

# Die Aufgaben und Ziele der sozialen Medizin.\*

Von Dr. Ludwig Teleky,

Privatdozent für soziale Medizin.

All unsere Erkenntnis, all unser Forschen beruht auf dem Erfassen gemeinsamer Erscheinungen in der Fülle der Einzelbeobachtungen, auf dem Zusammenfassen von Einzelbeobachtungen unter gemeinsamen Gesichtspunkten.

Die Heilkunde als Wissenschaft sieht in dem erkrankten Individuum vor allem den Kranken; indem sie von seinen sonstigen Eigentümlichkeiten, seinen sonstigen Verhältnissen absieht, indem sie nur das Krankhafte an ihm in Betracht zieht, hebt sie aus der Fülle der Einzelbeobachtungen das vom Physiologischen Abweichende hervor und gelangt so zur Aufstellung bestimmter Krankheitsbilder. Diese letzteren nach allen Richtungen hin zu durchforschen, die Ursachen ihres Entstehens und Verschwindens am Einzelindividuum zu erkennen, Mittel zu finden zur Beeinflussung der krankhaften Zustände am Einzelindividuum, dies ist die Aufgabe der Heilkunde, der klinischen Medizin im weitesten Sinne dieses Wortes mit all ihren Hilfswissenschaften. Mittel und Wege anzugeben, wie der einzelne sich vor Schädigungen bewahren, seinen Körper kräftig entwickeln könne, dies ist die Aufgabe der individuellen Hygiene.

Frühzeitig aber sah man in dem Individuum nicht nur das Einzelindividuum, sondern das Glied einer Gesamtheit, den Bürger eines Staates oder einer Stadt. Man erkannte, von welcher Bedeutung Gesundheit und Krankheit des einzelnen für die Gesamtheit seien, und man erkannte, daß vor vielen Gesundheitsschädigungen der einzelne nur durch Eingreifen der Ge-

---

\* Antrittsvorlesung, gehalten am 28. Mai 1909. (Wiener klinische Wochenschrift 1909, Nr. 37.)

samtheit bewahrt werden könne. Dieser Zweig der medizinischen Wissenschaft, die öffentliche Gesundheitspflege, die im Individuum vor allem das Glied einer territorialen oder politischen Einheit, des Staates oder der Stadt sieht, entwickelte sich — und zwar zunächst ganz unabhängig von der Heilkunde — dort zuerst, wo das Individuum vor allem und fast ausschließlich als Glied der Gesamtheit Geltung hatte, im alten Hellas und im Rom der Könige und der Republik.

Mit dieser öffentlichen Gesundheitspflege hat die soziale Medizin gemein, daß sie in dem Individuum nicht das Einzelindividuum sieht, sondern das Glied einer Gesamtheit, aber nicht wie die öffentliche Gesundheitspflege das Glied einer politischen oder territorialen Einheit, den Bürger des Staates oder der Stadt, sondern das Glied der Gesellschaft, das Glied einer bestimmten wirtschaftlichen Gruppe, vor allem den Angehörigen einer bestimmten Klasse, der eben als solcher einer Reihe von seinen Gesundheitszustand beeinflussenden äußeren Einwirkungen, vor allem Gesundheitsschädigungen ausgesetzt ist, die ausschließlich, vorwiegend, in besonderer Stärke oder in eigenartiger Gestalt sich gerade in seiner sozialen Schichte geltend machen, mit der wirtschaftlichen Lage dieser Schichte in engem Zusammenhange stehen.

Die Erforschung des Zusammenhanges zwischen den durch ihre soziale Lage bedingten Lebensverhältnissen einer Bevölkerungsschichte und ihrem Gesundheitszustande, die Erforschung des Zusammenhanges zwischen den in einer sozialen Schichte in besonderer Form oder besonderer Stärke sich geltend machenden Schädlichkeiten und den Gesundheitsverhältnissen dieser sozialen Schichte oder Klasse ist Aufgabe der sozialen Medizin.

So wie für die Entstehung und praktische Betätigung der öffentlichen Gesundheitspflege Voraussetzung ist das Vorhandensein umgrenzter staatlicher Gebilde, so ist auch Voraussetzung für Entstehen und Tätigkeit der sozialen Medizin das Vorhandensein verschiedener Klassen, die nicht nur durch ihre gesellschaftliche Funktion, sondern auch durch die Verschiedenheit der gesamten Lebenshaltung ihrer Angehörigen sich voneinander scheiden.

Die soziale Medizin hätte kein oder nur ein sehr beschränktes Feld für ihre Tätigkeit in einem Gebiete mit rein kleinbäuerlicher

oder kleingewerblicher Wirtschaft, in dem Arbeiter und Unternehmer, Ackerknecht und Besitzer in annähernd denselben äußeren Verhältnissen leben. Sehen wir von solchen Zeiten und Gebieten ab, so hat es immer verschiedene, auch in ihrer ganzen Lebenshaltung voneinander abweichende Klassen gegeben, auch immer eine Unterklasse, die ja vor allem das Studienobjekt sozialer Medizin bildet. Es ist demnach begreiflich, daß schon bei Schriftstellern der ältesten Zeiten sich Hinweise auf den Einfluß sozialer Verhältnisse finden.

Eine „soziale Medizin“ konnte aber erst dann entstehen, nachdem sowohl die Medizin selbst als auch die Volkswirtschaftslehre und die Statistik eine gewisse Höhe der Entwicklung erreicht hatten, vor allem erst dann, als die gegebenen wirtschaftlichen und kulturellen Verhältnisse die Möglichkeit geschaffen hatten, aus den theoretischen Erkenntnissen der sozialen Medizin auch praktische Folgerungen zu ziehen.

