsbezirken der Mehrbetrag zu zwei

¹) Das durch die Ausführungsbestimmungen zum Preußischen Gesetz vorgeschriebene Muster der Meldekarte hat den auf S. 409 abgedruckten Wortlaut.

Anzeige eines Erkrankungs- oder Todesfalls.

- | | | |
|--|---|--|
| A. un-
züglic
an-
zuzeigen. | } | 1. Aussatz (Lepra) oder Aussatzverdacht . 2. Cholera (asiatische) oder Choleraverdacht . 3. Fleckfieber (Flecktyphus) oder Fleckfieberverdacht . 4. Gelbfieber oder Gelbfieberverdacht . 5. Pest (orientalische Beulenpest) oder Pestverdacht . 6. Pocken (Blattern) oder Pockenverdacht . |
| B. inner-
halb 24
Stunden
nach
erlangter
Kenntnis
anzuzeigen. | } | 7. Diphtherie (Rachenbräune). 8. Fleisch-, Fisch- oder Wurstvergiftung . 9. Genickstarre (übertragbare). 10. Kindbettfieber* (Wochenbett-, Puerperalfieber). 11. Körnerkrankheit (Granulose, Trachom). 12. Milzbrand . 13. Rotz . 14. Rückfallfieber (Febris recurrens). 15. Ruhr , übertragbare (Dysenterie). 16. Scharlach (Scharlachfieber). 17. Spinale Kinderlähmung . 18. Tollwut (Lyssa) sowie Bißverletzungen durch ein tolles oder tollwutverdächtiges Tier. 19. Trichinose . 20. Typhus (Unterleibstyphus). 21. Lungentuberkulose, Kehlkopftuberkulose (nur Todesfälle anzuzeigen). (Zutreffendes zu unterstreichen.) |

*) Es ist sofort die in Frage kommende Hebamme zu benachrichtigen.

1. Vor- und Zuname
2. Alter
3. männlich — weiblich; unverheiratet — verheiratet. (Zutreffendes zu unterstreichen.)
4. Wohnung (Straße und Hausnummer)
Welcher Ausgang? Welches Stockwerk?
Vorderhaus — Quergebäude — Seitenflügel rechts, links,
1., 2., 3. Hof. (Zutreffendes zu unterstreichen.)
5. Stand oder Gewerbe des Kranken
6. Name des **Wohnungsinhabers**
7. Stand oder Gewerbe des Wohnungsinhabers
8. **Beschäftigungsstelle des Kranken**
- Bei Schulkindern: Schule Schulklasse
- Welche Schulen besuchen die anderen Kinder?
- Kindergarten, Kinderhort, dsgl.
9. Sind die schulpflichtigen Kinder vom Schulbesuch zurück-
behalten?
10. Die Krankheit begann ungefähr am Sie endete tödlich am
11. Findet Nahrungsmittelverkauf, besonders Milchverkauf aus
dem Haushalt statt?
12. **Krankenhaus**, in das der Kranke aufgenommen wurde:
An welchem Tage:
13. Nur bei **Diphtherie** und **Scharlach** zu beantworten.
Ist der Kranke in der Wohnung ausreichend **abgesondert**?

Über Absonderung s. III Abs. 2 der Allg. Ausführungs-
best. vom 15. 9. 06 zu dem Ges., betr. die Bekämpfung
übertragb. Krankheiten, vom 28. 8. 05.

Bemerkungen (insbesondere auch ob, wann und woher zugereist)
sowie **wann die erkrankte Person voraussichtlich genesen sein wird**.
Behandelnder Arzt:

Wohnung:

Die Vordrucke werden den Ärzten unentgeltlich geliefert.

Drittel von den Kreisen erstattet werden, denen der Staat die Hälfte der Leistung zuzuschießen hat.

Im Wege der Reichsgesetzgebung ist auch das Impfwesen geregelt, und zwar durch das Reichsimpfgesetz vom 8. April 1874 (RGBl. S. 31) und die zur Ausführung ergangenen Beschlüsse des Bundesrats vom 28. Juni 1899 mit Abänderung vom 5. Mai 1905 und 28. Juni 1911 (Veröffentlichungen des Kaiserlichen Gesundheitsamts 1899 S. 948, 1905 S. 819 und 1911 S. 837).

Alle Kinder müssen vor Ablauf des auf das Geburtsjahr folgenden Lebensjahres, alle Schüler im 12. Lebensjahr geimpft werden, soweit sie nicht nach ärztlichem Zeugnis die natürlichen Blattern überstanden haben. Bleibt die Impfung erfolglos, so ist sie im folgenden und im 3. Jahre nochmals zu wiederholen. Zur Ausführung sind nur Ärzte berechtigt; unter „Ärzte“ sind nur die in Deutschland approbierten zu verstehen. Die erforderliche Lymphe wird aus den den Oberpräsidenten unterstellten Schutzpockenimpfanstalten oder aus deren Niederlagen durch Vermittlung der Apotheken abgegeben. Für die nicht durch Privatärzte Geimpften findet die Impfung unentgeltlich durch Impfärzte statt, die für bestimmte Bezirke angestellt sind. Die Kosten tragen in Preußen die Kreise. Bei Ausbruch von Pocken-seuchen kann die Zwangsimpfung aller ansteckungsfähigen Personen, auch der Erwachsenen, angeordnet werden.

Die für das öffentliche Gesundheitswesen so wichtige Frage der Leichenschau ist noch nicht einheitlich geregelt. Bisher besteht in dieser Beziehung nur insofern eine für das ganze Reich geltende Vorschrift, als nach § 10 des Gesetzes vom 30. Juni 1900, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, für Ortschaften und Bezirke, die von einer solchen Krankheit befallen oder bedroht sind, durch die zuständigen Behörden die amtliche Besichtigung jeder Leiche angeordnet werden kann. Sonst ist die obligatorische Leichenschau nur in einzelnen Bundesstaaten zur Durchführung gelangt. In Preußen besteht sie zurzeit im Rheinland, im Landespolizeibezirk Berlin und in zwei Regierungsbezirken für alle Gemeinden, im übrigen zumeist nur für solche Städte und Orte, wo Ärzte ansässig sind.

Für die Bestattung der menschlichen Leichen sind bestimmte Beerdigungsfristen festgesetzt, die zwischen 48 und 72 Stunden schwanken (in Preußen soll nach dem Ministerialerlaß vom 15. Juni 1822 die Beerdigung in der Regel erst nach Ablauf von 72 Stunden nach Eintritt des Todes stattfinden) und auf Grund eines ärztlichen Zeugnisses oder einer Bescheinigung des zuständigen Leichenschauers von der Ortspolizeibehörde abgekürzt werden können. Eine frühere Bestattung ist nur dann zulässig, wenn der Verstorbene an einer gemeingefährlichen oder übertragbaren Krankheit gelitten hat. Umgekehrt kann aber auch

eine Verlängerung der Frist gestattet werden, vorausgesetzt, daß der Verstorbene nach ärztlicher Bescheinigung keiner ansteckenden Krankheit erlegen ist und sonstige Bedenken nicht entgegenstehen.

Das Zurschaustellen von Leichen vor der Einsargung oder im offenen Sarge sowie das Öffnen des Sarges bei der Begräbnisfeier ist verboten. Die Beerdigungen sollen weder in Kirchen, noch in bewohnten Gegenden der Städte, noch ohne besondere Anzeige außerhalb der öffentlichen Begräbnisplätze (Kirchhöfe) stattfinden. Die letzteren sind in der Regel Eigentum der Kirchengesellschaften und von diesen zu unterhalten. Ihre Benutzung darf indes den Mitgliedern anderer Religionsgesellschaften, die eigene Kirchhöfe nicht besitzen, nicht versagt werden. Die außer Gebrauch gesetzten dürfen aus Rücksichten der Gesundheitspolizei und der Ehrfurcht erst nach 40 Jahren verkauft oder anderweit in Gebrauch genommen werden. Neben der bis jetzt noch allgemein üblichen Erdbestattung ist in den meisten Bundesstaaten (in Preußen durch Gesetz vom 14. September 1911. GS. S. 193) die fakultative Feuerbestattung zugelassen.

Zur Vornahme einer Feuerbestattung ist in jedem Falle mindestens 24 Stunden vorher die Genehmigung der Ortspolizeibehörde des Verbrennungsortes einzuholen. Antragsberechtigt ist jeder Bestattungspflichtige. Die Genehmigung ist schriftlich zu erteilen; sie muß versagt werden, wenn nicht beigebracht sind: die amtliche Sterbeurkunde, die amtsärztliche Bescheinigung über die Todesursache, der Nachweis, daß der Verstorbene die Feuerbestattung seiner Leiche angeordnet hat, die Bescheinigung der Ortspolizeibehörde des Sterbeorts, daß keine Bedenken gegen die Feuerbestattung bestehen, daß insbesondere ein Verdacht, der Tod sei durch eine strafbare Handlung herbeigeführt worden, nicht vorliegt. Der Nachweis, daß der Verstorbene die Feuerbestattung angeordnet hat, kann durch eine letztwillige Verfügung des Verstorbenen oder durch eine mündliche Erklärung des Verstorbenen, die von einer zur Führung eines öffentlichen Siegels berechtigten Person als in ihrer Gegenwart abgegeben beurkundet ist, erbracht werden. Die Anordnung ist nur wirksam, wenn der Verstorbene sie nach vollendetem 16. Lebensjahr getroffen hatte; sie kann nicht durch einen Vertreter getroffen werden.

Die Wiederausgrabung von Leichen ist, abgesehen von solchen Fällen, in denen sie von Gerichten angeordnet wird, nur mit Genehmigung der zuständigen Verwaltungsbehörde (in Preußen: Regierungspräsident oder Polizeipräsident) statthaft. Zur Genehmigung ist stets ein amtsärztliches Zeugnis erforderlich, wonach der Ausgrabung keine sanitären Bedenken entgegenstehen. Handelt es sich um Leichen, bei denen der Tod infolge Cholera, Fleckfieber, Pest oder Pocken eingetreten war, so darf erst nach Jahresfrist die Genehmigung zur Ausgrabung erteilt werden.

Die Beförderung von Leichen, soweit sie auf Eisenbahnen oder auf dem Seewege stattfindet, ist nur auf Grund von Leichenpässen gestattet, deren Ausstellung der Regel nach durch die Landräte erfolgt. Mit mehreren deutschen Staaten und mit Österreich ist die gegenseitige Anerkennung dieser Pässe vereinbart. Jede Leiche muß in einem widerstandsfähigen Metallbehälter luftdicht verschlossen und dieser in einen hölzernen Behälter so fest eingesetzt sein, daß er sich darin nicht verschieben kann¹⁾.

Auf die Beförderung von Aschenresten finden die Vorschriften über die Beförderung von Leichen keine Anwendung; es genügt, wenn die Versendung in einem gut verschließbaren Behältnis erfolgt.

Zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren ist der Verkehr mit Arzneimitteln, Geheimmitteln und Giften außerhalb der Apotheken teils verboten, teils von besonderer Genehmigung abhängig gemacht und einer medizinalpolizeilichen Überwachung unterstellt. Maßgebend für den Verkehr mit Arzneimitteln außerhalb der Apotheken ist die Kaiserliche Verordnung vom 22. Oktober 1901 (RGBl. S. 380) nebst Ergänzung vom 31. März 1911 (RGBl. S. 181), die in zwei zugehörigen Verzeichnissen A und B diejenigen Stoffe aufführt, die außerhalb der Apotheken nicht feilgehalten oder verkauft werden dürfen. Der Großhandel unterliegt diesen Bestimmungen nicht.

Hinsichtlich des Verkehrs mit Geheimmitteln ist durch Provinzial-Polizeiverordnungen (erlassen auf Grund der Bundesratsbeschlüsse vom 23. Mai 1903 und 27. Juni 1907) bestimmt, daß die in der Anlage B aufgeführten Mittel sowie diejenigen in der Anlage A aufgeführten Mittel, über deren Zusammensetzung der Apotheker sich nicht soweit vergewissern kann, daß er die Zulässigkeit der Abgabe im Handverkaufe zu beurteilen vermag, nur auf schriftliche, mit Datum und Unterschrift versehene Anweisung eines Arztes, Zahnarztes oder Tierarztes, im letzteren Falle jedoch nur beim Gebrauche für Tiere, verabfolgt werden dürfen. Die öffentliche Ankündigung oder Anpreisung der in den Anlagen A und B aufgeführten Mittel ist verboten.

Der Verkehr mit Giften ist infolge der durch Bundesratsbeschuß vom 29. November 1894 angenommenen, durch Bundesratsbeschlüsse vom 17. Mai 1901 und 1. Februar 1906 abgeänderten und in allen Bundesstaaten (in Preußen durch Ministerial-Polizeiverordnung vom 22. Februar 1906) eingeführten Vorschriften über den Handel mit Giften für das ganze Deutsche Reich einheitlich geregelt. Während der Handel mit Arzneimitteln nur einer vorherigen Anzeige bei der Gemeindebehörde des Ortes, wo das Gewerbe betrieben werden soll, bedarf, ist zu

¹⁾ Eisenbahn-Verkehrsordnung vom 23. Dezember 1908.

demjenigen mit Giften eine besondere Genehmigung erforderlich. Sie wird in Preußen vom Kreisausschuß bzw. vom Stadtausschuß erteilt und nur an zuverlässige, unbescholtene Personen. Im Umherziehen dürfen Gifte oder gifthaltige Waren nicht aufgekauft oder feilgeboten werden. Die unerlaubte Zubereitung oder Feilhaltung von Giften ist mit Strafe bedroht, ebenso die Nichtbefolgung der über die Aufbewahrung, Beförderung, Zubereitung und Feilhaltung erlassenen Sicherheitsvorschriften.

Alle Verkaufsstellen, in denen Arzneimittel, Drogen, Gifte oder giftige Farben feilgehalten werden, nebst den zugehörigen Vorrats- und Arbeitsräumen und dem Geschäftszimmer des Inhabers der Handlung, sind jedes Jahr, die kleineren alle 2 bis 3 Jahre, einer unvermuteten Besichtigung durch die Ortspolizeibehörde unter Mitwirkung des zuständigen Medizinalbeamten zu unterziehen.

Dem Schutze gegen die Gefahren und Nachteile, die durch Verfälschung der Nahrungs- und Genußmittel sowie einzelner Gegenstände des täglichen Gebrauchs entstehen, dient die Nahrungsmittelgesetzgebung. Die Grundlage bildet das sog. Nahrungsmittelgesetz vom 14. Mai 1879 (RGBl. S. 145), das den Verkehr mit Nahrungs- und Genußmitteln sowie mit Spielwaren, Tapeten, Farben, Eß-, Trink- und Kochgeschirr und mit Petroleum der Beaufsichtigung unterstellt. Den Beamten der Polizei ist die Befugnis eingeräumt, zur Untersuchung Proben dieser Gegenstände aus den Verkaufsräumen gegen Entgelt zu entnehmen, auch in den Verkaufsräumen der wegen solcher Fälschungen bestraften Personen Besichtigungen vorzunehmen. Die Strafbestimmungen sind erweitert und verschärft; insbesondere ist die Fälschung als solche auch da für strafbar erklärt, wo weder die Voraussetzungen des Betrugs noch Gefährdungen der menschlichen Gesundheit vorliegen.

In weiterer Folge sind dann u. a. noch erschienen:

Gesetz vom 15. Juni 1897, betr. den Verkehr mit Butter, Käse, Schmalz und deren Ersatzmitteln (das sog. Margarinegesetz; RGBl. S. 475). Unter Kunstbutter (Margarine) werden alle der Milchbutter oder dem Butterschmalz ähnlichen Zubereitungen verstanden, deren Fettgehalt nicht ausschließlich der Milch stammt. Zur Vermeidung von Täuschungen darf Kunstbutter nur unter Anbringung der Bezeichnung „Margarine“ an den Verkaufsstellen, Gefäßen, Umhüllungen oder Stücken mit einem die Erkennbarkeit erleichternden Zusatz (Sesamöl) sowie — abgesehen von dem Kleinhandel in Orten unter 5000 Einwohnern — nur unter Trennung der Geschäftsräume für Kunst- und für natürliche Butter gewerbsmäßig hergestellt, verkauft oder feilgehalten werden. Die Vermischung von Butter oder größeren Milch- oder Rahmmengen mit

Kunstbutter oder anderen Speisefetten ist verboten. In ähnlicher Weise ist Milchkäse und Schweineschmalz von der Verwechslung mit Margarinekäse und Kunstspeisefett geschützt.

