

HANDWÖRTERBUCH DER SOZIALEN HYGIENE

Herausgegeben

von

Dr. med. **A. GROTJAHN**

Berlin

und

Prof. Dr. med. **J. KAUP**

München

mit Beiträgen von

Dr. phil. W. ABELSDORFF, Ständiger Mitarbeiter im Kaiserlich Statistischen Amte, Berlin; Dr. L. ASCHER, Kreisarzt, Hammi. W.; Dr. A. BENDER, Gewerberat, Charlottenburg; Prof. Dr. med. K. BIESALSKI, Direktor u. leit. Arzt d. Berlin-Brandenb. Krüppel-Heil- und Erziehungs-Anstalt, Berlin-Zehlendorf; Prof. Dr. med. A. BLASCHKO, Berlin; Dr. med. AGNES BLUHM, Berlin; Privatdozent Dr. med. O. BREZINA, Wien; Dr. med. E. BURKARD, Graz; Dr. phil. W. CLAASSEN, Waidmannslust b. Berlin; Dr. A. CRZELITZER, Augenarzt, Berlin; Dr. F. CURSCHMANN, Fabrikarzt, Greppinwerke; Prof. Dr. med. DANNEMANN, Gießen; Dr. EFFLER, Ziehkinderarzt, Danzig; Dr. med. H. L. EISENSTADT, Berlin; Medizinalrat Dr. med. F. C. R. ESCHLE, Sinsheim a. E.; Dr. med. A. FISCHER, Karlsruhe i. B.; Prof. Dr. med. G. FISCHER, Gießen; Dr. med. G. FREY, Kreisarzt, Tarnowitz O.-Schl.; Prof. Dr. med. GASTPAR, Stadtarzt, Stuttgart; Sanitätsrat Dr. med. A. GOTTSTEIN, Stadtrat, Charlottenburg; Dr. med. H. GROS, Königl. Bezirksarzt, Schwabmünchen; Dr. med. A. GRÖTH, München; Dr. med. HAEBERLIN, Zürich; Prof. Dr. med. M. HAHN, Freiburg i. Br.; Dr. med. C. HAMBURGER, Augenarzt, Berlin; Dr. med. W. HANAUER, Frankfurt a. M.; Ingenieur K. HAUCK k. k. Gewerbeinspektor, Wien; Dr. med. HILLENBERG, Kreisarzt, Zeitz; Dr. med. Th. HOFFA, Barmen; Dr. med. A. HOLITSCHER, Pirkenhammer b. Karlsbad; Dr. med. HOLTZMANN, Großherzogl. Gewerbeinspektor, Karlsruhe i. B.; k. k. Hofrat Prof. Dr. med. et phil. HÜEPPE, Dresden; Prof. Dr. med. A. KELLER, Berlin; Prof. Dr. med. K. KISSKALT, Königsberg i. Pr.; Dr. med. KLUGE, Direktor der Brandenburgischen Provinzialanstalt für Epileptische, Potsdam; Prof. Dr. CHR. J. KLUMKER, Frankfurt a. M.; Chefarzt Dr. B. KÖHLER, Heilstätte Holsterhausen-Werden (Ruhr); Dr. med. F. KOELSCH, Kgl. bayr. Landesgewerbe-arzt, München; Sanitätsrat Dr. med. B. LAQUER, Wiesbaden; Prof. Dr. P. MAYET, Kaiserlicher Geheimer Regierungsrat, Berlin; Dr. R. MEERWARTH, Ständiger Mitarbeiter im Kaiserlich Statistischen Amt, Berlin; Sanitätsrat Dr. med. ALBERT MOLL, Berlin; Ober-arzt Dr. med. O. MÖNKEMÖLLER, Hildesheim; Dr. med. O. NEUGEBAUER, Wien; Privatdozent Dr. med. M. OPPENHEIM, Wien; Ohrenarzt Dr. med. A. PEYSER, Charlottenburg; Dr. med. F. PERUTZ, München; M. POCHHAMMER, Berlin; Sanitäts- rat Dr. med. F. PRINZING, Ulm a. D.; Dr. med. E. ROESLE, Dresden; H. SAMTER, Stadtrat, Charlottenburg; Dr. med. HELENE FRIEDERIKE STELZNER, Charlottenburg; Dr. med. P. STREFFER, Leipzig; Dr. SYRUP, Gewerbeinspektor, Gleiwitz; Privat- dozent Dr. med. L. TELEKY, Wien; Kinderarzt Dr. med. TUGENDREICH, Leiter der städt. Säuglingsfürsorgestelle V, Berlin; Sanitätsrat Dr. med. W. WEINBERG, Stuttgart; Privatdozent Dr. med. WILMANN, Tübingen; Dr. med. A. WÜRTZ, Dirig. Arzt der Säuglingsheilstätte, Straßburg i. E.; Privatdozent Dr. W. ZIMMERMANN, Berlin-Wilmersdorf.

Band II.

L—Z

Mit 194, teils mehrfarbigen, Abbildungen, 4 Tafeln und 2 Übersichtskarten



Leipzig

Verlag von F. C. W. Vogel

1912



a. O.“ (Letzter Bericht Nr. 55, Haus der Abgeordneten. 21. Legislaturperiode V. Session 1912). Ferner: „Denkschrift über die Moorkultur und die Moorbesiedlung in Preußen“. (Letzter Bericht Nr. 56 ebenfalls 21. Leg., V. Session 1912.)

W. Abelsdorff.

Skorbut.

Der Scharbock, ist eine bald epidemisch, bald vereinzelt auftretende Erkrankung, welche zu den hämorrhagischen Diathesen gehört. Sie ist gekennzeichnet durch allmählichen, langsamen Beginn, das Auftreten von Blutungen in Haut und Schleimhäuten, namentlich des Zahnfleisches, an welche sich sekundäre Krankheitsvorgänge anschließen können, sowie durch innere Blutungen. Der Ausgang und die Dauer hängen von der Schwere der Krankheitserscheinungen, sowie von der Fortdauer der Krankheitsursachen ab.

Man führt die Krankheit auf ausschließliche oder überwiegende Ernährung mit konserviertem, namentlich mit Salz behandeltem Fleisch zurück; ob aber hier die einförmige salzhaltige Kost oder sich abspaltende Eiweißgifte oder infektiöse Substanzen die Krankheit erzeugen, steht noch nicht fest. Jedenfalls spielte der Skorbut in den Städten des Mittelalters, in denen Fleischkost im Winter fast ausschließlich auf den am Martinstag geschlachteten Viehstand sich beschränkte, sowie auf den Segelschiffen eine verheerende Rolle. Gegenwärtig ist es eine seltene, mildere und durch Veränderung der Kost, sowie durch medikamentöse Behandlung verhältnismäßig leicht zu beseitigende Erkrankung. Ursächlich verwandt ist ihr die Möller-Barlowsche Krankheit der mit überlange sterilisierter Milch während eines größeren Zeitraumes ernährten Säuglinge.

Literatur. A. Hirsch: *Historisch-geographische Pathologie und die klinischen Lehrbücher.*

A. Gottstein.

Soziale Hygiene (Definition).

Vgl. d. Art. „Soziale Medizin“, „Soziale Pathologie“, „Entartung“.

Das Ziel jeder Hygiene ist die Fernhaltung der den Körper schädigenden Einflüsse der Außenwelt und die Vervollkommnung der Körperkonstitution. Die Hygiene ist aber zunächst ihrem innersten Wesen nach ein T u n. Diese Praxis, die ihre psychologische Motivierung unmittelbar im Selbsterhaltungstrieb des Menschen findet, gründete sich seit Jahrtausenden auf eine naiv-empirische Erkenntnis der gesundheitsschädlichen und ge-

sundheitsförderlichen Einflüsse der Umgebung des Menschen. Erst spät wich diese rohe Empirie einer methodischen Betrachtungsweise, die erst in unseren Tagen als eine eigene wirtschaftliche Disziplin anerkannt wurde.