Die wirtschaftliche Entwicklung der letzten anderthalb Jahrhunderte hat nicht nur dadurch zum Entstehen der sozialen Medizin beigetragen, daß die Unterschiede in der Lebenshaltung der verschiedenen Klassen heute größer sind als sie wohl jemals waren, nicht nur dadurch, daß die Großindustrie durch die Anhäufung der industriellen Arbeiterklasse in den Städten hier eine große und homogene, für statistische Beobachtungen besonders geeignete Masse schuf, sondern besonders dadurch, daß infolge des durch die wirtschaftliche Entwicklung bedingten kulturellen Emporsteigens der Arbeiterklasse der einzelne Arbeiter überhaupt erst zum Objekt medizinisch gebildeter ärztlicher Fürsorge gemacht wurde — war doch am Ende des 18. Jahrhunderts die Zahl der Ärzte noch gering und die Masse der Bevölkerung auf Barbieri und Quacksalber angewiesen. Vor allem aber hat die wachsende Bedeutung der Arbeiterklasse sowohl an Zahl als auch an Einfluß die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit und der Staatsverwaltung auf den Gesundheitszustand dieser Klasse gelenkt und hat bewirkt, daß Vorschläge zur Verbesserung dieses Gesundheitszustandes Gehör fanden.

Es ist nur selbstverständlich, daß dort, wo die industrielle Entwicklung zuerst einsetzte, daß in England zuerst sich die Öffentlichkeit mit der gesundheitlichen Lage der Arbeiterschaft und den sozialen Ursachen derselben eindringlicher zu beschäftigen begann.

Mit dem Entstehen moderner Fabriksindustrie hatte die Kinderarbeit, die schon zur Zeit des Manufakturwesens eine gewisse Ausdehnung erlangt und in einzelnen Ländern (Österreich 1786) zu allerdings unwirksam gebliebenen Schutzbestimmungen geführt hatte, einen ungeheuren Umfang angenommen und es entwickelten sich Zustände, deren Schilderung uns heute mit Grauen erfüllt. In Manchester nahm sich der Board of health unter Leitung Dr. Percivals dieser Fabrikskinder an und sein Bericht über den schrecklichen Gesundheitszustand dieser Kinder gab Veranlassung zum Entstehen des ersten englischen Fabrikgesetzes „The Moral and Health Act“ (1802). Das Gesetz aber erwies sich als wirkungslos und die schrecklichen Folgen rücksichtslosester Ausnützung vor allem kindlicher und weiblicher Arbeitskraft für den Gesundheitszustand der Arbeiterklasse beschäftigten während der ganzen ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts die englische Öffentlichkeit und das Parlament. Regierungskommissionen haben in den Jahren 1816, 1832, mit besonderer Gründlichkeit aber 1841 bis 1843 die Lage der in den Fabriken beschäftigten Kinder studiert.

Schon bei diesen Erhebungen war man natürlich genötigt, auch die Verhältnisse der gesamten Arbeiterschaft — nicht nur der Kinder — in Betracht zu ziehen. Inzwischen war eine größere Anzahl von Schriften erschienen, die sich mit der sozialen, daneben aber auch mit der gesundheitlichen Lage der englischen Arbeiterschaft oder einzelner ihrer Gruppen beschäftigten — als erste derartige ins Deutsche übersetzte Schrift sei hier das etwas später erschienene Buch Engels (1845) erwähnt —, aber auch Schriften von Ärzten, Dr. Kay (1832), Dr. Allison (1840), die hauptsächlich den Gesundheitszustand der Fabrikarbeiter zum Gegenstand ihrer Untersuchungen machten. Im Jahre 1839 überreichte das Zentralarmenamt dem Ministerium drei ärztliche Memoranden über den beunruhigenden Gesundheitszustand der armen Klassen in gewissen Bezirken der Hauptstadt und im Jahre 1842 einen ausführlichen Bericht über die gesundheitliche Lage der arbeitenden Klassen in England.

Vor allem die Protokolle der erwähnten Kommissionen, ihre Berichte sowie die Berichte der erwähnten Behörden (daneben die anderen genannten Schriften) enthalten die ersten umfassenderen Untersuchungen über die Wirkung sozialer Verhältnisse auf Gesundheit und Krankheit, sie sind — wenn wir von den

später zu erwähnenden Schriften über Berufskrankheiten absehen — die ersten größeren Schriften auf dem Gebiete der sozialen Medizin.

In den Zwanziger- und Dreißigerjahren des 19. Jahrhunderts begann man auch in Deutschland und Frankreich, so wie es um die Jahrhundertwende in England geschehen war, einzelnen Fragen gesundheitlichen Arbeiterschutzes, zunächst der Kinderarbeit, erhöhte Aufmerksamkeit zuzuwenden.

Um dieselbe Zeit haben französische und deutsche Statistiker (Villermé, Casper) es versucht, Untersuchungen über die Unterschiede der Sterblichkeit bei Armen und Reichen anzustellen.

Unter den deutschen Ärzten war es vor allem Virchow, der — nachdem S. Neumann in einer 1843 erschienenen Broschüre zuerst von sozialer Medizin gesprochen — 1848 und dann noch wiederholt und in nachdrücklichster Weise, besonders in der von ihm gegründeten „Medizinischen Reform“ auf den engen Zusammenhang zwischen sozialen und gesundheitlichen Verhältnissen hingewiesen, das Studium und die Berücksichtigung dieser Zusammenhänge gefordert hat.

\*

Wie läßt sich nun die Einwirkung sozialer Zustände auf den Gesundheitszustand feststellen? Zunächst schon durch einfache direkte Beobachtung. Wenn z. B. eine große Zahl von Beobachtern über die schlechte körperliche und geistige Entwicklung jener Kinder, die frühzeitig zur Erwerbsarbeit angehalten werden, berichten, so wird daraus wohl ohneweiteres die Schädlichkeit der Erwerbsarbeit im Kindesalter hervorgehen und ist diese Tatsache wohl als zweifellos richtig anzusehen. Immer aber werden — soweit es sich um Verhältnisse handelt, bei der große Massen der Bevölkerung in Betracht kommen — durch direkte Beobachtung nur gewisse, ganz elementare Kenntnisse von Dingen, die, ich möchte fast sagen, meist schon a priori klar sind, gewonnen werden können und auch diese Erkenntnisse nur in ganz groben Umrissen. Der subjektiven Auffassung oder Voreingenommenheit des oder der Beobachter ist bei dieser nur im Kopfe des einzelnen vor sich gehenden Zusammenfassung von Einzelbeobachtungen ein gewisser Spielraum gelassen. Eine wissenschaft-

liche exakte Erfassung der gesundheitlichen Verhältnisse einer ganzen Klasse aber ist — wie ja die Erfassung aller Massenerscheinungen — nur möglich mit Hilfe der Statistik. Nur durch korrekte Verarbeitung des vorhandenen oder eigens für unsere Zwecke gewonnenen Materials, nach den Methoden der wissenschaftlichen Statistik können wir der Erkenntnis von der Wechselwirkung sozialer und gesundheitlicher Verhältnisse nahekommen.