Süßstoffgesetz vom 7. Juli 1902 (RGBl. S. 253).

Danach sind künstliche Süßstoffe im Sinne des Gesetzes alle auf künstlichem Wege gewonnenen Stoffe, die als Süßmittel dienen können und eine höhere Süßkraft als raffinierter Rohr- oder Rübenzucker, aber nicht entsprechenden Nährwert besitzen. Die Herstellung und Einführung solcher Süßstoffe, ihre Verwendung bei der Herstellung von Nahrungs- und Genußmitteln ist ebenso wie das Feilhalten und der Verkauf der so hergestellten Nahrungs- und Genußmittel verboten. Die Erlaubnis zur Herstellung und Einfuhr von Süßstoffen wird vom Bundesrat nur einzelnen bestimmten Gewerbetreibenden erteilt. Die Abgabe von Süßstoffen ist im Inlande nur an Apotheken und an solche Personen gestattet, die eine amtliche Erlaubnis dazu besitzen, sowie an Leiter von Kranken-, Kur- usw. Anstalten. (Während des jetzigen Krieges sind die Beschränkungen im Verbrauch zum Teil aufgehoben.)

Weingesetz vom 7. April 1909 (RGBl. S. 303).

Wein ist das durch alkoholische Gärung aus dem Saft der frischen Weintrauben hergestellte Getränk. Die Herstellung aus verschiedenen Erzeugnissen (Verschnitt) ist zugelassen. Zusätze von Zuckerwasser sind unter gewissen Einschränkungen bis zu höchstens einem Fünftel der gesamten Flüssigkeit, andere Zusätze nur nach Bestimmung des Bundesrats gestattet. Im gewerbsmäßigen Verkehr mit Wein dürfen geographische Begriffe nur zur Kennzeichnung der Herkunft verwendet werden. Die Herstellung von Kunstwein ist verboten; Fruchtwein ist als solcher zu bezeichnen.

Gesetz vom 25. Juni 1887, betreffend den Verkehr mit blei- und zinkhaltigen Gegenständen (RGBl. S. 273).

Verboten ist die gewerbsmäßige Herstellung sowie das gewerbsmäßige Feilhalten und Verkaufen von EB-, Trink- und Kochgeschirren und Flüssigkeitsmaßen, die ganz oder teilweise mit Blei oder einer in 100 Gewichtsteilen mehr als 10 Gewichtsteile Blei enthaltenden Metallegierung hergestellt oder gelötet sind. Ebenso ist die Verwendung von Email oder Glasur verboten, die bei halbstündigem Kochen mit einem in 100 Gewichtsteilen 4 Gewichtsteile Essigsäure enthaltenden Essig an diesen Blei abgeben. Dasselbe gilt von der Herstellung und Verwendung an Druckvorrichtungen zum Ausschank von Bier, Metallteilen für Kindersaugflaschen, Metallfolien zur Packung von Schnupf- und Kautabak oder Käse, die mehr als 1 Gewichtsteil Blei in 100 Gewichtsteilen enthalten.

Gesetz vom 5. Juli 1887, betreffend die Verwendung gesundheitsschädlicher Farben bei der Herstellung von Nahrungsmitteln, Genußmitteln oder Gebrauchsgegenständen (RGBl. S. 277).

Wer gesundheitsschädliche Farben — d. h. solche, die Antimon, Arsen, Baryum (mit Ausnahme von schwefelsaurem Baryum), Blei (mit Ausnahme von Zinnober), Cadmium, Chrom (mit Ausnahme von Chromoxyd), Quecksilber, Kupfer, Zink, Zinn (ausgenommen deren Legierungen als Metallfarben), Gummigutti, Korallin und Pikrinsäure enthalten — zur Herstellung von zum Verkauf bestimmten Nahrungsmitteln und Genußmitteln oder Oblaten ver-

wendet oder zu deren Aufbewahrung und Verpackung Gefäße, Umhüllungen oder Schutzbedeckungen benutzt, zu deren Herstellung gesundheitsschädliche Farben gebraucht sind, wird bestraft. Verboten ist auch die Verwendung solcher Farben zur Herstellung von kosmetischen Mitteln sowie von Spielwaren, Tapeten, Möbelstoffen, Teppichen, Bekleidungsgegenständen, Kerzen, künstlichen Blumen und Früchten, Schreibmaterialien und Lichtschirmen, die zum Verkauf bestimmt sind. Bei Herstellung des Anstrichs in Wohn- und Geschäftsräumen sind arsenhaltige Wasser- und Leimfarben ausgeschlossen.

Die Fleischüberwachung ist vom Reiche geregelt durch das Schlachtvieh- und Fleischbeschaugesetz vom 3. Juni 1900 (RGBl. S. 547)¹⁾. Rindvieh, Schweine, Schafe, Ziegen, Pferde und Hunde (die Untersuchungspflicht ist später auch ausgedehnt auf Esel, Maultiere und Maulesel), deren Fleisch zum Genusse für Menschen verwendet werden soll, unterliegen vor und nach der Schlachtung einer amtlichen Untersuchung. Notschlachtungen sind von der ersten und die auf den eigenen Gebrauch beschränkten Hausschlachtungen, falls keine Erkrankungsmerkmale hervortreten, von beiden Untersuchungen befreit. Die Bildung der Beschaubezirke und die Bestellung der Beschauer erfolgt durch die Landesbehörden. Bei der Untersuchung kann das Fleisch für tauglich, untauglich oder bedingt tauglich erachtet werden. Für das bedingt taugliche und für das genießbare minderwertige Fleisch sind in Gemeinden mit Schlachthauszwang besondere Verkaufsstellen (Freibänke) vorgeschrieben. Andere Gemeinden können solche einrichten. Alles derartige Fleisch muß, wo Freibänke bestehen, auf diesen verkauft, darf aber regelmäßig nur zum Gebrauch im eigenen Haushalt abgegeben werden. Das aus dem Auslande eingehende Fleisch mit Ausschluß des Wildprets und Federviehes unterliegt der Untersuchung bei der Einfuhr. Die doppelte Schau fällt hier fort. Dafür dürfen frisches Fleisch nur in ganzen Tierkörpern, Pökelfleisch nur in Mengen von mindestens 4 kg und Büchsenfleisch, Würste und sonstige Gemenge aus zerkleinertem Fleisch überhaupt nicht eingeführt werden.

¹⁾ Die Ausführungsbestimmungen zu diesem Gesetze sind vom Bundesrat unter dem 30. Mai 1902 erlassen und den praktischen Erfahrungen und Fortschritten der wissenschaftlichen Fleischschau entsprechend in der Folgezeit mehrfach unter dem 27. März und 28. Juni 1903, 15. Februar, 9. Mai und 26. Juli 1904, 16. Juni 1906 und 22. Februar 1908 abgeändert. In der jetzt geltenden Fassung sind sie dann unter dem 27. November 1908 in der Beilage zu Nr. 52 des Zentralblattes für das Deutsche Reich amtlich neu veröffentlicht worden.

Der amtlichen Untersuchung auf Trichinen unterliegt das zum Genusse für Menschen bestimmte Fleisch von Schweinen und Wildschweinen. (Für alle Bundesstaaten eingeführt, für Preußen durch Gesetz vom 28. Juni 1902). Dies gilt auch für das aus anderen Bundesstaaten eingeführte, nicht bereits amtlich untersuchte Fleisch. Dagegen besteht für Hausschlachtungen, die nicht in Schlachthäusern mit Schlachthauszwang erfolgen, die Untersuchungspflicht nur, soweit dieses durch besondere Polizeiverordnung bestimmt wird. Auf gleichem Wege ist das Aufblasen des Fleisches allgemein verboten.

Der Überwachung des Verkehrs mit Fleisch dienen auch die Schlachthäuser, die daneben noch den Vorteil der größeren Reinlichkeit im Betriebe sowie der Beseitigung der mit den Einzelschlachtstätten verbundenen Verunreinigungen und Ausdünstungen haben. Nach Errichtung öffentlicher Schlachthäuser kann durch Gemeindebeschluß angeordnet werden, daß in Privathäusern der Stadt und — soweit es sich um den städtischen Gewerbebetrieb der in der Stadt wohnenden Schlächter und Händler mit frischem Fleisch handelt — auch in ihrem Umkreise nicht geschlachtet werden darf, und daß sowohl das in das Schlachthaus gebrachte Vieh vor und nach dem Schlachten, als auch das von außerhalb eingebrachte Fleisch, soweit dieses nicht bereits amtlich untersucht ist, durch approbierte Tierärzte untersucht werden muß (Gesetz vom 18. März 1868, GS. S. 277, neu gefaßt unterm 29. Mai 1902, GS. S. 162). Das von approbierten Tierärzten amtlich untersuchte Fleisch kann in Gemeinden mit Schlachthauszwang der abermaligen Untersuchung nur daraufhin unterworfen werden, ob es inzwischen verdorben oder sonst gesundheitsschädlich geworden ist.

Besondere Bedeutung für die Gesundheit haben noch die Maßnahmen zur Verhütung schädlicher Ausdünstungen, die, soweit es sich um Wohnungen handelt, in das Gebiet der Baupolizei und, soweit die Reinhaltung der Straßen in Frage kommt, in das der Straßenpolizei fällt. Auf Grund von Polizeivorschriften (Strafgesetzbuch für das Deutsche Reich, § 366¹⁰) sollen schmutzige und übelriechende oder der Verwesung unterliegende Gegenstände und Flüssigkeiten von den Straßen ferngehalten, letztere aber gleichzeitig von dem trotzdem sich sammelnden Schmutze regelmäßig gereinigt werden. Die Straßenreinigung ist Sache der Gemeinden, innerhalb dieser aber meist auf die angrenzenden Hausbesitzer gelegt.

In den Städten macht die Dichtigkeit der Bevölkerung und die Menge der Abfallstoffe besondere Maßnahmen zur Beseitigung

der festen Abfallstoffe und der Abwässer notwendig. Die festen Abfälle bestehen aus Haus- und Straßenkehricht (Müll) und Speiseabfällen. Sie werden gewöhnlich regelmäßig abgefahren unter möglicher Verhinderung der Staubeentwicklung. Nur in vereinzelt Fällen hat die Schwierigkeit, die großen Mengen des Kehrichts unterzubringen, zu dessen Verbrennung geführt. Schwieriger und mannigfaltiger ist die Beseitigung der Abwässer (Spüljauche) gestaltet, die durch Abfuhr oder durch Kanalisation nach verschiedenen Systemen erfolgen kann. Die Regelung dieser Fragen ist zumeist durch ortsstatutarische Bestimmungen erfolgt.

Was das Wohnungswesen angeht, so unterliegen Neu- und Umbauten der ortspolizeilichen Genehmigung (Bauerlaubnis). Mit dem Bauerlaubnisgesuch sind Lage und Einrichtung des Gebäudes durch die erforderlichen Zeichnungen (Lageplan, Grundriß und Aufriß, Ansichtszeichnung) ersichtlich zu machen. Bei der Genehmigung kommen neben den Rücksichten des Verkehrs, der Festigkeit des Baues, der Feuersicherheit, des Schutzes der öffentlichen Ordnung, Sicherheit und Ruhe auch die der Gesundheit in Betracht. Die Wohnungen müssen für Luft und Licht zugänglich sein und trocken bezogen werden. In der Regel sollen Gebäude — abgesehen von Gassen — nicht höher als die Straßenbreite sein und nicht mehr als vier bewohnte Geschosse enthalten. Eine im gesundheitlichen Interesse ergehende ortsstatutarische Bestimmung einzelner Bezirke für landhausmäßige Bebauung ist statthaft.

Die Wohnungsfürsorge ist bisher im Reiche nicht einheitlich geregelt. Das BGB. enthält aber einige Bestimmungen über Beschaffenheit von Wohnungen, die als eine gewisse Wohnungsfürsorge angesehen werden können, und die der Polizeibehörde vielfach Anlaß zum Einschreiten geben. Die entsprechenden Vorschriften des BGB. lauten:

„§ 544. Ist eine Wohnung oder ein anderer zum Aufenthalt von Menschen bestimmter Raum so beschaffen, daß die Benutzung mit einer erheblichen Gefährdung der Gesundheit verbunden ist, so kann der Mieter das Mietverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, auch wenn er die gefahrbringende Beschaffenheit bei dem Abschlusse des Vertrages gekannt oder auf die Geltendmachung der ihm wegen dieser Beschaffenheit zustehenden Rechte verzichtet hat.

§ 618. Der Dienstberechtigte hat Räume, Vorrichtungen oder Gerätschaften, die er zur Verrichtung der Dienste zu beschaffen hat, so einzurichten und zu unterhalten und Dienstleistungen, die unter seiner Anordnung oder seiner Leitung vorzunehmen sind, so zu regeln,

daß der Verpflichtete gegen Gefahr für Leben und Gesundheit so weit geschützt ist, als die Natur der Dienstleistung es gestattet.

Ist der Verpflichtete in die häusliche Gemeinschaft aufgenommen, so hat der Dienstberechtigte in Ansehung des Wohn- und Schlafraumes, der Verpflegung sowie der Arbeits- und Erholungszeit diejenigen Einrichtungen und Anordnungen zu treffen, welche mit Rücksicht auf die Gesundheit, die Sittlichkeit und die Religion des Verpflichteten erforderlich sind.

Erfüllt der Dienstberechtigte die ihm in Ansehung des Lebens und der Gesundheit des Verpflichteten obliegenden Verpflichtungen nicht, so finden auf seine Verpflichtung zum Schadensersatz die für unerlaubte Handlungen geltenden Vorschriften der §§ 842 bis 846 entsprechende Anwendung.“

In einzelnen Bundesstaaten, z. B. Hessen, Sachsen-Gotha, Hamburg, ist die Wohnungsaufsicht durch besondere Gesetze vorgeschrieben, während sie in den übrigen durch Verfügungen und Verordnungen auf Grund der Polizeistraf- oder Baugesetzgebung oder durch Polizeiverordnungen geregelt ist.

Für Preußen sind durch einen Ministerialerlaß vom 19. März 1901 Grundsätze zur Verbesserung der Wohnungsverhältnisse und für Vorschriften über die Unterbringung landwirtschaftlicher und gewerblicher Arbeiter bekanntgegeben. Der Preußische „Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Wohnungsverhältnisse“ vom Jahre 1904 ist nicht Gesetz geworden. Infolge dieses Ministerialerlasses und auf Grund des Preußischen Gesetzes über die Polizeiverwaltung vom 11. März 1850 und des Gesetzes über die allgemeine Landesverwaltung vom 30. August 1883 haben in Preußen einzelne Regierungsbezirke entsprechende Verordnungen erlassen, die Anordnungen treffen über die Beschaffenheit und die Benutzung sowie über die Beaufsichtigung der Wohnungen. Die Bestimmungen über die Beschaffenheit und die Benutzung der Wohnungen sind durchweg in Baupolizeiverordnungen festgelegt. Eine gesetzliche Regelung des Wohnungswesens, welche auch Wohnungsämter in den Städten vorsieht, steht für Preußen bevor.

Für die Beaufsichtigung der Wohnungen und die eigentliche Wohnungsfürsorge hat eine Reihe von Städten aber schon jetzt besondere Wohnungsämter eingerichtet, die städtische Wohlfahrtseinrichtungen darstellen und nicht mit polizeilichen Mitteln ausgestattet sind. Diese Wohnungsämter sollen durch eine Wohnungsaufsicht die Beseitigung ungesunder und in sittlicher oder sonstiger Beziehung nicht einwandfreier Wohnungsverhältnisse anstreben. Zur Durchführung dieser Aufgabe sind im Hauptamt tätige Wohnungspfleger angestellt, die mit Unterstützung von Wohnungsamtsgehilfen sämtliche Wohnungen, die

den für das Wohnungsamt getroffenen Bestimmungen unterliegen, zu besichtigen und zu prüfen haben, ob sie den an eine einwandfreie Wohnung zu stellenden Bestimmungen in gesundheitlicher, baupolizeilicher, sittlicher und sonstiger Beziehung entsprechen. Ein wichtiger Zweig der den Wohnungsämtern übertragenen Wohnungspflege ist auch die Überwachung des Schlafstellenwesens. Häufig sind den Wohnungsämtern auch Wohnungsnachweise angegliedert, die Wohnungen kostenfrei vermitteln. Eine eingehende Wohnungsstatistik hat die Wohnungsfürsorge zu ergänzen und die Wohnungsämter bei ihrer Aufgabe zu unterstützen.