Die Hygiene gehört nicht zu den wissenschaftlichen Disziplinen, die ihr Gebiet nach der Beschaffenheit eines nur ihnen eigentümlichen Stoffes abgrenzen, wie z. B. die Physik, die Botanik, die Anatomie usw., sie ist in ihrem Wesen auch durchaus nicht durch eine eigentümliche Methode bestimmt, wie z. B. die Mathematik oder die Histologie, sondern sie wird ausschließlich durch eine prägnante Zielvorstellung gekennzeichnet, wie z. B. die Pharmazie durch das Bestreben, die Eigenschaften der verschiedensten Substanzen einzig unter dem Gesichtspunkte ihrer Verwertung zu Heilzwecken zu studieren. Derartige Wissenschaften sammeln einzelne Abschnitte aus den verschiedensten Disziplinen und kombinieren sie unter dem Gesichtspunkte eines praktischen Zweckes; so müssen, um bei dem Beispiel der Arzneimittellehre zu bleiben, hier Chemie, Botanik, Mineralogie, Physiologie und Pathologie die Bausteine liefern, aus denen sich die Arzneimittellehre als eigene Wissenschaft aufbaut. Wie hier liegt auch bei der Hygiene nicht das Verhältnis einer Wissenschaft zu ihren Hilfswissenschaften vor, sondern das ausschließliche Bestehen aus Elementen, die aus anderen Erkenntnisgebieten entlehnt sind. Die Hygiene als beschreibende und darstellende Wissenschaft ist so sehr abhängig von ihren Hilfswissenschaften, daß man ihre verschiedenen Unterabteilungen außer nach der besonderen Fragestellung auch danach charakterisieren kann, welche von den Hilfswissenschaften sie in erster Linie zur Beantwortung der Spezialfragen heranzieht.

Die große Abhängigkeit der Gesundheit von den elementaren Faktoren und der Nahrung hat zunächst dazu geführt, die hygienischen Beziehungen der Luft, des Wassers, des Bodens, des Klimas, der Wohnung und der Nahrungsmittel eingehend zu studieren. Physik, Chemie und Bakteriologie kommen hier als Hilfswissenschaften in erster Linie in Frage. Wie verschiedenartig sie auch sind, sie haben doch alle außer der selbstverständlichen Beziehung auf die hygienische Zweckidee miteinander gemein; daß sie auf die biologischen Qualitäten des Menschen und nur auf diese bezogen werden. Die Kenntnis der elementaren Faktoren, der Wohnungsweise und der Bekleidungsart, der Nahrungsmittel und der Bakterienwelt wird nur insoweit angestrebt, als sie auf die Veränderungen der anatomischen, physiologischen und pathologischen Zustände des menschlichen Körpers Bezug hat. In der für die biologischen Wissenschaften charakteristischen Weise werden bei diesem Kalkül die Individuen entweder als gleichartig angenommen, oder wenn

eine Differenzierung überhaupt stattfindet, eine solche nur nach Alter, Geschlecht, Konstitution — also jedenfalls nach biologischen Eigenschaften vorgenommen. Mit Fug und Recht kann man daher diese Betrachtungsweise der hygienischen Wissenschaft als biologische Hygiene bezeichnen. Will man zum Ausdruck bringen, daß bei ihren Erörterungen die Eigenschaften auch der unbelebten Natur in Anlehnung an Physik, Chemie und Meteorologie vom hygienischen Gesichtspunkte aus behandelt werden müssen, so kann man dieses ganze Gebiet als physikalisch-biologische Hygiene bezeichnen und sie damit scharf gegen die soziale Hygiene abgrenzen. Soweit die Hygiene eine Naturwissenschaft ist — und das sie dieses in erster Linie sein muß, wird niemand bestreiten, — kann sie von den gesellschaftlichen Gebilden und Zuständen, in denen die Menschen leben, abstrahieren.

Damit kann sich aber die wissenschaftliche Hygiene unmöglich begnügen.

Der Mensch hat es verstanden, sich von dem unmittelbaren Einflusse der Natur unabhängig zu machen. Zwischen ihm und der Natur steht die Kultur, und diese ist gebunden an die gesellschaftlichen Gebilde, in denen allein der Mensch wirklich Mensch sein kann, an Horde, Stamm, Familie, Sippe, Gemeinde, Staat, Volk und Rasse mit ihren historisch und geographisch so überaus verschiedenen Wirtschaftsformen, der Natural- und Geldwirtschaft, der Haus-, Stadt-, Volks- und Weltwirtschaft. Die Hygiene muß daher auch die Einwirkungen dieser gesellschaftlichen Verhältnisse und der sozialen Milieus, in dem die Menschen geboren werden, leben, arbeiten, genießen, sich fortpflanzen und sterben, eingehend studieren.

Sie wird damit zur sozialen Hygiene, die der physikalisch-biologischen Hygiene als notwendige Ergänzung zur Seite tritt.

Das Zusammenwirken von sozialer und physikalisch-biologischer Hygiene zur erschöpfenden Erkenntnis der dem menschlichen Körper schädlichen und förderlichen Einflüsse wird besonders klar, wenn man die einzelnen Richtungen, in denen sich die Forschung bewegen muß, betrachtet.

Bei der Wohnungshygiene z. B. ist das physikalisch-biologische vom sozialen Moment besonders scharf zu trennen, wenn nicht eine heillose Verwirrung in Fragestellung, Forschungsmethode und Darstellung Platz greifen soll. Die physikalisch-biologische Betrachtung gibt uns Aufschluß über die Beziehungen der Feuchtigkeit, der Wärmeökonomie, der Heizung, Lüftung, Beleuchtung, Reinigung des Wohnhauses, der Fabrik, des Krankenhauses, der Kaserne, des Gefängnisses auf die Gesundheit des Menschen und kommt so zu gewissen Mindestforderungen, die erfüllt werden müssen, wenn die Gesundheit keinen Schaden nehmen soll, und stellt weiterhin ideale Forderungen,

deren Erfüllung, wenn nicht unbedingt notwendig, doch wünschenswert und der Gesundheit förderlich sein würde. Die soziale Betrachtung dagegen beschreibt die Wohnungen, wie sie in der Wirklichkeit sind, in ihrer unendlichen Verschiedenheit nach Stadt und Land, Größe und Belegungsziffer, insofern diese Verschiedenheit auf die Gesundheitsverhältnisse der Bewohner von Einfluß sind. Die soziale Hygiene gibt uns also die Ist-Wohnungsart, die physikalisch-biologische Hygiene die Soll-Wohnungsart an. Die daraus zu ziehende Bilanz liefert uns dann einen Maßstab für die Notwendigkeit und Dringlichkeit der Maßnahmen, die getroffen werden müssen, um das Ist dem Soll tunlichst anzunähern.

Bei der Ernährung hat die physikalisch-biologische Betrachtung die Wirkung von Menge, Zusammensetzung, Nährwert, Verbrennungswert, Schmackhaftigkeit, Verdaulichkeit auf den Kraft- und Stoffwechsel des menschlichen Körpers zu prüfen und gewisse Normalkostmaße aufzustellen, unter welche die menschliche Ernährung nicht sinken darf, ohne daß eine Schädigung des Körpers und seiner Funktionen eintritt. Die sozialhygienische Betrachtung vergleicht damit die Ernährungszustände, wie sie sich im wirklichen Leben verschieden nach der sozialen Lage der betreffenden Bevölkerungsschicht ausgebildet haben. Sie fixiert also auch eine Ist-Ernährung, die mit der Soll-Ernährung der physikalisch-biologischen Hygiene dann verglichen werden kann. Je tiefer die Untersuchung herabsteigt zu den ökonomisch schwachen Bevölkerungskreisen; desto größer wird der Unterschied zwischen der Ist-Nahrung und der Soll-Nahrung sein.