Als Material dienen uns vor allem die staatlichen und städtischen Ausweise über Geburten, Todesfälle und Todesursachen, die im Verein mit den Ergebnissen der Volkszählung uns die ja vielfach benützte Möglichkeit geben, durch entsprechende statistische Verarbeitung wichtige Wechselbeziehungen zwischen sozialer Lage und gesundheitlichen Verhältnissen festzustellen. Ferner dienen uns als wichtigstes Material für das Studium der Morbidität vieler Arbeitergruppen die Statistiken der Krankenkassen. Es sei hier erwähnt, daß bereits im Jahre 1825 O l i f a n t das Material der englischen Krankenkassen, das in einzelnen Fällen bis 1751 zurückreichte, verarbeitet hat. — Auch das Material der Lebensversicherungsanstalten kann uns Aufschluß über einzelne uns interessierende Fragen geben.

Bemerkt sei hiebei, daß, wenn wir uns auch hier der Methoden und des Materials der medizinischen Statistik bedienen, wir diese letztere doch nur innerhalb bestimmter Grenzen benützen, während die medizinische Statistik selbst ein bei weitem größeres Gebiet umfaßt und sich mannigfache andere Ziele und Aufgaben gestellt hat.

Unter Umständen kann die Erkrankungshäufigkeit bestimmter Volksschichten auch durch M a s s e n u n t e r s u c h u n g e n in vivo oder mortuo festgestellt werden. Ich verweise nur auf die Ergebnisse der probatorischen Tuberkulinimpfung und die Bereicherung unserer Kenntnisse durch die in großer Zahl durchgeführten genauen Sektionen. Auf die Schwierigkeiten, die sich bei Verarbeitung all dieses Materials, ganz besonders aber bei der Erfassung der Erkrankungshäufigkeit ergeben, auf die mannigfachen hiebei zu berücksichtigenden Fehlerquellen will ich hier nicht weiter eingehen, ich will nur betonen, daß, um nicht zu Fehlschlüssen zu gelangen, neben der exakten statistischen Verarbeitung des Materials noch eine genaue Kenntnis des Wesens der Krankheit,

außerdem aber noch eine genaue Kenntnis der sozialen Verhältnisse notwendig ist.

Schließlich sei noch darauf hingewiesen, daß die Erkenntnis des Zusammenhanges zwischen Erkrankungshäufigkeit und sozialer Lage fruchtbar auch für die Pathologie selbst sein kann. Die Erkenntnis der Pathologie der Tuberkulose ist wesentlich gefördert worden durch die Kenntnis der Tuberkulosemortalität in den verschiedenen Klassen und Berufen und in geistvoller Weise hat Rosenfeld versucht, aus der Verbreitung akuter Infektionskrankheiten in bestimmten Bevölkerungsschichten Schlüsse auf die Eigenschaften ihrer noch unbekanntem Erreger zu ziehen.

\*

Haben wir so die verschiedene Mortalität und Morbidität sowohl im allgemeinen, als auch die an bestimmten Krankheiten in verschiedenen sozialen Schichten festgestellt, so ist die theoretische Erkenntnis des engen Zusammenhanges zwischen Gesundheitsverhältnissen und der sozialen Lage an sich schon nützlich. Denn auf dieser Erkenntnis fußend, werden wir vor manchen nicht gerade selten gemachten Irrtümern uns bewahren können. Wenn wir sehen, wie die Tuberkulose aufs engste mit den sozialen Verhältnissen zusammenhängt, dann werden wir uns hüten, eine Abnahme der Tuberkulosesterblichkeit, die in eine Zeit wirtschaftlichen Aufschwunges, vor allem in eine Zeit des Emporsteigens der unteren Klassen fällt, ohne nähere Untersuchung auf irgendwelche kleine Mittel, auf irgendwelche Einrichtungen zurückzuführen, die gerade zu dieser Zeit „zur Bekämpfung der Tuberkulose“ getroffen worden. Dann aber wird uns die gewonnene Erkenntnis auch lehren, daß alles, was dazu beiträgt, die großen Massen des Volkes wirtschaftlich zu heben, auch ihre Gesundheitsverhältnisse verbessert und so auch von großem Nutzen ist für Staat und Nation.

Für die eigentlichen Ziele, für die praktischen Zwecke sozialer Medizin aber ist mit der allgemeinen Erkenntnis von dem Zusammenhang gesundheitlicher und sozialer Verhältnisse noch wenig getan. Unsere Aufgabe ist ja mit der Gewinnung dieser Erkenntnis noch keineswegs erschöpft, unser Ziel muß vielmehr sein, auf Grund der gewon-

nenen Erkenntnis zur Abstellung der ermittelten Übelstände, zur Hebung des Gesundheitszustandes beizutragen. Deshalb müssen wir weiter gehen und müssen versuchen, den vagen Begriff „soziale Lage“ in seine einzelnen Komponenten zu zerlegen. Wir müssen versuchen festzustellen, auf welche spezielle Ursachen die auffallend hohe Sterblichkeit, die auffallende Häufigkeit einer bestimmten Erkrankung in einer sozialen Schichte zurückzuführen, auf welche sie in erster Linie zurückzuführen ist, oder — wenn dies nicht möglich — welche von den vielen nach gleicher Richtung wirkenden Ursachen für ein direktes Eingreifen besonders günstige Aussichten zu bieten scheint. Wenn wir die Quellen des Übels aufgedeckt, dann müssen wir versuchen, Mittel und Wege anzugeben, um dem Übel zu steuern.