Über die wichtigsten Einrichtungen des in der Stadt Charlottenburg seit dem Jahre 1911 bestehenden Wohnungsamts ergibt der nachstehende Auszug aus den für dieses Amt ergangenen Bestimmungen Auskunft.

§§ 1 und 2. Für alle Angelegenheiten, welche die Fürsorge für das Wohnungswesen im Stadtgebiete Charlottenburgs betreffen, insbesondere Wohnungsaufsicht, Wohnungsmeldewesen, Wohnungsnachweis, Wohnungsstatistik und Fürsorge für Bereitstellung von Wohnungen für Minderbemittelte, wird eine Deputation für die Wohnungspflege gebildet. Sie besteht aus 24 Mitgliedern, und zwar: aus 5 Magistratsmitgliedern, 7 Stadtverordneten, 9 Bürgerdeputierten und 3 Frauen mit beratender Stimme.

§ 3. Art und Umfang der Wohnungsaufsicht.

Die Wohnungsaufsicht ist eine städtische Wohlfahrtseinrichtung. Sie erstreckt sich auf:

1. Wohnungen, die außer der Küche aus zwei oder weniger zum dauernden Aufenthalte von Menschen bestimmten Räumen bestehen, wobei solche Räume nicht mitgerechnet werden, die weniger als 6 qm Bodenfläche haben;
2. alle Wohnungen, in die Schlafgänger aufgenommen werden;
3. alle Schlafgelasse der im Hause des Arbeitgebers oder der Dienstherrschaft wohnenden Arbeiter, Handlungs- und Gewerbegehilfen, Lehrlinge und Dienstboten.

§ 5. Die Wohnungsausschüsse.

Zum Zwecke der Ausübung der Wohnungsaufsicht wird das Stadtgebiet vom Magistrat in eine Anzahl von Bezirken (Wohnungsbezirke) geteilt, die in ihrer Begrenzung und Zahl den Stadtarztbezirken entsprechen sollen. Die Vereinigung zweier Stadtarztbezirke zu einem Wohnungsbezirk ist zulässig.

Für jeden Wohnungsbezirk ist ein Wohnungsausschuß zu bestellen.

Jedem Ausschuß muß der Stadtarzt des Bezirks, ein Bürgerdeputierter oder ein anderes Deputationsmitglied, ein oder zwei männliche und ein weiblicher Einwohner des Bezirks angehören, die zur Mitarbeit bereit sind.

§ 15. Zur Zuständigkeit des städtischen Wohnungsamtes gehören insbesondere:

1. die Vermittelung des Geschäftsverkehrs zwischen den Wohnungspflegern, den Wohnungsausschüssen und der Deputation für die Wohnungspflege, soweit dieser Verkehr nicht mündlich erfolgen kann;
2. die Bearbeitung der in Sachen der Wohnungspflege von der Deputation für die Wohnungspflege und den Wohnungsausschüssen gefaßten Beschlüsse, insbesondere die Mitteilung dieser Beschlüsse an die Betroffenen;
3. die Bearbeitung der eingegangenen Wohnungsan- und -abmeldungen;
4. die Vermittelung von Wohnungen für das wohnungsuchende Publikum;
5. die Erteilung von Auskunft in Miets- oder Wohnungsangelegenheiten;
6. die Sammlung und Ordnung des Besichtigungsmaterials sowie die Vorbereitung dieses Materials für statistische Zwecke;
7. die Überwachung des Schlafstellenwesens im Rahmen der Polizei-Verordnung vom 1. Februar 1911.

Inzwischen hat das Wohnungsgesetz vom 28. März 1918, das bereits am 1. April 1918 in Kraft getreten ist, die gesetzliche Regelung für Preußen gebracht. Neben Abänderungen des Gesetzes, betr. die Anlegung und Veränderung von Straßen und Plätzen in Städten und ländlichen Ortschaften, vom 2. Juli 1875 (Ges.-Sammlung S. 561) und baupolizeilichen Vorschriften enthält das Gesetz die Anordnung, daß für alle Gemeinden mit mehr als 10000 Einwohnern Wohnungsordnungen zu erlassen sind, die u. a. auch Vorschriften enthalten sollen über eine den gesundheitlichen Anforderungen entsprechende bauliche Beschaffenheit und Instandhaltung der Wohn- und Schlafräume, Hausflure, Treppen und Höfe und über die im gesundheitlichen und sittlichen Interesse zulässige Belegung der Wohn- und Schlafräume (auch Küchen). Die Aufsicht über das Wohnungswesen ist, unbeschadet der allgemeinen gesetzlichen Befugnisse der Ortspolizeibehörden, dem Gemeindevorstand übertragen. Zur Durchführung der Wohnungsaufsicht ist für Gemeinden mit mehr als 100000 Einwohnern ein Wohnungsamt zu errichten.

Medizinalpolizei. Das Medizinalwesen umfaßt die Fürsorge für das Vorhandensein geeigneter Medizinalpersonen (Ärzte, ärztliches Hilfspersonal, Hebammen) sowie ausreichender Apotheken und Heilstätten (Kranken-, Entbindungs- und ähnliche Anstalten).

Ärzte und Zahnärzte bedürfen der Approbation, die auf Grund einer Prüfung von den Zentralbehörden (Kultusministerien) derjenigen Bundesstaaten, welche eine oder mehrere Landesuniversitäten haben, erteilt wird. Die Approbation wird

Personen männlichen oder weiblichen Geschlechts, Inländern ebenso wie Ausländern erteilt, vorausgesetzt, daß sie alle Vorbedingungen und Anforderungen der Prüfungsordnung erfüllt haben¹⁾).

Nur wer approbiert ist, darf den Arzt- oder einen gleichlautenden Titel führen, von dem Staat oder den Gemeinden anerkannt oder mit amtlichen Verrichtungen betraut werden oder die Heilkunde im Umherziehen ausüben. Die Approbation gilt für das ganze Deutsche Reich; der Arzt ist somit in bezug auf seine Niederlassung unbeschränkt. In allen Bundesstaaten sind die Ärzte verpflichtet, sich vor Beginn der Praxis unter Vorlegung ihrer Approbation (gegebenenfalls auch des Doktordiploms) bei dem zuständigen Medizinalbeamten (Kreis-, Bezirksarzt usw.) zu melden. Auch beim Wechsel des Wohnortes ist Anzeige zu erstatten, und zwar nicht nur bei dem Medizinalbeamten des neuen, sondern auch bei demjenigen des bisherigen Wohnortes. Die An- und Abmeldung braucht nicht persönlich zu erfolgen, es genügt eine schriftliche Anzeige unter Beifügung der erforderlichen Papiere.

Entsprechend der jetzigen freien Stellung der Ärzte findet eine Vereidigung nicht mehr statt, auch besteht für sie Freiwilligkeit der ärztlichen Hilfeleistungen, die aber insofern eine Einschränkung erfährt, als die Ärzte ebenso wie alle Staatsbürger nach der Bestimmung im § 360 Nr. 10 des Strafgesetzbuches:

„Wer bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not, von der Polizeibehörde oder deren Stellvertreter zur Hilfe aufgefordert, keine Folge leistet, obgleich er der Aufforderung ohne erhebliche eigene Gefahr genügen konnte, wird mit Geldstrafe bis zu 150 Mark oder mit Haft bestraft,“

in Notfällen Beistand leisten müssen.

Der Arzt hat in solchen Fällen Gebühren von der ersuchenden Polizeibehörde nach Maßgabe der in den einzelnen Bundesstaaten bestehenden Gebührenordnungen zu beanspruchen.

Befreit sind die Ärzte von der Verpflichtung, das Amt eines Schöffen oder Geschworenen anzunehmen. Sie werden deshalb auch nicht zu derartigen Ämtern einberufen. Geschieht es dennoch, so ist innerhalb einer Woche nach erhaltener Einberufung dagegen Einspruch bei dem einberufenden Gericht zu erheben. (§§ 35, 53 und 85 des Gerichtsverfassungsgesetzes vom 27. Januar 1877.) Dasselbe gilt für das Amt eines Schiedsmannes. (§ 8 der Schiedsmannsordnung vom 29. März 1879, GS. S. 321.) Dagegen kann das Amt eines Bei-

¹⁾ Prüfungsordnung für Ärzte vom 28. Mai 1901 (Zentralblatt S. 136); Prüfungsordnung für Zahnärzte vom 15. März 1909 (Zentralblatt S. 85); s. auch S. 384.

sitzers bei den Schiedsgerichten für Arbeiterversicherung vom Arzte nicht abgelehnt werden.

Hinsichtlich der Verpflichtung zur Übernahme von Gemeindeämtern bestehen nicht überall gleiche Bestimmungen. Nach den in Preußen und in den meisten Bundesstaaten geltenden Städteordnungen berechtigt ärztliche und wundärztliche Praxis¹⁾ zur Ablehnung oder früheren Niederlegung einer unbesoldeten Stelle in der Gemeindeverwaltung oder -vertretung. In den Landgemeindeordnungen, Kreisordnungen usw. ist dem Arzte eine derartige Befugnis häufig nicht eingeräumt. Es haben dann die betreffenden Körperschaften selbst zu entscheiden, ob sie in der Ausübung der ärztlichen Berufstätigkeit einen ausreichenden Grund für die Befreiung sehen.

Befreit sind die Ärzte auch von der Überlassung der zur Ausübung ihres Berufes notwendigen Pferde zu Mobilmachungszwecken an die Militärbehörden (§ 25 Abs. 2 Nr. 3 des Gesetzes über die Kriegisleistungen vom 13. Juni 1873 — RGBl. S. 129 —) und von der Vorspannleistung für die bewaffnete Macht sowie von der Verabreichung der Fourage, soweit der Fouragebestand für diese Pferde erforderlich ist. (§ 3 Abs. 3 Nr. 4 und § 5 Abs. 4 des Gesetzes über die Naturalleistungen für die bewaffnete Macht im Frieden vom 13. Februar 1875, RGBl. S. 52, und vom 24. Mai 1898, RGBl. S. 360.)

Zum Zweikampf zugezogene Ärzte sind nach § 209 des Strafgesetzbuches straflos, doch gilt diese Straflosigkeit selbstverständlich nur hinsichtlich ihrer ärztlichen Beihilfe.

Zum Bereiten und Verkaufen von Arzneimitteln (Dispensieren) sind die Ärzte nicht befugt, doch bestehen folgende Ausnahmen:

a) an Orten, in deren Nähe sich keine Apotheke befindet, ist den Ärzten das Halten einer Hausapotheke für die notwendigsten Mittel in ihrer Praxis gestattet;

b) homöopathischen Ärzten kann das Dispensieren ihrer Arzneimittel nach Ablegung einer Prüfung gestattet werden.

Als ärztliches Hilfspersonal kommen die Heildiener, Masseure und die Krankenpflegepersonen in Betracht. Wenngleich seit dem Inkrafttreten der Reichsgewerbeordnung die Ausübung der sog. kleinen Chirurgie durch Heildiener freigegeben ist, hatte man doch die frühere Einrichtung der geprüften Heildiener zunächst beibehalten. Durch die dann später erfolgte Regelung der Ausbildung der staatlich geprüften Krankenpflegepersonen, die diejenige der Heilgehilfen und Masseure einschließt, ist die letztere Sonderausbildung entbehrlich geworden, und es sollen deshalb in Preußen entsprechend dem Ministerialerlaß vom 4. Dezember 1911 Heilgehilfen und Masseure nicht mehr geprüft werden. Die vom Bundesrat unterm 22. März 1906 beschlossenen „Vorschriften über die staatliche Prüfung von Krankenpflegepersonen“ sind als Muster für die von den Landesregierungen

¹⁾ Der Arzt ist also nur dann zur Ablehnung berechtigt, wenn er seinen Beruf tatsächlich ausübt.

auf Grund besonderer Entschliefungen in der Form landesrechtlicher Bestimmungen zu erlassende Vorschrift gedacht. Sie sind in den nächsten Jahren in den meisten Bundesstaaten beschlossen worden, in Preußen als „Vorschriften über die staatliche Prüfung von Krankenpflegepersonen“ unter dem 10. Mai 1907 (Min.-Bl. für Mediz. Angelegenheiten S. 185).

Zur Prüfung werden zugelassen unbestrafte und körperlich und geistig gesunde Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben und den Nachweis einjähriger erfolgreicher Teilnahme an einem zusammenhängenden Lehrgange in einer staatlichen oder staatlich anerkannten Krankenpflegeschule erbringen; doch müssen in der Regel im Rahmen der abzuhaltenden theoretischen Unterweisung insgesamt wenigstens 200 Unterrichtsstunden erteilt und muß hierbei das Gesamtpensum des vorgeschriebenen Planes für die Ausbildung in der Krankenpflege erledigt werden.

Krankenpflegeschulen befinden sich in den meisten größeren Krankenhäusern; die Prüfungen werden in einem Krankenhaus abgehalten. Sie sind fakultativ und gewähren den Geprüften ein Vorrecht nur insofern, als in den öffentlichen und privaten Krankenanstalten die staatlich anerkannten Krankenpflegepersonen bei der Anstellung und Besoldung bevorzugt werden sollen. Dagegen setzt die gewerbliche Ausübung des Berufs als Hebamme unbedingt ein Prüfungszeugnis der nach den Landesgesetzen zuständigen Behörde voraus (§ 30 Abs. 3 der Reichsgewerbeordnung). Die Ausbildung, die in besonderen Staats- oder Provinzial-Hebammenlehranstalten erfolgt, ist in Preußen durch die Verfügung, betreffend das Hebammenwesen, vom 6. August 1883 und die Dienstanzweisung für die Hebammen (abgedruckt als Anhang des Hebammenlehrbuchs) geregelt.

Zugelassen zur Ausbildung werden Personen, die ein Befähigungszeugnis des für ihren Wohnort zuständigen Kreisarztes beibringen und die sich im Alter von 20—30 Jahren befinden. Die Unterrichtskurse dauern 9 Monate; sie haben sich auch auf die Säuglings- und Kinderpflege zu erstrecken. Die ausgebildeten und mit Prüfungszeugnissen versehenen Hebammen werden vereidigt und stehen unter der Aufsicht des Kreisarztes. Um das Land mit den erforderlichen Hebammen zu versehen, sind für bestimmte Bezirke besondere Bezirkshebammen angestellt. Diese empfangen eine feste Vergütung, gegen die sie zahlungsunfähigen Personen nötigenfalls unentgeltliche Hilfe leisten müssen. Der Gewerbebetrieb der übrigen Hebammen wird durch diese Anstellungen nicht beeinträchtigt.

Das Apothekenwesen ist teils vom Reiche geregelt, teils beruht es noch auf landesgesetzlichen Bestimmungen. Als Reichsvorschriften sind z. B. erlassen die „Prüfungsordnung für Apotheker“ vom 18. Mai 1904 (Zentralblatt S. 150), das „Arzneibuch für das Deutsche Reich“ (Verlag von v. Decker, Berlin) und die „Deutsche Arzneitaxe“, während sich die landesgesetz-

lichen Bestimmungen auf die Errichtung, Konzessionierung, Einrichtung und Beaufsichtigung der Apotheken beziehen.

Der Betrieb des Apothekergewerbes hat zur Voraussetzung:

1. die Approbation des Apothekers. Sie erfolgt nach bestandener Prüfung in der Arzneikunde durch die Zentralbehörden derjenigen Bundesstaaten, welche eine oder mehrere Landesuniversitäten haben;
2. die Berechtigung der Apotheke: den Berechtigungen und Besitzverhältnissen nach lassen sich im Deutschen Reiche folgende Arten von Apotheken unterscheiden:
 - a) Realprivilegien, mit oder ohne Verbotungsrecht; sie sind völlig frei verkäuflich und meist an ein bestimmtes Grundstück gebunden;
 - b) Realkonzessionen, die in der Regel an ein bestimmtes Grundstück gebunden, aber nur mit Genehmigung der Behörden verkäuflich sind. Diese Genehmigung muß aber erteilt werden, wenn der Käufer als Apotheker approbiert ist;
 - c) reine Personalkonzessionen, die weder verkäuflich noch vererblich sind, sondern beim Abgang des Inhabers an den Staat zurückfallen und von diesem neu vergeben werden;
 - d) außerdem befinden sich noch einige Apotheken im Besitze der Krone (sog. Hofapotheker), des Staates, von Korporationen, Anstalten usw.