Im Anschluß an die Nahrungsmittelhygiene pflegt die Genußmittelhygiene abgehandelt zu werden, der in der Alkoholfrage ein ganz besonders wichtiges Problem gestellt ist. Gerade die Diskussionen über Ursachen und Bekämpfung des Alkoholismus geben ein gutes Beispiel dafür, wie fruchtbar für Theorie und Praxis der Hygiene es ist, wenn die physikalisch-biologische Betrachtung durch sozialhygienische Untersuchungen ergänzt wird. Wie jene das Wesen des Alkoholismus, so erklärt diese seine Ursachen.

Einen großen Anteil an dem Genußleben der Menschen hat die Befriedigung des Sexualtriebes. Mag sie nun innerhalb oder außerhalb der Ehe stattfinden, stets ist sie bedingt durch den jeweiligen Status des Gesellschaftslebens, der also auch in der hygienischen Beobachtung des Geschlechtsverkehrs gebührende Beachtung finden muß. Eine gesellschaftswissenschaftliche Behandlung dieser Frage ist daher von jeher mit der biologischen verbunden worden. Wie diese über Art der Ansteckung, Übertragung, die krankheitsregenden Bakterien und ihre Lebensbedingungen informiert und daraus Regeln zum Schutze

des Individuums vor den Erkrankungen abstrahiert, weist jene den Zusammenhang zwischen Ehelosigkeit, Prostitution, Anhäufung von geschlechtsreifen unverheirateten Männern und der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten nach und stellt Forderungen auf, die sich weniger an das Individuum als an die gesellschaftlichen Gebilde des Staates und der Gemeinde wenden.

Aber auch außerhalb des Gebietes der venereischen Krankheiten ist die Krankheitsprophylaxe durchaus nicht ausschließlich einer rein biologischen oder kasuistisch-pathologischen Behandlungsweise unterworfen. Zwar nahm die Ätiologie im 19. Jahrhundert durch die Bakteriologie einen solchen Aufschwung, daß man speziell auf dem Gebiete der Infektionskrankheiten und der Seuchen eine Zeitlang glaubte, durch die rein bakteriologische Forschung allein in den Stand gesetzt zu sein, alle ätiologischen und prophylaktischen Fragen lösen zu können. Neuerdings hat sich diese Auffassung als falsch erwiesen, wie sich insbesondere an dem Beispiel der Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit deutlich gezeigt hat. Was aber von der Tuberkulose im speziellen, das gilt im allgemeinen wohl von allen Krankheiten, soweit sie überhaupt so häufig sind, daß sie einer Betrachtung von sozialen Gesichtspunkten aus wert sind. Denn wenn auch die medizinische Wissenschaft gelehrt hat, vielgestaltige Krankheitszustände, sei es auf einen Bazillus wie bei der Tuberkulose, sei es auf eine toxisch wirkende Flüssigkeit wie beim Alkoholismus zurückzuführen, so ist zwar damit die klinische und pathologische Forschung nach der ätiologischen Seite hin zu einem gewissen Abschluß gebracht, aber damit das Gebiet der eigentlichen Ursachenforschung doch eben erst betreten, keineswegs erschöpfend durchforscht. Nur dann werden wir eine befriedigende Prophylaxe der verheerenden Volkskrankheiten aufstellen können, wenn wir Ätiologie im erweiterten Sinne des Wortes treiben und die Krankheitsursachen über ihre biologischen Anfänge hinaus auf die sozialen Faktoren, die sie bedingen, zurückverfolgen.

Dieser kleine Exkurs in die Spezialgebiete der Hygiene war erforderlich, weil bisher stets vergessen wurde, daß die soziale Hygiene auch eine beschreibende, deskriptive Wissenschaft ist. Daß die soziale Hygiene neben der deskriptiven auch eine normative hat, ist selbstverständlich und auch niemals bestritten.

Ist es die Aufgabe der sozialen Hygiene als deskriptiver Wissenschaft, den allgemeinen Status praesens hygienischer Kultur zu schildern, so bezweckt sie bewußt als normative die Verallgemeinerung der hygienischen Maßnahmen, die immer zunächst nur einer bevorzugten Minderheit zugute kommen, auf den

ganzen Volkskörper und somit eine fortschreitende Verbesserung des jeweiligen Status praesens.

War die soziale Hygiene als deskriptive Wissenschaft schon den Naturwissenschaften entrickt und auf die Hilfswissenschaften wie Statistik, Nationalökonomie usw. angewiesen, so ist sie als normative Wissenschaft ganz den naturwissenschaftlichen Methoden entzogen und dafür den geisteswissenschaftlichen unterworfen. Kulturhistorische, psychologische, nationalökonomische und politische Elemente gehen in das sozialhygienische Kalkül ein. Die Zielvorstellung aber bleibt natürlich immer die größtmögliche Verhütung von dem Körper drohenden Schädlichkeiten bei der größtmöglichen Zahl oder gar der Gesamtheit. Durch diese Beobachtung gewinnen wir folgende Definition des Ausdruckes soziale Hygiene, die allen billige Ausprüchen entsprechen dürfte: 1. Die soziale Hygiene als deskriptive Wissenschaft ist die Lehre von den Bedingungen, denen die Verallgemeinerung hygienischer Kultur unter der Gesamtheit von örtlich, zeitlich und gesellschaftlich zusammengehörigen Individuen und deren Nachkommen unterliegt. 2. Die soziale Hygiene als normative Wissenschaft ist die Lehre von den Maßnahmen, die die Verallgemeinerung hygienischer Kultur unter der Gesamtheit von örtlich, zeitlich und gesellschaftlich zusammengehörigen Individuen und deren Nachkommen bezwecken.

Literatur. **L. Ascher:** Was ist soziale Hygiene und wie soll sie getrieben werden? Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten 1902. — **A. Grotjahn:** Was ist und wozu treiben wir soziale Hygiene? Hygienische Rundschau 1904, 20. — **A. Gottstein:** Die soziale Hygiene, ihre Methoden, Aufgaben und Ziele. Zeitschr. f. soziale Medizin, Bd. 2. Leipzig, Vogel 1907. — Fortl. Lit. vgl. Abschn. D. I. und E. I. der **Grotjahn-Kriegelschen Jahresberichte über soziale Hygiene.** Jena, Gustav Fischer. Seit 1902 alljährlich.

A. Grotjahn.

Soziale Hygiene bei den Griechen und Römern.

Vgl. d. Art. „Soziale Hygiene“ (Begriffsbestimmung) „Soziale Hygiene bei den Juden“, „Soziale Hygiene des Mittelalters“.