Nehmen wir als Beispiel die Säuglingssterblichkeit: Wenn im ersten Wiener Gemeindebezirk 9'9%, im zehnten Bezirk 29'1% der Lebendgeborenen im ersten Lebensjahre sterben (1900), so zeigt dies wohl aufs deutlichste, in welchem Umfange die Säuglingssterblichkeit durch soziales Elend beeinflußt wird. Welche Teilerscheinungen dieses Komplexbegriffes „soziales Elend“ ist es, die in erster Linie an der hohen Säuglingssterblichkeit schuld trägt? Wenn durch Untersuchungen in deutschen Städten festgestellt wurde, daß die Sterblichkeit der an der Brust genährten Kinder in der armen Bevölkerung nur um ein Geringes höher ist als bei der wohlhabenden Bevölkerung, z. B. in Barmen 7'7% gegen 6'4%, die Differenzen bei den künstlich genährten Kindern aber ungeheure sind, 31'6% gegen 12'5%, dann werden wir, da uns noch außerdem die große Häufigkeit der künstlichen Ernährung in allen Schichten der Bevölkerung bekannt ist, zu dem Schlusse gelangen, daß zwar nicht die einzige, aber die Hauptquelle der hohen Säuglingsmortalität in den unteren Klassen in der künstlichen Ernährung zu suchen ist, oder vielmehr in der Schwierigkeit und Unvollkommenheit der künstlichen Ernährung in diesen Klassen. Woher rührt aber nun die Häufigkeit der künstlichen Ernährung? Sie wird durch mannigfache Umstände verschuldet: durch den Mangel an Einsicht über die Wichtigkeit der natürlichen Ernährung, durch wirtschaftliche Momente, die die Mütter zwingen, einer Berufsarbeit nachzugehen, schließlich auch durch die physische Unmöglichkeit zu stillen. Haben wir, nachdem wir so die Ursachen der Säug-

lingssterblichkeit im allgemeinen festgestellt, dann womöglich noch ermittelt, welcher dieser Ursachen die größte Bedeutung gerade in dem uns interessierenden Gebiete (Staat oder Stadt) zukommt, dann ist es unsere weitere Aufgabe, die Mittel zur Bekämpfung des Übels anzugeben. Die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit muß erfolgen: durch Belehrung über den Nutzen der natürlichen Ernährung, durch gesetzlichen Wöchnerinnen- und Mutterschutz, ferner — und zwar nur für jene Mütter, die aus zwingenden Gründen nicht zu stillen imstande sind — durch Erleichterung der künstlichen Ernährung der Kinder, durch Errichtung von Milchküchen, — sowie schließlich durch marktpolizeiliche Überwachung der gesamten Milchgewinnung und des Milchhandels.

Die Mittel, die in Anwendung gebracht werden müssen, sind also mannigfacher Natur, rein sanitärer sowohl als auch sozialer. — Häufig besteht das Wesen des zu lösenden Problems darin, Mittel und Wege anzugeben, wie den Forderungen der Individualhygiene auch in den unteren Schichten der Bevölkerung Geltung verschafft werden kann (nach Grotjahn: normativer Teil der „sozialen Hygiene“). Gerade bei Namhaftmachung und Anwendung dieser Mittel aber bedarf es nicht nur genauer Kenntnis des zu bekämpfenden Übels, sondern auch genauer Kenntnis der sozialen Verhältnisse, der sozialen Gesetzgebung des In- und Auslandes, der Kenntnis der bei uns und anderwärts gemachten Versuche und Erfahrungen.

Nicht immer aber ist es möglich, bis zur Erkenntnis der Grundursachen eines Übels vorzudringen; selbst wenn dies gelungen, nicht immer möglich, einen Weg anzugeben, der zu einem wenigstens teilweisen, aber immerhin nennenswerten Erfolg führen könnte. Oftmals auch ist dieser Weg allzu abseits vom Tätigkeitsgebiete des Arztes — ich verweise nur auf die Mittel zur Verbesserung der Wohnungsverhältnisse — und der Arzt muß sich dann damit begnügen, nur die Richtung des einzuschlagenden Weges anzugeben. Das praktische Leben hat auch häufig nicht Zeit zu warten, bis der Theoretiker mit seinen Untersuchungen zu Ende gekommen; der Praktiker greift dort zu, wo er ein Feld für seine Tätigkeit gefunden zu haben glaubt. Häufig trifft er das Richtige; ich verweise nur auf die Seehospize und die Ferienkolonien; manchmal irrt er. Mag der Versuch

zur Abhilfe aber nun der Intuition des Praktikers oder den Erwägungen des Theoretikers entsprungen sein, immer ist es Aufgabe der sozialen Medizin, Kritik zu üben an den Leistungen und der Leistungsfähigkeit der angewandten Mittel. Immer aber muß diese Kritik geübt werden vom Standpunkte der sozialen Medizin, immer muß untersucht werden, wie diese Mittel einwirken auf die unser Betrachtungsobjekt bildenden Massenerscheinungen, nicht wie sie auf den einzelnen einwirken. So ist die Lungenheilstätte gewiß für den einzelnen, der in ihr verpflegt wird, von Nutzen, sie ist voll anzuerkennen vom rein humanitären Standpunkte, ob ihr aber auch ein ebensolcher Wert zukommt bei der Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit — das erscheint in hohem Grade fraglich.

Hinzugefügt sei hier noch, daß die soziale Medizin sich stets vor allem mit der gesundheitlichen Lage der unteren Klassen wird beschäftigen müssen, weil ja in diesen Bevölkerungsschichten die durch die soziale Lage bedingten Schädlichkeiten sich besonders geltend machen; und von den unteren Klassen wird es vor allem die industrielle Arbeiterschaft sein, der wir unsere Aufmerksamkeit zuwenden müssen, weil diese weit mehr Schädlichkeiten ausgesetzt ist als die ländliche Arbeiterschaft. Aber auch mit den Erkrankungen ackerbau-treibender Volksschichten werden wir uns zu beschäftigen haben; ich verweise nur auf die Pellagra, die immer dort auftritt, wo eine bäuerliche, Mais bauende Bevölkerung in Not gerät. Nicht immer auch sind es die unteren Klassen, die unsere Aufmerksamkeit auf sich lenken: die Geschlechtskrankheiten sind unter der Mittelklasse weit verbreiteter als unter den unteren und vielleicht auch oberen Klassen der Bevölkerung. Schließlich kann ein und dieselbe Erscheinung, zum Beispiel der Alkoholismus, unter den verschiedenen Klassen der Bevölkerung auf ganz verschiedene Ursachen zurückzuführen sein.