Die Anlage neuer Apotheken ist nur im Falle des Bedürfnisses bei wesentlicher Vermehrung der Bevölkerung oder ihres Wohlstandes zulässig. Der Antrag kann von Gemeinden, Behörden, Ärzten oder sonst beteiligten Personen bei der Lokal- oder Aufsichtsbehörde gestellt werden; zuständig für die Genehmigung ist in Preußen der Oberpräsident.

Auf Grund der Vorrechte des Apothekergewerbes dürfen gewisse Heilmittel, Drogen und chemische Präparate im Kleinverkauf nur in Apotheken verkauft werden. Andererseits müssen in ihnen die Heilmittel nach genauer Vorschrift (Arzneibuch) zubereitet, aufbewahrt und vorrätig gehalten werden. Die Arzneipreise werden durch Taxen festgestellt. Ermäßigungen auf Grund freier Vereinbarung sind zulässig. Die Apotheken stehen unter der Aufsicht des Kreisarztes und unterliegen der regelmäßigen Besichtigung.

Dem in den letzten Jahrzehnten immer mehr zunehmenden Drang der Kranken nach Hospitalisierung trägt eine große Zahl von Krankenanstalten Rechnung, die vom Staate, den Provinzen, den Kreisen oder den Gemeinden errichtet sind. Neben diesen öffentlichen Krankenanstalten stehen die von Unternehmern betriebenen privaten Anstalten, die nach § 30 der Gewerbeordnung einer besonderen Konzession der höheren Verwaltungsbehörde bedürfen. Außer den allgemeinen Kranken-

häusern sind noch Sonderanstalten für Augenkranke, geistig Kranke (Irrenanstalten), Haut- und Geschlechtskranke, Tuberkulöse usw. sowie besondere Entbindungsanstalten vorhanden.

Über Anlage, Bau und Einrichtung aller Kranken-, Heil- und Pflegeanstalten sowie von Entbindungsanstalten und Säuglingsheimen sind in den meisten Bundesstaaten besondere Vorschriften erlassen. In Preußen haben durch Erlaß vom 8. Juli 1911 die Minister des Innern, der öffentlichen Arbeiten und für Handel und Gewerbe derartige Vorschriften an die Oberpräsidenten bekanntgegeben mit dem Ersuchen, sie als Polizeiverordnung für den Bereich der Provinz zu erlassen. Durch diesen Erlaß wurde auch angeordnet, daß die Ortspolizeibehörden die Genehmigung zum Neubau, Umbau oder zur Erweiterung einer nicht unter § 30 der Gewerbeordnung fallenden Anstalt nicht früher erteilen sollen, als bis sie hierzu die Zustimmung des Regierungspräsidenten erhalten haben. Wegen ihrer allgemeinen Wichtigkeit werden die Vorschriften hier im Wortlaut wiedergegeben:

Vorschriften über Anlage, Bau und Einrichtung von Kranken-, Heil- und Pflegeanstalten sowie von Entbindungsanstalten und Säuglingsheimen.

§ 1. Größere Krankenanstalten im Sinne der nachstehenden Vorschriften sind Anstalten mit mehr als 50 Betten, kleinere Anstalten solche mit 50 Betten und darunter.

I. Allgemeine Vorschriften.

§ 2. Die Krankenanstalt muß frei und entfernt von Betrieben liegen, die geeignet sind, den Zweck der Anstalt zu beeinträchtigen. Der Bauplatz muß wenigstens 100 qm für das Bett groß, der Baugrund in gesundheitlicher Beziehung einwandfrei sein.

Die Frontwände derjenigen Krankenräume, die zum dauernden Aufenthalte von Kranken bestimmt sind, müssen von anderen Gebäuden mindestens 20 m, die übrigen wenigstens 10 m entfernt sein.

Vor den Fenstern der Krankenzimmer muß mindestens ein solcher Freiraum verbleiben, daß die Umfassungswände und Dächer der gegenüberliegenden Gebäude nicht über eine Luftlinie hinausgehen, die von dem Berührungspunkt der Frontwand mit dem Fußboden der Krankenzimmer aus unter einem Neigungswinkel von 30° zu der verlängerten Fußbodenlinie gezogen wird.

Die Anlage von rings durch Gebäude umschlossenen Höfen ist im allgemeinen unzulässig.

Jedes Stockwerk, das für mehr als 30 Betten bestimmt ist, muß 2 Treppen mit Ausgängen ins Freie haben.

Bei größeren Krankenanstalten muß für die Aufnahme von Kranken eine Beobachtungsabteilung mit besonderem Eingange von außen vorhanden sein.

§ 3. Flure und Gänge müssen mindestens 1,8 m breit, gut belichtet, lüft- und heizbar sein.

Gänge, an denen Krankenzimmer liegen, sind einseitig anzulegen. Jedoch können an der den Krankenzimmern gegenüberliegenden Seite Nebenräume (Anrichteküche, Bade-, Aborträume, Zimmer für Pflegepersonal usw.) bis zur Hälfte der Länge des Ganges angebracht werden.

§ 4. Die für Kranke bestimmten Räume müssen in der ganzen Grundfläche gegen das Eindringen von Bodenfeuchtigkeit gesichert sein.

Räume, deren Fußboden nicht mindestens 30 cm über der anschließenden Erdoberfläche liegt, dürfen mit Kranken nicht belegt werden.

Krankenzimmer, die das Tageslicht nur von einer Seite erhalten, dürfen nicht nach Norden liegen.

Die Wände in allen Krankenzimmern sollen glatt, in Operations- und Entbindungszimmern sowie in solchen Räumen, in denen Personen mit übertragbaren Krankheiten untergebracht werden, abwaschbar und mit abgerundeten Ecken hergestellt sein.

Die Türen und Fenster sollen mit einfacher, abgerundeter Profilierung sowie abwaschbar hergerichtet sein.

§ 5. Die Haupttreppen sollen in Anstalten über 20 Betten feuerfest, d. h. aus Beton oder aus Kunststein mit Eiseneinlage unter Ausschluß von Naturstein hergestellt und in allen Geschossen, einschließlich des Dachgeschosses, mit massiven Wänden umgeben werden. Für Anstalten bis zu 20 Betten genügen Treppen aus Holz mit unterseitigem Verputz, aus unverputztem Eichenholz oder aus Eisen und zu ihrer Umschließung Wände aus beiderseits verputztem Fachwerk, aus Zement, Gips, Kunststeinplatten, Rabitzmasse u. dgl.

Die Haupttreppen sollen ohne Wendelstufen und mit geraden, ihnen an Breite gleichen Podesten angelegt und mindestens 1,3 m breit sein, die Stufen sollen mindestens 30 cm Auftrittsweite und höchstens 17 cm Steigung haben. Die Treppenhäuser müssen Licht und Luft unmittelbar von außen erhalten.

Die Fußböden aller von Kranken benutzten Räume sind möglichst wasserdicht und so herzustellen, daß die Kranken vor Abkühlung geschützt sind.

§ 6. Die Krankenzimmer, alle von den Kranken benutzten Nebenräume, Anrichteküchen, Flure, Gänge und Treppenhäuser müssen mit Fenstern versehen werden, die unmittelbar ins Freie führen; die Fensterfläche soll in mehrbettigen Krankenzimmern mindestens ein Siebentel der Bodenfläche, in einbettigen Zimmern (Einzelzimmern) mindestens 2 qm betragen.

Für Räume, in denen Kranke mit übertragbaren Krankheiten oder bettlägerige Sieche untergebracht werden, kann eine größere Fensterfläche vorgeschrieben werden.

Die Fenster müssen mit geeigneten Einrichtungen zum Schutze gegen Sonnenstrahlen versehen sein.

§ 7. Bei bettlägerigen Kranken muß in mehrbettigen Zimmern für jedes Bett ein Luftraum von wenigstens 30 cbm bei 7,5 qm Bodenfläche und in einbettigen Zimmern ein Luftraum von wenigstens 40 cbm bei 10 qm Bodenfläche vorhanden sein; bei Kindern unter

14 Jahren genügt in mehrbettigen Zimmern ein Luftraum von 20 cbm bei 5 qm Bodenfläche für jedes Bett.

Bei Kranken, die nicht bettlägerig sind, genügt in mehrbettigen Zimmern ein Luftraum von 24 cbm, bei Kindern unter 14 Jahren ein Luftraum von 15 cbm, wenn ausreichende Tageräume von mindestens 2 qm Bodenfläche für den Kranken vorhanden sind.

Mehr als 30 Betten dürfen in einem Krankenraum nicht aufgestellt werden.

§ 8. In jeder Krankenanstalt muß für jede Abteilung oder für jedes Geschoß mindestens ein geeigneter, mit der Hauptfensterseite nicht nach Norden gelegener Tageraum für zeitweise nicht bettlägerige, in gemeinsamer Pflege befindliche Kranke eingerichtet werden, dessen Größe auf mindestens 2 qm für jeden Kranken, mindestens aber auf 20 qm zu bemessen ist. Veranden, die geschlossen und ausreichend erwärmt werden können, sind als Tageräume anzusehen.

Außerdem muß ein mit Gartenanlagen versehener Erholungsplatz von angemessener Größe, in der Regel von 10 qm Fläche für jedes Krankenbett, vorgesehen werden.

§ 9. Alle Krankenzimmer und von Kranken benutzten Räume müssen in einwandfreier Weise zu heizen, zu lüften und zu beleuchten sein.

Die Fenster der von den Kranken benutzten Räume, der Flure, Gänge und Treppen sollen leicht zu öffnen und mit Lüftungseinrichtungen versehen sein. Hierbei ist der Belästigung durch strahlende Wärme vorzubeugen, Staubentwicklung von der Heiz-einrichtung aus und Überhitzung der Luft an den Heizflächen zu vermeiden, jede Beimengung von Rauchgasen auszuschließen.

§ 10. Für jedes Krankenbett müssen täglich wenigstens 200 l gesundheitlich einwandfreies Wasser geliefert werden können.

§ 11. Die Entwässerung und die Entfernung der Abfallstoffe muß in gesundheitlich unschädlicher Weise erfolgen.

Auswurf- und Abfallstoffe, von denen anzunehmen ist, daß sie Krankheitserreger enthalten, müssen sofort unschädlich gemacht werden.

§ 12. Die Aborträume sind in ausreichendem Umfang mit wenigstens einem Abort für je 15 Betten der Männer- und je einem für 10 Betten der Frauenabteilung in der erforderlichen Ausstattung und von den Krankenzimmern genügend getrennt anzulegen. Der Abort ist mit einem Vorraum zu versehen, der, wie der Abort selbst, mindestens ein ins Freie führendes Fenster haben muß, ausreichend hell, ständig gelüftet und heizbar sein soll. Für Männer sind Pissoire in einem besonderen Abteil des Abortraumes anzubringen.

Für das Pflegepersonal sind besondere, von denjenigen für die Kranken getrennte Aborträume anzubringen.

§ 13. In jeder Krankenanstalt müssen geeignete Räume und Einrichtungen für Vollbäder vorhanden sein.

In größeren Anstalten sollen mindestens ein Raum mit der erforderlichen Einrichtung zu Vollbädern für die Aufnahme und Reinigung, einer für ansteckende Kranke und einer für das Pflegepersonal auf jeder Abteilung vorhanden sein, ebenso eine transportable Wanne.

§ 14. In jeder Krankenanstalt sind je ein Raum für ärztliche Untersuchungen, ein Raum zum Abstellen und Erwärmen der Speisen mit den erforderlichen Wärmvorrichtungen und ein Raum für die Darreichung der „ersten Hilfe“, der zugleich als Behandlungszimmer dienen kann; ferner Einzelzimmer vorzusehen, in denen Kranke, deren Absonderung unbeschadet des § 19 erforderlich wird, untergebracht werden können.

Bei größeren Krankenanstalten müssen derartige Räume in einer den Abteilungen entsprechenden Zahl vorhanden sein.

§ 15. In Krankenanstalten, in denen Operationen ausgeführt zu werden pflegen, sind in der erforderlichen Weise ausgestattete Operationszimmer einzurichten, die auch die Vornahme aseptischer Operationen gestatten.

§ 16. Die Wirtschaftsräume sind so anzulegen, daß Dünste oder Geräusche aus ihnen nicht in die Krankenzimmer dringen können. Bei größeren Krankenanstalten sind die Wirtschaftsräume in einem besonderen Gebäude oder Gebäudeteil unterzubringen.

§ 17. Jede Krankenanstalt muß eine ausschließlich für deren Insassen bestimmte Waschküche haben. Infizierte Wäsche darf ohne vorherige Desinfektion nicht gereinigt werden.

Für jede Krankenanstalt ist in einem ausreichend abgesonderten Gebäude oder Gebäudeteile eine geeignete Desinfektionseinrichtung vorzusehen, sofern nicht am Orte eine öffentliche Desinfektionsanstalt zur Verfügung steht.

Zur Unterbringung von Leichen ist in jeder Krankenanstalt ein besonderer Raum in erforderlicher Weise einzurichten und auszustatten, der nur diesem Zwecke dient und dem Anblick der Kranken möglichst entzogen ist. Für größere Anstalten ist ein besonderes Leichenhaus mit einem Raum für die Vornahme von Leichenöffnungen erforderlich.

Waschküche, Leichenhaus und Desinfektionshaus dürfen unter einem Dach angeordnet werden, wenn die Anlagen untereinander durch eine massive Wand vollständig getrennt werden. Dagegen darf die reine Seite der Desinfektionseinrichtung mit der Waschküche in Verbindung stehen.

§ 18. In allen Krankenanstalten müssen männliche und weibliche Kranke, abgesehen von Kindern bis zu 10 Jahren, in getrennten Räumen, in größeren Anstalten in getrennten Abteilungen untergebracht werden.

§ 19. Für Kranke, die an übertragbaren Krankheiten leiden, sind die erforderlichen Absonderungsräume nebst Abort und Baderaum entweder in einem besonderen Gebäude oder in einer abgesonderten Abteilung, mit besonderem Eingang von außen, bei Obergeschossen, wenn möglich, auch mit besonderer Treppe von außen vorzusehen.

II. Vorschriften über besondere Anstalten.

a) Anstalten für Geisteskranke, Epileptische und Schwachsinnige.

§ 20. Abteilungen und Räume für dauernd oder zeitweise auch am Tage bettlägerige, ferner für erregte oder unruhige oder einer besonderen Pflege bedürftige, für hilflose und unsaubere Kranke

(Aufnahmehäuser, Wachsäle, Lazarette, Siechenabteilungen, Säle für Bettruhe, Stationen für Unsaubere usw.) fallen unter die Bestimmungen der §§ 1—19. Doch sind Abweichungen von den Vorschriften in den Fällen zulässig, wo durch ihre Befolgung eine sichere Bewahrung der Kranken oder die Übersichtlichkeit der Räume verhindert wird. Dies gilt im besonderen von den Vorschriften des § 3 Abs. 2, § 4 Abs. 3, § 9 Abs. 2, § 12 und § 13 Abs. 2. Auf genügende Belichtung und Heizung, namentlich aber auf sorgfältige Entlüftung ist in diesen Ausnahmefällen besonders zu achten.

§ 21. Für Kranke, die am Tage den Schlafräumen ganz fern bleiben, körperlich rüstig, nicht störend und völlig sauber sind, ist, genügende Lüftung und Beleuchtung vorausgesetzt, eine Verminderung des Luftraumes in den Schlafräumen auf 20 qm für den Kranken zulässig (§§ 7 und 8). Auch kann in bezug auf die Größe der Fensterfläche (§ 6) Dispens gewährt werden.

Die im § 20 aufgeführten Abweichungen von den allgemeinen Vorschriften finden auch für diese Art Kranken sinngemäße Anwendung.

Arbeitsräume für diese Kranken können auch in hellen, trockenen und luftigen Kellerräumen untergebracht werden.

§ 22. Bei allen nicht unter den § 20 fallenden Abteilungen, besonders bei kolonialen Gebäuden, Landhäusern und Villen für ruhige, körperlich rüstige und regelmäßig beschäftigte Kranke bleiben die Vorschriften der §§ 2 bis 19 außer Anwendung. Heizung, Lüftung, Belichtung, Wasserversorgung und Beseitigung der Abfälle müssen jedoch sowohl für die eigentlichen Krankenzimmer als auch für die Beschäftigungsräume, Arbeitsstätten und Nebengelasse ausreichend und derart eingerichtet werden, daß jede ungünstige Einwirkung auf die Gesundheit ausgeschlossen bleibt.