Der moderne Begriff der sozialen Hygiene, wie er von Grotjahn, Gottstein und Hueppe entwickelt wurde, ergibt sich aus dem Aufbau und der modernen sozialen Gliederung der Bevölkerung und der Erkenntnis, daß in ihr besondere Gefahren für die öffentliche Gesundheit liegen, gegen die planmäßig und zielbewußt gekämpft werden muß. In der vorausgegangenen Periode, die hauptsächlich an die Forschung

ärztliche Untersuchung noch eine ärztliche Behandlung derselben. Man hielt sie überhaupt nicht für krank im gewöhnlichen Sinne, sondern für von einem bösen Geist Besessene, gegen den man mit Beschwörungen zu Felde zog, bis er ausfuhr. Man ließ die Kranken, solange sie ungefährlich waren, frei umherlaufen, wenn eine Gefahr eintrat, suchte man sie dagegen durch Einsperren unschädlich zu machen. Irrenanstalten gab es in Deutschland nur in Hamburg, wo eine solche bereits 1373 erwähnt wurde. Wenn die Kranken gefährlich wurden, so wurden sie in den Häusern ihrer Anverwandten oder in Spitälern oder in Gefängnissen interniert, die fremden wurden über die Grenze gebracht; kehrten sie zurück, so wurden sie durchgehauen und mit Ruten aus der Stadt hinausgetrieben. Die Angehörigen eines Irren mußten denselben förmlich gefangenhalten. Sie ließen zu diesem Zweck entweder einen Teil ihres Hauses gefängnisartig absondern oder sie liehen sich ein transportables Gefängnis. Der Frankfurter Rat gab auch arme Geisteskranke einer Privatperson gegen eine Summe Geld in Verpflegung.

Die Blinden finden im Mittelalter selten Erwähnung. Wiewohl in Frankreich Ludwig der Heilige bereits 1254 eine Anstalt für 300 Blinde errichtete, gab es in Deutschland keine solche, obwohl es am Ende des Mittelalters viele Blinde gab. Hilflose Blinde wurden in den allgemeinen Krankenhäusern aufgenommen. Auch existierte in Frankfurt 1460 eine Bruderschaft der Blinden und Lahmen, die sich an das Karmeliterkloster angeschlossen hatten.

Literatur: **Weyl:** *Geschichte der sozialen Hygiene in Weyls Handbuch der Hygiene, 4. Supplementbd 1904, und die ausführlichen Literaturangaben bei den einzelnen Kapiteln.* — **Virchow-Hirsch:** *Jahresberichte (Kapitel: Hygiene, Seuchen, Haut- und venerische Krankheiten).* — **Westergaard:** *Die Lehre von der Mortalität und Morbidität. Jena 1901, Kap. VII; Die ehemalige und jetzige Sterblichkeit S. 253.* — **Prinzing:** *Handbuch der mediz. Statistik. Jena 1906. 3. Teil, 14. Kapitel, Die zeitlichen Veränderungen der Sterblichkeit.* — **Prinzing:** *Die Sterblichkeit in der bürgerlichen Bevölkerung Deutschlands seit den Zeiten der Karolinger, in Alfred v. Lindheims Saluti juvenutis.* — **Hanauer:** *Geschichte der Sterblichkeit und der öffentlichen Gesundheitspflege in Frankfurt a. M. Deutsche Vierteljahrsschrift f. öffentl. Gesundheitspflege 1907, S. 498.* — **Bösch:** *Kinderleben (Monographien zur deutschen Kulturgeschichte, Bd. 5).* — **Freund:** *Die Entwicklung der deutschen Geburtshilfe und Hebammenkunst, Klin. Jahrbuch 3, S. 39.* — **Kotelmann:** *Gesundheitspflege im Mittelalter. Hamburg 1890.* — **Hagelstange:** *Süddeutsches Bauernleben im Mittelalter. Leipzig 1898.* — **Rudeck:** *Geschichte der öffentlichen Sittlichkeit in Deutschland. Berlin 1905.* — **Baas:** *Mutterschutz im Mittelalter. Med. Klinik 1910, Nr. 15.* — **Kriegh:** *Deutsches Bürgertum im Mittelalter. Frankfurt 1868.* — *Artikel Findelhäuser von Conrad im Handwörterbuch der Staatswissenschaften. Jena 1909.* — **Falk:** *Die Schul- und Kinderfeste im Mittelalter.*

(Frankf. zeitgemäße Broschüren 1880, Frankfurt a. M.) — **Moritz Heyne:** *Das deutsche Wohnungswesen. Leipzig 1899.* — **Eberstadt:** *Wohnungswesen in Weyls Handbuch der Hygiene. Supplementbd. IV, 1904.* — **Köhler:** *Beiträge zur öffentlichen Gesundheitspflege deutscher Städte im Mittelalter. Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medizin 1905.* — **Rudeck:** *Geschichte der öffentlichen Sittlichkeit in Deutschland. Berlin 1905.* — **Heyne:** *Körperpflege und Kleidung bei den Deutschen. Leipzig 1903.* — **Marggraff:** *Badewesen und Badetechnik der Vergangenheit. Berlin 1881.* — **Marcuse:** *Bäder und Badewesen in Vergangenheit und Gegenwart. Stuttgart 1903.* — **Marten:** *Deutsches Badewesen in vergangenen Tagen. Jena 1906.* — **Wassermann:** *Der Kampf gegen die Lebensmittelfälschung im Ausgang des Mittelalters bis zum Ende des 18. Jahrhunderts. Mainz 1879.* — **Weinberg:** *Über den Kampf gegen die Nahrungsmittelfälschung im späteren Mittelalter. Soz. Med. u. Hygiene 1909, S. 511.* — **Hirsch:** *Über die historische Entwicklung der öffentl. Gesundheitspflege. Berlin 1889.* — **Lamprecht:** *Deutsches Städteleben am Schlusse des Mittelalters. Heidelberg 1884.* — **Curschmann:** *Hungersnöte im Mittelalter. Leipzig 1900.* — **Schultz:** *Das häusliche Leben der europäischen Kulturvölker im Mittelalter bis zur zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts. München u. Leipzig 1903. Deutsches Leben im XIV. und XV. Jahrhundert. Wien 1892.* — **Bauer:** *Der deutsche Durst. Leipzig 1904.* — **Mumenhoff:** *Der Handwerker in der deutschen Vergangenheit. Leipzig 1901.* — **Häuser:** *Geschichte der Medizin. Jena 1875.* — **Hirsch:** *Handbuch der histor.-geograph. Pathologie. Stuttgart 1881.* — **Hanauer:** *Geschichte der Prostitution in Frankfurt a. M. 1903.* — **Bücher:** *Die Frauenfrage im Mittelalter. Tübingen 1910.* — **Scherr:** *Deutsche Kultur- und Sittengeschichte. Leipzig 1879.* — **Baas:** *Mittelalterliche Gesundheitspflege im heutigen Baden. Heidelberg 1909.* — **Rapmund:** *Das öffentliche Gesundheitswesen. Leipzig 1901.*

W. Hanauer.

Soziale Medizin.

Vgl. die Art. „Soziale Hygiene“, „Soziale Pathologie“.