\*

Wir haben im vorstehenden stets von den Schädigungen gesprochen, denen der einzelne als Angehöriger einer bestimmten sozialen Schichte, als Angehöriger seiner Klasse ausgesetzt ist. Als Glied der Gesellschaft ist der einzelne aber nicht nur den

Einflüssen, die aus seiner Klassenzugehörigkeit, sondern auch denen, die aus seiner Zugehörigkeit zu einem bestimmten Berufe sich ergeben, den Folgen seiner Berufstätigkeit ausgesetzt. Auch die Erforschung des Zusammenhanges zwischen den beruflichen und gesundheitlichen Verhältnissen, die Erforschung der Gesundheitsverhältnisse der einzelnen Berufsgruppen ist Aufgabe der sozialen Medizin.

Den Berufsschädlichkeiten hat sich die Aufmerksamkeit viel früher zugewandt als den Schädlichkeiten, die sozialen Verhältnissen entspringen. Lange bevor die gesundheitliche Lage großer Bevölkerungsschichten zum Gegenstand wissenschaftlichen Studiums wurde, haben sich einzelne Autoren bemüht, den Einfluß des Berufes auf den Gesundheitszustand festzustellen und in noch viel früherer Zeit haben Ärzte auf bestimmten Berufen eigentümliche Erkrankungen hingewiesen und solche Erkrankungen geschildert.

Fraglich ist es zwar, ob man im Altertum den Soldatenberuf eigentlich als „Beruf“ aufzufassen berechtigt ist, doch mag hier erwähnt werden, daß es schon zu Zeiten des Hippokrates eine militärmedizinische Literatur gab. Schon Lykurgus spricht von der Anstellung von Feldärzten. Den ersten Hinweis auf spezifische gewerbliche Erkrankungen finden wir ebenfalls schon bei Hippokrates, der über die Bleikolik der Hüttenarbeiter berichtet. Nach dem Stillstand oder vielmehr Rückschritt, den das Mittelalter für die Medizin bedeutet, war Stockhausen (1656) der erste, der über eine gewerbliche Erkrankung, die „Hüttenkatze“, die Bleivergiftung der Hüttenarbeiter, berichtet; Ramazzini ließ im Jahre 1700 sein berühmtes Buch über die Krankheiten der Handwerker (*De morbis artificum diatriba*) erscheinen, das durch mehr als anderthalb Jahrhunderte die Hauptquelle des Wissens auf diesem Gebiete blieb.

Auch statistisch suchte man bereits früh der Frage der Berufsmorbidität nahe zu treten. Deparcieux beschäftigte sich 1746 mit der Sterblichkeit der Mönche und Nonnen, wobei es ihm allerdings vor allem darum zu tun war, überhaupt Sterbetafeln (nicht die eines bestimmten Berufes) zu gewinnen, während Süßmilch (1761) sich bereits mit klarem Bewußtsein des Zweckes bemühte, Beobachtungen über die Sterblichkeit eines bestimmten Berufes (der Seeleute) zusammenzutragen.

Im zweiten Drittel des vergangenen Jahrhunderts wandte man sich mit besonderem Eifer diesen Fragen zu, obwohl das statistische Material noch viel zu unzureichend war, um sichere Schlüsse zu gestatten; vor allem betätigten sich auf diesem Gebiete die Engländer, aber auch Deutsche wie Neufville und Escherich.

Heute liefern uns besonders die Krankenkassen, vor allem die großstädtischen, reiches statistisches Material über Berufsmortalität und Berufsmorbidität. Aber auch hier gilt das bereits über die Erfassung sozialer Einflüsse Gesagte: Es genügt nicht eine rein statistische Verarbeitung des Materials; um aus der Statistik Schlüsse ziehen zu können, bedarf es genauer Kenntnisse der Arbeitsverhältnisse und Arbeitsbedingungen in den einzelnen Berufen. Nur diese ermöglichen es uns, Fehler zu vermeiden und die rechnerisch ermittelten Daten richtig zu deuten. Wenn wir z. B. sehen, daß unter den Bäckern in Wien der Tripper sechsmal so häufig zu Erkrankungen mit Erwerbsunfähigkeit führt als unter den übrigen männlichen Mitgliedern der Krankenkassen, während die Zahl der Trippererkrankungen mit Erwerbsfähigkeit etwas geringer ist als bei diesen, so werden wir die Bedeutung dieser Zahlenangaben uns nur dann erklären können, wenn uns bekannt ist, daß ein Erlaß des Wiener Magistrats die Beschäftigung von mit Hautausschlägen oder ansteckenden Krankheiten Behafteten (also auch von Tripperkranken) in allen Nahrungsmittelgewerben verbietet. Wenn wir aber dann weiter sehen, daß bei den Zuckerbäckern, für die derselbe Erlaß Geltung hat, Erkrankungen an Tripper mit Erwerbsunfähigkeit zwar dreimal so häufig als bei den übrigen männlichen Kassenmitgliedern, aber nur halb so häufig als bei den Bäckern sind, dann erst werden wir sagen können, daß bei den Bäckern doch gewisse Momente wirksam sein müssen, die zu einer besonderen Häufigkeit der Geschlechtskrankheiten führen. Als solche Momente werden wir die gewerbliche Nachtarbeit, die Arbeit bei hoher Temperatur bezeichnen können. Wenn wir aber sehen, daß auch Hautkrankheiten öfters bei den Bäckern zu Erwerbsunfähigkeit führen als bei den Zuckerbäckern, so werden wir die Erklärung hierfür darin finden, daß die Bäcker ihre Arbeit meist halb nackt verrichten, die Zuckerbäcker aber bekleidet, so daß bei den ersteren die Hautkrankheiten rascher und in

größerer Zahl zur Kenntnis der Mitarbeiter und Meister gelangen.