§ 23. Die Vorschriften des § 22 gelten auch für Nervenheilanstalten, Nervenheilstätten, für Erholungsheime für Nervenranke, Anstalten für Alkoholranke und ähnliche Anlagen. In jeder Nervenheilanstalt usw. müssen jedoch Räume für dauernd bettlägerige, körperlich hilflose und geschwächte Kranke zur Verfügung stehen, für welche die Vorschriften des § 20 gelten.

§ 24. Bei allen in den §§ 22 und 23 erwähnten Anstalten und Abteilungen sind ausreichende Badeeinrichtungen, die Möglichkeit der Beschäftigung und eine genügende Fläche zur Bewegung im Freien vorzusehen.

§ 25. In den Anstalten für Geistesranke, Epileptische oder Schwachsinnige (§§ 20 bis 23) bis zu 20 Betten muß wenigstens ein passend gelegener und eingerichteter Raum von 40 cbm Luftraum für die Absonderung von Kranken vorhanden sein; in Anstalten von 21 bis 50 Betten sind wenigstens zwei solche Räume vorzusehen.

In größeren Anstalten dieser Art sind entsprechend erweiterte Anlagen, namentlich auch zur Absonderung von Personen mit übertragbaren Krankheiten einzurichten.

b) Lungenheilstätten.

§ 25. Lungenheilstätten und Abteilungen für Lungenranke in allgemeinen Krankenanstalten fallen unter die Vorschriften der §§ 1 bis 19. In solchen Anstalten und Abteilungen sind Gesellschafts-

und Beschäftigungsräume, ferner überdachte Einrichtungen für die Liegekur im Freien in einer der Größe der Anstalt oder Abteilung entsprechenden Art und Zahl vorzusehen. Auf die in § 8 Abs. 1 vorgeschriebenen Tageräume können diese Räume und Einrichtungen in Anrechnung gebracht werden.

§ 27. Für Kranke, die am Tage den Schlafräumen ganz fern bleiben, ist, genügende Lüftung, Belichtung und das Vorhandensein ausreichender Tageräume vorausgesetzt, eine Verminderung des Luftraums in den Schlafzimmern für mehrere Kranke auf 20 cbm, bei Kindern unter 14 Jahren auf 12 cbm zulässig.

§ 28. Für Erholungsstätten, Walderholungsstätten, Heime für Ferienkolonisten und ähnliche Anstalten gelten die Vorschriften der §§ 22—25.

c) Entbindungsanstalten und Säuglingsheime.

§ 29. In Entbindungsanstalten, Wöchnerinnenasylen, Wöchnerinnen- und Säuglingsheimen und ähnlichen Anstalten oder Abteilungen dieser Art in allgemeinen Krankenanstalten gelten für diejenigen Räume, in denen Kreißende, Wöchnerinnen und erkrankte Pfléglinge untergebracht werden, die Bestimmungen der §§ 1 bis 9 mit der Maßgabe, daß für je eine Wöchnerin mit ihrem Kinde in Zimmern für mehrere Wöchnerinnen wenigstens 35 cbm und in Zimmern für nur eine Wöchnerin mit Kind wenigstens 45 cbm in Ansatz zu bringen sind.

§ 30. In Entbindungsanstalten mit mehr als 4 Betten ist ein besonderes Entbindungszimmer mit der nötigen Einrichtung vorzusehen. In Entbindungsanstalten, die auch frauenärztlichen Zwecken dienen und nicht mehr als 10 Betten haben, kann das Entbindungszimmer zugleich als Operationszimmer benutzt werden.

§ 31. Für die übrigen Räume, namentlich für diejenigen der Schwangeren, gelten die Bestimmungen des § 22.

§ 32. In den Räumen für Säuglinge soll auf ein Säuglingsbett wenigstens ein Luftraum von 12 cbm entfallen.

Für erkrankte Säuglinge muß auf ein Säuglingsbett wenigstens ein Luftraum von 20 cbm entfallen.

d) Sonstige Bestimmungen.

§ 33. In besonders gearteten Fällen kann bei Anstalten für bestimmte Kranke, z. B. bei den Augenheilanstalten, von den Vorschriften des § 17 abgesehen werden.

§ 34. Für die Krüppelheilanstalten, Heime und orthopädischen Anstalten gelten sinngemäß die Vorschriften der §§ 22—25.

§ 35. Von den Bestimmungen des § 2 Abs. 1 bis 5, § 4 Abs. 2, § 6, § 8 Abs. 2 und § 12 Abs. 2 kann der Regierungspräsident, im Landespolizeibezirk Berlin der Polizeipräsident von Berlin, für die Provinzialanstalten der Oberpräsident Ausnahmen zulassen. Diese Behörden sind auch zur Genehmigung von Abweichungen nach den Vorschriften der §§ 20 und 33 befugt.

§ 36. Auf Erweiterungsbauten finden die vorstehenden Vorschriften gleichmäßige Anwendung.

Bei Umbauten von Anstalten, die den vorstehenden Vorschriften nicht entsprechen, können noch weitergehende Dispense, als im § 35 vorgesehen sind, erteilt werden.

§ 37. Die Vorschriften der Baupolizeiverordnungen bleiben insoweit in Kraft, als sie nicht durch die vorstehenden Bestimmungen verschärft werden.

§ 38. Zuwiderhandlungen gegen diese Polizeiverordnungen werden, sofern nach den bestehenden Gesetzen keine höhere Strafe verwirkt ist, mit Geldstrafe bis zu 60 Mk. oder mit entsprechender Haftstrafe geahndet.

Daneben bleibt die Polizeibehörde befugt, die Herstellung vorschriftsmäßiger Zustände herbeizuführen.

Je nach Art, Größe und Zweck der Anstalt sind Verwaltung und der Betrieb verschieden. In der Regel ist der ärztliche Leiter der Krankenanstalt auch mit der Wahrnehmung der Verwaltungsgeschäfte beauftragt, um Einheitlichkeit der Verwaltung und der ärztlichen Leitung zu gewährleisten. Neben den leitenden Ärzten werden in den größeren Anstalten Assistenzärzte und Hilfsärzte beschäftigt, die zumeist durch Privatdienstvertrag für bestimmte Zeit angenommen sind. Sie üben ihre Tätigkeit auf den Krankenabteilungen unter Aufsicht der ihnen vorgeordneten dirigierenden, leitenden oder Oberärzte nach besonderen Dienstanweisungen aus.

Zur Annahme von Medizinalpraktikanten sind nur die Krankenhäuser berechtigt, die vom Minister des Innern besonders hierzu ermächtigt sind. Ein „Verzeichnis der zur Aufnahme von Praktikanten ermächtigten Krankenhäuser und medizinisch-wissenschaftlichen Institute in Preußen“ wird von Zeit zu Zeit in dem im Ministerium des Innern herausgegebenen Ministerialblatt für Medizinalangelegenheiten veröffentlicht. Die Höchstzahl der anzunehmenden Praktikanten ist darin besonders angegeben.

Zur Arzneiversorgung der größeren Anstalten, namentlich solcher mit über 100 Betten, wird zweckmäßig eine eigene Hausapotheke vorgesehen, die je nach der Bettenzahl entweder als sog. Dispensieranstalt oder als vollständige Apotheke mit allen dazu erforderlichen Räumen eingerichtet werden kann. In beiden Fällen bedarf es dazu der Erlaubnis der zuständigen Aufsichtsbehörde, in Preußen des Regierungspräsidenten, für Provinzialanstalten des Oberpräsidenten.

In den öffentlichen Krankenhäusern sind im allgemeinen für die Patienten der gewöhnlichen Verpflegungsklasse in den zur Erhebung gelangenden Kurkosten außer den Kosten für die ärztliche Behandlung und Verpflegung auch alle Nebenkosten (z. B.

für Röntgen- und Lichtbehandlung, für Operationen, Bäder, Benutzung der mediko-mechanischen Apparate usw.) einbegriffen; ob dem behandelnden Arzte den Patienten der höheren Verpflegungsklassen gegenüber ein Liquidationsrecht zusteht oder von solchen Patienten irgendwelche Aufwendungen besonders zu erstatten sind, hängt von den Aufnahmebestimmungen der betreffenden Anstalt ab. Häufig sind bei den öffentlichen Krankenhäusern für die Kur- und Verpflegungsgebühren auf Grund des § 4 des Kommunalabgabengesetzes vom 14. Juli 1893 (GS. S. 152) oder der §§ 4 und 16 des Kreis- und Provinzialabgabengesetzes vom 23. April 1906 (GS. S. 159) besondere Gebührenordnungen erlassen. Sie bedürfen der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Die Genehmigung hat die Wirkung, daß diese Gebühren im Verwaltungszwangsverfahren eingezogen werden können.

Hinsichtlich der Aufnahme der Kranken ist zu unterscheiden, ob die Einweisung durch die Polizeibehörde, einen Armenverband, eine Krankenkasse, Berufsgenossenschaft, Landesversicherungsanstalt erfolgt, oder ob sie vom Kranken selbst nachgesucht wird.

Die Aufnahme der von der Polizei und den Armenverbänden überwiesenen Personen und ebenso solcher Kranken, deren Abweisung mit unmittelbarer Gefahr für ihr Leben verbunden sein würde, hat der Regel nach ohne weiteres zu erfolgen, dagegen kann die Aufnahme anderer Patienten von der Erfüllung der Aufnahmebedingungen abhängig gemacht werden. Dazu gehört bei Mitgliedern von Krankenkassen und Berufsgenossenschaften usw., daß die Kasse sich ausdrücklich zur Erstattung der vollen oder vereinbarten Kur- und Pflegekosten schriftlich durch einen Überweisungsschein verpflichtet, und bei Selbstzahlern, daß der für die Aufnahme vorgeschriebene Vorschuß eingezahlt wird. Der Vorschuß ist in der Regel für einen Monat zu zahlen und muß bei längerem Aufenthalte im Krankenhaus rechtzeitig ergänzt werden. Ein Recht auf Aufnahme besteht indessen nicht; die Entscheidung hat nach pflichtmäßigem Ermessen der Aufnahmearzt des Krankenhauses zu treffen. Erscheint die Aufnahme eines Kranken aus besonderen Gründen sehr dringlich, so empfiehlt es sich, daß der Arzt, der die Überweisung veranlaßt, auf dem Überweisungsschein eine kurze Begründung gibt oder den Aufnahmearzt über den Fall vorher durch Fernsprecher verständigt.

VIII. Anleitung zur Geschäftsführung.

Von
O. Schulz.

Für den amtlichen Schriftverkehr sind in den meisten Bundesstaaten Verwaltungsvorschriften erlassen, die eine Vereinfachung der Schreibweise im Verkehr mit den Behörden zur Pflicht machen. In Preußen ist die Beachtung der „Grundzüge zu Anordnungen über den Geschäftsverkehr der Preußischen Staats- und Kommunalbehörden“ vom 12. August 1897 (Ministerialblatt für die innere Verwaltung S. 145) zu empfehlen. Die Schriftsprache soll höflich, knapp, klar und frei von entbehrlichen Fremdwörtern sein. Sie soll sich der allgemein üblichen Sprache des Verkehrs anschließen. Alle Höflichkeitsformen, z. B. „gehorsamst, ergebenst, geneigtest, gefälligst usw.“ sowie die Anrede „Euer Hoch-, Hochwohl- oder Wohlgeboren“ sind zu vermeiden. Die Schriftstücke tragen auf der ersten Seite oben rechts die Orts- und Zeitangabe, oben links die Amtsbezeichnung (z. B. „Der Königliche Kreisarzt“) oder den Namen des Absenders mit Wohnungsangabe, darunter erforderlichenfalls die Geschäftsnummer und bei längeren Schriftstücken eine kurze Inhaltsangabe, unten links die Anschrift. Berichte sind in der Regel auf den drei ersten Seiten in halber Breite, von da ab in Dreiviertelbreite des Bogens zu schreiben. Außerdem ist auf der linken Hälfte der ersten Seite die veranlassende Verfügung oder, daß ohne solche berichtet werde, zu vermerken. Auch Erwidierungen auf Schreiben gleichgestellter Behörden sind mit einem Hinweis auf das veranlassende Schriftstück zu versehen, z. B. „auf das Schreiben vom Nr. . . .“. In allen Schriftstücken ist ohne Eingangsformel sofort mit der Sachdarstellung zu beginnen. Bei Einreichung von Verzeichnissen, Übersichten, Nachweisungen u. dgl. unterbleiben alle Begleitberichte, sofern sie nicht einen selbständigen Inhalt haben. In diesem Falle ist auf der ersten Seite der Verzeichnisse usw. der Inhalt des Schriftstückes und die veranlassende Verfügung sowie die Amtsbezeichnung des Absenders und der empfangenden Behörde anzugeben. Die für die Berichterstattung gesetzten Fristen sind

pünktlich einzuhalten. Ist dies besonderer Umstände halber nicht möglich, so ist rechtzeitig die Bewilligung einer Nachfrist nachzusuchen. Bei allen Schriftstücken ist saubere und leserliche Handschrift erforderlich. Die Benutzung einer Schreibmaschine ist sehr zu empfehlen, sie ist zu allen Eingaben oder Berichten ausnahmslos gestattet.

Eine geordnete Geschäftsführung setzt eine gewissenhafte, sorgfältige Buchführung voraus. Für den beamteten Arzt ist in der Regel durch besondere Verwaltungsvorschriften genau angeordnet, welche Geschäftsbücher und Verzeichnisse er zu führen hat. Außer einem Tagebuch und einem Terminkalender für die regelmäßig zu erstattenden Berichte und die in bestimmten Fristen zu erledigenden Sachen sind ein Aktenverzeichnis und etwaige besondere Verzeichnisse zu führen. In das Tagebuch sollen unter jährlich fortlaufender Nummer alle wichtigen ein- und ausgehenden Schriftstücke nach ihrem wesentlichen Inhalt in knapper Form eingetragen werden. Alle Schriftstücke, die einer besonderen Kontrolle nicht bedürfen oder die anderweit — durch Listen, besondere Einrichtungen usw. — kontrolliert und leicht ermittelt werden können, sind von der Eintragung in das Tagebuch auszuschließen. Bedeutungslose, nach kurzer Zeit zur Vernichtung gelangende Sachen sowie Schriftstücke unwesentlichen Inhalts sind nach der Erledigung lose in Mappen oder Fächern mit entsprechender Aufschrift aufzubewahren und nach angemessener Zeit zu vernichten. Alle wichtigen Schriftstücke dagegen sind nach ihrer vollständigen Erledigung zu den Akten zu nehmen. Die sachgemäße Anlegung und Aufbewahrung der Akten — die sog. Registratur — ist von großer Wichtigkeit. Eine gut geordnete, stets auf dem laufenden gehaltene Registratur, in der alles leicht zu finden ist, wird zu einer glatten und schnellen Erledigung der Amtsgeschäfte ganz wesentlich beitragen. Über die Einteilung der Akten lassen sich allgemeine Grundsätze schwer aufstellen. Bei der Anlage und Fortführung des Registraturplans muß besonders darauf geachtet werden, daß er möglichst übersichtlich ist. Zu diesem Zwecke müssen für alle Gebiete, die an der betreffenden Amtsstelle zur Bearbeitung kommen, besondere Akten geführt werden, in denen alle gleichartigen Schriftstücke Aufnahme finden. Im allgemeinen wird es sich empfehlen, die Einteilung der Akten an die Gliederung der Dienstanweisungen anzuschließen. Sämtliche Erlasse, Verordnungen und Verfügungen von allgemeiner Bedeutung sind, um das Auffinden zu erleichtern, in besonderen Hauptakten zu vereinigen. Auf den Aktendeckeln ist kurz der Inhalt und die

Zeit von der Anlage bis zum Abschlusse der Akten anzugeben. In der Regel soll ein Aktenband nicht mehr als 250 Blätter enthalten. Sehr erleichtert wird das Auffinden von Vorgängen, wenn jedem Aktenbände ein Inhaltsverzeichnis vorgeheftet wird, das in kurzer, knapper Form den Inhalt der einzelnen in dem Aktenbände befindlichen Schriftstücke angibt.

Verzeichnisse und Listen sind möglichst in Kartenform anzulegen. Eine solche Kartothek bietet wesentliche Vorteile. Sie erspart besondere Aktenhefte, erleichtert das schnelle Auffinden früher bearbeiteter Sachen und läßt sich auch zu statistischen Zwecken leicht nutzbar machen. Die Kartenblätter — aus mittelstarkem Kartonpapier (Postkartenkarton) hergestellt — werden entweder nach Buchstaben oder nach Nummern geordnet, erforderlichenfalls jahrgangsweise in leicht zu handhabenden Kästen aufbewahrt. Für Krankenanstalten ist es z. B. sehr zu empfehlen, an Stelle von Personalheften für die Kranken Kartenblätter anzulegen, in die alles einzutragen ist, was für die Behandlung des Kranken, die Einziehung der Kosten und die Benachrichtigung von Angehörigen von Wichtigkeit ist. Sind aus besonderen Gründen Abschriften der Kartenblätter an andere Dienststellen zu geben, so ist zur Verringerung der Schreibarbeit das Durchschreibeverfahren sehr zu empfehlen.