Die Bezeichnung „Soziale Medizin“ findet sich in Deutschland zuerst in dem Aufsatze, mit dem der junge Rudolf Virchow im Jahre 1848 die erste Nummer seiner Wochenschrift „Medizinische Reform“ einleitete; der Ausdruck ist nach Virchows eigenem Zeugnis den medizinischen Zeitschriften Frankreichs entlehnt und bedeutete damals etwas Ähnliches wie „öffentliche Gesundheitspflege“. Es hat sich im Laufe der Jahre in dieser Bedeutung nicht durchsetzen können und verschwand völlig aus der Literatur, bis die Beschäftigung der meisten Ärzte und zahlreicher Verwaltungsbeamter mit den Angelegenheiten der Kranken-, Unfall- und Invaliditätsversicherung eine Literatur schuf, für die sich die Bezeichnung „Soziale

Medizin“ von neuem eingebürgert hat. Einige Autoren, wie besonders O. Burkard (Graz), L. Teleky (Wien) und neuerdings auch W. Ewald, wollen ebenfalls den Ausdruck nicht, wie der Sprachgebrauch augenblicklich will, auf die Beziehungen der Medizin zu den sozialen Versicherungsangelegenheiten beschränken, sondern ihm eine allgemeine Bedeutung im Sinne dessen, was man besser mit „sozialer Hygiene“ benennt, geben. Er mag fraglich erscheinen, ob diese Anschauung sich noch durchsetzen wird und, wenn dieses der Fall wäre, damit irgend etwas genützt sein würde. Denn das Wort Medizin bedeutet nach der weitgehenden Spezialisierung der medizinischen Theorie und Praxis keine umgrenzbare Wissenschaft mehr. Dadurch verliert der Ausdruck „soziale Medizin“ in theoretischer Hinsicht jeden festen Grund, während er im engeren Sinne nur auf das soziale Versicherungswesen bezogen sich durchaus als praktisch brauchbar erwiesen hat. Einer präzisen Definition entzieht sich im Gegensatz zu dem Begriff der „sozialen Hygiene“ (s. d.) der Ausdruck „soziale Medizin“ durchaus, wenn man nicht die Summe aller Beziehungen der Medizin zu den sozialen Zuständen und Problemen darunter verstehen will.

Literatur. *Die Medizinische Reform. Eine Wochenschrift, erschienen vom 10. Juli 1848 bis zum 29. Juni 1849. Herausgegeben von R. Virchow und R. Leubuscher.* Berlin, C. Reimer. — **J. Steinthal:** Was ist soziale Medizin? *Medizinische Reform.* 1901, 21. — **A. Grotjahn:** *Arzt und Sozialpolitik. Medizinische Reform* 28, 1902. — **George Meyer:** *Die soziale Bedeutung der Medizin.* Berlin, Hirschwald 1900. — **L. Ascher:** *Soziale Medizin und soziale Hygiene. S.-A. aus den Enzyklopädischen Jahrbüchern der ges. Heilkunde. N. F. 2, 1903.* — **O. Burkard:** *Aufgaben und Ziele der sozialen Medizin.* *Wiener klin. Wochenschr.* 34 u. 35, 1908. — **L. Teleky:** *Aufgaben und Ziele der sozialen Medizin.* *Wiener klin. Wochenschr.* 37, 1909. — **W. Ewald:** *Soziale Medizin. Ein Lehrbuch für Ärzte, Studierende usw. Bd. I.* Berlin, Springer 1911. — **A. Grotjahn:** *Soziale Pathologie.* Berlin, Hirschwald 1912.

A. Grotjahn.

Soziale Pathologie.

Vgl. Art. „Soziale Hygiene“, „Soziale Medizin“.

Das Wort „sozialpathologisch“ ist nicht von Medizinern, sondern von jenen als „Organizisten“ genannten Soziologen, die mit besonderem Nachdruck das gesellschaftliche Gefüge als „Organismus“ zu bezeichnen pflegten, geprägt und also im übertragenen Sinne benutzt worden. Einzelne dieser Soziologen schwelgten in Analogien, die aus den Naturwissenschaften und der Medizin entlehnt waren, und bezeichneten als „sozialpathologisch“ dann

Erscheinungen der Volkswirtschaft, wie etwa eine Handelskrise oder sonst eine anormale Erscheinung. Man wird in diesen und ähnlichen Fällen derartige Analogien als Hilfsmittel einer anschaulichen Darstellung gelten lassen können, wenn ein Mißverständnis ausgeschlossen ist. Bedenklicher wurde dieser Sprachgebrauch aber, als v. Liszt das Verbrechen als „sozialpathologische“ Erscheinung behandelte, weil sich hier Beziehungen ergeben, bei denen man nicht weiß, ob der Autor das Wort im übertragenen soziologischen Sinne oder nach Medizinerart in der wirklichen Bedeutung gebraucht.

Es liegt kein Grund vor, daß wir Ärzte auf das Wort „soziale Pathologie“, das so bezeichnend für die wissenschaftliche Beschäftigung mit den sozialen Beziehungen der menschlichen Krankheiten ist, nur deshalb verzichten sollen, weil die organistische Schule der Soziologen es hier und da im übertragenen Sinne angewandt hat. Auch die Beschränkung, in der W. Hellpach das Wort ausschließlich für die soziale Seite der Psychopathologie in Anspruch nahm, ist kaum haltbar.

Nachdem die Pathologie vom anatomischen, klinischen, histologischen, bakteriologischen und anderen Gesichtspunkte eine so bis ins einzelne gehende Durcharbeitung erfahren hat, dürfte es endlich an der Zeit sein, die Krankheiten der Menschen systematisch und nicht mehr, wie gegenwärtig, sporadisch und gelegentlich einer Betrachtung von sozialen Gesichtspunkten zu unterziehen. Eine derartige Betrachtung der Beziehungen jeder Krankheit zur sozialen Umwelt wird sich vorwiegend auf die Erörterung folgender sechs Punkte aufbauen lassen.

1. Die Bedeutung der Krankheiten vom sozialen Gesichtspunkte aus wird in erster Linie bestimmt durch ihre Häufigkeit. Ein krankhafter Zustand kann noch so gefährlich, noch so qualvoll für das betreffende Individuum oder noch so lästig für die Umgebung sein: er wird für unsere Betrachtung nicht in Frage kommen können, wenn er nur selten getroffen wird. Umgekehrt werden leichte Affektionen allein durch ihre Verbreitung auch eine große soziale Bedeutung gewinnen. Hier zeigt sich schon ein wichtiger Unterschied zwischen der sozialpathologischen Betrachtung auf der einen und der pathologisch-anatomischen und klinischen auf der anderen Seite. Für letztere ist die Häufigkeit einer Affektion ziemlich gleichgültig. Mit besonderer Vorliebe hat sie sich neuerdings sogar den seltenen und seltensten Fällen zugewandt.

Selbstverständlich kann sich eine soziale Pathologie, wie wir sie im Auge haben, nur auf die Ergebnisse der nach exakten naturwissenschaftlichen Methoden arbeitenden kasuistischen Medizin aufbauen. Ohne eine vorausgegangene sorgfältige Bemühung der patho-

logischen Anatomie und der Klinik am einzelnen Fall würde eine verallgemeinernde sozialpathologische Betrachtung jeder Zuverlässigkeit entbehren. Wir erkennen also die Priorität der kasuistischen Medizin gern an und verlangen nur, daß sie von der statistischen Beobachtung ergänzt wird, was so lange noch keine überflüssige Forderung ist, als die Klinik fast ausschließlich vom chemischen und bakteriologischen Laboratorium aus beherrscht wird. Die Medizinalstatistik ist die Grundlage jeder sozialpathologischen Betrachtung.

2. Eine Krankheit erhält noch nicht allein durch ihre Häufigkeit soziale Bedeutung. Es muß vielmehr das zweite Kriterium des Kollektivbegriffes dazukommen: die Gleichartigkeit des sich abspielenden Prozesses bei den zahlreichen, nebeneinander bestehenden Einzelfällen. Es erhebt sich also die Frage nach der Form, in der die betreffende Krankheit am häufigsten vorkommt. Auf den ersten Blick scheint diese Frage überflüssig, da die charakteristische Form ja eigentlich schon von der klinischen her bekannt sein sollte. Aber die charakteristische Form der klinischen Pathologie, der Schulfall, ist eben nicht die Form, in der die betreffende Krankheit am häufigsten vorkommt oder am meisten durch soziale Verhältnisse bedingt ist oder letztere selbst wieder bedingt. Es ist daher durchaus erforderlich, neben dem klinischen und pathologisch-anatomischen Krankheitsbilde bei allen pathologischen Zuständen, die einer Untersuchung auf ihre Beziehungen zur Gesellschaftsleben überhaupt wert erscheinen, auch ihre sozialpathologisch typische Form festzustellen. Wie wichtig das ist, erhellt namentlich daraus, daß sich bei dieser Betrachtung überraschenderweise herausstellt, daß bei den wichtigsten krankhaften Zuständen die Abortivfälle wegen ihrer Häufigkeit und Unauffälligkeit in sozialer Hinsicht viel wichtiger sind als die ausgeprägten Krankheitsfälle.