Die Schädlichkeiten, die mit der Berufstätigkeit verbunden sind, verursachen aber nicht nur die besondere Häufigkeit auch sonst vorkommender Erkrankungen unter den Angehörigen bestimmter Berufe; eigenartige Schädlichkeiten eines Berufes führen auch zu eigenartigen Erkrankungen, die nicht oder nur selten anderwärts beobachtet werden. Diese Erkrankungen hängen oft so enge mit dem Berufe zusammen, daß nicht nur ihre Entstehung, sondern selbst die Erscheinungsform, unter der sie auftreten (z. B. Lokalisation einer Bleilähmung), von der Berufstätigkeit beeinflußt wird. Auch das Studium dieser Krankheiten fällt in das Gebiet der sozialen Medizin, die hier enge an die klinische Medizin und die Toxikologie grenzt.

Aber auch beim Studium des Einflusses, den die Berufstätigkeit auf die Gesundheit ausübt, ist es mit der Konstatierung der Erkrankungshäufigkeit, mit der Konstatierung des Auftretens bestimmter Erkrankungen nicht getan. Wir müssen zu ermitteln suchen, warum die Erkrankungshäufigkeit in einem bestimmten Berufe besonders groß ist, wodurch sie, sowie wodurch das Auftreten bestimmter Erkrankungen veranlaßt wird, und wenn wir so die Ursachen erkannt, müssen wir angeben, wie Abhilfe geschaffen werden kann. Dazu ist aber notwendig genaue Kenntnis der beruflichen Verhältnisse, Kenntnisse auf dem Gebiete der Gewerbehygiene, Kenntnis der Arbeiterschutz-Gesetzgebung der verschiedenen Länder.

\*

Bisher sind wir fast stets von den Krankheitserscheinungen, und zwar meist von gut umschriebenen, statistisch erfaßbaren Krankheitserscheinungen ausgegangen und haben es als Aufgabe der sozialen Medizin bezeichnet, den Zusammenhang zwischen diesen und den sozialen und beruflichen Verhältnissen zu erforschen und die Mittel zur Behebung der sanitären Mißstände anzugeben. Wir können aber auch versuchen, von bestimmten schädigenden Einflüssen, wie sie häufig mit bestimmten sozialen oder beruflichen Verhältnissen verknüpft sind, ausgehend, die Wirkung dieser Einflüsse auf den Organismus zu erforschen. Besonders dann, wenn die Gesundheitsstörungen, die aus ihrer

Wirkung resultieren, statistisch nur unvollkommen erfaßbar sind, z. B. wegen Schwierigkeit oder Unsicherheit der Diagnose, werden wir diesen Weg einschlagen müssen. Dieser Weg gibt uns aber auch die auf andere Weise oft kaum zu gewinnende Möglichkeit, einzelne schädigende Einflüsse herauszuheben, festzustellen, welche Organe in erster Linie durch sie betroffen werden, und den feineren Mechanismus der Wirkung dieser Schädlichkeiten auf den Organismus zu erforschen. Gerade nach dieser letzteren Richtung hin weisen unsere Kenntnisse noch viele Lücken auf; wir wissen z. B. noch nichts Näheres darüber, in welcher Weise die Nacharbeit, die Arbeit in heißen und feuchten Räumen u. a. auf den Organismus schädigend einwirken, wir wissen zwar, daß sie schädlich wirken, wir wissen aber nichts Genaueres darüber, welche Organe zunächst und in welcher Weise sie geschädigt werden. Hier können wir unsere Kenntnisse dadurch erweitern, daß wir Gruppen von Leuten, die in besonders hohem Maße einer bestimmten, uns bekannten Schädlichkeit ausgesetzt sind, mit unseren so verfeinerten klinischen Untersuchungsmethoden untersuchen und so feststellen, welche dauernden oder vorübergehenden Abweichungen vom Normalen durch diese Schädlichkeiten verursacht werden. Auch durch das Tierexperiment werden wir manchen Aufschluß erlangen können. Aber nicht nur von solchen pathologischen Vorgängen, auch von dem physiologischen Verlauf der Leistungsfähigkeit während der Arbeit, den Einfluß, den kürzere oder längere Pausen auf die Leistungsfähigkeit ausüben (ich verweise als Beispiel solcher Untersuchungen hier nur auf die interessanten Arbeiten *Kraepelins* und seiner Schüler sowie *Pieraccinis*), wissen wir noch recht wenig.

Solche Untersuchungen werden häufig ganz spezielle Kenntnisse, die Beherrschung einer speziellen Technik erfordern, die den Arbeitsmethoden der sozialen Medizin ferne liegt; deshalb wird es wohl weniger unsere Aufgabe sein, selbst solche Untersuchungen anzustellen, wir werden uns vielmehr meist darauf beschränken müssen, auf die zu lösenden Probleme hinzuweisen und anregend auf jene Zweige der Medizin zu wirken, in deren eigenstes Arbeitsgebiet solche Untersuchungen fallen und an die hier die soziale Medizin enge grenzt: die interne Medizin, die Neurologie und die experimentelle Pathologie. Anzugeben, wie aus der so gewonnenen theoretischen

Erkenntnis praktische Schlußfolgerungen gezogen werden können, dies ist dann Aufgabe der sozialen Medizin.

\*

Bereits oben habe ich darauf hingewiesen, daß das von der sozialen Medizin zu lösende Problem häufig darin besteht, Mittel und Wege anzugeben, wie den Forderungen der Individualhygiene in den weiten Schichten der Bevölkerung Geltung verschafft werden könne. Ein weiteres zu lösendes Problem ist es, wie auch die Errungenschaften der klinischen Medizin und Therapie am besten und vollkommensten den großen Massen der Bevölkerung, vor allem jenen zugänglich gemacht werden können, die nicht imstande sind, einzeln und aus eigener Kraft sie sich zu beschaffen. Die wichtigste Rolle kommt hierbei heute der Sozialversicherung zu. An der Ausgestaltung dieser Sozialversicherung mitzuarbeiten, durch die Betonung alles dessen, was für die gesundheitlichen Interessen der betreffenden Bevölkerungsschichte wichtig ist, — durch eine in diesem Sinne an den bestehenden Einrichtungen sowie an der geplanten Reform geübte Kritik dahin zu wirken, daß der Aufbau des gesamten Versicherungswesens und die einzelnen Detailbestimmungen des Versicherungsgesetzes so gestaltet werden, daß sie ihren Endzweck — die gesundheitliche Lage der Klassen, für die sie bestimmt sind, zu heben — aufs beste erfüllen, dies ist gerade im gegenwärtigen Augenblick eine der wichtigsten Aufgaben der sozialen Medizin.