Zu einer geregelten Wirtschaftsführung gehört die Aufstellung eines Voranschlages (eines Haushaltplanes) über die für einen bestimmten Zeitraum zu erwartenden Einnahmen und Ausgaben. Der Arzt mit Privatpraxis ist schon mit Rücksicht auf die Feststellung des steuerpflichtigen Einkommens gezwungen, alle Einnahmen aus seiner ärztlichen Praxis und auch alle mit seiner Berufstätigkeit zusammenhängenden Ausgaben ordnungsmäßig und sorgfältig aufzuzeichnen. Die Reineinnahmen des verflossenen Jahres können sodann vor Jahresbeginn für den Haushaltsplan der Familie als Grundlage dienen. Reichs-, Staats- und Gemeindebehörden sind gesetzlich verpflichtet, Haushaltspläne aufzustellen. Diese umfassen in der Regel ein Jahr, und zwar die Zeit vom 1. April des einen bis zum 31. März des nächsten Jahres. In den Haushaltsplan sollen alle Einnahmen und Ausgaben, die sich im voraus bestimmen lassen, aufgenommen werden. Außerdem muß im Haushaltsplan eine Verfügungssumme für unvorhergesehene Ausgaben vorgesehen werden. Einnahmen und Ausgaben sind mit möglichster Genauigkeit abzuschätzen, und sodann ist das Gleichgewicht zwischen beiden herzustellen. Während im privaten Haushalt und in der Privatwirtschaft die zu erwartenden Einnahmen den Maßstab für die in Aussicht

zu nehmenden Ausgaben bilden, wird es bei den Voranschlägen der Behörden zunächst darauf ankommen, die notwendigen Ausgaben zu ermitteln. Die Einnahmen müssen dann durch die den Umständen nach mehr oder weniger anzuspinnenden Einnahmequellen (Steuern, Gebühren usw.) den Ausgaben angepaßt werden. Zur Herstellung des Gleichgewichts wird es oft nötig werden, Ausgaben, die schon seit längerer Zeit wünschenswert sind und die auch an sich nützlich erscheinen, zurückzustellen und nur die dringend notwendigen Ausgaben in den Voranschlag aufzunehmen. Es ist aber durchaus nicht als eine weise und richtige Sparsamkeit anzusehen, wenn die Ausgaben um jeden Preis möglichst niedrig gehalten werden. In jedem Einzelfalle muß vielmehr sorgfältig geprüft werden, welchen Wert die Leistung im Verhältnis zu den durch sie erforderten Opfern hat.

Der Haushaltplan bildet die Grundlage für die zu leistenden Ausgaben. Nur im Rahmen der durch den Haushaltplan festgesetzten Ausgabebeträge dürfen Lieferungen und Leistungen vergeben und Ausgaben geleistet werden. Für die Vergabung von Lieferungen und Leistungen galt früher als Regel, daß der Zuschlag dem Mindestfordernden erteilt wurde. In den neuesten behördlichen Bestimmungen wird aber überall zum Ausdruck gebracht, daß bei der Zuschlagserteilung die Wirtschaftlichkeit ausschlaggebend sein soll. Bayern stellt in seiner Bekanntmachung vom 4. April 1903, betreffend die Vergabung staatlicher Arbeiten und Lieferungen (Gesetz- und Verordnungsblatt 1903 S. 137), den Satz an die Spitze: Staatliche Arbeiten und Lieferungen sollen nur an solche Unternehmer vergeben werden, von denen die tüchtige, pünktliche und vollständige Ausführung des Auftrags mit Sicherheit erwartet werden kann. Ähnliche Bestimmungen enthält die preußische Verfügung vom 23. Dezember 1905, betreffend die Neuregelung der allgemeinen Bestimmungen über die Vergabung von Leistungen und Lieferungen (Ministerialblatt für die innere Verwaltung 1906 S. 11). Es heißt dort: Die niedrigste Geldforderung als solche darf für die Entscheidung über den Zuschlag keineswegs den Ausschlag geben. Der Zuschlag darf nur auf ein in jeder Beziehung annehmbares, die tüchtige und rechtzeitige Ausführung der betreffenden Leistung oder Lieferung gewährleistendes Angebot erteilt werden. Nur bei engeren Ausschreibungen soll grundsätzlich der Mindestfordernde den Zuschlag erhalten.

Die preußischen Bestimmungen, die zunächst nur vom Minister der öffentlichen Arbeiten für seinen Bereich erlassen waren, sind durch Erlaß dieses Ministers und des Ministers des

Innern vom 3. März 1906 auch auf den Bereich der Verwaltung des Ministeriums des Innern ausgedehnt worden. In diesem Erlasse ist darauf hingewiesen, daß die neuen Bestimmungen nicht nur bei den Vergabungen der preußischen Staats- und Reichsbehörden Anwendung zu finden haben, sondern daß auch auf ihre Annahme durch die preußischen kommunalen Verbände hingewirkt werden soll.

In der Regel sollen Leistungen und Lieferungen öffentlich ausgeschrieben werden. Als Ausnahmen sind im allgemeinen zulässig:

1. engere Ausschreibung
 - a) bei Vergabungen im Anschlage bis zu etwa 3000 Mk.,
 - b) bei Vergabungen in dringenden Fällen,
 - c) bei Arbeiten und Lieferungen, die nur ein beschränkter Kreis von Unternehmern in geeigneter Weise ausführen kann,
 - d) bei Arbeiten und Lieferungen, bei deren öffentlicher Ausschreibung ein geeignetes Ergebnis nicht erzielt ist;
2. freihändige Vergabung
 - a) bei Einzelbeschaffungen von geringem Werte,
 - b) bei Notwendigkeit sofortiger Beschaffung,
 - c) bei Arbeiten und Lieferungen, die unter Patent- oder Musterschutz fallen oder deren Ausführung sonst nur ein einzelner Unternehmer gewährleistet,
 - d) bei Nachbestellungen zur Ergänzung des für einen bestimmten Zweck ausgeschriebenem Gesamtbedarfs, sofern die Lieferung zum Preise des Hauptvertrages erfolgt,
 - e) bei ergebnislosem Ausfall der engeren Ausschreibung.

Nach Möglichkeit sollen Lieferungen und Leistungen getrennt in kleineren Losen vergeben werden. Die Ausschreibungsbedingungen sind so bestimmt zu fassen, daß Zweifel über den Gegenstand der Arbeiten oder Lieferungen nicht entstehen können. Über alle für die Preisberechnung erheblichen Nebenumstände sind vollständige, eine zutreffende Beurteilung ihrer Bedeutung ermöglichenden Angaben zu machen. Für die Ausschreibung von Bauten sind zur Verabfolgung an die Bewerber bestimmte Verdingungsanschlätze aufzustellen.

Öffentliche Ausschreibungen erfolgen in der Weise, daß in Zeitungen und Fachschriften in gedrängter Form alle Angaben bekanntgegeben werden, die für die Entschließung zur Beteiligung an der Bewerbung von Wichtigkeit sind. Neben den Angaben über Gegenstand und Umfang der Leistung oder Lieferung sollen in der Bekanntmachung aufgeführt werden: die Frist für die Vertragserfüllung, Ort und Zeit der Eröffnung der Angebote, die Zuschlagsfrist sowie die Stellen, wo die Unterlagen eingesehen und von denen

sie bezogen werden können. Bei den Ausschreibungsbedingungen sind zu unterscheiden die Bewerbungs- und die Allgemeinen Bedingungen, die für alle Ausschreibungen gelten. Dazu kommen in jedem einzelnen Falle die besonderen Bedingungen und die Verdingungsanschläge. Die Bewerbungsbedingungen enthalten die Vorschriften über Form und Inhalt der Angebote, über die Wirkungen des Angebots, die Zulassung beim Eröffnungstermin, die Erteilung des Zuschlages, den Vertragsabschluß und über etwaige Sicherheiten, die von dem Unternehmer nach Erteilung des Zuschlages zu leisten sind. In die allgemeinen Bedingungen gehören die für alle Ausschreibungen gleichartigen wichtigen Bestimmungen, insbesondere über Berechnung der Vergütung, Beginn, Fortführung, Vollendung und Güte der Arbeiten und Lieferungen, Ort der Anlieferung, Abnahme und Gewährleistung, Folgen nicht vertragsmäßigen Handelns, Rechnungsaufstellung, Zahlungen u. dgl. Bei den allgemeinen Bedingungen für die Ausführung von Bauten, Bauarbeiten und Baulieferungen kommen noch hinzu Bestimmungen über Erfüllung der den Unternehmern, Handwerkern und Arbeitern gegenüber obliegenden Verbindlichkeiten, Ordnungsvorschriften, Haftung des Unternehmers Dritten gegenüber, Aufmessungen während des Baues und Abnahme. Die allgemeinen Bedingungen werden ergänzt oder können erforderlichenfalls abgeändert werden durch besondere Bedingungen. Bei der Zuschlagserteilung soll im allgemeinen der wirtschaftliche Vorteil entscheiden. Dem nach der Zuschlagserteilung abzuschließenden Verträge sind die Bewerbungsbedingungen sowie die allgemeinen und besonderen Vertragsbedingungen einschließlich der Verdingungsanschläge beizufügen.

Der Vertrag dient als Grundlage für die Ausführung der Lieferungen und Leistungen und für die Aufstellung, Prüfung und Anweisung der Rechnungen.

Von großer Wichtigkeit ist es, daß alle Personen, die mit der Abnahme von vertraglichen Lieferungen oder der Überwachung von vertraglichen Leistungen sowie mit der Anweisung von Rechnungen beauftragt sind, sich über die Vertragsbedingungen genau unterrichten und streng darauf halten, daß der Unternehmer die durch den Vertrag übernommenen Pflichten erfüllt. Der sorgfältigst ausgearbeitete Vertrag und die ausführlichsten Vertragsbedingungen sind wertlos, wenn nicht mit allen Mitteln die pünktliche, gute und vollständige Ausführung der Lieferungen und Leistungen erzwungen und überwacht wird. Jede Rechnung soll von dem Beamten oder Angestellten, der die Lieferungen und Leistungen bestellt und abgenommen oder die ordnungsmäßige Ausführung überwacht hat, geprüft und bescheinigt werden. Durch die Bescheinigung wird anerkannt, daß der Lieferant oder Unternehmer die ihm obliegenden Verpflichtungen erfüllt hat, daß die Leistungen notwendig gewesen, die angesetzten Preise angemessen sind und den vertragsmäßigen Vereinbarungen entsprechen. Nach der Prüfung und Bescheinigung ist die

Rechnung rechnerisch festzustellen und sodann zur Anweisung zu bringen. Um eine Überschreitung der durch den Haushaltplan bewilligten Mittel zu vermeiden, empfiehlt sich die Führung von Ausgabekontrollen und Wirtschaftsübersichten. Aus diesen soll zu ersehen sein, welche Beträge bisher angewiesen sind und wie hoch die Summe ist, die für die bereits bestellten Lieferungen und Leistungen voraussichtlich noch zu zahlen ist. Aus der Gegenüberstellung der so ermittelten Beträge und der im Haushaltplan ausgeworfenen Summe läßt sich jederzeit feststellen, welcher Betrag für den Rest des Rechnungsjahres noch zur Verfügung steht.

Literatur.

Es sind nur einige der wichtigsten Werke und Zeitschriften aufgenommen, die zur Grundlage eingehenderen Studiums dienen können.

Allgemeines.

- Archiv (früher Zeitschrift) für soziale Hygiene und Demographie, herausgegeben von Rösle. Leipzig, Vogel.
- Ewald, Walter, Soziale Medizin. 2 Bände. Berlin 1911/14, Springer.
- Fischer, A., Grundriß der sozialen Hygiene. Berlin 1913. Springer.
- Fürst und Windscheid, Handbuch der sozialen Medizin. Jena 1903/05. 6 Bde. Fischer.
- Grotjahn, A., Soziale Pathologie. 2. Aufl. Berlin 1914, Hirschwald.
- Grotjahn und Kaup, Handwörterbuch der sozialen Hygiene. 2 Bände. Leipzig 1912, Vogel.
- Grotjahn und Kriegel, Jahresbericht über soziale Hygiene, Demographie und Medizinalstatistik. Band I—XII. Jena, Fischer; später Berlin, L. Schötz.
- Handwörterbuch der Kommunalwissenschaften, herausgegeben von Brix, Lindemann, Most, Preuß, Südekum. (Im Erscheinen.) Jena 1914 ff., Fischer.
- Klumker, Jahrbuch der Fürsorge. Berlin, Springer.
- Mosse und Tugendreich, Krankheit und soziale Lage. München 1912, Lehmann.
- Öffentliche Gesundheitspflege mit besonderer Berücksichtigung der kommunalen und sozialen Hygiene. Monatsschrift. Von Abel, Merkel und Roth. Braunschweig, Vieweg.
- Rapmund, O., und E. Dietrich, Ärztliche Rechts- und Gesetzkunde. 2. Aufl. 2 Bände. Leipzig 1913, Thieme.
- Reckzeh, P., Einführung in die soziale Medizin. Berlin 1915, Karger.
- Teleky, L., Vorlesungen über soziale Medizin. I. Jena 1914, Fischer.
- Zentralblatt für die allgemeine Gesundheitspflege. Bonn, Hager.

Gesamte Jugendfürsorge.

- Die Jugendfürsorge. Mitt. d. Deutschen Zentrale f. Jugendfürsorge. Berlin.
- Fortschritte des Kinderschutzes und der Jugendfürsorge. Vierteljahrshefte. Herausgegeben von Klumker. Berlin, Springer.
- Hanauer, Die soziale Hygiene des Jugendalters. Berlin 1910, Schoetz.
- Heller, Schiller, Taube, Enzyklop. Handbuch des Kinderschutzes und der Jugendfürsorge. Leipzig 1910, Engelmann.
- Kruse-Selter, Die Gesundheitspflege des Kindes. Stuttgart 1914, Enke.

Säuglings- und Kleinkinderfürsorge.

- Birk, Rolffs, Tugendreich, Öffentlicher Kinderschutz in Weyl-Fränkens Handbuch der Hygiene. 2. Aufl. Band VI. Leipzig 1912, Barth.
- Blätter für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge. München, Reinhart.
- Engel, Die Ernährung des Säuglings. Wiesbaden 1917, Bergmann.
- Engel und Baum, Grundriß der Säuglingskunde nebst einem Grundriß der Säuglingsfürsorge. 3. und 4. Aufl. Wiesbaden 1916, Bergmann.
- Keller-Klumker, Säuglingsfürsorge und Kinderschutz. I. Band Berlin 1916, Springer.
- Kleine Schriften des Deutschen Ausschusses für Kleinkinderfürsorge. Leipzig-Berlin, Teubner.
- Kleinkinderfürsorge. Eine Einführung, herausgegeben vom Zentralinstitut für Erziehung und Unterricht. Leipzig-Berlin. Teubner.
- Kleinkinderfürsorge und Bevölkerungspolitik, herausgegeben vom Deutschen Ausschuß für Kleinkinderfürsorge. Frankfurt a. M. 1918, Englert & Schlosser.
- Langstein, L., und L. F. Meyer, Säuglingsernährung und Säuglingsstoffwechsel. Wiesbaden 1914, Bergmann.
- Tugendreich, G. (mit Beiträgen von Landsberg und Weinberg), Die Mutter- und Säuglingsfürsorge. Stuttgart 1910, Enke.
- Tugendreich, Pflege und Ernährung des Kindes usw. 2. Aufl. Stuttgart 1914, Enke.
- Würtz, Säuglingsschutz. Stuttgart 1910, Enke.
- Zeitschrift für Bevölkerungspolitik und Säuglingsfürsorge, Monatschrift. Leipzig, Barth.
- Zeitschrift für Säuglings- und Kleinkinderschutz. Monatsschrift. Berlin, Stilke.

Schulgesundheitspflege.