3. Die wichtigsten Beziehungen zwischen pathologischen Zuständen und den sozialen Verhältnissen liegen natürlich auf ätiologischem Gebiete. Wenn wir gelernt haben, vielgestaltige Krankheitszustände auf einen Bazillus bei der Tuberkulose, auf eine toxisch wirkende Flüssigkeit beim Alkoholismus, auf die Spirochäte bei der Syphilis zurückzuführen, so haben wir zwar die klinische und pathologische Forschung nach der ätiologischen Seite hin zu einem gewissen Abschluß gebracht, aber damit das eigentliche Gebiet der Ursachenforschung doch eben erst betreten, nicht etwa erschöpft. Denn mit der Kenntnis der pathologisch-anatomisch oder bakteriologisch nachweisbaren Ursache eines krankhaften Zustandes ist unser Kausalitätsbedürfnis ebensowenig befriedigt wie das Zustandekommen des krankhaften Zustandes selbst erklärt. Mit großem Nutzen für unsere Erkenntnis hat sich daher

die Ursachenforschung im steigenden Maße dem Studium der physikalischen Einflüsse, denen das Individuum auch bezüglich seines pathologischen Verhaltens unterworfen ist, dann der allgemeinen Körperkonstitution, infolgederen das Individuum den krankmachenden Agenzien entweder entgegenkommt oder widersteht, und endlich den besonders wichtigen sozialen Faktoren, wie sie sich aus der Vergesellschaftlichung der Individuen untereinander ergeben, zugewandt. Die Aufgabe dieser Ätiologie im weiteren Sinne ist die quantitative Bestimmung des Anteils, denen die verschiedenen einzelnen Faktoren am Entstehen des krankhaften Zustandes haben; sie muß sich ängstlich hüten, ein Moment auf Kosten der übrigen zu bevorzugen oder gar unter- statt nebenzuordnen.

Die Nötwendigkeit, die ätiologischen Gesichtspunkte zu vermehren, erwächst aus der Erkenntnis, daß die Prophylaxe der verheerendsten Krankheiten sich nur auf die Kenntnis der Ätiologie im weitesten Sinne aufbauen läßt. Was nützt es in prophylaktischer Hinsicht, zu wissen, daß sich die Krankheitsbilder auf den Genuß von Alkohol zurückführen lassen, wenn wir nicht die Bedingungen kennen, durch die das Individuum zum übermäßigen Spirituosen genuß getrieben wird? Zeigt uns doch die Ätiologie im weitesten Sinne, daß einerseits Zustände des inneren Menschen wie psychopathische Konstitution oder epileptische Anlage und andererseits Zustände der Außenwelt, wie Klima, Rassenzugehörigkeit, Gestaltung des geselligen und öffentlichen Lebens, Form der Spirituosenproduktion, soziales Milieu in durchaus verschiedener Weise als Komponenten wirken müssen, um als Resultante dann den Spirituosenmißbrauch zu ergeben.

Leider erscheint der Medizin unserer Tage häufig klinische Einheit schon ein ausreichender Beweis gemeinsamer Ätiologie, womit denn glücklich jeder selbständigen ätiologischen Forschung die Berechtigung abgesprochen und die gegenwärtig allein geschätzte Kasuistik der Klinik an die Stelle gesetzt wäre, wohin die Erforschung der hygienischen, physikalischen, bakteriologischen und sozialen Krankheitsbedingungen von Rechts wegen gehört. Nach dieser Auffassung ist es ätiologisch ganz gleichgültig, ob ein Melancholischer sich selbst eine Halsschnittwunde beigebracht hat oder die Wunde von der Hand einer anderen Person in mörderischer Absicht gesetzt wurde, auch der Alkoholismus eines psychopathischen Schneiders und der eines nervengesunden Destillienwirtes ätiologisch vollkommen gleichwertig.

Der bekannte logische Satz, dieselbe Ursache könne niemals verschiedene Wirkungen haben, kann natürlich nicht gegen die Behauptung von der Kompliziertheit der ätiologischen Einflüsse

ins Feld geführt werden; denn in den seltensten Fällen ist ein Geschehnis die Folge einer Ursache, meist, ja man kann sagen, in der Regel, ist es die Folge einer Vielheit von Ursachen, die quantitativ in verschiedener Weise beteiligt sein und doch durch Zusammenwirken immer dasselbe Resultat ergeben können. Dieselbe klinische Form des Alkoholismus kann einmal entstehen, wo die individuelle Disposition sehr klein und die Anreize zum Mißbrauch in der äußeren Umgebung sehr groß sind, ein andermal dort beobachtet werden, wo umgekehrt die individuelle Disposition sehr mächtig und die Wirkung des Milieus verschwindend klein ist.

Nicht nur entstehen viele Krankheiten primär aus sozialen Ursachen, sondern ungleich zahlreichere werden sekundär durch begleitende soziale Nebenumstände in ihrem Verlaufe entweder günstig oder ungünstig entscheidend beeinflußt. Am zweckmäßigsten hält sich die ätiologische Betrachtung an folgendes Schema:

1. Die sozialen Verhältnisse schaffen oder begünstigen die Krankheitsanlage.
2. Die sozialen Verhältnisse sind die Träger der Krankheitsbedingungen.
3. Die sozialen Verhältnisse vermitteln die Krankheitserregung.
4. Die sozialen Verhältnisse beeinflussen den Krankheitsverlauf.

Die Einwirkung der sozialen Verhältnisse ist verschieden nach der Stabilität und Qualität der allgemeinen sozialen Lage. Letztere differenziert sich nach der Art der Ernährung, der Wohnung, der Kleidung, der Arbeit, des Lebensgenusses, der Kinderaufzucht und der Volksbildung.

4. Nicht nur werden pathologische Zustände durch soziale Verhältnisse in Entstehung und Verlauf bedingt, sondern sie beeinflussen auch ihrerseits wieder die sozialen Zustände, besonders Bevölkerungsbewegung, Wehrkraft und Arbeitsleistung. Die Rückwirkung der Krankheiten auf das Leben der Menschen in Gemeinschaft und Gesellschaft, mögen sie nun aus den sozialen Verhältnissen heraus oder aus anderen Ursachen (z. B. elementaren, bazillären usw.) entstanden sein, muß also als ein weiterer Gesichtspunkt in unserer Betrachtung Beachtung finden.

Besonders durch ihren Ausgang wirken die Krankheiten auf die gesellschaftlichen Zustände ein. Dieser Ausgang kann bestehen in: 1. Tod, 2. Heilung, 3. Verkümmern, 5. Siechtum, 5. Disponierung für andere pathologische Zustände, 6. Entartung, d. h. in Verursachung einer Minderwertigkeit, die sich auf die Nachkommen vererbt.

Die soziologisch wichtigste Beziehung ist ohne Zweifel der Einfluß der Krankheiten auf den menschlichen Artprozeß. Er verdient daher eine besondere Betrachtung. Diese wird sich vornehmlich darauf erstrecken, ob die

einzelnen pathologischen Zustände im Sinne einer günstigen oder einer ungünstigen Auslese wirken.