Die Kranken-, Unfall- und Invaliditätsversicherung hat die medizinische Wissenschaft sowohl als auch den Arzt vor neue Aufgaben gestellt. Der Kranke, noch mehr aber der Verunfallte und der Invalide, sie wollen nicht nur behandelt, sie müssen auch begutachtet werden. Schon bei der Krankenversicherung hängt die Auszahlung des Krankengeldes davon ab, ob der Arzt den Kranken für erwerbsfähig hält oder nicht; bei der Unfallversicherung muß der Arzt bereits bei der Frage, ob eine bestimmte Erkrankung oder eine Verschlimmerung derselben auf einen bestimmten Unfall zurückzuführen sei, das entscheidende Wort sprechen, dann muß er den Grad der Einbuße an Erwerbsfähigkeit einschätzen. Auch in der Invalidenversicherung fällt dem Arzte meist das entscheidende Wort über die Zuerkennung der Rente zu.

Hatten früher nur einzelne Ärzte und nur in vereinzelt Fällen sich mit der Begutachtung zu beschäftigen, so haben nun fast alle Ärzte und in einer sehr großen Anzahl von Fällen Begutachtertätigkeit auszuüben und so hat diese weitgehende Bedeutung für die Ärzte selbst sowohl als auch für die Wissenschaft erlangt. Die Wissenschaft selbst hat durch die Begutachtertätigkeit eine gewaltige Bereicherung erfahren; sie wurde dazu gedrängt, die Aetiologie der Erkrankungen nach allen Richtungen hin zu studieren und dies hat nicht wenig dazu beigetragen, daß jene Anschauungen, die in dem Eindringen pathogener Bakterien in den Organismus das allein ausschlaggebende Moment sahen, rascher überwunden wurden. — Ein ganz neuer Zweig der Wissenschaft ist entstanden, die Unfallmedizin, als deren bedeutendsten Vertreter ich nur Thiem nennen möchte. Aber auch die Therapie hat aus der durch die Versicherungsgesetzgebung den Ärzten aufgedrängten neuen Betrachtungsweise Nutzen gezogen, und zwar speziell die Chirurgie, die dazu geführt wurde, gerade der Nachbehandlung chirurgisch Kranker besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden und als erstrebenswertes Endziel der Behandlung weniger mögliche anatomische Unversehrtheit der verletzten Teile, als mögliche Gebrauchsfähigkeit anzusehen.

Die Begutachtertätigkeit erfordert Kenntnisse, die dem praktischen Arzte fremd waren, die er an der Universität zu lernen keine Gelegenheit gehabt hatte. Je größer die Zahl der Versicherten, um so größer auch die Bedeutung aller dieser Fragen für den Arzt. So hat sich in Deutschland, dessen Unfallversicherung einen viel weiteren Kreis umfaßt als die Österreicher und das außerdem die Invalidenversicherung besitzt, bereits seit vielen Jahren das Bedürfnis nach Belehrung auf diesem Gebiete auf das dringendste fühlbar gemacht und auch bei uns wird sich dies Bedürfnis in stärkerer Weise als bisher fühlbar machen, wenn der Kreis der Versicherten und der Umfang der Versicherung infolge Gesetzgebung des jetzt vorliegenden Entwurfes über die Sozialversicherung ein größerer geworden sein wird. Die Erkenntnis der Lücken, die das Wissen des praktischen Arztes gerade nach diesen Richtungen hin aufweist, hat in Deutschland dazu geführt, daß an verschiedenen Orten freie Kurse über Begutachtertätigkeit veranstaltet und daß mit Recht an den Universitäten Lehrkanzeln und fünfständige obli-

gatorische Kollegien für die Belehrung in allen bei Handhabung der sozialen Versicherungsgesetze sich ergebenden medizinischen Fragen gefordert wurden.

Auch eine nicht geringe Anzahl von Büchern und Broschüren ist entstanden, deren Aufgabe und Zweck es ist, den Arzt bei seiner Tätigkeit im Dienste der sozialen Versicherung (eventuell der sozialen Fürsorge überhaupt) zu beraten, ihm die hierzu nötigen Kenntnisse zu vermitteln.

Und da geschah es, daß von mancher Seite — meist nicht aus Unkenntnis, sondern unter dem Ansturm der im praktischen Leben entstandenen Bedürfnisse — die Theorie über die Praxis vergessen wurde, daß man die Gesamtsumme der zur praktischen Tätigkeit des Arztes auf dem Gebiete sozialer Versicherung notwendigen Kenntnisse mit dem ja weit umfassenderen Namen „soziale Medizin“ bezeichnete, während die Bezeichnung „soziale Versicherungsmedizin“ bei weitem zutreffender erscheint.

Umfaßt die soziale Medizin aber auch mehr als diese Begutachtung für die Zwecke der sozialen Versicherung, so halten wir es doch für die wichtigste Aufgabe desjenigen, der soziale Medizin zu dozieren hat, Unterricht zu erteilen in sozialer Versicherungsmedizin, da diese für Studenten und für Ärzte von unmittelbarer praktischer Bedeutung ist. Aber auch die praktische Bedeutung der sozialen Medizin für Arzt und Student ist mit der sozialen Versicherungsmedizin keineswegs erschöpft. Vielmehr soll der Unterricht in sozialer Medizin das Interesse der Studenten und Ärzte, besonders derer, die künftig im Verwaltungsdienste stehen wollen, auf Gebiete lenken, denen die meisten von ihnen bisher — zum eigenen Schaden sowie zum Schaden der Sache — allzu fern standen. Dieser Unterricht soll den Arzt und Studenten auch unterstützen bei der Erwerbung jener Kenntnisse, die der Arzt zur Tätigkeit auf dem Gebiete der Gewerbeaufsicht, vor allem auch als künftiger Gewerbeinspektor benötigen wird.