- Burgerstein und Netolitzki, Schulhygiene. 3. Aufl. Leipzig 1912, Ambrosius Barth. (Band VI des Weyl-Fränkenschen Handbuchs der Hygiene.)
- Fürst, M., Jahrbuch der Schulgesundheitspflege. Jena 1915, Fischer.
- Selter, Handbuch der Schulgesundheitspflege. Dresden und Leipzig 1914, Steinkopf.
- Zeitschrift für Schulgesundheitspflege. Mit einer Beilage: Der Schularzt. Herausgegeben von Stephani. Monatsschrift. Leipzig, Voß.

Armenkrankenfürsorge.

- Fürst, M., Stellung und Aufgaben des Arztes in der öffentlichen Armenpflege. Jena 1903, Fischer.
- Zeitschrift für das Armenwesen. Herausgegeben von Klumker. Monatsschrift. Berlin, Heymann.

Tuberkulose.

- Brauer, Schröder und Blumenfeld, Handbuch der Tuberkulose in 5 Bänden. Leipzig 1914, Barth.
- Jahresberichte des Deutschen Zentralvereins zur Bekämpfung der Tuberkulose.
- Thieme, Tuberkulöse Kinder. Leipzig 1915, Voß.

Tuberculosis. Herausgegeben von Pannwitz. Monatsschrift. Verlag des Internationalen Tuberkulosebureaus.
Zeitschrift für Tuberkulose. Herausgegeben von Kuttner und Rabinowitsch-Kempner. Monatsschrift. Leipzig, Barth.

Geschlechtskrankenfürsorge.

Neißer, A., Die Geschlechtskrankheiten und ihre Bekämpfung. Berlin 1916, Springer.
Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Monatsschrift. Herausgeber Blaschko, Pinkus, Struve. Leipzig, Barth.

Alkoholfürsorge.

Delbrück, A., Hygiene des Alkoholismus im Handbuch der Hygiene von Weyl-Gärtner. 2. Aufl. Leipzig 1913, Barth.
Hoppe, Hugo, Die Tatsachen über den Alkohol. 4. Aufl. München 1912, Reinhardt.
Zeitschrift „Die Alkoholfrage“ und Schriften des Deutschen Zentralvereins zur Bekämpfung des Mißbrauchs geistiger Getränke, einschließlich der Berichte über Trinkerfürsorgekongresse.

Kriegsbeschädigtenfürsorge.

Baumer, W. v., Bürgerliche Kriegsinvalidenfürsorge. München 1916, Lindauer.
Die Kriegsbeschädigtenfürsorge. Monatsschrift. Berlin, Voß' Buchhandlung.
Krais, Felix, Die Verwendungsmöglichkeiten der Kriegsbeschädigten. Stuttgart 1916, Krais.
Kraus, S., Kriegsbeschädigtenfürsorge. Leipzig, Teubner. Aus: Natur und Geisteswelt Nr. 523.

Krüppelfürsorge.

Biesalski, Leitfaden der Krüppelfürsorge. Leipzig 1911, Voß.
Zeitschrift für Krüppelfürsorge. Monatsschrift. Ebenda.

Versicherungswesen.

Die deutsche Arbeiterversicherung. Herausgegeben vom Reichsversicherungsamt. Berlin 1911, Behrend & Co.
Florschütz, Allgemeine Versicherungsmedizin. Berlin 1914, Mittler.
Joachim und Korn, Der Arzt in der Reichsversicherungsordnung. Jena 1912, Fischer.
Manes, A., Lexikon der privaten und sozialen Versicherung. Berlin, Mittler.
Mugdan, O., Kommentar für Ärzte zu den Gewerbe- und Unfallversicherungsgesetzen. Berlin 1902, Reimer.

Medizinische Statistik.

Prinzling, Handbuch der medizinischen Statistik. Jena 1906. Fischer.
Schwiening, Militärsanitätsstatistik. Berlin 1913, Hirschwald.
Westergaard, Die Lehre von der Mortalität und Morbidität. 2. Aufl. Jena 1901, Fischer.

Register.

- Absehkursus 147.
Abstillung 42; s. a. Stillung.
Abstinenzvereine 242.
Ahnentafel 348.
Ahnenverlust 348.
Alkoholfürsorge 242 ff.; -fürsorge-
schwester 243; -gewerbe 240,
241; -kranke 245.
Altersaufbau 316.
Altersbesetzung 325.
Altersversicherung s. Invaliden-
versicherung.
Ambulatorien für Geschlechts-
kranke 227.
Ammenvermittlung 42, 77; -wesen
76.
Angestelltenrente 383.
Angestelltenversicherung 359, 361,
362, 363, 364, 366, 371, 379, 383,
402.
Anthropometrie 341.
Anzeigespflicht bei Tuberkulose
176, 408.
Anzeigepflichtige Krankheiten und
Todesfälle 408 f.
Apothekenwesen 423, 424.
Approbation 384, 421.
Arbeiterinnenschutz 390.
Arbeiterschutz 387, 388.
Arbeitsnachweis 299; -pfleger 307;
-unfähigkeit 372.
Armenarzt 162, 166; -vereine 171;
-vertrag 162; -wahl, freie 162.
Armenhäuser 172; -kommission
168; -pflege, öffentliche 155;
-statistik 339; -verbände 155.
Armenkrankenfürsorge 161;
-pflege, offene 153, geschlossene
172; -poliklinik 170.
Arzneimittel, Verkehr mit 412.
Arztzahl 340.
Arzttitel 421.
Atmung des Kindes 8.
Aufklärung, sexuelle 154.
Aufsichtsamt für Privatversiche-
rung 350.
Aufsichtsschwester der Säuglings-
fürsorge 36, 55.
Aufzuchtsoptimum 329.
Auslese, ärztliche 356.
Auskunftsstellen s. Beratungs-
stellen.
Ausschreibungen 436, 437.
Baden 141.
Behandlungszwang 386.
Beikost im Säuglingsalter 13.
Beratungsstelle für Geschlechts-
kranke 229 ff.; für Kleinkinder-
25; für Kriegsbeschädigte 275;
für Lungenkranke 183; für
Säuglinge 24 ff.
Berufsbeirat 275.
Berufsberatung 152, 289.
Berufsgenossenschaften 365.
Berufskrankheiten 376; -statistik
321; -sterblichkeit 337; -unfähig-
keit 402; -zählung 339.
Berufsvormundschaft 3, 22, 25, 74,
102.
Bestattung 411; s. a. Leichen.
Betriebskrankenkassen 364.
Betriebsunfall 370, 375, 376, 381.
Bettennachweis 174.
Bevölkerungsstatistik 316.
Bevölkerungsverteilung 338.
Bewußtlosenversorgung 254.
Bleivergiftungen 321.
Blindenfürsorge 269, 272; -schulen
272; -unterricht 271; s. a. Er-
blindung und Kriegsblinde.
Brennwerte (Kalorien) der Nah-
rungstoffe 9; Berechnung der
Brennwerte der Milchmischun-
gen 11.
Brocasche Formel 346.
Brustwarzen 39; Fehler der 39;
Rhagaden der 39.
Buttermilch 13, 53 Anm.
Butyrometer 17.
Colostrum 37.

- Dauerrente** 382.
 Desinfektion bei Tuberkulose 192.
 Deutsche Gesellschaft für Mutter- und Kinderrecht 24.
 Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 228.
 Deutsche Vereinigung für Krüppelfürsorge 268.
 Deutscher Ausschuß für Kleinkinderfürsorge 83.
 Deutscher Verein gegen den Mißbrauch geistiger Getränke 241.
 Dienstanweisung für den Schularzt 148 ff.; s. a. Geschäftsanweisung.
 Dipsomanie 238; s. a. Trinker, Trunksucht.
Eheschließungsstatistik 318.
 Einspruchsverfahren 382, 399.
 Eiweißmilch 13, 53 Anm., 96.
 Elberfelder System 157.
 Energiequotient 9.
 Enquete 313.
 Entbindungsanstalten 430; Fürsorge für die 22.
 Epidemien, Haus- 69, 101.
 Epileptikeranstalten 428.
 Erblindungsursachen 270.
 Erbsyphilis 51, 102.
 Erholungsheim 143.
 Erkrankungssstatistik 319.
 Erlebensfallversicherung 352.
 Ernährung des Säuglings 9 ff.; künstliche 43; des Kleinkindes 20.
 Erste Hilfe 254; Leitfaden für 251.
 Erwerbsunfähigkeit 398.
 Eugenik 341.
Fabrikhygiene 390, 391.
 Fabrikkrippe 40.
 Familienforschung 348.
 Ferienheim 143.
 Ferienkolonien 115, 143.
 Flaschenspülapparat 55.
 Fleischbeschau 415, 416.
 Feuerbestattung 411.
 Fortbildungsschule 118, 151.
 Frauenarbeit 339, 390.
 Frauenmilch s. Milch.
 Freibank 415.
 Freilufthäuser 198.
 Fürsorge, Formen und Umfang der 3; geschlossene 79; vorläufige 284.
Fürsorgebedürftigkeit, Begriff der 3.
Fürsorgeerziehung 267.
 Fürsorgerin 59, 125, 189.
 Fürsorgestellen s. Beratungsstellen.
Gebührenordnung 385.
 Geburtenabnahme 318; -folge 329; -häufigkeit 318; -statistik 317; -überschuß 317.
 Gehaltsklassen 371.
 Geheimmittel 412.
 Geisteskrankenstatistik 323.
 Genehmigungspflichtige Betriebe 390.
 Geschäftsanweisung für Säuglings- und Kleinkinderpflege 83; s. a. Dienstanweisung.
 Geschäftsführung 434.
 Geschlechtskrankenfürsorge 227 ff.; Ambulatorien für Geschlechtskranke 227; Beratungsstelle für G. 229 ff., s. a. Erbsyphilis; Einfluß des Krieges auf Geschlechtskrankheiten 228.
 Geschlechtskrankenstatistik 321.
 Geschlechtsverhältnis 317.
Gesetz, Kapitalabfindungs- 283; Nahrungsmittel- 413; über Trinker 240; über Verkehr mit Butter, Kunstbutter usw. 413; über Verkehr mit blei- und zinkhaltigen Gegenständen 414; über Verwendung gesundheits-schädlicher Farben 414; über Schlachtvieh- und Fleischbeschau 415; zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 237; Wein- 414.
 Gesundheitsamt, Kaiserliches 404.
 Gesundheitsschein 29, 101; Gesundheitskommissionen 407.
 Gewerbeärzte 393; -aufsicht 392; -inspektion 393, s. a. Hausgewerbe.
 Gewerbeordnung 21, 23, 40, 384 ff., 387 ff.
 Gifte, Verkehr mit 412; gewerbliche 414, 415.
 Gutachten 400.
 Guttemplerorden 242.
Haferschleim 12.
 Haltefrau 104.
 Haltekinder s. Ziehkinder.
 Hausapotheke 422.

- Hausgewerbetreibende 360.
 Haushaltplan 435.
 Hauspflegerin 23.
 Hebamme 423; Stadt- 23.
 Heeresstatistik 321.
 Heildiener 422.
 Heilverfahren 401, 402.
 Hilfsbedürftigkeit 156.
 Hilfspersonal, ärztliches 422.
 Hilfsschule 147.
 Hinterbliebenenversicherung s. In-
 validenversicherung.
 Hospitalisierung 174.
 Horte s. Kinderhorte.
 Impfwesen 410.
 Invalidenrente 377, 378.
 Invalidenversicherung 361, 362, 363,
 366, 370, 377, 383, 400.
 Invaliddität 400; bei Tuberkulose 178.
 Invaliditätsstatistik 322.
 Irrenanstalten 428.
 Jugendamt 82, 109.
 Jugendfürsorge, Gliederung der 1.
 Jugendleiterin 72.
 Jugendliche Arbeiter 389.
 Kaiserin - Auguste-Viktoria - Haus
 zur Bekämpfung der Säuglings-
 sterblichkeit 83.
 Kaloriengehalt s. Brennwerte.
 Kanon 341.
 Kapitalabfindungsgesetz 233.
 Kartothek 435.
 Kassenarzt 394 ff.
 Kinderarbeit 389.
 Kindererholungsstätte 96, 102.
 Kindergarten 65 ff.; Anstaltsepi-
 demien daselbst 69; -gartenarzt;
 65; -gärtnerin 72.
 Kinderheilanstalten 145.
 Kinderhorte 142.
 Kindermehl 12.
 Kinderpflegeunterricht 80.
 Kindervolksküche 25.
 Kindesalter, erstes 2.
 Kleinkinderalter 2, 25; Ernährung
 im 20; -arzt 118.
 Kleinkinderfürsorge 1 ff.; für
 Tuberkulose 202, 204; für
 Krüppel 266.
 Knappschaftskassen 364.
 Konstitution 354.
 Körpergewicht 4, 345.
 Körperlänge 4, 344.
 Körpermaße 4, 342 ff.
 Korrelationen 341.
 Krankenanstalten usw. 173, 424;
 Vorschriften über Anlage, Bau
 usw. 425.
 Krankenbeförderung 255; -betten-
 nachweis 174; -geld 374; -haus-
 bau 425; -hilfe 372, 373; -ord-
 nung 373; -pflegepersonen 422;
 -pflegesschulen 423; -träger 250;
 -wagen 256, 257.
 Krankenhäuser f. Tuberkulose 196.
 Krankenhausfürsorge, soziale 175.
 Krankenhausstatistik 327.
 Krankenkassen s. Orts-, Land-
 krankenkassen.
 Krankenpflegepersonen 422.
 Krankenpflegesschulen 423.
 Krankenversicherung 359, 361, 363,
 364, 369, 372, 381, 394.
 Krankheiten, anzeigepflichtige
 408 ff.
 Kreisarzt 406.
 Kreisassistentenarzt 406.
 Kriegsbeschädigtenfürsorge, dau-
 ernde 298; Hauptausschüsse 275;
 Landesauschüsse 275; Organi-
 sation 274 ff.
 Kriegsbeschädigtenstatistik 277.
 Kriegsbeschädigte Nervenranke
 306, 309; Tuberkulose 306.
 Kriegsbeschädigung und Sozial-
 versicherung 281.
 Kriegsbeschädigtenunterstützung
 310.
 Kriegsblinde 305.
 Kriegswochenhilfe 374; s. auch
 Wochengeld.
 Kriegswohlfahrtspflege 283.
 Krieg, Einfluß auf die Geschlechts-
 krankheiten 228.
 Kriegszulage 280.
 Kriminalität der Trinker 239.
 Krippe 60 ff., 98; Hausordnung der
 64; -arzt 59, 62; Fabrik- 40.
 Krüppelberatungsstelle 265; -für-
 sorge, ambulante 265, vorbeu-
 gende 266; -heime 262; -schulen
 262; -zählung 323.
 Kühlkiste 43.
 Kuhmilch s. Milch.
 Kunstbuttergesetz 413.
 Landesgewerbeamt 393.
 Landesversicherungsanstalten 366.
 Landkrankenkassen 23, 364.
 Langlebigkeit 353.