5. Die Menschen haben mit leidlichem Erfolge versucht, die pathologischen Zustände durch Maßnahmen zu beseitigen, die sich zunächst auf naiv-empirische, später auf wissenschaftliche Erfahrungen stützten. Sind die Krankheiten für das Gesellschaftsleben von Bedeutung, so wird es auch ihre Beseitigung durch ärztliche Betätigung, soweit diese überhaupt möglich ist, sein. Ein weiterer Punkt sozialpathologischer Betrachtung wird daher sein, ob bei einer häufig vorkommenden Krankheit die ärztliche Behandlung überhaupt wesentliche Erfolge aufzuweisen hat und in welchem Maße die Heilung die Bedeutung der Krankheit im sozialen Leben zu modifizieren imstande ist.

Diese und ähnliche Betrachtungen sind also dadurch von Nutzen, daß sie uns ermöglichen, den Wert ärztlicher Maßnahmen auf Grund eines objektiven Maßstabes zu bestimmen. Im allgemeinen bestimmt man den Wert eines therapeutischen Eingriffes nach seinem Nutzen im einzelnen Falle. Daher kommt es, daß wir häufig die ärztliche Kunst anstaunen, wenn ganz seltene und darum auffallende Fälle geheilt werden, und es uns unbegreiflicherweise kühl läßt, daß alltägliche Affektionen, an die wir uns gewöhnt haben, jeder Behandlung trotzen. Führt man eine mehr soziale Betrachtung ein, so erhält man ein Maß, was denn die ärztliche Fürsorge überhaupt für die menschliche Gesellschaft bedeutet; besonders die Beurteilung, ob die Therapie bei den häufig vorkommenden und für die soziale Struktur wichtigen Krankheiten von Nutzen ist, wird dieses Maß bestimmen.

6. Haben wir nach vorstehenden Gesichtspunkten die Beziehungen der pathologischen Zustände zu den sozialen Verhältnissen betrachtet, so ergibt sich als selbstverständlicher Abschluß die Erörterung der Frage: Wie können wir pathologische Zustände durch soziale Maßnahmen in ihrem Verlaufe beeinflussen oder verhüten? Die Beantwortung dieser Frage führt die sozialpathologische Erörterung unmittelbar in das Gebiet der sozialen Hygiene.

In einem jüngst erschienenen Buche hat der Verf. die einzelnen Krankheiten unter Zugrundelegung dieses Schemas besprochen.

Es wird durch eine solche Betrachtung ermöglicht, die einzelnen Krankheitsgruppen sozial zu werten. In den Vordergrund treten jene Krankheiten, die wirklich häufig sind und die auf das soziale Getriebe und damit auf die große Anzahl von einzelnen Individuen von Einfluß sind und dadurch jener Sucht in unserer Wissenschaft entgegenarbeitet, die sich an den seltenen Fall anklammert und ihn mit besonderer Vorliebe zum Objekte eines Scharf-

sines und eines Fleißes macht, die in gar keinem Verhältnis zur Bedeutung der betreffenden Krankheit steht.

Eine soziale Betrachtung der Krankheiten läßt u. a. die Bedeutung der heute so hypertrophisch behandelten Infektionskrankheiten erheblich sinken. Dafür läßt sie andere Krankheitsgruppen, so besonders die des Zentralnervensystems und die des Kindesalters aus ihrer stiefmütterlichen Behandlung zu einer immer wachsenden Bedeutung emporsteigen.

Namentlich sind es die akuten allgemeinen Infektionskrankheiten, die durch eine sozialpathologische Betrachtung verlieren. Es ist hohe Zeit, daß wir der öffentlichen Meinung und den maßgebenden Faktoren in Gesetzgebung und Verwaltung die nur historisch begründete Vorstellung von der Größe der aus diesen Krankheiten drohenden Gefahren nehmen. Pocken, Flecktyphus und Cholera sind so gut wie völlig vertrieben, Typhus, Ruhr, Rückfalltyphus im raschen Rückzuge begriffen.

Dagegen lenkt unsere Aufmerksamkeit auf die chronischen allgemeinen Infektionskrankheiten, indem sie zugleich feststellt, daß die bei der Bekämpfung der akuten Epidemien so erfolgreiche bakteriologische Richtung der Seuchenbekämpfung hier nur bescheidene Erfolge davongetragen hat und dringend durch eingreifende Maßnahmen sozialer Natur ergänzt werden muß. Auch für die Geschlechtskrankheiten, die ja ebenfalls chronische Infektionskrankheiten sind, hat es sich bestätigt, daß die bakteriologische Kenntnis des Krankheitserregers uns zwar zur Erklärung des Wesens der Krankheit unentbehrlich ist, für die Behandlung und Verhütung aber nicht das leistet, was man sich davon versprochen hat. Weit höher aber als die Infektionskrankheiten, die der Durchschnittsmensch als Seuchen fürchtet, stellt eine sozialpathologische Wertung die Krankheiten der Säuglinge, Kinder und Frauen. Das ist insofern von großer Wichtigkeit, weil gerade Frauen und Kinder zurzeit nur ausnahmsweise in die soziale Versicherung eingeschlossen sind und somit deren Ausbau im Sinne einer Volksversicherung von sozialpathologischem Standpunkte aus mit guten Gründen gefordert werden kann. Keine Krankheitsgruppe kommt aber an sozialpathologischer Bedeutung den Nerven- und Geisteskrankheiten gleich, womit sonderbar die Tatsache kontrastiert, daß diese Erkrankungen erst im Laufe der modernen Entwicklung in das Bereich der Pathologie hineingezogen worden sind, nachdem Jahrtausende sie einer metaphysisch orientierten und deshalb unfruchtbaren Betrachtungsweise überlassen haben. Diese Gehirn- und Nervenaffektionen gewinnen ihre überragende soziale Bedeutung nicht in ihren ausgeprägten Formen, den eigentlichen Geisteskrankheiten, sondern in den leichten Abnormi-

täten und Psychopathien, deren Kenntnis und Deutung erst ganz zuletzt von der Form der medizinischen Wissenschaft gezogen worden ist.

Auch in den übrigen Krankheitsgruppen sind die ausgebildeten Krankheitsfälle, wie wir gesehen haben, sozialpathologisch nicht die wichtigsten. Sie sind sozusagen extrasozial, da sie durch Tod, Verwahrlosung, Anstaltsverpflegung, Genesung usw. in der Regel aus den vielgestaltigen Verschränkungen des sozialen Lebens bald ausgeschieden werden. Ungleich wichtiger sind die wenig ausgeprägten Fälle, die Abortivformen, die nur Andeutungen des betreffenden Krankheitszustandes zeigen. Die von ihnen befallenen Individuen werden durch ihr Leiden nicht ausgeschieden, sondern nehmen an allen sozialen Geschehnissen teil, und zwar häufig in der Weise, die diese in ihrem Verlaufe wesentlich beeinflußt. Die sozialpathologische Bedeutung der Abortivfälle gegenüber den ausgebildeten Fällen ist so groß, daß man die soziale Bedeutung einer Krankheit geradezu derart einschätzen kann, ob bei ihr die Abortivfälle häufig sind oder nicht. So sind gerade aus diesem Grunde die Nerven- und Geisteskrankheiten als die sozial wichtigsten Krankheiten zu bezeichnen, weil hier das Verhältnis der Abortivformen, die das soziale Leben sowohl im verhängnisvollen wie im guten Sinne so überaus stark beeinflussen, so groß ist wie bei keiner anderen Krankheitsgruppe.