\*

Durch Einführung der obligatorischen Krankenversicherung, mehr aber noch durch die Änderungen, die der soziale Aufbau der Gesellschaft erfahren, sind auch die materiellen Grundlagen des Ärztstandes und ist seine Stellung eine andere geworden.

Durch das teilweise Sinken des alten Mittelstandes der Kleinmeister und Kleinkaufleute, das Entstehen eines neuen Mittelstandes der Angestellten und Beamten, vor allem aber durch das Entstehen einer zahlreichen besitzlosen Klasse in den Städten haben sich die materiellen Grundlagen des ärztlichen Standes wesentlich verschoben; immer größer wird die Bedeutung, die die Arbeiterklasse und ihr Bedarf an ärztlicher Fürsorge für den Ärztestand gewinnt. Da aber dies Bedürfnis der Arbeiterklasse seine Befriedigung nur durch öffentlichrechtliche Einrichtungen, durch die Organe der Krankenversicherung finden kann, so erfährt damit die Stellung des einzelnen Arztes dem Kranken gegenüber und auch die Stellung des gesamten Ärztestandes eine wesentliche Änderung. Nicht steht der einzelne Arzt dem einzelnen Kranken gegenüber, sondern zwischen beide schiebt sich die Organisation der Patienten, die Krankenkasse. Der Arzt ist nicht mehr oder nicht ausschließlich Vertrauensmann des Kranken, sondern Vertrauensmann der Organe der staatlich geregelten Krankenversicherung.

Die Kräfte zu studieren, die umbildend auf die Stellung des Arztes einwirken, die vorhandenen Entwicklungstendenzen festzustellen, dabei auch zu untersuchen, wie weit es möglich, inwieweit es wünschenswert ist, innerhalb der Krankenversicherung das Verhältnis von Arzt zu Patienten so zu gestalten, wie es früher zwischen Privatarzt und Privatpatienten war — auch das ist Aufgabe der sozialen Medizin.

\*

Nachdem ich so versucht habe, in großen Zügen das Wissens- und Forschungsgebiet der sozialen Medizin zu schildern und zu umgrenzen, möchte ich all dies zusammenfassend sagen:

Die soziale Medizin ist das Grenzgebiet zwischen den medizinischen Wissenschaften und den Sozialwissenschaften. Sie hat die Einwirkung gegebener sozialer und beruflicher Verhältnisse auf die Gesundheitsverhältnisse festzustellen und anzugeben, wie durch Maßnahmen sanitärer oder sozialer Natur derartige schädigende Einwirkungen verhindert oder ihre Folgen nach Möglichkeit behoben oder gemildert werden können. Ihre Aufgabe

ist es auch, anzugeben, wie die Errungenschaften der individuellen Hygiene und der klinischen Medizin jenen zugänglich gemacht werden können, die einzeln und aus eigenen Mitteln nicht imstande sind, sich diese Errungenschaften zunutze zu machen. Sie hat den Ärzten das wissenschaftliche Rüstzeug zu liefern, dessen sie bei ihrer Tätigkeit auf dem Gebiete der sozialen Versicherung und der sozialen Fürsorge bedürfen. Auch die Wandlungen in der Stellung des Ärztestandes sowie die hier sich geltend machenden Entwicklungstendenzen hat sie zu studieren.

Das Gebiet, das ich hiemit zu umgrenzen versucht habe, ist zu groß, als daß ein einzelner es in allen seinen Teilgebieten bis in deren letzte Ausläufer bearbeiten könnte. Wo es eng an andere Gebiete grenzt, erfordert es — wie bereits dargelegt — Beherrschung von Untersuchungsmethoden, die dem Hauptgebiete fremd sind, erfordert es mannigfache spezialistische Kenntnisse und spezialistische Übung.

Deshalb will ich mich vor allem mit der Bitte um Unterstützung an alle jene Herren wenden, die Kliniken und Institute leiten, und an jene, die an Kliniken und Instituten arbeiten. Ich will sie bitten, ihre Aufmerksamkeit jenen Fragen ihres Faches zuzuwenden, deren Bearbeitung und Lösung auch der sozialen Medizin zugute kommt.

Ich will mich ferner mit der Bitte um Unterstützung an die Kassenärzte wenden, die, in stetem Kontakt mit den unbemittelten Schichten der Bevölkerung, über reiche praktische Erfahrung auf manchen Teilgebieten der sozialen Medizin verfügen.

Vor allem aber wende ich mich an die jungen Ärzte und Studenten. Welch praktische Bedeutung gerade für den künftigen Arzt die soziale Medizin hat, habe ich früher bereits dargelegt. Ich fordere sie aber nicht nur zur Erwerbung praktisch notwendiger Kenntnisse, sondern auch zu ernster wissenschaftlicher Mitarbeit auf; nicht zu dilettantischer Arbeit, Dilettanten und Dilettantismus gibt es gerade auf unserem Gebiete mehr als auf manchen anderen Gebieten. Gerade auf unserem Gebiete aber, das noch nicht so nach allen

Richtungen hin bearbeitet ist wie manch andere Zweige medizinischer Wissenschaft, tut ernste Arbeit not, ist noch viel notwendige Detailarbeit zu leisten. Wer hier mit ernstem Willen und Streben sich an die Arbeit macht, wird imstande sein, medizinisch Wertvolles, sozial Nützlichendes zu schaffen.

Man sagt, daß der junge Student, dem engen Bann des Gymnasiums und des Vaterhauses entflohen, einen förmlichen Hunger nach Wirklichkeit, nach Erkenntnis des wirklichen Lebens habe. Die soziale Medizin, die sich nicht nur mit dem Kranken, die sich auch mit dem gesunden Menschen beschäftigt, die den Gesunden beobachtet, wie er lebt, wie er arbeitet, wie er durch die Art seines Lebens und seiner Arbeit krank wird — sie läßt den, der sich mit ihr beschäftigt, Einblick gewinnen in das wirkliche Leben, in die Lebens- und Arbeitsverhältnisse der großen Masse des Volkes.

Denn die Lebens-, Arbeits- und Gesundheitsverhältnisse der großen Masse des Volkes — sie bilden das Hauptstudium der sozialen Medizin, an der Verbesserung dieser Verhältnisse mitzuarbeiten ist ihre Hauptaufgabe.

---