- Lazarettarbeit 289.
 Lazarettdelegierter 284.
 Lebensdauer, mittlere 326.
 Lebensversicherung 350 ff.
 Lebensversicherungsprognostik 354.
 Lehrwerkstätten für Krüppel 262.
 Leibrente 383.
 Leichen, Beförderung von 412; -schein 331, 333, 410; Bestattung der 410; Wiederausgrabung von 411; Zurschaustellen von 411.
 Lernwerkstätten 289.
 Letalität 319, 334.
 Lichthallen für Tuberkulöse 203.
 Liebestätigkeit, freie 158.
 Lieferungsverträge 436.
 Livischer Index 345.
 Lohnklassen 370.
 Lungenfürsorgestellen 183 ff.
 Lungenheilstätten 181, 198, 429.
 Malzsuppe 13.
 Mannschaftsversorgungsgesetz 279.
 Margarine 413.
 Massenunfälle 250.
 Masseure 422.
 Medizinalabteilung des Preußischen Ministeriums des Innern 405.
 Medizinalpolizei 404, 420 ff.
 Medizinalpraktikanten 431.
 Medizinalverwaltung in den Provinzen 405.
 Mehrleistungen 374.
 Mehrlingsgeburten 317.
 Mendelsche Regel 349.
 Milch, Behandlung der, im Haushalte 43; Butter- 13; Eiweiß- 13; Fettbestimmung der 17; -flasche 45; Frauen- 9, 37; Gewinnung der 14; Keimgehalt der 19; Kuh- 9, 14 ff.; Lieferung der 14, 15, 93; -mischungen 11 ff.; Pasteurisieren der 20, 44; Prüfung der 16, 95; Säurebestimmung der 16; Schmutzgehalt der 18; Soxhletscher Apparat 44; Trinkmenge 10; Zwiemilch-ernährung 10.
 Milchflasche 45, 96; Sauger 45; Reinigung der 46, 55.
 Milchkühe 52, 95.
 Milchmangel der Mutter 39.
 Militärische Vorbereitung der Jugend 141.
 Morbiditätsstatistik 319.
 Mündel s. Berufsvormundschaft.
 Mündigkeit 1.
 Mundpflege des Säuglings 48.
 Mütterabende. 107.
 Mutterfürsorge 1, 21; siehe auch Schwangere, Wöchnerinnen.
 Mütterheime 24.
 Müttersiedlungen 24.
 Nahrungsmittelgesetze 413.
 Nervenheilstätten 429.
 Neurotiker 309.
 Nothelfer 253.
 Obdachlosenasyile 172.
 Oberflächengesetz 343.
 Oberversicherungsamt 368, 399.
 Ortskrankenkassen 364.
 Pasteurisieren der Milch 20, 44.
 Periodische Untersuchungen 356.
 Pflegeanstalten 428.
 Pignetsche Formel 346.
 Polizeiverordnungen 405, 406.
 Prämienreserven 351.
 Privatheilanstalten 386.
 Prostitution 227.
 Prüfungsordnung 385.
 Puls des Kindes 8.
 Quittungsbücher 370; -karte 378.
 Räderbahnen 257.
 Rahmmischungen 13.
 Rechnungswesen 438.
 Registratur 434.
 Reichsversicherungsamt 368.
 Reichsversicherungsanstalt 366.
 Reichsversicherungsordnung 22, 358.
 Reichswochenhilfe siehe Kriegswochenhilfe.
 Rentenausschuß 383, 403.
 Rentenberechnung 379; s. a. Vollrente.
 Rettungsärzte 253.
 Rettungswesen 250, 258; Grundsätze über 252.
 Revisionsarzt 350, 352, 355.
 Ruhegeld 380, 383.
 Samariterwesen 250.
 Sanitätspolizei 404, 407 ff.
 Säugling, Entwicklung des 4; Körpergewicht und Körperlänge des 4; Schädelentwicklung des 5; Zahnung des 5; Brustkorb des 8; Puls des 8;

- Schlaf des 8; Geistige Entwicklung des 8; Ernährung des 9.
 Säuglingsfürsorge 1 ff.
 Säuglingsfürsorgestelle 24 ff.; die Anstalt der 26; Einrichtung der 27 ff.; Sprechstunden der 33, 91; ärztliche Untersuchung in der 34 ff.; und kranke Kinder 51, 96; Hausbesuche der 55, 102.
 Säuglingsheim 77, 97, 430.
 Säuglingspflegerin 58.
 Schädelentwicklung 5.
 Schadenersatz 381.
 Schlachthäuser 416.
 Schlaf des Kindes 8.
 Schriftverkehr, amtlicher 433.
 Schularzt 108 ff.; Instrumentarium des Schularztes 114; Diensträume 115; Untersuchung durch den 118; -Formulare 130; -Statistik 130; Dienstanweisung für den 148; -systeme 112 ff.
 Schulentlassene Jugend 151 ff.
 Schülerhorte 142.
 Schulfrühstück 115; -speisung 146.
 Schulgesundheitspflege 108 ff., 117.
 Schulhaus 116.
 Schulkinder, ärztliche Behandlung der 126 ff.
 Schulschwestern 114, 123.
 Schulspeisung 115, 146.
 Schulwandern 141.
 Schulzahnklinik 52, 102, 129.
 Schwangerschaft, Fürsorge für die 21; und Stillung 38.
 Schweigepflicht, ärztliche 229.
 Schwerhörigenunterricht 147.
 Schwimmen 141.
 Seehospize 145.
 Selbstmordstatistik 338.
 Seuchengesetze 407, 408.
 Siechenhäuser 172.
 Sippschaftstafel 349.
 Sommerhitze, Gefahren der 48; Merkblatt über 48.
 Soolbäder 115, 145.
 Soxhletscher Apparat 44.
 Spielnachmittag 141.
 Sprachgebrechen 147.
 Spruchkammer 382, 383.
 Stammbaum 348.
 Statistik, Armen- 339; Berufs- 339; Bevölkerungs- 316; der Eheschließungen 318; der Erkrankungen 319; der Geschlechts-
 kranken 321; Heeres- 321; Invaliditäts- 322; Krankenhaus- 324; der Kriegsbeschädigten 277; Krüppel- 323; Letalität 319; Säuglingssterblichkeit 327 ff.; Selbstmord- 338; Sterblichkeits- 324 ff.; der Taubstummen 323; der Totgeburten 257; der Tuberkulosesterblichkeit 177; der unehelichen 318; Volkszählung 314; Wirtschafts- 340.
 Statistische Methoden 313, 315.
 Sterbetafel 325, 327.
 Sterblichkeit nach Stadt und Land 336.
 Sterblichkeitsabnahme 335; -schwankungen 334.
 Sterblichkeitsstatistik 324 ff.
 Sterilisieren der Milch 20, 44.
 Steuerstatistik 338.
 Stillen 37; Ernährung der Stillenden 38; Stillfrau 42; Stillgeld 375 (s. a. Wochengeld); Stillhäufigkeit 328; -prämie 41, 92 (s. a. Stillgeld); -propaganda 25; und Krankheit 50; und Schwangerschaft 38; und Tuberkulose 39.
 Stuhl (faeces) des Säuglings 34, 46.
 Stülßstoffgesetz 414.
 Taubstummblinde 272.
 Taubstummenanstalten 271; -fürsorge 269; -unterricht 272.
 Taubstummenzählung 323.
 Taubstummheit, Ursachen 270.
 Teilrente 280.
 Todesfälle, anzeigepflichtige 408 ff.
 Todesursachen 331; -schema 331.
 Totgeburten 317.
 Tragbahnen 257.
 Trichinenschau 416.
 Trinkerfürsorge 238; -fürsorgestelle 242 ff.; -gesetzgebung 240; -kinder 239.
 Trinksitten 249.
 Trunksucht 238, 246.
 Tuberkulose 176 ff.; Anzeigepflicht bei 176; Sterblichkeit an 177, 179, 332; und Invalidität 178; -literatur 183; -krankenhäuser 196; -kuren für Kleinkinder 202, 204; -heime 203.
 Turnen 140.
 Umlageverfahren 369.
 Umlernen Kriegsbeschädigter 291.

- Uneheliche 318; Sterblichkeit der 328.
 Unfallbehandlung 251; -fürsorge 250; -meldung 259; -rente 376, 382; -stationen 259; -statistik 322, 338; -verhütung 250.
 Unfallversicherung 360, 362, 363, 365, 369, 375, 381, 397.
 Unterhaltungspflicht 157.
 Unterricht, Hygiene des 117; s. a. Schulgesundheitspflege.
 Unterstützungswohnsitz 155.
 Vergebung von Lieferungen 436, 437.
 Verein Mutter und Kind 24.
 Verkrüppelung, Ursachen 261.
 Verein für Armenpflege 160.
 Versicherungsamt 367; -behörden 367; -beiträge 365; -berechtigung 363; -formulare 355; -freiheit 361; -medizin 352; -pflicht 359; -träger 364.
 Versicherung Minderwertiger 352.
 Verstümmelungszulage 280.
 Vertrauensarzt 350, 352, 355, 397, 403.
 Verwaltungswesen 404 ff.
 Volksversicherung 350.
 Volkszählung 314.
 Vollrente 280; s. a. Rentenberechnung.
 Vormundschaftsamt s. Berufsvormundschaft.
 Wahrscheinlichkeitsrechnung 314.
 Waisenkinder 25.
 Waisenrente 383.
 Walderholungsstätte 115, 144, 194.
 Waldschule 115, 195.
 Wandern s. Schulwandern.
 Wartezeit 377, 380.
 Weingesetz 414.
 Weiterversicherung 363.
 Wiederausgrabung 411.
 Wirtschaftsstatistik 340.
 Witwenrente 377, 378, 383, 401.
 Wochengeld 372, 373; s. a. Kriegswochenhilfe.
 Wöchnerinnenfürsorge 23.
 Wohlfahrtsamt 188.
 Wohlfahrtspflege 155, 159.
 Wohndichtigkeit 340.
 Wohnungsämter 418; -aufsicht 418; -fürsorge 417; -wesen 417.
 Zahnpflege 52.
 Zahnung, erste 5; zweite 6, 7.
 Zentimetergewicht 136, 346.
 Zentralkomitee für das Rettungswesen 251.
 Zentralstelle für Wohlfahrtsvereinigungen 160.
 Ziehkinder 25, 73, 102.
 Ziehkinderarzt 73.

* **Soziale Medizin.** Ein Lehrbuch für Ärzte, Studierende, Medizinal- und Verwaltungsbeamte, Sozialpolitiker, Behörden und Kommunen. Von Dr. med. Walther Ewald, Privatdozent der Sozialen Medizin an der Akademie für Sozial- und Handelswissenschaften in Frankfurt a. M., Stadtarzt in Bremerhaven. Erster Band: 1. Die Bekämpfung der Seuchen und ihre gesetzlichen Grundlagen. 2. Die sonstigen Maßnahmen zur Bekämpfung der allgemeinen Sterblichkeit. Mit 76 Textfiguren und 5 Karten. 1913. Preis M 18.—; geb. M. 20.—.

Praktische Unfall- und Invalidenbegutachtung bei sozialer und privater Versicherung sowie in Haftpflichtfällen. Von Dr. med. Paul Horn, Privatdozent für Versicherungsmedizin an der Universität Bonn, Oberarzt am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder. 1918. Preis gebunden M. 9.—.

* **Die Geschlechtskrankheiten und ihre Bekämpfung.** Vorschläge und Forderungen für Ärzte, Juristen und Soziologen von Professor Dr. Alb. Neisser, Geh. Medizinalrat, Direktor der Kgl. Universitätsklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Breslau. Mit einem Bildnis in Heliogr. 1916. M. 8.—.

* **Grundriß der sozialen Hygiene.** Für Mediziner, Nationalökonomien, Verwaltungsbeamte und Sozialreformer von Dr. med. Alfons Fischer, Arzt in Karlsruhe in B. Mit 70 Abbildungen im Text. 1913. Preis M. 14.—; geb. M. 14.80.

* **Ein sozialhygienischer Gesetzentwurf aus dem Jahre 1800,** ein Vorbild f. d. Gegenwart. Von Dr. med. Alf. Fischer. Karlsruhe. 1913. M. 1.—.

* **Staatliche Mutterfürsorge und der Krieg.** Von Dr. med. Alfons Fischer, Karlsruhe. 1915. Preis M. —.40.

* **Blindenwesen und Kriegsblindenfürsorge.** Ein Vortrag von Prof. Dr. A. Bielschowsky, Direktor der Kgl. Universitäts-Augenklinik zu Marburg. Mit 5 Abbildungen. 1916. Preis M. 1.—.

* **Über chirurgische und allgemeine Kriegsbeschädigtenfürsorge.** Von Professor Dr. Fritz König, Geheimer Medizinalrat, Generaloberarzt, z. Z. chirurgischer und orthopädischer Beirat am Reservelazarett zu Marburg. 1916. Preis M. —.80.

* **Internationale Studien über den Stand des Arbeiterschutzes bei Beginn des Weltkrieges.** Von Professor Dr. Walter Schiff in Wien. 1. Heft: Geltungsbereich des Arbeiterschutzes. Der Schutz der Kinder und Jugendlichen. 1916. Preis M. 1.—.

* **Trinkerfürsorge, Polizei und Staatsanwalt.** Von Sanitätsrat Dr. P. Hesse, leitender Arzt der Auskunfts- und Fürsorgestellen für Alkoholranke. 1917. Preis M. —.80.

* **Wie gelangt ein Unfallverletzter zu einer Entschädigung?** Ein Führer durch das Unfallversicherungsverfahren. Mit Mustern für Eingaben und einem Verzeichnis unentgeltlicher Rechtsauskunftstellen. Von Dr. Rudolf Schlottmann, Regierungsrat und ständiges Mitglied des Reichsversicherungsamts. 1914. Preis kart. M. 1.20.
Bei Bezug von 50 Expl. an M. 1.—; von 100 Expl. M. —.90.

* **Teuerungszuschlag für die vor dem 1. Juli 1917 erschienenen Bücher: auf geheftete 20%, auf gebundene 30%.**

Verlag von Julius Springer in Berlin W 9.

-
- * **Säuglingsfürsorge und Kinderschutz** in den europäischen Staaten. Ein Handbuch für Ärzte, Richter, Vormünder, Verwaltungsbeamte und Sozialpolitiker, für Behörden, Verwaltungen und Vereine. Unter Mitwirkung hervorragender Fachleute des In- und Auslandes herausgegeben von Prof. Dr. Arthur Keller, Berlin, und Prof. Chr. J. Klumker, Frankfurt a. M. Erster Band: Spezieller Teil. Mit 79 Textfiguren. 1912. Preis M. 62.—; in Halbl. geb. M. 67.—.
-
- * **Fortschritte des Kinderschutzes und der Jugendfürsorge.** Vierteljahrshefte des Archivs deutscher Berufsvormünder. Herausgegeben von Prof. Dr. Chr. J. Klumker-Wilhelmsbad.
Erster Jahrgang:
* Heft 1: **J. F. Landsberg**, Vormundschaftsgericht und Ersatzerziehung. 1913. Preis M. 1.50.
* Heft 2: **Dr. A. Bender**, Der Schutz der gewerblich tätigen Kinder und der jugendlichen Arbeiter. 1914. Preis M. 1.50
* Heft 3: **Joh. Petersen**, Anstalts- und Familienerziehung; **Hugo Keller**, Die deutsche Jugendfürsorge in Böhmen; **Chr. J. Klumker**, Geschichtliche Untersuchungen zur Kinder- und Jugendfürsorge. 1914. Preis M. 1.50.
* Heft 4: **Dr. H. Tomforde**, Die Unterhaltungsklage des unehelichen Kindes im In- und Auslande. 1915. Preis M. 2.—.
Zweiter Jahrgang:
* Heft 1: **Dr. Hertha Siemering**, Fortschritte der deutschen Jugendpflege von 1913—1916. 1916. Preis M. 2.40.
* Heft 2: **Dr. Gustav Tugendreich**, Der Ausbau der Kleinkinderfürsorge; **Dr. Wilhelm Feld**, Statistische Erhebungen über die soziale Lage von Kindern. 1917. Preis M. 1.—.
-
- * **Geburtenrückgang und Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit.** Von Dr. jur. von Behr-Pinnow, Dr. med. h. c., Kabinettsrat a. D. 1913. Preis M. 2.—.
-
- * **Wie ist die Bevölkerung über Säuglingspflege und Säuglingsernährung zu belehren?** Ein Wegweiser für Ärzte, Behörden und Fürsorgeorgane. Von Prof. Dr. Leo Langstein, Direktor des Kaiserin-Auguste-Viktoria-Hauses zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche. Zweite, umgearb. und erweiterte Aufl. 1916. Pr. M. 1.—.
-
- * **Säuglingsfürsorge.** Die Grundlage für Deutschlands Zukunft. Dringliche Aufgaben des Säuglingsschutzes. Von Prof. Dr. Leo Langstein, Direktor des Kaiserin-Auguste-Viktoria-Hauses zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche. Neudruck. (12.—21. Tausend.) 1916. Preis M. —.60.
-
- * **Pflege und Ernährung des Säuglings.** Ein Leitfadens für Pflegerinnen und Mütter von Dr. M. Pescatore. Sechste Auflage. (58.—78. Tausend.) Bearbeitet von Prof. Dr. Leo Langstein, Direktor des Kaiserin-Auguste-Viktoria-Hauses zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche. Einzelpreis M. 1.20.
Von 20 Exempl. an M. 1.10; 50 Exempl. M. 1.—; 100 Exempl. M. —.90.
-
- * **Säuglingspflegefibel.** Von Schwester Antonie Zerwer. Mit einem Vorwort von Prof. Dr. Leo Langstein, Direktor des Kaiserin-Auguste-Viktoria-Hauses zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche. Vierte, unveränderte Auflage. (91.—130. Tausend.) 1917. Einzelpreis kart. M. —.90; von 20 Exempl. an M. —.80; von 50 Exempl. an M. —.70; von 100 Exempl. an M. —.60.

* **Teuerungszuschlag für die vor dem 1. Juli 1917 erschienenen Bücher: auf geheftete 20%, auf gebundene 30%.**