Ein großer, numerisch wahrscheinlich der bei weitem größte Teil aller krankhaften Zustände ist unheilbar. Vermeidbar sind aber sämtliche Krankheiten. Drei Wege müssen verfolgt werden, um dieses Ziel, von dem wir gegenwärtig trotz des großen Aufschwunges unserer pathologischen Kenntnisse noch weit entfernt sind, zu erreichen.

Erstens muß das einzelne menschliche Individuum die Lehren der individuellen Gesundheitspflege, der Orthodiätetik, befolgen. Dieses kann nur dadurch geschehen, daß er sie zum Inhalt eines sittlichen Bewußtseins und damit zu einem wesentlichen Motive seiner Lebensführung macht.

Zweitens muß die soziale Umwelt aller jener Momente entkleidet werden, die gegenwärtig noch krankheitsregend, verkümmert und entartend auf die Individuen einwirken. Dieses kann durch eine Verallgemeinerung der hygienischen Obsorge, also durch eine weitgehende soziale Hygiene, geleistet werden.

Endlich muß der menschliche Artprozeß in einem Grade der ärztlichen und hygienischen Überwachung unterstellt werden, daß die Erzeugung und Fortpflanzung von konstitutionell körperlich oder geistig minderwertigen Individuen zuverlässig verhindert wird.

Zur Lösung dieser drei Aufgaben, die schwierig, aber keineswegs unmöglich ist, bedarf unsere in klinischer und pathologisch-anatomischer Hinsicht bereits hochentwickelte Kennt-

nis der Krankheiten der Ergänzung durch eine sozialpathologische Betrachtung. Nur diese vermag den Wirkungskreis der an erster Stelle genannten individuellen Orthodiätetik zuverlässig abzugrenzen und vor allem den Aufgaben der sozialen Hygiene die erforderliche wissenschaftliche Grundlage zu geben, mögen diese nun unmittelbar durch Beeinflussung der sozialen Umwelt oder mittelbar durch rationelle Gestaltung des Artprozesses ihre Lösung erheischen.

Literatur. **A. Schöffle:** *Bau und Leben des sozialen Körpers. Enzyklopädischer Entwurf einer realen Anatomie, Physiologie und Psychologie der menschlichen Gesellschaft mit besonderer Rücksicht auf die Volkswirtschaft als sozialer Stoffwechsel.* 4 Bde. Tübingen 1875—1878. — **v. Liszt:** *Das Verbrechen als sozialpathologische Erscheinung.* — **W. Hellpach:** *Über die Anwendung psychopathologischer Erkenntnisse auf gesellschaftliche und geschichtliche Erscheinungen.* *Annalen der Naturphilosophie*, Bd. 5. — **A. Grotjahn:** *Soziale Pathologie. Versuch einer Lehre von den sozialen Beziehungen der menschlichen Krankheiten als Grundlage der sozialen Medizin und der sozialen Hygiene.* Berlin, Hirschwald 1912. — *Fortlaufende Literatur, vgl. in den Grotjahn-Kriegelschen Jahresberichten über soziale Hygiene. Abschnitt E III.* Jena, Gustav Fischer, seit 1909 allg.

A. Grotjahn.

Soziales Versicherungswesen in England.

Vgl. d. Art. „Krankenversicherung im Deutschen Reiche (Organisation)“, „Krankenversicherung im Deutschen Reiche (Statistik)“, „Invaliden- und Altersversicherung im Deutschen Reiche“, „Mutterschaftsversicherung“, „Soziales Versicherungswesen in Frankreich“, „Soziales Versicherungswesen in Österreich“, „Soziales Versicherungswesen in der Schweiz“, „Unfallversicherung im Deutschen Reiche“.

Nirgends war der Boden für die Entwicklung einer freien Arbeiterversicherung so vorbereitet, wie in England; in keinem Staate waren alle Bedingungen für ein auf Selbsthilfe beruhendes System so vereint, wie dort. Freie staatliche Institutionen, eine hochstehende Arbeiterschaft, in der ein volles Maß von Selbstvertrauen wirkte, ein auf Gemeinschaftsarbeit und Opferfreudigkeit gerichteter Sinn, dem es aber auch an Verständnis für das Praktische nicht fehlte, waren die Faktoren, die ein weitverbreitetes und verzweigtes soziales Vereinsleben erzeugten und der Arbeiterschaft wie von selbst alles boten, was in anderen Staaten erst durch Staatsgesetze erreicht werden kann. Die Folge dieser Selbsthilfemaßnahmen war, daß erst in diesem Jahrhundert die englische Sozialversicherungsgesetzgebung einsetzt. Im Jahre 1906 wurde ein Unfallversicherungsgesetz geschaffen, dem im Jahre 1908 das Altersversorgungsgesetz folgte; und

gegenwärtig beschäftigt ein Kranken- und Arbeitslosenversicherungsgesetz¹⁾ das englische Parlament. Bis vor kurzer Zeit noch haben die besten Kenner der englischen Zustände es für unmöglich gehalten, daß neben den Selbsthilfeeinrichtungen staatliche Maßnahmen durchführbar sein könnten; und doch sehen wir, wie in kurzer Zeit ein soziales Versicherungsgesetz sich dem anderen anreihet. So segensreich namentlich die Hilfskassen und Gewerkyereine gewirkt haben, ihre Fürsorgetätigkeit war dennoch zu beschränkt, als daß man für die Dauer auf eine staatliche Versicherung verzichten konnte. Aber die englische Gesetzgebung will die Selbsthilfeeinrichtungen keineswegs beseitigen, sondern sie bedient sich ihrer zur Durchführung ihrer Absichten. So wird es auch jetzt noch, trotzdem die Gesetzgebung so große Fortschritte zu verzeichnen hat, notwendig sein, einen Blick auf die Wirksamkeit dieser Vereine zu werfen.

I. Kranken- und Invalidenversicherung. Gerade auf dem Gebiete der Krankenfürsorge, wird von den Hilfskassen, den Friendly Societies, aber auch von den Gewerkyereinen, den Trade Unions, Bedeutendes geleistet. Man muß jedoch bedenken, daß diese Vereine nicht nur für Krankengeld, ärztliche Behandlung, Wöchnerinnenunterstützung und Sterbegeld, sondern zugleich für vieles andere, insbesondere für Invaliditäts- und Altersrenten, für Unterstützung der Witwen und Waisen, auch für Reisebeihilfen, Ausstattungen usw. sorgen; namentlich bei den Trade Unions spielt die Krankenfürsorge neben den anderen, rein gewerkschaftlichen Aufgaben nur eine untergeordnete Rolle.

Die Hilfsvereine sind außerordentlich zahlreich und zeigen die mannigfaltigsten Eigenarten. Unter den Friendly Societies kommt die größte Bedeutung folgenden drei Gruppen zu:

1. Den Ordinary Friendly Societies oder den gewöhnlichen freien Hilfskassen.
2. Den Societies having Branches oder den Zweigkassen der Arbeiterorden, auch affilierte Hilfskassen genannt.
3. Den Collecting Friendly Societies oder den großen Begräbniskassen.

Die Friendly Societies blicken auf ein hohes Alter zurück; schon im Jahre 1793 hat man für sie eine gesetzliche Regelung geschaffen. Das letzte Gesetz, welches sich mit ihren Rechten und Pflichten befaßt, stammt aus dem Jahre 1896; von dieser Zeit an haben die Hilfskassen einen außerordentlichen Aufschwung genommen.

Vielfach haben die Friendly Societies einen gesellschaftlichen Charakter, nach Art der

1) Das Gesetz wurde im Dezember 1911 verabschiedet; die Kranken- und Invalidenversicherung soll am 1. Juli 1912, spätestens am 1. Januar 1913, die Arbeitslosenversicherung am 1. Juli, spätestens 1. Oktober 1912 in Kraft treten.